

‘De fire behandlingsskridt’.

En introduktion til den morfologiske musikterapi.

V. Forskningsassistent Julie Exner.

(Der henvises undervejs til en casestudy i årsskriftet s. 107 som behandler den samme sygehistorie, hvorved en sammenligning af analysemodeller vil være mulig).

Indledning.

For at introducere den morfologiske musikterapi vil jeg gerne stille nogle grundlæggende spørgsmål, som jeg som musikterapeut bygger min daglige musikterapipraksis på, og prøve at ‘svare morfologisk’ på disse spørgsmål. Hvis jeg prøver at spørge helt grundlæggende, er der ting jeg oftest tager som en selvfølge:

“Jeg ved, at patienten kan udtrykke sig musikalsk, også i tilfælde af at vedkommende aldrig har spillet et instrument før”.

Hvilken evne fra patientens side hentyder jeg til, når jeg beder vedkommende om at spille sammen med mig?

“Jeg ved, at musikken er i stand til at transportere følelser ud i toner og klange, og lede spillerne til at spille således, at det der ubevidst ‘venter på at komme til udtryk’, bliver hørbart”.

Hvilken evne tilskriver jeg musikken, når jeg mener, at det er det rette medium til at forstå og omsætte hvad patienten vil udtrykke?

“Jeg ved, at når jeg har improviseret med patienten, har jeg forstået noget via den musikalske dialog”. Hvordan kan det lade sig gøre at oversætte musikalske fænomener til psykologiske fænomener?

Når en patient påbegynder et musikterapibehandlingsforløb, forholder jeg mig til ting, jeg ved udfra anamnesen og assessment, der er gået forud for behandlingens opstart.

“Jeg ved, at jeg skal behandle ‘sammen’ med patienten, således at behandling udgår aktivt fra begge parter”. Hvad forstår jeg ved behandling, og hvad kan man definere som værende behandlingens begyndelse?

Hvis jeg formulerer disse spørgsmål endnu mere grundlæggende, kunne det lyde sådan:

Hvad er det patienten kan?

Hvad er det musikken kan?

Hvad er det musikterapien kan?

Hvordan oversætter vi musik til psykologi?

Hvor begynder behandling?

Hvis jeg prøver at svare på disse spørgsmål ud fra den morfologiske musikterapis metateori, kunne det være på grundlag af følgende udredninger:

1/ Morfologiens grundforståelse er, at psyken er gestalt og forvandling, og at psyken *er*, idet den virkeliggør sig selv på en kunstanalog måde hele tiden.

2/ Musikken 'forstår' hvad patienten vil sige, fordi kunst og musik kan visualisere og gøre psykiske sammenhænge hørbare.

3/ På baggrund af paradigmet psyken er gestalt og forvandling kunne man definere musikterapi som et forsøg på at bringe en *ny bevægelse ind i gestalt og forvandlingen*.

Improvisationen i musikterapien kan lydliggøre lidelsen, muliggøre en ny oplevelse af lidelsen og ydermere formidle muligheder for at have en indflydelse på lidelsen.

4/ Musikalske fænomener skal forstås som psykiske fænomener. Man kunne sige, at der i musikken mere gives et „aftryk“ af psyken end blot et udtryk, fordi en *psykisk organisation i sin helhed*, og ikke blot bestemte følelser, afspejles i musikken.

5/ Behandling begynder længe før patienten kommer til mig. Man kan sige, at psyken har en lang erfaring med behandling, som man kunne kalde vedkommendes *selvbehandling*. Hermed menes den samlede behandlingserfaring i aktiv og passiv forstand, som har præget vedkommendes interpsykiske og relationelle omgang med sig selv og andre indtil nu. Disse svar skal i det følgende gælde som '*morfologiske overskrifter*' for det, jeg vil forsøge at uddybe nærmere.

Den morfologiske musikterapis herkomst og indplacering:

Den morfologiske psykologi blev formuleret og forelæst ved universitetet i Köln, Tyskland af Prof. Wilhelm Salber, professor i psykologi ved Psychologischen Institut 2 i Köln indtil for få år siden. Den morfologiske psykologi kan jeg ikke komme ind på i enkeltheder men blot beskrive de elementer i denne forståelse af det sjælelige, som gjorde, at den blev adapteret af fire diplommusikterapeuter som grundlag for den morfologiske musikterapi.

W. Salber beskæftigede sig med *dagligdagen og kunsten* som "prototypiske behandlingssteder". Han hævder, at vi altid er forviklet i behandling, at psyken er behandling. Den side af behandling som han kalder selvbehandlingen er fra begyndelsen *kunstanalog*, idet vi

"psykisk ikke eksisterer på grundlag af sammenkædninger, associationer, lineære årsag/ virkning begivenheder, men i form af sjælelige sammenhænge som er „spil, kompositioner, værk.“"
(Salber, 1980).

Dette belyser overskriften om musikken som „et sted“, hvor psyken som helhed afspejler sig i måden instrumenterne, samspillet osv. håndteres på. Den morfologiske psykologi kan på den ene side indplaceres som en videreførende udvikling af gestaltpsykologien, men er derudover beslægtet med mange andre af de nyere teoretiske udviklinger indenfor specielt selvpsykologien. Her kan nævnes teorien om selvets udvikling ved D.N. Stern, der også repræsenterer opfattelsen af, at det sjælelige fra begyndelsen af er kendetegnet ved helhedstrukturer og gestaltagtig sansning. (Tüpker 1996.)

Se desuden artiklen 'musikterapiens historie'.

De fire diplommusikterapeuter, uddannet i Herdecke 1980, fandt frem til, at netop den morfologiske psykologi havde en for musik- og kunstterapeuter meget relevant måde at forstå og beskrive psykiske, og analog dertil musiske processer på. Der blev dannet forskningsgruppen FMM, "Forschungsgruppe für Morphologie und Musiktherapie" som senere dannede Institutet for Morfologi og Musikterapi, IMM. IMM eksisterer nu i form af uddannelsesinstitutioner og forskningsenheder spredt over Tyskland.

Min aktuelle tilknytning er til IMM Münster, -en arbejds- og forskningsgruppe. Jeg har i forbindelse med min ansættelse i Musikterapiklinikken haft muligheden for at deltage i dette arbejde og udveksle kliniske erfaringer og teoretiske overvejelser.

For at uddybe den morfologiske musikterapis behandlingsforståelse og tilgang i praksis, vil jeg nu gå over til at beskrive, hvorledes teorien afspejler sig metodisk i de såkaldte *fire behandlingsskridt*.

De fire behandlingsskridt:

De fire behandlingsskridt indbefatter det, som en behandling i sin helhed *behøver* ud fra en morfologisk forståelse. Samtidig kan de bruges som analysemodel i forhold til såvel en enkelt session, som et helt afsluttet behandlingsforløb.

De fire skridt kan bruges som psykologiske parametre for at beskrive og forstå psykiske bevægelser. De beskriver et helt system og dets dele, som både er det "selvbehandlingssystem" patienten kommer til os med i terapi, som det system der skal være den røde tråd i den terapeutiske behandling. De fire skridt hedder på tysk: "Leiden können", "Methodisch werden", "Anders werden" og "Bewerkstelligen". Oversat til dansk:

At kunne lide, at blive metodisk, at blive anderledes og iværksættelse.

Oversat til dansk, mister de en vis sproglig elegance. Jeg håber dog, at der rådes bod på dette ved redegørelsen for det, de fire behandlingsskridt står for.

At kunne lide.

I ordet „at lide“ ligger der både det at lide *under* noget, og det at kunne lide og ikke kunne lide. Det er vigtigt, at der spørges differentieret ind til, hvad det er patienten lider under, da man vil kunne opdage, at det både handler om en lidelse og en *kunnen*. En stor del af behandlingen handler om at finde ud af, hvad vedkommendes lidelse i sin helhed drejer sig om. For patientens vedkommende betyder helhedsforståelsen af lidelsen, som tager udgangspunkt i hvordan den viser sig i den terapeutiske her-og-nu-relation, at lidelsen kan være med til at skabe en bedre integration.

Den komplekse sammenhæng bag vedkommendes lidelse kan der spørges ind til på mange forskellige måder. Både "banale detaljer", som en raffineret test vil kunne give del svar på lidelsessammenhængene. Forsøget på at møde og komme til en forståelse for patientens „at kunne lide“, foregår i flere trin. Et vigtigt udgangspunkt ville være mødet med patienten i assessmentsammenhæng. Jeg danner mig et indtryk af, hvad det er vedkom-

mende kan lide og ikke kan lide i musikken, i samspillet og i terapien i det hele taget. Dette indtryk kan jeg måske ikke i første omgang forstå fuldt ud, men der vil i dette være vigtige henvisninger til hvad der i fællesskab med patienten kan formuleres som værende den psykologiske problemstilling og den hensigtsmæssige behandlingstilgang.

At blive metodisk.

Dette betyder flere ting: Der spørges ind til hvilken metode patientens lidelse og kunnen har haft i vedkommendes liv også kaldet livsmetode. Ved at betone at der eksisterer en livsmetode, og at denne metode har kunnet *fungere* 'på godt og ondt' henvises der samtidig til patientens ressourcer.

At blive metodisk for terapeuten er at danne sig et helhedsbillede af patientens evne til at kunne lide, og af den ubevidste metode der konstellerer sig i overføringsrelationen. De metodiske skridt kommer desuden fra terapeuten i form af interventioner og tolkninger.

En vigtig del af at blive metodisk er også supervisioner, lytninger med kollegaer, og de teamsamtaler terapeuten opsøger undervejs.

Den vigtigste del af dette behandlingsskridt er dog den terapeutiske samhandlingsmetode, som er selve den terapeutiske proces. Når patient og terapeut betræder det terapeutiske rum, betyder det at en "brydningsproces" imellem den terapeutiske behandling og den selvbehandling der i forvejen eksisterer i patientens liv påbegyndes. Denne del af at blive metodisk følger komplekse psykodynamiske mønstre i de enkelte sessioner og i forløbet som helhed. Efter hver session og i supervisioner vil terapeuten kunne få indsigt i dette, men først efter at behandlingsforløbet er helt afsluttet, vil det i sin helhed stå klart hvilken udvikling den terapeutiske relation har gennemlevet og på baggrund af hvilken 'interpsykisk metode' denne udvikling kunne finde sted.

At blive anderledes .

Dette betyder, at der ses på forandringer indenfor de to ovennævnte områder. Det er væsentligt for det terapeutiske arbejde at have et system i forhold til at „måle“ eller i det hele taget at *observere forandringer* .

Man kan forstå dette helt konkret ved at se på, hvad der er anderledes i måden patienten spiller på og i det hele taget i måden at være sammen på i musikken, samtalerne osv. Kan man se på det som en forandring i evnen

til at kunne lide? Handler det om en forandring i vedkommendes metode, eller er det fordi, terapeuten metodisk forholder sig anderledes?

Det er også muligt at bruge det til at forstå vigtige forandringer indenfor vedkommendes liv. Hvis jeg 'lytter' til anamnesen, vil sådanne forandrende episoder eller øjeblikke være af betydning for den samlede forståelse. Der vil i selve den terapeutiske proces ofte være øjeblikke, som viser en forandring, jeg måske i første omgang ikke fuldt ud forstår, men blot observerer. Det kunne svare til det D. N. Stern kalder „Now moments“ (Foredrag. København, Herlev Sygehus, januar 1996), som handler om en *forandring i måden at kunne mødes* på i terapien.

Et sådant øjeblik kan have en væsentlig forandrende indflydelse på terapien fremover.

Iværksættelse.

Hermed menes det, der må 'virke' i terapien. For musikkens vedkommende er det at spille i musikterapien en måde at opleve hvordan noget kan virke, og på den måde blive 'virkeligt'. 'Det samme sjælelige' som ellers opleves som f.eks. ubevægeligt, kedeligt, kaotisk, kan ved at blive spillet erfare en drejning til at blive livlig, spændende og pludselig lettere at forstå. Iværksættelsen kan ses i forhold til de andre tre skridt; hvordan 'lidelsen sættes i værk' i terapien, iværksættelsen af vedkommendes lidelseshistorie i musikken, samtalerne osv. Hvis der har været metodiske forandringer i form af interventioner fra terapeuten side, hvorledes iværksættes disse da i terapien? Dette kunne f.eks. være en tolkning, som har en bestemt effekt på den terapeutiske relation.

Oversættelse af psykoanalytiske/ psykoterapeutiske fagord og gennemgang af sygehistorie på baggrund af de fire behandlingsskridt:

På side 108 i dette skrift behandles temaet *forsvarsmekanismer og udviklingstrin* i forbindelse med gennemgang af en casestudy. Den samme sygehistorie vil i det følgende blive belyst ud fra de fire behandlingsskridt. Indledende til dette, vil jeg gerne starte med at indordne *forsvarsmekanismer og udviklingstrin* på baggrund af præsentationen af de fire behandlingsskridt:

Udviklingstrin i kontakten imellem patient og terapeut bevæger sig på trin, der kan forstås ud fra forandringer indenfor evnen til at kunne lide. På baggrund af D.N. Winnicots modningsprocesser i den terapeutiske dialog (se ovennævnte artikel s. 107) kan jeg ud fra en reflektering over min rolle i dialogen danne mig et billede af den terapeutiske relations

morfoloisk musikterapi, 'de fire behandlingsskridt'

udvikling i forhold til om den befinder sig på etholding, håndterings eller objektrepræsentationstrin.

Jeg spørger via min involvering i patienten ind til, hvilken kontakt vedkommende *kan lide* og *ikke lide*. Jeg mærker dette i forhold til, om og hvor der sættes grænser i kontakten, og hvordan det i det hele taget er at „være sammen“. Terapeutens *at kunne lide* og *ikke kunne lide* er vigtig for at kunne analysere udviklingstrin indenfor overføring og modoverføring. Behandlingsskridtene er efter min mening velegnede til at undersøge overføringens karakteristika og kvaliteter, og jeg oplever, at jeg kan danne mig et meget helt billede af, hvad det „handler om“ i overføringen, og hvor overføringen er „på vej hen“.

Forsvarsmekanismerne kan forstås som patientens *at blive metodisk*. Jeg kan forstå forsvarsmekanismer som en væsentlig del af den allerede beskrevne livsmetode. Livsmetoden vil understrege, at forsvarsmekanismer skal forstås som en måde at komme klar på - som en vigtig ressource. Når jeg ser på forsvarsmekanismer som en vigtig del af livsmetoden, giver det også mening, at det psykiske forsvar ikke blot er et symptom der skal fjernes, men at der i terapiens forløb sker noget i vedkommendes *evne til at kunne lide*, som muliggør en lempelse i forsvaret. Det psykiske forsvar som en evne til at regulere kontakten med omgivelserne, skal kunne udvikle sig i overensstemmelse med den proces behandlingsskridtene beskriver.

At blive anderledes har med den psykoanalytiske forståelse *at blive sig bevidst* at gøre. Lidelsen undergår derved en transformation, hvad enten det sker i verbalisering af følelser, eller det er en oplevelse på et non-verbalt plan.

Synlige, hørbare eller mærkbare forandringer indenfor evnen til at kunne være i kontakt og indenfor forsvarsmønstret kan tydeligvis forstås som hørende til det tredje behandlingsskridt, *at blive anderledes*. Der bliver blot fokuseret mere på selve processen, hvor man ellers ofte nøjes med at se på forandringsresultatet.

Begrebet kontakt, den terapeutiske alliance og behandling via overføring og modoverføring/ projektiv identifikation som det centrale i den psykodynamiske behandlingsforståelse, beskrives i det morfoloiske omfattende fagord *„det fælles værk“* (Salber 1980).

Det fælles værk er ikke kun musikken men hele terapien, hvor improvisationen med patienten er en del af denne helhed. Improvisationen er det sted, hvor det er muligt at *mødes* og *forstå* noget. Samtalerne, der går forud for spillet og som følger op på musikken bagefter, er væsentlige for terapiens forandrende impulser. Det fælles værk indeholder dog *alle* de momenter, der opstår i mødet imellem patienten og terapeuten. De handlinger, som udgår fra såvel patient som terapeut er lige væsentlige for den forandringsproces, der muligvis kan sættes i gang. Kunstanalog behandling finder sted på baggrund af en *tydeliggørelse* og *tilspidsning* af den *psykiske konstruktion* patienten kommer til behandling med. Musikken vil være det sted, hvor en tydeliggørelse og tilspidsning kan fremmes. Samtidig vil musikken kunne fremme indflydelses- og håndteringsmuligheder.

De fire behandlingsskridt i forhold til assessment.

(Se venligst sygehistorie i dette skrift som baggrund for følgende udredninger). I løbet af assessmentforløbet kan jeg starte med at undersøge, hvor det er muligt at få øje på patientens *at kunne lide*, *at blive metodisk at blive anderledes* og *iværksættelsen* både i det jeg oplever sammen med patienten og udfra det, jeg ved fra anamnesen og fra henvisningen. Sygehistorien omhandler en ung mandlig skizofren patient, som efter tre gange prøveforløb i musikterapien, startede på et fast behandlingstilbud som afsluttedes efter knap 2 års behandling.

Analyse af assessmentforløbet.

Patientens *at kunne lide*:

Jeg prøvede i første omgang at spørge ind til, hvad det var han *kunne lide* og *ikke kunne lide*, i den umiddelbare kontakt med musikterapien. Først og fremmest bemærkede jeg, at han kunne lide at spille. Vi spillede meget i sessionerne, hvorimod samtalerne om musikken til at begynde med var meget kortfattede og træge. Han sagde også selv, at han "bedst kunne li' at spille, og ikke synes at han var god til at snakke".

Hvad var det, han kunne lide ved at spille?

Jeg fandt ud af dette ved at spille sammen med ham, og i udgangspunktet følge hans spil.

Spilleoplæggene indkredsede måder at spille sammen på, - hvilke instrumenter han selv foretrak at spille på, og hvilke han bedst kunne lide, at jeg spillede på. Han gav udtryk for at kunne lide musikterapien, selvom han blev træt. Trætheden kunne vi senere i fællesskab belyse nærmere.

morfologisk musikterapi, 'de fire behandlingsskridt'

Patientens at blive metodisk:

Ved henvisningen hed det, at patienten havde svært ved at verbalisere følelser, og det var svært at få en god kontakt med ham. Desuden kunne jeg erfare, at patienten allerede før indlæggelsen havde isoleret sig mere og mere. Jeg fornemmede at isolationen, det autistisk prægede forsvar, beskrev en del af hans *at blive metodisk* og at det som han primært led under, var gået forud for hans isolation. Jeg forstod også hans behov for ikke at ville tale om sin historie i terapien som en beskyttelsesmetode, der var vigtig i første omgang at holde fast ved, da det gjorde det muligt for ham overhovedet at komme til terapi.

Hans interesse og motivation for at spille gjorde det muligt at tage udgangspunkt i det, der viste sig i musikken, og at undersøge hvorvidt det var muligt terapeutisk at arbejde videre derudfra.

Terapeutens at blive metodisk:

Jeg prøvede at blive en del af denne måde at være i musikken på, for derved at danne mig et indtryk af hvordan det føles at være i musikken, og hvad et sådant udtryk kunne handle om i forhold til at kunne lide. Jeg prøvede at få et indtryk af, hvordan han kunne lide at være sammen med mig i musikken, og hvordan han reagerede på min måde at møde ham i musikken og samtalerne på. Jeg kunne fastslå at min identifikation med hans spille måde åbnede op for en intens musikalsk udveksling, som udenfor musikken ikke syntes mulig.

Patientens at blive anderledes:

Hans evne til at bruge musikken til at udtrykke sin uro og rastløshed, og evne til *at være sammen* i rastløsheden åbnede op for muligheden for at noget kunne forandre sig. En hørbar forandring kunne allerede beskrives indenfor de første sessioner. Via forskellige spilleoplæg var det muligt at arbejde med rastløsheden som en energi, der kunne *reguleres i samspillet*. Det var muligt at strukturere den endeløse klangbølge og være i en intensiv musikalsk kontakt, som gav oplevelsen af at forstå hinanden i den musikalske dialog.

Iværksættelsen:

Dette var på det tidspunkt, at han tillod sig selv at komme til udtryk i musikken, og var kompliant i fremmødet til terapien. Han ville gerne fortsætte med musikterapi, fordi han oplevede, at han „kunne bruge det til noget“. Han havde oplevet, at det efter musikterapien havde været muligt for ham at regulere en følelse af uro i kroppen oppe på afdelingen, ved at han „trommede på bordet“ og bagefter følte sig roligere. Det var i begyndelsen primært denne fysiske/ psykiske regulering af bevægelse/ energi som var det centrale udgangspunkt. Som noget sekundært dertil stod på dette tidspunkt det egentlige musikalske udtryk og dets oversættelse i ord.

Der opstod således på baggrund af assessmentforløbet følgende helhedsindtryk:

Patienten viste evne til at kunne bruge musikken til *at vise og dele* det, han led under. Hans spillemåde afspejlede den rastløshed, han fornemmede i kroppen, men han oplevede, at rastløsheden i musikken følte som en *energi* han kunne bruge til noget, mens den udenfor musikken blot følte som uro. Udenfor musikken følte han tomhed, kedsomhed og træthed. Musikken var alt andet end tom og træt. Det var svært for patienten at samtale over musikken, da han umiddelbart efter at musikken var slut, igen følte træthed og tomhed. Han kunne ikke forholde sig til musikken som værende et udtryk for noget, der var *i* ham.

Patientens spillemåde afspejlede hans lidelse og livsmetode/ selvbehandling ved, at såvel hans beredskab og evne til at være i kontakt, som det autistisk prægede forsvar blev tydeligt via samspillet.

De improvisationer, der opstod indenfor de første sessioner, afspejlede også muligheden for at 'noget måtte blive anderledes', ved at det var muligt at *strukturere og variere* det fælles musikalske udtryk. Spillemåden kunne formuleres til på den ene side at være en metode, som han ellers brugte til at holde svære følelser i skak med. På den anden side oplevede han, at måden at kunne regulere energi på i musikken, også kunne *iværksættes* som en ny måde at regulere samværet med andre på.

Patienten formåede således sammen med terapeuten at *sætte sin at kunne lide og at blive metodisk og at blive anderledes i værk'* og viste beredskab til at denne *iværksættelse* kunne være basis for et fast behandlingsforløb. Ud fra denne helhedsvurdering af de tre gange assessment, blev følgende foreløbige terapeutisk målsætning i fællesskab med patienten formuleret:

morfolgisk musikterapi, 'de fire behandlingsskridt'

"At bruge musikken til at udtrykke sig med og til at få bedre kontakt til følelser. At lære at blive bedre til at sætte ord på følelser og tilstande med henblik på at kunne kommunikere bedre med sin omverden".

De fire behandlingsskridt i et helt behandlingsforløb.

Hvis jeg ser på den udvikling, der var mulig indenfor det *fælles terapeutiske værk* i sin helhed, kan jeg anvende de fire behandlingsskridt som analysemodel.

At kunne lide i det fælles værk:

Det som patienten i begyndelsen beskrev at han led under, rastløshed, tomhed, træthed, blev via terapien langsomt tydeligt i form af følelser som *vrede* og *savn*.

Rastløsheden blev tydelig som energi, der kunne formuleres som *vrede* og som længsel efter 'at leve'. Fra at have „ingen følelser“, ikke mærke lidelse eller nydelse, blev et *afsavn* tydeligt, som handlede om at mangle kontakt.

Patienten kunne lide at indgå en musikalsk kontakt, hvor det var muligt at være fraværende og til dels at benægte kontakten, uden at kontakten blev brudt. Det var på dette grundlag muligt at videreudvikle kontakten trinvis til at blive mere bevidst og mere moden:

Fra at være præget af en tidlig mor/barn kontakt, båret af terapeutens identifikation med patientens *at kunne lide*, opstod der efterhånden en bror/ søster præget overføring som mod slutningen udviklede sig til en paroverføring. Patienten blev samtidig klar over sit behov for stadig at kunne "trække sig ind bag sin skal", når det hele blev for meget. Han blev klar over, at trætheden, at han kunne lide at sove og sov mere end nødvendigt, hang sammen med dette behov.

At blive metodisk i det fælles værk:

På baggrund af det *split*, der var imellem det, der kunne leve i musikken, og det som levede udenfor musikken, opstod der et metodisk skridt i form af oversættelse af musikken til 'billeder' i stedet for ord. Disse billeder, som både var billeder, der opstod via en fælles visualisering af musikken og med farver på papir, åbnede op for, at patientens historie måtte blive fortalt efterhånden. Følelser kunne blive tydelige, uden at de behøvede at blive relateret direkte.

Metodisk forandrede sessionens forløb sig fra at prøve at formulere konkrete spilleregler forud for spillet til i stedet at spille udfra spilleoplægget; "at lade det blive tydeligt som følelsesmæssigt var i 'rummet' for derefter i fællesskab at sætte ord på dette". Det betød, at *her og nu situationen* var udgangspunkt for det, der blev givet udtryk for i musikken og tydeliggjort via billeder og samtaler.

At blive anderledes i det fælles værk:

Det, som først var en tilstand af rastløshed, uro og træthed, som patient og terapeut kunne være sammen om i musikken, undergik en forandring via den fælles musikalske bearbejdning. Ved at lidelsen efterhånden 'fik et navn' i form af vigtige følelser og kunne formuleres som vigtige psykologiske problemstillinger, integreredes langsomt det, der levede i musikken til at blive en væsentlig selvoplevelse. Øjeblikserfaringer som patientens udbrud, "**er det virkelig mig?**", var typisk at indordne som et trin i *at blive anderledes*.

Det var over en længere periode i begyndelsen af terapien kun muligt at opleve, at noget blev anderledes *indenfor* musikterapiens fire vægge, og det var tydeligt, at forandringsprocessen behøvede det beskyttede terapeutiske rum.

Iværksættelsen i det fælles værk:

Det, som kunne blive virkeligt i det fælles værk i terapien, kunne virke ind i patientens selvoplevelse, således at hans egen historie kunne blive genfortalt, og han selv dermed kunne blive 'mere virkeligt'.

Hans forestilling om at kunne få en kæreste igen viste også, at han nu oplevede sig selv ikke kun som en mere hel person igen men også som en mand med følelser, lidenskab og længsel. I drømme og associationer blev 'kvinden i hans liv' tydelig, og hun fik, efter først at have været taget ud fra ugeblade og film, efterhånden også en mere virkelig gestalt. Det var nu vigtigt, at hun skulle kunne forstå ham og kunne lide ham „som han er“.

Med tiden blev det tydeligvis muligt for patienten at iværksætte forandringer udenfor terapien og udenfor behandlingssystemet i det hele taget. Han begyndte at gå i skole igen og oplevede, at han havde en bedre kontakt til sine omgivelser. Han havde fremtidsvisioner som viste, at han havde fået et langt større, men også mere realistisk selv billede.

Oversigt over behandlingens skridt:

Jeg vil nu forsøge med et skema at skitsere den samlede proces indenfor de fire behandlingsskridt i forhold til assessmentforløbet og det samlede behandlingsforløb.

I artiklen om forsvarsmekanismer og udviklingstrin i dette skrift beskrives en *spiralagtig udvikling*, hvor patienten, fra at være inde bag en 'lukket lydmur', efterhånden bevægede sig længere og længere 'udenfor muren'. Det indre 'rum bag muren', som var hans følelsesliv, blev mere levende, således at det ikke kun var muligt at komme længere *ud i kontakten til omverdenen* men også længere *indad i kontakt med sig selv*.

De fire behandlingsskridt kan betragtes på ethvert 'trin på vejen' i denne spiralagtige bevægelse. Det er således muligt at belyse en forskellig kvalitet af *at kunne lide* når det foregår 'inde bag lydturen' og senere 'udenfor lydturen'.

Udviklingstrinnet som præget af en tidlig mor/ barn overførsagsagtig *at kunne lide* og behøvede en bestemt ramme og bestemte 'regler' for samværet og samspillet. Denne metode til dialogføring hvor der var små tegn på *at blive anderledes* i form af en videreudvikling, kunne høres i det konkrete musikalske materiale. Jo mere denne samspilsform kunne *iværksætte* sig i terapien, jo mere åbnede det op for muligheden for at tage et næste skridt. Jeg har kunnet observere hvordan evnen til *at kunne lide, at blive metodisk at blive anderledes og at iværksætte* forandrede sig fra udviklingstrin til udviklingstrin:

Det, som patienten *ikke* kunne lide ved det første udviklingstrin i terapien, f.eks. at tale om sin historie, blev til dels først forståeligt i det øjeblik terapien befandt sig på et mere modent udviklingstrin.

Ved at benytte de fire behandlingsskridt som 'spørgsmål' på hvert trin i processen, kunne jeg begynde at forstå den forandring, patientens følelsesliv gennemlevede under behandlingen.

Til sidst var det muligt at danne sig et billede af hvorvidt det lykkedes terapien at *iværksætte* patientens lidelse, således at en forandring og bedring var mulig.

På denne måde blev de fire skridt lukket til en hel gestalt.

Dette skema skal forstås som supplerende overskrifter på spiralmodellen i den anden artikel:

Til venstre beskrives de fire behandlingsskridt anvendt i forhold til assessment.

Til højre beskrives den bevægelse indenfor de fire skridt, der var mulig i det fælles værk imellem patient og terapeut.

Patientens at kunne lide

Patienten led under den historie som førte til at han blev indlagt og desuden under rastløshed, træthed, manglende koncentration og kedsomhed. Han led under "ingen følelser" at have, og at savne kontakt til andre. Han kunne lide at spille og føle sig båret af terapeutens toner.

Patientens at blive metodisk

Hans metode havde været at lukke sig inde bag en beskyttende skal, at holde vigtige følelser som vrede og længsel nede. Vreden oplevede han som negativ og farlig, men den kunne i musikken arbejdes med som en positiv energi.

Patientens at blive anderledes;

De vigtigste livsbegivenheder ud fra anamnesen var adoptionen som lille barn, at han blev slået som 18årig og derefter isolerede sig. Indlæggelsen på psykiatrisk sygehus.

Patientens erfaringer med iværksættelsen,

Indlæggelsen og behandlingen igangsatte en forandrende proces. Vigtige følelser blev 'i-værk-sat'. Musikterapien måtte med tiden have en aktiv indflydelse på hans liv.

At kunne lide i det fælles værk

Det fælles værk kunne nyde godt af at spille og af en gennemgående positiv alliance. Terapien var et sted, hvor patienten kunne åbne op for at udtrykke sig og være i kontakt med energi og livslyst. Det fælles værk led under et vist split imellem det, der skete i musikken og samtalerne.

At blive metodisk i det fælles værk,

Der blev taget udgangspunkt i den kontakt til egen følelser og til terapeuten som var mulig fra patientens side. Billeder blev inddraget som overgang fra musik til ord. Terapeutisk metodisk var en præverbal dialogform og trinvis videreudvikling derudfra fremherskende.

At blive anderledes i det fælles værk

Måden at kommunikere i musikken på forandrede sig sammen med udviklingen indenfor den terapeutiske kontakt. Livshistorien dukkede op i små glimt, blev mere hel.

Iværksættelsen i det fælles værk,

Centrale følelser måtte med tiden antage klare gestalter, fra at være rastløshed og tomhed til at være vrede og længsel. Den terapeutiske relation modnedes fra et *holdingplan* over *håndtering* til at iværksætte *objektrepræsentation*.

Konklusion;

Patientens *at kunne lide* havde gennemgået en længere "behandlings-historie" via det fælles værk. Dette tillod, at den historie han kom med til behandling måtte blive hørbar, og i små bidder efterhånden blive mere *hel*. Patienten havde oplevet, at begyndelsen på hans livshistorie via adoptionen blev abrupt afbrudt, og lå tilbage i en „tåge“, som aldrig helt ville kunne blive lettet.

Han havde senere befundet sig i en „psykotisk tåge“, som gjorde, at han „blev væk“ for omverdenen. Det autistiske forsvar, havde fungeret som en **beskyttelse overfor at forstå og blive forstået** og dermed også overfor at blive konfronteret med følelser, som måske havde en sammenhæng helt tilbage til den tidlige barndom.

At han ikke ville tale om baggrunden for indlæggelsen, kunne *jeg* ved behandlingens afslutning bedre forstå.

Jeg måtte tænke på G. Benedettis forklaring på den meget vigtige beskyttende funktion symptomerne kan have for de psykotiske patienter. Ved at være i en 'psykotisk verden' er der sørget for en vis beskyttelse overfor forståelse udefra.

Forståelsen er 'farlig' for patienten, tågen er ikke kun beskyttelse, men også et stykke *frihed*, som terapeuten, ifølge Benedetti, ikke blot må fratage patienten. Derfor er det for den psykodynamiske forståelse i udgangspunktet vigtigt, at kunne møde patienten *i* hans symptom.

Afsluttende bemærkning

De fire behandlingsskridt er udfra den morfologiske terapiforståelse, som beskrevet i indledningen, *nødvendige trin i enhver terapeutiske udvikling*.

De kan derfor gælde som en slags checkliste, når jeg analyserer en session eller et helt terapiforløb. De kan da bruges forskelligt og supplerende i forhold til andre analysemodeller, som demonstreret med den efterfølgende sygehistorie.

Morfologiens force er i såvel observations- som analysesammenhæng at den holder sig så tæt som muligt op ad de fænomener der viser sig. Behandlingsskridtene skal være et forsøg på at lade behandling og analyse/ forskning gå hånd i hånd i forhold til genstand og metode.

Jeg oplever dem som gode, i forhold til at observere og beskrive den transformation patienten befinder sig i under et behandlingsforløb.

De omfatter det sunde og det syge, der vises interesse for detaljer som i første omgang kan syntes uvæsentlige, og der bliver samtidig spurgt efter de helt dybe sammenhænge bag patientens lidelseshistorie.

De er derfor egnede til at undersøge musikalske fænomener i terapien, hvor både såvel det legende, nye, 'frie' og afprøvende plan, som det alvorlige, og ud fra historien uomgængelige plan, kan mødes samtidig.

Litteratur:

Benedetti, G. (1991) *Todeslandschaften der Seele*.
Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Salber, W. (1980) *Konstruktion Psychologischer Behandlung*.
Køln: Bouvier Verlag.

Tüpker, R. (1996) *Ich singe was ich nicht sagen kann*.
Münster: LIT verlag.

Winnicot, D.W. (1965) *Familien og den individuelle udvikling*.
Oversat til dansk 1996 København: DET lille FORLAG.