

Musikterapiens start inden for psykiatrien - lidt historie.

v. Klinikleder Inge Nygaard Pedersen.

Grundlæggerne.

Musikterapi som en egentlig psykoanalytisk funderet behandlingsform indenfor psykiatrien i Europa startede i England i begyndelsen af 70'erne, hvor musikterapeuten og musikeren Mary Priestley arbejdede på forskellige psykiatriske hospitaler - længst på Sct. Bernhards Hospital, London (ca. 20 år).

Rødderne til hendes professionelle virke går dog tilbage til musikterapeuten Juliette Alvin (London), som etablerede den første egentlige uddannelse i musikterapi i Europa (en etårig overbygningssuddannelse på Guildhall School of Music and Drama). Uddannelsen startede i 1968.

Alvin var influeret af en kombination af Freuds teorier og komponisten Stravinsky's musikforståelse, og hun udviklede en generel humanistisk tradition i musikterapifaget uden at udvikle en egentlig teoretisk model. Musikken anvendte hun til basal kommunikation med patienterne og hun anså kunsten i arbejdet for at være musikterapeutens evne til at finde den rigtige musik til hver enkelt patient.

Den "rigtige musik" skulle ikke forstås som specifikke stilarter, harmonier eller musikinstrumenter, men som musikterapeutens evne til at anvende sin personlige spillestil på vedkommendes hovedinstrument adækvat i forhold til den kliniske situation.

De musikterapistuderende blev trænet til at arbejde indenfor medicinske eller specialpædagogiske institutioner og til primært at understøtte en klinisk behandling eller et specialpædagogisk udviklingsforløb via deres specialiserede viden om basal kommunikation.

Alvin var overbevist om at improvisation var nøgleelementet i at etablere en musikalsk kontakt mellem terapeuten og patienten - improvisation forstod hun som ikke-konventionel eller repertoire musik. Hun anvendte dog også komponeret musik i sin terapiform.

Alvin var således den første musikterapeut i Europa der indførte musikalsk improvisation som hovedredskab i det kliniske musikterapeutiske arbejde. Hendes kliniske praksis udfoldede sig primært indenfor arbejde med børn i og udenfor psykiatrien - specielt autistiske børn.

Priestley videreudviklede Alvins improvisationsidé og arbejdede samtidig ud fra en psykoanalytisk baggrund og forståelse af psykiske symptomer. Disse anser hun som værende opstået på baggrund af traumatiske oplevelser i den tidlige barndom. Hun var den første musikterapeut der beskrev psykoanalysens og den psykodynamiske teoris indflydelse på musikterapeutisk praksis i 70'erne (M. Priestley 1975,1976,1978,1980). Hun kaldte sin metode Analytisk musikterapi (i 70'erne og 80'erne) - senere Eksploratorisk Musikterapi. Metoden udviklede hun gennem arbejde med voksne psykiatriske patienter. Hun definerer denne som:

"Brug af ord og symbolske musikimprovisationer for patientens og musikterapeutens vedkommende med det formål at udforske klientens indre verden og skabe betingelser for vækstprocesser."
(fra:Maranto.1993)

Et karakteristisk træk ved Priestley`s metode er at klientens improvisation ofte er stimuleret og guided af programmatiske titler. De væsentligste af hendes samlede skriftlige produktion er samlet i bogen: "Essays on Analytical Music Therapy" 1994.

Gradvis træning af musikterapeuter mod arbejde i psykiatrien.

M. Priestley udviklede et supplement til den etårige overbygningsuddannelse på Guildhall ved at tilbyde musikterapistuderende (i privat regi) psykoterapitræningsmoduler i form af "Interterapi", hvor to studerende arbejder med hinandens personlige vækstproces med Analytisk Musikterapi som metode. Dette træningsmodul indeholder 12 dobbeltlektioner og kan først påbegyndes efter min. et års individuel- og et års gruppeanalytisk musikterapitræning, hvor den studerende er i klientrollen.

Dette træningsmodul blev - af en af Priestleys elever prof. J. Th. Eschen, Tyskland overført til at være en integreret del af en senere toårig international internatuddannelse til Diplommusikterapeut: "Mentorenkurs Herdecke", Tyskland. Mentorenkurset fandt sted som et eengangs studieforløb i årene 1978 - 1980. Undertegnede gennemførte denne Diplomuddannelse og overførte sammen med min kollega, Diplom-musikterapeut Benedikte Scheiby fra 1982 dette Interterapi træningsmodul til at være en integreret del af Kandidatuddannelsen på Aalborg Universitet. (Se dette skrift s. 24)

"Mentorenkurs Herdecke" blev skabt på et fælles europæisk grundlag. Ideen med uddannelsen var:

- at uddanne musikterapeuter bredt indenfor de eksisterende ideologiske musikterapeutiske retninger. Samtidig blev uddannelsen bundet sammen af den Analytiske Musikterapi s selverfaringsmodul (Interterapi modulet).

- sammen med de studerende at evaluere og udvikle minimumskrav til kommende musikterapiuddannelser i Europa.

Seks af de tretten uddannede Diplommusikterapeuter fra Herdecke er i dag uddannelsesledere rundt om i Europa.

De færdiguddannede musikterapeuter, som har gennemgået Interterapi træningsmodulet (og de to års selverfaring der ligger forud for dette) er ifølge grundlæggeren M. Priestley trænet som både analytiske psykoterapeuter og analytiske musikterapeuter. Træningsmodulet er baseret på teorier og psykodynamiske konstruktioner af Freud, Jung, Klein og Lowen.

Det er dette træningsmodul integreret i en længerevarende musikterapiuddannelse der specielt kvalificerer musikterapeuter til at arbejde psykoterapeutisk både generelt og indenfor psykiatrien.

Undertegnede (INP) tog et sådant ekstra (privat) Interterapi træningsmodul (12 db.-timer) sammen med min kollega B.Scheiby med Priestley som træner under et praktikophold i London 1979, efter at vi havde gennemgået 1 års individuel og et års gruppemusikterapi træning samt det obligatoriske Interterapi træningsmodul (12 dobbelttimer) på uddannelsen i Herdecke. Denne ekstra træning kvalificerede os til at overføre og supervisere på et sådant Interterapi- træningsmodul på musikterapiuddannelsen på Aalborg Universitet.

Priestley har som nævnt arbejdet indenfor psykiatrien i mange år. Hun anser afdækningen og genoplevelsen af traumatiske oplevelser i den tidlige barndom som de kurative faktorer. I den kliniske praksis anvender hun primært Melanie Kleins teorier om splittingen mellem det gode og det onde bryst som forståelsesgrundlag og klinisk redskab. Hun videreudviklede brugen af musikalsk improvisation til at være et spille rum for geniscenesættelse af de tidligste relationserfaringer som en psykoterapeutisk metode.

Fra de praktiske erfaringer udviklede hun en differentieret teori om empati og modoverføring som centrale arbejdsredskaber, og hun var banebrydende i den forstand, at hun aldrig anvendte overføringstolkninger alene uden klar bevidsthed om en samtidig tilstedeværelse af en varm alliance og en dyb medlevelse i patientens konflikter.

Videreudvikling af Analytisk Musikterapi.

En del af de færdiguddannede Diplommusikterapeuter fra "Mentorenkurs-Herdecke" (herunder Mechthild Langenberg, Benedikte Scheiby, Colleen Purdon, Joachim Ostertag, Wolfgang Mahns og Inge Nygaard Pedersen) har anvendt og videreudviklet Priestleys metode og teoretiske grundlag for tolkning og forståelse af psykiske problemer primært indenfor psykiatrien men også i arbejde med andre patientmålgrupper.

Det er fælles for de nævnte Diplommusikterapeuters videreudvikling af metoden, at der i beskrivelser af denne bliver lagt mere vægt på improvisationens handlende proces i forskellige kliniske settings. Metoden blev senere kaldt Analytisk Orienteret Musikterapi (i dag stadig i Tyskland, England og nu USA). I Danmark kaldes metoden i dag blot musikterapi, idet Priestleys metode samt dennes videreudviklinger i udgangspunktet er grundlæggende for al musikterapiuddannelse og- behandling i Danmark. Musikterapibegrebet er således synonymt med psykoterapi med musik som redskab.

Gennem tiltagende professionalisering kunne den analytisk orienterede musikterapi efterhånden udføre selvstændige psykoterapimetodefunktioner inden for rammerne af en totalbehandlingsplan i en klinisk ramme som grundigt dokumenteret og beskrevet af (Langenberg 1988), (Hegi-Evers et al. 1986) og (Nygaard Pedersen 1997 og 1998).

Erfaringer herfra viser, at især patienter med svære relationsforstyrrelser og jeg-svage problematikker kan have gavn af musikterapi. Disse patienters tendens til dialogbrud iscenesættes meget virkningsfuldt i de musikalske improvisationer. Den ramme musikken tilbyder kan bl.a. beskrives som patientens mulighed for oscilleren mellem primær- og sekundærprocesser - fulgt empatisk af musikterapeuten (der samtidig i en disciplineret subjektiv tilstedeværelse må have et lyttende øre udenfor denne tilstand). I denne tilstand kan patienten genoplive tidlige og senere gentagne relationserfaringer, og den fraspaltede eller fastlåste affektverden kan (gen)erfares og differentieres.

For patienter som befinder sig fastlåste i denne dagdrømsagtige tilstand kan musikken tilbyde en mulighed for at patienten kan opleve sig mødt og kan relatere sig til en anden person i musikken uden krav om at "komme ud af denne dagdrømsagtige tilstand" i begyndelsen af processen. En spilleregul til en fælles improvisation kan f.eks. lyde: "Vi spiller, hvad der falder os ind og lader musikken vokse frem af det i os som trænger til at blive udtrykt."

I en senere udviklet teoretisk forståelse, således som den er under udvikling på Musikterapiklinikken, APS baseret på en cyklisk dynamisk forståelse (se dette skrift s. 37) kan det beskrives således, at den fælles musikalske improvisation baseret på spilleregler giver rum for oplevelseskvaliteter, der er knyttet til relationserfaringer som de blev erfaret tidligt og som de senere i personens udvikling giver bevægelseskraft til dannelsen af maladaptive relations- og handlemønstre her og nu i musikterapirelationen. Sådanne oplevelseskvaliteter kan blive båret af musikterapeuten eller blive spillet op mod musikterapeutens resonansgivende ledsagelse og medformning af musikken.

En cyklisk dynamisk forståelsesform kan identificeres som en videreudvikling af Priestley's metode og teorigrundlag der her bevæger sig fra en mere psykoanalytisk forståelsesform til en form primært baseret på interaktionen.

Det specifikke ved metoden er - uanset teorigrundlag - den fælles fremstillingsproces, som en musikalsk improvisation udgør.

Denne "fælles fremstillingsproces som improvisatorisk musikterapeutisk metode" er også videreudviklet fra Priestley's metode af fire andre af de ialt tretten Diplommusikterapeuter uddannet fra "Mentorenkurs Herdecke" 1978-80 (Rosemarie Tüpker, Eckhard Weymann, Tilman Weber og Frank Grootaers). De fire tyske Diplommusikterapeuter videreudviklede det specifikke ved denne metode ud fra et gestaltpsykologisk/morfologisk teorigrundlag, inspireret af den morfologiske psykologi som den blev forelæst af Prof. W. Salber på Kølns universitet. De udviklede den Morfologiske Musikterapi der forstår menneskelig udvikling (også psykopatologisk udvikling) som en kunstanalog udviklingsform, der kan mødes og arbejdes med direkte i den musikterapeutiske improvisation. Dagligdagen og kunsten anses for prototypiske behandlingssteder. Psyken er behandling og ens selvbehandling er fra begyndelsen kunstanalog. Udviklinger i behandlingsforløb identificeres ud fra fire kategorier af behandlingsskridt. Disse fire skridt søges udlevet gennem og analyseret ud fra musikalske samspilsimprovisationer mellem terapeut og patient. Denne metode er ikke udviklet inden for psykiatrien, men er gradvist ved at vinde indpas her i en teoretisk modificeret form de seneste år, hvor forståelse af psykopatologi tydeliggøres mere i beskrivelser af menneskelig udvikling og af behandling. (se artikel i dette årsskrift s. 91).

Videreudviklinger af Analytisk Orienteret Musikterapi - i DK musikterapi - afgrænser således ikke forståelsen af de opdukkende fænomener ensidigt til psykoanalytiske modeller, men giver gennem den psykoanalytiske orientering en grundforståelse for etableringen af et sådant rum, hvor ubevidste fantasier og samspilmønstre kan gøres hørbare, og hvor de kropslige sanssemæssige oplevelser indgår som en del af helheden i den fælles dialog.

I den musikterapeutiske overføringsrelation opstår - uanset teorigrundlag - en egen kvalitet ved, at den direkte resonans i forhold til tonerne og det fælles spil (klangrum) kan opleves sanseligt, hvilket også gælder det levendegjorte (at komme i) møde i relationsprocessen.

Udvidelse af modoverføringsbegrebet.

Allerede i Priestleys banebrydende arbejde i 70'erne udviklede hun på et psykoanalytisk forståelsesgrundlag en udvidet forståelse af modoverføringsbegrebet, idet hun skelner mellem empatisk modoverføring (e-modoverføring) og komplementær identifikation eller modoverføring (k-modoverføring).

Det følgende er en oversættelse og sammenskrivning af Priestleys afsnit om modoverføring i bogen "Essays on Analytical Music Therapy"(1996): E-modoverføringen beskriver hun (inspireret af Racker's beskrivelse af concordant identification) som: "the resonance of the exterior to the interior". (M.Priestley 96.s.128).

Hun betegner den som et anslået strygeinstrument (patienten), hvis musik resonerer på dets sympatiske strenge (terapeuten).Terapeuten kan enten gradvist i samspillet eller lige pludselig som et lyn fra en klar himmel blive opmærksom på den sympatiske resonans af nogle af patientens følelser gennem sin egen følelsesmæssige og kropslige opmærksomhed. Priestley anser terapeutens e-modoverføring som et instrument til at udforske patientens ubevidste: Hun skriver om anvendelsen heraf:

Terapeutens mulighed for at anvende e-modoverføring afhænger af hendes sensitivitet og frihed til at erfare følelser, der kommer ind udefra, samt ikke mindst evne til at genkende, anvende og i visse tilfælde formulere dem bevidst og klart i musikken eller verbalt. Hvis musikterapeuten bliver oversvømmet af patientens undertrykte følelser og er ude af stand til at tænke eller tolke ind i dem, vil hun være ilde stedt. Det kræver erfaring at lære at forblive helt stille - ikke at forsøge at komme af med det ubehagelige som det måske fører med sig - og

spørge sig selv, hvilken mening disse følelser har for patienten og tilbagelevere dem i en accepteret musikalsk eller verbal form, når og hvis det er muligt længere fremme i processen. K-modoverføringen optræder, når terapeuten identificerer sig med en af patientens andre nære relationer (eksempelvis en overforkælende mor eller en streng far). Det er en ubevidst proces og terapeuten kan bevidstgøre sig herom ved fortsat at spørge sig selv, hvorfor jeg siger/spiller/handler som jeg gør og være opmærksom på, om hun er blevet sat i en anden rolle end hun normalt ville indtage. Denne modoverføring kan udspilles bevidst, når den er genkendt (rollespil) og gradvist opløses i takt med at patienten er moden til at følge med. Eller den kan spilles ud med modsat fortegn (uventet reaktion i forhold til patientens forventning):

Selv har jeg forsøgt at skabe en udvidet forståelse af modoverføringsbegrebet ved at beskrive musikterapeutens funktion som resonansbund i form af lytteattitude og lytteperspektiver. (Pedersen 1997). (Se s. 75 i dette årsskrift)

Den lytteattitude og de lytteperspektiver, der ligger til grund for denne funktion er musikterapeutens primære arbejdsredskab og forsøget på at indfange denne funktion ved hjælp af beskrivelse af terapeutens lyttende tilstedeværelse er

- dels et forsøg på at udvide modoverføringsbegrebet
- dels et forsøg på en beskrivelsesform der spænder en bue mellem psykoanalysen som teorigrundlag og den mere sansenære musikterapeutiske behandlingsform.

Lytteperspektiverne som beskrivelsesredskab bliver endnu mere vigtige, når der er tale om psykotiske eller psykosensære patientmålgrupper.

Parallel udvikling af receptiv musikterapi.

Parallelt med udviklingen af Analytisk Musikterapi, der er baseret på aktiv musikudøvelse i form af improvisation, blev der i USA af Musikterapeuten og danseren Helen Bonny udviklet en receptiv musikterapi metode som en udløber af eksperimenter i 70'erne med LSD terapi og terapi med andre psykoaktive stoffer. Denne receptive musikterapi kaldes Guided Imagery of Music (GIM) og den viste sig gennem årene gradvist at kunne erstatte de psykoaktive stoffer i tilfælde af lettere misbrug. Terapi metoden, der indebærer at patienten

efter en afspændende induktion liggende lytter til et udvalgt musikprogram (klassisk musik), virker ved at patienten kommer i en let ændret bevidsthedstilstand og foretager en indre rejse i følgeskab med terapeuten.

Patienten verbaliserer undervejs de billeder og følelser der dukker op under musiklytningen, og terapeuten følger patientens rejse via aktiv og bekræftende lytten, uddybende spørgsmål og skriver samtidig patientens rejsemateriale ned. Metoden indeholder verbale refleksioner i start og slutning af sessionerne. Det er udviklinger og transformationer i patientens indre billeder - primært tolket ud fra et Jungiansk teorigrundlag - der indikerer udviklingstrin i behandlingsforløbet.

Denne receptive metode er ikke udviklet med psykiatriske patienter, men er gradvist i USA og de sidste par år i Europa blevet anvendt i modereret form med forskellige målgrupper indenfor psykiatrien. I Danmark er der et Ph.d.-forskningsprojekt igang med anvendelse af GIM i gruppeform med kroniske skizofrene patienter på Sct. Hans Hospital, Roskilde.

Litteraturliste:

Alvin, J. (1975) *Music Therapy* .
London: Hutchinson & Co.

Bonny, H. (1978) *GIM Monography #1: Facilitating GIM Sessions. and GIM Monograph" #2: The Role of Tape Music Programs in the GIM Process.*
Salina, KS: Bonny Foundation.

Bruscia, K. (1987) *Improvisational Models in Music Therapy.*
Springfield, USA: Charles C. Thomas Publisher.

Langenberg, M. (1996) "Analytische Musiktherapie" i *Lexikon Musiktherapie.*
Udg. af Decker-Voight, Knill, Weymann. Göttingen/ Bern/ Toronto/ Seattle:
Hogrefe Verlag für Psychologie.

Maranto, C. (1993) *Music Therapy. International Perspectives.*
Pennsylvania. USA: Jeffrey Books.

Pedersen, I. N. (1997) "The Music Therapists Listening Perspectives as Source of Information in Improvised Musical Duets with Grown-up, Psychiatric Patients, suffering from Schizophrenia. *Nordisk tidsskrift for musikterapi* 6 (2). s. 98-111.
Sandane: Udgiver: Høgskulen i Sogn og Fjordane, Studiesektor Sandane.

Pedersen et al. (1998) *Slutrapport 1. del. Dokumentation og evaluering*. Musikterapiklinikken. Aalborg Psykiatriske Sygehus.

Priestley, M. (1975) *Music Therapy in Action*. St. Louis: MMB Music Inc.

Priestley, M. (1976) 'Music, Freud and the Port of Entry' i *Nursing Times* vol. 72 (49), 1940-1941.

Priestley, M. (1978) 'Countertransference in Analytical Music Therapy' i *Journal of British Music Therapy* vol. 9 (3), s. 2-5.

Priestley, M. (1980a) 'Analytischer Musiktherapie und Musikalischer Repons i *Musiktherapeutische Umschau* . vol. 1 (1), s. 21-36. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Priestley, M. (1980b) 'Analytical Music Therapy and the Detour Through Phantasy' i *British Journal of a Projective Psychology*. 25 (1), s. 11-14.

Priestley, M. (1994) *Essays on Analytical Music Therapy*. Phoenixville: Barcelona Publishers.

Tüpker, Rosemarie (1996) *Ich singe, was ich nicht sagen kann*. Zu einer morphologischen Grundlegung der Musiktherapie. (2.Auflage). Münster: LIT Verlag.