

## **Musikterapi som det første skridt i en psyko- terapeutisk behandlingsform med skizofrene/ psykotiske patienter.**

**- en holdende og reorganiserende musik-  
terapeutisk metode.**

---

V. Klinikleder, lektor og diplommusikterapeut Inge Nygaard Pedersen.

### **Introduktion.**

På Musikterapi klinikken på Aalborg Psykiatriske Sygehus har musik-  
terapeuterne de sidste fire år bl.a. arbejdet med en del patienter, som  
ifølge journalnotater er erklæret ikke egnet til psykoterapi.

Målsætningen for den enkelte patient i musikterapi har været  
forskellig, men fælles for alle forløbene har været, at den basale del af  
behandlingen har haft til opgave: "at bryde en ofte total isolation",  
m.a.o. at arbejde med at opbygge basale lag i en relation, og herigennem  
udvikle en bæredygtig arbejdsalliance, der grundlæggende kan udvikle  
patientens motivation for videre behandling. Dette arbejde vil i denne  
artikel blive beskrevet som udvikling af en ny musikterapi metode.

Set i sammenhæng med psykoterapi praksis på APS generelt og set i  
sammenhæng med "generelle opdelinger" af behandlingsmetoder i  
musikterapi i psykiatrien på et bredere internationalt grundlag, mener  
jeg, at vi her er ved at udvikle en ny metode, der både tilgodeser de  
mindre krævende henvisningskriterier som støttende terapi metoder  
opererer med, og som samtidig nærmer sig en behandlingsmetode, der  
generelt bliver forstået som mere indsichtsorienteret og mere  
udviklingsrettet.

Jeg ønsker først at bringe et kort overblik over de generelle opdelinger af  
behandlingsmetoder indenfor musikterapien i psykiatrien, som de er  
blevet beskrevet af en arbejdsgruppe under EMTC (European Music  
Therapy Confederation) v. Prof. H.Smeijsters (NL).

På denne baggrund vil jeg prøve at beskrive og indplacere den nye  
musikterapi metode, som er under udvikling her i musikterapi klinikken.

### Generel inddeling af musikterapietoder indenfor psykiatrien.

I 1995 foretog en arbejdsgruppe under EMTC en spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende musikterapeuter i hospitalspsykiatrien i Holland vedrørende hvilke indikationskriterier og behandlingsmodi, der anvendes i forhold til hvilke patientmålgrupper.

Spørgeskemaundersøgelsen blev rapporteret i: "Indications in music therapy: criteria, examples, definitions and categories", redigeret af Prof. H.Smejsters (NL).

Disse inddelinger er blevet diskuteret og fundet gyldige i en international sammensat arbejdsgruppe der opstod under rundbordsdiskussioner om indikationskriterier ved den 3. Europæiske Musikterapikongres i Aalborg, 1995 og ved den 8. Verdenskongres i Musikterapi i Hamborg, 1996, med repræsentanter fra nord- og mellemeuropæiske lande.

De forskellige behandlingsmodi blev defineret i rapporten ud fra følgende parametre:

- a) Målsætning (Aim)
- b) Terapeutisk alliance (Therapist/patient relationship)
- c) Behandlingsniveau (Level of treatment)
- d) Spilleform eller -regler (Playforms)
- e) Målgruppe/ arbejdsområde (Area of work)

Der er ialt defineret fire forskellige musikterapeutiske behandlingsmodi indenfor psykiatrien:

- 1) Supportive Music Psychotherapy and Recreational Music Therapy, hvilket jeg har oversat ved: "Støttende og rekreativ musikterapi."
- 2) Music Activity Therapy hvilket jeg har oversat ved: "Musikterapi til optræning og socialisering."
- 3) Re-educative Music Psychotherapy som jeg her har oversat ved: "Kognitiv musikterapi"
- 4) Reconstructive Music Psychotherapy, som jeg her har oversat ved: "Empatisk musikterapi."

Kognitiv musikterapi og empatisk musikterapi er psykoterapeutiske behandlingsformer. I Danmark anvendes ikke begrebet musikpsykoterapi, idet al musikterapibehandling udøvet af uddannede musikterapeuter (Kandidater i musikterapi se s. 24) er psykoterapeutisk funderet og afpasset efter klienten/klienternes behov.

De to første behandlingsmodi defineret i den omtalte rapport kaldes i Danmark for sammenspilsgrupper/aktiviteter. Sammenspilsgrupper/

aktiviteter tilbydes på flere af landets psykiatriske hospitaler. Såvel musikterapeuter som musikpædagoger med kendskab til klientmålgruppen kan stå for sådanne sammenspilsgrupper. De to sidste behandlingsmodi kan kun udøves af Kandidater i Musikterapi.

Den behandlingsform der for øjeblikket udvikles på musikterapi-klinikken adskiller sig fra de allerede definerede behandlingsmodi i musikterapi indenfor psykiatrien ved på den ene side at henvende sig til skizofrene, psykotiske og skizotypale diagnoseområder samtidig med at den er defineret som en primær terapi og samtidig med at terapeut/klient forholdet er hovedinstrumentet i forandringsprocessen.

(se side 88).

Jeg vil her først bringe en skematisk opdeling af de allerede definerede behandlingsmodi som de er præsenteret i indikationsrapporten.

Dernæst vil jeg bringe en mere dybtgående beskrivelse af den behandlingsmodus som er under udvikling på klinikken. I denne del vil jeg lægge vægt på at beskrive musikterapeutens kliniske forståelse af de psykiske problemer (psykopatologien) og musikterapeut/ patientforholdet samt analyse af den musikalske interaktion.

Til slut vil jeg i kortform indplacere den her beskrevne behandlingsmodus ud fra de fem parametre anvendt i indikationsrapporten.

Af rapporten fremgår følgende beskrivelse af de fire "generelt opdeltede" behandlingsmodi ud fra de ovennævnte fem parametre:

Vedrørende behandlingsmodus 1: "Støttende og rekreativ musikterapi."

Her skelnes mellem en ren rekreativ form og en kombineret form, der både er støttende og rekreativ.

I den rene rekreative form defineres parametrene a til d (se side 66):

- a) Underholdning, fritidsaktivitet, skabe mulighed for æstetiske oplevelsesmuligheder, ikke-terapeutisk.
- b) Ikke vigtig, kan også foretages af andre end terapeuter. Ingen interventioner.
- c) Hjælpende, ikke fokuserende på forstyrrelser, deltageren defineres ikke som patient.
- d) Spille musikstykker/sange, lytte til musik. Sammenspil.

I den kombinerede udgave af "Støttende og rekreativ musikterapi" defineres parametrene på følgende måde:

- a) Personlig udvikling i fritiden, udforske tanker og følelser, følelsesmæssig justering, følelsesmæssig vækst, følelsesmæssig afbalancering, styrke forsvaret, ikke fokusere på indsigt og personlig forandring.
- b) Indirekte. Personlige aspekter i interaktionen holdes tilbage.
- c) Ikke en bestemt indikation. Supplerer, støtter andre behandlingsformer, fokus på sekundære aspekter af forstyrrelser. Målsætningen vil blive defineret i et interdisciplinært teamarbejde.
- d) Få patienten integreret i en samspilsform, spille musikstykker, lytte til musik og diskutere hvilke stemninger musikken udtrykker. Diskutere personlige, ikke konfliktrelaterede tanker og følelser som en reaktion på musikaktiviteterne.
- e) For begge modi: Kronisk skizofrene, korttidspatienter, kriseintervention, encounter workshop, før og efter intensiv eller primær behandling.

Hvad angår Behandlingsmodus 2: Music Activity Therapy oversat ved "Musikterapi til optræning og socialisering." er de forskellige parametre defineret på følgende måde:

- a) Forbedre perception, opmærksomhed og koncentration. Forbedre perceptuel skelneevne, dæmpe angstsymptomer, forbedre evnen til at løbe en risiko. Opleve succes og mangler, hæve frustrationstærsklen, styrke selvtilliden, nedsætte passivitet, stimulere målrettet arbejde, blive opmærksom på en anden person, bedre samarbejdsevne, bedre evne til at tage ansvar. Ikke fokus på udforskning af følelser eller på at øge selvindsigten.
- b) Direktivt, personlige aspekter af interventionen holdes tilbage.
- c) Gensocialisering, støtte andre behandlingsformer, fokus på sekundære aspekter af forstyrrelserne, målsætningen vil blive fastlagt i et interdisciplinært teamarbejde.
- d) Assimilering - få patienten med i en sammenspilssammenhæng. Musik anvendes til at styrke og ændre adfærden. Spilleformerne vil blive tilpasset målsætningen.
- e) Skizofrene.

Vedrørende Behandlingsmodus 3 : "Re-educative Music Psychotherapy" oversat ved "Kognitiv musikterapi" er parametrene defineret på følgende måde:

- a) At opnå indsigt i følelser og adfærd og årsagssammenhænge. At give opmærksomhed til bevidste konflikter og forsvarsmekanismer, øge selvbevidstheden, søge efter problemløsningsmodeller og stimulere adfærdsændringer.

- b) Terapeut/patient forholdet er et redskab til forandring i processen.
- c) Intensiv musikterapi. Udfylder en central og uafhængig rolle fokuserende på primære karakteristika i forstyrrelsen. Musikterapeuten er primær ansvarlig for behandlingsplanen sammen med den henvisende psykiater.
- d) Spilleform og -regler afstemmes i forhold til patienten. Såvel receptive som aktive musikterapiteknikker anvendes til at vække associationer og give mere indsigt i en psykisk konflikt. Der er verbal refleksion og interaktion over associationer og følelser. Følelser deles med gruppemedlemmer (hvor der er tale om gruppeterapi). Der er diskussioner om de begivenheder som vakte følelserne - det udforskes hvorledes disse følelser kan håndteres. Sange som udtrykker de aktiverede følelser kan synges. Der anvendes improvisationer til at udtrykke personlige følelser.
- e) Stemningslejerforstyrrelser, angstsymptomer, psykosomatiske forstyrrelser, afhængighedsproblematikker, relationsproblematikker, mindre alvorlige personlighedsforstyrrelser.

Vedrørende behandlingsmodus 4: Reconstructive Music Psychotherapy her oversat ved "Empatisk musikterapi" defineres parametrene på følgende måde:

- a) Opdage, udforske og finde veje ud af ubevidste konflikter, gøre ubevidst materiale bevidst, finde årsagssammenhænge i livshistorien, at klargøre overføringer og projektioner.
- b) Terapeut/patient - forholdet er hovedinstrumentet i forandringsprocessen. Terapeuten anvender musikalsk empatisk modoverføring. (se artikel om historisk udvikling s. 16)
- c) Primærterapi. Musikterapibehandlingen er den centrale del af behandlingsplanen. Andre behandlingsformer supplerer/understøtter musikterapien. Behandlingen fokuserer på primære symptomer i forstyrrelsen. Musikterapeuten har endelig behandlingsansvar sammen med den henvisende psykiater.
- d) Spilleform og -regler er afpasset til patienten. Musik anvendes til at vække associationer og følelser som er en bro til det ubevidste. Musikken fortolkes som et symbolsk udtryksredskab - terapeut/patientforholdet udtrykkes i lyden. Den empatiske musikterapi anvender "Guided Imagery of Music" (receptiv teknik) eller "Analytisk Orienteret Musikterapi" (se dette skrift s. 12 ), der anvender frie improvisations-

teknikker (f.eks, M.Priestley`s splitting teknikker), musikalsk empatisk modoverføring og improvisationer baseret på symbolske billeder.

e) Stemningsforstyrrelser, angst, psykosomatiske forstyrrelser, misbrugspatienter, patienter med relationelle problemer. Mindre alvorlige personlighedsforstyrrelser.

### **Henvisningskriterier for jeg-svage patienter. Assessment.**

I den ovenfor omtalte rapport om indikationskriterier betones det, at det ikke er nok at angive, at musikterapi er egnet til en given patientkategori. Når musikterapi er skønnet egnet skal dette begrundes.

Der opstilles 5 punkter som skal besvares for hver enkelt patient:

1. Forstyrrelserne og/eller symptomerne som behandlingen rettes imod.
2. Den generelle og specifikke behandlingsmodel som skal anvendes
3. Effekten af musikterapien som et resultat fra forskning eller klinisk praksis.
4. Teori og/hypotese som delvist kan forklare effekten (de kurative faktorer).
5. De nødvendige ressourcer patienten må være i besiddelse af for at kunne blive accepteret til denne behandlingsform.

Med hensyn til den her præsenterede musikterapi metode, gælder følgende besvarelse af de fem opstillede punkter:

Ad 1) I arbejde med jeg-svage patienter, hvor forstyrrelserne er indenfor det skizofrene/skizotypiske diagnosespektrum, borderline og sværere personlighedsforstyrrelser (med symptomer som bl.a. aleksitymi og anhedoni) rettes behandlingen oftest imod brydningen af en delvis eller total isolation. Arbejdet kan inkludere forbedringer af symptomer som affektaffladning, overvældelse af tanker og tale, apati, social tilbage-trækning og initiativløshed. Men i udgangspunktet er fokus at bryde isolationen.

Ad 2) Patienterne modtager generelt både medicinsk behandling samt social støtte i form af kontaktpersonordning og aktiveringstilbud. De modtager ikke andre psykoterapeutiske behandlingstilbud samtidig med musikterapibehandlingen. Musikterapibehandlingen indgår her som den primære behandling og kan i den henseende betragtes som en

modificeret form for kognitiv eller empatisk musikterapi. Jeg mener dog, at de forstyrrelser behandlingen er rettet mod behøver en selvstændig defineret behandlingsform, der kan indgå som det første skridt i en psykoterapeutisk behandling. (Se definition af denne s. 87).

Ad 3) Fra analyse af kliniske caseeksempler fra praksis i musikterapi-klinikken har jeg observeret, at i 7 tilfælde af individuel musikterapi med patienter som (bortset fra én) tidligere var erklæret uegnet til psykoterapi, har 5 patienter reelt haft positivt udbytte af et musikterapiforløb og er blevet motiveret til at blive i og få udbytte af et længerevarende behandlingsforløb. Den positive effekt af behandlingen er bl.a. dokumenteret via patienternes besvarelse af spørgeskemaer efter behandlingens afslutning. (Se Pedersen et al. Slutrapport.1. del. Musikterapi-klinikken.1998). To patienter har afbrudt behandlingen efter meget kort tid. En af disse to patienter opnåede aldrig nogen form for kontakt med musikken eller terapeuten. Den anden patient havde nogle få øjeblikke af spirende kontakt, men hun var tilsyneladende ikke parat til at gå videre på det tidspunkt.

Ad 4) Den teoretiske referenceramme som jeg finder mest anvendelig til at beskrive og forstå hvad der sker, når det lykkes at bryde den totale isolation og få en patient motiveret for videre selvudvikling i form af psykoterapeutisk behandling (musikalsk eller verbalt), er en psykodynamisk forståelse af patientens problemer. Specielt den nyligt udviklede gren af den psykodynamiske forståelse, der kaldes den cyklisk dynamiske forståelse, hvor psykologiske - og psykopatologiske problemer forstås som værende udviklet gennem selvgenererende destruktive cirkler grundlagt i de første livsspor, men videreudviklet gennem senere og nuværende oplevelses- og handlingsmønstre. Der lægges således ikke så megen vægt på at opdage, identificere og gennemleve bestemte traumatiske oplevelser, men mere vægt på, at terapeuten deltager i og gradvist konfronterer patientens nuværende handle- og relationsmønstre (inklusive forsvarsmekanismer). (Se iverjrigt side 37)

Ad 5) De ressourcer som kræves af patienterne for at de kan få et sådant behandlingstilbud indskrænker sig til:

- at patienten må acceptere at musikterapi er den primære behandlingsform som ikke nødvendigvis er valgt, ud fra at patienten har

et givent forhold til musik i forvejen. Behandlingsformen er snarere valgt ud fra patientens psykopatologi og målsætningen med behandlingen.

- at patienten må være i stand til regelmæssigt fremmøde eller være villig til at arbejde med dette som et problem, hvis det viser sig ikke at være muligt i starten af behandlingen
- at patienten må være enig i en overordnet målsætning for arbejdet.

### **Assessment - observationer.**

I assessmentfasen af dette arbejde med jeg-svage patienter (de første 3 - 6 sessioner) har jeg observeret en vifte af individuelle karakteristika i patienternes måde at møde musikken på og måde at indgå i musikterapeutbehandlingen på. Eksempelvis kan nævnes:

- patienten spiller en mur af lyd uden start eller slutning og patienten hører ikke musikterapeutens samspil.
- patienten forventer på magisk vis meget hurtigt at blive en berømt musiker/trommeslager - ligesom et kendt idol fra en musikgruppe uanset at patienten før start har erklæret sig enig i en anden målsætning.
- patienten ønsker kun at spille på klaveret og spille enkelttoner eller skalaagtige løb på klaveret (at være udtryksmæssig neutral).
- patienten starter ud med enkelttonespil på klaveret og bliver hurtig fanget ind af tonernes indbyrdes klangresonans; en tone fører patienten videre til den næste og den næste, således at der gradvist opstår melodier hvor patienten kan tillade sig at flyde lidt med i spillet og herigennem blive revet ud af et fastlåst tankemønster. (Fastlåst af intentioner i forhold til spilleformen f.eks.)
- patienten spiller hele tiden med hele opmærksomheden rettet mod terapeutens spil og med en gennemgribende angst for ikke at spille rigtigt i forhold til det terapeutens spiller uanset hvor meget terapeuten betoner at der ikke er noget i musikken, der kan være rigtigt eller forkert.
- patienten ønsker ikke at spille i starten, men kan tillade at terapeuten spiller musik til ham/hende.
- patienten ønsker ikke at spille i starten, men vil godt sidde sammen med musikterapeuten og snakke lidt. Skal gradvist motiveres til at spille



eller blive spillet for.

Jeg har læst om lignende beskrivelser i mødet med jeg-svage patienter i musikterapi på andre psykiatriske hospitaler hos eksempelvis musikterapeuterne: B. Jensen, Risskov, Aarhus, M. Priestley, Sct. Bernhard's Hospital, London, Gertrud Loos (Hamburg) & Martin Deuter, (Stuttgart) Tyskland.

### **Klinisk forståelse af de psykiske problemer hos jeg-svage patienter.**

I arbejde med jeg-svage, tidligt skadede patienter er det nærliggende, at læne sig op ad teorier der beskriver traumatiske udviklingsforløb i livets allertidligste fase - omkring og lige efter fødslen. Jeg har sammen med kollegaer kort beskrevet en udviklingstendens indenfor sådanne teori-dannelser det sidste tiår, hvor der har været en bevægelse væk fra at forstå behandlingen af tidlige traumer som blot identificering af en fase-episode, den voksne skal genopleve og integrere i sit nuværende liv som en kurativ faktor. Snarere er der tale om, at alle med og uden en psyko-patologisk udvikling løbende bærer tidligere erfaringsspor med ind i nuværende oplevelses- og handlemønstre i nuet. (Se s. 38).

Der er dog stadig koncensus om at den helt tidlige fase er specielt vigtig for den videre udvikling, da der her bliver lagt livsspor ud med meget stærke bevægelseskræfter til at influere senere udvælgelsesprocedurer i oplevelses- og handlemønstre. Der bliver udviklet flere og flere teorier, som søger at forbinde en biologisk forståelse (barnets udvikling er epigenetisk og grundlaget for udvikling af strukturer ligger i menneskets biologi) og en sociologisk forståelse (disse strukturer udfoldes efter ekstremt åbne og indlæringspåvirkelige genetiske programmer efterhånden som barnet vokser op. Samspillet med omgivelserne strukturerer den konkrete udformning af disse mønstre) og en psykoanalytisk/psykodynamisk forståelse (eftersom de udformede mønstre er organiserede og dynamiske kommer tidligere mønstre i sig selv til at gribe ind i den fortsatte udvikling. (Sørensen 1996).

Som nævnt i artiklen om musikterapiens indplacering søger vi som musikterapeuter at integrere forskellige videnskabs-teoretiske inddelinger ud fra en humanistisk tradition. Det indebærer at menneskets egen ret til at være i sin egenart og til at udtrykke sig kommer i forgrunden og en terapeutisk proces kommer i første række til at handle om at fremelske selvhelende kræfter hos patienten. I arbejde med meget tidligt skadede patienter er der, som vi har beskrevet i

indplaceringsartiklen (Hedges 1994.), ikke blot tale om manglende udvikling af psykiske strukturer, men også tale om en modsat rettet bevægelse i barnets oplevelse af kontakt med omverdenen. I den tidligste livsfase er barnet optaget af at organisere sine oplevelser, både når det lykkes at være samstemmende i en kontakt med omverdenen og når det ikke lykkes. I sidste tilfælde organiserer barnet på alternativ vis sine glippede forsøg i en slags sammensmeltet oplevelse, som tilsyneladende undergår en invasion ind i barnet selv, karakteriseret af en refleksiv tilbagevenden til barnets eget sansemotoriske selv. Senere kan der kun meget tøvende og under bestemte gunstige samspilsformer etableres et spor til den mor eller andre primærpersoner, som barnet søger kontakt med, samtidig med at det ud fra sin organisering af oplevelsessporene trækker sig tilbage, såsnart der er mulighed for kontakt. Hedges (1994) taler om, at reformulere en arkaisk psykopatologisk tilstand og at udvide og modificere kendte psykoanalytiske koncepter og teknikker for at møde denne tilstand. I objektrelationsteorien tales der om at anvende adhæsiv identifikation, hvilket er en terapeutisk tilstedeværelsesform der beskrives som værende relevant, før man kan gøre brug af projektiv identifikation. Terapeuten skal ganske enkelt være og være blivende tilstede i de traumatiske gentagne øjeblikke, hvor patienten søger kontakt og afbryder den igen, og igennem patientens gradvise oplevelse af, at omgivelserne er stabile uanset de indre slagmarker, kan der efterhånden etableres tillid til at personen ikke behøver at gentage de tidligste traumatiske oplevelse i her og nu kontaktetablering.

I den her præsenterede musikterapeutiske metode er min rolle som terapeut og min målsætning i praksis, at jeg søger at møde en sådan arkaisk psykopatologisk tilstand. Jeg forstår samtidig hele samspillet og samværet ud fra en cyklisk dynamisk forståelse, hvor patientens løsningsmodeller i forhold til tidlige traumatiske oplevelser udspilles i her og nu situationen- farvet af patientens hele livshistorie. Denne er afgørende for, hvor fastlåst patienten er i sin kontaktafvisning. I en cyklisk dynamisk forståelse bliver min del af vores fælles cirkeloplevelse at være i og forblive længe nok i en intens lyttende tilstand uden at kræve kontakt af patienten samtidig med, at jeg er opmærksom på at afstemme mig efter patienternes mikroagtige kontakttåbninger. I min overordnede forståelse af patienten går jeg ud fra, at det er muligt at bryde isolationen og at det kun mislykkes, hvis vores konstellation (patienten og jeg sammen) ikke formår at bryde patientens selvgenerende destruktive cirkel. (se iøvrigt artiklen om musikterapiens indplacering, dette skrift s. 27-37).

## **Musikterapeut/patient forholdet.**

### **Musikterapeutens rolle:**

I beskrivelser af hvorledes musikterapi kan have positiv effekt på jeg-svage patienters forstyrrelser, når fokus for behandlingen er at bryde den totale isolation, er det nødvendigt at beskrive hvorledes musikterapeutens rolle forstås (therapeutic relationship) og hvilken funktion musikken og spilleformen har (playforms), da begge dele er basale dele af de kurative faktorer.

Da det er min erfaring i denne behandlingsform, at musikterapeutens rolle og måde at være til stede på er væsentlig for at få patienten til at anvende og forbinde sig med musik som udtryksmiddel i det første skridt i en psykoterapeutisk behandling, omtales først musikterapeutens rolle i form af lytteattitude og lytteperspektiver og derefter musikkens funktion.

### **Musikterapeutens lytteattituder og lytteperspektiver.**

Jeg har tidligere defineret musikterapeutens lytteattitude og lytteperspektiver, som jeg har erfaret dem i min kliniske praksis. (Nordisk Tidsskrift 1997). I denne artikel ønsker jeg at beskrive musikterapeutens lytteattitude og lytteperspektiver som essentielle faktorer i en behandlingsmetode, der kan ses som det første skridt i en psykoterapeutisk behandling

Jeg definerer lytteattituden som:

- en tilstand af at være meget tilstedeværende - næsten som at være i et alarmberedskab rent lyttemæssig for at kunne være resonansbund for et hvilket som helst signal eller vibration som kommer fra patienten på samme tid som

- musikterapeuten skal være opmærksom på ikke at invadere patienten med sin opmærksomhed.

Jeg betragter lytteattituden i dette arbejde med jeg-svage patienter som en teknik gennem hvilken, jeg som terapeut kan invitere patienten til at blive hørt og mødt, og jeg kan gennem denne attitude samle information om:

- dybden og karakteren af patientens basale følelse
- muligheder for aktive interventioner
- timing i processen

Med termen lytte-attitude mener jeg: At lytte til patientens musik og følelserne som udtrykkes herigennem- ligeegyldigt hvor fragmenteret og rudimentært udtrykket fremtræder i musikken - og herudfra skabe en musikalsk ramme som møder og resonerer hvad jeg hører i patientens musik.

Som musikterapeut søger jeg at lytte åbent til patientens musik og følelserne der udtrykkes herigennem uden at prøve at dirigere musikken mod nogen bestemt genkendelig form eller i nogen bestemt retning, hvilket let ville kunne afstedkomme patientens angst for endnu engang at blive afvist, forført eller bedraget. Jeg vil illustrere denne lytteattitude senere i caseeksemplet.

Jeg har erfaret at jeg som musikterapeut må gøre brug af en meget empatisk lytteattitude, gennem hvilken jeg kan resonere patientens basale følelser på en måde, der er acceptabel for patienten. For at kunne gøre det formoder jeg musikterapeuten må have nogle erfaringer i sit eget liv (bevidstgjorte i form af personlige terapierfaringer), som åbner op for muligheden af at kunne være resonant til en så anderledes virkelighed, som patientens tilstedeværelse præsenterer.

M.h.t. lytteattitude, er det ikke muligt at foregive at jeg lytter så ekstra sensitivt åbent. Hvis noget forstyrrer mig i lytteoplevelsen af den anden (patienten), kan et forsøg på at foregive at jeg lytter så åbent meget vel være en forhindring i at skabe kontakten til og alliancen med patienten, især den skizofrene, psykotiske eller borderline patienten.

At være til stede i et sådant alarmberedskab i lytteattituden kan skabe en base for at musikterapeuten bevidst skifter mellem forskellige lytteperspektiver.

Jeg kan identificere et lytteperspektiv som værende en allocentrisk måde at lytte på som beskrevet af J.Fog(1996), hvor mennesket bliver hørt som en uafhængig person der bliver hørt med alle kvaliteter, uanset hvilke psykologiske problemer, der er til stede.

Fra Fogs beskrivelse af et allocentrisk lytteperspektiv er det allerede blevet klart, at dette perspektiv udviser meget dyb interesse i objektet - en total åbenhed og modtagelighed mod det - en fuld vendt sig mod et andet menneske, som gør det muligt at opnå et direkte møde med dette menneske og ikke kun en hurtig registrering af dets kendte træk, som kan henvises til identificerede kategorier. Den essentielle kvalitet - interessefeltet - i henvendelsen til mennesket i dets helhed og bekræftende fremtræden.

Et andet lytteperspektiv som kan vokse ud af tilstanden af at være i et sådant alarmberedskab, kan jeg identificere som en variation af hvad

Fog (1996) kalder et autocentrisk lytteperspektiv, hvor den anden person er objektiveret og ikke har en egentlig eksistens i sig selv.

Dette autocentriske lytteperspektiv beskrives som: at man lytter rettet mod sig selv. Jeg oplever dog, der er en forvirring af begreberne i denne beskrivelse, idet den snarere indikerer, at man lytter rettet mod sit bevidste jeg og ikke mod sit selv. For at objektivere et andet menneske må man ifølge min forståelse lytte til sit bevidste (analyserende) jeg. At lytte til sig/sit selv, kan ikke kun være objektiverende. I et sådant lytteperspektiv, hvor man er rettet mod ens eget selv, er det min erfaring, at der gøres brug af en bredere sansemæssig, nærmest inkorporeret måde at lytte på, som særlig tydelig kan opleves i et møde med psykotiske/skizofrene patienter. Et lytteperspektiv der kan beskrives som værende på een gang:

- en mere primitiv og ufokuseret måde at lytte på
- en næsten transpersonel måde at lytte på, som bringer lytteren i en lettere ændret bevidsthedstilstand.

Musikterapeutens tilstedeværelse - lyttende fra dette inkorporerede og ekstra sensitive perspektiv i en lettere ændret bevidsthedstilstand - kan i den kliniske virkelighed være en vigtig del af de kurative faktorer i den fase, hvor processen fokuserer på at bryde isolationen og på at reorganisere en rudimentær psykisk struktur hos skizofrene patienter.

Jeg tror, lyttefænomenerne er kendt hos mange andre musikterapeuter (eller psykoterapeuter). Jeg forsøger her at sætte ord på disse fænomener, fordi jeg mener, vi som musikterapeuter kan udvide beskrivelserne af overføringselementerne i den terapeutiske alliance - i det mindste med jeg-svage patienter - til også at blive beskrevet som lytteattituder og -perspektiver. I mødet med jeg-svage patienter kan overføringsfølelserne være domineret af tomhed - en tilstand af ikke væren - endog en tilstand af ikke at have retten til at være i denne verden. Mit ærinde med at forsøge at udvide beskrivelsen af overførings-elementerne i dette arbejde er, at jeg vil prøve at få overføringsfænomener beskrevet i termer, der ligger nærmere en musikterapeuts virkelighed. Lytning er alle musikterapeuters og musikeres basale værktøj.

For at give disse patienter en chance for at blive mødt og for at begynde at reorganisere indre strukturer, må man som terapeut lytte så dramatisk sensitivt og udholde at blive i denne lytteattitude og det

valgte lytteperspektiv, for at give patienten en reel chance for senere at vælge videre udviklende behandling til eller fra. Dette gælder specielt den første fase af terapien. Hvis isolationen ikke brydes i en eller anden grad, giver det ikke nødvendigvis mening for patienten at sige ja til et videre behandlingsforløb.

Oftest føler disse patienter sig aldrig reelt lyttet til eller set eller mødt i deres anderledes måde at være til stede/ikke være til stede i verden på, og de havde og har samtidig ikke en tilstrækkelig stabil psykisk struktur, så de selv kan udvikle en indre positiv forældrefigur eller en "lytte til mig selv" kapacitet. Identitetsfølelsen forbliver fragmentarisk og selvfølelsen uvirkelig eller forvrænget.

Så jeg forstår processen - begivenheden af at blive lyttet til - som en nødvendig basal erfaring for denne målgruppe for at være i stand til at anvende musik reorganiserende i deres videre proces.

Nogle gange kan anvendelse af de beskrevne lytteperspektiver/attitude finde sted i musikalsk samspil med patienten allerede i de første sessioner og skabe intensive møder i musikken og åbninger i den totale isolation på meget kort tid. Andre gange må jeg som musikterapeut anvende de beskrevne lytteperspektiver/attitude i det blotte samvær med patienten, hvilket kan indbære lange pauser med tavshed eller en form for samtale, hvor jeg lytter accepterende til patientens fantasier for at skabe tilstrækkelig tillid til, at patienten ved at opleve sig lyttet til tør begynde at udtrykke sig i musikken og gradvist forholde sig til fantasierne.

I begge tilfælde kan patienten - når det lykkes - motiveres til videre musikterapibehandling og kan opnå en gradvis psykisk reorganisering som effekt af terapien på længere sigt. Lytteattituden og -perspektivet anvendes her som en holdende funktion i musikterapeutens væren tilstede med patienten.

### **Lytteperspektiver og indikationskriterier.**

Med denne patientgruppe, hvor den primære målsætning er at bryde den totale isolation har jeg erfaret at indikationskriterierne angående patientens ressourcer og den øvrige kravsætning til patienten må være meget minimal og bredt fortolket. (Se s. 71).

Set i et assessment-perspektiv, mener jeg ikke patientens egnethed til psykoterapi kan evalueres uafhængig af musikterapeutens lyttekapacitet i forhold til den unikke patient i den unikke kontekst. Jeg har ingen forventninger om, at alle musikterapeuter altid vil være i stand til at bryde en total isolation hos en patient. Musikterapeutens personlighed

og kemien mellem musikterapeuten og patienten spiller en betydningsfuld rolle i behandlingen.

### **Musikkens funktion.**

Som beskrevet i Pedersen et al. (1998) 'Slutrapporten 1. del' Musikterapiklinikken, APS, er vægten på det oplevelsesorienterede og nonverbale element i musikterapi en styrke i forhold til at udvikle de første skridt i kontakten med meget kontaktsvage patienter. Musikken kan henvende sig til - "røre ved" patienten uden at denne behøver at føle sig fysisk berørt. Det kan være meningsfuldt at være sammen i situationer, hvor musikterapeuten improviserer for og til patienten, uden at denne behøver at føle sig forpligtet på at yde noget igen. Dette kan være det springende punkt, der gør at patienten gradvist tør yde noget i kontakten og tør tage imod noget fra musikterapeuten uden at føle sig kontrolleret.

Musikkens non-verbale kontekst muliggør "at udtrykke og agere" følelser uden ord. Musikalske improvisationer skaber en ramme, hvor det er muligt at handle, blive mødt og dele uden at skulle forklare eller forsvare ens udtryk.

Musikkens basale og kropsnære udtrykselementer (puls, rytme, bevægelse og klang) er grundlæggende for menneskers udtryks-potentialer generelt fra livets begyndelse. Følelsesmæssige udtryk gennem sådanne basale udtrykselementer er forbundet med en oplevelse af indre bevægelse, vitale forandringer og oplevelser af kvalitet i forandringen. Når en person ikke er i stand til at opleve eller udtrykke følelser kan vedkommende gennem musikalsk improvisation (som en slags forform) begynde at skabe og opleve små bevægelser i sit basale udtryk og herigennem i samspil med musikterapeuten søge at skabe basale vitale affektive forløb, hvor kvaliteter i form af ganske små variationer kan identificeres og høres i musikken. En begyndende opvågning af den ikke tilgængelige emotionelle kapacitet kan ske gennem musikudøvelsen - i tilfælde hvor musikterapeuten gennem sin lytteattitude og lytteperspektiv har formået at skabe et tilstrækkeligt trygt potentielt rum. Musikterapeuten kan meget konkret gennem den fælles handling i musikudøvelsen træde ind og være deltagende i såvel patientens forsvarsmekanismer og i patientens ofte minutløse forsøg på at udvikle udtryks- og relationskapacitet.

Musikalsk fælles improvisation kan skabe en oplevelse for pt. af at blive hørt og rummet med sit udtryk, som det er. Musikkens klanglige og

melodiske kvaliteter kan anvendes i en symbolsk favnende og holdende funktion og en gentagelse af musikalske basale elementer kan anvendes til at skabe en meningsfuld tryghed for patienten. Musikkens funktion vil blive eksemplificeret i den efterfølgende casebeskrivelse.

### **Kurative faktorer.**

De kurative faktorer kan således opsummerende defineres som:

- Musikterapeutens mulighed for at møde/forstå en anderledes virkelighed.
- Musikterapeutens mulighed for at lytte åbent og ekstra sensitivt til patientens signaler om mulige kontaktåbninger fra en anderledes måde at relatere/ikke-relatere på.
- Musikkens særlige kvaliteter som nonverbalt kommunikationsmiddel.
- Patientens møde med musikken og musikterapeuten og den herigennem udviklede mulighed for at blive motiveret til at lade musikken influere på patientens selv billede og reorganisere patientens psykiske virkelighed.

### **Caseeksempel.**

En 26-årig mandlig patient (pt) med diagnosen hebefren skizofreni, som har været ude og inde af hospitalet 3 gange indenfor 2 år og som har forsøgt at begå selvmord flere gange var erklæret ikke egnet til psykoterapi. Han erklærede sig motiveret til musikterapi efter en forsamtale, primært begrundet i at han lyttede til musik CD'er hver dag. Dette havde han et ambivalent forhold til (kunne lide det og følte sig samtidig isoleret i musiklytningen). Han var meget rastløs ved terapiens start og kunne i hverdagen kun klare at lytte til musik 5-10 minutter ad gangen. Lytningen blev hele tiden afbrudt af en rastløs vandren frem og tilbage i lejligheden.

Målsætningen for musikterapien blev fastsat som dels

- 1) arbejde med at bryde den totale isolation herunder fokus på koncentrationsbesvær
- 2) prøve at etablere et rum, hvor pt kunne tillade sig at være til stede i længere tid ad gangen med en anden person.

Det lykkedes at holde pt fri af indlæggelser (boede i beskyttet opgangsbofællesskab) i to et halvt år under musikterapiforløbet. I starten kom pt lidt uregelmæssig og han fandt turen tilbage til hospitalet meget



skræmmende. Efter ca. 6 uger og i resten af musikterapiforløbet kom pt helt regelmæssigt.

Målsætningen viste sig ikke at være reflekteret hos pt, da vi startede forløbet, selv om han havde accepteret den. Han mødte op de første gange og forventede så hurtigt som mulig på magisk vis at skulle lære at blive ligeså god en trommeslager som hans idol i en kendt musikgruppe.

### **1. Fase. Patienten skaber sin egen enkle rytme.**

Ud fra en cyklisk dynamisk forståelse af denne patient og i et forsøg på at opbygge en alliance med denne pt uden at afvise ham, søgte jeg i starten at finde en interventionsform hvor jeg kunne krydse hans magiske fantasiforventninger til sig selv (magisk læring) og til mig (der på magisk vis skulle lære ham at blive en stor trommeslager) og samtidig imødekomme hans forslag. Jeg accepterede hans fantasi ved at bede ham om at finde (udvikle) en enkel rytme, mens han spillede løst og fast på trommesættet. Rytmen skulle være så enkel, at pt gradvist kunne huske og gentage den. Han kom efterhånden ind i en enkel 4/4-dels beatrytme, og så snart den var nogenlunde genkendelig understøttede jeg den med akkordrundgange på klaveret, samtidig med at jeg fortalte ham, at jeg nu ville holde den rytme, så han selv kunne vælge i sit spil at bevæge sig ud af og tilbage til rytmen. Pt var ikke i stand til på det tidspunkt hverken alene eller i sammenspil at holde en fast puls eller rytme. Jeg prøvede at skabe en ramme, hvor han kunne opleve sig som værende en del af et sammenspil. Han kunne i sin oplevelse frit gå med i gentagelsen af den enkle rytme eller gøre noget andet. Når han gjorde noget andet (her tydeligvis fordi han ikke kunne fastholde en enkel rytme) blev det ikke oplevet som forkert. Samtidig lød hans egen skabte rytme ud i rummet (skabt af hans rudimentære jeg) via klaveret og dannede grundlag for samspillet. Pt blev ikke afvist eller korrigeret i nogen bestemt retning.

I min oplevelse af at være medspiller, var det meget vanskeligt at holde rytmen regelmæssig hele tiden, da patienten ikke på noget tidspunkt spillede den i forhold til en fast puls og jeg blev ofte forført til uregelmæssigheder i pulsen i min gentagelse af rytmen. Samtidig blev vores samspil af en statisk kvalitet da jeg konstant søgte mod at holde en fast puls for os begge.

Jeg overtog rollen som hjælpe-jeg i denne første fase af terapiforløbet. I

starten som et bevægeligt hjælpejeg der ikke kontrasterende fastholder en regelmæssig puls, men flyder lidt (bliver forført lidt) med ind i patientens kaos og samtidig skaber en inviterende rytmisk ramme for den ustabile puls. Efterhånden som patienten følte sig mere tryk i denne spillesituation kunne jeg bevidst overtage en fast puls og patienten kunne gradvist bevidst erkende hvornår han var med i pulsen og udenfor pulsen i samspillet.

Min kollega har lyttet til et musikeksempel fra denne fase (session nr.4) uden at kende til problematikken, målsætningen eller hensigten med interventionen.

Hun beskriver musikken således:

(se Slutrapport 1. del, 1998, Frederiksen s. 61. her i forkortet udgave).

"Patienten spiller på trommer/stortromme. Patientens rytme er ustabil og uden nogen puls. Terapeuten kommer med på klaver. Terapeuten overtager hurtig initiativet og holder en stabil rytme og puls uden dynamiske udsving. Patienten prøver at hænge på og spille som terapeuten, men opgiver gentagne gange og prøver så igen. Terapeuten bliver også lidt ustabil indimellem, som om hun bliver forført til usikker puls.

Improvisationen er præget af monotoni og gentagelser.

Terapeuten fortsætter i de situationer, hvor patienten giver op et øjeblik og så prøver igen. Terapeuten prøver at inddrage og støtte små rytmiske figurer, som patienten antyder, men uden at det dog virker stabiliserende på patientens rytme.

Der er ingen grund i improvisationen, den er flad og virker anspændt da begge parter forsøger at finde en grund - men det bliver kun til "øer" af en grund.

Improvisationen har både en karakter af at være kaotisk og statisk på én gang. Kaotisk fordi den ikke stabiliserer en puls, og fordi patienten hele tiden prøver at hænge på men aldrig får fat i rytmen og pulsen. Men samtidig har improvisationen karakter af at være statisk, da den er præget af monotoni, gentagelser og, at der ikke sker nogen udvikling. Improvisationen bliver i det ene element - rytmen."

## **2. Fase. Patienten oplever sig lyttet til udefra.**

Vi gentog denne form for samspil i en del af hver session i næsten et år. Samtidig udvidede vi rytmeaktiviteterne til, at vi klappede, bankede, vokaliserede og bevægede os til andre enkle rytmer, som pt gradvist indførte i denne fase. Efter ca 1/2 år startede jeg med at "trække mig ud" af samspillet, når vi havde gentaget en enkel rytme over længere tid. Pt.

stod således og gav alene lyd med sine enkle rytmer produceret af hans dengang meget rudimentære jegstruktur. Han kunne her begynde at erkende, hvor han reelt befandt sig i forhold til fantasien om at blive en stor trommeslager. Han erfarede samtidig, hvor stort et skridt det var for ham at turde stå alene i rummet og vokalisere "sin egen rytme" og samtidig blive seriøst lyttet til af en anden person.

I denne del af processen fortalte patienten i de verbale dele ofte om sine dæmoniske fantasier og om sin egen "fantaserede" evne til at influere på andre menneskers verdensopfattelse og adfærd. Jeg lyttede accepterende og opmærksom og på et tidspunkt spurgte jeg, om det også gjaldt mig. Patienten svarede bekræftende. Jeg var her meget opmærksom på vigtigheden af at tage pt's fantasi alvorlig. Jeg gjorde pt klar, at jeg var meget glad for den opmærksomhed han gav mig og at jeg godt kunne følge hans behov for at kontrollere andre mennesker så vidtgående. (Almenmenneskelig problemstilling). Jeg gjorde ham samtidig klar, at i min virkelighed oplevede jeg ikke at blive påvirket af hans evne til at kontrollere, og jeg havde ligeså meget brug for at blive taget alvorlig som en hel person med egne oplevelser, som jeg formodede han havde.

Ca. et år senere viste patienten mig betydningen af dette svar. Han var på dette tidspunkt begyndt at komme med små skrevne notater om hvad han kaldte "mine paranoide oplevelser". Da jeg spurgte ham, hvordan det var at fortælle disse til mig, svarede han: "Jamen du blev jo netop ikke bange for dem - det fortalte du mig jo!"

I denne fase var min funktion som musikterapeut primært en "holding funktion" hvor jeg anvendte en ekstra sensitiv lytteattitude og sensitive lytteperspektiver.

### **3. fase. Refleksion og begyndende adskillelse fra musikterapeuten.**

I det andet år af musikterapibehandlingen var vi ifølge min forståelse af forløbet kommet over det første skridt af psykoterapi. Det skridt der handlede om at bryde den totale isolation som denne pt var i og som han kompenserede for via megalomane forestillinger i den ene pol og underliggende tomheds- og rastløshedsfølelser i den anden pol - en konstellation som forhindrede ham i at forbinde sig med noget eller nogen.

Han begyndte i det andet år af musikterapien at reflektere tilbage (nu ude af sin psykotiske oplevelsesverden). Han begyndte som nævnt at medbringe små skrevne notater til hver lektion, hvor han bl.a.

reflekterede sin egen angst- og isolationsfølelse.

For at vise et lille glimt af pt's oplevelsesverden vil jeg her bringe et skriftligt notat i sin fulde ordlyd:

*"Da jeg var indlagt første gang var jeg overbevist om, at jeg var verdens ondeste menneske. Jeg var den eneste, der nogensinde havde sat mig uden for alt. Det var min skæbne at være på en psykiatrisk afdeling til jeg døde. Der skulle jeg vade op og ned ad gangene og være plaget af stygge tanker og ufred. Når jeg så døde, skulle jeg blive kastet ud i universets kulde og flakke omkring der helt alene i al evighed."*

I musikken turde han gradvist begynde at improvisere frit på klaveret ofte i en intentionel form hvor han bevidst skiftevis spillede lyse fragmenterede toner på klaverets høje toneleje (det gode) og mørke fragmenterede toner på klaverets dybe toneleje (det onde). Uanset hvilke spilleregler vi anvendte for samspillet (eksempelvis: "spille som jeg har det her og nu" eller "spille det onde og det gode i mig") så gentog patienten efter hver improvisation, at han havde hele sin opmærksomhed rettet mod, om det han spillede nu også passede til det jeg spillede. Han tog hele ansvaret for om musikken (vores fælles produkt) lød rigtig. Han kunne ikke reflektere min gentagelse af, at der ikke var noget der var rigtig eller forkert i musikken.

Jeg foreslog efter nogle måneder, da han viste mere tryghed ved klaverimprovisation, at han skulle være anfører i det musikalske samspil og at jeg skulle følge ham. Det fik ham til gradvist at løsne lidt i fastlåsnings af opmærksomheden på mit spil.

I den sidste fase af musikterapiforløbet improviserede vi en dag ud fra en dobbelt spilleregul, idet han både skulle være anfører i musikken og idet han samtidig ønskede, at vi begge skulle spille over følgende tema (i forhold til hans selvoplevelse): "Lade mine gode og dårlige sider komme sammen."

Jeg lyttede meget opmærksomt til hans musik og fulgte hans stemning og karakter i musikken. For første gang spillede han flydende melodier, og jeg kunne være mere afspændt og hvilende i mig selv i min musikalske ledsagelse.

Efter spillet reflekterede vi verbalt over musikken med følgende formuleringer:

*en holdende og reorganiserende musikterapi metode*

Pt: *Jeg ønskede at være mellem de gode og dårlige energier.*

T: *Har du noget navn for det sted du gerne ville være?*

Pt: *Ja, noget lyst eller sådan noget.*

T: *Kan du genkende nogle kvaliteter i musikken?*

Pt: *Ja, noget meget søgende.*

T: *Jeg oplevede den ret flydende og med mange melodier i musikken.*

Pt: *Det var jeg ikke opmærksom på (en smule overrasket). Jeg tror der var masser af intellektuelle intentioner bag mit spil. Noget jeg spiller automatisk men det meste af det er intentionel. Det lyder måske meget let og flydende, men det er det ikke.*

T: *Kan du huske nogle af dine intentioner?*

Pt: *Ja, det skulle ikke lyde for meget det samme i musikken - der skulle være en variation mellem de lyse og de mørke toner.*

T: *Jeg kan let følge disse intentioner, når jeg tænker på vores musik. Havde du nogle øjeblikke hvor du ikke havde nogen intentioner?*

Pt: *Ja, det var når jeg prøvede at spille melodier.*

T: *Hvad skete der, når du ingen intentioner havde?*

Pt: *Så følte jeg mig helt tom i hovedet - det sker ret ofte og faktisk var det det jeg erfarede som værende syg den første gang jeg blev syg. Jeg blev syg fordi jeg troede, der skulle være aktiviteter kørende hele tiden. Men nu hænder det, at der ikke sker noget.*

T: *Hvordan er følelsen af at der "ikke sker noget"?*

Pt: *Så er der en slags fred.*

T: *Fortæller du mig, at hvad du før oplevede som tomhed måske nu er transformeret til en oplevelse af fred og stilhed?*

Pt: *Ja, (meget eftertænksom); det tror jeg nok.*

Det var slutningen af refleksionen over musikimprovisationen.

Også denne improvisation er blevet analyseret af min kollega, som ikke kendte forhistorien. Hun skriver (her bragt i lidt forkortet form) (Frederiksen. Slutrapporten 1. del 1998, s.62):

"I begyndelsen af improvisationen spiller patienten enten i diskanten eller i bassen med kraftig volumen og med vægt på det rytmiske element. Gradvist begynder pt. samtidig med at denne spilleform fortsætter, at spille små melodier midt på klaveret og lidt efter lidt spiller både pt. og t. midt på klaveret lige op og ned ad hinanden - i terts-kvart interval. Melodierne spilles i hurtigt tempo, uden pauser

indenfor 1-2 oktaver- med et flow i melodierne. Det er svært at skelne t. og pt. i starten men gradvist som flow`et kommer ind, opstår der en mere ligeværdig dialog, hvor de små melodier pt. har introduceret i starten, gradvist får overtaget og udvikler sig dynamisk og flydende. De inspireres af og følger hinanden i improvisationen, men samtidig er der også en klar fornemmelse af, at de begge to støtter hinanden og den fælles improvisation.

Der er en klar fornemmelse af figur-grund. En fast stabil rytme og puls giver en klar grund. Men samtidig sker der en udvikling af melodien især i den sidste halvdel som skaber en fornemmelse af en figur, der udvikler sig. Såvel pt. som t. danner figur og grund. Der fornemmes en tydelig spænding i musikken - det er som om man næsten kan høre tiltrækningen/spændingen mellem tonerne i improvisationen. Denne er desuden præget af en dynamisk spænding - d.v.s. tilpas balance mellem spændingsophobning og afspænding.

Det musikalske udtryk er i begyndelsen statisk med kontrasterende høje og lave toner og med fokus på tempo, volumen og rytme som ikke afveksles særlig meget.

I sidste halvdel bliver musikken mere afvekslende og der indgår melodiske elementer. Der er dynamik og udvikling i den måde de musikalske elementer varieres på og i samspillet mellem pt. og t., hvilket gør, at ændringsgraden er at karakterisere som balanceret."

### **Opsummering af casen.**

I arbejdet med denne patient kan behandlingen i det første år betragtes som et første skridt i en psykoterapeutisk behandling. I denne fase turde patienten gradvist blive lyttet til og lytte til sig selv uden at gøre brug af megalomane forestillinger. Hans rastløshed blev reduceret og han begyndte at åbne sig imod at eksperimentere (improvisere på klaveret). M.a.o. en delvis brydning af isolationen havde fundet sted.

I anden fase - det sidste halvandet år - hvor den holdende og reorganiserende musikterapibehandlingsform blev fulgt op af en "lidt modereret" empatisk musikterapi behandlingsform løsnede patienten gradvist sin fastlåste opmærksomhed mod terapeutens musik og turde begynde at reflektere verbalt over (kigge tilbage på) sin psykotiske periode.

Min rolle som terapeut var i det første år dels en rolle som et bevægeligt medsvingende hjælpe-jeg, og dels som en "holding" person, der skulle skabe en vedvarende tryk ramme for samværet og samspillet.

### *en holdende og reorganiserende musikterapi metode*

I den sidste del af terapiforløbet blev min rolle som musikterapeut gradvist ændret (løst op), og jeg kunne begynde en adskillellesproces og veksle mellem at være initiativtager og akkompagnatør i samspillet. Patienten bevidstgjorde sig her og ændrede sin fastlåste opmærksomhed mod mit spil. I denne anden fase bevægede vi os hen imod mere fleksibilitet og ligeværdighed i samspilsformen i takt med at musikken kom til at indeholde flere melodiforløb og mere flow.

I terapeutrollen startede jeg med i det første år at anvende og blive i en ekstra sensitiv lytteattitude. I den sidste del af terapiforløbet kunne jeg løse denne lytteattitude - gøre den mere fleksibel og veksle mere legende med lytteperspektiverne.

Som det fremgår i beskrivelsen af de to musikeksempler er der mange paralleller mellem den terapeutiske forståelse af processen og musikanalysen baseret på lytning uden forudgående klinisk information. Beskrivelserne viser hvorledes musikken/musikalske basale elementer - her puls, rytme, bevægelse og melodi - afspejler og tydeliggør psykiske identitetsudviklende processer.

Samtidig viser beskrivelserne også, at det ikke er meningsfuldt at benytte sig af musikanalyse alene som indikator for forståelse af psykisk udvikling i denne metode, da der sker store forandringer hos patienten på et indre plan som kun meget gradvist bliver hørbar som mikromodulationer i musikken. Disse forandringer skal samtidig forstås og tolkes i forhold til ændringer i t./pt.-forholdet.

Jeg anvendte i det første år en metode som jeg i overskriften til denne artikel har kaldt:

#### **En holdende og reorganiserende metode.**

Navnet henviser dels til min holdende rolle som terapeut og dels til min forståelse af patientens psykiske problemer ud fra en cyklisk dynamisk forståelse og fra Dr. Hedges (1994) reformulering af den arkaiske psykopatologiske tilstand, hvor barnets allertidligste udvikling blive forstået som barnets egen organisering af oplevelserne.

I tilfælde af traumatisk udvikling bliver summen af ikke-kontakt oplevelser organiseret i en sammensmeltning af negative oplevelser der skaber en invasion ind i barnet selv og derfra vedblivende danner selvgenererende destruktive cirkler i kommende relationsforsøg.

Betegnelsen reorganiserende indikerer, at hvis jeg som musikterapeut vælger at starte en behandling med denne metode ud fra denne målsætning, så indebærer det at jeg forudtager at patienten har mulighed for at reorganisere bevægelseskræfterne fra disse tidligt organiserede oplevelser, og at det forekommer muligt, at jeg kan være en del af denne proces sammen med denne unikke patient. Det er ikke ensbetydende med at behandlingen altid lykkes.

I forhold til parametrene for beskrivelse af de generelle metoder indenfor musikterapien i psykiatrien i indikationsrapporten, kan denne holdende og reorganiserende metode beskrives således:

### **Definition af en holdende og reorganiserende metode ud fra de fem parametre fra indikationsrapporten.**

A. Målsætning: At bryde isolationen, at skabe rammer for at patienten tør blive lyttet til og blive taget alvorlig, at støtte og udvikle det rudimentære jeg, at støtte og udvikle patientens måde at kommunikere ud i omverdenen på. Motivere pt til videre udviklende psykoterapi-behandling, verbalt eller musikalsk.

B. Terapeutisk alliance: Terapeutrollen er et redskab til forandring i processen. Opbygning af basal tillid i terapeut/patientforholdet er meget væsentlig for udvikling af patientens selv-potentialer og kontakt-ressourcer.

C. Behandlingsniveau: Første skridt af psykoterapi. Primær terapi. Musikterapi er den centrale del af behandlingsplanen. Behandlingen fokuserer på primære symptomer (isolation og fravær af relationskapacitet) i forstyrrelsen.

Musikterapeuten har endelig behandlings-ansvar sammen med den henvisende psykiater.

D: Spillerum- eller regler: er afpasset til patienten. Spilleformen tilpasses musikterapeutens rolle som henholdsvis hjælpe-jeg og holdende person og den minutløse (små variationer) udvikling i relationen afspejler sig i lyden. Der anvendes frie improvisationsteknikker eller enkeltstående musikelementer, en ekstra sensitiv lytteattitude og en sensitiv musikalsk resonansbund-funktion.

E: Målgruppen/arbejdsområde: Stærkt jeg-svage patienter inden for psykotiske, skizofrene og skizotypale diagnoseområder med autistisk forsvar og udpræget isolationstendenser.



## *en holdende og reorganiserende musikterapi metode*

Som nævnt i starten er der her tale om en nyudviklet metode i forhold til den generelle inddeling - en metode der både tilgodeser de mildere krav til visitation - og som bevæger sig ind i empatiske psykoterapeutiske interventioner og som frem for alt lægger afgørende vægt på musikterapeutens måde at være tilstede på, lytteattitude og rolle. Denne må integreres i forståelsen af musikens muligheder som terapeutisk redskab og terapeut/patient forholdet som væsentlige kurative faktorer.

### **Litteraturliste:**

Bordin, E.S. (1994). 'Theory and Research on the Therapeutic Working Alliance New Directions' i Horvarth, A.O. & L.S. Greenberg *The working alliance, Theory, Research and Practice* .

IRVING B. Weiner, Series Editor. N.Y.: Wiley Interscience.

Deuter, M. (1996). 'Beziehungsformen in der musiktherapeutischen Arbeit mit psychotischen Patienten' i Tüpker, R.M.: *Konzeptentwicklung musiktherapeutischer Praxis und Forschung. (Materialien zur Musiktherapie.)*

Münster: Lit Verlag.

Fog, J. (1995). 'At komme til klarhed'. Om bevidstblivelsesprocessen hos terapeuten' i *Psyke & Logos*. (Tema: Bevidsthed). Årgang 16, nr.2.

København: Dansk Psykologisk Forlag.

Greenberg, H. (1994). *The Working Alliance. Theory, Research and Practice*.

N.Y.: Wiley Interscience.

Hedges, L.F. (1994) Working the Organising Experience. Transforming Psychotic, Schizoid and Autistic States. Aronson INC. Northvale/New Jersey/London.

Høstmark Nielsen, G. & Von Der Lippe, A.L. (1993). *Psykoterapi med voksne. Fem synsvinkler på teori og praksis* .

København: Hans Reitzels Forlag.

Igra, L. (1988). *Psykoterapi på liv og død. Om destruktivitet og livsvilje*.

København: Hans Reitzels Forlag.

Jensen, B. (1996). *Defense mechanisms and Identity* . Case Studies with schizophrenic Clients. Foredrag afholdt ved 8. Verdenskonference i musikterapi.

Hamborg. Under udgivelse i konference-proceedings.

*En holdende og reorganiserende behandlingsmetode*

Loos, G. (1986). 'Hören - Zuhören - Zugehören' i *Musiktherapeutische Umschau* Tyskland: 7. Fischer Verlag.

Pedersen, I.N.: (1997). 'The Music Therapist's Listening Perspectives as Source of Information in Improvised Musical Duets with Grown-up, Psychiatric Patients, Suffering from Schizophrenia.' I: *Nordisk Tidsskrift for Musikterapi*. 1997,6(2). Høgskulen i Sogn og Fjordane. Sandane. Norge.

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

Smejsters, H.:(1996). *Indications in music therapy: criteria, examples, definitions and categories* . Arbejdsrapport fra 8. Verdenskonference i Musikterapi, Hamborg.