

Efter improvisationen fortæller D, at hun var uden for tid og rum i alle tre dele af musikken. "Kun da du slog på trommen, fik jeg ligesom et elektrisk stød og kom tilbage i tid og rum". På min forespørgsel om, hvad det umiddelbart gjorde ved hende, fortæller hun, at hun fik lyst til at overdøve mig, men hun turde ikke.

- 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. Lektor fra 1986, og siden 1995 desuden klinikleder på Musikterapiklinikken på "Aalborg Psykiatriske Sygehus – Center for Behandling og Forskning".

Forsker i modoverføring som led i et senior ph.d.-studium ved Aalborg Universitet. Har været medforfatter til tre bøger, samt udgivet adskillige bogkapitler og tidsskriftartikler i nationale og internationale tidsskrifter dels om musikterapi og dels om musikterapi i psykiatrien. Har 20 års klinisk erfaring med musikterapi. Henvendelse: psyk.INP@nja.dk

At bruge musik til at håndtere modoverføring i individuel musikterapi i hospitalspsykiatrien

Inge Nygaard Pedersen

Resumé: Artiklen beskriver kliniske og teoretiske perspektiver på forståelsen og anvendelsen af fænomenet modoverføring i musikterapi i voksenpsykiatrien. De kliniske perspektiver er hentet fra min tiårige praksis i musikterapi i hospitalspsykiatrien herunder primært fra arbejde med borderline patienter eller patienter med personlighedsforstyrrelse. De teoretiske perspektiver er uddrag fra en historisk litteraturgennemgang vedrørende forståelse af fænomenet modoverføring fra Freud til i dag. Der indgår en analyse af en klinisk improvisation fra egen praksis ud fra fem dimensioner i måden at forstå modoverføring på som er udarbejdet af en gruppe af psykoanalytikere kaldet 'specifister'. Analysen er baseret på egne notater, dialogudskrift og observatørnotater. Overordnet er artiklen et led i mine senior ph.d.-studier indenfor emnet på Forskerskolen i musikterapi på Aalborg Universitet.

Introduktion

Jeg har i mange år været interesseret i på et dybere plan at forstå de kliniske begreber overføring og modoverføring, begreber som blev udviklet af Freud indenfor den klassiske psykoanalyse omkring 1910-12. Derfor var det naturligt for mig, da jeg i 2003 fik en mulighed for at påbegynde et senior ph.d.-studium, at mit tema blev centreret omkring udforskning og forståelse af fænomenet modoverføring anvendt som et klinisk begreb af musikterapeuter, der arbejder med musikalsk improvisation i voksenpsykiatrien.

Denne artikel er et led i dette studium og den er således sammensat af såvel sammenfatninger af mange års kliniske erfaringer med brug af modoverføring i voksenpsykiatrien, samt af et mere teoretisk afsnit omkring forståelsen af dette begreb igennem psykoanalysens udviklingshistorie.

Identificering af begrebet overføring og af

overføringsneurosen var som nævnt en af den østrigske psykoanalytiker Sigmund Freuds epokegørende opdagelser omkring 1910 og den var med til at præge hele teorigrundlaget for psykoanalysen. Overføring handler om ...

”patientens tendens til at tillægge aktuelle personer i omgivelserne følelser og egenskaber som engang var forbundet med vigtige personer i den tidlige barndom (som regel forældre og søskende). Overføringen står således i vejen for at opfatte og forholde sig til mennesker på en fuldt ud hensigtsmæssig måde.” (Cullberg s. 481)

I den psykoanalytiske behandling optræder terapeuten gennem en neutral forholdemåde overfor patienten som en skærm for patientens overførings reaktioner. Som analysen skrider frem vil disse fænomener optræde mere og mere systematisk, og patienten kan finde en tilsyneladende bekræftelse på sin opfattelse ved at tillægge terapeutens reaktioner

og adfærd bestemte betydninger, og en overføringsneurose er dannet. Ved systematisk at analysere denne kan analytikeren påvise

”at patientens opfattelse ikke er baseret på reelle iagttagelser (som privatperson er analytikeren jo ukendt for patienten), men på et indre lager af forventninger og forudfattede meninger, som kan påvises at være forbundet med tidlige uløste omstændigheder og behov. Dette hjælper patienten til på en mere direkte måde at genopleve og bearbejde tidligt fastlåste følelser – sorg, vrede, had, afhængighed, kærlighed etc. Aktuelle forhold til medmennesker bliver samtidig i mindre grad belastede af dette ofte skyldprægede materiale fra fortiden.” (Cullberg, s.482)

Freud tillagde sin opdagelse af overføringsneurosen så stor betydning at den i mange årtier fremover kom til at skygge for nærmere undersøgelser af andre relationsfænomener, der var baseret på her-og-nu-kontakten mellem psykoanalytikeren og terapeuten uden at være bundet i overføringer. Parallelt hermed varede det også mange år før der kom en lige så grundlæggende nysgerrighed overfor terapeutens modoverføring, der kan defineres som terapeutens ubevidste reaktion på klientens overføring. I udgangspunktet blev modoverføring således forstået som en ubevidst form for kommunikation i den terapeutiske situation.

Gennem psykoanalysens historie er modoverføring blevet anset som et fænomen, terapeuten skulle stræbe mod at undgå eller beherske. Eller det blev anset som et fænomen der kunne være yderst informativt og klinisk anvendeligt, når det blev bevidstgjort og anvendt på det rette tidspunkt og med den rette intensitet.

Et af de spørgsmål jeg har stillet mig lyder: Når en modoverfølelse ikke umiddelbart bliver bevidst er det så på grund af terapeutens modstand mod at føle eller forstå noget, som

kan have været traumatisk i terapeutens egen livshistorie? Eller er det på grund af mangel på udviklet sensitivitet hos terapeuten i hans/hendes forhold mellem sansninger, følelser og fornuft, idet sansninger og følelser informerer fornuften, når modoverføringsoplevelser bevidstgøres?

Et andet vigtigt spørgsmål for mig i den forbindelse er spørgsmålet om, hvilken form for viden om patienten der kan opnås hos terapeuten gennem processen med at gøre modoverføringsoplevelser bevidste. Dette uanset om det sker i selve musikterapisituationen, i egne refleksioner over musikterapisituationen eller i supervision. Og endelig: Hvordan kan terapeuten vide om modoverføringsreaktioner er til gavn for klienterne?

Disse spørgsmål er blevet mere og mere påtrængende gennem de sidste ti år, hvor jeg har arbejdet i hospitalspsykiatrien. Jeg vil i denne artikel forsøge at belyse disse spørgsmål, dels gennem en kort teoretisk gennemgang af modoverføringsbegrebets historie, dels gennem illustrationer fra klinisk praksis.

At arbejde i et afvisningsfelt. En ulogisk håndtering

I mit musikterapeutiske arbejde i psykiatrien anvender jeg ofte ikke-logiske måder at forstå og være til stede på i en relation. Måder som er ulogiske sammenlignet med almene sociale og kulturelle relationsmåder. For eksempel forlader jeg ikke bare terapilokalet, selv om en borderline-patient bliver ved med at fortælle mig, at jeg spilder min tid med at være sammen med hende, og at hun ikke kan forstå, at jeg kan holde ud at være der, eller at hun ikke mener, det fører til noget, at jeg sidder der sammen med hende. Jeg kan alligevel ikke hjælpe hende.

Så selv om jeg får en logisk viden om, at hun afviser mig, og at hun ikke synes hun er værd at være sammen med, og at hun ikke mener

jeg kan være til nogen hjælp overhovedet, så bliver jeg i rummet og prøver at finde ud af, hvad det er der sker på et ikke logisk plan.

Blev jeg præsenteret for de samme ord som ovenfor beskrevet i andre sociale sammenhænge, ville jeg formentlig argumentere, skændes eller forlade stedet. Så det er en del af min professionelle viden og empati, der gør, at jeg ikke blot skændes eller forlader rummet i terapisituationen, selv om patienten opfordrer mig stærkt til det.

Men bliver jeg så i terapi situationen, fordi jeg har læst en del litteratur om, at en sådan adfærd kan man i nogle tilfælde forvente i arbejdet med borderline-patienter? På et ikke-logisk plan kan det være udtryk for en ubevidst strategi fra patientens side, hvor hun er nødt til at afvise først, så hun slipper for at være den, der igen og igen bliver afvist.

En sådan generaliseret viden om adfærd i arbejde med disse patienter er selvfølgelig utrolig nyttig, så jeg ikke bare reagerer logisk og "skrider fra den afvisende og uvenlige patient" og dermed endnu engang bekræfter hende i, at hun ikke er noget værd. Det giver mig viden om, at min umiddelbare følelse af at blive afvist ikke skal ageres ud, men registreres og anvendes i processen med at forstå, hvad det er der sker. En del af arbejdet består således i at rumme de følelser, afvisningen medfører, for at få mulighed for at undersøge, hvilke 'andre informationer' en sådan massiv afvisning kan indeholde. Min viden om adfærden kan bruges til en tolkning på et eller andet tidspunkt i processen, når der er opbygget en stabil alliance. Tolker jeg med denne rationelle viden om adfærden, før alliancen er stabil, vil tolkningen formentlig blot afføde endnu mere afvisning og afstand imellem os. Så hvad kan jeg gøre som musikterapeut, mens jeg sidder der i afvisningsfeltet?

Jeg har ofte lagt mærke til, at jeg sidder og mærker noget andet end det, jeg hører i

ordene fra patienten. Med andre ord sidder jeg i en slags dobbelt oplevelse. Ud over følelsen af frustration eller af at blive såret, som patientens ord, der ofte er ledsaget af vrede eller distance, udløser i mig, kan jeg samtidig mærke følelser som tristhed, tomhed, ensomhed og/eller hjælpeløshed. Dette kan altså give mig en anden form for viden, som jeg heller ikke bare kan give tilbage i form af tolkning, da sådanne følelser kan være ubevidste eller uacceptable for borderline-patienten. Jeg kan således sidde med flere slags informationer, som jeg må rumme og lagre til senere anvendelse.

Så hvad kan jeg da gøre? Jeg kan være opmærksom på, hvad jeg føler. Jeg kan tillade følelserne at være der. Jeg kan bære dem for både patienten og mig selv, så længe det er relevant. Med andre ord; jeg kan gøre mig selv til en slags container, som, når jeg tillader mig at rette min fulde opmærksomhed mod patienten og være åben overfor stemninger i rummet imellem os og omkring os, kan rumme følelser, som godt nok vibrerer i mig, men som tydeligvis er sat i gang af, at jeg som den person, jeg er, sidder overfor lige netop denne patient her-og-nu. Det kan føles som et pres. Som om jeg bærer følelse for os begge to i en periode – ikke fordi patienten bevidst fører noget over på mig, men fordi patienten ikke er i stand til at rumme disse følelser, som noget der tilhører hende. Derfor spaltes disse følelser væk fra bevidstheden hos patienten, og i mange tilfælde også hos mig i starten, og de kommer til at virke så meget desto stærkere i rummet, og specielt i feltet imellem os på et ubevidst og nonverbalt plan.

Her kommer så musikken ind i billedet. Jeg har ofte oplevet at det for mig som terapeut er lettere at rumme presset af følelser i afvisningsfeltet, når jeg kan spille i situationen. Det betyder ikke at følelserne forsvinder eller negligeres, men presset forbundet med følelserne og den forstemthed eller fastlåsthed, der ofte følger med, kan få

et udtryk gennem en handling. Det kan være at jeg i første omgang spiller alene. Hvis det er muligt at spille med patienten kan musikken være med til at give et udtryk til det fælles der sker imellem os. Jeg kan spille på forskellige måder i forhold til eksemplet med den afvisende patient:

Forskellige måder at håndtere spilleregler på i afvisningsfeltet

Håndteringsmåde a:

Jeg kan spille på en måde, så jeg lukker mig om mig selv i mit eget musikalske udtryk, samtidig med at jeg er til stede og opmærksom på, hvad der sker med patienten – uden at jeg kræver at patienten skal spille sammen med mig eller spille på nogen bestemt måde. Spillereglen kunne da hedde: *"Uanset hvilke følelser vi begge sidder med, må de godt være her, og vi har begge mulighed for at spille det, vi hver især har brug for at udtrykke. Vi ved ikke, om vi kommer til at spille sammen eller ej."* Ved en sådan løsning anvendes musikken til at få opmærksomheden væk fra fastlåstheden i afvisningsfeltet. Dette giver patienten mulighed for at få lov at beholde sine aggressive/destruktive følelser, samtidig med at en anden person – musikterapeuten - forbliver til stede i rummet (mærker og overlever angrebet), og er en mulig samspilspartner. Personligt kender jeg oplevelsen af, at det, at spille musik ud fra en sådan spilleregul, gør det nemmere for mig som terapeut at komme til at rumme de følelser, jeg mærker bag ved patientens ord, da det ofte er disse, som virker stærkest ind på mig i situationen, og som kan gøre det svært for mig som terapeut at bevare jordforbindelsen. Ofte udformer jeg musikken som en gentagen rytme, tone eller lille melodi med akkompagnement, hvor den fysiske handling og musikalske gentagelse i sig selv virker stabiliserende og ofte også transformerende på mine egne følelser. Samtidig giver det patienten en tryghed, at hun hører, at jeg bliver i en gentagelse, så jeg

er forudsigelig og ikke pludselig udagerer i musikken. Hun ved, hvor hun har mig, og det kan være nemmere for hende at begynde at lytte til mig og se mig som en ikke helt så farlig person, som én hun måske ikke behøver at afvise så bastant. Jeg forsøger igennem min spillemåde også at vise patienten, at det er OK for mig at være sammen med hende, uden at jeg aktivt forsøger at hjælpe hende. Jeg spiller jo for mig selv og ikke for hende. Det sidste ville ofte være for farlig for patienten, da det vil udfordre hendes behov for at bevare et selv billede af, at hun ikke er noget værd, og derfor heller ikke må få noget musik eller nogen hjælp.

Håndteringsmåde b:

Jeg kan også vælge at mærke, hvad der sker som ovenfor og så med min opmærksomhed træde lidt ud af situationen og observere os begge lidt ude fra, så jeg derved kan sætte ord på den meningsløse situation, vi sidder i sammen. Patienten har jo valgt at komme til musikterapien, selv om hun oplever det nyttesløst og meningsløst. Dette ville jeg i givet fald påpege verbalt og bagefter foreslå, at vi begge spiller over temaet: *"Meningsløshed"*. I dette eksempel tilbyder jeg patienten, at vi deler følelsen af det meningsløse og prøver at udtrykke det sammen i musikken. En sådan opgave udmøntes ofte i noget paradoksalt, da alene det faktum, at meningsløsheden bliver tilladt og bliver fokus for en fælles opmærksomhed, gør det svært for os begge at bibeholde følelsen af, at det er helt meningsløst. Ved en sådan spilleregul er det vigtigt overfor patienten at sætte ord på, at den meningsløshed jeg spiller lyder sådan, som jeg lige nu kan opleve og udtrykke det, og det er ikke nødvendigvis lig med den meningsløshed patienten oplever, da patienten ellers kan komme til at føle sig karikeret eller ikke respekteret. En sådan spilleregul kræver, at der er opbygget en smule tillid mellem terapeut og patient.

Håndteringsmåde c:

En tredje måde at håndtere den ovenfor beskrevne situation, hvor en patient afviser meget direkte, kommer på tale, når der er opbygget så megen tillid, at en tolkning af den direkte adfærd eller af det, jeg som terapeut hører og mærker bagved ordene, er muligt. Drejer det sig om tolkning af adfærden kunne spillereglen hedde: *"Vimå godt afvise hinanden i musikken."* Her accepteres klientens behov for at afvise, sådan som jeg mærker og tolker det som musikerterapeut, men terapeuten får tildelt samme rettilighed og afvisningen bliver gensidig, så der hverken bliver en egentlig taber eller vinder. Musikken bliver derfor en kamp mellem to, der gensidigt afviser hinanden. Samtidig er det ikke så farligt eller brutalt at afvise i musikken som med ord. Her kan de følelser der er forbundet med afvisningen klinge ud i rummet, eller blive slået ud på trommer eller andre slagtojsinstrumenter. Men det aspekt, der ofte er forbundet med verbalisering, nemlig at patienten tit kommer til at sige voldsomme og destruktive ord, så selvværdsfølelsen bagefter har endnu sværere ved at vende tilbage, kan omgås.

Håndteringsmåde d:

Endelig kan jeg tolke de følelser, jeg mærker bagved patientens ord og bagved afvisningen, eksempelvis følelsen af hjælpeløshed. Jeg kan da foreslå, at vi sammen udforsker denne følelse i musikken, og at jeg støtter musikalsk, når patienten spiller ind i det hjælpeløse felt. Ved en sådan spilleregulering går jeg ikke ind og foreslår, at jeg deler min oplevelse af hjælpeløshed sammen med patienten, da patienten oftest har brug for, at der er en støtte udenfor. Patienten kan have fantasier om at forsvinde i det hjælpeløse, hvis hun giver efter for at udforske det, eller hun kan komme til at give sig hen i det – eventuelt komme i kontakt med meget dyb gråd, så hun har brug for at vide, at der er en sikker base i form af en ledsager, der følger med, som ikke samtidig er hjælpeløs. En sådan håndtering kræver megen tillid mellem patienten og terapeuten, da terapeuten i tolkningen ofte sætter ord på nogle følelser, som patienten

enten ikke er helt bevidst om, eller som hun ikke kan acceptere. Derfor kan verbale vendinger som: *"jeg må godt være hjælpeløs"* eller *"vi udforsker følelsen sammen og jeg understøtter det du spiller"* være med til at gøre det nemmere for patienten at tillade, at de ikke-accepterede følelser er der, som noget vi *sammen* kan handle i forhold til. Der kan stadig være en lang vej før patienten kan opleve at eje sådanne følelser.

Graddeling i håndteringsmåderne

De fire håndteringsmåder jeg har præsenteret her i forhold til et fiktivt eksempel, som er inspireret af min praksis i psykiatrien, er anført i en rækkefølge fra meget lidt eller ingen tillid fra patienten til terapeuten – til mere og mere tillid mellem patienten og terapeuten. De viser aspekter af en professionel måde at være bevidst om, og strategisk forholde sig til, terapeutisk arbejde i et bastant afvisningsfelt, hvor det primære er, at terapeuten ikke gør sig følelsesløs i forhold til afvisningen (med derimod forbliver åben og resonerende) samtidig med at han/hun ikke lader sig totalt overvælde af de modsatrettede følelser. Samtidig skal terapeuten være opmærksom på hvilken grad af tillid, der er tilstede mellem patienten og terapeuten, da tillidsgraden foreskriver et tidsaspekt i forhold til, hvornår håndteringsmåde a, b, c eller d kan eller skal anvendes.

Oplevelse, forståelse, tolkning og handling

De følelser, der opstår i terapeuten via den direkte afvisning fra patienten, og de følelser, terapeuten eventuelt mærker bagved patientens ord, er terapeuten oplevelse af modoverføring. Men det at forstå og have viden om patientens adfærd og samtidig være bevidst om, at egne følelser skal rummes og ikke udageres, er en måde at forstå og anvende modoverføring på. Det er ikke nok at være sensitiv og resonant. At kunne anvende modoverføring kræver en kognitiv bearbejdning af det, der mærkes. Endelig kommer handleaspektet og

tolkningsaspektet til. Hvad gør terapeuten med det hun/han mærker og det hun/han ved om og forstår? Hvordan tolkes det? Eller skal det overhovedet tolkes? Tolkingsaspektet kan enten bevidstgøres før handlingen eller efter handlingen. I håndteringsmåden handler terapeuten i musikken sammen med patienten, før terapeuten begynder at reflektere over og tolke på, hvad der skete i den fælles konkrete handling. I håndteringsmåden tolker terapeuten før handlingen, da tolkningen er forudsætningen for at patienten kan blive bedre forbundet med den musikalske handling.

Modoverføring består således af fire dele: *oplevelse* (følelse, sansning), *forståelse*, *tolkning* og *handling*.

I de mange beskrivelser af modoverføring gennem psykoanalysens historie har fokus primært været på tolkningsaspektet, hvor modoverføring først er blevet set som en hindring for tolkning, senere som et værdifuldt hjælperedskab til tolkningen. Senere igen har fokus ændret sig, så oplevelsen og forståelsen af modoverføringen i sig selv er blevet anset som en del af de kurative faktorer sammen med, eller i stedet for, tolkning – specielt i arbejde med meget regressive lidelser.

Analytisk musikterapi

Den engelske musikterapeut, Mary Priestley, er den første som har overført de kliniske overføringsbegreber fra den klassiske psykoanalyse til aktiv musikterapi, kaldet analytisk musikterapi. Den fælles musikalske improvisation er her det terapeutiske hovedredskab mellem terapeut og patient. Allerede tilbage i 1975 beskrev Priestley anvendelsen af den viden og empati, der opstår i overføringen, på følgende måde:

”Det er vigtigt for musikterapeuten at dele sig op indvendigt i dels en indre upartisk observatør, som objektivt kan overskue modoverførings imitationerne, dels en åben irrationel modtager, som kan

omforme disse eller deres modsætninger til lydlige mønstre. Men med et øre på klienten og to hænder på klaveret, og opmærksomheden mod den flydende modoverføring, kræver det en hel del øvelse at bevare denne observatør intakt.” (Priestley 1975, s. 241, min oversættelse)

Jeg vil her bringe en kort opsummering af nogle af de vigtigste linjer i forståelsen af modoverføring siden 1912.

Rids af modoverføringsbegrebets historie

Den klassiske psykoanalyse byggede oprindeligt sin videnskab på at prøve at forstå og derudfra tolke, hvad det er, der sker når patienter tænker, føler og handler irrationelt i eller udenfor terapituationen. Disse tolkninger blev foretaget ud fra driftsteorier, teorier om et hierarkisk system i den psykiske struktur (det, jeg og overjeg) og teorier om barnets seksuelle udvikling. Først indenfor de sidste 30-40 år er den psykoanalytiske videnskab blevet udvidet til også at omfatte det at prøve at forstå, hvad der sker, når terapeuten oplever noget eller agerer irrationelt i relationen til patienten. Sideløbende har teorigrundlaget for tolkningerne udviklet sig i forskellige retninger.

Flere (heriblandt Priestley) har undret sig over, at Freud kun havde 4 referencer til modoverføring i sine komplette skriftlige udgivelser, hvorimod han havde 77 referencer til overføring, når man altså ikke medtager noterne. Michael Tansey & Walter Burke (1989) har fundet flere forskellige forklaringer herpå i den psykoanalytiske litteratur, herunder at psykoanalytikerne ønskede at bevare en objektiv videnskabelig indgang til beskrivelse af, hvad der skete i behandlingen. Det var derfor meget vanskeligt for psykoanalytikerne at beskrive, hvad der skete med dem selv i analysesituationen, da det blev anset for en nærmest umulig opgave at skelne det

subjektive fra det objektive.

Modoverføring forstået som irrationelle følelser

Dette forhold afspejles i Freuds og mange andre psykoanalytikeres forståelse af modoverføring som irrationelle følelser, der opstår i terapeuten på grund af ubearbejdede konflikter fra terapeutens livshistorie. Modoverføring blev derfor betragtet som et fænomen der skulle informere psykoanalytikeren om at han/hun skulle have mere personlig analyse for at bearbejde de irrationelle følelser. Med andre ord skulle psykoanalytikeren i mere personlig analyse for at kunne bevare sin neutralitet og sit objektive overblik i analysesituationen og dermed undgå modoverføring, der blev betragtet som en forstyrrelse i forhold til analysen.

Modoverføring forstået i dette perspektiv kan naturligt have forårsaget angst eller ubehagelige følelser hos analytikeren, der måske ønskede at bevare et perfekt billede af sig selv som behandler.

Selv om Freud senere i livet ændrede holdning til fænomenet modoverføring og kom til at betragte det som en vigtig kilde til information i analyseprocessen, blev hans første holdning og forståelse af fænomenet adapteret af de fleste psykoanalytikere, og selv i dag er der nogle, som fastholder dette såkaldte klassiske syn på fænomenet modoverføring som den eneste måde at forstå begrebet på.

Ferenczi – en modreaktion

En så autoritativ holdning affødte naturligt nogle modreaktioner, som er illustreret mest yderliggående i skrifter af Freuds samtidige kollega psykoanalytikeren Sandor Ferenczi (1933). Han betonedede at en følelsesmæssig engageret holdning overfor analysanderne var en forudsætning for en vellykket analyse. Ferenczi bevægede sig i sin modreaktion til Freud så langt, at han ikke blot meddelte alle sine følelser overfor analysanderne, men til slut eksperimenterede med at lade en af analysanderne analysere sig selv for at skabe

ligevægt mellem analytiker og analysand. Dette viste sig at være en umulig opgave. Ferenczi har beskrevet mange positive holdninger i forhold til analysanderne, som senere er blevet overtaget af andre psykoanalytikere, uden at Ferenczi er blevet krediteret for det, hvilket måske kan skyldes, at han indtog en provokerende holdning set i forhold til den samtidige autoritetsfigur Freud.

Faktum er, at der fra 1912 til ca. 1940 ikke blev skrevet noget blivende om modoverføringsfænomenet. I denne periode udviklede der sig forskellige forgreninger indenfor psykoanalysen hvilket medførte, at modoverføringsbegrebet igen blev aktualiseret men nu iklædt forskellige teoretiske rammer.

Nyere grene af psykoanalysen

I Nordamerika fokuserede psykoanalysen sig (iflg. Diderichsen 1998) primært om tolkning af jeg'ets forsvar – karaktermodstanden – og det har bl.a. givet anledning til "en række terapier, som ikke længere forstår sig selv som psykoanalyse, f.eks. Wilhelm Reichs organismiske psykoterapi og Fritz Perls gestaltterapi."

Herudover skriver Tansey & Burke (1989) om den spirende udvikling af den interpersonelle psykoanalyse i Nordamerika, som forstår sig selv som psykoanalyse på et ændret grundlag, hvor der ikke længere tænkes i baner af konfliktløsning (problemets karakter er af intrapsykisk art) men mere tænkes i baner af relationsdefekter (problemerne er interpersonelle). Disse kan genopleves og transformeres i relationen i analysesituationen. I den interpersonelle psykoanalyse betragtes overføring og modoverføring som uadskillelige, idet både patient og terapeut gensidigt bidrager til overføringsforholdene.

I London-miljøet udvikledes objektrelations-teorierne startende med Melanie Klein, og disse blev videreført af bl.a. Do-

nald W. Winnicott (1971), Michael Balint (1968), Ronald Fairbairn (1958) og Frieda Fromm-Reichmann (1960). Her ses en anskuelservinkel hvor psykoanalysen ifølge Diderichsen "overskrider grænserne for en en-person psykologi og bliver til en to-person psykologi" (Diderichsen 1998, s. 46).

Objektrelationsteorien

Klein vedblev med at fastholde et konflikt-perspektiv (et intrapsykisk perspektiv) i forståelsen af objektrelationerne, og hun introducerede begrebet projektiv identifikation, som hun definerede på følgende måde i 1946:

"en forsvarsmekanisme hvor igennem barnet forsøger at frigøre selvet for destruktive og aggressive impulser ved i fantasien at projicere disse impulser ind i et internaliseret objekt, som til gengæld opleves som en forfølger. Ved at kontrollere dette objekt oplever barnet således en slags kontrol over sine egne instinktmæssige aggressioner. Truslen opleves som kommende udefra snarere end indefra." (Klein i Tansey & Burke, 89, s. 20, min oversættelse)

Ifølge Kleins forståelse af objektrelationsteorien er terapeutens opgave at være bevidst om og acceptere sin rolle som projektionsfigur og derigennem give patienten mulighed for gradvist at transformere de uacceptable følelser, så patienten kan 'hente dem hjem igen' og begynde at eje disse dele/følelser. Terapeuten forholder sig igennem denne proces empatisk lyttende og neutral, og interagerer ikke aktivt med patientens destruktive følelser. Klein vender således tilbage til den neutrale position, som Freud foreskrev, men har ændret teorigrundlaget for tolkninger i analysearbejdet.

Begrebet projektiv identifikation, og terapeutens forholdemåde i håndteringen af dette, blev modificeret og blev gjort til genstand for mange forskellige kliniske begreber af Kleins efterfølgere i 60'erne

og 70'erne, hvor terapeutens forholdemåde bliver beskrevet som værende mere engageret i begreber som: "Containing" (Bion 1962), "Holding environment" (Winnicott 1965), "Empatisk indlevelse og optimal frustration" (Kohut 1971, 1977, Killingmo 1989, 1995). Senere er begreber som "optimal responderende forholdemåde" (Hartman 1997) og "anerkendelse" (Schibbye 2002) kommet til.

Den gradvise udvikling af objektrelations-teo-ri-er- i 30'erne og 40'erne bevirkede ligeledes at der skete et skift fra at forstå udviklingen af den menneskelige psyke ud fra en drifts/struktur model til at forstå udviklingen som en relations/struktur model. Dette parallelt med udviklingen af forståelsen af psyken i den interpersonelle psykoanalyse, hvilket bl.a. er beskrevet af (Greenberg & Mitchell 1983).

Klein's efterfølgere modificerede hendes forståelse af at alt var projektion i patientens fantaserede relation til terapeuten – til en forståelse, hvor der både forekom reelle her-og-nu objektinteraktioner i terapisisituationen (ikke alt er fantaseret), ligeså vel som der forekom reelle objektrelationer i barnets psykologiske udvikling, der ikke kan forklares eller forstås som projektioner. Samtidig blev terapeutens modoverføring genstand for undersøgelser i forhold til, hvorledes denne kunne påvirke patientens projektive identifikation. Disse forhold bevirkede at Joseph Sandler (1987) som den første begyndte at definere Kleins forståelse som et første trin i projektiv identifikation – et trin der foregår i patientens fantasi. Sandler's egen forståelse af, at patienten reelt påvirker terapeuten til at identificere sig med enten patientens internaliserede selv eller objektrepræsentation – en status hvor patienten har reel indflydelse på terapeutens modoverføring, hvor det ikke kun foregår i fantasien – kaldte han for det andet trin i projektiv identifikation. Kleins efterfølgere skiftede således fra et intrapsykisk perspektiv

til et interpersonelt perspektiv og skabte en nyttig bro mellem de to virkeligheder. Dette skift åbnede for muligheden for at terapeuten kunne reagere følelsesmæssigt stærkt på patienten. Sådanne reaktioner ville tidligere være blevet betragtet som patologisk modoverføring.

Heimanns forståelse af modoverføring

Som en af de første beskrev Paula Heimann modoverføring som noget konstruktivt i stedet for noget problemfyldt. Dette var en reaktion på Freuds neutralitetsbegreb og hans forståelse af modoverføring, men var ligeledes inspireret af de ovenfor omtalte strømninger, der var fremherskende i 40'erne. Paula Heimann krediteres for at være en overgangsfigur mellem Freuds klassiske forståelse af modoverføring og den senere totalistiske forståelse (Heimann 1950, Langs 1990, Diderichsen 1998).

Heimann er kendt som den, der banede vejen for undersøgelser af analytikerens respons og reaktioner i forhold til patienten. Jeg kan selv langt hen ad vejen identificere mig med hendes ideer i dag over 50 år senere. Hun anvender begrebet modoverføring til at dække alle analytikerens reaktioner på analysanden, og hun introducerer ideen om at selv analytikerens patologiske respons kan anvendes til at komme til at forstå patienten. Hun beskriver den analytiske situation som en relation mellem to personer, der er karakteriseret af stærke følelser i begge partnere. Hun argumenterer, at begrebet modoverføring refererer til alle de følelser som analytikerens har for patienten, idet hun mener at adskillelsen mellem reelle og forvrængede (affødt af analytikerens fortid) følelser og svar til patienten er meget vanskelig at foretage. Det samme mener hun om patientens overføringer.

Heimann pointerer, at analytikerens følelsesmæssige respons i forhold til patienten i den analytiske situation repræsenterer et af de vigtigste redskaber i det analytiske arbejde, og hun ser analytikerens modoverføring som et redskab til at undersøge og udforske

patientens ubevidste. Hun understreger at analysen viser en relation mellem to personer, som er kendetegnet ved dybden af de følelser, der bliver oplevet og hvordan disse anvendes. Disse to faktorer ser hun som værende afhængige af hinanden. Hun påpeger at ideen med analytikerens egen læreanalyse er, at analytikerens skal blive i stand til at udholde (sustain) de følelser, som er blevet vakt i ham/hende i modsætning til at udagere dem (som patienten gør), med det formål at underlægge dem det analytiske arbejde, hvor analytikerens fungere som analysandens spejl.

Hun påpeger ligeledes at :

”analytikerens, samtidig med at han/hun arbejder ud fra en frit flydende opmærksomhed, også har brug for at arbejde i en frit flydende følelsesmæssig sensitivitet for at kunne følge patientens følelsesmæssige bevægelser og ubevidste fantasier. Vores basale antagelse er, at analytikerens ubevidste forstår patientens ubevidste. Denne sammenknytning på et dybt plan kommer op til overfladen i form af følelser som analytikerens oplever i sine svar til analysanden, i hans/hendes modoverføring.” (Heimann 1950 i Langs 1990 s. 141, min oversættelse)

Heimann bygger bro tilbage til Freud ved at minde om, at psykoanalytiske teknikker opstod, da Freud gik væk fra hypnose og opdagede fænomenerne *modstand* og *fortrængning* hos patienten. Freud beskrev, at når han prøvede at belyse den hysteriske patient's glemte erindringer så ...

”føjte han, at en kraft fra analysanden modarbejdede hans forsøg, og at han måtte overvinde denne modstand med sit eget psykiske arbejde. Han konkluderede at det var den samme (tveæggede) kraft, som var ansvarlig for modstanden mod de kritiske erindringer (en udadvendt side) som for fortrængningen og dermed dannelsen af de hysteriskesymptomer (en indadvendt side). I svaret på den indadvendte side af kraften

(fortrængningen) var analytikerens modoverføring karakteriseret ved et vist kvantumenergi, hvorimod andre forsvarsmekanismer hos analysanden ville afføde andre kvaliteter i modoverføringen." (Heimann i Langs 1990, s. 142, min oversættelse)

Heimann påstår, modsat Freud, at modoverføringen ikke skal overvindes men anvendes som et redskab til at undersøge ...

"måden hvorpå karakteren af modoverføringen korresponderer med naturen af analysandens ubevidste impulser og forsvar som er aktive på det givne tidspunkt." (Heimann i Langs 1990, s. 142, min oversættelse)

Heimann benægter, at denne ubevidste kommunikation mellem analysand og analytiker kan forstås udelukkende ved intellektuel fortolkning opnået gennem en neutral position. Hun er fortalende for, at analytikerens er i fuld følelsesmæssig kontakt med analysandens ubevidste kommunikation. Hun er således den første, der introducerer begreberne (og teknikkerne) at kunne bære og opretholde (sustain) følelser, for at kunne underordne (subordinate) dem til det analytiske arbejde.

Heimann og Rackers totalistiske forståelse

Selv om der er mange samtidige analytikere med andre og lignende nuancer i udviklingen af fænomenet modoverføring, mener jeg, det er Heimann og senere Heinrich Racker (1968), en efterfølger af Klein, der foretager de gennembrydende ændringer i opfattelsen af begrebet. De baner vejen for den *totalistiske* forståelse af fænomenet modoverføring som en afløser af den klassiske forståelse. Heimann gør dette ved dels, som beskrevet ovenfor, at beskrive modoverføring som noget konstruktivt og som et begreb, der dækker alle analytikerens respons og reaktioner i forhold til analysanden, og dels ved at hun inddrager følelser på lige fod med intellektet i måden

at forstå og håndtere modoverføring på. Racker bidrager ved at han klart definerer og navngiver de forskelle i modoverføringen, der opstår, når analytikerens i forskellige positioner identificerer sig med henholdsvis selvobjektet (concordant identifikation), hvilket Priestley (1975/94) oversætter med empatisk identifikation, eller med objektrepræsentationer (complementary identification), som Priestley oversætter med komplementær identifikation hos analysanden. Racker påpeger samtidig, at analytikerens skal tilstræbe at bevare en dyb og vedvarende kontakt med sig selv, for at være så opmærksom som muligt på modoverføringspositionen i relationen til patienten. Han skriver:

"Opmærksomheden på modoverføringen skaber grundstenen for terapeuten til at blive opmærksom på patientens ubevidste forsøg på at gentage sine ubevidste relationsmønstre. Opmærksomheden kan føre til en afbrydelse af de onde cirkler og skabe mulighed for at internalisere et mere positivt resultat med terapeuten." (Racker i Tansey & Burke 1990, s. 25-26, min oversættelse)

Racker er således den første, der indfører begrebet *position* i forhold til forståelse af modoverføring. Jeg forstår hans definitioner som en forløber for senere beskrivelser af terapeutens centrering og af forskellige positioner i forholdemåde i relationen med patienten, som mange senere terapeuter har forsøgt at definere (se Pedersen 2002).

Den totalistiske versus den klassiske forståelse af modoverføring

Som en modreaktion mod totalisterne kom der fra den klassiske lejr nye skrifter med advarsler mod at anvende stærke følelser som et led i analysen og med påmindelse om at modoverføring altid ville skulle anses som et problem der skulle løses. En form for integration mellem de to lejre kom fra Annie Reich (1960), der medgav at terapeuten

kunne lære om patientens ubevidste gennem empatisk identifikation, men en sådan måtte være delvis og kortvarig. Hvis der eksisterede for stærke følelser til at opfylde dette mål mente hun, at der var tale om uløste konflikter hos terapeuten, som måtte løses, da de ikke havde noget med patienten at gøre. Den følelsesmæssige intensitet bliver således en afgørende faktor, når der skal vurderes hvorvidt der er tale om en informativ og nyttig modoverføringsreaktion, eller hvorvidt der er tale om en problematisk reaktion. Annie Reich påpeger at det, at anvende følelsesmæssige respons i forhold til patienten, kræver efterfølgende klinisk validering.

Generelt kan siges at totalisterne proklamerede for, at *hvis* terapeuten er istand til at træde tilbage og begynde at undersøge oplevelserne af selv stærk følelsesmæssig respons, er der potentiale for at lære noget meget nyttigt om patienten.

Opsummerende man kan sige, at perioden 1940-60 var præget af moralske og etiske diskussioner om, hvorvidt såvel rent intellektuelle, følelsesmæssige eller blandede oplevelser kan karakteriseres som nyttig viden for tolkninger i den analytiske situation og for den videnskabelige undersøgelse af indre psykiske tilstande, som psykoanalysen også var et redskab til.

Kohut og selvpsykologien

Gennem disse diskussioner blev vejen gradvist banet for, at fokus i det psykoanalytiske arbejde kunne være at undersøge *analytikerens* oplevelser af sig selv i interaktioner med analysanderne ved mere detaljeret at definere begreber som *empati*, projektiv og introjektiv identifikation. En vigtig kilde for udviklingen af begrebet empati er Heinz Kohut, den egentlige grundlægger af selvpsykologien. Kohut bestræber sig på at definere psykoanalysen som ...

"en psykologi som undersøger komplekse psykiske tilstande gennem at indsamle data og forklare dem ved hjælp af observatørens

ihærdige empatisk-introspektive fordybelse i menneskets indre liv." (Kohut 1977, 1984 s. 210, min oversættelse)

Psykoanalysen er således ifølge Kohut den eneste af de videnskaber, der udforsker menneskets natur der ...

"kombinerer empati anvendt med videnskabelig disciplin for at indsamle data om menneskelig erfaring, med erfaringsnær og erfaringsfjern teoretiseringen anvendt med den samme videnskabelige disciplin for (mine understregninger) at passe de observerede data ind i en sammenhæng af bredere mening og betydning. Det er den eneste af humanvidenskaberne der forklarer det, den først har forstået." (Kohut 1984 s.212, min oversættelse)

Så denne omvendte sammenhæng mellem dataindsamlingsproces og teori er ifølge Kohut psykoanalysens essens, og han advokerer for at de teoretiske og tekniske værktøjer, som er blevet udviklet indenfor psykoanalysen gennem årene, ikke er uerstattelige, men er hjælpeinstrumenter der kan anvendes i den introspektive og empatiske observationsmetodes tjeneste, og disse kan forandres og forbedres. Kohut indførte begrebet *vicarious introspection* (vikarierende introspektion) som Peter Thielst (1998) i kortform definerer som "evnen til at træde ind i og iagttage en andens bevidsthed (forestillinger, følelser osv.)" (Thielst 1998, s. 44). Med introspektion mener Kohut indre iagttagelse (selviagttagelse) i modsætning til ekstrospektion, ydre iagttagelse (f.eks. af andres adfærd).

Han påpeger at selvpsykologerne bekræfter validiteten og legitimiteten af patientens oplevede virkelighed, uanset om denne er i modsætning til kulturelle og sociale normer. Patientens virkelighed er den eneste, der tæller i analysen. Kohut mener, at det ikke er psykoanalytikerens opgave at opdrage patienten via konfrontation, men at helbrede lidelsen ved en konsistent tolkning af

selvobjekt-overføringerne. Han betoner, at i analytikerens fortsatte bevægelse mellem en forstående og en forklarende position, er hans/hendes essentielle aktivitet i begge positioner baseret på empati.

Sammenfattende kan Kohut siges at betone *empatiens* vigtige rolle som terapeutens observationsmodus i den videnskabelige undersøgelse i psykoanalysen, ligesom Freud tidligere betonedede den *flydende opmærksomhed* og Heimann betonedede den *flydende følelsesmæssige sensitivitet*. I modsætning til Kleins beskrivelse af empati er terapeuten i Kohut's beskrivelse aktivt empatisk lyttende og observerende og kun delvis neutral.

Kohut forbinder sit begreb *vikarierende introspektion* med en teori om et tripolært selv (bestående af det grandiose selv, det idealiserede forældrebillede samt en gradvis udvikling af den tredje del: evner, færdigheder og potentialer) der modnes fra mere arkaiske selv billeder, hvor de første to dele dominerer, til mere modne selv billeder, hvor de tre dele er bedre afbalancerede. Dette sker gennem faseadækvat optimal frustration fra omgivelserne og omformende selv billeder som en udviklingscirkel i den analytiske relation. Denne teori skal ses som et alternativ til Freuds strukturmodel. Opsummerende består denne udviklingscirkel i ...

"frustration, som er optimal i den forstand, at den netop er stærk nok til at skuffe og bortslibe de urealistiske hjørner af det tripolære selv og integrere de tilbageblevne og realistiske dele i et mere sammenhængende selv, hvor der i personligheden er dækning for de følelser og træk, selvbilledet bærer frem. Realitetsprøvningsen skal, om alt går vel, formidle det såkaldt kohærente selv." (Thielst 1998, s. 49)

Kohut taler om narcissistiske og objektlibidinøse besættelser af de to første dele af selvet i den arkaiske fase som værende en parallel

til Freuds driftsteori og psykoseksuelle udviklingsteori. Kohut havde en specifik og videnskabelig definition af ordet empati, som ikke skal forveksles med eksempelvis sympati eller andre populære forståelser af begrebet. Hans teori blev et gedigent springbræt for den videre udvikling af selvpsykologien.

Specifisterne

Stimuleret af den øgede interesse i og definitioner af begreberne empati og projektiv identifikation opstod der i midten af 70'erne en tredje lejr i psykoanalysens historie kaldet 'specifist lejren', som kan defineres ved en genopvågning af interessen for selve begrebet modoverføring. Vigtige analytikere er her James Grotstein (1981), Roy Schafer (1983) og Joseph Sandler (1987). Disse forfattere synes atter at forsøge at klassificere terapeutens identifikationer som modoverføring, hvor de underordner begreberne empati og projektiv identifikation til at være aspekter af selve modoverføringen. I denne lejr er der igen, som hos totalisterne, en opfattelse af, at stærke følelsesmæssige reaktioner ikke nødvendigvis skal ses som problematiske eller patologiske hos terapeuten. Hele diskussionen synes at dreje væk fra, hvad en terapeut skal/må eller ikke skal/må have af reaktioner i forhold til patienten, og hen imod hvilke specifikke former for identifikationer terapeuten har været inde i, måden de opstod på i den terapeutiske interaktion samt graden af deres anvendelighed i forhold til patientens problem.

Den analytisk orienterede forståelse

Generelt synes der at være en ændring i anskuelsen af modoverføringsbegreberne. Fra at være strengt underordnet en objektiv psykoanalytisk videnskab til en mere fænomenologisk og pragmatisk anskuelse af begreberne. Personligt vælger jeg at forstå det sådan, at specifisterne betoner dataindsamlingsprocessen hvor man indsamler data om menneskelige erfaringer (det at samle informationer om komplekse indre psykiske tilstande via bevidsthed

om måden terapeuten kan være til stede på og terapeutens identifikationer) som det videnskabelige omdrejningspunkt. Et omdrejningspunkt der ikke behøver at blive underordnet én ganske bestemt afgrænset teori for at blive sat ind i en bredere psykoanalytisk eller psykoterapeutisk meningssammenhæng. Det åbner op for muligheden af at lade en sådan teori være mere kontekstafhængig. Herved kan den dataindsamlende del af den psykoanalytiske videnskab – og det faktum at psykoanalysen er en videnskab, der forklarer det, den først har forstået – overføres til arbejde med en mangfoldighed af målgrupper.

Ved en sådan fremgangsmåde er der snarere tale om at modoverførings begreberne er 'analytisk orienterede' begreber, der er udledt af psykoanalysen som videnskab. Måske læser jeg det også sådan, fordi jeg lige nu ser det som en mulighed for musikterapifaget at overføre, anvende og videreudvikle forståelsen af modoverføring som en videnskabelig disciplineret dataindsamlingsproces i kliniske forløb, uden at den enkelte musikterapeut behøver at være bundet af én bestemt psykoanalytisk eller udviklingspsykologisk teori. Den overbyggende teori, som modoverføring (det der er blevet forstået i den kliniske situation) skal forklares igennem, kan således tilpasses den kliniske situation, når dataindsamling og -analyse skal betragtes i en større sammenhæng.

Fem dimensioner identificeret af specifist-gruppen

Specifisternes mål er at kategorisere og klassificere de mange identifikationsoplevelser, som terapeuter oplever i den kliniske situation, under en overordnet rubrik kaldet modoverføring.

Siden 1970'erne har specifisterne udarbejdet fem dimensioner i differentieringen af typer af terapeutidentifikationer. Disse omhandler:

1. Graden af terapeutens bevidsthed eller mangel på bevidsthed i oplevelsen.

2. Graden af terapeutens kontrol over oplevelsens intensitet.

3. Graden af adskillelse eller differentiering af jeg grænser som terapeuten har kunnet opretholde gennem de forskellige faser af identifikations processen.

4. Hvilken type introjektion er involveret.

5. Spørgsmålet om hvorvidt identifikationen er med patientens selv repræsentation (concordant identification) eller med patientens internaliserede objektrepræsentation (complementary identification) (Tansey & Burke 1989, s. 35, min oversættelse).

Der er således tale om en bevægelse væk fra at forstå modoverføring ud fra et moralsk perspektiv (som i den klassiske forståelse) eller ud fra en ganske bestemt måde at være modtager på (som i Freuds neutrale position eller i anvendelsen af Kohuts vikarierende introspektion). De fem dimensioner skaber en mulighed for at undersøge modoverføring som en bevægelse ind i eller væk fra en oplevelse samtidig med at de giver frihed til at undersøge fænomenet ud fra en åben oplevelse af den kliniske virkelighed. Samtidig er det analytisk orienteret da terapeuten anvender sig selv som et redskab til at undersøge og kommunikere med patientens ubevidste. I musikterapilitteraturen har primært Bruscia (1998, 2002) søgt at klassificere og differentiere mange forskellige identifikationer som musikterapeuter kan genkende i deres kliniske arbejde. Af pladshensyn vil jeg udelade en gennemgang af dette her.

Håndtering af modoverføring gennem musikalsk improvisation

Illustrationer fra en case

Jeg vil analysere det følgende casemateriale ud fra de fem dimensioner identificeret af specifisterne. Materialet er et udsnit fra et langt forløb, jeg har haft med en kvindelig

patient på 39 år (ved musikterapiens start). Ud fra flere assessmentforløb er patienten diagnosticeret F.60.6: *en ængstelig og undvigende personlighedsstruktur med uregelmæssige panikangstreaktioner samt social angst*, uden at hun opfylder alle kravene. Hun tilbydes derfor ikke psykofarmaka. Det er i diagnosebeskrivelsen betonet, at hun har grader af de-realisation og de-personalisation, når hun bliver usikker, samt at hun har depressive træk uden interesse i omgivelserne med meget lav energi samt følelse af håbløshed. Jeg kalder hende D.

D har været henvist til psykiatrien til ambulans psykotering flere gange tidligere og er dels blevet evalueret som værende uegnet til verbalpsykotering (ikke i stand til at reflektere psykologisk over egne problemstillinger). Hun er blevet tilbudt kognitiv gruppeterapi, hvor hun afbrød efter første gang. D lider af periodisk tilbagevendende depressioner, og hun var i starten overbevist om, at disse udelukkende skyldes en fejl i hjernen. Der er blevet foretaget neurologiske undersøgelser, uden at dette har kunnet påvises.

D udtrykker selv, at hun har brug for hjælp til at blive bedre til at være i kontakt med andre og påpeger samtidig i indledningsfasen i samarbejdet med mig, at "ingen kan tage min depression fra mig."

D var meget undvigende i sin fremtræden og uden mimik i ansigtet, talte meget lavt og altid i generaliserede vendinger som "det ved jeg ikke", eller "det er ikke altid sådan" eller "det kan godt være". Hun tog ikke egne initiativer i samtalen, og i musikken spillede hun næsten uørligt på klaver i et langsomt monotont gående tempo i de første mange sessioner. Jeg prøvede i starten at følge hendes musikalske dynamik og spillede *pp*, men alligevel oplevede hun, at jeg overdøvede hende.

Jeg betragter de følgende udsagn, som hun har fremsat ordret undervejs i mu-

sikterapiforløbet, som værende af signifikant betydning i min forståelse af hendes indvirkning på mig undervejs i forløbet:

"Min far slog mig bevidstløs da jeg var barn"

"jeg føler det som om jeg er bundet ind i et tykt reb omkring min krop"

"Hvis jeg går ind i nogle følelser er jeg bange for at forsvinde, og for at jeg ikke kan komme tilbage igen."

"Jeg aner ikke hvordan jeg skal give omsorg til mig selv – jeg er jo ikke vigtig."

På forespørgsel om, hvad hun gerne ville anvende musikterapien til, gentog hun ofte i starten, at hun gerne ville have det rart. Allerhelst ønskede hun, at jeg spillede noget rart musik for hende. Jeg kom hende i møde i starten ved at improvisere for hende eller spille en sang, hun kunne lide, men jeg blev ved med at invitere hende til selv at være med i at spille noget rart. Jeg oplevede ofte i samværet, at jeg blev sat udenfor – at jeg ikke kunne komme i kontakt med hende – heller ikke musikalsk, selv om jeg spillede noget inderligt musik til hende. Ofte blev jeg næsten ubærlig træt og søvrig, når vi sad sammen i rummet. Til andre tider fik jeg stærke følelser af desperation og af et enormt pres i brystet – som om jeg havde svært ved at trække vejret. Jeg registrerede disse reaktioner, men delte dem ikke med D. Jeg prøvede efter ca. et års samarbejde at lokke hende til at spille lidt højere og lidt mindre monotont ved at tilbyde en musikalsk rondoform – A, B, A1 form – som spilleoplæg. Det gik ud på, at vi startede med at spille A stykket meget lavt og roligt i 'gående' tempo (på D's præmisser). På et tidspunkt ville jeg så bevæge mig over i noget mere dissonerende og dynamisk kraftigere musik (B-delen). D skulle her forsøge at følge ændringen i musikken så meget, som hun turde være med. Hun kunne suverænt bestemme, hvornår vi skulle bevæge os over i A1-afsnittet, hvor vi igen spillede *pp* og i et roligt, gående og forudsigeligt tempo.

Denne musikalske form spillede vi i hver session over en periode på flere måneder, så D efterhånden turde spille lidt mere kaotisk i B-delene og turde være med i noget ret dissonerende musik. Hun sagde ofte bag-efter, at hun syntes hele improvisationen A, B, A1 var rar, fordi hun oplevede, at hun var udenfor tid og sted, når vi spillede – også i de mere urolige B-dele.

En dag, mens vi spiller, får D et billede af et begravelsesfølge under B-delen, og hun fortæller på forespørgsel om en erindring mange år tidligere, hvor tre af hende velkendte personer (en voksen og to børn) blev dræbt i en ulykke. D kunne ikke sørge på det tidspunkt det skete, da hun havde små børn, som kendte de dræbte børn, og var meget påvirkede. D gav al opmærksomheden til sine egne børn og gik selv i en slags døs uden at kunne reagere følelsesmæssigt for, som hun sagde, "Mine børn kunne jo ikke forstå, hvis jeg blev ked af det, og de var jo selv meget kede af det, der skete." Hun har ikke senere arbejdet med sin reaktion på tragedien.

Ud fra tidligere samtaler tolker jeg for hende, at da hun selv var lille og havde brug for omsorg, blev hun skuffet og følte sig straffet – nu som voksen forventer hun stadig at blive skuffet og straffet, hvis hun selv eller andre giver omsorg til D. D anerkender tolkningen.

I næste session accepterer hun, at vi spiller en improvisation sammen, hvor spillereglen hedder:

"Vi prøver sammen at udtrykke følelser forbundet med erindringen om ulykken". D er først tøvende. Hun gentager, at hun er bange for, at hvis hun giver efter for de følelser, vil hun ikke kunne komme tilbage igen. Hun accepterer at give det en chance. Den følgende beskrivelse af musikken er fra min logbog, som jeg skrev kort tid efter sessionen.

Vi spiller i 17 minutter og jeg bemærker i

starten, at musikken er meget luftig – består af enkelte melodilinjer i det lyse toneleje - jeg bliver helt usædvanlig træt; jeg er lige ved at falde ned af stolen, mens jeg forsøger empatisk at følge og understøtte D's musik. Jeg oplever at jeg er lige ved at forsvinde ind i en søvnlignende tilstand, og jeg indfører en dyb gentagen bas akkord, som, jeg oplever, er med til at holde mig selv mere tilstede i rummet. Jeg bliver efter nogle minutter overvældet af en dyb sorgfølelse og begynder intuitivt at nynne en dyb, fyldig vedvarende stemmeklang mellem de luftige melodilinjer og de gentagne bas klange. Det at bruge stemmen gjorde det nemmere for mig at blive i og rumme de følelser, som jeg var helt sikker på ikke kom inde fra mig selv. Til gengæld oplevede jeg, at musikken både var langt væk, og samtidig var jeg dybt inde i musikken på én gang. Indimellem glemte jeg næsten D – som om jeg var i et konstant flow af indre bevægelse mellem at være meget tilstede i musikken og at være næsten forsvundet ind i en drømmeagtig og luftig bevidstheds tilstand.

Et godt stykke inde i musikken spiller jeg et gentagent motiv først fra enstrenget a trinvis ned til e (a, a, a, a-gf, e) og videre trinvis op fra c til enstrenget g ned til d (g, g, g, g-fe, d), idet jeg starter på tre halvnoter, en punkteret fjerdedels node bundet over til to sekstende dele og lander på en overbundet fjerdedels node der munder ud i et energisk opadgående motiv i ottendedels takt på tonerne c, d, e, f, g, -- a, der starter motivet forfra fra enstrenget a i samme rytme som før, hvorefter sekvensen gentages nogle gange.

Disse sekvenser af motiver forsyner musikken med betydelig liv og energi, og jeg kommer derigennem selv helt tilbage til lokalet. D følger ikke disse motiver, men lytter tydeligvis og prøver at følge accentueringerne med enkelttoner i sit spil.

Disse motiver har jeg spillet tidligere i vores fælles improvisationer som en måde at bringe lidt energi ind i den energiløse og uendelige



Motivet »dansende pige«-motivet eller D's sang

luftige musik. Første gang jeg intuitivt spillede disse motiver, sagde D spontant, efter musikken var slut, at hun havde oplevet, at det var en del af hende, jeg spillede; "det var som om du spillede en del af mig der dansede". Vi blev enige om at kalde motivet "dansende pige"-motivet eller D's sang.

I den verbale dialog efter musikken, spillet over erindringen om ulykken, er der følgende udveksling:

T: Ok – har du lyst til at sætte nogle ord på oplevelsen?

D: Det kan jeg vist ikke – det var lidt musik udenfor tid

T: (gentager sætningen) – synes du der var nogen stemning, eller noget du var med i, i musikken

D: Det var som jeg sad i mine egne tanker uden egentlig at tænke over noget

T: Hmm – hvordan synes du musikken stemning var hvis du skulle sætte ord på den?

D: Jeg synes ikke den var trist – bare tidløs

T: Ok. Var der nogen ændring i det på noget tidspunkt eller var det det samme hele vejen igennem

D: Du spillede min sang til sidst

T: Hm Hvordan var det

D: Det var dejligt

T: Var der noget tidspunkt hvor du tænkte på den begravelse eller den begivenhed vi snakkede om

D: Kun et øjeblik

T: Ja hvad skete der i det øjeblik

D: Så kunne jeg mærke det i brystet

T: Hm, ja jeg havde meget en fornemmelse af at det var musik fra brystet, hvor det både kan være melankolsk men også inderligt og smukt.

D: Jah (mere hørbart end før)

T: jeg spillede dit tema den dansende pige i musikken til sidst for ligesom at understrege at det er vigtigt selv at finde en glæde i livet selv om man mister nogen

D: Jah –

T: Og hvis dem, man mister, kunne fortælle en noget så ville de formentlig også sige: Find noget glæde i livet – det er det bedste du kan gøre for mig.

D: Jah

T: jeg kan godt følge dig når du siger tidløs, hvor vi ligesom lod en stemning være der udenfor tiden

D: (hvisker jah)

T: at mindes eller bare give det lidt opmærksomhed

D: (hvisker jah)

T: jeg tænker om du nogen sinde har tilladt

dig selv at sige farvel omkring den situation
 D: jeg var da til begravelse. T: Jah
 D: Der siger man vel farvel
 T: Det er en mulighed at gøre, men man kan være så overvældet ved sådan en begravelse så det kan være svært at sige klart farvel.
 D: Jah --- T: selv om det er det det handler om – for nogen kan der gå tyve år, før de bliver klar til at sige farvel og mene det
 D: (hvisker jah)
 T: Farvel betyder også at slippe----- (lang pause 65 sek)----
 T: hvordan er det at være med til at give tid og rum til det vi snakker om her – er det ubehageligt eller er det OK?
 D: jeg tror ikke min krop den har taget det ind – den stritter imod
 T: Ok den stritter imod – hvis du skulle sætte en skala mellem 0 og 10, hvor langt tror du så den lod det trænge ind
 D: ikke ret langt
 T: hm hvad tror du det er din krop stritter imod?
 D: den stritter imod at reagere
 T: Hvad fortæller den dig ved det – tror du
 D: jeg tror den er bange for at den ikke kan stoppe igen
 T: har den prøvet det? D: Nej
 T: hvor tror du så den angst kommer fra?
 D: det ved jeg ikke
 T: Vil din krop være interesseret i at kunne reagere anderledes?
 D: ved jeg ikke – den er bange for det
 T: Du er bange for hvis den skulle reagere anderledes? D: Hmm
 T: hvad forestiller du dig som det værste der ville kunne ske?
 D: At den ikke kan stoppe med at græde eller at den ikke kan stoppe med at være rasende.
 T: Hmm - (pause 17 sekunder) ----- så måske er det lige netop det du har brug for - hjælpen til at tro på at det kan den og til at fortælle det til den at det kan den godt.
 D: hvisker: jah --- (pause i 20 sekunder)
 T: hvordan lyder det?
 D: det ved jeg ikke (pause i 22 sekunder)
 T: Hvad tænker du når jeg siger sådanne

ting – tænker du at jeg ikke ved hvad jeg snakker om, eller at det er dumt eller – hvordan klinger det for dig?
 D: det er rigtigt hvad du siger – men derfor kan det godt være svært
 T.: Hmmm (pause 45 sek)
 T: vil det give mening for dig, hvis vi laver en aftale om, at det godt må være svært?
 D: Hmm (mere hørbart) (pause 35 sekunder)
 T: Så vil jeg foreslå, at vi de næste gange prøver at arbejde konkret med hvad der sker, når du tillader dig at mærke følelserne og arbejde med din angst for at du ikke kan holde op igen og prøve at udfordre den angst lidt.
 D: Ok.

I denne session havde jeg tilfældigvis en musikterapistuderende i observationspraktik. Vedkommende observerede terapien gennem en fjernsynsskærm (mens sessionen blev optaget på video) fra rummet ved siden af terapiloalet:

Den studerende fortalte umiddelbart efter sessionen at hun havde været meget påvirket af sessionen, og at hun havde skrevet mange hurtige noter med angivelse af markante tidspunkter undervejs i observationen. Hun renskrev disse noter og gav mig en kopi. Det følgende er en beskrivelse af musikken som oplevet af den studerende:

0:00 - Jeg føler mig helt fra starten af musikken meget sensitiv og har det som om jeg er blevet spredt ud som et tæppe

0:45 - Jeg bliver trist, føler mig "un-grounded" som om jeg hvileløst vandrer eller svæver rundt

1:18 – Bliver hjulpet ned på jorden af nogle dybe akkorder.

1:33 – Det går herfra i maven som en ubehjælpelig følelse af at være alene/ensom.

2:10 - Begynder at føle træthed og lidt modløshed.

3:00 - Der starter en sitren i kroppen.

5:00 – Lægger mærke til at jeg var drevet væk

i tankerne og forsvundet fra musikken.

5:19 – Bliver trukket helt tilbage til musikken af T's stemmebrug

6:30 – Igen opmærksom på overvældende ked-af-det-hed.

7:00 – Mærker døsigthed.

8:00 – Bemærker at den gentagne musik og stemmen forstærker de eksisterende følelser

8:45 – Får pludseligt et billede af en ung pige på en bakketop i udkanten af en by med en stor tung rød sol hængende lavt på vej ned. Hun forsøger at tilkalde sig sin "elskede" eller som om hun søger efter noget hun fornemmer der ligger langt væk. Noget hun har mistet og længes efter, uden respons. Jeg kan næsten høre hende græde.

9:00 – Mærker et ønske om at der er et håb men kan ikke mærke håbet

10:30 – Rastløshed på grænsen til utålmodighed.

12:30 – Træthed skyller ind over mig og opdager at jeg igen er 'driftet' væk i tankerne.

13:00 – Jeg får for første gang en fornemmelse af at blive holdt om af musikken

15:00 – Stadig sorg, men nu med omsorgs fornemmelser.

16:00 – Jeg bliver mere grounded, bliver halet i land af nogle kraftigere toner.

16:50 – Vågner ligesom op, mit syn klarer op og med de sidste gentagede toner føler jeg mig pakket ind igen og genindført i den fysiske verden.

Bagefter føler jeg mig hul i maven, sulten, men jeg føler ikke at jeg kan få mad ned igennem halsen lige med det samme. Har behov for frisk luft til at rense systemet ud.

Jeg vil nu kigge på hvad der skete med mine terapeutidentifikationer under musikimprovisationen ud fra de fem dimensioner identificeret af specifist-gruppen:

1: Graden af terapeutens bevidsthed eller mangel på bevidsthed i oplevelsen

I den første del af musikken gled jeg med ind i en anderledes (luftig) bevidsthedstilstand,

hvor jeg identificerede mig med patientens 'flyven'-ud-af-kroppen og ud af tidsfornemmelsen (jeg følte mig uendelig søvrig og var lige ved at falde ned ad stolen). Jeg var ikke bevidst om handlingen: 'nu spiller jeg en bas akkord for at holde mig selv vågen eller til stede'. Tonen blev sat i gang intuitivt, men jeg hørte den og bemærkede, at den fik mig til at føle mig lidt bedre jordforbundet. Tilstanden eller atmosfæren påvirkede også observatøren, der beskrev at hun følte sig "un-grounded", som om hun hvileløst vandrede eller svævede rundt. D beskriver, at hun sidder i egne tanker uden egentligt at tænke over noget, samt at hun synes musikken var tidløs. Jeg skrev i mine noter, at jeg oplevede at musikken var langt væk, og samtidig var jeg dybt inde i musikken på én gang. Indimellem glemte jeg næsten D – som om jeg var i et konstant flow af indre bevægelse mellem at være meget tilstede i musikken og være næsten forsvundet ind i en drømmeagtig og luftig bevidsthedstilstand.

Selv om der ofte tidligere i caseforløbet har været lange pauser under samtaler med D, og selv om jeg i disse situationer ofte har kunnet fornemme enten træthed, en trang til aktivt at skulle holde jordforbindelsen, eller et pres i brystet som ikke kunne forløses, så har det ikke tidligere i forløbet været klart for mig, i hvor ekstrem grad patienten "flyver ud af situationen", "ikke tager noget ind" og "stritter imod at reagere fysisk". Jeg har ikke tidligere identificeret mig så meget med denne tilstand og den atmosfære den afføder i rummet. Atmosfæren blev tydeliggjort gennem musikken. Jeg oplevede, at det at spille med patienten både gjorde oplevelsen mere intens for mig (jeg slap tankerne og flød mere med, end jeg gør i de verbale dele) og samtidig gav musikken mig et redskab, som jeg kunne anvende til at handle i form af at bære mig selv i den drømmelignende bevidstheds tilstand og derved rumme de empatiske identifikationer med patienten uden at miste jordforbindelsen helt.

2: Graden af terapeutens kontrol over

oplevelsens intensitet

Jeg oplevede, at jeg flere gange var på nippet til at miste kontrollen: "jeg bliver helt usædvanlig træt; jeg var lige ved at falde ned af stolen" og senere "bliver efter nogle minutter overvældet af en dyb sorgfølelse". Tankemæssigt havde jeg sluppet kontrollen over oplevelsen i starten af improvisationen, og kun på det fysiske handle- og udtryksplan redder jeg mig selv, inden jeg falder ned af stolen (holder mig fast i en gentagen bastone), eller inden jeg bliver totalt overvældet af en dyb sorgfølelse (udtrykker den med stemmen) før jeg gradvist bevidst vælger at tilføre atmosfæren noget liv ved at spille det kendte "dansende pige"-motiv, hvor jeg identificerer mig med modsætningen til patientens tidløse tilstand. Jeg anvender her en viden, som er opbygget i forløbet nogle måneder tidligere, idet patienten, første gang jeg intuitivt spillede dette motiv i en improvisation, gjorde mig opmærksom på, at hun vældig godt kunne lide det, og at hun fik et billede af sig selv som en dansende pige – noget hun drømmer om, men ikke kan realisere. Det var første gang patienten selv tog initiativ til at omtale sig selv på en symbolsk måde. Hun har flere gange siden bedt mig om at spille dette motiv for hende, og hver gang nævnt at det gjorde hende glad. Jeg opnåede således her ved hjælp af musikken fuld kontrol over oplevelsen ved at indføre dette motiv – en modsat atmosfære.

3: Terapeutens jeg-grænser

Den tredje dimension formuleret af speicifist-gruppen handler om graden af adskillelse eller differentiering af jeg-grænser som terapeuten har kunnet opretholde gennem de forskellige faser af identifikations processen. Jeg oplever at jeg i starten havde svært ved at holde fast i mine grænser – jeg mistede energien og blev sløret af den lave energi og den luftige atmosfære. Hertil kommer at jeg kender det at 'flyve ud af kroppen, når noget bliver for angstfyldt' fra min egen tidligere historie, og selv om jeg har arbejdet med dette og er blevet bevidstgjort om, hvorfor det sker og har opøvet redskaber til at modarbejde det, så

havde jeg i få øjeblikke reelt en oplevelse af, at jeg kun holdt fast i den fysiske virkelighed gennem den gentagne bas akkord i starten af improvisationen. Det ændrede sig, da jeg pludselig kunne mærke fylden af min stemme, og hvordan den også fyldte kroppen ud. I den sidste del af improvisationen, da jeg spillede det kendte motiv, følte jeg mig helt afgrænset, samtidig med at jeg gennem musikken reagerede på atmosfæren ved at tilføje noget, der manglede.

4: Hvilken type introjektion er involveret

Patienten gav ikke udtryk for at hun hørte eller reagerede på, at jeg tilførte en gentagen bas-akkord, eller at jeg anvendte min stemme. Dette kan bekræfte mig i, at jeg primært fortog disse musikalske interventioner for min egen skyld, så jeg kunne være med i processen og mærke, hvor svært det var, og derudfra vælge undervejs at 'give noget til atmosfæren' i form af 'den dansende pige'-motiv, som patienten kunne bruge til at gøre sig mere nærværende: "Du spillede min sang til sidst. Det var dejlig". Her turde hun godt mærke noget.

5: Identifikation med selvrepræsentation eller internaliseret objektrepræsentation

Den femte og sidste dimension handler om spørgsmålet om, hvorvidt identifikationen er med patientens selvrepræsentation (concordant identification) eller med patientens internaliserede objektrepræsentation (complementary identification). Jeg oplever, at jeg i starten fuldstændigt identificerede mig med Ds selvrepræsentation. Hendes selvrepræsentation kan beskrives som det evasive, det at forsvinde ud af situationen, når noget er svært eller gør ondt, og som kan relateres til hendes udsagn: "min far slog mig bevidstløs som barn", og at hun ofte går i seng og sover, når det bliver 'for meget' derhjemme – ofte flere timer hver dag. Jeg oplever også at jeg lidt senere identificerede mig med sorgen, som patienten 'flyver væk fra' eller 'stritter imod at mærke', af angst

for at hun ikke kan 'komme ud af den igen'. Det er således to sider af selvet, der resonerer hos mig, og jeg skrev i mine noter umiddelbart efter sessionen at: "Stemmen gjorde det nemmere for mig at blive i og rumme de følelser, som jeg var helt sikker på ikke kom inde fra mig selv." Så jeg har været bevidst om at det, jeg mærkede, var noget jeg identificerede mig med, og som så gav genklang hos mig. Det er ikke altid, det er muligt for mig at skelne mellem, om det er mine egne følelser, eller nogle jeg identificerer mig med hos patienten i situationen. Det var muligt her.

Diskussion

Som det fremgår af beskrivelsen af det udvalgte case materiale identificerer jeg mig med patientens depersonaliserede selv, idet jeg empatisk bevæger mig med ind i hendes luftige energiløse musik. Jeg bliver træt og er ved at falde ned ad stolen. Der hvor patienten forsvinder ind i en tilstand uden for tid og rum og fraspalter følelserne, fastholder jeg delvist mig selv i tid og rum gennem musikken (spiller bas-akkorder, bruger min stemme) og kommer derved i dyb kontakt med sorgfølelser, som fraspaltes af patienten. At følelserne er til stede i atmosfæren betones af, at den studerende har oplevet meget parallelle følelsesmæssige reaktioner gennem den samtidige video-observation. Patienten er ikke i stand til at erkende eller mærke disse følelser i denne session, og jeg bruger musikken til at handle på den ubevidste kommunikation med D, så jeg derigennem kommer til at mærke intensiteten af sorgfølelserne. Dernæst vælger jeg at transformere dem til noget mere energifyldt, nemlig "dansende pige"-temaet, som patienten genkender og kommenterer.

Som en validering af denne modoverføringsreaktion viser følgende sig i de to næste sessioner:

I den første af disse sessioner spiller vi igen en

A, B, A1-improvisation, hvor vi begge spiller på klaver ud fra spillereglen: "Vi spiller det vi hver især mærker i brystet". Jeg har her en meget kraftig oplevelse af spænding og tryk i brystet, før vi starter med at spille. I B-delen spiller jeg først meget dissonerende, men jeg oplever trods dette, at D er fjern ligesom i A delen – at hun ikke er til stede i spillet – at det er tidløst. Måske som en reaktion på det voldsomme tryk i brystet reagerer min krop på et tidspunkt meget pludseligt, idet højre hånd, uden at jeg bevidst ønsker det, rækker ud efter en djembe (en afrikansk håndtromme), der står tæt ved klaveret, og slår meget kraftigt på den i ca. 10 sekunder, hvorefter hånden vender tilbage til klaveret. Det er som om hånden har sit eget liv. Det giver et sæt i kroppen på mig, da jeg hører den kraftige trommelyd.

Efter improvisationen fortæller D, at hun var uden for tid og rum i alle tre dele af musikken. "Kun da du slog på trommen, fik jeg ligesom et elektrisk stød og kom tilbage i tid og rum". På min forespørgsel om, hvad det umiddelbart gjorde ved hende, fortæller hun, at hun fik lyst til at overdøve mig, men hun turde ikke – hun forsvandt igen i tid og rum. Hun fortæller også, at hun havde mærket et voldsomt tryk i brystet, og at hun mener det var gråd, der sad der. Jeg føler en lettelse ved denne åbning fra D, og vi begynder nu i de næste sessioner at arbejde mere konkret med at "udtrykke trykket i brystet". Vi aftaler spillereglen at hun "Godt måttet overdøve mig" og gradvist bliver D mere tilstedeværende i musikken, og jeg oplever en mere gensidig dynamik og dialog.

D vender flere gange tilbage til episoden med trommen og oplevelsen af det elektriske stød, og jeg kan begynde *i selve situationen* at fortælle hende om, at jeg igen oplever tryk i brystet eller andre modoverføringsreaktioner. Dette uden at jeg behøver *bevare* kontakten til (sustain) sådanne følelser og reaktioner gennem længere tid uden

at *udagere* dem. Følelserne og de fysiske reaktioner kan således være en kilde til forståelse af den ubevidste kommunikation mellem mig og D som kan kommunikeres og herved kan de underordnes (subordinate) den terapeutiske proces.

I modoverføringsoplevelsen, hvor jeg slog på trommen, forstår jeg det sådan, at jeg identificerede mig med et objekt (komplementær reaktion). Måske et faderobjekt, som meget voldsomt havde gennembrudt/overtrådt Ds grænser, så hun i sin oplevelse heraf blev bevidstløs eller forsvandt ud af tid og rum. I musikterapisituationen vovede hun at sætte ord på bagefter og at videreudforske, hvordan hun kunne komme til at reagere mere hensigtsmæssig end at forsvinde ud af situationen.

Jeg beskriver her 3 modoverføringseksempler: 1) jeg sætter bastonen ind, 2) jeg anvender stemmen og 3) jeg slår på djemben). I alle tre eksempler sker modoverføringen på et ikke-intentionelt og ikke-bevidst plan, hvor jeg gennem musikken handler ud fra en ubevidst kommunikationskanal til D. Det giver således mening at forstå modoverføringsreaktioner på samme måde som totalisterne. Som reaktioner, der kan give vigtige informationer om måden, man som terapeut gennem sit eget ubevidste, er i kontakt med patientens ubevidste, samt information om måden følelser, som eventuelt er spaltet fra hos patienten, er i spil. Det giver mening, at man, for at kunne være i kontakt med sådanne følelser, må benytte både en *frit svævende opmærksomhed* og en *frit svævende følelsesmæssig sensitivitet*. Det giver også mening, at sådanne oplevelser skal valideres ved at blive sat ind i en bredere kontekst i forhold til patientens og terapeutens livshistorie, samt i en sammenhæng med tidligere og efterfølgende sessioner i musikterapiforløbet. Endelig giver det mening at kategorisere og klassificere de forskellige identifikation

soplevelser i modoverføringen som en videnskabelig disciplineret måde at beskrive de informationer, terapeuten får gennem at anvende empati som metode.

Der er tilføjet et aspekt i beskrivelsen her, som også er betonet hos andre musikterapeuter, der skriver om modoverføring (Jensen 1999, 2000; Scheiby 1998, 2004; Metzner 1994, 1999, 2004; Streeter 1991; Hannibal 2000), nemlig handleaspektet. Musikterapeuter har i musikken et enestående redskab. Musikken kan anvendes til at handle direkte ud fra en ubevidst kommunikationskanal. Herved er musikken et hjælpemiddel til at fastholde de ubevidste informationer, om de så er af en ubehagelig eller næsten uudholdelig art, så de kan blive tydeliggjort i følelser og symboler og blive gjort tilgængelig for bevidste og verbale refleksioner.

Opsummering

Det har været spændende for mig at gå tilbage og dykke dybere ned i den psykoanalytiske historie og se hvordan de forskellige teorier omkring psyke og videnskabsidealer har påvirket forståelsen af begrebet modoverføring. Gennem mit videre ph.d.-studium håber jeg at kunne føje et par brikker til, som beskriver hvilke forståelser der er mulige og dækkende for musikterapeuter i dag.

Jeg håber primært at jeg kan medvirke til en videreførelse af kategorisering og klassificering af modoverføringsbegrebet samt til forslag til en sammenhængende teori, der kan anvendes i musikterapi med voksenpsykiatriske målgrupper.

Hvad angår de spørgsmål jeg stillede i starten er det blevet klart gennem den historiske gennemgang at forståelse og håndtering af modoverføring er influeret af terapeutens livshistorie (herunder tidsperiode), professionel træning og udvikling af empati. Det er også blevet bekræftet, hvor stor betydning psykoanalytikere, psykoterapeuter og nogle

musikterapeuter tillægger det at få vigtige informationer i den terapeutiske proces ved hjælp af opmærksomhed på, bevidsthørelse af og professionel håndtering af modoverføringsoplevelser og -reaktioner.

Litteratur

Balint, M. (1968) *The basic Fault*. London: Tavistock.

Bion, W.R. (1962) *Learning from experience*. London: Karnac.

Cullberg, J. (1993) *Dynamisk psykiatri*. København: Hans Reitzels Forlag.

Diderichsen, B. (1998) Psykoanalytisk psykoterapi. I: Hougaard, E., Diderichsen, B., & Nielsen, T. (Red.) *Psykoterapiens hovedtraditioner. En indføring i psykoanalytisk, oplevelsesorienteret, kognitiv, systemorienteret og integrativ psykoterapi*. København: Dansk psykologisk Forlag.

Fairbairn, W.R.D. (1958) On the nature and aims of psychoanalytic treatment. I: *International Journal of Psychoanalysis*, 7, s. 374-385.

Ferenczi, S. (1933) Sprogsammenblandingen mellem voksne og barnet. I: J.F. Masson (1984) *"Angrebet på sandheden"*. København: Fremad..

Fromm-Reichmann, F. (1960) *Principles of intensive psychotherapy*. Chicago and London: The University of Chicago Press.

Greenberg, J.R. & Mitchell, S.A. (1983) *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Grotstein, J.S. (1981) *Splitting and Projective*

identification. New York: Aronson.

Hartmann, E. (1997) Joseph Lichtenberg: Selvspsykolog eller motivationsteoretiker? I: Karterud, S. & Mønsen, J.T. (Red.) *Selvspsykologi. Udvikling etter Kohut*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Heimann, P. (1950) On countertransference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 31, s. 81-84.

Jensen, B. (2000) Musikterapi med skizofrene – refleksioner ud fra en case. I: *Årsskrift 2000. Musikterapi i psykiatrien*. Aalborg: Musikterapiklinikken APS & AAU.

Killingmo, B. (1989) Conflict and deficit: Implications for technique. *International Journal of psycho-Analysis*, 70, s. 65-79.

Killingmo, B. (1995) Affirmation in psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 76, s. 503-518.

Kohut, H. (1984) *How does analysis cure?* Chicago: University of Chicago Press.

Kohut, H. (1977) *The Restoration of the Self*. New York: International University press.

Kohut, H. (1971) *The Analysis of the Self*. New York: International University press.

Langs, R. (1990) *Classics in Psychoanalytic Technique*. New Jersey/London: Jason Aronson Inc. Northvale.

Metzner, S.: (2004) *Scenic Understanding in Music therapy with Psychiatric Patients*. Unpublished paper, PhD-seminar, Aalborg University.

Metzner, S. (2003) *The Significance of Triadic Structures in patients undergoing therapy for psychosis in a psychiatric ward*. Gilsum NH: Barcelona Publishers.

Metzner, S. (1999) Psychoanalytically

- informed music therapy in psychiatry. I: Wigram, T. & De backer, J. (Red.) *Clinical Applications of Music therapy in Psychiatry*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Metzner, S. (1994) Gegenübertragung vor dem Hintergrund der analytisch verstandenen Musiktherapie. I: *Einblicke. Manuskripte heft 5 Mai-Tagung*. Berlin: Deutscher Berufsverband der Musiktherapeuten e.V.
- Pedersen, I.N. (2000) Inde-fra eller ude-fra – orientering i terapeutens tilstedeværelse og nærvær. I: *Årsskrift 2000. Musikterapi i psykiatrien*. s. 87-109.
- Priestley, M. (1975) *Music therapy in action*. London: Constable.
- Racker, H. (1968) *Transference and countertransference*. London: Karnac.
- Reich, A. (1960) Further remarks on countertransference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41, s. 389-395.
- Sandler, J. (1987) *Projection, Identification, Projective Identification*. Madison CT: International Universities Press.
- Schafer, R. (1983) *The Analytic Attitude*. London: Karnac Books. 1993.
- Scheiby, B.B. (1998) The Role of Musical Countertransference in Analytical Music Therapy. I: Bruscia, K. (Red.) *The Dynamamics of Music therapy*. Gilsum NH: Barcelona Publishers.
- Scheiby, B.B. (2004) An Intersubjective Approach to Music Therapy: Identification and Processing of Musical Counter Transference in a Music Psychotherapeutic context. *In Press in Music Therapy perspectives*. Silver Spring, MD:AMTA.
- Schibbye, A.L. (2002) *En dialektisk relasjonsforståelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Streeter, E. (1999) Definition and use of the musical transference relationship. I: Wigram, T. & De Backer, J. (Red). *Clinical Applications of Music Therapy in Psychiatry*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Tansey M.J. & Burke W.F. (1989) *Understanding Countertransference. From Projective Identification to Empathy*. Hillsdale, NJ. Hove and London: The Analytic Press.
- Thielst, P. (1998) *Kohuts selvpsykologi*. Frederiksberg: Det lille forlag.
- Winnicott, R.D. (1971) *Playing and Reality*. New York: Basic Books.
- Winnicott, R.D. (1965) *The maturational process and the facilitating environment*. New York: International Universities Press.