

Musikterapeutiske overvejelser i forbindelse med patienters modstand i psykoterapi

- eksemplificeret gennem musikterapi med patienter, der lider af anoreksi
- hvordan kan man inddrage et kropsligt-musikalsk perspektiv ?

af Forskningsassistent Britta Frederiksen

Indledning

I arbejdet som musikterapeut har jeg ofte haft en oplevelse af følgende paradoks. På den ene side har jeg et værktøj - nemlig musikken - som har potentialer i forhold til at udtrykke og berøre følelsesmæssige områder, som det kan være meget svært at verbalisere. På den anden side sidder jeg med en fornemmelse af, at der ikke sker noget i musikken og den musikalske dialog - der mangler dynamik. Hvis denne fornemmelse af manglende dynamik i det musikalske udtryk er vedvarende over en længere periode, mener jeg, at patientens modstand mod forandring kommer til udtryk i musikken.

Hvordan forholder musikterapeuten sig til patientens modstand? Er målet at gøre modstanden tydelig for patienten og konfrontere ham med den for at skabe indsigt? Eller er målet at forsøge forsigtigt at bløde lidt op for modstanden og stimulere patientens udvikling? Det er selvfølgelig umuligt at skelne så firkantet, da måden terapeuten håndterer modstand i den terapeutiske proces er afhængig af forskellige variabler - f.eks. patientens overordnede problematik og tidspunktet i processen. I praksis vil der i mange tilfælde være tale om en vekselvirkning mellem at arbejde med enten at bevidstgøre eller at forsøge at komme bagom modstanden og stimulere til psykologisk vækst. I denne artikel vil jeg især koncentrere mig om den musikterapeutiske indsats, når man forsøger at komme bagom og blødgøre modstanden. Endvidere vil jeg diskutere, hvordan terapeuten kan inddrage et kropsligt-musikalsk perspektiv i musikterapien i forbindelse med at forholde sig til den modstand, der kommer til udtryk gennem musikken. For at belyse ovenstående vil jeg til slut ud fra musikterapi med en specifik patientgruppe - anoreksia nervosa diskutere, hvordan man kan inddrage et kropsligt-musikalsk perspektiv i forhold til at arbejde med den anorektiske patients modstand.

Modstand i psykoterapi

Psykoanalysens grundlægger S.Freud opdagede, at flere af hans patienter havde svært ved at associere frit og opfattede det som en modstand mod erkendelse af fortrængte ønsker og erindringer.

Ved at analysere modstanden opdagede han, at den indeholdt centrale aspekter af analysandens problematik og at arbejdet med modstand gav mere varige forandringer hos analysanden (Wrangsjø 1989).

David Malan, der er tilknyttet Tavistock klinikken i London skriver - for at få den skjulte følelse nærmere overfladen skal man starte med tolkning af patienten's forsvar, fremfor at gå direkte til tolkning af den skjulte følelse. Han understreger, at det er vigtigt at gå langsomt frem, da målet i psykodynamisk psykoterapeutisk arbejde er at bringe patienten i berøring med så mange af hans sande følelser, som han kan udholde. (Malan 1992)

At gå langsomt frem i psykoterapi er et gennemgående udgangspunkt i denne artikel og et vigtigt princip dels for at undgå overgreb på patienten men også for at sikre, at patienten kan følge med og forbliver motiveret. Tolkning og analyse af forsvaret er kendetegnet ved psykoterapeutiske retninger med grundlag i den psykoanalytiske tankegang.

I psykoterapi med psykiatriske patienter mener jeg, at en humanistisk/eksistentialistisk tilgang, hvor der i første omgang ikke er så meget fokus på at tolke forsvaret/modstanden for patienten, er tilrådelig og ofte nødvendig. Modstanden hos psykiatriske patienter er en vigtig beskyttelse mod en altopslugende tomhed og kaos og bør opfattes som et tegn på styrke og modstandsevne. Dette udelukker ikke at forsvaret/modstanden spiller en vigtig rolle i den terapeutiske proces, og det er vigtigt, at musikterapeuten er bevidst om modstandens tilstedeværelse i det terapeutiske rum og dets betydning for patienten.

Modstanden viser sig ofte hurtigt i det musikalske udtryk. Musikterapeuten tager fat i forsvaret/modstanden ved at tage udgangspunkt i patientens musikalske udtryk og gennem musikalsk intervention forsigtigt forsøge at svække/blødgøre modstanden og bringe patienten i kontakt med mere dynamiske og levende udtryk/energi og hermed stimulere til vækst.

En sådan tilgang til arbejdet med modstand i psykoterapi finder støtte hos Hilarion Petzold (1980), der er grundlægger af den kropsoverrettede terapiretning - Integrative terapi. Han skriver, at det handler om *at støtte hele individet, både ressourcer og forsvar* så det på længere

sigt måske kan være med til at give personen overskud og mod på at slippe modstanden. Det handler ikke om at fjerne modstanden men at blødgøre den, så patienten får større *bevægelsesfrihed* såvel psykisk som fysisk.

I sin hovedopgave i musikterapi skriver Ruth Eckhoff (97), at psykiatriske patienter er kendetegnet ved at være tidligt skadet, og at en ensidig verbal terapeutisk tilnærming ofte viser sig mangelfuld. Interventionerne må først gøres på kropsplanet og gennem brug af kreative udtryksmidler. Ved at tage udgangspunkt i patientens musikalske udtryk bliver musikterapeuten måske opmærksom på bitte små tegn eller forandringer i musikken, som er indgangsporten til at møde og blødgøre patientens modstand. Disse bitte små tegn eller forandringer i det musikalske udtryk er specifikke for musikken, og har tæt relation til dynamiske energier på et meget grundlæggende plan - et kropsligt-musikalsk plan. (se i det følgende). Iøvrigt vil jeg henvise til kapitlet "Musikterapiens indplacering" s. 21, hvor musikterapiens relevans i forhold til den psykiatriske målgruppe behandles og diskuteres mere dybtgående.

Krops- og musikrelaterede begreber i beskrivelsen af selvets udvikling

Som beskrevet i det ovenstående, er psykiatriske patienter's skade ofte opstået før de havde udviklet noget sprog. Udover at disse patienter kan være for sårbare til at klare en mere konfronterende form for terapi - f.eks. tolkning af forsvar og skjulte følelser - mangler de også et verbalt sprog/ord til at kunne udtrykke følelser og oplevelser, hvorfor en nonverbal tilgang til terapien kan være hensigtsmæssig.

Menneskets tidligste udvikling af et selv og dets kommunikation med omverden er baseret på lyd og bevægelse. R.Eckhoff(97) skriver, at før mennesket lærer at tale, har det et ur-sprog, som hun kalder et kropsligt-musikalsk samsvar. Gennem et kropsligt og musikalsk samsvar med omverdenen får barnet et slags sprog, som efterhånden bliver integreret og hjælper barnet med at stabilisere en fornemmelse af et selv.

Wrangsjø (1994), der er speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri skriver, at der idag er en tendens inden for psykologien til at bruge musikmetaforer for at beskrive selvets udvikling. Dette leder videre til at nævne en af pionererne indenfor selvpsykologien - Daniel Stern.

I Sterns teorier finder jeg grundlag for og argumenter for, at musikterapeuten i sin måde at møde patientens modstand med fordel kan fokusere på elementer, der er tæt knyttet til kropslige-bevægelsesmæssige og musiske begreber.

Stern beskriver to begreber i forhold til selvets udvikling hos barnet, der er af vigtighed, når man som musikterapeut arbejder i et non-verbalt felt: - affektiv attunement og vitalitetsaffekter.

Affektiv attunement beskrives som omgivelsernes og især forældrenes evne til at læse barnets signaler og reagere på en måde, som ikke er en direkte imitation, men så det er tydeligt, at reaktionen korresponderer med barnets signal, samt at barnet opfatter denne sammenhæng (Stern 85). Moderen toner sig ind på barnets kropssprog og stemmelyde ved at afstemme sine ytringers form og intensitet gennem stemmen, blikket, ansigtsmimik og bevægelse.

Vitalitetsaffekterne repræsenterer barnets første emotionelle oplevelser. Stern(1985) beskriver ofte vitalitetsaffekterne med musikalske begreber som brusende, flydende, eksplosiv, *crecendo*, *decrecendo*, bristende, langtrukken o.s.v. Eckhoff (1997) beskriver vitalitetsaffekterne, som kropsfornemmelser i bevægelse, former som stadig ændrer sig - øges, formindskes, udvider, indsnævrer sig, stiger og synker. Disse to måder at beskrive vitalitetsaffekter på er et eksempel på ligheden mellem det musikalske og det kropslige plan. I modsætning til følelser som f.eks. sorg, glæde, vrede er vitalitetsaffekterne tilstede hele tiden, hvilket gør det muligt at dele indre emotionelle oplevelser kontinuerligt og dermed give en oplevelse af følelsesmæssig samhörighed, der især for barnet's opbygning af selvet er af vigtighed. Jeg mener, at det bla. med udgangspunkt i Sterns teori er tydeligt, at der i såvel den tidlige relation til barnet som udviklingen af selvet indgår kropslige som musikalske elementer. I den forbindelse er den krydsmodale perception vigtig, der beskrives af Stern (85), som barnets evne til at oversætte fra én sansemodalitet til en anden; Når barnet udfører en bevægelse og moderen ledsager denne bevægelse med stemmelyd, vil barnet kunne opfatte, at de er fælles om "noget" - de deler noget, og der opstår intersubjektivitet (Frederiksen et al 1994). Den krydsmodale perception er mulig, da barnet fornemmer *intensitet*, *timing* og *form*.

Men også i musikterapi, hvor man arbejder på det non-verbale plan og med meget tidlige skader, er intensitet, timing og form centrale begreber. Beskrivelsen af den krydsmodale kapacitet understreger den nære forbindelse mellem musik, bevægelse og kropslige fornemmelser. (Eckhoff 1997).

Kropslige - musikalske metaforer.

Den netop beskrevne relation mellem musik, bevægelse og kropslige fornemmelser, er udgangspunktet for den følgende diskussion og udbygning af, hvordan terapeuten i musikterapeutisk sammenhæng møder og forholder sig til patientens modstand i det musikalske udtryk

Jeg vil indlede med følgende citat af Jaques-Dalcroze:

Rytme, lik dynamikk avhenger i sin helhet af bevegelse og finder sin næreste prototype i vår muskelsystem. Alle nyansene i tid (allegro, andante, accelerando, ritenuto - alle energinyansene (forte, piano, crescendo, diminuendo) kan realiseres av våre kroppor og presisheten i vår musikalske følelse vil avhenge av skarpheten i våre kroppslige fornemmelser"

(Dalcroze i Swanwick 1988 oversat af Ruth Eckhoff 1997)

Dynamik er i kropslig sammenhæng tæt forbundet med bevægelse. I musik handler det om en tones eller kompositions forskellige styrkegrader. I udvidet forstand handler det om overgange, bevægelse, og forandring fra én tilstand til en anden i form af styrkegrad, tempo etc. (Eckhoff 97). Dynamik handler om bevægelighed såvel fysisk, psykisk som interpersonelt.

Netop denne udvidede forståelse af begrebet dynamik er for mig et vigtigt parameter i forhold til at fornemme patientens modstand i musikken - som et udtryk for en manglende indre dynamik og bevægelighed.

Jeg vil i det følgende forsøge at beskrive nogle kropslige-musikalske metaforer. De centrale begreber er som allerede nævnt bevægelse/dynamik men også kraft/energi og i den forbindelse flow og vægt, endvidere rum og tid.

Kraft/energi giver tætte associationer til kropslig bevægelse og anvendes også ofte i beskrivelsen af musik.

Rudolf Laban har gennem et langt liv udviklet et system til observation af kropslig bevægelse. Han beskriver en bevægelyses vægt (weight), som den muskelenergi/kraft eller styrke, der skal til for at ændre den kropslige position, set i forhold til den vægt der skal bæres. Laban karakteriserer denne vægt som enten fast - dvs. fremkalder en følelse af

tyngde eller blid - dvs. fremkalder en følelse af vægtløshed. (Laban i Frederiksen 1997).

Kraft kan anvendes i forbindelse med tiltrækning mellem mennesker, men også i musikken kan man tale om tiltrækning mellem de musikalske elementer, der skaber spænding, energi og kraft. En tilstand uden spænding mellem såvel mennesker som i musik vil man ofte opleve som manglende kraft og vægtløshed.

Flow bliver af Laban brugt som et element til at beskrive bevægelse - han spørger om bevægelsen er fri eller bundet (Laban 1971). Disse to kategorier definerer jeg som: - det fri flow er en uhindret strømmende bevægelse aktiveret af en indre strøm - og et bundet flow har en kvalitet af at være holdt tilbage med en overdreven kontrol og parathed til at stoppe bevægelsen. (Frederiksen 1997).

Eckhoff (1997) skriver, at flow er en kraft kategori, som har med grad og type af spænding at gøre.

Et bundet flow er en situation, hvor der kun sker ophobning af spænding. Det frie flow refererer til bevægeligheden mellem spændingsophobning og afspænding (Frederiksen 1997), hvilket Bruscia nævner i Improvisational Assessment Profiles i sin definition af "Cyclic tension":

The musical element is manipulated to accumulate and release tension and to balance states of high and low tension.... and the flow of energy may be smooth. (Bruscia 1987, s.436,)

Rum og tid er uadskillelige dele af en bevægelig kropslig-sjælelig helhed, som hviler i det ubevidste (Eckhoff 1997). Loos (1996) skriver, at klang er symbol for rum, og rytme er symbol for tid. Klang har brug for et fysisk rum at udfolde sig i, medens rytme deler rummet i sansbare dele.

I den kropslige bevægelses rum opererer man med forskellige retninger - Laban (71) taler om Space (rum) - der har med bevægelsens retning og udfoldelse at gøre, og sammenligner den horisontale og vertikale form af kropslig bevægelse med musik. Den horisontale svarer til melodi og den vertikale svarer til harmoni - f.eks. en akkord farve til rummet (harmonisk/ disharmonisk).

Retning i musikken handler også om intention - er der en vilje eller manglende vilje bag det musikalske udtryk og hænger nøje sammen med tidsdimensionen. F.eks. *accelerando* og *ritardando* giver et indtryk af retning i musikken (Eckhoff 1997).

Tidsdimensionen har udover den tætte relation til rytme også at gøre med varighed - toner kan være korte og lange, hvilket også gælder bevægelse. Laban (71) skriver om bevægelser's time, at det har med hastighed og varighed at gøre.

I lighed med Laban skriver Eckhoff (97), at tempo bla. angiver pulsens hastighed. Tempoangivelser er ofte afledt af bevægelsesarter fx. alle-gro (løbende), andante (gående) accelerando (tempoøgning) etc.

Med udgangspunkt i Laban's teori om bevægelse kan begreber som pludselig og vedholdende anvendes til at beskrive tidsdimensionen i bevægelse. En pludselig bevægelse karakteriseres af hurtig hastighed og kort varighed - og giver en følelse af øjebliksoplevelse. En vedholdende bevægelse karakteriseres af langsom hastighed og lang varighed og giver en følelse af uendelighed (Frederiksen 1997). Jeg mener, dette kan overføres til musikken - terapeutens fornemmelse af timingen i det musikalske udtryk - f.eks. kan musikken fornemmes som værende lidt for hurtig, lidt for langsom eller afbalanceret.

Eckhoff (1997) nævner endvidere **pausen**, hvilket jeg mener er en vigtig dimension i forhold til timing. Hun skriver, at pausen er hvilepunkt i både musik og i bevægelse. Pausen får musikken til at ånde. Det er pauserne, der er med til at skabe en dynamisk og timet afveksling mellem lyd/bevægelse kontra stilhed/stilstand. Uden pauser vil bevægelse såvel som musik komme til at virke hektisk og spændingsophobende. Alt for lange pauser kan virke bremsende og kan ikke fastholde/opbygge spænding.

Af ovenstående kunne man forledes til at tro, at jeg forsøger at sætte lighedstegn mellem kropslige og musikalske begreber, hvilket dog ikke er meningen. I den forbindelse er jeg meget enig med Eckhoff, når hun skriver - at kropslige og musikalske begreber **ikke** kan erstatte hinanden, heller ikke oplevelser af musik og krop. Hvis derimod begge modaliteter eller begge oplevelser ses i sammenhæng kan de støtte og berige hinanden (Eckhoff 1997). Jeg mener, at det i overført betydning giver mening f.eks. at tale om, at musikken fremkalder en følelse af tyngde/ kraft eller vægtløshed (Frederiksen 1997).

Ved at fokusere på de ovenfor beskrevne elementer i såvel bevægelse som musik og forsøge at se dem i sammenhæng og ud fra den helhed, patienten befinder sig i, har terapeuten et brugbart udgangspunkt for at møde patienten i dennes musikalske udtryk. Et musikalsk udtryk, der

rummer såvel patientens ressourcer som modstand. Ad den vej kan terapeuten fokusere på elementer i musikken, der skaber resonans hos patienten, og måske nå ind til sunde ressourcer og stimulere til vækst hos patienten.

Lidt poetisk og med reference til Stern, er målet i forhold til patienten's modstand, at få et grundlag ud fra hvilken, jeg som terapeut kan "tune"(attune) mig ind på patienten og af den vej blødgøre og forsigtig komme om bag patientens modstand.

Anoreksia nervosa:

Herefter følger et afsnit, hvor jeg med udgangspunkt i sygdommen anoreksia nervosa, vil forsøge at illustrere, hvad jeg har beskrevet i det ovenstående. Dels i forbindelse med det musikterapeutiske arbejde med patientens modstand og dels, hvordan man med fordel i det musikterapeutiske arbejde kan fokusere på elementer i musikken, som har tæt relation til kropslige elementer. Anoreksi er en lidelse, der i ekstrem grad kommer til udtryk gennem kropslige symptomer. At arbejde direkte med kroppen vil ihvertfald i den første fase være meget angstprovokerende og konfronterende for den anorektiske patient. Men med fokus på de kropslige-musikalske sammenhænge, vil musikken netop kunne hjælpe patienten med forsigtigt at turde mærke nogle af de områder, der er fastlåste.

I det følgende vil jeg først lave en kort gennemgang af, hvad forskellige teoretikere har skrevet om anoreksiens symptomer, baggrund og indre dynamik.

Dernæst følger et afsnit, hvor jeg mere generelt og ud fra eksempler vil beskrive musikterapi med anorektiske patienter.

Det er en udbredt opfattelse blandt teoretikere, at anorektiske patienter ikke er blevet mødt, og der ikke har været *rum* til, at de har kunnet opleve impulser, følelser og fornemmelser som deres egne. Den affektive attunement (se ovenfor) - har ikke været vellykket. J. Robarts (1994), der er musikterapeut og har arbejdet med denne patientgruppe skriver at anorektiske patienter er præget af et *falsk selv*.

For det første er anorektikere i høj grad præget af paradokser: På den ene side udviser de en umenneskelig og rigid kontrol i forhold til at kunne styre deres kropslige behov. De forsøger at fornægte kroppen, fordi den er et symbol på ineffektivitet, passivitet og mangel på kontrol. Men samtidig dækker deres sygdom over en lammende følelse af hjælpeløshed og dårlig indre kontrol.

C. Buhl, der er psykiater og har stor erfaring i behandling af patienter med spiseforstyrrelser skriver:

Hun (anorektikeren) føler - med rette, at hun har lidt overblik og dårlig kontrol over kroppen og tilværelsen.....Patienten føler sig og er hjælpeløs .
(Buhl i Frederiksen 1997).

I den forbindelse skal det understreges, at det er vigtigt at forstå den anorektiske patients sygdom ud fra en eksistentiel synsvinkel - som en kamp for selvstændighed. En kamp der udefra set kan forekomme at indeholde voldsomme selvdestruktive kræfter men samtidig på en underlig måde virker kraftesløs og uden vægt.

Anorektiske patienter har ofte dårlig fornemmelse for rum - helt konkret, hvor meget rum de selv fylder, og hvor meget rum andre personer tager.

Selvini, der er psykoanalytiker og psykiater, refererer en delvis helbredt anorektisk patients beskrivelse af sit forhold til tid og rum. Patienten fortæller at overaktivitet skyldtes, at hun simpelthen måtte gøre noget for at undgå følelsen af tomhed.

Og videre siger hun;

*Now I live in **time**, and make the best of it. I used to be **crused** by it, by my efforts to be ready for anything.....even the **space** round me **has grown bigger** and I can fill it too.* (Selvini 1974, s.140)

I det interpersonelle samspil skal terapeuten på den ene side udvise stor respekt for, at sygdommen er udtryk for den anorektiske patients kamp for selvstændighed. På den anden side skal terapeuten forsøge at hjælpe patienten med at blødgøre denne kamp, så hun ikke "dør" af den både i psykisk og fysisk forstand.

Anorektiske patienter er ofte mistroiske, og tror at alle der vil hjælpe har en skjult dagsorden. Disse patienter kan virke arrogante, som iflg. Buhl (1990) skyldes deres angst for, at andre kan se deres hjælpeløshed, og at de skal blive overvældet af impulser fra andre mennesker.

I forhold til modstand er følgende citat fra en artikel af Susanne Lund (1988) rammende - hun skriver, at på den ene side er anorektiske patienter vanskelige og utilgængelige, og på den anden side er de "alt for

lette". De er formidable til at give et indtryk af at have indsigt og forståelse for deres problemer samt give udtryk for, at de har stor nytte af terapien osv., men der sker ingen udvikling i terapien. Susanne Lund er cand.psyk. og adjunkt på Institut for Psykologi i København.

Ovenstående citat af S.Lund er en understregning af de paradokser, man ofte kommer i forbindelse med, når man som terapeut arbejder med anorektiske patienter.

Konkrete eksempler i det musikterapeutiske arbejde med anorektiske patienter.

I dette afsnit vil jeg forsøge at illustrere og diskutere, hvordan musikterapeuten i den musikalske improvisation kan forholde sig til modstand hos patienter, der lider af anoreksi samt hvordan denne forholds måde kan have et kropsligt-musikalsk udgangspunkt.

Det følgende er eksempler, og ikke præsentation af en case.

En patient, der lider af anoreksi, spillede hver gang lange improvisationer, og musikken var karakteriseret af, at der ikke var nogen særlig variation, spænding, energi eller kraft i udtrykket, og der var ingen pauser. Det "kørte bare derudad" i én uendelighed - kort sagt uden dynamik. Denne måde at spille på sammenholdt med, at der var meget lidt samspil og interaktion i improvisationerne, tolker jeg som et udtryk for patientens modstand. En modstand mod at mærke sig selv og mod forandring. Det var som om, at min tilstedeværelse i musikken ikke blev hørt, hvilket set i sammenhæng med, at anorektiske patienter er bange for at blive overvældet af impulser fra andre mennesker (C.Buhl 1990), giver god mening.

Samtidig sagde patienten, at hun var meget glad for at spille musik og gå i musikterapi - at hun glemte tankerne, og at hun kunne blive ved med at spille i en uendelighed.

På trods af, at jeg mener, musikken var et udtryk for patientens modstand og en slags flugt, så mener jeg også, at det frirum musikken skabte var positivt. Anorektiske patienter er ofte intellektualiserende, og der er dårlig sammenhæng mellem hoved og krop. I forbindelse med ovenstående patient blev musikken en slags pause, hvor hun havde fred for tankerne. Måske kan musikken blive det positive rum, der efterhånden kan udvikle sig til at blive et trygt sted. Et medium, hvor hun tør udfolde sig mere og på længere sigt også tør inddrage og arbejde med konflikter og problemer. Dermed bliver musikken et symbolsk rum, hvor hun kan afprøve lidt mere dynamik indenfor trygge rammer.

Andre musikterapeuter har beskrevet musikalske karakteristika i den musikalske improvisation med anorektiske patienter. Smeijsters og Hurk (1992) skriver i en case story med en anorektisk patient, at patientens musikalske udtryk er uden variation, flygtig, rastløs, hurtig og med en konstant lydstyrke og uden notits af terapeutens musikalske tilstedeværelse.

Jaqueline Robarts, der også er musikterapeut, skriver (1994) noget lignende, at anorektikerens musikalske udtryk mangler struktur og form eller det modsatte - har fast rytmisk struktur, hvor der ikke er mellemrum eller pauser og er udført med en overdreven kontrol.

Endvidere skriver Robarts (1997) at det drejer sig om, at hjælpe den anorektiske patient i hendes søgen efter autonomi og identitet, hvilket gøres ved at hjælpe patienten med at øge sin opmærksomhed på egne impulser, følelser og behov.

Om musikkens funktion skriver hun;

As both medium and mediator of early object relations processes engendering individuation, creativity and healthy symbolic functioning, improvisational music-making can be an appropriate primary therapeutic intervention

(Robarts i Frederiksen 1997,s.19).

Som nævnt tidligere er det afgørende at finde og identificere de steder i det musikalske udtryk, hvor der blot er en lille smule variation i musikken. F.eks. i en improvisation med en anorektisk patient, hvor jeg bliver opmærksom på, at hun laver små tempodialoger. I sin ellers vanlige spillestil accelererer tempoet en lille smule - men samtidig er det som om, hun ikke kan stabilisere tempoet på et nyt niveau - hun kan ikke stoppe accelerationen igen, det er som om det "går for hurtig". Pludselig stopper hun brat, hvilket jeg oplever som hendes måde at stabilisere tempoet på, hvorefter hun starter ud igen i det vanlige stabile tempo. Iflg. Bruscia medfører øget tempo at energien stiger og jeg mener, at patientens reaktion på tempostigningen - at hun stopper brat - viser, at den øgede energi er for overvældende, og hun mister kontrollen.

C.Buhl (1990) skriver, at anorektikerens evne til at regulere indre spænding, som er knyttet til behov og impulser, er defekt. Set i denne sammenhæng bliver det tydeligt for mig, at jeg i forbindelse med musikalsk samspil med netop denne patient måske skal tænke på at overtage

stabiliteten i tempoet, da patienten ved blot den mindste lille eksperimenteren med tempoet nemt mister kontrollen. En kontrol hun har brug for, for ikke at blive overvældet.

Hvis jeg i det fælles udtryk prøver at stabilisere f.eks. tempoet, så vil hun måske turde udforske andre små tiltag.

I en anden improvisation har jeg en ganske lille fornemmelse af synkoper i den ellers meget ensartede melodiske linie. Disse små synkoper oplever jeg som et lille glimt af noget, som er mere levende og dynamisk hos patienten - et glimt af et mere "sandt selv" eller selv-udtryk. Jeg forsøger at skabe resonans ved at respondere på disse synkoper for at vise, at jeg har hørt den lille forandring.

En lignende situation beskrives af Robarts i hendes musikterapeutiske arbejde med en anorektisk patient:

To enhance, support, and allow the patient's being and playing to develop musically and with sufficient autonomy required the utmost care in listening to each emergent related moment: carefully providing the right amount of preparation/anticipation/resolution, while judging the properties of harmonic progressions and tonal colour that would be most helpful. Then there arise the fleeting moments of initiative and novelty in the child's playing, micro-shifts of tonal inflection, for which the therapist can provide musical contexts (silence as much as sound) as the nurturing environment for the tiny first seeds of spontaneous self-expression.
(Robarts i Frederiksen s.19, 1997).

I et andet eksempel fra en improvisation med en anorektisk patient er de små melodiske figurer uden nogen retning. Med udgangspunkt i disse figurer kan jeg måske hjælpe med at gøre disse mere tydelige ved at øge de små mikrorecendi/decrecendi og accenter, der styrker fornemmelsen af en frase (fornemmelsen af en begyndelse og slutning). Fraser strukturerer musikken, så den bliver delt op i dele fremfor at have karakter af uendelighed - ligeledes stimulerer det rumfornemmelsen.

Iflg. Bruscia (1987) forstærkes rumfornemmelsen eller den vertikale dimension via klang, flere toner på en gang, betonerer/accenter og crescendo/decrecendo. Altså er ovenstående forslag en måde, hvor musikterapeuten kan introducere lidt mere rumfornemmelse uden, at det måske bliver for skræmmende for patienten, fordi der tages udg.pkt.

i patientens udtryk. Rum er som beskrevet tidligere en meget vigtig dimension i forbindelse med det terapeutiske arbejde med anorektiske patienter.

I arbejdet med denne anorektiske patient bliver det tydeligt, at når jeg prøver at kontrastere patientens musikalske udtryk, bliver hendes udtryk endnu mere rigidt og præget af stabilitet - modstanden øges. I lyset af denne artikels fokus viser det mig, at det at kontrastere patientens musikalske udtryk ikke er vejen frem, hvis jeg vil forsøge at blødgøre modstanden og få fat i noget mere levende hos patienten.

På længere sigt kan det være vigtigt i den verbale refleksion at fokusere på og inddrage patientens reaktioner, når jeg spiller kontrastfyldt i forhold til hendes musikalske udtryk.

Jeg har med denne artikel ønsket at sætte fokus på den musikalske interaktion og interventioner på det non-verbale plan, som er særegen ved musikterapien. Den musikalske del kan dog efter min mening ikke stå alene. Kun gennem en verbal interaktion og refleksion, skabes der indsigt i sammenhængen mellem musikken og patientens virkelighed og liv iøvrigt.

I musikterapi med anorektiske patienter kan musikken blive det medie, hvor den anorektiske patient kan berøre og opleve dynamikker, der har tæt reference til kroppen. På et senere tidspunkt bør man inddrage patientens forhold til sin krop gennem refleksion over f.eks. dets parallelitet med musikken. De non-verbale interventioner gennem musikken er yderst vigtige under hele forløbet men især i den første fase.

At have fokus på kropslige-musikalske aspekter i musikterapi er endvidere med til at øge musikterapeutens opmærksomhed på sin egen krop og de kropslige reaktioner han/hun får i samspil med patienten. Disse kropslige oplevelser kan indikere en overføring fra patienten, og give terapeuten vigtige informationer om patienten og processen. Et eksempel på en sådan kropslig fornemmelse er f.eks., at jeg som beskrevet ovenfor i interaktion med en anorektisk patient oplevede, at jeg var ved at miste balancen - som om det tempo patienten spiller i er "for hurtigt".

Perspektivering

Modstandsbegrebet i denne artikel er meget bredt defineret, som en mangel på dynamik. I det psykiatriske psykoteriorienterede behandlingssystem iøvrigt anvender man ofte en vurdering af patienternes specifikke forsvarsmekanismer som mål for diagnose og udvikling.

I musikken og det musikalske udtryk kommer de mere specificerede f.eks. tidlige såvel som højere forsvarsmekanismer også til udtryk. Men der er brug for yderligere forskning i forhold til, **hvordan vi identificerer disse forsvarsmekanismer i musikken, og hvordan vi oversætter fra de musikalske elementers karakteristika til forsvarsmekanismer.**

Jeg mener, at patienter der lider af anoreksia nervosa er en patientgruppe, der kan have stor gavn af at modtage et musikerapeutisk tilbud. Musikken er et medie udenfor kroppen, og dermed en beskyttelse af patienten imod for hurtigt at komme tæt på det smertefulde. Musikken og musikterapi tilbyder et udtryk - et slags "sprog" til at udtrykke den indre kropslige og psykiske dynamik, der ligger til grund for anoreksiens ydre fremtoning.

Jeg mener, at man som et af områderne i musikerapiklinikken bør prioritere at musikterapi med anorektiske patienter bliver dokumenteret og beskrevet, især da der idag ikke foreligger særlig megen dansk litteratur om musikterapi med denne patientgruppe.

Litteraturliste:

Bruscia, K. (1987) *Improvisational models of musictherapy*. Illinois, USA: Charles C. Thomas Publisher Springfield.

Buhl, C. (1990) *Følelser og kropp-Behandling af alvorlige spiseforstyrrelser*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Eckhoff, R. (1997) *Kroppsselv og interkroppslighet i musikkterapi - konsekvenser for anoreksibehandling - teori og erfaring*. Hovedoppgave i musikterapi, Institutt for musikk og teater, avd. for musikkvitenskap, Oslo.

Frederiksen, B., Lindvang, C. og Skovbo, I. (1994) *The music of the body - development & interplay in the autonomyphase*. 3. semester projekt, Institut for Musik og Musikterapi, Aalborg Universitetscenter, Aalborg.

anoreksi, 'modstand, kropsligt- musikalsk perspektiv'

Frederiksen, B.(1997) *Musik uden dynamik - en undersøgelse af 3 modeller til at beskrive dynamik og modstand i kliniske improvisationer - med udgangspunkt i et terapiforløb med en anorektisk klient.*

Musikterapispeciale, Institut for Musik og Musikterapi, Aalborg Universitet.

Laban, R. (1971) *The Mastery of Movement*
by Rudolf Laban 3.udg. Redigeret af Lisa Ullmann.
London: The Whitefriars Press Ltd.

Lund, S. (1988) 'Psykoanalytisk orienteret psykoterapi med anoreksi patienter' i *Psykolognyt* ,11(42), s. 399-403.

Malan, D. (1992) *Individuel psykoterapi og den psykodynamiske videnskab.*
København: Hans Reitzels Forlag AS.

Petzold, H. (1980) *Det terapeutiske forhold i Integrativ terapi.*
Artikel oversat og udgivet af Norsk Forening for Integrativ Terapi,
Paderborn: Junferman.

Robarts, J. (1994) 'Towards autonomy and a sense of self' i D. Dokter (red)
Arts therapies and clients with eating Disorders. s.229-246.
London: Jessica Kingsley Publishers.

Selvini P., M (1974) *Self-starvation: from the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa.*
London: Human Context Books, Chausser Publishing Co Ltd.

Smeijsters, H.& van den Hurk,J.(1992) 'Research in practice in the Music
Therapeutic Treatment of a Client with symptoms of anorexia nervosa'
i M. Heal, . & T. Wigram(red.) *Musictherapy in health and education.*
London: Jessica Kingsley Publishers.

Stern, D.N. (1985) *Barnet´s interpersonelle univers.*
København: Hans Reitzels forlag.

Wrangsjø, B. (1989) *Kropsorienteret psykoterapi.*
København: Munksgaard.