

”Inde-fra eller ude-fra”

- orientering i terapeutens tilstedeværelse og nærvær.

Af Inge Nygaard Pedersen

Opsummering

I denne artikel reflekterer jeg over terapeutens måde at være nærværende på som et orienteringsredskab i terapeut/patient relationen. Dette indebærer uddybning af begreber som terapeutisk nærvær, professionel empati og disciplineret subjektivitet. Jeg bringer dels fyldige (oversatte) citater fra andre musik-, kunst- og psykoterapeuter og uddyber mine egne tidligere beskrivelser af lytteperspektiver og lytteattituder, samt af orientering i terapeutisk nærvær via tre sanssemæssigt imaginære kommunikationsrum; det private, det sociale og solist rummet. Jeg slutter af med tre vignetter fra mit kliniske arbejde med psykiatriske patienter, hvor jeg illustrerer, hvordan orientering i terapeutisk nærvær kan fungere i praksis.

1. Indledning

Gennem seks års klinisk erfaring med musikterapi i psykiatrien har jeg erfaret, at specielt i dette arbejdsområde, er min måde at være til stede på og være nærværende på som musikterapeut, temmelig influerende på de processer, jeg er en del af i terapeut-patient relationer. Jeg har derfor reflekteret en del over, hvad terapeutisk nærvær egentlig er for et fænomen.

Er det eksempelvis kun noget, jeg selv kan registrere indefra, når det er der, eller er det noget, der kan observeres udefra af andre? Kan jeg identificere og verbalisere overgange i forhold til at være nærværende/ikke nærværende og kan jeg være fuldt opmærksom på mine vekslende grader af nærvær? Kan dét jeg eventuelt registrerer indefra høres i musikken?

Jeg har ofte hørt musikterapistuderende stille det relevante spørgsmål under min supervision af Interterapeuttræningen: *”Jamen kan jeg ikke bare være mig selv i terapeutrollen?”*

På dette spørgsmål er svaret både ja og nej – dog mest nej.

2. Er jeg nærværende som mig selv?

Kan eller skal jeg gøre noget aktivt for at blive mere nærværende og er jeg så ikke længere autentisk som mig selv?

En del terapeuter heriblandt professor i kunstterapi A. Robbins, USA beskriver det at komme helt ind i eller være helt centreret i et "basis selv", som en måde at være fuldt tilstede i den terapeutiske proces. Han beskriver samtidig faserne på vej ind i og på vej væk fra dette "basis selv" som nødvendige faser for at komme derind. Han betoner, at ved at give opmærksomhed til de faser, kan terapeuten få informationer om, hvor hun/han er på vej hen i terapiprocessen. Robbins betoner – ligesom mange andre psykoterapeuter – at egenterapi er nødvendig for at opøve beredskab til at være opmærksom i et terapeutisk nærvær.

Så hvad er det, der trænes i egenterapien, som kan øge terapeutens opmærksomhed mod at kunne vide, hvornår hun/han er fuldt centreret i et terapeutisk nærvær? Og er denne tilstand forskellig fra at være nærværende sammen med andre mennesker.

Jeg mener stadig, efter i alt nitten års klinisk erfaring, at den største kunst i musikterapi-arbejdet er at finde en personlig form i at kunne være fuldt tilstede, hvad jeg vil kalde en disciplineret subjektivitet – et begreb der stammer fra nyere tysk psykoanalytisk litteratur, og som groft sagt omhandler dét at terapeuten er subjektivt tilstede som sig selv men i et disciplineret beredskab i forhold til den proces og relation hun/han er en del af.

3. Disciplineret subjektivitet og professionel empati

I en kort definition vil jeg beskrive disciplineret subjektivitet som; det at være subjektivt tilstede og samtidig være medsvingende i forhold til patientens univers. Det indebærer, at terapeuten er ekstra sensitivt opmærksomt tilstede og kan svinge ud og ind af det fælles felt, hvor det er nødvendigt for:

- at terapeuten reelt kan sanse de svingninger/oplevelser hun/han er en del af
- at terapeuten tager selvansvar for ikke at blive overvældet af de svingninger/oplevelser hun/han er en del af
- at terapeuten er opmærksom overfor og tager ansvar for sin egen indflydelse på det felt hun/han er en medsvingende del af
- at terapeuten er forpligtet på kontinuerligt at finde veje til at forstå de processer, der sker i det felt hun/han er en del af.

Der er således tale om, at mange opmærksomhedsfelter er aktiveret samtidig.

Psykologerne J.Fog og L.Hem i skriver om lignende fænomener:

”indfølelse evnen (den empatiske formåen) og evnen til både at sanse de følelsesmæssige overtoner i en samtale (og i musikalsk improvisation – min tilføjelse) og til at se (og høre – min tilføjelse) de usynlige forbindelser i føle-, tanke-, og handlemønstre hos et andet menneske (den dynamiske perception) kan kun i ringe grad adskilles som professionelle kapaciteter. De hænger uløseligt sammen, både som kapaciteter og når de bruges, som perceptuelle akter. Begge dele kan ses som aspekter af terapeutens måde at være nærværende på i det terapeutiske rum. --- Men for at terapeuten skal kunne bruge denne empati i det terapeutiske arbejde, skal den understøttes af en velintegreret (teoretisk og praktisk) viden om psykodynamiske forhold- og dette er en viden, som ikke lader den ”rå” empati uberørt. Vi ser evnen til indfølelse og den integrerede dynamiske viden som to momenter, der gennem egenterapi og træning kan kultiveres til den professionelle empati. Hvis der er balance imellem indfølelsen og denne dynamiske perception, så er der grundlag for at se den anden klart og realistisk – objektivt, kunne man sige.” (Fog & Hem i: Hougaard m.fl. 1998)

Jeg vil foretrække at anvende begrebet `subjektivt disciplineret` i stedet for objektivt i den forbindelse.

Det skyldes at man, ifølge min opfattelse, med en ren analytisk forholden sig til den dynamiske viden, godt kan udvikle evnen til at se sammenhænge uden en veludviklet professionel empati. Det er der ikke tale om i ovennævnte citat. Tværtimod betones det, at empatien er forudsætningen for, at en integreret dynamisk viden kan opnås. Derfor bliver denne viden tilegnet ud fra en disciplineret subjektiv tilstedeværelse.

Samtidig betones det også, at empatien i sig selv er en nødvendighed, men ikke tilstrækkelig, til at garantere for den professionelle empati.

Terapeuten skal med andre ord lære både at være ekstra sensitiv empatiske indefra, og samtidig kunne mærke, når noget overvælder hende/ham eller slet ikke når terapeuten udefra. Endelig skal terapeuten prøve at forstå og bevidstgøre eventuelle farer for empatiske, sansemæssige fejltolkninger.

En sådan fare kan være at terapeuten er så empatiske, at hun/han nærmest bliver eet med patientens oplevelser, og således kan miste muligheden for at

kunne give den nødvendige jordforbindelse eller give andre perspektiver til patientens oplevelser udefra, samt afskærer sig fra at forstå, hvad der sker. En anden fare er, at terapeuten er så meget inde i en stærk sansning af sig selv, så hun/han kan tro, at patienten svinger med, selv om det opleves helt forskelligt fra patientens perspektiv.

Samtidig er de empatiske sansemæssige informationer netop et af musikterapeuternes vigtigste redskaber til at være i, forstå, handle og evt tolke processen i den terapeutiske relation; specielt i de musikalske dele af samværet med patienten.

Så hvordan kan terapeuten vide, om der er et sansemæssigt flow imellem hende/ham og patienten og hvordan kan terapeuten forstå, hvad der sker i relationen?

4. Terapeutisk nærvær og centrering

Robbins beskriver, som anført ovenfor, terapeutisk nærvær bl.a. i form af at verbalisere hvad han forstår ved centrering: (min oversættelse)

"Det er ligeledes essentielt for mig som terapeut at finde og bruge mit centrum når jeg relaterer til patienten. Som processen folder sig ud, prøver jeg at lytte til mit centrum. Dette er det mest autentiske sted, jeg kan forbinde mig med en anden; det er det sted dybt inde i solar plexus i min krop; det er, hvad nogle vil kalde `sjælen`. Jeg prøver at henvende mig til patienten fra dette dybe sted, samtidig med, at jeg er opmærksom på min terapeut position. Det at være autentisk eller være mig selv betyder ikke, at jeg glemmer terapeut forholdemåden, eller hvorfor vi er her. Dette er selvfølgelig lettere sagt end gjort og ofte taler jeg fra mit hoved eller fra et anspændt sted i kroppen, som jeg ikke kan lokalisere. Jeg er klar over, at jeg ikke altid er i kontakt med mit terapeutiske centrum eller endog opmærksom på, når jeg bevæger mig væk fra det. Denne kilde eller sjæl eller `basis selv` er den mest fundamentale organiserende kraft jeg ejer. Hvis jeg kunne betragtes som et kunststykke, ville dette sted være den æstetiske magnet, som øjnene (eller ørerne – min tilføjelse) drages imod; det er der, hvor sanserne flyder ind og ud af mit perceptions netværk. Denne meget centrale kraft indeholder ikke nogen ord, men giver masser af brændstof til mit klarsyn. Alligevel må og skal jeg finde ord til at udtrykke min oplevelse af, at være relateret til mit centrum. Kun når jeg er i en centreret position, kan jeg tilbyde patienten en struktur, som giver klar mening i vores interaktion. Jeg tilstår dog, at en hel del af det, jeg tilbyder, udspringer fra et decentreret sted, som ikke gør ret meget for patienten, og som tenderer til at skabe en falsk struktur, som heldigvis ret snart bliver kasseret eller kollapser. Det er måske

en nødvendig fase i forholdet, at jeg er fanget ind af introjektioner eller projektioner i en grad, så jeg mister forbindelsen til mit centrum, og således søger at genetablere det som en del af processen. ----- Jeg må være istand til at bevæge mig billedlig talt indefra og ud - svævende et eller andet sted mellem patienten og mig selv - og derfra organisere materiale til en form, samt tillade kommunikationen at have sin egen kaotiske energi, som i sidste instans vil finde sin retning. (Robbins 98, s. 21-22)

Jeg vælger bevidst at bringe en del **lange oversatte citater**, så læseren kan følge kompleksiteten i beskrivelser af terapeuters professionelle empati, sådan som den udfoldes af de forskellige forfattere.

Robbins vægter ligeledes, ligesom Fog/Hem, at den intense indleven og containerfunktion skal kombineres med en psykodynamisk viden. Han åbner dog op for, at en sådan viden ikke nødvendigvis behøver at blive givet tilbage i ord til patienten, idet han betoner, at en del af terapeutens kognitive og strukturerende arbejde kan udmøntes i en symbolsk form, som igen kan virke reorganiserende på patientens balance mellem indre og ydre perception. Han formulerer det således:

”Skønt jeg relaterer fra forskellige lag af bevidstheden i en vifte fra pragmatisk til spirituel, er jeg ofte samtidig opmærksom på en øget sansemæssig oplevelse af min krop. I disse intersubjektive forbindelser, kan affekter vælte ind over hinanden. Jeg tilbyder en beholder (container) funktion til at modtage og organisere projektioner og introjektioner, modstande og adaptationer og de mange affekter, som er dele af det terapeutiske arbejdsfelt. Som den terapeutiske interaktion udvikler sig og forandrer sig, forandrer min beholder funktion sig også mht. form, størrelse og perspektiv. Efterhånden som følelser og fantasibilleder opstår i denne beholder, må jeg først identificere og udtrykke dem i en symbolsk form. Efter at jeg bliver adskilt fra patienten, må jeg oversætte disse symboler til et sprog eller en form, som patienten kan bruge i sin bestræbelse på bedre at differentiere sig selv og andre. Disse fantasibilleder vil facilitere en spejling og en resonans, som forhåbentlig vil generere en transformation af energi og form. Med denne transformation vil en ny balance mellem indre og ydre perception, samt mellem form og energi uundgåelig opstå fra denne terapeutiske dialog.” (Robbins 98, s.27- 28)

Robbins vægter en reorganisering af patientens sansemæssige oplevelser som et vigtigt produkt af den terapeutiske proces.

Han skriver bl.a.:

"I det kreative arbejdsfelt kan vi bevæge os, danse eller synge med de specielle modulationer, bøjninger og intonationer, som er en del af feltet i den terapeutiske kontakt. En kognitiv indsigt kan være et produkt af terapeutisk bevægelse, men det vigtigste udbytte er en genbalancering og reorganisering af ens perceptuelle, kognitive netværk, som i høj grad influerer på vores sansmæssige oplevelse af os selv og andre."

(Robbins 98 s.31- 32).

Selv om Robbins arbejder ud fra en integreret forståelse af terapeutisk nærvær, formår han som de færreste at beskrive den sansmæssige betydning og centreringens betydning i nærværet som en forudsætning for, at terapeuten kan tilbyde en containerfunktion og derigennem bevidstgøre sig overføringselementerne.

Han skriver bl.a.:

"Hvis vi vil være nærværende med vore patienter, må vi være åbne og modtagelige overfor både primære og sekundære kommunikationsprocesser. For at opnå dette mål, må der arbejdes hårdt for at udvide vores kapacitet til at skifte jegotilstand. Vi må være bekendte med en holistisk, intuitiv og modtagelig orientering, som er rummelig i sin essens, og samtidig altid være parate til at skifte hurtigt til en mere syntetiserende tilstand, hvor ordvalget giver struktur og definition til det non-verbale flow. Evnen til at syntetisere og artikulere de mange komplekse lag i terapeut/patient dyaden er hjertet af, hvad jeg vil beskrive som terapeutisk nærvær." (Robbins 98, s.19)

Hvor Robbins således vægter centrering kontra ikke-centrering, samt terapeutens evne til at være opmærksom på skift i det rytmiske flow i forbundethed og adskillelse som nogle indre dynamikker, man kan disciplinere sig mod at kunne være orienteret i, så pointerer han - ligesom Fog/Hem - vigtigheden i at kunne skifte hurtigt jegotilstand mellem en intuitiv indfølelse indefra oplevet tilstand, og en syntetiserende tilstand, som udefra skaber strukturer til det non-verbale flow.

5. Et interaktivt følelsesplan

Psykoanalytiker og psykoterapeut P.Casement skriver om at udvide terapeutens evne til følelsesmæssig resonans. Han skriver:

"En terapeuts receptivitet over for patientens ubevidste viser sig i hans resonans på presset i interaktionen. Denne resonans er en følge af en tilpasning mellem det, der er personligt for terapeuten og det, som kommer fra patienten. Hvor tilbøjelig en terapeut er til at respondere på patienterne på dette interaktive følelsesplan i forhold til den kognitive forståelse, afhænger i særlig grad af to forhold hos terapeuten.

For det første må han have adgang til disse ubevidste resonanser over et så bredt spektrum som muligt. Terapeuter er ikke nødvendigvis begrænset til deres egen måde at opleve eller føle på.-----For det andet må enhver terapeut lære at være åben for den andens "andethed" – så han er parat til at føle alle mulige følelser, som følger af, at han er i berøring med en anden person, uanset hvor forskellig denne person er fra ham selv. Empatisk identifikation er ikke tilstrækkelig, da den kan begrænse terapeutens synsfelt, så han kun ser det, han er bekendt med, eller som ligner hans egen oplevelse. Terapeuter må derfor udvikle en åbenhed over for og en respekt for følelser og oplevelser, der er ganske forskellige fra deres egne. Jo større frihed, de har til at give genklang på disse ubekendte "tonearter" eller dissonante "harmonier" hos andre, jo mere vil det fremme deres receptivitet over for disse ubevidste "ledetoner" i interaktionen, som ofte er så centrale for at kunne forstå patienten." (Casement, 1987, s. 98)

Casement betoner især modtagerfunktionen som et generelt begreb, der dækker, det at håndtere et andet menneskes vanskelige følelser, som i modsat fald ville flyde over:

"Der er naturligvis situationer, hvor medicinering vil være det rigtige- eller behandling på et hospital, der kan give "asyl" til dem, som har behov for et sikkert sted at være syg. Ikke desto mindre er det vigtigt at være opmærksom på, at det sædvanligvis er en personlig form for modtagerfunktion, der er behov for."(Casement, s.131)

Han indfører begrebet "den indre supervisor" som en orientering i at komme til at vide, hvad jeg modtager som terapeut, og hvordan jeg kan være til stede med det og håndtere det. Han vægter det at terapeuten søger at udvide sit

følelsesmæssige resonansfelt indefra via åbenhed i resonansen overfor såvel kendte følelser som mindre eller ikke kendte følelser.

Casement taler således ikke så meget om fysiske sansemæssige fornemmelser i nærværet, men mere om empatisk resonans over genkendelige og ikke genkendelige følelser i et følelsesmæssigt interaktivt felt.

6. Modoverføring og terapeutisk nærvær

Jeg har bevidst undgået at anvende begreberne overføring og modoverføring indtil videre, selv om container funktionen naturligvis er en central del i brugen af modoverføring, og selvom Casement's vægtning af at dét at udvide sit følelsesmæssige resonansfelt også kan forstås som en træning, til at gøre sig modtagelig for bevidst brug af modoverførings reaktioner.

Ligeledes kan Robbin's skelnen mellem centrering/ikke centrering forstås som en bevægelse, fra at være i en ubevidst modoverføring til en bevidstgørelse af modoverføringen.

Jeg savner dog i de fleste definitioner af modoverføring, at der medinddrages beskrivelser af sansemæssige oplevelser. Oftest bliver det afgrænset til, hvad Casement kalder det følelsesmæssige interaktive felt.

En af dem der kommer tættest på at drage dette sansemæssige felt med ind i beskrivelsen af modoverføring er musikterapeuten M.Priestley, som har defineret tre forskellige måder at forstå modoverføring på. En af disse tre former kalder hun E-modoverføring eller empatisk identifikation og hun beskriver den som psykologiske fornemmelser, der opstår hos terapeuten ud fra en empatisk identifikation med patienten – hvor denne empatiske identifikation reelt afspejler og reproducerer patientens psykologiske problemer. Hele terapeutens forholdemåde overfor patienten må være lig en resonans fra noget ydre til noget indre, ligesom et anslået strygeinstrument (patienten), hvis musik resonerer gennem dets empatiske strenge (terapeuten).

Hun skriver bl.a. herom: (min oversættelse)

"Terapeuten kan opleve at hun/han gradvist under spillet eller lige pludselig som et lyn fra en klar himmel bliver opmærksom på denne empatiske resonans af nogle af patientens følelser gennem følelsesmæssig og kropslig tilstedeværelse. Det er ofte undertrykte følelser som endnu ikke er tilgængelige for patientens bevidsthed, men der kan også være tale om følelser som er på vej til at blive bevidstgjorte, i hvilket tilfælde, de kan være meget dynamiske

og flyde gennem terapeuten især når hun/han improviserer i musikken..”
(Priestley. 94. s.87-88)

Hun skriver endvidere at: (min oversættelse)

”terapeutens e-modoverføring afhænger af hendes/hans sensitivitet og åbenhed for at opleve de følelser der dukker op. Men evnen til at formulere dem bevidst og bruge dem i terapien afhænger af klarhed i tænkningen.”
(Priestley 94.s.90)

Også hun advarer mod at lade den terapeutiske proces udfolde sig alene gennem brug af intuition, da det meget let kan medføre, at terapeuten bliver oversvømmet af følelser, eller at terapeuten må lukke af overfor patientens følelser, da de ikke bliver bevidstgjorte og verbalt formulerede som en vigtig del af processen. Det er vigtigt, at de forvandles fra en intuitiv fornemmelse hos terapeuten til en klar bevidstgjort information og gestalt i relationen mellem terapeut og patient, der kan frigøre terapeutens intuitive fornemmelse og give mulighed for at dele følelsen, med patienten, samt give patienten en mulighed for at internalisere følelsen og tage medansvar for at mærke den og leve med den.

Så i terapeutisk nærvær er der både tale om et øget følelsesmæssigt og sansemæssigt beredskab. Selv har jeg som musikterapeut med hovedvægt på lyttesansen i mit kliniske arbejde forsøgt at verbalisere en orientering i hvad jeg vil kalde lyttesansens indre dynamik med dertil hørende polariteter og bevægelser mellem disse.

7. Lytteperspektiver og lytteattituder

Jeg har tidligere (1997,1999) forsøgt at verbalisere forskellige lytteperspektiver og attituder i min beskrivelse af det terapeutiske nærvær og den professionelle empati med en skizofren patient. Jeg har bl.a. beskrevet det således (her oversat til dansk):

”For mig er lytteperspektiver og lytteattituder redskaber til orientering og information. Et lytteperspektiv kan beskrives som at man som terapeut lytter samtidig

- til en forgrund – patientens her og nu tilstedeværelse og udtryk og

- *til en baggrund – patientens afspaltede realitet (ofte en realitet med meget stærke følelser) som samtidig indebærer, at terapeuten lytter til feltet af spændinger og bevægelser (eller mangel på spændinger og bevægelser) imellem disse polariteter mellem forgrunden og baggrunden.*

Med skizofrene patienter betyder dette ofte at lytte ekstra sensitivt til bittesmå variationer i spændinger og bevægelser mellem sådanne polariteter – bittesmå variationer som influerer vores samvær næsten ubevidst, men stadig meget stærkt.”(Pedersen 1997)

I et sådant lytteperspektiv kan terapeuten bevæge sig mellem to forskellige attituder i lytningen. Terapeuten kan f.eks. være i en allocentrisk attitude :

- hvor terapeuten lytter med fuld opmærksomhed rettet mod patienten og resonerer autentisk og bevidst på patientens fysiske tilstedeværelse i rummet (forgrunden), for derudfra gradvist at gøre det muligt, at små glimt af følelser fra patientens afspaltede virkelighed (baggrunden) kan komme ind i relationen og i forbundetheden i processen.

Den anden attitude kan identificeres som det at være i en næsten fysisk gennemstrømmende indad rettet og mere primitiv lytteattitude, der dels frembringer en større distance til patienten, samtidig med, at den tilbyder en forbundethed på et primitivt plan. Terapeuten kan også være tilstede i en sansemæssig dobbelt bevægelse, hvor hun/han svinger mellem at være helt inde i sig (sit) selv og stadig være delvist forbundet med patienten i den ene polaritet - til at være helt åben og receptiv overfor patienten, samtidig med at hun/han er delvis empatisk forbundet med sit indre selv i den anden polaritet.

I den første lytteattitude fokuseres på, hvad der kan høres direkte fra patienten; hvad patienten siger eller spiller – i den anden attitude fokuseres på de mere ekstreme variationer i terapeutens lytteperception, som gør det muligt at være resonant i forhold til patientens primitive organisering af sansemæssige oplevelser.

I den anden polære attitude kan man tale om:

- en accepterende attitude som er i resonans med, hvad der høres indefra én selv fra en primitiv – næsten fysisk gennemstrømmende organisering af perceptionen
- en attitude som sensitivt er i resonans med patientens behov for nærhed og distance.

Den fysiske gennemstrømmende – mere primitive lyttemåde kan forstås som en ekstra sensitiv måde at lytte på, som specielt dynamiske processer i arbejde med skizofrene inviterer til.

Især behovet for distance er vigtig at høre. At lytte på en sådan primitivt organiseret måde kan give en et redskab til at skabe den tilstrækkelige nærhed og den tilstrækkelige distance uden at invadere eller forkaste patienten.

Jeg har i tidligere refleksioner over lytteattituderne beskrevet at:

”Gennem lytteattituderne kan terapeuten være i resonans med en forståelse af patienten på en autentisk måde, og derigennem skabe muligheder for patientens udvikling i måden at relatere til andre på.” (Pedersen 1997).

Jeg vil her tilføje, at jeg med ordet autentisk mener, at det kan opleves autentisk af patienten, når terapeuten ekstra sensitivt prøver at bevæge sig mod en attitude, der gør det muligt for terapeuten være resonant med patientens primitive måde at organisere sansemæssige oplevelser på.

Men dette fænomen er i høj grad baseret på en disciplineret subjektiv måde at være tilstede i lytningen på og kan være helt forskellig fra, hvordan jeg eksempelvis lytter, når jeg ikke er i terapeutrollen.

Jeg fokuserer således som terapeut på at etablere et miljø, der bevirker at patienten kan føle sig hørt, uanset hvilke relationsformer patienten er nødt til at gøre brug af. Og med `føle sig hørt` forstår jeg ikke blot hørt i forhold til, hvad patienten siger, men hørt på et dybt indre plan.

Jeg vægter som træner, at musikterapeuterne udvikler evne til at kunne lytte til sig selv på et dybt indre plan, og evne til at kunne **lytte til sig selv lytte til patienten**. En sådan intens lytning åbner naturligvis også op for, at der flyder mange og ukontrollerbare følelser ind i relationen, men dét at være så opmærksom i lytningen, er med til at skabe en orientering i overføringsforholdene.

Jeg betragter således lytteperspektiver og lytteattituder som sansemæssige metaforer, der giver en orientering i et terapeutisk nærvær. Dét, at terapeuten er tilstede i sit eget indre rum, kan ses som en parallel til, hvad Robbins kalder ”at være til stede i sit centrum.” Jeg kalder det et indre rum, fordi det for

mig er forbundet med en klar indadrettet rummelig fornemmelse. Jeg har gennem klinisk praksis erfaret, at min overbevisende tilstedeværelse i mit indre private rum – når den er der - kan være med til at give patienten mulighed for at blive mere tilstede i sit indre rum.

Jeg vil videre beskrive, hvordan jeg søger at opøve en sådan sansemæssig imaginær rumbevidsthed hos mig selv og hos musikterapistuderende.

8. Opøvning af tre sansemæssigt imaginære kommunikationsrum som orientering i terapeutisk nærvær

En af de måder, jeg prøver at træne mig selv og kommende musikterapeuter til denne måde at være tilstede i lytningen på, er gennem at lytte til og være tilstede i tre sansemæssigt imaginære kommunikationsrum også kaldet

1. det private rum
2. det sociale rum
3. solistrummet

Jeg har tidligere beskrevet denne træning i min artikel om psykodynamisk bevægelse (Pedersen 1996, 2001).

Kort fortalt foregår træningen i grupper med fra 6 til 18 deltagere, der opdeles i par eller i grupper af tre. En af partnerne i hver undergruppe bliver af gruppelederen instrueret i at stå med lukkede øjne og forestille sig et **privat rum** i og omkring sig selv – et rum, hvor udøveren kan trække sig tilbage og blive ladet op, hvis hun har været for meget ude i andres universer. Også et rum, hvor hun kan gemme sig, hvis der er noget fra andre, hun ikke ønsker at blive konfronteret med. Selve øvelsen handler om at sætte lyd til dette rum med ens stemme, hvilket vil sige at lytte til rummet indeni og lige omkring en selv, samtidig med at give det et stemmeligt udtryk. Øvelsen udføres med lukkede øjne og med én eller to hjælpere, der lytter til udøverens private rum, således som det bliver udtrykt gennem udøverens stemme. En af lytterne forestille sig det hørte rum via indre billeddannelser, således som de dukker op under lytningen. Disse verbaliseres til udøveren bagefter. En anden lytter maler et billede simultant med lytningen ud fra de lyde, der høres. Rent tidsmæssigt styres stemmeimprovisationen gennem et klart start- og slutsignal udefra.

I udøvelsen af det **sociale** rum handler det om at lytte til og udtrykke ens tilstedeværelse med de andre deltagere i øvelsen. Alle står med lukkede øjne.

I denne tilstedeværelse kan udøveren intentionelt lade sig inspirere af de andres lyde, og forsøge at inspirere de andre med sine lyde. Der opstår ofte dialoger, som fører deltagerne væk fra den intentionelle laden sig inspirere af hinanden, og som fører parterne ind i en samtidig dynamisk medsvingende dans i lyd, med mange variabler af tempo, tonehøjde, lydstyrke etc.

I instruktionen betones det, at det er vigtigt, at stemme udøveren ikke mister forbindelsen til det private rum, også når dansen er på sit højeste. Oplever stemme udøveren, at forbindelsen til det private rum mistes, opfordres udøveren til at træde ud af lyd-dansen, og intentionelt genetablere forbindelsen til det private rum, før en ny indtræden i lyd-dansen finder sted.

Atter her lytter hjælperne og danner sig indre og ydre billeder.

I udøvelsen af **solistrummet** handler det om at tillade sig selv at fylde, uden at tænke på de andre, da de har tilladelse til at gøre det samme. Det handler om at lytte til og give udtryk for ens energi; finde en form i at fylde hele rummet ud. Udøveren bliver bedt om at forestille sig, at hun står på en scene, og skal finde sin egen måde at nå ned til den bageste række på. Det bliver samtidig betonet, at det er vigtigt, at udøveren, i denne udtryksform, bevarer kontakten til det private rum, så fornemmelsen bliver, at det at fylde rummet helt ud kommer langt indefra, og bliver ekspliciteret ud i det ydre rum på en måde, så det trænger igennem. Her handler det ikke så meget om at lytte til de andre, men mere om at manifestere sig klart og tydeligt selv, uden at miste det at lytte til sig selv langt inde. Hjælperne lytter og beskriver/maler deres billeddannelser.

I den verbale refleksion i de små grupper efter stemmeimprovisationen, bliver der lagt vægt på, at stemme udøveren først fortæller sin historie om de tre sansemæssigt imaginære rum, som de er oplevet og hørt af udøveren indefra med lukkede øjne. Først derefter fortæller de to hjælpere om deres associationer og indre billeder ved lytning til udøverens rum udefra.

Som det er fremgået af de forskellige måder at beskrive terapeutens tilstedeværelse på, er der mange lag i det at percipere indefra og udefra.

9. Et øget sansemæssigt beredskab – ekstra sensitiv lytning og rumoplevelse som grundlag for håndtering af modoverføring

Som beskrevet i den sidste øvelse, er det en væsentlig del af træningen til at blive musikterapeut, at den studerende lærer at lytte til og kende sig selv indefra, og frem for alt lærer at være i og genkende det private rum.

For de flestes vedkommende afspejler den verbale beskrivelse af oplevelserne bagefter en fornemmelse af noget, der kan paralleliseres med det, Robbins kalder centrum eller basis selvet.

Selv har jeg genkendt og fået verbaliseret, egne sansemæssige oplevelser i forhold til den fysisk gennemstrømmende lytteattitude, ved hjælp af denne øvelse. Jeg har her oplevet en centrering, der både kan lokaliseres i kroppen, og som er forbundet med en klar indadrettet rummelig fornemmelse.

I øvelsen vedrørende de tre rum, ligger implicit en formel adskillelse mellem det at lytte til sig selv indefra med lukkede øjne, og det at lytte til, hvad andre har hørt, mens de lyttede til ens lyd-rum udefra.

Det er udøverens ansvar og udviklingsmulighed at identificere sig med og integrere, hvad de to oplevelsesfelter tilbyder.

I den kliniske situation er det ikke altid muligt eller realistisk at adskille perceptionen indefra og perceptionen udefra så klart. Her handler det også om, som Robbins udtrykker det, at være opmærksom på, om jeg er tilstede **indefra** eller **delvis uden for** mit centrum, og at bruge denne opmærksomhed som pejlemærke for, hvad det er for et arbejde, jeg er med i lige nu, -ved:

”at prøve at sanse retningen og naturen af energien: om den kommer dybt indefra eller helt udefra” (Robbins 98, s. 19)

Han beskriver, at han samtidig er opmærksom på en øget sansemæssig oplevelse af sin krop i tilstedeværelsen, og han pointerer, at hvis den ene part i den terapeutiske relation ikke er fuldt tilstede, er behandlingsarbejdet rettet mod at begge deltagere prøver at være tilstedeværende samtidig.

Det er bl.a. det, terapeuten er trænet til at kunne skelne, hvilket ikke umiddelbart kan forventes af patienten, og det er bl.a. her, terapeuten skal gøre brug af sin disciplinerede subjektivitet i måden at være tilstede på.

Det er en anden måde at beskrive terapeut/patient forholdet, end ved at beskrive det primært via overføringsforholdene.

Jeg betragter denne beskrivelsesmåde som meget anvendelig for musikterapeuter, fordi den for det første er mere sansenær og for det andet indikerer, at terapeuten er aktivt handlende i tilstedeværelsen, og ikke bare passivt lader sig "overføre" af patienten.

Selvom modoverføring også bliver beskrevet - som et redskab til at blive orienteret om patientens måde at være tilstede på og måde at relatere til terapeuten på - så er der både i beskrivelsen af opmærksomheden på ens centrum, eller i beskrivelsen af opmærksomheden på ens lytteattitude eller på ens position i forhold til de tre rum - **tale om en aktiv bevægelig opmærksomhed hos terapeuten.**

Måske er det det samme fænomen, Priestley prøver at billedliggøre når hun beskriver metaforen om strenge, der kommer i svingninger som en resonans fra noget ydre til noget indre, ligesom et anslået strygeinstrument (patienten), hvis musik resonerer gennem dets empatiske strenge (terapeuten).

Metaforen indikerer, at strengene kan være mere eller mindre aktivt stemte før og under den terapeutiske relation.

Kan vores opmærksomhed være mere eller mindre aktivt stemt, når vi forsøger at være nærværende eller anvende professionel empati eller disciplineret subjektivitet?

Og er der en anden form for bevægelighed i opmærksomheden hvis den er aktivt stemt?

Casement taler om terapeutens resonans som noget, der er afhængig af en tilpasning mellem det, der er personligt for terapeuten og det, som kommer fra patienten. Han pointerer, at enhver terapeut må lære at være åben for den andens "andethed" og udvikle evne til at respondere på et interaktivt følelsesplan i forhold til eller på trods af den kognitive forståelse af følelserne. Han bruger musikalske vendinger som at give genklang på ubekendte "tonearter" eller dissonante "harmonier" hos andre, samt at dette vil fremme terapeutens receptivitet overfor ubevidste "ledetoner" i interaktionen, som ofte er meget centrale for at kunne forstå patienten.

Her tales om at fremme terapeutens receptivitet ved at udvide feltet for følelsesmodtagelighed.

Jeg taler om ekstra sensitiv lytning ved at udvide feltet for lytte modtagelighed (eksempelvis lytter terapeuten ikke kun med ørerne, men med hele kroppen, og hun/han lytter ikke kun enten til sig selv eller til andre, men lytter også til sig selv lytte til andre).

I øvelsen med de tre rum er der tale om at udvide feltet for centrering til ikke kun at være forbundet med det private rum. Ved at "stemme" opmærksomheden, så den resonerer forbindelsen til det private rum, også når udøveren er i de andre rums opmærksomhedsfelt - så udvides centreringen til at være medsvingende i alle tre imaginære kommunikationsrum.

10. Inde-fra eller ude-fra

Så **inde-fra** og **ude-fra** skal både forstås som en måde at søge at differentiere, hvad der kommer **inde fra** terapeuten af tanker og følelser og sansninger, og hvad der kommer **ude fra** patienten. Det handler også om, hvad der kommer **inde fra** terapeutens eget centrum eller private rum eller "sjælen", kontra - hvad terapeuten kan identificere som en falsk (ikke centreret) struktur i tilstedeværelsen, hvor noget **ude fra** forhindrer tilstedeværelse i oplevelse af eget centrum/rum.

Endelig handler det om i min differentiering af lytteperspektiverne, at identificere, om jeg lytter helt **inde fra** en gennemstrømmende oplevelse i kroppen, og forstår noget fra patienten gennem denne oplevelse (lytter til mig selv lytte til patienten), eller om jeg lytter opmærksomt til patienten fysiske tilstedeværelse i rummet (forgrunden), og derudfra gør det muligt at små glimt af følelser fra patientens afspaltede virkelighed (baggrunden) kan komme ind i mit private rum, og derfra ind i relationen og i vores forbundethed.

De tre rum udtrykt i stemmeimprovisationer skaber, som jeg forstår dem, og har oplevet dem på mange perceptions- og bevidsthedsplaner en orienterings metafor, som er yderst anvendelig i forståelsen af, hvad der sker i relationen, uanset om jeg primært er opmærksom på noget følelsesmæssigt, noget sansmæssigt eller på min tankevirksomhed.

Jeg kan billedlig talt opleve, at jeg må befinde mig i det inderste centrum i mit private rum og må lukke døren ud til det sociale rum, for at det er muligt

at være tilstede med en dybt autistisk patient. Vi kan være der fysisk tilstede sammen i rummet, men mit opmærksomhedsfelt er helt inde i mit eget inderste centrum af mit private rum, og det lader ikke min energi eller opmærksomhed strømme over mod patienten, før der opstår en aktuell mulighed herfor. Jeg kan i andre situationer genkende at være identifikatorisk til stede i patientens private rum, både i det jeg kan følge empatisk via genkendelse af egne følelser og oplevelser, og i det jeg ikke kender og lader mig informere og belære af.

Men i begge tilfælde har jeg brug for hele tiden undervejs, at have en klar fornemmelse af, at bevare forbindelsen i opmærksomhedsfeltet til mit eget private rum, så jeg ikke invaderer patienten eller lader patienten eliminere mit eget private rum.

Jeg kan tillade mig for en tid at miste den klare fornemmelse af mit eget private rum, men den disciplinære subjektivitet kræver, at jeg søger tilbage igen, og gør mig opmærksom på, hvad der sker - også på tilbagevejen.

11. Terapeutisk nærvær i klinisk praksis – tre vignetter

Jeg vil her illustrere brugen af de tre sansemæssigt imaginære kommunikationsrum og brugen af lytteattituder som orientering i mit kliniske arbejde.

Det gør jeg gennem beskrivelse af tre episoder i musikalsk improvisation med forskellige patienter, hvor jeg har måttet orientere mig og re-orientere mig i her og nu måden at være til stede på.

Beskrivelserne af episoderne er sammendrag fra mine kliniske noter:

Episode 1.

”Jeg står i et musikterapilokale med en 28 årig psykotisk og autistisk kvinde, der er retarderet og beskrevet som ikke mulig at kontakte. Hun udtrykker sig gennem enkeltsprogs ekolalisprog. Vi spiller hver for sig. Hun står ved en metallofon og jeg ved en træxylofon. Jeg er langt væk i mine egne toner og ænser næsten ikke kvinden – er opmærksom på ikke at invadere hende eller fylde for meget i musikken - hun slår et par toner an i ny og næ men uden tegn til sammenspil. Jeg har forsøgt et par gange intentionelt at invitere hende til dialog, men uden resultat. Pludselig, mens jeg er i gang med en melodisekvens, slår vi to toner an samtidig, og de kommer til at svinge sammen ved, at vi bevæger os videre tonemæssigt i hver sin retning, men i en lidt forskubbet rytme, der giver en oplevelse af spændstighed imellem tonerne. Jeg mærker med det samme min krop komme i beredskab – jeg lytter intenst og fortsætter med en inviterende melodibevegelse, som patienten svarer klart

og tydeligt på – vi fortsætter og får udviklet en dialog med tur-tagnings melodisstumper, der både i toneart, rytme og form svinger i en fælles fremadskridende dans. Vi ender med at skabe et crescendo sammen, der eksploderer på cymbalen for mit vedkommende og på en tromme for hendes vedkommende, og hun udbryder ÅH INGE!!

Det var første gang, hun henvendte sig til mig verbalt i det år, vi på daværende tidspunkt havde arbejdet sammen i musikterapien.

Min oplevelse i forhold til de tre kommunikationsrum var, at mit private rum pludselig blev fyldt med spænding da tonerne mødtes, og det åbnede sig intenst mod det sociale rum, hvor jeg for første gang kunne opleve et flow i vores samvær i musikken mellem de to rum. Det var som en kæmpe udvidelse af vores samværsefelt. Tidligere har jeg følt en tiltagende indsnævring i mit private rum, når jeg intentionelt har søgt at komme i kontakt med hende i det sociale rum gennem musikken eller verbalt – som om jeg har været i resonans med hendes tiltagende tilbagetrækning fra kontakten.

I den sammenhæng bliver jeg opmærksom på, hvad jeg ofte har oplevet – at ofte, når omgivelserne prøver at motivere autistiske patienter til at være i en social sammenhæng, ud fra en ide om, at det at være i et socialt samvær er godt, opnås det modsatte. Den autistiske patient kommer til at opleve det at skulle være social som et pres, der får hende/ham til at trække sig endnu længere væk i sit private rum. Først når den anden (omgivelserne) er til stede i sit eget private rum, kan den autistiske patient evt. slappe lidt af, og måske give efter for en impuls, der bringer hende/ham i et temporært socialt samspil, som beskrevet i episoden her.

Episode 2.

Jeg sidder og improviserer på klaver sammen med en hebefren skizofren patient, der spiller på et andet klaver. Jeg lytter meget opmærksomt til patientens spil og er i den fysiske gennem strømmende primitive lytteposition, hvor jeg lytter til mig selv lytte til patienten som en måde, jeg kan opleve forbundethed med patienten på. Jeg matcher pulsen, dynamikken, tonearten og tempoet efter patientens musik. Jeg er meget ovre hos patienten i min opmærksomhed, og det er meget anstrengende, da det stadig går gennem lytning til mig selv. Jeg er samtidig opmærksom på, at jeg ikke spiller noget dissonerende eller noget, der skiller sig ud fra det fælles flow i de melodier, vi efterhånden får bygget op. Pludselig opdager jeg, at jeg sidder og leger med

nogle melodisekvenser og ikke længere lytter så intenst opmærksomt til patientens spil. Samtidig har jeg en fysisk fornemmelse af, at slappe lidt mere af og af, at vi er mere sammen i musikken, og at der er en større spændingsgrad imellem melodierne. Vi supplerer hinanden i spillet, så helhedsbilledet bliver en melodisk flydende baroklignende musik med en harmonisk lys klangkvalitet.

Jeg har en praktikant som observatør på sessionen gennem videoen i rummet ved siden af. Han beskriver denne fælles improvisation således i sine noter, før vi sammen reflekterer over den:

”Det er første gang, jeg oplever patienten ved klaveret, og det er første gang jeg oplever hans helt eget musikalske udtryk, hvor han samtidig lader sig forføre af Inge. Hans kropssprog er stadig ubevægelighed og som ”fængslet” til stedet. Men musikken fortæller en anden historie. Den er ikke anonym og kedelig som trommespillet, men søgende, let legende og hvad, jeg synes er vigtig – ny.”

Jeg oplever at det skift der sker, har noget at gøre med, at patienten, som ellers er meget udflydende i sin perception af virkeligheden og opmærksomhedsmæssigt ude i det tredje rum, uden forbindelse til det første rum, her får etableret lidt mere forbindelse til sit første rum, ved at tillade sig at spille flydende lette melodier, og tillade sig at være en smule fysisk sansemæssig med i et begyndende fælles flow. Det er stadig ikke så meget, så det kan observeres udefra via kropssproget, men patienten mærker det selv lidt indefra, og musikken giver her mulighed for en begyndende om end beskedene bevægelighed i terapeut/patient relationen.

Det indebærer for mig, at jeg, fra at have søgt at følge den ubevægelige patient fra mit tredje rum via min intense opmærksomhed uden at miste forbindelsen til mit første rum, nu pludselig kan fylde mere i mit første rum. Vores forbindelse i det tredje rum etableres nu via det fælles melodiske flow. Vi manifesterer os hver især og flyder af sted sammen. Det er samtidig klart, at der ikke er tale om en intentionel dialog, som det kunne være tilfældet i det sociale rum. Patientens manifestation er stadig ikke særlig bevidst, og dét at være mere tilstede i det private rum, er stadig en ny og sårbar oplevelse for ham.

Episode 3.

En kvindelig borderline patient, som viser en mangelfuld selvudvikling og alvorlig identitetsforvirring, kommer til musikterapi lektion nr 24. Musikterapi lektionerne bliver optaget på cassette bånd. Patienten problematiserer, at hun ikke er istand til at sige nej overfor overgrebslignende oplevelser fra omgivelserne, og vi bliver enige om at spille ud fra spillereglen: "Sådan som jeg (patienten) har det lige nu." Musikken er melodisk og med en del gentagne melodiske sekvenser hen mod slutningen. Jeg mærker, at jeg må være ekstra opmærksom for at bevare kontakten til mit private rum og samtidig lytte til patientens rudimentære forsøg på at skabe en melodi. Jeg tilbyder en enkel melodisk struktur til dette forsøg. Patienten siger bagefter, at hun fik det bedre under spillet og påpeger, at hun næsten kan huske nogle af melodisekvenserne. Jeg foreslår at hun solo spiller en lille kort melodi, som hun må prøve at tillade sig at opfatte som sin egen melodi. Patienten lykkes i at afgrænse, huske og gentage en lille melodi, som hun bliver meget glad for, og som hun selv synes lyder flot. Hun er åben overfor at prøve at huske den og tage den med sig ud af rummet som et "anker" – et fast holdepunkt at vende tilbage til. I lektion nr 25 en uge senere, ønsker patienten at starte med at høre sin egen melodi igen fra båndoptagelsen sidst, - for som hun siger: "Den melodi kan give mig et holdepunkt at sige nej ud fra." Jeg lytter til melodien sammen med patienten og prøver at bekræfte hende i, at det er noget meget værdifuldt og betydningsfuldt.

Patientens ønske om at genhøre melodien giver hende en mulighed for at skabe en bro mellem den indre og ydre lytning. Hun mærker melodien inde i kroppen, og den bliver for hende en bro mellem krop, bevidsthed (om et fast holdepunkt) og omverdenen.- en bro, hvor hun gentagent kan skabe sig selv som et fast holdepunkt - som noget hun gradvist kan stole på er til stede. Melodien bliver redskabet, som giver os begge en chance for, at jeg kan bekræfte hende i at opleve, at der er noget der er virkeligt i hendes selvoplevelse, og noget der har mening (hun oplever melodien som flot – hun ønsker at høre den igen og benævner den selv som "mit anker"). Her er der tale om, at patienten via melodien oplever noget, der kan identificeres som hendes rudimentære private rum. Der var tidligere ikke noget, hun kunne identificere og alt og alle kunne invadere hende, uden at hun mærkede det før det var for sent. Samtidig var der ikke noget i hendes indre oplevelse af sig selv, som andre kunne lytte til eller bekræfte.

Så selv om hun kunne fange en hel forsamlings opmærksomhed, ved at træde ind ad døren, oplevede hun ikke selv at blive bemærket eller lyttet til af nogen udefra.

Min rolle som én, der hidtil har prøvet at give hende et fast holdepunkt i musikken, ved at være meget tilstede i mit eget private rum, bliver her ændret, idet jeg nu bliver en, der lytter udefra til hendes private rum, som hun oplever indefra. Hun er ”noget” i kraft af sin melodi, som andre kan lytte til, og som kan bekræftes. Hendes indre oplevelse af sig selv skiftede basalt karakter med skabelsen af denne melodi, og hun oplevede en begyndende om end spinkel selvværdsfølelse.

12. Konklusion

Artiklens titel **inde-fra** og **ude-fra** indikerer, at der tages udgangspunkt i, at for at skabe betingelser for, at såvel patient som terapeut kan være fuldt tilstede i relationen, må begge opleve og opleves samt forstå og forstås såvel **inde fra** som et subjekt med subjektive oplevelser, hvor der lægges vægt på indre psykiske strukturer og oplevelser, selvet og den indre psykiske dynamik og – **ude fra** i interaktionen med omgivelserne, hvilket er den grundlæggende subjekt-objekt-diskussion igennem de sidste årtier.

Der er i mange af de her citerede beskrivelser af den terapeutiske tilstedeværelse og terapeutisk nærvær anvendt begreber med inter- såsom intersubjektive forbindelser, intersubjektivitet, interaktivt følelsesplan og interaktiv kommunikation.

Robbins konkluderer vedrørende terapeutens tilstedeværelse at:

”Tilstedeværelse omspænder den indre og ydre realitet, og er en del af det intermediære rum, som hverken er indvendig eller udvendig men et eller andet sted midt imellem. Det er i dette område at terapeutisk arbejde finder sted. (Robbins 98, s. 32).

Jeg betoner at terapeutisk nærvær og professionel empati er baseret på sansning, som er både forbundet med de dybeste lag i den indre psykodynamik (eksempelvis i en fysisk gennemstrømmende lytteattitude eller i det inderste centrum i det private rum) og herfra resonerer det interaktive flow mellem patient og terapeut i den fælles takt og den fælles dans.

Så på spørgsmålet om terapeuten ikke bare kan være sig selv i et terapeutisk nærvær, selv vil jeg slutte med at konkludere, at terapeuten skal være ekstra sensitiv autentisk og samtidig være beredt til hurtige skift i jegotilstand, i det interaktive følelsesfelt, i bevægelserne mellem lytteattituderne og de tre sansmæssigt imaginære kommunikationsrum.

Derfor er der brug for en dyb forståelse af hvad begreberne disciplineret subjektivitet, professionel empati og terapeutisk nærvær indikerer.

Men det er ikke hermed sagt, at man ikke i andre situationer kan opleve denne tilstand som sig selv – i små glimt.

Litteratur

Casement, P. (1987): *Lyt til patienten*. København. Hans Reitzels forlag.

Fog, J. og Hem, L. (1998) *Oplevelsesorienteret psykoterapi* i Hougaard, E. m. fl.: ”Psykoterapiens hovedtraditioner”. København. Dansk Psykologisk Forlag.

Fog, J. (1998 A): *Saglig medmenneskelighed*. København. Hans Reitzels forlag.

Madsen, Sv. Aa. (1996): *Bånd der brister – bånd der knyttes*. København. Hans Reitzels Forlag.

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

Pedersen I.N. (1998) : *Musikterapi som det første skridt i en psykoterapeutisk behandlingsform med skizofrene/psykotiske patienter, - en holdende og reorganiserende musikterapeutisk metode*. i Årsskrift 1998, Musikterapi i psykiatrien: ”Indføring i musikterapi som en selvstændig behandlingsform” Red: Pedersen, I.N. Aalborg. Musikterapiklinikken.

Pedersen, I.N. (1996,2001). *Psychodynamic Movement – A basic Training Methodology for Music Therapists*. Foredrag/workshop v. verdenskonferencen i musikterapi. Hamborg.1996. Under udgivelse i *Analytical Music Therapy – further developments*. Red. Joh.Th.Eschen. Washington. MMB Musik INC.

Priestley M. (1994): *Essays on Analytical Music Therapy*. Phoenixville PA,USA

Robbins A. (Ed.) (1998): *Therapeutic Presence – bridging Expression and Form*. London. Jessica Kingsley Publishers

Sørensen, H.R. (1997): *Et spil om ord*. Projekt opgave i almen psykologi og almen psykiatri. Aalborg Universitet. Musikterapiuddannelsen.