
KROP OG SEKSUALITET

Tekst: **Marianne Bentsen**
 og **Merete Holm Brantbjerg**
 Foto: **Merete Holm Brantbjerg**

Om fagkompetencer og grænser

I forbindelse med de senere års diskussioner om seksualitet og berøring i psykoterapi har vi – begge uddannede kroppsykoterapeuter med mangeårig erhvervs erfaring – reflekteret over, hvordan seksualitet og psykosomatiske problemstillinger kan behandles i psykoterapi som sådan, hvor kroppsykoterapi har sin særlige plads, og hvor andre behandlingsformer – også alternative – kan være uvurderlige.

I en kultur, hvor seksuelle normer i den grad er i brydning, er der god grund til at mane til forsigtighed i vores fag. Vores egne mangeårige erfaringer med supervision og etikudvalg i Dansk Psykoterapeutforening og andre faglige organisationer viser, at det nemt kan gå galt med lystfølelse, sanselighed og seksualitet. I den mere usynlige ende af det problematiske spektrum er der terapeuter, der bliver forelskede i klienten, hvilket ændrer den relationelle atmosfære, så terapien ikke længere kan fungere efter hensigten: terapeutens længsel kommer – udtalt eller udtalt – til at fylde i rummet. I den mere tydeligt problematiske afdeling er der terapeuter, hvis forelskede klienter giver dem store gaver, køber deres kunst eller arbejder gratis for at støtte terapeuten. Dertil kommer de terapiforløb, der uddarter sig til seksuelle forhold, mere eller mindre overlagt og med mere eller mindre interesse fra klientens side.

PANKSEPPS SYV AFFEKTIVE MOTIVATIONSSYSTEMER

Neurovidenskabsmand og psykobiolog professor Jaak Panksepp tilbragte en menneskealder med at forske i følelsesmæssige systemer (Panksepp et al. 2014). De syv systemer er: Søgen, frygt, raseri, lystfølelse, omsorg, panik-sorg og leg. De sidste tre systemer udvikles i den tidlige barndom. Omsorg og panik-sorg er de to følelsesmæssige systemer, som aktiveres gennem udviklin-

gen af tilknytning i det første leveår. Vi udviser naturlig omsorg for vores nærmeste, og panik-sorg er Panksepps begreb for den følelse, der opstår i det lille barn, når mor går fra det – og som også aktiveres når fx en ven eller et kært familiemedlem dør. Følelser fra disse systemer, i form af angst og depression, fylder meget i psykoterapeutisk arbejde. Legesystemet læres også i det første leveår, og Panksepp mente, at det var en svært overset følelse inden for psykiatri og psykoterapi. Som Panksepp sagde, da en af os var så heldig at spise middag med ham efter et foredrag i 2015: ”I psykiatri og psykoterapi med angst og depression har det primære fokus været at behandle disse lidelser ved at prøve at slukke frygt- og panik-kredsløbene. Men sådan virker hjernekredsløb ikke – det er meget svært bare at slukke et kredsløb. Det hjernen naturligt gør er at aktivere et andet kredsløb – og det letteste at aktivere er som regel legekredsløbet.”

Hvad så med de fire første, søgen, frygt, raseri og lystfølelse? Disse følelsesmæssige systemer aktiveres fra de dybeste områder i hjernen, hjernestammen og midthjernen. De første tre møder vi i det psykoterapeutiske arbejde med choktraumer og PTSD. Det går ofte ud på at få slukket overaktive kredsløb af frygt, som tænder flugtresponsen eller 'freeze'-responsen, og raseri, som tænder kamp-responsen. Slukning af disse kredsløb er nødvendig, både for at den basale evne til at søge behagelige og tilfredsstillende oplevelser (søgen) kan aktiveres og for at genetablere evnen til at skelne mellem

farlige og ufarlige hændelser. Arbejdet med disse følelsesmæssige systemer er så basalt, at det kræver specialiseret træning. Dybere arbejde med lystsystemet – 'lust' på engelsk – kræver også særlige kompetencer.

EN SUPERVISION PÅ SEKSUALITETSTRÆNING

Først er det vigtigt at slå fast, at psykoterapeutiske interventioner, der inddrager krop og berøring, er et speciale, ligesom arbejdet med PTSD, familiebehandling eller børn. Overordnet kan man vel sige, at kropspsykoterapeutiske retninger uddanner eleverne til at vægte arbejde med forbindelsen mellem kroppen og personligheden. Andre retninger lægger hovedvægten på andre metoder og formål, om end de kan inddrage enkle bevægelser, kropsfølelser, opmærksomhed på åndedrættet og lignende. Hvad betyder det så for det konkrete arbejde, når en klient kommer med problemer omkring det seksuelle samliv? Hvis psykoterapeutens 'redskabskasse' primært indeholder sproglige redskaber, kan terapeuten tilbyde sit rummende nærvær samt med spørgsmål, forslag og informationer hjælpe klienten med at udforske problemet og komme dybere i sine sansninger og følelser. I kropspsykoterapi er der redskaber til at arbejde direkte med kroppens struktur. Lad os se på en situation, som en af os superviserede:

For mange år siden blev en af os inddraget i en problematisk sag omkring en stor, stærk, 16-årig sprogløs udviklingshæmmet dreng. Han havde boet på institution, siden han var seks år, hvor forældrene ikke længere kunne styre ham. Han var en rigtig sød og glad dreng det meste af tiden og gjorde ofte det, han blev bedt om – så længe han lige huskede det og havde lyst. Fra 13-års alderen var hans adfærd blevet mere og mere seksualiseret. Fx stod han, så tit han kunne se sit snit til det, i indgangen til institutionen for at kramme alle, der ankom – et kram der involverede, at han også intenst gnubbede sit køn op ad den anden. Han havde også flere gange været lige ved at voldføre en ung kvindelig udviklingshæmmet beboer, men var hver gang blevet opdaget i sidste øjeblik. Da personalet ikke kunne holde øje med ham hele tiden, og han ikke kunne stoppes bare med et 'Nej' eller 'Hold op', besluttede institutionen, at den bedste løsning var at lære ham at onanere. Drengens forældre, som også havde problemer med drengens seksualiserede kontakt til moderen, bakkede helt og fuldt op om forslaget.

Men hvordan lære det til en udviklingshæmmet, der ikke forstår sprog? Porno var alt for voldsomt. De havde prøvet at få en prostitueret til at hjælpe, men det var for overvældende for ham – han blev bange. Personalet gik i tænkeboks igen. En af drengens kontaktpersoner meldte sig så som frivillig til at lære ham at onanere: hun havde hjerte for drengen og syntes, at der ikke gik skår af hende for at hjælpe ham med det. Hun havde selv et godt seksualliv og samliv med sin mand, havde drøftet problemet med ham, og han havde sagt ok til, at hun foretog denne meget utraditionelle intervention. Træningen med drengen foregik sådan, at to andre pædagoger var til stede. Den ene filmede træningen, hvor pædagogen onanerede på drengen og prøvede at lære ham selv at røre sig selv lystfyldt. Bagefter kiggede de alle sammen på filmen sammen og snakkede med drengen om, hvordan han selv kunne røre ved sig selv.

Drengen fik rejsning ved disse træningssituationer, men ikke udløsning. Hans øvrige adfærd var uændret, og han fandt ikke ud af at tilfredsstille sig selv. Efter et halvt års forsøg og supervision fra forskellige eksperter vidste personalet ikke deres levende råd. Pædagogerne var begyndt at tale om at opgive forehavendet, men var bekymrede ved at tage denne mulighed fra drengen uden andre løsninger. Det var her, de spurgte en kropspsykoterapeut MPF til råds. Hun blev præsenteret for sagen og tøvede lidt – men nu handlede det jo om at se, om der kunne skabes en 'happy ending' for alle parter. I en samtale med den kvindelige kontaktperson, der foretog træningen, spurgte terapeuten nu ind til detaljer i den måde, kontaktpersonen røre drengens køn på. Da hun fortalte, at hun koncentrerede sig om skافتet og især hovedet på penis, foreslog terapeuten, at hun koncentrerede sig mere om testikler og mellemkød. Allerede ved næste træning fik drengen udløsning. Den dag blev der givet Gammel Dansk til pædagogernes frokost! Efter et par vellykkede træningssessioner kunne pædagogerne blot bede ham gå ind til sig selv og selv klare sin ophidselse, når han begyndte på seksualiserede grænseoverskridelser og berøring – og det var han helt med på. Ved en opfølgende samtale et år efter fungerede denne løsning stadig tilfredsstillende.

Denne usædvanlige situation kunne få en heldig afslutning, fordi supervisor havde holdt kurser om arbejde med seksualitet i det psykoterapeutiske rum og selv havde et tilstrækkeligt kendskab til kønsorganernes anatomi og funktion. Når man arbejder med psyken, er det nødvendigt at kende psykens 'anatomi' og sammenhæng. Det skal grundlæggende læres på de psyko-



terapeutiske uddannelser og videreudvikles i det professionelle arbejde. Hvis man skal arbejde mere præcist med kroppen, er det nødvendigt at kende den fysiske anatomi godt. Imidlertid er det ikke alle kroppsykoterapeutiske skoler, der underviser i anatomi – og så vidt vides er der ingen af dem, der underviser i kønsorganernes anatomi. Her skal man til sexologi- eller tantraundervisning.

EN CASE - FRA VERBAL PSYKOTERAPI TIL KROPSPSYKOTERAPI TIL TANTRA

I den følgende case har klienten seksuelle problemer, som givetvis har at gøre med ubehagelige og grænseoverskridende oplevelser og erfaringer. Hun har haft gode og udviklende forløb i verbale psykoterapiformer, før hun går til en kroppsykoterapeut. Her begynder hun at tilegne sig sin krop på en anden måde. Endelig går hun til en tantrabehandler, hvor de dybeste lag af hendes problemer omkring seksualitet kommer i bevægelse. Nogle gange skal der utraditionelle metoder til, for at de sidste brikker falder på plads. Her er casen:

Lise, 47 år, ingen børn og ingen tidligere langvarige forhold. Hun er for tre år siden blevet gift og er meget glad for sin mand. De har det i det store hele rigtigt godt sammen – på nær et problem hun tidligere har bemærket, som er opspænding i bækkenet og kraftige smerter ved samleje, skønt hun har lyst. Både hun og hendes mand er indstillede på, at deres seksualitet skal være til glæde for begge, og at dette er vigtigere for dem end penetration. I parforholdet har de prøvet forskellige stillinger, de har prøvet at tage det langsomt, de har arbejdet med sanselighedstræning – men problemet er uændret. Lise har stærk skamfølelse og skyld over, at 'kroppen ikke kan finde ud af det seksuelle'. Hun har været i psykoterapi siden hun var 33 år gammel og har i årenes løb arbejdet med seksuelle overgreb og mobning fra barndommen og med ydmygende behandling fra mænd i sin tidlige voksenalder. Hun har været hos kiropraktor for få hjælp med en skævhed i bækkenet. Hendes kiropraktor har så foreslået hende at gå til en kroppsykoterapeut MPF, som han kender. Hun har ikke prøvet kroppsykoterapi før.

Kroppsykoterapeuter har som sagt et speciale i at arbejde med kroppen. Interpersonel berøring i form af

kram eller at holde om en klient i længere tid kan være en naturlig del af terapien, ligesom mere teknisk berøring, som sigter på at øge kropsbevidsthed i kropsområder eller muskler, klienten har svært ved at mærke. Grænserne for berøring i kroppsykoterapi følger imidlertid den danske og internationale norm i det psykoterapeutiske rum: terapeuten seksualiserer ikke kontakten, berøring af kønnene forekommer ikke, og seksuel kontakt forekommer ikke.

Hos kroppsykoterapeuten opdager Lise, at hun har meget lidt kontakt med hele kropsområdet omkring kønnene: hofternes, ballernes, bækkenets og mavens muskler. Hun lærer at lave små opspændinger i forskellige muskelgrupper, hvilket giver hende en følelse af mere plads og en glædesfølelse. Det virker, som om disse kropsområder stadig var 'tabt' eller måske dissocierede: Hun siger, at det nu føles, som om de kropsområder er blevet en del af hende. Hun opdager også, at hendes lystfølelse kan være lidt længere i stedet for hurtigt at aktivere udløsning. Hendes evne til at rumme den seksuelle energi er blevet bedre. Imidlertid er problemerne med voldsomme vaginale smerter ved samleje uændrede, og kroppsykoterapeuten foreslår, at hun kan prøve en dygtig og nænsom tantrabehandler.

Med denne tantrabehandler aftaler Lise først kropsmassage, hvor hun vælger at beholde tøjet på. Hun ved, at hun har brug for at få hjælp til selve bækkenbund og skede, men er slet ikke klar til at starte så intimt. Efter nogle behandlinger giver arbejdet med massage, berøringsgrænser, sanselighed og kropsbevidsthed hende mod på at prøve det intime arbejde. I dette intime kropsområde arbejder behandleren stadig med den samme omhu i kropsbevidsthedstræningen og respekt for hendes grænser. Ved anden behandling fik hun kontakt til et enormt raseri, hun aldrig havde mærket før – knyttet til selve skedemuskulaturen. Først ved denne neutrale, nænsomme berøring kom denne følelse op til bevidstheden. Dette viste sig at være et vendepunkt i hendes problemer omkring seksualitet.

I tantrabehandling er grænserne anderledes end i psykoterapi. Martin Heese og Diana Diakova, lederne af Copenhagen Heart Awakening Integral Institute, tilbyder tantrakurser, tantramassage, almindelig massage, yonimapping (kropsbevidsthedstræning i skeden), parterapi, kurser i personlig udvikling samt uddannelser. Deres etiske retningslinjer klargør, at behandleren altid er påklædt med minimum shorts og t-shirt – og

at behandlerens kønsorganer og mund ikke indgår i berøringen. Man aftaler, om klienten er nøgen eller påklædt under behandlingen, og i hvilken udstrækning berøring og behandling på og i kønnet er del af behandlingen. Terapeuten seksualiserer ikke kontakten, og gensidig seksuel kontakt forekommer ikke. Etik og grænsefølsomhed vægtes højt.

I en samtale fortalte de, at de blandt andet har mange klienter, der kommer med smerter efter overgreb, fødsler, gynækologiske indgreb, kunstig befrugtning og desværre også efter dårlig og grænseoverskridende tantrabehandling. Nogle klienter går i psykoterapi, andre ikke. De arbejder altid med præcise aftaler om, hvad formålet er med behandlingen, og desuden aftaler om den nøjagtige intervention. Ønsker klienten berøring eller ikke? Hvordan og hvor skal der røres? Nogle behandlinger former sig som træning af kropsbevidsthed, velvære og sanselighed i bækkenbunden og i kønnet, mens andre behandlinger vægter samtale eller massage og berøring andre steder på kroppen – toppen af hovedet fx. Massage gives med eller uden tøj. Fokus er at skabe en proces, hvor klienten, ofte gennem berøring og massage, støttes til at mærke kroppen som et trykt rum, mærke sine egne signaler og udvikle en dybere følsomhed for egne ønsker og grænser – også, men ikke kun, i forhold til berøring.

FAGGRÆNSER OMKRING TANTRA OG PSYKOTERAPI

Nogle psykoterapeuter MPF har også en lødig uddannelse som tantrabehandler. Vi har derfor både i supervisioner og i etiske drøftelser haft lejlighed til at tage stilling til, om man kan blande de to terapiformer. Vi mener, at det er forsvarligt at anvende en del af sin psykoterapeutiske ekspertise som støttende kompetence i aftalte tantraforløb, ligesom man naturligvis kan bruge sin særlige ekspertise omkring seksualitet i udvekslinger med klienten i psykoterapi. Imidlertid finder vi, at det ikke er forsvarligt selv at lave tantrabehandling og beslægtede behandlingsformer med sine psykoterapiklienter, idet grænserne for berøring i psykoterapi er langt snævrere end i tantrabehandling. Hvis man altså som psykoterapeut MPF har en klient, som man mener kunne drage

nytte af tantrabehandling, skal klienten henvises til en anden behandler mhp. dette. Denne skelnen svarer faktisk til faggrænsen i forhold til andre specialer. Fx kan man som tandlæge have glæde af en psykoterapeutisk uddannelse, når man arbejder med tandlægepatienter med tandlægeskræk, og man kan også arbejde med tandlægeskræk i sin psykoterapeutiske praksis – men hvis klienten i psykoterapi har brug for en rodbehandling, skal man henvise til anden tandlæge.

GOD OG DÅRLIG TERAPI – HVORDAN SKELNER MAN?

Mange slags erfaringer kan være modnende, integrerende og frisættende i forhold til at udvikle ejerskab af vores livsenergi – bl.a. vores seksuelle energi. Nye skridt kan tages eller opstå i psykoterapi – men også i kreativ udfoldelse, i naturoplevelser, i andre terapiformer, i livet som sådan. I vores forståelse har godt arbejde med tantrabehandling og intim berøring en relevant plads i forhold til at åbne nye muligheder i forhold til seksualitet, intimitet, berøring osv. og kan dermed være del af vores henvisningsmuligheder. Desværre er der – som mange har opdaget – stor forskel på kvaliteten inden for tantratilbud, fx er der forskel på, om nøgenhed under behandlingen kan forhandles – eller om det opfattes som et givent element i behandlingsformen. Forhandling om grad af nøgenhed er efter vores opfattelse en afgørende faktor i forhold til sikkerhed og egenstyring for klienten. (Det er ikke generelt tilfældet i tantrabehandling, se fx Dansk Forening for Tantramassages hjemmeside). I alle terapiformer mener vi desuden, at terapeuten har et overordnet ansvar for terapiforløbet – ansvaret er ikke ligeligt fordelt mellem terapeut og klient. Vi henviser derfor kun til tantrabehandlere, som både i deres praksis og i beskrivelsen af deres arbejde forholder sig til dette ansvar.

Det gælder naturligvis alle behandlingssystemer, at der er behandlere, der ikke er dygtige nok – og det er nok et endnu større problem i de behandlingssystemer, der ikke er regulerede, og som ikke har beskyttede titler. Derfor begyndte vi sammen at reflektere over, hvilke faktorer vi synes kendetegner godt behandlingsarbejde.



Helt overordnet kræver al god terapi to ting. Den ene er noget, man helt enkelt kunne kalde en medmenneskelig, empatisk indstilling i kontakten mellem klienten og behandleren. Det andet er en klar intention om, at kontakten handler om at hjælpe den anden. Disse to punkter danner hjertet i al faglig etik.

Når vi går mere ned i detaljen, kan nævnes:

1. Fælles klarhed om den overordnede kontrakt og det overordnede formål.
2. Løbende aftaler i hver enkelt terapi om de præcise arbejdsformer og delmål.
3. Terapeutens åbenhed og nysgerrighed over for proces og justeringer i løbet af processen.
4. Terapeutens overordnede kompetence i sit fag – og dermed overensstemmelse mellem kompetence og udbud.
5. Terapeutens evne til at vurdere, om klienten har ressourcer til at arbejde med de metoder og fagområder, som terapeuten har.
6. Terapeutens bevidsthed om sit overordnede ansvar for den terapeutiske proces og evne til at handle i forhold til det.

Som vi ser det, er disse faktorer centrale, uanset om der er tale om psykoterapi, tantrabehandling eller andre terapiformer.

Der er i Dansk Psykoterapeutforening blevet efterspurgte klare grænser imellem psykoterapi og andre terapiformer. Vi tænker, at støtte af denne grænsesætning indebærer, at hvert behandlingstilbud tydeligt formidler, hvad der tilbydes, og hvilken kompetence der ligger bag tilbuddet. Det gælder for os som psykoterapeuter – og det gælder de terapiformer, vi kan henvise til.

Denne form for tydeliggørelse kan forhåbentlig hjælpe os til at skelne mellem behandlingstilbud, der arbejder ud fra de ovenstående faktorer – og de, som ikke gør det. Grænsen mellem god og dårlig terapi er ligeså vigtig som grænsen mellem forskellige arbejdsformer.

REFERENCER

Dansk forening for tantramassage, www.dansk-forening-for-tantramassage.dk/.

Jaak Panksepp at TEDxRainier (2013): www.youtube.com/watch?v=65e2qScV_K8.

Panksepp J, JS Wright MD Döbrössy, TE Schlaepfer, VA Coenen (2014): *Affective Neuroscience Strategies for Understanding and Treating Depression: From Preclinical Models to Three Novel Therapeutics*. *Clinical Psychological Science* 2014, Vol. 2(4) 472–494).



Marianne Bentzen, psykoterapeut MPF. International underviser i anvendelsen af neuroaffektiv udviklingspsykologi i psykoterapi. Forfatter til en række artikler og bøger, hvoraf flere er oversat til adskillige sprog. Tidligere medlem af bestyrelsen og senere af etikudvalget i Dansk Psykoterapeutforening, nu medlem af etikpanelet.



Merete Holm Brantbjerg er psykomotorisk terapeut og psykoterapeut MPF og har i mere end 40 år arbejdet som underviser og individualterapeut i Danmark og internationalt. Har udviklet Relationel Traumeterapi, som kombinerer psykomotorisk færdighedstræning og systemisk gruppeproces. Tidligere medlem af bestyrelsen og senere af etikudvalget i Dansk Psykoterapeutforening, nu medlem af etikpanelet.