

“Det er ikke nok på et kognitivt plan at genkende patientens relationsmønstre og projektion af svære følelser. Terapeuten må modtage og opleve disse i en grad så de kan forarbejdes indefra hos terapeuten og i bedste fald gives tilbage til patienten. Det er i denne modtage- og forarbejdningsproces at musikken hjælper musikterapeuten med at finde en passende løsning.”

- Inge Nygaard Pedersen -



Inge Nygaard Pedersen

Blev ansat til at opbygge Kandidatuddannelsen i Musikterapi på Aalborg Universitet i 1981 og var studieleder samme sted til 1995. Blev udnævnt til professor mso i 2006 og forsvarede sin PhD grad - en fenomenologisk undersøgelse om modoverføring i musikterapi i musikalsk improvisation i individuel musikterapi i voksenpsykiatrien i 2007. Siden 1995 leder af Musikterapiklinikken - Center for behandling og forskning. En integreret institution mellem Aalborg Universitet og Aalborg Psykiatriske Sygehus. Har været medforfatter til fire bøger, samt udgivet adskillige bogkapitler og tidsskriftartikler i nationale og internationale tidsskrifter dels om udvikling af musikterapistuderendes identitet, om terapeut/patient forholdet i musikterapi i psykiatrien og i musikterapisupervision. Henvendelse: Mail: innp@rn.dk

En fænomenologisk undersøgelse af modoverføring i musikalsk improvisation i voksenpsykiatrien – en praksisbaseret og praksisrelateret forskningsundersøgelse

Inge Nygaard Pedersen

Resumé: Denne artikel er baseret på uddrag fra min senior-ph.d.-afhandling om modoverføring i musikterapi i voksenpsykiatrien. Der bringes uddrag fra de vigtigste teoretiske bidrag til emnet inden for den del af musikterapilitteraturen, som også er inkluderet i afhandlingen. Der bringes detaljerede beskrivelser af dele af undersøgelsesmetoden for at illustrere, hvordan jeg i forberedelsen til de dybdegående interviews har fokuseret på, at deltageres subjektive betydningsfulde udsagn er knyttet til og har rod i udvalgte praksiserfaringer. Selve analysemetoden illustreres, og resultaterne af denne beskrives kort. Resultaterne fra undersøgelsen relateres til de beskrevne teorier i musikterapilitteraturen, og deres relevans for musikterapeutisk praksis præsenteres. Artiklens målgruppe er musikterapeuter og andre kolleger inden for psykiatrien. Jeg har derfor valgt - lidt utraditionelt - at bringe selektive uddrag fra de mest relevante dele af undersøgelsesmetoden i form af en ureflekteret illustration af disse. Med udgangspunkt i disse bringer jeg refleksioner over undersøgelsesresultaternes sammenhæng med den anvendte musikterapeuti og vigtige uddrag af resultaternes relevans for musikterapeutisk praksis.

Introduktion

Et gennemgående tema for min forskningsinteresse har gennem mange år været terapeut/patient-relationen i musikterapi med særlig fokus på de dele af musikterapien, hvor musikterapeuten og patienten improviserer sammen i musik. Jeg har selv oplevet stærke fysiske og følelsesmæssige reaktioner, også kaldet modoverføringsoplevelser, under improvisationer med forskellige patient-målgrupper. I de tilfælde, hvor det har været muligt, har jeg gjort disse oplevelser til genstand for fælles verbal refleksion med patienten efter improvisationen. Med en del patienter, især i psykiatrien, er dette dog ikke muligt, da de af forskellige årsager ikke er i stand til at reflektere verbalt over egne eller fælles oplevelser. Dette har i praksis efterladt

mig i en position, hvor jeg har skullet reflektere alene eller sammen med andre i supervision. Under sådanne refleksioner har jeg haft megen glæde af de definitioner af modoverføring, der allerede forefindes i musikterapi-litteraturen. Jeg har dog også haft brug for at formulere subjektive betydninger af egne modoverføringsoplevelser. Det er således musikterapeuters subjektive betydningsfulde udsagn om denne ordløse modoverføringsproces, der er fokus for min forskningsundersøgelse, og som ligger til grund for denne artikel.

Jeg har valgt at bringe detaljerede beskrivelser af dele af undersøgelsesmetoden. Jeg vil dels illustrere, hvordan jeg i forberedelsen til de dybdegående interviews har fokuseret på, at deltageres subjektive betydningsfulde udsagn er knyttet til og har

rod i udvalgte praksiserfaringer, og dels illustrere, hvorledes jeg i min analyseproces sikrer, at delresultater og endelige resultater er i resonans med deltagernes oprindelige betydningsfulde udsagn. Jeg er klar over, at mange kolleger i psykiatrien ikke har tid og overskud til at læse en omfattende forskningsafhandling, så min hensigt med denne sammensatte artikelform er at synliggøre væsentlige dele af forskningsprocessen og samtidig præsentere og reflektere over forskningsresultaterne.

Definitioner af modoverføring i musikterapilitteraturen

En af de første musikterapeuter, der definerede modoverføring som et vigtigt begreb i forståelsen af musikterapipraksis, var Mary Priestley (1975, 1998). Hun taler om tre forskellige kategorier af modoverføringer: Den første er den klassiske som defineret af Freud. Her betragtes modoverføring alene som elementer fra terapeutens egen livshistorie, der ikke er under kontrol, og som ifølge Freud skal elimineres gennem videre selvanalyse. Den anden er den såkaldt empatiske modoverføring, hvor terapeutens selv og dermed også med patientens lidelser. Hun beskriver specifikt denne kategori i udgivelser omkring sit arbejde med psykiatriske patienter. Den tredje definerer Priestley som den komplementære modoverføring, hvor terapeutens selv er identificeret med patientens internalisering af sine nære omgivelser.

Disse omgivelser kan have været medvirkende til, at patienten er blevet fastholdt i en destruktiv relationsform, som igen via ubevidste modoverføringsreaktioner kan forstærkes eller fastholdes af musikterapeuten. I den komplementære modoverføringsreaktion kan der således opstå reaktioner hos musikterapeuten, der ligner reaktioner fra patientens omgivelser, og som er med til at fastholde patienten i en negativ relationsoplevelse, samtidig med at

patienten ubevidst er med til at fremprovokere disse reaktioner fra omgivelserne, her i form af musikterapeuten. Dermed er en destruktiv relationscirkel dannet.

Også Kenneth Bruscia (1998) har skrevet meget omfattende om definitioner og elementer i forståelse af modoverføring. Han tilbyder en meget bred definition baseret på en intersubjektiv forståelse af modoverføring som lyder:

“Modoverføring opstår, når en terapeut interagerer med en klient på nogle måder, som ligner relationelle mønstre fra enten terapeutens egen livshistorie eller fra klientens livshistorie. Der er implicit en gentagelse i nutiden af relationelle mønstre fra fortiden, en generalisering af disse mønstre fra en person til en anden og fra virkelige livssituationer til terapisisituationen; der forekommer således en støbning af klienten og/eller terapeutens ind i tidligere relationer og en genoplevelse af den samme eller lignende følelser, konflikter, impulser, drifter og fantasier gennem identifikation” (1998, s. 52, min oversættelse).

Bruscia påpeger, at overføring og modoverføring hænger uløseligt sammen i denne forståelse, således at terapeuten og hans/hendes modoverføring former og bliver formet af klienten og hans/hendes overføring. På samme måde former og bliver klienten og hans/hendes overføring formet af terapeutens og hans/hendes modoverføring. Denne forståelse adskiller sig derved fra forståelsesmodeller, f.eks. den klassisk psykodynamiske, hvor terapeuten tilstræber at være en neutral skærm, som klienten udspiller sin overføring over for, ligesom den adskiller sig fra den såkaldt totalistiske forståelse, hvor alle terapeutens reaktioner på klienten bliver betragtet som modoverføring. I den intersubjektive forståelse handler det kun om feltet af gensidig påvirkning mellem overføring og modoverføring. Denne intersubjektive forståelse understreger det gensidige i te-

rapeut/patient-forholdet og understreger ligeledes, at terapien ikke behøver at fokusere på, at det er en bestemt oplevelse i fortiden, der skal identificeres som noget, der bliver gentaget i nutiden. Det kan f.eks. være følelser og impulser, der ligner noget, man har oplevet i fortiden, og som bliver genoplevet i en ny form i denne specifikke relation med en andens overføring her og nu. Derfor er selve relationen her og nu en medvirkende faktor for overføringers og modoverføringers opståen.

Andre vigtige definitioner af modoverføring er beskrevet af Benedikte Scheiby (1998a), som bygger videre på Priestleys tre definitioner. Scheiby taler om musikalsk såvel som traumatisk modoverføring. Hun definerer musikalsk modoverføring som:

“(..). lydmønstre, som reflekterer eller vækker følelser, tanker, indre billeder, holdninger, meninger og fysiske reaktioner, der er opstået i og genereret af musikterapeuten som ubevidste eller forbevidste reaktioner overfor klienten og hans/hendes overføring. Det medium, der bringer eller transporterer disse overføringer, er den musik, der spilles i sessionen” (Scheiby, 1998a, s. 214, min oversættelse).

Scheiby påpeger, at det unikke ved musikterapi er, at musikterapeuterne og klienterne udspiller overføringsforholdene meget konkret i musikalske former og strukturer. På båndoptagelser af musikterapisessioner kan det således direkte høres, hvordan overføringsforholdene bliver transporteret gennem den fælles musikalske udøvelse (ibid.). Scheiby (1998 b) beskriver desuden en særlig form for modoverføringsmusik: Der kan opstå musik, som ikke synes at tilhøre den kontekst, som musikken udspilles indenfor; det opleves, som om musikken ikke er passende i sammenhængen, eller som en form for musikalsk overraskelse, hvor musikterapeuten i situationen ikke kan forklare musikkens udtryk og karakter.

Traumatisk modoverføring beskriver Scheiby (1998a) som projektiv identifikation i en musikalsk gestalt: Musikterapeuten identificerer sig ubevidst med afspaltede dele af klientens indre lidelser og oplever sig selv som en, der godt nok på det bevidste plan oplever de traumatiske lidelser anderledes end klienten, men intensiteten af følelsen er meget lig klientens afspaltede dele. Disse følelser påvirker ubevidst eller bevidst musikterapeuten i de musikalske handlinger, og når de bliver bevidstgjorte, kan de gøres til genstand for terapeutisk refleksion. I bedste fald kan de blive drænet for destruktivt indhold og blive givet tilbage til klientens eget bevidste ejerskab. Scheiby taler her om, at

“(..). musikalsk gennearbejdning af nonverbal kommunikation kan føre til verbal kommunikation om traumat. Klienten kan somme tider have somatiske reaktioner, som kan udforskes musikalsk og føre til vigtige erkendelser” (1998 a, s. 226-227, min oversættelse).

Både inden for den psykoanalytiske og psykoterapeutiske litteratur, men også inden for musikterapi-litteraturen, som jeg har eksemplificeret ovenfor, har overførings- og specielt modoverføringsfænomenerne været genstand for mange forskellige fortolknings- og forståelsesparadigmer gennem årene. Jeg har beskrevet nogle af disse i *Musikterapi i Psykiatrien 3*, (Pedersen, 2005) samt gjort detaljeret rede for mange af dem i min senior-ph.d.-afhandling (Pedersen, 2007). Jeg har i tidligere udgivelser reflekteret over, om fænomenet modoverføring kunne erstattes med begreber som lytteattituder og lytteperspektiver (Pedersen, 1997, 1998, 1999 2000). I udgangspunktet fandt jeg disse begreber mere relevante for netop musikterapeuter, hvis kliniske arbejde er tæt forbundet med terapeutens måde at lytte på i den musikalske udøvelse i relationen.

Med disse refleksioner som udgangspunkt startede jeg en forskningsproces, hvor jeg

har undersøgt musikterapeuters oplevelse af modoverføring, sådan som de oplever den under fælles musikalsk improvisation med patienter i musikterapi i voksenpsykiatrisk regi. Det blev undervejs i analysen af denne proces klart for mig, at begreberne 'lytteattituder' og 'lytteperspektiver' primært dækker den første og meget vigtige del af modoverføringsoplevelsen, når denne ses som en fremadskridende proces. De dækker første del af en cirkulær bevægelse i et oplevelsesforløb, der fører til en forandring i den terapeutiske relation undervejs i modoverføringsprocessen. Denne cirkulære bevægelse indeholder elementerne: *at opleve, at reagere på, at forstå og at fortolke modoverføringsfænomenet*. Man kan måske snarere sige, at lytteattituderne er en forudsætning for, at musikterapeuten kan stille sig empatisk til rådighed og gå med ind i relationsfeltet, lytte opmærksomt og være i resonans med det, der sker, og derigennem lade sig blive identificeret med patientens indre dynamik.

Jeg vil i det følgende illustrere de dele af undersøgelsesmetoden i forskningsprocessen, der sikrede at deltagerne i undersøgelsen udtrykte den subjektive betydning af modoverføring ud fra en given praksiserfaring med rod i en klinisk kontekst. Jeg vil ikke reflektere nærmere over metodevalg her, da dette vil være et tema for en senere artikel. Illustrationen har til formål at føre læseren med ind i undersøgelsesprocessen i det omfang, det er relevant for at forstå, hvordan denne forskningsundersøgelse er praksis- og erfaringsbaseret og på hvilket grundlag, den kan have betydning i forhold til klinisk praksis.

Kvalitativ undersøgelse af modoverføringsfænomenet

Da jeg i 2003 besluttede at starte et seniorph.d.-studium på musikterapi-forskerskolen på Aalborg Universitet, var det af ovennævnte grunde nærliggende for mig nærmere at undersøge terapeut/patient-

relationen under musikimprovisationer i musikterapiarbejde i voksenpsykiatrien. Jeg valgte at sætte fokus på musikterapeutens perspektiv og gennemførte en undersøgelse af fire forskellige musikterapeuters oplevelser af modoverføring.

Min undersøgelsesmetode havde form af dybdegående semistrukturerede interviews, som jeg analyserede fænomenologisk. Derved kunne jeg på baggrund af en omfattende dataanalyse uddrage fælles essenser¹ (betydningsenheder) af de interviewedes oplevelser. Jeg valgte en semistruktureret dybdeinterview-form og en fænomenologisk analysemetode, da begge dele specifikt retter sig mod at uddrage og udfolde de interviewedes levede erfaringer snarere end mod at producere faktuel viden eller mod indordning af viden i forudbestemte kategorier eller mål.

Fokus for undersøgelsen

Mit hovedspørgsmål i undersøgelsen var følgende: *Hvordan sanser, reagerer (på), forstår og fortolker musikterapeuter, der arbejder med musikalsk improvisation i voksenpsykiatrien, deres modoverføringsoplevelser?*

Jeg definerede følgende underspørgsmål:

1. På hvilken måde oplever musikterapeuter modoverføring som en positivt influerende faktor på musikterapiprocessen?
2. På hvilken måde oplever musikterapeuterne modoverføring som en negativt influerende faktor på den musikterapeutiske proces?

¹ Essens i en fænomenologisk analyse betyder meningsindhold. Det fremkommer ved, at forskeren dvæler ved og lever sig ind i teksten gennem længere tid som forudsætning for en systematisk analyse af teksten, hvorved meningen trækkes ud af og sammendrages til et meningsindhold. Der er ofte tale om mange mindre betydningsenheder, der skrives sammen til et sammenhængende meningsindhold.

3. Er der særlige fællestræk i musikimprovisationen, der går igen, når modoverføringsoplevelser opstår? Er der fælles træk imellem deltageres improvisationer?

Forberedelse til interviewene

Da jeg såvel var interesseret i deltageres levede oplevelser som i, at disse havde udgangspunkt i en bestemt kontekst fra deltagerens kliniske praksiserfaring, bad jeg deltagerne om at forberede sig grundigt på interviewsituationen.

Jeg udformede et sæt af guidelines, hvor deltagerne blev bedt om:

1. at identificere en episode eller begivenhed i en musikalsk improvisation fra en båndoptaget session, hvor de oplever, at modoverføring er hørbart til stede i musikken.
2. at udskrive hele sessionen på engelsk, dvs. ord for ord udskrive de verbale dele og lave en kvalitativ beskrivelse af de musikalske improvisationer (herunder beskrive instrumenter, spilleregler, længde, form, karakter, dialogiske progressioner, udtrykkskvaliteter, genkendelse af musikalske begivenheder) samt udarbejde en illustrativ detaljeret beskrivelse af musikken lige omkring modoverføringsbegivenheden.
3. at skrive en opsummering af to sessioner før og to sessioner efter den session, hvor modoverføring er blevet identificeret (hvis ikke der er tale om en første eller sidste session) herunder:
 - fokus for verbaliseringen før og efter improvisationerne (eventuelle verbale links til Modoverførings-sessionen)
 - kvalitative beskrivelser af de musikalske improvisationer (eventuelle musikalske links til modoverførings-sessionen)
 - refleksioner over patient/terapeutrelationen (forskelle fra/ forbindelser til modoverførings-sessionen)
 - biografiske og kliniske data om patienten: køn, alder, arbejdssituation, psykiatrisk diagnose, psykiatrisk historie (antal af og rytme i indlæggelser, medicin, behandlingstilbud), musikterapihistorie (antal sessioner, henvisningskriterier, relevant information fra assesment-forløb, mål for og tidsplan for musikterapien, fremfødestabilitet)
4. at sende det skrevne materiale til mig (forskeren) senest en uge før interviewet.
5. at lytte til den båndoptagne modoverførings-session dagen før interviewet.
6. at planlægge således, at interviewet kan strække sig over et tidsrum på op til 3 timer.
7. at være forberedt på spørgsmål vedrørende ens teoretiske forståelse af struktur af psyken, af patologi og ens anvendelse af kliniske begreber og disses indflydelse på ens forståelse af modoverføring.
8. at være forberedt på deltager tjek af de udskrevne data samt på eventuelle flere opklarende mindre interviews senere i forskningsprocessen.

I forberedelsen til interviewet valgte jeg således at lade interviewpersonerne skrive en detaljeret kasuistisk beskrivelse af klienten og musikken, igennem hvilken modoverføringsoplevelsen fandt sted, samt at lave en detaljeret beskrivelse af den kliniske kontekst omkring oplevelsen. Selvfølgelig baserer sig den fænomenologiske analyse på metarefleksioner over fire velbeskrevne casestudier.

Jeg valgte omhyggeligt fem deltagere ud, som alle havde mere end fem års klinisk erfaring med at arbejde med musikalsk improvisation i musikterapi i voksenpsykiatrien. Alle deltagere viste sig senere at have mere end ti års klinisk erfaring. De blev desuden valgt ud fra et kønsligt perspektiv, idet der var tre kvinder og to mænd. Der var tre danskere og to deltagere fra andre europæiske lande. Alle deltagere var fortrolige med at båndoptage deres musikterapisessioner. Det viste sig undervejs, at de ligeledes alle opfyldte de seks kriterier, som er udviklet af Van Kaam (1969) og citeret i Polkinghorne (1989), hvor det betones, at forskeren i fænomenologiske undersøgelser skal søge at finde deltagere, der:

- er i stand til at udtrykke sig let og flydende verbalt
- er i stand til at sanse og udtrykke indre følelser og fornemmelser uden skam og begrænsninger
- er i stand til at sanse og udtrykke den organiske oplevelse, som akkompagnerer disse følelser
- kan identificere en begivenhed for undersøgelsen, som er forholdsvis ny
- har en spontan interesse i oplevelsen
- har en evne til at skrive eller rapportere om, hvad der foregik inde i dem selv under oplevelsen.

Jeg nævner dette her, da det gik op for mig undervejs, hvor vigtige disse kriterier

er for undersøgelser af fænomener, der handler om de interviewedes levede erfaringer. Især når disse i alle tilfælde også involverer deltagernes evne til at være i resonans med tidligere levede traumatiske erfaringer.

Alle deltagere var i stand til at udtrykke sig meget levende omkring indre oplevelser og i stand til at sætte ord på og være i resonans med egne vanskelige livserfaringer. Selv om de kom fra tre forskellige uddannelsesbaggrunde og miljøer, formulerede de alle, at deres forståelse af og håndtering af modoverføring var baseret på en længerevarende læreterapi samt løbende supervision.

Alle fem deltagere havde indvilget i at deltage i undersøgelsen, før de fik sendt de omfattende guidelines som forberedelse til interviewet. De fik chancen for at hoppe fra ved modtagelsen af disse guidelines, da jeg var klar over, at jeg stillede store krav til deltagernes forberedelse. Alle indvilgede dog i at gennemføre processen. Jeg havde søgt og fået penge fra Sundhedssekretariatet i Nordjyllands Amt til at aflønne deltagere for dette store forberedende arbejde, da jeg ønskede, at de havde mulighed for at anvende den fornødne tid til arbejdet.

Da temaet modoverføring er meget personligt og også indeholder aspekter fra ens egen livshistorie, udarbejdede jeg en kontrakt med hver enkelt deltager, som de underskrev. I kontrakten stod følgende forhold listet op:

1. Jeg accepterer hermed, at interviewet må indeholde personlige spørgsmål (spørgsmål, der handler om eventuelle forbindelser mellem modoverføringsoplevelserne og deltagerens egen livshistorie).
2. Jeg accepterer hermed, at forskeren optager interviewet på minidisk.
3. Jeg tillader hermed, at forskeren kan

anvende alle data til afhandlingen, til andre publikationer, til konferencepræsentationer og til undervisning.

Derudover havde jeg ved brainstorming udarbejdet en tjekliste med de oplevelsesområder, jeg kunne forestille mig, kunne komme på tale inden for de fire delaspekter i hovedspørgsmålet: at sanse, at reagere på, at forstå og at fortolke. Eksempelvis havde jeg som mulige fænomener under oplevelsesområdet 'at sanse modoverføring' listet:

- fysiske reaktioner
- emotionelle reaktioner
- klare billeddannelser
- skift i bevidsthedstilstand
- skift i lytteperspektiv
- skift i udtryksfuldheden i kommunikationen
- skift i oplevelse af nærhed/distance-aksen i relationen
- skift i stemningen eller atmosfæren mellem terapeuten og patienten
- skift i det musikalske materiale
- skift i dynamikken i relationen
- andre fænomener

Disse tjeklister anvendte jeg som orienteringsredskab undervejs i interviewprocessen, idet jeg var opmærksom på, om disse områder blev omtalt spontant af den interviewede. Var dette ikke tilfældet, stillede jeg åbne spørgsmål til de forskellige områder.

Selve interviewsituationen var således nøje forberedt, og det bevirkede da også, at jeg fik fem særdeles fyldige og informationsrige interviewtekster ud af denne del af undersøgelsen, som var dybt relateret til deltagerens praktiske oplevelser.

Jeg afprøvede hele forberedelsespakken af på mig selv, inden jeg sendte den ud til de andre, idet jeg blev interviewet som den første af min forskningssupervisor. I min evaluering heraf skønnede jeg, at forbere-

delsespakken gav de fornødne redskaber til at kunne være både konkret i forhold til en bestemt situation i en bestemt kontekst og dermed være tilstrækkeligt forankret i en klinisk praksissituation. Dertil gav den tilstrækkelig frihed til på et mere overordnet plan at reflektere over rigtig mange aspekter omkring fænomenet modoverføring i musikalsk improvisation i voksenpsykiatrien.

Alle interviews foregik på engelsk. Jeg gav én deltager lov til at blive interviewet på dansk, men jeg opdagede hurtigt, at det at oversætte så personlige udsagn var en næsten umulig opgave. Jeg valgte derfor at udelade netop dette interview, da jeg i en peer review-situation fremlagde min metode og blev rådet til at skære ned på datamængden.

Fænomenologisk analyse af de indhentede data: Pedersens udvidede form for fænomenologisk analyse

I den fænomenologiske analyse valgte jeg at lave en integration af to tidligere udviklede fremgangsmåder anvendt af Giorgi (1975) og Colaizzi (1978). En sådan integreret fremgangsmåde er tidligere anvendt af Grocke (1999). Jeg valgte her at tilføje nogle ekstra trin, så metoden kommer til at fremstå som 'Pedersens udvidede metode for fænomenologisk analyse' (2006). Jeg endte med tolv trin i alt i analysen, som jeg kort vil skitsere her, så vejen frem til forekomsten af betydningsenhederne bliver synligt for læseren.

De trin, der her er anført i kursiv, er de dele af analysen, jeg har tilføjet til de allerede beskrevne fremgangsmåder i integrationen af Giorgi og Colaizzis metoder, som jeg ellers fulgte.

1. I første trin af analysen lyttede jeg interview-optagelserne igennem og skrev dem ud ord for ord. Her noterede jeg også ledsagende lyde som "hm", "ah" osv., ligesom jeg noterede spontan latter. Desuden tilføjede jeg dele af inter-

- viewerens spørgsmål i parentes, hvor det gav mening for at forstå udsagnet. Endelig tilføjede jeg enkelte ord i ellipser, når det gav mening for at forstå den talte sætning.
2. Herefter læste jeg transkriptionerne igennem *samtidig med, at jeg også lyttede til båndoptagelserne* for at få en fornemmelse af helheden i hvert enkelt interview.
 3. I den anden lytning af optagelserne stoppede jeg ved meningsbærende sætninger eller udsagn og understregede disse i manuskriptet. *Da jeg lyttede til de talte ord, samtidig med at jeg læste det skrevne, kom jeg til at høre disse narrativer som en slags musik med motiver og temaer, hvilket gjorde det nemmere for mig at identificere de meningsbærende udsagn. Jeg anvendte forskellige farver, når jeg lavede understregninger ved de forskellige gennemlytninger. Jeg kunne så senere genkende, hvad jeg havde tilføjet i anden tredje og senere gennemlytninger.*
 4. De meningsbærende udsagn blev taget ud af teksten og placeret i en lang række, hvorfra jeg sorterede dem under overskrifter, der hver for sig samlede en meningsenhed.
 5. Den samlede mængde af meningsenheder for hvert interview blev transformeret til og udskrevet som en destilleret essens af den interviewedes levede oplevelse (se fodnote 1, s. 34).
 6. Hele pakken af den fulde ordlyd af transskriptionen, de udtagne meningsbærende udsagn, de forskellige meningsenheder og den skrevne destillerede essens af den interviewedes levede oplevelse blev derefter sendt til den enkelte deltager til deltagertjek og -feedback. Alle kommentarer blev inkorporeret i materialet.
 7. *Seks måneder senere sendte jeg igen alene den udskrevne destillerede essens ud til deltageren for at tjekke, at han/hun stadig kunne genkende og finde, at denne essens dækkede den fulde levede oplevelse, som deltageren havde re-flekteret ud fra i interviewet.*
 8. Igen blev eventuelle kommentarer eller rettelsesforslag inkorporeret i materialet.
 9. Da alle fire deltagere havde efterkontrolleret den skrevne og destillerede essens af deres oplevelse, foretog jeg en såkaldt horisonal² destilleringsproces af de forskellige meningsenheder fra de fire vertikale analyser, idet jeg lagde dem ved siden af hinanden og udviklede sammensatte strukturelle kategorier.
 10. Udafogpåtversafdisse sammensatte kategorier dannede jeg sammensatte temaer, og analysen blev afsluttet med udformningen af en udskreven helhedssens, der blev dannet ud fra de sammensatte temaer.
 11. Denne udskrevne helhedssens udgør essensen af modoverføring i musikalsk improvisation i voksenpsykiatrien.
 12. *Den udskrevne helhedssens, som er undersøgelsens resultat, relaterede jeg atter tilbage til de fire udskrevne delessenser fra de enkelte interviews for at sikre mig, at alle fire delessenser var dækket ind i den endelige beskrevne helhedssens.*
- Punkterne et til otte udgør den vertikale analyse, hvor interviewene blev analyseret en efter en. Punkterne ni til tolv udgør den horisonale analyse, hvor fokus er at kigge på de fire tekster samtidig.

Et eksempel på en destilleret essens fra den vertikale analyse af et interview

Da deltagerne i undersøgelsen er anonyme, vælger jeg at kalde denne deltager for B:

2 Ordet horisonal er intentionelt. Det er lidt anderledes end horisonalt, da der her ikke kun menes, at jeg ved sammenligning uddrager ligheder fra de fire tekster side om side, men at jeg samtidig kigger ud mod horisonten gennem alle teksterne for at få en større helhedsforståelse. Begrebet er første gang anvendt og beskrevet af Grocke (1999) og yderligere defineret i Forinash & Grocke (2005, s. 329).

“For B er modoverføringsoplevelsen, at B intuitivt tilføjer en stemmelydskvalitet til en klaver/tromme-improvisation med patienten, mens de begge bygger op til et musikalsk klimaks. Stemmelyden vokser ud af klimakset. B har intuitivt en oplevelse af at overleve et eller andet. B får et billede af, at hvis B ikke starter med at synge, vil de måske begge drukne. B får øjeblikkeligt en følelse af, at: Ja det er rigtig det jeg gør nu”. B gentager det at bruge stemmen fire gange og skifter i stemmekvalitet fra at have en oplevelse af ‘at give lyd til en overlevende kvalitet’ til ‘at give lyd til en kvalitet af at føle sig mere sikker’ til ‘at give lyd til en kvalitet af at have overvundet noget’ til at anvende en stemmekvalitet, der er mere blød og lidt mere distanceret.

B identificerer sig i starten med den kaotiske og vilde spillemåde, hvor patienten spiller mere og mere i den dybe ende af klaveret. Samtidig bygger patienten voldsomt op til et klimaks, som om han er ved at komme helt ud af kontrol - som om han ikke kan komme ud af noget, der er farligt. B genkender en følelse af at være bange for at dø og af ikke at kunne komme ud af en farlig situation fra sin egen livshistorie. B kan let forbinde sig med en sådan overlevelsessituation. B har intuitivt en parathed til at reagere i sådanne situationer. I modoverføringsøjeblikket skifter B sin attitude fra kun at være en, der følger og spejler patienten i musikken til en attitude, hvor B intuitivt både spejler og tilføjer noget til musikken på samme tid.

Efter modoverføringsoplevelsen, føler B det, som om B er mere fri i sit spil med patienten, og B spiller fuldstændigt anderledes. B spiller meget mere harmonisk i brede dur-akkorder, hvor B bygger op til klimaks med patienten på en meget mere blød måde. Modoverføringsoplevelsen bringer terapiprocessen op på et andet niveau, hvor patienten spiller mere struktureret. Patienten er i en bed-

re stemning og siger, at han nu både får og giver energi til musikken. Så det har transformeret hans måde at spille musik på. For B ændrer oplevelsen positivt på atmosfæren mellem B og patienten”.

Refleksion ud fra en udskreven destilleret essens

Der er således tale om, at musikterapeuten i sin terapeutiske forståelse af modoverføringsreaktionen oplever denne som positiv, selv om den indeholder ubehagelige følelser for terapeuten. Allerede i denne ene essens fra en vertikal del af analysen er der mange elementer, som går igen i den overordnede beskrevne helhedssens, også kaldet den globale essens, som fremstod som undersøgelsens resultat. Især det fænomen, at modoverføringsreaktionen opstår intuitivt og ubevidst og dukker frem som en overraskelse for terapeuten.

Andre elementer, der går igen, er det fænomen, at modoverføringsreaktionen opstår gennem en ændring i det musikalske samspil. Her i eksemplet tilføjes endnu et instrument, terapeuten stemme, og stemmen kommer ind som en redningsplanke for de to, som musikalsk er ved at drukne i patientens kaos. Dette kaos er terapeuten fuldt og helt identificeret med i sin spejling af patienten. Terapeuten oplever på én gang at være deltager i en angstfyldt situation, der er ved at komme ud af kontrol, samtidig med at terapeuten ubevidst redder sig selv og patienten ud af situationen med stemmelydene. Det kan umiddelbart fremstå, som om flere sider af terapeuten er i spil, uden at sammenhængen er bevidst for terapeuten i situationen.

Man kunne spørge, om det er nødvendigt at være så dybt identificeret med patienten for at ‘redde’ patienten fra en farlig situation og derigennem ændre betydningsfuldt på den terapeutiske proces. Jeg kan konstatere, at det er gennemgående for alle fire musikterapeuter i undersøgelsen her, at de er dybt identificerede med patienten

i det øjeblik, en modoverføringsreaktion opstår, og at den for alle deltagerne opstår som en overraskelse.

I den horisonale analyse er det, at modoverføringsoplevelsen opstår som en overraskelse, et af de første temaer, der træder frem i analyseprocessen med at finde tværgående temaer i de sammensatte kategorier. Det er med andre ord det første tema ud af de i alt nitten temaer, som bliver basis for den overordnede beskrevne globale essens. Jeg vil bringe denne essens her i sin helhed, før jeg reflekterer videre over resultaterne i undersøgelsen.

Den overordnede udskrevne globale essens = undersøgelsens resultat

Ordlyden af den overordnede globale essens, som er formuleret ud fra de nitten identificerede sammensatte temaer lyder, som følger:

“En modoverføringsoplevelse opstår som et overraskelsesøjeblik for alle fire musikterapeuter. Modoverføringsoplevelsen indebærer, at musikterapeuten både identificerer sig med patientens psykiske lidelser og bryder ud af denne identifikation igen. Modoverføringsoplevelsen kalder på genkendelige oplevelser fra musikterapeutens egen livshistorie. Modoverføringsoplevelsen indebærer en ubevidst ændring i det musikalske udtryk hos musikterapeuten, når han/hun risikerer at spille på en helt anden måde, og den forårsager samtidig en forandring i den musikalske relation mellem musikterapeuten og patienten.

Musikterapeuter bevæger sig fra én dynamik til en anden i modoverføringsøjeblikket, og det er altafgørende at stole på og efterprøve timingen af denne bevægelse, når den bliver bevidst.

Modoverføringsoplevelsen forårsager en ændring i den terapeutiske relation og i kontakten mellem musikterapeuten og patienten. Denne forandring kan blive

oplevet som enten positiv eller negativ. Positive oplevelser bringer processen op på et andet niveau. Negative oplevelser er alene identificeret som de øjeblikke, hvor terapeuten er usensitiv i forhold til patientens proces.

Det forekommer, at musikterapeuter gennem kropslige sensationer bliver informeret om, at der er noget i gære. Der er en tendens til, at musikterapeuter oversætter denne kropsligt oplevede information til noget psykologisk meningsfuldt, der kan forstås af begge parter. Musikterapeuter anvender metaforer som 'at være en forældrefigur' overfor patienten som en måde at forstå dynamikken i modoverføringsoplevelsen på.”

Så fra et overordnet perspektiv ser jeg tydeligt i undersøgelsen, at alle modoverføringsoplevelser bliver beskrevet som fænomener, der finder sted i form af en overraskelse for deltagerne, og oplevelserne er identificerede gennem en fremadskridende forandring i det musikalske udtryk; en forandring, der dukker frem som en intuitiv, ubevidst, kompleks og samtidig proces. Jeg har sammenskrevet disse forhold i fire udsagn om musikterapeuternes levede erfaringer af modoverføring:

- forandringen i det musikalske udtryk frigør kropsfølelser og stærke følelser hos terapeuten
- forandringen i det musikalske udtryk informerer terapeuten om, at der er noget specifikt i gære
- forandringen i det musikalske udtryk fremmer og afspejler terapeuten modoverføringsreaktion
- forandringen i det musikalske udtryk fører gradvist musikterapi processen i en anden retning

Relatering af resultaterne til musikterapilitteraturen:

To illustrationer af traumatisk modoverføring oplevet som musikalsk modoverføring

Eksempel 1

Kigger vi på eksemplet ovenfor, hvor musikterapeuten pludselig indsætter sin stemme midt i opbygningen af et kaotisk musikalsk klimaks, hvor terapeuten ellers spiller på trommer og patienten på klaver, er det tydeligt, at musikterapeuten ikke sætter stemmen ind som en intentionel handling. Musikterapeuten hører pludseligt sin egen stemmes lyd og kvaliteten af denne som en overraskelse, der samtidig bevidstgør angstfølelser, der indikerer, at begge er ved at drukne. Musikterapeuten identificerer sig således med angstfølelser, som dels bliver spillet ud i patientens musik, dels er i resonans med erfaringer fra musikterapeutens egen livshistorie.

Ovenstående kan ses som en klar illustration af det, Scheiby (1998a) beskriver som traumatisk modoverføring (se side 33). Her projicerer patienten sin kaotiske angst over på terapeuten, der genkender en sådan form for angst fra en episode i sit eget liv, hvor musikterapeuten var ved at drukne. Genkendelsen af et sådant faresignal får musikterapeuten til at reagere ubevidst med at indsætte en stemmeklang i musikken. I samme øjeblik denne angst bliver hørbar, og musikterapeuten bliver bevidst om, at det er farefuld angst, der udtrykkes gennem stemmekvaliteten, skifter stemmens kvalitet karakter til en mere overvindende og sejrende kvalitet.

Selve begivenheden, inklusive skiftet, sker over kort tid, men oplevelserne af de store følelsesmæssige udsving er meget tydelige, og de bevidstgør modoverføringsreaktionen hos musikterapeuten i situationen: Musikterapeuten når at genkende en følelse af at være bange for at dø - en følelse, som musikterapeuten kender fra sin egen livshistorie. Det er en følelse, som musik-

terapeuten er i stand til at være i resonans med og i stand til, ved hjælp af musikken, at transformere hurtigt i situationen. Samtidig giver det musikterapeuten information om, at der er noget specifikt i gære i den musikalske relation: Patienten er ved at miste fodfæstet i det musikalske udtryk, der bliver mere og mere kaotisk; der er brug for en anden akkompagnementsstruktur fra musikterapeuten. Strukturen ændres ubevidst fra musikterapeutens side, men idet det sker, bliver det gradvist bevidstgjort.

Samtidig er patienten tilsyneladende psykisk parat til at lade sig påvirke ubevidst. Patienten ændrer ligeledes sin spillestil, således at den bliver mere struktureret. Det underbygger den opfattelse, at skifter musikterapeuten og patienten ubevidst spillestil, vil dette bevirke, at der sker en ændring i den terapeutiske relation. Musikterapiprocessen bliver løftet op på et andet niveau, hvor begge deltagere lytter til hinanden og får/giver energi til musikken. Hele denne forandringsproces sker nonverbalt. Den forstås musikalsk og spilles ud i musikken, og dette foregår som en basis for muligheden af en senere fælles verbal refleksion mellem musikterapeuten og patienten.

Eksemplet illustrer ligeledes det, som Scheiby (1998a) kalder musikalsk modoverføring (se side 33), idet det er gennem den musikalske gestaltning af angsten gennem stemmelydskvaliteten, at musikterapeuten bliver klar over, at der er noget her, der er ved at komme ud af kontrol. Musikterapeuten følger med helt ud i den kaotiske tilstand og identificerer sig med den faretruende angst for - med angsten som retningsgiver - at få begge mere under kontrol igen ved at ændre på stemmelydskvaliteten.

Dette kan samtidigt ses som en klar illustration af det, som Priestley (1975,1994) kalder empatisk modoverføring eller emodoverføring, hvor musikterapeuten

identificerer sig med klientens lidelser og herigennem ubevidst bliver orienteret om hvilke musikalske handlinger, der kan udspilles gennem identifikationen. Det er en form for ubevidst eller forbevidst information, der bliver spillet ud i handlingen, før den bliver bevidst for musikterapeuten. Endelig illustrerer eksemplet også den intersubjektive forståelse af modoverføring, som Bruscia (1998) har defineret (se side 32), da modoverføringen opstår i situationen i forhold til klientens overføring, og klienten også reagerer musikalsk på musikterapeutens modoverføring. Der er en gensidig ubevidst relateren sig og kommunikation mellem musikterapeuten og patienten, der foregår på et ubevidst plan, som får musikterapiprocessen ændret, så begge deltagere fremover kan bygge op til musikalske højdepunkter uden at miste forbindelsen til virkeligheden. Det munder således ud i en relationsform, hvor de begge kan give og få energi tilbage i de musikalske improvisationer.

Eksempel 2

I et andet eksempel fra undersøgelsen spiller musikterapeuten med en næsten ikke-hørbar patient. De spiller på to klaverer, og musikterapeuten spejler patientens lyd-niveau og spiller derfor tilbageholdende og pianissimo. Musikterapeuten mærker et tiltagende, næsten ubærligt tryk i brystet, og på et tidspunkt rækker musikterapeutens hånd ubevidst ud efter en tromme, der står tæt ved klaveret. Musikterapeuten slår hårdt nogle få gange på trommen, første gang uintentionelt - hvor det giver et sæt i kroppen - de næste gange som en slags opfølgning og gradvist neddæmpning af det første chokerende slag. Musikterapeuten fortsætter derefter klaverspillet som før. Som nævnt får såvel musikterapeuten selv som patienten en fysisk choklignende reaktion ved lyden af trommen: Begge gør et 'hop i stolen.' Efter improvisationen fortæller patienten, som delvist kunne reflektere verbalt, at hun havde oplevet det som et elektrisk stød, der førte hende fra en oplevelse af at være udenfor krop-

pen (dissocieret) til at komme tilbage til kroppen. Det var ubehageligt, men også nødvendigt, mente hun. Det frembragte flere erindringer, forfærdelige oplevelser, hun havde haft i sin barndom og ungdom, hvor patientens overlevelserejskedskab var at flygte ud af kroppen. Det, at patienten var åben for at fortælle og for at tillade, at musikterapeuten fremover indførte mere slagkraftig musik som en del af akkompagnementet, bevirkede, at patienten gradvist turde forblive til stede i kroppen i situationer, hvor hun tidligere ville være flygtet ud af kroppen (dissociere).

Musikterapeuten udarbejdede spilleregler i en ABA-form, som blev accepteret af patienten. Her startede begge med at spille tilbageholdende og pianissimo i A-delen på patientens præmisser. På et givent tidspunkt bevægede musikterapeuten sig ind i B-delen, hvor musikterapeuten indførte kraftig, insisterende musik. Aftalen var, at patienten skulle prøve at følge med ind i denne ekstroverte kvalitet i musikken i B-delen. Når og hvis det blev for meget eller for angstprovokerende, skulle patienten bevæge sig tilbage til kvaliteten i A-stykket igen, og her skulle musikterapeuten så være lydhør og følge med. Herved fik patienten tildelt en nødbremse, så hun selv kunne bestemme farten og omfanget af den provokerende musik. Dette bevirkede, at patienten ret hurtigt turde bevæge sig med ind i meget mere udtryksfulde og insisterende spillemåder. Patienter turde fylde, turde høre sig selv og turde være til stede i den fysiske verden under samspillet.

I dette eksempel er det, som om musikterapeutens krop lever sit eget liv, idet hånden rækker ud efter trommen på et tidspunkt, hvor musikterapeuten ikke længere kan tilbageholde trykket i brystet. Samtidig viser det sig, at patienten nu er åben over for at blive så voldsomt provokeret. Det ville have skræmt patienten væk på et tidligere tidspunkt i musikterapiforløbet. Dette kan ses som traumatisk modover-

føring, idet musikterapeuten på egen krop mærker den frygtelige angstspænding fra patienten, som patienten flygter væk fra ved at hun dissocierer sig fra kroppen som en overlevelsesmanøvre.

Arbejdet med at give det tilbage til patienten sker igen her igennem musikken, men i en form, hvor der opstår det, som Scheiby (1998b) kalder modoverføringsmusik: Trommen kommer ind, absolut ufølsom og som noget indtrængende udefra, der ikke synes at høre til i den blide, næsten uhørbare, musikalske kvalitet, der blev spillet i af begge parter. Dette får musikterapeuten til at vågne op og ikke længere bare følge patienten i dennes luftige musik. I stedet, via trommeslaget, kommer både musikterapeut og klient mere fysisk til stede i rummet.

Det forhold, at musikterapeuten bliver fysisk påvirket og er lydhor overfor dette og forstår, at det er en vigtig information, bevirker, at der sker en ændring i relationen på et tidspunkt, hvor patienten er parat til denne ændring. Her er musikterapeuten i forhold til Priestleys definitioner (1975, 1994) identificeret med patientens internaliserede omgivelser; omgivelser, som ifølge patienten både fysisk og psykisk har tildelt denne mange slag. Samtidig er der noget ved patientens tilstedeværelse som bevirker, at musikterapeutens hånd reagerer ubevidst på et næsten ubærligt tryk i brystet. Musikterapeuten er både identificeret med patientens lidelser i form af en empatisk modoverføring til et punkt, hvor denne identifikation brister. Dette fører musikterapeuten over i en anden identifikationsform, en komplementær modoverføring, hvor musikterapeuten nu er identificeret med patientens traumatisk oplevede omgivelser. At musikterapeuten på én gang er identificeret både med patientens selv og patientens selvobjekt, bevirker, at musikterapeuten hurtigt bliver informeret via overraskelsen i musikken og vender tilbage til den empatiske modoverføring.

Musikterapeuten anvender skiftet til den komplementære modoverføring til at lade sig informere om, at det nu er et godt tidspunkt at ændre stillestil og terapeutisk strategi. En ny spilleregul i form af en ABA-struktur forhandles med patienten og fører processen op på et andet niveau. Priestley har i 1994 påpeget betydningen af, at man som musikterapeut ikke kan anvende en komplementær modoverføring uden samtidig at være identificeret med patientens selv, da en komplementær modoverføring ellers kan få en destruktiv virkning på den terapeutiske proces. Også Lindvang (1998) har i sin beskrivelse af opbygning af alliance med skizofrene patienter påpeget nødvendigheden af at være identificeret i begge modoverføringspoler på én gang eller at veksle i hurtige skift. Lindvang taler om samstemmende modoverføring i stedet for empatisk modoverføring, og hun påpeger at:

“Musikterapeuten kan på empatisk vis veksle mellem at gå ind i den skizofrenes verden og at forholde sig analyserende til den musikalske interaktion. Dvs. at terapeuten er i en bevidsthedstilstand, der er fleksibel. Dette understøtter, at symmetri og asymmetri eksisterer parallelt i den terapeutiske proces” (Lindvang, 1998, s. 58).

Lindvang sammenligner terapeut/patientforholdet i arbejdet med skizofrene patienter med et tidligt mor/barn-forhold. Hun henviser til Sterns teori om barnets interpersonelle univers (Stern 1995), når hun skriver:

“Ved at studere de kommunikative forhold mellem barn og nære omsorgspersoner bliver det tydeligt, at de to former for identifikation er nøje forbundet og gensidigt understøtter hinanden. For at sikre individets eksistentielle behov for at blive mødt, for vitalitet og for kontinuitet i omsorgen er samstemmende og komplementær identifikation sammen-

hængende og derfor lige nødvendige.” (ibid. s. 61).

Her kommer Lindvang ind på et af de vigtige temaer, som viser sig at være kongruent (samstemmende) i undersøgelsen af de fire musikterapeuters forståelse af fortolkning af modoverføring: Ingen af dem har en entydig teoretisk referenceramme, som de fortolker deres forståelse af modoverføring ud fra. Alle taler om at opleve sig som værende i et mor/barn-forhold til patienten.³ Alle taler desuden om at forstå og tolke modoverføringsreaktionerne på baggrund af, hvordan de som musikterapeuter oplever, at de ændrer forholdemåden undervejs i den musikterapeutiske proces i dette mor/barn-forhold. Alle taler ligeledes om, at ændringerne sker på tidspunkter, som de oplever, har den rette timing for en ændring i processen for både patient og musikterapeut.

Vigtige uddrag af resultaternes relevans for musikterapeutisk praksis

I begge eksempler er musikterapeuterne dybt identificerede med patientens lidelse og i stand til at lade disse være i resonans med egne indre selvoplevelser. Musikterapeuterne bliver sans- og følelsesmæssigt påvirkede i modoverføringsoplevelsen uden i første omgang at være bevidst om, hvad disse sansninger eller følelser bringer af information for den terapeutiske proces. Til gengæld bevirker modoverføringsreaktionen, beskrevet som en slags nødbremse (indsættelse af stemmen) eller (et hårdt slag på trommen), at musiktera-

³ Alle patienter, der indirekte var med i undersøgelsen, var jeg-svage patienter, idet en udførlig case-beskrivelse af et musikterapiforløb med en udvalgt patient lå til grund for interviewundersøgelsen. De var erklæret ikke-egnet til verbal psykoterapi, da de ikke på det tidspunkt, hvor musikterapien og modoverføringen fandt sted, var i stand til at reflektere verbalt på et psykologisk plan.

peuten hurtigt bliver bevidst om, at der er noget særligt i gære. Musikterapeuten skifter derved opmærksomhed mod den hørbare forandring, der sker i musikken, og tillader sig intentionelt at følge denne nye retning i improvisationen. Der er med andre ord et tæt samspil mellem musikterapeutens skift i opmærksomhed og den musikalske handling.

Musikterapeuterne i undersøgelsen her havde allerede en rutine med at bevidstgøre sig om, hvad der sker i musikken og under modoverføringsoplevelser som en del af deres kliniske praksis, før denne undersøgelse fandt sted. Dette sker enten ved egne refleksioner lige efter sessionen eller gennem supervision. Interviewprocessen i undersøgelsen kom således ind som en yderligere bevidstgørelsesproces for deltagerne i forhold til netop den modoverføringsproces, som deltageren havde identificeret i det forberedte materiale, og som lå til grund for interviewet. Alle gav efter interviewet udtryk for, at de havde verbaliseret oplevelser, som de ikke tidligere havde sat ord på, og at de havde fået ny indsigt gennem interviewprocessen.

Musikterapeuterne i undersøgelsen påpeger, at de selv efter mange års kliniske erfaringer bliver ved med at identificere sig dybt med klienternes lidelser. Derfor opleves psykodynamiske forandringer fortsat som en overraskelse, der først via bevidstgørende arbejde bliver bevidst for musikterapeuten. Det er dette fænomen, jeg forstår som 'kunsten i musikterapi'. En sådan arbejdsform kræver stor tillid fra klinikerne til at turde give sig over til de processer, der opstår i musikterapien, her i form af musikalsk improvisation. Det kræver også tillid til at turde være retrospektiv fokuseret i stedet for på forhånd at prøve at styre processerne gennem opmærksomhed. Det er ikke nok på et kognitivt plan at genkende patientens relationsmønstre og projektion af svære følelser. Terapeuten må modtage og opleve disse i en grad, så de kan forarbejdes indefra hos terapeuten

og i bedste fald gives tilbage til patienten. Det er i denne modtage- og forarbejdningsproces, at musikken hjælper musikterapeuten med at finde en passende løsning.

Psykolog og psykoterapeut Jan Nielsen (2000) taler om, at terapeuten må være parat til at kunne modtage patientens følelser eller ikke-sprogliggjorte psykiske materiale og gennem en forarbejdning levere dem tilbage til patienten i en spselig form. Han peger på, at det netop er i denne modtage- og forarbejdningsproces, at man finder udspringet til modoverføringsfølelser eller modoverføringsreaktioner. Han konkluderer, at det er i et felt af desintegration, vi må forstå, at disse modoverføringsreaktioner opstår, og at disse så at sige er nødvendige for, at der kan ske en reintegration.

Nærværende undersøgelse demonstrerer, at musikterapeuter har et redskab i musikken, som kan hjælpe dem med at være med i og udtrykke en sådan desintegration, så der herigennem kan skabes grobund for overraskende forandringer i det musikalske udtryk. Disse forandringer har i undersøgelsen vist sig at være starten på en sådan begyndende reintegration.

Eksemplerne fra undersøgelsen viser ligeledes, at der kan ske psykodynamiske ændringer i terapeut/patient-relationen, som kan identificeres og beskrives gennem en analyse af musikken under og efter modoverføringsoplevelsen, uden at disse ændringer behøver at have været psykologisk og verbalt reflekterede af og med patienten. Dette stemmer overens med en af konklusionerne i Niels Hannibals ph.d.-afhandling, hvor han med vægt på præverbal overføring i musikterapi undersøger overføringsprocesser i den musikalske interaktion. Hannibal konkluderer, at: "musikalsk interaktion har et psykoterapeutisk potentiale, fordi terapeut/klient-relationen i musikken vil reflektere typiske relationelle konfliktmønstre. Den

musikalske relation kan desuden fremhæve både konflikt- og positiv overføring. Ydermere kan klienternes udvikling observeres i musikken." (2000, s. iv).

Hannibal har primært fokus på klientens overføring, hvorimod jeg har fokus på terapeutens modoverføring. Begge undersøgelser af overføringsprocesser viser, at musikken både er et redskab til at udtrykke eller transportere overføringsprocesser, samtidig med at musikken fremhæver dynamikken i processerne og hjælper med at bevidstgøre dem for terapeuten.

Jeg ser det absolut som et mål i musikterapi i voksenpsykiatrien at søge mod en tilstand, hvor patienten er i stand til at reflektere verbalt på et psykologisk plan og derigennem bevidstgøre sig om sin egen situation. Men manglende evne til psykologisk verbal refleksion er ikke en hindring for forandringer i patientens selvoplevelse og i patientens evne til at kunne relatere sig til andre. Dette kan ske gennem musikalsk improvisation i en musikterapeutisk kontekst, hvor musikterapeuten er fortrolig med at lytte til, åbne sig mod og håndtere egne modoverføringsreaktioner.

Litteratur

- Bruscia, K. E. (1998). *The Dynamics of Music Psychotherapy*. Gilsum, U.S.A.: Barcelona Publishers.
- Colaizzi, P.E. (1978). Psychological research as the phenomenologist views it. I: Valle, R.S. & King, M. (Eds.): *Existential Phenomenological alternatives for psychology*, s. 48-71. New York: Oxford University Press.
- Giorgi, A. (1975). Convergence and divergence of qualitative and quantitative methods in psychology. In: Georgy, A., Fischer, C.T. & Murray, E.L. (Eds.): *Duquesne studies in phenomenological psychology*, 2, p. 72-79. Pittsburg, PA: Duquesne University Press.
- Grocke, D. (1999). *A Phenomenological Study of Pivotal Moments in Guided Imagery of Music*

- (GIM) *Therapy*. Unpublished doctoral dissertation. University of Melbourne. Melbourne. Australia. Se www.musictherapy-world.net.
- Hannibal, N. (2000). *Præverbal Overføring i Musikterapi – kvalitativ undersøgelse af overføringsprocesser i den musikalske interaktion*. Upubliceret ph.d.-afhandling indleveret ved Institut for Musik og Musikterapi. Aalborg Universitet.
- Lindvang, C. (1998). Musikterapi og skizofreni: Opbygning af relation. I: Pedersen, I.N. (red.) *Musikterapi i psykiatrien. Årsskrift 1*, s. 45-65 Musikterapiklinikken. Aalborg. APS/AAU.
- Nielsen, J. (2000). Før terapeuten taler. Om tolkningens forløbere. *Matrix*. Vol. 2, s. 187-206.
- 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*, årg. 6, nr 2. 98-111.
- Pedersen, I.N. (1998). Musikterapi som det første skridt i en psykoterapeutisk behandlingsform med skizofrene/psykotiske patienter, - en holdning og reorganisierende musikterapeutisk metode. I: Pedersen, I.N. (red.): *Musikterapi i psykiatrien. Årsskrift 1*, s. 65-91. Musikterapiklinikken. Aalborg. APS/AAU.
- Pedersen, I.N. (1999). Music Therapy as holding and re-organizing work with schizophrenic and psychotic patients. In: Wigram, T. & De Backer, J. (Eds.) *Clinical Applications of Music Therapy in Psychiatry*. (s. 24-44). London. Jessica Kingsley Publishers.
- Pedersen, I.N. (2000). Inde-fra eller ude-fra – orientering i terapeutens tilstedeværelse og nærvær. I: Lindvang, C. (red.): *Musikterapi i psykiatrien. Årsskrift 2*, s. 81-103. Musikterapiklinikken. Aalborg. APS/AAU.
- Pedersen, I.N. (2005). At bruge musik til at håndtere modoverføring i individuel musikterapi i hospitalspsykiatrien. I: Ridder, H.M.O. (red.): *Musikterapi i psykiatrien. Årsskrift 4*, s. 40-64. Musikterapiklinikken. Aalborg. APS/AAU.
- Pedersen, I.N. (2007). *Counter transference in music therapy. A phenomenological study on counter-transference used as a clinical concept by music therapists working with musical improvisation in adult psychiatry*. Upubliceret ph.d.-afhandling, Institut for Kommunikation og Psykologi. Aalborg Universitet. Se www.musikterapiklinikken.rn.dk
- Polkinghorne, D.E. (1989). Phenomenological Research Methods. In: Valle, R.S. & Halling, S. (Eds.) *Existential-Phenomenological perspectives in psychology*. New York Plenum Press.
- Priestley, M. (1975). *Music therapy in action*. London: Constable.
- Priestley, M. (1994). *Essays on Analytical Music therapy*. Phoenixville PA.: Barcelona Publishers.
- Scheiby, B.B. (1998a). The Role of Musical Counter Transference in Analytical Music Therapy. In: Bruscia, K. (Ed.): *The Dynamics of Music therapy*. Gilsum, USA: Barcelona Publishers.
- Scheiby, B.B. (1998b). Listen to the Music of the Unconscious. Using Countertransference as a Compass in Analytical Music Therapy. In: Robbins, A (Ed.): *Therapeutic Presence. Bridging Expression and Form*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Stern, D. (1995). *Barnets interpersonelle univers*. København: Hans Reitzels Forlag.