

Eksistensfasen (ID Mørkerød) – Retten til at eksistere

Eksistensfasen strækker sig fra fosterlivet til omkring tre måneder efter fødslen. Kernetemaet er det fundamentale spørgsmål: **"Har jeg ret til at være her?"**

Undervisningsmaterialet & Grundmanualen (CI)

Den sunde position i denne tidlige fase er, at spædbarnet hviler dybt i sig selv og føler sig ønsket og velkommen. Hvis kontakten eller graviditeten har været præget af stress, fysisk sygdom eller traumer, trækker selvet sig kropsligt indad.

Daniel Stern

Kalder dette stadie for det emergente selv (selvets spæde tilblivelse). Her er der endnu ikke et fastlagt jeg, men spædbarnet begynder passivt at organisere de tidligste sanseindtryk og kropslige fornemmelser i mønstre.

Margaret Mahler

Beskriver denne fase som normal autisme (0-1 mdr.). Barnet befinder sig i en indadvendt, næsten drømmende tilstand, hvor det ikke skelner mellem sit eget selv og omverdenen.

Tove Hvid & Bodynamic

Påpeger, at tidlige chok og eksistentiel utryghed lejrer sig som en fysisk "spaltet" eller skæv fornemmelse i kroppen samt en dyb, kropslig forsigtighed. De klassiske forsvarspositioner er enten at blive "kropsløs" (mental fraspaltning, hvor energien trækkes op i hovedet, og hænder/fødder bliver kolde) eller "hovedløs" (følelsesmæssig fraspaltning, hvor man mister den kognitive kontrol og oversvømmes af rå affekt).

Anodea Judith

Forbinder dette med 1. chakra (Rodchakraet). En sund funktion giver kropslig grounding, basal tillid og evnen til at lade sig bære af jorden. Forstyrrelser her (deficiency) udløser kronisk eksistentiel frygt, uro, dissociation og en manglende evne til at "slå rødder" i tilværelsen.

Lars J. Sørensen

Kobler dette direkte til smertegrænsen og nervesystemets tidlige overlevelsestrategier. Når den tidligste smerte overskrider spædbarnets evne til at regulere og rumme, træder chok- og alarmsystemerne i kraft. Dissociation bliver her ikke et patologisk symptom, men en sund, nødvendig overlevelsesmekanisme, der tillader spædbarnet at spalte den ubærlige oplevelse fra den bevidste perception for overhovedet at overleve.

Behovsfasen (ID Rød) – Retten til at have behov

Behovsfasen strækker sig typisk fra omkring 1-månedersalderen til 1½ år. Fokus skifter fra ren overlevelse til at mærke egne behov og række ud efter næring, kærlighed og omsorg.

Undervisningsmaterialet & Grundmanualen (CI)

Det handler om at erfare, at egne behov er legitime, og at det er trygt at vise sårbarhed over for omsorgspersonerne.

Daniel Stern

Dækker denne bevægelse gennem to stadier:

Kerneselvet (2-6 mdr.): Barnet begynder at opleve sig selv som en afgrænset, sammenhængende fysisk enhed med egne følelser, en viljesstyret handlingskraft og kontinuitet over tid.

Det subjektive selv (7-9 mdr.): Barnet opdager, at andre også har indre tilstande (følelser og intentioner), som kan deles. Her introduceres intersubjektivitet og betydningen af terapeutens affektive afstemning og nærvær i "det nuværende øjeblik".

Margaret Mahler

Symbiosen (1-5 mdr.): Barnet oplever sig selv og moderen som en sammensmeltet enhed uden klare grænser.

Differentieringen (5-10 mdr.): Barnet begynder aktivt at adskille sig fra moderen og udforske verden med moderen som en "tryk base", det løbende vender tilbage til for at blive følelsesmæssigt tanket op.

Tove Hvid & Bodynamic

Viser, hvordan forstyrrelser i behovsfasen skaber to kropslige overlevelsestrategier:

Den opgivende position (tidlig/hyporesponsiv): Barnet opgiver impulsivt at række ud, fordi responsen udebliver eller er utilstrækkelig. Kropsligt viser det sig ved en spinkel, slap holdning, indfalden brystkasse og arme, der hænger modløst. Klienten føler indvendigt: "Mine behov betyder intet".

Den mistroiske position (sen/hyperresponsiv): Barnet har måttet kæmpe eller kontrollere for at få dækket sine behov. Kropsligt opbygger det et spændt forsvar for at sikre sig mod svigt og tænker: "Jeg skal nok klare mig selv, for du svigter alligevel".

Anodea Judith

Mappes til 2. chakra (Sakralchakraet). Her bor retten til at føle, nyde og ønske. Hvis barnets tidlige lyster og behov mødes med afvisning eller rigiditet, internaliseres en dyb, ubevidst skyldfølelse over overhovedet at have behov. Det kan føre til følelsesmæssig bedøvelse (deficiency) eller emotionel oversvømmelse og grænseløs afhængighed (excess).

Wilhelm Reich

Udpeger det orale segment (mund, kæbe, svælg og hals) som det primære spændingsområde for denne fase. Hvis spædbarnets behov for at suge, modtage næring og skrig af længsel undertrykkes, bides impulsen bogstaveligt talt i stykker gennem en kronisk fastlåst kæbe og en spændt hals. Denne kropslige pansring forhindrer den voksne klient i at række sårbart ud og modtage omsorg.

Metateoretisk Integration & Terapeutisk Styring

ID-terapiens styrke er integrationen af disse teorier i en praktisk, klinisk ramme. C1-modulet trækker her på tre vigtige støtte-pionerer til at styre det terapeutiske kropsarbejde.

A. Ken Wilber & Mark Forman: Den Integrale Ramme (AQAL)

Når vi arbejder med de tidlige mørkerøde og røde stadier, forhindrer den integrale model terapeutisk tunnelsyn.

Kvadranterne: Klientens tidlige kropslige spændinger og nervesystemets alarmberedskab observeres i Øvre Højre (Det), mens den subjektive oplevelse af eksistentiel tomhed mærkes i Øvre Venstre (Jeg). Forholdet til moderen og de tidlige tilknytningsmønstre kortlægges i Nedre Venstre (Vi).

Præ/trans-fejlslutningen: Dette er afgørende for C1. En klient kan under kropsarbejde opleve en opløsning af selvgrænserne. En uerfaren terapeut kan forveksle denne præpersonlige regression og dissociation (der skyldes overvældelse i Eksistensfasen) med en højtudviklet, transpersonlig spirituel enhedstilstand. Den integrale terapeut ved, at man må støtte opbygningen af et sundt og stabilt ego (jordforbindelse, grænser, affektregulering), før man kan transcendere det.

Spirituel Bypassing: Sker, når klienten bruger spirituelle forklaringer (f.eks. "alt er accept og kærlighed") til at undgå at mærke den dybe, præpersonlige vrede, frygt og smerte, der stammer fra de tidligste svigt.

B. Lars J. Sørensen: Smertegrænsen og Tilknytningstraumer

Tilknytningstraumet: Er særligt komplekst, fordi den person, barnet søger beskyttelse hos, samtidig er kilden til faren. Barnets nervesystem låses i et uløseligt biologisk paradoks: "Jeg har brug for dig, men du er farlig".

Dosering og tolerancevindue: Terapien må aldrig overskride klientens smertegrænse. For hurtig eksponering eller for voldsomt kropsarbejde skaber retraumatisering og øget dissociation. Terapeuten skal fungere som en ekstern samregulerende faktor og løbende tjekke klientens intensitet via et følelsetermometer (0-10). Hvis klienten stiger over 5-6, skal det traumatiske arbejde stoppes, og der skal laves grounding, nuorientering og regulering.

C. Wilhelm Reich: Karakteranalyse og Modstand her-og-nu

Form før indhold: Reich revolutionerede terapien ved at påpege, at det ikke er nok at lytte til klientens verbale historie; vi skal observere, hvordan historien fortælles. Hvis en klient fortæller om dyb sorg eller vrede med et stivnet smil eller en monoton stemme, arbejder vi direkte med det kropslige og karakterologiske panser her-og-nu.

Modstandsanalyse før fortolkning: Reich kritiserede psykoanalytikere for at give barndomsfortolkninger for hurtigt. I ID-terapi følger vi rækkefølgen: Modstand → Forsvar → Følelse → Underliggende konflikt. Vi arbejder med modstanden i rummet lige nu, før vi tolker på barndommen.

Rødder og rammer i kropsarbejdet: Dette understøtter den vigtige C1-logistik: Maksimalt 1/3 kropsarbejde og minimum 2/3 samtale og kognitiv integration. Der skal altid etableres en klar kognitiv kontrakt forud for kropsarbejdet, så klienten forstår formålet, bevarer sin agens og ikke overvældes.