

Efter at have gennemført snart ti gruppemusik-
terapiforløb i dagbehandlingsregi, nærer jeg
ingen tvivl om, at gruppemusikterapien
udgør et vigtigt element i behandlingstilbuddet.
Musikterapi kan styrke almenterapeutiske
mål som psykosocial funktion,
affektregulering og tilknytning.
Dertil er gruppemusikterapi egnet til at
arbejde på et implicit relationelt niveau
og med gruppen som enhed.

- Niels Hannibal -



Niels Hannibal

Niels Hannibal er kandidat i musikterapi fra 1994. Modtog ph.d.-grad i 2001. Har siden 1995 været tilknyttet musikterapiuddannelsen på Aalborg Universitet og blev i 2005 ansat som lektor. Niels Hannibal udfører som en del af sit virkefelt kliniske og forskningsmæssige aktiviteter på musikterapiiklinikken på Aalborg Psykiatriske Sygehus. Henvendelse: hannibal@hum.aau.dk

Gruppemusikterapi med patienter med borderline-personlighedsforstyrrelse i dagbehandlingsregi

Niels Hannibal

Resumé: Denne artikel er første redegørelse for de erfaringer, som er gjort med gruppemusikterapi (GMT) for patienter med borderline-personlighedsforstyrrelse (BPF) i dagbehandlingsregi på Aalborg Psykiatriske Sygehus. Artiklen indeholder både konkrete anvisninger til aktiviteter og interventioner, ligesom den i et teoretisk perspektiv redegør for forskellige processer og reaktioner, der kan iagttages i behandlingen. Artiklen konkluderer, at GMT i sin nuværende form kan bidrage til udvikling af BPF-patienters evne til mentalisering og affektregulering, til opbygning af en gruppefølelse og fremme af interpersonel læring, ligesom GMT kan udvikle alliance til terapi generelt og GMT specifikt.

Indledning

Emnet for artiklen er gruppemusikterapi (GMT) med patienter med borderline-personlighedsforstyrrelse (BPF). Jeg vil præsentere et udsnit af de kliniske erfaringer, jeg har gjort mig med GMT med BPF på musikterapi-klinikken på Aalborg Psykiatriske Sygehus som en del af et dagbehandlingsprogram på psykoterapeutisk afsnit siden foråret 2003. Jeg vil på en gang søge at sætte ord på den terapeutiske proces og beskrive de elementer, der strukturerer GMT. Hensigten er at formidle konkrete anvisninger på, hvordan et terapeutisk forløb med BPF kan organiseres med udgangspunkt i fænomener og processer, der ofte er ordløse og uhyre komplekse. Artiklen veksler mellem på den ene side teoretiske refleksioner, der skal indkredse og sætte ord på proces-niveauet i behandlingen, og på den anden side beskrivelse af klinisk praksis, der vil formidle terapiens konkrete og handlingsmæssige niveau. Afslutningsvist præsenteres forsknings-spørgsmål og -områder, som kan afledes af artiklen.

Artiklen er disponeret på følgende måde: Først nogle generelle bemærkninger om psykoterapi med BPF-klienter. Derefter en præsentation af dagbehandlingstilbudet generelt, herunder en gennemgang af faktuelle oplysninger om de foreløbigt ni musikterapi-grupper, der har eksisteret i dette regi. Videre behandler artiklen følgende erfaringsbaserede emner:

- Etablering af alliance
- Aktiv musikterapi: Improvisation, sangskrivning og anvendelse af komponerede sange
- Verbal bearbejdning i forbindelse med musikterapi
- Receptiv musiklytning
- Samtale med gruppen
- Afrunding af session

Artiklen afsluttes med en opsamling i forhold til behandlingsmål, bud på fremtidig forskning samt på patienternes udbytte af behandlingen.

Indledende generelle bemærkninger om psykoterapi med patienter med BDF

Min forholdemåde til GMT er til dels inspireret af de tanker om psykoterapi med patienter med BDF, som C.R. Jørgensen udtrykker ud fra en verbalterapeutisk kontekst i sin bog: *“Personligheds-forstyrrelser. Moderne relationel forståelse og behandling af borderline-lidelser”* (2005). Jørgensen gør bl.a. rede for, hvordan terapeuten bør forholde sig, når denne udfører psykoterapi med patienter med BDF. Jørgensen benævner sin terapiforståelse som grundlæggende relationel, medens hans terapeutiske redskabskasse i øvrigt har et pragmatisk tilsnit; den er bl.a. objektrelations- og mentaliserings-orienteret (ibid., s. 338 ff.). Den patologiforståelse, som Jørgensen trækker på, opfatter patienten som forstyrret i sin selvoplevelse og sine interpersonelle relationer. Dog er det ofte sådan, at patienten ikke selv oplever sig som forstyrret (ibid., s. 343). Patienten handler i høj grad sin forstyrrelse ud i relationen til andre, hvorfor terapeuten:

“(…) hele tiden må spørge sig selv, hvilken relation patienten inviterer til, hvilke reaktioner patienten mere eller mindre ubevidst forsøger at fremkalde hos andre (in casu terapeuten), og hvordan dette hænger sammen med patientens subjektive oplevelse og forsøg på at regulere sig selv og sine affekter i nuet” (ibid., s.339).

Fordi patientens implicite (ikke-bevidste) erfaringsgrundlag er så rigtigt og forstyrret, anser Jørgensen det som gennemgående vigtigt, at terapeuten fremstår som forudsigelig, tilregnelig og stabil, dels for at etablere en behandlingsmæssig tryk platform, og dels med henblik på at såvel terapeut som gruppe potentielt kan varetage selvobjektfunktioner for den enkelte patient. Dette indebærer i nogen udstrækning, at terapeuten i overføringsrelationen bekræfter, spejler eller giver accept til patienten og lader sig idealisere. At fungere

som selvobjekt medvirker til en gradvis opbygning af tillid, der kan fungere som udgangspunkt for etablering af et brugbart udviklingsrum for patienten.

‘Mentalisering’ er et andet og meget aktuelt begreb, der anvendes i psykiatrisk behandling af patienter med BPD. Mentalisering er et omfattende begreb, der bl.a. introduceres indgående i Bateman og Fonagy's bog: *“Mentaliseringsbaseret behandling af borderline-personlighedsforstyrrelse – en praktisk guide”* (2006). Mentaliserings-begrebet er bl.a. udviklet med den hensigt at forenkle den teoretiske beskrivelse af terapiens essens (ibid., s. 14) og er ifølge Bateman og Fonagy en:

“samlebetegnelse for implicit og eksplicit fortolkning af egne og andres handlinger som meningsfulde udtryk for indre liv, for eksempel, behov, ønsker, følelser og fornuft” (ibid., s.16).

Jørgensen benævner videre mentalisering som:

“en grundlæggende evne til implicit og eksplicit at forstå egne og andre menneskers adfærd som udtryk for indre mentale tilstande som intentioner, følelser, ønsker og forestillinger og en evne til at træde på afstand af egne mentale tilstande og reflektere over disse fra et ”ydre” perspektiv” (Jørgensen, 2006, s. 312).

Såvel Bateman og Fonagy (2006) som Jørgensen (2006) henviser altså til vores evne til kunne forstå og håndtere egne og andres reaktion i et relationelt samspil.

Evnen til at mentalisere er ofte uudviklet hos patienter med BPD – som hos andre psykisk syge i øvrigt. Der er forskningsmæssig dokumentation for (Bateman, 2006, 2008), at udvikling af mentaliseringsevnen må udgøre en central faktor i behandlingen af patienter med BPD. Mentaliseringsevnen er forbundet med den affektive spænding i personen. Således be-

virker øget emotionel belastning mindsket eller manglende evne til at mentalisere, hvorfor det anbefales at bremse eller begrænse emotionelt belastende processer, da disse tilsyneladende har uhensigtsmæssig indvirkning på patientens tilstand, den terapeutiske relation og muligheden for behandling (Bateman, 2006).

Mentalisering kobles også sammen med tilknytningsteori. Patienter med BPD har ofte ambivalente tilknytningsmønstre (bl.a. Jørgensen, 2005). Når patientens oplevelse af tilknytning stimuleres (implicit/eksplicit), medfører det en øget psykisk spænding i patienten. Dette fænomen kendes også som overføring eller forsvar m.v.

Det terapeutiske arbejde med mentalisering implicerer således både patienternes evne til indlevelse i og forståelse af sig selv og andre samt deres evne til affektregulering og tilknytning.

Jeg arbejder i GMT ud fra en lignende strategi og forståelse: Der er fokus på handling i og uden for musikken, ligesom jeg som terapeut tilstræber at fremtræde som forudsigelig. Desuden sigter jeg bevidst på at styrke patienternes evne til at mentalisere de reaktioner, de får, når de af og til ikke oplever terapeuten som f.eks. tillidsvækkende og stabil. Som terapeut må jeg derfor have opmærksomhed på, hvad de bogstaveligt fortæller, og navnlig, hvad deres handlinger "fortæller" i sig selv. Dette har jeg før beskrevet i lyset af forholdet mellem det implicite og det eksplicite (Hannibal, 2007). Det er gennem alle forhold centralt og nødvendigt at have opmærksomhed på modoverføringsreaktioner for at kunne forstå og agere terapeutisk hensigtsmæssigt. Når jeg videre i artiklen beskriver den terapeutiske proces, vil det også være i dette relationelle dynamiske perspektiv. Foki vil være: Etablering af behandlingsalliance, opbygning af gruppefølelse, udvikling af den enkeltes evne til at agere og udtrykke sig i gruppen og styrkelse af evnen til mentalisere

og håndtere situationer med affektiv belastning. Jeg finder det derfor relevant at inddrage et intersubjektivt perspektiv som beskrevet af Stolorow (1997) og af Stern (2004).

Det selvorganiserende princip i terapi

Den terapeutiske proces kan ud fra et dynamisk og systemisk perspektiv ansues som: en kaotisk begivenhed, som er uforudsigelig, i situationen bestemt af konteksten set som helhed og af de enkelte personernes dynamik samt af den dynamik, som er specifik for gruppen. Stolorow formulerer det således:

"Dynamic systems theory is centrally concerned with conceptualizing the process of developmental change – that is, the generation of "emergent order and complexity: how structure and patterns arise from the cooperation of many individual parts" (1997, s. 337).

En terapigruppe kan siges at udgøre et system. Det selv-organiserende princip, som står centralt i den systemiske tankegang, er karakteriseret ved at have en flydende, ikke-lineær og kontekstafhængig karakter (ibid., s. 341). Den terapeutiske proces kan samme måde beskrives som selvorganiserende. Det betyder, at det system, som en terapigruppe udgør, vil organisere sig ved, at de forskellige deltagere bevidst og navnlig ikke-bevidst handler og interagerer efter bl.a. kulturelt og psykologisk konciperede regler og dagsordener. Denne proces er med til at forme gruppens hierarkiske system, hvor de enkelte deltagere indtræder i f.eks. forskellige roller. Terapeutens opgave i GMT er i fællesskab med gruppen at opbygge en kontekst, hvor nye og alternative relationer kan opstå, og hvor disse kan danne basis for at arbejde med det, som på den ene side er psykologisk vanskeligt og dysfunktionelt, og som på den anden side kan revitalisere eller

Dage	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
Aktiviteter	Storgruppe, dvs. samling af hele holdet. Psykoedukation.	Dynamisk gruppeterapi for hver delgruppe. Musikterapi for en delgruppe og tegneterapi for en delgruppe.	Kognitiv terapi. Kropsterapi.	Dynamisk gruppeterapi for hver delgruppe.	Storgruppe, dvs. samling af hele holdet

Skema 1: Eksempel på ugeplan for dagbehandling

udvikle patienternes iboende ressourcer. I denne proces er en af musikkens forcer at kunne fungere som en gruekedel, hvor gruppens medlemmer kan blande deres personligheder og erfaringer, og hvor nye musikalske og andre relationelle mønstre, roller og udtryk kan opstå. Gruekedlen er også et billede på den ikke-lineære terapeutiske proces, der er kaotisk, svingende og uforudsigelig. Ind i mellem er det musikalske, der opstår, mere lig med kaos end orden. Men ofte synes musikken at organisere sig og finde sin egen struktur og form. Når dette sker, ser jeg det som det udtryk for, at gruppen organiseres, og medlemmernes roller og funktioner tydeliggøres:

En gruppe kan ikke enes om et fælles tema, og hver patient indleder improvisationen med sin egen dagsorden. Én vil være i fred, én vil larme, én er i tvivl osv. Nogle finder en rytme, som de enes om at følge. Én tager mod til sig og spiller pludselig voldsomt og tydeligt. Det inspirerer andre, som følger med frem mod et klimaks. Herefter er der et ophold i musikken, og gruppen samles efterfølgende. På den ene siden vitaliseres en række gruppemedlemmer af "hende, der pludseligt turde sætte sig ved trommesættet", på den anden side gør initiativet gruppen udmattet, fordi "det ikke ville lykkes".

Det selvorganiserende i musikken er i princippet ikke anderledes end for selvorganiserende processer i andre psykotera-

peutiske forløb. Men musikken tilbyder qua sin nondiskursive udtryksmåde, sit handlingsaspekt og sin æstetik andre muligheder for udfoldelse, interaktion og udtryk end sproget. Dette er et aspekt, jeg vil vende tilbage til senere.

Gruppemusikterapi (GMT) som en del af et dagbehandlingsprogram

Dagbehandlingsprogrammet på Aalborg Psykiatriske Sygehus (se tabel 1) er udformet efter inspiration fra lignende behandlingstilbud i England (Bateman et al., 2004) og i Norge (Karterud et al., 1992; Karterud, 1999). Gruppemusikterapien er en del af det samlede intense og kompakte dagbehandlingstilbud på i alt 12 timer per uge gennem 20 uger. Dagbehandlingen fordeles på terapi af henholdsvis psykodynamisk og kognitiv karakter i form af gruppe- og individuel behandling. Dertil indgår tegne- og musikterapi samt kropsterapi og fysioterapi. Endeligt tilses klienterne af læge (Christensen et al, 2007).

Musikterapiforløbet ca. 20 sessioner er fordelt over en periode på fem måneder i efteråret (august til december) og seks måneder i foråret (januar til juni). Hvert dagbehandlingshold har 14 deltagere, der fordeles i to grupper. Den ene halvdel af

et hold modtager musikterapi, mens den anden halvdel modtager tegneterapi¹. Musikterapeuter deltager ikke i visitationen af patienter til GMT, og der ligger derfor ikke specifikke musikterapeutiske indikationer til grund for fordelingen af patienter til henholdsvis tegne- og musikterapi. Dette er vigtigt at bemærke, da en væsentlig del af det generelle mål med behandlingen retter sig mod: *“..at bedre patienternes psykosociale funktion og affektregulering, reducere selvdestruktiv adfærd og øge tilknytningen*

¹ Tegneterapien omtales ikke videre i denne artikel.

til behandlingen”, ligesom det vil styrke en læringsproces, der sigter mod at opøve patienternes evne til at modtage og bruge psykoterapi generelt. Patienterne skal bl.a. lære at affektregulere og mentalisere de processer, det terapeutiske arbejder fremkalder, ligesom de skal lære at tage disse oplevelser med hen til næste session i den terapeutiske behandling frem for at agere disse spændinger ud (‘acting out’) i eksempelvis misbrug og selvskade.

Musikterapien indgår som en del af dagbehandlingens behandlingsprofil med det

Reference til (Christensen, 2007)	Almene terapimål (ATM) i gruppemusikterapi	Musikterapispecifikke midler (MTTM) i gruppemusikterapi
Psyksocial funktion	1. at styrke mentaliseringsevnen, 2. at øge graden af selvaktivering 3. at styrke bevidsthed om og opmærksomhed på indre og ydre styring	1. at benytte musikalsk interaktion til i en ”her og nu”-kontekst, at undersøge, afprøve, udvikle og integrere ikke-bevidste relationelle handlemåder (tavs/procedural viden), 2. at benytte musikalsk interaktion og udtryk til opøve fleksibilitet i forhold til at kunne udvide og indskrænke det intersubjektive felt, f.eks. sætte grænser 3. at udvide evnen til at formidle sig selv gennem musikalsk udtryk ved hjælp af komponeret musik og omsætte dette til sprog
Affekt regulering	4. at styrke identitetsfølelsen, 5. at aktivere og revitalisere de ikke-udviklede/umodne interpersonelle kompetencer 6. at styrke evnen til ændre og regulere emotionelt intense tilstande af både positiv og negativ karakter	4. at benytte musikalsk interaktion til at styrke det spontane og det umiddelbare selvudtryk
Tilknytning til behandlingen	7. at styrke udviklingen af evnen til at danne en bæredygtig behandlingsalliance 8. at opbygge og styrke gruppefølelsen	5. at introducere musik som terapeutisk medium

Tabel 2: *Almene behandlingsmål og musikterapispecifikke midler for patienter i GMT*

formål at bidrage til den generelle forbedring af patienternes almene tilstand (se nedenfor), herunder deres evne til at modtage, deltage i og udnytte psykoterapi. Disse tre niveauer (modtage, deltage og udnytte) afspejler, at dagbehandlingsprogrammet stiler imod, at patienterne udvikler en øget grad af autonomi og evne til selvaktivering. Målet med dagbehandlingsprogrammet er:

“..at bedre patienternes psykosociale funktion og affektregulering, reducere selvdestruktiv adfærd² og øge tilknytningen til behandlingen, hvorved patienterne stabiliseres til længerevarende psykoterapi en gang ugentligt i grupper og/eller individuelt. I anden del af behandlingen er målet ved gennemarbejdning af de psykiske problemer at opnå yderligere stabilisering og selvudvikling.” (Christensen, et al. 2007).

Musikterapiens behandlingsmål er indarbejdet i de samlede behandlingsmål, men har desuden musikterapi-specifikke mål.

I tabel 2 præciseres de musikterapeutiske behandlingsmål og -midler, som de præsenterer sig i gruppemusikterapien, med udgangspunkt i de almene behandlingsmål.

Disse mål og delmål afspejler generelle problematikker relateret til psykoterapi med patienter med BPF i relation til f.eks. psykosocial funktion og affektregulering. Reduktion af selvdestruktiv adfærd er også et mål for behandlingen og inddrages i GMT i det omfang, at emnet er aktuelt i den enkelte gruppe.

Behandlingens ramme, udstrækning og lokalisering

GMT er lokaliseret på musikterapiikli-

2 Afhjælpning af selvdestruktiv adfærd er ikke nævnt som et specifikt behandlingsmål, men berøres i forbindelse med individuelle problemstillinger, eller hvis processen i den specifikke gruppe måtte kræve dette fokus.

nikken på Aalborg Psykiatriske Sygehus. Hver session varer 1 time og 30 minutter, inklusiv 10 minutters pause efter de første 50 minutter. Selve terapien forgår i et musikterapi-klinikrum, som er udstyret med musikinstrumenter, sanganlæg, afspille- og optageudstyr. Patienterne må således flytte sig ud af dagbehandlingsafsnittet og hen til musikterapi-klinikken for at deltage i behandlingen.³

Behandlingens opbygning

I de indtil videre gennemførte ni gruppeforløb (n = 63) har der været anvendt den samme overordnede struktur:

1. Verbal indledning
2. Improviseret aktiv musikterapi
3. Opsamling
4. Pause
5. Lytning til deltagerens egen medbragte musik (musiklytning)
6. Afslutning

Hver session indledes med en eller anden form for verbal dialog/intro. Denne dialog efterfølges næsten uden undtagelse af aktiv musikterapi oftest i form af musikalsk improvisation. Denne giver adgang

3 Til og med december 2006 blev patienterne transporteret med taxa fra midtbyen, hvor dagbehandlingen i øvrigt foregik, hen til musikterapi-klinikken på Aalborg Psykiatriske Sygehus. Der var derfor en pause på 30 minutter mellem dynamisk gruppeterapi og GMT. I vinteren 2007 flyttede dagbehandlingsafsnittet imidlertid ind på det psykiatriske sygehus. Det betød, at pausen mellem dynamisk gruppeterapi og GMT nu kun var på 15 minutter. Denne ændring i logistikken har betydning for den tilstand, som patienterne møder op i til GMT. Hvorvidt denne ramme er optimal, er stadig ikke afklaret. Mit indtryk er, at formindsnelsen af pausen mellem dynamisk gruppe- og musikterapi har betydet, at behandlingen intensiveres. Det ændrer betingelserne for deltagerne og følgelig den tilstand, de møder op i. Men da de enkelte grupper hver især har deres egen dynamik, kan det ikke med sikkerhed vides, om forandringen i de logistiske forhold nu også er skyld i de ændringer i gruppedynamikken, som vi synes at have iagttaget.

til udtryksmæssige, interaktionelle og relationelle aspekter af terapien. Vurderes det, at improvisation ikke umiddelbart vil virke hensigtsmæssig for gruppen, f.eks. vil være for udfordrende eller kaotisk, kan den erstattes af komposition (sangskrivning) og/eller opførelse af komponeret musik (syngesange). Enkelte sessioner indledes med, at gruppen lytter til optagelsen af sidste sessions musik. Afhængig af omfanget af og tidspunktet for den musikalske del er der efter den aktive musikdel ofte en verbal opfølgning⁴. Efter 50 minutters aktiv musikterapi følger en pause på 10 minutter. Efter pausen følger den receptive del, hvor deltagerne på skift præsenterer selvvalgt musik for efterfølgende at få verbale tilbagemeldinger på fremlæggelsen fra gruppen. Sessionen afsluttes med en verbal opsamling og evt. perspektivering.

Medvirken af co-terapeut i gruppemusikterapi

I GMT har der – med undtagelse af to sessioner – udover musikterapeuten medvirket en såkaldt co-terapeut fra det øvrige team. Co-terapeuten har indtil videre været den samme terapeut, som gruppen har mødt i den dynamiske gruppeterapi umiddelbart før GMT. Hun figurerer altså som en gennemgående person den pågældende dag. Det er min erfaring, at tilstedeværelsen af en co-terapeut er en fordel for gruppens trivsel og procesarbejde, bl.a. fordi en sådan skaber kontinuitet, giver mulighed for at intervenere i f.eks. processer, der er gået i hårknude, og giver større variation og bredde i forhold til de relationelle processer, som gruppen kan arbejde med. Endelig betyder tilste-

⁴ Ind imellem tjener det et godt formål at undlade verbal opfølgning umiddelbart i forbindelse med musikalsk aktivitet, da verbal refleksion kan forandre eller endda skabe distance til den terapeutiske oplevelse/erfaring i musikken. Omvendt kan dette i nogle tilfælde være ønsket, i fald en patient regredierer uhensigtsmæssigt i musikken. Verbal dialog har desuden et funktionelt mentaliserings-perspektiv.

deværelsen af to terapeuter, at den ene kan agere som buffer for “den anden”. Jeg vil gerne understrege, at GMT kan fungere uden co-terapeut. Men er der ressourcer til ordningen, vil jeg gerne anbefale den, ikke mindst når GMT som her indgår som én del af et samlet behandlingsprogram.

Anvendt musikterapi-form

Den anvendte musikterapi-form bygger på et moderne analytisk dynamisk perspektiv (Bruscia, 1997; Hannibal, 2001, 2007): Den terapeutiske proces indeholder både interpersonelle og intra-personelle elementer, da den foregår i personerne, i relationen og i forhold til den samlede kontekst. Der kan opstå overføringskonflikter, modstand, dysfunktionel adfærd o.l. i samspillet mellem terapeut og patient. Derfor er den terapeutiske forholdsmåde styret af modoverførings-oplevelser m.m. (Pedersen, 2007). Musikterapiens vigtigste funktion i dagbehandling er at tilbyde ikke-verbalt medieret terapeutisk kommunikation og interaktion, ligesom musikterapien tilfører behandlingen musisk-æstetiske elementer. Musikterapien er en terapiform, hvor både det eksplicite (den verbale og symbolske repræsentation) og det implicite (den tavse og procedurale repræsentation) optræder direkte og i fællesskab (Hannibal, 2007). Med andre ord møder patienten i musikterapi et bredt og fleksibelt udbud af udtryksmuligheder for måder at udtrykke sig selv på og måder at være med andre på.

Det vigtigste udbytte af dagbehandlingen er efter min mening, at patienterne i løbet af dagbehandlingsforløbet opbygger en behandlingsalliance til såvel musikterapi som til øvrige behandlingselementer: De erhverver en øget motivation for behandlingen som sådan med alt, hvad dette indebærer af udvikling af øget selvbevidsthed, tilknytnings- og mentaliseringsevne. Det terapeutiske arbejde giver således patienterne et brugbart grundlag for videre deltagelse i den krævende proces, et psykoterapeutisk forløb kan være. I musikte-

rapi får patienten dertil en mulighed for at opbygge, udvide og udvikle sit billede af, hvad psykoterapeutisk virksomhed er. Behandlingens først skridt er at få patienterne til at kunne forholde sig til de processer, som opstår i her og nu-situationen. I musikterapi kan dette gøres i musik eller i en samtale om musikken og i forbindelse med musikken, og det kan ske ved at spille musik eller ved at lytte til egen eller andres medbragte musik. I nogle tilfælde vil det være en fordel ikke at verbalisere oplevelser, i andre tilfælde kan det være en fordel at sætte ord på oplevelser, tanker og følelser. Det afhænger bl.a. af gruppens terapeutiske erfaring og konstitution i øvrigt.

I det følgende vil jeg give en mere konkret beskrivelse af, hvordan behandlingen forgår, hvordan den er struktureret samt af dens metoder og anvendte forholdemåder.

Struktur som element i den terapeutiske proces

Struktur i behandlingen har dels med spørgsmålet om behandlingens rammer i en klassisk terapeutisk betydning at gøre, og dels med terapeutens måde at være strukturerende på i såvel relationen som i interaktionen med gruppen i terapien. Behandlingens ramme og opbygning er almindeligvis ikke til forhandling: Først aktiv musikterapi, dernæst pause og afslutningsvis receptiv musikterapi. Når rammen udsættes for "angreb" eller forsøges brudt, opfattes det ofte som udtryk for en eller anden form for usikkerhed ved den terapeutiske proces, én selv, gruppen eller overfor terapeuterne. Det er min erfaring, at denne usikkerhed er vigtig at forholde sig til, hvad enten det er på en rummende, undersøgende eller konfronterende måde. Det betyder ikke, at det ikke kan være hensigtsmæssigt at fravige behandlingens ramme. Men at indgå i en forhandling med gruppen om rammen vil almindeligvis være uhensigtsmæssigt, idet patientens motivation for forhandlingen kan afspejle patientens behov for

kontrol eller for på anden måde at afprøve, om terapeuten kan udholde eller være lydhør over for emotioner m.v. Jeg anser det således som vigtigt almindeligvis at opretholde strukturen og evt. finde en alternativ måde, hvorpå den enkelte kan være til stede. Derved udtrykker jeg som terapeut, at jeg kan rumme f.eks. autoritetsudfordring, tvivl og usikkerhed uden at afvise patienten i kontakten.

Jeg vil dog gerne pointere, at jeg anser opretholdelse af den terapeutiske proces som havende den højeste prioritet: Går processen i stå, eller reagerer gruppen imod terapien og strukturen, mener jeg, at det er hensigtsmæssigt, at terapeuten i den konkrete situation genopretter alliancen, dette eventuelt på bekostning af den på forhånd planlagte struktur:

En gruppe arbejdede med en tekst til sang, de selv havde været med til at komponere. Terapeuten foreslog at fortsætte dette arbejde for at finde en melodi og spillemåde, men måtte indstille dette, da enkelte i gruppen blev særdeles oprevet af tekstens indhold. Først i næste session blev det muligt at forsætte dette arbejde.

Jeg vil gerne fremhæve, at den anvendte struktur til enhver tid har indvirkning på det relationelle. Dette kan eksemplificeres ved terapeutens aktivitetsniveau, der er med til at strukturere terapien: Er terapeuten f.eks. meget aktiv i samtalen, giver det mindre plads til gruppen. Gruppen får mindre ansvar, er mindre overladt til selv at skulle "komme med noget", og medlemmerne er mindre synlige. Er terapeuten derimod mere tilbagetrukket og afventende, giver det omvendt mere plads og mere synlighed. Denne måde at forholde sig aktivt til sin måde at strukturere i gruppen på gælder såvel for den verbale del som for den musikalske del. At veksle mellem at være mere eller mindre aktiv er også en dynamik, der har indflydelse på de tilknytningmønstre, der er aktive for patienten: Er terapeuten for passiv, mister patienten oplevelsen af tilknytning til den

anden, og det kan fremme det affektive ubehag (Bateman, 2008). Oplevelse af affektivt ubehag kan igen være med til at hæmme patientens evne til mentalisering. Er mentalisering et primært behandlingsmål, kan aktivering af affektivt ubehag anses for at være uhensigtsmæssig. Her er det vigtigt, at terapeuten deltager aktivt i reguleringen af spændingsniveauet i gruppen og i den enkelte patient ved f.eks. at være tilstrækkeligt tydelig og aktiv. Som terapeut må man spørge sig selv, hvad f.eks. tilstrækkelig tydelighed er i den enkelte gruppe og situation, da en for aktiv regulering kan virke hæmmende på den terapeutiske proces.

I GMT med patienter med BPF er musikterapeutens måde at arbejde med struktur et vigtigt aktiv. I begyndelsen af behandlingsforløbet er der almindeligvis behov for mere styring både i samtale og i den aktive musikterapi. Patienterne arbejder med at tilpasse sig de nye opgivelser, oplever stort stress og mange psykiske spændinger, der ofte ikke bevidste for dem: De registreres f.eks. som ubehag, lavt selvværd, aggression og depression. Patienter med BPF kan ofte ikke mentalisere de processer, som forgår i dem selv og i gruppen. Ydre struktur er derfor en fordel: Det giver en vis tryghed, når omgivelserne er tydelige og forudsigelige. Når der er udviklet en tilstrækkelig alliance, kan terapeuterne begynde at løse strukturen. I musikterapi gøres dette ved at henvende sig til gruppens selvaktive og -aktiverende sider, f.eks. holder terapeuterne sig mere og mere i baggrunden. Herved overlades initiativet mere til gruppen, og gruppen bliver mere bestemmende overfor, hvilken retning den kliniske improvisation og processen skal tage.

Opsummerende anvendes struktur konkret i forhold til rammer og opbygning af sessionen, men også relationelt, idet terapeuten er meget bevidst om sin rolle i gruppen. Derved kan terapeuten aktivt benytte tydelighed og entydighed i sin

kommunikation og udgøre en styrende og spændingsregulerende faktor i relation til gruppen. Terapeuten vurderer, hvornår gruppen selv magter at tage styringen og demonstrere sin større autonomi.

I den næste del af artiklen vil jeg rette mit fokus mod det kliniske: Jeg vil udrede såvel verbale som musikalske elementer, der har betydning for den terapeutiske proces i gruppen. Gennemgangens rækkefølge er inspireret af terapiens opbygning, som jeg har beskrevet dem før i artiklen. Dog vil jeg indlede med et afsnit om allianceetablering. Herefter et afsnit om aktiv musikterapi, bl.a. om improvisation, sangskrivning og om "at synge sange", som følges af et afsnit om verbal bearbejdning og refleksion efter musik. Slutteligt beskrives den receptive del af terapien, inklusive samtale om og med gruppen om det hørte musikstykke og afrundingen af sessionen.

Om etablering af alliance

Når en patient starter i dagbehandling, vil hun opleve et voldsomt pres på sin tilpasningsevne: Alt er nyt, og patienten vil på den ene side ofte have store forventninger til endeligt at få hjælp, men på den anden side være bange for ikke at lykkes osv. I den sammenhæng kan musikterapi optræde som både ukendt og uforståelig. Spørgsmålet er, hvordan man som musikterapeut skal forholde sig til dette. Ud fra et alment terapeutisk perspektiv er samarbejdet mellem patient, gruppe og terapeut (Hougaard, 2004) og behandlingsalliancen nært forbundet med forhandlingen og oplevelsen af enighed om behandlingens mål, metode og intimitet, kaldet alliancepunkterne. Når et behandlingsforløb indledes, starter denne forhandling selvfølgelig også, og det er vigtigt, at terapeuten har sin opmærksomhed rettet imod, om et eller flere af disse alliancepunkter er i spil. I de tilfælde, hvor der er opstået spændinger i gruppen, hvad der altid gør, har det været en stor hjælp

for os som terapeuter at holde os disse alliance-parametre for øje.

Forhandlingen af graden af intimitet er særdeles vigtig, fordi intimitet er nært forbundet med den grad af intersubjektivitet, som gruppen kan rumme: Hvilke subjektive tilstande kan deles, hvor intense tilstande kan gruppen rumme, hvordan formidles disse osv. Det intersubjektive omhandler både emotionelt og mentalt materiale.

Hougaard (2004) nævner enighed om graden af intimitet som et af kendetegnene på en terapeutisk alliance. Dette gælder selvfølgelig også i GMT. Hvis en patient oplever, at der ikke er enighed om graden af intimitet, kan patienten få en oplevelse af ikke at blive "set" af terapeuten med f.eks. utryghedsfølelse som følge. En sådan proces kan også foregå den modsatte vej, i fald terapeuten f.eks. går for tæt på og sætter fokus på indre tilstande, som patienten ikke er bevidst om eller fornægter. I begge tilfælde oplever patienten misafstemning.

I GMT er der naturligvis risici for diverse misafstemninger mellem patient, gruppe og terapeuter. Misafstemning kan opleves som retraumatiserende af patienten, og det er en dynamik, som denne patientgruppe kender særdeles godt. Derfor er det vigtigt, at vi som terapeuter dels initierer og bidrager til at tydeliggøre gruppenormer for selvudlevering, der beskytter patienterne, og dels aktivt søger at foranledige, at patienterne udleverer personligt og terapeutisk brugbart materiale. Vi balancerer mellem at støtte og udfordre.

Enighed om metode og mål står mere sekundært i begyndelsen af terapien, hvori mod intimitet som tema er imperativt: For det første har spørgsmålet om graden af intimitet med intersubjektivitet i gruppens relationer at gøre. I gruppemusikterapi arbejdes der med det at dele indre tilstande, hvilket er et fundamentalt problem for patienter med BPF. Patienternes

tilknytningsstrategi vil næsten altid være ambivalent med enten udagerende eller undvigende karakter (Jørgensen, 2006). At knytte sig, opleve intimitet og tro på andre er kernekonfliktpunkter.

Som sagt tidligere, er der ifølge Bateman og Fonagy direkte sammenhæng mellem evnen til at mentalisere og disse patienters tilknytningsmønstre. (Fonagy & Bateman, 2006; Bateman, 2008), hvilket også gør sig gældende i de situationer, hvor f.eks. forhandlingen af gruppens normer foregår: Når tilknytningsmønstrene overstimuleres, kan BPF ofte hverken selv regulere spændingen i deres indre eller spændingen i en relation. De er ude af stand til at foretage den mentaliseringsproces, der almindeligvis gør det muligt at rumme, behovsudsætte og regulere affekter. Overbelastning i relationen og derpå følgende stimulering af tilknytningsmønstret kan bevirke alt fra impulser til selvskade til udeblivelse fra eller opgivelse af behandlingen. Dette har derfor også betydning i forhold til opbygning, vedligeholdelse og reparation af den behandlingsmæssige alliance.

Denne dynamik opleves overalt i dagsbehandlingsprogrammet. Det er min erfaring, at vi som terapeuter i begyndelsen af et behandlingsforløb primært bør påtage os en regulerende og rummende position i gruppen og kun sekundært en undersøgende og konfronterende position. Når det i løbet af terapiforløbet bliver relevant og muligt at undersøge og konfrontere, kan det gøres hensigtsmæssigt gennem inddragelse af mentalisering,

Opsummerende vil jeg fremhæve følgende erfaringer som væsentlige:

- Vær opmærksom på alliancen, forholdet mellem mål, metode og intimitet,
- bevar den intersubjektive matrix,
- vær aktiv i reguleringen af spændingen i relationen,

- og bestræb dig på at mentalisere sammen med patienten eller gruppen.

Et eksempel fra praksis:

I det første GMT forløb skete følgende i første session. Gruppemedlemmerne blev bedt om at vælge et percussion-instrument hver, som de skulle tage med hen i rundkredsen. En af deltagerne havde valgt en maracas som sit instrument, som han sad med i skødet. Mens vi sad der, udbrød vedkommende: "Hvad er der mon gået galt i mit liv, siden jeg skal sidde her med sådan en". Udtalelsen udtrykte stor tristhed, forundring, lavt selvværd, psykisk ubehag og til en hvis grad devaluering af musikterapien: Hvad kan det nytte? Terapeuten lyttede til patienten, anerkendte den frustration, som han udtrykte, og medgav, at det var da et rigtig godt og vigtigt spørgsmål, som han måske kunne finde svar på i løbet af den kommende tid. Efterfølgende kunne patienten acceptere, at processen fortsatte.

I en situation som skildret i ovenstående er det for det første nødvendigt at anerkende det emotionelle udbrud, dvs. verbalt tilkendegive at have set og hørt, hvad der er blevet sagt og i øvrigt ikke udtrykke anden intention end at være i dette sammen. Opleves en sådan situation som overbelastende for patienten i terapien, kan terapeuten lytte og blive i kontakten uden at forfølge indholdet samt eventuelt inddrage gruppen i et forsøg på dels at almenføre problemstillingen med gruppen, og dels at undgå yderligere regression. Ifølge Bateman (2006) er det nødvendigt at bremse uhensigtsmæssig affektiv intensivering, da dette forhindrer patienten i at kunne mentalisere.

Et andet eksempel udtrykker den manglende forståelse af, hvad musikken som metode kan udrette i behandlingen. At der er enighed om behandlingsmetoden er i følge Hougaard (2004) tegn på en behandlingsalliance. Da musikterapi stadig for mange betragtes som en eksotisk tilgang til psykoterapi, fremviser patienterne ind imellem skepsis over musikterapi som

terapeutisk metode. Denne skepsis kan optræde i begyndelsen af et behandlingsforløb: *Hvad skal det hjælpe mig at slå på tromme, når det eneste, jeg tænker på, er alle de problemer, jeg har i det daglige.* Udsagn som disse betragtes som et "angreb" på alliancen. Min erfaring er, at det er tilstrækkeligt at anerkende følelsen og oplevelsen for at bevare alliancen og afstå fra at komme med alt for mange forklaringer. Det er især vigtigt, at terapeuten indtager et flersidigt perspektiv, dvs. inddrager sig selv i sin udlægning af en hændelse. Det, som patienter oplever og reagerer på, udspringer af noget, som lige er sket og oplevet. At se og kunne udrede dette "noget" er initialt terapeuten opgave, og forhåbentlig internaliseres denne evne i stigende grad i patienten.

Der er spørgsmål, som terapeuten ikke kender svaret på, og som patienten selv skal opleve og derved finde et svar på. Terapeuten kan med fordel anerkende spørgsmålet og normalisere patientens betragtninger: *Jeg kan godt forstå, du kan synes, det er noget underligt noget, og det er faktisk ret almindeligt at have det sådan i begyndelsen af et sådan musikterapeutisk forløb.* Terapeuten underkender med en sådan respons ikke personens oplevelse og tilkendegiver på samme tid ikke usikkerhed overfor metoden.

Nogle patienter reagerer med vrede eller frustration, hvis de f.eks. oplever ikke at kunne få et for dem fyldestgørende svar på en undren eller kritik. Fonagy og Bateman (2006) anbefaler, at man som terapeut forsøger at bremse den negative emotionelle spiral, da en sådan reaktion sænker eller helt forhindrer patientens evne til at mentalisere, som jeg også før har beskrevet det. Min egen erfaring er, at det er vigtigt at blive i kontakten uden at eskalere konflikten og ikke komme ind i en f.eks. magtkamp om, hvem der har ret o.l. En anden hensigtsmæssig løsning kan være at inddrage den øvrige gruppe med henblik på at almenføre den aktuelle problemstilling.

Opsamlende opfatter jeg sproget som en kommunikativ base, der danner afsæt for introduktion til det ukendte, som findes i musikken. En del af forhandlingen af den terapeutiske alliance vil typisk etableres verbalterapeutisk, det gælder særligt i starten af et gruppeterapeutisk forløb, medmindre gruppen allerede fra starten af føler sig tilpas i den musikalske kontekst.

Aktiv musikterapi: Improvisation, sangskrivning og om at synge komponerede sange

Aktiv musikterapi kan administreres på mange måder og er som terapeutisk medium uhyre adaptivt og fleksibelt. Musikalsk improvisation, komposition og reproduktion repræsenterer forskellige måder at aktivere det musikalske på i terapien. Formålet med aktiv musikterapi er bl.a. at få gruppen til at musicere og således overgå fra passiv til aktiv musikudfoldelse, aktiv interaktion, aktivt udtryk med mere. Der kan almindeligvis iagttages tre reaktionstyper hos gruppemedlemmerne, når de første gang skal deltage i aktiv musikterapi:

Den første reaktionstype er positiv og åben. Patienterne er indstillet på at deltage. Nogle patienter, fordi de opfatter musikken som et bedre sted at være end i samtalen, andre oplever en tryghed i musikken eller en nysgerrighed over for at spille. Reagerer mange i gruppen således, er det medvirkende til at skabe en gruppeproces, hvor andre mere tvivlende gruppemedlemmer inspireres eller forføres til at deltage.

Den anden reaktionstype er forbeholdenhed, skepsis eller usikkerhed over for det nye medium og overfor de andre gruppemedlemmers reaktioner på det, at man selv spiller: *Andre kan høre mig og fordømme mig.* Denne reaktion forekommer hyppigt. Den kan både være udtryk for en almindelig skepsis overfor noget nyt og for en

forsvarspræget eller modstandsdomineret holdning. Uanset grunden til at skepsis opstår hos visse gruppemedlemmer, stiller dette nogle krav til, hvordan den musikalske aktivitet organiseres og struktureres, som jeg allerede har nævnt. Dette vender jeg tilbage til.

Den tredje reaktionstype, der kan iagttages, er total afvisning overfor at spille overhovedet. Patienten får typisk kontakt med et emotionelt ubehag, som kan tolkes som en ikke-bevidst reaktion på oplevelsen af at skulle afgive kontrol: Følelsen af ubehag genkender patienten fra tidligere traumatiske situationer, hvorfor deltagelsen i den aktive musikterapi opleves som en gentagelse af f.eks. tidligere overgreb og krænkelse. Personen oplever med andre ord dét at skulle spille som at skulle gøre vold på sig selv: *Jeg skal gøre noget, der går imod det, jeg føler eller har lyst til.* Min erfaring er, at f.eks. patienter, der har oplevet incest og andre krænkelse, typisk vil kunne reagere sådan: De har gennem deres tilværelse lagt afstand til disse traumer og bestræbt sig på at opretholde en facade, hvorfor emotionel kontakt med de ubehagelige barndomserindringer opleves som ubærlig. Kontrolltab, som det kan opleves ved deltagelse i f.eks. en klinisk improvisation, kan således opleves som retraumatiserende. Dette vil, jf. ovenstående afsnit, være destruktivt for udviklingen af en bæredygtig alliance i starten af et terapi-forløb, ligesom det vil blokere for evnen til at mentalisere. I sådanne situationer har jeg god erfaring med en terapeutisk strategi, der stiler mod at styrke patientens oplevelse af kunne bevare sin integritet og kontrol, og som samtidigt formidler terapeutens respekt for patientens personlige grænse. Endelig søger jeg at sikre patienten en mulighed for at kunne deltage i musikken: Patienten bedes vælge et instrument. Jeg understreger, at vedkommende kun skal spille, hvis og når hun/han selv vælger at gøre det (også kaldet: det kravfrie element). Det er min erfaring, at denne intervention kan give patienten en vigtig

oplevelse af at have kontrol i situationen, ligesom patienten vil opleve en indirekte anerkendelse af sin personlige integritet. Ethvert forsøg på overtalelse eller på anden måde optrapping af konflikten vil, så længe der ikke er opbygget en alliance, medføre et negativt udfald. Her følger et eksempel fra klinisk praksis:

*En gruppe skal for første gang prøve at improvisere. Bortset fra et gruppemedlem, der vælger en elbas, vælges forskellige percussion-instrumenter. Terapeuten spiller på tromme. Som terapeut vælger jeg trommen, fordi den er et instrument, hvis klang og rytmik udgør en enkel musikalsk parameter⁵. Det tematiske oplæg for improvisationen, den såkaldte spilleregler, er at finde en rytme i fællesskab. Her aktiverer jeg som terapeut et konflikttema i gruppen: Jeg stimulerer patienternes tilknytningsmønstre, da jeg indirekte beder gruppens medlemmer om at agere selvstændigt med henblik på at mødes, og det kan være en stor udfordring på et tidligt tidspunkt i terapien: *Terapeuten laver et rytmisk udspil, der vokser langsomt i dynamik. Bassisten lægger en stabil rytme. Improvisationen når et kort klimaks og stopper efter godt to minutter. Efterfølgende er der meget forskellige reaktioner på musikken. En patient udtrykker efter improvisationen at være rasende: Hun føler sine grænser overskredet. Vedkommende har oplevet det "at sidde på denne måde" som ydmygende. Hun beskriver dog bassen (medpatienten) som et positivt element i oplevelsen, mens hun havde lyst til at smide trommen (terapeuten) langt væk. En anden patient er også provokeret over improvisationen, mens andre har oplevet det som "sjovt" og har haft associationer til Jamaica og Afrika. Den efterfølgende samtale får fokus på vrede og på lyde, der generer, f.eks. naboer der larme, i det hele taget ikke at kunne skrue ned for andres larm. For at skabe tryk i gruppen vælges der langt mindre udfordrende spilleregler for de efterfølgende improvisationer. Her er spillereglerne: "Spil først en tone ad gange efter tur, herefter to toner og til sidst kan I spille frit". Gruppen finder her en vis tryk i musikken, men udtrykker samtidigt at**

5 Kommentarer til casebeskrivelse angives med almindelig skrift.

være krænket, dels over at skulle "være barnlige, og dels over at blive bedt om at udtrykke sig på måder, de ikke mestrer. Mange overføringstemaer kommer til syne i både improvisationen og dialogen, og patienternes oplevelser demonstrerer tydelige tegn på den endnu ikke opbyggede alliance.

Eksemplet illustrerer det såkaldt "åbne musikalske rum", en metafor for en terapeutisk proces, hvor deltagerne selv skal definere rummet gennem aktiv og personlig deltagelse. Musikken initierer en ikke-lineær proces. For en ny gruppe kan bevægelse ind i det åbne musikalske rum opleves som at blotte sig. At åbne sig er en del af enhver terapeutisk proces, men kan potentielt opleves som en trussel. Musikalsk improvisation vil være en ny udtryksform for de fleste patienter, der begynder i musikterapi. At musikken tilhører "det ukendte" opleves, som jeg har eksemplificeret det ved ovenstående case, som en indirekte belastning, og aktiv omgang med musik præsenterer for mange en fremmed måde at være, agere og handle på. Dertil kommer, at al kommunikation i gruppen skal foregå uden sproget som meningsbærer. Det indebærer, at deltagerne må orientere sig på en anderledes måde, end de er vant til.

Min erfaring er, at det musikalske samspil - og samspil - på den ene side forenkler kommunikationen i gruppen: Det er f.eks. vanskeligt at lyve, manipulere og udtrykke sig tvetydigt, som det er verbalt muligt, mens man spiller på et instrument. På den anden side bliver kommunikationen medieret igennem musikalsk samspil tilsvarende kompleks, dels fordi patienterne spiller oveni hinanden, og dels fordi en kvalitet ved et musikalsk udtryk er, at det ikke ejer bogstavelig entydighed. Dertil kan musikken byde på andre udfordringer, idet den lydeligt kan demonstrere forskellige kommunikationsstrategier: Er patienten f.eks. vant til at skjule sig for andre, kan musikken udfordre denne forsvarsstrategi, for når hun spiller, er det vanskeligt at skjule, at hun skjuler sig.

En anden kommunikativ kvalitet ved musikken er, at patienterne kan udtrykke sig "i munden på hinanden" på en meningsfuld måde. Dette er samtidig også et udfordrende træk ved at benytte musik som kommunikations-medium. Musikalsk sammenspil har dertil den kvalitet, at det kan styrke fællesskabsoplevelsen i gruppen, bl.a. fordi det ofte kan være nemmere at udvikle en meningsfuld musikalsk gestalt i fællesskab end alene:

Et eksempel fra klinisk praksis:

En gruppe arbejder med temaet 'følelser' i al almindelighed. Gruppemedlemmerne skal ikke tage udgangspunkt i, hvordan de føler lige nu, men derimod benytte musikalsk improvisation til at undersøge, hvordan en given følelse, som de vælger, kan lyde i denne gruppe. Gruppen vælger følelsen 'vrede'. Næsten hele gruppen er motiveret og indstillet på denne opgave - på nær et enkelt medlem, der oplever angst ved denne opgave: Hun er bange for at blive oversvømmet af følelser og reagerer ved at ville trække sig fra gruppen. Dette er et for hende kendt reaktionsmønster og opfattes derfor som udtryk for en overføringsreaktion. Ved at give patienten plads til at udrede reaktionsmønsteret verbalt (mentalisering) lykkes det at få hende til at vælge at deltage i stedet for. Gruppen bliver efterfølgende instrueret i først at have deres opmærksomhed rettet imod sig selv og derefter imod det fælles musikalske udtryk. Denne vekslen mellem fokus på sig selv og på gruppen, har de prøvet før i mindre krævende improvisationer. Musikken indledes derfor med, at hver spiller for sig, men samtidigt. Der opstår ret hurtigt et fælles fokus, der mest har karakter af kraftig og relativ hurtig musik. Den patient, der indledningsvist var angst og utryk, får for første gang adgang til sit eget udtryk i gruppen, og oplevelsen er positiv, da hun markerer, at hendes krop "får lyst til bevæge sig". Efter den første improvisation konstaterer gruppen, at musikken ikke indeholdt egentlig vredesfølelse. Det besluttes at gentage processen, men nu med spillereglen 'indædt vrede'. I den følgende improvisation er musikken mere 'vred', og flere patienter giver sig hen deres eget udtryk, mens andre finder sammen i et fælles udtryk. Processen medfører en udvidelse af gruppens følelsesmæssige repertoire, idet der opstår

flere situationer, hvor fokus i terapien er på konflikttemaer, som gruppen oplever her og nu. I den efterfølgende session er gruppen parat til den næste følelse, og gruppen vælger følelsen 'glæde'.

Muligheden for at veksle mellem forskellige foki og kunne udtrykke sig samtidigt, men uden at skulle følge hinanden, er et udtryk for tilstedeværelse af en større grad af fleksibilitet i gruppen og dermed en større tolerance over for "det uventede". Gruppen har erfaret en mulighed for øget fordybelse og en øget evne til aktivt at kunne skifte fokus.

Om gruppemusikalsk improvisation kan det samlet konkluderes, at den, i fald alle skal kunne deltage, skal gives tilstrækkelig struktur. Strategien er dertil at gøre musikalske øvelser og spilleregler så tilpas forudsigelige, at det føles mere trygt end utrygt at give lyd

At gøre den aktive musikterapi mere forudsigelig og tryghedsskabende kan gøres på flere måder, som jeg allerede har været inde på: Terapeuten kan gøre sig meget tydelig og styrende i de første improvisationer, og improvisationen kan lægges inden for en mere eller mindre defineret ramme. De første kliniske improvisationer vil i den forstand ikke have karakter af at være en egentlig spontan improvisation, da gruppen forholder sig musikalsk til et defineret program: Når spillereglerne for deltagelse bliver mere tydelige, opleves udfordringen som mindre. Endelig er der det kravfrie element: Ved at lade patienter selv afgøre om de vil og kan spille med, oplever de at have kontrol.

Jeg har erfaring for, at patienterne har en række forskellige måder at deltage i den gruppemusikalske kliniske improvisation på: Nogle vælger at følge terapeuten, nogle kan næsten ikke få en lyd frem, nogle prøver at overdøve de andre, og andre bliver optaget af, at de spiller forkert osv. En måde at regulere det musikalske rum på er ved at lave en tydelig musikalsk struktur.

tur. Musikalsk struktur opstår i gentagelse og kan f.eks. opnås ved at benytte en tydelig rytme eller en akkordrundgang. Rytme er den enkleste måde at skabe en ramme i musikken på. Harmoni- og akkordrundange skaber også en ramme, men akkordstrukturer er mere styrende og dominerende end en simpel rytme. Desuden indbyder tonalitet ofte til melodik, hvorved det konsonerende og dissonerende element i musikken aktiveres. Det kan i overført betydning udtrykkes på den måde, at "det er værre at synge falsk (være dissonerende), end det er at falde ud af takt". Der er mange andre måder at regulere graden af struktur på i musikken – og dermed i processen. Terapeuten kan f.eks. strukturere via en tur-tagnings-spilleregul: "I skal på skift være i forgrunden" (Veksle mellem at være figur og grund). Uanset hvilken måde strukturen skabes, er målet dels at få gruppen til at handle sammen i den musikalske improvisation og dermed få påbegyndt gruppens fælles musikalske historie, og dels at gruppen begynder at internalisere det musikalske element.

Når gruppen først har stiftet bekendtskab med musik som handling og erfarer, at det ikke er så truende, at musikken kan lyde af noget, og at gruppen ikke fordømmer én efterfølgende, begynder der at opstå en tryghed i musikken og i gruppen. Denne alliance-opbyggende proces er ikke lineær og kan vare de første 10 sessioner eller mere. Det er således en lang proces, hvor terapeuten langsomt skal inddrage gruppen i strukturering af musikken, hvorved den i stigende grad får overdraget mere ansvar og dermed mere indflydelse på, hvordan musikken udfolder sig. I nogle tilfælde opnår gruppen et så trygt forhold til musikken og den terapeutiske proces, at gruppen kan håndtere at spille uden forudgående aftale, spilleregul eller rollefordeling. Her er gruppen modnet og accepterer præmisserne for den terapeutiske proces.

To eksempler fra klinisk praksis:

Forløbet for deltagerne i den ovennævnte gruppe

er præget af meget forskellige respons på musikterapien og den samlede behandling: To patienter dropper ud fra det samlede behandlingsforløb. For de tilbageblevne er deltagelse i behandlingen en stor udfordring, og deres deltagelse er præget af ustabilit fremmede og modstand, hvilket er almindeligt og forventeligt for patienter med BPF. De tilbageblevne oplever på den anden side også at have udbytte af musikterapien. Et eksempel herpå er, at to gruppe-medlemmer bruger musikken til at undersøge og udtrykke deres misbrugsproblematik: Vi improviserer bl.a. over temaet "at gå i byen". Musikken er helt styret af deres proces, og sætter fokus på det at kunne slippe sig selv fri uden stimulanser. Patienterne spiller f.eks. over fornemmelsen af at sidde med en øl, og der kommer mere "alkohol" i musikken i form af mere dynamik og udtryk. Patienterne slår sig løs. Én prøver forskellige instrumenter og beskriver det efterfølgende som "at stikke hovedet ind på et værtsbus og kort efter gå videre til det næste". Til sidst er "strukturen færdig", og "de går hjem". Oplevelsen af at kunne tillade sig selv at være sig selv og give slip uden stimulanser er det centrale tema..

I en senere session er hele gruppen samlet, og gruppen slutter af med en fælles improvisation, hvor temaet er "at slutte". Det gruppemusikalske sammenspil varer i over 15 minutter. Gruppen gør flere forsøg på at slutte improvisationen, men kommer hele tiden i gang igen. Musikken afspejler gruppens aktuelle psykologiske tema, nemlig ambivalente følelser over det gruppemusikterapeutiske forløbs afslutning.

En gruppeproces som fortalt i ovenstående afspejler nødvendigheden og udbyttet af at give plads og tid til, at gruppen tager det terapeutiske rum i besiddelse.

Hvis den terapeutiske proces ikke kan udfolde sig i det improvisatoriske felt, ofte på grund af for meget modstand enten projiceret imod musikken eller det at spille, kan terapeuten benytte sproget og sangen som strukturerende faktor enten ved at skrive sange eller synge allerede komponerede sange/musikstykker. Her flyttes gruppens terapeutiske proces fra at være aktivt musikalsk improviserende og over i oplevelse

af og tanker om musikken. Dette kan være terapeutisk lige så relevant, men musikken får her mere funktion af at være objekt og fungerer kun indirekte/implicit som interaktionsfelt. I disse situationer spiller det ind, hvilke musikalske ressourcer den enkelte terapeut har, idet nogle vil foretrække arbejdet med kompositionssange, medens andre vil foretrække sangskrivning, som kan gribes an på mange måder (se også Baker og Wigram, 2005).

I GMT har der dels været arbejdet med musikalsk materiale, der spontant er kommet fra gruppen, det være sig både melodistumper og tekst, og dels med en tekst, som gruppen selv har produceret ud fra et åbent spørgsmål:

Denne musikterapi-gruppe drøfter i 7. session den betydning, som deres forældres adfærd har haft for dem. Dette bliver starten på en sangskrivningsproces. Gruppen bedes om at associere ud fra ordene "Hvis bare jeg havde...". Gruppens deltagere producerer hvert et tekstudkast, som terapeuten skriver igennem inden den næste session, så hvert medlems bidrag bliver til et eller flere vers. Teksten kommer tilbage til gruppen, der gennemlæser udkastet og kommer med rettelser og forslag. Processen sætter gang i flere forskellige reaktioner. Én ytrer, at hun ikke kan se meningen med at beskæftige sig med fortiden. Én, der ikke var til stede, da teksten blev lavet, bliver meget oprørt over de ting, hun læser. Hun synes, det er krænkelende at sætte disse uhjælpelige tanker i musik. Én har svært ved at se meningen med det hele, men accepterer dog sit bidrag til teksten. Én synes, at teksten er god, og én synes endda, det har hjulpet hende at sætte ord på fortiden - i øvrigt den samme, som havde allersværest ved at skrive. To gruppemedlemmer synes tekstudkastet er godt og er tilfredse. Da udkastet er godkendt, komponerer terapeuten inden næste session et forslag til en melodi. Dette forslag bliver også kritisk behandlet af gruppen og endelig også sunget af gruppen de næste to sessioner. Processens tema retter sig nu mod det at synge. Nogle bærer på traumer, der dukker op. Gruppens holdning til sangen er stolthed over, at det har været muligt at lave en sang. Gruppemedlemmerne finder den meningsfuld.

Efter tre sessioner med sangskrivning har gruppen flyttet fokus. Gruppemedlemmerne er tilfredse med resultatet og er nu rastløse efter selv at spille igen. Temaet i gruppen er tanker om fremtiden, der bearbejdes i en musikalsk improvisation. Det er kendetegnende for sangskrivning, at gruppens medlemmer reagerer med overraskelse og stolthed over, at det overhovedet er muligt at lave en sang. De finder den meningsfuld.

Min erfaring er, at sangen som genstand kan have stor betydning for gruppens proces. Sange kan betragtes som et konkret produkt, og det, at de er skabt i dette for gruppen fælles terapeutiske rum, giver dem en speciel betydning for gruppen. Derimod er det ikke så afgørende, om sangens indhold er metaforisk eller konkret: Én sang beretter om et eventyr, en anden sang om fortiden.

I terapeutisk forstand består sangskrivning af tre led:

1. Den kreative proces, der sættes i gang, når sangen skabes.
2. Gennemsyngning af sangen, herunder det at bruge stemmen.
3. Ejerskab på sangen.

Sangskrivning ejer narrative kvaliteter, idet dens proces på en gang er tilbageskuende, her og nu-orienteret og aktivt arbejder med et fremtidsperspektiv: Minderne og mønstrene kobles til den aktuelle gruppemusikterapeutiske kontekst, hvor muligheden for at netop bryde med egne og evt. andres forestillinger sættes i spil her og nu. En sang fra et gruppemusikterapeutisk forløb kan symbolsk få betydning som et personligt vidnesbyrd om en fremtid på nye præmisser.

At synge og opleve sig selv gennem komponerede sange kan af og til være et brugbart alternativ til improvisation, når jeg som terapeut ønsker at skabe en åbning i en gruppe. At synge en i forvejen komponeret sang kan give tryghed på forskellige måder: Dels identificeres sange ofte med

noget kendt og dermed ikke så udfordrende, dels kan sang af kendte sange for nogle patienter give en vigtig oplevelse af mestring. At synge kendte sange kan således fungere som et tryghedsskabende og stabiliserende element, bl.a. fordi disse flytter fokus fra den enkelte til noget fælles. Den terapeutiske fordybelse standses ikke nødvendigvis, da det at synge sammen og høre hinanden synge har andre væsentlige kvaliteter, bl.a. at skabe en fællesskabsoplevelse og styrke gruppens sammenhold. Det er mekanismer som disse, som Yalom beskriver, når han redegør for gruppeterapiens kurative faktorer, herunder vigtigheden af at foranstalte universalitetsfølelse og interpersonel læring (i Karterud, 1999). En sang og det at synge kan desuden fungere som en ventil i gruppen, og afsyngning af komponerede sange kan meget vel være en vej ind til den terapeutiske proces (læs mere herom hos Rolvsjord, 2007).

Om musikkens psykoterapeutiske egenskaber henvises til andre artikler, f.eks. Bruscia (1997), Hannibal (2001, 2007), Holck (2005), Stige (2002: p. 207-230).

Verbal bearbejdning i forbindelse med aktiv musikterapi

Den verbale bearbejdning af musikalske processer følger de principper for relationel psykoterapi, som er beskrevet tidligere. Jeg vil dog tilføje nogle kommentarer her. En musikalsk aktivitet, navnlig improvisationen, kan aktivere alle typer af terapeutiske processer og reaktioner lige fra modstand, overføring og forsvar til kontakt, interaktion til korrektiv emotionel erfaring, katarsis og øvrige gruppeterapeutiske faktorer så som: installation af håb, universalitet, interpersonel læring mm. (Karterud, 1999, 183 ff.). Min erfaring er, at gruppen ofte anvender den første halvdel af forløbet til at overkomme sine negative forventninger overfor det nye, hvorfor disse fylder en del i den verbale bearbejdning. Jeg anvender to enkle

principper: dels at styrke patientens evne til at mentalisere de oplevelser, som opstår, og dels at være terapeutisk aktiv i reguleringen af den intersubjektive matrix og den spænding, som den musikterapeutiske oplevelse skaber.

At arbejde med mentalisering gøres verbalt ved at italesætte og udrede de processer og oplevelser, som sættes i gang i musikken. Det er vigtigt at inddrage det, som faktisk sker i gruppen, frem for kun at have fokus på det, der sker i personen. I eksemplet med kvinden, der blev rasende på en tromme, blev mentalisering en måde at give denne reaktion anerkendelse og vigtighed på og derved inkludere kvinden i gruppen i stedet for at lade vreden skabe afstand til omgivelserne. At være aktiv i reguleringen af den intersubjektive matrix henviser til det at arbejde aktivt med de alliance-specifikke faktorer og have bevidsthed om, hvornår ens handlinger som terapeut bør være rummende eller konfronterende. På den måde kan terapeuterne søge at regulere intensiteten i gruppen.

Musikalsk interaktion kan åbne og forstærke gruppens mulighed for at få adgang til relationelle mønstre og selvoplevelse på det implicite niveau (Hannibal, 2007). I musikken er der ofte mulighed for at personen handler ikke-bevidst, intuitivt og ud fra procedurale skemaer. Det sker, når personen hører og oplever musikken og samtidig handler, reagerer og interagerer med gruppen. Ifølge Stern et al (1999) og Stern (2004) er det centrale ved sådanne implicite terapeutiske processer at holde kontakten og oplevelsen på det implicite niveau uden at afbryde dem. At samtale er en måde at bryde med det implicite, fordi man går fra at være sammen i oplevelsen til at tale om den. Ud fra denne betragtning kan det være hensigtsmæssigt at give sig god tid umiddelbart efter den musikalske improvisation. En anden mulighed er slet og ret ikke at samtale om det, der er sket i musikken, men blot samtale om det,

der sker i nuet efter improvisationen. Hvis musikken har afstedkommet oplevelser, tanker og følelser, der i den enkelte patient behøver at blive ekspliciteret, kommer det ofte frem.

Afhængig af gruppens tilstand kan det, som jeg før har været inde på det, være en fordel, at terapeuten er aktiv i styringen af kommunikationen i gruppen. Enten ved at håndhæve en talerække, styre, hvem der taler til hvem, og ligeledes aktivt regulere, hvornår fokus er på den enkelte, og hvornår fokus er på gruppen som helhed. I nogle tilfælde ligger den kliniske improvisation så sent, at patienterne går til pause umiddelbart efter, at den ender. Her kan det være hensigtsmæssigt at bede gruppemedlemmerne om ikke at samtale om musikken i pausen, dels for ikke at fortsætte processen uden for det terapeutiske rum, og dels for i så høj grad som muligt at bevare det implicite niveau og have deres oplevelse i fred.

Om receptiv musiklytning, samtale med gruppen og afrunding

Efter pausen i den terapeutiske session har jeg gode erfaringer med at anvende såkaldt receptiv musiklytning med de enkelte gruppemedlemmers medbragte musiknumre i fokus. Når et gruppemedlem afspiller musik for den øvrige gruppe og terapeuterne, er der en række terapeutiske lag: Dels eksponerer patienten noget helt personligt i form af sin egen musiksmag og -stil, dels kan patienten anvende musikken som talerør for f.eks. psykologiske temaer og problemstillinger. Patienten giver noget af sig selv, men modtager også opmærksomhed og evt. indlevelse og empati fra den øvrige gruppe. Dette giver mulighed for at træne mentalisering. Mentaliseringen sker derved, at deltagerne begynder at danne forestillinger om hinanden og sig selv. De bliver opmærksomme på, om musikken på en eller anden vis

be- eller afkræfter forestillinger, forventninger, oplevelser, som man har om den anden: Musikken passer måske godt til det billede/den forestilling, man har, eller man bliver overrasket og får nye indtryk. Gruppemedtagerne og terapeuterne bliver ligeledes opmærksomme på, hvad musikken, som man lytter til, "gør" ved en: Kan man lide den, hvilket humør kommer man i osv. Disse tanker og oplevelser deles med gruppen. En sådan handling implicerer også et relationelt niveau, da det at sige noget til andre om, hvordan man berøres af det, de har hørt, aktiverer relationen mellem dem. Har gruppen det godt sammen, opleves det som let at give feedback, og har gruppen det vanskeligt indbyrdes, opleves det ikke som svært.

Proceduren er enkel: Ved første møde med gruppen spørger terapeuten, om en af gruppens medlemmer har lyst til at medbringe et stykke musik efter eget valg. Det har der indtil videre altid været en, der har villet. Personen kan vælge at introducere sin musik, men nogle ønsker at overraske⁶. Derefter lytter gruppen til musikken. Efterfølgende kan den, der har medbragt musikken begrunde sit musikvalg, før vedkommen hører respons fra gruppen, eller vedkommende kan starte med at få respons. Respons fra gruppen gives på to måder, hvor fokus enten er på de øvrige gruppemedtagers egen oplevelse af musikken og/eller på de tanker og associationer, som musikken vækker om dens ejer. Sidstnævnte kan opleves som meget konfronterende, men ofte føler patienterne ligeledes, at det, at andre skal udtrykke sig om deres valgte musik, er uhyre sårbart. Den receptive musiklytning tjener umiddelbart tre formål: Identitets-markering, opøvelse af indlevelse i andre, træning i at give og modtage.

At tage musik med er en øvelse i at præsentere sig selv og tage plads i gruppen. Det er min erfaring, at dette kan være en stor

⁶ Der har været eksempler på medlemmer i gruppen, der eksplicit har ønsket ikke at blive overrasket, hvilket der så tages hensyn til.

udfordring for nogle. Grupperne holder typisk en form for selvjustits, således at de, der endnu ikke har haft musik med, på et tidspunkt opfordres dertil af de andre gruppemedlemmer. Nogle vælger at lave en form for 'acting in' i gruppen, hvor de kan være provokerende eller overraskende med deres musik valg: *En trist og tilbageholdt kvinde overrasker gruppen ved at spille glad country-musik og fortæller om den energi, denne giver hende hjemme. Dette giver anledning til at få kvindens mere aktive side ind i gruppen og udvider gruppens kendskab til hendes personlighed.*

Det andet formål er, at gruppens medlemmer opøver deres evne til indlevelse i andre mennesker, og de projektioner og forestillinger, som findes i gruppen, kan træde frem. Det er derfor vigtigt at foretage et realitetstjek med patienten, om det, andre har sagt om vedkommende, kan genkendes eller ej. På den måde bliver kendskab til forskellighed og individualitet også en del af gruppens repertoire. I begyndelsen af et forløb er der tydeligt stor forskel på de enkelte patienters evne til indlevelse. Øvelsen er så konkret, at det hurtigt bliver en integreret del af gruppens kultur og historie at give noget til hinanden på denne måde.

Det tredje formål er at opøve evnen til at give af sig selv og modtage fra andre. Det gælder både for den, der har musikken med og for gruppen, der lytter. Dette er potentielt sårbart, men min erfaring er, at gruppen oplever det som værdifuldt for sammenholdet i gruppen og for gruppens kendskab til hinanden.

Der er stor forskel på hvor dybt, der arbejdes med denne aktivitet. Nogle patienter er mere forsigtige end andre, og nogle vælger ubevidst at medbringe musik, der udstiller ikke-bevidste tanker og følelser. Musikken går bagved facaden. F.eks. medbragte en kvinde det gamle Rolling Stones-nummer: "*Mother's little helper*", der handler om at behøve "en lille hjælper" for at klare hverdagen. Her blev misbrug, historien om en

mor, der drak, meget aktuel. Andre vælger mere direkte at benytte lejligheden til at lade musikken fortælle deres historie, som da en tilbagetrukket pige med en historie, der indeholdt massiv mobning, spillede et nummer af Gary Jules fra REM: "*Mad World*". Sangen åbnede en dør ind til den psykiske smerte, som hun indtil da havde siddet med selv.

Den receptive del af GMT har vist sig som et vigtigt element i behandlingen. Konceptet kan evt. udvides således, at musikvalget tematiseres: Gruppe-medlemmerne bedes om tage deres yndlings-, hade-, barndoms- og styrkemusik med. En sådan systematisk tematiseret proces er dog ikke prøvet af i gruppemusikterapeutisk regi.

Endelig er der afrundingen af en session: Når patienterne forlader musikterapien, har de været i terapi fra kl. 9 til 12 med pause på sammenlagt 25 minutter. De er derfor ofte trætte. En god måde at slutte sessionen på er ved at bede gruppen tænke over, hvad de eventuelt tager med fra terapien, om der er sket noget, som har gjort det værd at komme. Er der tid tilbage, kan dette deles med gruppen. Er der ikke tid, gives der plads til tavs eftertænkning. Ind i mellem sker det, at patienter er kommet så meget i proces, at de behøver umiddelbar opfølgning. Dette kan enten ske i afdelingen, i så fald kontaktes en nøgleperson, eller ved at aftale, at de henvender sig i skadestuen, hvis situationen bliver forværret. Det er endnu ikke sket, at patienter er regredieret så meget, at de har måttet akut-indlægges. Men det er sket, at de er regredieret så meget i processen, at de er udeblevet en gang eller er droppet ud af behandlingen.

Opsamling

I denne præsentation af GMT i dagbehandling af patienter med BPD har jeg redegjort for, hvorledes behandlingen gennemføres og for nogle af de processer, et

sådan forløb faciliterer. Jeg har fremhævet betydningen af strukturerende elementer, af at have fokus på den terapeutiske alliance og på stimulation af mentaliserings-evnen. Ligeledes har jeg beskrevet GMT's opbygning og de musikalsk centrerede aktiviteter, der indgår i musikterapien, f.eks. improvisation, sangskrivning (komposition), at synge sange (reproduktion) og receptiv lytning, og jeg er kommet med anvisninger på, hvorledes terapeuten verbalt kan forholde sig til gruppen.

Perspektiverende betragtninger

Efter at have gennemført snart ti GMT-forløb i dagbehandlingsregi, nærer jeg ingen tvivl om, at gruppemusikterapien udgør et vigtigt element i behandlingstilbuddet. Musikterapi kan styrke de almenterapeutiske mål i forhold til psykosocial funktion, affektregulering og tilknytning. Dertil er GMT egnet til at arbejde på et implicit relationelt niveau og med gruppen som enhed. De foreløbige erfaringer rejser flere spørgsmål, som jeg kort vil nævne her:

For det første er der spørgsmålet om, i hvor høj grad GMT tilfører dagbehandlingen en specifik terapeutisk dimension, som andre behandlingsformer ikke bidrager med, og i hvor høj grad den terapeutiske proces i GMT drives frem af samme non-specifikke faktorer som andre behandlingsformer. Med til GMT's specifikke elementer regnes musikken og det såkaldte 'musicking'-element (Small, 1998; Stige, 2002), derudover kan nævnes: musikkens æstetiske element, musikkens præverbale relationelle element (Hannibal, 2001), musikkens legende og kreative elementer og musikkens ressourceorienterede elementer (Rolvjord, 2007). Hvor stor betydning disse faktorer har i GMT, mangler endnu at blive nærmere undersøgt. Mange patienter har givet udtryk for, at musikterapi opleves som et slags fristed.

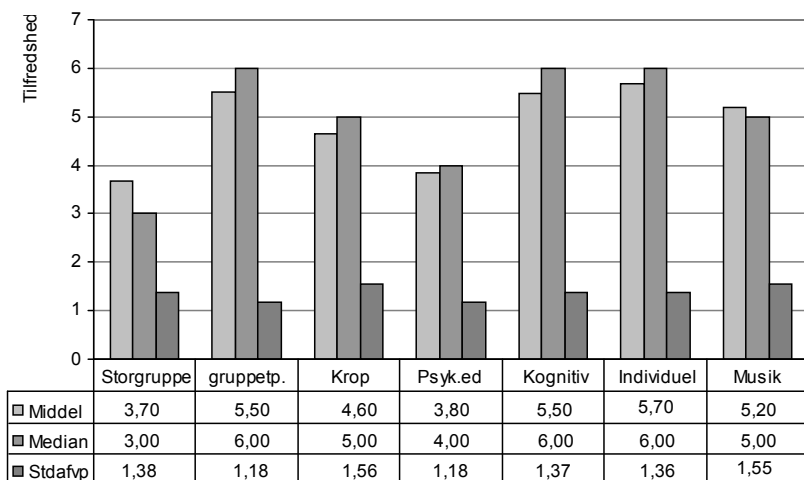
Patienterne oplever musikterapien som et anderledes terapeutisk rum. Hvordan det aspekt har indflydelse på det terapeutiske udbytte, er ikke systematisk undersøgt endnu.

Et andet spørgsmål er, om GMT tilfører gruppen noget specifikt i forhold til at fremme og udvikle gruppens evne til interaktion generelt igennem GMT og derved tilfører dagbehandlingen noget, som alle patienter kunne have gavn af: I GMT trænes gruppen i interaktion på en måde, andre terapiformer ikke gør. Et relateret spørgsmål er, om nogle patienter med BPD vil få negative reaktioner i GMT, fordi deres tilknytningsmønstre stimuleres i uhensigtsmæssig grad. Som nævnt i artiklen forekommer sådanne reaktioner, om end de overkommes.

Et tredje spørgsmål er, om – og i så fald hvordan – specifikt GMT som behandlingsform fremmer patienternes evne til mentalisering og affektregulering, og hvorledes andre gruppeterapeutiske kurative faktorer (bl.a. Karteruud, 1999) udvikles i GMT-forløb. Et af problemerne ved at undersøge dette i den konkrete kontekst er, at GMT som bekendt tilbydes sammen med de øvrige behandlingstilbud i dagbehandlingsprogrammet, og at den effekt, der registreres hos patienterne, derfor må vurderes på et samlet grundlag.

I forbindelse med afslutningen på dagbehandlingsforløbet bedes patienterne rate deres tilfredshed med de enkelte behandlingstilbud på en skala fra 1 til 7. Disse subjektive vurderinger giver følgende resultat (se figur 1): Musikterapi får i gennemsnit 5,2, hvilket ligger over gennemsnittet på 4,8 for samtlige behandlinger⁷. Standardafvigelsen er 1,55, hvilket understreger en vis diversitet i tilfredshed.

⁷ Tegneterapi er ikke med i denne opgørelse, da den ikke refererer til de deltagere, der har modtaget denne behandling.



Figur 1: Tilfredshed med dagbehandling fordelt på behandlingstyper

Dette mål er vanskeligt at vurdere, men giver et fingerpeg om oplevelsen af at gå i psykoterapi og dermed også af patienternes allianceudvikling (Christensen et al. 2007).

Ud fra tallene alene skønnes det, at musikterapien fungerer tilfredsstillende for de fleste patienter, men det er også indtrykket, at der har været stor forskel på tilfredsheden i enkelte grupper. Dette kan skyldes mange endnu ikke undersøgte faktorer, der er relateret specifikt til musikterapien, til terapeuterne, til gruppen foruden eksterne faktorer. Vi kender ikke de faktorer, der er i spil her både i forhold til positiv og negativ vurdering af musikterapien. Ud fra de mundtlige tilbagemeldinger ved vi, at såvel musikken og musikterapeuten nævnes som positive faktorer. De fleste negative tilbagemeldinger retter sig mod den aktive musikterapi, dvs. den klinisk improvisatoriske metode, mens den receptive del udelukkende omtales som et aktiv. Det fremhæves i tilkendegivelserne fra patienterne, at GMT opleves som et slags frirum, hvor "man kan være

sig selv på en anderledes måde". Dette understreger vigtigheden af at "blive set". Denne kvalitet er til dels en non-specifik faktor, men understreger betydningen af, at terapeuterne bevidst og aktivt bidrager til at opbygge en intersubjektiv matrix. At nogle afslutter GMT uden at finde den aktive musikterapi værdifuld, kan dels tolkes som en generel vanskelighed ved at arbejde terapeutisk og ikke som et isoleret produkt af metoden, og dels som et udtryk for, at aktiv musikterapi er udfordrende og måske ikke egner sig lige godt for alle.

Da det gælder for alle dele af dagbehandlingsprogrammet, at nogle dele af behandlingen opleves som mere givende end andre, betragtes denne utilfredshed ikke i sig selv som et problem. Men den antyder, at visse patientgrupper ud fra parametre, vi endnu ikke kender, måske ikke kan honorere af musikterapi. Dette kan muligvis belyses, når en større population findes. En anden forklaring kan evt. findes i konstitutionen af gruppen: Grupper er lige så individuelle som personer, og synergien mellem de enkelte medlemmer i gruppen

og terapeuterne kan være vanskelig at forudsige. Endeligt er et væsentligt faktum, at der ikke indgår en specifik musikterapi-egnetheds-assessment i visitations-proceduren, hvilket ellers er standard-procedure ved visitation til individuel musikterapi.

Det er vigtigt at spørge ind til det udbytte, som patienterne har haft af behandlingen. Dette kan åbenlyst ikke vurderes ud fra GMT-forløbet alene, da dette kun udgør en mindre del af det samlede behandlingsprogram. Der findes dog følgende opgørelse af resultaterne fra dagbehandlingen (2007), som viser, at patienternes symptomindeks (scl-90) og globale funktionsniveau (GAF) begge ændres signifikant. Desuden fandt man,

“at dagbehandlingen var effektiv i forhold til at reducere antallet af indlæggelser og skadestuebesøg samt suicidal adfærd og selvmutilering, hvilket stemmer overens med det ønskede mål” (Christensen et al., 2007).

Der konkluderes følgende:

“Samlet har vores undersøgelse vist, at den intensive dagbehandling er effektiv i sig selv og en god optakt til længereva-

rende terapi i gruppe og/eller individuelt” (Christensen et al., 2007).

Da der ikke findes en specifik opgørelse for GMT, vil jeg her kort opbrude mine indtryk i forhold til de tidligere præsenterede behandlingsmål, som repeteres i tabel 2a, 2b og 2c:

Det er ingen tvivl om, at GMT kan styrke den psykosociale funktion (*tabel 2a*) for den enkelte deltager i gruppen. Såvel den aktive som den receptive musikterapi kan styrke mentaliseringssevnen, kan øge evnen til selvaktivering samt opmærksomhed på både indre og ydre styring. Det er min erfaring, at er patienten til stede og deltager i aktiviteterne i GMT, vil personen med stor sandsynlighed udvikle disse færdigheder.

At styrke evnen til affektregulering (*tabel 2b*) er en længere proces, der kun kan påbegyndes i løbet af de 6 måneder, det samlede dagbehandlingsprogram forløber. Det er min erfaring, at der indenfor gruppens rammer opstår en styrket identitet både hos den enkelte og i gruppen som sådan. Ligeledes får nogle patienter begyndende adgang til nye kompetencer,

Tabel 2a	ATM	MTTM
Psykosocial funktion	<ol style="list-style-type: none"> 1. at styrke mentaliserings-evnen 2. at øge graden af selvaktivering 3. at styrke bevidsthed og opmærksomhed på indre og ydre styring 	<ol style="list-style-type: none"> 1. at benytte musikalsk interaktion til i en ”her og nu”-kontekst at undersøge, afprøve, udvikle og integrere ikkebevidste relationelle handlemåder (tavs/procedural viden) 2. at benytte musikalsk interaktion og udtryk til at opøve fleksibilitet i forhold til at kunne udvide og indskrænke det intersubjektive felt, f.eks. sætte grænser 3. at udvide evnen til at formidle sig selv gennem musikalsk udtryk ved hjælp af komponeret musik og omsætte dette til sprog

Tabel 2a: *Almene behandlingsmål og musikterapispecifikke midler mhp. psykosocial funktion*

ligesom der hos nogle ses en øget evne til at regulere den indre spænding og navnlig til lade den emotionelle spænding leve i gruppen. Dette kan ske i musikken eller i samtalen.

Hvad angår øget tilknytning til behandlingen (*tabel 2c*), er det mit indtryk, at udbyttet er forskelligt fra person til person. Yderligere undersøgelse af graden af tilknytning kan evt. undersøges ved at se på, hvor mange der fortsætter i efterfølgende

gruppe- og individuel terapi. Dette felt udgør et kommende projekt. Der er dog god erfaring med at lade patienter fortsætte i individuel musikterapi enten uden eller sammen med anden gruppebehandling.

Samlet er det erfaringen, at GMT bidrager til, at de opstillede behandlingsmål opnås, men at denne tese som ovenfor nævnt bør understøttes af mere forskning på området.

Tabel 2b	ATM	MTTM
Affekt-regulering	4. at styrke identitetsfølelsen 5. at aktivere og revitalisere ikke-udviklede/umodne interpersonelle kompetencer, 6. at styrke evnen til at ændre og regulere emotionelt intense tilstande af både positiv og negativ karakter	4. at benytte musikalsk interaktion til at styrke det spontane og umiddelbare selvudtryk

Tabel 2b: *Almene behandlingsmål og musikterapispecifikke midler mhp. affekt-regulering*

Tabel 2c	ATM	MTTM
Tilknytning til behandlingen	7. at styrke udviklingen af evnen til at danne en bæredygtig behandlingsalliance, 8. at opbygge og styrke gruppefølelsen	5. at introducere musik som terapeutisk medium

Tabel 2c: *Almene behandlingsmål og musikterapispecifikke midler mhp. tilknytning til behandlingen*

Litteratur

- Baker, F and Wigram, T. (2005). *Songwriting*. London: Jessica Kingsley Publishers
- Bateman, A. and Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization-based treatment*. Oxford: University Press.
- Bateman, A. (2008). Foredrag om mentalisering og psykoterapi med patienter med borderline-personlighedsforstyrrelse. Uddannelsesafdelingen, Aalborg Psykiatriske Sygehus. 10. april 2008.
- Bruscia, K (ed)(1997). *The dynamics of music psychotherapy*. Gilsum, USA: Barcelona Publishers.
- Christensen, N., Toft, J., Petersen, B. og Lien; K. (2007). Psykoterapeutisk dagbehandling af svært personlighedsforstyrrede. *Ugeskrift for læger* 169/1. S. 55-58.
- Fonagy, P & Bateman, A (2006). Progress in the treatment of borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 188, s. 1-3.
- Hannibal, N. (2001). *Præverbal Overføring i Musikterapi*. Ph.d.-afhandling. Aalborg Universitet.
- Hannibal, N (2002). Præverbalitet i Musikterapi. *Årsskrift 3, Musikterapi i psykiatrien*, s. 139-153. Musikterapiklinikken, Aalborg Psykiatriske Sygehus - Aalborg Universitet.
- Hannibal, N. (2007). Relevansen af nyere psykodynamisk teori for det klinisk musikterapeutiske arbejde med psykiatriske patienter med personlighedsforstyrrelser". *Psyke og logos*, 2007, 28, s. 385-407.
- Holck, U. (2005a). Spilleregler i musikterapi med voksne - oversigter fra faglitteraturen. *Musikterapi i Psykiatrien, Årsskrift 4 - 2005*. Musikterapiklinikken, Aalborg Psykiatriske Sygehus - Aalborg Universitet
- Hougaard, E (2004). *Psykoterapi - teori og forskning*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Jørgensen, C.R. (2004). Active ingredients in individual psychotherapy. Searching for the common factors. I: *Psychoanalytic Psychology*, vol. 21, s. 516-40.
- Jørgensen, C.R. (2006). *Personlighedsforstyrrelser*. København: Akademisk Forlag.
- Karterud, S, Vaglum, S, Friis S, Irion, T, Johns, S, Vaglum, P. (1992). Day hospital therapeutic community treatment for patients with personality disorders. An empirical evaluation of the containment function. *The Journal of nervous and mental disease*. 1992 Apr;180 (4) /Abstract, s. 238-243.
- Karterud, S. (1999). *Gruppeanalyse og psykodynamisk gruppepsykoterapi*. Oslo: Pax forlag.
- McGlashan, T. (1984). The "We-Self" in Borderline Patients. Manifestations of the symbiotic self-object in psychotherapy. *Psychiatry*, vol. 46, Nov. 1983, s. 351 - 361.
- Oversat af Overlæge Søren Rimestad, Afd. 2, Dikemarken Sykehus, Oslo, Norge.
- Metzner, S. (1999). Psychoanalytically Informed Music Therapy in Psychiatry. I: Wigram, T. & De Backer, J.: *Clinical Applications of Music Therapy in Psychiatry*. s.102-118. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Morgan, A.C. Brunschweiler-Stern, N. & Tronick, E.Z. (1998b). **The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult psychotherapy.** *Infant Mental Health Journal*, (19)3, s. 300 - 308.
- Pedersen, I. P. (2007). *Counter transference in music therapy. A phenomenological study on counter-transference used as a clinical concept by music therapists working with musical improvisation in adult psychiatry*. Ph.d.-afhandling, Aalborg Universitet.
- Ridder, H.M.O. (red.). *Musikterapi i Psykiatrien, Årsskrift 4-2005*. Musikterapiklinikken, Aalborg Psykiatriske Sygehus - Aalborg Universitet.
- Rolvjord, R. (2007). *Blackbirds singing. Explorations of Resources-Oriented Music Therapy in Mental Health Care*. Ph.d.-afhandling, Aalborg Universitet.
- Stern, D. N., Sander, L.W., Nehum, J.P, Harrison, A.M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A.C., Brunschweiler-Stern, N., and Tronick, E.Z. (1998a). Non-Interpretive Mechanisms in Psychoanalytic Therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, vol. 79, s. 903-921.
- Stern, D. N. (2004). *Det nuværende øjeblik i psykoterapi og hverdagsliv*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Stern, D.N. (2004). The Present Moment as a Critical Moment. *Negotiation Journal Volume 20*, s. 365.
- Stige, B. (2002). *Culture Centered Music Therapy*. Gilsum, USA: Barcelona Publishers.

- Stolorow, R. D. & Atwood, G. E. (1996). The Intersubjective Perspective. *Psychoanalytic Review*, 83, s. 181 - 194.
- Stolorow, R.D. (1997). Dynamic, Dyadic, Intersubjectiv Systems: An Evolving Paradigm for Psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, vol. 7, s. 337-346.