

Musikterapi med skizofrene Refleksioner ud fra en case.

Af Bent Jensen

Opsummering;

Ud fra en case med en ung skizofren mand beskrives 4 faser i den terapeutiske kontakt med skizofrene. Disse 4 faser er gennemgående i hele artiklen både som faser i den valgte case, og som udgangspunkt for en diskussion om hvad "terapeutisk progression" betyder i forhold til regressive psykotiske patienter.

Musikterapeuten må i den første fase af terapien være i stand til at være empatisk og underordne sig patientens udtryk. Dette er fundamentet for at kunne blive lukket ind i den skizofrenes verden, men senere må musikterapeuten være i stand til at skille sig ud som en selvstændig person, hvilket vil muliggøre patientens begyndende separation, hvilket også indebærer en form for sorgarbejde på et symbolsk plan.

1. Indledning

Jeg arbejder på et almenpsykiatrisk hospital for voksne, fortrinsvist med indlagte patienter. Det betyder at de patienter jeg arbejder med, ofte vil være i en produktiv psykotisk fase, hvor medikamentel behandling og miljøterapi er den dominerende behandling.

De sidste årtier har der været en stigende interesse for psykoseterapi på et psykodynamisk grundlag, men stadig er der ikke ret mange psykotiske der får tilbudt psykoterapi.

Hvorfor ikke flere psykotiske patienter modtager psykoterapi skyldes sikkert i et vist omfang økonomiske ressourcemæssige begrænsninger. Det drejer sig om meget dårlige patienter som skal modtage en livslang behandling, hvor effekten af en psykoterapeutisk indsats kan være vanskelig at dokumentere. Men det skyldes sandsynligvis også en udpræget opfattelse af at det ikke er hensigtsmæssigt for den angste og psykotiske patient at arbejde psykoterapeutisk i en psykotisk fase. Og psykoseterapi er yderst vanskeligt. Psykoseterapi kræver en involvering fra terapeutens side som i særlig grad kan involvere hele hans personlighed.

Igennem mit 7-årige arbejde med skizofrene har det været en udfordring at forsøge at etablere en psykoterapeutisk alliance også med psykotiske patienter.

ter. Igennem en casestudy vil jeg vise hvorledes det kan lade sig gøre at arbejde musikterapeutisk på et psykodynamisk grundlag. Det drejer sig om et terapiforløb med en skizofren person som stadig er i en psykotisk fase. Terapien er meget støttende men på basis af en tryk alliance får den gradvist eksplorativ og indsigtsgivende perspektiver.

Det er vanskeligt at etablere en traditionel psykoterapeutisk behandlingsalliance med en psykisk syg person. Ofte vil psykiatriske patienter væge sig mod enhver forandring, og en forpligtigende tilnærmelse til en anden person vil i sig selv være yderst angstfremkaldende og være en trussel mod det forsvaret den psykotiske tilbagetrækning udgør. Jeg tror at psykoterapi med skizofrene patienter, ikke drejer sig om hvorvidt patienten er egnet til musikterapi, men snarere om musikterapeuten er i stand til eller får lov til at komme ind i den skizofrenes verden.

Musikterapiens kombination af nonverbale og verbale elementer, letter mulighederne for at skabe et støttende, containende og ikke-truende miljø, som basis for den terapeutiske alliance.

2. Assessment

For at finde ud af om det er muligt at etablere en behandlingsalliance foretager jeg et 3 ganges assessmentforløb med alle henviste patienter, hvor jeg overvejende udfra den musikalske relation mellem os skønner hvorledes det er muligt at arbejde terapeutisk. Det er en slags "forsamtale", et musikterapeutisk "interview". Formålet er at udrede relevansen af at indlede et regulært musikterapeutisk forløb. I nogle tilfælde kan de 3 gange dog godt stå alene og fungere som en form for musikterapeutisk test eller observationsforløb.

Mit design er inspireret af samarbejdet med andre musikterapeuter inden for psykiatrien som mødes jævnligt i en udviklingsgruppe kaldet MIHP (Musikterapeuter i HospitalsPsykiatrien).

Hver session indeholder nogle "spilleoplæg" eller "spilleregler", i form af en kort mundtlig instruktion.

I alle spilleopgaver spiller jeg med sammen med patienten og gennemgår forskellige terapeutiske forholdemåder. Jeg veksler mellem at matche patientens spil og give meget støtte, til at være mere konfronterende og mere udfarende i dialogen. Dvs. at der i alle 3 sessioner er tale om sammenspil. Patienten gør ikke noget alene.

Alle patienter gennemgår de samme spilleinstruktioner. Selvom dette kan virke lidt stift, har det den fordel at jeg ikke er påvirket af mine forventninger

til patientens “niveau” og det har vist sig at mange patienter overrasker og har let ved at “slå sig løs”.

Alle 3 sessioner er bygget op over **3 grundingredienser**:

1. **Frit instrumentvalg.** Patienterne bliver “sluppet løs” på en musikalsk legeplads. Hvordan reagerer de? Hvilke instrumenter vælger de? Der undersøges patientens evne til at eksperimentere og udforske musikinstrumenter og evne til at lege.
2. **Dynamiske opgaver,** hvor både patient og terapeut spiller congas. Kan patienten skifte dynamisk mellem langsomt/hurtigt, svagt/kraftigt? Hvordan er patientens udtryk?
3. **Relationelle opgaver** hvor sammenspillet er i fokus og hvor der fortrinsvis benyttes klaver eller keyboard.

Der er en progression i løbet af de 3 sessioner, hvor hver session har et særligt fokusområde:

1. **session:** fokus på patientens forhold til musik og musikinstrumenter.
2. **session:** fokus på relationen til musikterapeuten i vores improvisatoriske sammenspil.
3. **session:** fokus på patientens evne til at udtrykke følelser i musikken og evne til at verbalisere musikalske oplevelser.

3. Refleksioner over et case forløb

For at anskueliggøre min kliniske praksis har jeg valgt at beskrive en case med en ung skizofren mand hvor det terapeutiske forløb strakte sig over 15 måneder. Casen er beskrevet ud fra 4 faser, som har vist sig at være typiske i mit arbejde med skizofrene. Disse faser har klare paralleller til objektrelationsteorier om det tidlige mor/barn forhold og vil blive uddybet senere. Først vil jeg beskrive det terapeutiske forløb med udgangspunkt i vores musikalske relation, set i forhold til de 4 faser, skildret meget tæt på processen. Derefter vil jeg fortolke og evaluere det kliniske materiale med reference til forskellige objektrelationsteorier, og sluttelig vil jeg diskutere væsentlige problemstillinger i forhold til psykoterapi med skizofrene, bl.a. hvordan tolkning af modoverføring vil kunne bruges direkte i den terapeutiske proces og tanker omkring hvilken betydning det har at man som terapeut indgår i et symbioselignende forhold med patienten.

Nedenstående casebeskrivelse er beskrevet ud fra følgende 4 faser.

1. fase: omnipotens: Patienten lever i sin egen verden. Jeg prøver at blive lukket ind i hans verden.

2. fase: holding: Jeg understøtter patientens identitet. Jeg underordner min musik hans musik.

3. fase: det potentielle rum: Min rolle er mere komplementær, jeg laver kontrast til hans musik.

4. fase: Separation: Vi forbereder adskillelsen og afslutningen af terapien.

4. Case med en ung skizofren mand

Patienten lever i et tidløst rum, i en form for vakuum. Hans eneste forbindelse til denne verden, er hans urealistiske drømme om at blive komponist. Hele hans identitet er forbundet med denne drøm. Men selvom han spiller keyboard for sig selv mindst 12 timer om dagen, har han en følelse af blokering. Det lykkes ikke for ham. Efter et alvorligt selvmordsforsøg bliver han indlagt på psykiatrisk hospital for første gang.

Der er et tydeligt split imellem på den ene side: hans blokering, det lykkes ikke for ham at blive komponist. Han kan lige så godt begå selvmord.

Og på den anden side: han betragter sig selv som et geni, selvom ingen andre endnu har forstået det.

På afdelingen på det psykiatriske hospital forsøges forskellige former for rehabilitering, men kun med begrænset succes. I første omgang er musikken hans navlestreng. Hans libido. Hans eneste forbindelse til livet.

Hans motivation for musikterapi hænger sammen med at han har meget positive forventninger til at jeg kan hjælpe ham med at blive komponist, fordi han betragter mig som en professionel musikalsk kollega. I begyndelsen af terapien forklarer han at musikken er plantet i ham fra det ydre rum. Efter nogle sessioner siger han at han tror at det er mig der planter musikken i ham. Dette betragter jeg som det første tegn på at jeg har fået en plads i hans psykotiske univers.

I det følgende vil jeg beskrive vores terapeutiske forløb i relation til de 4 faser.

-1. fase: omnipotens (8 sessioner)

Vi starter altid vores sessioner med at beslutte et tema for musikimprovisationer. Han vælger ofte temaer med relation til universet. Hans musik er karakteriseret ved at være uden spænding, uden bevægelse, uden retning. Han er rent teknisk en fremragende klaverspiller. Men musikken er meget fly-

dende, svævende og “luftig”. Der er ingen begyndelse, klimaks eller slutning. Han spiller fortrinsvist i mol, med brudte akkorder, i appoggio. Den samme sekvens bliver flyttet tilfældigt op og ned ad klaviaturet, på en meget sofistikeret måde. Han ønsker kun at spille keyboardinstrumenter, hovedsageligt klaver. Hver terapigang starter han på de samme mønstre og fraser. Ofte uden sammenhæng med de temaer vi snakker om skal være udgangspunktet for improvisationerne.

I den første fase af terapien, prøver jeg at blive lukket ind i hans verden, ved at prøve mange forskellige indfaldsvinkler med henblik på at få en dialog i gang. Jeg spejler hans musik, og forsøger at matche hans udtryk ved at forstå hans musikalske særpræg. F.eks. ved at spille i samme toneart som ham, ved at synkronisere mit spil også til både melodiske, harmoniske og rytmiske elementer i hans musik.

Men jeg bruger også mere “lokkende” og “kaldende” teknikker med henblik på at undersøge hans respons på mine forskellige musikalske input. Jeg “kalder” på ham musikalsk og lægger dermed op til en respons fra hans side. Når han nogle gange afviger fra sine sædvanlige mønstre, prøver jeg at holde ham fast og understrege disse øjeblikke. Et eksempel er en improvisation hvor han begynder at spille et motiv som både har en melodi og en tydelig rytmisk struktur, baseret på markerede ¼-dels noder, som giver en fornemmelse af en “gå-rytme”, altså et mere jordnært og bastant udtryk i modsætning til det luftige udtryk han ellers benytter sig af. Men selvom jeg meget vedholdende holder fast i dette, vender han efter nogle sekunders tøven tilbage til sine velkendte “spacy” mønstre og fraser som består af brudte mol-akkorder. Tilsyneladende må jeg i første omgang opgive at blive lukket ind i hans verden.

-2. fase: holding (8 sessioner)

I den næste fase af terapien har jeg hovedsageligt en støttende funktion i forhold til hans musikalske udtryk. Jeg forsøger ikke at udfordre hans omnipotente forestillinger ved at “tvinge” ham til dialog. I den første fase spillede jeg meget i “blinde”, for at undersøge hvilke musikalske inputs han reagerede på. I den 2. fase har jeg en ide om hvordan jeg kan støtte ham musikalsk. Ikke kun ved at matche og spejle hans musik, men også ved at komplementere hans musik. For eksempel ved at lave musikalsk ornamentering som matcher hans personlige musikalske stil, men også repræsenterer mit eget musikalske niveau. Der er tale om sammenspil, men på hans præmisser.

En andet komplementært aspekt er at jeg forsøger at tilføje de elementer i

musikken som han ikke udtrykker, først og fremmest ved at forsøge at skabe en rytmisk og harmonisk centrering. Jeg bruger ofte basguitaren fordi dette instrument på en ikke-påtrængende måde kan skabe et harmonisk og rytmisk grundlag. Og nogle gange bruger jeg flydende lyde på synthesizeren til at skabe stabiliserende "lydkulisser". Et resultat af min harmoniske og rytmiske "centrering" er at han ikke så tit skifter rundt mellem tonearterne. Han forholder sig til min tonale centrering og begynder at eksperimentere med små melodier, og ikke kun brudte akkorder.

I ni sessioner har min rolle overvejende været støttende. Når jeg lytter til båndoptagelser af vores musikimprovisationer står det tydeligt for mig at min musik fuldstændig er underordnet hans musik. Desuden hører jeg en tristhed og stagnation i vores musik. Jeg begynder at mærke en stærk følelse af ensomhed, og utilstrækkelighed som terapeut pga. denne mangel på kontakt på et mere gensidigt niveau. Det er som om den ensomhed som hans musik udtrykker, bliver overført til mig. I musikterapi-sessionerne oplever jeg det ikke så stærkt fordi jeg hele tiden er i gang med at forsøge at tilpasse min musik til hans musik, men når jeg lytter til båndoptagelserne står stagnationen i processen mere klart for mig.

-3. fase: det potentielle rum (9 sessioner)

For at komme ud af denne ensomhed beslutter jeg mig for en mere kontrasterende rolle. Jeg vil give et eksempel på denne dynamik. På et tidspunkt laver vi en improvisation hvor han spiller klaver og jeg veksler mellem forskellige percussioninstrumenter. Temaet for improvisationen er "at skabe noget ud af intet". Jeg spiller nogle skramlelyde på en xylofon, nogle meget larmende irriterende lyde. Jeg har en association om at jeg er en kylling som er ved at prikke hul på æggeskallen og vil ud. Og denne "prikken", denne uventede forstyrrelse af hans musik, har en forbavsende påvirkning på det han spiller. Hans tempo ændrer sig. Han spiller mere atonalt, altså uden at det kun er mol, som han ellers ynder at spille. Han spiller mere rytmisk og giver musikalsk respons på det jeg spiller. Han bevæger sig væk fra sine sædvanlige fraser og mønstre, og tillader sig selv at spille sammen med mig i næsten et halvt minut, hvorefter han igen vender tilbage til sine velkendte mønstre, ganske vist med lidt mere nerve og liv i musikken.

Umiddelbart efter denne improvisation opfordrer jeg ham til at vi bytter instrumenter, altså at han spiller percussioninstrumenter og xylofon og jeg spiller klaver. Nødtvungent går han med til det, men folder sig alligevel ud på diverse percussioninstrumenter for første og sidste gang i terapiforløbet.

Næste gang må jeg love at jeg aldrig vil presse ham til at spille på andet end klaver igen. Alligevel kan jeg høre på vores efterfølgende improvisationer at der er sket en form for gennembrud i terapien, for os begge to. Dette er også et klart modoverføringsaspekt som jeg vil vende tilbage til i et senere afsnit.

-4. fase: afslutning af terapien, separation (8 sessioner)

I den sidste fase er der en tendens til at vores improvisationer bliver meget lange, både meget legende som beskrevet i 3. fase, men også karakteriseret ved en form for musikalsk sammenflydning. Men til forskel fra det symbio-selignende forhold som musikken i specielt den 2. fase var udtryk for, er der nu mere gensidighed, og mere autonomi. Det er svært at høre hvem der kommer med ideerne, hvem der er igangsætter og hvem der reagerer. Vi spiller over temaer der handler om afslutning af terapien og den forestående udskrivelse fra hospitalet.

I de 6 sidste sessioner af terapiforløbet er han parat til at arbejde på en mere struktureret måde. Han er først nu parat til at lytte til båndoptagelsen af vores improvisationer og vi laver tegninger og grafiske notationer mens vi lytter til båndet.

5. Fire faser i musikterapi med en skizofren patient

Jeg vil nu præsentere min såkaldte 4-fasemodel. Modellen er udsprunget af min kliniske praksis, og som sådan baserer den sig på mine erfaringer med en række patienter. I mine refleksioner over terapeutiske forløb har jeg opdaget visse fællestræk, visse mønstre i patienternes kontaktform, f.eks. angst for nærhed, angst for følelser, og har fundet hensigtsmæssige musikterapeutiske forholdemåder for at etablere en terapeutisk kontakt og beskrive forskellige trin i en terapeutisk progression.

Modellen er analog til faser i det tidlige mor/barn forhold beskrevet af diverse objektrelationsteoretikere, men er først og fremmest ment som en model der beskriver forskellige kontaktniveauer i forhold til en skizofren patient.

Hver kontaktniveau har en overskift. Alle disse overskrifter har "rod" i objektrelationsteori, men modellen er ment som en arbejdsmodel. Den siger ikke på at beskrive det tidlige mor/barn forhold refererende til en bestemt teoretiker.

Begrebet *omnipotens* (1. fase) refererer til det tidlige stadie i barnets udvikling hvor det ikke kan skelne mellem selvet og moderen. Det er omnipotent

og egocentrisk. I casen bruges termen først og fremmest som et regressivt forsvar som patienten bruger til beskyttelse af sig selv i mod at føle smerte, ved at flygte ind i f.eks. omnipotente megalomane forestillinger.

Begrebet **holding** (2. fase) er et begreb som stammer fra Winnicott (1990) og som refererer til den fase i barnets udvikling hvor moderen holder barnet, i både en fysisk og psykologisk betydning. Barnets udvikling er betinget af at denne holding både skal være støttende men ikke invaderende. Holding beskytter barnet samtidig med at det hjælper med at danne dets individualitet.

I denne sammenhæng anvender jeg begrebet både som en fase i terapien, og som en musikterapeutisk teknik.

Begrebet **det potentielle rum** (3. fase) refererer til Winnicott (1990) Det er det hypotetiske område der eksisterer mellem babyen og objektet, hvor objektet forstås som ikke-mig. Dvs. mod slutningen af sammensmeltningen med objektet, hvor etableringen af et autonomt selv er i sin begyndelsesfase.

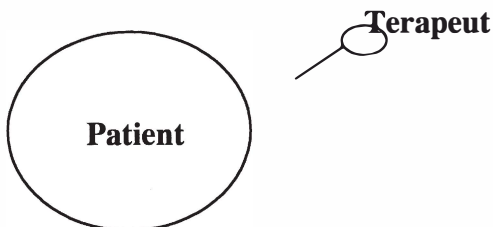
Winnicott beskriver det potentielle rum som det mellemområde der eksisterer mellem barnet og moderen i den fase hvor barnet begynder at etablere et autonomt selv. Det er et overgangsområde mellem den indre og ydre verden hvor tanker og følelser kan bearbejdes symbolsk.

Begrebet **separation** (4. fase) henviser til barnets oplevelse af at det er adskilt fra moderen, er autonomt.

4 faser i musikterapi med en skizofren patient

Fase/forholdemåde som terapeut

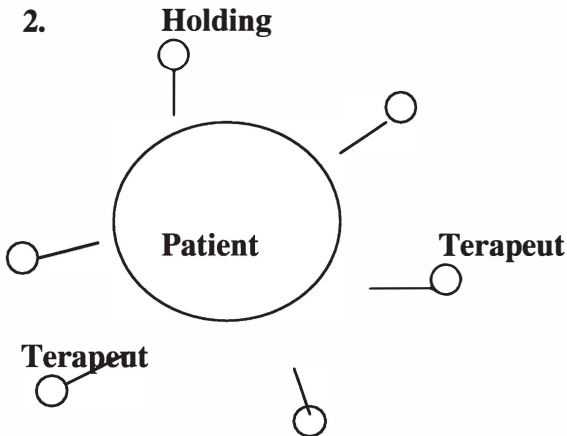
1. Omnipotens



Musikterapeutiske teknikker

**kontakt forsøg
kalde musikalsk
matche pt.s musik
imitere, spejle
synkronisere
afstemme
"ingen kontakt"**

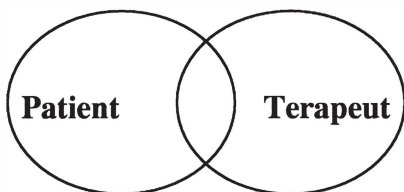
Patienten lever i sin egen verden med en følelse af omnipotens. Jeg prøver at blive lukket ind i hans verden, men han registrerer mig næppe. Min forholdemåde er overvejende empatisk



**lave rytmisk eller
harmoniskgrund
støtte, strukturere
komplementere**

Jeg understøtter patientens identitet. Jeg prøver ikke at korrigere omnipotente fantasier. Jeg underordner min musik til patientens.

3. Det potentielle rum

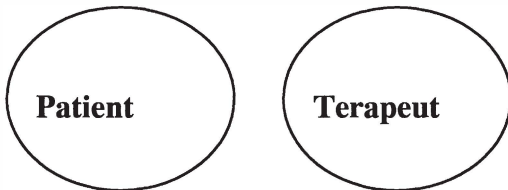


**lave kontraster
lave pauser
opfordre til dialog
provokere
forstærke
“holde fast”**

Jeg tager en mere kontrasterende rolle. Jeg lader patienten få lov at blive i “sin egen verden”, mens jeg samtidig laver en kontrast til hans musik. Jeg prøver at skabe musikalsk dialog, men ved at fastholde mit eget musikalske

udtryk. Måske kan vi skabe noget nyt sammen, noget originalt. Patienten oplever derved måske nye ressourcer, kreativitet.

4. Separation



**skille sig ud
differentiere
udtrykke
individualitet
klar bevidsthed om
sig selv/andre
verbalisere musikken**

Vi forbereder adskillelsen og afslutningen af terapien, ved at reflektere over det musikalske produkt, og udtrykke følelser omkring separationen både musikalsk og verbalt.

Selvom jeg bruger termen *fase* er der ikke en eentydig lineær bevægelse mellem faserne, snarere en cirkulær bevægelse. Jeg har systematiseret casen i forhold til faserne og dette har jeg gjort fordi casen i denne fremstilling har en *eksemplarisk* karakter. Jeg har derfor for overskuelighedens skyld beskrevet faserne som følgende hinanden kronologisk i løbet af terapien. I forhold til casen er det mere korrekt at sige at en af faserne er dominerende på et bestemt tidspunkt i forløbet. Patienten befinder sig næsten i hver terapisesession i første fase, og i løbet af vores musikalske improvisation går han igennem en eller flere af de følgende faser. Som terapiforløbet skrider frem vil flere og flere af faserne være repræsenteret i samme terapisesession.

6. Den musikalske relation i case udbygget med fortolkninger

Jeg vil nu evaluere og opsummere i forhold til casen for hver enkelt fase. Med udgangspunkt i vores musikalske relation vil jeg fortolke det terapeutiske forløb, ved at sammenkæde den ovenstående musikalske beskrivelse med mine egne fortolkninger, kombineret med reference til forskellige teorier, bl.a objektrelationsteorier. Efter dette afsnit vil jeg opsummere med fokus på regression og modoverføring i casen.

-1. fase: omnipotens

I casen bygger patientens forsvar på megalomane forestillinger. Når jeg bruger begrebet “forsvar” i denne sammenhæng, mener jeg psykotisk forsvar, som er forskelligt fra neurotisk forsvar. I psykoterapi med neurotiske patienter vil terapeuten prøve at overvinde patientens modstand eller forsvar, som en vigtig del af den terapeutiske proces. Dette er anderledes når det gælder støttende psykoterapi med skizofrene. Her må terapeuten acceptere og forstå patientens forsvar som en måde at overleve i en kaotisk verden. Forsvaret er en beskyttelse, mod noget som er endnu værre, og giver patienten i det mindste en form for psykotisk identitet.(Jvf. Benedetti 1983).

Min accept af denne patients megalomane forestillinger som værdifulde sider af hans personlighed, giver ham en følelse af at blive forstået af nogen, hvilket er den første betingelse for vores terapeutiske alliance. I vores musikalske forhold, er det muligt at containe de psykotiske symptomer, og derved acceptere psykosen som den mest kreative løsning for patienten under de givne forudsætninger. (Sørensen 1996).

Det regressive forsvar hos denne patient i form af omnipotente fantasier, har tydelige lighedstræk med Kleins beskrivelser af den skizo-paranoide position.(Klein 1990). Denne position er kendetegnet ved en afvisende holdning til omverdenen, gennem fornægtelse, projektion af f.eks. omnipotente fantasier på sig selv eller andre, og splitting .

Patienten fra casen flygter ind i forestillinger om at være et unikt geni, og da disse forestillinger trues fordi han ofte har en følelse af blokering, vælger han i første omgang selvmordsforsøget. Da dette forsøg på “sammensmeltning med evigheden “ mislykkes, flygter han ind i en verdensfjern interesse for universet og luftig, tidløs ”evig” musik.

-2. fase: holding

I den 2. fase er han stadig ikke bevidst om hvad jeg spiller. Han opfatter ikke at musikken er noget som bliver spillet eller skabt af os begge to.

Men på et ubevidst plan mærker han min musikalske “holding”, hvilket høres ved at han gradvist spiller friere, uden at have den samme blokering som han ofte havde i starten af terapien og som han beskriver at han altid har når han spiller alene på sit værelse. Han accepterer den sammensmeltning der er mellem hans og min musik, en form for præ-verbal symbiose. I den regressive tilstand han befinder sig møder jeg ham, på en måde der bedst karakteriseres ved begrebet *holding*.

På et tidspunkt bliver jeg klar over at hvis jeg fortsætter i det uendelige med denne støtte til patienten bliver konsekvensen at jeg “svigter” ham, fordi jeg

accepterer at han vedvarende isolerer sig i sit tidløse rum. Derved stagnerer den terapeutiske proces. Men min uforbeholdne støtte har indtil dette tidspunkt været vigtigt for i det hele taget at kunne etablere et terapeutisk forhold.

I de to første faser har min terapeutiske holdemåde været støttende, empatisk og afstemmende.

-3. fase: det potentielle rum

I denne fase begynder jeg i højere grad at kontrastere hans musik. Ved at tillade mig at forblive i mit eget musikalske univers, begynder jeg at frigøre mig (separere) fra ham på et musikalsk plan. Min totale identifikation med hans ensomhed, bliver for meget for mig. Jeg "tvinger" ham til at blive opmærksom på mig. Jeg spiller nogle irriterende bankelyde på xylofonen som han reagerer på ved at spille mere atonalt og frit. Dette kendetegner et gennembrud i terapien, som om han nu bliver vækket af sin "autistiske søvn". Han er nu parat til at jeg musikalsk mere "giver mig selv". Men det er vigtigt at jeg stadig balancerer mellem både de støttende og afstemmende holdemåder fra de første faser og mere kontrasterende og provokerende holdemåder. På den ene side skal jeg fortsætte med at have den strukturerende og den "holdende" rolle, for eksempel ved at jeg spille den "grounded" del som ikke er tilstede i hans musik. På den anden side skal jeg give slip, ved at slække på støtten og provokere ham til at forholde sig til mit musikalske udtryk, sådan at han ikke bliver ved med at betragte min musik som en forlængelse af hans omnipotens.

Musikalsk kan jeg gøre dette ved på samme tid at spille begge disse to sider, f.eks. ved på klaveret i venstre hånd at lave et orgelpunkt og med højre hånd spille "drillelyde." Dette medfører at han og jeg meget gradvist begynder at få mere spontane og legende sider frem i musikken.

Winnicott(1990) beskriver "det potentielle rum" som et mellemområde der eksisterer mellem barnet og moderen i den fase hvor barnet skiller moderen ud fra selvet og moderen slækker på sin tilpasningsgrad til barnets behov.

Set i sammenhæng med denne case er det potentielle rum det sted hvor terapeut og patient i en atmosfære af tryghed øver sig i at frigøre sig fra hinanden. Musikken fungerer som en form for overgangsobjekt. Den er både et "ydre" bindeled mellem terapeut og patient og samtidig det medie hvormed en begyndende separation kan udtrykkes i symbolsk form.

-4. fase: separation

Det er meget vanskeligt for ham at forholde sig til sin egen musik på det verbale plan. Han er tit ikke tilfreds med det han har spillet. Selvom det er mit indtryk at han nyder at spille sammen med mig og altså er glad for at improvisere, er han bange for at høre sit eget musik på bånd. Han er bange for konfrontationen med produktet, fordi dette kan medføre en erkendelse af at han ikke er det musikalske geni som han forestiller sig.

I den sidste fase letter jeg denne konfrontation ved at vi tegner og maler mens vi lytter til båndet af vores musik. Dette skift i modalitet, altså at omsætte musikken til tegning, skaber en distance fra processen og giver ham mulighed for at reflektere over det musikalske produkt, og gå i dialog med hans egen musik. Man kan sige at han "separerer" sig fra sin egen musik. Vi laver desuden hver vores grafiske notation altså afbildning af musikken, hvilket understreger at vi er 2 adskilte personer.

Vores snak om tegningen af musikken åbner op for nye billeder og indsigt på et symbolsk plan.

Da jeg beder ham om at beskrive sin tegning af musikken, identificerer han figurer som han forklarer forestiller "fængsel" og "hegn". Netop disse symboler repræsenterer hans aktuelle situation som skizofren, hvor han jo føler sig indespærret eller låst fast. Dette har han ikke tidligere villet se i øjnene, men nu kan han bære at se på det symbolsk, hvilket er et lille skridt på vejen i forhold til at kunne integrere disse afspaltede sider. Men han identificerer også symboler som "solstråler igennem muren", "bølgende tæppe" og "kører i rundkreds", som jeg tolker som symboler for håb og optimisme.

I forhold til Kleins 2 positioner, den skizoid -paranoide position og den depressive position, (Klein 1990) kan det tolkes som at han er ved at nærme sig den depressive position, som er karakteriseret ved at frustration kan rummes i kraft af at personen også kan fastholde det gode. Men det indebærer en sorg at måtte opgive de idealiserede forestillinger, og dette sorgarbejde er en forudsætning for en udvikling.

Thorgaard og Rosenbaum (1996) beskriver hvorledes den skizofrenes sårbarhed betyder en manglende kapacitet til at bearbejde sorg og gennemføre sunde sorgprocesser. De opstiller en hypotese om at i de tilfælde hvor depression er et ledsagesymptom ved skizofreni, kan disse depressive symptomer måske være et udtryk for en sorgbearbejdelse ved hjælp af en *sund* personlighedsdel.

I vores musikalske improvisationer i den sidste fase af terapien, er det tydeligt at høre en vis melankoli i vores musik, som måske kan skyldes den forestående adskillelse og afslutning af terapien. Og dette gælder for os begge to.

De lange sammenflydende improvisationer symboliserer hans og min frygt for adskillelse og afslutning af terapien.

For at gøre det mere forståeligt for ham at afslutningen af terapien nærmer sig, beder jeg ham om at lave en musikalsk komposition som kun må vare 3 minutter, hvilket står i kontrast til de lange improvisationer vi ellers tit har lavet. Temaet for denne komposition skal være "afslutning af terapien". Han skal forsøge at skildre sine følelser i forhold til afslutningen. Jeg beder ham om at lave en skitse over hvordan han kan forestille sig denne komposition. Vi optager kompositionen på bånd, og han får at vide at han skal blive ved med at lave nye versioner indtil det udtrykker det han gerne vil inden for tidsrammen på 3 minutter.

Det er meget svært for ham, mange gange hamrer han hænderne ned i klaveret i frustration. Dette udtrykker hans problemer med at slutte, eller afslutte i det hele taget, samt hans måske noget indestængte angst for at skulle forlade det beskyttende hospitalsmiljø. Indestængt tolker jeg, fordi han lidt overstadigt positivt beskriver hvorledes han glæder sig til udskrivelsen, og ikke vil vedkende sig mere vemodige eller ængstelige følelser.

På trods af at det er umådeligt svært for ham arbejder han igennem kompositionen meget målrettet og ihærdigt. Da kompositionen er færdig og vi snakker om den, beskriver han at den udtrykker hvordan han har det nu. Han er både lettet over at skulle udskrives, men er også bange og lidt vemodig over ikke at skulle have musikterapi længere, og er klar over at han vil komme til at savne nogle af de mennesker han har lært at kende på hospitalet.

Musikalsk kan denne komposition beskrives som en tilbagevenden til hans oprindelige mønstre som er kendetegnende for de første faser, hvilket ikke er overraskende fordi han har brug for en beskytte sig selv.

Han finder det meget interessant den måde vi har arbejdet på her i den sidste fase, og bebrejder mig hvorfor vi ikke har arbejdet sådan meget tidligere. Jeg er overbevist om at han ikke var klar til at arbejde sådan ret meget før, og at det er en rest af hans urealistiske megalomane forestillinger, at han nægter at huske hvordan han havde det da vi startede terapien, halvandet år tidligere. Af denne terapi har jeg dog lært at det er vigtigt at prøve at finde den rette balance mellem lange flydende improvisationer, som ikke nødvendigvis har en spilleregul, og strukturerede målrettede improvisationer. En sådan balance vil også afspejle en vekselvirkning mellem forenende og adskillende musikalske elementer, eller en balance mellem symbiose/regression og separation.

7. Regression

Jeg antager at det er et dybtliggende almenmenneskeligt behov at have muligheden for at genopleve tidlige oceaniske oplevelser. Det kan være i menneskelige relationer: behovet for at nogen tager sig af en, behovet for at få lov til at være lille, eller i seksuelle oplevelser.

Winnicott (1990) bruger begrebet regression som et behov for at vende tilbage til tidlige relateringsformer. Han snakker om den *kreative regression* som en terapeutisk dimension. I den kunstneriske ramme er det accepteret at komme i kontakt med barnlige og legende elementer. Men han understreger at det er vigtigt at huske at selvom patienterne undertiden er på et barnligt niveau, skal de behandles som voksne.

Fordi regression fortrinsvist fungerer som en form for forsvar for den psykotiske patient, mener jeg ikke at regression i sig selv betyder at patienten kommer i kontakt med kreative potentialer. Det er i *relationen* til terapeuten at denne regression kan transformeres. Jeg har i casen vist at fordi jeg var i stand til at indgå i et symbioselignende forhold med den psykotiske person, kunne det første skridt tages i en terapeutisk tilnærmelsesproces. Musikterapi som en "kunstnerisk ramme" har mulighed for at stimulere den kreative regression, som Winnicott omtaler. Igennem den musikalske interaktion har patienten og terapeuten mulighed for at genopdage "barnlige" legende elementer.

Jeg mener at regression kan være et brugbart terapeutisk redskab i musikterapi, fordi musikterapeuten kan mødes med patienten *musikalsk* i regressionen. Backer (1996) beskriver hvordan musikken i sig selv stimulerer en symbiose, fordi lyde og rytmer smelter sammen til et harmonisk hele.

Regression kan være et terapeutisk middel til at møde patienten og på sin egen krop "mærke" psykosen. For at dette skal finde sted betyder det at terapeuten selv regredierer partielt.

Men en regressiv symbiose mellem patient og terapeut kan for den psykotiske opleves som invaderende og dermed have negative konsekvenser, især hvis patienten er "grænseløs" og ikke er i stand til at sige fra.

McGlashan(1983) skelner mellem *malign regression* og *benign* eller *terapeutisk regression*. Malign regression forekommer når regressionen: 1. truer patientens eksistens 2. ikke ændrer sig i det terapeutiske forhold 3. er så langvarig at patientens hele identitet går i opløsning. Benign eller terapeutisk regression forekommer når patienten i et vist omfang er kontaktbar.

Terapeutens "indre supervisor", skal medvirke til at opretholde en balance mellem *autenticitet*, hvilket betyder at det er i orden at terapeuten eget materiale bliver aktiveret i terapien, og *ansvarlighed*, som betyder at terapeuten

både skal kunne tage ansvar for sit eget “indre barn”, eller sin lyst til at opleve sammenflydning, og patientens proces og tarv.

I forhold til patienten i casen vil jeg opsummere den “regressive dynamik” således: Patienten kan ikke nås uden at terapeuten selv partielt regredierer. Men patienten kan kun komme længere i sin udvikling hvis terapeuten på et tidspunkt tager det første skridt væk fra regressionen.

8. Modoverføring

Historisk (freudiansk tradition) bliver termen modoverføring defineret som terapeutens ubevidste overføring til patientens overføring. Men her vil jeg bruge en bredere definition og definere det som enhver reaktion som terapeuten har til patienten. Modoverføringsreaktioner kan tage form af følelser, fantasier eller somatiske fornemmelser. (Seltzer 1993)

I musikterapi med skizofrene patienter, kan terapeutens modoverføring give en dybere forståelse af patientens erfaringsverden, og føre til nye terapeutiske interventioner. Hvis jeg prøver at blive bevidst om mine følelser, og mine kropslige reaktioner, har jeg et redskab hvorigennem jeg kan blive bevidst om ubevidst materiale hos patienten.

Specielt i musikterapi som er baseret på frie musikalske improvisationer, er det umuligt for terapeuten at forholde sig neutral og holde sine personlige reaktioner, f.eks. antipatier og sympatier, væk fra terapien. Interaktionen mellem terapeut og patient er kendetegnet ved at musikterapeuten både tager personligt farvede initiativer i musikken, men også reagerer spontant og følelsesmæssigt på patientens udtryk.

Måder at blive opmærksom på modoverføring kan være analyse af båndoptagelser af terapien, supervision og en øget opmærksomhed på fysiske reaktioner, eller undren over passive eller voldsomme reaktioner.

Det er vigtigt at den forståelse man kommer frem til i forhold til modoverføring, gives tilbage i terapien til patienten i en form som han kan forstå og tåle, først og fremmest gennem musikken. Hvordan denne modoverføring kan tilbageføres til patienten, vil jeg vise ved at komme med nogle eksempler fra den foreliggende case.

9. Modoverføringsaspekter i casen

En af de centrale temaer for patienten fra casen er *ensomhed*. Han er alene i sit autistiske, narcissistiske og omnipotente univers. Han spiller alene mange timer om dagen, og er alene med sine ambitioner og med sin følelse af blokering fordi han ikke når hvad han gerne vil.

Jeg er istand til at identificere mig med hans ensomhed. Som teen-ager har jeg også spillet klaver mange timer om dagen alene. Og jeg har arbejdet med at komponere musik på synthesizer og computer. Så på et personligt plan kan jeg identificere mig med hans drømme, og med hans blokering. Denne personlige bagage gør min identifikation med hans ensomhed lettere.

I gennem den første del af terapiforløbet er patientens følelse af ensomhed projiceret over på mig. Der er altså tale om en projektiv identifikation. Konkret opfatter jeg det som at han ikke vil lukke mig ind i hans verden. Jeg arbejder denne ensomhedsfølelse ved musikalsk at gøre patienten opmærksom på at vi er to der spiller, altså ved at reagere og tage en mere kontrasterende rolle. Patienten bliver gradvist i stand til at tage mit medspil ind, hvorved den oprindeligt projicerede ensomhed nu er blevet transformeret til glimtvis sammenspil. Der er kommet nogle "små huller i muren". Min identifikation betyder altså at jeg er i stand til at høre hans "lydløse råb" om at blive hjulpet ud af denne ensomhed. Det er nødvendigt at det er mig der tager det første skridt.

Der er en tilsvarende dynamik i forhold til patientens og mine problemer omkring afslutningen af terapiforløbet. Patientens frygt for adskillelse bliver overført til mig. Dette er medvirkende til at jeg føler at det er svært at afslutte terapien.

Jeg er opmærksom på at jeg tit er fascineret af disse tidløse flydende kvaliteter i denne patients musik, og at jeg nyder den vekselvirkning mellem musikalsk sammensmeltning og gensidighed som der er i vores improvisationer i den sidste fase. Det påvirker også mig at jeg står over for at skulle afslutte et spændende forløb. Disse følelser, både min vemod over afslutningen og min angst for afslutningen af et givende forløb, må jeg forsøge at give tilbage til patienten. Derved er der mulighed for at han også kan mærke den smerte og vemod der er forbundet med afslutningen af terapien, i stedet for at han først reagerer når han er udskrevet. Mine følelser kunne jeg i første omgang formidle til ham gennem musikken, men til sidst var det også muligt verbalt at fortælle hvad han havde betydet for mig, og forklare ham at jeg følte en form for vemodighed over at skulle sige farvel. Han kunne bære disse følelser og udtrykte klart sin glæde over at jeg fortalte ham dette.

10. Opsamling

Det er vigtigt at kunne gå meget dybt ind i en identifikationproces med en psykotisk patient for dels at kunne få en terapeutisk alliance, og kunne opnå terapeutisk ændring, men det er også vigtigt at du reagerer og giver dine op-

levelser og fornemmelser tilbage til patienten. Du skal hele tiden være et skridt foran. At du som terapeut via modoverføringen bliver bevidst om vigtige psykologiske forhold i patientens indre og giver det tilbage til patienten i en "fordøjet" form, er betingelsen for at patienten kan gennemleve det selv, symbolsk eller konkret.

Fortolkning af modoverføring giver dig en mulighed for at forstå dine terapeutiske valg, til gavn for både patienten og til gavn for din udvikling som musikterapeut. Når man laver musikterapi med en skizofren patient må man være i stand til hele tiden at skifte i mellem at gå ind i regressive oplevelser sammen med patienten og træde ud af processen og dermed adskille sig fra patienten.

Det musikalske sprog er som skabt til at understøtte denne dynamik. I musikken kan modsætninger strides og mødes. Musikken bliver drevet frem af en stadig vekslende mellem spænding og spændingsforløsning. Mellem symbiose og separation. Og denne dynamik kan sætte en psykisk udvikling i gang.

Litteraturliste

Backer, J. D.(1996)*Regression in music therapy with psychotic patients.* Nordic Journal of Music Therapy, 5,1,24-30

Benedetti,G.(1983) *Skizofreni og Psykoterapi.* Odense Universitetsforlag

Bion, W.R.(1962) *A Theory of Thinking.* International Journal of Psychoanalysis.43,306-310

Klein, M.(1990) *Misundelse og Taknemmelighed.* København: Hans Reitzels Forlag

McGlashan, T. H.(1983)*Intensive Individual Psychotherapy of Schizophrenia,* Archives of General Psychiatry.40, 909-920

Selzer, M.A.(1993) *The use of Countertransference in intensive Psychotherapy with Patients with Schizophrenia.* I H.Sledge and A.Tasman (red) Clinical Challenges in Psychiatry. American psychiatric Press

Sørensen, L.(1996) *Særhed, særpræg, sygdom,* Hans Reitzels Forlag