

MUSIKTERAPEUTENS DISCIPLINEREDE SUBJEKTIVITET

Inge Nygaard Pedersen

Artiklen tager udgangspunktet i en definition af kernebegrebet 'musikterapeutens disciplinerede subjektivitet' som en overordnet betegnelse for de tilstande og bevægelser, der er karakteristiske for musikterapeutens forholdemåde i musikalsk improvisation i en klinisk situation. Dette begreb er vokset ud af forfatterens erfaringer som underviser, kliniker, supervisor og forsker. Begrebet bliver rammet ind teoretisk og belyst ud fra empirisk fænomenologisk forskning i musikterapeutens forståelse og anvendelse af modoverføring i musikalsk improvisation i voksenpsykiatrien. Det bliver relateret til de psykodynamiske begreber overføring, modoverføring og modstand, og de behandlingsmæssige konsekvenser for musikterapi i psykiatrien berøres. Artiklen er en bearbejdning og videreførelse af forfatterens tiltrædelsesforedrag som professor ved Aalborg Universitet i 2006.

1. Definition af og motivation for udvikling af begrebet 'Musikterapeutens disciplinerede subjektivitet'

I 2000 skrev jeg en artikel med titlen »Inde-fra eller ude-fra – orientering i terapeutens tilstedeværelse og nærvær« (Pedersen 2000). Jeg var dengang som nu optaget af de forskellige retninger indenfor psykoanalytisk og udviklingspsykologisk litteratur, der beskrev og udviklede modeller for motivationer for 'barnets eller klientens udvikling' enten ud fra erindringer opdukkende i den analytiske situation eller ud fra direkte spædbarnsobservationer i form af mor/baby interaktioner – den sidste model primært udviklet af Stern (2000, 2004). Jeg var selv mest optaget af de psykoanalytiske definitioner, samtidig med at jeg ikke kunne identificere mig med Freuds psykoseksuelle udviklingsmodel. Det, der interesserede mig allermost, var hvilken betydning disse forskellige modeller havde for terapeutens forståelse af egen tilstedeværelse og forholdemåde i terapisisituationen. Jeg har lige siden fulgt debatten fra sidelinjen både i nyere psykoanalytisk litteratur, udviklingspsykologisk litteratur, tilknytningslitteratur og musikterapilitteratur og har været søgende efter teorier, der dels matchede, hvad jeg erfarer

Inge Nygaard Pedersen, ph.d., er professor i musikterapi ved Institut for kommunikation, Aalborg Universitet, og leder af Musikterapiklinikken, Center for behandling og forskning, Aalborg Psykiatriske Sygehus.

dagligt i min musikterapeutiske kliniske praksis i psykiatrien, dels teorier der inkluderer både intrapsyriske og interpersonelle motiver i forståelsen af klientens udvikling og i denne sammenhæng i forståelsen af betydningen af terapeutens måde at være til stede på. I denne artikel er det primære fokus musikterapeutens måde at være til stede på i musikalsk improvisation i den kliniske situation. Jeg kalder overordnet dette for 'musikterapeutens disciplinerede subjektivitet.'

I 2000 definerede jeg 'musikterapeutens disciplinerede subjektivitet' på følgende måde:

»Det at være subjektivt tilstede og samtidig være medsvingende i forhold til patientens univers. Det indebærer at terapeuten er ekstra sensitivt opmærksom til stede og kan svinge ud og ind af det fælles musikalske felt, hvor det er nødvendigt for:

- a) at terapeuten reelt kan sanse de svingninger/oplevelser hun/han er en del af;
- b) at terapeuten tager selvansvar for ikke at blive overvældet af de svingninger/oplevelser hun/han er en del af;
- c) at terapeuten er opmærksom overfor og tager ansvar for sin egen indflydelse på det felt hun/han er en medsvingende del af
- d) at terapeuten er forpligtet på kontinuerligt at finde veje til at forstå de processer, der sker i det felt hun/han er en del af.« (Pedersen, 2000 s.88)

Jeg definerede således dengang *disciplineret subjektivitet* som dét at terapeuten er subjektivt tilstede med en ekstra sensitiv opmærksomhed og en disciplineret parathed i forhold til at bevæge sig åbent og fleksibelt i den musikalske proces og relation hun/han er en del af.

I denne artikel vil jeg prøve at gå denne definition lidt efter i sømmene og prøve at sætte den ind i en bredere sammenhæng, herunder se nærmere på dens idemæssige grundlag. Jeg vil ligeledes relatere den til min netop afsluttede fænomenologiske undersøgelse af musikterapeuternes forståelse og anvendelse af det kliniske begreb *modoverføring* i musikalsk improvisation i voksenpsykiatrien. Jeg vil starte med at præsentere min egen motivation for fortsat at beskæftige mig med begrebet 'musikterapeutens disciplinerede subjektivitet.'

Træning af musikterapeutens disciplinerede subjektivitet.

Min interesse for begrebet 'musikterapeutens disciplinerede subjektivitet' går tilbage til 1982, da den første og eneste musikterapiuddannelse i Danmark startede, og jeg var med til at etablere de musikterapistuderendes lærerterapi som obligatoriske integrerede discipliner indenfor rammerne af kandidatuddannelsen i musikterapi på Aalborg Universitet (se Pedersen 2002a, 2002b, 2002c og Lindvangs artikel i dette nummer).

Denne opgave rejste naturligt spørgsmålet, hvorvidt musikterapistuderende gennem træning kan forberedes til denne ovenfor definerede basale terapeutiske bevægelse imellem intens indlevelse i og være tilstede i situationen sammen med klienten – i en samtidig beredskabsposition der er fleksibel og bevægelig og som kan flyde ind i og ud af bevidstgørelse og analyse af/refleksion over værensoplevelserne og erfaringer med, hvordan disse bevægelser påvirker/ændrer både en selv og klienten, når dette forekommer relevant. Kan musikterapistuderende trænes eller forberedes til at være til stede i en forholdemåde, der inkluderer sådanne basale terapeutiske bevægelser, der ofte former sig som en cyklisk fremadskridende bevægelse ind i og ud af et intimt kontaktfelt med klienten?

Jeg tænker primært på anvendelse af disciplineret subjektivitet i de kliniske situationer, hvor musikterapeuten spiller improviseret musik sammen med klienten og helt konkret er med til at skabe et musikalsk udtryk for den kontaktform, der er til stede mellem terapeuten og klienten, både hvad angår den reale kontaktform og de kontaktformer, der måtte være præget af fortidige hændelser i klientens eller terapeuten's livshistorie. I musikterapi er terapeuten således ofte både lyttende og subjektivt til stede, hvilket påvirker såvel kontaktopbygning som overføringsforholdene. Til orientering veksler en musikterapisession mellem musikalsk improvisation og samtale, men jeg fokuserer her primært på den tilstedeværelsesform der opstår i det musikalske samspil, da det adskiller sig fra den verbale del af terapien ved at terapeuten er konkret handlende til stede og konkret formidler sin relationsform eksplicit, samtidig med at han/hun skaber et fælles udtryk – et fælles tredje – sammen med klienten.

Rammerne for læreterapien for de musikterapistuderende inviterer til, at de i deres uddannelsesforløb obligatorisk gennemlever 'erfaringsbaserede læreprocesser' i form af læremusikterapi, (som udvikler personlige kompetencer), processer der inviterer til dyb indlevelse i egne og andres autentiske livstemaer – oplevet og udtrykt gennem musikalsk udøvelse i form af improvisation og som efterfølgende bliver verbalt og mentalt reflekteret. Disse læreprocesser er ligeværdige med og løber parallelt med de 'træningsbaserede læreprocesser' (som opøver musikalske og kliniske kompetencer) samt de 'vidensbaserede læreprocesser' (som opøver teoretiske og forskningsmæssige kompetencer).

Sådanne integrerede uddannelsesrammer indebærer bl.a. at de studerendes oplevelser i og refleksioner gennem og over denne personlige læreterapi er medspillende/-levende faktorer, når de i de øvrige læreprocesser søger:

- at forstå psykologiske, filosofiske og musikterapeutiske teorier
- at udvikle personlig stil indenfor musikalsk/klinisk improvisation
- at udvikle en integreret identitet som udøvende musikterapeut..

Ideen med en sådan integreret uddannelse, hvor tre forskellige læreprocesser udfoldes i tre parallelt løbende spor er, at de kommende færdiguddannede musikterapeuter får redskaber til at kunne relatere sig til klienten og formidle viden i terapisituationen, der er baseret på terapeutens egne livserfaringer (se Bonde et al. 2001 om uddannelsens tre spor).

Viden formidlet som teknik eller erfaring – eller begge dele

Mange psykoanalytikere og psykoterapeuter har skrevet om vigtigheden af, at terapeuten er rustet gennem egen analyse eller egenerapi til at kunne være rummelig medlevende og mere fordomsfri i mødet med klienterne. En af dem er specialist i psykoterapi J. Toustrup, der i bogen *Autentisk nærvær i psykoterapi og i livet* (2006) overordnet skelner mellem, hvornår terapeuten i mødet med klienten gør brug af:

- formidlet viden (og relationsform i musikalsk handlen – min tilføjelse) som noget sprogligt (musikalsk – min tilføjelse) teknisk og teoretisk til lært
- formidlet viden (og relationsform i musikalsk handling – min tilføjelse) baseret på terapeutens egne livserfaringer.

Toustrup er meget optaget af, hvorledes terapeutiske teknikker må være baseret på levede erfaringer hos terapeuten for at de kan formidles autentisk og ikke blot som teknisk overfladisk viden over for klienten. Han beskriver det således:

»... den kommende terapeut kan ikke klare sig ved blot at få at vide af andre, hvad han skal gøre. Når terapeuten sidder over for en klient i en konkret situation, må terapeutens prægning af terapiens retning og form først og fremmest komme fra hans eget indre, nemlig fra hans grundlæggende livs- og menneskesyn... men virkeligt at forstå betydningen af det lader sig kun gøre i en sammenhæng, hvor man uforstyrret af andre interesser kan fordybe sig i sit eget indre, i egenerapi.« (Toustrup 2006, s. 85-86)

Idealet for læringsprocesserne i den integrerede musikterapiuddannelse er, at de studerende kan integrere de to former for svar i mødet med klienten, så det kan opleves autentisk af klienten, at musikterapeuten har erfaret den relationsform og viden, der formidles. Måden disse kapaciteter udfoldes på er naturligvis individuel og forskellig for de enkelte studerende. En af de udfordringer, de studerende klædes på til, er at forholde sig til klienternes ofte ubevidste overføringer. Dette sker ved, at musikterapeuten trænes i at klargøre og anvende egne modoverføringsreaktioner. Allerede ved at sætte disse begreber i spil har jeg placeret mig selv indenfor en psykodynamisk referenceramme, og det er da også denne placering jeg søger at gøre tilgæn-

gelig og meningsfuld for musikterapeuten ved at definere og indplacere det mere overordnede begreb 'musikterapeutens disciplinerede subjektivitet.'

Erfaret viden formidlet gennem musikalsk improvisation

Da musikterapeuten er en aktiv involveret medspiller og medskaber af musikken i behandlingsprocessen, er det ikke muligt og ej heller ønskeligt at musikterapeuten forholder sig observerende eller neutralt til hverken klienten eller musikken. Musikterapeuten påvirker kontaktopbygningen og kontaktudviklingen og derigennem også resultatet af behandlingen ved sin deltagelse i musikudøvelsen. Det er en vigtig del af forståelsen af den terapeutiske proces, at musikterapeuten *både* søger at sanse og følelsesmæssigt forstå, hvad der sker i klientens indre og at forstå hvordan netop denne klient kan forandre sig, *og* at musikterapeuten søger at sanse og følelsesmæssigt forstå, hvad der sker med ham/hende selv i den empatiske kontakt og i den musikalske handling med klienten, samt hvordan musikterapeuten kan forandre sig med netop denne klient. Endelig er det vigtigt at forstå, om og hvordan den fælles opbyggede musik skaber et tredje felt, som kan blive genstand for fælles udforskning og refleksion. Allerede i denne definition har jeg afgrænset musikterapeutens subjektivt disciplinerede tilstedeværelse til at handle om både klienten og terapeuten. Der er tale om en dyadisk udvikling, og terapeuten egen udvikling i forløbet er en del af den kurative proces. Det terapeutiske arbejde foregår i relationen men influeres af og påvirker begge parter både intrapsykisk og interpersonelt. – Den definition i den nyere psykoanalytiske litteratur, som kommer nærmest på min egen, har jeg fundet i artikler om relationel psykoanalyse skrevet af kliniske psykologer fra Institut for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen, nemlig hos Binder et al. (2006), der inspireret af Mitchell (1997) diskuterer følgende forhold:

»Hvis vi først anerkender det intersubjektive og samskabte som en central dimension i begrebet om det ubevidste, må vi også anerkende selve terapiprocessens grundlæggende interaktive og intersubjektive natur. Som terapeuter vil vi aldrig kunne stille os selv udenfor, i en rendyrket lyttende og observerende position. Der gives ingen mulighed for terapeutisk 'timeout'. Vi er hele tiden en deltagende observatør eller måske snarere en observerende deltager. I vore handlingsvalg fra øjeblik til øjeblik må vi lade os informere af og gøre disciplineret brug af vor egen subjektivitet. Det vi får at vide om patienten, lader sig aldrig fuldstændig adskille fra vor egen deltagelse i relationen og vor egen subjektivitet.« (Binder et al., 2006, s. 905).

Den integrerede træning i musikterapiuddannelsen danner grundlag for alle musikterapeuter i Danmark, der arbejder indenfor mange specialiserede områder, da det at spille sammen eller improvisere sammen i en musikte-

rapeutisk kontekst aldrig blot er et musikteknisk eller musikæstetisk anliggende. Musikterapeuten som person er en del af musikken og vil derfor ikke blot formidle sig, men være med skabende i forhold til den terapeutiske proces og i forhold til retningen af samme. Musikterapeuten gør således disciplineret brug af sin subjektivitet i sin medskabende og medsvingende del af improvisationsprocessen og i sin måde at blive informeret om patienten på.¹

Disciplineret subjektivitet som en forholdemåde for musikterapeuten i psykiatrien

Et andet arbejdsområde, som yderligere har skærpet min interesse for musikterapeutens disciplinerede subjektivitet, er mine – indtil videre – tretten års arbejde med musikterapi i hospitalspsykiatrien. Her har jeg oplevet, at jeg selv som person og mine forholdemåder er blevet ekstremt udfordret og at min definition af disciplineret subjektivitet både er meget vanskelig at opretholde og samtidig en grundlæggende og nødvendig faktor for udviklings- og helingsarbejde med forskellige patientmålgrupper i det psykiatriske arbejde.

I udførlige caseberetninger (Pedersen 1998, 1999, 2001b, 2002d, 2003, 2005, 2007) som omhandler kontaktopbygning med patienter, som er vanskelige at komme i kontakt med (skizofrene, infantil autistiske, personlighedsforstyrrede), har jeg beskrevet, hvordan musikterapeutens forholdemåde, lytteattituder og måde at forstå og anvende overføringsforholdene på er vigtige kurative faktorer i de beskrevne cases. Lignende synspunkter og erfaringer er beskrevet af psykiater Lars Thorgaard (2006), som bl.a. skriver følgende om at udvikle/træne relationsbehandlere:

»Det er relationsbehandlerens person, der er et helt afgørende bidrag, uanset hvilken teknik – systemisk, kognitiv, adfærdsorienteret, psykodynamisk eller anden. Ligeledes er det helt afgørende, hvordan vi forvalter vores person og personlighed, når vi kommer i meget vanskelige og udfordrende relationer. Det er nemlig sådanne relationer, psykiatrien er så befolket med! Vore såkaldte modoverføringer kommer jo hele tiden 'i spil', og vores egen forholden os til disse og mestring af disse bliver afgørende for, med hvilket resultat og udbytte vi kan udnytte vores holdninger og professionelle færdigheder i samspil med patienten. Det er yderst afgørende, at vi kan bevare eller hele tiden prøver at bevare en terapeutisk holdning præget af autenticitet, ægthed, håbefuldhed, varme, respekt og helende (k)ærlighed også i meget

1 Der kan læses mere om detaljerne vedrørende elementerne i denne integrerede træning på følgende webadresse [http:// www.musikterapi.aau.dk/uddannelsen.htm](http://www.musikterapi.aau.dk/uddannelsen.htm) og i Bonde et al. (2001).

vanskelige overføringsforhold!« (Thorgaard 1998, Haga & Thorgaard, 2001 i Thorgaard 2006 II, s. 218).

Dette giver god mening for mig i arbejdet med denne målgruppe, at Thorgaard gennemgående beskriver overføringsforholdene som de primære terapeutiske redskaber og skriver:

»Jeg gentager: En psykologisk metode, som ikke har betydningen af modoverføring og overføring i højsædet – uanset hvor fremragende den end ellers er – har efter min erfaring en risiko for at gå galt i byen – ikke mindst når det drejer sig om så komplicerede relationer, som vi møder i psykiatrisk arbejde.« (Thorgaard 2006 II, s. 218-219).

I kap. 3 vil jeg vende tilbage til min egen fænomenologiske forskning vedrørende oplevelse af, forståelse og anvendelse af modoverføring hos musikterapeuter, der arbejder med musikalsk improvisation i voksenpsykiatrien, da denne undersøgelse kaster nyt lys over begrebet 'musikterapeutens disciplinerede subjektivitet'. Mange af resultaterne i denne forskning understøtter Thorgaards påstande – og min egen teori om at musikterapeuter i deres professionelle nærvær arbejder ud fra en disciplineret subjektiv forholdemåde i deres måde at forstå og anvende modoverføring på.

Før det empiriske kap. 3 vil jeg imidlertid omtale nogle få, udvalgte og relevante psykoanalytiske og psykoterapeutiske teorier, hvor lignende tankebaner er blevet diskuteret. Jeg vil beskrive, hvorledes de er brikker i det idemæssige grundlag for min egen definition af 'musikterapeutens disciplinerede subjektivitet.'

2. Det idemæssige grundlag for begrebet musikterapeutens disciplinerede subjektivitet

Der har været utallige ideer fremsat om analytikerens eller terapeutens forholdemåde lige fra Freud lancerede den 'rene objektive' forholdemåde tilbage i 1912, hvor analytikeren er til stede som en neutral skærm som analysanden kan projicere irrationelle følelser imod, i den ene ende af skalaen – til den modsatte ende af skalaen, hvor den humanistisk baserede, klientcentrerede terapi repræsenteret ved dens grundlægger Carl Rogers (1980) lægger vægt på at træde ind i en subjekt-subjekt-relation mellem terapeuten og klienten, og hvor han i en dialog med Martin Buber fremhæver at han »træder ind i relationen som en subjektiv person, ikke som en der undersøger eller er videnskabelig.« (Buber 1965, s. 169). Allerede Freud talte om en 'disciplineret attitude' og det på et tidspunkt, hvor han kom med den vel nok mest omdiskuterede metafor for analytikerens arbejde, nemlig sammenligningen af analytikeren med kirurgen, der er til stede som et neutralt spejl

for analysanden og følelsesmæssigt helt neutral. Mange senere analytikere har forsøgt at opløde denne metaforiske beskrivelse, en af dem er Schafer (1983), der betoner at

»Freud's remarks made it clear enough that he was urging a *disciplined* approach in which considerations of what will be most helpful to the analysis, and therefore to the analysand, will always be foremost in the analyst's mind. Thus, when recommending that the analyst remain cold, he was thinking of the surgeon's skill and decisiveness. One might say that he was distinguishing between sentimental or maudlin analysis and analysis ruled by disciplined compassion.« (Schafer, 1983, p 23).

Denne beskrivelse af analytikerens attitude er skabt ud fra en forståelse af psykisk sygdom som en apparatfejlsmodel, hvor analytikeren, i lighed med kirurgen, rammer ind i den rigtige fortolkning på det rigtige tidspunkt og dermed heler patientens psykiske sår. Barnets og analysandens udvikling er baseret på driftslæren, hvor den driftsmæssige energi og dynamik stod for Freud som forudsætningen for at forstå de psykiske processer. Som allerede nævnt er det ikke muligt for musikterapeuten at forholde sig med en sådan form for disciplineret neutralitet da musikterapeuten er en medspillende part i den terapeutiske proces. Jeg har i andre artikler gennemgået forskellige psykoanalytikeres forståelse af begrebet modoverføring og er derigennem også kommet ind på deres forståelse af terapeut/patient forholdet (Pedersen, 2005, 2007a). Jeg har også skrevet om opbygning af alliance med svært kontaktbare patienter (Pedersen 2002d), da opbygning af arbejdsalliance jo er tæt knyttet til begrebet musikterapeutens disciplinerede subjektivitet. Jeg vil i den forbindelse henvise til Greenson (1967) for en historisk gennemgang af begreber som Freuds »den analytiske pagt«, der senere er uddybet af Zetzel (1958) som taler om »den terapeutiske alliance«, og endelig uddybet af Greenson til begrebet »arbejdsalliancen«. Som idemæssigt grundlag her vil jeg begrænse mig til at fremhæve et par psykoanalytikere der har beskæftiget sig indgående med terapeutens forholdemåde med forskellig fokus og med hver sin teoretiske baggrund.

Fra klassisk psykoanalyse til analytisk orienteret psykoterapi og selvpsykologi. Kohut som inspirator

I en senere, lidt ændret forståelse af psykisk sygdom end den Freud arbejdede ud fra, blev der udviklet andre disciplinerede måder at arbejde på, som kommer meget tættere på, hvad jeg forstår ved disciplineret subjektivitet. En af disse måder er lanceret af Kohut (1984), som definerede en anden form for neutralitet i analytikerens forholdemåde end den, der blev defineret af Freud. Kohut taler om, at analytikeren »... i overføringen symbolsk indtræder i forældrestansen, og som kun lykkes ved den rette empati, spejling og

idealisering« (Thielst 1998, s. 44). Han beskriver empati som en betingelse for en videnskabelig psykoanalyse hvor begrebet indebærer »... den helt nødvendige indstilling og kvalifikation, når man vil kortlægge og forstå skjulte og komplekse psykiske lag i et andet menneske.« (ibid. s. 44).

Kohut definerer empati i kortform som vikarierende introspektion (vicarious introspection), som Thielst i kortform definerer som ...«evnen til at træde ind i og iagttage en andens bevidsthed (forestillinger, følelser osv)« (ibid., s. 44). Kohut lægger afstand til den klassiske driftsteori som udviklet af Freud, men anerkender samtidig »...at selvet befinder sig i – og selv er en del af – et energibelagt rum, hvor forskellige følelser og behov kan brydes med hinanden.« (ibid., s. 31). Kohut erkender, at en dybdepsykologisk forståelse af psykisk sygdom kræver både konfliktpsykologiens (den klassiske psykoanalyse) og selvpsykologiens tilgang. Han lægger vægt på en psykologi, der undersøger komplekse psykiske tilstande gennem at indsamle data og forklare dem ved hjælp af observatørens ihærdige empatisk-introspektive fordybelse i menneskets indre.

Med introspektion mener Kohut indre iagttagelser (selviagttagelse) i modsætning til ekstrospektion, ydre iagttagelse (f.eks. af andres adfærd, gestus etc.). Kohut fastholder dog at empatien i hans forståelse i sin kerne er neutral og objektiv, den er i sin kerne ikke subjektiv. Empati må derfor ikke sammenblandes med hverken sympati eller medlidenhed. Han pointerer at:

»Empati er bestemt en nødvendig forudsætning for vor evne til at opleve medlidenhed, og medlidenhedshandlinger må, for at være effektive, være vejledt af en præcis empatisk vurdering af modtagerens behov. Men det samme kan man også sige med henblik på mange af vore fjendtligt-destruktive følelser: for at være effektive må bestemte destruktive handlinger – dem der har til hensigt at bibringe psykiske sår – være vejledt af en præcis empatisk vurdering af offerets følsomhed.« (ibid., s. 46)

Kohut diskuterer ligeledes empati som en intuitiv handling, der ofte anvendes med stor hastighed og uden at den, der handler, er opmærksom på de mellemliggende skridt. Her skelner han dog igen mellem en klinisk og videnskabelig anvendelse af empatien, idet han påpeger behovet for at bringe de mellemliggende skridt frem for opmærksomheden og føre disse til nøje undersøgelser, når der er tale om en videnskabelig anvendelse af ordet. Kohut gør klart, at empati anvendes alene ved data-indsamlingsprocessen og ikke ved opbygning af teorikonstruktioner. De dynamiske og genetiske tolkninger gennemføres efter at analytikerens empatisk har indsamlet data og ordnet disse, så de kan være kilder til opstilling af formuleringer. Kohut gør meget ud af at adskille disse to funktionsmåder som henholdsvis empatisk lyttende analytiker, der gør brug af faserigtig optimal frustration (frustration anvendt af analytikerens der er optimal i den forstand, at den netop er stærk

nok til at skuffe og bortslibe de urealistiske dele af selvet – og heri ligger den faserigtige tilpasning til det konkrete barn, som kun kan erfares gennem empati), og tolkningen.

Kohut opererer med, at barnet er i stand til at danne kompensatoriske strukturer i psyken, når det udsættes for traumatiserende oplevelser og i modsætning til Freud søger han at genkende og videreudvikle disse kompensatoriske strukturer, så de kan give vitalitet og potentialer til analysanden. Han er således ikke bundet af at føre analysanden ind i en bestemt udviklingsteori som f.eks. Freuds driftsteori. Af samme grund betragter han også det ubevidste ikke kun som noget, der skal bevidstgøres for at kunne blive kontrolleret, men også som noget der kan være behjælpelig med at danne nye kreative måder at respondere på konflikter på. Han udtrykker det klart i følgende citat:

»From the self psychological vantage point, even »the Unconscious« – in terms of the mental apparatus, the id, and the unconscious parts of the ego – if considered outside the procrustean bed of a cognitive approach that only asks whether a mental content is available to awareness or not, can provide a creative way of responding to the conflicts brought about by guilt. And a lifelong struggle to free oneself from such conflicts, ultimately leading to the functional rehabilitation and expansion of compensatory structures, will allow us to see even structural conflicts in a new light, that is, as potential challenges to our vitality and potential activating agents spurring »tragic man« to his successes and failures.« (Kohut 1984, s. 45)

Som kliniker advarer Kohut således mod at analysere en konflikt ind i en bestemt på forhånd givet udviklingsmodel. Han søger i stedet mod at fremme de kompensatoriske tiltag, analysanden allerede har gjort for at overleve ubærlige forhold, og han stræber mod at få disse kompensatoriske strukturer gjort tilgængelige, så de kan medvirke til udviklingen af et mere sammenhængende og modent selv. Kohut vender sig fra at forstå modstand som fortrængninger, men taler i stedet om en spaltning af selvet hvor de »...uforenelige selv billeder isolerer sig fra hinanden – som en vandtæt skotte, der sænkes ned i selvet...her er tale om en simpel adskillelse, der ikke lader det ene selv billede se det andet, men lader dem begge spille på bordet og iscenesætte det aktuelle selv.« (Thielst 1998, s. 56).

Overordnet har Kohut således skabt en sammenhængende klinisk og teoretisk model, der anses som forløber for selvpsykologien. Det kan dog diskuteres, hvorvidt hans ide om at empati skal være en neutral og objektiv intervention er holdbar i praksis. Kan en analytiker bevæge sig indfølelse på en så mekanisk måde, at indfølelsen er upåvirket af analytikerens egne subjektive sansninger, følelser og erfaringer i selve indfølelsesprocessen? Inden for den videnskabelige verden kan det vel bedst sammenlignes med

forskellen på kvantitativ forskning, repræsenteret ved statistiske målinger der forudsætter forskerens objektivitet, og kvalitativ forskning, repræsenteret ved fænomenologien, hvor det er en forudsætning, at forskeren via refleksioner over og tydeliggørelse af sin epoché (egne mulige bias fælder) søger at holde egne subjektive oplevelser uden for det udforskede felt. I den sidstnævnte er der lagt stor vægt på, at forskeren gør de mellemliggende trin i udforskningsprocessen så synlige som muligt, og også her er empati og intuition en vigtig del af udforskningsprocessen.

Både inden for den kliniske praksis og inden for videnskabelige undersøgelsesmetoder er der gradvist blevet lagt mere vægt på at erkende og tydeliggøre, hvorledes man selv som dels terapeut dels forsker er subjektivt involveret, og hvorledes dette påvirker den terapeutiske proces og forskningsprocessen frem for 'kunstigt' at undgå subjektiv involvering.

Af klassiske psykoanalytikere og af repræsentanter fra egopsykologien blev Kohut kritiseret for at overse konflikter eller undertrykke konflikter, nemlig ved at selvpsykologien opfordrer til intellektualisering eller ved, at den håndterer konflikter gennem andre egostøttende manøvrer. Han blev også beskyldt for at selvpsykologien støtter og bekræfter patientens neurotiske fantasier ved at acceptere sådanne fantasier som valide udtryk for en subjektiv virkelighed. Endelig blev han kritiseret for at tilfredsstillende spejlende og idealiserende overføringer i stedet for at analysere dem. En sådan praksis kan ifølge kritikerne »...ikke kaldes psykoanalyse men psykoanalytisk orienteret psykoterapi« (Hartmann 1997, s. 44).

En anden vigtig kritik var, at Kohut skulle være talsmand for en »cure by love«, hvor det at anvende empati bliver forstået som det kurative element i sig selv. Dette tilbageviste Kohut kraftigt i *How does analysis cure?* (Kohut 1984), hvor han understreger, at han kurerer gennem tolkninger, men »... at tolkninger har en forudgående forstående fase, og at hvis dette forstående led (patientens oplevelse af at være grundlæggende forstået) ikke er med, bliver tolkningerne sterile og fremmedgørende.« (Karterud s. 46). Kohut selv formulerer det således:

»Self psychology is at one with the technical principle that interpretation in general, and the interpretation of transferences in particular, is the major instrumentality of therapeutic psychoanalysis. We believe however, that interpretation can only be truly analytic, that is, will ultimately allow the analysand to live in harmony with the patterns of his own nuclear self, if it is given without the hidden moral and educational pressure that is unavoidable as long as the traditional emphasis on drive primacy, the infant's helplessness, and the pejorative connotation of the concept of narcissism are retained. Only if the analyst is able to grasp more or less accurately the experiences of his analysand, present and past, will he, via his interpretations, set up a working-through process that re-creates in the analysis a situation that provides protracted,

development-enhancing exposure to optimal frustration. It is this opportunity, insufficiently provided to the analysand in childhood, that is offered once more by analysis.« (Kohut 1984, s. 210).

En af de fremtrædende kritikere (Wallerstein 1983) er bekymret for at Freuds formulering af, at de der bedriver psykoanalyse opererer med begreberne modstand og overføring, bliver udvandet. Han er bekymret for at Kohuts ideer »... kan åbne op for helt andre forestillinger, hvor man kan tænke sig at overføring og modstand mister den centrale plads, de har i samtidens psykoanalyse.« (Wallerstein i Karterud 1997, s. 46).

Kohuts ideers betydning for musikterapeutens disciplinerede subjektivitet

I min egen kliniske erfaring som musikterapeut kan jeg let identificere mig med definitionen af empati som en *indre iagttagelse*, selv om det i mit tilfælde snarere bliver udmøntet i *indre lytning* i min deltagelse i den musikalske improvisation. Jeg betragter det selv som et meget vigtigt element i mødet med klienten, at jeg ikke kommer med en på forhånd fastlagt teoretisk skabelon, som klienten skal passes ind i, og at jeg ikke på forhånd styrer processen med bestemte musikalske strategier og teknikker. Det betyder ikke, at jeg ikke har eller skal have teorier og teknikker fleksibelt tilgængelige i en grad, så jeg kan anvende disse disciplineret både i og efter den kliniske situation. Men i og med at jeg bevæger mig ind i en åben improvisation sammen med patienten, er jeg subjektivt til stede og må være åben overfor hvad der sker i her og nu og være i et 'disciplineret' beredskab til at indføre musikalske teknikker i her og nu, i det omfang de forekommer relevante for den fortløbende proces. Jeg betragter således ikke min indre lytning (iagttagelse) som hverken objektiv eller neutral som beskrevet af Kohut, men netop som disciplineret subjektiv, idet jeg handler disciplineret i musikken i øjeblikket ud fra min subjektive måde at være til stede på i den musikalske relation.

Samtidig finder jeg det interessant, at Kohut allerede i 70'erne dels brød med driftsteorien som tolkningsgrundlag og dels indførte en empatisk forholdemåde som et teoretisk udgangspunkt i sit psykoanalytiske arbejde. Jeg finder det også interessant, at han allerede dengang åbnede op for en anden forståelse af det ubevidste end primært en ophobning af fortrængte følelser fra bevidstheden. Hans ideer om at patienten selv har gjort et vigtigt arbejde med at skabe kompensatoriske strukturer, og at det analytiske arbejde handler om at få disse integreret i et mere sammenhængende selv, giver meget mening for mig i dag i mit musikterapeutiske arbejde i psykiatrien.

Oplevelsesorienteret psykoterapi baseret på humanistiske og psykodynamiske terapitraditioner og dens betydning for musikterapeutens disciplinerede subjektivitet

Andre psykoterapeutiske teorier, som har været en vigtig idemæssig baggrund for mig, er teorier fra den oplevelsesorienterede psykoterapi specifikt repræsenteret ved Fog og Hem (1998). De har dels skrevet om indfølelse- evnen, som de også kalder den empatiske formåen, og dels om den dynamiske perception. Den sidste definerer de som: »...evnen til både at sanse de følelsesmæssige overtoner i en samtale og til at se de usynlige forbindelser i føle-, tanke-, og handlemønstre hos et andet menneske (den dynamiske perception).« (Fog & Hem 1998, s. 89).

De betoner, at selv om begge dele kan ses som ligeværdige dele af terapeutens professionelle kapaciteter, skal disse kapaciteter understøttes af »...en velintegreret (teoretisk og praktisk) viden om psykodynamiske forhold – og dette er en viden, som ikke lader den »rå« empati uberørt. Vi ser evnen til indfølelse og den integrerede dynamiske viden som to momenter, der gennem egenterapi og træning kan kultiveres til den professionelle empati. Hvis der er balance imellem indfølelsen og denne dynamiske perception, så er der grundlag for at se den anden klart og realistisk – objektivt, kunne man sige.«

Selv om jeg klart kan forbinde mig med beskrivelsen af de to kapaciteter også fra min erfaring med læremusikterapien, oplever jeg alligevel, at det netop er i feltet, hvor man 'hører' den anden klart og realistisk, at musikterapien adskiller sig fra den rene verbale terapi, idet musikterapeuten er subjektivt handlende til stede fra øjeblik til øjeblik i musikimprovisationen, og dermed må gøre brug af indfølelse og den dynamiske perception både i musikalsk handling og i senere dynamiske refleksioner over musikken og relationen. Jeg vil således foretrække at beskrive det at høre den anden klart og realistisk som 'subjektivt disciplineret' i stedet for 'objektivt' i forbindelse med beskrivelse af anvendelsen af begreberne indfølelse og den dynamiske perception.

Interessant for mine overvejelser er her, hvorledes den oplevelsesorienterede terapi, som primært er inspireret fra Rogers (klientcentrerede terapi) og Perls (gestaltterapi), overtager en central betydning fra eksempelvis Rogers og efterfølgere – en betydning som Fog og Hem bygger videre på nemlig »...den betydning terapeutens »spejling« (reflection) af klienten har i terapi« (ibid. s. 78). Et meget vigtigt aspekt ved deres forståelse af en sådan spejling vises i det følgende citat:

»Når man i den spejlende tilbagemelding fastholder det fænomenologiske scenario, den anden taler ud fra som *fælles*, markerer man i og med dette at »du er hørt af mig«, og vi er to subjekter. Dette tjener flere funktioner. Den psykologisk set vigtigste er antagelig den anerkendelse, som ligger heri. I dybeste forstand er det en anerkendelse

af den andens eksistens, idet terapeuten med spejlingen demonstrerer, at klientens oplevelser har eksistens, og at de gør indtryk. Men det er ofte ligeså vigtigt, at jeg som terapeut med spejlingen anerkender hans oplevelser som menneskelige, dvs, som nogle, der er genkendelige for mig: Med spejlingen viser jeg ham konkret, *at* jeg kan sætte mig i hans sted, og *hvordan* jeg kan sætte mig i hans sted – deltage i hans scenario – idet *mine* følelser og ord udtrykker det, som i udgangspunktet er *hans* oplevelse.« (ibid. s. 106).

Med spejling menes ingenlunde imitation af terapeutens fortælling, men at terapeuten reagerer på den på en måde, så klienten føler at den er forstået. Den giver samtidig terapeuten mulighed for at behandle klientens scenario, som noget hun faktisk deltager i, og hvor hun med sin deltagelse kan indbringe nye aspekter som scenarioet kan opleves på; en interventionsform som de to forfattere kalder 'positiv redefinering' eller 'reframing'. En sådan redefinering skal bygge på terapeutens oplevelse af klientens eget scenario og skal også spejle udeladelserne eller 'hullerne' i hans historie – udeladelser som klienten oftest ikke selv har set.

Denne beskrivelse af spejling er meget lig min egen forståelse af, hvad der sker, når jeg improviserer musik med patienten. Her sker der ofte det, at patienten føler, at der er en relation i musikken, men det er ikke klart for patienten, hvad jeg egentlig har spillet, da patienten ikke evner at høre andet end sin egen del af musikken.

Et eksempel herpå er en improvisation, hvor jeg spillede med en patient, der spillede fragmenteret i form af éntonospil skiftevis i det mørke og lyse toneleje på et klaver. Jeg spillede på et andet klaver i rummet og valgte gradvist i situationen at relatere mig i samspillet ved at spille en gentagen tone i midterlejet på klaveret – en tone jeg spillede i en rolig gentagen rytme i samme tempo gennem hele improvisationen. På forespørgsel efter improvisationen om patienten havde hørt, hvad jeg havde spillet, svarede han nej. Men han sagde, at han havde fornemmet, at der i musikken var et centrum, som han kunne bevæge sig hen imod og væk fra. Så han havde fanget min intention i at være en del af relationen. Han havde også oplevet, at det havde fået ham til at spille i længere tid og spille gradvist lidt mere sammenhængende melodier i stedet for enkelttonespil undervejs i musikken. Da improvisationen blev optaget på lydbånd kunne patienten bagefter høre, hvad det var jeg redefinerede i hans måde at spille på, og som fik ham til at opleve sig relateret til min musik, selv om han i første ombæring ikke konkret hørte den. (For yderligere uddybning af denne case se Pedersen 2001b samt 2003).

Fog uddyber sin forståelse af begreberne omkring overføringsforhold og modstand i Fog (1998), hvor hun forstår spørgsmålet omkring modstand som noget, der markerer

»...forskellen mellem en tilgang, der har individet som den grundlæggende enhed, og terapi, som hviler på relationen. Med den individfokuserede tilgang kan modstand være et entydigt begreb – det er klienten som »har« den. Anderledes stiller det sig, hvis man har relationen som forudsætning – her er det principielt *altid* tale om et åbent spørgsmål. Men det er simpelthen ikke så let eller behageligt at se i øjnene, at jeg ved min klodsethed eller ved min væremåde fremkalder modvilje og modstand. Det ulykkelige er, at dét sikkert og uden tøven at placere modstanden som en indrepsykisk mekanisme hos den anden yder en perfekt beskyttelse af terapeuten, akkurat som tænkning i overføringsbaner gør.« (Fog 1998, s. 192-193).

Fog udtrykker ligeledes en klar og entydig holdning i sin stillingtagen til modoverføringsbegrebet, hvor hun med udgangspunkt i Little (1951) taler om, at »...den største fare ligger i en fobisk holdning over for egne følelser hos analytikeren.« (Fog 1998, s. 223). Hun beskriver sig selv som ikke havende nogen særlig emotionel ladning i forhold til begrebet modoverføring, samt at det udelukkende er et praktisk spørgsmål, som man må forholde sig til. »...Terapeuten vil altid blive berørt følelsesmæssigt – det er en del af hendes arbejde at lade sig bruge på den måde.« (ibid., 225).

Hun differentierer modoverføringsbeskrivelserne på linie med musikterapeuten Priestley (1994), der ud fra Rackers (1968) inddeling i klassiske, konkordante og komplementære modoverføringsformer definerer tre former for modoverføring, nemlig klassisk modoverføring som defineret af Freud, empatisk modoverføring (e-modoverføring) og komplementær modoverføring (k-modoverføring) som to former, der begge er anderledes end den klassiske modoverføring. I empatisk modoverføring er der tale om en slags »følelssesmitte«, der efterfølges af en undersøgelse af, hvad der sker og hvilke behov, der er på spil fra klienten. Måske mærker terapeuten noget, som endnu ikke er klart bevidst for klienten. Priestley beskriver dette på følgende måde:

»The therapist may find that either gradually as he works, or with a suddenness that may alarm him, he becomes aware of the sympathetic resonance of some of the patient's feelings through his own emotional and/or somatic awareness. Often these are repressed emotions that are not yet available to the patient's conscious awareness but they can also be feelings which are in the process of becoming conscious, in which case they may be very dynamic and fluent in the therapist, especially when he is improvising.....the therapist's e-counter-transference depends on his sensitivity and his freedom to experience the incoming emotions. But his ability to formulate it consciously and use it to the benefit of the patient depends of his clarity of thinking.« (Priestley 1994, s. 87-88, 90).

I den komplementære modoverføring er der tale om, at terapeuten ubevidst eller bevidst kommer ind i en rolle som den, en nærtstående person i klientens scenario har spillet i klientens livshistorie. Den klassiske modoverføring omhandler det, at terapeuten bliver følelsesmæssigt berørt, på en måde som er forbundet med terapeutens egen livshistorie, – i Freuds forståelse med områder af terapeutens livshistorie, som terapeuten ikke selv er afklaret med, og som terapeuten skal komme overens med.

Opsamling på det idemæssige grundlag for begrebet musikterapeutens disciplinerede subjektivitet

Som opsamling på de idemæssige forudsætninger for mit begreb disciplineret subjektivitet kan det siges, at de to terapitraditioner jeg har trukket ind, og som jeg gennem årene er blevet inspireret af, dækker et bredt spektrum af perspektiver inden for psykoanalyse og psykoterapi. Kohut prøver at kombinere et konfliktperspektiv med et defektperspektiv, og hans fortjeneste og inspiration for mig ligger i den måde, han får gjort det driftsmæssige til noget sekundært og den terapeutiske empati og anerkendelse til det grundlæggende i den analytiske attitude, som erstatning for den neutrale og ikke-involverede holdning. Hans videnskabelige definition af begrebet empati er jeg fascineret af, da jeg i øjeblikke kan genkende en sådan måde at blive informeret på i arbejdet med grænseløse eller personlighedsskadede patienter, om end jeg ikke oplever det helt objektivt og neutralt. Jeg kan opleve, at jeg er helt subjektivt tilstede og lytter til mig selv, lytter til patienten i musikken, samtidig med at jeg bevæger mig disciplineret ud af denne empatiske position, når jeg skal være med i at udforske, hvad relationen udtrykker af såvel intrapsyke og intersubjektive temaer. I mit arbejde i psykiatrien er det ofte ikke meningsfuldt for mig at slippe ideen om, at intrapsyke konflikter spiller med ind i feltet. Samtidig ser jeg dem altid som en del af og ud fra, hvordan de præger det intersubjektive samspil.

Fog (og i mindre grad Hem) melder klart ud, at hun tilhører en tradition, der har relationen som det eneste og primære undersøgelsesområde. Hun har ligeledes beskrevet netop empati og måden at være til stede på, så jeg ofte føler, at det kunne være mig selv, der havde ført pennen. Hun baserer sin forståelse af terapien på såvel humanistiske som psykodynamiske principper og tilkender fortiden en væsentlig plads i forståelsen af her og nu.

Med hensyn til forståelsen af modoverføring anvender jeg dette begreb differentieret som havende tre forskellige udformninger – kaldet klassisk, empatiske og komplementær modoverføring – og jeg anvender ikke begrebet modstand som noget, der skal nedbrydes hos patienten, men som et symbol på patientens måde at overleve på. Selve arbejdet i musikterapien handler om at bevæge patientens kompensatoriske strukturer fra at være en måde at overleve på til at blive til en måde at leve og opleve på.

3. Empiri. En fænomenologisk undersøgelse af fire musikterapeuters modoverføring

Jeg har netop afsluttet en fænomenologisk undersøgelse af hvordan musikterapeuter, der anvender musikalsk improvisation i voksenpsykiatrien, sanser, forstår, reagerer på og fortolker modoverføring i det musikterapeutiske arbejde (Pedersen 2005, 2006, 2007a, 2007b). Undersøgelsen var baseret på semi-strukturerede, dybtgående forskningsinterviews, hvor de fire deltagere (to danske og to internationale) blev bedt om at forberede interviewene ved at identificere en modoverføringsoplevelse fra en båndoptaget session. De skulle, inden interviewet blev gennemført, beskrive såvel den identificerede modoverføringsoplevelse inden for det tidsrum, hvor de oplevede den mest intenst, og også beskrive musikimprovisationen i sin helhed, samt udskrive de verbale dele af modoverføringssessionen. Endelig skulle de lave et resumé af to sessioner før og to sessioner efter modoverføringssessionen, hvis ikke det drejede sig om en første eller en sidste session. Dette materiale blev sendt til mig som interviewer en uge før interviewet og lå til grund for interviewet.

Jeg har lavet en udførlig vertikal og horisontal fænomenologisk analyse af interview-transskriptionerne, hvorfra der blev destilleret nitten temaer. Sytten af de nitten temaer var kongruente, hvilket vil sige, at de gælder for alle fire deltagere i undersøgelsen. Et tema gælder for tre deltagere, og det sidste tema gælder for to deltagere.

Empiriske eksempler på modoverføring i musikalsk improvisation i voksenpsykiatrien

Nogle af de vigtige resultater fra den fænomenologiske undersøgelse for denne artikel er, at modoverføringsoplevelserne for de deltagende musikterapeuter dukkede frem i form af en musikalsk ændring undervejs i musikimprovisationen mellem terapeuten og klienten – en ændring der virkede som en overraskelse for musikterapeuten og ofte var helt ubevidst for klienten.

Flere af deltagerne talte om, at det var som om, den udøvede musik i kraft af hånden/hænderne eller stemmen havde 'sit eget liv.' Idet en sådan ubevidst ændring i den musikalske handling fandt sted, kunne den høres og/eller mærkes af musikterapeuten, og dette bragte oplevelsen nærmere til bevidstheden.

EKSEMPEL 1.

En musikterapeut spiller trommesæt som improviseret akkompagnement til klientens kaotiske og dramatiske spil på klaveret. Klienten har en dobbelt diagnose af stofafhængighed og mani. Pludselig starter musikterapeuten intuitivt med at tilføje en 'vedholdende' stemmeklang til musikken (klaver/trommedialogen). Idet terapeuten hører sin egen stemmeklang, får han med det samme en fornemmelse af, at han er ved at drukne, og han sætter en

kraftigere og dybere stemmeklang an sammen med trommespillet. Stemmeklangen får ham til at opleve, at stemmen redder både ham selv og klienten fra at drukne 'i musikkens kaos'.

Et andet vigtigt resultat i undersøgelsen er, at de deltagende musikterapeuter både identificerede sig med patientens psykiske lidelser og brød ud af denne identifikation igen igennem musikken. Hertil kom, at modoverføringsoplevelsen hos alle deltagerne resonerede med genkendelige oplevelser fra musikterapeutens egen livshistorie.

EKSEMPEL 2.

*Den samme musikterapeut identificerer sig gennem trommespillet med den kaotiske måde klienten spiller på klaveret på, og de bygger sammen op til et klimaks i musikken på en måde, så de er ved at miste kontrollen. Musikterapeuten genkender en følelse af at være bange for at dø og af at være i en farlig situation, som han ikke kan komme ud af. Hans stemme sætter intuitivt og autonomt i med en dyb klang, der opleves af musikterapeuten som om den redder begge fra at drukne i kaoset. Musikterapeuten oplever (i en senere refleksion) at have haft en parathed til en sådan oplevelse, hvor stemmen reagerer uafhængig af den vågne bevidsthed. Den måde, musikterapeuten spiller med klienten på, forandrer sig fra at musikterapeuten primært spejler og understøtter klientens musik til en spillemåde, hvor musikterapeuten både spejler og støtter klientens musik – **samtidig** med at han tilføjer en ny klang der bliver komplementær til både terapeutens og klientens kaos-musik. Med andre ord er musikterapeuten i en dyb empatisk forbindelse med klientens indre tilstand (kaos og angst), samtidig med at han(s stemme) tilbyder et korrigerende musikalsk respons. Klienten er ikke i stand til at verbalisere oplevelsen i denne fase af musikterapien, men han viser i musikken, at der er sket en forandring, idet han begynder at spille lidt mere struktureret. Musikterapeuten føler sig mere fri sammen med patienten og kan spille på en helt anden måde både i det videre sammenspil i den samme session og i de næste sessioner.*

Et tredje vigtigt resultat fra undersøgelsen er, at modoverføringsoplevelsen for de deltagende musikterapeuter indebar, at der skete en ubevidst forandring i det musikalske udtryk mellem musikterapeuten og patienten, hvorved musikterapeuten næsten umærkeligt bevægede sig fra en bestemt dynamik til en anden i modoverføringsøjeblikket. Her var det afgørende for musikterapeuten intuitivt at stole på og senere få bekræftet, at dette skete på 'det rette tidspunkt', i den rette timing i terapiprocessen. En sådan forandring skabte dermed en forandring i den terapeutiske relation og i kontakten mellem musikterapeuten og klienten.

EKSEMPEL 3

I et andet interview i undersøgelsen oplever musikterapeuten, at mens hun spiller en svagt klingende (piano) klaverduet med klienten, som er diagnosticeret som personlighedsforstyrret med evasive (undvigende) træk, griber musikterapeutens højre hånd intuitivt ud og slår otte til ti hårde slag på en djembetromme², der står tæt ved klaveret – før hånden umærkeligt vender tilbage og fortsætter klaverspillet. Handlingen bliver først bevidst for musikterapeuten, da hun hører den voldsomme trommelyd. Både musikterapeuten og klienten bliver forskrækkede ved trommelyden. Klienten fortæller bagefter, at hun oplevede trommelyden som voldsom ubehagelig, men at hun samtidig oplevede, at trommelyden fik hende tilbage i kroppen (som hun ofte dissocierede fra for ikke at mærke en dyb smerte). Hun fornemmede, at det var godt for hende (men svært) at komme tilbage i kroppen. Klienten havde i situationen lyst til at overdøve musikterapeuten, men oplevede at hun ikke turde. Hændelsen åbnede for, at det var muligt de næste gange for musikterapeuten at provokere klienten mere i musikken, uden at klienten stoppede med at spille, hvilket ellers havde været et gennemgående mønster. Gradvist turde klienten også spille kraftigere og mere dissonerende selv og turde begynde at mærke sin krop noget mere og acceptere smertefulde hændelser i sit liv. (For yderligere uddybning af denne case se Pedersen 2005, 2007b).

Et fjerde vigtigt resultat i undersøgelsen er, at de deltagende musikterapeuter erfarede en sådan ovenfor beskrevet forandring i den terapeutiske relation som værende enten positiv eller negativ. Positive oplevelser ved en sådan forandring bragte processen op på et andet niveau, mens negative oplevelser ved en sådan forandring for musikterapeuten blev identificeret udelukkende som de situationer, hvor musikterapeuten var usensitiv i forhold til patientens proces og behov, og hvor patienten ikke kunne adaptere sig til det, der skete og ofte fik behov for at beskytte sig yderligere.

EKSEMPEL 4

Ovenstående case vignetter viser eksempler, hvor processen bliver bragt op på et andet niveau. Et eksempel på negativ modoverføring fra interviewene fortæller, at musikterapeuten spiller med en patient, der er i en sygdomsfase (skizofren patient), hvor han ikke kan overskue mere end ét musikalsk element ad gangen. Enten skal der udelukkende spilles melodier, eller der skal udelukkende spilles rytmer. De skal ikke sættes sammen. Musikterapeuten begynder ubevidst – efter et stykke tid – at spille et akkompagnement, hvori der indgår både melodi og rytme, da det er svært for musikterapeuten at forblive i en sådan forenklet musikalsk dialog, hvorefter klienten stopper sit

2 En djembetromme er en afrikansk tromme lavet af træ med en meget gennemtrængende lyd når man slår på skindet.

spil og bliver forvirret og frustreret. Patienten er på daværende tidspunkt ikke parat til denne musikalske udfordring eller mere rummelige musikalske støtte, hvilket musikterapeuten erfarer og søger at reparere.

Et femte vigtigt resultat fra undersøgelsen er en gennemgående påpegning af, at de deltagende musikterapeuter blev informeret af egne kropsfornemmelser og følelser om, at der var noget specifikt i gære. Der var en tendens til at musikterapeuten på et før-bevidst plan oversatte og udtrykte disse gennem musikken. Herigennem blev disse informationer tilgængelige som noget, der fik en psykologisk forståelig mening for begge parter.

EKSEMPEL 5 OG 6

Musikterapeuten spiller en klaverduet med patienten og mærker gennem hele spillet en næsten ubærlig trykken i brystet. På et tidspunkt – uden om musikterapeutens bevidsthed – rækker hendes hånd ud efter trommen og slår hårdt på den – som om hun prøver at slå igennem det, der trykker for brystet. Det giver et spjæt i både musikterapeutens og klientens krop, da trommen lyder. Musikterapeuten fortæller efter improvisationen klienten, at hun følte sig som spærret inde, og at hun havde brug for at bryde ud, men at hun ikke følte, hun kunne gøre det tidligere, da klienten havde reageret voldsomt på, hvis musikterapeuten havde spillet kraftigere end klientens 'næsten ikke hørbare' klaverspil. Klienten nikker i den nuværende situation genkendende til billedet af at være spærret inde, og hun fortæller, at hun føler sig som værende bundet inde i et reb, hvor hun ikke kan komme ud. »Kun i et kort øjeblik, da trommen lød, var det som om rebet løsned sig lidt.«

I et andet eksempel (fra egen praksis) er musikterapeuten sammen med en infantil autistisk teenage-klient, der ikke taler og ikke spiller. Musikterapeuten oplever i den tavse spændte atmosfære en rysten indvendig i kroppen, og hun anvender denne kropsoplevelse til at forme nogle ord om den atmosfære, hun mærker i rummet. Hun understøtter ordene ved at spille langsomme udtryksfulde mørke mol-prægede melodiske motiver på klaveret. Musikterapeuten spørger bagefter klienten, om det er OK, at hun prøver at sætte ord på det, hun mærker i rummet, i atmosfæren mellem de to. Klienten kommer med et kort, næsten usynligt nik – hendes eneste form for aktiv kommunikation i denne fase af processen. Musikterapeuten vender tilbage til de samme ord og de samme melodiske motiver i den følgende og de næstkommende musikterapisessioner, og hun komponerer en enkel sang ud fra stemningen i musikken og med de improviserede ord sat ind i en verseform. Cirka fire måneder senere er klienten i stand til at sætte ord på, at hun havde følt sig mødt gennem denne improviserede sang, og hun fortalte, at den var meget vigtig i overgangen til at klienten turde begynde at spille både konkret og symbolsk på klaveret. Den var også vigtig for, at hun senere turde verbalisere, hvordan hun havde det, og hvordan hun oplevede

sin angst for at være sammen med andre mennesker. Hun formulerede helt konkret, at hun rystede indvendig i kroppen når det skete. (For yderligere uddybning af denne case se Pedersen 2003 a).

Et sidste resultat fra undersøgelsen, som jeg vil bringe ind her, er, at de deltagende musikterapeuter anvendte metaforer, såsom eksempelvis at indtage en bestemt forælderrolle³ i relationen med klienten, eller indtage en bestemt rolle i nærheds/distance-aksen⁴ for at forstå og fortolke dynamikken i modoverføringsoplevelserne. (For nærmere beskrivelse se Pedersen 2000, 2002b).

EKSEMPEL 7

Et eksempel fra interviewet viser hvordan musikterapeuten oplever sig som en beskyttende mor, der i kraft af slagene på trommen bevæger sig væk fra denne forholdemåde hen mod at være en mere krævende mor, der insisterer på kontakten, en mor der på et symbolsk plan får både musikterapeuten og klienten ud af det stramme reb, de begge føler sig indbundet i. Musikterapeuten taler også om at have været en empatisk helende morfigur, der nu risikerer noget ved, at hun ikke længere kun er empatisk, men også udfordrende i 'mor/barn forholdet' i modoverføringsoplevelsen.

Overordnede indikatorer for modoverføring i musikalsk improvisation i voksenspsykiatrien

Overordnet er det således gennem undersøgelsen af modoverføringsoplevelser for de deltagende musikterapeuter blevet tydeligt, at disse finder sted i form af en overraskelse, og at de er blevet identificeret gennem en fremadskridende forandring i det musikalske udtryk; en forandring der dukker frem

-
- 3 Jeg har tidligere i forbindelse med træning af musikterapistuderende udviklet lokale teorier om at forstå sin forholdemåde i musikken symbolsk som det at være sammen med/relatere til et meget lille barn, der har brug for at blive båret i musikken for at føle sig hel (*en helende forholdemåde*), eller som det at relatere til et barn der har brug for at musikterapeuten er en stabil støtte i sin forholdemåde – en støtte barnet kan agere imod og læne sig op ad (*en holdende forholdemåde*), eller som det at relatere til et mere legende barn (*en handlende forholdemåde*), der skaber dialoger og udviser kreativitet i det musikalske udtryk.
 - 4 Jeg har ligeledes udviklet lokale teorier om at orientere sig i den musikalske improvisation med klienter ved at identificere om det er nyttigt at spille i en forholdemåde, der metaforisk kan forstås som ens eget *private rum* som terapeut, hvor der ikke er krav om dialog eller samspil, men vi spiller to personer (terapeut og patient) samtidig i samme lokale og påvirker ubevidst hinanden) – eller om det er nyttigt at spille i et *socialt rum*, hvor der er plads til og forventning om dialoger og fælles udvikling af musikken, med fokus på at der er en samtidig forbindelse til det private rum hos musikterapeuten og klienten – eller om det er nyttigt at spille i et *solistrum*, hvor musikterapeuten styrer og leder musikken i en bestemt retning, men samtidig har intuitiv forbindelse til det private rum hos sig selv og klienten.

som en intuitiv, ubevidst og kompleks, samtidig proces, hvor forandringen i det musikalske udtryk:

- frigør kropsfornemmelser og stærke følelser hos musikterapeuten
- informerer musikterapeuten om, at der er noget specifikt i gære
- fremmer musikterapeutens modoverføringsreaktion
- gradvist fører musikterapiprocessen i en anden retning.

Det blev også tydeligt i undersøgelsen, at overraskelsesøjeblikket i modoverføringsoplevelserne havde været ubevidst under forberedelse i den musikalske relation mellem musikterapeuten og klienten i de tidligere sessioner, og at den kom til at påvirke retningen af terapiprocessen i de følgende sessioner. Man kan således sige, at graden af intensitet i musikterapeutens kropsfornemmelser eller følelser, kombineret med den samtidige spillehandling både er kilden til den umiddelbart fremdukkende 'overraskelse' og til den forandringsproces, som finder sted. Det faktum, at forandringsprocessen er hørbar i musikken, fremmer processen med at gøre ubevidste modoverføringsreaktioner bevidste.

4. Konklusion

Overordnet understøtter de forskellige resultater fra den fænomenologiske undersøgelse ideen om, at musikterapeuten ikke er objektivt men netop subjektivt til stede i den musikalske improvisation – så subjektivt, at de opdukkende modoverføringsreaktioner fremstår som absolutte overraskelser. Det fremgår også, at musikterapeuterne i det musikalske samspil er parate til at 'gribe' situationen og lade sig føre med af de kropslige, musikalske overraskende elementer der opstår. Endelig fremgår det af undersøgelsen (hvilket jeg ikke har uddybet her), at de alle er af den overbevisning, at deres længerevarende egenterapi har gjort det nemmere for dem at være parat til at gøre brug af egne – også traumatiske oplevelser – og gjort det nemmere for dem at genkende en ubehagelig oplevelse og at forstå, hvad der er behov for i 'her og nu' i den terapeutiske relation.

Det er desuden klart, at de i musikken gør brug af den empatiske indlevelse i forhold til klientens måde at være og 'kunne være' til stede i relationen på, som en forudsætning for at udfordre patienten i musikken og derigennem ændre relationen. Denne grundlæggende empatiske forudsætning for udfordring, konfrontation eller tolkning er påpeget både inden for selvspsykologien og inden for den oplevelsesorienterede psykoterapis traditioner.

Alle deltagere taler om, at den musikalske fælles improvisation er lig en ubevidst kommunikationskanal, hvor begrebet ubevidst forstås som noget der ikke nødvendigvis er fortrængt fra bevidstheden, men som noget der har sit eget liv i måden at dukke frem og overraske på. Der er således fo-

kus på, at terapeuten med kroppen og sanserne er i nærmere kontakt med dette ubevidste kommunikationslag, og at terapeutens krop via hænder eller stemme ofte lever 'sit eget liv' ud i musikken, før det bliver hørbart og mere bevidst for musikterapeuten, hvad det er, der sker. Alle deltagerne anvender begreberne overføring og modoverføring, men i en bredere betydning end defineret af Freud. De anvender begreberne dels om det at være til stede i de tre forskellige former som beskrevet ovenfor (klassisk, empatisk og komplementært), dels i en forståelse af at der både er reale elementer og overføringselementer til stede i relationen.

Deltagerne anvender også begrebet modstand, men forstår det snarere som en kraft de selv bliver en del af i relationen. En kraft de påtager sig at være med til at opløse gennem musikken.

Da alle deltagere arbejder indenfor hospitalspsykiatrien, gør de brug af foreliggende diagnoser i beskrivelsen af patientens symptomer, men de forholder sig i musikken til både symptomerne og til patienten som et helt menneske, der har nogle symptomer eller lidelser. Arbejdet består ikke i at fjerne symptomerne eller lidelserne, men i at få dem bedre integreret og gøre dem mere dynamiske tilgængelige i personen som helhed, i et samarbejde hvor patienten inddrages som selvansvarlig, så meget det er muligt. En sådan forståelse indebærer, at musikterapeuterne interesserer sig både for patientens intrapsykeiske problemer og konflikter og for de mønstre der opstår i relationen her og nu.

Det kan diskuteres, og det er da også et åbent spørgsmål for mig selv indtil videre, hvorfor musikterapeuterne i undersøgelsen ikke henviser til Stern som et teoretisk udgangspunkt for deres forståelse af relationen i musikken med patienten, da hans meget detaljerede beskrivelser af tavs viden, implicite reguleringer mellem terapeuten og patienten (Stern 2000), samt hans beskrivelse af det nuværende øjeblik (Stern 2004) umiddelbart har store ligheder med det, der sker i den musikalske improvisation i musikterapien – også i psykiatrien. Umiddelbart gætter jeg på, at de ekstreme relationer musikterapeuterne ofte er deltager i med denne målgruppe ikke inviterer til at erstatte begrebet 'modstand' – som noget dynamisk ubevidst, der holdes tilbage fra bevidstheden på grund af modstand – med begrebet 'tavs viden' – som noget der ikke er dynamisk fastholdende, men som noget der er i spil som implicite regulerende erindringer og repræsentationer, der spiller en konstant rolle i overføringen og den terapeutiske relation.

Musikterapeuterne beretter udførligt om de meget fastlåste positioner i både musikken og samtalen, og resultaterne af undersøgelsen her peger på, at der ofte er noget dynamisk ubevidst på spil, som dukker op og forandrer relationen igennem den konkrete samhandling i den musikalske improvisation. Sterns teorier anvendes meget i musikterapiforskningen (som det fremgår af adskillige artikler i dette nummer), også indenfor psykiatrien, og jeg er bevidst om at der imellem de forskellige teorireferencer i området mu-

sikterapi i psykiatrien, ligger emner til videre udforskning inden for netop definitionen af modstand og det ubevidste.

Selv identificerer jeg mig her og nu bedst ved at lade begrebet 'musikterapeutens disciplinerede subjektivitet' være inspireret fra idemæssige baggrunde, der indeholder de oprindelige psykodynamiske begreber modstand, overføring og modoverføring, hvor de ikklædes en anden tolkningsramme end i den klassiske psykoanalyse. Disse psykodynamiske begreber egner sig til at give mening til min musikterapeutiske praksis i psykiatrien, og de giver mening i forhold til at forstå, hvilke dynamiske principper der er i spil i musikterapeutens og patientens fælles stræben efter at skabe bedre integration og en mere dynamisk helhed for patienten.

Det mest sammenhængende teoretiske perspektiv, jeg kan identificere mig med på nuværende tidspunkt, er som nævnt i indledningen nyere teorier omkring relationel psykoanalyse (Binder et al. 2006), hvor begrebet overføring stadig anvendes, men ikke i betydning fejlperception fra patientens side. Det anvendes snarere om patientens måde at give mening til en relation på. Og for at dette skal kunne give mening kræves det, at »...en anden part finder sin plads i samhandlingsscenarioet.« (Binder et al. 2006, s. 903). Et sådant scenario har altid et dobbelttydigt aspekt, idet det både repræsenterer grundlæggende måder at opnå følelsesmæssig kontakt på (det intersubjektive) og har noget tvunget og livsbegrænsende over sig (det intrapsyriske). Der er ikke nogen linearitet i hvem der sætter hvad i gang, »...det er som om relasjonen mellom pasient og terapeut i en viss forstand har sit eget liv.« (ibid., s. 903). Modoverføring er »... mer enn at pasienten »putter« reaksjoner over i terapeuten« (ibid., s. 903). Det handler også om hvordan terapeuten *her* og *nu* udfylder rollen som terapeut, og hvordan denne måde påvirker meningsstrukturen i relationen for begge parter.

Binder et al (2006) diskuterer ligeledes begrebet det dynamisk ubevidste i en sådan relationel psykoanalytisk tradition. De foreslår at det ubevidste, i stedet for som i den klassiske forståelse at være processer der primært er reflekser af prædeterminerede og færdiggjorte, men skjulte meningsstrukturer, forstås som *både* fortrængninger og tavs viden (à la Stern) (mine fremhævelser), idet disse to perspektiver komplementerer hinanden. Her forstås det fortrængte ikke som noget, der vender tilbage i nøjagtig samme form og med samme meningsindhold som oprindeligt oplevet, men snarere som noget der fremviser et kontinuerligt skiftende meningsindhold, der også er betinget af kvaliteter ved den terapeutiske relation og dialog.

Der er således tale om at skelne mellem en grundlæggende arkæologisk og en grundlæggende kontekstuel forståelsesramme og samtidig integrere dele af disse til en tredje forståelsesramme, en der favner *både* det 'dynamisk ubevidste', som anses for at være foranderligt, og den 'tavse viden', som ikke har fået den tilstrækkelige grad af organisering og kohærens, der gør bevidst refleksion muligt (her tænker jeg både på nonverbal, musikalsk og verbal refleksion).

Samtidig inkluderer dette relationelle perspektiv antagelsen af at »...patienten ubevisst er motiveret for at 'heles', i den forstand at kunne opnå en givende og gensidig relasjon hvor grunnlæggende behov og følelser igjen kan finne sin trygge plass. Motstand i terapi bliver mer betraktet som et sekundærphenomen, oppstått ved at pasientens utviklingsbestrebelse er blitt knyttet til ubevisste antakelser om fare.« (ibid., s. 905.) En sådan holdning er viktig for musikerapeutens evne til at bevare håbet om utvikling selv i arbejde med de mest lidende psykiatriske patienter, der ofte selv har opgivet håbet.

Konkluderende giver det således mening for mig at sammenkæde min definition af begrebet 'musikerapeutens disciplinerede subjektivitet', sådan som jeg definerede i starten af denne artikel, med en forståelse af begrebet modoverføring som beskrevet ud fra min fænomenologiske undersøgelse og med en forståelse af dette begreb og begrebet modstand som defineret inden for rammerne af relationel psykoanalyse.

LITTERATUR

- BINDER, P.E., NIELSEN, G.H., VØLLSTAD, J., HOLGERSEN, H. & SCHANCHE, E. (2006): Hva er relasjonell psykoanalyse? Nogle psykoanalytiske perspektiver på samhandling, det ubevisste og selvet. I *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. Vol. 43, nr 9. *Temanummer: Relasjonell psykoanalyse*. Oslo: Norsk Psykologforening.
- BONDE, L.O., PEDERSEN, I.N. & WIGRAM, T. (2001): *Musikterapi: Når ord ikke slår til. En håndbog i musikerapiens teori og praksis i Danmark*. Aarhus: KLIM Forlag.
- BUBER M. (1965): Dialogue between Martin Buber and Carl R. Rogers. I Friedmann, R. (red.) *The Knowledge of Man. Selected Essays*. New York: Harper & Row, Publishers.
- FOG, J. & HEM, L. (1998): Oplevelsesorienteret psykoterapi. I Hougaard et al. (red.) *Psykoterapiens hovedtraditioner*. (s. 73-129.) København: Dansk Psykologisk Forlag.
- FOG, J. (1998): *Saglig medmenneskelighed, grundforhold i psykoterapien*. København: Hans Reitzels Forlag.
- FREUD, S. (1912): Recommendations to physicians practising psychoanalysis. *Standard Edition*. 12: (s.111-120.) London: Hogarth Press, 1953.
- GREENSON, R. (1967): *The technique and practice of psychoanalysis*, volume 1. New York: International Universities Press.
- HARTMANN, E. (1997): Fra drift til selv: Konsekvenser for dynamisk psykoterapi. I Holte et al. 2000 (red.) *Psykoterapi og psykoterapiveiledning. Teori, empiri og praksis*. (s. 17- 44.) Oslo. Gyldendals Norsk Forlag AS.
- HOLTE, A., RØNNESTAD, M.H. & NIELSEN, G.H.: (2000) *Psykoterapi og psykoterapiveiledning. Teori, empiri og praksis*. Oslo. Gyldendals Akademiske Forlag.
- HOUGAARD, E., DIDERICHSEN, B. & NIELSEN, T. (red.) (1998): *Psykoterapiens hovedtraditioner. En indføring i psykoanalytisk, oplevelsesorienteret, kognitiv, systemorienteret og integrativ psykoterapi*. København. Dansk psykologisk forlag.
- KARTERUD, S. & MONSEN, J.T. (red.) (1997): *Selv Psykologi. Utviklingen etter Kohut*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

- KOHUT, H. (1984): *How does Analysis cure?* London. The University of Chicago press.
- LITTLE, M. (1951): Counter-transference and the patient's response to it. *International Journal of Psycho-Analysis* 32.
- MITCHELL, S.A. (1997): *Influence and autonomy in psychoanalysis*. New York: The Analytic Press.
- PEDERSEN, I.N. (1998): Musikterapi som det første skridt i en psykoterapeutisk behandlingsform med skizofrene/psykotiske patienter, – en holdende og reorganiserende musikterapeutisk metode. I Pedersen, I.N. (Ed.) *Musikterapi i psykiatrien*. Årsskrift 1. (S. 65-91). Aalborg: Musikterapiklinikken. Aalborg Psykiatriske Sygehus/Aalborg Universitet.
- PEDERSEN, I.N. (1999): Music Therapy as holding and re-organizing work with schizophrenic and psychotic patients. I Wigram, T. & De Backer, J. (red) *Clinical Applications of Music Therapy in Psychiatry*. (s. 24-44). London: Jessica Kingsley Publishers.
- PEDERSEN, I.N. (2000): Inde-fra eller ude-fra – orientering i terapeutens tilstedeværelse og nærvær. I Lindvang, C. (Ed.) *Musikterapi i Psykiatrien II*. (S. 81 – 103). Aalborg: Musikterapiklinikken. Aalborg Psykiatriske Sygehus/Aalborg Universitet.
- PEDERSEN, I.N. (2001a): Analytiske, psykodynamiske og transpersonlige teorier. I Bonde, L.O., Pedersen, I.N., Wigram, T. (red) *Musikterapi: Når ord ikke slår til. En håndbog i musikterapiens teori og praksis i Danmark*. (s. 54-67). Aarhus. KLIM Forlag,
- PEDERSEN, I.N. (2001b): Musikterapi i hospitalspsykiatrien. Bonde, L.O., Pedersen, I.N., Wigram, T. (red.) *Musikterapi: Når ord ikke slår til. En håndbog i musikterapiens teori og praksis i Danmark*. (s. 146-159). Aarhus: KLIM Forlag.
- PEDERSEN, I.N. (2002a): Self-Experience for Music Therapy Students – Experiential Training in Music Therapy as a Methodology – A Mandatory Part of the Music Therapy Programme at Aalborg University. I Eschen, J.T. (red.) *Analytical music Therapy*. (s. 168 – 190). London: Jessica Kingsley Publisher.
- PEDERSEN, I.N. (2002b): Psychodynamic Movement – A basic training Methodology for Music Therapists. I Eschen, J.T. (red.) *Analytical Music Therapy* (190 – 216). London: Jessica Kingsley Publisher.
- PEDERSEN, I.N. (2002c): Music Therapy for Self-Development. I Wigram, T., Bonde, L.O., Pedersen, I.N. (red) *A Comprehensive Guide to Music Therapy. Theory, Clinical Practice, Research and Training*. (s. 204-212) London: Jessica Kingsley Publisher.
- PEDERSEN, I.N. (2002d): Opbygning af alliance. Musikterapi med en teenagepige fra børnepsykiatrien med diagnosen infantil autisme. I Holck, U.(red.) *Musikterapi i psykiatrien* . Årsskrift 3. (s. 7-21). Aalborg. Musikterapiklinikken. Aalborg Psykiatriske Sygehus/Aalborg Universitet.
- PEDERSEN, I.N. (2003): The revival of the frozen Sea Urchin: Music Therapy with a Psychiatric Patient. I Hadley, S. (red) *Psychodynamic Music Therapy. Case Studies*. (s. 375 – 389). Gilsum, USA. Barcelona Publishers.
- PEDERSEN, I.N. (2005): At bruge musik til at håndtere modoverføring i individuel musikterapi i hospitalspsykiatrien. I Ochsner Ridder, H.M. (red). *Musikterapi i psykiatrien 4*. Årsskrift 4. (s. 40-64). Aalborg. Musikterapiklinikken. Aalborg Psykiatriske Sygehus/Aalborg Universitet.
- PEDERSEN, I.N. (2006): *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*. Senior PhD-Afhandling indleveret ved Institut for Kommunikation og Psykologi. Aalborg Universitet. Ikke publiceret.
- PEDERSEN, I.N. (2007a): Gegenübertragung in der aktiven Musiktherapie mit Patienten der Erwachsenenpsychiatrie (14 sider). *Musiktherapeutische Umschau. Band 28*, 2. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (Under udgivelse juni 2007).

- PEDERSEN, I.N. (2007b): Ich fühle mich, als wäre mein Körper eingeschnürt – nur im Verlassen des Körpers ist etwas Freiheit.(15 sider). I Metzner, S. (Ed)): *Nachhall. Musiktherapeutische Fallstudien*. Giesen: Psychosozialverlag. (Under udgivelse juli 2007).
- PRIESTLEY, M. (1994): *Essays on Analytical Music Therapy*. Phoenixville PA: Barcelona Publishers.
- RACKER, H. (1968): *Transference and Counter-transference*. Karnac, London: Marsfield Library.
- ROGERS, C.R. (1980): *A Way of Being*. Boston. Houghton Mifflin Company.
- SCHAFER, R. (1983): *The Analytic Attitude*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-analysis.
- STERN, D. (2000): *Spædbarnets interpersonelle verden*. København: Hans Reitzels Forlag.
- STERN, D. (2004): *Det nuværende øjeblik i psykoterapi og hverdagsliv*. København: Hans Reitzels Forlag.
- THIELST, P. (1998): *Kohuts selvpsykologi*. København: Det lille forlag.
- THORGAARD, L. (2006): *Relationsbehandling i psykiatrien. Bind I – V*. Stavanger: Hertevig Forlag.
- TOUSTRUP, J. (2006): *Autentisk nærvær I psykoterapi og I livet*. København: Toustrup og Psykologisk Forlag A/S.
- WALLERSTEIN, R. (1983): Self Psychology and »Classical« Psychoanalytic Psychology. The Nature of their Relationship: A Review and Overview. I Lichtenberg, J.D., Kaplan, S. (red.) *Reflections on Self Psychology*. Hillsdale: The Analytic Press.
- ZETZEL, E. (1958): Therapeutic Alliance in the Analysis of Hysteria. In: *The Capacity for Emotional Growth*. New York: International University Press, s. 182-96.