

Er musikterapi et relevant behandlingstilbud ? – en dynamisk vurdering.

Af Charlotte Lindvang

Opsummering;

Artiklen indeholder en beskrivelse af de kriterier der i musikterapeutiklinikken anvendes i vurderingen af, om et psykoterapeutisk behandlingstilbud i musikterapi er relevant for en given patient. Prøveforløb og vurdering vedrørende en skizofren patient beskrives. Dernæst diskuteres alliansens betydning i psykoterapi med denne type patient, og kriterierne anskues i perspektivet af den terapeutiske alliance som væsentligste faktor i vurderingen.

1. Indledning

De 3 første sessioner i et terapiforløb er intense. Terapeut og patient skal møde hinanden, patienten skal introduceres til de musikterapeutiske metoder og terapeuten skal forsøge at forstå og forholde sig terapeutisk til hvad patienten bibringer terapien. I musikterapeutiklinikken kaldes disse 3 timer for ”prøveforløbet”, og adskilles altså fra det egentlige behandlingsforløb. Ikke desto mindre er prøveforløbet på én gang en fase hvor der observeres og vurderes i forhold til *muligheden* for et fortsat terapeutisk forløb, og en fase der sandsynligvis er begyndelsen til en allianceopbygning og et længere behandlingsforløb.

Når kontakten indledes til en patient, er det således musikterapeutens samtidige udfordring at *undersøge* muligheden - og *skabe* muligheden - for at opbygge en alliance og at arbejde musikterapeutisk med vedkommende patient. Overvejelser og diskussion på baggrund af prøveforløbet har bl.a. til formål at opretholde en professionalisme, uden forestillinger om at vi er i stand til at behandle alle i musikterapi, hvilket selvfølgelig ikke er tilfældet.

Denne artikel er en opfølgning på artiklen ”Suitability for Music Therapy: Evaluating Music Therapy as an Indicated Treatment in Psychiatry” skrevet af musikterapeut Britta Frederiksen og undertegnede. (Nordisk Tidsskrift 1999,8(1)).

Denne artikel indeholdt en grundig diskussion af om det er muligt at vurdere en given patients egnethed til et psykoterapeutisk forløb i musikterapi – baseret på følgende kriterier (står skrevet i musikterapi-klinikkens dokumentationsrapport fra 1998. Rækkefølgen er her ændret);

- krav om evne til kompliant adfærd, herunder motivation for behandlingen
- krav om indsigtspotentiale (krav om evne til at reflektere verbalt og/eller musikalsk)
- krav om at der ikke skønnes risiko for malign regression
- krav om evne til at kunne formulere egne mål med terapiforløbet eller kunne tage stilling til terapeutens formulering af målsætning
- krav om evne til at indgå i en terapeutisk alliance eller ønske om at arbejde med problemer i at indgå en sådan alliance.

Spændingsfeltet mellem terapeutens imødekommenhed og fleksibilitet og terapeutens professionelle vurdering af hvorvidt patienten vil kunne profitere af et musikterapeutisk forløb, blev beskrevet i nævnte artikel. Det blev bl.a. konkluderet at vurderingen af terapiegnethed ikke kan gøres udfra en isoleret bedømmelse af patienten. Det er hele det grundlag, der er i feltet mellem terapeut, patient, og musik – for at fortsætte et terapeutisk forløb med sandsynlig gunstig effekt for patienten, der skal undersøges. Ligeledes blev der konkluderet at en vurdering der indordner sig ovenstående kriterier, samtidig kan tydeliggøre relevante mål og delmål for behandlingen, samt hvilken strategi og terapeutisk holdning der bliver aktuel i det terapeutiske forløb for en given patient.

2. Assessment

Der har i MIHP-gruppen (Musikterapeuter i HospitalsPsykiatrien) løbende været interesse for at udvikle metoder til prøveforløb/assessment i musikterapi med psykiatriske patienter. En assessment kan have diagnostisk formål eller have til formål at udrede relevansen af et egentligt musikterapeutisk behandlingsforløb. Det er sidstnævnte formål musikterapiklinikken i Aalborg har haft fokus på, og som er interessant for nærværende artikel. Assessment-proceduren svarer i klinikken til et semistruktureret interview. Der tilstræbes at nå igennem forskellige typer af spilleoplæg og forholdemåder i interaktionen med patienten, for at kunne udarbejde et grundlag udfra hvilket det i perspektivet af de ovenfor nævnte kriterier, kan vurderes hvorvidt patienten vil kunne arbejde i og profitere af musikterapien. Prøveforløbet er en kvalitativ beskrivelse af patienten og dennes samspil med musikterapeuten, og ikke en objektiv test.

Nærværende artikel skal ikke fokusere på prøveforløbets procedure, men på at beskrive fasen der parallelt med og efter prøveforløbet handler om at bearbejde data fra assessment. Jeg skal forsøge at eksemplificere den kliniske brugbarhed af de ovenfor nævnte kriterier, samt give indblik i de oplevelser og professionelle overvejelser der for musikterapeuten er knyttet til mødet med den type patient, der i hospitalspsykiatrien som oftest vurderes som uegnet til et psykoterapeutisk forløb. Heraf følger at temaet ”den terapeutiske alliance” vil blive uddybet.

3. De fem kriterier

I det følgende skal kriterierne for ”musikterapi egnethed” først og fremmest defineres nærmere og der skal peges på væsentlige aspekter der må overvejes i enhver vurdering.

1.kriterium; Krav om evne til kompliant adfærd.

At være kompliant, betyder ”samarbejdsvillig”, og drejer sig ifølge ordbogens definition om evnen til at leve op til andres ønsker og krav. I den psykoterapeutiske kontekst bør begrebet opfattes mere komplekst. Først og fremmest er det et krav til patienten om at overholde praktiske aftaler, dvs. komme hver gang (eller melde afbud) og møde til tiden. Det er helt basalt at det kan lade sig gøre at mødes regelmæssigt, for overhovedet at have et grundlag for etablering af et terapeutisk forhold. Det er også nødvendigt i fht. at gøre det muligt at udvikle en kontinuitet, en rød tråd, i den terapeutiske proces.

I følge den engelske ordbog ses begrebet ”compliance” også i betydningen ”accordance” eller ”harmony”, hvilket henleder opmærksomheden på at kompiens er noget der eksisterer i forholdet mellem to eller flere. Kompiens er i denne forståelse et interaktivt begreb og altså ikke noget der kan vurderes ved at observere patienten isoleret. Her drejer det sig også om eksempelvis terapeutens evne til at skabe de rette rammer for terapien.

Motivation.

I kravet om kompiens ligger endvidere en forventning om at pt. er samarbejdsvillig i forhold til den behandling der tilbydes. Når det drejer sig om psykoterapi, betyder dette først og fremmest at pt. er *motiveret* for psykisk forandring og vækst. Den psykiatriske patient befinder sig som oftest i et dilemma mellem ønsket om udvikling og ønsket om stagnation, hvilket kan tolkes som forsvar mod at komme i kontakt med en ubærlig følelsesmæssig

smerte. (Thorgaard & Rosenbaum 1996, L. Sørensen 1996). Denne dynamik må der tages højde for når egnethed vurderes. Selve dét at give liv til og nære motivationen for personlig udvikling og forandring af uhensigtsmæssige handle-mønstre kan i en del tilfælde blive essensen af og målet for den psyko-terapeutiske behandling af den psykiatriske patient.

Det er desuden væsentligt at undersøge om pt. er motiveret for brugen af musik som medium for en terapeutisk proces. Der kræves ingen specifikke kundskaber af patienten mht. at mestre et instrument og at spille musik, men det er nødvendigt med en tilgængelig kanal hos pt., hvor lyd og musik kan skabe forbindelse mellem den indre og den ydre verden så at sige. Musikte-rapeuten må vurdere om dét at lytte til musik kan røre patienten, sætte en indre bevægelse i gang. Og ligeledes vurdere om dét der rører sig i patientens indre verden gradvist vil kunne komme til udtryk via musikken.

2. kriterium; Krav om indsigtspotentiale (pt. er i stand til at reflektere verbalt og/eller musikalsk).

Det er specielt spørgsmålet om musikalsk indsigtspotentiale, der adskiller dette sæt af kriterier, fra almene terapiegnethedskrav her på Aalborg Psykiatriske Sygehus. Kapaciteten til at gøre og handle i musikken, svarende til den musikalske refleksion, og kapaciteten til at sætte ord på handlinger og oplevelser, svarende til den verbale refleksion, viser graden af patientens potentiale for indsigt på to forskellige områder.

Den analytisk orienterede terapi der anvender tolkninger som den primære interventionsform, påpeger at en god tolkning skaber ny indsigt og vil motivere patienten til at komme til terapi og til at arbejde i en terapeutisk proces. Positiv effekt af terapien kan dog ikke alene tilskrives den selvindsigt der kan expliciteres verbalt. Daniel Stern taler om "relational knowing" hvilket drejer sig om den implicite (tavse) viden og erfaring der eksisterer og udvikles i mødet mellem tp. og pt. Det antages at indsigt, forstået som øget selverkendelse, såvel som "relationel viden" kan indikere en psykologisk forandring svarende til et positivt udbytte af terapien.

Musikterapien har med den kliniske improvisation et redskab til præverbal kommunikation, der kan tydeliggøre patientens selvopfattelse og interaktive mønstre (relationel viden). Dette gør det i en del tilfælde muligt at tilbyde et psyko-terapeutisk forløb til patienter der ikke har kapaciteten til den verbale refleksion og bevidstgørelse. Det er dog ikke alle der er svage på det verbale

område der egner sig til et psykoterapeutisk forløb i musikterapi. Det er musikterapeutens opgave at vurdere hvorvidt musikken som medie er et felt hvor refleksion bliver mulig og relationel viden kan integreres.

Stern påpeger vigtigheden af at gøre implicite, relationelle erfaringer i terapi. Som en mulig parallel til dette ses indenfor nyere psykodynamisk teori den antagelse at ”korrektiv emotionel oplevelse” er den væsentligste kurative faktor i psykoterapi. (Hougaard 1996). Den korrektive emotionelle oplevelse kommer eksempelvis i stand ved at der i musikken, på et præverbalt plan, aktiveres følelser hos patienten som musikterapeuten aktivt forholder sig til på en måde der vil afkræfte patientens negative forventninger. Erfaringer med de psykiatriske patienter i Musikterapi-klinikken viser, at der nok skabes nye spor i patientens landskab af relationelle erfaringer, mere end der er tale om en endelig ”korrektion”. (Jævnfør en ”cyklisk psykodynamisk forståelse” omtalt i årsskrift 1998, Inge Nygaard Pedersen et al.) Dette område af kriteriet om ”indsigtspotentiale” bevæger sig ind på området omkring ”den terapeutiske alliance”, hvor det netop må vurderes hvorvidt patienten kan forbinde sig til og tage ved lære af relationen til terapeuten. (Se senere).

3. kriterium; Krav om at der ikke skønnes risiko for malign regression.

Under patientens prøveforløb i musikterapi er det et væsentligt moment at undersøge og vurdere risikoen for at patientens patologiske mønstre forværres. Det drejer sig om at evaluere patientens kapacitet til at træde ind i et fælles felt sammen med musikterapeuten, og kapacitet til at bruge musikken som en støtte og en frugtbar katalysator for udvikling af kommunikative ressourcer.

Det er dog særegent for musikterapeutisk behandling, at der ved hjælp af musikken kan skabes mulighed for at den meget kontaktsvage og isolerede patient i udgangspunktet kan være i sin egen verden, og gradvist kan opleve en ikke-truende kontakt med et andet menneske -gennem musikken. At patienten isolerer sig i musikken, kan altså ikke nødvendigvis ses som udtryk for at der er risiko for at tilstanden forværres. Her må musikterapeuten endnu engang sammenholde sine observationer og indtryk med andre informationer om patienten, så en helhedsvurdering bliver mulig. Der er tilfælde hvor patientens angst tiltager i forbindelse med at skulle bruge musikken aktivt. Er der tale om en gennemgribende angst for ikke at kunne præstere eller for tab af kontrol er musikterapi højst sandsynligt ikke en egnet terapeutisk indfaldsvinkel til den pågældende patient.

4. kriterium; Krav om evne til at formulere mål for det musikterapeutiske forløb, eller være i stand til at acceptere tp.'s formulering af disse.

Det anses for at være meget væsentligt for den terapeutiske alliance at tp. og pt. kan blive enige om, hvad det er der arbejdes på i terapien. (Hougaard). Det bør tilstræbes at formulering af mål bliver et resultat af en dynamisk interaktion mellem tp. og pt. Målsætningen fungerer som et udgangspunkt for terapien og som et referencepunkt i løbet af den terapeutiske proces. De formulerede mål bliver ofte præciseret og justeret i takt med at processen udvikler sig.

Mange psykiatriske patienter kan have svært ved at formulere en psykologisk baseret målsætning for terapien. Her er det terapeutens opgave at sammenfatte et eller flere mål med terapien, som er i overensstemmelse med patientens egen oplevelse og måde at forstå sin situation. Målsætningen skal være meningsfuld for både terapeut og patient. Som oftest vil brugen af musik blive integreret i formuleringen af mål for et musikterapeutisk forløb, dvs. inddrage forskellige aspekter vedrørende at lytte og at udtrykke sig.

5. kriterium; Krav om evne til at indgå i en terapeutisk alliance, eller ønske om at arbejde med problemer vedrørende alliance.

Begrebet om den terapeutiske alliance udsprang af den psykoanalytiske teori hvor det til at begynde med svarede til den positive overføring fra patient til terapeut. Allerede i 30'erne opdeler Freud den terapeutiske relation i en overføringsdel og en rationel og realitetstilpasset del, og han taler om nødvendigheden af at terapeuten allierer sig med denne sidstnævnte del af patienten. (Jørgensen 1998). I takt med stigende opmærksomhed overfor den reelle relations betydning for terapiens effekt har begrebet udviklet sig til i højere grad at tage højde for samarbejdsaspektet. I dag har begrebet vundet stor udbredelse og anses for at være et meget væsentligt element i alle former for psykoterapi, og er således et område af "non-specifikke faktorer" der har vist sig lige virkningsfuldt indenfor forskellige psykoterapeutiske retninger og metoder. (Horvath & Greenberg 1994).

Den terapeutiske alliance kan defineres på forskellige måder. Her skal fremhæves Bordins eklektiske definition (Bordin 1994 i Horvath & Greenberg), hvor der er fokus på betydningen af gensidighed mellem pt. og tp. og dét at parterne kan nå til enighed om hvad der arbejdes på og hvordan.

Således kan alliancen ifølge Bordin deles op i; 1) det emotionelle bånd, 2) enighed om terapiens målsætning, 3) enighed om de terapeutiske opgaver, hvorved begrebet integrerer de relationelle og de mere tekniske aspekter.

Muligheden for at opbygge en positiv alliance bør ikke alene baseres på en vurdering af patientens psykiske problemstilling/patologi og relationelle erfaringer, men også inddrage oplevelser fra det reelle møde der finder sted mellem tp. og pt. Terapeuten må tillige være åben for at belyse egne bidrag til alliancen og erkende egne modoverføringer og utilstrækkeligheder i samspillet med patienten. (Jørgensen 1998).

Denne holdning bygger på en forståelse af det terapeutiske forhold som værende sammensat af både overføringsaspekter og af en her-og-nu autentisk relation. I praksis *kan* det dog være vanskeligt at skelne mellem overføring og realistiske allianceaspekter.

På baggrund af de mange bidrag til forståelse af alliance-begrebet, har Hougaard (1996) sammensat en model hvor alliancen opdeles i ”den personlige relation” og ”arbejdsalliancen”. Førstnævnte handler om det emotionelle bånd der knyttes mellem tp. og pt. mens arbejdsalliancen henviser til metoder og målsætning. Begge parter bibringer noget til henholdsvis den personlige relation og arbejdsalliancen. De to dele af alliancen påvirker til stadighed hinanden indbyrdes og kan i praksis være vanskelige at adskille, og ikke mindst undersøge som enkeltkomponenter i alliancen.

Patienter kan somme tider vise en hæmmet evne og en meget vag motivation for at opbygge og indgå i en terapeutisk alliance når der arbejdes verbalt, og samtidig lade både evne og motivation kommer til udtryk i det musikalske/nonverbale felt. Dette lader sig eksemplificere ved nedenstående case. Der vendes tilbage til betydningen af den terapeutiske alliance senere i denne artikel.

I næste afsnit følger en beskrivelse af en psykiatrisk patient med eksempler fra prøveforløbet, efterfulgt af en gennemgang af kriterierne på baggrund af det samlede materiale fra prøveforløbet med netop denne patient.

4. CASE

Kort beskrivelse af patienten (P):

P er en pige i 20'erne, der indlægges med paranoid psykose og tvangstilbageholdes pga. suicidale impulser og forsøg. Det er 1. gang P er indlagt, og hun diagnosticeres skizofren.

P er nr. 1 af 2 børn. Hun bor ikke hjemme men har jævnligt kontakt til forældrene. Der er ingen dispositioner til psykisk lidelse. P er i øvrigt veluddannet og i besiddelse af kreative evner. P har altid været en stille og føjelig pige uden mange venner.

De psykotiske symptomer drejer sig om forestillinger om at blive overvåget og forestilling om at nogen har puttet gift i hendes mad. P oplever at der bliver talt til hende i TV eller hentydet til hende i aviserne.

P har hørehallucinationer og har haft fornemmelsen af at hendes tanker kan læses af andre.

P medicineres med antipsykotisk medicin, psykosen klinger af og P falder til ro og overflyttes til åbent afsnit. P virker nu mere samlet og erkender i højere grad sin egen situation. P opleves dog stadig som forpint og dækkende overfor de tanker og følelser hun rummer. Hun beskrives som garderet og med formentlig latente aggressive grænser.

P skønnes at kunne profitere af en psykoterapeutisk behandling og baggrunden for henvisningen til musikterapi skyldes primært at P har svært ved at verbalisere.

Der holdes en forsamling med P, hvor hun viser sig at være indstillet på et prøveforløb i musikterapi, svarende til 3 sessioner.

I det følgende vil observationer og oplevelser fra prøveforløbet blive beskrevet ved hjælp af nogle uddrag fra hver af de 3 sessioner. Disse uddrag er udvalgt mhp. at kunne give læseren et indblik i grundlaget for de efterfølgende overvejelser og vurderinger, der foretages først og fremmest i henhold til de 5 kriterier.

4. 1.Uddrag fra prøveforløbets 1.session.

Oplægget til følgende improvisation er at P skal finde 3 toner, som hun kan lide og derefter improvisere frit over disse.

P søger og vælger tonerne i en D mol akkord i mellemregisteret og spiller mest den lille terts d-f. Jeg laver en enkel understøttelse i form af grundtone og pulsformelse. Umiddelbart efter følger en improvisation hvor P instrueres i, at hun nu skal prøve at eksperimentere med at bevæge sig ned i det dybe og op i det høje leje på klaveret. Jeg vælger at Tage udgangspunkt i P's udtryk fra forrige improvisation og holder fast i d og f i mellemregisteret som en base i musikken, som P til hver en tid kan vende tilbage til. Samtidig understøtter jeg den dynamik og rytme som karakteriserer P's udtryk. P er i improvisationen især optaget af at spille de aller lyseste toner. Hun beskriver bagefter at der er en særlig stemning ved dem, som hun godt kan lide men ikke kan beskrive nærmere. (Mine associationer: noget spinkelt, let, pigeligt, uskyldigt). P afprøver også de dybe toner. Hun beskriver efterfølgende disse som mørke og tunge. I løbet af improvisationen vender P ind imellem tilbage til den base jeg spiller.

P udtrykker ønske om at fortsætte med at spille, og vi spiller en duet på klaverets sorte tangenter.

P spiller i et roligt, nogenlunde stabilt tempo. Der opstår små dialoger undervejs og i et stykke tid spiller vi på skift 3 toner hver. Jeg kan høre at P hører mit spil. P siger bagefter: det er rart at man kan spille sammen... det er let.

I efterfølgende samtale giver P bl.a. udtryk for tanker om at det er hendes egen skyld, at hun er indlagt. P kan ikke eller ønsker ikke at uddybe dette, - hun siger: det er en fornemmelse jeg har.

Til slut giver P udtryk for, at det hun bedst kunne lide i dag var den afslappende atmosfære. Dét P synes er svært, er at hun mærker en magtesløshed: hun ved ikke hvad hun skal gøre for at få det bedre.

4.2.Uddrag fra prøveforløbets 2.session.

Jeg spørger P hvordan hun havde det med at skulle i musikterapi i dag. P giver udtryk for at hun gerne ville afsted. P uddyber med "så sker der lidt".

Jeg spørger om P har tænkt på noget siden sidste gang. P har tænkt lidt på at hun føler sig hæmmet af ikke at kunne spille rigtigt på et instrument.

Improvisation: Jeg tager 5 små instrumenter hen hvor vi sidder (overfor hinanden ved siden af et bord) : maracas, mundharmonika, klokkespil, klangskål og rammetromme. Jeg foreslår at P nu prøver instrumenterne og finder ud af hvilket P bedst kan lide. P prøver 3 forskellige i denne rækkefølge: Klokkespil, klangskål, mundharmonika. (Jeg understøtter P med: mundharmonika, klokkespil, rammetromme og stemme).

P prøver sig frem. Jeg oplever at P fordyber sig i den enkelte improvisation. Især bliver P meget optaget af klangskålen, hvor hun spiller i meget lang tid, ensartet, rytmisk i et rimeligt hurtigt tempo. Her er det overvejende min oplevelse at P ikke hører mig. Efter de 3 små improvisationer giver P udtryk for at hun især kunne lide at spille på mundharmonikaen og den musik vi her skabte sammen. "Der var lidt glæde" siger P. Musikken bestod af P's enkelte toner op og ned i skalaen. Jeg spillede en stille puls og støttede rytmisk på rammetrommen samtidig med støtte til det melodiske ved at synge i harmoni med mundharmonikaen.

Efterfølgende improvisation på de 2 klaverer: P skal spille en tone ad gangen til at begynde med, lytte til tonen og lade den føre videre til den næste. Dette bliver en lang improvisation, hvor P gradvist tager flere toner med. Jeg spiller overvejende en støttende grund, og laver ind imellem variation i melodispillet. P hører og responderer tydeligvis på disse variationer. Hun tager selv et nyt initiativ ved at indføre trioliseringer.

P kommenterer bagefter at hun godt kan lide at spille, men at hun synes hun famler sig frem, og må "gøre sig umage" for at følge med.

Senere i denne session spørger jeg P om det er ok. at optage en improvisation på bånd. Det er det. Bagefter genhører vi improvisationen sammen. P giver udtryk for at være godt tilpas med lytningen.

4.3. Uddrag fra prøveforløbets 3. session.

Jeg giver P frit instrumentvalg, og P vælger noget hun ikke har prøvet før: metallofon. Improvisationen foregår ud fra et interaktivt oplæg, hvor vi skal spille på skift, føre en samtale ved hjælp af instrumenterne. P må selv bestemme længden af sine ture. P spiller meget lange forløb, spiller med begge

køller og synes at være meget optaget af at prøve forskellige melodiske mønstre. P lader næsten til at fortabe sig i lydfrembringelsen, men lige da jeg tror at P har glemt spillereglen, glemt "samtalen" med mig, spiller hun klart bolden videre til mig.

Senere foreslår jeg følgende spilleoplæg: Lav en todelt improvisation, 1. del: "spil til én du ikke kan lide" og 2. del: "spil til én du godt kan lide".

P vælger klaveret og jeg sætter mig ved det andet klaver, hvor min rolle i improvisationen er at støtte op om Ps udtryk ved med forsigtighed at spejle og reflektere P's spillemåde. P starter med at spille i det dybe leje: små løb af toner og dissonanser, uden en stabil pulsfornemmelse.

Herefter spiller P i det lysere leje, overvejende harmonisk, med mere pulsfornemmelse og en ny rytme dukker op og skaber variation.

Der er således en klar opdeling og strukturering af improvisationen, stemningen er forskellig, der er musikalsk variation i form af ændret tonehøjde, ændret pulsfornemmelse, ændret klang og ændret rytme.

Efter improvisationen lytter vi til det igen, imens laver P to tegninger. Det 1. billede forestiller nogle kæmpe bjerge med is på toppen og mørke skyer over, - det 2. billede forestiller et spinkelt træ med en lysegrøn krone. P giver ikke udtryk for at have tænkt på nogle bestemte personer under improvisationen. Hun knytter følgende ord til billederne:

1- noget farligt og truende

2- noget friskt og spirende

Jeg leder samtalen over i en evaluering af prøveforløbet der nu har varet 3 sessioner. De to tegninger viser sig at kunne bruges i forsøget på at tale om P's tanker og følelser omkring terapiens eventuelle fortsættelse. P giver udtryk for at hun har kunnet lide at komme i musikterapi, hvilket knytter sig til det 2. billede; det er nyt, uvant og samtidig spændende. Herefter kigger P på tegningen med de mørke skyer, og jeg oplever at "der glider en mørk sky" over hendes ansigt. P er tavs. Jeg siger: "jeg ser du kigger på skyerne". P nikker, siger ingenting. Jeg foreslår at dét at gå i musikterapi kan åbne for kontakt til noget der rører sig indeni, og at dette muligvis også føles "farligt og truende" for hende. P bekræfter at "det godt kan virke truende at skulle se på ens egne svage sider".

5. Vurdering af case i henhold til de 5 kriterier

På baggrund af den indledende assessmentfase med denne patient, gennemgås i det følgende mine overvejelser og vurderinger i henhold til de fem ovenfor definerede kriterier til bedømmelse af relevansen af musikterapi.

5.1 Komplians/Motivation:

P går selv til terapilokalet og kommer til tiden alle 3 gange. P giver ikke udtryk for at have en speciel forventning til at musikterapi kan hjælpe hende, men udtrykker et ønske om at være i aktivitet, da P oplever der sker for lidt i hverdagen i afdelingen. P's motivation for at være i musikterapi kommer til udtryk i det nonverbale felt, hvor P opleves som nærværende og engageret. P vil gerne spille, hun afprøver med forsigtighed forskellige instrumenter, og synes at have let ved at følge spilleinstruktionerne.

I betragtning af at P ses beskrevet som en stille og føjelig pige, overvejes det om den samarbejdsvilje P udviser er et udtryk for et patologisk mønster mere end en egentlig motivation for musikterapi. Men samtidig observeres det, især under forsamtalen og 1. session, at P ind imellem kniber øjnene sammen og der opstår en kortvarig intensitet i blikket. Dette oplever jeg i situationen som udtryk for en dyb mistænksomhed i forhold til hvad der bliver hende budt. P giver også verbalt udtryk for at være usikker på, om det er godt for hende at modtage sygehusets behandlingstilbud. Det iagttages derudover at P til at begynde med siger klart fra mht. at tillade at sessionerne blev optaget på bånd. I løbet af assessment-perioden accepterer P at de musikalske improvisationer bliver optaget på kassettebånd.

Alt i alt oplever jeg ikke P som udelukkende føjelig, - samarbejdsvilje og motivation er dynamiske og påvirkelige parametre, men der er her indkredset en vigtig dynamik mellem føjelighed og at mærke og følge sine egne behov.

5.2 Indsigtpotentiale:

Verbalt: P siger ikke meget, hun taler lavmælt –næsten hviskende og svarer med lang latenstid. P tager sjældent initiativer i den verbale dialog. Under samtalen opleves P som indelukket og kontaktsvag. Som terapeut mærker jeg en smerte ved at være i dette felt sammen med P, hvilket kan forstås som en identifikation med patientens udtalte følelser. Det er vigtigt at være opmærksom på om dette pinefulde kan rummes og håndteres i processen.

I 2. session genhøres en fælles improvisation. P formår i forbindelse med lytningen at skrive nogle stikord der beskriver musikken.

Til slut nævner P lytningen som det vigtigste i dagens session. P er glimtvis i stand til at udtrykke sig verbalt, og observeres at være i stand til at relatere dét der sker i musikken og / eller billedet –til sig selv. Evnen til at reflektere verbalt, og herigennem opnå erkendelse og ny indsigt, vurderes således at være til stede, om end denne evne synes at være ekstremt hæmmet.

Musikalsk: P er villig til at undersøge muligheder, - hun vælger gerne instrumenter hun ikke før har spillet på, hvilket opfattes som udtryk for mod på at prøve noget nyt og flytte på sig.

P kan følge terapeutens spilleoplæg og viser sig en enkelt gang i stand til selv at formulere et spilleoplæg. P evner at lade sig påvirke af terapeutens initiativer i musikken, kan tage egne initiativer og variere sit musikalske udtryk. På denne baggrund vurderes det at P's potentiale for at reflektere og skabe indsigt er særligt tilgængeligt i musikken, idet P her lader til at finde en kanal, hvorigennem hun kan være sammen og kommunikere, uden at føle sig presset. I det fælles lydlige felt kan P gøre sig nye erfaringer og erkendelser mht. at interagere med omverdenen.

Jeg tænker på de lyse toner P kunne lide i improvisationen i 1. session. Her var min association: uskyld. Det er min hypotese at P i musikken kan finde et frirum, hvor hun ikke er belastet af skyldfølelser. Heraf følger at P er mindre hæmmet, og mere fri til at mærke og følge sine impulser, hvilket er et godt udgangspunkt for at udvikle evnen til bevægelse, refleksion og indsigt.

5.3 Malign regression:

Det observeres hvordan P kan blive optaget af at spille i en grad hvor hun synes delvist at forsvinde ud af kontakten til omverdenen, her terapeuten. Samtidig virker P samlet efter improvisationerne og er i stand til efterfølgende at forholde sig til musikken, hvor hun som nævnt sætter få men relevante ord på sine oplevelser. Det vurderes her som hensigtsmæssigt at P har mulighed for at glide frivilligt ind og ud af kontakten. I musikken kan P trække sig midlertidigt fra udveksling med terapeuten, uden at tilbuddet om samvær og dialog falder bort.

P skønnes at bære på en voldsom skyldfølelse, hvilket antydes flere gange bl.a. i forbindelse med tegningen i 3. session. Det "farlige" skønnes at bestå i at P ved en åbning til sit indre, kunne miste kontrollen og blive oversvømmet af disse ubærlige følelser.

Ligeledes er en lav selvværdsfølelse central. P giver i 2. session flere gange udtryk for usikkerhed i forbindelse med at spille instrumenter uden hun har tekniske færdigheder, og P siger at hun skal ”gøre sig umage” for at følge med. Jeg lytter og viser forståelse for P’s usikkerhed, men giver også udtryk for at P’s tekniske formåen ingen betydning har i forhold til hvad formålet er med musikterapi.

P’s skrøbelighed og risikoen for at aktivere følelser der øger selvmordsrisikoen må holdes for øje. I afdelingen skønnes P ikke at være selvmordstruet i perioden hvor det musikterapeutiske prøveforløb finder sted. Det er desuden vigtigt at vide at P har forsøgt at suicidere i psykotisk tilstand og ikke på noget andet tidspunkt. Der skønnes ikke at være reel fare for at P pga. musikterapien atter bliver psykotisk og dermed suicidaltruet.

5.4 Formulering af mål:

P opleves til at begynde med som en person med sparsom indsigt i eget følelsesliv og egen problematik. P giver udtryk for at hun ikke ved hvad hun skal gøre for at få det bedre, og hun ved ikke hvad hun vil bruge terapien til. Dette udtryk for magtesløshed opleves som meget autentisk og som en åbning i forhold til at dele sine følelser med tp. At P ikke kender sine egne behov og endnu ikke kender til sine muligheder i musikterapi, er forståeligt. P har ikke gået i terapi før og giver udtryk for at det er uvant, hvilket også viser at P dog reflekterer over egen situation.

At P har svært ved overhovedet at sætte ord på hvad der ville være rart at få hjælp til kan, sammenholdt med andre observationer, også tolkes som et overføringsaspekt: P føler sig skyldig i at hun har det så dårligt, og har svært ved at stole på at hun har fortjent at modtage hjælp.

P giver under prøveforløbet udtryk for at hun i musikterapi oplever at kunne ”samle sin opmærksomhed”, ”koble tankerne fra”, samt ”få lidt ro indeni”.

P forstår og accepterer mit forslag om en målsætning der handler om at hun i musikterapien, gennem fastholdelse af de ovenfor nævnte oplevelsesaspekter, skal finde ud af noget mere om sig selv, om egne behov og om hvad hun har brug for hjælp til.

5.5 Terapeutisk alliance:

I prøveforløbet er det terapeutens opgave at introducere patienten til musikterapi og til forskellige mulige arbejdsmetoder. Det observeres at P velvilligt

tilpasser sig dét jeg som terapeut kommer med. Her er det som nævnt vigtigt at være opmærksom på, at et sådan samarbejde fra patientens side *kan* være udtryk for patientens overføring i form at et ønske om at tilfredsstille terapeutens primitive behov for f.eks. bekræftelse.(Jørgensen 1998, Døssing) Når P giver udtryk for at hun må gøre sig umage for at følge med mig i musikken, tyder det på et ønske om at tilpasse sig det der kommer fra mig. Her er det vigtigt også at hæfte sig ved små udtryk for selvstændighed, som når P tager egne initiativer i musikken, selv vælger instrument, stopper en improvisation før jeg stopper o.lign. P har ambitioner om at dét hun udtrykker i musik eller billede skal være pænt, men P er dog ikke fastlåst i en sådan ambition.

Undervejs i prøveforløbet søges en løbende afklaring af hvad P kan lide og hvad P ikke kan lide. At P i 2. session erklærer sig indforstået med at de musikalske sekvenser optages på bånd giver som nævnt mulighed for at vi sammen kan genhøre improvisationerne, og denne fælles lytning og efterbearbejdning synes at styrke arbejdsfællesskabet.

Til slut opfordres P til at sige sin mening om arbejdsmetoderne. P giver udtryk for at være tilfreds med fordelingen af tid til at snakke, improvisere, tegne/male samt lytte til egen musik, hvilket fra min side, trods prøveforløbets almene karakter, er søgt sammensat under hensyntagen til hvad jeg fornemmer som værende P's behov.

M.h.t. den personlige relation som en del af alliancen, er det med varsomhed at denne søges etableret og udviklet. P synes skrøbelig i kontakten, og jeg mærker at jeg er i kontakt med stærke omsorgsfulde følelser. Jeg får fornemmelsen af at P let kan føle sig overvældet af mit nærvær og tilbud om kontakt, –særlig i denne indledende fase.

Når P forsigtigt bevæger sig ind i det fælles terapeutiske felt, må jeg skærpe alle mine sanser for at finde den rette balance mellem nærhed og afstand.

I improvisationen i 2. session (mundharmonika og rammetromme/sang) har jeg oplevelsen af at der er varme og glæde i det fælles udtryk. Dette må jeg rumme, dvs. kun meget forsigtigt give udtryk for - og give plads til P's lavmælte kommentar, såvel som jeg mange gange i samværet må rumme sorg og psykisk smerte.

Personalet i afdelingen beskriver at de finder det vanskeligt at føre samtaler med P. De vælger at være to personer til stede, idet de finder det meget pinefuldt. I det musikterapeutiske prøveforløb observeres at P synes at være mere motiveret for at kommunikere og være i kontakt i det non-verbale felt. Som

musikterapeut mærker jeg det pinefulde i kontakten, men også P's ressourcer og potentialer.

Dét P bibringer den personlige del af alliancen, kan i øvrigt beskrives dels som en vis mistænksomhed, som om P glider ind i sig selv fordi verden udenfor ikke er til at stole på. På den anden side oplever jeg at P har tilstrækkelig tillid til at en god begyndelse er mulig og at hun, i musikken især, nærmest viser en form for hengivenhed i vort møde. Her fletter de forskellige elementer af den terapeutiske alliance sig sammen, - der foregår i praksis en tæt og dynamisk påvirkning mellem samarbejde om mål og metoder og det personlige bånd.

5.6. Konklusion vedrørende vurdering af patienten:

På baggrund af 3 sessioners prøveforløb skønnes P at kunne profitere af et musikterapeutisk behandlingsforløb. Det skønnes relevant at basere terapiforløbet på primært at udvikle og konsolidere relationen og kommunikationen i det nonverbale felt, for så gradvist i det rette tempo at åbne for verbalisering og bevidstgørelse.

Det foreløbige og helt centrale mål for terapien er at udvikle tilliden til terapeuten og den terapeutiske proces, - i det hele taget fortsætte opbygning af den terapeutiske alliance. Forløbet vil være et "første skridt i en psykoterapeutisk udviklingsproces". (I.N.Pedersen 1998).

Det er basalt at arbejde med at støtte P's kapacitet til at være i en kontakt og at give hende oplevelsen af at være set, hørt og kommunikeret med. Igennem accept og anerkendelse - bl.a. ved at respondere på P's stille kommunikation - vil der være fokus på at øge P's selvværd og mod til at dele fremfor at isolere sig. Det er vigtigt at give mulighed for at P kan give udtryk for og bearbejde den lave selvværdsfølelse, for herigennem at få næring til udvikling af en positiv selvopfattelse. På længere sigt vil P sandsynligvis kunne bruge musikken til at komme i kontakt med og give udtryk for tilbageholdte aggressioner indenfor en tryk ramme.

P siger til slut i assessment forløbet at det kan virke truende at "skulle se på ens egne svage sider". P antyder her en oplevelse af at terapi er ensbetydende med afdækning og konfrontation. Jeg opfatter at P her signalerer et behov for at der arbejdes forsigtigt med hendes følelser.

6. Den terapeutiske alliance som fokus for vurderingen

Forskning indenfor psykoterapi viser at der er sammenhæng mellem etablering af terapeutisk alliance og patientens positive udbytte af terapien. (Jørgensen 1998).¹ Når formålet med assessment og vurdering er at klarlægge sandsynligheden for at patienten får noget ud af terapien, må spørgsmål vedrørende den terapeutiske alliance således stå helt centralt i den indledende undersøgelse.

Hermed bekræftes relevansen af at flytte fokus væk fra en isoleret bedømmelse af patienten og vedkommendes "egnethed" til et psyko-terapeutisk forløb i musikterapi, til en vurdering af alliancen hvor der er fokus på mødet og samspillet mellem parterne og dét de hver især bibringer. Når alliancen anses for at være det centrale omdrejningspunkt er de fem kriterier stadig yderst relevante at forholde sig til i en vurdering. Den terapeutiske alliance er netop et begreb der dækker over mange facetter af det samarbejde og relationelle bånd der søges etableret mellem parterne. Dette interaktive perspektiv på prøveforløb og vurdering har da også stået centralt allerede i den indledende definition af kriterierne. Således er det kriterium der handler om *kompliens* implicit i arbejdsalliancen hvor parterne skal etablere rammer og den nødvendige basale kontinuitet. *Motivation* er en væsentlig faktor både hvad angår samarbejdet og det personlige bånd. Motivationen kan forventes at gro i takt med udvikling af en positiv terapeutisk alliance. *Indsigtpotentiale* – handler om patientens kapacitet til åbenhed og selvforståelse, men er også tæt knyttet til de relationelle erfaringer patienten får mulighed for at gøre sig, hvis vedkommende har kapaciteten til at opbygge en alliance med terapeuten. Risikoen for *den maligne regression* skal undersøges, svarende til en undersøgelse af om parterne kan nå en reel enighed om brug af metoder og om eksempelvis graden af intimitet (det personlige forhold). At tp. og pt. kan blive enige om *formål med terapien* anses som nævnt for at være en vigtigt del af den terapeutiske alliance. Jeg mener dog at kravet om evne til at formulere målsætning for terapien, i arbejdet med de jeg-svage patienter, må underordnes det eksistentielle og fundamentale udgangspunkt for den terapeutiske proces; at der kan etableres en åbning og en forståelse mellem parterne. Kravet om evne til verbalt at formulere mål er da også udvidet til at omfatte muligheden for at patienten forstår og accepterer terapeuten's formulering af målsætning (formuleret ud fra *mødet* med patienten). Denne udvidelse er nødvendig når skizofrene eller andre svært forstyrrede patienter tilbydes terapeutisk behandling.

¹ Undersøgelserne er primært af korttidsterapeutiske forløb med lettere forstyrrede patienter, hvorfor disse resultater ikke umiddelbart kan generaliseres til forløb med svært forstyrrede patienter. En del tyder dog på, at der også i længere forløb med disse patienter er en sammenhæng mellem alliance og udbytte, men at alliancen udvikles over længere tid. (Jørgensen 1998).

7. Opbygning af terapeutisk alliance med den skizofrene

Hvor går grænsen mellem det forhold der muligvis kan udvikle sig - den potentielt positive alliance, og den reelt ringe sandsynlighed for at skabe en sådan og for at pt. siden hen opnår et udbytte af terapien? Dette spørgsmål kompliceres yderligere af de undersøgelsesresultater der tyder på, at en dårlig alliance tidligt i forløbet ikke nødvendigvis peger frem mod et dårligt resultat af terapien, idet alliancen kan udvikles og ændre sig undervejs.(Jørgensen 1998). Det gælder især for de svært forstyrrede patienter, at alliance er noget der udvikles over længere tid, og at det må betragtes som et første mål for terapien, at patienten får mulighed for og sættes i stand til at opbygge en bæredygtig alliance med terapeuten. Det er således af stor betydning at fokusere på vurdering af alliancen når psykoterapi tilbydes den nævnte patientgruppe. Samtidig kan det være problematisk at vurdere alliancen med den skizofrene patient på baggrund af 3 sessioners prøveforløb, pga. den ovenfor nævnte langsomme opbygning og udvikling og hvor de første sessioner netop er kritiske fordi patient og terapeut skal lære hinanden at kende og alt er nyt.

Vurderingen af at P (ovenstående case) vil kunne profitere af et musikterapeutisk forløb, konkluderes under forudsætning af at der sættes fokus på at *opbygge* en positiv terapeutisk alliance, og at målsætningen omkring øget selvindsigt er noget der forsigtigt og gradvist arbejdes på, i overensstemmelse med udviklingen af den terapeutiske alliance.

I opbygning af terapeutisk alliance trækkes der bl.a. på patientens tidlige objektrelationer. Den skizofrene patient har ifølge en psykodynamisk forståelse af patologien som oftest oplevet afsavn eller brud mht. basal tillid i sin tilknytning til andre mennesker. (Se også artikler af Jensen og Moe i dette årsskrift). Dette fordrer en terapeutisk forholde-måde til patienten, hvor et væsentligt element er at *bekræfte og give mening* til det der sker i patientens proces og i interaktionen med tp., og herved arbejde på at etablere en basal tillid i det aktuelle menneskelige forhold. (Killingmo 1989). Samtidig må tp. være opmærksom på at denne proces gradvist kan føre med sig, at der åbnes til svære psykologiske problemstillinger.

Det er også vigtigt at ”oversætte” dvs. forklare det forståelige i at patientens tilstand og oplevelsesmåde og hermed yde en jeg-støtte.

8. Opbygning af terapeutisk alliance i musikterapi

Erfaringer i musikterapiklinikken har vist, at musikterapien kan tilbyde en specielt egnet behandlingsform til svært forstyrrede patienter (jeg-svage patienter med autistiske træk), der som oftest er skønnet ikke at være i stand til at profitere af et verbalt terapiforløb. Vor hypotese er at dette i høj grad skyldes at opbygning af en begyndende bærbar alliance er mere tilgængelig i det nonverbale (musikterapeutiske) felt, hvilket ovenstående case er et eksempel på. I det fælles musikalske udtryk er patienten selv med til at regulere forholdet mellem intimitet og distance. Dette anses for at være et væsentligt aspekt der øger muligheden for at opbygge et positivt bånd, idet patienten får mulighed for at udvikle oplevelsen af at være et selvstændigt individ og på samme tid er del af et fælles felt med mulighed for samvær og kommunikation.

Den bekræftende og holdende form for intervention kan musikterapeuten praktisere i det fælles musikalske felt, hvor patientens udtryk kan understøttes og indrammes af terapeutens spil. (Lindvang 1998).

I tråd med ovenfor nævnte terapeutiske forholdemåde anses også det ”kravfrie samvær” at være basalt, når alliancen skal etableres i behandlingen af skizofrene patienter. Formålet er at opbygge tryghed og basal tillid. (Lindvang 1997). I den kliniske improvisation er det muligt for patienten at udtrykke sig uden at musikken har en entydig mening. Meningen kan for så vidt forblive privat, samtidig med at der sker en udveksling med terapeuten. Musikterapeuten har mulighed for gennem musikken at nå bagom forsvaret og hermed imødekomme patientens basale behov for eksempelvis at blive hørt og for at mærke omsorg. Med musikken som metafor kan forsvaret respekteres og der kommunikeres alligevel med et dybt lag i sindet. (Møhl 1991).

I prøveforløbet med P skulle en balancegang findes, mellem den her beskrevne behandlingstilgang, hvor det i forsøget på at opbygge en begyndende alliance, var afgørende at arbejde meget forsigtigt i forhold til P's tilbagetrækken og dækken over egne følelser og tanker, - og de krav der var forbundet med at blive introduceret til musikterapi. Dette skulle gøres på en måde der gav grundlag for at udrede relevansen af et fortsat forløb.

At P beskriver atmosfæren i musikterapi som afslappende, tyder på at P ikke er overvældet af de mange opgaver og tilsyneladende ikke har fundet intro-

duktionen for anstrengende, herunder mødet med terapeuten og kravene om at forholde sig til forskellige spilleoplæg.

9. Assessment og vurdering, en opsamling

De fem kriterier der beskrives i denne artikel, kan fungere som terapeutens barometer i forhold til de to store spørgsmål; er det relevant at indlede et egentligt behandlingsforløb, og i givet fald – hvad ligger til grund herfor, samt; hvilke problematikker står da centralt i den forestående terapeutiske proces. Det turde være klart at det som oftest er umuligt at svare entydigt ja eller nej til om det enkelte kriterium er opfyldt. Musikterapeuten må forsøge at give en samlet vurdering der inkluderer overvejelser på de nævnte områder, og som forholder sig til patientens problematik samt forventninger fra henvisende instans mht. patientens udbytte. En endelig konklusion vedrørende relevansen af et musikterapeutisk forløb, indeholder ikke mindst terapeutens overvejelser mht. egen mulighed, motivation samt kompetence og begrænsning i forhold til at imødekomme patienten med den relevant psykoterapeutiske behandling. Det er basalt at terapeuten evner at forstå og leve sig ind i patienten, og har lyst til at lære patienten at kende.

Når det drejer sig om sværere forstyrrede patienter, må det i øvrigt forventes at allianceudviklingen i høj grad afhænger af terapeutens positive bidrag og kapacitet til at rumme og håndtere patientens negative bidrag. (Jørgensen 1998).

Musikterapeutens vurdering vil, som ovenstående eksempel også viser, være i form af en kvalitativ beskrivelse og en subjektiv bedømmelse.

Det kan hævdes at det i videnskabelig sammenhæng er et problem, når en given evaluering eller vurdering udelukkende er baseret på terapeutens subjektive skøn. Der arbejdes i MIHP (musikterapeuter i hospitals-psykiatrien) med undersøgelse og diskussion af muligheden for at standardisere assessment-proceduren og den efterfølgende vurdering, mhp. at opnå mere sammenlignelige resultater og på lang sigt mere generelle retningslinier for anvendelsen af det musikterapeutiske behandlingstilbud i psykiatrien. Men som nævnt i indledningen til denne artikel er og bliver et prøveforløb i musikterapi ikke en objektiv test, og subjektiviteten er, når denne anvendes disciplineret og professionelt, en vigtig kilde i enhver udredning. Det er derfor vores udfordring at fortsætte med at kaste lys over dette svære felt, for at finde en ”tredje vej” hvor vi på videnskabelig vis, uden at reducere, kan begribe dels mødet mellem terapeut og patient der i sagens natur er unikt og

uforudsigeligt, samt terapeutens efterfølgende vurderinger der er tilsvarende dynamiske.

Idet det anerkendes, dels at den terapeutiske alliance er en betydningsfuld og kurativ faktor i psykoterapi, dels at opbygning af alliancen er præget af begge parter bidrag og den interaktive proces der opstår, er det mest oplagt at musikterapeuten der indleder kontakten med forsamtale og prøveforløb, også er den potentielle terapeut til et længerevarende forløb i musikterapi. Dette gælder ikke mindst for målgruppen af skizofrene patienter, for hvem starten på noget nyt og mødet med et nyt menneske er en særdeles stor udfordring. Allianceopbygning med de sværere forstyrrede patienter kan som nævnt ligeledes være en vanskelig opgave for terapeuten, som må gøre kunsten at træde ind i et fælles felt med patienten, med den rette forsigtighed og samtidige åbenhed og handlekraft der gør det muligt, at vurdere den dynamik der er mellem parterne i forhold til opbygning af alliance.

Terapeuten må arbejde på at de 3 sessioners prøveforløb bliver et godt grundlag for videreførelse af forløbet, og samtidig skal det ligeså vel være muligt at afslutte forløbet.

Tilbage står vi stadig med spørgsmålet om hvorledes vi mere præcist kan vurdere chancerne for at det kan lykkes at opbygge en positiv terapeutisk alliance.

Pga. den omtalte sammenhæng mellem alliance og udbytte er der så vældig meget brug for flere og mere præcise undersøgelser af alliancens etablering og udvikling i musikterapi og i psykoterapi generelt.

Undersøgelser af patientens, terapeutens og uafhængig persons bedømmelse af alliancen, viser i øvrigt at terapeuten selv er ringere til at bedømme alliancens karakter og til at forudsige terapiens effekt end både patient og uafhængig bedømmer. (Horvard & Greenberg 1994). Det er overvejende patientens egen oplevelse af alliancen som er fundet at korrelere med det terapeutiske udbytte. (Jørgensen 1998).

Det er vigtigt at bygge på disse fund i psykoterapiforskningen, når der i fremtiden skal forskes mere i den terapeutiske alliance i musikterapi.

I musikterapiklinikkens daglige praksis vil det som oftest være sådan, at en given patient der efter 3 sessioners introducerende prøveforløb ikke er i stand til på det givne tidspunkt, og i konstellation med den givne musikterapeut, at indgå i en terapeutisk alliance, simpelthen vil trække sig. Vedkommende vil

mangle motivation og have svært ved at finde mening i den musikterapeutiske behandlingstilgang. Men er patienten stadig motiveret, og har tp. og pt. gensidigt et ønske om at indlede det musikterapeutiske arbejde, vil vedkommende få tilbud om behandling, da det vigtigste grundlag således vurderes at være til stede. Et begyndende positivt bånd mellem parterne og patientens egen oplevelse af relevans har med god begrundelse stor indflydelse på om et egentligt behandlingsforløb indledes.

Hvad der har at gøre med terapeutisk alliance og udbytte af terapien kan synes så enkelt, og samtidig er det ved nærmere eftersyn, i psykoterapiens natur, uhyre komplekst med de mange grove, fine og følsomme aspekter der spiller sammen og bestandigt påvirker hinanden.

Litteratur:

Hannibal, N.J. (1998): *Refleksion i og om musikalsk improvisation i musikterapi*. Musikterapi i Psykiatrien, Årsskrift 1998, s. 141-164, Musikterapiklinikken, Aalborg Psykiatriske Sygehus.

Horvath, A.O. & Greenberg, L.S. (editors) (1994): *The working alliance, Theory, Research and Practice*. A Wiley-Interscience Publication, New York

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

Jørgensen, C.R. (1998): *Den terapeutiske alliance*. Psyke og Logos, 19, s.148-190.

Killingmo, B. (1989): *Conflict and deficit: implications for technique*. Int. Journal of Psychoanalysis, 70, s.65-79.

Lindvang, C. (1997): *Identifikations- og transformationsprocesser i psykoterapi og musikterapi med skizofrene*. Speciale, Institut for Musik og Musikterapi, Aalborg Universitet.

Lindvang, C. (1998): *Musikterapeutens rolle i opbygning af psykoterapeutisk relation med skizofrene*. Musikterapi i Psykiatrien, Årsskrift 1998, s.45-65, Musikterapiklinikken, Aalborg Psykiatriske Sygehus.

Lindvang,C. og Frederiksen,B. (1999): *Suitability for Music Therapy: Evaluating Music Therapy as an Indicated Treatment in Psychiatry*. Nordic Journal of Music Therapy, 8(1), s. 48-58.

Møhl, B. (1991): *Metaforer i psykoterapi*. Psyke og Logos, 12, s. 62-77.

Pedersen,I.N. (1998): *Musikterapi som det første skridt i en psykoterapeutisk behandlingsform med skizofrene/psykotiske patienter...*

Pedersen, I.N., Lindvang, C., Frederiksen, B (1998): *Musikterapiens indplacering i Danmark..* Musikterapi i psykiatrien, Årsskrift 1998, s. 65-90, Musikterapiklinikken, Aalborg Psykiatriske Sygehus.

Sørensen,L. (1996): *Særhed, særpræg,sygdom*. Kbh. Hans Reitzels forlag.

Thorgaard og Rosenbaum. (1996): *Tidlig og vedholdende intervention ved Skizofreni*. Aarhus. Eget tryk.