

RELEVANSEN AF NYERE PSYKODYNAMISK TEORI FOR DET KLINISK MUSIKTERAPEUTISKE ARBEJDE MED PSYKIATRISKE PATIENTER MED PERSONLIGHEDSFORSTYRRELSER

Niels Jørgensen Hannibal

Denne artikel beskriver et rationale for anvendelse af musik i en psykotераpeutisk kontekst. Det eksplicite og implicite forandringsniveau i psykotераpi med patienter med borderline-personlighedsforstyrrelse (BPF) diskuteres herpå med henvisning til to forskellige syn på terapeutisk forandring: Det ene er en relationel forståelse af personlighedsforstyrrelser, hvor begreber som tilknytning, affektregulering og mentalisering anvendes. Det andet er et syn på terapeut-klient-forholdets implicite niveau som beskrevet af bl.a. Stern og »The Boston Change Process Study Group«. Med afsæt heri undersøges kerneselve og den intersubjektive forhandling specifikt og i forhold til musikterapi med denne patientgruppe. Det konkluderes, at musikterapi kan facilitere og katalysere implicite forandringsprocesser.

1. Indledning

I denne artikel vil jeg redegøre for et teoretisk rationale for musikterapi som en mulig psykotераpeutisk intervention i behandling af patienter med borderline-personlighedsforstyrrelse (BPF). Dette teoretiske rationale er dels baseret på teori om relationel psykotераpi/mentaliseringsbaseret behandling, som præsenteret af C.R. Jørgensen (2006), og dels baseret på udviklings- og terapiteori, som beskrevet af Daniel Stern og »The Boston Process Change Study Group« (Stern et al., 1998, 1999a, 1999b; Stern, 2004; Talvitie et al., 2004). På dette grundlag vil jeg placere musikterapi i en behandlingsmæssig kontekst.

Artiklen beskriver indledningsvis musik som element i psykotераpi. Derefter overvejes det, hvorvidt forandring i psykotераpi sker i det eksplicite eller det implicite domæne. Forandring på det eksplicite domæne henviser til psykotераpeutisk forandring i stil med ændret indsigt, ændret mentaliseringssevne o.l. Disse forandringer vedrører viden, som er repræsentationel,

symbolsk, verbal eller narrativ. Forandring på det implicite niveau henviser til psykoterapeutisk forandring af førsproglig erfaringsdannelse og af procedural viden i øvrigt. Det implicite og det eksplicite niveau er ikke identisk med den klassiske skelnen mellem bevidst og ubevidst, da den implicite viden ikke er uden for bevidstheden på grund af fortrængning o.l. Der er ligeledes ikke tale om statiske størrelser, da implicit viden er potentielt ekspliciterbar, som det beskrives senere. Hensigten i denne artikel er desuden at udrede, om der er teoretisk uenighed mellem den mentaliseringsbaserede psykoterapi og terapi, der arbejder med forandringsprocesser på tavs vidensniveau.

Dette leder over til en gennemgang af to centrale problematikker, der er forbundet med borderline-personlighedsforstyrrelsen: 1. Et ødelagt eller manglende kerneselv og 2. en manglende evne eller et sammenbrud i evnen til at »forhandle« implicit viden i den intersubjektive kontekst. Disse begreber er særdeles anvendelige i denne sammenhæng, da patienter med BPF ofte har vanskeligt ved at opleve en indre kerne, der kan fungere som udgangspunkt for selvoplevelsen. Det er vanskeligt, hvis ikke umuligt for disse mennesker at opleve det at dele deres indre med andre. Den dynamiske forståelse af disse vanskeligheder med intersubjektivitet opfattes her som udtryk for akkumulerede dysfunktionelle skemaer for selv-med-anden interaktion. Disse skemaer kan overordnet ses som forsvarsstrategier, der i Stolorows og Atwoods betydning (Stolorow & Atwood, 1996, s. 186) har til hensigt at forebygge retraumatisering, altså at personens adfærd således er motiveret af ønsket om at undgå genoplevelse af manglende empatisk afstemning fra omgivelserne.

I denne artikel betragtes det at have vanskeligheder med at kende, opleve og beskrive sin kerne og at være i et intersubjektivt flow og forhandling med andre om den intersubjektive matrix som en central del af patologien for personer med BPF-forstyrrelse. Tesen, der præsenteres her, er, at musikterapi kan facilitere en psykoterapeutisk udviklingsproces i forhold til disse problemstillinger.

Derefter introduceres det musikalske element, og her spørges: Hvorfor og hvordan kan musik indgå i psykoterapi? På den baggrund præsenteres og gennemgås musikterapi i forhold til de to førnævnte problemområder. Afslutningsvis diskuteres forandringsspektivet i forlængelse af ovenstående. Artiklen vil løbende anvende case-vignetter som illustration af klinisk praksis. Disse er markeret med kursiv.

2. Et moderne relationelt behandlingsperspektiv

Ifølge Jørgensen (2006) skal omdrejningspunktet for behandlingen af patienter med personlighedsforstyrrelse foregå ud fra et »moderne relationelt perspektiv«, idet det antages, at disse mennesker har kroniske forstyrrelser i

deres interpersonelle relationer, ligesom de har identitetsforstyrrelser og forstyrrelser i deres evne til at forstå sig selv, andre mennesker samt samspillet imellem mennesker (ibid., s. 18). Vi må derfor benytte en multifaktoriel behandlingsmodel, hvor genetiske, biologiske, kognitive, relationelle, affektive og sociokulturelle faktorer inddrages. Samtidig må vi tage afstand fra teorier,

»...der foregiver at kunne redegøre fyldestgørende for alle elementer af betydning for personlighedsforstyrrelsens ætiologi, dynamik og behandling ud fra en enkelt eller ganske få faktorer« (ibid., s. 192).

I det følgende sættes her fokus på det centrale element i borderline personlighedsforstyrrelsen, der vedrører forstyrrelser i kerneselve og relationelle mønstre vedrørende intersubjektivitet. Det er i dette perspektiv, at jeg i det følgende vil redegøre for, hvad musikterapi kan bidrage med i behandlingen af patienter med personlighedsforstyrrelser.

Musikterapi¹ er som al anden psykoterapi en multifaktoriel behandlingsform: Det er ganske mange faktorer, der har indflydelse på, om psykoterapi har en effekt. Som Jørgensen redegør for det i sin artikel om fællesfaktorer i psykoterapi (Jørgensen, 2004), gælder det, at det non-specifikke element spiller en betydelig rolle. Med henvisning til Lamberts opgørelse af determinerende aspekter af psykoterapeutisk udbytte, er der al mulig grund til at nedtone forestillinger om, at en specifik metode eller tilgang er tilstrækkelig for, at patienten kan have et behandlingsmæssigt udbytte af terapien. Ligeledes argumenterer flere for (Jørgensen, 2005; Hillecke, 2005), at ét endegyldigt og dominerende teoretisk rationale bag psykoterapi ikke kan findes. Jørgensen udtrykker det sådan, at det i dag er generelt accepteret, at langt de fleste former for psykoterapi virker. Imidlertid er der stadig anselig uenighed om, hvad der gør psykoterapi effektiv (ibid., 2005). Hillecke taler om teorier som trossystemer. Dette gælder også for en virksomhed som musikterapi, og det uanset, at musikterapi kan forklares i et psykoterapeutisk teoretisk perspektiv (Hannibal, 2000). Ud fra en antagelse om, at psykoterapi hjælper, og at der er interne og eksterne faktorer, der determinerer udbyttet af behandlingen, uanset at der både er non-specifikke og specifikke faktorer i spil, er det således nødvendigt også at »fortælle« rationale bag musik som interventionsform. Men hvad er det mere præcist, der gør, at musik i en eller anden form kan bidrage til bedring og positiv forandring for psykisk syge patienter i psykoterapeutisk regi? Dette vil denne artikel give et bud på.

1 Siden musikterapiklinikken blev oprettet på Aalborg Psykiatriske Sygehus i 1995, har musikterapi været en del af behandlingen af patienter med personlighedsforstyrrelser. Fra 1995 til 2002 primært som individuelt tilbud for indlagte og ambulante patienter, men siden 2003 også som en integreret del af dagbehandlingstilbud til denne målgruppe (Balle Christensen et al., 2007).

3. Generelt om musik som terapeutisk medium: Hvad er musik i terapi egentlig?

Alle samfund på jorden har musik som en del af deres kultur. Musik synes at være en lige så universel menneskelig virksomhed som sproget, mens dets udtryk fremstår kulturelt varieret i form og udtryk. Det er relativt nyt at inddrage musik i den psykoterapeutiske kontekst. Mary Priestley (1980) formulerede de første tanker om analytisk musikterapi med henvisning til bl.a. Freuds tese om fri association. Hun analogiserer fri association med fri improvisation. Musikken betragtes som en kanal for primærprocesstækning og som en udtrykskanal for personens indre, der følgelig kan iagttages og behandles gennem musikkens symbolske lighed med psyken. I dag er dette udsagn revideret (Bruscia, 1998), men det er stadig en grundlæggende tese, at musik kan afspejle/gengive psykiske forestillinger og interpersonelle mønstre, der på den måde gøres tilgængelige for psykoterapeutisk undersøgelse, bearbejdning og forandring.

Musik kan indgå i en psykoterapeutisk kontekst på mange forskellige måder. Musik er yderst fleksibel og mulig at tilpasse i forhold til hver enkelt persons behov, ressourcer og kompetencer. Denne artikel fokuserer på *aktiv musikterapi*, hvor den musikalske interaktion foregår som en musikalsk sammenspilssituation mellem patient og terapeut. Her kan musikken være improviseret, komponeret eller den kan blive komponeret i situationen.

Musik i en terapeutisk kontekst kan siges at udgøre et »fælles tredje«. Dette »fælles tredje« giver mulighed for et fluktuerende eksplicit terapeutisk fokus. Det eksplicitte fokus henviser til det fælles semantiske meningsindhold i den terapeutiske kontekst. At have det musikalske som denne ekstra dimension giver mulighed for at veksle mellem det verbale og det musikalske. Det tilbyder en mulighed for at arbejde med processen i musikken uden at behøve at verbalisere processen, hvilket kan være en væsentlig fordel i mange sammenhænge.

Selv om det eksplicitte fokus hurtigt kan ændres i en terapeutisk proces, kan det for overskuelighedens skyld indeles i tre niveauer: På det første niveau er fokus de handlinger og udtryk, som frembringes i musikken. Dette fokus på musikken gør den til en selvstændig entitet/genstand.

»Musikken som genstand/et konkret fænomen: Musik er »noget«, der foregår uden for den enkelte. Det er et objekt eller en »genstand«. Der kan tales om musikken, og den kan beskrives. At have et objekt mellem patienten og terapeuten betyder, at opmærksomhedsfokus flyttes væk fra det kontaktfelt, som patienten og terapeuten sidder i. Dette er en meget central egenskab ved musik, og gælder også for andre kreative terapiformer. Musikken kan tillægges alle mulige forestillinger og egenskaber, uden at det direkte udfordrer den personlige relation.« (Hannibal, 2002).

Musikken kan som genstand også fungere som en projektionsskærm og som sådan spejle forskellige tanker og følelser. *Eksempelvis siger en klient efter en improvisation, at musikken lød rodet, og det bryder hun sig ikke om. Dette giver en efterfølgende mulighed for at undersøge temaer som rod eller ubehag. Tidligt i et terapiforløb kan sådanne oplevelser åbne for tabuerede eller fortrængte følelser og oplevelser.* Balancen mellem behovet for at bevare kontakten ved at flytte det eksplicite fokus væk fra det relationelle og det at gøre kontakten mellem patient og terapeut genstand for undersøgelse med risiko for at kontakten brydes, udgør en terapeutisk prioritering. Spørgsmålet er, hvad der gavner den terapeutiske proces og dermed personen mest. I behandlingen af personer med BPF kan det godt stilles således op, at musikken kan fungere som medium for udvikling af en kontaktflade mellem patient og terapeut, hvor interaktionen fungerer på et implicit niveau, dvs. som en kontakt med selv-med-anden-kvalitet. Det vedrører også spørgsmålet om »pretend mode (som om-virkelighed)«. Patienter med BPF-forstyrrelse kendetegnes ved at kunne foregive viden og indsigt i sig selv, uden at det faktisk har forbindelse indad. Musikalsk interaktion er på én gang konkret, virkelig og fælles, samtidig med at meningsindholdet er flertydigt og i den forstand potentielt kan rumme enhver forestilling. I musikken bliver det vanskeligere at skjule sig bag »en som om-virkelighed«, fordi fokus rettes imod de musikalske (prosodiske) meningsparametre mere end mod det diskursive meningsniveau. Med prosodiske meningsparametre menes, hvordan noget udtrykkes. Dette bliver mere vigtigt, end hvad der udtrykkes for at forstå det kommunikative indhold i udsagnet. Når dette bliver klart for klienter med BPF, kan musikalsk interaktion og udtryk være en krævende aktivitet, fordi musikken opleves som afslørende, udstillende og uden for kontrol. Her bliver overføringskonflikten rettet imod det musikalske. I et mentaliseringsperspektiv bliver det muligt at udrede, hvordan det at skulle udtrykke sig musikalsk skaber følelser, f.eks. som ubehag, kontroltab osv. Her er det terapeutens opgave at gøre personen selvaktiv i forhold til at erkende såvel disse følelser/oplevelser som de konsekvenser, de måtte have for personen i situationen.

En kvinde kunne for eksempel kun spille, når hun stod lige ved siden af en anden person, og når denne anden var begyndt først. Dette dependente mønster udgjorde den ramme, hun kunne udtrykke sig i. I løbet af dagbehandlingsforløbet oplevede hun at kunne ændre denne adfærd og således demonstrere øget selvstændighed. Symbolsk set blev hun hørbar og tydelig. En anden kvinde med incest i sin historie oplevede det overhovedet at skulle spille som identisk med at være barn, hvilket hun på ingen måde ønskede at genopleve. Hun blev bedt om at vælge et instrument, når gruppen skulle spille, men samtidig også bedt om kun at spille, når hun var parat. Hun havde således ansvaret for egne grænser og muligheden for at tage kontrollen i situationen. Hun formulerede senere, at hun oplevede at få kontakt med

sit indre barn, og at dette barn kunne få liv i musikken. Jeg vil senere vende tilbage til den terapeutiske håndtering af sådanne konflikter.

På det andet niveau er fokus det at spille sammen. Relationen i musikken konstituerer det implicite handlingsniveau, og det musikalske meningsfelt konstituerer det eksplicite terapeutiske niveau:

»Musikken som relationelt felt: På samme måde som musik er noget uden for os, er det også noget, der sker imellem os. Det er et fænomen, hvor begge parter helt tydeligt udtrykker noget sammen eller samtidigt. Derfor rummer musikalsk improvisation et særligt potentiale for at undersøge, hvordan vi som personer interagerer med hinanden. Her aktiveres relationelle skemaer, der vedrører graden af gensidig regulering, i forhold til musikken eller i forhold til os som to personer, der kommunikerer.« (Hannibal, 2002).

Her får den måde, vi spiller sammen på, en eksplicit betydning: Oplever patienten at være blevet hørt, hvem styrede musikken, var der kontakt? Hvem initierede denne kontakt, og hvem brød den? Musikalsk interaktion kan således katalysere genoplevelse af et relationelt mønster.

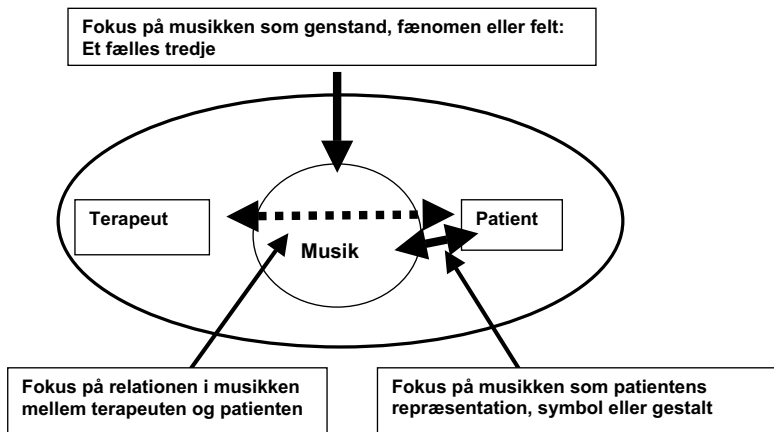
På det tredje niveau er det eksplicite fokus, at musikken udgør et symbol for eller en analogi til patientens indre repræsentation. Her benyttes musikken som en direkte kanal for et ikke-verbaliseret udtryk.

»Musikken som symbolsk repræsentation og reference: Musik besidder en evne til at udtrykke symboler. Det er en egenskab, der kendes fra musik i den kulturelle sammenhæng, hvor musik medierer oplevelser. Musikken træder i stedet for det virkelige og bliver en fortolkning.« (Hannibal, 2002).

Det tredje niveau kan sammenlignes med at skulle tegne det, man oplever, samtidig med at terapeuten også er med til at tegne. En sådan tegning vil fremstå som en fælles tegning. I musik kan den skabende proces forløbe med et såvel individuelt eller som et delt fokus. På grund af musikkens tidlige udtrækning kan improvisationen også tegne et billede af, hvordan det indre og det interaktionelle forholder sig til hinanden som billedet til rammen. Følgende uddrag fra musikterapi-sessioner eksemplificerer dette:

En patient oplever under en improvisation en kaotisk følelse. Terapeuten spejler musikalsk dette kaos både dynamisk og harmonisk, samtidigt som han holder en fast rytmisk ramme. Gennem improvisationen får også terapeutens harmonier en mere fast og gentagende karakter samtidig med, at denne søger at matche de rytmeskift, som patienten laver. I den efterfølgende samtale er patienten lettet uden at kunne sige, hvad der er lettet eller hvorfor.

En anden patient præget af passiv aggressivitet skal improvisere følelser rettet mod en gammel ven, der har svigtet ham: I musikken høres svage toner i et lyst toneleje, som personen spiller på et lille klokkespil. Det lyder, som følger patienten terapeutens klaverspil. På et tidspunkt giver patienten uforvarende en høj lyd fra sig for derefter at stoppe brat. I samtalen efterfølgende er patienten overrasket over den voldsomhed, han hørte i musikken. Da patient og terapeut efterfølgende lytter til improvisationen, kan patienten ikke genkende sit eget udtryk, hvilket fører til en samtale om, hvordan han håndterer konflikter.



Figur 1. Eksplícite fokuspunkter i musikterapi-improvisation (Hannibal, 2002.)

De tre fokusområder kan ses i figur 1. At have denne model med i forhold til at navigere i den terapeutiske proces betyder, at alliancevigtige parametre som enighed om graden af intimitet samt enighed om mål og metode bliver styrbare. I nogle terapeutiske situationer er det befordrende for udvikling af en bæredygtig relation, at det verbale fokus kan flyttes fra emner, der potentielt kan være retraumatiserende, til mindre truende områder, hvor musikken og/eller terapeuten kan fungere som selvobjekt for patienten.

Dette afspejler det forhold, at »musik i terapi« kan være en udfordring for patienter med BPF, fordi musikken og alene det at skulle spille ofte er nyt og derfor kan opleves som ukontrollabelt: Musikken henvender sig netop til den undersøgende, nysgerrige, legende og spontane side af personen, ligesom patienten overføringsmæssigt kan komme i kontakt med konfliktmønstre. Generelt kan siges, at musik potentielt kan virke retraumatiserende afhængigt af hvor stærke overføringsfølelser, musikken aktiverer. Dette forekommer typisk særligt hyppigt i begyndelsen af en behandling, hvor samværsformen og konteksten stadig forekommer ukendt eller fremmed. Som en klient en gang sagde i første gruppesession: »Hvad er der dog gået

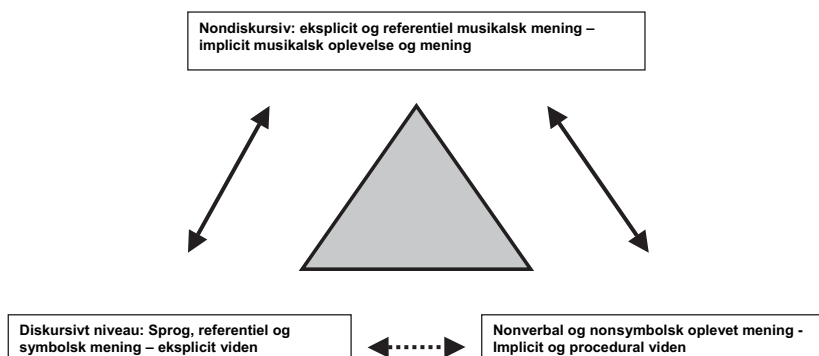
galt i mit liv, siden jeg skal sidde her med en maracas«. Her gælder det som terapeut om at »se« følelsen og måske forsigtigt søge at mentalisere den indre konflikt, som kan opstå mellem patienten og musikken og i øvrigt blive i kontakten og normalisere oplevelsen af, »hvor svært det er at starte i terapi«. Når sådanne intense overføringskonflikter opstår, er det dels vigtigt at anerkende de tanker og følelser, der er forbundet hermed og se processen som en begyndende del af øvelsen af personens evne til mentalisering, og dels at bevare personens mulighed for at deltage i det musikalske, som beskrevet tidligere. Når musikalsk aktivitet, hvad enten der er tale om improvisation, komposition eller reproduktion af musik, aktiverer disse reaktioner, skønnes det, at styrkelsen af alliancen kommer i første række. Derfor er det for nogle patienter med BPF nødvendigt at få tid til at tilegne sig det musikalske for dermed at arbejde terapeutisk. At nogle patienter indleder med at beskrive deres forhold til musik som negativt, er ikke indikator for, om de kan have udbytte af musikterapi. Her spiller den generelle motivation for terapeutisk arbejde/behandling en mere afgørende rolle.

Det her præsenterede terapisynt kaldes i musikterapeuti for *musik i terapi*. Det refererer til et heteronomi-æstetisk musiksyt, idet musikken forudsættes at referere til noget andet end sig selv, i dette tilfælde til den patient/terapeut-definerede kontekst. Forståelsen af de processer, der udspiller sig i terapien, er funderet i overvejende psykologisk teori og musikterapeuti. Men det fortæller ikke, hvad det egentlig er for en type mening, som musik formidler, eller hvilket oplevelsesniveau, de som spiller og interagerer, er på. Grundlæggende er de terapeutiske processer, der foregår i en musikterapeutisk sammenhæng, de samme som i andre terapier. Det er måden, hvorpå musik kan facilitere den terapeutiske proces, der er musikterapiens styrke og kendetegn. Musikken kan i det perspektiv betragtes som en katalysator og facilitator. Men hvordan adskiller musik sig fra det verbale? – Normalt skelnes der mellem sprog/tale og musik, som her beskrevet:

»Music and language are seen as reciprocal specializations of a dual-natured referential emotive communicative precursor, whereby music emphasizes sounds as emotive meaning and language emphasizes sound as referential meaning« (Steven Brown 2001, p. 271, citeret efter Schneck & Berger 2006).

Dette udsagn udtrykker en klassisk måde at skelne mellem sprog og musik på, hvor sproget fremhæver lydens referentielle mening, og musikken fremhæver lydens emotionelle mening. Denne dikotomi betragtes i denne artikels sammenhæng som for forenklet, da sprog evner at udtrykke følelser, og musik evner at udtrykke en referentiel mening. Men i forhold til den måde, som musik anvendes på i psykoterapi, er det et udmærket billede af, at musik kan være kanal for et emotionelt udtryk. Set i dette perspektiv opstår der en treenhed mellem det verbale, det musikalske og det kropslige.

Figur 2



Figur 2 illustrerer forbindelsen mellem forskellige menings- og oplevelsesdimensioner den musikterapeutiske kontekst. Sproget er identisk med den diskursive meningsdimension. Her gælder, at sproget kommunikerer information, der derved gøres tilgængelig for intersubjektiv forhandling. Når der opstår intersubjektivitet igennem sproget, så forstår vi forenklet sagt, at »den anden« forstår det samme, som vi forstår. Sproget formidler en diskurs. Vi deler mening og betydning. Heroverfor står det nonverbale, hvor det ikke er betydningen, men kvaliteten af oplevelsen, der tydeliggøres og kommunikeres. Det nonverbale kommunikative domæne betragtes her som lig det implicite domæne. Vi kan f.eks. ikke umiddelbart beskrive, hvordan vi aflæser en anden persons humør eller intention. Vi ved, at når en person ser ud og gør på en bestemt måde, beskriver det en bestemt følelse eller stemning. Hvis vi begynder at undersøge fænomenet/oplevelsen, kan dette føre til verbalisering. Men selve handlingen at genkende og sansе foregår lige så implicit som det at se, at strække armen eller at cykle. Imellem eller ved siden af disse to vidensformer står det musikalske eller andre kreative udtryk som tegning, dans eller poesi. Alle har det til fælles, at meningsindholdet kan anskues som mere eller mindre non-diskursivt: Meningen er flertydig.

Musik indtager en speciel position, fordi musik, som også dans, altid har en tidslig dimension og udstrækning. Produktet og processen er forbundet i tid. Det giver ikke mening at beskæftige sig med musik uden at kunne høre eller spille den. Dette tidsaspekt er med til at forstærke ligheden mellem andre oplevelsesmæssige fænomener, der ligeledes udfolder sig i tid: Interaktion, samtale, oplevelse kan alle forstås som oplevet tid.

Et andet kendetegn ved musik eller ved oplevelsen af musik er, at den på samme tid henvender sig til såvel den semantiske, den episodiske som den procedurale hukommelse. Vi kan verbalisere og eksplicite oplevelsen af at lytte eller spille og skabe musikken. Vi kan have et historisk forhold til musikken som identitets- eller begivenhedsmarkør. Endelig kan vi agere

implicit i musikken: Vi kan spille uden at vide, hvordan vi gør det. Vi agerer i musikken ud fra ikke-bevidste skemaer. Det er bl.a. derfor, at vi gennem musikalsk aktivitet på samme tid kan aktivere disse forskellige typer af erindring. I det perspektiv er musik både kilde til referentiel og oplevelsesmæssig mening. Det meningsmæssige indhold er dog altid ideografisk betinget, altså bundet til den sansende person. Men musik er ikke desto mindre et velegnet middel til at fremhæve det implicitte eller den tavse viden og potentielt en kilde til eksplicit viden om intra- og interpersonelle oplevelser og tilstande. Dette gør musik til et unikt terapeutisk medium, vel at mærke når terapeuten evner at agere musikalsk meningsfuldt med en terapeutisk dagsorden.

Efter denne præsentation af musik som formidler og mediator af terapeutiske processer vil jeg i det næste afsnit se nærmere på forholdet mellem det eksplicite og implicitte forandringsniveau i den terapeutiske kontekst.

4. Implicit eller eksplicit medieret forandring i psykoterapi

Daniel Stern udtrykker i et interview følgende synspunkt:

»Et tredje forhold, jeg finder interessant, er den betydning, jeg tildeler tavs viden i forhold til eksplicit viden. Det, vi som terapeuter arbejder mest med, er tavs viden og ikke eksplicit viden. Man behøver ikke gøre ting eksplicite for mennesker. Alt, man behøver, er at ændre den tavse viden i deres indre verden« (Christensen, 2005, s. 21).

Og i bogen om det nuværende øjeblik skriver han:

»Observationsundersøgelser af spædbørn og deres mødre gennem mange år samt udøvelse af voksenterapi har gjort os meget opmærksomme på betydningen af tavs viden. Spædbørn kommunikerer ikke i det verbale, eksplicite register før efter cirka 18 måneder, når de begynder at tale. Alle de rige, analogiske nuancerede, sociale og affektive samspil, der finder sted i livets første 18 måneder, foregår derfor nødvendigvis inden for det tavse, nonverbale område. Den betydelige viden, som spædbarnet erhverver om, hvad man venter af mennesker, hvordan man skal behandle dem, hvordan man skal opfatte dem, og hvordan man skal være-sammen-med-dem, hører inden for det nonverbale område. (Naturen gjorde klogt i ikke at præsentere spædbørn for symbolsk sprog før efter 18 måneder, så de får tilstrækkelig tid til at lære, hvordan den menneskelige verden egentlig fungerer, uden den distraktion og komplikation, som ordene medfører – men ved hjælp af sprogmusikken (Stern, 1998, 2000.«) (Stern, 2004, s. 127)

I første citat udtrykker Stern den tese, at ændring i den tavse viden er tilstrækkelig i terapi. I andet citat, at sproget virker komplicerende ind, når man skal lære de basale regler for interpersonel interaktion og kommunikation.

Det første citat udtrykker et særdeles radikalt synspunkt, når man tager i betragtning, at psykoterapiens sædvanlige medium er sproget. Stern argumenterer for, at den ikke-fortolkelige del af psykoterapi er et forsømt område i analytisk psykoterapi. For det første fordi fortolkningen ofte har fokus på fortiden frem for på et »her og nu«. For det andet er tesen, at det netop er i forhandlingen af det intersubjektive felt på et implicit niveau, at de vigtige terapeutiske processer udspringer sig. Stern begrundes dette ved antagelsen om, at vores viden om »at være med andre« dannes meget tidligt og bl.a. har med skemaer for tilknytning at gøre. Denne viden er tavs, implicit viden og potentielt verbaliserbar (Stern, 2004, s. 130)².

Daniel Stern og »The Boston Process Change Study Group« (BPCSG) har formuleret en ny dagsorden for synet på terapeutiske processer i psykoterapi gennem at sætte fokus på det implicite (bl.a. Lyons-Ruth et al. 1998; Sander, 1998; Stern et al., 1998, 1999a, 1999b; Stern, 2004; Talvitie et al., 2004). Som gruppens mest sammenhængende udsagn står Sterns »Det nuværende øjeblik« (2004). Dette syn på psykoterapi fremhæver bl.a. sider af den terapeutiske kontekst, der har fokus på det non-verbale, hvor betydningen af måden, noget udtrykkes og kommunikeres på, tillægges større betydning end dets referentielle meningsindhold. Fokus rettes mod nonverbal kommunikation så som: prosodi, mimik og kropsholdning og måske allervigtigst: den temporale form og intensitet, som noget udtrykkes med. Den i psykoterapeutisk øjemed væsentligste forskel mellem at være i oplevelsen og tale om oplevelsen er, at Stern tydeliggør betydningen af at dele oplevelse i stedet for at dele mening: Når man er i en emotionelt ladet interaktion i en terapi, her kaldet et »nu-øjeblik«, er der en potentiel mulighed for at dele oplevelsen ved netop at være i oplevelsen sammen. Begynder terapeuten at tale om følelsen, tanken, drømmen, musikstykket, bevæger vedkommende sig fra oplevelsen af »at dele« til oplevelsen af »at beskrive« noget, der er sket: I stedet for at være i oplevelsen, reflekteres, fortolkes og analyseres den. Dette skift er essentielt, fordi det på et implicit proceduralt niveau kan opleves som en afvisning af »at dele«. Tages Sterns udsagn bogstaveligt, vil enhver italesættelse af følelser og andre indre oplevelser, der deles intersubjektivt, være identisk med at tale om noget og ikke være i følelsen/oplevelsen osv. Dette radikale synspunkt, at der hersker et komplementært forhold mellem oplevelse og sproglig formidling af oplevelse, er essentielt for Sterns kritik af verbal psykoterapi. I virkelighedens verden er forholdet måske mindre udtalt, da oplevelse af følelser og sproglig formid-

2 Endelig er det Sterns tese, at intersubjektivitet er et grundlæggende motivationelt system. En tese, der ikke uddybes her.

ling af samme kan forekomme samtidig, f.eks. når personerne kan fastholde deres indre oplevelse og samtidig have opmærksomhed på omverdenen. Denne mulighed står dog ikke i modsætning til det faktum, at sprogliggørelse altid indbefatter verbal refleksion om »noget«. Dette »noget« er sket, og er derfor ikke »lige nu«. Et nu, der vel og mærke, har stor lighed med den kommunikation, som det præverbale barn har med sine omgivelser.

Det er et væsentligt problem, der rejses her: Hvordan kan vi anvende sproget i terapi i arbejdet med implicite relationelle forandringsprocesser? At besvare dette spørgsmål er dog uden for denne artikels fokus, og jeg må nøjes med at henvise til Stern (2004).

Klinisk erfaring giver et mere nuanceret billede af forholdet mellem det eksplicite og det implicite, bl.a. at følelser og sprog sagtens kan eksistere samtidig, og at præcisering af en ikke-anerendt, fortrængt eller tabueret indre tilstand også kan formidle intersubjektivitet, hvis den er afstemt. Men ikke desto mindre sætter Stern fokus på sider af den terapeutiske interaktion og kontekst, som den analytiske teori ikke tidligere har behandlet og konceptualiseret i samme grad. Stern advokerer for, at den primære forandringsproces sker på den tavse videns niveau, jævnfør citatet ovenfor.

Over for dette står nyere psykodynamisk teori om forståelse og behandling af borderline-personlighedsforstyrrelser, i denne artikel repræsenteret ved C.R. Jørgensens »moderne relationelle behandling« (Jørgensen, 2006). Han formår at fremstille et integreret behandlings- og sygdomssyn, der inddrager tilknytningsteori (Bowlby/Ainsworth), mentaliseringsteori (Fonagy/Bateman) foruden neuropsykologi m.m. Det centrale i Jørgensens udsagn er hans betragtninger om evnen til mentalisering:

»Som Fonagy et al. (2000:368) formulerer det, er udviklingen af den personlighedsforstyrrede patients mentaliseringsevne omdrejningspunktet for enhver psykoterapi. For at udvikle patientens mentaliseringsevne må der etableres en tilknytningsrelation, hvor patienten i en vis udstrækning kan opleve terapeuten som en tryk base« (ibid., s. 331).

Ifølge Jørgensen er det centralt i behandlingen af patienter med BPF at udvikle patientens mentaliseringsevne. Jørgensen inddrager i den sammenhæng også teoretikere som Stern. Hvilke forskelle er der da at finde mellem hhv. Sterns og Jørgensens syn på terapi: Det tavse og implicite overfor det mentaliserende, eksplicite og verbale som en nødvendig og tilstrækkelig betingelse for psykoterapeutisk forandring? Efter min mening er den væsentligste forskel, at Stern og BPCS-Gruppen agiterer for et forandret syn på terapi, mens den relationelle psykoterapi søger at integrere det implicite og det eksplicite:

Stern kritiserer i flere tilfælde traditionel psykoterapi (Stern, 2004). Kritikken er rettet imod overdrevent fokus på verbal rekonstruktion på bekostning af det fænomenale (ibid., s. 154). Det handler bl.a. om forståelsen af

overføringsprocesser. Stern anfægter den traditionelle forståelse af overføring på følgende måde:

»Psykoanalysen betragter kort sagt hændelser, således som de udfolder sig i det nuværende øjeblik, som hændelser, der er forskudt i tid og person (overføring), som endnu et eksempel på fortidige mønstre, som springbræt for frie associationer eller lutter overfladehændelser i lighed med det manifeste indhold i drømme. Der er meget der går tabt« (ibid., s. 155).

Stern anfægter hele det psykoanalytiske tolkningsparadigme. Ifølge Stern mister vi noget værdifuldt ved at træde ud af nuet og hele tiden se dette nu i et fortidigt perspektiv. På den måde mister vi oplevelsen af det at være i nuet og dermed adgangen til den tavse viden, som nuet indeholder og giver adgang til.

Jørgensen forholder sig ligeledes til spørgsmålet om, hvilket fokus terapien egentlig skal have. Han skriver opsamlende om den terapeutiske strategi: Terapeuten skal løbende demonstrere implicit og især eksplicit mentalisering, som patienten kan internalisere; bl.a. løbende benævnelse og tematisering af samspil her og nu (Jørgensen, 2005, s. 335). Han refererer i den sammenhæng til Bateman og Fonagy og udtrykker i følgende citat, hvad der i mine øjne er centralt for denne måde at udføre psykoterapi på:

»Den intensive fokusering på at styrke patientens mentaliseringsevne implicerer, at selve processen i arbejdet med at benævne og forstå patientens indre mentale tilstande og afklare, hvordan disse er meningsfuldt forbundet med det aktuelle samspil med terapeuten, er vigtigere end det konkrete indhold i terapeuten's tolkninger (Bateman & Fonagy, 2004a: 141). Det afgørende er ikke, at patienten når frem til én bestemt forståelse, men at hun engageres i en bestemt bestræbelse på at benævne og forstå, hvad der udspiller sig imellem hende selv og terapeuten (Allan, 2003:12). Sammenlignet med en mere klassisk terapeutisk strategi implicerer den mentaliseringsfokuserede psykoterapi således en forskydning i den relative vægtning af psykoterapiens elementer fra kognitiv forståelse af intrapsykisk indhold eller opnåelse af indsigt til uddybning og intersubjektiv regulering af patientens oplevelse af her og nu«. (ibid., s. 334).

Jørgensen fremhæver her, at processen er vigtigere end indholdet: Intersubjektiv regulering af her og nu er vigtigere end kognitiv indsigt. Dette efterlader det indtryk, at Jørgensen i store træk er enig i det standpunkt, at det implicite niveau og arbejdet med den tavse viden i her og nu-relationen står centralt på trods af hans udsagn om, at mentalisering er behandlingens fokus. At styrke en persons mentaliseringsevne og forandre selv-med-an-

den-skemaer er dog to meget forskellige mål for og forståelse af de processer, der skaber terapeutisk forandring.

Jeg vil gerne pointere, at det ikke er muligt at lave en decideret sammenligning af de to synspunkter, idet Jørgensens fokus specifikt er personlighedsforstyrrelser, medens Stern ikke præciserer en bestemt målgruppe. Min hensigt er at demonstrere teoretikernes enighed om, at det forandringsmæssige fokus fluktuerer mellem mentaliseringsevne/forståelse og oplevelse/væren. Jørgensen og den relationelle psykoterapi vægter den verbalt medierede forandring, mens Stern et al. repræsenterer det implicite syn på terapeutisk forandring og vægter udvidelsen af det intersubjektive felt imellem klient og terapeut. Men de er enige om, at fokus i en terapeutisk proces bør være på relationen, som den udfolder sig her og nu. Spiller fortiden en rolle, er det i forhold til den aktuelle kontekst og ikke som en dybere forklaringsmodel eller hypotese.

Stern kommer i øvrigt med en i denne sammenhæng interessant bemærkning om »skoler«, der er særlig opmærksomme på »her og nu«. Her nævnes også musikterapi. Han siger, at der på trods af disse skolers øgede fokus på nuet i klinisk sammenhæng ikke har været noget systematisk forsøg på at undersøge og beskrive oplevelses-fænomenologien i det nuværende øjeblik:

»Mange af disse »mere end tale«-terapier bruger således deres stærke teknikker til at få materiale frem, der derpå repræsenteres verbalt og anvendes psykodynamisk. Hvad der især adskiller dem fra »tale«-terapierne er med andre ord den metode, der bruges til at fremkalde materialet og kilden til materialet. Den måde, materialet ender med at blive bragt på, adskiller sig ikke synderligt fra taleterapi« (ibid., s. 156).

Efter min mening er denne kritik rettet imod netop den ovennævnte skelnen mellem terapeutiske processer, der faciliterer og fremhæver forandringsprocesser på det implicite niveau og på terapeutiske processer, der godt nok aktiverer det implicite, men undlader at blive i dette intersubjektive felt.

Disse »mere end tale«-terapier er ifølge Stern kun udtryk for metodiske tiltag, der godt nok fremkalder nuet, men som ikke forstår at anvende det anderledes. At skift i den intersubjektive matrix også forekommer i musikterapi, er klart. Hver gang man går fra samtale til musik, er der en potentiel risiko for, at det enten opleves som et brud på den intersubjektive flade i øjeblikket, eller at det bliver et interaktionelt retningsskift, der indskrænker det intersubjektive felt. Ligeledes kan samtale om det musikalske udtryk have samme funktion som en samtale om en drøm om i går eller det, man oplevede for et øjeblik siden.

Stern påpeger, at musikalsk interaktion ikke i sig selv er nogen garanti for, at terapeuten kan følge og afstemme sig i forhold til patientens implicite kommunikation. Det er terapeutens evne til at aflæse sig selv, konteksten

og den anden, der er afgørende. Endelig vil der i løbet af enhver terapeutisk interaktion med patienter med BPF ske gentagelser af dysfunktionelle interaktionsmønstre alene som følge af patientens initiering af overføringen.

Der er inden for musikterapiforskningen flere eksempler på udforskning af oplevelsesfænomener i musikterapeutisk sammenhæng: Gro Trondalens ph.d.-afhandling om »Signifikante øjeblikke« (Trondalen, 2004) er ét eksempel, Dorit Amirs beskrivelse af »Meaningful moments« (Amir, 1992) et andet og Denise Grockes »Pivotal Moments« (1999), et tredje. Alle tre afhandlinger er eksempler på grundig undersøgelse af øjeblikkets betydning i hhv. aktiv musikterapi med anoreksipatienter (Trondalen), i receptiv musikterapi med mennesker i selvudviklingsprocesser (Grocke) og som oplevelsesmæssig dimension hos musikterapeuter og deres klienter (Amir). Dette demonstrerer, at der indenfor musikterapiteori er interesse og opmærksomhed på betydningen af nuet som fænomen. Men det ændrer ikke ved det faktum, at eksempelvis musik som terapeutisk medium ikke udgør nogen garanti for ikke at have mere fokus på det eksplicite end på det implicite forandringsniveau.

5. To elementer i den terapeutiske proces i musikterapi

Det er to væsentlige elementer i borderline-personlighedsforstyrrelse, der aktualiseres i en musikterapeutisk kontekst. Det ene er »kerneselvet«, det andet »forhandlingen af den intersubjektive kontekst« og »skemaer for selv-med-anden«, herunder for tilknytning. Jeg vil i det følgende beskæftige mig med kerneselvet og forhandlingen af den intersubjektive matrix i musikterapi med patienter med borderline-personlighedsforstyrrelse.

For enhver, der har haft med mennesker med psykiatriske lidelser at gøre, er det en erfaring, at disse mennesker hyppigt har meget vanskeligt ved at genkende indre mentale tilstande og ofte synes fuldstændig ude af stand til at håndtere eller regulere indre spænding. Det er, som om de indre fornemmelser, kropssansninger og følelser lever deres eget liv i personen. I det følgende vil jeg ud fra begrebet kerneselv undersøge problematikken i et teoretisk og musikterapeutisk perspektiv.

Kerneselvet er en central del af personligheden, bl.a. ifølge objektrelationsteorien. Kohut taler således om det inderste selv. Kerneselvet beskrives som en følelse af at have et uafhængigt centrum for initiativ og sansning (Jørgensen, 2006. s. 261). Kerneselvet opbygges gennem mange små interaktioner mellem et barn og dets selvobjekt. Selvobjektet er en objektivt adskilt person, som varetager funktioner for selvet, der senere i en vis udtrækning dels varetages af personen selv, og dels af kulturelle og kunstneriske tiltag samt af religiøse fortællinger (ibid., s. 250). Det anses altså som nødvendigt for udviklingen af et kerneselv, at der foregår en løbende erfaringsdannelse med en primær anden, der kan fungere som selvobjekt.

Når et individ oplever identitetsdiffusion, som det ses hos personer med borderline-personlighedsforstyrrelse, antages det at skyldes et manglende kerneselv i Kohutsk forstand. Det vil dels sige et kerneselv, der dannes gennem små interaktioner mellem barnet og dets selvobjekt, og som repræsenterer dets inderste kerne. Kohut udtrykker den holdning, at mennesker med svære personlighedsforstyrrelser ikke har udviklet et stabilt kerneselv.

»Borderline-patientens identitetsdiffusion kan således opfattes som et resultat af manglende udvikling af kerneselvet, hvilket både kan hænge sammen med psykiske forstyrrelser hos de centrale selvobjekter og ikke mindst med forstyrrelser i de tidlige samspil mellem selvet og selvobjektet« (ibid., s. 262).

Dette udgør et problem i selvobjektrelationerne. Kohut mener, at følelsen af selvet udspringer af evnen til at genkende sig »selv i sin erindring og til at projicere sig selv ind i en forestillet fremtid, og (2) oplevelsen af et stabilt og sammenhængende kerneselv ...« (ibid., s. 266). Kerneselvet er den indre konstans, vi som mennesker vender tilbage til, når vi i øvrigt udvikler og forandrer os. Det er det invariable og det prototypiske i vores akkumulerede implicite erfaringsdannelse.

Kohut anvender klassisk objektrelationsteoretisk metapsykologi som ramme for sin teori. Denne ramme udfordres, da Daniel Stern i 1985 præsenterer kerneselvforfølelse som en del af teorien om »The interpersonal world of the infant«³, som inkluderer et udviklingssyn, der adskiller sig i forhold til klassisk analytisk teori, dels ved at tyngden i den udviklingsmæssige proces flyttes fra barnets indre verden til den ydre verden, og dels ved at afvise hypotesen om, at barnet danner symbolske repræsentationer i en præverbal alder. Denne kritik og revision af den psykoanalytiske udviklingsteori⁴ beskæftiger sig ikke med psykoterapi generelt eller mere specifikt med ætiologien ved BPD-forstyrrelser. Som sådan er der tale om adskilte teoretiske foki. På trods af dette har Sterns teorier med tiden vist sig at have relevans inden for teori om psykopatologi og ikke mindst teori om personlighedsforstyrrelser specifikt (Bateman & Fonagy, 2004; Jørgensen, 2006) foruden at være grundlag for Sterns eget udsagn om psykoterapeutiske processer som nævnt ovenfor. Anvendelsen af disse udviklingspsykologiske teorier i denne sammenhæng sker derfor inden for den ramme og de begrænsninger, som dette giver. Desuden har f.eks. Hannibal anvendt Sterns udviklingsteori som fortolkningskontekst til analyse af interaktionelle mønstre i musikterapi med voksne patienter med personlighedsforstyrrelser (Hannibal, 2000).

3 Bogen udkom på dansk i 1991, hvilket er det årstal der følgende henvises til.

4 For en uddybende redegørelse af denne kritik af den psykoanalytiske udviklingsteori henvises til Stern (1992) kapitel 10.

Sterns teori indeholder bl.a. en afvisning af fasetænkningen, og Stern argumenterer for at betragte udvikling som baseret på en oplevet virkelighed, som lagres i implicite prototypiske procedurale skemaer⁵. Desuden er Sterns sigte at beskrive og forklare, hvad barnets selvoplevelse betinges af. Han redegør videre for, hvordan hver selvoplevelse konstituerer et tilsvarende relationsdomæne. Stern skriver:

»Hver ny selvoplevelse definerer dannelsen af et nyt relateringsområde. Disse relateringsområder medfører kvalitative skift i den sociale oplevelse, men ikke i faser; de er snarere forskellige former for social oplevelse, der forbliver intakte livet igennem.« (Stern, 1991, s. 44).

Stern beskriver relationsdomæner som successive og som forblivende intakte. I forhold til kerneselvet er der således væsentlige forskelle mellem Sterns og Kohuts måde at konceptualisere dette begreb på, idet Kohut ikke skelner mellem implicit og eksplicit viden og erfaringsdannelse. Derudover er der mange ligheder i deres udviklingsforståelse.

Stern adskiller endvidere den symbolske og den repræsentationelle eksplicite viden og den ikke-repræsentationelle viden. Han beskriver de indre strukturer, der dannes som RIG'er⁶. Disse RIG'er er levet oplevelse (lived experience) og er nærtbeslægtede med Bowlbys begreb »Internal Working Model«, der omhandler indre skemaer for tilknytning.

Hver selvforfølelse har et tilhørende relationsdomæne kendetegnet ved en bestemt type skemaer for »selv-med-anden«. Selv-med-anden« skal ses i forhold til selv-og-anden«, hvor der i barnets bevidsthed eksisterer to individer. I kerneselvets relationsdomæne opleves den anden som et slags »vi«. Den anden fungerer som den selvregulerende anden, der kan regulere barnets arousalniveau i legen, ved sult, søvn osv. (Stern.1991. s.112). Denne erfaring benævnes af Stern som generaliseret erfaring: Det mest typiske i den levede oplevelse gemmes, og resten mistes.

Den generaliserede erfaring konstituerer den indre kerne af invariante repræsentationer. Stern benævner tre, oprindeligt fire, hovedelementer af konstanser: 1. Fornemmelse af »selv-handlen«, idet man er udgangspunkt for egne handlinger. 2. Fornemmelse af »selv-sammenhæng«, kropsligt og fysisk. 3. »Historie«, dvs. oplevelsen af sammenhæng i fortid, nutid og fremtid. Så snart barnet har opbygget disse konstanser, begynder det at udvide, undersøge sin socioemotionelle verden og dermed evnen til at dele. Dette repræsenteres hos Stern i »selv-og-anden«-skemaer.

5 Noget Kohut synes at have foregrebet i sin præcisering af interaktion som grundlag for dannelsen af kerneselvet.

6 RIG'er: Repræsentationer af Interaktioner, der er blevet Generaliseret.

Stern har beskrevet affektiv afstemning som et begreb knyttet til mødres afstemning af barnets emotionelle udtryk i legesituationer. Affektiv afstemning beskriver en proces, hvor »den anden« ved at matche intensitet, rytme, form og timing i barnets udtryk kan formidle en fællesoplevelse af følelsen i legen mere end legen selv. Disse erfaringer lagres ligeledes som prototypisk skema for selv-med/og-anden. Denne evne til at opleve intersubjektivitet betinger oplevelsen af fællesskab med andre i bred forstand, dermed også en viden om indre tilstande, der ikke deles, og situationer, det er i orden at dele, om hvornår den anden vil dele osv. Sker denne erfaringsproces ikke hensigtsmæssigt, hvad enten det skyldes uforudsigelige omgivelser/personer, meget skiftende omgivelser/personer eller personer, der ikke evner »at dele«, så efterlades barnet afskåret fra et fællesskab på et meget grundlæggende niveau. Konsekvensen bliver, at barnets indre verden og interaktion med omgivelserne vil være præget af dette kaos. Barnet vil have vanskeligt ved at forstå og fortælle om sit indre, og det vil udvikle strategier, der bedst muligt forhindrer gentagelse af de udviklingsmæssige svigt. Hos den voksne er konsekvensen, at evnen til at indgå i et intersubjektivt fællesskab vil være invalideret eller ødelagt, enten fordi personen ikke tør, ikke har tillid til den anden eller ikke kan mærke sig selv. Evnen til fleksibelt at deltage i en sådan proces er ikke til stede. Den intersubjektive matrix er på én gang lukket af for omgivelserne og samtidig helt åben, idet personen higer efter bekræftelse. I den forstand er et manglende kerneselv og en manglende evne til intersubjektiv oplevelse forbundet hos den personlighedsforstyrrede patient.

Også skemaer for tilknytning vil være berørt og vil fremtræde som utryg-ambivalente eller utryg-undvigende. Uden at gå i detaljer med, hvad disse typiske relationelle tilknytningsforstyrrelser medfører⁷, vil den utryg-ambivalente tilknytning have tendens til at underregulere affekter og reagere med angst ved separation, ligesom den utryg-undvigende vil have tendens til overregulering af affekter og vil mærke angst ved truslen om, at selvet skal blive invaderet, svigtet eller udsluttet (Jørgensen, 2006. s. 308).

Patienten med borderline-personlighedsforstyrrelse har ikke dannet den form for konstans, der kan hjælpe denne med at bevare kerneselvfølelsen senere i livet. Det medfører et klassisk scenario, hvor personen bliver ved med at søge efter andre potentielle selvobjekter; denne vil til stadighed hige efter at få den bekræftelse, som det oprindelige selvobjektet skulle have leveret, men vil samtidig frygte at genopleve tidligere empatiske svigt. Frygten skaber både ambivalens og afhængighed i forhold til andre, hvilket kan invalidere socialt og på andre måder. Patienter med borderline-personlighedsforstyrrelser vil opleve en følelse af tomhed ikke mindst i forbindelse med adskillelse og trussel om separation. De har ingen prototypiske erindringer, ingen fremkaldt ledsager, der kan hjælpe dem til at regulere deres

7 Jeg vil henvise til f.eks. Jørgensen (2006) s. 299-312.

indre spænding. De er afhængige af, at den anden kan fungere som selvobjekt. De er fanget i deres overføringsforestilling og deres manglede evne til at udvikle sikre tilknytningsrelationer.

At arbejde med borderlinepatienters kerneselv i terapi er umiddelbart vanskeligt. Kerneselvet tilhører det præverbale relationsdomæne og består af implicit lagret erfaringsdannelse, der ikke umiddelbart kan verbaliseres. I musikterapi er der typisk to måder at træde ind i dette relationsfelt på i den musikalske kontekst: Den ene er intentionel, og den anden er tilfældig. For personer, der mangler eller er skadet i kerneselvet, er det invariante i musikken en måde at begynde en sådan udvikling af genkendelighed på. Terapeuten kan enten arbejde eksplicit med at udtrykke sådanne invariante procedurale skemaer, hvor der er eksplicit fokus på musikken som repræsentation eller arbejde med eksplicit fokus på musikken som genstand.

Et eksempel på en spilleregulering, dvs. et formuleret tema for improvisationen kunne være: Prøv at finde din rytme, dit tempo, din klang osv. Her kan terapeuten påtage sig rollen som den regulerende anden, der følger, rummer, indrammer og strukturerer patientens musikalske udtryk. Metaforisk skaber terapeuten en ramme omkring det billede, som patienten maler. Om det ligner noget, er figurativt eller ej, er underordnet. Første skridt på vejen mod at opbygge indre invariante erfaringsstrukturer er at bruge terapeuten som selvobjekt i den musikalske interaktion.

En anden måde at arbejde med kerneselvet på er at have opmærksomhed på invariante strukturer i en fri eller tematiseret improvisation. Forskning viser, at relationelle mønstre i en verbal dialog før en improvisation ikke nødvendigvis medfører, at præcis det samme mønster fortsætter i musikken (Hannibal, 2000). Men den viser også, at typiske relationelle mønstre opstår som overføring i den musikalske interaktion. Det interaktionelle mønster fluktuerer akkurat lige så meget i en musikalsk som i en verbal kontekst. I løbet af en improvisation opstår der ind imellem invariante strukturer i patientens musikalske udtryk. Personen er ikke altid sig selv dette bevidst, mens det sker. En musikalsk improvisation er i udgangspunktet som andre dynamiske kaotiske systemer. Den kan organisere sig selv ud fra de præmisser, som musikken og omgivelserne giver. Ud fra en relationel betragtning er dette logisk, da personen relaterer til omgivelserne som selv-med-anden. Terapeuten er i det øjeblik ikke en selvstændig person i patientens perspektiv. I stedet er patienten opslugt af musikken, egne tanker eller noget tredje, og terapeuten kan indtage rollen som den selvregulerende anden. Der udvikles et musikalsk »vi«. Dynamikken kan evt. drøftes efterfølgende i samtalen efter improvisationen.

Eksempel: En patient er lige startet på et prøveforløb i musikterapi og viser sig at have meget vanskeligt ved overhovedet at genkende indre tilstande

(Hannibal, 1999). Med en sådan patient kan det være hensigtsmæssigt at introducere spilleregler, der er meget enkle og tilgængelige. I det konkrete tilfælde bliver overskriften for improvisationen: *Spil først langsomt – så hurtigt – og så langsomt igen. Patientens spillemåde kendetegnes ved, at han spiller ud fra sin forestilling om, hvordan han forestiller sig, at musikken skulle lyde; som om han har planlagt det hele på forhånd. Efterfølgende fortæller han, at musikken skulle blive kraftigere, fordi den kom tættere på. Den rytme, han spillede, havde lighed med galoperende heste (daga-dang). Patienten reagerer i musikken ikke på det, som terapeuten spiller. Han spiller alene ud fra sin forestilling frem for at lade musikken opstå ud fra en her og nu-orientering. For at patienten skal kunne reagere på »den anden« her og nu, kræves det, at han giver slip på noget af sin selvkontrol. Han kan med andre ord ikke umiddelbart aktivere hverken sit præverbale kerneselv eller sit subjektive selv. Dette forløb kommer derfor til have fokus på, hvor uhyre vanskeligt det er for patienten at indgå i en intersubjektiv forhandling med en anden.*

Den intersubjektive matrix i en terapeutisk kontekst kan veksle i indhold og intensitet fra det trivielle til at indeholde en korrektiv emotionel oplevelse. Denne matrix forhandles hele tiden, og forhandles den ikke, er det tegn på, at den terapeutiske proces er gået i stå, eller at alliancen ikke er i orden.

Der er fundamental forskel på at forhandle eksplicit i sproget eller implicit i det ikke-sproglige. Musik er som beskrevet tidligere (se figur 2) både potentielt referentiel og non-referentiel. Musik udfolder sig lydligt i tid og bevægelse og tilbyder terapeuten og patienten et interaktionsfelt, hvor denne forhandlingsproces kan tage sin begyndelse.

Et eksempel: En kvinde fortsætter efter endt dagbehandling i individuel samtale og musikterapi. Hendes selvbillede er meget negativt: Hun har den forestilling, at åbner hun sig, vil hun ødelægge sine omgivelser. Hendes mulighed for intersubjektivitet er stærkt begrænset, og hun har ingen strategier ud over depression, selvdestruktiv adfærd såsom bulimi, selvskade og tvangshandlinger. I musikterapien påbegynder hun en proces med det sigte at bryde sin isolation og udvikle alternative interpersonelle strategier. I terapien bliver det klart, at hun sidder med tanker og følelser, som hun ikke kan og vil dele. Ikke at ville dele er et centralt tema. Det aftales at undersøge de følelser, som hun kan tage ind i rummet/relationen gennem musikken. Improvisationen er i starten præget af, at terapeuten finder det vanskeligt at spille sammen. Han oplever, at det, han gør musikalsk, opleves som forkert eller forstyrrende. Idet terapeuten bliver mindre spejlende og mere strukturerende, dog uden at være styrende, sker der et skift. Terapeuten følger nu klientens dynamiske udtryk. I denne del af improvisationen veksler terapeuten og klienten mellem at være i kontakt og bryde kontakt, og mellem at være/spille melodi og akkompagnement. Visse steder er musikken mere

voldsom i sit udtryk, og klienten spiller i det dybe leje. Da musikken stopper, sidder terapeut og klient sammen uden at tale om musikken. Kvinden fortæller, før hun går, at hun er kommet af med »noget«, og det har lettet hende.

Ovenstående musikalske forløb repræsenterer en intersubjektiv forhandlingsproces: Først beskytter patienten sig mod kontakt. Derefter etableres musikalsk kontakt, men vel og mærke uden et eksplicit fokus. Afslutningsvis er processen rettet imod en kerneselvforfølelse, hvor terapeuten indtræder som selvobjekt.

6. Opsamling og afrunding

Et vigtigt formål med musikterapi for borderlinepatienter er gennem musikalsk interaktion og udtryk at få påbegyndt opbygning af indre konstanser og gemme internalisering af terapeut/patient-relationen i musikken. Ved anvendelse af musikken revitaliseres disse patienters evne til at benytte den anden som selvobjekt, her forstået som såvel terapeut som musik: Dermed forbedres kontakten til deres kernefølelse. Et væsentligt sigte er også, at disse patienter udvikler deres evne til at forhandle den intersubjektive matrix. Det gøres i sproget ved at øge deres mentaliseringsevne og i musikken ved at erfare nu-øjeblikke. På den måde kan borderlinepatienter hjælpes til at bevæge sig ud i et meningsfelt, hvor oplevet mening er i forgrunden.

I et Sternsk perspektiv mener jeg, at musikterapi udgør en unik terapeutisk tilgang til at opnå disse forandringer. Musik kan fremme processer og med fordel anvendes som konkret grundlag for mentalisering af samspilssituationer og mønstre. Klinisk improvisation anvendt i musikterapeutisk regi kan facilitere og katalysere vanskelige terapeutiske processer i terapi med patienter med BPF.

LITTERATUR

- AMIR, D. (1992): *Meaningful moments in music therapy*. Doctoral Dissertation, New York University
- BALLE CHRISTENSEN, N., TOFT, J., PETERSEN, B. & LIEN, K. (2007): Psykoterapeutisk dagbehandling af svært personlighedsforstyrrede. *Ugeskrift for læger* 169/1, s. 55-58.
- BATEMAN, A. & FONAGY, P. (2004): *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization-based treatment*. University Press Oxford
- BONDE, L.O., WIGRAM, T. & PEDERSEN, I.N. (2001): *Når ikke slår til – en håndbog i musikterapiens teori og praksis i Danmark*. Århus: Forlaget Klim.
- BRUNSCHWEILER-STERN, N., HARRISON, A.M., LYONS-RUTH, K., MORGAN, A.C., NEHUM, J.P., SANDER, L.W., STERN, D. N. & TRONICK, E.Z. (BCPSG) (2002): Explicating the implicit: The local level and Microprocess of Change in The Analytical Situation. *International Journal of Psychoanalysis*, vol. 83: 1051-1062.

- BRUSCIA, K., Ed. (1998): *The Dynamics of Music Psychotherapy*. Gilsum NH: Barcelona Publishers.
- CHRISTENSEN, I. (2005): De nuværende øjeblikke. *Dansk Musikterapi*, 2, nr. 2, 2005. s. 15-21.
- GROCKE, D.E. (1999): *A phenomenological study of pivotal moments in Guided Imagery and Music Therapy*. Doctoral dissertation, University of Melbourne.
- HANNIBAL, N. (1999): The Client's Potential for Therapeutic Insight Assessed through the Ability to Reflect Verbally and Musically. *Nordic Journal of Music Therapy*, vol. 8(1), pp. 36-46.
- HANNIBAL, N. (2000): *Præverbal Overføring i Musikterapi*. Ph.d. afhandling, Aalborg Universitet.
- HANNIBAL, N. (2002): Henvisning, assessment og egnethed til musikterapi i psykiatrisk regi. *Musikterapi i psykiatrien*, ed. U. Holck et al. Aalborg Musikterapeutiklinikken, APS og AAU.
- HANNIBAL, N. (2004): Beskrivelse af patientpopulationen i klinisk musikterapi på fem psykiatriske institutioner i Danmark i perioden august 2003 – juli 2004. *Musikterapi i psykiatrien*, ed. U. Holck et al. Aalborg Musikterapeutiklinikken, APS og AAU.
- HANNIBAL, N. (2005): Daniel Stern, hans teorier og deres betydning for musikterapi. *Dansk Musikterapi*, 2, nr. 2, 2005, s. 4-14.
- HILLECKE, T., NICKEL, A. & BOLAY, H.V. (2005): Scientific Perspectives on Music Therapy. *Annals of New York Academy of Sciences*, 1060: 271-282 (2005).
- JØRGENSEN, C. R. (2004): Active ingredients in individual psychotherapy – Searching for Common Factors. *Psychoanalytic Psychology*, Vol. 21, No. 4, 516-540.
- JØRGENSEN, C.R. (2006): *Personlighedsforstyrrelse*. København: Akademisk Forlag.
- LYONS-RUTH, K., BRUSCHWEILER-STERN, N.M., HARRISON, A., MORGAN, A.C., NAHUM, J.P., SANDER, L., STERN, D.N. & TRONICK, E.Z. (1998): Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal*, vol. 19, no. 3, pp. 282-289.
- PRIESTLEY, M. (1980): *Analytische Musiktherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta, 1983.
- SANDER, L. et al. (1998): Interventions that effect change in psychotherapy: A model based in infant research. *Infant Mental Health Journal*, vol. 19(3), pp. 280-281.
- SCHNECK, D. J. & BERGER, D. (2006): *The Music Effect: Music physiology and clinical applications*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- SIEGEL, D. (2001): Toward an Interpersonal Neurobiology of the Developing Mind: Attachment Relationships, „Mindsight“, and Neural Integration. *Infant Mental Health Journal*, vol. 22(1-2), pp. 67-94.
- STERN, D. N. (1991). *Barnets Interpersonelle Univers*. København: Hans Reitzels Forlag.
- STERN, D. N. (1997). *Moderskabskonstellationen*. København: Hans Reitzels Forlag.
- STERN, D. N., SANDER, L.W., NEHUM, J.P, HARRISON, A.M., LYONS-RUTH, K., MORGAN, A.C., BRUNSCHWEILER-STERN, N. & TRONICK, E.Z. (1998a): Non-Interpretive Mechanisms in Psychoanalytic Therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, vol. 79. pp. 903-921.
- 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. (1998b): The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant Mental Health Journal* Volume 19, Issue 3 , Pages 300-308
- STERN, D.N. (2004): The Present Moment as a Critical Moment. *Negotiation Journal*, vol. 20, p. 365.
- STERN, D. N. (2004). *Det nuværende øjeblik i psykoterapi og hverdagsliv*. København: Hans Reitzels Forlag.

- STOLOROW, R. D. & ATWOOD, G. E. (1996): The Intersubjective Perspective. *Psychoanalytic Review*, 83: 181-194.
- TRONDALEN, G. (2004): *Klingende relasjoner – en musikterapistudie av »signifikante øyeblikk« i musikalsk samspill med unge mennesker med anoreksi*. Ph.d. afhandling, Norges Musikhøgskole.
- TALVITIE, V. & IHANUS, J. (2002): The repressed and implicit knowledge. *International Journal of Psychoanalysis*, vol. 83, no. 6.