

Musikterapeutens rolle i opbygning af psyko-terapeutisk relation med skizofrene.

V. forskningsassistent Charlotte Lindvang.

Indledning.

I denne artikel reflekteres over musikterapiens muligheder i skizofreni-behandlingen, hovedsagligt med fokus på opbygning af relation mellem terapeut og patient, herunder terapeutens rolle og identifikationsprocesser mellem tp. og pt. i den terapeutiske proces.

Skizofrenien er præget af et komplekst mønster af forstyrrelser og symptomer. Den behandlingstilgang der her skal beskrives, retter sig overvejende mod den autistiske tilbagetrækning hos den skizofrene. Angsten for at være i relation med andre mennesker, og stå i et forhold til sig selv såvel som til omverdenen, er i fokus. Nødvendigheden af at terapeuten kommer til stede, og viser sit menneskelige ansigt vil blive betonet. Ved at åbne sig og identificere sig med den skizofrene, kan tp. erfare og forstå personens oplevelsesverden.

Musikken kan defineres som det udtryks- og kommunikations-bærende medie i den terapeutiske proces. Patientens møde med musikterapeuten i musikken - på et primær-proces-niveau, anses for at være særdeles væsentligt. Gennem musikken kan der arbejdes dynamisk med nærhed og distance i kontakten, hvorved en relation efterhånden kan opbygges.

Der indledes i det følgende med nogle filosofiske betragtninger, der sammen med et psykodynamisk syn på skizofreniens ætiologi, danner grundlag for den omtalte behandlingstilgang.

At være til.

Et menneske kan ikke eksistere som et isoleret individ, men er anlagt på at eksistere i relation til andre mennesker. Denne grundlæggende antagelse om den menneskelige eksistens, finder bl.a. støtte hos eksistensfilosofferne Martin Heidegger (1889-1976) og Martin Buber (1878-1965).

Den filosofi der kredser omkring menneskets væren i verden, og omkring de faktorer der muliggør eller hæmmer følelsen af at være virkelig, kan uddybe forståelsen for det skizofrene menneskes særegne væren i verden. Den skizofrene, der som oftest føler sig splittet og isoleret fra andre mennesker og fremmed for verden, kan antages at mangle nogle grundlæggende forudsætninger, for at kunne opleve at eksistere i en fælles verden.

Der ligger således en terapeutisk udfordring i at opbygge og bekræfte en værens-fornemmelse i den skizofrene. Ifølge en hermeneutisk orientering må terapeuten da som udgangspunkt åbne sig for, og forholde sig til den skizofrenes væren i sin egen-verden. Dét at tp. møder og rummer de psykotiske symptomer anses for at være en væsentlig indgang hertil. (Sørensen 1996).

En psykoterapeutisk tilgang der hviler på den omtalte værens-filosofi, går udmærket i spænd med en psykodynamisk orienteret terapi, når det gælder behandlingen af skizofrene. Det psykoterapeutiske tema i behandlingen kan netop beskrives som "retten til at være". (Killingmo 1989). Terapien tilstræber at afspejle, at det der gik galt nu i stedet kan gå godt. D.v.s. at den bekræftelse af eksistensen som ifølge et psykodynamisk syn, antages at have manglet i den skizofrenes tidlige opvækst, nu søges givet gennem relationen til terapeuten. (Sørensen 1996).

Denne relation opbygges ved hjælp af gensidige identifikationsprocesser mellem terapeut og patient. Betonningen af gensidighed i forholdet, er i tråd med Bubers filosofi om at jeg'ets tilblivelse sker gennem **mødet** med et Du:

... "intet åbner sig på anden måde end ved modpartens vekselvirkende kraft... i mødets glimten frem og tilbage".
(Buber 1923/1997)

At blive mødt.

Jeg anser skizofreniens ætiologi som et samspil mellem biologiske, sociale og psykologiske faktorer, som det bl.a. illustreres i sårbarhed-stress-modellen. (Cullberg 1991). Da emnet her er afgrænset til at dreje sig om tp.'s rolle i opbygning og udvikling af relation, skal der på trods af et overordnet multifaktoriel syn på skizofreniens ætiologi, i det følgende indskrænkes til at påpege de udviklingspsykologiske faktorer, der teoretisk set understøtter den rolle tp. får og som begrunder de metoder tp. anvender i den musikterapeutiske proces.

Idag har moderne spædbørnsforskere som bekendt draget den del af Margaret Mahlers udviklingsteori i tvivl, der i Mahlers terminologi benævnes den "normal-autistiske fase", hvor spædbarnet beskrives som værende indesluttet i en skal. Idag ved vi, at det spæde barn har både evner og kapacitet til kontakt og kvalitativ interaktion med omverdenen. Den psykiske udvikling antages at starte allerede i fostertilstanden, og selve fødslen er også af stor betydning.

Mahlers teori om den autistiske fase har været meget anvendt til at beskrive og forstå den autistiske tilbagetrækning, man ser hos skizofrene. Jeg kan tilslutte mig den synsvinkel, hvor de autistiske symptomer forstås som et patologisk forsvar, og ikke som en regression til en tilstand der er normal i et spædbarns udvikling. (Thorgaard og Rosenbaum 1996).

I det følgende inddrages Winnicott, der var en pionér m.h.t. at præcisere nødvendigheden af en støttende omverden for det spæde barns psykiske og fysiske udvikling. Det er essentielt i Winnicott's objektrelationsteori, at spædbarnet har kapaciteten til at kommunikere, og at omverdenen skal *lytte* til barnet. Den nærmeste omsorgspersons funktion i den tidlige fase er at rumme barnet. Winnicott introducerede begrebet "holding" som indebærer:

- 1) At beskytte barnet mod uforudsigelige og derfor traumatiske hændelser, som afbryder dets "fortsat-væren".
- 2) At drage omsorg for barnet; opfylde alle fysiologiske behov gennem en forståelse af, hvordan barnet har det, d.v.s. ved hjælp af indlevelse og identifikation. (Davis & Wallbridge 1988).

"Holding" er grundlaget for barnets oplevelse af kontinuitet.

P.g.a. hjælpeløsheden er truslen om **tab** af eksistens hele tiden potentiel. Får barnet ikke fornemmelsen af kontinuitet i væren, "going-on-being", kan følelsen af at være virkelig ikke etableres.

Det kan antages, at den skizofrene ikke har modtaget den nødvendige beskyttelse og omsorg, eller at der er sket et **brud** på kontinuiteten i omverdenens "holding", hvorved individet har reageret med angst og usikkerhed og værensforfølelsen er blevet afbrudt.

Her skal Sterns beskrivelse af det spæde barns gryende selv-fornemmelse inddrages for en kort bemærkning. Det gryende selv's sfære kalder Stern for følelsens verden. Han beskriver hvorledes det er

oplevelsens **indre følelses-tone**, som spædbarnet er optaget af og indfanges af. Hvert øjeblik har sit eget forløb af følelser-i-bevægelse, også kaldet vitalitet. Etablering af værens-fornemmelse er knyttet til den vitalitet spædbarnet oplever i sit møde med omverdenen. (Stern 1990).

Den følelsesmæssige deprivation og tomhedsfornemmelse som mange skizofrene oplever, kan til dels antages at være forbundet med manglende vitalitet i den nære verden, der omgav individet.

Winnicott betoner, at det er psykisk næring for barnet, at blive set og hørt, -at blive "genkendt". Ved at spejle sig, kan barnet genkende sig selv og altså opbygge sin selvforfølelse.

Stern beskriver i tråd med dette, hvorledes forældre identificerer sig. Med Sterns ord, "søger forældrene at glide ned under det lille barns hud og ind i dets sind". Forældrenes tolkning af barnets tilstand og behov vil vejlede dem i, hvad de skal gøre for barnet, og hermed hjælper forældrene barnet til at blive fortrolig med hvordan det har det, hvilket styrker barnet i dets spæde dannelsesproces af en **indre struktur**.

Ud fra en psykodynamisk og en eksistensfilosofisk vinkel er den skizofrene formentlig, af en eller anden grund blevet unddraget oplevelsen af at blive genkendt og forstået af nære omsorgspersoner.

Såvel Winnicott og Sterns betoning af de primære omsorgspersoners betydning, for at det spæde barn kan realisere sine potentialer, er med til at danne grundlag for min opfattelse af terapeutens opgave m.h.t. at identificere sig med den skizofrene for herigennem at åbne en dør til vitalitet og relation, og hermed støtte individet i at opbygge indre struktur og etablere sig som værende i en fælles verden.

Den kliniske improvisation.

Før jeg går videre og i det følgende afsnit uddyber musikterapeutens rolle, vil jeg kort omtale *den kliniske improvisation*, en musikterapeutisk metode, der giver musikterapeuten god mulighed for at opbygge og udvikle den relevante relations- og interventionsform, og som derfor benyttes i den her skitserede behandlingstilgang. Den kliniske improvisation kan imødekomme den skizofrenes behov for **nye basale erfaringer** i menneskelig samværen og samhandlen.

Improvisation adskiller sig fra anden musikudøvelse bl.a. ved at være et spontant udtryk, der ikke er komponeret forinden. I den kliniske improvisation vil der være en terapeutisk mening og ofte en specifik terapeut-

tisk målsætning. Den kliniske improvisation er en *proces*, der tilstræbes ikke et kunstnerisk musikalsk *produkt*. Rammerne for den kliniske improvisation skabes i den aktuelle situation, for at imødekomme dét der opfattes som patientens behov i nu'et og/eller på længere sigt under hensyntagen til patientens ressourcer og begrænsninger.

Terapeutisk profil.

Nedenfor omtales en række mulige psykoterapeutiske forholdemåder i skizofreni-behandlingen, hvor fokus er at opbygge og udvikle relation mellem pt. og tp.

Som det vil fremgå, er det væsentligt at tp. er fleksibel og i stand til at skabe sig en terapeutisk profil på en dynamisk måde.

Terapeutens rolle; mellem aktiv og passiv.

Når det drejer sig om at lette opbygningen af relation, er spørgsmålet her, om terapeutens rolle i processen er at være aktiv og initiativrig eller at være tilbageholdende og stabilt afventende. Der ses i litteratur om psykoterapeutisk behandling af skizofrene forskellige holdninger til dette spørgsmål.

Karon og Vandenbos (1985) er af den holdning, at den skizofrene selv er så ræd for livet, at det er nødvendigt med en aktiv terapeut, der ikke lader den skizofrene alene i tavshed. De påpeger ligeledes, at det er vigtigt, at tp. får manifesteret sig som "én der giver", idet den skizofrene som oftest har manglet "at få noget". Andre terapeuter lægger vægt på at terapeuten forholder sig respektfuldt afventende over for sin patient for ikke at virke truende og overvældende. (F.eks. Fromm-Reichmann i Sørensen 1996).

Udfra et psykodynamisk perspektiv kan kontaktformen mellem terapeut og skizofren, sammenlignes med den spæde dialog, som foregår mellem mor og det spæde barn. Her er det essentielt, at moderen forstår at veksle mellem aktivitet og passivitet, passivitet her forstået som "afventende nærvær", i en rytme der passer til barnet. Moderen holder pauser i sin dialog med barnet for at give rum til barnets diskrete signaler.

Den skizofrenes eksistentielle dilemma er, angsten for den menneskelige nærhed og det bånd til den fælles virkelighed en sådan nærhed giver. I det psykoterapeutiske forhold er det væsentligt, at terapeuten kan være passiv eller afventende på en måde så det *ikke* er angstprovo-

kerende men derimod tillidsvækkende, og på en måde så patienten får rum til at sende sine signaler. Ligeledes er det væsentligt, at tp. kan være aktiv og givende uden at være overvældende eller opslugende, men på en måde så pt. kan opleve tryghed og struktur, i forbindelse med at få noget. (Lindvang 1997).

Alt i alt er en dynamisk tilgang at foretrække, hvor terapeuten er lydhør, og afbalancerer sin måde at være til stede på i fh.t. den enkelte patient.

I den fælles kliniske improvisation har musikterapeuten helt overordnet betragtet en rolle som aktiv medspiller. Indenfor improvisationens rammer kan musikterapeuten tage en mere eller mindre aktiv rolle. Musikterapeuten kan manifestere sin aktive rolle ved at strukturere og evt. lede det musikalske forløb og ved at tage initiativer i improvisationen. Den afventende holdning kan manifesteres ved at musikterapeuten giver meget plads til patientens lydige udtryk og med forsigtighed arbejder i fh.t. dette eller evt. indtager en udelukkende lyttende rolle. Pauser i kommunikationen er vigtige, og dog har psykoterapeuter også erfaring, at pauserne kan virke angstprovokerende for den skizofrene. (Gabbard 1994). Den kliniske improvisation giver mulighed for at pausere i interaktionen uden at stoppe helt med at spille. Med musikken har terapeuten et redskab til at arbejde dynamisk mellem *nærhed og distance*; lydene kan smelte sammen og skille sig ud.

Betydningen af terapeutens accept.

For at facilitere identifikationsprocesser mellem tp. og den skizofrene patient er det et væsentligt udgangspunkt, at tp. accepterer patientens behov for at være syg. Bl.a. vrangforestillinger må betragtes som et nødvendigt forsvar, der beskytter mod følelsen af disintegration. (Thorgaard og Rosenbaum 1996).

Lars Sørensen (1996) taler om nødvendigheden af et "**kravfrit samvær**", når tp. ønsker at opbygge en relation til patienten. Dette er på linie med Gabbard (1994), der definerer terapeutens opgave til at handle om at **være sammen** med den skizofrene uden at stille krav om, at personen skal forandre sig for at være accepteret. Tp.'s accept implicerer, at tp. må være "**container**" for patientens følelser, -containing forstået som en aktiv proces, hvor tp. identificerer sig og er modtagelig, for det personen oplever, og er i stand til at bearbejde disse følelser og oplevelser.

I den fælles kliniske improvisation kan musikterapeuten ved hjælp af diverse teknikker formidle sin accept af patienten og dennes aktuelle tilstand.

Som nævnt må musikterapeuten i improvisationerne vise accept overfor autismen ved at være fintfølelse i de kontaktskabende interventioner. Musikken kan give rum til patientens stemninger og følelser, men kan ikke i sig selv udfylde det terapeutiske formål med "containing" i.f.h.t. den skizofrene målgruppe. Det er en forudsætning at den skizofrenes lydunivers bliver lyttet til, opfanget og mødt i en terapeutisk intervention.

Interventionernes karakter; afdækkende eller støttende.

Da den skizofrene patient har et "svagt jeg" anvender mange psykoterapeuter jeg-støttende (supportative) teknikker. Overordnet handler det om at støtte personens egne ressourcer. Supportative teknikker er et meget bredt begreb. Når det primære er at skabe grobund for identifikationsprocesser mellem tp. og pt., vil terapeuten søge at møde et dybere lag i personligheden ved at lytte til og deltage i patientens problemer, fremfor eksempelvis at realitetskorrigere eller undervise i psykopatologi, hvilket jo også regnes som supportative teknikker. (Rosenberg, 1992) En række undersøgelser af psykoterapi med skizofrene tyder på at traditionel afdækkende psykoterapi er tvivlsom som primær behandlingsstrategi. (Hougaard 1996). Men en undersøgelse af McGlashan (Gabbard 1994), påpeger at man i.f.h.t. nogen patienter vil kunne indføre eksplorative elementer lidt efter lidt. Under alle omstændigheder er det et vigtigt princip, at tp. kan tjene som "hjælpe-jeg" for patienten. Musikterapeuten kan gå ind og give støtte, bl.a. ved at give musikken i den kliniske improvisation en bærende kvalitet og ved at strukturere det lydige udtryk. Med improvisationen skabes der rammer for patienten, og tp. kan med sin intervention støtte at forløbet får en form. Musikterapeuten kan med sin intervention holde om patienten ("holding"):

"In his accompanying musical game the therapist can surround the chaos like a musical skin and hold it together".

(Backer 1996).

Når den skizofrene har oparbejdet en kapacitet til at forholde sig symbolsk bearbejdende til musikken, vil de musikterapeutiske teknikker i højere grad kunne være eksplorative. Patienten vil i sit eget tempo kunne gå på opdagelse i og erkende eksempelvis instrumenternes symbolske betydning.

Interventionernes karakter; fortolkende eller bekræftende.

Freud mente som bekendt ikke, at skizofrene og psykotiske er i stand til at drage nytte af den psykoanalytiske terapi, idet de ikke kan indgå i en "overførings-relation". Andre psykoanalytikere mener godt at skizofrene kan skabe en overføring, idet den skizofrene knytter sig som vedkommende har lært at knytte sig -nemlig med de afspejlede mangler og begrænsninger. (Sørensen 1996).

På baggrund af det omtalte psykodynamiske syn, og i forlængelse af Heideggers og Bubers humanistiske tænkning, - er det en nødvendig del af psykoterapien, at tp. **opbygger en autentisk relation** til den skizofrene, og altså ikke en "overføringsrelation" som fortolkes -sådan som det kendes fra neuroseterapien.

I relation til den skizofrenes eksistenstema synes der at være særlig behov for, at tp. viser sin menneskelighed. Terapeuten bør da stille krav til sig selv om at være bevidst om sin egen væren i den terapeutiske proces. De muligheder og det ansvar som er forbundet hermed kommenteres yderligere i afsnittet om modoverføring.

At tp. er en reel person der "giver af sig selv" vil delvist kunne tilfredsstille et grundlæggende behov patienten har. En sådan bekræftelse af eksistentiel karakter, kan være tp.'s eneste mulighed for at trænge ind og blive en del af den skizofrenes verden. (Tähka 1991).

Benedetti formulerer det på følgende måde:

"At befæste den skizofrenes eksistens er psykoterapiens hemmelighed. Vor bekræftelse virker intrapsykisk integrerende, fordi Jeg'et er en social dannelse og først udformer sig i kommunikative dimensioner".

(Benedetti 1983 s. 35).

Killingmo (1989) formulerer i tråd hermed, at der i skizofrenibehandlingen er behov for **bekræftende** interventioner, der søger at **etablere mening**. At opbygge en autentisk og tryk relation mellem tp. og pt. svarer her til at skabe noget nyt og meningsfuldt. Den fortolkende intervention, der søger at afdække mening, er som oftest ikke brugbar. At gøre sig bevidst hvilke psykologiske faktorer der ligger til grund for de psykiske problemer og de psykotiske symptomer er ikke muligt, så længe de bagved-liggende følelser er ubærlige. (Sørensen 1996). Tp. kan deltage i pt.'s problemer på en jeg-støttende måde. ("Klarificere"). Det svarer ikke til en afdækkende dybdepsykologisk tolkning, men er tp.'s "oversættelse" af det pt. fortæller eller af symptomerne.

Formålet er at formidle til den skizofrene, at vedkommendes handlinger og ytringer er forståelige.

I det improvisatoriske sammenspil i musikterapi, må tp. bruge sig selv, sine følelser og kreativitet. Musikterapeuten er i den kliniske improvisation koncentreret i nuet, og formidler sit nærvær med lyd, og søger herved at etablere mening i fh.t. den skizofrenes udtryk. Musikterapeuten har mulighed for at respondere på meget spæde signaler og kan ved hjælp af basale musikalske elementer bekræfte den skizofrene på et præ-verbalt plan. Musikterapeuten kan opfange, og efterfølgende beskrive og bekræfte, hvad der skete konkret i musikken. Tp. kan give mening til den skizofrenes symbolik, ikke med en klassisk fortolkning, men ved at kommunikere indenfor den skizofrenes symboliks egne præmisser. (Backer 1996). Spørgsmålet om den symbolske kommunikation vender jeg tilbage til.

Symmetri og asymmetri i det terapeutiske forhold.

Symmetrien er noget grundlæggende som terapeut-patientforholdet deler med andre mellem menneskelige forhold. Asymmetrien er ligeledes fremtrædende i det terapeutiske forhold, idet det ensidigt er patientens problemer, der fokuseres på. (Fog 1985). Det symmetriske aspekt ser ud til at være særlig værdifuldt i forhold til skizofrene. Det er essentielt for den her omtalte behandlingstilgang, at tp. kan udvide sin horisont, og for en stund træde ind i den verden patienten lever i, for at møde ham dér. (Begrebet om "horizont-sammensmeltning" kendes fra hermeneutikken). Når tp. åbner sig og tager imod dét, der kommer fra patienten eller tager et skridt i retning af patienten for at indføle sig i dennes situation, er identifikations-processen igang:

"Symmetry implies that, within our world of imagination and perception, we have models at our disposal through which the patient's experience can become our own".

(Benedetti 1995, s.92).

Det er en udfordring for tp., at skulle forene dét at være sig selv i forholdet med at indleve sig dybt i pt.'s verden.

Det er et væsentligt spørgsmål hvor langt og hvor dybt tp. skal gå i sin identifikation med den skizofrene patient. Det er af afgørende betyd-

ning, at tp. i sin anderledeshed og i sin bevidshed om rollernes asymmetri, får bearbejdet sine oplevelser på en måde, så det kan begunstige patientens udvikling.

I musikterapi kan den fundamentale symmetri afspejles i improvisationen, hvor tp. og pt. er sammen, og har mulighed for at skabe et fælles lydprodukt. Asymmetrien kommer til udtryk ved, at det er patientens følelser og behov, der er i fokus for samspillet. Det er musikterapeuten der bevarer overblikket og fornemmelsen af, i hvilken retning improvisationen bevæger sig.

Det har i ovenstående drejet sig om at skitsere nogle dynamiske og grundlæggende aspekter ved den terapeutiske forholdemåde i skizofrenibehandlingen. Jeg har omtalt, hvorledes musikterapeuten sammen med musikken giver næring til identifikations-processer og hermed opbygning af relation.

Et klart aspekt har været udfordringen til terapeuten om at være autentisk. Gensidigheden i forholdet er blevet betonet parallelt med vigtigheden af, at terapeuten kan rumme og bearbejde patientens psykiske materiale.

Betydningen af terapeutens identifikation med patienten er således blevet berørt. Senere skal aspekter, der vedrører terapeutens identifikation, søges uddybet. Modoverføring vil være et centralt begreb i denne sammenhæng. Men først skal den symbolske kommunikations betydning, for at et møde mellem tp. og pt. *kan* etableres, i korthed omtales.

Skizofreni og symbolsk kommunikation.

Bo Møhl (1991) refererer til Ekstein og Wallerstein (1956), der i forhold til dårligt integrerede personer anbefaler en **ren symbolsk dialog**:

"Terapeuten kan komme i forbindelse med den ængstelige patient uden at komme skræmmende tæt på. Herved tillader metaforen en kommunikation med patientens ubevidste uden at afficere forsvaret".

(Møhl 1991, s.75)

Denne form for symbolsk kommunikation kan nå sindets dybder uden at forstyrre overfladen. Dette er meget vigtigt i fh.t. den skizofrenes skrøbelighed og behov for at værne om sit forsvar. Terapeuten må bruge de musiske sider af sig selv, for at kunne "tune sig ind" på den skizofrene og være sammen med vedkommende i en ren symbolsk dialog. Denne holdning støttes af Benedetti, der mener at tp. -for at kunne nå patienten og for at kunne bibringe en medmenneskelighed til

det ellers autistiske univers, må henvende sig til patienten igennem de symboler som vedkommende selv benytter sig af, d.v.s gennem det billedsprog patienten udtrykker sig igennem, eller de psykotiske forestillinger pt. fortæller om. (Benedetti 1995).

Dette kan overføres til musikterapi, hvor musikterapeuten i den kliniske improvisation lytter sig ind og responderer på patientens unikke lydlige udtryk. Tp. kan også identificere sig med underliggende følelser, og lade en bearbejdelse af disse komme til udtryk i musikken.

Skizofreni er karakteriseret ved en hæmmet kapacitet til "sekundærproces-tænkning", d.v.s. at den skizofrene ikke magter at sortere og bearbejde udefra såvel som indefra kommende impulser. Hos mange skizofrene er der derimod "hul igennem" til primærprocesserne. Den skizofrenes udtryksform, herunder de kommunikative symptomer, minder om drømmenes sprog, og mange skizofrene har et stort kreativt potentiale. Den skizofrenes univers kan således forstås som symbolsk på et "primærproces-niveau". Denne symbolform kan være en stærk formidler af følelsesmateriale.

Jeg mener, det er på dette niveau, terapeuten har mulighed for at møde den skizofrene og skabe den symbolske dialog, Møhl omtaler.

Musikkens potentiale er i høj grad at reflektere **følelseskomponenten** i den intrapsyke og den interpersonelle kommunikation mellem tp. og pt. Ifølge Sørensen (1996) kan den skizofrenes smertelige følelser hverken rummes eller udtrykkes sprogligt i en sekundærproces-bevidsthed. Med den kliniske improvisation, har musikterapeuten adgang til, i en primærproces-bevidsthed, at opfatte, rumme og illustrere følelsesladningen i den skizofrenes tilstand og udtryk.

Hos den skizofrene er evnen til at bearbejde symboler ofte uudviklet eller ringe udviklet. Dette manifesterer sig f.eks. som en manglende kapacitet til at lege. Gennem den symbolske leg kan oplevelser og ønsker bearbejdes. Men den skizofrene opfatter ofte, det der foregår konkret og bogstaveligt og har svært ved at overskride den umiddelbare oplevelse. (Haugsgjerd 1985, Stern 1995, Pavlicevic 1995). I musikterapi kan relationen mellem terapeut og patient danne basis for, at den omtalte kapacitet til symbolsk bearbejdelse får mulighed for gradvist at udvikle sig. (Killick 1993). Gennem musikken kan tp. og patient kommunikere og skabe den ikke-truende kontakt, der er nødvendig for at opbygge relationen. Selve det at spille, at udtrykke sig igennem musik,

kan i glimt give den skizofrene en selvoplevelse, der er et skridt på vejen til at kunne lege og bearbejde symboler :

"With regard to the music, the transitional space is the moment in the game, when playing no longer coincides with yourself. For instance at the moment anxiety is expressed, by playing, one is distanced from it -there is a separation from this anxiety. Expression no longer coincides with what is expressed. There is a symbolism. (Backer 1993 s. 26).

At blive i stand til at bruge musikterapien som potentielt rum og musikken som overgangsobjekt kunne være en relevant musikterapeutisk målsætning for den skizofrene patient. Når pt.'s evne til bevidst at sammenkoble musik og følelser efterhånden øges, bygges der bro mellem den indre oplevelse og den ydre realitet.

Identifikations-processer.

Det er blevet beskrevet, at dét man som psykoterapeut kan opleve at modtage fra den skizofrene i den terapeutiske proces - er **tomhed** (Nygaard Pedersen 1997), hvilket kan forstås i sammenhæng med den skizofrenes omtalte eksistentielle angst for at relatere sig. Når det drejer sig om at opbygge relation, er det derfor -ifølge Benedetti, psykoterapeutens opgave at tage det første skridt i den interaktive proces ved at komme patienten imøde og identificere sig med vedkommende, idet den skizofrenes Jeg er for svagt til at tage initiativ til en sådan proces. Benedetti påpeger, at terapeuten f.eks. i sine drømme kan opleve at identificere sig med patienten. Her er det patientens ubevidste, der taler til terapeuten. Terapeuten kan hermed opleve, hvad det er der rører sig inde i patienten, og kan herved opnå forståelse. Tp. opfordres til at tage det indledende skridt, men Benedetti mener også, at der kommer *noget* fra patienten, som tp. ubevidst kan opfange og bearbejde. (Benedetti 1995). Kommunikations-processerne kan således også i psykoterapi med skizofrene beskrives som circulære processer, hvor det ikke altid er særlig enkelt eller muligt at afgøre, hvorvidt udvekslingen tager sit udspring i den ene eller den anden part. Terapeutens identifikation med den skizofrene drejer sig på én gang om, at tp. bevidst og ubevidst arbejder på at indleve sig i patientens verden, og at tp. er en følsom modtager af dét, der kommer fra patienten. Ifølge Bion (1955) kan det i perioder være udelukkende gennem modoverføringen, underforstået via terapeuten's identifikation med patienten, - at tp. får information om, hvad der foregår i den skizofrene patient.

Modoverføring.

Beskrivelser af terapeutens identifikation ses integreret i den terminologi, der er omkring begrebet modoverføring. Modoverføring er som bekendt et omdiskuteret begreb. Jeg skal i korthed omtale den overordnede definition og forståelse af begrebet, som jeg kan tilslutte mig, og bruge dette som afsæt til at præcisere og nuancere beskrivelsen af terapeutens identifikation med den skizofrene patient.

Jeg kan i udgangspunktet tilslutte mig en bred definition af modoverføringsbegrebet, der inkluderer alle terapeutens emotionelle og somatiske reaktioner overfor patienten. Her støtter jeg mig til Heimann, der i 1950'erne fornyede debatten, idet hun anså modoverføring som et af de vigtigste redskaber i den terapeutiske proces, som det derfor gælder om at lære at bruge fremfor at eliminere. (Heimann 1950). Terapeuten bør ansue enhver emotionel reaktion som en potentiel nøgle til en bedre forståelse af patienten.

Racker (1953) pegede på vigtigheden af, at skelne mellem forskellige slags modoverføring. Inspireret af Racker, finder jeg det relevant at inddele den type modoverføring, der ikke direkte har rødder i tp.'s personlige "bagage", i henholdsvis samstemmende og komplementær identifikation. En vis resonansbund hos tp. er nødvendig for at sådanne identifikationer bliver mulige. D.v.s. at terapeutens identifikationer er relateret til terapeutens personlige processer;

Modoverføring som samstemmende identifikation: Det drejer sig om en dyb identifikation med pt.'s indre liv. Tp. får somatiske eller emotionelle impulser og oplever noget svarende til pt.'s oplevelser.

Modoverføring som komplementær identifikation: Tp. identificerer sig med "den anden" i patientens oplevelsesunivers. D.v.s. tp. er opmærksom på de forældrefølelser som pt. vækker, sådan at tp. kan imødekomme pt.'s behov. (Tähka 1991).

Modoverføring, her beskrevet som terapeutens identifikation med patienten, er et væsentligt redskab i psykoterapi med skizofrene. Identifikationen vil dog være en hæmsko i den terapeutiske proces, f.eks. i tilfælde af at tp. ubevidst søger at tilfredsstille egne behov. Det er terapeutens grundlæggende ansvar at blive opmærksom på modoverføringsproblematikker, der er potentielt brugbare i den terapeutiske proces såvel som irrelevante for patientens terapeutiske proces. I

den forbindelse spiller supervisionen en særdeles vigtig rolle. Her får tp. lejlighed til at frigøre tanker og følelser, der opstår i forholdet til patienten, og væsentlige identifikationsprocesser kan bevidstgøres. Supervisionen vil kunne øge tp.'s kapacitet til at indgå i identifikationsprocesser på en måde, der gavner den samlede proces.

Identifikationsprocesser i musikterapi.

Jeg skal i det følgende omtale og eksemplificere, hvordan musikterapeuten konkret kan arbejde med identifikation i den musikterapeutiske kontekst - her i den kliniske improvisation. Som før nævnt er den kliniske improvisation en non-verbal kommunikationskanal og en ramme for musikterapeutens affektive deltagelse. Tp. kan gå ind og leve i patientens verden en rum tid. Gennem musikken er der mulighed for intimitet og for at differentiere sig:

"Music is generally regarded as providing a powerful, yet safe means of identification with the client. Through it, the therapist can experience what the client is experiencing as s/he is experiencing it, and yet separate from the experience". (Bruscia 1987 s.569).

I den fælles kliniske improvisation kan terapeutens og patientens lyde udgøre et hele, hvorved den skizofrene kan imødekommes i sit behov for nærhed. Samtidig må musikterapeuten være yderst opmærksom på den skizofrenes vage kapacitet til at opretholde grænser mellem Selv og omverden, og sikre at den skizofrenes skrøbelige selvstændighed ikke trues. (Backer 1996).

I musikken har musikterapeuten mulighed for at give udtryk for sin emotionelle samstemthed med patienten.

"In music the therapist says, "yes I understand, I feel what you feel in this moment", and yet he must not be overcome by these feelings nor locked in alone with them as the patient was." (Priestley 1994 s. 138).

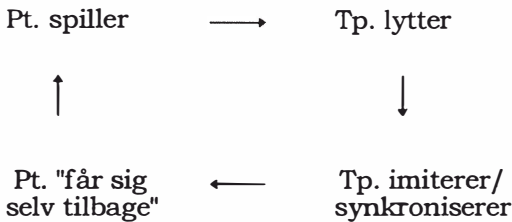
Musikterapeuten kan på empatisk vis veksle mellem at gå ind i den skizofrenes verden og at forholde sig analyserende til den musikalske interaktion. D.v.s. at tp. er i en bevidsthedstilstand der er fleksibel. Dette understøtter at symmetri og asymmetri eksisterer parallelt i den terapeutiske proces. I det følgende skal det eksemplificeres hvorledes henholdsvis samstemmende og komplementær identifikation kan komme til udtryk i den musikterapeutiske proces.

Der er tale om korte vignetter, taget fra et musikterapeutisk forløb med en skizofren person, og ikke en case-beskrivelse. Patienten blev henvist til musikterapi, udfra det kriterie at der med musikken som en kreativ indfaldsvinkel kunne arbejdes på at skabe kontakt og kommunikation med vedkommende.

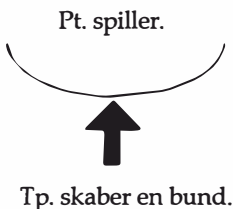
Eks. 1:

Oplægget til den fælles improvisation er, at pt. skal finde et sted i musikken, hvor det er rart at være. Min rolle er at følge og understøtte pt.'s udtryk. Pt. vælger klaveret og vælger at spille i diskanten. Jeg vælger sopran-xylofonen -hvis tonerække ligger i samme leje som pt. spiller. I første del af improvisationen gengiver jeg rytmiske og tonale elementer fra pt.'s udtryk (synkroniserer til pt.'s takt og imiterer pt.'s kromatiske spil).

Denne figur skal illustrere musikterapeutens spejlende rolle; tp. lytter og gengiver dét der er.



Jeg vælger herefter at skifte instrument til klangkasse (én tone) og egen stemme. Dels fordi xylofonens klang er meget anderledes end klaverets, og jeg derfor ikke formår at imitere eller reflektere klangkvaliteten. Dels fordi pt. sætter tempoet op i de momenter, hvor jeg ved synkronisering og imitation lægger mig tæt op ad pt.'s udtryk. Dette opfatter jeg i denne situation som pt's ønske om at fjerne sig fra det identiske udtryk. Med klangkassens bastone lægger jeg tonemæssigt afstand til pt. Min puls bliver stabil og genkendelig, hvorved der skabes en bund som får en bærende funktion i.f.t. pt.'s klaverspil. Samtidig opfanger jeg nogle af pt.'s toner, og jeg inkorporerer disse i mit stemmeudtryk. Herved får jeg reflekteret den stemning af sørgmodighed, som jeg opfattede i pt.'s melodiske forløb.



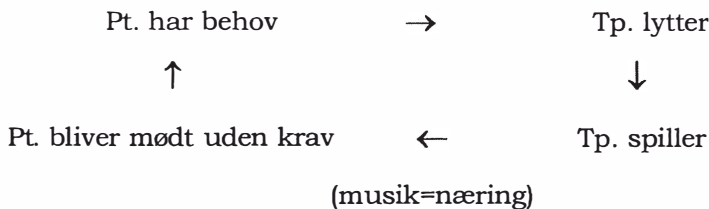
Denne figur skal illustrere musikterapeutens rolle af at skabe en underliggende stabilitet, der har karakter af en "holdende funktion".

Samlet viser eksemplet mit forsøg på at afbalancere nærhed og distance i kontakten - udtrykt i et skift fra at gengive de ydre begivenheder, til en interventionsform hvor jeg kombinerer en bærende puls med melodiske forløb med stemmen, der illustrerer det jeg mærker som pt.'s underliggende følelse. Således kom både den samstemmende og den komplementære identifikation til udtryk særlig i anden del af improvisationen.

Eks. 2:

Pt. kommer til musikterapi, tilsyneladende i en tilstand af dyb tristhed. Pt. virker meget tilbagetrukket, og har ingen ord. Vi sidder sammen et stykke tid, jeg fornemmer at det ikke duer at komme med forslag til en aktiv improvisation. Jeg mærker tyngde og tomhed. Senere får jeg en idé om, at nu skal jeg gøre noget andet, end det jeg har gjort de foregående gange, hvis jeg vil møde pt. der hvor vedkommende er. Vi sidder længe. Jeg foreslår, at jeg spiller for pt. Det vil pt. gerne have.

Jeg vil karakterisere improvisationen hvor jeg spiller for pt. som enkel og "let fordøjelig". Jeg spiller overvejende pentaton, i et roligt jævnt tempo, med en underliggende puls der minder om hjerteslag. Jeg mener at musikken her repræsenterer den næring som pt. tilsyneladende har brug for. Interventionsformen er først og fremmest et udtryk for en komplementær identifikation: jeg responderer på de forældrelignende følelser som pt. vækker og forsøger at imødekomme pt.'s behov. Samtidig mærker jeg en smertelig følelse af ensomhed og sorg, og det er min opfattelse, at dette er udtryk for en samstemmende identifikation.



Jeg mener, at den omtalte samstemmende identifikation styrker kapaciteten til at yde omsorg. Dette kan teoretisk set underbygges med bl.a. Sterns beskrivelse af hvorledes forældre går ind i en samstemmende identifikation med det lille barn, for at finde ud af hvordan barnet har det og for herved at kunne imødekomme barnets behov. (Stern 1995). Ved at studere de kommunikative forhold mellem barn og nære omsorgspersoner bliver det tydeligt, at de to former for identifikation er nøje forbundet og gensidigt understøtter hinanden. For at sikre individets eksistentielle behov for at blive mødt, for vitalitet og for kontinuitet i omsorgen, er samstemmende og komplementær identifikation sammenhængende og derfor lige nødvendige.

Afrunding.

I skizofreni-behandlingen er det en væsentlig faktor, at der afsættes meget tid til den fase, hvor fokus er på etablering af en terapeutisk alliance. Og i denne opbyggende proces er terapeutens identifikation med patienten af afgørende betydning. Med musikken har terapeuten et redskab, hvor identifikationsprocesserne lydliggøres, eventuelt forstærkes, -eller spirer frem. Den kliniske improvisation er en metode, der gør det muligt for musikterapeuten at være fleksibel i overgangene mellem den samstemmende og den komplementære identifikation med patienten. Der er også mulighed for at de to typer identifikation kommer til udtryk samtidigt. Musikterapeuten kan bogstaveligt talt spille strukturerende ved f.eks. at danne rytmisk grund med den ene hånd og synkronisere sig til dele af patientens udtryk eller reflektere en følelseskvalitet hos patienten, med den anden hånd.

Det skal understreges, omend det ikke uddybes i indeværende artikel, at der fortløbende sker en transformation af patientens psykiske materiale, via tp.'s identifikation. Tp. rummer og bearbejder eksempelvis angsten eller tomheden.

Dette muliggør at en psykisk forandring kan finde sted i den skizofrenes indre verden, hvilket først sker i det øjeblik pt. bliver i stand til at modidentificere sig med tp., d.v.s. at tage det af sig selv tilbage, som tp. har identificeret sig med.

I denne artikel er henholdsvis symmetrien og asymmetrien i det terapeutiske forhold blevet omtalt. Dét at forholdet rummer begge dele betyder for den etiske dimension, at tp. må have øje for, dels sin magt og sit ansvar, dels det symmetriske grundvilkår; at tp. og pt. træder ind i hinandens rum.

Martin Buber omtaler i "Jeg og Du" det terapeutiske forhold som "en mutualitet der er bestemt til ikke at blive fuldstændig":

At få et forkrøblet person-centrum til at regenerere... er kun til at opnå ved en holdning fra person til person, der bygger på partnerskab, og ikke ved at betragte og undersøge et objekt".
(Buber, s. 134).

Der er umiddelbart tale om et paradoks: tp. vil, i den behandlingstilgang der er skitseret i indeværende artikel, i fh.t. den skizofrene netop søge at opbygge et autentisk forhold og vil igennem identifikation bygge på symmetriske aspekter i relationen. Men som vist er det ligeså væsentligt, at tp. er opmærksom på, at det er pt.'s tarv der er i centrum, og det er etisk set afgørende, at tp. fortløbende er opmærksom på sine egne motiver i terapien. For at kunne holde dette for øje må tp. distancere sig, analysere situationen, gå til supervision m.v. -altså vægte asymmetrien.

Senere siger Buber:

"Hele kan kun den der lever lige overfor og dog i distance".
(Buber, s. 135).

Dette svarer til en beskrivelse af tp.'s rolle, sådan som den er indkredset i denne artikel. Der eksisterer et dynamisk og til tider paradoksalt spændingsforhold mellem de symmetriske og de asymmetriske aspekter i det terapeutiske forhold.

Litteratur:

Backer Jos De (1993) 'Containment in Music therapy', i M. Heal & T. Wigram (red) *Music Therapy in Health and education* ,Ed. by Heal & Wigram. London: Jessica Kingsley Publishers.

Benedetti G. (1993) *Schizofreni og psykoterapi*. Odense Universitets forlag

Benedetti G. (1995) *Psychotherapy of schizophrenia*. London: Jason Aronson

Bruscia Kenneth, (1987) *Improvisational models of musictherapy*. Springfield: Charles Thomas Publ.

Buber Martin 1997 (1923) *Jeg og Du* København: Hans Reitzels forlag.

Cullberg, J. (1994) *Dynamisk Psykiatri*. København: Hans Reitzels forlag

Davis & Wallbridge (1988) *Frihed og grænser* . København: Hans Reitzels forlag.

Fog J. (1986) 'Adskilt i forbundethed' i *Psyke og Logos* , p. 86-108. København: Dansk Psykologisk Forlag

Gabbard G.O. (1994) *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*.

Heimann P. (1950) 'on Countertransference' i *International Journal of Psychoanalysis* vol. 31 s. 81-84

Hougaard E. (1996) *Psykoterapi -teori og forskning*. København: Dansk Psykologisk Forlag.

Karon & Vandenbos (1985) *Psykoterapi med skizofrene*. København: Hans Reitzels Forlag.

Killick K. (1993) 'Working with psychotic processes in Art Therapy' i *Psychoana. Psychotherapy*, Vol 7, p. 25-38.

Killingmo B. (1989) 'Conflict and deficit....'. i *Int. Journal of Psychoanalysis*, Vol. 70, p. 65-79.

Lindvang Charlotte, (1997) *Identifikations- og transformationsprocesser i psykoterapi og musikterapi med skizofrene*. Speciale AAU.

Møhl B. (1991) *Metaforer i psykoterapi* i Psyke og Logos, p. 62-77.
København: Dansk Psykologisk Forlag

Pavlicevic M. (1995) 'Interpersonal Processes in Clinical Improvisation' i Wigram et al (red) *The art and Science of Musictherapy*.
Harwood Academic Publishers.

Pedersen, I.N. (1997) 'The Musictherapists Listening Perspectives....' i *Nordic Journal of Music Therapy* vol. 6(2)
Sandane: Høgskulen i Sogn og Fjordane, Studiesenter Sandane.

Priestley Mary (1994) *Analytical Musictherapy*.
Phoenixville: Barcelona Publishers.

Racker Heinrich, (1985) *Transference and countertransference*. kap. 6,
Maresfield Library London.

Rosenberg, N. (1992) *Psykologi Nyt* nr. 21.

Stern Daniel (1995) *Barnets interpersonelle univers*,
København: Hans Reitzels forlag.

Sørensen Lars (1996) *Særpræg, særhed, sygdom*.
København: Hans Reitzels forlag.

Tähka V. (1991) *Psykoanalytisk psykoterapi* .
Centrum.

Thorgaard & Rosenbaum (1996) *Tidlig og vedholdende intervention v. skizofreni*. Eget tryk.