

Restituerende faktorer i gruppemusikterapi med psykiatriske patienter.

- baseret på en modifikation af Guided Imagery and Music (GIM).

| | | |
|------------------|---|-----------|
| KAPITEL 1 | INDLEDNING | 9 |
| | <i>Forord</i> | 9 |
| | BAGGRUND FOR PROJEKTET | 10 |
| | <i>Professionel Baggrund</i> | 10 |
| | <i>Baggrund for projektet</i> | 11 |
| KAPITEL 2 | LITTERATUR REVIEW | 12 |
| | MUSIKTERAPI I PSYKIATRIEN | 12 |
| | <i>Historisk baggrund</i> | 12 |
| | <i>Analytisk Musikterapi</i> | 12 |
| | <i>Musikterapi i Danmark</i> | 14 |
| | <i>Nordoff – Robbins Musikterapi, morfologisk musikterapi</i> | 14 |
| | <i>Personlig baggrund</i> | 15 |
| | <i>Kliniske og forskningsmæssige eksempler på Musikterapi i psykiatrien</i> | 18 |
| | SKIZOFRENI -PSYKOPATOLOGI | 19 |
| | <i>Historisk baggrund for skizofreni</i> | 19 |
| | <i>Årsagshypoteser</i> | 19 |
| | <i>Skizofreni og hjerneprocesser</i> | 20 |
| | <i>Sårbarheds - stressmodellen</i> | 21 |
| | <i>Diagnostik af skizofreni</i> | 22 |
| | BEHANDLING AF SKIZOFRENI I DANMARK | 24 |
| | <i>Nuværende behandlingsstrategier</i> | 24 |
| | KLINISK MUSIKTERAPI MED SKIZOFRENE PATIENTER | 26 |
| | <i>Forskningsprojekter med skizofrene patienter i musikterapi</i> | 30 |
| | <i>Musikterapi med skizofrene patienter i Danmark</i> | 32 |
| | <i>Musikterapiens rolle i psykiatrien i Danmark</i> | 34 |
| | GUIDED IMAGERY AND MUSIC | 35 |
| | <i>Baggrund</i> | 35 |
| | <i>GIM sessionens anatomi</i> | 38 |
| | <i>Musikkens og bevidsthedsniveauets rolle</i> | 39 |
| | <i>Musikudvælgelse</i> | 43 |
| | <i>Forestillingernes betydning</i> | 44 |
| | <i>GIM – anvendelsesområder</i> | 45 |
| | GIM I PSYKIATRIEN | 46 |
| | <i>Kliniske erfaringer</i> | 46 |

| | |
|---|------------|
| <i>Forskning</i> | 49 |
| GIMS PLACERING INDENFOR ANVENDTE MUSIKTERAPIMETODER I PSYKIATRIEN | 51 |
| <i>Musikalske containere - en model</i> | 53 |
| <i>Model: GIM og GIM modifikationer i det terapeutiske univers</i> | 55 |
| <i>Generel baggrund for projektet</i> | 56 |
| <i>Opsummering</i> | 57 |
| KONKLUSION | 58 |
| KAPITEL 3 - VIDENSKABSTEORETISK ORIENTERING | 60 |
| KVANTITATIV OG KVALITATIV FORSKNING | 60 |
| <i>Forskningsorientering ud fra model</i> | 68 |
| <i>Konkluderende kommentarer og diskussion vedrørende forskning i psykoterapi</i> | 73 |
| UDDYBNING AF PRIMÆRE VIDENSKABSTEORETISKE PARADIGMER | 75 |
| <i>Grounded Theory</i> | 75 |
| <i>Hermeneutik - videnskabsteori og metode</i> | 76 |
| <i>Psykoanalyse</i> | 80 |
| <i>Mennesket som en historie</i> | 82 |
| UDVIKLINGSPSYKOLOGISKE PERSPEKTIVER | 83 |
| <i>Objektrelationsteorien - en nutidig Psykoanalysemodel</i> | 83 |
| <i>Forsvarsmekanismer - udviklingsperspektiver</i> | 84 |
| <i>Historisk Baggrund</i> | 85 |
| <i>Stern og ORT</i> | 86 |
| SAMMENFATNING AF ET UDVIKLINGSPSYKOLOGISK PERSPEKTIV | 87 |
| BAGGRUND, ÆNDRING OG UDVIKLING AF FORSKNINGSDESIGN | 93 |
| <i>Ændring af teoretisk analysevinkel på undersøgelsens anden del</i> | 94 |
| <i>Procesforskning – Proces-effekt</i> | 97 |
| <i>Metateoretisk reference</i> | 98 |
| <i>Validitet og reliabilitet</i> | 99 |
| <i>Valideringsmetoder i projektet</i> | 101 |
| OPBYGNING AF ANALYSEMODEL – UNDERSØGELSESMETODE II | 103 |
| <i>Analysemodellens trin:</i> | 103 |
| <i>Opsamling</i> | 105 |
| <i>Model over tolkningsniveauer:</i> | 106 |
| KAPITEL 4 - UNDERSØGELSENS DESIGN | 107 |
| <i>Undersøgelsesområde:</i> | 107 |
| <i>Hypoteser:</i> | 107 |
| <i>Initiale spørgsmål:</i> | 107 |

| | |
|---|-----|
| <u>Forløbsstruktur:</u> | 107 |
| <u>Data:</u> | 108 |
| <u>Undersøgelsesmetoder:</u> | 108 |
| <u>Patienter:</u> | 108 |
| <u>Inklusionskriterier:</u> | 108 |
| <u>Eksklusionskriterier:</u> | 108 |
| <u>Etik</u> | 108 |
| <u>Patientinformation</u> | 108 |
| <u>Miljø</u> | 109 |
| <u>Publikation:</u> | 109 |
| <u>Forskningssteam</u> | 109 |
| RAMMER FOR UNDERSØGELSEN | 110 |
| <u>Setting</u> | 110 |
| <u>Undersøgelsens opbygning</u> | 111 |
| UNDERSØGELSESMETODE 1 (A,B,C) | 112 |
| <u>Global Assessment of Functioning Scale (GAF):</u> | 112 |
| <u>(Undersøgelsesmetode 1/A.)</u> | 112 |
| <u>Spørgeskemaundersøgelse efter terapiforløbet</u> | 112 |
| <u>(Undersøgelsesmetode 1./B.)</u> | 112 |
| <u>Semistruktureret interview - (Undersøgelsesmetode 1. C.)</u> | 114 |
| MATERIALE | 115 |
| <u>Model over projektet</u> | 116 |
| RESULTAT AF FORSKNINGSMETODE I | 117 |
| <u>GAF – Undersøgelse I /A</u> | 117 |
| <u>Spørgeskemaundersøgelsen, 1/B</u> | 117 |
| <u>Semistruktureret interview, I /C</u> | 119 |
| <u>Resultat af undersøgelse I:</u> | 126 |
| UNDERSØGELSESMETODE 2 | 128 |
| <u>Materiale - Valg af patienter til næranalysen</u> | 128 |
| <u>Analysemodel:</u> | 129 |
| <u>Restituerende faktorer i den terapeutiske proces med udgangspunkt i patienternes oplevelser under musiklytning</u> | 130 |
| <u>Undersøgelse vedr. Musikkens Rolle</u> | 131 |
| <u>Undersøgelse af fremtrædelsesformen af patienternes oplevelser under musiklytningen</u> | 131 |
| KAPITEL 5 - CASE NR.1 - PT. A | 132 |
| <u>ANAMNESE:</u> | 132 |

| | |
|--|------------|
| <u>Dispositioner:</u> | 132 |
| <u>Opvækst</u> | 132 |
| <u>Uddannelse, erhvervs erfaring</u> | 133 |
| <u>Parforhold</u> | 133 |
| <u>Indlæggelse</u> | 134 |
| <u>Aktuelt op til deltagelsen i musikterapi projektet.</u> | 134 |
| FORLØB: | 135 |
| RESTITUERENDE FAKTORER I DEN ENKELTE SESSION. (VERTIKAL ANALYSE) | 150 |
| <u>Musikreferencer:</u> | 153 |
| <u>Billedernes fremtrædelsesform:</u> | 153 |
| HORISONTAL ANALYSE | 154 |
| <u>Analyse af As billeder og udsagn i terapien ift. den interview baserede undersøgelse.</u> | 158 |
| <u>Konklusion:</u> | 159 |
| KAPITEL 6 - CASE NR. 2 - PATIENT. B | 161 |
| ANAMNESE | 161 |
| <u>Dispositioner:</u> | 161 |
| <u>Tidligere psykiatrisk</u> | 161 |
| <u>Misbrug:</u> | 161 |
| <u>Opvækst:</u> | 161 |
| <u>Indlæggelse</u> | 162 |
| <u>Henvisning til Musikterapi</u> | 163 |
| CASEFORLØB | 164 |
| VERTIKAL ANALYSE | 181 |
| <u>Musikreferencer:</u> | 185 |
| <u>Billedernes fremtrædelsesform:</u> | 185 |
| HORISONTAL ANALYSE | 186 |
| <u>Analyse af Bs billeder og udsagn i terapien ift. den interview baserede undersøgelse.</u> | 189 |
| <u>Konklusion</u> | 191 |
| KAPITEL 7 : CASE NR. 3 - PT. C | 192 |
| ANAMNESE: | 192 |
| <u>Dispositioner</u> | 192 |
| <u>Tidligere somatisk:</u> | 192 |
| <u>Opvækst:</u> | 192 |
| <u>Forhold til familien</u> | 193 |
| <u>Seksualitet:</u> | 193 |
| <u>Somatiske symptomer</u> | 193 |

| | |
|---|------------|
| <u>Indlæggelse:</u> | 195 |
| <u>Henvisning til musikterapi</u> | 195 |
| <u>ANALYSEMODEL – RESTITUERENDE FAKTORER, VERTIKAL ANALYSE</u> | 219 |
| <u>Billedernes fremtrædelsesform:</u> | 224 |
| <u>HORISONTAL ANALYSE</u> | 224 |
| <u>Referencer til musikken</u> | 229 |
| <u>ANALYSE IFT. DEN INTERVIEW BASEREDE UNDERSØGELSE</u> | 229 |
| <u>Konklusion:</u> | 231 |
| <u>KAPITEL 8 - CASE NR. 4, PT. P</u> | 233 |
| <u>ANAMNESE:</u> | 233 |
| <u>Dispositioner:</u> | 233 |
| <u>Ingen kendte</u> | 233 |
| <u>Tidl. psykisk behandling:</u> | 233 |
| <u>Tidligere somatisk:</u> | 233 |
| <u>Social baggrund/opvækst:</u> | 233 |
| <u>Indlæggelse:</u> | 234 |
| <u>Aktuel indlæggelse</u> | 235 |
| <u>VERTIKAL ANALYSE:</u> | 250 |
| <u>Musikreferencer:</u> | 253 |
| <u>Billedernes fremtrædelsesform:</u> | 254 |
| <u>HORISONTAL ANALYSE</u> | 254 |
| <u>ANALYSE AF PS BILLEDER OG UDSAGN I TERAPIEN IFT. DEN INTERVIEW-BASEREDE UNDERSØGELSE</u> | 259 |
| <u>Konklusion:</u> | 260 |
| <u>KAPITEL 9: RESTITUERENDE FAKTORER HOS DE FIRE VALGTE PATIENTER</u> | 262 |
| <u>SAMMENFATTENDE KARAKTERISTIK:</u> | 262 |
| <u>Kategori I: Kognitive aspekter</u> | 262 |
| <u>Kategori II: Refleksioner:</u> | 263 |
| <u>Karakteristik af kognitive aspekter:</u> | 264 |
| <u>Kategori III: Emotionelle aspekter:</u> | 266 |
| <u>SAMMENFATTENDE KOMMENTARER TIL KATEGORI III: EMOTIONELLE ASPEKTER</u> | 268 |
| <u>Kategori IIIa "Følelser af håb eller bedring"</u> | 268 |
| <u>UDDYBNING AF KATEGORI IIIA: FØLELSER FORBUNDET MED HÅB ELLER BEDRING</u> | 270 |
| <u>KATEGORI IV: INTERPERSONELLE ASPEKTER</u> | 274 |
| <u>IV a. Interpersonelle input og interaktion</u> | 274 |
| <u>IV b. Aggressionsforvaltning (herunder selvmordstanker)</u> | 275 |
| <u>KARAKTERISTIK - KATEGORI IV: "INTERPERSONELLE INPUT" OG "AGGRESSIONSFORVALTNING"</u> | 275 |

| | |
|--|------------|
| <u>KATEGORI V: FORSVARSASPEKTER</u> | 276 |
| <u>Va: Evne til at danne "beskyttelsesrum"/ tænkerum:</u> | 277 |
| <u>Vb: Evne til at danne andre adækvate forsvarsmanøvrer:</u> | 277 |
| <u>GENEREL KARAKTERISTIK AF KATEGORI V: FORSVARSMANØVRER</u> | 278 |
| <u>Teoretiske overvejelser om begrebet "forsvarsmanøvrer"</u> | 280 |
| <u>KATEGORI VI: BILLEDER/UDSAGN RELATERET TIL KERNEPROBLEMER:</u> | 283 |
| <u>Generel karakteristik af billeder og udsagn knyttet til kerneproblemer:</u> | 283 |
| <u>KATEGORI VII: BILLEDER/UDSAGN SOM GIVER HISTORISK SAMMENHÆNG ELLER INDBLIK:</u> | 284 |
| <u>Generel karakteristik af kategori VII:</u> | 285 |
| <u>KATEGORI VIII: METAFORER/SYMBOLER OG TRANSFORMATION AF METAFORER.</u> | 285 |
| <u>Generel karakteristik af Kategori VIII</u> | 286 |
| <u>SAMMENFATTENDE KOMMENTARER · KATEGORI VIII: METAFORER OG SYMBOLER</u> | 287 |
| <u>Metaforer og narrativer i GIM</u> | 290 |
| <u>KATEGORIEN: MUSIKREFERENCER:</u> | 295 |
| <u>Sammenfattende Karakteristik af kategorien: Musikreferencer</u> | 296 |
| <u>Musikanalyse ift. musikoplevelsen</u> | 299 |
| <u>KATEGORIEN: "BILLEDERNES FREMTRÆDELSESFORM"</u> | 301 |
| <u>KAP. 10 GRUPPENS BETYDNING I TERAPIFORLØBET</u> | 304 |
| <u>Kategorisering af udsagn vedr. gruppen</u> | 306 |
| <u>Konklusion</u> | 307 |
| <u>Patienters syn på terapiforløb</u> | 308 |
| <u>Teori om udvikling i gruppeterapi</u> | 309 |
| <u>Udviklingsfaser i terapien set ift. pt. C</u> | 310 |
| <u>Musikudvælgelse i forhold til faseinddeling af et forløb</u> | 312 |
| <u>Pt. B belyst ud fra objekrelationsteorien (ORT)</u> | 312 |
| <u>Diskussion</u> | 318 |
| <u>KAPITEL 11 KONKLUSION</u> | 322 |
| <u>Metodens anvendelighed - forslag til ny forskning</u> | 326 |
| <u>SAMMENFATNING: TEORI OM FORHOLDET MELLEM SELVOBJEKTER, PSYKOLOGISKE FORSVARSMANØVRER OG</u> | |
| <u>RESTITUERENDE FAKTORER I RECEPTIV MUSIKTERAPI UD FRA GIM</u> | 327 |
| <u>Det terapeutiske felt</u> | 328 |
| <u>De virksomme faktorer</u> | 329 |
| <u>A: Musikkens betydning</u> | 332 |
| <u>B: Gruppens betydning</u> | 337 |
| <u>C. Guidningens betydning</u> | 339 |
| <u>D: Billeddannelses betydning</u> | 339 |

| | |
|--|------------|
| <u>Selvbilleder, overgangsobjekter og forsvarsmanøvrer</u> | 343 |
| <u>Narrativets betydning</u> | 351 |
| <u>Operationelle niveauer ift. udviklingspsykologisk teori</u> | 352 |
| <u>Teorien set udviklingspsykologisk perspektiv</u> | 354 |
| <u>Musikken og billeddannelsens betydning set ud fra Sterns psykologiske udviklingsmodel</u> | 356 |
| <u>Diskussion af undersøgelsen i forhold til andre GIM undersøgelser</u> | 359 |
| <u>Verifikation</u> | 362 |
| <u>Afslutning</u> | 364 |
| RESUMÉ: | 365 |
| <u>Titel:</u> | 365 |
| <u>Indhold:</u> | 365 |
| ENGLISH SUMMARY: | 367 |
| <u>Title:</u> | 367 |
| <u>Abstract</u> | 367 |
| <u>Background</u> | 368 |
| <u>Purpose of the study</u> | 369 |
| <u>Methodology</u> | 369 |
| KAP. 12 REFERENCER | 374 |
| <u>MUSIKREFERENCER:</u> | 389 |
| KAPITEL 13: BILAG | 399 |
| <u>Bilag nr. 1: Kate Hevners "Mood Wheel"</u> | 399 |
| <u>Bilag nr. 2: Field Note format:</u> | 400 |
| <u>Bilag nr.3: Om Fænomenologi</u> | 401 |
| <u>Bilag nr. 4</u> | 402 |
| <u>Bilag nr. 5: Retningslinier for forsamtale interview</u> | 403 |
| <u>Bilag nr. 6 - Patientinformationskema</u> | 404 |
| <u>Bilag nr. 7: - GAF Manual</u> | 405 |
| <u>Bilag nr.8: Patientdata</u> | 407 |
| <u>Bilag nr. 9: Total scoring på Spørgeskema</u> | 408 |
| <u>Bilag nr. 10: Patient Case - Pt. Nr. 1</u> | 409 |
| <u>Bilag nr. 10: Patient Case - Patient. Nr.8 - "M"</u> | 413 |

Kapitel 1 Indledning

Forord

Flere års arbejde er ved sin afslutning. Jeg har været igennem en meget inspirerende og til tider krævende proces, og vil gerne takke en række personer for støtte og vejledning. Allerførst vil jeg takke Inge Nyegaard for at overtale mig til at gå i gang med ph.d.studiet for efterhånden en del år siden. Derefter Lars Ole Bonde for en utrættelig støtte og kompetent vejledning. Jeg har med Lars Ole Bonde haft en fornemmelse af samarbejde, et "partnership" af uvurderlig betydning. Dernæst vil jeg takke Tony Wigram og alle i ph.d. gruppen på Ålborg Universitet, som for mig har været et kontinuerligt inspirationsforum, hvor det har været muligt at diskutere mange problemstillinger af faglig og mere personlig karakter både på universitet og mere uformelt på Cafe Luna i Aalborg. Gruppen har haft stor betydning for mig som forskningsbase, og der har været mange inspirerende gæsteforelæsere og supervisorere. Bla. har supervision fra David Aldridge og Ken Bruscia haft væsentlig indflydelse på mit projekt.

På Sct. Hans Hospital vil jeg gerne takke alle som har medvirket til projektets gennemførelse. Annette Roesen for et godt, berigende og stabilt samarbejde gennem flere år både som co-terapeut i musikterapigruppen, som medskriver til artikel, og altid velvilligt kommenterende mine analyser af casematerialet. Inspirerende kommentarer til casematerialet har jeg også fået af Britta Frederiksen, Søren Bredkjær og Anne Køster, der desuden har givet mig meget kvalificeret vejledning til artikelskrivning. Jeg også nævne den nye supervisionsgruppe på Afd. U, hvor jeg har haft mulighed for at fremlægge en case. Desuden vil jeg takke Hans Raben for et stort stykke arbejde med at foretage samtlige tests, og desuden være medforfatter til artikel, og Lars Burgaard for i første omgang at opfordre mig til at sætte forskningsprojektet i gang og senere som kompetent klinisk supervisor gennem hele forløbet. I den forbindelse vil jeg også sige tak til Karin Garde for støtte til projektets gennemførelse.

Endelig vil jeg sidst, men ikke mindst takke min familie for udholdenhed og tålmodighed i al den tid studiet har stået på.

Baggrund for projektet

Professionel Baggrund

Jeg har siden 1978 været tilknyttet Sct. Hans Hospital, og har opbygget hospitalets afsnit for Musikterapi. I begyndelsen underviste jeg patienterne i musik og sammenspil, men har de sidste 15 år udelukkende arbejdet som musikterapeut. Efter min egen musikterapi, var jeg ansat 3 år som lærer på AAU, og var bl.a. med til at opbygge terapidelen på musikterapiuddannelsen på Universitet.

På SHH hospital har jeg igennem årene arbejdet med stort set alle patient kategorier. Hovedvægten har været borderline patienter og patienter indenfor det skizofreniforme område. Jeg har dog også i længere perioder haft patienter med lettere personlighedsforstyrrelser og patienter med misbrugsproblematik, både individuelt og i gruppe.

Sideløbende med min ansættelse på hospitalet, har jeg de sidste 10 år været tilknyttet Specialundervisningscenteret for Voksne i Roskilde Amt, hvor jeg i de senere år især har beskæftiget mig med musikterapi med patienter med erhvervet hjerneskade, men også har arbejdet med unge med vidtgående indlæringsvanskeligheder, samt autister. I 1989-92 tog jeg en efteruddannelse som terapeut i metoden Guided Imagery and Music (GIM) - som vil blive beskrevet nærmere i afhandlingen - og introducerede GIM som behandlingsmetode på Sct. Hans Hospital og på Specialundervisningscenteret i forskellige udgaver. Jeg har blandt andet udviklet en modifikation af gruppe-GIM for skizofrene og skizotypiske patienter, som mit studie er baseret på.

Jeg har været et stykke tid undervejs med ph.d. studiet, dels p.gr.a. heltidsarbejde og min deltagelse i en række NORFA¹ kurser, som jeg anså for en nødvendig forudsætning for at kunne at designe mit projekt tilfredsstillende. Jeg havde stor gavn af undervisningen og supervisionen, og fandt efterhånden en tilfredsstillende form på projektet. Den kliniske del af afhandlingen blev afsluttet i sommeren 1997, hvor tilstrækkeligt mange patienter havde gennemgået det terapiforløb, som danner basis for undersøgelsen. Om det er muligt, at gennemføre et projekt er naturligvis altid en faktor forbundet med en vis usikkerhed, ikke mindst når undersøgelsen omhandler indlagte eller ambulante psykiatriske patienter.

¹ Forskningskurser for Musikterapeuter fra 1993 – 1996.(Pedersen & Mahns 1996)

Baggrund for projektet

Skizofreni er en alvorlig sindslidelse, og regnes for en af de sværeste sindssygdomme at behandle. Lidelsen behandles primært på psykiatriske hospitaler ud fra en kombination af medikamentel og miljø terapeutisk behandling, samt i stigende grad kognitiv og psykodynamisk psykoterapi.

Baggrunden for mit projekt bygger på positive erfaringer med skizofrene patienter og receptiv musikterapi ud fra en modifikation af GIM metoden. Siden 1992 har jeg arbejdet med receptiv musikterapi overfor skizofrene patienter. Jeg har fundet, at flere patienter, både i individuel terapi og i gruppe, blev mere åbne og kommunikerende efter musiklytningen, som havde en tydelig motiverende effekt. Da autisme og andre negative symptomer ofte er fremtrædende hos mennesker der lider af skizofreni, var det opløftende, at musiklytning som instrument i den terapeutiske proces kunne bringe mange patienter i stand til at tage bedre del i et terapiforløb.

Et af de største problemer ved psykoterapi med skizofrene er, at patienternes angstniveau er så højt, at det er provokerende for dem at indgå i en terapeutisk relation.

Min foreløbige teori er, at musikken kan fungere som et strukturerende og containende element, hvilket kan mindske patienternes angstniveau, således at de bliver bedre i stand til at arbejde i en psykoterapeutisk kontekst.

Det er derfor min forhåbning, at jeg med mulighed for fordybning og metodeudvikling i dette felt kan bibringe ny erfaring om behandlingsmuligheder af skizofrene med denne form for musikterapi.

Kapitel 2 Litteratur review

Musikterapi i psykiatrien

Historisk baggrund

Musikterapi i moderne tid har været kendt i ca. 40 år. Først på verdenskortet var USA, hvor musikterapi blev brugt som metode i adfærdsbetinget terapi. Efter 2. verdenskrig deltog mange musikterapeuter i USA i arbejdet med at rehabiliterer krigsskadede, og i 50erne dukkede musikterapi op som fag på flere universiteter.

Den første musikterapi uddannelse i Europa etableredes i 1959 i Wien. Siden er der skudt musikterapiuddannelser op mange steder i Europa, og i dag er uddannelsen etableret i de fleste europæiske lande.

I det følgende vil jeg kort omtale analytisk musikterapi og Nordoff / Robbins musikterapi, som er de to mest udbredte musikterapi retninger i Nordeuropa, samt Morfologisk Musikterapi, som fortrinsvis er kendt og anvendt i Tyskland.

Analytisk Musikterapi

Musikterapi som psykoanalytisk funderet behandlingsform blev første gang anvendt af den engelske musikterapeut og musiker Mary Priestley, der i 70erne arbejdede på forskellige psykiatriske hospitaler i England. Hun kaldte sin metode for analytisk musikterapi, men ændrede senere betegnelsen til Exploratory Music Therapy. (Priestley 1975, 1980, 1994)

Mary Priestley var elev af Musikterapeuten Juliette Alvin, som i 1968 etablerede den første egentlige musikterapiuddannelse i England på Guildhall School of Music and Drama i London. Uddannelsen var en 1-årig overbygning på musikstudiet på stedet. Juliette Alvin arbejdede i begyndelsen ikke ud fra nogen egentlig metodeteori, men anså musikimprovisation som den væsentligste indfaldsvinkel for at opnå kontakt med sine klienter - overvejende børn med forskellige handicaps.

Mary Priestley arbejdede senere med voksne psykiatriske patienter ud fra en psykoanalytisk referenceramme inspireret af Melanie Kleins teorier om splitting og projektiv identifikation, og de mere kendte freudianske teorier om forsvarsmekanismer og drømmetydning. I artiklen *Linking Sound and Symbol* (Priestley 1995) beskriver Mary

Priestley, hvorledes hun udviklede sin metode og afprøvede den på sine kolleger, før hun udsatte sine patienter for den.

Mary Priestleys metode er baseret på musikterapiimprovisationer, hvor den (primært) voksne psykiatriske klient i samspil med terapeuten udfra aftalte improvisationstemaer ("spilleregler") udtrykker sine følelser og tanker igennem sit tonesprog. Følgende er statements som Mary Priestley (Priestley 1975, 1980, 1994) anfører som virksomme faktorer i den psykodynamisk baserede musikterapiform:

1. Playing the instrument releases some of the tension.
2. Hearing the recording of this music promotes reflection and communication.
3. It (the improvisation) turns the client into an agent of the expression and no longer the victim via the result of the long-term tension.
4. It provides instant mirroring (Kohut, 1971) such as the client may never have had experienced before.
5. It makes the painful experiences shareable and thus more able to be realised.
6. The client feels more easily that her emotions are really responded to empathically via the therapist's accompanying music.
7. It provides something physical (as sound vibrations are) as a symbolic representation of the energies of the inner state, which can later on be listened to in a calmer, more reflective mood with the therapist, and built on creatively, possibly in another art form.
8. It promotes verbal communication where this was difficult, or even impossible, previously.
9. It brings the salutary realisation that even the most awful and murderous- feeling rage, when expressed in this way and shared, does not cause any terrible guilt-evoking damage either to oneself, the instruments (not often) or the therapist (not once in 20 years' work) but does give the patient, if she is oriented that way, the insight into who or what she is, what she was angry about and also what was the deep root of this feeling.
10. Being a dynamic musical expression realised in the accommodation of passing time, it lets the rage to die down as the hands and arms get tired and can - if the patient is ready for this - reveal clearly the underlying pain or sorrow that is beneath it. Thus opening up the path towards being motivated to start the search for alternative ways of meeting and dealing with the pain-producing situations. Often it gives a very clear insight, through a visual memory, into at what age the experienced pain began, producing in the client a more tender, self-mothering attitude to her weakness with deep healing involved.

Priestley beskriver i ovenstående de væsentligste momenter i psykodynamisk orienteret musikterapi udfra improvisationer. Som det fremgår, spiller det bevidste og ubevidste klima imellem terapeut og klient en central rolle. Mary Priestley har desuden udbygget

og beskrevet overførings og modoverføringsperspektiver som centrale terapeutiske redskaber i musikterapi. (Priestley 1994)

Musikterapi i Danmark

Mary Priestley spillede også en væsentlig rolle i udbredelsen af musikterapi som psykoterapeutisk metode i Vesttyskland og Danmark, idet hun i slutningen af 70erne sammen med Professor Johannes Th. Eschen udformede et 2 årigt Mentor program i Musikterapi på Herdecke sygehus i Vesttyskland. På dette kursus deltog Inge Nyegaard og Benedikte Scheibye, som senere blev de første lærere på musikterapiuddannelsen på Aalborg Universitet.

Nordoff – Robbins Musikterapi, morfologisk musikterapi

Udover musikterapeuter der arbejdede med adfærdsterapi og psykoanalytisk orienteret musikterapi, var der også musikterapeuter i begyndelsen af 70erne som havde et tilhørsforhold til eksistentiel/humanistisk psykologi (Maslow, 1968). Specialpædagogen Clive Robbins og Poul Nordoff, som egentlig havde et antroposofisk menneskesyn, udviklede i England en musikterapi model overfor handicappede og adfærdsvanskelige børn og beskrev musikterapien som en vækstproces, der skal sættes i gang hos barnet. (Nordoff & Robbins 1977). Barnets evne til at "hvile i sig selv" styrkes gennem det musikalske forhold til terapeuterne, og barnet (gen)opdager egne ressourcer og sit eget selv. Nordoff/Robbins terapiformen ønskede i begyndelsen ikke at bekende sig til nogen psykologisk teori, men senere relaterede Nordoff og Robbins sig til den humanistisk/eksistentielle psykologi i form af "Relationship Therapy" (Moustakas 1970; i Ruud 1977). Moustakas anfører, at barnets vanskeligheder ligger i fornægtelsen af eget selv. En skade som opstår som følge af gentagne anvisninger fra barnets primærpersoner. Teorien leder tankerne hen på Martin Bubers teori om "Jeg – Du" relationen (Buber 1968), hvor mødet mellem to personer, med respekt for begges integritet sættes i centrum, og til Winnicotts term om barnets udvikling af "et falsk selv" som følge af overgreb mod barnets oprindelige selv. (Winnicott, 1971)

Endelig skal nævnes den Morfologiske musikterapi, dannet af fire tyske musikterapeuter. (Rosemarie Tüpker, Eckhard Weymann, Tilman Weber og Frank Grootaers). Metoden bygger på et gestaltpsykologisk/morfologisk teorigrundlag. Morfologisk musikterapi bygger på tanker om, at menneskelig udvikling beror på en

kunstanalog udviklingsform, som man kan møde og arbejde med i den musikterapeutiske improvisation. Dette leder tankerne hen på H. Kohut, som i sin udgave af egopsykologien beskrev, at der sideløbende med objektrelationerne foregår en fortløbende narcissistisk udvikling livet igennem, som manifesterer sig i kunst og kreative udtryk (Kohut, 1957,1971; Moe 1991)

I Årsskriftet for Musikterapi i Psykiatrien 1998, anfører Julie Exner i en introduktion til morfologisk musikterapi, at terapiformen ikke er udviklet indenfor psykiatrien, men at den gradvist er ved at vinde indpas her. (Exner 1998).

Sideløbende med udviklingen af den analytiske og humanistisk orienterede musikterapi i Europa, udviklede den amerikanske musikterapeut Helen Bonny en receptiv musikterapeutisk metode, som hun kaldte Guided Imagery and Music (GIM). Metoden har rødder i humanistisk filosofi og eksistentielistisk/humanistisk psykoterapi. GIM metoden vil blive behandlet særskilt, idet den har haft en væsentlig indflydelse på mit projekt. (Bonny 1978a,1978b)

Personlig baggrund

Min egen begyndende tilgang til musikterapi foregik via et længerevarende intensivt stipendieophold i 1974 - opfulgt i 1976 - hos den polske teaterinstruktør Jerzy Grotowski i hans Teater Laboratorium i Wroclaw i Polen. Omkring 1969-70 overskred Grotowski og hans medarbejdere grænserne for traditionelt teater, idet han og hans gruppe iværksatte parateatraliske eksperimenter, hvor mødet mellem aktørerne var det centrale. Grotowski beskrev dette møde som:

. A cycle of meetings between people who do not know each other at first, but gradually upon getting accustomed to one another, rid themselves of mutual fears and distrust: this, in the course of time, causes them to release in themselves the simplest, most elementary inter-human expression" (Leszek Kolodziejezyk , 1974)

Grotowskis ideer med et inter-humant møde blev realiseret i en psykodramatisk fremstilling af en dybdepsykologisk proces. Personlige bevidste og ubevidste sider kom gradvist til syne først i en soloimprovisationsform, som senere udgjorde grundlaget for interaktioner mellem deltagere i en gruppe. Grotowski kaldte sine eksperimenter for "Holiday" og beskrev situationerne som et møde med:

...establishment of a rhythm of space-time and freedom. Such a self-steering situation, in order to be complete, should embrace not only people, but also the tangible world. It would then enable man to find himself in a situation where existence itself would look at him: where his senses would not be walled up; where he could be immersed in existence. Where he would enter the world as a bird enters the air.

Og Grotowski definerer videre ordet "together" i denne sammenhæng i en anden betydning end den konventionelle:

.... but "together" may mean something quite different; something like a second birth, real, overt, not furtive, not complacent about one's seclusion. Together with someone, with a few, in a group - the discovering, revealing of yourself and him." (Grotowski i Kolodziejczyk , 1974)

Grotowski anførte også i forbindelse med beskrivelsen af *Holiday*, at han, for at forklare sine synspunkter, måtte anvendte metaforisk sprog for at anskueliggøre sine visioner bedst muligt.

Grotowskis tanker om et interhumant møde kan sammenlignes med Bubers teorier om "Jeg - Du" mødet i en terapeutisk sammenhæng ud fra et eksistentielistisk/humanistisk synspunkt, og refererer også til psykodynamisk terapi i arbejdet med bevidste og ubevidste processer. Grotowskis teorier er anvendt af den østrigske musik og dramaterapeut professor Paulo Knill - leder af en udtrykkende kunstterapeut uddannelse på Lesley College i USA. En kunstterapeutisk retning (Expressive Art Therapy) som også er udbredt i Skandinavien. Desuden kan nævnes artiklen: *Towards a Poor Drama Therapy* af (Johnson et al.1996) som bygger på Grotowskis tanker i en kropsterapeutisk sammenhæng. Titlen er inspireret af Grotowskis bog: *Towards a poor Theatre* (Grotowski,1968), hvor Grotowski, der oprindeligt var elev af den russiske teaterlegende Stanislavski, beskriver sine visioner, tanker og metoder til at søge efter mennesket bag masken/rollen.

I begyndelsen og midten af 70'erne udførte Grotowski som nævnt "para-teatraliske eksperimenter", som han kaldte "Holiday". Denne betegnelse (eller dette begreb) anvendes analogt i musikterapeutisk sammenhæng af Aigen i artiklen *Creativity in Qualitative Music Therapy Research* (Aigen 1998), hvor Aigen fremfører tanker om musikterapiscenen som et terapeutisk rum, ud fra forskellen mellem et "sacred space and time" og "profane experience of time and space". Aigen citerer i denne forbindelse Mircea Eliade - en fremtrædende forsker indenfor sammelignende religionsvidenskab. Eliade siger at: *The creation of the world becomes the archetype of every human gesture* (1959 s. 45) og Aigen forklarer i forlængelse af dette synspunkt, at Eliade tilbyder nogle anvendelige redskaber til forståelsen af "sacred" contra "profane".

Jeg opfatter det at arbejde ud fra Grotowskis model, som en selvudviklingsproces i et mellemrummet mellem terapi og kunst, eller måske mere præcist en måde som både er kunstnerisk og terapeutisk.

Jeg deltog i 1974 i en seks måneders intensiv workshop hos Grotowski under overskriften "My Song" omhandlende psykodramatiske interaktioner, og for mit vedkommende musikimprovisationer som en integreret del af en dybdepsykologisk proces.²

Med baggrund som musiker tog jeg denne psykodynamiske/musikimprovisatoriske læreproces med mig og anvendte efterhånden modellen i modificeret form overfor patienter på Sct. Hans Hospital, hvor jeg blev ansat i 1976. Udover dette underviste jeg og havde samspil med patienterne på improvisationsbasis. Her opdagede jeg, at jeg ofte havde en langt bedre kontakt både på et verbalt og et sensorisk niveau med patienterne efter improvisationssamspillet end før, og tolkede, at der, i det musikalske samvær og i musikken selv, måtte ligge mange terapeutiske potentialer.³

I 1980 mødte jeg Inge Nygaard Pedersen og Benedikte Scheibye i København på en konference, hvor de talte om deres studie i Herdecke. (Nyegaard Pedersen & Scheibye, 1981). Dette blev begyndelsen til 2 års egenerapi/interterapi, hvor jeg lærte den analytiske musikterapeutiske metode at kende - efterfulgt af flere års samarbejde med Inge Nyegaard og Benedikte Scheibye på musikterapistudiet i Aalborg.

Sideløbende med dette arbejde fortsatte jeg som musikterapeut på Sct. Hans Hospital, og skrev i 1990 speciale om musikterapi som behandlingsform i psykiatrien med reference til H. Kohuts teorier. (Kohut 1957, 1971; Moe 1990).

² Arbejdet foregik i en international sammensat gruppe på seks personer to amerikanere, en hollænder, en franskmand, en japaner, en tysker og en dansker. Vi arbejdede ofte det meste af døgnet, og processen bar også præg af et kulturelt møde mellem de forskellige kulturer vi repræsenterede både på et interpersonelt og intrapersonelt niveau.

³ Observationer som disse omtales også i litteraturen bl.a. Estroff, som beskriver en markant forandring hos en skizofren patient mens og efter at hun lyttede til en kor koncert. (Estroff, 1995)

Kliniske og forskningsmæssige eksempler på Musikterapi i psykiatrien
 I de senere år er der sket en væsentlig stigning i antallet af behandlingstiltag med musikterapi overfor psykiatriske patienter. Dette afspejles i litteraturen f.eks. i case studies, hvor det overordnede fokus ofte omhandler patienternes evne til at relatere sig i den terapeutiske kontekst, i forholdet til terapeuten i den improvisatoriske relation, og i det hele taget generelt i livet.

Musikterapi anvendes også i stor udstrækning overfor yngre patienter.

I artiklen: *Drumming Technique for Assertiveness and Anger Management in the Short-term Psychiatric Setting for Adult and Adolescent Survivors of Trauma* beskriver musikterapeuten Cyd Sotoroff (USA) improvisationsteknikker såsom trommespil og kognitive adfærdsmetoder ud fra hensigten: *To Address Issues of Power in an Experimental and Symbolic Manner*. (Sotoroff 1994)

Musikterapi anvendes også i behandling af anorexi/bulimi. Roberta W. Justice giver i artiklen: *Music therapy interventions for people with eating disorders in a inpatient setting* eksempler på brug af musikterapi interventioner i behandlingen og diskuterer brugen af: *Music reinforced relaxation techniques, structured music therapy group techniques, and insight-oriented music and imagery techniques*. (Justice, 1994)

I forskningsmæssig sammenhæng ses et stigende antal rapporter og afhandlinger. F.eks. beskriver Van Den Hurk og Smeijsters (Holland) en udvikling hos en mand med obsessive compulsive disorder, som via musikterapi, primært ud fra en improvisatorisk model, gradvist bliver i stand til at træffe væsentlige beslutninger for sig selv, som han tidligere var ude af stand til at træffe. Forfatterne beskriver musikterapien bl.a. ud fra konstruktioner som "The Creative Performance that brings Healing"(Winnicott 1971). I løbet af terapien lykkedes det patienten at opnå et mindre fastlåst forhold til sin affektforvaltning. Patienten turde derfor gradvist at udtrykke sig friere, og dermed styrkedes hans evne til at træffe beslutninger. Forfatterne beskriver, at terapeuten havde en vekslende rolle som henholdsvis førende (provokerende, modspillende) og følgende, understøttende i det fælles samspil, som udgjorde en del af terapien, og hjalp patienten med at træffe beslutninger i selve sessionerne.

Skizofreni -psykopatologi

Historisk baggrund for skizofreni

Diagnosen skizofreni er udledt af det tidligere brugte *dementia præcox*. Det var især den østrigske psykiater E. Bleuler (1857- 1939) som igennem et livslangt kendskab og arbejde med sygdommen, ændrede betegnelsen *dementia præcox* til skizofreni, da sygdommen viste sig ikke at bero på sløvhed, og ikke kun ramte unge mennesker.

I Psykiatrifondens bog om skizofreni (Gerlach et al. 1997) beskrives sygdommen som en anlægsbetinget psykose, men der gøres dog opmærksom på, at også andre faktorer må spille en rolle, og her nævnes miljømæssige belastninger eller biokemiske forstyrrelser i hjernen, måske hidrørende fra tidlige, fysiske hjerneskader. Det påpeges desuden, at der i Skandinavien er tradition for at skelne mellem de ægte skizofrenier med en dårlig prognose, og de mere godartede skizofreni-lignende eller skizofreniforme psykoser, som har en bedre prognose, og at disse i mange tilfælde kan ses alene på baggrund af skadelige miljøpåvirkninger i barndommen. Et synspunkt som er relevant ift. min undersøgelse, idet 3 patienter i undersøgelsen er diagnosticeret som skizofrene, 1 patient er skizoaffektiv og 5 patienter er diagnosticeret som skizotypiske.

Professor J. D. Johansen (1986) beskriver skizofreni som den ene af de tre store psykoser (de andre er paranoia og manio-depressiv psykose).

Sygdommen betragtes psykoanalytisk som en narcissistisk neurose, hvor visse katatone former antages at stamme fra den allertidligste autoerotiske fase. Johansen anfører, at dette vanskeliggør den psykoanalytiske terapies chance..

.... da en regression til et så tidligt stadium, med meget lidt udbyggede objektrelationer besværliggør muligheden for etableringen af en overføringssituation. Dog hævner adskillige psykoanalytikere at have behandlet skizofreni med held (Johansen, 1986).

Årsagshypoteser

I dag betragtes skizofreni som en udviklingsforstyrrelse dvs. en sygdom, der kan føres tilbage til et tidligt tidspunkt i udviklingen evt. helt tilbage i fostertilstanden, men der er fortsat stor usikkerhed om årsagen til skizofreni. Benedetti hævder i bogen *Skizofreni og Psykoterapi* (Benedetti 1983), at de hereditære anlæg til skizofreni ikke kan afhænge af et sygdomsfremkaldende gen alene, idet man ellers ikke kan forklare, hvorfor sygdomsrisikoen er konstant på omkring 1%, selvom fertiliteten hos skizofreni

er et godt stykke under denne værdi. Han skriver videre, at han, som del af den såkaldte Zürich skole, mener, at skizofreni udvikles på baggrund af et samspil mellem arvelige prædispositioner til lidelsen og risikofyldte livsoplevelser. Benedetti anfører at:

... med en psykodynamisk forståelse af skizofreni benægtes ikke en vis biologisk basis for lidelsen. En sensitiv forståelse af den livshistorie, som har ført til skizofrenien, er ikke et bevis på, at visse fysiologiske årsager ikke også er tilstede, idet et "psykologiske mikroskop" alene ikke kan udelukke de mulige faktorer som ikke kan iagttages heri, nemlig de fysiske. (Benedetti, 1983)

Overlæge Jes Gerlach fra Sct. Hans Hospital udtaler, at der i.flg. undersøgelser i Europa udført mellem 1920 og 1987 (Gottesman, 1991) er en vis arvelig risiko forbundet med skizofreni, idet en familiær disposition giver ca. 10-15% større risiko for at erhverve sygdommen. Selvom der ikke er noget bevis for, at skizofreni er arveligt, har det dog længe været kendt, at risikoen for at erhverve sygdommen forøges betydeligt, hvis der er en eller flere som har sygdommen i den nærmeste familie, og at denne risiko forøges i takt med tætheden af relationen. F.eks. har søskende til skizofrene en risiko på ca. 10% for at få sygdommen, mens enæggede tvillingsøskende har en risiko på omkring 50%.

Gerlach anfører desuden, at anlæg til sygdommen måske grundlægges før fødslen, og at infektioner eller komplikationer under graviditeten eller ved fødslen kan være medvirkende årsager. (Gerlach 1996).

Skizofreni og hjerneprocesser

Mange forskere og behandlere hælder således til den antagelse, at sygdommen stammer fra et komplekst samspil mellem arvelige og miljømæssige faktorer, og der forskes intenst i både biologiske faktorer og psykoterapeutiske strategier. I den medicinske grundforskning spiller receptor-teorierne en central rolle. I denne meget komplekse biokemiske proces indgår en række signalstoffer, såkaldte transmittersubstanser. Bl.a. er transmitterstofferne dopamin og serotonin blevet tillagt en særlig betydning for forståelsen af skizofreni, men der er endnu ikke tilstrækkelig sikkerhed om disse stoffers indvirkning og betydning. (Jahnsen og Laursen, 1990)

Desuden er der påvist visse tendenser til hjerneforandringer hos skizofrene. Der er fundet let forstørrede sideventrikler (hulrum) og formindskede tindingelapper især i venstre side i sammenligning med normale, og der er fundet tegn på sammenhæng mellem arvelig tilbøjelighed for skizofreni og større sårbarhed med hensyn til

pådragelse af hjernedefekter i forbindelse med fødselskomplikationer (Cannon & Mednick, 1993). Der er dog fortsat stor usikkerhed om sygdommens opståen, på trods af mange års forskning, og grunden hertil er måske, at skizofreni viser sig ikke at være en enkelt sygdom, men mange sygdomme, eller grupper af sygdomme, der viser sig på samme tid.

Sårbarheds - stressmodellen

Mens der således er uenighed om sygdommens opståen, er der bred enighed om nødvendigheden i at anvende både medicinske og terapeutiske tiltag i behandlingen af skizofrene patienter. I bogen: *Skizofreni - hvad ved vi i dag om skizofreni* redigeret af en tværfaglig gruppe (Gerlach et al. 1997) beskrives udviklingen af skizofreni ud fra en "sårbarheds – stressmodel":

Ved sårbarheds-stress modellen forstås, at individet er særligt sårbart overfor bestemte former for belastninger. Hos skizofrene må det formodes, at der kan være tale om en nedarvet eller erhvervet tilbøjelighed til at udvikle sygdommen. Denne tilbøjelighed kan antages at bestå i en særlig sårbarhed overfor belastninger og stress-faktorer, der påvirker centralnervesystemet og dermed psyken....og der kan være tale om en særlig sårbarhed overfor psykologiske og sociale begivenheder og stress-faktorer såvel i barndommen som senere i livet. (s.43)

Med hensyn til psykologiske undersøgelser af forholdet mellem skizofreni og stress-sårbarhedsmodellen viser en undersøgelse af Huttunen og Niskanen (1978), at en alvorlig psykisk stresspåvirkning af moderen under graviditeten kan have betydning for skizofreniudviklingen, og en adoptionsundersøgelse af Tienari (1994) viser, at psykologiske forhold i adoptionshjemmet kan være afgørende for, om et adoptivbarn, født af en skizofren moder, udvikler skizofreni. Dette peger på, at det psykologiske klima i familien, kontakt og kommunikationsforholdet mellem forældre og børn kan have betydning for udviklingen af skizofreni .

Endelig spiller sociale tilhørsforhold også en betydelig rolle. I den industrialiserede del af verden er der en ophobning af skizofrene i storbyerne, idet de skizofrene måske føler sig tiltrukket af en uforpligtende anonym tilværelse i storbymiljøet, hvor koncentrationen af skizofrene er størst i de laveststående sociale lag - altså i slumkvartererne. Ses den omtalte stress-sårbarhedsmodel i forhold til denne udbredte sociale placering, er det nærliggende at tænke, at flere bliver skizofrene p.gr.a. udtalte stressfaktorer i slummiljøer, såsom arbejdsløshed, kriminalitet, alkohol og stofmisbrug. Altså en ond cirkel, hvor prædisponerede, skrøbelige unge bliver fanget ind af tyngende

sociale omstændigheder, som de har svært ved at håndtere. Denne hypotese er dog endnu ikke tilstrækkeligt belyst i forskningsmæssig sammenhæng.

Mens der i den industrialiserede del af verden er nogenlunde samme kurve for bedring af skizofrenes tilstand og sygdomsforløb, er et interessant fund, at skizofrene i udviklingslandene har et langt gunstigere sygdomsforløb end skizofrene i vor del af verden. Umiddelbart kan der ikke ses anden forklaring end kulturelle forskelle, men forholdene er desværre ikke endnu blevet beskrevet og undersøgt nærmere. (Gerlach, 1997)

Efter min opfattelse er det mest sandsynligt, at skizofreni opstår og udvikles i en cirkulær proces, hvor arvelige prædispositioner aktiveres af uheldige kommunikationsformer mellem moderfiguren og barnet. En proces som kan begynde helt fra barnets forstertilstand. Efterhånden som uhensigtsmæssige kommunikationsmønstre indarbejdes vil disse yderligere stresser barnets prædisponerede mangelfulde konstitution og dermed øge risikoen for et psykotisk sammenbrud i løbet af barnets opvækst eller senere i livet.

Diagnostik af skizofreni

Tidligere var skizofreni en frygtet og ondartet sygdom, som ofte medførte livslang indlæggelse eller tilknytning til et psykiatrisk hospital. For 40 - 50 år siden (før neuroleptika medicinens indførelse) tilbragte således 2/3 af patienterne det meste af deres liv på institution, i dag er det kun 1 ud af 20. Dette er en mærkbar positiv udvikling, men skizofreni er alligevel stadig en af de alvorligste sindssygdomme vi kender. De mest fremtrædende grundsymptomer er autisme, følelses- og tankeforstyrrelser, hvilke ofte medfører angst, depression og energiløshed. Udover grundsymptomerne ses egentlige produktive psykotiske symptomer som f.eks. vrangforestillinger, hallucinationer og katatone tilstande. Sygdommens forløb kan opdeles i 4 faser:

- (1) den præmorbid fase som udgør perioden fra fødsel til det tidspunkt, hvor forvarslers på psykosen sætter ind, herefter følger
- (2) prodromalfasen dvs. perioden mellem forvarslers (f. eks. indadvendthed, koncentrations og søvnbesvær) indtil en egentlig psykose bryder ud,
- (3) selve sygdomsfasen, og endelig
- (4) det efterfølgende langtidsforløb med eller uden psykotiske faser. (Gerlach et

al.1997)

Det er ikke muligt at påvise skizofreni ved nogen form for fysiske undersøgelser f.eks. blodprøver, scanning eller lignende. Dette betyder, at der anvendes diagnosekriterier udfra anerkendte symptombeskrivelser, men også, at den enkelte læges tolkning kan være behæftet med en vis usikkerhed. Det ses derfor relativt ofte, at en patient skifter diagnoser indenfor skizofrenispektret, især i begyndelsen af et sygdomsforløb.

En skizofrenidiagnose stilles i Danmark i overensstemmelse med WHO diagnostiske retningslinier, som de er udformet i ICD-10. (10. revision af International Classification of Diseases).

Her defineres diagnosen skizofreni ved forekomsten gennem mindst én måned af symptomer, som er særligt karakteristiske for skizofreni uden hensyn til sværhedsgraden. Det kan f. eks. være bizarre vrangforestillinger eller auditive hallucinationer. Ifølge ICD beskrives skizofreni som en sindslidelse der ...

..i almindelighed er kendetegnet ved fundamentale og karakteristiske forstyrrelser af tænkning og perception og af inadækvat eller affadet affekt. Klar bevidsthed og intellektuel kapacitet er sædvanligvis bevaret, om end visse kognitive defekter kan udvikle sig i tidens løb. De vigtigste psykopatologiske fænomener omfatter tankepåføring eller tanketyveri, tankeudspreddelse og tankehørighed, vrangoplevelse af at blive styret udefra, influensoplevelser, hallucinatoriske stemmer som kommenterer eller diskuterer patienten i 3.person, formelle tankeforstyrrelser og forskellige såkaldte negative symptomer. (WHO ICD-10: Institut for psykiatrisk grundforskning, 1993).

Jeg vil også nævne diagnosen skizotypisk sindslidelse, idet flere patienter i mit projekt har denne diagnose. En skizotypisk sindslidelse rammer personlighedsstrukturen uden at medføre egentlige psykotiske symptomer i form af hallucinationer og vrangforestillinger. "Vrangidéer" og hallucinationer kan dog optræde ganske kortvarigt, højst af få timers varighed som såkaldte "mikropsykotiske episoder". Tilstanden er ifølge ICD 10:

... karakteriseret ved excentrisk adfærd og ejendommeligheder i tankegang og følelsesliv, som ligner sådanne, der ses ved skizofreni, mens afgjort og karakteristisk skizofren symptomer ikke ses på noget tidspunkt.

Symptomerne kan inkludere følelseskulde og anhedoni, aparte adfærd, tendens til social isolation, selvhenføring og bizarre ideer, som dog ikke udvikler sig til egentlige vrangforestillinger. Desuden anføres, at det ofte er svært at fastlægge et egentligt begyndelsestidspunkt, og at tilstandens udvikling og forløb har samme karakter som ved forstyrret personlighedsstruktur.

Behandling af Skizofreni i Danmark

Nuværende behandlingsstrategier

Det anslås, at der i Danmark er op imod 25.000 mennesker, der lider af skizofreni, og at langt flere pårørende derfor naturligvis er involveret indirekte i sygdommen.

Skizofreni bryder oftest frem i 20-25 års alderen, for kvinder lidt senere end mænd.

I disse år er der flere projekter i gang, for at opspore og behandle skizofreni så tidligt som muligt, i erkendelse af, at en tidlig opsporing vil kunne mildne symptomerne og have en forebyggende virkning. Der er bl.a. det Nationale Skizofreni Projekt i Danmark, OPUS projektet (Tidlig Opsporing af Unge psykotiske – et forebyggelsesrettet interventionsprojekt) - som er et samarbejde mellem HS og Århus amt, samt TIPS projektet (Tidlig Indsats Psykoterapi for Skizofrene), som er et Nordisk samarbejde. Det er alment udbredt, at en kombineret behandlingsindsats bestående af en mindre dosis antipsykotisk medicin, psykologisk og social behandling og oplysning iværksat på et tidligt tidspunkt giver de bedste resultater.

Medicinsk behandles med antipsykotiske præparater, hvilket har været praksis siden begyndelsen af 50'erne, hvor lægemidlet klorpromazin blev opdaget ved en tilfældighed, og viste sig at have en positiv effekt på psykotiske patienter. I dag bruges præparater, hvor de nyeste såsom Zyprexa og Serolect ses at have få bivirkninger i forhold til tidligere anvendte præparater. Virkningen af antipsykotisk medicin kan være nedsættelse af pinagtige impulser, angst og aggression og dæmpning af psykotiske symptomer såsom tankeforstyrrelser og vrangforestillinger.

Den antipsykotiske medicin kan i forskelligt omfang have både psykiske og autonome bivirkninger samt i visse tilfælde medføre hormonforandringer og vægtøgning.

Den terapeutiske behandling er ofte miljøterapi kombineret med psykoedukative tiltag og i perioder psykodynamisk eller kognitivt baseret psykoterapi, ofte af støttende karakter. Miljøterapi er en meget væsentlig faktor i behandlingen af skizofrene. I den miljøterapeutiske behandling opnår den skizofrene et tilhørsforhold og en ramme for en social træning, som patienten ofte har store vanskeligheder ved at begå sig i. Desuden er der i de sidste år dannet såkaldte psykoedukative grupper, hvor patienter og deres pårørende deltager. Grupperne ledes typisk af en sygeplejerske, psykolog eller læge. Formålet er at oplyse og informere om sygdommen, og samtale om symptomer og strategier i forhold til disse symptomer for at finde nye modeller at fungere på - samt bare det at være sammen med andre, som er i en lignende situation enten som patient

eller som pårørende.

I den psykoterapeutiske behandling lægges der efterhånden i større og større udstrækning vægt på at hjælpe den skizofrene med at få tilgang til nye oplevelses- og tankemønstre som erstatning for de rigide vrangforestillinger, den skizofrene ofte er præget af. Den psykoterapeutiske indgang kan groft set opdeles i to hovedretninger: Den kognitive terapi og den psykodynamiske terapi. Den kognitive terapi handler primært om at sætte sig ind i den sindslidendes tænkemåder i samspil med adfærden. Formålet er at få indsigt i tankeforstyrrelser, vrangforestillinger, hallucinationer, impulshandlinger, initiativløshed, manglende motivation og interpersonelle problemer, og målet er, at den skizofrene lærer at distancere og distrahere sig fra symptomerne og problemerne, samt at kunne bearbejde problemerne. Der tages ofte udgangspunkt i "her og nu situationer" i patientens hverdag, hvor patienten bliver bedt om udførligt at rapportere om tankevirksomhed i konkrete, primært belastende situationer. Den kognitive terapi knytter an til indlæringspsykologiske teorier, om hvorledes vores kognitive funktioner udvikles og fungerer.

Terapeuter som anvender den psykodynamiske behandlingsform er også interesserede i ovenstående undersøgelsesområder, men sætter i større udstrækning fokus på, at de indlærte tanke- og følelsesmønstre kan have forbindelsestråde til ubevidste og uerkendte mønstre fra oplevelser tidligere i patientens liv, som stadig manifesterer sig i nuet. Dette kan gøres på to måder; enten ved at rette behandlingen mod en styrkelse af bevidstheden (støttende terapi), eller mod en svækkelse af det ubevidstes negative indflydelse gennem en forøget selvforståelse og forankring (indsigtsgivende terapi). Ved hjælp af hensigtsmæssige kombinationer af overstående behandlingsstrategier, er det ofte muligt at afdæmpe eller fjerne en del af den skizofrenes symptomer f.eks. angst, depression og hallucinationer, og bedre visse funktioner såsom koncentrationsevnen og evnen til problemløsning, samt evnen til at indgå i sociale interpersonelle relationer og der lægges vægt på at patientens subjektive oplevelse af livskvalitet højnes. Der er også foretaget undersøgelser som omhandler behandlingseffektivitet f.eks. om kognitiv versus psykodynamisk terapi giver det bedste resultat. Her viser flere undersøgelser f.eks.: *Effects of Psychotherapy in Schizophrenia. Comparative Outcome of two forms of Treatment* (Gunderson et al. 1984), at der ikke er fundet nogen markant forskel i effekten, men Gunderson påpeger, at en overensstemmelse i holdning, reference og interventionsaktivitet mellem miljøterapiens personale og psykoterapeuten giver det bedste resultat. Altså, at hvis der eksempelvis

på et miljøterapeutisk afsnit arbejdes ud fra en psykodynamisk referenceramme, får patienterne det bedste udbytte af den samlede behandling, hvis psykoterapeuten har samme reference.

Klinisk musikterapi med skizofrene patienter

I de senere år ses mange eksempler i litteraturen på musikterapeutisk behandling med skizofrene patienter. Den musikterapeutiske metode tager ofte udgangspunkt i musikterapi- improvisation alene, men improvisationsteknikker kombineres også i nogle tilfælde med prækomponeret musik og sang, sangskrivning, og projektive musiklytningsmetoder. Af og til optræder også eksempler, hvor musik og bevægelses teknikker kædes sammen.

Et eksempel på brug af en multi-facetterende metode er omtalt i Gabriella Giordanella Perillis artikel: *Integrated Music Therapy With a Schizophrenic Woman*, hvor Perilli beskriver et længerevarende terapiforløb (18 mdr.) med en 20årig kvindelig patient diagnosticeret som residual skizofren. Den musikterapeutiske metode indeholdt strategier som sang og spil af prækomponeret materiale, improvisation, sangskrivning og projektive lytteoplevelser til musik. Perilli delte terapiforløbet op i fire faser ud fra hvilke temaer, der var i fokus i forløbet. (1. Contact, 2. Stabilization and Rehabilitation, 3. Problem Solving og 4. Reconstruction). (Perilli 1991)

Mange casestudy-artikler omhandler den skizofrene patients evne til at indgå i et forhold til andre mennesker, idet evnen til at indgå i interpersonelle relationer ofte er noget af det, den skizofrene patient har sværest ved.

I artiklen: *Group Improvisation Therapy: The Experience of One Man With Schizophrenia*, beskriver Helen Odell Miller (Miller 1991) et forløb med 40 årig skizofren mand, som via musikterapien gradvist blev bedre til at relatere til andre mennesker. Den anvendte metode var musikterapi-improvisation i gruppe med efterfølgende verbalisering i en psykoanalytisk orienteret setting. Miller skriver i artiklen at

...the case outlines the struggle of long-term work with small changes gradually apparent, within an initially negative transference relationship fraught with criticism and conflict.

Miller beskriver hermed det faktum, at langt de fleste sygehistorier med skizofrene patienter, som sandsynliggør en psykologisk og funktionel udvikling både med musikpsykoterapi og verbal psykoterapi, ofte indebærer en langvarig kontakt med små gradvise fremskridt. I Italien har Berrutti et al. i artiklen: *Description of an Experience in Music Therapy Carried Out at the Department of Psychiatry of The University of Genoa* ud fra 3

casestudies beskrevet, hvorledes musikterapi kan hjælpe patienter, som ud fra assessment ikke er velegnede til konventionel psykoterapi. Forfatterne angiver, at effekten af musikterapi kan opsummeres ud fra to grundlæggende komponenter, nemlig - at metoden stimulerer følelser gennem dramatisering i en betryggende ramme, og at metoden åbner nye kommunikationskanaler. (Berrutti et al. 1993)

I England har David John i 1995 i behandling af psykotiske patienter også beskrevet forholdet mellem terapeut og klient, i en casestory med en midaldrende skizofren patient. John hjalp patienten til at acceptere og rumme truende følelser, som kom til udtryk i patientens tonesprog. John anvendte Melanie Kleins beskrivelse af splitting og projektiv identifikation som forsvarsmanøvre mod en egentlig relation i musikterapi situationen, samt Bions koncept om "maternal reverie" forstået som en container for patientens emotionelle liv. (John 1995). I musiktherapisituationen udtrykte patienten truende følelser gennem tonerne, som blev modtaget og rummet af terapeuten i rollen som modtager af patientens konfliktfyldte materiale. John beskriver, at hans rolle i terapien var at:

...tolerate and metabolising the feelings of anger, anxiety, frustration, and hopelessness which were projected into me and understanding these in relation to the patient. (John 1995).

Den Belgiske musikterapeut Jos De Backer anvender også psykodynamiske teorier til at forklare musikterapeutiske forløb. I en artikel (Backer 1993) som omhandler terapi med en 12 årig jeg-svag dreng, forklarer De Backer begrebet "containment" i forhold til "jeg svage" patienter i musikterapi. Samspillet foregik i det intermediære rum, som udgør en psykisk container. De Bacher beskriver, hvorledes den jeg-svage dreng bruger musikken og det musikalske rum til at udtrykke kaotiske følelser ud fra en omnipotent position. Drengens følelsesudtryk accepteres og spejles af terapeuten i samspillet. De Backer skriver, at han metaforisk spænder en musikalsk hud ud omkring barnets kaotiske udfald. Imellem drengens aggressive udladninger, spiller terapeuten mere rolige tonale tonemønstre. Dette leder efterhånden til, at drengen tør regrediere yderligere og vise sin hjælpeløshed og sit behov for omsorg. Dette behov spejler terapeuten også tilbage til barnet via omsorgsfuld musik og sang. Gennem projektiv identifikation (Ogden, 1979) bliver samspillet gradvist mere struktureret. De Backer anskueliggør, at hvis han havde valgt en pædagogisk intervention gennem korrektion og rekonstruktion, før drengen gennem musikken havde fået udtrykt et hav af kaotisk materiale, ville disse truende impulser være forblevet udenfor kommunikationsfeltet. Dette ville, i drengens fantasi

betyde, at terapeuten ikke var i stand til /turde være oppe imod patienten, og ikke kunne/ville acceptere hans primitive aggression og jalousi, hvilket ville forværre drengens indre ukontrollerede impulser. De Backer anfører, at det intermedieære rum beskrevet af Winnicott (1971) er et rum, hvor disse (primitive) følelser kan komme til udtryk og blive bearbejdet. De Backer er også optaget af, at patientens primitive oplevelser er af præverbal karakter og derfor ikke kan udtrykkes i ord, men at det derfor er oplagt at bruge musikken som kommunikationsmiddel mellem terapeut og klient som basis for verbalisering af det symbolske materiale. De Backers kropsligt forankrede metafor "musikalsk hud som han spænder ud omkring patientens aggressive impulser", vil jeg også anvende som metafor for en af musikkens væsentligste roller i Guided Imagery and Music med psykiatriske patienter. I forsøget på at berolige patienterne, som ofte rummer meget aggressive arkaiske impulser, spilles i bestemte situationer musik som antages at kunne "tåle og klare" patientens aggressive materiale - som herefter kan bringes ind i det verbale rum.

I receptiv musikterapi så vel som i aktiv musikterapi med psykotiske patienter spiller musikken en væsentlig rolle både som distanceskabende faktor og som intermedieært objekt. De Backer (1996 s. 28) beskriver musikkens rolle i sin model af receptiv musikterapi med psykotiske:

After listening to a short piece of music I let the patients reflect verbally on any eventual associations, inner pictures of emotions of which they have come aware of while listening to the music. In this way the patients have the opportunity, on the one hand to distance themselves from an eventual regressive experience or emotional moment; on the other hand they can give a shape to their feelings or a diffused or vague feeling or picture, and express their feelings or emotions in words." ... Here from their receptive isolation they can evolve into the "hic et nunc" and distance themselves from their regressive attitude and experience.

De Backer berører her et centralt punkt i receptiv musikterapi med psykotiske. Hvis den psykotiske skal kunne komme sig, kræver det en fornyet kontakt med patientens følelser og hermed kropslighed. Patienten får lov til under musikken at trække sig tilbage til sit indre univers, som han lever i til daglig (og som ofte er præget af fastlåste eller fragmenterede fantasier) - med den hensigt at opfange disse måske fragmenterede selvbilleder. I og med patienten taler om oplevelserne, bliver oplevelserne indfanget i et fælles verbalt univers, hvilket ofte har en beroligende virkning og kognitiv igangsættende effekt på patienten. Via relationen til musikterapeuten kan disse selvbilleder og tilknyttede følelser blive mærket af både klient og terapeut og dermed integreret på en ny måde. I gruppeterapeutisk regi deler patienterne deres oplevelser

under musikken med hinanden, hvilket ofte medføre forøget interaktion og indsigt. F. eks. indsigt i, at gruppens deltagere både kan have meget forskellige oplevelser af samme stykke musik, såvel som oplevelser, der indeholder fællestræk. De Backer omtaler også et andet væsentligt aspekt nemlig faremomentet i receptiv musikterapi. Han anfører, at hvis patienten får lov til at begrave sig i musikken så at sige – sker det, at patienten opgiver sig selv i en psykotisk sammensmeltning med musikken uden kommunikation med omverdenen. Eksempelvis kan lytning til meget monotont musik fastholde patienten i et psykotisk rituelt mønster, og patienten er dermed uden kontakt til omverdenen. De Backer skriver at:

It's interesting to dwell on the difference between regression which, when listening to music, creates a feeling of well-being, and pathological regression which creates anxiety.

I psykodynamisk teori vil stadiet af velvære beskrives som regression til en symbiotisk tilstand, hvor det totale gode, symbolsk set, er moderen der mader spædbarnet i en lykketilstand, og den ultimative angst - det totale onde - i Kleinianske termer: det straffende fraværende bryst, som truer med at udslette barnet. Musikkens terapeutiske rolle er så at dekompensere for angsten for udslettelse - men det er væsentligt at være opmærksom på, at musik også kan opleves som katalysator for negative forfølgelsesforestillinger - for det straffende bryst. Siden den musikalske intervention kan være så magtfuld, er det væsentligt at håndtere musikvalget med omhu. Det er af stor betydning, at terapeuten er klar over, at patienten kan regrediere til begge yderligheder. De Backer nævner, at en mulig forklaring på denne regression ligger i videnskaben om ændring af bevidsthedstilstande. Han skriver, at ud fra hans erfaring med psykotiske sker der ofte en forandring i patienternes bevidsthedstilstand og nævner følgende områder:

- Change in time experience
- Change of emotionality
- Change in thinking
- Change of body schedule
- Change of awareness
- Feeling of inexpressibility
- Feeling of renewal and rebirth
- Loss of control
- Hyper suggestibility (som hos Tart, 1972)

Bevidsthed om bevidsthedens betydning er et spørgsmål om grænser, hvor det centrale spørgsmål er, i hvor stor udstrækning et valgt musikstykke vil influere på patientens bevidsthedsstade. Det paradoksale ved musikterapi med psykotiske er, at de både kan være tiltrukket af den symbiotiske tilstand, men også frygte den af angst for at blive opslugt - men for at kunne separere sig, skal de gradvist lære at tåle nærhed og kontakt. Om målet for musikterapi med psykotiske beskriver De Backer at: *For the psychotic patients with autistic behaviour, the essence of music therapy is to offer them appeasing, non-overwhelming symbolic experiences which, with the help of a musical sounding object, make separation possible* - hvilket beskriver den ønskværdige udviklingscyklus.

Som eksempel på evnen til at bære og rumme kontakt som en central faktor i behandling af psykotiske kan nævnes Gillian (1983), som i artiklen: *The Use of Improvisation for Developing Relatedness in the Adult Client*, belyser en udvikling i en skizofren patients evne til "relatedness" både konkret i det lydlige udtryk og symbolsk i de følelser og minder, det lydlige udtryk bringer med sig.

Forskningsprojekter med skizofrene patienter i musikterapi.

Indenfor området musikterapi med skizofrene ses en stadig forskningsmæssig intensivering. Tang (1994) rapporterer om: *Rehabilitation Effect of Music Therapy for Residual Schizophrenia*, hvor en større gruppe på 76 patienter deltog i en kontrolleret undersøgelse ud fra "Scale for Assessment of Negative Symptoms" og WHO's

“Disability Assessment Scale”. Undersøgelsen viste, at musikterapien signifikant formindskede patienternes negative symptomer. Pavlicevic og Trevarthen (1989) har udfra musikterapi improvisationer i et kontrolleret studie undersøgt 15 skizofrene patienter, og fundet en signifikant bedring af patienternes evne til emotionel kontakt udfra en analyse model, der var specielt udviklet til netop dette studie. Undersøgelsen tog hensyn til patienternes musikalske baggrund og perceptuelle funktionsniveau. Forfatterne har yderligere i 1994 undersøgt kliniske musikterapi improvisationer med skizofrene patienter, hvor det blev belyst, at patienterne udfra et antal sessioner: *Improved in their clinical status and their level of musical interaction with the therapist*. I en anden rating undersøgelse: *Musiktherapie im Urteil Schizophrener Patienten*, beskrev Reger i 1994 at:

The positive therapeutic effects quoted (in the study) are relaxation, activation, reduced anxiety, easier contact-making, and improved opportunities for emotional expression.

Undersøgelsen byggede på et patient-spørgeskema omhandlende de ovennævnte parametre (Reger 1994). En større undersøgelse af Thaut (1989) med 130 psykiatriske patienter, hvoraf en del var diagnosticeret som skizofreni viste, at patienter bedømt udfra “Self-rating of relaxation, mood/emotion and thought/insight” før og efter musikterapi, scorede signifikant højere efter musikterapien. Dette gjaldt både patienter, der deltog i såvel aktive som receptive musikterapigrupper. Undersøgelsen foregik i fængselsregi over en periode på 3 måneder.

The study was conducted over a 3 month period with eight different groups of patients, with each group participating in three different treatment modalities: Music group therapy, instrumental group improvisation and relaxation. Results showed a significant change ($p < .05$) between scales. All eight groups showed similar responses, and the different treatment modalities did not significantly influence the results. (Thaut, 1989)

På Tulane Medical Center i USA deltog 42 patienter i 1992 i en statistisk posttest undersøgelse af musikterapi i forhold til andre terapiformer, heriblandt kunstterapi, ergoterapi, traditionel psykoterapi samt medicin og sygepleje. Udfra 4 parametre i forhold til effekt: good/bad, painful/pleasurable, unimportant/important, succesful/unsuccesful blev musikterapi bedømt som den foretrukne terapiform indenfor parameteret “painful/pleasurable”, og aktivitetsterapierne under et blev bedømt til at have en væsentlig betydning i behandlingen i det hele taget, også i forhold til medicin og sygepleje. (Heaney, 1992).

I Italien har Gabriella Perilli (Perilli 1995) i artiklen: *Music Therapy in a Psychiatric Rehabilitation program: From Deficit to Psychosocial Integration* beskrevet patienter, som deltog i 3 eksperimentelle studier. Patienterne deltog i et omfattende rehabiliteringsprogram ud fra hensigten om at begrænse konsekvenserne af psykosen og afværge en kronisk tilstand. Perilli beskriver den anvendte model som:

to dispose a bio-psycho-social model to read and understand human reality and meaning, psycho pathological events, emotional distress - so to plan a rehabilitative program tailored for each, unique patient .

Artiklen omhandler tre eksperimentelle undersøgelser, og som eksempel vil jeg nævne den første undersøgelse, hvori deltog 12 patienter - 5 kvinder og 7 mænd med en middelalder på 43.5.

Seks patienter havde en skizofrenidiagnose, fire patienter havde hovedsageligt depressive symptomer og to patienter havde bipolare forstyrrelser i en depressiv fase. Musikterapisessionerne havde til hensigt: ... *gradually to improve patients' cognitive, emotional, personal and interpersonal adaptive behaviour*. Den musikterapeutiske metode inddrog både aktive og receptive musikterapeutiske metoder. Patienterne blev f.eks. som kognitiv opgave spurgt, om de kunne genkende ligheder og forskelle i akustisk-musikalsk materiale, samt at producere og reproducere rytmiske figurer m.m., og emotionelt om at kunne verbalisere emotionelle oplevelser af et musikstykke på en social adaptiv måde. Musikterapien foregik i 3 måneder med en-times sessioner, - to gange ugentligt. Undersøgelsen viste bl.a. en signifikant bedring af patienternes formåen ud fra testen "Brief Psychiatric Rating Scale" (Overall & Gorman, 1962). En vurderingstest af patienternes psykopatologiske kondition og testen "Nurses Observation Scale for Inpatient Evaluation" (NOSIE-30), (Honigfeld, 1976) - en test til vurdering af patienternes sociale evne og engagement samt grad af psykotisk adfærd (Perilli, 1995).

Musikterapi med skizofrene patienter i Danmark

I Danmark har flere musikterapeuter arbejdet med og forsket i musikterapi med skizofrene patienter.

Indenfor forskningsområdet har Grete Lund gennemført flere undersøgelser. I 1988 skrev Lund afhandling om Musikterapi med skizofrene med udgangspunkt i musikterapi improvisation. Undersøgelsen var baseret på en analyse af 8 skizofrene og 8 ikke skizofrene patienters samspil med forfatteren. Forsøget foregik på Viborg Sygehus Øst

(den psykiatriske afdeling). Grete Lund forsøgte at påvise, at man i den nonverbale musikalske kommunikation kan omgå de verbale kommunikationsproblemer, der kan optræde i kontakten med skizofrene patienter. Grete Lund antog, at man, ved at omgå det sproglige udtryk, havde mulighed for at etablere en psykoterapeutisk kommunikation på områder, hvor det traditionelle diskursive sprog dækker over eller blokerer for intrapsykisk materiale. Lund fandt, at den antagelse, at et specifikt skizofrent sprog ville manifestere sig i de musikalske improvisationer – altså at de skizofrene ville benytte sig af andre musikalske elementer end ikke-skizofrene - ikke synes at være tilfældet. Afhandlingen blev fulgt op i 1996 med projektet: *Musikterapi med Psykiatriske Patienter - en beskrivende evalueringsrapport omhandlende 28 sindslidende patienter i musikterapi.* (Lund,1988; 1996). Desuden kan nævnes Niels Hannibal, som er ved at afslutte sin ph.d. på Ålborg Universitet ud fra et tema om overføringsaspekter i musikterapi med psykiatriske patienter. (Hannibal 2000), og Ingrid Irgens Møller (Irgens-Møller, 1998), der har forsket indenfor det børnepsykiatriske område under titlen: *Evalueringsrapport: Om et projekt med musikterapi på børne- og ungdomspsykiatrisk hospital i Risskov. Århus, Psykiatrisk Hospital.* Undersøgelsen er en rapport over et 2årigt forskningsprojekt med 24 børn med forskellige psykiske problemer. I første del gennemgås projektets baggrund, formål og rammer samt metodiske overvejelser og forforståelse. I anden del præsenteres tre delundersøgelser: 1) en oversigt over de 24 udførte musikterapiforløb, herunder en vurdering af forløbets bidrag i behandling og observation, 2) beskrivelser af og refleksioner over 8 udvalgte individuelle musikterapiforløb samt analyse på tværs af de 8 forløb, og 3) en interviewundersøgelse af personalets holdninger til og opfattelser af musikterapien på afdelingen. Indenfor det kliniske område har Hanne Mette Kortegård beskrevet musikterapi med skizofrene ud fra Bions teorier om psykotisk tænkning ud fra hans forklaringsmodel om projektiv identifikation (Kortegaard, 1993). Bent Jensen (Jensen, 1998) har skrevet specialet: *Om at finde vej til et hul i muren. Terapeutisk progression i musikterapi med skizofrene, belyst ud fra patient-terapeut-relationen, analyse af den musikalske interaktion og fortolkning af modoverføring.* Et speciale-projekt med udgangspunkt i en case med et længerevarende musikterapeutisk forløb med en skizofren ung mand på Psyk. Hospital i Risskov. Ud fra forløbet opstiller Jensen en 4-faset psykodynamisk model over den terapeutiske progression i musikterapi med regressive patienter.

Musikterapiens rolle i psykiatrien i Danmark

Indenfor de sidste år har der været en væsentlig debat om musikterapeutens rolle i det psykiatriske system i Danmark. Om denne problemstilling har Nisima Marie Munk-Madsen i artiklen: *Musikterapeut i en Miljøterapeutisk Institutionskultur* (Madsen 1998) beskrevet det dilemma, at mange musikterapeuter ønsker at arbejde psykoterapeutisk og også uddannede med henblik på at varetage en psykoterapeutisk funktion, men at de fleste institutioner, ifølge forfatteren, ønsker en musikterapeut som bidrager til en given institutionskultur med musikalske aktiviteter. Der foregår en fortløbende diskussion om denne problematik, som jeg mener afspejler grundlæggende forhold for musikterapeutens rolle i behandlingssystemet. På flere psykiatriske sygehuse er der dog nu tilknyttet musikterapeuter som primært arbejder psykoterapeutisk. På Aalborg Psykiatriske Sygehus er der i samarbejde med Aalborg Universitets Humanistiske Fakultet oprettet en Musikterapi-klinik på eksperimentel basis i foråret 1994. Klinikken ledes af Musikterapeut Inge Nyegaard Pedersen og har fra januar 1998 opnået permanent status. I to rapporter og to Årsskrifter (1998, 2000) har Inge Nyegaard sammen med musikterapeuterne Niels Hannibal, Julie Exner, Britta Frederiksen og Charlotte Lindvang (og undertegnede i årsskrift 2000) samt øvrige medlemmer af MIHP gruppen - Musikterapeuter i Hospitalspsykiatrien - beskrevet kliniske og forskningsmæssige tiltag udfra cases samt teoretiske referencer i arbejdet med psykiatriske patienter. I Årstedsskriftet 1998 angiver Inge Nyegaard, at forfatterne i skriftet efter fortløbende refleksion tilslutter sig en cyklisk dynamisk forståelse af patienterne. Hermed menes en interaktiv behandlingsform, hvor terapeuten er mindre neutral end i klassisk psykoanalyse. Forfatterne beskriver og indkredser musikterapeutisk intervention i en cyklisk forståelse med adresse til objektrelationsteoriene, eksistentialetisk teori og dynamisk psykoterapi. (Pedersen et al. 1996, 1998)

På musikterapi-klinikken på Aalborg Psykiatriske sygehus er det primært patienter indenfor skizofrenispektret som henvises til behandling. De omtalte rapporter omhandler derfor hovedsagelig strategier og behandlingsmetoder overfor denne gruppe patienter. I klinisk sammenhæng har Inge Nygaard Pedersen (1997) i Nordisk Tidsskrift for musikterapi i artiklen: *The Musictherapist's Listening as a Source of Information* angivet, at terapeutens evne til at lytte til den skizofrene patient er af central betydning som kurativ faktor i kliniske forløb med skizofrene patienter. INP fokuserer på bevidsthed om aktiv lytning, og beskriver forskellige måder hvorpå terapeuten kan have

sit "opmærksomhedsfokus" i forhold til klienten. Udover musikterapeuterne på Aalborg Psyk. Hospital og på Sct. Hans Hospital er Bent Jensen ansat på Risskov og arbejder primært med skizofrene patienter. Torben Egelund Sørensen er på Horsens Sygehus og arbejder med et bredt udsnit af psykiatriske patienter. Inger Bak er ansat på Amtshospitalet i Nykøbing Sjælland, hvor hun primært arbejder med skizofrene og borderline patienter.

Som det fremgår, arbejder de fleste musikterapeuter i hospitalsregi med behandling af patienter i skizofreni området, og behandling af skizofrene med musikterapi er derfor ofte i fokus når arbejdsgruppen MIHP mødes med jævne mellemrum for at udveksle erfaringer, fremlægge cases og forskningsprojekter. En af fremtidsplanerne er et fælles forskningsprojekt m.h.p. proces-effektmåling af musikterapi i psykiatrisk regi, hvor en oplagt målgruppe ville være skizofrene patienter.

Guided Imagery and Music

Baggrund

Metoden Guided Imagery and Music er dannet af den amerikanske musikterapeut Helen Bonny (HB).

Under verdenskongressen i Washington 1999 under præsentationen af "5 International Models of Music Therapy", fortalte HB om baggrunden for GIM.

HB, som er opvokset i en præstefamilie (faderen var præst, og HB blev også selv gift med en præst), havde i sin ungdom en usædvanlig musikalsk oplevelse. Under et møde i en vennekreds spillede hun "Svanen" af Saint-Sains, og oplevede, at ved anden genspilning af temaet, var det som om nogen spillede gennem hende på instrumentet, og at violinens lyd var vidunderlig smuk.

HB fortalte, at denne oplevelse var enestående for hende, og var medvirkende til udformningen af GIM over 20 år efter. Senere traf HB Abraham Maslow, som arbejdede intenst på at skrive om "peak experience" oplevelser, og denne relation, i sammenhæng med hendes karriere som musiker, bragte hende ind i musikterapi miljøet og videre ind i psykiatrien. På et relativt sent tidspunkt startede hun sin professionelle træning i musikterapi hos E. Thayer Gaston på University of Kansas. Bonny afsluttede sin uddannelse på Veteran's Hospital, hvor hun arbejdede med Dr. Ken Godfrey. Dr. Godfrey anvendte LSD i sin behandling, og HB blev på den måde introduceret til LSD behandlingen, hvilket medførte, at hun senere selv kom til at forske i LSD oplevelser

ledsaget af musik. Bonny brugte karakteristiske faser under LSD oplevelsen - (pre-onset, beginning, or onset of the effect of the LSD, a building to peak, the "peak" experience, stabilisation after the peak, and the return to normal consciousness, (Bonny 1978a) - som udgangspunkt for valg af musikledsagelse til LSD oplevelsen, der som regel varede ca. 5 timer. HB bibeholdt senere denne faseinddeling, da hun udviklede GIM musikprogrammerne af 30 – 40 minutters varighed ⁴

I 1968 blev hun ansat på Maryland Psychiatric Research Centre i Baltimore med den opgave at udvikle musikprogrammer til ledsagelse af LSD sessioner, og på Union Graduate School og Union of Experimental Colleges and Universities i Ohio, skrev Bonny sin ph.d. med udgangspunkt i GIM psykoterapi. En del af afhandlingen er udgivet som monografier, der stadig anvendes som obligatorisk undervisningsmateriale i GIM uddannelsen. (Bonny 1978a; 1978b, 1980).

HB sammensatte sin GIM metode med inspiration fra tyskeren Leuners metode Guided Affective Imagery (Leuner, 1984) som var psykoanalytisk baseret, på afspændingsteknikker såsom Autogen Træning (Schultz 1959), og Progressiv afspænding (Jacobsen, 1938) og ikke mindst ud fra den humanistiske psykologi (Maslow 1968). Det vil i denne sammenhæng blive for omfattende at beskrive de mange retninger, der i dag findes inden for humanistisk psykologi, men et overordnet fælles mål for tilhængere af denne psykologiske orientering er ønsket om at finde (en) mening med tilværelsen. Med udgangspunkt heri interviewede Maslow i 70'erne et stort antal personer og fandt, at disse menneskers højdepunktsoplevelser ("peak experiences") havde stor indflydelse på deres liv som helhed. Et centralt punkt i terapier udviklet fra den humanistiske psykologi er viljen til at behandle klienten som et medmenneske. Dette patientsyn er også væsentligt for Rogers og beskrevet af ham, i hans klientcentrerede terapiform (Rogers 1951). Denne måde at forholde sig til patienten på, er også et vigtigt udgangspunkt i eksistentielle psykoterapier, f.eks. beskrevet af Gulbrandsen i bogen: *Psykoterapi for Voksne*. (Høstmark Nielsen & von der Lippe, 1996).

Helen Bonny deltog senere aktivt i forsøg med receptiv musikterapi i forbindelse med LSD behandling af alvorligt skadede alkoholpatienter. Patienterne lyttede bl.a. til deres

⁴ For yderligere information om programmerne henvises til Erdonmez (1999): *A Phenomenological Study of Pivotal Moments in GIM Therapy*.

favoritmusik under indtagelse af LSD, og under hele LSD sessionen blev der afspillet udvalgt musik med den hensigt at understøtte den terapeutiske proces. Det overordnede formål var at hjælpe patienterne med at genfinde sunde ressourcer i sig selv, og gennem musikken at vise patienterne nye værdier og positive sider af tilværelsen.

Da LSD påvirkningen, som bekendt, viste sig at have ret så mange bivirkninger og blev forbudt som behandlingsform alle steder, blev disse eksperimenter bragt til ophør. Men som udløber af eksperimenterne fandt Helen Bonny og flere andre musikterapeuter ud af, at musikken i sig selv kunne skabe terapeutiske højdepunktsoplevelser såvel med som uden LSD, og at patienterne faktisk meget bedre kunne huske deres oplevelser bagefter - uden LSD indtagelse. (Bonny & Savary 1973, 1990; Bonny & Tansill 1977). Med baggrund i disse erfaringer skabte HB metoden Guided Imagery and Music. Der findes mange receptive musikterapeutiske metoder, men GIM er den bedst beskrevne i litteraturen. Af andre metoder kan nævnes en regulativ metodik, som også dannedes 70'erne af den østtyske musikterapeut Chr. Swabe. Swabe delte musiktilægnelsen op ud fra tre hovedformål:

- 1.) Musik som skabte et gunstig stemning mellem terapeut og klient
- 2.) Musik som kan udløse emotionelle processer og
- 3.) Musik til brug for psykovegetativt betingede forstyrrelser f.eks. i sammenhæng med afspændingsmetoder. (Swabe 1974, 1985)

HB brugte også afspændingsmetoder, men byggede sin metode op på en anden måde. GIM beskrives af flere som en synergetisk proces (Stokes, 1985; Summer 1988; Goldberg 1992), hvor samspillet mellem musikpåvirkning i en ændret bevidsthedstilstand udløser emotioner, kropsoplevelser og billeddannelse hos klienten. Mit udgangspunkt ift. GIM er udpræget en vægtning af den psykoterapeutiske og psykodynamiske dimension. Denne orientering ses også hos den australske musikterapeut Denise Erdonmez Grocke, der definerer GIM således:

Guided Imagery and Music (is) a specialised area of music therapy in which clients listen to classical music in a deeply relaxed state and in which visual imagery, changes in mood and physiological effect in the body are experienced. . . . The method is based on the principles of music psychotherapy, where unresolved psychological issues in the client are brought to the surface by the dynamics shifts in the music selections. The clients' issues are represented in symbolic form in visual images, feelings states and body responses. The therapist engages the client in a dialogue to enhance the experience of the imagery. Each of the music programs (of 40 minutes) incorporates selections from the Western classical tradition. A movement of a larger work may be programmed alongside a work of another composer or another stylistic period. Each music program is designed to have a beginning piece, which stimulates imagery, a middle section to deepen the experience emotionally, and a final selection, which returns the client to a non-altered state of consciousness. The choice of music for each program is made according to the potential for inducing imagery and deepening emotion. . . . (Erdonmez Grocke, 1997).

Erdonmez definition indeholder beskrivelse af væsentlige elementer i GIM, som jeg vil uddybe i følgende afsnit.

GIM sessionens anatomi

En GIM session i en individuel setting er delt i fire afsnit: Et "Prelude" (1) før musiklytningen med fokus på klientens her og nu situation, en "induktion" (2) lige før musikken, hvor afspændingen tjener som sammenkædning til selve musiklytningen (3), og den efterfølgende "postlude" (4) samtale om (og analyse af) oplevelserne under musiklytningen evt. suppleret med tegninger eller anden form for kreativ teknik. GIM anvendes i sit fulde potentiale i individuel terapi, men kan også foregå i gruppe. Nedenstående model af Summer (1988) viser de strukturelle forskelle mellem en individuel setting og en gruppe setting.

Elementer i en GIM Session:

PRELUDE

Preliminary conversation

Dyad

Gathering personal history
Explanation of the process
Goals are set for session

Group

Each group member shares
personal goal of session
Explanation of procedure
Rules for group participation
Identify group goal

INDUCTION

Relaxation and Focus

Dyad

Group

Client reclines on mat
Therapist sits close by
Relaxation and focus leading
into chosen music tape

Group sits on chairs or lies
on floor
Induction includes minimal,
structured relaxation and
focus which may continue
while music is played

MUSIC PROGRAM

Dyad

Group

A GIM tape program, or
portion
Therapist guides/interacts
during playing of music
Music program is 20 to 40
minutes in length
Music is classical in category
Therapist notates session

A single music selection of
short duration
Classical or popular category
Quiet music listening, or
structured voice-over by
therapist
Therapist closely observes
reactions of each group
member

POSTLUDE

Integration/Processing

Dyad

Group

Return to normal
consciousness
Report of imagery, mandala
drawing, verbal sharing
Reflect on personal goals
Reflect on session goals
Review goals

Return to normal consciousness
Reversal of induction
Guiding of the group
through personal sharing,
and reactions

Udover den her beskrevne model, findes der mange formater og avancerede modeller (jvf. Bruscia 1999) i gruppesettingen f.eks. interventionsteknikker, hvor terapeuten (som "dirigent") på skift fører en dialog med hver enkelt gruppemedlem under musiklytningen.

Musikkens og bevidshedsniveauets rolle

Et karakteristisk træk ved traditionel GIM er, at klienten under selve musiklytningen fortæller om sine oplevelser til terapeuten, som også verbalt responderer og på empatisk vis følger klientens oplevelser. Disse oplevelser foregår ofte på et primærprocespræget niveau, men metoden indebærer altså den forpligtelse for klienten, at han/hun skal berette om sine oplevelser undervejs. Bonny citerer i artiklen: *Sound as symbol* (Bonny, 1989) Hanks som fra et psykodynamisk perspektiv beskriver, at hensigten med GIM er:

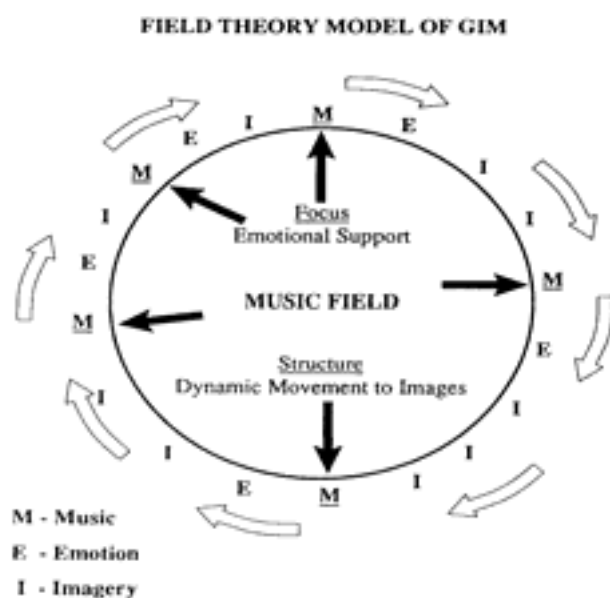
To establish a consistent, continuous dialogue with the unconscious in which the ego holds its own reality while allowing the unconscious to do the same... The music allows release of the ego control and gives permission to move from outer to inner stimuli. Music and therapist are co-therapists supporting and facilitating the experience. (Hanks, 1985).

Musikken er udvalgt primært klassisk musik. Musikken findes på musikbånd/CD (Bonny 1978; Kaiser 1986; Bruscia 1996), hvor der er udformet ca. 20 musikprogrammer med 30 – 40 minutters musik i hvert program. Klienten lytter til musikken i en ændret bevidsthedstilstand (ÆBT), (Tart 1972), hvilket kan sammenlignes med bevidsthedstilstanden lige før man falder i søvn, eller under frie associationer i forbindelse med psykoanalyse. Dog er det i GIM terapien, ifølge bestemte teoretiske orienteringer muligt, at nå en række bevidsthedsniveauer i underbevidstheden - herunder hvad Jung betegner som oplevelser af arketypisk karakter (Jung, 1959) og transpersonelle oplevelser (Wilber, 1986). I GIM terapier ses ofte, at klienten og til en vis grad også terapeuten - der empatisk følger klienten - fluktuerer mellem forskellige bevidsthedsniveauer i en session.⁵ I GIM spiller musikken en central rolle, i modsætning til andre imaginations og visualiseringsteknikker, som også anvender musik, men hvor musikken kun spiller en sekundær rolle f.eks. som lydtæppe. Det væsentlige ved forståelsen af GIM er, at musikken opleves på en anden måde, end man sædvanligvis lytter til musik. At man er med i musikken, eller ligefrem føler man er musikken på et visuelt og/eller kropsligt niveau. Som eksempel på musiklytningsniveauet eller på musiklytningsfænomener som optræder i GIM kan nævnes klienter, som oplever, at et givent musikstykke, de kender indgående, får en helt ny værdi for dem. Det hænder også, at det kendte stykke i visse tilfælde slet ikke opleves som det velkendte, og klienterne bliver derfor meget forundrede, når de efterfølgende får oplyst, hvilket stykke, de har hørt under GIM sessionen. I sådanne tilfælde opleves musikken som en lydkilde direkte i forbindelse med klientens indre primærprocesprægede oplevelser. Endvidere hænder det også, at klienter fortæller, at de i perioder slet ikke har hørt musikken. Dette kan forklares ud fra nedenstående model, som omhandler en teori om musikkens påvirkning af billeddannelsen i en

⁵ Ken Bruscia angiver i artiklen: *Modes of consciousness in Guided Imagery and Music (GIM): A Therapist's experience of the Guiding Process* forskellige "bevidsthedspositioner" terapeuten kan indtage under en GIM session.

cyklisk proces, hvor musikken genererer en række (ekstra musikalske) billeder, som klienten fokuserer på. (Goldberg, 1994)

Model: Felt- teori model af GIM



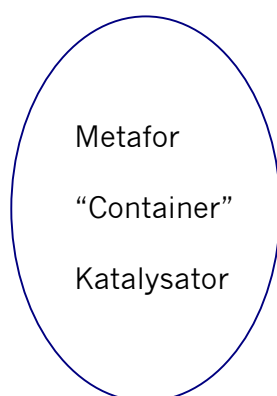
Modellen illustrerer den teori, at musikken genererer bevidste eller ubevidste følelser gennem direkte fysiologisk stimulation af det autonome nervesystem, og at følelsen videre stimulerer billeddannelsen. Der foregår altså en transformation af den fysiologiske påvirkning og gennem en evaluering af følelser – en bevidstgørelse - opstår en række billeder (og følelser – det kan være svært at sige, hvad der kommer først), som oprindeligt er udløst af musikken, men som ofte "bevæger sig væk fra musikken" og mere ind i klientens indre univers/historie. Når energien, den libidinøse investering i billederne aftager, høres musikken igen i det bevidste område, og kan blive til inspirationskilde for en ny række oplevelser.⁶

⁶ Se også næste afsnit om forestillingernes betydning.

Musikken har ofte flere funktioner i GIM. Den kan virke beskyttende og udfordrende. Den kan være en sikker container, hvor klienten som base kan bevæge sig rundt i sit indre univers. Den kan være katalysator for indre processer, f.eks. ved at bane vej for fortrængte oplevelser. Noget i musikken minder én om tidligere oplevelser, som herefter også ofte med musikkens hjælp kan bearbejdes. Den kan virke udfordrende, så f.eks. en indre stress-situation eller ængstelse kan transformeres til en indre forandring, hvor den bundne energi omsættes til "a call for action", eller den kan have en helende funktion, ved at hjælpe jeget til at finde rum til at forstå/bære eller løse indre konfliktsituationer. Eller, at man via musikkens formsprog i visse tilfælde danner kreative, ofte uventede, løsningsmodeller, fordi musikken bevirker, at man ser problemstillinger fra nye synsvinkler. Dette kan lade sig gøre når klienten "kobler" sin egen indre historie på musikkens narrative form og strukturelle udvikling. Med andre ord bruges musikken, som en slags plastisk "støbeske", som klienten "fylder ud" med sin historie. Desuden bør tilføjes, at musikken er tilstede hele tiden, uanset hvordan den opleves, og danner således en tidsmæssig og lydmæssig ramme om forløbet.

Nedenstående er model på musikkens rolle i GIM:

Terapeut/guide



Klient/patient

Both guide and traveller become involved in the music therefore, a connection established that allows intuitive interventions from the guide. Guiding is verbally supportive and non-directive. (Bonny, 1994)

Som Bonny angiver, er terapeuten også påvirket af musikken, og dette kan være en hjælp for terapeuten til at følge klienten i de primærprocesorienterede områder. Dette

kommunikationsforhold imellem terapeut og klient kommunikation kan sammenlignes med Daniel Sterns begreb "affect attunement" som f.eks. Johns skriver om i musikterapeutisk sammenhæng i terapi med børn. (Johns 1993).⁷

Klientens måde at opleve musikken på bevirker som nævnt ofte, at musikstykket får en helt ny betydning for klienten. Musikstykkerne bliver til symbolske repræsentationer ofte forbundet med indre, ofte betydningsfulde hændelser i klientens liv og åbner samtidig for kreative livsmuligheder for klienten i fremtiden.

I måden "at være med musikken" ligger muligheden for et transformativt forum, som kan medføre psykologisk og social udvikling på mange udviklingstrin, herunder, ifølge Assagioli, også empiriske former, hvor den menneskelige evne til kreativ tænkning er på sin ypperste niveau. (Assagioli, 1965).

Musikudvælgelse

Musikken som anvendes i GIM er primært valgt og sammensat af Helen Bonny, som beskriver musikkens rolle i sin anden monografi om GIM metoden (1978b).

Bonny skriver bl.a., at hun intuitivt valgte musikstykkerne ud efter en overordnet struktur om et forløb der:

- a.) - bedst muligt kunne understøtte højdepunktsoplevelser hos klienten og
- b.) - tilgodeså vores indre behov for vekselvirkning mellem aktivitet og hvile/bearbejdning.

Stemningen i musikken havde stor betydning for udvælgelsen og Helen Bonny brugte Kate Hevners "mood wheel" kategoriseringsmodel til dette formål. (Se bilag nr. 1).

Bonny udførte en række forsøg, hvor forsøgspersonerne skulle placere den stemning de "objektivt" oplevede ved musikken ud fra otte kategorier som Hevners "mood wheel" indeholder (Hevner, 1934). Efterfølgende brugte Bonny resultaterne fra disse undersøgelser som inspiration til at vælge musikstykker til programmerne (Bonny 1990). Bonny skriver endvidere, at hendes udvælgelsesproces i øvrigt var intuitiv, og at hun, via feedback fra kolleger, fandt hvilke sammensætninger der fungerede tilfredsstillende terapeutisk.⁸

⁷ Se også afsnit om Stern under afsnittet om udviklingspsykologi

⁸ For oplysning om musikindhold på GIM programmerne se: Bruscia (1996) eller Clark (1998)

Forestillingernes betydning

I GIM spiller de indre forestillingsbilleder naturligvis også en stor rolle, hvad enten de opstår direkte som visuelle gestalter af musikkens lydlige påvirkning eller som visuelle gestalter af emotioner, eller situationer som hidrører klientens personlige historie. Quittner (1988) har fundet, at musik virker befordrende på indre billeddannelse og i en foreslået teori om sammenhængen mellem musik og forestilling skriver Goldberg (1992):

The theory presented... is that music may generate conscious or unconscious emotion through direct physiological stimulation of the autonomic nervous system; emotion, in turn, may evoke the image. Subsequent images may flow from the first as long as emotion connected with that sequence of images remains. Then the affective influence of the music may return and a new series of images ensues [Goldberg, 1983; in press]. The GIM process may be likened to that described by Gestalt field theory which refers to the differentiation of a part of the field of awareness into a place of central importance without losing touch with the rest of the field [Latner, 1974; Perls, Hefferline & Goodman, 1951]. The field [music] is always present, but may recede in conscious importance or seem to disappear momentarily as the gestalt [affect or image] comes into the centre of attention. The gestalt represents whatever is "spontaneously dominant" and is the top of the hierarchy of urgency at that time [Latner, 1974].

Goldberg præsenterer hermed også et indre følelsesmæssigt hierarki, hvilket indebærer, at der foregår en stadig proces af spænding og afspænding af psykofysisk ladet materiale som, når processen fungerer optimalt, indebærer en kontinuerlig fordybelsesproces i klientens indre. Om rækkefølgen af følelser og billeder (hvad kommer først ?) skriver Goldberg videre:

The emotion may be conscious or unconscious and gives rise to the image. If the emotion is unconscious, the image will appear to emerge first; however, the image emerges as a manifestation of emotion and a sign or symbol of the issue it represents for the listener. When the sequence of images leads to strong emotion contrary to that evoked by the music, for example, when anger gives way to sadness, and the music no longer supports the experienced emotion, the process may break down. It is standard GIM practice to be alert to this type of major affective shift and to provide different music when indicated. This formulation of GIM is based on the theory that in the GIM experience image formation is a function of the affective response to music.

Som det fremgår, præsenterer Goldberg også teorien om et i mennesket iboende behov for at være i en homeostatisk psykofysisk balance - som organismen hele tiden stræber imod.

For at forstå denne proces skriver Goldberg, at det er nødvendigt at forholde sig til generelle teorier om følelsernes vej i vores organisme. Ifølge Mandler (1984) og Plutchik (1984) er en følelse ikke en enkelt hændelse, men en sammensat oplevelse, som forudsætter en bevidst evaluering af arousal i det autonome nervesystem. M.a.o.

en følelse bliver først opfattet som en følelsesmæssig oplevelse, når hændelser i det autonome nervesystem opfattes og kognitivt evalueres af bevidstheden eller fører til handling direkte. Om denne subjektive evaluering af følelser skriver Goldberg:

The triggering stimulus must be recognized or evaluated and only then is it followed by a subjective feeling state. Emotion consists of a pattern of physiological arousal and then a reaction designed to influence the triggering stimulus. In order to react, the triggering stimulus must be recognized or evaluated. This action/reaction results in a feedback loop in which the overt behaviour changes the stimulus event and thereby also changes the inferred cognition [evaluation], the feeling state, the arousal, and the impulses to action. The overall effect of this complex feedback system we call an emotion is to reduce the threat, the stress, or the emergency, and to re-create a temporary behavioural homeostatic balance [Plutchik, 1984, p. 107].

Goldberg foreslår altså, at vi til stadighed via evaluering af følelser opnår en fornemmelse af indre kontrol over stimuli og forsøger at "vedligeholde" en temporær homeostatisk balance.

GIM – anvendelsesområder

I dag er der ca. 100 uddannede GIM terapeuter i verden, og terapiformen har bredt sig fra USA til andre lande og verdensdele, således at der nu er GIM terapeuter, eller personer under GIM uddannelse i Australien, New Zealand, Sydamerika, Mexico, Israel, Skandinavien, England, Østrig, Italien, Bulgarien og Tyskland.

Udover som terapiform til misbrugere (Bonny 1988, Borling 1992b; Pickett 1991; Hansen & Moe 1998) anvendes GIM i forbindelse med bearbejdelse af overgreb (Borling 1992a; Goldberg 1995; Skaggs 1984; Tasney 1992; Ventre 1994), ældreomsorg (Summer 1981), behandling i forbindelse med AIDS (Bruscia 1992; 1994), og med patienter i terminalfasen (Erdonmez, 1994). Desuden er der GIM terapeuter, som arbejder med personlig udvikling (Clark 1991, Skaggs 1995, Wårja 1995), indenfor det medicinske område (McKinney & Antoni et al. 1997), og med transpersonel/transformativ terapi (Kasayka 1988; Holligan 1994).

GIM beskrives også anvendt med børn og i forbindelse med graviditet (Embelton 1990; Short 1993). Spektret, hvori GIM anvendes er udvidet, og der kommer stadig eksempler på flere tilgange. F. eks. anvendes GIM nu også i hjerneskadebehandling (Moe & Thostrup, 1996; 1998), og der er beskrevet studier om GIM effekten i forskellige kulturer (Hanks 1992).

Mht. forskning arbejder Marilyn Clark på et forskningsprojekt i forbindelse med rehabilitering af kvinder som har fået kræft, under titlen: *The Bonny Method of GIM &*

Women with non-Metastatic Breast Cancer. Edonmez har lige udgivet sin afhandling om: *Pivotal moments in GIM*" (Edonmez 1999) og Ken Bruscia har skrevet om *Modes of consciousness in GIM*. (Bruscia 1998).

GIM i psykiatrien

Kliniske erfaringer

Der ses kun ganske få eksempler i litteraturen på anvendelse af GIM overfor psykiatriske patienter med psykoseproblematik. Blake og Bishop har beskrevet GIM i behandling af PTSD med voksne i en psykiatrisk setting og angiver at:

GIM has been effective in addressing PTSD symptoms of hyperarousal, intrusion and constriction, and the core experience of disempowerment and disconnection in both individual and group sessions. The GIM process allows access to subconscious feelings, images, and memories and fosters empowerment and reconnection through self-understanding and an alliance with the therapist.(B & B, 1994)

I anden psykiatrisk setting med indlagte patienter har Francis Goldberg skrevet om GIM som individuel og gruppeterapeutisk metode i et akut psykiatrisk hospital med kort tids behandling. Dette er det eksempel beskrevet i litteraturen, der kommer mit projekt nærmest. (Goldberg 1994)

Behandlingen foregik i midten af 80erne på et mindre hospital på et 12 sengs afsnit i et "Psychiatric intensive care unit" (PICU). Patienterne var diagnosticeret indenfor et bredt udsnit af psykiatriske lidelser, primært af psykotisk karakter, og den gennemsnitlige indlæggelsestid var 17 dage indenfor et spektrum af 5 – 30 dage. Behandlingen beskrives som en kort del af et større behandlingsprogram med opfølgning efter udskrivelsen, og Goldberg pointerer at GIM i en modificeret udgave blev tilrettelagt som en form for krisebehandling for disse patienter.

Om brugen af GIM i den særlige setting skriver Goldberg (1994):

Hospitalised acute psychiatric patients, by definition, have impaired ego strength, and are much less able to form defensive manoeuvres than healthier people. The term defensive manoeuvre is used to describe the unconscious process of evaluating and acting upon emotions stimulated by music. This concept is based on the premise, that the emotional response to music follows the same dynamic pattern of any emotional response; meaning that the psyche acts to modify or avoid overwhelming affect to prevent disintegration of the ego.

Goldberg introducerer hermed begrebet "defensive manoeuvre" – forsvarsmanøvrer, som til forskel fra Freuds forsvarsmekanismer er af mere plastisk karakter. Begrebet

optræder i symbolsk form under musiklytningen, og ses som en forudsætning og støtte for patientens evne til at kunne bearbejde konflikter. Det at forsvarsmanøvrerne manifesteres i symbolsk form, og ikke direkte/ konkret, giver patienten en større afstand til vanskelige impulser, hvilket øger muligheden for problemløsning. I denne sammenhæng fungerer terapeuten som en støttende faktor, f.eks. ved særlig opmærksomhed på musikvalg, og ved at foreslå patienten at finde et sikkert symbolsk "helle" ved oplevelse af overvældende angst under terapien. På denne måde kan både musikken og terapeuten hjælpe patienten med at opbygge bedre forsvarsmanøvrer. Goldberg fandt, at den mest effektive musik i denne setting var musik som fremkaldte en emotionel understøttende base og skriver at:

Supportive and structured music, along with the shorter music phase and active (sometimes directive) guiding enabled the patients to use the music as a transitional object, to keep their anxiety at a more manageable level. Under these circumstances, over the course of GIM therapy, patient's ego strength improved, which is the first goal with such fragile people.

Ovenstående indikerer en sammenhæng mellem musikken som overgangsobjekt og patienternes evne til at danne relevante forsvarsmanøvrer. I mange tilfælde bevirker forsvarsmanøvrer en energitilførsel til selvet, eller manøvren fungerer som en beskyttelse af selvet, som muliggør en begyndende differentiering, altså en overgangsobjektkonfiguration. F.eks. kan en relevant forsvarsmanøvre være, at patienten identificerer sig med en hjælpefigur (eller får hjælp en af sådan) i billeddannelsen under musiklytningen – en sådan figuration kan netop både ses som en forsvarsmanøvre og et overgangsobjekt.⁹

I GIM gruppeterapi, som Goldberg også praktiserede med psykiatriske patienter, mødtes gruppen, der bestod af 4-8 patienter en gang ugentligt i fem uger. Gruppen var heterogent sammensat af patienter med både psykotisk og ikke psykotisk problematik. Majoriteten af patienterne havde en psykotisk diagnose, men de mest iøjefaldende symptomer såsom hallucinationer, manisk adfærd og agitation var under kontrol. Goldberg anførte, at selvom overvældende input i en GIM setting kunne sende patienterne tilbage i en psykotisk tilstand, var der mange grunde til at bruge GIM i modificeret udgave med denne patientgruppe. Goldberg nævner bl.a., at processen

⁹ Begreberne forsvarsmanøvrer og overgangsobjekter vil blive omtalt igen senere i afhandlingen i forbindelse med min analyse af patienternes oplevelser under musiklytningen.

med at fremkalde og behandle indre billeder, giver en fornemmelse af kontrol over sindet, hvilket kan lede til en fornemmelse af i større grad at være herre i sit eget hus, samt at det indre materiale kan valideres ved at blive delt i gruppen.

Min erfaring har været, at patienterne får et bredere kendskab til hinanden på flere niveauer via de billeder der bliver bragt på bane. Én patient sagde engang i gruppen, at når en anden i gruppen fortalte om sine billeder, fik han også billeder på, hvordan det så ud. Altså en metode til at øge interaktionen og empatien i gruppen. Desuden nævner Goldberg, at præsentationen i symbolske billeder ofte bevirker, at konfliktmateriale kan adresseres i metaforisk form. Metaforer har i længere tid været en anerkendt metode til at forstå og behandle psykotiske, idet materiale, som ellers ville være for angstprovokerende kan tages op, og Goldberg skriver at:

The image captures the unconscious issues vividly, yet both concrete and symbolic. In groups with widely different levels of ego development, this paradoxical aspect of image makes the metaphor easy to explore on either the concrete or symbolic level.

I afsluttende bemærkninger pointerer Goldberg mulighederne i anvendelsen af modificeret GIM i en standardiseret udgave, og foreslår forøget investering i dette område.

I forhold til Goldbergs tanker om gruppe-GIM, skriver Bonny (1994), at da hun oprindeligt i bogen *Music and your Mind* (Bonny 1978,1994) beskrev brugen af musik og forestillinger i grupper, var det for at give personer en forsmag på GIM i den individuelle setting. Siden er der sket en udvikling indenfor GIM i grupperegi som Bonny omtaler på følgende måde:

A more up-to-date and corrected explanation of music and imagery group work is found in GIM in the Institutional Setting (Summer, 1988) which clarifies and enlarges our understanding of the GIM process in the context of clinical work. She speaks of GIM-related activities as listening exercises for groups "in which it would be premature to begin the actual GIM experience. The relaxation is limited to no more than a handful of deep breaths with eyes closed" (p.280). The focus is simple and structured. The music is classical. The post-music discussion consists of individual sharing, relating the individual's imagery to everyday problems conducted by the therapist with participation from group members, and group discussion..... More recently, differentiation is being made between music and imagery exercises and what is known as Group GIM. The latter, explored in clinical settings by Goldberg and Summer (1993), follows the format of the traditional GIM session with alternate emphases and variation.

Ovenstående indeholder fremgangsmåder som er analoge med den metode jeg anvender overfor egnede skizotypiske og skizofrene patienter og jeg vil definere min model som modificeret gruppe-GIM, idet der er tale om en primær psykoterapeutisk

metode, hvor musikken spiller en central rolle, og mange af de valgte musikstykker forekommer i GIM musikprogrammerne.

Forskning

Ligesom der ikke findes meget litteratur om GIM i psykiatrien, er der heller ikke eksempler på megen forskning, men Dag Körlin og Björn Wrangsjö har beskrevet et projekt med psykiatriske patienter. Artiklen omhandler fjorten relativt velfungerende psykiatriske klienter, 2 mænd og 12 kvinder, som deltog i undersøgelsen.

Den gennemsnitlige alder var 46, yngste 19 år, ældste 63. Seks klienter havde mindre end 10 sessioner, 5 imellem 10-20 sessioner og altså 3 havde mere end 20 sessioner, i en periode på op til to år.

Terapierne blev foretaget af 7 terapeuter (3 mænd og 4 kvinder) i GIM uddannelsen på det afsluttende niveau, alle medlemmer af det svenske GIM Institut, og alle med forudgående psykoterapeutisk træning.

Hensigten med studiet var, at undersøge anvendeligheden af GIM behandling som psykoterapeutisk metode i psykiatrien. Følgende 3 områder blev valgt som fokus for undersøgelsen:

Psykiatriske symptomer, interpersonelle relationer og en dimension for indre vækst.

Følgende hypoteser blev opstillet:

1. GIM behandling vil medføre en formindskelse i symptomer hos neurotiske eller borderline klienter.
2. Psykotiske symptomer vil forblive uændrede eller endog stige ved GIM terapi
3. GIM vil medføre en forbedring i de interpersonelle relationer
4. GIM terapi vil medvirke til indre vækst

Undersøgelsen blev foretaget som en præ/posttest undersøgelse udfra HSCL-90 Hopkins Symptoms Check List –90, (Derogatis & Cleary 1977), "Inventory of Interpersonal problems (IPP) (Horowitz et al, 1988) samt "Sense of Coherence Scale" (SC), (Antonovski 1979). Undersøgelsen viste en signifikant bedring i klienternes oplevelse af, at deres tilværelse var mere meningsfuld og "under deres kontrol" (parametrene "meaningfulness" og "manageability") ud fra SC skalaen, og et markant fald i interpersonelle problemer, samt mindskelse af de fleste symptomer.

Studiets anden hypotese blev ikke konfirmeret. De psykotiske symptomer blev faktisk reduceret signifikant. Forfatterens anfører, at mindst to fortolkninger om dette punkt er

relevante. Enten, at terapeuternes nænsomme og omhyggelige måde at behandle på forhindrede aktivering af psykotisk materiale, eller at ingen af klienterne var domineret af psykotiske eller præpsykotiske symptomer før behandlingen. Derfor blev de ret lette psykotiske symptomer, sandsynligvis balanceret af en forholdsvis stabil overordnet personlighedsorganisation.

Forfatterne sammenligner til slut undersøgelsesresultaterne med lignende undersøgelser, der er foretaget med samme parametre med velfungerende personer indenfor "normal" befolkningen.

Undersøgelsen blev delvist foretaget på afdeling 6 på Järfälle/UpplandsBro psykiatriske sektor i Stockholm, hvor Overlæge Dag Körlin leder et 4 ugers program med ikke-verbale terapiformer, hvor GIM indgår. Om dette program skriver Körlin (1996):

Afdeling 6 är en veckovårdsavdelning där konstnärligt uttryks ("icke-verbala") terapiformer tillämpas i grupp i ett strukturerat 4-veckors program. Verksamheten utvärderas både med vedertagne självskattningsformular och kvalitativa bedömningar. Resultaten är goda för en heterogen grupp patienter som är behandlingsresistenta med verbala psykoterapier och psykofarmaka. Hypoteser rörande kreativa terapiers användbarhet prövas fortlöpande. Speciellt goda resultat har patienter där en historia med psykisk traumatisering finns som ett inslag i en annan psykiatrisk bild, tex ångest- och depressionstillstånd. En hypotes är att konstnärliga terapier har speciellt effekt hos personer med dissociativa personlighetsdrag, som antas förekomma i högre utsträckning efter psykisk traumatisering. De med måttligt missbruk och specifik åtstörning förbättras också jämförelsevis mycket. Det finns även intressanta tendenser till samband mellan behandlingseffekt och olika åldersgrupper. Bl.a synes personer under 25 år, at ha relativt god nytta av programmet, som alltså kan have en preventiv potential. Kreativa behandlingsformer tillför psykiatrin en humanistisk dimension men också kompletterande verktyg för diagnostik, förståelse och behandling. Bland annat utnyttjas symboliseringsfunktionen på ett helt annat sätt än i andra psykoterapier.

Som det fremgår, fokuserer Körlin på symboliseringsfunktionen, som også spiller en væsentlig rolle i mit projekt. Körlin nævner desuden aldersmomentet, som har interesse også i behandling af skizofrene ud fra den nu anerkendte antagelse om at tidlig intervention er meget væsentlig. Man kunne forestille sig, at musikterapi i fremtiden i højere udstrækning med held kunne anvendes i behandlingen af unge skizofrene, som ofte er meget motiverede for en terapiform, basert på musik. I mit projekt var flere af patienterne netop mellem 20 – 30 år.

Et andet svensk forskningsprojekt, som også indeholder GIM er: *The house of seven Muses – A research project* (Wärja 1996). Artiklen er udarbejdet af Margareta Wärja, som er svensk GIM terapeut og træner. Projektet omhandler i effekten af kunstterapi overfor voksne psykiatriske patienter ud fra projektive tests og interviews. Projektet omfatter 7 kunstterapeuters kliniske arbejde over en længere periode på flere år. Projektet

indeholder bl.a. en case, hvor GIM anvendes i kombination med improvisation i et terapiforløb på 2 _ år. Wärja angiver udfra hele projekt materialet at:

Significant results appeared on several issues, including quality of life level, number of hospitalisations, functional level and level of medication. (Wärja, M. (1996)

- altså et resultat som synes tilfredsstillende udfra de undersøgelsesmetoder Wärja angiver i citatet.

GIMs placering indenfor anvendte musikterapi metoder i psykiatrien

Ved den 8. Verdenskongres for musikterapi blev der efter rundbordssamtale med repræsentanter fra nord- og mellemeuropæiske lande defineret og godkendt fire forskellige musikterapeutiske behandlingsmodi indenfor psykiatrien:

1. Supportive Music Psychotherapy and Recreational music therapy (Støttende og rekreativ musikterapi)
2. Music activity Therapy (Musikterapi til optræning og socialisering)
3. Re-educative therapy (Kognitiv Musikterapi)
4. Reconstructive Music Psychotherapy (empatisk musikterapi)

Disse behandlingsmodi blev desuden defineret udfra følgende parametre:

Aim (målsætning)

Therapist/patient relationship (terapeutisk alliance)

Playforms (Spilleform eller spilleregler)

Area of work (Målgruppe/arbejdsområde)

(Oversættelserne er foretaget af Inge Nyegaard Pedersen (Pedersen, 1998, s.66)

I forhold til disse opdelinger er GIM placeret i gruppe 4, hvor målgruppen er stemningsforstyrrelser, angst, psykosomatiske forstyrrelser, misbrugspatienter, patienter med relationelle problemer og mindre alvorlige personlighedsforstyrrelser. Det skal dog anføres, at den patientgruppe, jeg beskæftiger mig med, falder udenfor den egentlige målgruppe, ved at være diagnostisk "dårligere". Alligevel her jeg overfor denne patientkategori anvendt empatisk musikterapi (gruppe 4) i modificeret form.

Parametrene i gruppe 4 er ifølge ovenstående rapport defineret som følger:

- Opdage, udforske og finde veje ud af ubevidste konflikter
- Gøre ubevidst materiale bevidst, finde årsagssammenhænge i livshistorien

- Tyde overføringer og projektioner
- Anvende symboler til forståelse af problemstillinger
- Terapeut/patient - forholdet er hovedinstrumentet i forandrings processen. Terapeuten anvender musikalsk empatisk modoverføring.
- Primærterapi. Musikterapi behandlingen er den centrale del af behandlingsplanen. Andre behandlingsformer supplerer/ understøtter musikterapien.
- Behandlingen fokuserer på primære symptomer i forstyrrelsen.
- Musikterapeuten har behandlingsansvar sammen med den henvisende psykiater. Spilleform og -regler er afpasset til patienten. Musik anvendes til at vække associationer og følelser som er en bro til det ubevidste.
- Musikken fortolkes som et symbolsk udtryksredskab - terapeut/patientforholdet udtrykkes i lyden. Den empatiske musikterapi anvender "Guided Imagery of Music" eller "Analytisk Orienteret Musikterapi", der anvender frie improvisations teknikker (f. eks, M. Priestley's splitting teknikker), musikalsk empatisk modoverføring, og improvisationer baseret på symbolske billeder.

Desuden blev der i rapporten opstillet 5 punkter som skulle besvares i forbindelse med henvisning af jeg-svage patienter i musikterapi:

1. Forstyrrelser og/eller symptomer som behandlingen retter sig imod
2. Den generelle og specifikke behandlingsmodel som skal anvendes
3. Effekt af musikterapi fra litteraturen som resultat af anden forskning eller klinisk praksis
4. Teori/hypotese som delvist kan forklare effekten (de kurative faktorer)
5. De nødvendige ressourcer patienten må være i besiddelse af, for at kunne blive accepteret til denne behandlingsform.

Ud fra mit projekt er besvarelsen af disse punkter:

1. Forstyrrelser i det skizofrene/skizotypiske diagnosespektrum ud fra ICD -10
Mål: primært at finde årsager til og motivere patienten til at fungere mindre autistisk.
2. Gruppe-GIM i modificeret form
3. Klinisk beskrivelse (Goldberg 1993), forsknings beskrivelse (Körlin/Wransjö,1996), egne erfaringer, (Moe, Roesen og Raben, 2000 in press)

4. Musikkens strukturerende og samlende funktion. Anvendelse af symboler.
5. Patienten skal være motiveret, kunne verbalisere en målsætning for terapien, og være på afstand af en florid psykose. Være i stabil medicinsk og social behandling. Må ikke have et væsentligt misbrug og ikke have udtalte acting-out tendenser.

(Ovennævnte punkter vil også blive omtalt under afsnit om forskningsdesign.)

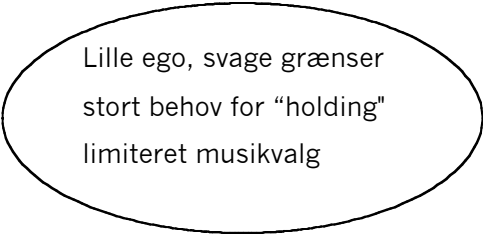
Musikalske containere - en model

Nedenstående model viser forskelle i at arbejde med GIM indenfor forskellige patientkategorier. I modellen skal "musikcontainer"- størrelsen forstås som den samlede udfordring, et givent musikstykke tænkes at indeholde via musikalske virkemidler/parametre, såsom melodi, rytme, klangfarve, motivudvikling, styrke m.m. Eksempelvis kan for vide grænser i musikcontainer størrelsen tænkes at gøre den jigsaw patient utryk.

Mit arbejdsfokus i projektet har taget udgangspunkt i punkt 1. (lille ego) i retning mod punkt 2. (separationsego).

Musikcontainerstørrelse

1.



Lille ego, svage grænser
stort behov for "holding"
limiteret musikvalg

Arbejdsfokus: korte strukturerede, forudsigelige musikstykker

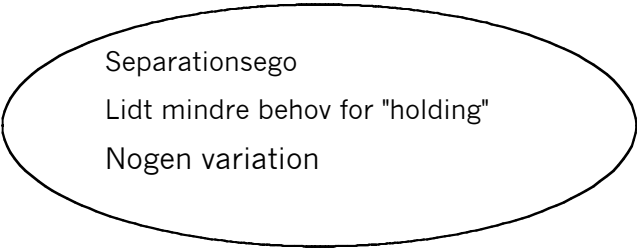
Samme korte afslapningsøvelse hver gang.

Terapeuten taler før og/eller under musikken,

Tilbagevendende lytning af samme stykke musik.

Hovedformål: at bringe sammen.

2.



Separationsego
Lidt mindre behov for "holding"
Nogen variation

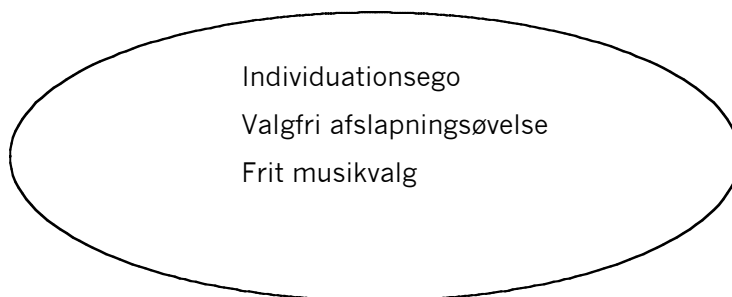
Arbejdsfokus: Samme afslapningsøvelse hver gang

Fokus på en idé i guidningen

Overskuelige musikstykker

Hovedformål: at kontrollere/ få styr på det indre,
bringe orden i kaos

3.



Arbejdsfokus: Varierede afslapningsøvelser

Kun guidning før musikken

Hovedformål: at afdække og/eller udvide klientens indre rum

Modellen på næste side er en anden fremstilling af GIM og GIM modifikationer i det terapeutiske univers.

Model: GIM og GIM modifikationer i det terapeutiske univers

| | | Præ - GIM | GIM MODIFIKATONER→ | GIM→ |
|---------------------------------|-------------------|----------------------------------|---------------------------|--|
| <u>Formål:</u> | afspænding | jegstøttende aktivitet | genopbyggende psykoterapi | eksplorativ psykoterapi |
| <u>Terapiområde:</u> | social træning | psykodynamisk/ kognitiv terapi | → psykodynamisk omr. → | psykodynamisk evt. transpersonelt omr. |
| <u>Setting:</u> | åben | åben/slowopen/lukket | slowopen/lukket | slowopen/lukket |
| <u>Guidning:</u> | direktiv | direktiv | direktiv/nondirektiv | nondirektiv |
| <u>Musikvalg:</u> | forvalgt | forvalgt/selvalgt | udfra kontekst | udfra kontekst |
| <u>Typisk</u> | | | | |
| <u>Musiktype:</u> | New Age/pop/klas. | pop/jazz/new age/ klassisk/world | klassisk/jazz/world | klassisk |
| <u>Bevidsthedsstade:</u> | let alterneret | alm. fokuseret | let alterneret bev. | alterneret |
| <u>Afspænding:</u> | afspænding | ÷ afspænding | kort fokuseret afspænding | varieret afspænding |

Generel baggrund for projektet

Som nævnt under afsnittet om psykoterapeutiske tiltag overfor skizofreni er det tvivlsomt om såkaldt afdækkende terapi overfor skizofrene generelt er muligt, mens psykoterapi af mere støttende karakter formodes at være vigtig, ofte suppleret med psykofarmaka. (Stanton et al., 1984). Jeg er enig i disse synspunkter og anser modificeret GIM på et støttende terapiniveau, med indsigtsgivende elementer i den udstrækning det er muligt, for at være et relevant behandlingstilbud.

Indsigtsgivende skal i denne forbindelse både forstås traditionelt psykoanalytisk og når patienten oplever sig selv på en ny måde eller som en fornemmelse af en integrerende kreativ forståelse/sammenhæng både i processen og som et resultat af terapien (Rogers 1951). Med støttende mener jeg "jeg støttende" i den forstand at patienten tilbydes et forum, hvor ubærlige angsttilstande og ensomhedsfølelser kan blive verbaliseret og rummet, og ubevidst skræmmende materiale kan blive tålt og dermed afvæbnet. I mit projekt har jeg udover analyse af patienternes oplevelser under musiklytning, bl.a. et spørgeskema som omhandler patienternes syn på, hvad de har fundet som væsentligt i terapiforløbet. I flg. Hougaard (1996) er undersøgelser af klienters opfattelse og vurdering af deres egne terapiforløb overraskende fåtallige. I forhold til traditionel psykoanalyse, hvor terapeuten primært optræder anonymt, vil jeg beskrive min terapeutrolle i projektet som mindre anonym. Inspireret af Rogers (1951) og Winnicott samt Balint (1979, se også: Igra 1989) opfatter jeg mig mere i retning af en empatisk, engageret forælder, der lytter medlevende, og aktivt forsøger at forstå patienternes historier. En grad af aktivitet, som flere steder i litteraturen anbefales i terapi med skizofrene patienter f.eks. af Hausgjerd. (Hausgjerd, 1988).

Opsummering

Mine erfaringer med skizofrene eller skizotypiske patienter i modificeret GIM terapi både i gruppe og individuelt har vist, at oplevelser under musiklytning ud fra GIM metoden kan have en positiv terapeutisk effekt. Flere patienter har kunnet profitere af behandlingsforløb med denne form for musikterapi og er gradvist blevet mere åbne og kommunikerende. Udfra dette antager jeg at musikken har haft en containende og strukturerende effekt. (Moe, Roesen 1998). Min foreløbige teori er, at musikken i kraft af sin struktur, dynamik og nonverbalt narrative karakter kan hjælpe patienten med at (gen)skabe en indre psykisk struktur i et splittet og ofte kaotisk univers. Adgangen til primærprocesser skal kunne foregå på en tilstrækkeligt betryggende måde og opfange projektioner i selvet. Første trin er derfor opnåelse af en basal symboliseringssevne, en fornemmelse af en indre "hjemmebase" med musikstykker som stimuli.

Hvis setting og musik accepteres af patienten, kan musikken fungere som container og en symboliseringsproces sættes i gang, hvilket igen virker befordrende på den verbale kontakt mellem patient og terapeut. Patientens imaginære og emotionelle liv vækkes af de stemninger og minder musikken bringer frem, og der foregår en synergetisk sammenhæng mellem den indre billeddannelse og musikken. Visse elementer i musikken (f. eks. en forudsigelig struktur) virker tryghedsskabende, mens andre elementer har en mere udfordrende karakter (gestalt), der opfordrer til handling i den indre verden. Det er ikke muligt at følge alle de påvirkninger, patienten modtager fra musikken, fordi mange påvirkninger foregår på et ubevidst niveau. Alligevel har det ofte tydeligt vist sig at jeg-svage patienter, som har deltaget i den modificerede GIM terapi, både i gruppe og individuelt, har haft lettere ved at verbalisere følelser efter musiklytningen end før, og jeg har tænkt over, hvad dette kunne skyldes. Mit indtryk er, at hvis musikpåvirkningen afstresser patienten, skabes der en indre ro, og patienten får plads og tid til at samle sig. Musikken som en "omsorgsgivende matrix" tillader patienterne at regrediere på betryggende vis. Hvis der herefter fremkommer imaginært materiale som følge af den afstressende situation, indtræder der også en primær adskillelse/ udskillelse eller konfiguration i patientens univers mellem soma og psyke, således at "kropsligt materiale" kan observeres i et psykisk univers som indre forestillingsbilleder.

Konklusion

Som konklusion på gennemgangen af relevant litteratur har GIM projekterne med psykiatriske patienter umiddelbart størst relevans for mit projekt. (Goldberg 1994; Wrangsjö 1995; Wärja 1996). Goldbergs arbejde har flest referencer f.eks. med hensyn til metodelighed, teori, setting og terapiniveau. Goldberg anvendte modificeret GIM terapi overfor psykiatriske patienter i en akut setting, herunder psykiatriske patienter med psykoseproblematik, hvilket også er den patientkategori mit projekt omhandler. Forskellen mellem Goldbergs arbejde og mit projekt, er at jeg har arbejdet med en mere homogen gruppe af patienter over meget længere tid. Nærværende projekt skal derfor ses, dels i forlængelse af Goldbergs arbejde, men også som noget helt nyt, i den forstand at der, så vidt jeg ved, ikke er beskrevet modificeret gruppe-GIM terapi over længere tid med en homogen gruppe af skizofrene/skizotypiske patienter.

Med hensyn til Körlin og Wrangsjö samt Wärja projektet har de rapporterede positive erfaringer relevans mht. metode og setting, men det er mit indtryk at patienterne i begge projekter generelt har et lidt højere funktionsniveau. Det er dog interessant at konstatere, at ingen af patienterne med en psykoseproblematik i Wrangsjös og Körlins projekt fik (i modsætning til hypotesen) forøgede psykotiske symptomer - tværtimod, også selvom dette måske primært skyldtes terapeuternes omsorgsfulde adfærd, eller patienternes psykiske integrationsniveau. Dette bekræfter til dels min antagelse om, at det er muligt at anvende GIM i modificeret form også overfor patienter med psykoseproblematik, når spørgsmålet om, hvilken behandling / hvornår i sygdomsforløbet, tages med i overvejelserne.

Med hensyn til specifikke psykodynamiske referencer har artiklerne om anvendelsen af psykodynamisk teori i musikterapi udfra casestudies med psykiatriske patienter (De Backer 1994; Kortegård 1994; John 1995), samt materialet fra den kliniske Aalborg gruppe (Pedersen et al.) størst relevans i forhold til mit projekt. Ålborggruppen beskriver musikterapeutisk praksis med referencer til psykodynamiske objektrelationsteoretikere, herunder nyudvikling indenfor dette område - den såkaldte cyklusforståelse af patienternes problematik. De omtalte projekter og synspunkter er således sammenfaldende med den teoretiske forståelsesramme i mit projekt, men adskiller sig i valg af musikterapeutisk metode. Mit projekt skal derfor ses som en viderebygning på anvendelse af

musikterapimetoder overfor skizofrene og skizotypiske patienter i et psykodynamisk perspektiv.

Helen Odell Miller påpeger, i artiklen om en skizofren mandlig patient (Miller 1994), at skizofrenes udvikling i terapeutisk henseende ofte sker over lang tid med små skridt, hvilket også stemmer overens med mine erfaringer. Endelig er det i flere forskningsprojekter påpeget, at patienternes evne til emotionel kontakt forbedres i løbet af terapien (Tang 1994; Paulicenic & Trevarthen, 1989,1994; Reger 1994), hvilket ligeledes er et aspekt, jeg har været optaget af.

Kapitel 3 - Videnskabsteoretisk orientering

Kvantitativ og kvalitativ forskning

Indenfor forskning generelt, såvel som indenfor psykoterapi og musikterapi, er der to overordnede forskningstraditioner. Der anvendes forskellige betegnelser indenfor begge områder, men nedenstående meget kortfattede fremstilling af definitioner, indeholder de mest anvendte termer.

Kvantitativ forskning, også kaldet naturvidenskabelig forskning, er en empirisk forskningsmetode, som udspringer af positivistisk videnskabsteori. Denne horisont omtales almindeligvis som empirisme/positivisme og materialisme/realisme. I kvantitativ forskning undersøges og testes teorier gennem en videnskabelig objektiv procedure. Studiet indebærer omhyggelig observation af adfærd og hypotesetestning, og en eksperimentel metode ofte med double-blind tests. Naturvidenskaberne søger at nå frem til almengyldige lovmæssigheder udtrykt i kvantitative termer.¹⁰

Kvalitativ forskning, også kaldet humanistisk og naturalistisk forskning (eller postpositivistisk forskning), indeholder en vifte af forskningsmetoder, som alle har tilfælles at undersøge subjektive meningssystemer med henblik på at forstå deres struktur, betydning og sammenhæng med andre meningssystemer. Studiet foregår indenfor en særlig sociokulturel kontekst, og den resulterede viden er socialt og historisk forankret. (Hougaard s. 45, 1996). Videnskabshistorisk refererer kvalitativ forskning historisk til Kant og Goethe, som antog, at menneskelig viden er afhængig af, hvad der foregår i den, der observerer.

Der er meget divergerende opfattelser af, om de to forskningstraditioner kan komplementere hinanden, eller om den ene strategi udelukker den anden. Dette gælder også indenfor musikterapi. Aigen (1995) mener, at der ligefrem er tale om to måder at opleve verden på, to filosofiske standpunkter, som udelukker hinanden. Bruscia (1995) anfører at den kvantitative forsker søger efter *én sandhed eller*

¹⁰ For uddybning af problemstillinger i kvantitativ forskning indenfor sundhedsområdet se: Nerheim (1995), del 1: *Fra naturvidenskabelig kontekst til hermeneutisk problem: Den interne problematisering av naturvitenskabens teoribegreb.*

sandheden, hvilket efter hans mening er at lede efter noget som ikke findes. Bruscia skriver desuden i 1998 at:

they have very different goals and methods, and mutually exclusive philosophical assumptions about the nature of truth, reality and knowledge hereof.....these differences are so pervasive that they make the paradigms mutually exclusive; they cannot be reconciled or combined, and their defensives cannot be ignored or minimized. (Bruscia, Journal of Music Therapy, fall1998)

I denne forbindelse nævner Bruscia, at Aldridge (1996 s. 104) i stedet for at blande metoderne foreslår en tolerance overfor begge, et synspunkt jeg kan tilslutte mig. Jeg mener at begge orienteringer har stor berettigelse indenfor musikterapi i bred forstand, fordi der udfra begge retninger kan stilles relevante og påtrængende spørgsmål. Men med hensyn til musikterapi snævert defineret som psykoterapi, mener jeg slet ikke det er muligt at arbejde udfra en "ren" positivistisk synsvinkel, hvilket jeg vil forsøge at uddybe i det følgende.

Metoderne kan holdes op mod hinanden, men "verden" anskues udfra meget forskellige synspunkter. Hvis man arbejder kvalitativt, vil man søge efter kontekstuelle (ofte skjulte) og lokale sammenhænge, og hvis man er kvantitativt orienteret, vil man søge efter globale sandheder. Netop forståelsen af sandhedsbegrebet udgør en central forskel.¹¹

Et typisk relevant spørgsmål er om terapien virker, og hvad i forbindelse med terapien der virker. Dette spørgsmål kan man (groft sagt) forsøge at besvare enten udfra kvantitativ måling eller udfra kvalitativ beskrivelse og fortolkning. Imidlertid

¹¹ Ricoeur, som jeg vender tilbage til senere i afhandlingen, har foreslået en sammenhæng mellem kvantitativ og kvalitativ forskning udfra et tidsperspektiv. Nerheim (1995 s. 313) skriver at: *Riceour opphever denne ulykkelige kulturelle splittelsen ved å appellere til en tidserfaring som ligger dybere enn både den naturvitenskapelige og den eksistensielt erfarte tiden: den historiske tid. Den historiske tiden er både noe ytre, for så vidt som den refererer til en ordnet kontinuelig sammenheng, og en "indre tidsbevissthet", fordi den bestemmes ut fra skjellsettende hendelser som mennesket har oplevd som vesentlig for sin egen skjebne.* Ricoeur forbinder altså den "kvantitative" tid med den "kvalitative" tid via historien – som i denne afhandling er patienternes konstruerede historier om sig selv, og min konstruerede historie om dem.

mener jeg ikke, at man meningsfuldt kan isolere effektmåling fra kontekst i musikterapi, når musikterapien defineres som psykoterapi, fordi terapien indeholder så mange komplekse psykiske fænomener i forholdet mellem terapeut og klient. Dette gælder også tests og interviews, som er tilknyttet terapien som for- og efterundersøgelser. Et eksempel på dette (eller denne problematik), ses i mit eget forskningsprojekt. Projektet er opdelt i to undersøgelsesenheder: 1. del omhandler tests og interviews af patienterne foretaget af uvildig psykiater, og 2. del er en kvalitativ analyse af patienternes billedmateriale med udgangspunkt i deres oplevelser under musiklytning. I 1. del har vi¹² valgt at bruge en anerkendt standardiseret kvantitativ test, som omhandler patienternes funktionsniveau før og efter terapiforløbet – Global Assessment of Functioning (GAF). Fordelen ved den test er, at den er standardiseret og meget udbredt, og at der findes mange fællestræk ved menneskelig adfærd som efter min mening med en vis sandsynlighed kan afspejle et funktionsniveau. Ulempen er, at testen angiver forhold som er fjernt fra terapisituationen, og derfor spiller mange faktorer ind i bedømmelsen af, om og i hvor høj grad testen siger noget om udbyttet af terapien. Desuden bruges testen ofte i kvantitative, kontrollerede forsøg med en kontrolgruppe, hvilket der ikke er i mit projekt, fordi det primært er kvalitativt funderet. Det vil dog efter min mening være tankevækkende, og give anledning til diskussion, hvis testen falder meget anderledes ud end indtrykket af terapien i flg. den kvalitative undersøgelse. Derfor mener jeg den er relevant. Af større metateoretisk betydning er dog, at jeg mener at testen også er kontekstbetinget til en vis grad, idet relationen imellem testerens og patienten har betydning for resultatet. M.a.o. at testerens forståelse af situationen, og hans/hendes kliniske og (meta)teoretiske udgangspunkt har betydning for udfaldet af testen. Dette synspunkt deles af Janos Botscher,¹³ der har skrevet artiklen: *Crazy Talk Revisited: A Discursive Psychological Examination of Schizophrenic Discourse* (1996) og altså omhandler samme målgruppe som i nærværende projekt. Botscher skriver bl.a. at:

¹² Forskningsteamet, se afsnit om design.

¹³ Janos V. Botschner er ph.d kandidat i programmet: Applied Social/Developmental Psychology, på University of Guelph, i Canada,.

The aim of this paper is to suggest an alternative framework for understanding schizophrenic delusions and incoherent discourse, based on principles of discursive psychology, and guided by the sensibility of a "therapeutic alliance" between mental health workers and their clients.

Og Botscher pointerer herefter at :

Such a framework is also consonant with a critical social psychology, which would suggest that the evaluation of a person's functioning cannot be understood apart from the social contexts in which both the evaluating and the person's behaviour occur. (Botscher 1996, s.1)

I artiklen omtaler Botscher bl.a. GAF testens udfald, som han mener kan ændres i lyset af samtalens karakter. Botscher argumenterer for at testerens opfattelse af patientens "crazy talk" er en medvirkende faktor til udfaldet af testen. Som eksempel angiver Botscher at:

....a boy might assert his vulnerability to being eaten by a monster or to control from another planet in the absence of any reasonable contextual features. A listener would seem to be justified in concluding that the speaker is imagining things or misinterpreting his feelings or surroundings. In the context of the interaction, the listener is unable to make any meaning out of the child's discourse. Another way of understanding this is to say that the listener does not understand what the boy may be trying to do with his discourse. (Botscher 1996, s.7)

I forlængelse af betydningen af den interpersonelle relation ift. GAF testning skriver Botchner videre at...

The framework also has implications for classification according to DSM hierarchies.¹⁴ Namely, an individual's position along axes IV (assessment of the severity of psychosocial stressors), and V (global assessment of functioning), may change in light of discursive considerations. For example, a concern for subjective experience may suggest that stressor criteria be recast in terms of perceived, as opposed to absolute, levels of stress. Additionally, an appreciation for the adaptive value of certain discursive practices, and the shared responsibility for the emergent meaning of a conversation imply the need for a reconceptualization of how a number of functional criteria (such as relevance, coherence, or appropriateness of speech) are to be used. Ultimately, it is my hope that by redefining the problem of "crazy talk" in relational terms, we may, in the future, be able to conceptualize solutions as joint endeavours, rather than as unidirectional interventions. (ibid. s. 8- min understregning)

Botschner påpeger dermed relationens betydning, som efter min opfattelse også har betydning i mit projekt, hvor psykiater Hans Raben, som er psykoterapeutisk

¹⁴ Table from DSM-III-R: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. ed 3, revised. Copyright American Psychiatric Association, Washington, DC, 1987; i bogen *Comprehensive textbook of Psychiatry V*, side 466-467.

uddannet indenfor en psykodynamisk referenceramme, har stået for GAF testen og efterfølgende interviews. Hans Raben har udtalt, at han med sine faglige forudsætninger har søgt at medtænke relationens betydning for resultaterne af test og interviews, og for at forstå patienternes udsagn i deres kontekst. Test og interviews skal altså ikke ses som en entydig intervention, men som resultat af kommunikation i en interpersonel sammenhæng. Dette betyder at testen kan være retningsgivende, men ikke skal opfattes som udtryk for en entydig sandhed.

Konklusivt betyder det, at selvom GAF skalaen er et kvantitativt standardiseret måleinstrument, er forskerens/testerens personlige og professionelle ståsted en medvirkende faktor i forhold til, hvordan instrumentet bruges og hvilket resultat der kommer ud af det.¹⁵

En anden måde at anskue udbyttet af en terapi er at spørge deltagerne, hvad de synes, de har fået ud af terapien. Her gælder efter min opfattelse de samme forhold om relationen som nævnt ovenfor. M.a.o. mener jeg ikke det er muligt, (og faktisk heller ikke hensigtsmæssigt) at forsøge at leve op til kriterier for objektivitet som ses i traditionel naturvidenskabelig forskning, når der er tale om testforhold eller interviews, som direkte refererer til psykologisk bedømmelse i en psykoteraeutisk kontekst i bred forstand. Det betyder ikke, at man ikke kan interessere sig for resultater i kvantitativ forstand, men man skal være opmærksom på den subjektive faktor, herunder sit erfaringsgrundlag og i videre forstand sin (meta) teoretiske orientering og kulturelle baggrund. En mulig hjælp til terapeutens og forskerens forholdemåde i test og interview situationen taget fra kvalitativ forskning i musikterapi, er "kontrolleret subjektivitet"¹⁶ (controlled subjectivity) (Tüpker; 1990 i Ruud; 1998), hvilket hentyder til terapeutens/forskerens evne til at undgå uvedkommende eller irrelevant indflydelse i terapisisituationen. (I dette tilfælde test/interview situationen). Tüpker (i Smeijsters 1997, s. 82 ff.) erstatter flere traditionelle kvantitative forskningsbegreber med nye kvalitative termer.

¹⁵ Et alternativ til GAF er Antonovsky's: *Sense of Coherence* - en test som ofte anvendes med held i GIM sammenhæng. Denne test fokuserer, som navnet angiver, mere på forandring på et indre plan. (Se: Wrangsjö & Körlin 1995)

¹⁶ forslag til danske oversættelser af udlandske begreber om "validitet" og "reliabilitet" i kvalitative undersøgelser.

"Objektivitet" erstattes af "kontrolleret subjektivitet", og Tüpker anfører at *..the therapist/researcher has to develop insight into his or her own personal expectations, needs and motives*, - hvilket sker gennem egenterapi og supervision. Som andet eksempel erstattes "gentagelighed" (replicability) med "rekonstruerbarhed" (comprehensibility), hvilket betyder, at en anden forsker har mulighed for: *...recapitulating the interpretation of the therapeutic proces by investegation in the detailed transcript*. Dette forudsætter, at forskeren fremlægger sit materiale og sine overvejelser tilstrækkeligt gennemsigtigt, så de rå data og forskernes behandling af begreber og tolkninger ud fra disse data fremtræder tydelige og overskuelige for læseren/den anden forsker.

Når vi i forskningsteamet bag undersøgelsen valgte at have en uvildig psykiater til at foretage test og interviewdelen af undersøgelsen, er det i erkendelse af, at relationen mellem tester/interviewer og patienten har betydning. Hvis f.eks. jeg eller min co-terapeut havde foretaget disse tests, ville vores tætte terapeutiske relation til patienten formodentlig i langt højere grad have uhensigtsmæssig indflydelse på testresultatet.¹⁷

Målet med spørgeskemaet og det semistrukturerede interview, som jeg vil uddybe under afsnit om den specifikke forskningsmetode, er at få en forståelse af, hvad der er væsentligt for patienten i terapien. Det, at fokusere på patientens syn på terapien, betyder en vægtning af, at patienten (i så vid udstrækning som muligt) selv kan være "måleinstrument" for sin egen udvikling, og inddrages som habil vurderings faktor. Dette indebærer en formodning om at patienten, trods sin alvorlige sygdom, er i stand til at mærke sig selv og at fornemme betydningsaspekter i sin situation. Eksempelvis bedring i sin tilstand, samt påpegning af menings- og forståelsesforhold, som hører hjemme i det kvalitative/subjektive forskningsområde. En sådan forståelse af patienten sker via en kommunikationsproces ud fra et erfaringshermeneutisk synspunkt. Et synspunkt jeg vender tilbage til i afsnit om hermeneutik. Om patientforståelse ud fra denne synsvinkel skriver Nerheim (1995 s. 275), at med udgangspunkt i for-forståelsen - den forståelse medlemmer af det kliniske kollektiv møder patienten med (i vores

¹⁷ F.eks. ved interview hvis en stærk positiv overføring til terapeuten medfører, at patienten har svært ved at udtrykke negative aspekter ved terapiforløbet.

tilfælde forskningsteamet og personalet), danner vi os en opfattelse af, hvad patienten fejler. Gennem bemærkninger fra patienten og forståelse af meningen i patientens udsagn og adfærd, danner vi os gradvist en opfattelse af patientens situation. Nerheim skriver at ... *bemærkninger fra patientens side, ting fra journalen etc. bidrar til en ny forståelse, som i neste omgang modificerer eller endrer helhetsforståelsen. Omvendt vil også helhetsforståelsen virke modificerende på delforståelsen. Den udgjør jo allerede selve betingelsen for at forståelse idet hele tatt skal kunne finde sted.*

Spørgeskemaet i undersøgelsen er en kvalitativ "brugertest", hvor patienterne får mulighed for at angive meningsforhold, som måske i videre forstand kan sige noget om patientens oplevelse af livskvalitet. Jeg vil pointere, at spørgeskemaet ikke er en test, som har en facitliste og derfor ikke er standardiseret og reliabilitetstestet. Det er en test, som har til hensigt at give et vejledende indtryk af patientens vægtning af forskellige forhold i terapien. Dette gælder også for de efterfølgende spørgsmål i et semi-struktureret interview, som er konstrueret til nærværende projekt.

Undersøgelsens 2. del er en kvalitativ analyse af fire patienters oplevelser under musiklytning, som jeg har udført alene, med konsulterende bistand fra min vejleder og min co-terapeut, samt to kolleger som har gennemlæst dele af case-materialet¹⁸. De metodiske valg og problemer i forbindelse hermed er omtalt andetsteds under afsnittet *specificering af projektets videnskabsteoretiske placering*.

I det følgende vil jeg beskrive hvilke videnskabsteoretiske paradigmer og positioner, der er relevante for den kvalitative del af undersøgelsen, men først angive uddrag af hvilke karakteristika der iflg. Ruud (1998, s.108) er ved kvalitativ forskning, med efterfølgende bemærkninger ift. til mit eget projekt:

- *Qualitative research is holistic. Research is organized around an entire case, or classroom, with the purpose of understanding particular incidents.*

I mit projekt er undersøgelsen koncentreret om en gruppe patienter diagnosticeret indenfor samme gruppe af sindslidelse. I princippet er det et multiple-case study udfra én gruppe. Målet er at forstå, beskrive og fortolke patienternes oplevelser under musiklytning.

¹⁸ Se afsnit om validering af projektet: peer debriefing s 105 ff.

- *Qualitative research is empirical and naturalistic. Research takes place in the natural setting – that is where the musical therapy is actually taking place – because it is the direct source for gathering data.*

Data indsamling er foretaget i musikterapi rummet umiddelbart efter hver session, men selve terapisettingen har ikke direkte været påvirket af forskningen. Jf. s. 110 ff. om forudsætningerne for projektet. (Design)

- *Qualitative research is descriptive. Sounds/music, words, and pictures rather than numbers are in focus. Interpretation starts with information contained in the situation and includes experiences or transcripts of music,¹⁹ transcripts of interviews, field notes...*

Dataindsamlingen er baseret på terapeuternes "field notes"²⁰ udfra patienternes udsagn om deres oplevelser under musiklytning

- *Qualitative research is interpretive. A basis condition for our interaction with the world is that we build our concepts and understanding on our interpretation of the information our senses provide. Thus, the basic scientific tool must be hermeneutics, or the science of interpretation*

Mit fokus er at beskrive og fortolke patienternes oplevelser under musiklytning. Udgangspunktet er de informationer jeg får om patienterne herudfra.

- *Qualitative research is sometimes based on grounded theory. Data is analysed inductively, or from what is called a "bottom up" perspective*

Jeg har anvendt metoden Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1985) til opbygning af min analysemodel, hvilket jeg vil uddybe i efterfølgende afsnit om metodevalg.

- *Qualitative research emphasizes immediate observations and spontaneous interpretations.... This .. provides the necessary flexibility – the ability to let us be moved by the situation, the music....*

Dette karakteristika er tænkt i forhold til musikterapi improvisation, men det er en ligeså væsentlig faktor i alle former for GIM terapi, hvor terapeuten udfra af klientens sindstilstand, har brug for at kunne fortolke spontant.

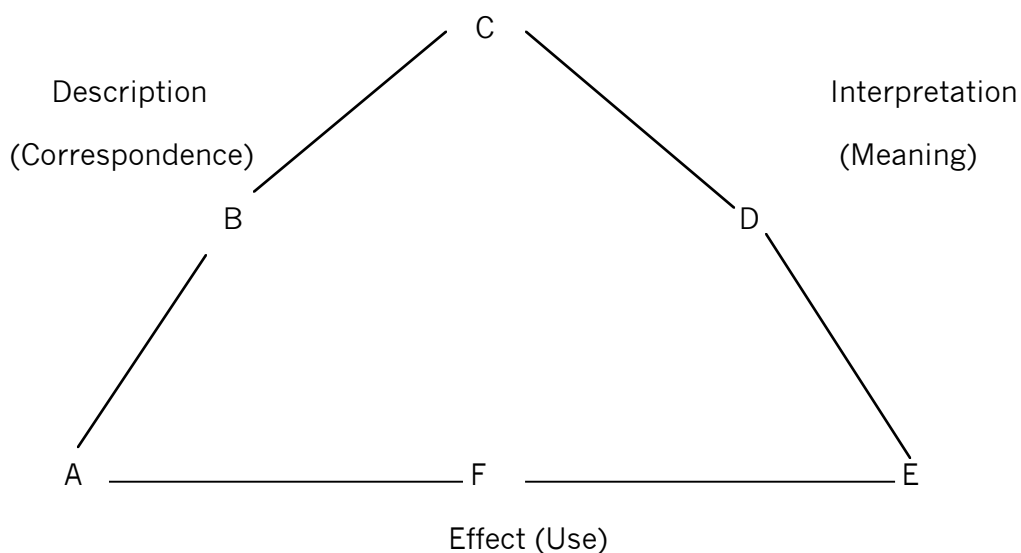
¹⁹ Her kan efter min mening tilføjes: transcripts from GIM sessions

²⁰ se bilag 2.: "Field note" format.

I gruppesammenhæng gælder dette også overfor patienternes reaktioner på hinanden.

Forskningsorientering udfra model

I forsøg på at plotte de ret så forskellige forskningsvinkler i hele projektet (del I og II) har jeg valgt at benytte en model af Even Ruud,²¹ som jeg synes glimrende illustrerer forskellige paradigmer, som dominerer i musikterapeutisk forskning i dag.



Modellen angiver forskellige "forskertyper" som er repræsenteret ved hver sit bogstav. I det følgende har jeg forsøgt (ifølge Ruud) at oversætte de mest fremtrædende træk ved hver forskertype, og tilføje eksempler på forskning som har flest lighedstræk med mit projekt.

F:

- er musikterapi-forskeren, som kun interesserer sig for traditionel effektmåling, udfra et positivistisk paradigme, hvor sandhedsbegrebet betyder, at data ses som

²¹ ibid. s.108

korresponderende med realiteterne. F.eks. adfærdsmæssige studier som udelukkende omhandler den adfærdsmæssige effekt af brugen af musik, ikke musikkens subjektive betydning for patienten. Studiet fortæller ikke noget om processen som ledte til adfærdsforandringen, og det siger intet om musikkens faciliterende virkning i processen og årsag – virknings – relationen.

A:

er deskriptiv - pragmatisk orienteret, og vil beskrive signifikante tegn i musikken, og beskrivelsen af musik og adfærd vil være tæt på data. A vil også beskrive atsammenhæng mellem musik og teoribygning har mindre betydning end verifikation. Ruud skriver at forsker A: *... not only will try to account for changes in client's behaviour but will also create an operational definition of the music used or the behaviour involved. This is often done within the paradigm of empirical epistemology by using concepts from physics or acoustics to obtain "correct" data or intersubjectively shared statements.* Og Ruud tilføjer senere, at den tidligere *Journal om Music Therapy* var et meget anvendt medie for udgivelser af en forsker af "A typen."

B:

Er en positivistisk forsker, som er mest optaget af at beskrive data, og som typisk fokuserer på musikanalyse, som fører til en detaljeret beskrivelse af de musikalske parametre, udfra et dataanalyse system. Ruud skriver i relation hertil at: *In some of these systems, analysis often starts from this level, either close to the score, transcription, or phenomenological experience.* Herefter pointerer Ruud, at den fænomenologiske forsker hører til i området mellem B og C afhængig af deres forforståelse, og at det er interessant at se, hvor tæt fænomenologien kommer på positivistisk tænkning og sandhedsbegreb i forsøget på at beskrive essensen af et fænomen. Selvom dette synspunkt er rigtigt, er jeg ikke enig i at en fænomenologisk forsker kan placeres på linien mellem B og C, men først fra punktet C, som for mig er adskillelses punktet mellem positivistisk/kvantitativ forskning og kvalitativ forskning. ^{22 23}

²² Eks. på GIM forskning udfra et fænomenologisk synspunkt er Denise Erdonmez afhandling: *A Phenomenological Study of Pivotal Moments in Guided Imagery and Music (GIM) Therapy.* (Erdonmez 1999). Om fænomenologi: se bilag nr. 3.

C:

Her skriver Ruud at: *Analyst C would try to take the stance that the investigation of the phenomenon reveals its nature by saying something about its significance. Although this position does not fully recognize this meaning as a construct or fully focus on finding a deeper cultural or biographical meaning, analysis from this vantage point tends to stay close to the structure of the music or the supposed "natural categories" that evolves from close investigation of the clients experience.* Dette vil typisk vil være dataindsamling baseret på f.eks. *Grounded Theory* eller *Naturalistic Inquiry*. Begge forskningsorienteringer er beskrevet af Glaser and Strauss (1967) og tager udgangspunkt i studier i hændelser og interaktioner mellem personer i omgivelser, hvor disse naturligt finder sted. Altså modsat laboratorieforskning. Antagelsen er, at menneskelige processer bliver meningsfulde i den sammenhæng de optræder, og derfor skal forskningen foregå her.²⁴

D:

Her mener forskeren ikke, det er muligt at beskrive musikken eller patientens sande oplevelse, som den var. I den hermeneutiske fortolkning er der altid et dybere underliggende tema, en betydning som kun kan blive fortolket, og evnen til at fortolke bagved liggende betydninger beror på, hvad der i dag kaldes en konstruktivistisk epistemologi.

²³ I forhold til dette synspunkt anfører Ruud dog også at: ... it's interesting to see how close phenomenology comes to the positivistic standard truth when it insists on to describe the "essence" of a phenomenon, a so-called naïve realism. On the other hand, phenomenologists, recognize the inner relationship between our perception of the world and our preunderstanding. A crucial point is that this implies that a constructed reality must be substituted for a naive realism.

²⁴ Indenfor musikterapi har flere været inspireret af *Naturalistic Inquiry* bl.a. Gudrun Aldrigde (Aldrigde 1998) Se også bilag nr. 3 om fænomenologi.

E:

Om denne position skriver Ruud: *Moving towards point E in our paradigm representation would allow the narrative and rhetorical character of our knowledge to also be used in the important task of theory – building. We would have the necessary feedback from the larger intersubjective community of therapists about the reality of our thoughts and actions.*

Udfra denne model nærmer forskeren i punkt E sig dermed igen fokus på effekten af terapien, men nu udfra en fortolkende og konstruerende vinkel og ikke en "målende" vinkel.

Min pointe med at vise modellen er - som nævnt - at forsøge at indplacere de forskningsorienteringer som er repræsenteret i mit projekt i modellen.

Imidlertid har jeg været lidt i tvivl om, hvor jeg skulle placere GAF testen. Egentlig hører den hjemme under punkt F, men jeg mener som sagt, at relationen mellem tester og patient har en vis betydning for udfaldet, hvilket må tages med i bedømmelsen. Dvs. at den kan placeres nærmere E end A. De semi-strukturerede interviews og spørgeskemaet,²⁵ hvor formålet at få indsigt i patientens syn på terapien, fokuserer på proces-effekten eller proces-aspekter af terapien. En brugerundersøgelse som forsøger at påpege hvilke aspekter ved terapien patienterne fandt havde størst betydning for dem, peger i retning af spørgsmål vedrørende livskvalitet. Testen kan ansues som gældende udelukkende for gruppen i mit projekt, og herudfra kan der foretages en kvalitativ analyse af resultatet. (Dog kunne man også se testen som første skridt i udvikling af en kvantitativ analysemodel, som er tænkt brugt på så mange patienter som muligt, for at tilstræbe en mere global forståelse af, hvad skizotypiske og skizofrene patienter typisk synes er væsentligt ift. deres udbytte af denne type musikterapi. Jeg mener at denne test skal placeres i det kvalitative område under pkt. D.)

Mht. del II af mit projekt: Kvalitativ analyse som fokuserer på restituerende faktorer i den terapeutiske proces, er udgangspunktet klart et hermeneutisk forsøg på at forstå patienten i en større sammenhæng, hvor jeg, ved hjælp af Grounded Theory som strukturerende faktor, forsøger at få øje på temaer, patienten er optaget

²⁵ se side 118 ff.

af, ligesom jeg udfra min baggrund forsøger at fortolke patientens oplevelser. Det spændende er, at selvom jeg selv og patienten konstruerer vores historier, er patientens beskrivelser af sine oplevelser under musiklytningen tæt på oplevelsens udspring. Denne del af undersøgelsen hører derfor hjemme under position D – til dels i retning mod E. (Se forskningsdesign, undersøgelsesmetode II side 117 ff.) En anden måde at angive min videnskabsteoretiske position indenfor det kvalitative spektrum er at bruge en model af Aigen, som ses i bogen *Music Therapy Research* (Wheeler 1995). Aigen har under overskriften: *Mapping the Terrain: Qualitative approaches to Research* kategoriseret kvalitative forskningstiltag. På baggrund af Tesch (1990) som fandt hele 40 typer af kvalitativ forskning som hun ”destillerede” til 26, gengiver Aigen 4 kategorier, som han fandt var dækkende for de oprindelige 26 typer.

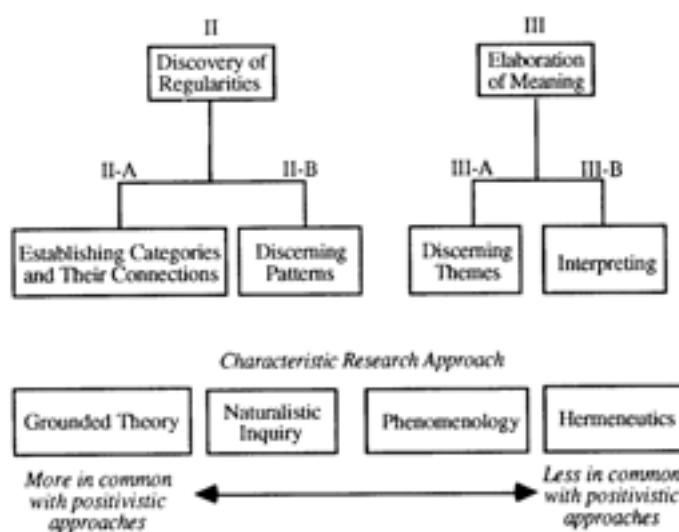
I . Sproglige karakteristika (Characteristics of Language)

II: Opdagelse af regelmæssigheder (Discovery of Regularities)

III. Betydningsdannelse (Elaboration of meaning)

IV. Refleksion (Reflection)

Disse kategorier efterfølges i Aigens artikel af en subkategorisering af punkterne II og III som efterfølgende vises, idet skemaet anskueliggør, hvor i det kvalitative forskningsområde mit projekt er placeret.



I konkrete forskningsprojekter foregår der ofte en glidende overgang mellem de forskellige underkategorier (Aigen i Wheeler; 1995). Jeg anvender også forskellige "underkategorier" i mit studie, idet jeg anvender inspiration fra Grounded Theory (GT) til kategoridannelse (kategori II), og bruger denne kategoridannelse, som ramme til at belyse temaer og meningsforhold i patienternes forestillingsbilleder, gennem dannelse af "meaning units", som hører under kategori III.

Som eksempel på anvendelse af forskellige underkategorier nævner Aigen, at Amir i afhandlingen *Meaningful moments in the Music Therapy process*:

...utilized the grounded theory (Glaser and Strauss 1985) as a foundation for the overall structure of her study and the naturalistic approach in determining standards establishing trustworthiness of her findings. These approaches are placed in different subgroups in Group (2) – The discovery of regularities. Yet Amirs topic, focusing as it does on the meaning of experience, is more characteristic of the styles of research of group (3), the Elaboration of Meaning.

Det er mit indtryk, at GT modellen har fungeret tilfredsstillende for Amir som strukturerende faktor, og at den har været en hjælp til at profilere "meaningful moments" i den musikterapeutiske sammenhæng, Amir har beskæftiget sig med.

Konkluderende kommentarer og diskussion vedrørende forskning i psykoterapi

Som konklusion på dette afsnit kan siges, at mit videnskabsteoretiske ståsted overordnet er hermeneutisk orienteret. Jeg har primært valgt at beskæftige mig med kvalitativ forskning, med enkelte kvantitative elementer, for at stille de kvalitative resultater i relief.

Dette indebærer, at jeg anvender meningsdata, der primært er ideografiske, kontekstuelle og perspektivistiske (Hougaard, 1996). Jeg vil fortolke patienternes oplevelser under musiklytningen ud fra en hermeneutisk/narratologisk meta-teoretisk forståelsesramme, hvorved studiet afviger fra en rendyrket fænomenologisk indgang, som stiler imod at finde essensen af et fænomen. I stedet for at lede efter essensen, leder jeg efter flere (skjulte) sammenhænge og variationer.

I projektet stiller jeg spørgsmål om, hvilke informationer, jeg får om klienterne ud fra deres oplevelser under musiklytning. Jeg er desuden optaget af, om terapien virker, og interesseret i at vide noget om, hvilke problemer den virker på, samt hvorledes den kan tænkes at virke. Jeg har valgt en deskriptiv/fortolkende tilgang

til materialet. Forskningen er primært er procesorienteret, men der indgår også effektbeskrivelser.

I forhold til effekt af psykoterapi i det hele taget, skal det kort nævnes, at de mest udbredte positive effekter af psykoterapi synes at optræde på tværs af skoledannelser. Resultaterne er dermed (indtil videre) "metodeuafhængige" og omtales som "non-specifikke faktorer". Disse effekter indbefatter f. eks. klientens positive opfattelse af, og involvering i, de terapeutiske opgaver, terapeutens varme og empati, samt parternes gensidige sympati og enighed om mål og midler i terapien (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Luborsky, Crits-Christoph & Mintz, 1988, i Hougaard 1996). Desuden bør det tilføjes, at det indenfor psykoterapeutisk forskning, ikke har været muligt, hverken indenfor det empirisk/naturalistiske område eller det hermeneutisk/humanistiske område, har været muligt at påvise resultater som entydigt peger på den valgte metodes fortræffelighed. Tværtimod viser adskillige meta-analytiske undersøgelser ingen, eller kun ringe forskelle, i behandlingens effektivitet set ud fra metode og referencevalg, hvilket benævnes som den såkaldte Dodo-kendelse, opkaldt efter Dodo-fuglen i "Alice i Eventyrland", der erklærede alle som vindere.

Dog bør det påpeges, at psykodynamisk/psykoanalytisk terapi er en af de få hovedtraditioner, som ifølge Grawe (1992), kan siges at være en rimeligt dokumenteret behandlingsmetode også ud fra empiriske undersøgelser.

Som nævnt findes der indenfor kvalitativ forskning mange forskellige forskningsmetoder. Disse metoder er tæt knyttede til det mål, man vil undersøge, og dermed hensigten man har med studiet. Desuden vil disse mål og hensigter bære præg af forskerens forforståelse og interesse for et område. Er målet en analyse af data, søger forskeren at identificere, klassificere og opnå en dybere forståelse af figur/grund forhold, eller forhold mellem forskellige dele og dele i forhold til helheden. Fokus er på observerbare data, og forskeren går ikke bagom det manifesterede, men søger at opdage iboende sammenhænge, strukturer og processer. (Bruscia 1995). Er fokus på teoriopbyggende forskning, indføres hypoteser og koncepter, som ikke er indeholdt i de givne data. Endelig kan fokus også være på fortolkning, og så foreslår forskeren meningssammenhænge, som ligger skjult udenfor de åbenlyse data.

I forhold til fortolkningsperspektiver i musikterapeutisk forskning udfra improvisation foreslår Ruud (1998) i artiklen *Science as Metacritique*, at man udvikler nogle fortolkningsredskaber, som gør det muligt i terapisituationen at læse interaktionen mellem triaden - de musikalske strukturer, klientens oplevelser, og terapeutens interventioner. Ruud: *One possible strategy in the deconstructions of the triadic process would be to postulate the whole music therapy situation as a text.* Ruud anfører efterfølgende, at musikterapeuter dermed kunne drage fordel af hele det humanistiske forskningsområde, herunder f.eks. litteratur, kulturstudier, narrative analyser, retorik, tegnanalyse (semiotik), strukturel analyse osv.. Dette kunne, efter min opfattelse, ligeledes gælde for forskning i GIM, og er derfor relevant i forhold til mit projekt, fordi patientens oplevelser under musiklytningen formuleres sprogligt, ofte udtrykt i metaforiske vendinger, som naturligt danner basis for en narrativ analyse, der skal forstås ift. klientens biografi.

Uddybning af primære videnskabsteoretiske paradigmer

I det følgende vil jeg beskrive Grounded Theory (GT) og hermeneutiske retninger som jeg primært refererer til i projektet.

Grounded Theory

Grounded Theori er en kvalitativ forskningsmetode af teoriopbyggende type. Grounded Theory er udviklet af Glaser og Strauss (1967), og senere bearbejdet af Strauss og Corbin (1990) indenfor forskning i sociale forhold. Grounded Theory er en teoriudviklingsmodel, hvor teorier er "grounded" i selve materialet. Metoden har til hensigt at generere og teste teorier. Glaser og Strauss er af den opfattelse, at teoriudvikling er af central betydning, hvis man vil opnå større indsigt i sociale fænomener. Metodens redskaber er dannelse af kategorier og subkategorier af observerbare data udfra en bestemt kodning/mærkning, som man ved nærlæsning af materialet synes er dækkende. Senere i processen stilles så spørgsmålet, om de valgte betegnelser er dækkende i forhold til de oprindelige fænomener undersøgelsen omfatter. Metoden sigter mod i nydannelse af teori, og tidligere teorier er derfor ikke så interessante. Et væsentligt aspekt ved denne metode er, at den giver mulighed for nytænkning og udelukker at man "presser" eksisterende teorier ned over hovedet på givne data. Et aspekt jeg vil omtale nærmere i næste afsnit om ændring af fokus for analysen af patienternes udsagn under musiklytning.

Indenfor musikterapi har som nævnt, bl.a. Amir (1992) brugt GT som strukturerende faktor i sin analysemodel, hvilket synes at have været en væsentlig og relevant hjælp til dannelse og strukturering af data. Udfra et forskningskema udviklet af Strauss og Corbin (1990) som viser hvilke aspekter et forskningsprojekt har omhandlet, peger Smeijsters (1997 s. 77ff.) dog på, at Amir indgående har beskrevet både klientens og terapeutens oplevelse af musikterapi, men at der mangler oplysninger om klientens problemer, samt hvilken type musikterapi der blev anvendt. Smeijsters foreslår, at fremtidig forskning fokuserer mere på disse områder, hvilket jeg har forsøgt i nærværende afhandling. Smeijsters skriver i forbindelse med patientens problemstilling at:

This experience-focused type of research is of importance in the so-called satisfaction assessment that today plays an important role in health care because the client is seen as a customer to be satisfied. We still should not forget that we also assess client's changes by tests or clinical opinion, keeping in mind that sometimes client's self-reports and test outcomes do not correspond.

Smeijsters nævner videre, at selvom meningsfulde øjeblikke, som Amir har indkredset og defineret, reflekterer personlig vækst hos klienterne/patienterne, er det ikke sikkert at klientens/patientens lidelse/sygdom er "kureret" overhovedet.²⁶

Hermeneutik - videnskabsteori og metode

Hermeneutikken som paradigme er en slags overvidenskab ikke blot for alle de humanistiske videnskaber, men også for dele af samfundsvidenskaberne. (Collin & Köppe 1995).

Hermeneutik omhandler de humanistiske discipliner, der undersøger mennesket som tænkende, villende og handlende subjekt, men også de humanistiske discipliner, hvor man undersøger produkterne af menneskelig handlen i historisk perspektiv.

Det hermeneutiske paradigme står i modsætning til det naturvidenskabeligt inspirerede paradigme, i flg. hvilket mennesket opfattes som en ting, hvori og hvormed der sker noget, og hvor det, mennesker gør, opfattes som et kausalt forhold.

²⁶ Denne problemstilling diskuteres i kapitlet diskussion i forbindelse med patienternes udbytte af terapiforløbet.

Det hermeneutiske paradigme er her en videreudvikling af den dagligdags forståelse af mennesker som personer, der gør noget (er aktive centre for handlen), og hvor man opfatter det, mennesker gør, ikke som processer der skal forklares kausalt, men som handlinger, der skal forstås eller fortolkes - ud fra hvordan personen opfatter sig selv og sin situation, ud fra hvad personen tilsigter, ud fra de grunde, personen har til at handle, som han gør.

Hermeneutik var oprindeligt en videnskab til brug for tekstanalyse. I forskning er det primære fokus praksisorienteret. Hermeneutisk tænkning tager teoretisk udgangspunkt i den hermeneutiske cirkel, hvor ethvert punkt udgør en del af helheden. I forskningsmæssig sammenhæng betyder det en konstant analytisk bevægelse, mellem det fænomen der belyses og den teoretiske struktur, der hidtil er dannet for at forstå fænomenet. Målet er ikke at skabe en endelig, fikseret model, men tværtimod, at cirklen skal forstås som en vital spiral der altid er i bevægelse.²⁷

Et udtryk eller en mening er altid rettet imod noget, hvilket indebærer en intentionalitet rettet mod noget eller nogen. Der foregår en proces imellem indre handlinger (at føle, ville, mene) og ydre handlinger (tale, aktivitet, arbejde). Indre handlinger har iflg. Pahuus (Pahuus i Collin & Köppe 1995) en genstandsrettethed, som han kalder opfatten, og ydre handlinger har en genstandsrettethed, som han kalder fatten. Resultater af aktiviteter, hvadenten de er sproglige eller konkrete aktiviteter, opfattes og lagres i vores bevidsthed som spor eller levn.²⁸ Pahuus skriver om dette at:

²⁷ Se også side 85 om den tyske musikterapeut Isabel Frohnes anvendelse af den hermeneutiske cirkel i musikterapeutisk sammenhæng.

²⁸ I forrige århundrede var hermeneutikken bestemt af en overordnet filosofi, som blev kaldt historismen. Historismens grundlæggende standpunkt var, at ethvert menneskeligt og kulturelt fænomen er bestemt af dets historiske sammenhæng, og at denne sammenhæng bestandigt fornyr sig.

I al opfatten og fatten bygger man på og griber ind i allerede foretagne greb og spor, thi ikke blot sporene, men også begreber og håndgreb (færdigheder og kunnen) står tilbage og overtages af nye generationer. Enhver aktivitet rummer nye greb og efterlader nye spor, samtidig med at den bygger på gamle greb og gamle spor. På samme måde bygger ethvert nyt greb og nyt spor på gamle greb og spor. (Pahuus, 1995)

Den historiske hermeneutik blev afløst af den eksistentielle hermeneutik, hvis ledende figurer bl.a. er de tyske filosoffer Heidegger og Gadamer. Et fællestræk ved disse filosoffer er, at de lægger vægt på mennesket som et aktivt væsen der griber ind i og skaber sin tilværelse. Begge har betydning for nutidig hermeneutisk behandlingsfilosofi.²⁹ Heidegger lægger vægt på menneskets fortrolige handlen med ting som grundlag for egentlig erfaring og kommunikativ kontakt. Heidegger omtales ofte som "fundamental-ontolog" og dette synspunkt uddybes af Nerheim (1995 s. 288) som skriver, at en hovedpointe ved Heideggers projekt er...

... å fremhæve hvorledes de teoretiske og praktiske sider ved menneskets totale livsudfoldelse kan analyseres i sin sammenhæng, slik det klart fremgår, hvordan de gjensidig betinger og henviser til hverandre. Altså bliver det muligt at redegjøre for erkjennelse, logik og sannhet – hele det menneskelige forståelsesperspektiv – innenfor den samme eksistens-analyse som tar for sig tid, angst og død.

Gadamers bidrag til hermeneutikken har først og fremmest været synspunkter orienteret mod en udvidelse af den hermeneutiske cirkel ud fra begreberne forudforståelse (forforståelse) og forståelseshorisont. Gadamer lægger vægt på fortidens stadige indvirkning på nutiden i sit forsøg på at anskueliggøre menneskets trang til at forstå sig selv og omverdenen. Denne forståelsestrang kommer til udtryk i mødet med "den anden", hvad enten dette er i sproglig henseende eller mere bredt kommunikativt. Om dette skriver Pahuus (1995), at når en person siger noget til en anden, så må den anden kunne forstå sproget, men det centrale er altid forståelsen

²⁹ Der er mange væsentlige forskelle mellem deres synspunkter, men idet disse divergenser vil blive for omfattende at komme ind på i nærværende sammenhæng. For uddybelse af divergenser ml. disse filosoffer, belyst ud fra nutidig behandling indenfor sundhedsområdet henvises til Hjördis Nerheim: *Vitenskap og Kommunikasjon* (1995): Her skelner Nerheim mellem et Heidegger paradigme, et Ricoeur-paradigme og et Habermas-paradigme i forhold til behandling ud fra hvad Nerheim benævner: *Omsorgens røtter*.

af en sag. En sag kan være (1), et udsagn om verden, hvorved sagen er en bestemt forståelse af verden. Det kan være en appel (2), f.eks. en opfordring eller et råd, hvorved sagen er en bestemt forståelse af værdierne, og det kan være (3), udtryk for, hvad der rører sig i den talende, og da er sagen en bestemt forståelse af den indre verden eller personligheden.

Hvis vi kigger på niveau (3), som har størst betydning i behandling og terapi, betyder det ifølge Gadammers tilføjelser til den hermeneutiske cirkel, for det første at man går frem og tilbage mellem den forståelseshorisont, man har i mødet med den talendes (eller spillendes) udsagn og sin egen forforståelse af situationen, og for det andet, at man går frem og tilbage mellem spørgsmål, man stiller til udsagnene (teksten), og de svar som udsagnene (teksten) giver på disse spørgsmål, hvorved der kan opstå en gradvis sammensmeltning eller samforståelse af horisonter. Dette betyder dog ikke, at man behøver at være enig med den anden, blot at fortolkningen bliver mere og mere adækvat. Sammenfattende kan anføres, at ens forståelseshorisont hele tiden virker tilbage på ens forforståelse. I sammenhæng med mit projekt betyder dette, at min forståelse af patienternes udsagn, hele tiden spejler sig i min forforståelse af patienterne. F.eks. ud fra objektrelationsteorien, som udgør et fortolkningsfællesskab for behandlerne, eller anden kulturel forforståelse af patientens situation f.eks. min egen forhistorie. Desuden foregår der hele tiden en dynamisk proces, som indebærer spørgsmål og svar i forhold til teksten: Patienternes oplevelser under musiklytning, og patientens egen forståelse af sig selv. Mht. anvendelsen af den hermeneutiske cirkel i musikterapi angiver Isabel Frohne Hageman i artiklen *Metatheories and Praxeology of Integrative Music Therapy Applied to Dream Analysis as a Music Therapeutical Technique*, en hermeneutisk/terapeutisk spiral. Spiralen er baseret på en udviklingscyklus, som i flg. Petzold (1974) består af følgende: a.) initialfasen, b.) aktionsfasen, c.) integrationsfasen og d) nyorienteringsfasen. Frohne har analogt navngivet disse udviklingsfaser med begreber fra sonateformen: ekspositionsfasen, gennemføringsfasen, reprise og coda. (Frohne 1994). Jeg vil senere i afhandlingen i forbindelse med case gennemgange anvende denne model til at illustrere en udviklingstendens ud fra et terapiforløb. (Case pt. C)

I vort århundrede har franskmænden Ricoeur haft en betydelig indflydelse på hermeneutisk epistemologi, bl.a. via sine synspunkter om metaforens sproglige betydning. Disse synspunkter vil jeg vende tilbage til senere i afhandlingen under

afsnit om fortolkning af case-materialet.

En anden personlighed, som har haft stor betydning i vort århundrede, er Habermas (f.1929). Habermas har tilføjet et nyt element til den hermeneutiske cirkel, nemlig en ideologikritisk bevidsthed. Han lægger vægt på en frigørende samfundsmæssig erkendelsesinteresse på basis af selvrefleksion. Habermas:

den hermeneutiske forskning får tilgang til virkeligheden gennem den ledende interesse i opretholdelse af og udvidelse af den mulige handlingsorienterede forståelses intersubjektivitet. Meningsforståelse retter sig efter sin struktur mod en mulig konsensus mellem handlende indenfor rammen af en overleveret selvforståelse (Collin & Köppe, 1995)

Habermas kræver, at de hermeneutiske videnskaber må være kritiske i den forstand, at al forståelse må udøves med henblik på den samfundsmæssige sammenhæng, som kulturens traditioner indgår i, og delvis bestemmes af. Skal den frie dialog, som skal gøre os gennemsigtige for os selv, lykkes (hvilket er de fortolkende videnskabers mål), må man have blik for de samfundsmæssige kræfter som vil forhindre denne dialog. (Pahuus ibid. 1995).

Psykoanalyse

Psykoanalyse er en naturlig forlængelse af hermeneutik. Mens hermeneutikken beskæftiger sig med tolkning af mening, giver Freud (1856-1939) sig af med også at give forklaringer på menneskelige fænomener. Freud påviste at et menneskes livsforløb omfatter ytringer, som ligger uden for den enkeltes bevidsthed, men alligevel former den enkeltes menen og villen. Sammenkoblingen mellem hermeneutik og psykoanalyse er dog af nyere dato. Dette skyldes formodentlig, at hermeneutikken ud fra et idéhistorisk synspunkt er tæt forbundet med fænomenologi og eksistentialisme, som begge er traditioner, der meget vanskeligt kan forbindes med psykoanalysens begreb om det ubevidste, som Freud første gang beskrev i "Drømmetydning" i år 1900. (Freud 1900, 1915, 1917)

Kort fortalt var det i følge Pahuus (1995), frankfurterfilosoffen Habermas (f. 1929) som i slutningen af 1960'erne var den første til at introducere diskussionerne af sammenhængen mellem hermeneutik og psykoanalyse. Det var via samarbejdet med psykoanalytikeren Alfred Lorenzer (f. 1921), analyserne blev ført i bund. Disse diskussioner udmundede i en teori om, at psykoanalyse både indebar et subjekt-subjekt forhold, som det kendes fra humanvidenskaben og samfundsvidenskaben og subjekt-objektforhold, som det kendes fra naturvidenskaben.

Den psykoanalytiske terapi er ifølge Lorentzer et eksempel på en vekslen mellem subjekt-objekt relationer og subjekt-subjekt relationer. Analytikerens neutralitet bidrager til at reducere dennes subjektivitet, og i sine analyser af patienten vil analytikerens delvist forholde sig objektiverende til den analyserede. Men i tolkningerne og kommunikationen omkring tolkningerne vil der etableres et hermeneutisk subjekt-subjekt forhold, og det er i sidste ende netop denne vekslen mellem de to typer relationer, der gør, at den analyserede til slut i terapien kan forholde sig analyserende til sin egen subjektivitet. (Køppe; 1995 s. 197)

Alfred Lorenzer inddrog desuden også sproget forstået i bred forstand, d.v.s. som enhver interaktion mellem terapeut og klient. Lorenzer opfatter terapien som en frigørende resocialisering, hvor den analyserede skal få sit tabte sprog tilbage. Lorenzer mener at patienten, via sin symptomdannelse, har opbygget et "pseudokommunikativt privatsprog", hvorved bestemte betydningsammenhænge ekskluderes fra det kommunikative sprog, og at det ubevidste i stor udstrækning består af disse udelukkede sprogbrokker. Lorenzer beskriver, ifølge Køppe (1995) terapien som:

en trinrække af forståelsesformer, hvor analytikerens trænger dybere og dybere ned i den analyseredes ubevidste, og hvor der via rækken af mere og mere komplekse forståelsesformer sker en indlemmelse af det "ekskommunikerede" i den analyseredes sprogstruktur. (Køppe s. 198 pp)

Denne form for forståelse af sprogets betydning i terapi, er relevant for patienterne i mit projekt. Jeg forestiller mig, at patienterne via oplevelser under musiklytning, måske kommer i kontakt med ubevidste konfigurationer af sig selv, som kan blive genstand for beskrivelse og fortolkning af både terapeut og patient. Og at et evt. "pseudokommunikativt privatsprog" kan blive "afsløret" og bearbejdet, således at patienterne gennem deres verbalisering af disse oplevelser, gradvist opnår at kunne forholde sig både subjektivt og mere objektivt til sig selv. Når ekskluderede dele af patienten inkluderes i det terapeutiske felt, dannes mulighed for, at det ekskommunikerede symboliseres, og dermed sprogliggøres.³⁰

³⁰ Vedr. Lorenzer i musikterapi sammenhæng se: Mahns ph.d. afhandling (1997): *Symboldannelse i den analytiske musikterapi. Et kvalitativt studie i betydningen af musikalske improvisationer i musikterapi med skolebørn.*). Et andet interessant studie vedr. sammenhængen mellem sprog og psykoterapi er Bent Rosenbaums nyligt udgivet disputats "Tankeformer og talemåder" (in press).

Mennesket som en historie

Til slut i denne gennemgang af metateoretiske orienteringer, som afgrænser det forskningsområde jeg er engageret i, vil jeg nævne den amerikanske psykoanalytiker Roy Schafer. Ifølge Köppe (1995) forkaster Roy Schafer (1989) stort set hele den psykoanalytiske teori og anvender heller ikke begrebet hermeneutik, men han er meget optaget af at se terapier som fortællinger om patientens livshistorie, der udfolder sig ud fra begrebet narrativitet. Schafer beskriver den terapeutiske situation således, at dét, der egentlig foregår svarer til en kreativ skabelse af et fiktivt betydningsrum, en narrativitet. Han mener, at ideen om, at man i terapien når frem til en rekonstruktion af en række "korrekte" begivenheder og situationer, som patienten har gennemlevet som barn, er forkert. Terapien er en relation mellem to subjekter, hvor der skabes en betydning, og denne betydning har egentlig ingen sandhedsværdi i relation til en oplevet realitet. Alle relationer til virkeligheden må opgives - også i terapien er der kun fortællinger. Principielt set er der således ingen mulighed for at skelne mellem perceptionen af et objektivt hændelsesforløb og en fantasi om eller fra fortiden. Fortiden konstrueres ligesom nutiden, nutiden på grundlag af fortiden og fortiden på grundlag af nutiden. Schafer mener ikke, at det er muligt at konstruere en fælles teori blandt ligesindede, i betydningen et socialpsykologisk fællesskab blandt analytikere. Schafer ser subjektet blot som "noget der fortæller" lig med en instans, der konstant producerer historier, selvberetninger. Livshistorien er således en lang række af fortællinger, som internt er struktureret af forskellige plots, og det er det eneste, der kæder dem sammen på tværs af livshistorien.

Jeg finder inspiration i Schafers tankemåde til at anskue patienter/klienter i musikterapi, ud fra den antagelse, at det de improviserer eller de udsagn de fremkommer med under GIM terapi, kan forstås som subjektets narrative livshistorier, eller brudstykker heraf.

Denne synsvinkel vil jeg belyse nærmere i kapitel om betydningen af patienternes metaforer og narrativer i mit projekt.

Udviklingspsykologiske perspektiver

Objektrelationsteorien - en nutidig Psykoanalysemodel

I dag domineres det psykoanalytiske/psykodynamiske felt primært af ³¹ego-psykologien - som er udsprunget af Freuds oprindelige driftsteori - og objektrelationsteorien.

Forskellen mellem egopsykologien og objektrelationsteorien er, at i egopsykologien spiller drifterne (seksualitet og aggression) og barnets veje til at håndtere driftsspænding en primær rolle i forhold til relationen til andre objekter. I objektrelationsteorien er det omvendt. Her går man ud fra at drifterne optræder i en kontekst med andre objekter (personer), mens udløsning af driftsspænding i sig selv har sekundær betydning. Objektrelationsteoretikeren Fairbairn foreslår endog direkte, at drifterne primært er rettet mod objektsøgning, snarere end mod spændingsreduktion.

Udtrykt simpelt omhandler objektrelationsteorien en transformation af interpersonelle relationer til internaliserede repræsentationer af disse forhold (Fairbairn 1952). I barnets tidligste år skabes positive prototyper af kærlighed og omsorg f.eks. under amning. Disse prototyper indbefatter: (1) en positiv opfattelse af selvet, (barnet som selv-forsørger), (2) moderen (som omsorgsfuld og nærværende) og (3) en positiv affektiv oplevelse (velvære, tilfredsstillelse). Modsat, når barnet bliver sultent og moderen (eller dennes stedfortræder), ikke er umiddelbart tilstede opstår prototyper af negativ observans. Hvilket er: (1) en negativ selvopfattelse (det krævende, frustrerede barn), (2) det uopmærksomme, frustrerende objekt (den uopnåelige moder), og (3) negativ affektiv oplevelse af vrede og måske terror eller frygt. (Fairbairn 1955).

Om disse to oplevelsessæt skriver Ogden (1989): *Ultimately, these two experiences are internalised as two opposing sets of object relationships consisting of a self-representation, an object-representation, and an affect linking the two* (Ogden 1989).

Internaliseringen af moderen, der ofte omtales som en introjektion, begynder som en fysisk perception af moderen f.eks. under amning, men denne oplevelse får ifølge Schafer (1968) først mening for barnet, når dette er i stand til at skelne mellem ydre og indre. Dette sker når barnet er ca. 6 måneder.

³¹ Om betragtninger vedr. "ego" og "selv" se bilag nr. 3.

Den opfattelse af barnets indre liv som objektrelationsteorien tilbyder, indebærer også en forskel i konfliktperspektivet i forhold til egopsykologien. Ubevidste konflikter er ikke blot kamp mellem en impuls og et forsvar, det er også et sammenstød imellem modsatrettede internaliserede objektrelationspar (de positive og de negative konfigurationer). (Gabbard 1994 s. 40).

Barnet udvikler en hallucination om den gode moder og bliver efterhånden i stand til at udholde frustration når moderen er fraværende. Det negative moderbillede er mere komplekst. En mulighed er, at barnet internaliserer det negative moderbillede for at kunne kontrollere det i fantasien, eller at barnet foretrækker et negativt billede frem for intet billede, eller at billedet er forbundet med en længsel efter et mere positivt objekt. (Gabbard ibid. s.38). En væsentligste teoretiker mht. konkretisering af moder-hallucinationen er den engelske psykoanalytiker Winnicott (1951;1971), som har beskrevet barnets sutteklud og bamser som overgangsobjekter, dvs. som på én gang konkrete og psykologiske objekterstatninger for moderens omsorg, og dermed led i en adskillelsestræning. Konfigurationer som både er indeni og udenfor barnet. En forberedelse til at indgå i hele objektforhold med andre mennesker. Jeg mener bl.a. at musikken kan fungere som overgangsobjekt, og refererer i studiet flere gange til Winnicott. Winnicott (1951,1971) taler desuden om et "transitional space", et ydre og indre "legerum" mellem mor og barn, hvori barnet gennem leg lærer at forholde sig til sig selv og omverdenen, og hvoraf der også kan trækkes paralleller til den (musik)terapeutiske situation. Et perspektiv som mange musikterapeuter har beskrevet.³²

Forsvarsmekanismer - udviklingsperspektiver

I ORT beskrives især fire forsvarsmekanismer som kendetegner psykotiske og alvorligt personlighedsforstyrrede patienter: Splitting (Klein 1946), Projektiv Identifikation (Ogden 1979), Introjektion (Freud 1917/1963) og Benægten (denial). Dannelse og udvikling af disse begreber stammer ofte fra klinisk observation af børn i den præødipale fase fra 0- 3 år. Dette gælder også Mahler, der udfra observation af normale og særegne moder-barn relationer dannede sin faseopdelte teori om barnets første levetid. (Mahler et al. 1975). Gennem en

³² Se f.eks. De Backer omtalt i kapitel om litteraturreview, og Kenny (1987).

tilstrækkelig tilfredsstillende gennemlevelse af disse faser modnes barnet og opnår til sidst i individuations-separationsfasen en konsolidering af individualitet og objektkonstans.

Historisk Baggrund

ORT bliver som regel beskrevet med Melanie Klein som grundlægger.³³ Gennem sit indgående kliniske arbejde med børn, udviklede hun teorier om barnets tidligste udvikling med udgangspunkt i barnets fantasiliv. Med reference til Freuds dødsdrift foreslog hun, at barnet indenfor de første måneder oplevede en primær angst for den "negative fraværende moder". For at beskytte sig mod denne angst opsplittede barnet sit ego og projicerede "det onde" over på moderen. Udviklingsperspektivet angav Klein at være, at barnet gradvist blev i stand til at opleve og rumme moderen som en hel person med både gode og onde sider. I dette arbejdsfelt dannede Klein teorien om den skizoide/paranoide position og den depressive position, som - snarere end fasebestemte stadier der overkommes - er psykiske fænomener, som er aktive livet igennem.

Klein anså drifterne som indeholdende komplekse psykologiske objektrelaterede energier. Denne driftsteori adskilte sig fra Freuds oprindelige kropsorienterede spændings/afspændingsmodel og skabte heftig diskussion.

I begyndelse var Klein's teorier således et uhyre kontroversielt emne i psykoanalytiske kredse i London. På et tidspunkt blev "British Psychoanalytic Society" næsten splittet med Anna Freud – Freuds datter som var "ortodoks" Freudianer på ene fløj og Klein på den anden. I midten dannedes "The Independent Group", som senere blev benævnt "The British School of Object Relations". Denne gruppe bestod bl.a. af Winnicott, Balint og Fairbairn. Selvom de hver især har udviklet forskellige psykoanalytiske modeller, er de fælles om optagethed af den præødipale udvikling. Winnicott, som jeg har omtalt, er mest kendt for sine teorier om overgangsobjekter og "overgangsrum.", og er ligesom de øvrige fremkommet

³³ Klein emigrerede fra Budapest via Berlin til England hvor hun bosatte sig i 1926.

med teorimodeller om det bevidste og ubevidste forhold mellem mor og barn i barnets tidlige udvikling.³⁴

Stern og ORT

En naturlig forlængelse og nabo til ORT er selv-psykologien som beskrevet af den sene Kohut som også har beskæftiget sig med musikkens psykodynamiske funktion (Kohut 1959; Folker, 1994). Med afsæt i Kohut har Stern gennem kliniske studier føjet nyt materiale til selv-psykologien og efter min opfattelse også til ORT.

ORT omhandler som bekendt specifikt barnets tidligste udvikling, og bl.a. Stern (Stern 1985) har gennem kliniske studier påvist, at barnet allerede indenfor de første måneder er i stand til at foretage intentionelle handlinger og indgå i mere differentierede relationsmønstre med moderpersonen end tidligere antaget af forskellige forskere bl.a. Mahler. Sterns observationer af det spæde barn overbeviste ham om, at barnet ikke kom direkte fra livmoderen ind i et autistisk stadie som varede de første måneder. Tværtimod fandt han, at barnet allerede indenfor de første dage var i stand til at være bevidst om moderfiguren. Stern mener, at moderens engagement i kontakten med barnet er afgørende for hvilke spor af moderen, der bliver dannet i barnets fantasiliv. Stern mener dog ikke, at fantasien har helt så stor betydning, som det fremgår af Kleins teorier. Han mener, at barnet primært oplever virkeligheden. At barnet mestrer at observere virkeligheden og at børn først senere anvender signifikant brug af deres fantasi for at ændre og videreudvikle deres perceptioner. Stern hævder endog også, ifølge Gabbard (1994), at sekundærproces tænkning går forud for primærproces tænkning, og at dette er grundlaget for normal udvikling. Stern har foreslået fem separate selvoplevelser (selvfornemmelser), der dannes i løbet af de første leveår: det opdukkende selv eller kropsselve (mellem fødslen til ca. 2 mdr), kerne selvet (mellem 2- 6 mdr.), det subjektive selv (mellem 7 til 9 mdr., det verbale eller kategoriske selv (mellem 15 og 18 mdr.), og det narrative selv (mellem 3 til 5 års alderen). Alle disse selvornemmelser varer ved livet igennem, men dukker op i

³⁴ J. D. Sutherland har i 1980 i artiklen "The British object-relations theorists: Balint, Winnicott, Fairbairn, Guntrip", opsummeret teoretiske standpunkter og forhold imellem disse teoretikere. (Sutherland 1980)

nævnte rækkefølge. Stern har også skitseret fire karakteristika ved en selvforømmelse nemlig: sammenhæng, virksomhed (kraft), affektivitet og kontinuitet. Et af Sterns mest anvendte principper er, at barnet udvikles gennem et resultat af moderens evne til "affektiv afstemning" med barnet, hvilket i musikterapeutisk sammenhæng bl.a. er beskrevet af Johns (1993). Et lignende fænomen er også omtalt i terapeutisk sammenhæng af Kohut, hvor han beskriver, at "empatic resonance" er nødvendig i den analytiske situation for at styrke patientens selvfølelse. I de seneste år har Stern bla. beskæftiget sig meget med den terapeutiske relation. Udfra spørgsmålet om, hvad der huskes fra en terapi, har han forsøgt at finde tyngdepunkter i et terapiforløb og hvilke omstændigheder der leder op til sådanne tyngdepunkter, som Stern benævner "now moments". Stern har bevæget sig længere og længere væk fra traditionel psykoanalytisk stil, hvor terapeuten er en neutral faktor og/eller projektionsskærm (objekt for overføringer), og beskriver forholdet mellem terapeut og klient som et møde, hvor terapeuten "er sammen med" klienten på regelmæssig basis, og at dette interpersonelle møde skaber stof til intrapersonelle refleksioner mellem møderne. Denne tankegang videreføres i musikterapien og forskningen af bl.a. Hannibal, som er ved at færdiggøre sin ph.d. om overføringsaspektet i musikterapi (Hannibal, 2000) samt f.eks. af Wrangsjö (1994). Desuden skal nævnes, at der i det musikterapeutiske forskningsmiljø ses interesse for at kombinere Sterns udviklingsmodeller med et biologisk udviklingsperspektiv beskrevet af Trevarthen (Trevarthen, 1999, in press)³⁵.

Sammenfatning af et udviklingspsykologisk perspektiv

I forsøg på at finde en overordnet udviklingspsykologisk model, hvor ORT også er indplaceret har jeg fundet frem til Ken Wilber, som jeg synes i nedenstående "fulcrum- model" ³⁶ giver et bud på samlet oversigt og syntese i forhold til

³⁵ Artikel af Trevarthen: *Musicality and the intrinsic motive pulse: Evidence from human psychobiology and infant communication*, som vil blive udgivet i tidsskriftet "Musicae Scientiae".

³⁶ Ken Wilber har skrevet en række bøger om udviklingspsykologiske teorier og transpersonlige teorier. På dansk har Jørgen Lumbye oversat en af hans bøger:

forskellige udviklingspsykologiske trin og korresponderende psykoterapeutiske behandlingsformer. Min patientgruppe hører udviklingspsykologisk til på det "præpersonlige" niveau, og mit projekt går ud på at undersøge om – og i givet fald - på hvilken måde, patienterne kan behandles med den receptive musikterapeutiske metode GIM, som ellers er forbeholdt klienter/patienter i det personlige område. I bogen *Transformation of Consciousness* præsenterer Wilber (kap. 3-5 fra side 66) en opsummering af sin *Full-spectrum model of human growth and development*, og refererer til de væsentligste analytikere, som har beskæftiget sig med de respektive niveauer. Wilbers model er resultat af mange års arbejde, og jeg vil derfor henvise til Wilber (1986;1998 dansk udg.) for uddybning af materialet.

I nedenstående model vises: *Basic Structures of Consciousness* som iflg. Wilber er:

.... those structures that, once emerged in development, tend to remain in existence as relatively autonomous units or sub-units in the course of subsequent development....

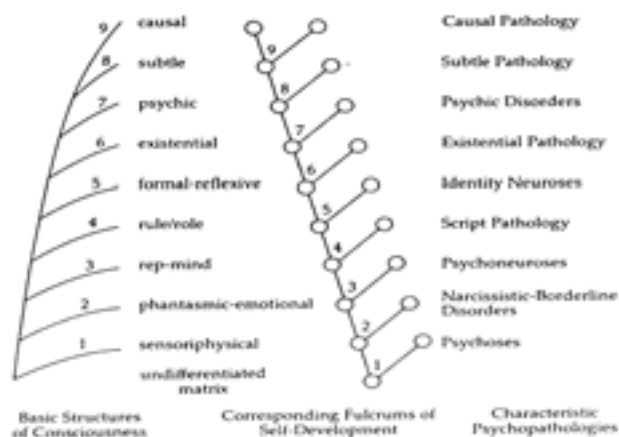
Even though it (the structures) is eventually transcended, subsumed, and subordinated by the self's movement to higher basic structures, it nevertheless retains a relative autonomy and functional independence. (s. 67, *ibid.*)

Wilber nævner, at den her viste model "basic structures", er resultat af et omfattende arbejde med at finde frem til en "master template", som iflg. Wilber er universel. Wilber har omhyggeligt sammenlignet og analyseret de mest fremtrædende psykologiske og religiøse retninger både i Øst og Vest og Wilber skriver at: *The structural models of Freud, Jung, Piaget, Arête, Werner, etc. were compared and contrasted with the structural models presented in the psychological systems of the world's contemplative traditions...*

Hvilket resulterede i:....*Several dozen basic structures, which span both conventional and contemplative development. For this presentation I have selected what seem to be the nine most central and functionally dominant structures.* (s. 68 *ibid.*)

"Gud, universet og alt muligt andet" om videnskab og religion (Lumbye 1998) og Fjord Jensen omtaler Wilber i bogen *Livsbuen* (Fjord Jensen 1993).

Fulcrum Model af Wilber:



Da mit projekt omhandler patienter som i flg. modellen hører hjemme i de nederste niveauer, er det naturligvis denne del af modellen som er i fokus, hvilket illustreres i den næste model. I forhold til at integrere psykoanalytisk udviklingspsykologi og objekt-relationsteori i modellen, påpeger Wilber at:

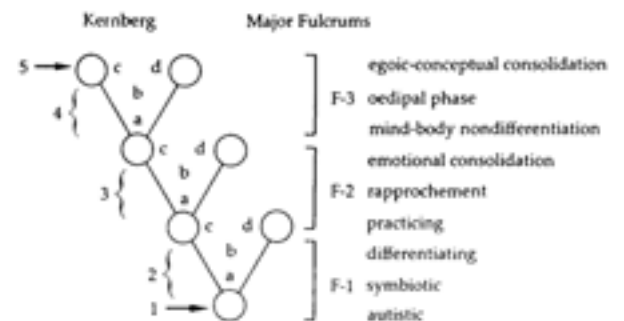
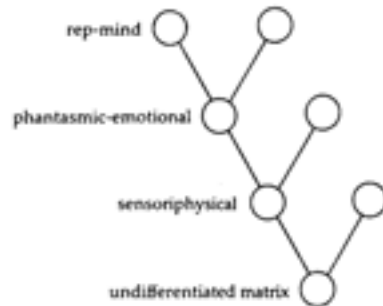
The first three fulcrums of self-developments simply represents the self's climb up the first three rungs of the ladder of major basic structures.....At each fulcrum, the self identities (normal preservation) with the corresponding basic structure, and thus is initially fused with - or undifferentiated from - that structure and its phenomenal objects. This is followed by a period of separation-differentiation (normal negation), wherein the self-system or self-structure learns to differentiate itself from both the objects of that level and the subject of the previous level

Wilber indfører altså et transcendens perspektiv, hvor selvet på et givent stade via separation /differentiering er nået frem til en kvalitativ ny skelnen, som er integreret på det næste niveau, hvor en ny separation/differentierings proces begynder. Denne separation/differentiering fremgår af nedenstående model, hvor der øverst ses en model af de grundlæggende fulcrums (omdrejningspunkter eller udviklingslinks) og dernæst Wilbers indførelse af underpunkterne (subfaserne) a, b og c/d, hvorm Wilber anfører at:

"a" represents the initial fusion or undifferentiated state of each fulcrum; "b" - the process of separation-differentiation; "c" -- the stable, differentiated, integrated self that emerges at the adequate negotiation on each fulcrum; and "d" – the correlative, differentiated-and-integrated object world of fulcrum.

Og Wilber tilføjer, at der generelt for hvert fulcrum (drejningspunkt/ drejningsunderlag) eksisterer 3 underfaser: "a" som repræsenterer den ikke-

diffentierede base, "b" som repræsenterer en vertikal og horisontal separation/differentiering, og "c/d", som repræsenterer den ideelle løsning og konsolidering og integration af det nyligt diffentierede selv med tilhørende objekt komponenter. Altså at der for hvert fulcrum eksisterer 3 navngivne underfaser, som "gentages" på hvert niveau. Som det fremgår er Kernbergs udviklingsmodel som ses i den efterfølgende oversigt, inkluderet i modellen.



Som det fremgår, er Wilbers point altså, at han opdeler hver fase/fulcrum i 3 underpunkter/understadier som "gentages" på hvert udviklingstrin.

Med hensyn til patologisk udvikling indenfor hvert fulcrum skriver Wilber (s. 96 ibid.) videre at:

If any fulcrum there is morbid preservation /fixation) or morbid negation (splitting, dissociation, repression), a characteristic pathology emerges, marked by the level of structural organization at which the lesion occurs.

Overordnet er målet i min undersøgelse - set i udviklingsøjemed - at den skizofrene patient både fysisk, emotionelt og mentalt gradvist opnår en højere autonom

selvopfattelse, som er differentieret fra den primære omsorgsperson, hvilket indbefatter, at patienten opnår en indre fornemmelse af objektkonstans. Faser i denne udvikling er beskrevet af Otto Kernberg – se næste side: Oversigt af faser i selvets udvikling, og disses korresponderende patologier. Det er ud fra denne fasebeskrivelse at Wilber indfører karakteristika ved de første tre stadier, som han mere enkelt beskriver er: Et fysisk selv, et emotionelt selv og et mentalt selv, som successivt kommer til syne, og gradvist bliver en del af personligheden. Det er derfor vigtigt i nærværende undersøgelse ud fra et udviklingspsykologisk perspektiv at være opmærksom på patienternes reaktioner i terapiforløbet af både fysisk, emotionel og mental karakter. Jeg vil senere i afhandlingen, under diskussion af projektet, vende tilbage til ovennævnte udviklingspsykologiske synspunkter i forhold til patienternes egen opfattelse af deres udbytte af forløbet, og min opfattelse af samme.

På næste side ses Kernbergs: *Stages of Self development and corresponding pathology*

Stages of Self development

Stage 1: Normal "Autism," or Primary Undifferentiated Stage This phase covers the first month of life and precedes the consolidation of the "good" undifferentiated self-object constellation. Failure or fixation of development at this stage is characteristic of autistic psychoses.

Stage 2: Normal "Symbiosis" This phase extends from the second month of life to about six or eight months of age. There is a relative incompleteness of the differentiation of self and object representations from each other and a persisting tendency for defensive refusion of "good" self and object images when severe trauma or frustration determines pathological development. Pathological fixation of, or regression to, Stage 2 is characteristic of symbiotic psychosis of childhood, most types of adult schizophrenia, and depressive psychoses.

Stage 3: Differentiation of Self from Object-Representations This stage begins around the eighth month of life and reaches completion between the eighteenth and the thirty-sixth month. It ends with the eventual integration of "good" and "bad" self-representations into an integrated self concept [that should be "self-image"; concepts do not emerge until around the fourth year of life], and the integration of "good" and "bad" representations into "total" [whole, not part] object representations. Failures in development during this stage lead to the development of the borderline personality organization. [In this general category Kernberg includes borderline syndromes, addictions, narcissistic disorders, "as if" and antisocial personality disorders; what all of them have in common, he believes, is a failure to integrate "all good" and "all bad" self and object part-images, i.e., they are all primarily characterized by splitting.] During this stage an early constellation of defenses is brought into operation, centering on splitting or primitive dissociation and fostering the other early defenses of denial, primitive idealization, projective identification, omnipotence, and devaluation.

Stage 4: Development of Higher Level Intrapsychic Object Relations-Derived Structures This stage begins in the latter part of the third year of life and lasts through the entire oedipal period. The typical psychopathology of this stage is represented by the neuroses and "higher level" character pathology. Repression becomes the main defensive operation of this stage.

Stage 5: Consolidation of Superego and Ego Integration This is a [postoedipal] stage of development with the gradual evolution of ego identity.

Baggrund, ændring og udvikling af forskningsdesign

Undersøgelsens første del er tests og interviews, som jeg har omtalt i sidste kapital. GAF testen før og efter forløbet, samt interviews og spørgeskema er gennemført som planlagt. Oprindeligt indeholdt designet også 3 psykologiske tests som blev udført af kKlinisk Psykologisk afdeling på SHH, og en testopfølgning et år efter terapien, men disse dele af projektet var det desværre ikke muligt at gennemføre p.gr.a. manglende ressourcer.

Undersøgelsens anden del er en analyse af fire af patienternes oplevelser under musiklytningen ud fra terapeuternes "field notater" efter hver session. Denne del af undersøgelsen er fastholdt, men har gennemgået visse ændringer i analyseperspektivet undervejs, som jeg vil skitsere i det følgende.

Allerede i mit første design af projektet, var det min plan, at der skulle indgå en næranalyse af nogle af patienternes oplevelser under musiklytningen. En delprocesanalyse i forhold til hele terapiprocesen, forstået ud fra en overordnet hermeneutisk epistemologi. Jeg valgte at fokusere på patienternes oplevelser under musiklytningen for at opnå indsigt i denne proces, fordi jeg mener, det er meget væsentligt at få information om denne del af terapien. Dette både for at beskrive de kliniske oplevelser under musiklytning³⁷, og for at kunne bedømme GIM metodens relevans som musikterapi metode overfor den valgte patientkategori. Desuden var hensigten at terapeut/patient forholdet, og forhold vedrørende gruppens betydning i terapiforløbet, ville blive belyst i spørgeskemaundersøgelsen. Jeg har altså bevidst valgt at underprioritere belysningen af selve overføringsforholdet, selvom jeg naturligvis godt er klar over, at det spiller en stor klinisk rolle.³⁸

³⁷ I sin afhandling *The Roots of Music Therapy: Towards an Indigenous research Paradigm* (Aigen 1991) skriver Aigen, at han mener, der er behov for at finde et nyt forskningsparadigme, som passer til at udtrykke oplevelsen af musikterapi. Han foreslår i flg. Amir (1992) at...*a productive direction for research would be to discover the vocabulary clients and therapists use to report their clinical experiences (s. 440) and new terms and categories based upon these categories.* Selvom Aigen utvivlsomt taler om aktiv musikterapi, mener jeg, at dette også gælder kliniske beskrivelser af GIM.

³⁸ Det bør tilføjes at elementer i overføringsforholdet bliver aktualiseret og belyst i case-materialet.

Ændring af teoretisk analysevinkel på undersøgelsens anden del Oprindeligt var det min tanke at undersøge fire patienters datamateriale ud fra ORT,³⁹ men under forskningsseminarerne på Gl. Vrå Slot i 1993-96 (Pedersen & Mahns 1996) blev jeg bekendt med metoden Grounded Theory og blev inspireret af den åbne "teorifri" tilgang til datamaterialet og forankringen af analysen i de givne data, samt at fokus klart var på teorigenerering frem for verificering.⁴⁰ Smeijsters (1997 kap.5, s.62) skriver at:

In grounded theory, we create an ideographic theory that fits one specific context. Grounded Theory to some extent resembles phenomenological reduction, in which existing theories are excluded and the phenomena are described without preconceptions.⁴¹

Disse tanker tiltalte mig meget og som nævnt under gennemgang af Grounded Theory ville valg af denne metode bevirke, at jeg tilstræbte en teorifri adgang og ikke på forhånd anskuede materialet ud fra en given "stor" teori og behandlede data herudfra - eller bevidst søgte efter bestemte fænomener og begreber. Det ville bevirke en afstand til ORT, som måske ville give mig mulighed for at forstå aspekter i ORT på en ny måde eller opdage nye teoretiske perspektiver i det hele taget. Senere fandt jeg ud af, at det også gav mig mulighed for at forsøge at forstå materialet uden på forhånd at indtage en til dels patologiserende teoretisk vinkel på det ubevidste, som jeg mener den oprindelige freudianske tankegang har tendens til at bygge på.

Mit næste spørgsmål var en præcisering af undersøgelsesfeltet, og jeg fandt frem til, at jeg ville fokusere på hvilke informationer jeg fik om patienterne ud fra deres oplevelser under musiklytning.

Jeg begyndte at anskue mine field notater (dataenheder)⁴² herudfra og begyndte løseligt at kategorisere patienternes udsagn. I materialet fandt jeg forskellige relations mønstre - f.eks. patientens forhold til familien, gruppen, sig selv, afdelingen, og til andre mere idiosynkratiske objekter. Dette blev begyndelsen og

³⁹ Se casestudy: Moe (1998)

⁴⁰ Smeijsters er musikolog og seniorforsker. Har bl.a. redigeret bogen "Multiple Perspectives" hvor hvor dette citat er taget fra.

⁴¹ Se også: afsnit om Grounded Theory under kapitlet om videnskabsteorier.

⁴² Se skemaformat, bilag nr.

grundlaget for min kategoridannelse. Mange udsagn kunne efter min opfattelse naturligt relateres til ORT, men der var nu også mulighed for dannelse af kategorier som opstod uafhængigt af ORT optikken.

I den oprindelige udformning af Grounded Theory (GT) lagde Glaser og Strauss vægt på, at forskerens syn på data skulle være forudsætningsløst, men senere er denne grundtanke blevet anfægtet af Strauss (Strauss og Corbin, 1990), som i lighed med hermeneutikere som Gadamer mener, at der altid vil være en forforståelse i forskerens bevidsthed, som vil få indflydelse på forskerens syn på materialet. Jeg er enig i denne anskuelse, og mener at mine mange år i psykiatrien har påvirket mig både bevidst og ubevidst. Dette betyder at jeg allerede i samspillet med patienterne, i udvælgelsen af musikken og i forståelsen af gruppedynamikken agerer under indflydelse af en bevidst og ubevidst teoretisk forforståelse. F.eks. spiller min forståelse af hensigten og meningen med musikkens containende funktion ind, og jeg er løbende præget af udviklingspsykologiske overvejelser om patienterne. Denne indflydelse afspejles også i min navngivning af kategorierne. Benævnelsen af kategorierne i min model består af almene begreber kendt indenfor behandlingsorienteret terminologi.⁴³ Dette skyldes dog også, at jeg i min analysemetode ikke har elaboreret på kategoridannelsen, som man sædvanligvis gør det i GT, hvilket jeg kort vil redegøre for.

Min fremgangsmåde til kategoridannelse er som udgangspunkt analog med GT, men der er væsentlige forskelle i processen. Ligesom i GT har jeg "atomiseret teksten" og dannet små betydningsenheder ud fra patienternes udsagn, som jeg har placeret i forskellige kategorier. I GT kaldes dette kodning, og efter en kodning følger en ofte omfattende kodningsrapport, hvor forskeren allerede i denne fase begynder at tænke på eventuel teoridannelse.⁴⁴ Min model indeholder ingen kodningsrapport, men i stedet en rubrik i analysemodellen ("mine kommentarer"), hvor jeg forklarer, hvorfor jeg har valgt at placere et givent patientudsagn/betydningsenhed i én eller flere kategorier. Proceduren i min

⁴³ Denne tendens til at vælge at benævne kategorier ud fra kendte begreber omtales også af Ken Bruscia i artiklen: *The nature of Music Therapy - et interview med Brunjulf Stige*, som vil blive publiceret i *Nordic Journal of Music Therapy*. (Bruscia K., Stige B., 2000, in press).

⁴⁴ Vedr. kodningsrapport i musikterapi sammenhæng se: Aigen (1998)

metode er på dette punkt anderledes og langt mindre omfattende end almen praksis i GT, hvor kodningsrapporten ofte er meget omfattende og udgør en væsentlig - nogen mener uomgængelig - del af GT processen. Alvesson og Skjöldberg (1994) kritiserer dog det omfattende omfang en kodningsrapport kan have, og anfører, at der ofte lægges alt for meget energi i et detaljeret kodningsarbejde. Forfatterne skriver også at:

En nackdel med processen (i GT) er att det reella organiske sambandet mellem incidenterne (data) bryds, i och med att dessa relateres till kategorier. Händelserna lösgörs från den kontext av relationer vari de indgår och knyts i stället till aktörens/forskarens common sense medvetande. Det gör att det t.ex bliver svårare att studera organisatoriska relationer med denne metodik (s. 82 ibid),

hvilket ifølge forfatterne i første omgang ikke gør den velegnet til case beskrivelser. For at undgå at løsrive hændelserne (patientens oplevelser under musiklytning) mere end højst nødvendigt fra konteksten, elaborerede jeg ikke på disse enheder som i GT kaldes kodninger. Desuden var mine dataenheder (sessionsnoterne for hver patient) overskuelige og umiddelbart anvendelige. Mens man i GT hele tiden arbejder med at udvikle egenskaber i de forskellige kategorier, har jeg lagt vægt på at holde mig tæt til patienternes udsagn i de små enheder, som indgår i kategoriernes hierarki. Dette har medført at benævnelsen af mine kategorier er mere almene end særegne, men det er stadig kategorier, som er opstået ud fra patienternes oplevelser og min oplevelse af fællestræk i disse beskrivelser. Med udgangspunkt i kategorierne, har jeg herefter foretaget en vertikal og efterfølgende en horisontal analyse af materialet som metode til at påpege mønstre og sammenhænge i patienternes oplevelser og arbejdstemaer.

I GT er målet at skabe en teori ud fra de groundede kategorier. En måde en teoridannelse kan opstå på er, at kategorier korreleres med hinanden, og at der derudfra anføres teoridannelse. En anden taktik er at finde en kernekategori, et centralt begreb, hvorfra der kan relateres til de øvrige kategorier og underkategorier. Under mit kategoriseringsarbejde fandt jeg frem til en overordnet synsvinkel, som kan kaldes en kernekategori eller måske snarere et overordnet fokus, hvorudfra de øvrige kategorier ansues. Altså et omdrejningspunkt for de øvrige kategorier eller en "procesorienteret" hovedkategori. Jeg benævnte først denne overordnede synsvinkel "kurative billeder/udsagn". Siden modificerede jeg benævnelsen til "restituerende faktorer" - idet jeg syntes denne benævnelse var mere rummelig og ikke så fokuseret på en evt. helbredende effekt, hvilket jeg ikke

mente patienternes udsagn kunne "bære". Mit nye fokus blev altså – via denne kvalitative fokuseringsproces - ændret/specificeret til: "Restituerende faktorer i den terapeutiske proces udfra patienternes oplevelser under musiklytning." Det blev efterhånden tydeligt for mig, at mit mål for analysen både kunne indeholde teoridannelse og proces-effekt, hvilket jeg kort vil redegøre for.

Procesforskning – Proces-effekt

Carsten René Jørgensen (1999, s.71) skriver, at når man taler om den terapeutiske proces bør man skelne mellem (1): behandlingsprocessen - som henviser til det som udspiller sig mellem patient og klient i terapien, og (2): forandringsprocessen - som primært dækker det der sker "inde i" patienten i løbet af behandlingen, og som man således kun og i bedste fald har indirekte adgang til at udforske. Mine data fra patienternes rapporter om deres oplevelser omfatter elementer fra begge processer, og mht. (1) ikke bare mellem terapeut og klient, men også mellem terapeut og musik og klient. Mht. (2) forandringsprocessen er oplevelserne under musiklytning, måske så tæt på, hvad man kan komme, det der sker "inde i patienten".

Hovedspørgsmålet: *Hvilke informationer får jeg om patienterne udfra deres oplevelser under musiklytningen*, kom også til at omfatte hvilken rolle disse oplevelser spiller i terapiforløbet. Ville oplevelserne sætte gang i terapeutiske processer hos patienterne, og ville jeg kunne se udviklingstendenser udfra disse oplevelser? Altså er der tale om procesforskning - et ønske om at belyse effekten af musikinterventionen i terapiforløbet. Carsten Rene Jørgensen (Jørgensen 1999, s.72) nævner videre at:

der er generelt fortsat problemer med at foretage en tilfredsstillende skelnen imellem proces og effekt i den forstand at ændringer i f.eks. patientens adfærd både kan være en central del af den terapeutiske proces, som efterfølgende meddeterminerer det terapeutiske udbytte, samtidig med, at den selv samme adfærdsændring kan betragtes som et udtryk for terapeutisk udbytte.

Proces og mål kan altså være begge være udtryk for effekt. Jørgensen påpeger herefter at ændringer i den terapeutiske proces også kan ses som et mikroudbytte, der over tid akkumuleres til et terapeutisk udbytte, som så kan observeres med de almindeligt anvendte mere globale effektmål.

Forskning i den terapeutiske proces er typisk et forsøg på at afdække faktorer i processen som fremmer hhv. hæmmer det terapeutiske arbejde, i den fortsatte

proces og det terapeutiske udbytte. Undersøgellesdesigns som fokuserer på procesforskning kan iflg. Jørgensen (1999) s.73 være:

1. proces-effekt prædikator forskning, hvor man ser på sammenhænge imellem processen på et givent tidspunkt og senere effekt.
2. proces-mikroeffekt forskning, hvor fokus er sammenhænge imellem dele af den terapeutiske proces (eksempelvis afgrænsede terapeutiske interventioner) og umiddelbart efterfølgende tegn på terapeutisk effekt,
3. proces- proces forskning, som ser på, hvorledes et element i den terapeutiske proces medfører eller fører frem til et andet (terapiens dynamiske forløb) eller
4. retrospektive spørgeskemaer eller interviews, hvor patient og/eller terapeut umiddelbart efter en given session eller ved behandlingsafslutningen bliver bedt om at udpege og evt. forholde sig til vigtige begivenheder og/eller virksomme elementer i terapien.

Ses ovennævnte i forhold til mit projektdesign vil aspekter under pkt. 4:

Retrospektive spørgeskemaer eller interviews belyses i undersøgelsens første del: Undersøgelsesmetode I , mens aspekter pkt. 2 og 3 bliver belyst i undersøgelsens anden del : undersøgelsesmetode II som omhandler patienternes oplevelser under musiklytningen i terapiforløbet, og fokuserer på terapeutisk udvikling. Mht. til Jørgensens pkt.1, synes jeg ikke, at jeg decideret har været optaget af prædikator forskning, selvom der måske vil kunne påpeges sammenhæng mellem processen på et givent tidspunkt og en mulig senere effekt.

Metateoretisk reference

Fokus på fremkaldelse og klargøring af temaer og mønstre, patienten arbejder med, samt udviklingstendenser indenfor disse - altså proces-effekt - hører videnskabsteoretisk hjemme i det område, som Alvesson og Skjöldberg (1994 s. 131) benævner aletisk hermeneutik. Aletisk hermeneutik er kendetegnet ved afsløring af noget skjult eller sløret. Dette kan præciseres som eksistentiel og poetisk hermeneutik. Eksistentiel hermeneutik er kendetegnet ved oplevelse, mening, intentionalitet, at lytte og spørge til teksten samt forforståelse som baggrund for bedre selvforståelse. Poetisk hermeneutik er kendetegnet ved forståelse (af sprog og tankevirksomhed) via metaforer og narrativer: altså at tankens væsen dybest set er metaforisk – poetisk, og ikke logisk-formel.

Sammenfattende er jeg kommet frem til en analysemodel, hvor jeg, inspireret af GT, har opdelt teksten i små enheder, og anbragt disse enheder i kategorier med det formål, at opnå overblik nok til at finde virksomme temaer og sammenhænge i

patientens historie. En dekonstruktion med det formål at opdage skjult integration/nukonstruktion, og en forståelse af verden som et sted, der både er konstrueret, og et sted man selv konstruerer.

Validitet og reliabilitet

Validering i kvalitativ forskning handler om forskningskonstruktionens reliabilitet.

En anden forsker må kunne checke 3 ting, når vedkommende læser en forskningsrapport:

Data selektionen (reliabilitet) - data kodningen (konstruktionsvaliditet, "construct validity") - og den foreslåede forbindelse mellem behandling og udvikling (troværdighed "internal validity"). Dette indebærer iflg. Smeijsters (1997, s. 32), at ethvert kvalitativt forskningsprojekt skal indeholde fire report typer:

1. Forskningsplanen ("Research proposal") – som indeholder definition af problemet og den procedure, hvorunder problemet vil blive belyst.
2. De rå data
3. De bearbejdede data, som viser sammenhængen i de fund man gør eller viser vejen frem til ens resultater (chain of evidence)
4. Den afsluttende rapport i artikelform, hvor forskningsproceduren er kondenseret, og læseren derfor ikke kan følge databearbejdningen, men skal have mulighed for dette via henvisning fra forfatteren indenfor gældende etiske rammer⁴⁵

Begreber som validitet og reliabilitet stammer fra traditionel kvantitativ forskning. Da disse begreber ikke er hensigtsmæssige i kvalitativ forskning, introducerede Lincoln og Guba (Lincoln & Guba, 1982) fire koncepter som stemmer overens med kvalitativ forskning. Iflg. Smeijsters (1996 s. 36 p.p.) er disse grundbegreber som følger udfra mit forslag til oversættelse til dansk:

- Troværdighed (credibility i stedet for "internal validity")⁴⁶

Dette i betydningen – testning af om forskerens rekonstruktioner er troværdige i

⁴⁵ Se også side... om min forskningskonstruktion udfra GT.

forhold til datamaterialet eller som Smeijsters udtrykker det...*the constructors of the multiple realities*. Aigen (1996, ibid. s.36.pp) tilføjer at: *there always should be verification of whether researchers' interpretations are grounded in data and the chains of evidence the researchers construct should be examined*.

Bruscia (1995, ibid. s. 37) skriver: *If we look into the goals of qualitative research we find "analysis" meaning the discovering of patterns, recurrences, categories, types..*

Denne eftersøgning efter mønstre og (skjulte) sammenhænge er noget, jeg i høj grad fokuserer på. Som eksempler på metoder, der anvendes som

"troværdighedsmetoder" (credibility/internal validity) nævner Smeijsters

"controlled subjectivity", "peerdebriefing"⁴⁷ og "pattern matching" som hentyder til

sammenligning mellem typiske fund i multiple case studies. Dette kan f.eks. være mønstre i forholdet mellem terapeut, klient, tolkning og øjeblik, hvorudfra der kan

belyses typiske sammenlignelige mønstre selvom enhver klient, terapeut tolkning,

kontekst osv. fænomenologisk set er unik. Dette gælder både internt for den

enkelte case og eksternt (external validity), når en single case anses som en typisk

case, og dermed repræsenterer andre lignende cases, hvilket leder frem til det

næste begreb: transferens.

- Overførselsmulighed /transferens (transferability i stedet for "external validity"), hvilket hentyder til, i hvor stor udstrækning en given forskning i en bestemt kontekst kan overføres til eller forstås i en anden kontekst. Om dette skriver Smeijsters (ibid. s. 39) at *..because a context is not a "sample" and every context is different, we cannot generalize findings. Only when there is a degree of similarity between the original and new context can we transfer the results of research; therefore, qualitative researchers must provide a multi-layered description of the original context*. Idet kvalitative forskere tænker holistisk kan sammenlignelige situationer ikke overføres *nøjagtigt* fra en kontekst til en anden. Den menneskelige kontekst og interaktionen mellem forsker og deltagere vil

⁴⁷ Se også efterfølgende side om valideringsmetoder af den kvalitative analyse

være unik for ethvert projekt, men det er muligt at opsøge og beskrive typiske paralleller mellem sammenlignelige projekter.

- Pålidelighed/ kvalitativ reabilitet (dependability i stedet for "reabilitet") er efter min mening at indføre et begreb som omhandler sandhedsbegrebet, og det er (igen) den multiplative forståelse af sandheden som er i fokus. Ligesom i ovennævnte vedrørende overførsel kan situationer ikke replikeres men, som Smeijsters nævner, kan beskrivelser af (unikke) forløb replikeres og sammenlignes. Pålidelighed sikres ligesom troværdighed f.eks. gennem gentagne observationer af materialet via mangetydig eller mangeartet perspektivering ("multiple perspectives") fra forskellige deltagere i projektet.
- Konfirmering/bekræftelse – (confirmability i stedet for "objectivity"). Som nævnt mener kvalitative forskere ikke at begrebet objektivitet er anvendeligt, fordi der ikke eksisterer nogen entydig objektiv sandhed. I stedet ses realiteter som subjektivt konstruerede entiteter, og "det menneskelige instrument" anvendt i stedet for standardiserede tests som garant for forskerens konstruktioner og tolkninger. Subjektive perspektiver fra deltagere i et projekt inkluderes.

Valideringsmetoder i projektet

Som validering af min analyse af: *Restituerende faktorer i den terapeutiske proces ud fra patienternes oplevelser under musiklytning*, ses følgende kvalitative validering:

- Triangulering ⁴⁸– en teoretisk triangulering, hvor projektet belyses ud fra 3 forskellige vinkler: GAF – interviews – og spørgeskema.
- Sammenligning med resultatet af GAF undersøgelsen og de øvrige tests. ⁴⁹

⁴⁸ *Triangulation improves "reliability" and allows for phenomena to be highlighted in a variety of ways and therefore to be labelled differently. It is consequently possible to check whether the phenomena are verbally represented as adequately as possible (Smeijsters 1997: s. 32)*

⁴⁹ Om validering af kvalitativ forskning skriver Bruscia i Wheeler (1995 s.325):
...One of the main tenets of qualitative research is that, regardless of what perspective is used to interpret data, the best source of verification for any interpretations is the

- Kollegial feedback (Peer-debriefing) ⁵⁰
- Rekonstruerbarhed (comprehensibility). Tydelig visning af analyseproceduren. Herunder data-selektion, datakodning og bearbejdning, samt foreslået sammenhæng mellem behandling og udvikling.
- Kontrolleret subjektivitet (controlled subjectivity)⁵¹
- At anskue udvikling ud fra mål som patienten selv har formuleret ved begyndelsen af terapiforløbet.
- Sammenligning af mønstre (pattern matching): Mønstre i de 4 cases jeg vil analysere.
- "Link" til eksisterende psykoterapeutiske konstruktioner (konstruktionsvaliditet)

participant himself or herself. Vedr. uddybning af de engelske betegnelser, se også Bruscia i Wheeler (1995).

⁵⁰ Jf. side...68? -

⁵¹forstået på den måde, at min vejleder og co-terapeut og to kolleger har læst og kommenteret min analyse af materiale fra de fire cases. Disse kommentarer har først fremmest været spørgsmål til teksten, som har medvirket til omformuleringer fra min side i forsøg på at skabe mere klarhed i teksten, og i visse tilfælde en ændret tekstopstilling, samt uddybelse af begreber. Kommentarerne har haft en inspirerende funktion, og jeg har bl.a. fået indtryk af, at andre kan bruge min analyseopstilling, og f.eks. via opstillingen få øje på andre sammenhænge (mønstre) i et patientforløb. Jeg har også fået indtryk af, at de kolleger der har læst materialet primært har kunnet følge mine synspunkter.

Opbygning af analysemodel – Undersøgelsesmetode II

Med baggrund i de ovennævnte ændringer, vil jeg i det følgende beskrive, hvordan min analysemodel er bygget op.

Smeisters (1997, kap. 5) gennemgår i bogen *Multiple Perspectives*, Dorit Amirs måde at anvende GT på.⁵²

Smeijsters (s.64ff) angiver i denne forbindelse GT processen. En fremgangsmåde jeg er blevet inspireret af til opbygning af min adaption af GT, hvilket jeg vil redegøre for i det følgende.

Analysemodellens trin:

I nedenstående ses først en GT analyseproces udformning generelt (i flg. Smeijsters), og derefter har jeg i kursiv angivet indholdet af de faktuelle trin, jeg er gået frem efter.

Exploration

Registrering af data

Nedskrivning af pt. udsagn lige efter terapisesionerne sammen med co-terapeuten. Gennemlæsning af alle data fra alle patienter i undersøgelsen.

Analyse af data og formulering af de første kategorier (concepts) ud fra det første spørgsmål "Hvad sker der her"? - Forskeren nedskriver, hvad der synes at være væsentligt på "begrebskort"

Danne initiale kategorier ud fra "mærkning" af data i små enheder. F.eks.:

⁵² Amir undersøgte fire klienter og fire terapeuters syn på terapien ved hjælp af kvalitative interviews ud fra temaet: *Meaningful Moments in the Music Therapy Process*. Eksempelvis hvad henholdsvis terapeuterne og klienterne fandt var "meningsfulde øjeblikke", og hvilke faktorer der understøttede disse øjeblikke.

- Udvælgelse af fire patienter som næranalyseres
- typer af interpersonelle relationer
- typer af intrapersonelle relationer
- typer af andre objekt relationer, f.eks. fantasifigurer, patientens syn på sig selv

Specifikation

Analyse af alle data som ønskes belyst. Genlæsning. Nye data udvider begrebsdannelsen indtil alle rå data er placeret i det "nødvendige" antal begreber.

Her har jeg fulgt den anbefalede fremgangsmåde og har genlæst materialet indtil alle "rå" data er placeret i det "nødvendige"- tilstrækkelige antal begreber. ("Begrebsmætning")

Reduktion

Dannelse af kernebegreber og foreløbige kategorier ud fra spørgsmålet: Hvad er det/de væsentligste begreb ud fra alle hændelser i materialet. (Kernebegreber skal i flg. Smeijsters opfylde tre kriterier: De skal reflektere de væsentligste data, de skal være i god overensstemmelse og have sammenhæng med andre begreber og de skal indtage en central rolle og afspejle mange rå data.

Genlæsning af data. Kategorisering af hver enkelt patients materiale

REDUKTION: Danne kernekategorier og kategorier for fire patienter. F.eks.

- Interpersonelle relationer (kernekategori) herunder relationer til
 - familien
 - gruppen
 - afdelingen
 - andre
 - Kernekategori: Emotionelle aspekter, herunder
 - håb
 - kernekategori: Aggressionsforvaltning, herunder
 - selvmordstanker
- andre kategorier: pt. s direkte reference til musikken, samt opdeling af patientens oplevelser i enkeltstående hændelser (bevidsthedsstrømme) og mere sammenhængende historier (narrative sekvenser)

Integration

Dette trin er selve teoriudviklingen. Her foregår:

Dannelse af kategorier = koncepter/begreber grupperet i en højere mere abstrakt orden og dannelse af hovedkategori/ overordnet synsvinkel: Det centrale fænomen, hvorunder alle andre kategorier er integreret.

Danne hovedkategori/synsvinkel

Færdiggørelse af analysemodel:

- Hovedkategori/ Omdrejningspunkt: Restituerende faktorer.
Kerne kategorier f.eks.: Kognitive aspekter, Interpersonelle aspekter
- Profil for hver patient inkl. anamnese og konklusion for hver "case"
- Tre andre terapeuters læsning af materialet og feed back herpå.
- Genlæsning. Endelig dannelse af model til vertikal og horisontal analyse.
- teoridannelse

Opsamling

Ift. Smeisters tre kriterier vedr. kernebegreber, blev det klart for mig efterhånden som jeg arbejdede med analysen, at det var de restituerende faktorer i patienternes oplevelser, som var det væsentligste, samlende aspekt. Dette aspekt gik igen i hver kategorigruppe, som efterhånden blev afgrænset til 8 hovedkategorier: Kognitive aspekter, Refleksioner, Emotionelle aspekter, Interpersonelle aspekter, Forsvarsorienterede aspekter, Udsagn/billeder vedr. kerneproblemer, Historisk sammenhæng og Metaforer/transformation af metaforer. Denne analysemodel ses i næste kapitel om forskningsdesign, og GT arbejdsproceduren afstedkom de spørgsmål, jeg valgte at belyse i den kvalitative analyse. Disse spørgsmål (som vil blive specificeret i næste kapitel om design) blev som følger:

- Billeder/udsagn i den terapeutiske proces ? (Vertikal analyse)
- Hvordan er disse billeder/udsagn relateret til inter- og intrapersonelle temaer i terapien ? (horisontal analyse)
- Hvordan er billederne relateret til patientens terapeutiske mål ? (horisontal analyse)
- Hvordan kan jeg beskrive en proces-effekt ud fra billederne ? (horisontal analyse)
- Hvordan refererer patienten til musikken og metoden ? (GIM modifikation) (vertikal og horisontal analyse)

- Hvordan er billedernes fremtrædelsesform. Fremstår de i narrative sekvenser eller tilsyneladende uden narrativ sammenhæng (som bevidsthedsstrømme)

Model over tolkningsniveauer:

Nedenstående model er en anden procedure, jeg har fulgt i bearbejdningen af case-materialet. Modellen angiver, hvornår og hvor i den terapeutiske proces, jeg bevæger mig fra A til D:

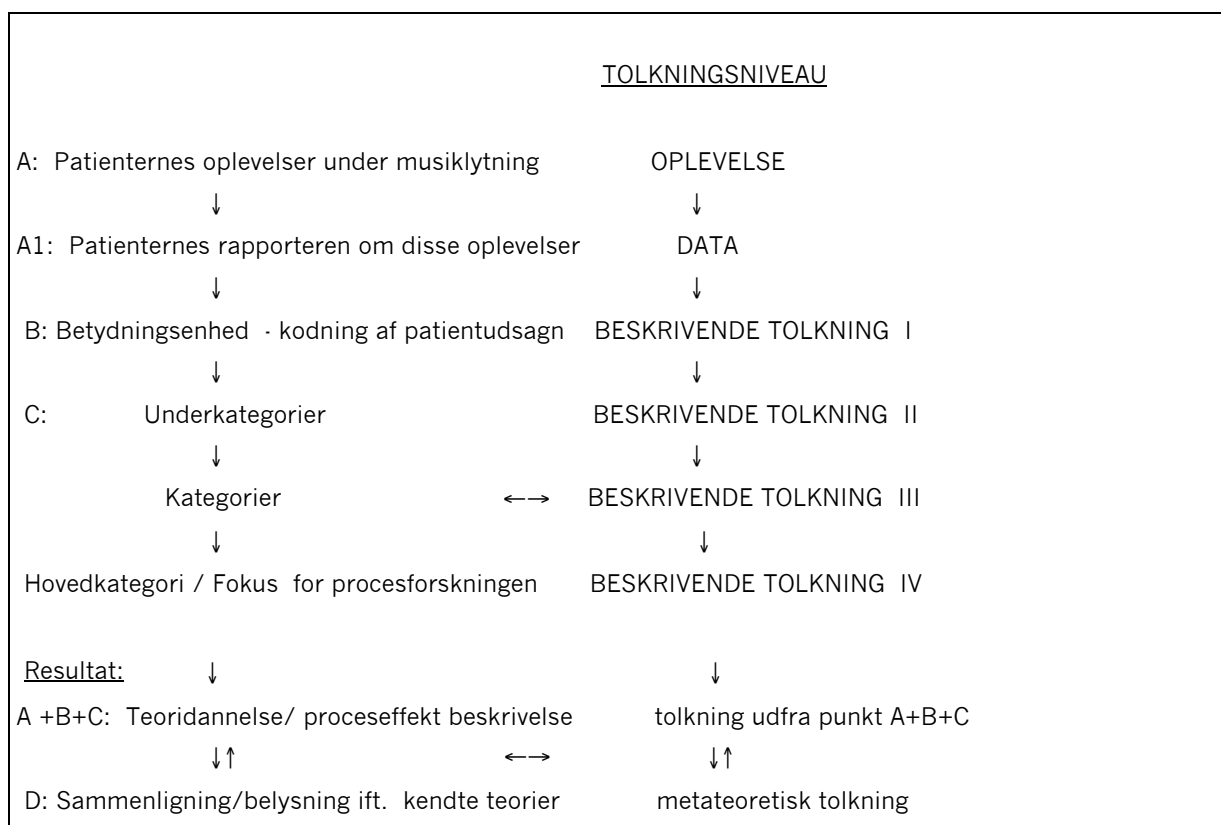
A: oplevelsen

A1: Nedskrivning af oplevelsen – Data (lige efter hver session)

B: beskrivende tolkning som holder sig tæt til data

C: beskrivende tolkning på et gradvist højere abstraktionsniveau (II+III+IV)

D: metateoretisk tolkning.



Kapitel 4 - Undersøgelsens design

Dataindsamling blev gennemført i perioden 22/3 1995 – 25/6 1997, og følgende undersøgelsesdesign blev anvendt:

Undersøgelsesområde:

Undersøgelse af ændringer af psykologiske objektkonfigurationer

I receptiv musikterapi (GIM) i gruppe med skizofrene og skizotypiske patienter.

Hypoteser:

- a. Bevidste og ubevidste objektrelationmønstre fremtræder under GIM.
- b. Integration af objektrepræsentationer og relationsmønstre, som varierer med generel psykologisk eller psykiatrisk funktionsniveau finder sted.
- c. Receptiv musikterapi i gruppe fremmer objektintegration og forbedrer det psykologiske funktionsniveau.

Initiale spørgsmål:

1. Hvilke informationer får man fra patienternes oplevelser under musiklytning ?
2. Kan oplevelser under musiklytningen afspejle patienternes indre liv på en måde, som kan give væsentlige informationer om deres indre objektrelationer og selvopfattelse, og kan jeg herudfra beskrive en eventuel udvikling med patienten.
3. Hvad er patienternes syn på denne form for musikterapi, og
4. Kan der ud fra valgt analysemodel beskrives en terapeutisk effekt af terapiforløbet.

Forløbsstruktur:

Interview (forsamtale)

- foretages af terapeuterne med henblik på egnethed til deltagelse i projektet.

Gruppen er "slow open", således at den fyldes op, hvis en patient forlader denne.

Pt. vil sideløbende med projektet modtage vanlig psykiatrisk behandling. Interviewet vil blive foretaget ud fra retningslinier, som fremgår af bilag nr. 2.

Vedrørende dropouts:

- Patienter der ikke gennemfører 6 mdr. gruppeforløb, vil søges undersøgt med ovenstående metoder alligevel.

Motivation:

- Patienterne skal have et formuleret ønske om øget selvforståelse

Data:

GAF materiale (Global Assessment of Functioning)

Patientinterviews⁵³

Patienternes udsagn om deres oplevelser under musiklytning efter hver session ud fra terapeuternes "field notes".

Klassifikation af patienternes udsagn

Undersøgelsesmetoder:

GAF undersøgelse af uafhængig læge v. start og afslutning

Semi-struktureret interview efter forløbet om patienternes oplevelse af forløbet, foretaget af samme læge.

Analyse af patienternes oplevelser under musiklytning

Patienter.

Anslået 12 patienter, døgnindlagte, dagpatienter eller ambulant tilknyttet Afd. U, SHH.

Inklusionskriterier

Patienterne skal være mellem 18 og 50 år, og diagnostisk være hjemmehørende i skizofrenispekteret i henhold til WHO's ICD 10. De skal være motiverede for behandlingen og, have et formuleret ønske om øget selvforståelse, samt en begyndende sygdomserkendelse.

Eksklusionskriterier

Patienterne må ikke have noget nævneværdigt misbrug. De må ikke lide af organisk hjerneskade. De må ikke have alvorligere tendens til acting out eller selvdestruktiv adfærd.

Etik

Undersøgelsen bliver gennemført i henhold til den seneste reviderede Helsingki 2 deklARATION.

Undersøgelsen er godkendt af Etisk råd i Kbh. og Frederiksberg Kommune.

Patientinformation.

Før patienterne indgår i undersøgelsen, vil alle modtage en mundtlig og skriftlig information om undersøgelsens formål, hvordan den gennemføres, samt fordele og ulemper ved at deltage. Informationsskema se bilag nr. 6

⁵³ Se bilag 5: Interview format

Miljø

Behandlingen foregår i velegnede lokaler på Afdelingen for Musikterapi i Kurhuset på Skt. Hans Hospital. Afdelingen er placeret i rolige lokaler med udsigt mod Boserup skov.

Terapilokalet er rummeligt, enkelt indrettet med behagelige stole og madrasser som tages i brug ifm. lytningen.

Hospitalets bygninger i øvrigt fremstår i vidt omfang som en vedligeholdt enhed af bygninger, der har mange arkitektoniske, miljømæssige og historiske kvaliteter, og området omkring hospitalet er fredet. Der satses på eneværelser til alle patienter i år 2002.

Der indlægges ca. 1500 patienter om året, heraf er ca. 500 indlæggelser af patienter i forbindelse med flytninger mellem hospitalets afdelinger. Antallet af indlæggelser afspejler bl.a. at de disponible sengepladser udnyttes af vanskeligt udskrivelige kroniske patienter. Hospitalet modtager de mest sygdomsprægede patienter af den københavnske psykiatri. Der er ofte tale om patienter med en dobbelt diagnose, og antallet af retslige patienter er stigende.

Der er i gennemsnit ca. 500 patienter indlagt, fordelt på 5 afdelinger: U (Ungdom) P (Psykose), R (Retslige), K (Korttidsindlagte), M (Misbrugspatienter).

Antallet af fuldtidsansatte udgør ca. 1460 stillinger, hvoraf mere end halvdelen af stillingerne i plejepersonalegruppen er normeret til social og sundhedsassistenter.

Publikation.

Resultaterne for undersøgelsen vil blive søgt publiceret i et egnet tidsskrift, med Torben Moe som første forfatter.⁵⁴

Forskningssteam.

Musikterapeut Torben Moe

Afd. læge Anette Roesen, afd. U (co-terapeut)

Overlæge Hans Raben afd. K (interviewer)

Overlæge Lars Burgaard, afd. U (supervisor)

⁵⁴ Foreløbige publikationer: Musikterapiforløb med en skizotypisk patient ud fra en modifikation af metoden Guided Imagery and Music (GIM) i *Nordic Journal of Music Therapy* (1998) og i Årskrift for Musikterapi (2000) i revideret udgave. Artikel i *Nordic Journal* omhandlende projektets første del forventes publiceret i 2001.

Rammer for undersøgelsen

Setting

Gruppen har bestået af 3-5 patienter af gangen. Gruppen har været slowopen og den enkelte session har varet 1_ time med 1 uges interval.

Sessionerne er opdelt i 3 faser: en indledende runde, musiklytningsdelen og en afsluttende, opsamlende runde.

I den indledende runde fortæller patienterne på skift om, hvad de er optaget af her og nu. Eksempelvis, hvordan de har det, hvad de har oplevet i den forløbne uge, eller refererer til tanker, de har gjort sig i forbindelse med den foregående session eller tanker om fremtiden, forholdet til familien eller en eventuel partner. På baggrund af disse oplysninger og den aktuelle atmosfære i gruppen vælger musikterapeuten musikken til lytning.

Herefter følger musiklytningsdelen, som varer ca. 15 min. Patienterne vælger hovedsageligt selv, om de vil ligge på en madras på gulvet eller blive siddende i deres stol under musiklytningen.⁵⁵ Inden musikken starter, forberedes lytningen med ca. to minutters afslapningsøvelser med fokus på åndedrættet. Musikdelen indledes herefter af musikterapeutens guidning. Guidningen er foregår enten indenfor det første minut af musiklytningen eller løbende igennem hele musikstykket. Som eksempler på guidning kan nævnes et besøg i en have, at forestille sig et hus eller en sejltur. Det tilstræbes at guidningen er enkel og tydelig. Guidningen er tænkt som en hjælp til at strukturere indre oplevelser, men det accepteres også at patienterne frit følger deres egne associationer.

Musiklytningen efterfølges af en afsluttende runde, på ca. 45 min. Denne foregår ligesom den indledende runde på en måde, så alle kommer til orde.

⁵⁵ Det vil for de allerfleste være mere udfordrende, og sårbart at ligge ned i stedet for at sidde op. Det viste sig efterfølgende, at næsten alle patienterne var i stand til at administrere denne frihed, og vi følte kun, det var nødvendigt at gribe vejledende ind ved enkelte lejligheder.

Patienterne fortæller om hvilke forestillinger og emotioner, de har haft under musiklytningen, og disse relateres til deres aktuelle situation, som den er fremgået af den indledende runde og det kendskab terapeuterne i øvrigt har til patienten.

Undersøgelsens opbygning

Undersøgelsen er delt op i to dele.

Første del:

Undersøgelsesmetode 1 er delt op i A, B og C som omtales nærmere på næste side.

Metoden omhandler data fra alle patienterne indsamlet af uafhængig læge umiddelbart før og senest 1 måned efter forløbet.

Spørgsmål som vil blive belyst:

- 1) Patienternes funktionsniveau før og umiddelbart efter forløbet
- 2) Patienternes syn på terapien ud fra spørgeskemaer og interview

Anden del :

Undersøgelsesmetode 2: Analyse af data fra fire patienters oplevelser under musiklytningen, analyseret ud fra kvalitativ analysemodel som er grounded i materialet.

Spørgsmål som vil blive belyst:

- 1) Vil patienterne opleve billeder til musiklytning
- 2) Hvilke informationer vil jeg få om patienterne ud fra deres oplevelser under musiklytning
- 3) Vil disse informationer give mig indblik i patienternes intrapsyiske objektrelationer og
- 4) Vil eventuelle udviklingstendenser kunne påvises.
- 5) Hvilken rolle spiller musikken for patienterne i terapiforløbet
- 6) Hvordan udtrykker patienterne deres oplevelser under musiklytningen. I narrative sekvenser eller i sekvenser tilsyneladende uden narrativ sammenhæng.?

Undersøgelsesmetode 1 (A,B,C)

Global Assessment of Functioning Scale (GAF)-

(Undersøgelsesmetode 1/A.)

GAF er en bedømmelse af patienternes psykologiske, sociale og arbejdsmæssige funktionsniveau på en kontinuerlig skala fra 0 -100. Skalaen går fra tilstanden ved svær psykiatrisk sygdom og strækker sig til den bedst mulige funktion. (DSM-III R, 1987). De fleste mennesker befinder sig i området 65 - 85. Med en score under 60 må behandling overvejes, og man vil sædvanligvis sige at en patient med en score på under 40 ikke kan klare sig uden indlæggelse, og at en score på under 20 kræver placering på lukket/skærmet afsnit.⁵⁶

Spørgeskemaundersøgelse efter terapiforløbet.

(Undersøgelsesmetode 1./B.)

Spørgeskemaet som vi valgte at benytte er et kvalitativt spørgeskema anvendt til klarifikation af individuelle forløb. Skemaet er primært anvendt på Psykoterapeutisk Afdeling, Psykiatrisk Hospital - Risskov, Århus. Det er et selvadministreret spørgeskema (patienterne udfylder selv spørgeskemaet) med fokus på patienternes oplevelse af hvilke aspekter i et psykoterapeutisk forløb, de finder mest gavnlige/betydningsfulde. (Valbak, 1997). Spørgeskemaet er kun af vejledende karakter, og der findes ingen rating skala eller reabilitetstestning af skemaet. Udover Valbaks 25 spørgsmål har jeg tilføjet 5 spørgsmål, som specifikt omhandler musikterapien. Det er sp. 26 - 30. Alle spørgsmålene er besvaret på en skala fra 1 til 5, således at 1 slet ikke vægtes, mens 5 vægtes særdeles meget. Patienterne har udfyldt og afleveret skemaet til testpersonen i forbindelse med øvrige testspørgsmål.

⁵⁶ Se bilag nr. 7

SPØRGESKEMA:

I hvilken grad oplever du, at følgende aspekter har været vigtige for dit udbytte af musikterapien?:

- | | | | | |
|-----------|----------|----------|----------|----------------|
| 1. | <u>2</u> | <u>3</u> | <u>4</u> | <u>5</u> |
| Slet ikke | en smule | noget | meget | særdeles meget |
1. Det at terapeuterne var varme og omsorgsfulde personer, som jeg følte mig tryk ved.
 2. At opnå bedre forståelse af årsagerne til mine problemer.
 3. At blive i stand til at tale om ting, som det ikke er let at tale om med andre mennesker
 4. Terapeuternes råd og vejledning vedrørende problemer i min dagligdag.
 5. At lære at give udtryk for mine følelser.
 6. At tale om mine følelser i forhold til terapeuterne.
 7. Det at terapien gav mig en følelse af håb.
 8. Det at terapeuterne lyttede til mig og forstod, hvordan jeg inderst inde havde det.
 9. Det at få "taget hul" på problemerne.
 10. Terapeuternes dygtighed.
 11. Det at forstå, hvordan mine problemer i forholdet til andre mennesker hænger sammen med mit forhold til mine forældre i barndommen.
 12. Det at få snakket ubehagelige begivenheder og oplevelser igennem sammen med T.
 13. Det at blive opmærksom på, hvordan problemer i forholdet til andre mennesker også prægede mit forhold til terapeuterne.
 14. Det at terapeuterne tillod sine personlige egenskaber at skinne igennem i terapien.
 15. Det at få snakket ud om problemerne.
 16. Det at jeg gradvist tog mig sammen til at gøre nogle af de ting, jeg har været bange for eller har haft svært ved at gøre.
 17. Det at terapeuterne syntes at kunne lide mig.
 18. At blive bevidst om sider ved mig selv, som jeg ikke tidligere har været opmærksom
 19. Terapeuternes tiltro til, at jeg ville få det bedre.
 20. Terapeuternes klargørende bemærkninger og tolkninger.
 21. Min egen målrettede indsats for at få løst mine problemer.
 22. Det at jeg lærte i højere grad at blive opmærksom på mine følelser.
 23. Begivenheder uden for terapien.
 24. Det at blive opmærksom på, at mine problemer ikke er enestående
 25. Det at terapeuterne respekterede mig som et selvstændigt individ, der selv må tage ansvaret for sit liv.
 26. Det at der var musiklytning i terapi

27. Musikken har virket skræmmende
28. Kombinationen af musiklytning og samtale var en god ide.
29. Musikken har hjulpet mig med at få kontakt med mine følelser
30. Det at der blev opfordret til at have indre billeddannelse under musikken

Semistruktureret interview - (Undersøgelsesmetode 1. C.)

Spørgsmål ud fra "kort" med påskrevne kvaliteter

Patienterne blev efter forløbet præsenteret for 10 forskellige kort påtegnet 10 forskellige følelser. "Kortmodellen" tager udgangspunkt i Yaloms metode til efterundersøgelse af patienter, der har gennemgået et gruppeforløb, med henblik på klargøring og strukturering af patienternes oplevelser. (Yalom, 1985). De 10 påskrevne følelser vi valgte var:

Vrede, sorg, glæde, tomhed, isolation, harmoni, ensomhed, ro, angst og utryghed.

Patienterne blev bedt om at lægge kortene i den rækkefølge, som angav, hvilken følelse der havde været mest fremherskende under musiklytningen. Udover de 10 påskrevne kort var der også blanke kort, hvor patienterne selv kunne påskrive en følelse.

Efterfølgende blev patienterne også præsenteret for 11 forskellige kort påtegnet aspekter vedrørende dannelsen af mentale billeder under musiklytningen, og de blev bedt om at lægge kortene i den rækkefølge, som angav hvilke aspekter af billeddannelsen, der havde været mest fremherskende for dem. De påskrevne aspekter var:

tryghedsskabende, spændende, svært, en stor udfordring, hårdt, forløsende,

angstprovokerende, overraskende, intetsigende, indsigtsgivende,

sammenhængsskabende og respektindgydende.

Udover de 12 påskrevne aspekter, var der også her blanke kort, hvor patienterne selv kunne anføre kvaliteter.

5 Supplerende spørgsmål

Endelig blev patienterne spurgt om hvilke aspekter, de ellers syntes havde haft indflydelse på forløbet ud fra følgende spørgsmål:

A: Andre ting som har haft positiv betydning i terapien

B: Nogle ting som du har savnet i din psykoterapi

C: Hvilke konkrete begivenheder eller oplevelser i musikterapien som har gjort størst indtryk på dig ?

D: Hvilke konkrete begivenheder eller oplevelser i musikterapien har du haft mest gavn af ?

E: Yderligere kommentarer ?

Materiale

Vores mål var at undersøgelsen skulle omfatte 8 -12 patienter indenfor en 3årig periode. For at dette skulle kunne gennemføres anslog vi at et halvt års terapi for hver patient var et realistisk udgangspunkt.

I alt er der i undersøgelsen indgået 9 patienter, fordelt på 7 mænd og 2 kvinder i alderen 23 til 40 år, med en gennemsnitsalder på 29,2. Kønsfordelingen i undersøgelsen afspejler fordelingen af m/k på hospitalet. Gruppen har været slowopen med et gennemgående deltager antal på oftest 3-5 patienter.⁵⁷ Patienterne har haft mellem 23 –28 sessioner i en periode på ca. 6 måneder. 3 patienter blev udskrevet fra hospitalet indenfor 1 mdr. efter musikterapiens ophør, 4 patienter indenfor 12 mdr. efter og de resterende 2 patienter ca. 2 år efter undersøgelsesperioden.

Patienterne i undersøgelsen har haft en meget forskelligartet psykopatologi. Nogle har fortrinsvis været præget af produktivt psykotiske symptomer f.eks.

forfølgelsesforestillinger, mens andre især har været præget af negative symptomer, bl.a. i form af sprogfattigdom. 8 af patienterne var indlagt/dagpatienter på to miljøterapeutiske afdelinger i undersøgelsesperioden. Begge afdelinger har et fast uge program, som patienterne skal være i stand til at følge. 1 patient var indlagt på almen psykiatrisk afdeling. Alle patienterne har haft en kontaktperson fra plejepersonalet. 3 af de 9 deltagende patienter har været genindlagt pr. 1.10. 1999.

Ingen af patienterne har modtaget anden form for psykoterapi i undersøgelsesperioden.

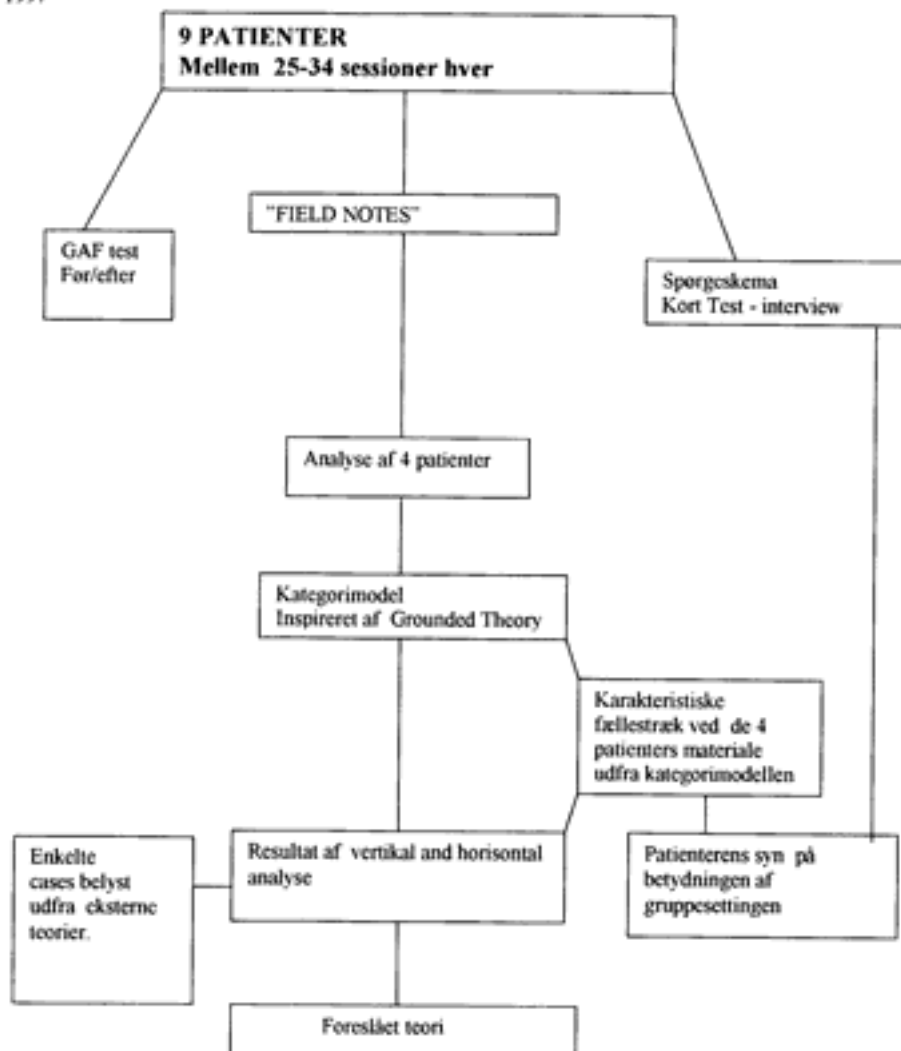
Patienterne blev udvalgt efter henvisning fra afdelingerne og efterfølgende forsamtale med terapeuterne. Alle patienter var i medicinsk behandling.

⁵⁷ Se bilag nr. 8 : Skema vedr. patient data. (alder, køn, diagnose, deltagelsesperiode, antal sessioner og fravær.)

Model over projektet

Restituerende faktorer i gruppe musikterapi baseret på en modifikation af Guided Imagery and Music. (GIM)

Terapi periode
1995 -1997



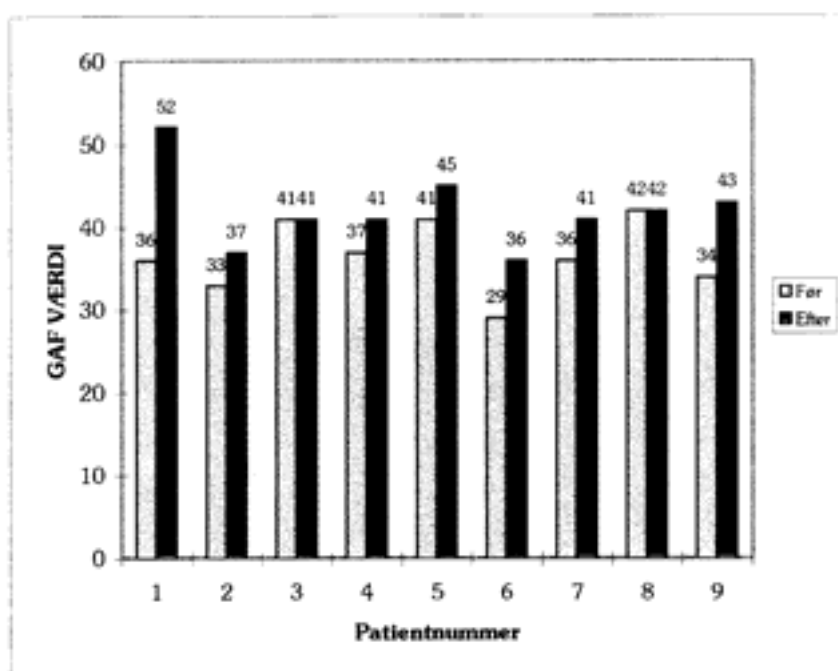
Resultat af forskningsmetode I

GAF – Undersøgelse I /A

Som det fremgår af figur 1. scorede 7 patienter en højere GAF-værdi efter et halvt års musikterapi end før, og 2 patienter scorede samme værdi, Den gennemsnitlige GAF-værdi var før musikterapien 36,5 - mens den gennemsnitlige GAF-værdi efter et halvt års terapi var 42,0.

FIG.1 GAF:

| Pt.nr. | Før | Efter |
|--------|-----|-------|
| 1 | 36 | 52 |
| 2 | 33 | 37 |
| 3 | 41 | 41 |
| 4 | 37 | 41 |
| 5 | 41 | 45 |
| 6 | 29 | 36 |
| 7 | 36 | 41 |
| 8 | 42 | 42 |
| 9 | 34 | 43 |



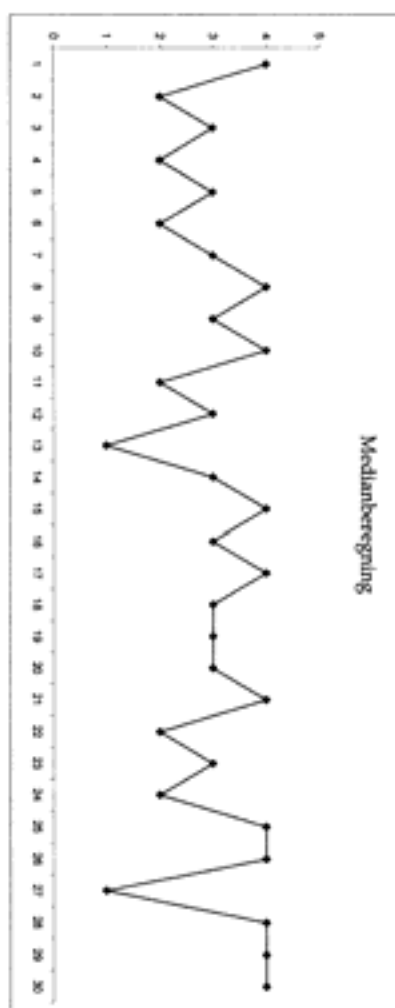
Spørgeskemaundersøgelsen, 1/B

Undersøgelsen viser mediangraf for de 9 deltagere. x-aksen angiver patienternes vægning af spørgsmålene fra 1-5, og y-aksen er de 30 spørgsmål som angivet på side

3 i spørgeskemaundersøgelsen. Af resultatet fremgår det med en score på 4, at patienterne ifølge medianberegningen har vægtet betydningen af musik og billedaspektet i terapien højt (sp. 26, 28, 29,30). Et positivt forhold til og oplevelse af terapeuterne har ligeledes været væsentligt (1,8,10,17,22,) og desuden fremhæves patienternes egen ansvarsfølelse.(21,22).

Laveste score på 1 - er spørgsmål 13 og 27. Det vil sige, at spørgsmål 13 som handler om indsigt i forhold til overføring: "Det at blive opmærksom på, hvordan problemer i forhold til andre mennesker også under tiden har præget forholdet til terapeuterne" - tyder på, at dette aspekt har været mindre vigtigt for udbyttet af terapien. Det bemærkes, at der er scoret ligeså lavt på spørgsmål 27: " Om musikken har virket skræmmende" - hvilket er sigende for patienternes forhold til musikdelen af terapien.

FIG 2: Mediangraf:



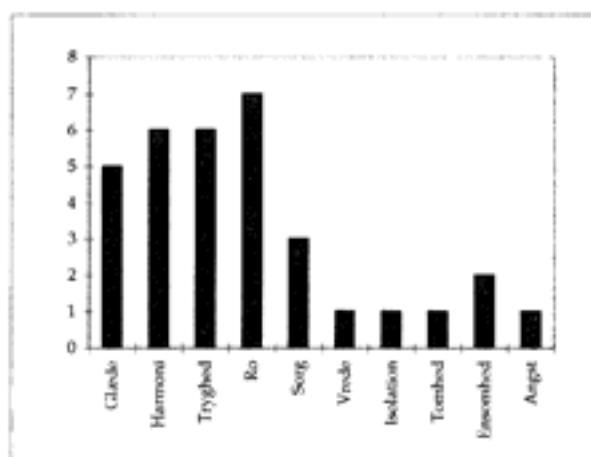
Semistruktureret interview, I /C

Part 1: Spørgsmål ud fra "kort" med påskrevne kvaliteter

Figur 3 viser hvilke følelser den enkelte patient fandt at være mest i kontakt med i forløbet under musiklytningen. Figuren viser alle patienternes valg ud fra en prioriteret rækkefølge. Af skemaet fremgår det at 6 ud af 9 patienter har valgt en følelse i det positive spektrum, som den mest fremtrædende. Desuden har ligeså mange valgt positive følelser som 2. prioritet. Pat. nr. 1 har både ved 1. og 2. prioritet valgt en følelse i det negative spektrum. Det bemærkes at alle 10 foreslåede følelser er repræsenteret. Ingen af patienterne gjorde brug af muligheden for at supplere med de blanke "kort"

Fig. 3: Fremtrædende følelser under musikken

| Pt. | 1.valg | 2. valg | 3. valg | 4. valg | 5. valg |
|-----|-----------|----------|---------|---------|---------|
| 1 | Angst | Tomhed | | | |
| 2 | Tomhed | Ensomhed | Sorg | Glæde | |
| 3 | Ro | Harmoni | Tryghed | | |
| 4 | Ro | Tryghed | Harmoni | Glæde | |
| 5 | Ro | Ensomhed | Sorg | Glæde | Tryghed |
| 6 | Tryghed | Harmoni | Ro | | |
| 7 | Tryghed | Harmoni | Sorg | Ro | |
| 8 | Ro | Harmoni | Tryghed | Glæde | |
| 9 | Isolation | Ro | Glæde | Harmoni | Vrede |



Øverste figur viser patienternes valg i prioriteret rækkefølge: Nederste graf viser antal af "scoringer" uafhængigt af prioritering. Som det fremgår er alle følelser - både positive og negative - nævnt, men der er klar overvægt i det positive spektrum. Figur 4. viser hvilke aspekter i forbindelse med dannelsen af mentale billeder patienterne synes havde mest betydning også i prioriteret rækkefølge. Som det

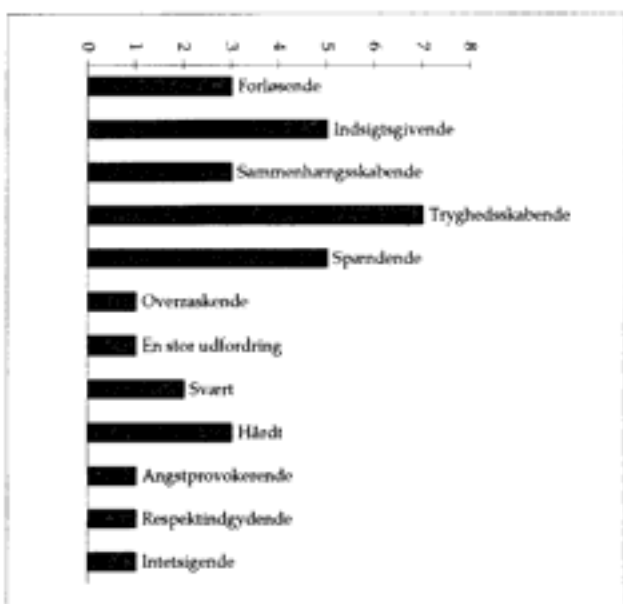
fremgår af figuren valgte 3 patienter som 1.prioritet kortet “tryghedsskabende”, 2 patienter valgte “sammenhængsskabende”, 2 patienter valgte “spændende” og 2 patienter henholdsvis “hårdt” og “intetsigende”. Som 2 prioritet valgte 4 “indsigtsgivende”. Benævnelserne “angstprovokerende” og “overraskende” er svagest repræsenteret.

Det bemærkes at samme patient, som under fig. 3 vedr. musiklytningen kun nævnte følelser i det negative spektrum har valgt “intetsigende” som 1. Prioritet. i fig. 4.

Fig. 4: Fremtrædende aspekter i forbindelse med billedannelse

Figuren viser patienternes valg i prioriteret rækkefølge. Grafen viser den totale ”scoring” uden hensyn til prioritering. Det fremgår, at der både er scoring i det positive og negative spektrum, dog med overvægt i det positive område.

| Pr. | 1. valg | 2. valg | 3. valg | 4. valg | 5. valg | 6. valg | 7. valg |
|-----|---------------------|------------------|---------------------|-------------------|-------------------|--------------|---------|
| 1 | Intetsigende | Svært | Hårdt | Forløsende | Spændende | | |
| 2 | Hårdt | Indsigelsgivende | En stor udfordring | Forløsende | Spændende | | |
| 3 | Spændende | Tryghedsskabende | | | | | |
| 4 | Sammenhængsskabende | Forløsende | Indsigelsgivende | Spændende | Tryghedsskabende | Overraskende | Hårdt |
| 5 | Sammenhængsskabende | Spændende | Tryghedsskabende | Hårdt | | | |
| 6 | Tryghedsskabende | Indsigelsgivende | Svært | | | | |
| 7 | Spændende | Indsigelsgivende | Tryghedsskabende | Forløsende | Angstprovokerende | | |
| 8 | Tryghedsskabende | | | | | | |
| 9 | Tryghedsskabende | Indsigelsgivende | Sammenhængsskabende | Respektindgydende | | | |



5 Supplerende spørgsmål

Patienternes svar er nedskrevet af uafhængig læge i forbindelse med interviewet. Før hvert skema har jeg anført vores (terapeuternes) primære indtryk af resultatet.

A: Andre ting som har haft positiv betydning i terapien

Udfra patienternes svar til spm. A ses gruppertilhørsforholdet som noget særdeles betydningsfuldt. Flere fremhæver tryghed i terapien.

Patienternes udsagn bærer også præg af betydningen af et positivt forhold til terapeuterne, og to patienter fremhæver desuden musikkens betydning.

| <i>Pt. nr.</i> | <i>svr</i> |
|----------------|--|
| 1. | . |
| 2. | Terapeuterne har forsøgt at forstå, hvad patienten sagde. |
| 3. | At få snakket ud om problemerne. |
| 4. | Det at være flere samlet under terapien. At høre om andres liv. Regelmæssigt Samvær. |
| 5. | Høre andre der har samme problemer. Er blevet bedre til at sætte grænser. |
| 6. | At være kommet ud af huset og være sammen med andre, der også havde problemer. Kunne tale om, hvordan ugen var gået. Er blevet mere glad for at høre klassisk musik. Fast holdepunkt én gang om ugen. |
| 7. | Betydningen af at have et sted, hvor man kan sige, hvordan man har det. Rart at lytte til musikken som i reglen var afslappende. Begge terapeuter var behagelig og rare. |
| 8. | Et godt forhold til de andre i gruppen. Følelsen af ro, fred og tryghed i terapien. Følte sig mere tryk fordi han kendte TM fra individuel musikterapi, og AR fra tidligere indlæggelse og ambulans kontakt. |
| 9. | Synes meget godt om terapeuterne. Dejligt at se andre mennesker under overfladen. |

B: Nogle ting som du har savnet i din psykoterapi

Svarene afspejler et ønske om mere tid til den enkelte, og at der er ting, som det er svært at tale om i en gruppe.

Pt. nr. *sva*r

| | |
|----|--|
| 1. | Manglede tid til at gå i dybden med problemerne manglede forståelse for sine problemer. |
| 2. | Savnede nogle gange lidt mere tid |
| 3. | - |
| 4. | Der er nogle ting patienten ikke turde tale om |
| 5. | At være alene med en terapeut |
| 6. | Manglende tillid til at andre patienter ville overholde tavshedspligten. Var derfor bange for at åbne sig. |
| 7. | Det var ikke muligt at tale om seksuelle problemer |
| 8. | Savnede lidt flere råd og vejledning om, hvordan man tacklede problemerne |
| 9. | - |

C: Hvilke konkrete begivenheder eller oplevelser i musikterapien som har gjort størst indtryk på dig ?

Det mest markante ved besvarelsen synes at være at seks patienter er i stand til at nævne billeder fra musiklytningen, som har gjort indtryk på dem.

Pt. nr. *sva*r

| | |
|----|---|
| 1. | Ubehageligt da gruppen talte om medpatients selvmord |
| 2. | Forestillede sig flere gange sig selv som lille pige under musiklytningen |
| 3. | Kan ikke erindre særlige oplevelser |
| 4. | Har flere gange set en kat under musiklytningen. Oplevede under musiklytning at se sit eget gravsted med en sten, med dato på. Under musiklytning oplevet at gå fra pæn have, kæmpet sig igennem tornet buskads til et sted der var endnu pænere. |
| 5. | At vænne sig til at være i gruppen – det var hårdt i starten |

| | |
|----|---|
| 6. | En besøgende i afdelingen som han ikke kendte, gjorde patienten bange. Han nævnede dette i musikterapien. Fik at vide at det var usandsynligt at den besøgende havde noget med ham at gøre. |
| 7. | Kan ikke komme i tanker om noget. Har utydelig erindring om at et indre billede af mormoderen gjorde et stort indtryk. |
| 8. | Forestilling om at være i en have, hvor der var et hus. (Instruktion under musiklytning) En behagelig oplevelse. |
| 9. | Billede under musiklytning, hvor hun gik hen til et træ og rørte ved barken, hvorefter der var en mandlig stemme der talte til hende. Ledsaget af en følelse af kontakt. |

D: Hvilke konkrete begivenheder eller oplevelser i musikterapien har du haft mest gavn af ?

4 patienter nævner konkrete oplevelser under musiklytningen. Både det at danne sig billeder under lytningen, samt lytningen i sig selv fremhæves.

4 patienter tillægger oplevelsen af at kunne åbne sig i gruppen mest betydning, og 2 patienter svarer ikke på spørgsmålet.

Desuden omtales betydningen af gruppeforholdet, som også er fremhævet under besvarelse på spørgsmål A.

Pt. nr.

svar

| | |
|----|---|
| 1. | . |
| 2. | Der var næsten altid en sol med i forestillingerne under musiklytningen |
| 3. | Det at danne sig billeder under musiklytningen, især eventyrlige billeder |
| 4. | Oplevede under musiklytning at han sad i en bus og læste (som han tidligere havde kunnet). Kom til at græde af glæde over oplevelsen. |
| 5. | (a) At vænne sig til gruppen. (b) At der blev talt om at det ikke var nødvendigt at sige noget først, eller at tale selvom der var en periode med tavshed. (c) At tale selvom der var flere mennesker tilstede. |
| 6. | En episode fra musiklytning, hvor han åbnede sig og fortalte om sit forhold til forældrene. |
| 7. | Kan ikke erindre noget |
| 8. | Generelt at fortælle om ting han var optaget af eller problemer han |

| | |
|----|--|
| | tumlede med. Selve det at lytte til musikken. |
| 9. | At fortælle om oplevelserne efter at have lyttet til musikken og høre de andres oplevelser. F.eks. at hun selv oplevede (så) sig selv som et træ, mens en anden patient oplevede sig selv som en blomst. |

E: Yderligere kommentarer ?

Patienterne har brugt spørgsmålet til at fremkomme med kritiske synspunkter, f.eks. pt. 4 som følte, at der ikke helt blev taget hensyn til "det farlige" i begyndelsen, hvilket er med til at skabe et helt billede af forløbet.

Desuden er der også positive kommentarer til forløbet. F.eks. nævner patient nr. 8, at musikterapien har medført, at han har fået det bedre og patient nr. 9 anbefaler terapiformen til andre.

Pt. nr.

svar

| | |
|----|---|
| 1. | For lidt tid til hver enkelt patient. Ikke forståelse for patientens problemer |
| 2. | - |
| 3. | Nogle gange har det været lidt kedeligt under samtalen |
| 4. | Oplevede terapien som spændende, men også farlig. Føler ikke der helt blev taget hensyn til det farlige i begyndelsen. |
| 5. | - |
| 6. | Var i starten indstillet på at være meget åben. Blev efterhånden mere tillukket, fordi han tvivlede på medpatienternes modenhed til at høre på og forstå hans problemer. Var noget utryk i gruppen og følte ikke rigtigt at han kunne tale om det han egentligt helst ville tale om (angående at føle sig forfulgt). Generelt en god oplevelse. |
| 7. | Tit svært at danne billeder under musiklytning, især i begyndelsen. Formodentligt fordi det var svært at slappe nok af. Billederne var tit brudstykker. Billederne var bedre, når han havde det godt. Godt at høre de andres problemer, fordi det gav fællesskabsfølelse i gruppen. |
| 8. | Det har været en god ting. Har haft meget udbytte af det. Medvirkende til at han har fået det bedre. |
| 9. | Vil gerne anbefale andre at gå i musikterapi. Deltagelse i musikterapien har medført at pt. hører mere klassisk musik. |

Resultat af undersøgelse I:

GAF (A) undersøgelsen viste som allerede nævnt ud fra en meridian beregning at funktionsniveauet er steget 7,6 %. De mest fremtrædende besvarelser ud fra spørgeskemaet og interviewet fremgår af nedenstående skema, hvor jeg har forsøgt at angive en profil for hver patient. Aspekterne i sidste rubrik er baseret på mit skøn af hvilke udsagn i besvarelsen af de 5 tillægsspørgsmål som synes at have haft størst betydning for patienten.

| Pt. nr. | GAF før/efter | Spørgeskema højeste/laveste | 2 første følelser under musikken | 2 første kvaliteter vedr. billeddannelse | Pt.s Væsentligste aspekter ud fra c tillægsspørgsmål |
|---------|---------------|---|----------------------------------|--|---|
| 1. | 36 -52 | (5): Sp. 21 (1): Sp. 1-3, 5-8, 10, 11, 13-15, 18, 19, 22, 23, 26-30. | Angst Tomhed | Intetsigende Svært | - manglende tid - manglende forståelse - ubehageligt at tale om selvmord |
| 2. | 33 - 37 | (5): Sp. 8, 26, 28, 30 (1): Sp: 4-6, 9, 13, 15, 16, 18, 21, 23, 24, 25, 27 | Tomhed Ensomhed | Hårdt Indsigtgivende | - terapeuternes forsøg på at forstå hende - billeder fra bestemte sessioner - for lidt tid |
| 3. | 41 - 41 | (5): Sp. 26, 28 (1): Sp. 2, 4-7, 12, 16, 23, 24, 27 | Ro Harmoni | Spændende tryghedsskabende | - snakket ud om problemer - det at danne billeder - samtalen var kedelig af og til |
| 4. | 37 - 41 | (5): Sp. 5, 9, 15, 16, 18, 21, 22, (1): 11, 13 | Ro Tryghed | Sammenhængsskaben de Forløsende | - positivt at være i en gruppe - angst for at tale om sig selv i begyndelsen - specifikke billeder under musiklytningen |
| 5. | 41 - 45 | (5): Sp. 1 (1): Sp. 13, 23, 27 | Ro Ensomhed | Sammenhængsskaben de Spændende | - samvær med andre med samme problemer - turde tale i gruppen - savnede at være alene med en terapeut |
| 6. | 29 - 36 | (5): 0 (4): Sp. 1, 7, 10, 11, 16, 21, 25, 26, 28, 29, 30 (1) : Sp. 5, 6, 13, 15, 22, 27 | Tryghed Harmoni | Tryghedsskabende Indsigtgivende | - samvær med de andre i gruppen - angst for paranoide tilstande - høre mere klassisk musik nu - forhold til forældre kom op ifm. musikken |
| 7. | 36 - 41 | (5): 0 (4): Sp. 1, 5, 7, 8, 10, 12, 15-17, 21, 23, 25, (1): 2, 4, 24 | Tryghed Harmoni | Spændende Indsigtgivende | - tale med andre med samme problemer - at lytte til selve musikken - følte at man ikke kunne tale om - billeddannelsen nemmere når man var |

| | | | | | afslappet |
|----|---------|--|-----------------|-------------------------------------|--|
| 8. | 42 - 42 | (5): Sp. 19, 26, (1): Sp. 27 | Ro Harmoni | Tryghedsskabende | <ul style="list-style-type: none"> - tale om problemerne med andre samme situation - tryghed - savnede mere rådgivning - billeddannelsen |
| 9. | 34 - 43 | (5): Sp. 1, 10, 17, 20, 26, 28- 30 (1): 11, 12, 16, 27 | Isolation Ro | Tryghedsskabende indsigtsgivende | <ul style="list-style-type: none"> - godt forhold til terapeuterne - samvær med de andre - specifikke billeder |

Af skemaet fremgår det, at pt. 1 har størst fremgang indenfor GAF målingen, men at han, i øvrigt som den eneste, ikke synes musikken og billeddannelsen har haft nogen positiv betydning (Spm 26 – 30). Dette er selvfølgelig tankevækkende, og må tages til efterretning. Jeg mener dog ikke, at pt. 1 udgør nogen egentlig negativ case, hvilket jeg kort vil redegøre for. Hvis man kigger på rapporterede oplevelser under musiklytningen (se bilag: Patient cases, pt. nr. 1) er der flere steder, hvor han efter min opfattelse finder både musikken og billeddannelsen interessant, givende og betydningsfuld, og jeg får et indtryk af et engagement i terapien. Det kan derfor ikke udelukkes at hans negative syn på terapiforløbet er tidspunktsbetinget i større udstrækning end vanligt. Der skete nemlig det, at en medpatient fra den gruppe, hvor pt. 1 var deltager i - som den første projektpatient - suiciderede kort tid før pt. 1 skulle afslutte sit forløb i gruppen. Efter min opfattelse, kan pt. 1s negative bedømmelse af terapien være farvet af denne tragiske hændelse, og hans bedømmelse i testskemaet er måske ikke helt dækkende for hans udbytte af terapien. M.a.o. kan det ikke udelukkes, at hans markante stigning i GAF spektret, måske alligevel indeholder en bedring via terapien, selvom afslutningsfasen var præget af den tragiske hændelse. Måske bevirkede hændelsen endvidere, at vigtige temaer i terapien ikke nåede at blive tilstrækkeligt færdigbearbejdet. Bl.a. mente pt.1 umiddelbart efter hændelsen, at vi som terapeuter, burde have undgået at det skete, og mente dermed at vi ikke havde levet op til vores ansvar.

En anden mulig faktor til fremgangen på GAF parametret kan være, at pt. 1 efter musikterapiforløbet blev tilbudt psykologsamtaler, hvilket han var meget glad for, og dette afspejles måske i den positive GAF score.⁵⁸

⁵⁸ Se også: afsnit om udvælgelse af patienter til næranalyse

Alle de øvrige patienter synes primært at have haft et meget positivt udbytte af terapien.

Spørgsmål vedr. musik og billeddannelsens betydning (spm. 26, 28, 29, 30) er fremhævet af flere patienter (pt. 2, 3, 6, 8, og 9) og positive egenskaber ved terapeuterne (sp.1) er ligeledes fremhævet (pt. 5, 6, 7, 9). Det fremgår også, at der er individuelle forskelle på, hvad patienterne har fundet væsentligt.

For yderligere uddybning af resultat, diskussion og konklusion af undersøgelsesmetode 1, henvises til det konkluderende afsnit som omhandler både undersøgelse I og II .

UNDERSØGELSESMETODE 2

Materiale - Valg af patienter til næranalysen

Ved udvælgelse af patienter jeg ville analysere nærmere, fokuserede jeg først på antallet og antog at fire patienter ud af de ni måske ville være tilstrækkeligt (og muligt indenfor studiets rammer) til at give et nuanceret billede af hvilke typer af områder alle patienterne i divergerende grad havde været i kontakt med, selvom hvert patientforløb naturligvis er unikt. Herefter besluttede jeg at beskrive de fire patienter som "single case profiler". Det var ikke enkelt at udvælge de fire patienter idet alle patienterne kunne have været brugt. Alle patienternes historier indeholdt meget materiale som kunne fortjene fordybelse og indeholdt væsentligt materiale som kunne bruges til illustration og diskussion, hvilket fremgår af patienternes respons på terapiforløbet i Undersøgelse I. Jeg overvejede, som tidligere nævnt, først at bruge pt. nr. 1, som en slags negativ case, men efter min opfattelse var det først i slutfasen ifm. en medpatients selvmord, at pt. begyndte at se negativt på terapien. Jeg kunne også have valgt de fire patienter som havde størst stigning i GAF- undersøgelsen, men efter genlæsning af alle "cases" valgte jeg fire, som jeg syntes tilsammen repræsenterede en bredde indenfor patientkategorien. Som eks. på andre patienter i gruppen er udsagn under musiklytningen fra omtalte pt. 1, samt pt. 8 vedlagt som bilag: Patientcases.

De fire cases jeg valgte at beskæftige mig særligt med indeholdt umiddelbart tilsammen mange af de typer af information jeg fik fra alle patienternes oplevelser under musiklytning. Hvilket dog skal ses som er en grov forenkling idet hver patients

historie naturligvis er unik. Pt. A havde flest negative symptomer før terapiforløbet i flg. anamnesen og havde ingen psykoterapierfaring. Pt. B var den patient som tilsyneladende havde flest positive symptomer og trods en lav GAF-score både før og efter, blev hun efter forløbet diagnosticeret som personlighedsforstyrret af borderline karakter. Hun havde en mængde komplekse billeder, og ligesom A ingen psykoterapierfaring. Pt. P og HJ udgjorde en slags "midterakse", hvor deres materiale umiddelbart kunne gøres til genstand for sammenligning. De havde desuden begge en vis erfaring med psykoterapi. Som anden sammenligning har jeg spurgt min co-terapeut Annette Roesen om, hvem hun ville vælge at analysere og begrunde dette. Svaret herpå var at hun ville have valgt pt. 2, 3 og 4 ligesom jeg, men i stedet for pt. 5 ville hun have valgt pt. nr. 9, hvis materiale jeg også overvejede at bruge.⁵⁹

Analysemodel:

RESTITUERENDE FAKTORER I DEN TERAPEUTISKE PROCES

Definition af RESTITUERENDE FAKTORER:

Hændelser og øjeblikke i den terapeutiske proces som kan hjælpe patienten med at genfinde sine ressourcer således at han/hun kan udnytte sine potentialer optimalt.

Kriterier som generelt karakteriserer restituerende faktorer:

- indsigt i eller refleksioner over væsentlige problemområder
- evne til at rumme ambivalente følelser
- evne til at beskytte sig selv
- dannelse af billeder af væsentlige emotionelle tilstande
- fleksibilitet i billeddannelsen, inklusiv bevægelse mellem forskellige tilstande
- oplevelse af fornemmelse af indre sammenhæng - selv efter konfrontation med traumatiske hændelser, minder og billeder.)
- hændelser som bringer større forståelse af patientens situation.

⁵⁹ Field notes for denne patient kan rekvireres. Henvendelse til forfatteren.

Restituerende faktorer i den terapeutiske proces med udgangspunkt i patienternes oplevelser under musiklytning

Analyseskema:

I. Kognitive aspekter/indsigt:

- a) Selverkendelse:
- b) Aktiv indsats/bestræbelse på at løse problemer
- c) Oplevelse af samling eller strukturering af selvet

II. Refleksioner

- a. - i forhold til aktuel selvoplevelse:
- b. - i forhold til personlig historisk baggrund:

III. Emotionelle aspekter

- a. Følelser forbundet med håb eller bedring:
- b. Andre følelser eller følelsesmæssige skift:
- c. Evne til at rumme ambivalens:

IV. Interpersonelle aspekter

- a. Interpersonelle input og signifikant interaktion:
- b. Aggressionsforvaltning (herunder selvmordstanker):

V: Forsvarsorienterede aspekter

- a. "Beskyttelsesrum" / tænkerum:
- b. Andre adækvate forsvarsmanøvrer:

VI. Billeder/udsagn om /eller relateret til kerneproblemer

VII. Billeder/udsagn som giver historisk sammenhæng eller indblik

VIII: Metaforer og symboler

- a. metaforer
- b. transformation af metaforer

Undersøgelse vedr. Musikkens Rolle

Musikreferencer:

a. implicit:

b. explicit:

Undersøgelse af fremtrædelsesformen af patienternes oplevelser under musiklytningen

Billedernes fremtrædelsesform:

- I narrative sekvenser
- En eller flere enkeltstående hændelse:

Kapitel 5 - Case Nr.1 - Pt. A

Pt. A (nr. 3 ud af 9 patienter)

Anamnese:

Dispositioner:

Farmoder har været indlagt på psykiatrisk hospital i perioder, hvor hun sover meget og er depressiv. En farbror har suiceret ca. 30 år gammel.

Misbrug: Intet kendt

Opvækst

A er født nord for København og opvokset hos forældrene i dette område. Efter forældrenes skilsmisse da A var 7 år blev han boede hos moderen.

A har været enebarn, men i teenagealderen fik han flere halvsøskende: 2 drenge som moderen fik med en ny mand (f. 1983 og 85) og en dreng samt en pige (f.1979 og 1983) som faderen fik med ny partner.

A husker sin tidlige barndom som en god tid, og husker ikke nogen markant psykisk reaktion på forældrenes skilsmisse, hvor faderen i følge A sagde at nu kunne hans far og mor ikke blive sammen mere .

A havde fortsat fast kontakt med faderen hver 2. uge op igennem barndommen, og selvom A har haft et spændt forhold til faderens nye kone, har han haft og har fortsat en god og stabil kontakt til faderen.

A flyttede efter forældrenes skilsmisse med moderen udenfor København. Han beskriver at moderen havde forhold af 1 -2 års varighed med forskellige mænd, hvoraf én viste sig angiveligt at være alkoholiker, og en anden beskriver A som kleptomane. A fortæller at manden bl.a. stjal hans lommepenge. A følte sig i perioden fra 7 - 13 år ofte svigtet af moderen som brugte megen tid på sine mandlige bekendtskaber og overlod A til sig selv. Han opnåede ikke noget reelt forhold til moderens partnere og heller ikke til sine yngre halvsøskende.. A afsluttede sin skolegang efter 9 kl. uden nævneværdige faglige problemer. A beskriver som sit væsentligste psykologiske problem i barndommen at han "ikke følte sig god nok". Han havde kun få venner, og følte sig isoleret.

Forældrene beskriver A som stille og indadvendt. En dreng som altid gjorde, hvad der blev sagt, og holdt sine problemer for sig selv. De fortæller også, at de mener at A har følt sig lidt i skyggen af sine yngre halvsøskende. A synes selv at hans forhold til

faderen generelt er bedre end til moderen.

Uddannelse, erhvervserfaring

1985 - 1986 gik A på Efg. og gennemførte dette. Herefter kom han i lære som maskinarbejder og boede hos faderen i 3 år under læretiden fra 1986 -89. I denne periode skændtes han meget med faderens nye kone, men fuldførte læretiden med svendebrev i 1989 som maskinarbejder. Efter en kort ansættelse blev han dog fyret p. gr. a. nedskæringer på arbejdspladsen, og mistede herefter troen på at han kunne udføre sit arbejde tilfredsstillende. I 1989/90 var han på drejerkursus, men det gik heller ikke så godt. A mente, at han ikke troede nok på sig selv, var for indadvendt og tænkso.

Herefter ernærede A sig fra 1990 - 94 ved skiftende forefaldende jobs, bl.a. rengøring, hvor han efterhånden oplevede de lange tomme gange på rengøringsstedet som overvældende og til sidst tænkte: *hvad var meningen med det hele*, hvilket han beskriver som begyndelsen til sin sygdom. Han havde svært ved at komme op om morgenen, hvilket medførte en stor fraværsprocent og efterfølgende firing i flere sammenhænge.

I begyndelsen af 90erne oplevede A, at han tiltagende havde sære tanker, og følte sit selvværd meget lavt. I 1992 forsøgte han selvmord gennem indtagelse af sovepiller, men blev fundet af sin daværende veninde.

Han har siden folkeskolens afslutning haft et stærkt ønske om at blive maskinmester, men har ikke opnået de fornødne skolemæssige betingelser. Han har forsøgt at supplere 9 kl. med matematik på 10 kl. s niveau uden held.

Parforhold

A har haft kortere parforhold, og et enkelt længerevarende forhold på ca. 3 år i beg. af 90erne. A flyttede fra den 4 år ældre veninde da: *de ikke kunne finde ud af det sammen*. Fortæller, at pigen naturligvis var ked af, at han flyttede. Efter denne periode boede han sammen med en mand, idet A troede at han selv var homoseksuel. Formentlig af tryghedsmæssige årsagen blev A boede hos manden, selvom A efterhånden erkendte, at han alligevel ikke var homoseksuel.

I 1994 - 1995 arbejdede A i et hjemmeservice-firma, hvor han var beskæftiget med rengøring, lægning af fliser og alt forefaldende arbejde. Det gik egentligt rimeligt, men samtidig havde A lidt sort arbejde for chefen, og da han lidt tankeløst var kommet til at nævne det sorte arbejde til nogen mente chefen ikke, at han ikke kunne have A

ansat længere. A fortæller at *"det fløj bare ud af munden på mig"*.

Imidlertid var A via samme chef blevet introduceret til hjemmeværnet. A siger, at hjemmeværnet jo var et barn af modstandskampen og han gik meget op i det - fik uniform og var til øvelser. A beretter videre, at det desværre på et tidspunkt tog overhånd, og han begyndte at se nazister i alle mennesker. I denne periode var han fortsat tilknyttet hjemmeværnet, og havde desuden et job som hjemmehjælper for en spastisk lammet pige. Han hjalp denne pige igennem 3-4- mdr., og det gik faktisk godt, men sideløbende med denne beskæftigelse, forestillede han sig, at han var "uncover agent" i hjemmeværnet. På et tidspunkt malede han sig i fuld krigsmaling, sparkede til en bil og blev anholdt og sat i detentionen, idet politiet troede, han var beruset. A betegner selv dette som starten til sin psykose, og siger, at han var glad for, at han ikke havde adgang til våben.

For at komme ud af cellen, hvor han følte sig desperat, foregav han at ville kvæle sig selv, og fortæller siden hen at skuespillet lykkedes, men at han efterfølgende blev tvangsindlagt på KKH i foråret 1995.

Indlæggelse

Under 1. indlæggelse fik han besøg af faderen, som var venlig og støttende. Han ville også gerne have haft besøg af sine halvsøskende, men de kom ikke og moderen magtede ikke at tage sig af ham.

Aktuelt op til deltagelsen i musikterapi projektet.

I august 1995 er As psykose klinget af. Han føler sig nu blot deprimeret, sover dårligt og føler at alt kan være lige meget.

Han tænker meget på sin fortid, især på perioden efter forældrenes skilsmisse. Han siger, at han føler sig meget flov over sine psykiske problemer, og skjuler sig derfor noget overfor faderen, som han mener forstår ham bedst, mens han mener, at moderen slet ikke har overskud til at engagere sig i hans problemer.

I september 1995 beskrives A diagnostisk som skizofrenisuspekt med obs. på en endogen depression. Han har udprægede døgnsvingninger, og overflyttes til SHH til længerevarende behandling og diagnostisk afklaring.

A er først skeptisk overfor denne overflytning, idet han har hørt så meget negativt om SHH igennem pressen, men senere bliver han glad for flytningen og personalet.

Han bliver medicineret med orap. Der er ingen kendte somatiske klager. Objektivt psykisk fremstår han genert og ordknap og meget tillukket. På afdelingen, som er en

almen åben afdeling, tilbringer han næsten al sin tid i sengen, og beskrives som stort set uden mimik og øjenkontakt, og fortæller, at han føler sig glasagtig og tom indeni. Han indstilles til smedeværkstedet på hospitalet halvtids, men passer dette meget dårligt og pjækker ofte.

I november 1995 giver A udtryk for, at han godt kunne tænke sig noget terapi, uden at han umiddelbart kan definere noget egentligt mål hermed, men han vil gerne komme ind på sin depression, sit lave selvværd og sin fortid.

Han fremtræder apsykotisk, men fortsat helt initiativløs. Han foreslås herefter musikterapigruppen, som han indvilger at deltage i.

A fortæller ved forsamtale til musikterapigruppen, at han altid har haft et positivt forhold til musik, og han lytter gerne til en bredt udsnit af forskellige genrer. Han har ikke tidligere været i nogen former for terapi, og fortæller, at det at snakke om sine følelser ikke har været noget man gjorde i hans familie. Han er derfor uvant med dette, og ligeledes ukendt med deltagelse i terapigruppe, men positivt indstillet på at prøve. Begynder i musikterapigruppen i december 1995.

Forløb:

Deltagelse: 6/12 95 - 3/7 1996 Patient nr. 3/9 - pt. A

Antal Sessioner: 28

Formuleret problem:

Isolerer sig, ligger i sengen hele dagen, føler sig deprimeret og er ligeglad med alt, synes tilværelsen er meningsløs. Er ikke vant til at tale om sig selv.

Formuleret mål for terapien: At få større selvtillid og få større tiltro til egne evner.

Adspurgt kunne han også godt tænke sig at beskæftige sig med sin relation til forældrene og sin opvækst.

Nr. MUSIK/GUIDNING

Oplevelser

MINE KOMMENTARER

KAT.

| | | | |
|--|---|---|--|
| <p>1. Beethoven 5. Klaverkoncert 2. Sats <i>Trappe ned i have, undersøge haven</i></p> | <p>(før: Er meget kortfattet. Ikke vant til at tale om sig selv. Virker lidt anspændt og fraværende, men fulgte til tider aktivt og smilende med) Satte sig på hvid bænk i haven. Indsnusede duften , det var forår, der var træer der kastede skygge. Et rosen bed og et stort æbletræ. Nød musikken den var utrolig smuk. Han var alene. (efter: Virker oplivet)</p> | <p>Den positive stemning i den første session vil jeg, ud fra As beskrivelse af at føle sig næsten totalt isoleret og have en depressivt farvet grundfølelse, forstå som en signifikant positiv oplevelse. A siger direkte, at han føler nydelse og at musikken var utrolig smuk. Dette ser jeg som usædvanlige følelser i forhold til hans aktuelle problematik. Det er min opfattelse at oplevelsen måske kan bibringe ham et øjeblikks fornemmelse af en mening med livet.</p> | <p>III a eksplicit musik ref.</p> |
| <p>2. Beethoven, Patetique 2. Sats: <i>Yndlingssted, et trygt sted.</i></p> | <p>(før: Fåmælt, er lidt mere oppe af sengen) Rosenhaven i Valby. Fantasi vinrankestativ omkring bænk i haven , hvor Allan sidder og nyder den fredfyldte stemning i haven. Skift i musikken bevirker et behageligt tomrum, hvor han kun oplever musikken uden billeder. (efter: Virker oplivet, er mere opmærksom på de andre i gruppen end før lytning)</p> | <p>Den positive stemning som A oplevede i første session fortsætter. A nyder den fredfyldte stemning, og musikken idet hele taget. Jeg har valgt at betegne bænken med den forestillede vinrankestativ som en "safe container"/beskyttelsesrum</p> | <p>III a V a VIII musik Ref. eksplicit</p> |
| <p>3. Anjaligruppen #1. <i>Inde i tryk hytte</i></p> | <p>(før: Har ikke noget at fortælle, det går meget godt. Synes han får mere ud af samværet på afdelingen.) Norsk bjælkehytte i snelandskab. Der er en hyggelig stemning, ild i kaminen, udstoppet elg, egetræsbord m. bænke. Er alene, meget fredfyldt. Kaminen er vigtigst kigger ind i den. (efter: Er mere nærværende end før lytningen. Virket afslappet og følger med i, hvad de andre siger. Bliver indimellem fanget af bestemte ting</p> | <p>Den positive stemning fortsætter. A er i stand til at forestille sig en tryk hytte, hvor han føler sig meget fredfyldt. Jeg ser hytten som en "safe container"/beskyttelsesrum (Va) A savner guidning, og referer dermed til min rolle.</p> | <p>III b V a</p> |

| | | | |
|---|--|--|--|
| | de fortæller) | | |
| 4. Lars Trier/Menzer: Morning Glory <i>Bjergside, en frisk morgen, madrassen med</i> | (før: har haft hyggelig jul med moder og nytår med faderen. Også fint at komme tilbage på afdelingen) På bjergskråning. Blev til en ørn, da panfløjten satte ind. Følelse af frihed. Selv at bestemme hvor højt og hvorhen han vil flyve. Så snedækte tinder. (efter: Sætter pris på frihed, som er lig med selv at bestemme, hvor man vil gå hen: Kender følelsen fra sin hverdag. Smiler hen for sig ved tanken om at flyve, siger "det var da meget fedt". Responderer på opfordring da gruppen taler om manglede lyst og foretagsomhed og ensomhed. Siger at han ikke kan bo alene. | Oplevelsen tyder på at A har en let ved at skabe fantasibilleder og engagere sig i dem. Transformationen til en ørn er måske et ønske om styring og kontrol med sit eget liv - som kunne være væsentlig ift. As oplevelse af slet ikke at kunne håndtere sit liv på en meningsfuld måde. Oplevelsen må betragtes som ønsketænkning, hvor ørnen kan ses som en relevant dynamisk forsvarsmanøvre og jeg har kategoriseret As oplevelse af at være en ørn under "safe containers". Desuden antager jeg at frihedsfølelsen er væsentlig og står i modsætning til den dominerende depressive grundfølelse A tidligere har omtalt ved forløbets begyndelse. | III b V. a musik ref. eksplicit VIII |
| 5. Anjaligruppen: "Melodies of Ancient India #2 <i>Individuelle temaer: Allan: Afslapning.</i> | (før: kommer for sent. Er glad for at være begyndt på smedeværkstedet. Har sin egen drejebænk.) Slapper meget af. Kunne godt lide musikken. (Efter: Synes det er en hjælp, når jeg guider, savner det.) | Fortsættelse af tidligere positive oplevelser, men kun med få udsagn. | EksPLICIT Musik ref. |
| 6. Beethoven 5. Symf. 2 sats <i>Individuelle temaer: Allan: Åben overfor følelser</i> | (før: Giver respons til anden person i gruppen: genkender følelse af manglende tilhørsforhold. Savner følelsesmæssige udsving, glæde. Vil gerne være mere turde fortælle mere om sig selv.) Efterår, koldt, dyster musik, opgør og begravelsesstemning. Er som i film - ikke ubehageligt. (efter: smiler når han fortæller, selvom indholdet er melankolsk) | Introduktion af andet følelsesspektrum. A er i stand til at opleve en begravelsesstemning og være i kontakt med følelser knyttet til denne situation, uden det bliver ubehageligt for ham. Dette er væsentligt ift. hans formulerede problem om at have en depressiv grundstemning. Måske hjælper musikken ham til at være i kontakt med sorgfulde følelser uden det bliver for overvældende - og dermed kan | EksPLICIT Musik ref. III c. V b. |

| | | | |
|---|--|---|---|
| | | <p>han rumme disse følelser på en hensigtsmæssig måde. Derfor ser en evne til i retning af at kunne rumme ambivalens - at opleve sørgmodige følelser mens han samtidigt ikke synes det er ubehageligt. Distancen "som i film" ser jeg som en relevant forsvarsmæssig manøvre for A på dette tidspunkt.</p> | |
| <p>7. Anjaligruppen #3 <i>Individuelle temaer:</i> <i>Allan: Kigge efter glædesfølelser</i></p> | <p>(før. Det går meget godt. Har ikke noget. Har lidt svært ved at komme op om morgenen)</p> <p>Græsplæne, omkranset af træer. Et slot i en stor have. Først én siden mange smukke danser rundt i hvide kjoler. Før det spillede de kroket. Eventyrstemning. Mænd i sort kommer til. Genforeningsglæde, de har det sjovt. Alle er smukke. Er glad for oplevelsen.</p> <p>(efter: Smiler mens han fortæller. Siger han er meget tilfreds med oplevelsen)</p> | <p>En dagdrøm med en ønskefantasi. Jeg hæfter mig især ved udtrykket genforeningsglæde mellem mændene og kvinderne. Jeg opfatter denne scene som en ønskefantasi der kan relateres til As baggrund, hvor samspillet mellem kønnene (modsat ønskedrømmen) ofte har været kompliceret i As barndom og i følge A har virket traumatiserende. Dette perspektiverer oplevelsen og sætter den i en meningsfuld sammenhæng. Ud fra dette synspunkt, mener jeg at oplevelsen kan ses som en relevant dynamisk forsvarsmåne, - idealisering der klinisk danner mulighed for belysning og bearbejdning af bagvedliggende traumatiske oplevelser. Måske er oplevelsen også udtryk for et forsøg på reparation - en dannelse af nye idealer og ønskværdige forhold mellem det mandlige og det kvindelige - og dermed også et udtryk for håb og længsel efter et smukkere forhold mellem det maskuline og det feminine. Græsplænen omkranset af</p> | <p>III a V a + b eksplicit Musik ref.</p> |

| | | | |
|--|---|---|--|
| | | træer ser jeg som en "safe container". (Va+b) | |
| 8. Anjaligruppen #6 <i>Individuelle temaer: Allan: Selvransagelse, hvorfors har jeg det som jeg har det?</i> | (før. Siger at han har været forfulgt af nazister tidligere. Er nu bare deprimeret. Mener det skyldes at han har været forsømt i barndommen. Moderen var sammen med andre mænd, og han fik ingen omsorg. Synes det er fremragende at få mulighed for at tale om sig selv her. Er blevet mere åben, tør fortælle noget om sig selv, hvilket er nyt for ham. Nyder musikken, men har svært ved at koncentrere sig - er ved at falde i søvn. (efter: siger han har været i byen i går. Er lidt skuffet over at han ingen billeder har. Accepterer dog situationen.) | Reflekterer over sin situation og baggrunden for den. Udtrykker stærk tilfredshed med muligheden for at fortælle om sig selv i gruppen, og signalerer dermed, at han føler sig tryk i gruppen. (IVa) Finder ikke ud af mere om sin situation under lytningen.. Er måske lidt opstemt efter byturen i går. | III a IV a EksPLICIT Musik ref. |
| 9. Pachelbel, Canon i D. <i>Markvej, sommerdag, sommerlandskab</i> | (før: Er ked af det igen. Det er blevet sværere at komme op om morgenen. "Overgangen fra sengen til hverdagens krav".) Ved sin mosters og onkels gård ved Limfjorden. Køer på marken og grise også. Sætter sig på hvidmalet jernbænk og nyder udsigten. (efter: Det var en meget rolig stemning, som han sætter utrolig stor pris på) | Som i flere tidligere sessioner f.eks. 1,2,3,4 og 7 er lytteperioden en positiv oplevelse. Jeg anser bænken som en "safe container" og hele oplevelsen synes at have en stabiliserende og opmuntrende effekt på A.. Den meget positive stemning anser jeg for at være forbundet med musikken. I så fald har musikken også en stabiliserende effekt som "safe container". Det er første gang A referer til familiemedlemmer i forløbet under lytningen. Her moster og onkel. Jeg har derfor markeret dette som et interpersonelt input. | III a V a IV a implicit musik Ref. |

| | | | |
|--|---|---|-------------------------------|
| <p>10. C: Nielsen: Tågen letter (Lars T./Menzer) <i>Markvej i skov</i></p> | <p>(før: Det går bedre, men han er stadig forfalden til sengen) På skovtur som 5-6årig ved Suseåen med mormor og morfar. Dejlig tur . Hører bæk, går på skråning ned mod åen. (efter: Bedsteforældrene tog sig af A, når moderen ikke havde tid. Husker at de lærte ham at cykle. Gav ham omsorg. Har stadig kontakt med mormoderen, morfaderen død i beg. af 80erne.)</p> | <p>Igen et interpersonelt input - bedsteforældre. Genoplevelsen af en positiv barndomsoplevelse giver historisk sammenhæng. A husker det som en dejlig tur, hvilket jeg mener må virke markant oplivende i hans situation idet barndommen ift. at As liv ofte var domineret af kedelige oplevelser. Oplevelsen åbner for samtale, hvor A spontant fortæller om sit forhold til sine bedsteforældre.</p> <p>A synes at være opmærksom og tilstede i oplevelsen under lytningen - hører bl.a. bækken som fremtræder i billederne.</p> | <p>II b III a IIV</p> |
| <p>11. Dvorak: Serenade + Warlock I A: <i>se hvad der dukker op.</i></p> | <p>(før: Det går meget god. Ved ikke hvad han skal sige. Kommer op af sengen og går på værksted. Virker optimistisk, men fåmælt) Skaber fantasibillede. Går af markvej op på en høj, hvor der er en bænk. En dejlig varm sommerdag. Kan se ud over landskabet. I horisonten skib med sejl. Der er også et bondehus, og en svalende lund. Sortbrogede køer der græsser. Går ned på bænken i lunden for at køle lidt af i varmen. (fortæller spontant som den første i gruppen. Er glad for fantasien. Siger der er egentlig ikke så meget at tilføje.</p> | <p>Entydig positiv oplevelse i naturen. I scenen ses nogle af de samme ingredienser som i tidligere sessioner: Det gode vejr, bænken i landskabet og udsigt over landskabet virker som gode stabiliserende konfigurationer. Billederne synes også at have et idylliserende og stereotypt præg. At A fortæller spontant som den første i gruppen har jeg valgt at kategorisere som et tegn på bedring</p> | <p>IIIa Va</p> |
| <p>12. Bach, Koncert for 2. Violiner (largo)</p> | <p>(før: Har det godt. Passer værkstedet. Virker mere nærværende, friskere i kontakten)</p> | <p>Oplevelsen er efter min opfattelse en rejse i det maskuline univers. Karakteren er som i sessionerne 4 og 7 en ønskedrøm. Set i forhold til A...</p> | <p>V b</p> |

| | | | |
|---|--|--|------------------------------|
| <p><i>Miljø skabt af musikken, møde med hus</i></p> | <p>Flyver i helikopter m. pilot ud over jungle med papegøjer, der stiger til vejrs. Ser et floddelta med krokodiller og flodheste. Lander ved et hus lavet af lianer. Eneboerhus med terrasse og stole, hvor han sætter sig og nyder udsigten og varmen. (efter: Virker mindre anspændt og er interesseret i de andre i gruppen, men virker også indimellem rastløs - sidder og tripper på stolen).</p> | <p>forhold til As ønske om at finde mening med tilværelsen, er den omnipotente drøm om ham i helikopter i junglen en klar ideal drøm om mandlig betydning og styrke. Herved er der også reference til session 3 om ørnen der har frihed og bestemmer over sit eget liv. Jeg betegner oplevelsen som et relevant dynamisk forsvar, som netop afspejler meget af det som A længes efter. At være betydningsfuld, selvstændig og have en høj selvværdsfølelse.</p> | |
| <p>13. Bach: Come Sweet dead + Sarabande <i>Dig, et sted i naturen. Beskyttelse omkring ?</i></p> | <p>(før: synes stadig det går OK. Har haft besøg af mormoder samt fader og halvbror i weekenden. Det forløb tilfredsstillende.) Genoplevelse af scener fra camping ferie som 12 årig med sin farmor på Vigen i ved Roskilde fjord. Sammen med 2 fætre. Teltet i hulning mellem træer: legede og havde det sjovt med fætrene samt farmoderens hund. Han ville lokke den ud at svømme i vandet, det var den ikke meget for. Farmoderen havde også undulater med på turen. (det var OK - nævner at han tror at grunde til at han fik netop denne oplevelse var at han vælger positive oplevelser før musiklytningen. Han har ikke tænkt over, om det er fordi han er bange for at få dårlige)</p> | <p>Den positive genoplevelsen skaber historisk perspektiv. Fortællingen indeholder flere aspekter som A husker tydeligt: legen med hunden, teltets placering og farmoderens undulat (IVa, VII). A fortæller bagefter at han vælger at få positive oplevelser og forsøger dermed bevidst at styre oplevelserne i gunstig måske ufarlig retning som udgangspunkt. Til trods for denne styring virker A ofte meget spontant indlevende og deltagende i fantasimaterialet.</p> | <p>IV a VII VIII</p> |
| <p>14. Beethoven 5.klaverconcert , 2. Sats</p> | <p>(før: Går godt. Passer nu værksted på fuld tid. Er oppe, spiller spil på afd. Kender godt til angst for ensomhed efter udskrivning, som nævnt af andet gruppemedlem) Er i Frederiksberg Have. Sø med ænder . Sol.</p> | <p>Passer nu værkstedet på fuld tid. (Ib) A giver for første gang udtryk for at føle en lidt trist følelse selv, men nævner også at det ellers går godt. Udtrykker dermed både negative og</p> | <p>I b II b</p> |

| | | | |
|--|--|---|------------------------------|
| <p><i>Have m. havehus , (HJ: fortsat fra sidst)</i></p> | <p>Slot gik ind i det, der burde have været møbler. Duft af lak. Regn udenfor - lidt trist - ænderne var væk. (efter: Lidt trist).</p> | <p>positive følelser, hvilket jeg har kategoriseret som et væsentligt stemningsskift både noget godt og noget dårligt bliver oplevet. Tomheden i huset giver mig associationer til As barndom, men det er ikke noget han er bevidst om eller selv oplever. A er ikke i stand til at tolke oplevelsen. Det er tankevækkende at han ift. sit udsagn om at vælge positive oplevelser før musikken får en oplevelse som starter positivt, men udvikler sig til også at omfatte mere triste elementer. Måske affødt af As refleksion på et andet gruppemedlems bemærkning om at føle angst ensomhed efter udskrivning.</p> | |
| <p>15. Goudnod "Sanctus" <i>Hvad musikken bringer frem i dig</i></p> | <p>(før: har det meget godt. Møder til tiden) Var på tur med morfar og mormor. Skulle på restaurant. Gik tur først i skoven til bro, kiggede ned i vandet. Der var vist ingen fisk. Er 8 -10 år Ren idyl. (efter: Siger "Ja jeg har jo også haft gode oplevelser i min barndom")</p> | <p>Positiv genoplevelse med mormor og morfar som i session 10. Hvis A husker rigtigt er situationen fra 1 - 2 år efter forældrenes skilsmisse.</p> | <p>II b IV a IIV</p> |
| <p>16. Anjali 3. stykke <i>Tur langs stranden, Hans Jørgen : Banankassen</i></p> | <p>(før: intet nyt det går OK) Det er vikingetid. Møder vikinger der kommer sejlene. Spørger om han må deltage i deres fest med vildsvin og mjød. De rejser telt. Sover med dem . Det var fint - de var venlige. (efter: Var overrasket over at der kom vikinger. De havde været på togt. i krig. havde skatte med.</p> | <p>A inviteres til fest med vikingerne og overnatter i deres telt. Det er som session 12 en fantaseret ønskedrøm om maskulin styrke kombineret med en imødekommende holdning. Et drenge idealbillede. At A identificerer sig med omnipotente mandstyper, fremgår også af anamnesen i afsnit om A som hjemmevernsmand. Oplevelsen kan relateres til et ideelt maskulint univers,</p> | <p>VI V b VIIIa</p> |

| | | | |
|---|--|---|--|
| | havde været på togt, i krig, havde skatte med. | ligesom i session 12 (og evt. 4), og hermed bliver et tema som A synes at arbejde med horisontalt. (Vb) Billederne er relateret til As kerneproblematik i den forstand at ønskedrømmen udtrykker meget af det A ikke har i virkeligheden. Det at være en viking kan også ses som et overgangsobjekt i idealiseret udformning. | |
| 17. Massenet "Meditation" <i>Hvad musikken bringer op</i> | (før: kortfattet, siger det går fint. Siger "Vi må videre" og "så er det jeres tur") Musikken bragte ham til skøjtestadion i slot, hvor han danser med en skøjteprinsesse. Hun er lys med hvid kjole. Han i sort tøj. Dejlig susende fornemmelse. Harmonisk. Fulde huse. Kongen og dronningen var der også. Alle klappede. (undrer sig og siger "jeg plejer ellers ikke at dagdrømme"). | Endnu en ønskedrøm. Her er forholdet til det andet køn i fokus. A deltager for første gang aktivt i sine billeder i en (forestillet) interpersonel sammenhæng. Der er lighedspunkter til tidligere ønskedrømme. Oplevelsen af selvværd og det at være betydningsfuld er i centrum. Måske bruger A dagdrømmene som forsøg på at reparere på eller som compensation for sit lave selvværd. Det er nærliggende at forestille sig at der bag oplevelserne gemmer sig en længsel efter anerkendelse og respekt. | II a V b VIII eksplisit musik ref. |
| 18. Keith Jarred: "Vienna Concert" (udsnit.) <i>En følelse, du tager med ud i naturen</i> | (før: Har ikke oplevet noget. Vælger at undlade at svære emner bliver bragt på bane. Har (som anden pt. i gruppen) svært ved at tale om følelser.) Musikken var sørgelig. Var til begravelse guided af musikken. Mange sortklædte mænd og kvinder. Kisten var brun med hvid kant og smukke røde og hvide blomster. Præsten smed jord på. Det må have været en kendt person. | Det væsentligste synes at være at A er i stand til at rumme sørgelige eksistentielle følelser - uden at blive deprimeret. Temaet om at være betydningsfuld som A har omtalt i flere sessioner ses igen i sætningen: "Det må have været en kendt person." Måske berører A under musiklytningen alligevel et emne som kan være svært (jf. det A siger før lytningen), men beskytter sig imod at det bliver for | III b V b Musik ref. |

| | | | |
|--|--|--|------------------------------|
| | (efter: Det føltes sørgmodigt, men "vi skal jo alle den vej" - Godt det ikke var mig endnu, har det OK) | overvældende bl.a. ved at lægge afstand til den begravede. | |
| 19. Grieg : "Aases død" + Mozart: Adagio <i>Nær ved busk eller blomst, se om den trænger til pleje.</i> | (før: Går som det plejer. Går af og til i seng hvis han keder sig på afd. Fortæller at han nogen gange analyserer sin baggrund. Hvordan det ville være gået, hvis han var kommet i militæret, i stedet for den lukkede, da han gik amok. Men der lå jo noget bag og ulmede. Tænker at det var frustrationer og aggressioner over at han ikke kunne klare at blive maskinmester, som var hans drøm og så hans barndom: moderens svigt med alle de mænd.) Vælger at forestille sig selv som maskinmester, der sejler på de 7 have. har ejerlejlighed, stabil økonomi og er respekteret. Synes det er en dejlig fantasi. (efter: Har det fint, smiler. Vigtigt med respekten og økonomien og friheden som han forbinder med sejler livet. "At kunne gøre som man har lyst til". Siger at "det kunne han jo ikke sammen med moderen". | A vælger bevidst en fantasi om at være maskinmester - et idealbillede af sig selv som en respekteret person med ejerlejlighed og stabil økonomi. Fantasien er tæt relateret til As udsagn før musiklytningen, og er en direkte forståelig følge heraf. Der er tale om ønskedrømme, som relateres til As mande idealbillede som i tidligere sessioner - men nu i en virkelighedsnær og nutidig form. (Ic, Vb, VI) Oplevelsen kan derfor ses som et forståeligt idealbillede, og derfor opfatter jeg det som en relevant dynamisk forsvarsmanøvre. As udsagn før lytningen ses som relevante refleksioner som tyder på en begyndende indsigt og selverkendelse. | I a + c V b IV a VI |
| 20. Marcello: Oboe Concert <i>Tema: tryghed / utryghed, se hvad musikken bringer op om dette.</i> | (før: har ikke noget at sige) En rosenhave med røde roser En høj hæk, der viser sig at blive til en labyrint. Føler sig bange, angst for at fare vild. Er lettet da han finder sin seng i midten, hvor han lægger sig til at sove. Her sluttede det. (efter: Siger at de røde roser betyder kærlighed. Synes godt at livet kan være en labvrint. som man | A føler for første gang angst. Angst for at fare vild - blive væk. Scenen får mig til at tænke på angst som et barn typisk kan have. En angst for ikke at kunne finde "hjem" her symboliseret ved "sengen" i As fantasi. A følger guidningsspørgsmålet om tryghed og utryghed og lader sig involvere. Jeg ser fantasiforløbet som en metafor for | VIII VI |

| | | | |
|--|---|---|--|
| | Synes godt at livet kan være en labyrint, som man kan fare vild i) | at A let bliver bragt i situationer, hvor han føler sig utryg. Dette er meget forståeligt når As oplevelse af utryghed og svigt i barndom tages i betragtning. A nævner også selv en metafor til sidst "at livet kan være en labyrint, det kan være svært at finde rundt i", hvilket er et tydeligt billede med høj informationsværdi ift. As situation. A omtaler til sidst i forrige session moderens svigt i barndommen, hvilket måske er medvirkende til at A synes livet er en labyrint, der er svært at finde rundt i. (VIII) | |
| 21. Beethovens 5. Klaverkoncert. 2.sats. <i>Følelse her og nu evt. forbundet med et sted i naturen.</i> | (kom 10 min for sent. Havde intet at fortælle) Prøvede at forestille sig bjerge eller steder, men det lykkedes ikke, savnede guidning. (efter: ingen yderligere kommentarer) | At A savner guidning opfatter jeg som savn af strukturel støtte, hvilket er formålet med guidningen. Jeg har valgt at denne relation til mig skal ses som at jeg har en vis betydning for A (IVa) | IV a |
| 22. Keith Jarrett: Vienna Koncert (udsnit) <i>Gå op ad trappe i hus. Ind i værelse. Maleri på væggen, Hvad forestiller det? Stol ved vinduet.</i> | (før: Det går fint. Fortæller om bålaften med medpatienter fra Afd. - hyggeligt samvær med guitar-spil. Fortæller for første gang om fremtiden, hvor han skal have pension og måske på plejehjem. Vil spare op til møbler, savner at have møbler.) Trappe der hænger og svæver over lava og ild. Holder godt fast i gelænderet. Kommer gennem dør ind i værelse. Der er et billede af ham selv der griner. Går hen til vinduet, ser patienter fra afd. Vil gerne ud og være med dem ved | Oplevelsen har en helt anden karakter end nogen af de foregående. A er i en farlig situation og svæver over ild og lava. A rummer åbenbart et helvede i sig. Han føler sig isoleret og vil gerne ud og være sammen med de andre patienter fra afdelingen. Overvejer at smadre vinduet for at komme ud. Forløbet er handlingspræget og viser måske træk fra As kerneproblematik: voldsom angst for isolation og forladthed. A overvejer at | I b II b IV b IV a VI VIIIa |

| | | | |
|---|---|--|-------------------------------|
| | <p>stranden. Tænker på at smadre vinduet, der er ingen dør mere.</p> <p>(efter: tolker ild og lava er lig med helvede. Siger at livet udenfor hospitalet kan være utrygt, men nogle ting kan også være svære her. Kan ikke tolke billederne yderligere)</p> | <p>smadre vinduet for at komme ud, hvilket jeg ser som en aktiv indsats for at løse et problem. I modsætning til hans adfærd ved begyndelsen af terapiforløbet, hvor han lå i sengen det meste af døgnet, ses der i terapien en tydelig trang at være sammen med de andre patienter både i fantasien og i virkeligheden. Jeg kan også forestille mig at scenen kan afspejle en konflikt hos A mellem at være sammen med andre på en forpligtende contra uforpligtende måde, hvor det forpligtende er at være i gruppen og det uforpligtende er at være med de andre patienter. Om det kan tænkes at angst for at være i gruppen/sammen med andre på en forpligtende måde kommer til udtryk i As billeder. Det kan også tænkes at den vrede og frustration han har omtalt fra tidligere i sit liv stadig er det der "ligger og ulmer", og scenen er en gentagelse af en situation fra barndommen, hvor han ikke kunne gøre, hvad han havde lyst til. (session 19). Nævner at han savner at have møbler, se: reference til session 14, hvor huset i forestillingen var tomt – uden møbler.</p> | |
| <p>23. Anjaligruppen: #1 <i>Havevandring med forhindring</i> - <i>træ du kan sidde op af til sidst.</i></p> | <p>(Har det godt. Igen bål på stranden med medpatienter. Kommer som den første.) Tur i Søndermarken med sød mørkhåret pige. Picnic med laksemadder og kold hvidvin. De faldt i søvn på et tæppe - sensommer - mange bløde blade. Vågner og pigen er væk. (efter: siger at det var en ønskedrøm, og at han savner en kæreste)</p> | <p>Som flere gange tidligere afspejler oplevelsen en ønskedrøm - denne gang et tæt forhold til det andet køn. Forholdet til det andet køn har været aktualiseret i Session 7 og 17...Kvinder der danser i park og dans med en skøjtepige. Disse to oplevelser har efter min opfattelse et præg af uskyld, mens den aktuelle session i</p> | <p>III a VI a V b</p> |

| | | | |
|--|---|---|--|
| | | <p>højere grad indeholder sensualitet med seksuelle undertoner. Der er derfor kommet flere aspekter i forholdet til det andet køn, og ønskedrømmen er mere relateret til virkelighedens verden, om end stadig i en idealiseret form.</p> <p>Ønskedrømmen afspejler længselen efter et forhold. En impuls i positiv retning - en tro på at forhold til det andet køn er muligt. Det underholdende og overfladiske i drømmen afføder tanker om et mere seriøst behov.</p> | |
| <p>24.</p> <p>Boccherini: Cello koncert i Bb, Adagio.</p> <p><i>Kontakt med følelser og billeder der dukker op i forhold til musikken.</i></p> | <p>(før: Synes det er fint at han snart skal afslutte i gruppen. Han havde egentligt regnet med et år, men det kan være fint med en pause. Synes det er kedeligt tit - men har dog også været glad for forløbet.)</p> <p>Sørgelige følelser som til begravelse, godt nok at være i kontakt med de følelser.</p> <p>(efter: "Godt nok at de komme i kontakt med de følelser også")</p> | <p>Som i session 18 kommer A måske i kontakt med følelser udløst af musikken. (jf. guidningen). A nævner at det er godt nok at være i kontakt med sørgmodighed, hvilket kan afspejle, at han har fået et lidt mere afbalanceret forhold til svære følelser, som han synes at kunne forholde sig til uden at blive tynget (IIIc).</p> <p>Måske er de sørgmodige følelser knyttet til at han snart skal stoppe i gruppen, selvom han tilsyneladende tager lidt let på det, udfra det han siger før lytningen.</p> | <p>III c implicit musik ref.</p> |
| <p>25.</p> <p>Puskar: "Inner Harvest"</p> <p><i>Strandstrand, bygge hytte, aften, overnatte.</i></p> | <p>(før: Er meget optaget af EM i fodbold. Spiller meget lidt selv, men kan godt lide fodbold.)</p> <p>Er på Hawaii. Spiller fodbold med de indfødte. De hjælper ham med at bygge en 10x10 meter stor hytte af palmeblade, hvor han lægger sig til at sove.</p> <p>(Vil gerne selv spille mere fodbold. Har det godt.</p> | <p>Ny ønskefantasi. Temaet om "mandebilleder" aktualiseres igen.</p> <p>Oplevelsen afspejler ligesom i fantasien med vikingerne at A bliver modtaget med respekt og velvilje Fantasien rummer derfor også nogle moralske idealforestillinger .</p> <p>Indeholder også et produktivt engagement i forestillingen om at bygge en hytte. Som set flere gange ender fantasien med at A</p> | <p>I b II a V b</p> |

| | | | |
|---|--|--|-------------------------------------|
| | | lægger sig til at sove. A reflekterer at han gerne selv vil spille mere fodbold, hvilket jeg ser som en virksom (realitetsbaseret) effekt af fantasimaterialet. | |
| 26. Doky Brothers: "Childrens song" <i>Bygge hus på stranden, hvordan ser der ud ?</i> | (før: Har det fint. Alle i gruppen griner. Smiler også selv. Han ser fodbold. Sørgeligt at Danmark tabte.. Men de spiller igen i aften. Genoplever sommer i Skagen i 88, med andre unge fra "Ung 85". Et par kasser øl. Det var fedt . Bekymringsfrit. (efter: Er nu mere alvorlig. Er bekymret over fremtiden - behandlingsstedet. Om han kan finde sig tilrette der. | Udsagnet først er blevet As åbningskliche/ritual i gruppen, og dermed en del af gruppens kultur. A griner selv med, hvilket viser at han har indsigt i bemærkningens underliggende betydning, og at han har en fællesoplevelse med gruppen. Positiv genoplevelse af samvær med andre unge, ses også i billeddannelsen. Oplevelsen karakteriseres af A som bekymringsfri, hvilket står i modsætning til As bekymring om fremtiden. Sessionen viser at A også ønsker at blive taget alvorligt. As mentale billeder bliver ofte sat i perspektiv i efterbearbejdningsfasen. | I a |
| 27. Pushkar: "Inner Harvest" <i>Lægge ud fra stranden i en lille båd</i> | (før: Har det godt som sædvanligt. Der er semifinaler i aften. Kun lidt bekymret for det fremtidige behandlingssted nu. Siger at det nok skal gå. Siger også at han keder sig indimellem, men mener at det kan også kan være udtryk for at en anden i gruppen er på i meget lang tid.) Er i Spanien. Lægger fra kaj i rød motorbåd m. sort kant med Rosita i stævnen, hun ligger og slanger sig. De sejler langt ud, men må ændre kurs da de møder en olietanker. Sejler ind i spændende havnemiljø. Musikken var" drømmende". (efter. Har det fint. Indrømmer, at han ikke keder | Oplevelse har karakter af dagdrøm. Som i session 23 en positiv seksuelt ladet ønskedrøm med en pige. Ønskedrømmen møder realiteterne i form af en olietanker. Det kommer også frem under den indledende samtale at når A nogle gange siger, at han keder sig det i virkeligheden fordi han synes en anden i gruppen tager meget plads. Har vænnet sig til tanken om det fremtidige bosted. (Illa) | II a + b IV a + b IIIa V b |

| | | | |
|--|--|---|----------------------------------|
| | sig, men tit har spændende oplevelser under musiklytningen. | | |
| 28. Beethoven 5. Klaverkoncert, 2.sats <i>Trappe ned i have undersøge haven.</i> | <p>(før: Siger "Ju-hu sidste gang". Synes det var kedeligt, men også godt. Godt at høre om de andre og kunne genkende problemer. Svært at sige noget selv.</p> <p>Stor grøn have med æbletræ, hvor han spiser æblet. Sætter sig på bænk, og der kommer en sorthåret dame, og sætter sig ved siden af. Ser på rosenbede. Pludselig er damen erstattet af hele gruppen..</p> <p>(efter: Er glad for oplevelsen. Vi (terapeuterne) foreslår at billedet med gruppen måske er As måde at udtrykke afskeden på, hvilket A responderer positivt på.</p> | <p>As første udsagn giver information om hans drengede måske noget umodne adfærd. "Ju-hu" udsagnet afløses dog hurtigt af mere seriøse refleksioner.</p> <p>Der samlet flere elementer som er forekommet i tidligere sessioner. Et frodigt træ, en bænk, et rosenbed (igen som symbol på kærlighed ?)og et møde med en pige. Der sker en interessant spontan forvandling da pigen bliver til gruppen. A er klar over at det er sidste session, og måske kan den positive oplevelse af pigen, der forvandles til gruppen afspejle at A har fået noget godt ud af at være i gruppen. At gruppen faktisk betyder noget væsentligt for ham. Det er første gang A direkte refererer til gruppen i sin fantasi.</p> | I a + c II a IV a VIIIb |

Restituerende faktorer i den enkelte session. (vertikal analyse)

I. Kognitive aspekter/indsigt

a. Selverkendelse

19 (der lå noget bag og ulmede, frustrationer og svigt)

26 (griner med de andre i gruppen, når han bruger sin "åbningsbemærkning")

28 (svært at sige noget om sig selv)

b. Aktiv indsats/bestræbelse på at løse problemer

14, 15 (passer værkstedet, kommer op af sengen, møder til tiden i gruppen)

22 (positivt samvær med medpatienter)

25 (vil gerne dyrke mere sport)

c. Oplevelse af samling /strukturering af selvet:

17 (er aktivt engageret i de mentale billeder)

19 (ønskedrøm og kerneproblem bragt sammen)

28 (pige i fantasien bliver forvandlet til gruppen)

II. Refleksioner

a. -i forhold til aktuel selvoplevelse:

14 (angst for ensomhed efter udskrivelse)

17 (jeg plejer ellers ikke at dagdrømme)

22 (lava og ild er lig med helvede)

23 (vil gerne spille mere fodbold selv)

b. -i forhold til personlig historisk baggrund:

8 (forsømt i barndommen)

10 (bedsteforældrene tog sig af ham - lærte ham at cykle)

15 (har også haft positive oplevelser i barndommen)

III. Emotionelle aspekter:

a. Følelser af håb eller bedring:

7 (føler glæde ved genforening mellem forestillede mænd og kvinder der danser)

8 (tør fortælle mere om sig selv)

11 (fortæller spontant som den første i gruppen)

22 (længsel efter kæreste)

27 (har vænnet sig nyt bosted)

b. Andre følelser/følelsesmæssige skift:

1 (nød musikken, der var utrolig smuk)

3 (hyggelig stemning i bjælkehytte)

4 (følelse af frihed som ørn)

9 (rolig stemning - sætter utrolig pris på den)

14 (følelser ifm. sol og regn på slot)

18 (sørgmodighed)

26 (bekymring/bekymringsfri)

28 (nyder den fredfyldte stemning)

c. Evne til at rumme ambivalente følelser:

6 (oplever begravelsesstemning, uden det virker tyngende)

18 (begravelsesstemning: sørgmodigt, men også godt nok)

24 (kan bære at mærke sørgmodige følelser)

IV Interpersonelle aspekter

a. Interpersonelle input og interaktion:

2 (mere opmærksom på de andre efter lytning)

8 (positiv respons til terapeuterne og gruppen)

9 (på moster og onkels gård)

10 (skovtur med bedsteforældre)

15 (med mormor og morfar på restaurant i barndommen)

19 (svigt fra moder)

21 (savnede guidningen)

22 (vil være sammen med de andre fra afd.)

23 (forestillet kæreste - savner kæreste)

27 (forhold til et andet gruppemedlem vedr. grænser)

28 (gruppen optræder i billedet)

b. Aggressionsforvaltning (herunder selvmordstanker):

22 (indespærret i værelse, vil gerne bryde ud)

27 (kedsomhed som udtryk for irritation)

V Forsvarsorienterede aspekter

a. "Safe containers"/ tænkerum:

2 (bænk m. vinranke om)

3 (bjælkehytte) 4 (A som ørn)

7 (græsplæne omkranset af træer)

9 (hvidmalet jernbænk)

b. Evne til at danne andre adækvate forsvarsmanøvrer:

7 (ønskedrøm om mænd og kvinder i have)

11 (idyllisk landskab)

12 (ønskedrøm om helikopter over junglen)

16 (ønskedrøm med vikinger)

17 (ønskedrøm om at være skøjtedanser)

18 (afstand til begravet person)

20 (ønskedrøm om A som maskinmester)

23, 27 (ønskedrøm om kæreste)

25 (ønskedrøm om at være med hjælpsomme indfødte på Hawaii)

VI: Billeder/udsagn relateret til kerneproblemer:

16 (ønskedrøm med vikinger)

17 (ønskedrøm om at være skøjtedanser)

19 (oplever sig selv som maskinmester)

21 (livet er som en labyrint) 22 (isoleret, "fanget" i soveværelse)

VII. Billeder/udsagn som giver historisk sammenhæng eller indblik:

10 (skovtur med bedsteforældre)

13 (genoplevelse af strandtur med farmor)

15 (på restaurant m. bedsteforældre)

VIII: Metaforer/symboler

a. Metaforer

2 (bænk med vinranke)

4 (ørn)

16 (møde med vikinger)

17 (skøjtedanser)

20 (livet som labyrint)

22 (lava og ild er lig med helvede).

b. Transformation

7 (ønskedrøm om mænd og kvinder i have, genforening maskulin/feminin)

17 (er selv skøjtedanser med skøjteprinsesse)

23, 27 (ønskedrøm om kæreste) 28 (pige forvandles til gruppen).

Musikreferencer:

a. eksplicit:

1 (utrolig smuk musik)

2 (skift i musikken bevirkede behageligt tomrum)

4 (blev til ørn, da panfløjten satte ind)

5 (kunne lide musikken)

6 (dyster musik)

8 (nyder musikken)

17 (musikken bringer ham til skøjtehal - dejlig susende fornemmelse)

18 (musikken var sørgmodig)

27 (musikken var drømmende)

b. implicit:

7 (dans på græsplæne)

9 (meget rolig stemning, som A sætter stor pris på)

18 (fredfyldt stemning)

24 (kontakt m. sørgmodige følelser, ud fra antagelse om at A har fulgt guidning om at lade musikken bringe følelser op)

Billedernes fremtrædelsesform:

Narrative sekvenser: 4, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 20, 22, 23, 25, 27, 28.

“Enkeltstående” hændelser: 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 17, 18, 19, 21, 24, 26,

Horisontal analyse

Horisontal analyse udfra restituerende faktorer i den enkelte session, patientens mål for terapien og baggrundsviden fra anamnesen:

Overordnet synes A at få hjælp fra metoden med guidning/billeddannelse og musik. I første halvdel af forløbet var han ofte opfyldt af tomhed før lytning, men oplevede altid noget under musiklytningen, som han kunne fortælle om bagefter. Dette gjorde det lettere for ham at være i gruppen og opnå en følelse af, at han også havde noget at bidrage med. Jeg oplever A som en person, der higer efter at føle, at han betyder noget. En mand der, som noget traditionelt mandigt, har noget godt at slås for, et ansvar at stå op til og hermed mening med tilværelsen. I følge baggrundsoplysningerne fremgik det, at A følte sig godt tilpas i hjemmeværnet bl.a. fordi det havde rødder i frihedskampen - men i psykotisk tilstand troede A at alle var hans fjender. Den oprindelige tro på at slås for noget godt og meningsfuldt var blevet nedbrudt og forvrænget, og iført hjemmeværnsuniformen sparkede han løs på tilfældige biler.

As formulerede problem ved starten af terapiforløbet var at han, som følge af det psykotiske sammenbrud, isolerede sig og lå i sengen hele dagen. Han følte sig deprimeret, var ligeglad med alt og oplevede tilværelsen meningsløs. Desuden udtalte han, at han ikke var vant til at tale om følelser, men han var villig til at prøve at indgå i en sammenhæng, hvor han kunne øve sig i det.

Hans formulerede mål for terapien var at få større selvtillid og få større tiltro til egne evner. I terapiforløbet fik A øget sin selvtillid, bl.a. fordi han havde mange oplevelser under musiklytningen hvilket muliggjorde, at han kunne tage del i gruppens liv, og dermed være med til at skabe kulturen i gruppen. I slutfasen kunne han f.eks. selv grine med, når de andre lo af hans standardiserede første bemærkning ved næsten hver session "det går meget godt", og bagefter kunne han også gøre opmærksom på, at han havde alvorlige temaer, han gerne ville bringe på bane. Dette vidner om begyndende selvindsigt og ansvarlighed. Desuden var A kun fraværende 2 gange ud af de 28 sessioner terapien varede, hvilket også vidner om engagement og ansvarlighed, tydelige skridt væk fra en oplevelse af "at alt er lige meget".

As udsagn fra terapisesionerne viser også, at han gradvist "slipper sengen" og efterhånden deltager i afdelingens sociale liv og passer sin aktivitet på værkstedet.

På det adfærdsmæssige plan - som aktiv indsats for at løse sine problemer, fremgår

det af notaterne f.eks. i session 14 og 15, at A efterhånden møder mere og mere stabilt på værkstedet, får en del kontakt med medpatienterne (22) og eksempelvis gerne vil dyrke mere sport. (25).

Det er også sandsynligt, at nogen af de meget positive oplevelser under musiklytningen har medvirket til, at A oplevede tilværelsen mere meningsfuld. As direkte referencer til musikken, viser at musikken først og fremmest har haft en positiv emotionel indflydelse. A siger flere gange, at musikken virkede beroligende og behagelig (1),(2),(5),(8),(17),(18), og at musikken bringer ham i kontakt med følelser af forskellig karakter. F.eks. i første session hvor *“musikken var utrolig smuk”* og i session 18, hvor *“musikken var sørgmodig”*. Musikken har også haft en direkte indflydelse på As billeddannelse f.eks. i session 4, hvor han siger, at han *“blev til en ørn, da panfløjten satte ind”*, og i session 17, hvor han siger, at *“musikken bragte ham i en skøjtehal”*, og at det var *“en dejlig susende fornemmelse”* at stå på skøjterne”. Det vil sige, at i disse eksempler, hjælper musikken A med at danne et billedunivers som bliver scene eller ramme for oplevelsen. Man kan sige, at A i de nævnte eksempler på en positiv måde transformerer sin identitet midlertidigt og f.eks. på en legende måde udfolder sig i et imaginært univers. Den midlertidige transformation af et selv billede i en velkommen fantasi kan være med til at genopbygge personligheden og skal ses i forhold til As tidligere psykotiske univers, som var totalt domineret af destruktive fantasier. Denne transformation sker også på et metaforisk plan ud fra idealbilleder. F.eks. tydeligt konfigureret i forholdet mellem det maskuline og feminine i As personlighed. Temaet i 7. session *“genforeningen mellem mænd og kvinder der danser sammen”* ses igen i session 17, men nu er A selv aktivt deltagende og danser med sin skøjteprinsesse. Temaet kan tænkes at fortsætte i session 23 og 27 som omhandler idealbilleder/oplevelser af en kæreste, og videre herfra til sidste session, hvor der sker en *“forvandling af en kvindefigur som bliver erstattet af medlemmerne gruppen”*, hvorved det reale plan og det symbolske plan mødes på en positiv måde. Dette møde kan forstås som As tilknytning til gruppen på et følelsesmæssigt niveau, når kvinden opfattes som symbol på emotionalitet. I session 23 ses en markant polarisering, idet billederne af *“Rosita i stævnen”* bliver forstyrret en kæmpemæssig olietanker i farvandet. Altså et mere markant møde/ sammenstød mellem det ideale og det reale plan.

A viste et følelsesmæssigt engagement i terapien, og de mange små informative ønsketænkingssekvenser kunne også kaldes forsvarsdynamiske narrative

sekvenser, som skabte nye vinkler i forståelsen af hans situation. Denne forståelse kan tænkes at have en reparationseffekt ud fra As tilbagevendende tema om væsentligheden i det at blive set, anerkendt og forstået. Disse signaler blev opfattet og honoreret i gruppen.

Ud fra analysemodellen er det mit indtryk, at A i begyndelsen først og fremmest havde glæde af at kunne opleve signifikante positive følelser (1,2,3,4, 9). Disse sessioner indeholdt en række situationer med billeder, jeg har kategoriseret som "safe containers"/"beskyttelsesrum". Eksempelvis: bænken, der var omkranset af en forestillet vinranke, i session 2. Flere af disse oplevelser relaterede A direkte til musikken. Desuden er materialet præget af oplevelser, som jeg har valgt at placere både i kategorien forsvarsorienterede aspekter under "evne til at danne adækvate forsvarsmanøvrer", og i kategorien "billeder/udsagn relateret til As kerneproblemer". Dette fordi, udsagnene både er udtryk for ønsketænkning, hvilket giver mig information om As idealbilleder, og samtidig afspejler, hvad A ikke har i virkeligheden (16,17,19, 23,25). Eksempelvis synes et gennemgående horisontalt tema at omhandle As idealbilleder i forhold til en manderolle (sessionerne (3), (4), 7, 12, 16, 17, 19, 23) og i sessionerne 7,17, 23, 27, og 28 er forholdet til det andet køn i fokus. Sammenfattende kan siges, at ønskedrømmene handler om frie respektable personer med magt og indflydelse, og mænd med heltemodige og venlige karaktertræk. Disse oplysninger bibringer mig væsentlig information om As forhold til sig selv. Ønskefantasierne kan umiddelbart ses i forhold til As problemformulering, hvor han angav, at han havde et lavt selvværd og følte livet var meningsløst. I session 19 forestiller A sig selv som maskinmester - hvilket han altid har ønsket sig at blive. Jeg denne ønskedrøm som en forståelig kompensation for et lavt selvværd. Som forsvarsmanøvrer har ønskedrømmene en væsentlig dynamisk funktion, idet de fungerer som kompensation mod ydmygelse, men også As bedste bud på dannelse af (nye) idealbilleder. I As idealbilleder skimtes fremadrettede følelser som længsler og håb, hvilket jeg mener er nødvendige følelser i helingsprocessen efter et psykotisk sammenbrud. Et væsentligt punkt i helingsprocessen er at forstå disse idealbilleder i forhold til virkeligheden, hvilket A gør i session 19, hvor han giver udtryk for en realitetsforankret bevidst opfattelse af, hvad forskellen er mellem hans dagdrøm og virkeligheden.

Denne session er på flere måder en af de væsentligste, idet A også giver udtryk for selverkendelse og reflekterer over sin situation. A har en oplevelse af, hvad der

psykologisk ligger til grund for hans problemer. I øvrigt indeholder As udsagn generelt ikke meget refleksivt materiale, hvilket måske skyldes, at A er helt uvant med, eller ikke har været i stand til, at forholde sig til sig selv på et mere abstrakt niveau. Hans oplevelser bærer tydeligvis præg af et "oplevelende - jeg" og ikke et "reflekterende - jeg" som udviklingspsykologisk ligger på et senere udviklingstrin. Efterhånden i forløbet forekommer eksempler på, at A oplever væsentlige følelser af forskelligartet karakter (6,14,18,24) samt følelsesmæssige skift (20), og han virker gradvist mindre deprimeret. Session 22 omhandler en følelse af indespærring, som han i billedet overvejer at kæmpe sig ud af. Oplevelsen kan relateres til As følelse af isolation, som er et af hans centrale problemer.

Interpersonelt synes eksempler på gode minder med bedsteforældrene at afspejle, at bedsteforældrene har haft stor positiv betydning for A under opvæksten, hvilket han også selv betoner. Forældreforholdet blev ikke direkte omtalt i As mentale billeder, men belyst i samtalen efter lytningen ved flere lejligheder, hvor billedmaterialet naturligt lagde op til det. Bl.a. blev oplevelsen, hvor A oplevede sig selv som en balletdanser, hvor kongen og dronningen fulgte forestillingen, tolket som forældres opmærksomhed overfor barnet, hvilket bevirkede, at A fortalte om den manglende opmærksomhed, han havde oplevet fra sine forældres side. Årsagen til, at A ikke direkte oplevede billeder af forældrene er svær at fastslå. En mulighed kan være en manglende parathed. A fortalte i begyndelsen af forløbet, at han bevidst forsøgte at tænke positive billeder. A fik spontant kontakt med en række positive "succes" oplevelser, og dette kan tænkes at være et nødvendigt første skridt i et terapiforløb og danne grundlag for at mere konfliktfyldt materiale bliver bragt på bane senere. Dette synspunkt synes jeg understøttes af, at da A under kategorien aggressionsforvaltning kom i kontakt med fantasier, der rummede aggressivt ladet materiale (session 22), var det virkelig voldsomt arkaisk materiale, der dukkede frem, f.eks. at han "svævede over helvede".

Billedernes fremtrædelsesform ses at være nogenlunde ligeligt fordelt mellem små narrative sekvenser og en eller flere enkeltstående hændelser (streams of consciousness), dog med overvægt af enkeltstående hændelser i begyndelsen af forløbet.

Analyse af As billeder og udsagn i terapien ift. den interview baserede undersøgelse.

Ud fra GAF skalaen (metode I/A) har A en score på 41 både før og efter forløbet. Der kan altså ikke påvises nogen egentlig bedring herudfra, men dog en stabilisering efter et psykotisk sammenbrud foråret 1995 - hvor A startede i musikterapiforløbet i efteråret 95. At der ikke kan påvises nogen bedring kan naturligvis have mange årsager. Det kan tænkes at A stadig var påvirket af eftervirkninger af det psykotiske sammenbrud i form af depression og tomhed, og måske er den stabiliserende tendens i virkeligheden tilfredsstillende positiv set i forhold hertil. Det kan også tænkes at As udtalte udbytte af terapien primært er af en subjektiv indre observans, som måske ikke umiddelbart opfanges i GAF skalaen.

A har ud fra spørgeskemaet (metode I/B) lagt vægt på, at han har kunnet tale om problemer, som det ikke er let at tale om med andre mennesker (spm. 2, score 4) og vigtigheden af at få taget "hul" på problemerne (spm. 9, score 4). Desuden fremhæver han bl.a. en positiv oplevelse af terapeuterne (spm. 10, 14 og 19, score 4), og ikke mindst det, at der var musiklytning i terapien (spm. 26, score 5), og at kombinationen at musiklytning og samtale var en god idé (spm. 28, score 5). Desuden er spm. 27 om musikken har virket skræmmende scoret lavt (spm. 27, score 1). Der er visse spm., som A har fundet har haft mindre betydning for ham. F. eks. synes begivenheder udenfor terapien ikke at være af så væsentlig betydning. At spm. 19 "*terapeuternes tiltro at jeg ville få det bedre*" er scoret højt, kunne tænkes at bero på det, at terapeuterne har fungeret som en slags bærende faktor i terapiforløbet.

Med hensyn til metode I C (kortundersøgelse og supplerende spm.) har A fundet at følelserne "spændende" og "tryghedsskabende" var mest fremtrædende følelsesmæssige kvaliteter, han har været i kontakt med i forløbet , og ift. billeddannelsens kvaliteter, fremhæver han "ro" "harmoni" og "tryghed" i nævnte rækkefølge. Der ses således kontakt med en række basale emotionelle tilstande på en opbyggende måde, hvilket måske har været af meget væsentlig betydning, i forhold til As udtalte følelse af indre tomhed og opgivende holdning til livet i det hele taget før terapiforløbet. At A i billeddannelsen fremhæver "spændende" harmonerer med den højeste scoring (5) på spm. 26 og 28 i spørgeskemaundersøgelsen som omhandler musikterapi metoden. Dette kan også som en bekræftelse på at A fandt en indgang til at tage del i gruppens kultur via

hans oplevelser under musiklytningen.

I spørgsmål om yderligere kommentarer til terapien, har A givet følgende besvarelse:

A: Andre ting som har haft positiv betydning i terapien ?

Sv: a få snakket ud om problemerne

B: Nogle ting som du har savnet i din psykoterapi ?

Sv: -

C: Hvilke konkrete begivenheder eller oplevelser i musikterapien som har gjort størst indtryk på dig ?

Sv: Kan ikke erindre særlige oplevelser

D: Hvilke konkrete begivenheder eller oplevelser i musikterapien har du haft mest gavn af ?

Sv: Det at danne sig billeder under lytningen, især eventyrlige billeder

E: Yderligere kommentarer ?

Sv: nogen gange har det været lidt kedeligt under samtalen

Svarene bekræfter, at A synes, han har haft gavn af billeddannelsen under musiklytningen. At A af og til har følt at samtalen var lidt kedelig, skyldes måske at han kommer fra en baggrund, hvor samtale om interpersonelle forhold ikke synes at have været særligt udbredt.

Konklusion:

A synes overordnet at have profiteret af terapiforløbet. Selvom GAF undersøgelsen ikke påviste nogen egentlig bedring, er hans funktionelle niveau stabilt, og As egen positive vurdering af terapien viser, at forløbet har været meningsfuldt og berigende. Bl.a. lykkedes det ham at tage del i gruppeprocessen via oplevelserne under musiklytningen, og derigennem fik han belyst og talt ud om forskellige problemstillinger. Desuden har billeddannelsen utvivlsomt medvirket til at udfylde hans tomhedsfølelse. Billeddannelsen var ofte forbundet med glæde, og den har

uden tvivl være med til give håb og styrket selvværdsfølelsen , og dermed bidraget til støtte af helingsprocessen og genopbyggelse af personligheden. Oplevelserne under lytningen gav også mange oplysninger om As personlighedskonstitution og specielt de mange ønsketækningssekvenser var informative. Disse narrative sekvenser satte As problematik i perspektiv, og oplevelserne kan anskues som dagdrømme, der fungerede som forståelig kompensation for As lave selvværdsfølelse og manglede mening med livet. Efter lytteperioden i den enkelte session, var det ofte muligt at tale mere om As drømme og længsler, og på den måde få mere forståelse for As situation og den bagvedliggende smerte, der indimellem dukkede op. As oplevelser under musikken er altså fantasier og dagdrømme som er rodfæstet i As historie, og ikke bare tågesnak eller uforståelige vrangforestillinger. Dagdrømme, hvorigennem bagsiden blev gjort mere forståelig og håndgribelig.

Kapitel 6 - Case nr. 2 - patient. B

Anamnese

Dispositioner:

Ældre familiemedlem indlagt på Psykiatrisk Hospital, årsagen kendes ikke.

Tidligere psykiatrisk

B var første gang i kontakt med det psykiatriske system i 1987 pga. overdosis af sovepiller og depression. B havde i denne forbindelse samtaler med psykiater i en kort periode, men samtalerne ophørte, idet B ikke vidste, hvad hun skulle sige. I maj 1987 blev der foretaget en psykologisk undersøgelse af B. Det konkluderedes at B koopererede mangelfuldt og hovedindtrykket var en skrøbelig integreret personlighed på psykoseniveau, men de svære læsioner i personligheden syntes imidlertid ikke at være led i en skizofreniform udvikling. Blev første gang som 26-årig indlagt på SHH i oktober 1995. B blev overflyttet fra KH, psyk. afd. under diagnosen F 21. Skizotypisk sindslidelse og F13.3 abstinensstilstand efter benzodiazepiner. B er meget fåmælt ved anamneseoptagelsen⁶⁰

Misbrug:

Har siden 16års alderen haft et massivt misbrug af Kodein . Har forsynet sig med moderens medicin. Begyndte efterhånden også at misbruge benzodiazepiner og suppleret med alkohol og op til indlæggelsen også ca. 1gr. hash dagligt. Måtte ved indlæggelsen afvænes for Benzodiazepam og Kodein.

Opvækst:

B er vokset op sammen med begge forældre. Familien har flyttet en del under patientens opvækst. Moderen er læge og faderen har også en akademisk uddannelse, men har ikke haft arbejde i længere perioder. B har en 7 år yngre lillesøster. Moderen beskriver B som et nemt, sødt og dejligt spædbarn, der var glad og fornøjet og nem at stille tilfreds. Efter en kighostevaccination, hvor B var 5 uger gammel, blev hun under middagssøvn dagen efter pludselig fuldstændig slap og respirationsløs og måtte genoplives. Lignede episode gentog sig ca. 5 uger senere. Forældrene blev meget forskrækkede over dette, hvilket medførte, at B var under stærkt opsyn i de

⁶⁰ Optegnelser baseret på journalnotat

første år af sit liv. I flg. moderen udviklede B sig hurtigere end normalt, blev hurtigt renlig og talte i hele sætninger 18 mdr. gammel. Et års ophold i Ringsted synes iflg. moderen at være det mest positive år i patientens opvækst. B selv har næsten udelukkende dårlige minder fra sin barndom. B mener, at hun helt fra ganske lille ofte var ked af det og næsten ingen venner havde. Havde i 1. og 2. kl. en god veninde, som dog var meget dominerende og bestemte alt, hvad de skulle lege. Efterhånden tilsluttede denne veninde sig også til "drillegruppen" imod hende, og B husker ikke nære relationer siden hen. Hun skiftede skole efter 4.klasse på grund af drillerier. Igennem hele barndommen, ungdommen og voksenlivet har hun følt sig meget isoleret og uden venner - og været meget ked af dette. B var ligesom bange for andre børn og andre i det hele taget på hendes egen alder. Da hun var 12 år, kom hun pga. disse problemer med andre børn til skolepsykolog. Hun synes dog bare, at det gjorde det hele meget værre, idet det førte til flere konflikter i familien, hvor hendes far kunne blive voldsom vred og slog hende. B fortæller også, at faderen altid lige nøjagtig viste, hvilke ting han skulle sige til hende for at gøre hende rigtig ked af det. Hun fortæller, at faderen igennem mange år bl.a. har slynget diagnoser i hoved på hende og kaldte hende f. eks. sindssyg, skizofren osv. Forholdet til moderen er bedre, men præget af, at B synes, moderen har været meget væk, og ikke mener, at moderen har hjulpet hende overfor faderens opfarende adfærd. B fortæller, at hun efterhånden blev mere og mere stille og tilbagetrukket i hjemmet i kontakten med faderen. Forholdet til søsteren beskriver B som udmærket.

B har afsluttet både almindelig folkeskole og gymnasium uden faglige problemer. Fik et højt gennemsnit på gymnasiet til trods for, at hun havde svært ved at sige ret meget til de mundtlige eksaminer. B har ikke haft nogen seksuelle relationer og ikke haft nogen kæreste.

I 1989 forsøgte B at suicidere, men blev fundet. Hun følte sig efterhånden så isoleret og ensom, at hun ikke kunne holde det ud. Læste fra 92 -94 historie på universitetet, men afbrød dette studie. Havde herefter planer om at søge optagelse på naturvidenskabelig linie på universitetet, men dette blev ikke effektueret.

Indlæggelse

Begyndte i august 1995 på HF kursus, men afbrød dette i forbindelse med indlæggelsen i efteråret.

Ved indlæggelsen i 1995 boede B alene i lejlighed og levede af bistandshjælp, men

hun synes ikke, hun kunne magte at bo alene. B skønnes at være velbegavet og have kreative ressourcer; blandt andet har hun spillet klassisk musik på klarinet i en årrække. Blev indlagt på KH i 1995 p.gr.a. nye suicidale tanker samt pillemisbrug og frembød et billede af tristhed, skyhed og anhedoni. Tankegangen var vag, og der var meget lang latenstid i samtalsituationer. Hun var dissimulerende og facadepræget, og skønnedes diagnostisk at høre til i et grænseområde mellem en skizotypisk sindslidelse og egentlig skizofreni. B berettede selv ved indlæggelsessamtalen, at hun ikke kunne tænke, og at hun ikke vidste, hvem hun selv var. Ind imellem smilede hun umotiveret, hvilket gav anledning til overvejelser om psykotisk tankeindhold.

Henvisning til Musikterapi

Da jeg første gang mødte B, var det ikke muligt for mig at føre en sammenhængende samtale, p.gr.a. lang latenstid. Jeg havde kun en formel kontakt med hende, og det virkede som om, B i stor udstrækning havde trukket sig tilbage i et autistisk univers. I december 1995 blev B henvist til deltagelse i musikterapiprojektet. Ved visitationssamtale fortæller B, at hun ofte har en fornemmelse af at have noget på hjerte, men at tankerne forsvinder, inden hun får det ønskede formuleret. Hun fortæller videre, at det er vigtigt, at der er et vist flow i en samtale, fordi for lange tænke pauser får hende til at miste fodfæstet og forkludrer hendes tanker. Denne beskrivelse af sig selv, angiver hun som væsentlig i forhold til det at skulle fungere i en gruppe. B deltog på daværende tidspunkt allerede i musikterapiens samspilsgruppe, samt individuelt samspil på blokfløjte, og var glad for begge aktiviteter. Pt. fortæller, at målet for hendes deltagelse i musikterapigruppen primært er at opnå et bedre kontaktforhold til andre mennesker.

Caseforløb

Caseforløb nr. 2, patient "B"

Deltagelse: 6/12 95 - 3/7 96 - Pt. nr. 2/9 i undersøgelsen

Antal Sessioner: 28

Formuleret problem: Indesluttethed, angst for andre mennesker. Kan ikke finde ud af at være sammen med andre. Fastholde tanker

Formuleret mål for terapien: Forbedret forhold til andre. Bearbejdning af familieforhold.

| musik/guidning | oplevelser | mine kommentarer | kategorier |
|--|--|---|------------------------------|
| <p>1. Beethoven 5. Klaverkoncert 2. Sats <i>Trappe ned i have, undersøge haven..... Afslut samme sted som du startede.</i></p> | <p>(før: Er kortfattet. Ved ikke, hvad hun skal sige, men siger at "det finder jeg vel ud af undervejs" Når kun at komme ned for enden af trappen. Føler at fantasien har forladt hende. Det ville ødelægge stemningen i haven, hvis hun selv var tilstede. Lille have med grønt græs, der flyder ud i en blå himmel. Ved opfordring til at gå tilbage hvor man kom fra, tænkte hun på lukket afdeling på KH. (efter: Har svært ved at formulere sig. Fortryder, hvad hun har sagt.</p> | <p>Billederne giver en ny vinkel på B´s problem. Hun præsenterer et negativt, destruktivt selvbillede, hvilket jeg har valgt at placere under kategorien "kerneproblemer" Haven er uafgrænset "den flyder ud i en blå himmel", hvilket får mig til at tænke på patientens forhold til grænser. At hun bagefter fortryder, hvad hun har sagt tyder på stor selvsikkerhed og ambivalens - og måske angst for hvorledes det hun siger bliver modtaget/brugt.</p> | <p>VI</p> |
| <p>2. Beethoven, Patetique 2. sats <i>Yndlingssted, et trygt sted</i></p> | <p>Forsøger at se et smukt sted . Føler ikke at hun kan være der. Ser flash af have, søer. 1/2 have og sø. Akvarium - vand - kan ikke vælge. (efter: Siger at der ikke er noget sted, hvor hun kan være. Tænker på om det har med tryghed at gøre. Har også svært ved at slappe af når hun skal sove).</p> | <p>Billedet minder om situationen i første session. B kan ikke være i det smukke sted. Desuden har hun svært ved at vælge, måske af angst for at blive placeret et forkert "fastlåst" sted. Er også søgende føler ikke at hun har nogen indre base. Søger efter at finde et smukt element, hvor hun kan være/føle sig hjemme. (IIb, IIIa)</p> | <p>II a III a VI</p> |
| <p>3. Anjaligruppen #1. <i>Inde i tryk hytte</i></p> | <p>(før: siger det er svært at være i fokus, bliver nervøs. Det går i fisk. Siger der er et filter på hospitalet ift. virkeligheden - anderledes hjemme i familien. Fortæller om faderen, at han er hustyrant - især overfor hende. Han synes hun er</p> | <p>I guidningen spørges om at lede efter et trygt sted. Hverken Bs hytte eller forvandlingen til et større hus virker trygge. B forsøger at komme nærmere, men det lykkedes ikke umiddelbart. Reflekterer over det "at være på" og at hun ofte føler sig som tilskuer. (IIb) At hun oplever faderen som hustyrant afspejles</p> | <p>II a VIIIa</p> |

| | | | |
|--|---|---|---|
| | <p>opmærksomhedskrævende og forkælet).</p> <p>En lille hytte i skoven, mørk lidt ligesom frilandsmuseet, i gamle dage. Det forvandlede sig til et større mere luksuriøst toetagers hus. Begge kolde og mørke: lægger specielt mærke til vinduespartiet på det store hus. Oplever sig selv som tilskuer. Kan ikke komme nærmere huset det bliver tåget.</p> <p>(efter: siger at hun forsøgte at komme nærmere til huset, men ikke kunne. Siger også at hun tit føler sig som tilskuer)</p> | <p>måske i de kolde stemninger i husene. Opmærksomheden på vinduespartiet skyldes måske at vinduet symbolsk kan fungere som grænseobjekt mellem at se ind/ud i sig selv.</p> | |
| <p>4. Lars Trier/Menzer: Morning Glory <i>Bjergside, en frisk morgen, madrassen med derud.</i></p> | <p>(før: skal snart skifte afd. er spændt på det. Hos forældrene i julen. Deprimeret over samværet med faderen. Har haft besøg af lillesøster, som hun synes er helt anderledes udadvendt end hende selv. Hun er allieret med faderen. Føler sig holdt udenfor og er misundelig på søsteren)</p> <p>Forrevet klippelandskab, tåget og koldt. Var først utryg ved at være på bjergside, men beslutter sig så for at finde et plateau. Flyver da musikken kommer - er på madrassen, inspireret af en tegnefilm om nordpolen. Landskab med blåsort vand og isbjerge, 5000 oppe i luften. Der var koldt, men hun havde det godt og var afslappet.</p> <p>(Siger at hun har talt med moderen som har sagt at hun ikke har kunnet stille noget op overfor faderen. Får lyst til at blive skæv af hash når hun bliver deprimeret i</p> | <p>B er i høj grad deltager i processen denne gang. Hun virker mindre anspændt, hvilket måske er medvirkende til at hun kommer på en flyvetur med musikken.</p> <p>At B føler sig mere hjemme i gruppen nu og gør noget ud af sit udseende. Dette anser jeg som tegn forbundet med en følelse af håb om bedring, idet B har meget svært ved at finde positive tilknytningsforhold.</p> <p>B beskriver det ambivalente forhold hun har til faderen og misundelse til søsteren. (II b)</p> <p>Finder ståsted på klippe (Va)</p> | <p>II a IV a III a VIII Musik Ref. explicit</p> |

| | | | |
|---|--|---|--|
| | familien. Føler sig mere hjemme i gruppen nu. Vi bemærker at hun har gjort noget ud af sit udseende og hun siger at hun har det bedst i pænt tøj. | | |
| 5. Anjaligruppen: "Melodies of Ancient India #2 Britta: Trygt sted? (Individuelt tema valgt af patienten) | (Før: Er i en svær fase - lige flyttet til miljøterapeutisk afd. Siger at hun har lyst til skyde hovedet af sig selv, hendes tanker bliver sprængt. Føler at de afviser hende på afd.) Morfar og mormoders hyggelige have. Var i førskole alderen, nærmest et stillbillede. Tænkte på at det var mærkeligt at hun skulle 20 år tilbage for at føle sig tryk. Synes musikken mindede hende om Lille Peter Edderkop. (efter: Oplivet - men siger det holder nok ikke) | Det virker som om, B devaluerer sig selv meget. Tror ikke at hun kan klare skiftet til anden afd. Skiftet rejser åbenbart mange aggressioner hos B. Reflekterer over det mærkelige i at hun skal 20 år tilbage for at finde tryghed. (IIc, VII) | II c IV b VII musik Ref. eksplicit |
| 6. Beethoven 7. Symf. 2 sats Britta: Ser hvad der kommer op (Individuelt tema valgt af patienten) | (før: siger at hun ikke kan finde ud af, hvem hun er, at hun mangler personlighed) Himmel og hav, blå. Tåget, da musikken kom i dur blev det forår, med fuglesang og sol. Flere meters afstand mellem billedet og hende selv. Til sidst ligtog - Analyserer sig selv under musiklytningen. (efter: Svingende ml. opmuntring og håbløshed. Tænker om det var hende i kisten) | B registrerer musikken og de dynamiske skift afspejles i hendes billeder. Er igen mere positiv efter musiklytningen. Et tema om evt. suicidale tanker manifesteres i ligtoget - er det mon hende selv? Billederne reflekterer både positive og negative aspekter. (IIIa+b) | II b VI b mus ref. III a + b |
| 7. Anjaligruppen #3 | (Siger at hun lever på overfladen. Har tankegods nedenunder, men kan ikke komme i kontakt med det. Synes alligevel | Forholdet til fader aktualiseres. B husker situation fra sin barndom, der vækker minder hun åbenbart vil væk fra. Situationen synes | IV a V b |

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>“ Genfinde mig selv” (Individuelt tema valgt af patienten)</p> | <p>at tågen er lettet lidt) Regnvej, på mark i skov. Det var forår tegneserieagtigt, føler at hun var tilstede indimellem. Som lille person. Husker billeder fra Charlottenlund. Skov med faderen der trækker hende på kælke ca. 4 år gammel. Søger at komme væk fra dette billede tilbage til tegneseriebillederne. (efter: Kan ikke lide at være i barndomsbillederne fordi det minder hende om familien.)</p> | <p>ellers meget positiv, at faderen trækker hende på kælken. Sekvensen antyder at P har et ambivalent forhold til faderen, idet kælketuren virker som noget meget positivt - men at situationen bringer andre mere ubehagelige minder frem. Tegneseriebillederne fungerer som en relevant forsvarsmanøvre. (Vb). Flukturerer som tidligere mellem at være tilstede i billederne og være tilskuer.</p> | |
| <p>8. Anjaligruppen #6 Se hvad der dukker op. (Individuelt tema valgt af patienten)</p> | <p>(før: B har for et stykke tid siden været hos psykolog ifm. Projektet. Har talt med denne om at arbejde med sin barndom. Har ikke lyst, det bliver et slid - men B erkender at det er en nødvendighed) 1. billede: hendes værelse som 17årig, forfærdelig tid, stjal mormoderens piller. Herefter en masse billeder fra barndommen som hun forkaster. (efter: siger at hun ikke kan holde sit eget selskab ud, og derfor er nød til at tage stoffer. Kan heller ikke udholde tanken om faderen, og synes hun har fået en negativ opfattelse af sig selv).</p> | <p>B erkendelse om at arbejde med barndommen bliver straks ført ud i livet (Ia). Det synes hårdt for at B at genopleve svære situationer. Hun er dog i stand til at huske og fastholde et billede, som efterfølgende kan uddybes. B omtaler det problematiske faderforhold igen og de ikke verbaliserede billeder, som hun forkaster, indeholder måske situationer, hvor faderen indgår - jf. hvad B fortæller efter lytningen. B fortæller også om baggrunden for sit forhold til stoffer, som synes forbundet med det komplicerede faderforhold og hendes negative selvopfattelse. (Ia, IVa+b)</p> | <p>I a II b III b IV a VII</p> |
| <p>9. Pachelbel, Canon i D. Markvej, sommerdag, sommerlandskab</p> | <p>(Før: tænkt over at hun meget tidligt har fået at vide (eller er født med) den opfattelse at alt, hvad hun gør er forkert. Føler sig som vanskabning). Går på markvej med massiv gul farve på begge sider. Gammel kroget mand med sort tøj og sort hat. En farvestrålende fisk</p> | <p>Billedrækken virker usammenhængende, fragmentarisk. Den gamle mand giver associationer til døden (ses også i session 6). Den farvestrålende fisk sammenlignes med hende selv i størrelse og scenen efterfølges af en brændende skov, hvor hun selv brænder og ender forkullet.</p> | <p>III b IV b V</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <p>dukker op, er dobbelt så stor som Britta. Går ind i en skov som brænder. Brænder selv, ender på forkullet bænk. Det er rart. Var ikke neutral (mod sædvane)</p> <p>(fortæller mere flydende end tidligere. Får lidt skyldfølelse over at anden i gruppen får ubehagelige minder if. det hun siger. Dette bliver vendt i gruppen).</p> | <p>hun selv brænder og ender forkullet. B synes paradoksalt at dette var rart. Mit indtryk er at når B “mærker” sig selv brænde symbolsk - er det for at komme væk fra - slippe ud af - det ubærlige negative selvbillede/ selvhad hvilket jeg anser som en forsvarsmanøvre. Det er også sigende at B må brænde op for at mærke sig selv.</p> <p>Siger at hun var emotionelt engageret i modsætning til tidligere (IIIb)</p> | |
| <p>10. C: Nielsen: Tågen letter (Lars T./Menzer) <i>Markvej i skov</i></p> | <p>(før: Tænkt over ildebrand fra sidst. Kan ikke tolke det. Fortæller at hun føler sig hjemme i gruppen. Er bange for fremtiden, hvor hun skal klare sig selv) Går i skov, ser cirkelrund sø, blå og kold. Går igennem den. Mennesker myldrer ud uden ansigter. De kommunikerer hverken med hende eller med hinanden. Går forbi hende. Ser sig selv som sådan en. Lille og uden ansigt. Går videre ned i jorden. Et meget håndgribeligt mørke. Der er lidt mere behageligt. (efter: Tolker mørket: bare det ikke betyder at dø ? ! er angst for fremtiden)</p> | <p>B har reflekteret over ildebranden fra sidst. At hun føler sig hjemme i gruppe synes meget væsentligt ift. den hjemløshed og manglende ståsted hun har fortalt om tidligere.</p> <p>At B går igennem søen associerer jeg til at B går gennem lag i sig selv. lagttagelserne har et uhyggeligt skær. B identificerer sig med at være lille uden ansigt. Jeg har kategoriseret dette udsagn som et billede på Bs kerneproblem. Længere nede er der lidt mere behageligt - måske skjult - men pludselig opstår tanken om mørket har forbindelse til døden.</p> | <p>II b VI</p> |
| <p>11. Dvorak: Serenade + Warlock.</p> | <p>(før: Ikke så deprimeret længere, men siger at hun er i et tomrum, hvor hun er på den ene side og hendes følelser er på den anden side af “grødisen”) 1.)Forældrenes hus, kælder i tidligere hus og senere forældrenes sommerhus</p> | <p>Det virker som om B leder efter et tilholdssted/holdpunkt. Sammenligner musikken med det at rejse, men musikken bliver også opslugt/indhentet.</p> <p>Som i tidligere sessioner er der positive og</p> | <p>I a III a V a VIIIa</p> |

| | | | |
|---|--|---|--|
| <p><i>Hvor er følelserne begravet ?</i> (Individuelt tema valgt af patienten)</p> | <p>og senere forældrenes sommerhus. 2.) Kommunehospitalet lige før indlæggelse. Ville ikke være nogen af stederne. Bedre at være kommunehospitalet, var som at være faldet ned fra himlen, som at være en uden historie/fortid. Var til sidst på strand, et bedre sted at være. (Efter. Taler om at være på vej. "Som at være i et tog - kan lide at rejse, men når hun kommer til stationen bliver hun indhentet af depressionen. Siger at hun ikke kan finde musikken og glæden - at "musikken bliver opslugt af tomheden".)</p> | <p>negative momenter. Efter lytningen taler B om at være "på vej". Det er positivt for hende så længe hun er aktiv/rejser, men ophold/"at være et sted" bringer depression. Historien er billede på at hun ikke kan hvile i sig selv. Undermusiklytningen finder hun dog et opholdssted, hvilket jeg har valgt at kategorisere som et håb (IIIa) og et "beskyttelsessted" (Va).</p> | <p>Musik ref. eksplicit</p> |
| <p>12. Bach, Koncert for 2. Violiner (largo) <i>Miljø skabt af musikken, møde med hus</i></p> | <p>(før: Synes hendes opvækst er slået helt fejl. Føler at behandlerne ikke ved, hvad de skal stille op med hende. "Har afleveret sig selv på SHH". Faderen har sagt at hun har ødelagt familien. Kan nu se at faderen selv har været syg. - Efterfølgende samtale i gruppen om roller i familier.) Går på varm asfalt på bare tæer i ørken med højhuse. Hovedet som nuværende alder kroppen og tøjet er som en lille pige. Føler sig selvsikker, men solen smelter hendes krop til et skelet. Kommer til et lille hus lavet af skumplast eller råddent træ, kan pille det fra hinanden med fingrene. Følte sig trist over at huset var tomt. Der var 2 impressionistiske billeder på væggen i stedet for vinduer. På den anden side af huset er det stjerneklar nat og koldt som i</p> | <p>På flere måder en af de væsentligste sessioner. B reflekterer over sine udsagn efter lytningen og erkender at hendes situation er vanskelig. Billederne illustrerer meget tydeligt hendes situation og aktuelle selvopfattelse. Selvbilledet af at stadig føle sig som en lille pige indei, er mere almindeligt genkendeligt (normalt) end tidligere udsagn om selvopfattelsen f.eks. lille og uden ansigt. (Billedet er også relateret til session 4, hvor hun oplever sig selv som lille person sammen med faderen, men er ude af stand til at blive i denne del af historien). Jeg antager, at der er foregår en begyndende samling af selvet, fra "at være lille uden ansigt" i session 10 - til " hovedet er som mit nuværende - men kroppen er som en lille piges." i aktuelle session. Omgivelserne i billederne er præget af modsætninger: ørken/højhuse og ørkenhede / ørken kulde om</p> | <p>I a+c VI II b III c VIIIa</p> |

| | | | |
|--|--|--|------------------------------|
| | <p>en ørken. (Efter: sidder og smiler, mens hun fortæller, men er også beklemmt: “Den må være helt gal med mit hoved” Føler sig stadig som en lille pige indeni. Synes de sidste 10 år har været spildt.)</p> | <p>natten. At huset kan pilles fra hinanden giver mig associationer om at B også kan “pilles fra hinanden” Den stærke sol optræder som et aggressivt element, der ødelægger hendes selvtillid. Det er mit indtryk, at B i denne korte narrative sekvens giver udtryk for et stort antal oplysninger om sig selv i koncentreret/kondenseret form.</p> | |
| <p>13. Bach: Come Sweet dead + Sarabande <i>Dig, et sted i naturen. Beskyttelse omkring?</i></p> | <p>(Før: Taler om at føle sig jaloux ift. søsteren der udnytter sine ressourcer. Føler også afstand til hende, fordi søsteren har sagt til moderen at Bs forhold til sin far ikke var noget særligt. Har vist temperament på Afd. Tænker på sin egen del i forholdet til faderen. Er i tvivl om hun skal gå ind i sin historie - føler sig ellers i et vakuum uden hukommelse.) Ved mose/sø. Farvestrålende fisk, lyseblåt vand i overfladen. Under dette sort vand. Sivene for få, føler sig utryg. Ved ikke om der er noget på den anden side af sivene. Billedet forsvinder da hun ser et hvidt spejl billede i vandet. Sej hvid masse omsluger hende. Det bliver senere gloende. Stærk sol: går igennem eller bliver opslugt af hul: På den anden side sort/tomrum. (efter: Uforstående - men tolker dog at tomrummet er som når hendes tanker forsvinder, eller bliver taget fra hende. Ville gerne have flere siv, føler sig utryg i det hele taget. Synes dog at de farvestrålende fiske var element af tryghed.</p> | <p>B reflekterer over billedmaterialet. Som i session 10 ses flere lag i billederne - fra overflade mod dybde. Solen ses igen som en destruktiv faktor. Bs refleksion om ønsket om flere siv er et billede på utryghed som det er muligt at arbejde videre med i gruppen. (F.eks. kunne et spørgsmål om hun også føler der er for få siv omkring hende i gruppen være relevant.) Betydningen af de farvestrålende fisk, som element af tryghed, får mig til at tænke på disse fisk måske kan ses som kreative potentialer og/eller stærke forsvars konfigurationer hos B. (Va, VIIIa)</p> | <p>II b VIIIa Va</p> |

| | | | |
|--|---|---|--|
| <p>14. Beethoven 5.klaverconcert , 2. sats <i>Have m. havehus...</i></p> | <p>(før: Optaget af, at have været til klinik. Gik i stå ved spm. om at beskrive forældrene. Har talt med socialrådgiveren - skal ikke have pension og vil ikke i bofællesskab, men hvad så ?) Lille hyggelig have, omringet af høj stenmur m. blomster. Murene rykkede nærmere - måtte til sidst hoppe over muren – 200m ned i havet. Havnede i Khs lukkede have m. lille pavillon. Vandfald i haven: Faderen stod og hældte en spand vand ud. Truende. (Efter: Funderer over, hvor vandet kom fra. Haven var barndommens have. Svært at skulle hoppe over muren - og blive voksen)</p> | <p>B reflekterer igen over billederne, og bruger dem til at forstå sin nuværende situation ("svært at hoppe over muren og blive voksen"). Billederne fortæller en historie om, at det komplicerede forhold til faderen måske har været stærkt medvirkende til Bs stagnering i sin modningsproces. Historien kan ses som en glimtvis fortælling som Bs liv i koncentreret form, hvor B har følt sig tvunget til at forlade "barndommens have" alt for tidligt. (V b) Før lytning fortæller B at hun gik i stå da hun skulle beskrive forældrene ved klinikken. Billedet med faderen i sessionen her, giver mulighed for yderligere beskrivelse af ham og Bs forhold til ham. I øvrigt er den overskridende adfærd B har oplevet fra hans side, måske med til at vanskeliggøre beskrivelsen af ham.</p> | <p>I a II c V b VIIIa</p> |
| <p>15. Gounod "Sanctus" <i>Hvad musikken bringer frem i dig...</i></p> | <p>(før: Er sur og negativ -også sur på personalet.. Fortæller at da hun var 12 år beskyttede hun moderen og fik de bank, hun skulle have haft. Siger at hun tog skraldet og fik ingen tak Moderen har bare ladet stå til, føler alligevel at hun skal forsvare hende indeni i sig selv.. Er opgivende, ligeglad.) Er død for egen hånd. Har skåret sig eller kvalt sig. Er i graven og ser på sit gravsted, som er meget smukt med blomster. Moderen og søsteren kommer og til sidst faderen også i skikkelse af en trodelignende figur. Hun kan ikke lide de</p> | <p>Der er en tydelig sammenhæng mellem Bs tilstand før lytningen, billeddannelsen under lytningen og udbyttet af hele forløbet. Bs vrede til familien og måske også til personalet afspejles og illustreres tydeligt i billederne. Tema om aggressionsforvaltning /selvmord. Jeg bemærker at faderen fremstår som en trodelignende figur, hvilket understreger at faderen spiller en særlige rolle i familien for B. At B synes det er godt at få det udtrykt anser jeg som en bedring/håb (IIIa).</p> | <p>III a II c IV a+b VII</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <p>er der og fjerner dem fra billedet for at føle fred.</p> <p>(efter: synes det er godt at få det udtrykt)</p> | | |
| <p>16. Anjali 3. stykke <i>Tur langs stranden..</i></p> | <p>(før lytning: Føler sig deprimeret - har en dyne over hovedet. Konfronteres med at vi (terapeuterne) opfatter hende meget anderledes end i beg. af forløbet. B bekræfter det og siger at dengang kunne hun ikke tænke - nu gider hun ikke)</p> <p>Går på stranden. Det var vel egentligt meget godt - lidt koldt - smuk sol og måger. Går ud i vandet, der kommer en lille sejlbåd – sejlede alene ud imod solen - dragende.</p> <p>Solen blev for stor, truende - vendte om. Mødte skelet på stranden, det førte hende til gravsted fra sidst. Har det bagtanker - ned under jorden ? Føler sig ilde berørt.</p> <p>(Siger "Det var lidt uhyggeligt", men hun virker ikke forpint)</p> | <p>Erkender at hun har fået det bedre (Ia) B har i begyndelsen af lytningen positivt ladede billeder, hvilket kun er set enkelte gange før i forløbet. B møder lille båd og får lyst til en sejltur.</p> <p>Jeg opfatter dette som lyst til at gå på opdagelse, men lysten bremses brat af overvældende negative konfigurationer.</p> <p>B vender om og møder skelettet fra sidste session og et dødstema træder igen frem. B tænker om skelettet har bagtanker - og på denne baggrund ser jeg skelettet som en personificering af døden, der forsøger at lokke B med ind i dødsriget. (VIIIa)</p> <p>Et tydeligt konflikttema i B i forhold til nærhed og afstand og dermed grænsesætning. (VI)</p> | <p>I a III b VI VIIIa</p> |
| <p>17. Massenet "Meditation" <i>Hvad musikken bringer op</i></p> | <p>(før: Føler hun har en knude eller noget der skal eksplodere. Er jaloux på de andre på afd. Føler de må mere end hende. Har haft lyst til at ødelægge noget, men har skåret sig selv i stedet. Følte at hun skar sig igennem depressionen. Der var noget tilfredsstillende i det.)</p> <p>Ligger på græsplæne , der er i ingenting.</p> | <p>Den gode stemning i begyndelsen underlytningen, bliver ødelagt. Som flere gange tidligere fortæller billederne en kort historie om Bs oplevelse af stemninger som refererer til hendes barndom. Efter billederne fra forældrenes have dukker et par sorte mænd op og indtrykket er truende. Jeg får det indtryk at vandårerne er udtryk for Bs energitilførsel evt. blodårer.</p> <p>Mit indtryk er at B på overfladen føler sig OK</p> | <p>I a II a III c IV b VII VIIIa</p> |

| | | | |
|---|--|--|--|
| | <p>Solen skinner og det er dejligt. Er nu tilbage i forældrenes have som barn. Det bliver overskyet og regner. Vil ikke være der mere.</p> <p>Er tilbage på græsplænen. et par sorte mænd blotlægger vandledning. Det var jo meningen at den skulle hakkes over.</p> <p>(Efter: taler om at det er barnligt at skære sig – ved ikke hvordan man gør som voksen. Ville gerne være barn igen - synes aldrig hun har været det.)</p> | <p>nu, men at der i de dybere lag stadig ligger meget aggressivt konfliktmateriale.</p> <p>Efter lytningen reflekterer B over sin adfærd og sit problem.</p> | |
| <p>18.</p> <p>Keith Jarret: "Vienna Concert" (udsnit)</p> <p><i>En følelse, du tager med ud i naturen</i></p> | <p>(før: B synes hun har svært ved at henvende sig - føler sig nemt afvist. Bliver såret eller barnligt fornærmet.)</p> <p>Gik på grøn eng - der voksede visne planter i hendes fodspor - så en lille gul fugl – prøvede at fange den kunne ikke - kom til en skrænt. Nogen kastede sten efter den - så den døde. Hun kravlede ned af skrænten – begravede fuglen i vandkanten: sad og så ud over vandet.</p> <p>(efter: Er trist - græder - siger at "der skete noget forfærdeligt" - fuglen var hende selv, tror ikke hun kan blive glad igen.)</p> | <p>Sessionen siger tydeligt noget om Bs sårbarhed. At der voksede visne planter i hendes fodspor - afspejler hendes destruktive selvpfattelse. B identificerer sig med fuglen, som hun forsøger at give omsorg. Jeg får det indtryk at opgaven er uoverkommelig for hende, men at terapigruppen måske kan medvirke til at gøre det lettere for hende at bære sorgen. Jeg anser omsorgen for fuglen som en evne til at sørge, hvilket jeg forbinder med håb og heling. (IIla)</p> | <p>I a II a III a IV b V a VI VIII</p> |
| <p>19.</p> <p>Grieg : "Aases død" + Mozart: Adagio</p> <p><i>Nær ved busk eller blomst, se om den</i></p> | <p>(før: Tager ordet. Føler sig meget deprimeret. Har ikke lyst til at leve mere. Synes hun har ødelagt sit liv. Har altid negative forventninger. Synes måske at stenen fra sidst kommer fra andre hun har kendt. Føler at vi i gruppen vil hende det</p> | <p>Giver før lytningen udtryk for depressive tanker og skyldfølelse. Reflekterer over sidste session (IIb).</p> <p>Som set flere gange i de sidst sessioner begynder oplevelsen positivt, men "scenen" udvikler sig negativt. I denne session er der dog grænser: Blomsterne bliver sorte, men ikke</p> | <p>II b II c III c IV a + b VIIIa</p> |

| | | | |
|--|---|---|---|
| <p><i>blomst, se om den trænger til pleje.</i></p> | <p>godt, men at det er for sent. Det burde være opbygget i barndommen.) Græs med blomster på . En især. Veksler mellem røde og orange/gule farver. Flere blomster, de fleste sort/hvide. Blomsterne er stiliseret som i tegneserier, mangler blade. Solen skinner for stærkt, der er et rødt skær over et hele. Det bliver mørkt, nat. Blomsterne bliver sorte, men ikke visne. Trist stemning i sig. (Kunne ikke lide det første musikstykke - kendte det.)</p> | <p>grænser: Blomsterne bliver sorte, men ikke visne (IIIc). Dette kan ses som et fremskridt i forhold til session 15, 16 og 17, hvor hun symbolsk blev slået ihjel eller truet/ truede sig selv med dette. Selv om hun får en trist stemning i sig - lever blomsterne stadig. Solen viser sig igen som en overeksponeret, truende faktor. Positiv respons til gruppen (IVa)</p> | <p>musik ref. explicit</p> |
| <p>20. Marcello: Oboe Concert <i>Tema: tryghed / utryghed, se hvad musikken bringer op om dette.</i></p> | <p>(før: Føler sig dum, grim stor og klodset hvis hun åbner munden og siger noget) Lille have, 1 kvadratmeter, med høje mure omkring - lignede mormoderens bare mindre. Så lys bøgeskov - meget grøn - følelser her meget sorgfulde. Plukker en rød frugt. Der siver noget rødt væske ud som ætser hendes hånd indtil benet. (efter: Synes at solen og varmen gør hendes smerte mere tydelig, tænker mere klart. Husker ubehagelige ting som hun tidligere har dulmet.</p> | <p>Bs udsagn før lytningen tyder på en narcissistisk konflikt. Under lytningen forbinder B noget meget livfuldt (den lyse bøgeskov) med meget sorgfulde følelser. (III c) I den røde frugt hun plukker er indholdet ætsende farligt. Der ses igen en forskel mellem overflade og dybde - her indhold i frugten. Symbolsk kan det opfattes som at det B rækker ud efter (i livet) skader hende. At B husker ting hun tidligere har dulmet, kan være positivt, idet det kan føre til indsigt, men også problematisk hvis B ikke er parat til at integrere oplevelsen. Solen har igen en væsentlig indflydelse på stemningen i billederne.</p> | <p>I c III a III c VI VIIIa</p> |
| <p>21. Beethovens 5. Klaverkoncert.</p> | <p>(Fået det bedre, desværre bare p.gr.a. medicinen. Forældrenes og hendes hjem fra hun var 17 år, skal sælges: Trist - hun</p> | <p>I modsætning til i session 4, hvor B "flygter" fra oplevelser med faderen, bliver hun her i den vanskelige genoplevelse lidt længere - og vil gerne bearbejde hændelsen bagefter. Det er</p> | <p>I b III c IV a V a</p> |

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>2.sats. <i>Følelse her og nu evt. forbundet med et sted i naturen.</i></p> | <p>vil savne værelset, huset og haven. Forældrene skal flytte fra hinanden. Synes "det hele går i stykker". Men det er godt for moderen. Hospitalet er et holdepunkt.) På kirkegården på SHH. Fredfyldt, rart. I huset, stod op, - gik ud af døren, og blev tævet af faderen. Slog med knytnæver på hendes arme og gav lussinger. Har ikke lyst til at være der. Går tilbage til kirkegården og til U3. (efter: Uddyber hændelsen med faderen. De havde tit skændes. Han syntes hun var irriterende - klagende over at hun følte sig ensom. Vil gerne tale mere om det - tænker alligevel på det hele tiden.</p> | <p>tænkeligt at scenen med faderen kommer op, fordi forældrene skal flytte fra hinanden. At B gerne vil tale mere om hændelsen og det hun føler, anser jeg som en aktiv bestræbelse på at løse sine problemer. At B i narrativet går tilbage til afdelingen viser, at hun syntes hun har fundet et stæsted her. At B siger før lytningen at hun vil savne sit barndomsværelse, huset og haven ser jeg som en evne til at rumme både positive og negative minder. (IIIc)</p> | <p>VI VII</p> |
| <p>22. Keith Jarret: Vienna Koncert (udsnit) <i>Gå op ad trappe i hus. Ind i værelse. Maleri på væggen, Hvad forestiller det? Stol ved vinduet.</i></p> | <p>(før: Optaget af sit forhold til søsteren. Oplevede i w/e at hun ikke kunne komme i kontakt med hende p.gr.a. faderen. Overvejer at fortælle hende om sine problemer - men er bange for at blive afvist) Går op ad trappen til sit barndomsværelse. Ser sig selv ligge på sengen efter at have taget Overdosis. Maleriet på væggen, er et hul i væggen: Hun stak hånden ind, men var bange for at den skulle blive spist. Ikke glas for ruderne, men tykt plastic. Ud imod haven var luften tyk som til at skære sig igennem. B. prøvede at komme ud af hoveddøren , den var ikke låst, men hun kunne ikke komme ud. (efter: Tænker at hun prøver at fortrænge</p> | <p>B genoplever som i sidste session vanskelige øjeblikke fra tidligere. Hun er også optaget af forholdet til søsteren og vil gerne betro sig til denne. B synes også at reflektere over, hvordan søsteren har oplevet familieforholdet i barndommen. B er inde i en aktiv proces og forsøger at bearbejde traumatiske oplevelser fra tidligere i hendes liv. De mentale billeder udtrykker og beskriver tydeligt og indgående forskellige angstfyldte sindsstemninger hos B. (Ia+c, IIb, VI, VII)</p> | <p>I a I c II b IV a IV b VI VII</p> |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 10 år af sit liv - relaterer også dette til søsteren - som er 8 år yngre. | | |
| 23. Anjaligruppen: #1 <i>Havevandring med forhindring</i> - <i>træ du kan sidde op af til sidst.</i> | (før: har i w/e taget moderens ketogan tabletter. Har abstinenssymptomer. Har ikke fortalt noget på afd. - er angst for at blive smidt ud af afd.) Går gennem studsmark i bagende sol, går gennem tornekrat. På den anden side stadig studsmark. Ser en bøgeskov langt væk: Svalende. Er i tvivl om hun kommer derhen - står i udkanten. (efter: Ser billedet som udtryk for at hun har det forfærdeligt også p.gr.a. abstinens. Usikker på om bøgeskoven er flugt til stoffer eller noget rart, svalende. Siger "det er min skyld det hele" | B reflekterer uopfordret over sin oplevelse. Jeg har valgt at placere billedet med bøgeskoven både som et symptom der er relateret til hendes kerneproblem, og som et spinkelt håb. (IIIa) B ses optaget af en overdreven skyldfølelse, og det virker problematisk og grænseløst at hun har adgang/kan få adgang til moderens medicinskab. | II a III a VI |
| 24. Boccherini: Cello koncert i Bb, Adagio. <i>Kontakt med følelser og billeder der dukker op i forhold til musikken.</i> | (Har fået det bedre, men er stadig usikker på meningen med hendes liv - har misbrugt igen i w/e - er ked af det. Er spontan - siger "Jeg brokker mig altid" - og smiler. Synes hun bliver hørt og taget alvorligt i gruppen.) Glimt af drømmebilleder, kunne ikke huske dem bagefter. Synes at musikken var rimeligt beroligende. (efter: B er spagfærdig og siger ikke meget) | B synes på overfladen mere levende, men hendes oplevelser under musikken er slørede. Måske er dette en eftervirkning af indtagelse af stofferne, som videre er forbundet med hendes svage respons efter lytning. Musikken har en beroligende virkning. Positiv respons til gruppen (IVa) | II a IV a + b Musik Ref. explicit |
| 25. Pushkar: "Inner Harvest" | (før: Fortæller at hun er på stoffer. Ketogan gør hende mere social. Hun får en følelse af at andre synes hun er sød og udadvendt - ellers kan hun ikke tillade sig | B reflekterer over billedet med børnene, og selv om hun bagefter siger at hun ikke tør tro på tanker om familie, indebærer udsagnet en længsel efter et mere normalt liv og dermed et | III a IV a VIII |

| | | | |
|---|--|---|--|
| <p><i>Strandstrand, bygge hytte, aften, overnatte.</i></p> | <p>udadvendt - ellers kan hun ikke tillade sig noget.) Bygger et kunstfærdigt sandslot, med tynde vægge og gulve. Og et skuer af bølgepap. Vælger at sove under åben himmel. Ser (måske) nogle børn - tænker på om det er hendes - skubber tanken fra sig. (Efter: Tør ikke tro hun nogensinde får et familieliv. Virker mindre hæmmet, men var ved at falde i søvn i starten. Kommenterer et andet gruppemedlems billeder.)</p> | <p>længsel efter et mere normalt liv og dermed et skjult håb. (IIIa) Jeg forestiller mig at Bs aktuelle selvpfattelse i forhold til stofindtagelse og den dermed "lånte" frihedsfølelse konfigureres i hendes billede af det meget skrøbelige kunstfærdige sandslot. B kommenterer et andet gruppemedlems billede (IVa).</p> | |
| <p>26. Doky Brothers: "Childrens song" <i>Bygge hus på stranden, hvordan ser der ud?</i></p> | <p>(før: Har det dårligt på hospitalet, må heller ikke komme hjem. Får forfærdeligt præparat mod Ketogan abstinenser. Føler at hun har lagt sig ud med sin kontaktperson ligesom med faderen hjemme og siger "så det er mig der er fejlen"). Klasker vådt sand op for at bygge, det bliver skyllet ud af havet. Der er trist og koldt. Hun vil gerne hjem. Finder sit hjem brændt. Lillesøsteren på 2 år står der alene og fortabt. Hun er også selv forkullet. (efter: kan godt føle sig fortabt ift. at stoppe i gruppen. Sørgeligt. "Nu kender I jo hele mit liv i jeres hoveder</p> | <p>B har problemer ifm. stofmisbruget, som er blevet taget op på afdelingen. B er ked af at skulle slutte i gruppen, hvilket tyder på at gruppen har været af væsentlig betydning for hende, og at der er opbygget en terapeutisk alliance. Hvis det første billede ses i relation til sandslottet i sidste session skyller sandet nu bare bort når hun forsøger at bygge. Jeg opfatter billedet på hende og søsteren ved det udbrændte hjem – som et klart udtryk for en følelse af fortabthed. (VIIIa)</p> | <p>IV a VI IIIVa IV b</p> |
| <p>27. Pushkar: "Inner Harvest" <i>Lægge ud fra</i></p> | <p>(før: keder sig, alting er ligegyldigt, som da hun boede hjemme. Siger "jeg er aldrig kommet med noget positivt her")</p> | <p>Billederne harmonerer med Bs følelser og udsagn før lytningen, men i modsætning til flere andre sessioner udvikler billednarrativet sig positivt. At B får det bedre og at historien</p> | <p>III a IV a VIII</p> |

| | | | |
|---|--|---|--|
| <p><i>stranden i en lille båd</i></p> | <p>Sejler i gammel hullet robåd væk fra stranden, ser sit fine sandslot trampet halvt ned. Har følelsen fra tidligere, at alt er lige meget, sejler ud imod en overdimensioneret sol, får det bedre, bliver mere rolig. Historien slutter ikke. (Co-terapeuten (AR) foreslår at solen kunne være symbol på andre mennesker, da den både er farlig og tiltrækkende. Siger også at det farlige ved at lade andre mennesker komme for tæt kan være at de opdager noget, der er skjult, noget som måske er frastødende.)</p> | <p>ikke slutter anser jeg som et håb.Co-terapeuten (AR)foreslår at solen (for B) kan ses som symbol på andre mennesker, hvilket B er lyttende overfor og ikke afviser, men heller eller kommenterer. Hvis sandslottet fortsat forstås som noget, der er opført i et rus relateret bevidsthedstilstand, er det nu en konfiguration som er delvist ødelagt og noget B sejler væk fra. Idet B får det bedre til sidst kunne tyde på at hun har klaret at miste det halvt nedtrampede sandslot.</p> | |
| <p>28. Beethoven 5. Klaverkoncert, 2.sats <i>Trappe ned i have undersøge haven.</i></p> | <p>(før: har det dårligt. Har skåret i sig selv igen og taget stoffer. Er ked af det det. Siger farvel til den kvindelige terapeut, og siger at hun har været en af de få, der har kunnet forstå hende. Siger også at hun har været glad for kulturen i gruppen. At der er blevet lyttet og talt på en god og respektfuld måde og at hun også har følt respekt for sin person.) Husker sit billede fra 1.ste session Samme musik. Er i have lidt udflydende. Grøn græsplæne, grønne træer. Overskyet, kigger efter solen. Den er som en svag ring bag skyerne. Er i forældrenes hus: Billedet står skarpt. Kunne ikke lide at være der, huset skulle sælges. Kunne heller ikke lide haven eller sit værelse, har dårlige minder derfra.</p> | <p>Selvom B har det dårligt, er hun alligevel i stand til at reflektere over forløbet som helhed på en nuanceret måde. Udtrykker at hun har fået udbytte af at være i gruppen. (IIa) B husker også at musikken var den sammen som i hendes 1.session. Hun kigger efter solen der skimtes bag skyerne, og er altså opsøgende i fold til solen som har haft mange væsentlige symbolske både positive og negative fremtrædelsesformer i terapiforløbet. (IIa) Tænker også på, hvorfor billedet af forældrenes (aktuelle) hus står så skarpt, men finder ikke noget svar umiddelbart. (IIa) Måske kan Bs tiltagende misbrug og det at hun har skåret i sig selv også relateres til at hun skal stoppe i gruppen. Sagde i session 26 at hun kunne føle sig fortabt over ikke at kunne fortsætte i terapien.</p> | <p>II a III a IV a musikken Ref.</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | (efter: Tænker på, hvorfor forældrenes hus står skarpt. Synes hun har det lidt bedre end da hun kom. | | |
|--|--|--|--|

Vertikal Analyse

Restituerende faktorer i den enkelte session. (vertikal analyse):

I. Kognitive aspekter/indsigt:

Selverkendelse:

- 8 (må arbejde med barndom - kan ikke udholde at være sig selv og tager derfor stoffer)
- 11 (billede på hendes situation)
- 12 (den må være helt gal med mit hoved)
- 14 (svært at hoppe over (barndommens) mur)
- 17 (ved ikke, hvordan man skal være voksen)
- 18 (bliver nemt såret)
- 22 (har fortrængt 10 år af sit liv)

Aktiv indsats/bestræbelse på at løse problemer:

- 21 (ønsker at bearbejde mere)

Oplevelse af samling af selvet:

- 12 (krop som lille pige, ansigt som voksen)
- 17 (har fået det bedre - kan tænke igen) 20 (husker ting som hun har dulmet) 22 (tanker om 10års fortrængning)

II. Refleksioner:

- i forhold til aktuel selvoplevelse:

- 2 (har ikke noget sted at være - er det p.gr.a. manglende tryghed?)
- 3 (nervøs for at være i fokus/ er ofte tilskuer)
- 4 (misundelig på sin søster - holdt udenfor af faderen)
- 6 (hende selv i kisten ?)
- 10 (tanker om ildebrand fra sidste - tanker om mørket betyder at dø ?)
- 13 (tolker billeder om tomrum, siv og en farvestrålende fisk)
- 17 (barnligt at skære sig) 18 (har svært ved at henvende sig til andre)
- 19 (tænkt på stenen fra sidste session)
- 23 (billede relateret til stoffer)
- 24 (jeg brokker mig altid session)
- 28 (tanker om forløbet og betydningen af skarpheden af billedet fra forældrenes have) 28

(musikken samme som i første session)

-i forhold til personlig historisk baggrund:

5 (skulle 20 år tilbage for at finde billede af tryghed i bedsteforældrenes have)

8 (forkaster billeder fra fortiden)

12 (de sidste 10 år er spildt)

14 (svært at hoppe over (barndommens) mur)

15 (beskyttede moderen og fik de bank hun skulle have haft)

19 (hjælpen kommer for sent)

22 (har fortrængt 10år)

III. Emotionelle aspekter:

Følelser af håb eller bedring:

2 (længsel efter et smukt sted, hvor hun kan føle sig hjemme)

4 (tilhørsforhold til gruppen)

6 (musikken bragte oplevelse af forår)

11 (ståsted på strand)

15 (godt at få det udtrykt)

18 (begravelse ved vandet)

21 (ståsted på afd.)

23 (bøgeskov)

25 (skjult ønske om at stifte familie)

27 (historien slutter ikke her) 28 (positiv respons til gruppen)

Andre følelser/følelsesmæssige skift:

6 (opmuntring/håbløshed)

8 (forfærdelig følelse)

12 (selvsikker/trist)

15 (opgivende)

16 (smuk sol og måger, god følelse)

17 (dejligt/at ville væk)

Evne til at rumme ambivalens:

19 (blomster er sorte, men ikke visne)

20 (lys bøgeskov/sorg)

21 (både positive og negative følelser ift. barndomshjemmet)

IV. Interpersonelle aspekter

Interpersonelle input og signifikant interaktion:

- 3 (synes faderen er en hustryran)
- 4 (tilhørsforhold til gruppen)
- 7 (skitur med fader)
- 8 (væk fra fader)
- 10 (tilhørsforhold til gruppen)
- 14 (fader hælder vand på hende)
- 15 (forældre ved forestillet grav)
- 15 (forhold til moderen "fik de bank hun skulle have haft", føler sig "set" af terapeuterne)
- 19 (positiv respons til gruppen)
- 21 (opgør med fader)
- 22 (forhold til søsteren – angst for afvisning)
- 24 (føler sig hørt og taget alvorligt i gruppen)
- 25 (kommenterer en andens oplevelse indgående)
- 26 (forhold til kontaktperson)
- 26 (gruppens positive betydning)
- 27 (tager imod tolkning fra coterapeuten)
- 28 (feed back til gruppen og den kvindelige co-terapeut).

Aggressionsforvaltning (herunder selvmordstanker):

- 5 (lyst til at skyde hovedet af sig selv - ifm. Skift til anden Afd.)
- 8 (vrede mod faderen)
- 9 (brænder sig selv)
- 12 (solen som destruktiv faktor)
- 15 (egen grav)
- 16 (skelet fra sidst)
- 17 (solen er truende - håndtering af vrede - vandleddning skulle hakkes over)
- 18 (sten efter fugl)
- 19 (synes hun har ødelagt sit liv)
- 22 (genoplevelse af selvmordsforsøg)
- 24 (jeg brokker mig altid - siger det med et smil)

V: Forsvarsaspekter:

a. Evne til at danne "safe containers"/ tænkerum:

- 4 (ståsted på klippe)
- 11 (ståsted på strand)

- 13 (farvestrålende fisk)
- 21 (ståsted på afd./ hospitalet)
- b. Evne til at danne andre adækvate forsvarsmanøvrer:
- 7 (billeder bliver tegneserieagtige)
- 9 (brænder selv for at kunne holde det ud)
- 14 (måtte hoppe over mur)

VI. Billeder/udsagn relateret til kerneproblemer:

- 1 (føler at haven ville blive ødelagt, hvis hun gik ind)
- 2 (kan ikke være i det smukke)
- 10 (lille kommunikation u. ansigt)
- 12 (hoved stor nu, krop som lille)
- 16 (problem med nærhed og afstand)
- 18 (visne planter i fodspor)
- 20 (frugt indeholdende syre)
- 21 (tryk nu/kaotisk tidligere)
- 22 (fanget i fortiden)
- 23 (tage stof som flugtmiddel)
- 26 (forkullet/fortabt)

VII. Billeder/udsagn som giver historisk sammenhæng eller indblik:

- 5 (tryghed i bedsteforældrenes have)
- 8 (husker sig selv som 17årig - forfærdelig tid)
- 15 (hun beskyttede moderen, og fik de bank hun skulle have haft)
- 17 (forældrenes have - regnvej - ville ikke være der)
- 21 (opgør med fader i barndommen)
- 22 (genoplever suicidal forsøg)

VIII: Metaforer og symboler

- a. metaforer
- 3 (hytte og luksus hus - vinduespartiet)
- 4 (flyver med musikken)
- 13 (farvestrålende fisk som symbol på tryghed)
- 11(hendes situation som en rejse)
- 12, 13 (solen som destruktiv faktor)
- 14 (mur som symbol på problem i barndommen)
- 16 (personificeret skelet)

- 16,19,20 (solen som både truende og dragende instans)
- 17 (to sorte mænd, der graver vandledningen over)
- 18 (gul fugl som billede på patienten selv)
- 20 (frugt med syreindhold)
- 25,26 og 27 (kunstfærdigt sandslot og slottets ødelæggelse)
- 26 (udbændt hjem som billede på fortabthed)

b. transformation af metaforer:
fra (8) til (21) billeder på faderkonflikt

Musikreferencer:

- a. explicit:
 - 4 (flyver da musikken kommer)
 - 5 (musikken mindede om lille Peter Edderkop)
 - 6 (da musikken var i dur kom der forår)
 - 11 (leder efter musikken og glæden - musikken bliver opslugt af tomheden)
 - 19 (kendte det første musikstykke, kunne ikke lide det)
 - 20, 24 (musikken var beroligende)
 - 28 (samme musik som i 1.session)
- b. Implicit:
 - Ingen signifikante

Billedernes fremtrædelsesform:

I narrative sekvenser: 4, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 27,

En eller flere enkeltstående hændelser : 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 17, 21, 24, 26, 28

Horisontal analyse

Horisontal analyse ud fra restituerende faktorer i den enkelte session, patientens mål for terapien og baggrundsviden fra anamnesen:

Allerede ud fra billederne i 1. ste session får jeg informationer om B, som giver mig et indtryk B's splittelse. Forstås billederne som udtryk for dele af hende selv, indeholder hun både "en have med en god stemning" og en aggressiv kraft som ville ødelægge stemningen i haven. Dermed gøres det klart for mig, at Bs aggressive impulser er vendt mod andre dele i hende selv. Der slås et tema an om "det gode" (stemningen i haven) og "det onde" (*det ville ødelægge haven hvis jeg var der*). Denne kamp mellem noget ødelæggende og noget godt og smukt som B føler sig adskilt fra - men længes efter at være en del af - fortsætter som en rød tråd gennem det meste af terapiforløbet. I anden session fortæller B, at hun ikke synes, der er noget sted hun kan være/høre til, og tænker på om det har med manglende tryghed at gøre. I de efterfølgende sessioner begynder B at tale om det problematiske forhold til faderen. I session (7) genoplever hun en situation fra barndommen, hvor faderen trækker hende på en kælk i dyrehaven. Situationen virker meget rar - men B vil væk fra billederne, fordi de vækker andre minder fra barndommen, som ikke er behagelige. Situationen i session (7) med faderen giver mig information om, at B har et ambivalent og konfliktfyldt forhold til faderen, hvilket bekræftes i en række sessioner (8), (14), (15), (21). Forholdet til moderen er ifølge B bedre, men også problematisk hvilket fremgår bl.a. i session (15), hvor B siger, at hun som 12-årig husker at: *hun fik de bank som moderen skulle have - at hun fik alt skraldet og ingen tak, og at moderen bare har ladet stå til*, men at hun alligevel føler, at hun skal forsvare moderen indeni sig selv. Det konfliktfyldte forhold til forældrene kommer bl.a. til udtryk i session (15), hvor B forestiller sig at have begået selvmord og forældrene står ved graven. Jeg får det indtryk, at der heri ligger et markant aggressivt tiltag rettet mod forældrene, som udtryk for den vrede, B ofte føler overfor dem. Et af de mest signifikante billeder er i session (12), hvor B oplever sig selv med et hoved som passer til hendes nuværende alder, men med en krop som en lille piges. Billedet giver mig et tydeligt indtryk af, hvordan B opfatter sig selv som et menneske, der intellektuelt er voksen, men kropsligt (emotionelt) er en lille pige.

Ud fra analysemodellens første punkter vedrørende indsigt og refleksion får jeg også information om, at B ikke synes at hun er blevet voksen, og at hun ikke ved, hvordan

man skal være voksen. Hun opfatter sig selv som en sårbar og håbløs person, der har fortrængt 10 år af sit liv. Hun siger at hun har spildt 10 år af sit liv, og jeg kan få det indtryk, at hun synes, det er hendes skyld at det er sket, men at hun på samme tid også huser en voldsom vrede rettet imod forældrene.

Udover forholdet til forældrene er hun optaget af sit forhold til sin søster, som hun ofte bliver jaloux på. Desuden er hun optaget af at tolke de billeder hun får i løbet af terapien, bl.a. billeder som afspejler suicidal tanker og markante metaforiske konfigurationer som f.eks. solen.

Emotionelt er de mest fremtrædende følelser i kategorien følelser forbundet med håb og bedring et positivt forhold til gruppen, og det at finde et ståsted i sin tilværelse, hvilket både er konfigureret konkret og i Bs fantasiprægede billeder. Følelser fremstår flere gange polariserede, f.eks. at hun føler sig dum og grim, opgivende eller tænker tilbage på forfærdelige tider i barndommen contra oplevelse af en smuk sol under musiklytningen. De følelsesmæssige skift afspejler også denne polarisering indenfor lytning i samme session f. eks. opmuntring/håbløshed og selvsikker/trist. I sidste del af terapien er der tre situationer i sessioner (19,20,21), som jeg har fundet afspejler evne til at rumme ambivalens. Mest tydeligt i session 20, hvor en lys bøgeskov ledsages af en sorgfuld følelse, og i 23, hvor hun savner sit barndomshjem (selvom det også har været forbundet med oplevelser af stor smerte) og dermed giver udtryk for både negative og positive elementer.

Interpersonelt er B mest optaget af forholdet til faderen og forholdet til gruppen. I begyndelsen af terapien, vil - eller kan - hun ikke være i billeder, der belyser problematikken med faderen, men efterhånden genoplever hun vanskelige situationer med faderen - både konkret i session 21 og metaforisk i session 14 og 15. Desuden omtaler hun ved flere lejligheder sin aktuelle problematik med faderen. Forholdet til gruppen er positivt og ser ud til at forankres i løbet af terapien. I session 4 siger hun, at hun nu føler sig mere hjemme i gruppen, hvilket funderes i session 10 - og i session 26 siger hun at det bliver vanskeligt at stoppe i gruppen. Hun nævner bl.a., at det er sørgeligt at slutte: *for nu kender I jo hele mit liv i jeres hoveder*. I sidste session giver hun gruppen nuanceret feedback, og udtrykker flere positive aspekter. F.eks. at hun føler, at hun er blevet taget alvorligt, og at der har været en opmærksom og respektfuld atmosfære i gruppen. I forhold til Bs ønske og arbejds mål om at få et bedre forhold/tilhørsforhold til andre mennesker, synes dette mål at være nået i gruppen.

Med hensyn til Bs aggressionsforvaltning synes hendes aggressive impulser at være bundet af en indre vrede og afmagt i forhold til sig selv og forældrene. Ofte vender hun sine aggressioner indad og skærer i sig selv eller oplever selvmordsfantasier, men mange af disse aggressioner synes i virkeligheden at være rettet imod forældrene - primært faderen. Det aggressive materiale synes ofte, at være af så stor intensitet, at B er ude af stand til at håndtere det, og i stedet får en destruktiv følelse af afmægtighed, hvor B ikke er i stand til at skelne tydeligt mellem sin egen andel og forældrenes andel i det konfliktfyldte forhold.

Med hensyn til virksomme forsvarsmanøvrer synes det, at finde et ståsted, hvorfra B kan operere/handle som det væsentligste, og forsvarsmanøvrerne kan derfor, ud fra deres positive stabiliserende egenskaber, relateres til kategorien "følelser af håb". I kategorien billeder og udsagn relateret til kerneproblemer er billeder, som udtrykker selvdestruktivitet og manglende sammenhæng i selvet, mest fremtrædende. Billeder som giver historisk sammenhæng er præget af negative genoplevelser fra Bs barndom.

Den væsentligste metafor synes at være solen (6,9,12,13,16,17,19,20,27,28), som ofte næsten personificeres og f.eks. kan indeholde både dragende og truende egenskaber. Desuden er billedet af en lille fugl, som B siger er et billede på hende selv (session 18), og billedet af en farvestrålende fisk (session 13), som for B symboliserer tryghed, af væsentlig betydning. At den farvestrålende fisk symboliserer tryghed betyder, at billedet er knyttet til Bs opfattelse af sig selv - som et sammenhængsskabende element, og man kunne forestille sig at det farvestrålende ved fisken måske også udtrykker et kreativt potentiale i B, men måske også en omnipotent konfiguration. Jeg forestiller mig, at den lille gule fugl, der jages og dør, er symbol på Bs sårbare selvopfattelse, og det, at hun er i stand til at sørge over fuglen, anser jeg som en væsentlig restituerende faktor.

Med hensyn til transformation af billeder, sker der i forhold til faderen den udvikling at B går fra "ingen billeder = forkastelse/fornægtelse af billeder" til billedsekvenser i flere sessioner (14), (15), (21) som belyser faderforholdet. Desuden sker der en markant forandring af Bs sandslot i session (25). Hvis det kunstfærdige sandslot, B bygger i session (25) - som bliver ødelagt i session (26) og (27) - ses som et billede på "lånt frihed under indflydelse af stoffer", kan hændelsesforløbet opfattes som en slags realitetskorrigerende, hvor den lånte frihed på stoffer efterhånden fremstår som en uholdbar/urealistisk drøm, som B, bevidst eller ubevidst, erkender. Sekvensen kan

også tænkes at afspejle Bs længsel efter at leve et normalt liv, hvor hun bl.a. kan bruge de kreative potentialer hun har, hvor hun forsøger at være normal ved hjælp af stofferne, som gør hende mindre hæmmet. Endelig er billedet af B som en pige med "hoved som nuværende, men med krop som en lille pige" også en væsentlig konfiguration.

Med hensyn til de mentale billeders fremtrædelsesform er disse delt lige mellem narrativer og enkeltstående hændelser. Det vil sige, 14 sessioner, hvor billedrækken fremstår som en sammenhængende historie, og 14 sessioner, hvor billederne fremstår som enkeltstående hændelser, men der er tendens til at antallet af narrative sekvenser øges i løbet af terapien.

Bs referencer til musikken, er i session 4 af kropslig sansemæssig karakter, idet hun føler sig løftet af musikken og flyver. I session 5 oplever hun stemnings skift med tilhørende skift i billeddannelse ud fra musikkens tonekarakter, idet hun oplever: *billeder af forår da musikken skiftede til dur*. Generelt synes B at være opmærksom på musikken hvilket ses i session (5), (11), (19), (24) og (28). Musikken synes at have stor betydning for hende, bl.a. siger hun i session (11) at: *Hun leder efter musikken og glæden*, men det synes som om: *musikken bliver opslugt af tomheden*, og relaterer dermed musikken tæt til sig selv.

Analyse af Bs billeder og udsagn i terapien ift. den interview baserede undersøgelse.

Metode 1/A (GAF): Scoren er steget fra 33 til 37. Der ses altså en positiv udvikling.

Metode 1/B (spørgeskema): Mest iøjnefaldende synes at være at B har oplevet forholdet til terapeuterne positivt. (1, 8, 10, 17) F.eks. har B højeste score på Spm. 8 "Det at terapeuterne lyttede til mig og forstod, hvordan jeg havde det inderst inde". Det synes også at have været vigtigt at få snakket ubehagelige begivenheder og oplevelser igennem sammen med terapeuterne (spm. 12, score 4). B har højeste score på 26 (Det at der var musiklytning i terapien) 28 (Kombinationen af musiklytning og samtale var en god ide) 30 (Det at der blev opfordret til at have indre billeddannelse under musikken) samt score 4 på spm 29: *Musikken har hjulpet mig med at få kontakt med mine følelser*. Alle fire spørgsmål har med musiklytningsaspektet at gøre, og på spørgsmålet om musikken har virket skræmmende, har hun en lav score på 1. Derimod synes f.eks. begivenheder udenfor terapien (spm. 23, score 1) og spm. 13

vedrørende overføring: *det at blive opmærksom på, hvordan problemer i forholdet til andre mennesker også prægede mit forhold til terapeuterne* ikke at have haft den store betydning.

Metode 1/C (kortundersøgelse og supplerende spm.)

Mht. Kortundersøgelse fremtrædende følelser under musiklytning har B angivet at tomhed, ensomhed, sorg og glæde i prioriterede rækkefølge har været de mest fremtrædende følelser, hun har været i kontakt med under forløbet.

Mht. kort med påtegnede følelser og kvaliteter ved billeddannelsen har hun angivet “hårdt”, “indsigtsgivende”, “en stor udfordring”, “forløsende” og “spændende” som mest fremherskende i nævnte rækkefølge.

Udsagnene i begge kategorier spænder over et bredt felt af kvaliteter og harmonerer på flere punkter med udsagnene i min analysemodel. Det fremgår, at B i terapien har berørt vanskelige problemområder, og at dette har været hårdt, men også indsigtsgivende og til tider forløsende.

5 supplerende spørgsmål:

A: Andre ting som har haft positiv betydning i terapien ?

Sv: terapeuterne har forsøgt at forstå, hvad patienten sagde

B: Nogle ting som du har savnet i din psykoterapi ?

Sv: Savnede nogen gange lidt mere tid

C: Hvilke konkrete begivenheder eller oplevelser i musikterapien som har gjort størst indtryk på dig ?

Sv: Forestillede flere gange sig selv som lille pige

D: Hvilke konkrete begivenheder eller oplevelser i musikterapien har du haft mest gavn af ?

Sv: Der var næsten altid en sol med i forestillingerne under musiklytningen

E: Yderligere kommentarer ?

Sv: ingen svar

I besvarelsen fremhæver B (som i spørgeskemaundersøgelsen) betydningen af, at terapeuterne har forsøgt at forstå, hvad hun sagde. Jeg får den tanke, at B måske i andre sammenhænge (f.eks. i barndommen) ikke har oplevet samme grad af forsøg på forståelse.

Desuden henviser B til oplevelser under musiklytningen og nævner, at "solen" og "hende som lille pige" har været af stor betydning. Som det fremgår af min analysemodel, optræder "solen" som metafor i personificeret skikkelse med både positive og negative træk, og Bs fremhævelse af "sig selv som lille" (session (5), (7), (14), (17) indebærer refleksioner, som kunne tyde på en rekonfigurering eller rekonstruktion af hendes selvopfattelse. Hendes udsagn understreger betydningen af selvbilleder i terapien, f.eks. metaforiske selvbilleder i session (10), (12), (18) og (26).

Konklusion

Bs mål for terapien om at opnå en bedre kontakt til andre mennesker, synes ud fra hendes udtalelser undervejs, og i forbindelse med evalueringen af forløbet i gruppen, at være nået. Mit indtryk af Bs deltagelse i gruppen er desuden, at hun har fået opbygget et positivt forhold til de andre i gruppen, og at dette har bevirket en god udvikling, hvor hun overordnet fremtræder mere samlet end før forløbet. De billeder B har oplevet under musiklytningen har på mange områder givet mange væsentlige oplysninger om Bs selvopfattelse og situation i det hele taget. Dette materiale synes at have meget stor anvendelsesværdi i det kliniske arbejde. At B synes at søge imod en sammenhæng - et smukt sted, hvor hun kan føle sig hjemme, tyder på en æstetisk drift i hende - en længsel imod skønhed og harmoni, hvilket jeg ser af vital grundlæggende betydning i forsøget på at opnå en mening med livet.

Selvbilledet af sig selv som en stenet fugl, fortæller mig, hvor sårbar og såret B føler sig, og hvor skrøbelig hendes evne til at beskytte sig selv er. Integrationen mellem godt og ondt har efter min opfattelse ikke fundet sted på tilfredsstillende måde. Hendes aggressive impulser har været for voldsomme og har vanskeliggjort, at hun har kunnet finde en tryk base - men samværet med de andre i gruppen, og terapiforløbet i det hele taget, har været positivt og medvirket til, at B har oplevet et ståsted, hvor hun har kunnet fortælle sin historie og fået den belyst og kommenteret.

Kapitel 7 : Case nr. 3 - pt. C

Anamnese:

Dispositioner

Farmoderen havde "dårlige nerver", hvilket syntes at være situationsbetinget

Tidligere somatisk:

I det væsentlige rask, intet misbrug, minimalt spiritusforbrug. I 1986 toksoplasmoseinfektion, tåler muligvis ikke narkose, risiko for malign hypertermi. Mistanke om myasthenia gradvist frafaldet efter undersøgelse (i 1995). Har i begyndelsen af 90'erne flere svimmelhedsanfald, der gradvist aftager.

Opvækst:

C er opvokset i Nordjylland. Faderen offentligt ansat og moderen først hjemmegående siden hen kontordame i en større virksomhed. C er nummer 2/2, og har en 4 år ældre søster der aktuelt er ansat i sundhedssektoren.

C har taget 10. klasse og beskriver sin skolegang som jævnt tilfredsstillende. Han kom tidligt i skole og gik 1.klasse om, men har klaret de faglige opgaver rimeligt godt.

C var lidt tilbageholdende socialt i skolen og holdt sig ofte for sig selv. C har dog nævnt, at han altid har haft kammerater, og stadig ser en enkelt fra skoletiden.

Under familiesamtale i forbindelse med indlæggelse har faderen givet udtryk for, at han er samme type som C, og at han i sit arbejdsliv også har holdt sig for sig selv.

Efter folkeskolen blev patienten EFG lærling, men sprang fra da han fik tilbudt en læreplads. Han blev herefter udlært som maskinarbejder og var ansat på lærestedet i flere år. Herfra blev han fyret i 1991 på grund af arbejdsomlægninger.

C aftjente værnepligt i civilforsvaret uden problemer, og har siden hen i perioder fungeret som frivillig brandmand i civilforsvaret. Har været arbejdsløs siden 1992, idet det ikke er lykkedes ham at finde en ny arbejdsplads.

Han flyttede hjemmefra som 22årig, og har fortsat en lejlighed ikke langt fra forældrene, som han fortsat har kontakt med også efter flytningen. Hele familien flyttede herefter i begyndelsen af 90'erne til Københavnsområdet, hvor C fortsat boede i egen lejlighed.

C har i hele sin ungdom været meget sportsinteressert. Har med glæde dyrket især cykelløb og ishockey intensivt, samt svømmet og sejlet i kano. Han har altid forsøgt at

dyrke sport på en måde så alle muskelgrupper blev anvendt. Han har i forbindelse med disse aktiviteter haft nogle overfladiske sociale kontakter, men er de sidste år blevet fuldstændig isoleret efter han i august 1992 under en togrejse i København, pludselig fik meget kraftige kramper i lårene da han skulle stå af toget. Disse smerter i lårene fortsatte med at genere C, som herefter var ude af stand til at dyrke sport. Lidelsen blev undersøgt, og der blev fundet en forhøjelse af kreatinin og fosfokinase, som dog hurtigt blev normaliseret, og man fandt aldrig en forklaring på problemet trods talrige andre forsøg.

Man kan derfor stille spørgsmålet, om dette symptom er en primær vrangforestilling.

Forhold til familien

C beskriver, at han altid har haft et nært forhold til faderen, idet denne deler Cs interesse for sport. Desuden foretrækker C ligesom faderen at arbejde alene. C fortæller også, at han altid har været mest knyttet til faderen, der har gået op i hans interesser, såsom ishockey, cykelløb, fotografering og klaverspil.

Faderen blev i 1994 sygemeldt fra sit arbejde på grund af konstateret sukkersyge og visse muskelgener. Faderen omtalte dette som "muskelsvind", og at han var i neurologisk behandling for dette.

I 1995 fik faderen en blodprop og måtte herefter sige sit arbejde op, og C var meget bange for at han skulle dø.

C har omtalt, at han har haft et noget distanceret forhold til moderen, som han synes bare tog sig af de praktiske ting og huskede ham på de kedelige pligter.

De 2 søskende har kun haft et overfladisk forhold til hinanden som voksne. C husker, at de tit sloges og skændtes i barndommen, men det var vist ikke anderledes end normalt mellem søskende.

Seksualitet:

Heteroseksuelt orienteret.

Han har stærk angst for kropslig kontakt med kvinder. Ingen nære forhold til kvinder i puberteten. Har haft meget svært ved at tale om kvinder og den generthed han har forbundet med dette. Har aldrig haft et seksuelt forhold.

Somatiske symptomer

Som nævnt fik C i sommeren 92 kraftige kramper i lårene. Han forsøgte med udstrækning og varme bade i de efterfølgende uger, men intet hjalp, han kunne dårligt gå.

I september 1992 blev han indlagt på Hvidovre Hospital til undersøgelse. Her gik han til ambulans behandling indtil foråret 1994, og gennemgik flere smertefulde undersøgelser uden klart resultat.

Efter disse undersøgelser brød C sammen og mente, at der måtte være noget galt. Under samtale med psykiater kom det frem, at han havde selvmordstanker.

C blev i efteråret 94 indlagt på Brøndbylund, ved ankomsten blev han beskrevet som uden formelle tankeforstyrrelser, men at hans tankegang indimellem forekom yderst konkret. Han virkede umoden, vagtsom og garderet - en person i en tilstand præget af hypokondri med habituel udtalte kontaktvanskeligheder.

C har selv siden hen beskrevet, at han var bange for at tale med personalet, og bange for at det de bød ham at drikke var forgiftet. Han følte sig utryk ved alle mennesker. Kommunikationen med personalet foregik i en periode pr. brev.

Herefter fulgte et suicidalforsøg, hvor C spiste al sin ordinerede medicin på en gang, men vågnede dagen efter og erkendte, at han virkelig havde brug for hjælp.

I 1994 bliver C forsat forsøgt udredt neurologisk, og der konstateres, at der er nedsat muskelfylde i det ene ben, men neuromedicinske undersøgelser kunne ikke påvise nogen muskellidelse. Atrofien kan skyldes inaktivitet.

C bliver testet psykologisk, og hans tilstand bliver beskrevet som præget af formelle tankeforstyrrelser: Han fremtræder passivt, kontaktforstyrret, og man mener, at der kunne være tale om en skizotypisk lidelse.

I Januar 95 blev C overflyttet til en døgnafdeling med vedvarende suicidal tankevirksomhed. Han beskrev at han var delt på midten, den højre side sagde at han skulle begå selvmord og den venstre sagde at han skulle kæmpe videre. Det var et helvede. I midten føltes det som om der var torden og lyn ild. Han blev i denne periode flere gange overflyttet til lukket afdeling p.gr.a. selvmordstanker.

C fortalte ikke om tankernes billedmæssige indhold til nogen på dette tidspunkt, selvom han på flere andre punkter var blevet mere åben overfor personalet, blandt andet en psykolog på afdelingen. C følte sig tiltagende isoleret og var efterhånden uden venner.

I februar 95 foretages endnu en muskelbiopsi, og C mener fortsat er hans lidelse udelukkende af somatisk karakter. Svaret på biopsien er usikkert: En malign hypertermi bringes på bane som en evt. familiær lidelse, men alt i alt ses denne muskelsygdom ikke som noget særligt alvorligt eller invaliderende, hvilket formidles til ham. C er meget utilfreds med, at der ikke synes at kunne komme et klart svar på den

somatiske undersøgelse. I foråret 1995 tilbydes C et ophold på SHH eller at fortsætte på daghospital.

C forbliver på daghospitalet og går fortsat hos psykolog, hvor han taler om sit forhold til kvinder, som indebærer megen generthed, samt ofte tilbagevendende selvmordstanker.

I 1995 konkluderes det, at patienten har en psykisk skrøbelighed, der giver ham en belastende stor følsomhed for kropslige symptomer, hvortil kommer en tilbøjelighed til at tænke tunge tanker. På dette tidspunkt er C i medicinsk behandling med Orap 4 mg. X 1, samt truxal 50mg.x 1.

C foretager endnu et suicidalforsøg med jagtgevær i slutningen af juli 95. Han ville skyde sig selv med geværet i forældrenes hus, mens disse var på besøg hos søsteren, men ringede dog kort forinden til politiet og meddelte sine planer. Han fortalte, at han var delt i 2 halvdele - en sort og en hvid. Dette suicidalforsøg blev forældrene vidende om, og blev for første gang bekendt med Cs selvmordstanker. Forældrene var meget bekymrede over situationen, og der blev fra afdelingens side gjort en stor indsats for at berolige dem. Det konkluderedes at suicidalforsøgene hidtil havde været alvorlige, men dog også været præget af hjælpsøgning med dramatiserende effekter.

Indlæggelse:

I August 95 bliver C modvilligt overført til SHH.

C har svært ved at falde til på den miljøterapeutiske Afdeling, men efterhånden bliver han mere tilfreds. I juni 96 siger han, at han nu ikke har den hvide-sorte sideopdeling mere, men til gengæld en følelse af at hans liv er et puslespil, hvor det meste er samlet, men at der mangler "brikker i puslespillet".

Henvisning til musikterapi

I Januar 96 bliver C henvist til Musikterapigruppen, efter at have afsluttet af et længerevarende samtaleforløb med psykolog.

C fortæller, at han har haft stort udbytte af samtalerne, idet han syntes psykologen var god til at lytte og forstå hans problemer.

Han er spændt på at starte i musikterapigruppen, som han ser som en social udfordring, og fortæller at han har et godt forhold til klassisk musik og til selv at være udøvende.

Han ønsker at blive bedre til at få kontakt med andre mennesker og vælger derfor gruppeterapi, ønsker også fortsat at få bearbejdet selvmordstanker som stadigvæk

dukker op. Ved forsamtale til gruppen fremtræder C garderet og tilbageholdende, men med et håb om at kunne få det bedre.

Case nr. 3 pt. C

Patienten er nr. 4 ud af 9 i projektet.

Deltagelse: 31/01 1996 - 16/10 1996

Antal Sessioner: 31

Fravær: 0

Formuleret problem: Føler sig isoleret, har selvmordstanker. Siger "at han ikke kan tage imod hjælp", er angst for andre mennesker. Vælger derfor gruppe terapi, for at arbejde med dette problem.

Formuleret mål for terapien: Vil gerne arbejde med: (a) at blive mindre angst overfor andre og (b) at få bearbejdet selvmordstanker

| musik/guidning | oplevelse | mine kommentarer | kategorier |
|---|---|--|--|
| <p>1. Anjaligruppen: Music from Ancient India, #6. <i>Individuel guidnings fokus bestemt af patienterne selv. C: Se hvad der dukker op.</i></p> | <p>(før: Savner livsglæde. Fortæller at han har et selvmordsbillede som plager ham. Har tidligere holdt det skjult.) Billeder fra træningscykelløb i skoven tidligere. Dejligt at genopleve. Mange venner. (efter: Det var et stort tab - hele hans liv og venner. Han dyrkede sport på højt plan. Prøver at bearbejde tabet ved at spille musik og fotografere. Synes det er sværest med tabet af vennerne)</p> | <p>C husker en positiv oplevelse fra tidligere i sit liv. Ud fra hans problemstilling, hvor han føler sig meget isoleret fra andre, ser jeg denne genoplevelse som en potentiel virksom faktor, hvilket jeg vælger at anse som en følelse forbundet med håb, og dermed en restituerende faktor.</p> <p>At C før lytningen annoncerer at han har et ubearbejdet "selvmordsbillede" ser jeg som en tillidserklæring. Det, at han ikke fortæller, hvad billedets indhold, ser jeg som en gardering, en måde C kan opretholde kontrol med situationen, og måske også angst for gruppens reaktion, hvis han fortalte det.</p> <p>I udsagnene efter lytningen fortæller C om forsøg på bearbejdning af hans situation, hvilket jeg anser som selverkendelse, og samtidigt et udsagn som kan relateres til Cs kerneproblem (Ia, VI)</p> | <p>I a III a VI</p> |
| <p>2. Pachelbel: Canon i D. <i>Markvej, sommerdag, sommerlandskab</i></p> | <p>(før: Har det godt. Har tænkt over, at det er underligt, hvad musik kan skabe af billeder fra fortiden.) Som 6-7årig på jagt med sin far . Går lige ved siden af dem, men er ikke i umiddel- bar kontakt med dem. Lugter sennepsmarken, ser "grisen" køre forbi. Må åbne øjnene undervejs for at orientere sig. Ender på bænk, drikker kaffe. (efter: Undrer sig over, hvad der dukker op fra fortiden.</p> | <p>Igen en positiv genoplevelse, hvor C er sammen med faderen på jagt. Er "inde i oplevelsen" og lugter bl.a. sennepsmarken. At han åbner øjnene for at orientere sig tyder på angst for at miste fundering i her og nu situationen. Billedet giver også et historisk indblik, (VII) og viser igen at C er i stand til at hente materiale fra tidligere i hans liv frem.</p> <p>C reflekterer over musikkens rolle, og hvad der kommer op fra fortiden.</p> <p>Der foregår også en interaktion mellem ham og en anden fra gruppen, hvor C fortæller om en hændelse som har gjort stort indtryk på ham.</p> | <p>II b VI a VII musik ref. explicit</p> |

| | | | |
|--|--|--|---------------------|
| | Tænker ikke over det hver dag. Ved anden pt. s fortælling, kom C til at tænke på sin tid som brandmand - hvor han engang fandt en person som havde været død i 14.dage. Det var meget ubehageligt) | | |
| 3. Carl Nielsen: Tågen Letter. (Version af Trier /Menzer.) <i>Markvej i skov</i> | (har haft det dårligt siden sidst. Har tænkt på brandmandsoplevelsen fra sidst. Dog er det gået bedre de sidste par dage.) Går med sin mountainbike på højre side på skovsti. Er meget undrende over, hvorfor det er på højre side. Han plejede altid at gå med den på venstre. Skoven er først meget grøn siden hen mere og mere sort, lidt uhyggeligt. (efter: Ved ikke, hvorfor cyklen er på h. side - er meget optaget af det, undrer sig. Var faktisk "gift" med cyklen, og føler det endnu stærkere end nogensinde. Tolker mørket som en uvished: at noget nyt skal starte. Er bange for stress. Måske noget med pension og revalidering, eller mødet med nye mennesker i gruppen her. Synes stadig det er svært, | Reflekterer over det uvante i at gå med cyklen på den anden side, uden at finde noget svar. Men noget er blevet muligt: At gå med cyklen på den anden side. C synes, det er lidt ubehageligt, at skoven bliver mørkere, hvilket kunne tyde på angst for noget ukendt. Set i sammenhæng med de følgende sessioner, kan det "lidt uhyggelige sorte" ses som begyndelsen til et tema om aggressionsforvaltning og selvmordstanker. C reflekterer over oplevelsen selv og viser dermed ansvar og engagement i terapien. Erkender at han er bange for nye mennesker og refererer til gruppen hvilket viser at C har selverkendelse på dette punkt. Cyklen synes at være meget et vigtigt objekt for C, og han benævner sit forhold til cyklen som en man er gift med - altså ægteskab. | I a II a IV a |

| | | | |
|--|--|--|---------------------|
| | men det går bedre. | | |
| 4. Dvorak: Serenade + Warlock: Capriol Suite, Pieds-en-l'air C: <i>Hvorfor har jeg det dårligt?</i> | (før: Har det først virkelig godt. Taler først om billedet fra sidst, som han mener symboliserer forandring. Det fører til en angst for fremtiden. Siger dernæst at han er plaget af selvmordsbilleder. Ved ikke hvorfor. Bange for reaktionen ved at sige det i gruppen.) Tænk på at han skal have omfattende smertefulde undersøgelser i muskel/nerver som observation om, hvorfor han har ondt i musklerne. Graver i at han tror at grunden til han får selvmordstanker skyldes flugt fra undersøgelsen. (Synes han har fået indsigt i grunden til selvmordstankerne som en flugtmulighed fra smerten. Føler angst for ikke at kunne kontrollere - vide hvad de andre i gruppen synes om ham, når han fortæller om selvmordstanker. | C reflekterer igen over sin situation. Han prøver at finde en rationel årsag til selvmordstankerne, mener det er angst for smerten. (IIa) Han giver også udtryk for behov for kontrol overfor gruppen, og viser dermed at gruppen har betydning for ham, og at der heri ligger et terapeutisk arbejdsfelt. Et tema om aggressionsforvaltning synes diskret at komme til syne, idet C nævner, at han flygter fra smerten. Præsenterer også tema om aggressionsforvaltning (kontrol). C er i stand til at annoncere et problem uden at fortælle alt indholdet (selvmordsbilledet). (Vb) At C overhovedet bringer selvmordstankerne på bane tyder på at han har en grundlæggende tillid til gruppen. (IVa) | II a IV a V b |
| 5. | | C kommer i kontakt med aggressive kræfter i sig selv. Han | II b |

| | | | |
|--|---|--|---------------------------------|
| <p>Bach, Koncert for 2 Violiner: Largo <i>Miljø skabt af musikken, møde med hus</i></p> | <p>(før. Et par dårlige dage p.gr.a. planer om undersøgelser for muskellidelse. Siden nogle gode dage. Fortæller om sin rolle i familien som barn: Han var den rolige med overblik, skulle Cælpe de andre. Nu problematisk fordi han er indlagt.) Går af lille asfalteret vej, der deler sig i 2, derimellem er et lille hus: Stikker armene gennem væggen, da han vil røre ved muren. Bliver bidt i hænderne. Irriteret over ikke at kunne komme ind. Venstre side en grusvej. Højre side asfalteret. (efter: "Det er underligt". Der er noget han ikke må komme tæt på inde i sig selv. "Det må jeg åbenbart ikke".</p> | <p>bliver irriteret over ikke at kunne komme ind i huset. C kan stikke armen lige igennem væggen, hvilket måske betyder at de aggressive kræfter er mindre under kontrol end hvis muren var en rigtig mur. C synes meget overrasket over at møde disse meget aggressive kræfter i sig selv. Tema om aggressionsforvaltning. Reflekterer desuden over sin rolle som barn - den rolige med det store overblik (IIc + IVa)</p> | <p>IV a IVb</p> |
| <p>6. Bach: Come Sweet dead og Bach: Partita i b mol, Sarabande. <i>Dig, et sted i naturen.</i> <i>Beskyttelse omkring stedet?</i></p> | <p>(før: Tænkt over billedet fra sidst, nævner at der var åbenbart adgang forbudt, og siger at det har noget at gøre med at være hernede på hospitalet. Har ellers haft en rimelig uge, på nær i dag, hvor han har ondt som kramper i musklerne. Synes det er svært for ham at bede om Cælp - har tidligere været</p> | <p>C tolker selv på billedet fra sidst. (IIa +b) Tema fra sidst om selvmordstanker/aggressionsforvaltning fortsætter: C er tilsyneladende klar over, at der er sider i ham selv, hvor der er adgang forbudt. Han udfordrer, at der åbenbart var adgang forbudt i huset, hvilket irriterede ham ved sidste session. Dette medfører at C har en samtale om døden om, hvorvidt han skal fortsætte med at leve eller ej. C gør derved brug af billedmediet som ramme. Måske er hunden i virkeligheden også døden i forklædning, og døden er billede på Cs egen aggressivitet. At C forlader huset da døden "smuldrer" kunne tyde på at</p> | <p>I b II a +b IV b</p> |

| | | | |
|---|--|--|----------------------|
| | <p>helt selvCulpen. Er ved huset, går rundt om det: Det har vinduer, han kigger ind. Går ind af døren. Stor sort hund. Døren smækker bag ham. Sort mand med le står bag døren. Samtale i køkkenet, måske om han skal fortsætte eller ej: hunden forsvundet: På et tidspunkt "smuldre" døden, og han forlader derefter huset. (efter: O.K. - Tankevækkende. Tolker selv: samtale med døden om han skal fortsætte eller ej, hvor konklusionen (døden smuldrer) er - at det gør han. Vil tænke videre til næste gang.</p> | <p>han føler kontrol over situationen, og han konkludere også, at det vil han. Historien rummer elementer af en dominans/underkastelses problematik, som måske også kan ses ud fra Cs forhold til gruppen, som han nævner i session 3. Altså at Cs angst for miste kontrollen udsætter gruppen for (skjult) aggressiv kontrol fra Cs side. At C aktivt konfronterer sig med døden, ser jeg som en aktiv indsats for at få det bedre (Ib).</p> | |
| <p>7. Beethoven: 5.klaverconcert, 2. Sats <i>Have m. havehus,</i></p> | <p>(før: Har haft god uge. Dog trist igen i går aftes, tænkte på faderen, der har haft blodprop i hjertet. Bange for at miste ham. Nært knyttet til ham. Har været nervøs for, at Torben ikke var tilstede. I farmors og farfars kolonihave, 12 år gammel. På ferie. De plukker blommer som dengang. Rød/hvid ternet dug på bordet. Hyggeligt sol og</p> | <p>Positiv erindring med familiemedlemmer (bedsteforældre) Som i session 1, vil jeg betegne denne genoplevelse som så markant positiv, at den giver C en tro på tilværelsen. Oplevelsen synes at være udtryk for en meget tryk situation, og jeg har valgt at kategorisere den som en "safe container" (Va). Billedet har også et idylliserende præg. Det ser ud til at Cs forhold til moderen er sløret, og jeg kan få det indtryk at C måske tager lidt afstand til moderen. Forholdet til faderen beskrives som nært, og det er tydeligt, at han betyder en del for C. Forholdet til mig er også i fokus, idet C giver udtryk for nervøsitet fordi jeg ikke var tilstede. C er åbenbart mere tryk når jeg er der.</p> | <p>IV a V a</p> |

| | | | |
|---|---|---|------------------------------|
| | <p>varme. (Lidt tristere når tingene er anderledes: "Underligt at Torben ikke er her". Samtale om moderens rolle i familien: C kan ikke beskrive hendes rolle, siger: hun fyldte ikke så meget, var der bare".</p> | | |
| <p>8. Goudnod: St. Cecilia Mass: "Offertoire" <i>Hvad musikken bringer frem i dig</i></p> | <p>(før: Siger, at han ikke har tænkt over moderens rolle siden sidst. Har svært ved at beskrive hende. "Hun var en selvfølgelighed". Hun fyldte noget. Fortæller at faderen blev syg med blodprop for 2 år siden. Ham og faderen ligner hinanden - de har begge altid klaret sig selv. Skal i øvrigt selv stå for madlavning på afd. i dag. Kravlede ind i banankasse og lukkede den. Der var mørkt og stille. Havde det godt derinde. Må have været lille da kassen ikke var stor. var ved at grine p.gr.a. situationen. Venter på at nogen kommer og for øje på ham. (efter: Synes det var underligt. Tolker "bananer" = energi - og siger "det er jo det, jeg ikke har mere. Siger også at det er en venteposition i kassen.</p> | <p>Positiv, tilsyneladende regressiv fantasioplevelse idet C nævner at han må have været meget lille, da kassen ikke var stor. Min opfattelse er at C tydeligvis leger "borte tit, tit" som små børn gør det. (Introduktion af "kasse/lege" tema som videreføres i session 9 og 10.) C beskriver forholdet til forældrene igen, og jeg får indblik i, hvorfor det kan være svært for C at tage imod Cælp, idet hans idealbillede er en "mand, der klarer sig selv".</p> | <p>II a IV a V a</p> |

| | | | |
|--|--|---|------------------------------|
| <p>9. Anjaligruppen # 3. <i>Tur langs stranden,</i> <i>Hans Jørgen : Banankassen</i></p> | <p>før: Er i tvivl om han skal fortsætte (med livet). Har været til ubehagelig undersøgelse på RH. Har tænkt over kassen fra sidst. Måske gemte han sig for undersøgelserne. Inde i kassen fra sidst. Kigger ud af huller - hvidt lys - måske sollys. Prøvede ikke aktivt at komme ud, er bange for nyt. (efter: Bekræfter at kassen er billede på hans situation i det hele taget og i gruppen. Er afventende og passiv. Afhængig af andres hjælp - holder vurderende distance.)</p> | <p>C er både i regressiv tilstand "tilstede i kassen", og reflekterer også over sin situation i forhold til dette billede. Tema fra session 8 føres videre. Cs angst for at blive undersøgt, (hvorfor han gemmer sig kassen) kan også forstås som hans angst for, hvad vi vil gøre ved ham, hvis han ikke har kassen at skjule sig i. Vil vi overfalde/torturere ham ? Tema om hjælp/afhængighed er også aktiveret.</p> | <p>Ia IIa</p> |
| <p>10. Massenet: "Meditation" <i>Hvad musikken bringer med sig ?</i></p> | <p>(før: Har haft stor nedtur i går. Sammentrækninger i benene efter at have gået 2km. Kan ikke accepterer tabet. Får det som et puslespil, der er faldet på gulvet i et virvar. Er nu ved at blive samlet igen, hvilket sker når han gemmer sig - næsten af sig selv. Er blevet bedre til at tale med andre. Sidder på gulvet . Samler puslespil. Mangler brikker i øverste h. Cørne. Der er mange brikker. Han kan mærke brikkerne når de</p> | <p>C er muligvis igen i en regressiv fantasi tilstand. Jeg forestiller mig at han, som et barn gør det, sidder på gulvet og leger med et puslespil. Han knytter aktiviteten tæt til sin krop, idet han kan "mærke når brikkerne passer". Puslespillet kan ses som et billede på C selv, som han prøver at samle, og jeg tænker på om det er i højre side han har oplevet muskelsvind. Den positive kontakt med den kinæstetiske sans/kropsfornemmelse giver ham et håb. En fornemmelse af samling af selvet. Desuden har C tænkt over kassen, og det, at der er kommet flere huller i virker positivt. Billedet kan derfor tolkes således at C ikke behøver så stærk beskyttelse overfor andre (her: gruppen) og hermed signaleres en mere tilgængelig kontaktform. Jeg forstår det også således at C introducerer en mere nuanceret kontaktform i stedet for en enten/eller situation. Forstået på den måde at det at være helt udenfor kassen vil</p> | <p>IIIa IIa VIII</p> |

| | | | |
|--|--|--|-----------------------|
| | <p>passer. Det var rart/et håb. (efter: Har fået nyt håb, er optimistisk. Har tænkt over kassen. Der er kommet flere huller i.)</p> | <p>være for nyt og ubeskyttet og det at være lukket helt inde i kassen er en tilstand af isolation (og afhængighed af at andre opdager ham) han vil væk fra. Puslespillet kan ses som metaforisk selvbillede.</p> | |
| <p>11. Keith Jarret: "Vienna Concert" (udsnit af del 1) <i>En følelse, du tager med ud i naturen</i></p> | <p>(før: Har det skidt, ved ikke om han vil "fortsætte". Ved ikke om han skal "gøre noget" (= ved sig selv). Har selvmordstanker. Kæmper for at holde næsen over vandet. Ingenting - tomhed (sørgmodig) (Er sørgmodig. Det er svært at vise sine følelser - er nødt til det, fordi han har brug for hjælp.</p> | <p>C er meget fåmælt, og det er ikke til at sige, hvad tomheden eller sørgmodigheden beror på. Tillader at føle og benævne svære følelser, hvilket måske er en helende, integrerende faktor. Har selvmordstanker.</p> | <p>III b</p> |
| <p>12. Grieg : "Aases død" + Mozart: Adagio <i>Nær ved busk eller blomst, se om den trænger til pleje.</i></p> | <p>(før: Fortsætter på opfordring af andet gruppemedlem. Har det lidt bedre. Tænker på fremtiden - men ikke noget konkret. Har ikke så mange tanker om døden. Blev syg for 4 år siden i september 92 - fik lige pludseligt muskelkrammer. Faderen fik blodprop, for 2 år siden - var tidligere altid rask. 8-9 år gammel, plukker hyldebær med sine forældre på Amager Fælled. Føler sig let i kroppen, fri stemning. Plukker bærrerne i et træ</p> | <p>Har fået det lidt bedre efter sidste session og lægger, i modsætning til de sidste tre sessioner, positivt ud. God erindrings oplevelse. C sammen med forældrene. C er sammen med forældrene, men står dog også lidt alene. C referere til en let og fri følelse i kroppen, hvilket er bemærkelsesværdigt i forhold til alle de kropssymptomer han har klaget over. Disse klager i er i øvrigt aftagende. Følelsen af frihed i kroppen vil jeg på denne baggrund betegne som en restituerende faktor. Reflekterer over oplevelsen, og siger at "hans kropslige lethed, har været pakket ned" hvilket jeg ser som metafor for en undertrykkelse (fortrængning) eller isolation af bestemte følelser, som nu er blevet tilgængelige. En følelestilstand som har været lagret i bevidstheden. (VIII)</p> | <p>III b VIII</p> |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>alene lidt væk fra forældrene.</p> <p>(efter: Synes at lethed/frihedsfølelse som barn var mest fremtrædende. Ikke som nu med store krav. Omtaler især for svære rammer, da han arbejdede i civilforsvaret som kørelærer. Har haft "pakket den kropslige lethed ned.")</p> | | |
|--|---|--|--|

| | | | |
|---|---|---|------------|
| <p>13. Marcello: Obo Koncert <i>Tema: tryghed / utryghed, se hvad musikken bringer op om dette.</i></p> | <p>(før: Meget i tvivl om han vil starte i Fountainhouse (half-way house). Ender dog med at han synes, at han har lyst til at starte i avis gruppen. Det største problem er transporten og nye mennesker.)</p> <p>a. Farmors og farfars kolonihavehus. Mange farvestrålende blomster - flere end han husker i virkeligheden.</p> <p>b. Fountainhouse, der var dejligt afslappende.</p> <p>c. Skriver brev til tidl. Psykolog om at det går fremad</p> <p>(efter: C er friere kommunikerende, har det mærkbart bedre.</p> | <p>Sessionen er delt i 3 dele. Først en positiv genoplevelse med bedsteforældre, som også ses i session 7. Dernæst tænker C på Fountainhouse (et "half-way house") - hvor det er planlagt, at han skal starte når han bliver udskrevet, og endelig forestiller han sig at skrive et brev om fremskridt til en psykolog, han tidligere har været i behandling hos. Sammenfattende kan den positive genoplevelse, sammenholdt med den positivt ladede orientering mod fremtiden og forestillingen om brevet til psykologen vedrørende terapeutiske fremskridt, som taler for sig selv, ses som terapeutisk progression og dermed en følelse af bedring. (IIIb).</p> | IIIb |
| <p>14. Beethoven: 5. Pianokonzert, 2.sats. <i>Følelse her og nu</i></p> | <p>(før: Haft det skidt i den senere tid. Føler ikke, der er hoved eller hale på noget. En pærevælling. Svært at konkretiserer noget. Bruger det som forsvar, siger at han gemmer sig.</p> | <p>Refleksion. Tanker om at han må være mere åben om sig selv for at få hjælp. Udsagn relateret hertil (angst for noget nyt) ses også i session 9. Problemstillingen uddybes i Cs udsagn efter lytningen. C bruger</p> | II a IV |

| | | | |
|--|--|---|------------------------------------|
| <p><i>evt. forbundet med et sted i naturen.</i></p> | <p>Oplever ængstelse for at dele med andre.) Musikken siger ham ikke noget. Tænker på at han nok er nødt til at være noget mere åben for at få hjælp. Vil stadig ikke sige noget konkret. Bange for , om vi kan hjælpe hvis han åbner sig. Håber alligevel at det hjælper at vende problemerne, så de kan “sparkes helt væk”.</p> | <p>metaforen “at problemerne skal sparkes væk” hvilket siger noget om hans strategi for at få det bedre. Udsagn med relation til kerneproblem: åben/lukkethed overfor andre - angst for andres reaktion på ham. Sessionen ender positivt – C tror trods alt på forandring hvilket stadfæstes i næste session.</p> | |
| <p>15. Keith Jarret: Vienna Koncert (udsnit) <i>Gå op ad trappe i hus. Ind i værelse. Maleri på væggen, Hvad forestiller det? Stol ved vinduet.</i></p> | <p>(før: Det går helt ad helvede til. Føler at specielt nye mennesker vil ham det fysisk ondt, og hvad mon, de tror om ham. Har fået lidt mere tillid til gruppen, men er stadig bange for at sige, hvad der dybest set rører ham. Enten er jeg meget lille eller også er trappen meget stor. Ser et enkelt trin som en hel murstensmur. Det var irriterende. Prøver at komme igennem. Tager en hakke og hakker løs. Det er tilfredsstillende. Giver tro og håb at kunne handle. (efter: oplivet - gør ham godt at få formuleret sine problemer og få oplevelsen. Vigtigt ikke kun at være afhængig af andre - at han kan handle selv.)</p> | <p>Før lytningen giver informerer C om sin angst for andre mennesker på en lidt mere uddybende måde end tidligere. Han føler at specielt nye mennesker gør ham fysisk ondt, hvilket får mig til at tænke på de fysiske smerter han tidligere har talt om. Han siger også, at han er bange for at sige, hvad der dybest set rører ham. Kunne det være aggressive elementer, en angst for at han kunne gøre andre ondt? - arkaisk materiale som han får bearbejdet, transformeret (“vendt”) under den efterfølgende lytning. Et evt. regressivt element ved Cs størrelse ift. trappen. Det kunne tyde på at C er oppe imod store udfordringer i forhold til, hvad han måske kan magte. Det centrale i billedet er troen på at handling kan skabe positiv forandring. Dette skaber mulighed for dialog om dette synspunkt. Det aggressive element relaterer jeg til kategorien om aggressionsforvaltning. (IVa) C er oplivet efter lytningen, hvilket jeg har valgt at kategorisere som et udtryk for håb og integration. Kontakten med det aggressive element ses som i session 5, hvor C stikken armen gennem muren og bliver bidt i hånden.</p> | <p>I b III a IV a, b</p> |

| | | | |
|--|--|---|---|
| <p>16. Anjaligruppen: #1 <i>Havevandring med forhindring</i> - træ du kan sidde op af til sidst.</p> | <p>(Har det bedre - det virker også sådan - mere smilende. Har fået bearbejdet nogle tunge tanker - har mere mod på livet: Går i Botanisk Have. Kommer til et krat, først blødt siden med torne, river sig. Smukkere med endnu flere blomster på den anden side. Ser et meget stort træ, tisser op af det. Går om på den anden side og sætter sig i skyggen.</p> <p>(Positivt billede. Det kunne betale sig at gå gennem tjørnekraattet. Ser det som en manddomshandling at tisse op af træet. Fortæller at han tit tænker på billederne fra musikterapien. Er ikke længere i banankassen.)</p> | <p>Har fået bearbejdet nogle tunge tanker siden sidst - fået mere mod på livet (Ia, IIIa) C følger oplægget fra guidningen og involverer sig i situationen. C "tør rive sig på tornene og kommer igennem forhindringen - hvor der er endnu smukkere på den anden side. Der ses dermed en transformation (smuk - endnu smukkere) i billedsekvensen, som symbolsk udtrykker: "at det lønner sig at kæmpe". Situationen er interessant set i forhold til session 4, hvor C flygtede fra smerte i forbindelse med undersøgelser. Selvom jeg ikke ved, hvor ondt det har gjort at rive sig på tornene, er det tankevækkende, at C tillader sig selv at opleve et billede så tæt relateret til noget, der kunne være en smerteoplevelse. Jeg ser derfor det at udfordre og handle for at få det bedre som en aktiv indsats for at få det bedre (Ib). Billedet af at tisse op af et meget stort træ kan ses som en maskulin bekræftelse, som følge af den positive udgang af bevægelsen gennem kraattet. Altså en formodet styrkelse af selvtillid. C kalder det en manddomshandling hvilket leder tankerne på manddomsritualer. C referer til slut til "banankasse" billedsekvenserne. Han er nu åbenbart ude af kassen, hvilket jeg tolker som, at han ikke behøver denne beskyttelse mere. (IVa, V a)</p> | <p>I a + b III a + b IV b IV a V a VIII b</p> |
| <p>17. Boccherini: Cello koncert i Bb, Adagio. <i>Kontakt med følelser og billeder</i></p> | <p>(før: er tilfreds med at han er blevet på hospitalet i w/e - har lyttet til sig selv. Føler sig tom i dag/ for tiden. Aftalt med kontaktperson at de skal tale om selvmordstanker.) Vinter. På kirkegård, musikken</p> | <p>Musikken bringer C i kontakt med stærke følelser. C konfronteres med døden, som det også ses i session 6, men denne gang har han ikke kontrol over situationen. C kommer i denne session i kontakt med stærke følelser af i forhold til temaet selvmordstanker/</p> | <p>III b IV b IIIIV musik</p> |

| | | | |
|--|---|--|---|
| <p><i>der dukker op i forhold til musikken.</i></p> | <p>sørgelig. Han går og fejer gravstenene. Finder eget gravsted. Kan ikke komme videre. Synes det er væmmeligt, bliver bange. Koger indvendigt, angst.</p> <p>(Er meget påvirket af oplevelsen. Vil gerne have at vi ringer til afdelingen, og fortæller det.)</p> | <p>aggressionsforvaltning, som han bliver meget berørt af, og jeg har derfor valgt at se dette som en virksomt billede.</p> <p>Scenen på kirkegården er en konfiguration af Cs selvmordsfantasier i fuldbyrdet form, men den stærke fysiske reaktion minder ham også om at han er live her og nu..</p> | <p>ref.</p> |
| <p>18. Pushkar: "Inner Harvest" <i>Strandstrand, bygge hytte, aften,</i></p> | <p>(har været meget påvirket af oplevelsen sidste gang - ked af det - men fik skrevet sine tanker om selvmord ned og vist dem til personalet. Virker lettet - føler han er kommet et stort skridt videre, i selverkendelsen af at være syg og tillade sig selv at tage imod hjælp.</p> <p>Strand med mange mennesker. Ser gul tippie. Sætter sig derinde (er høvding) - lægger sig ud i solen. En kat kommer og sætter sig - de ser sammen solnedgangen.</p> <p>(efter: Smiler og ler under fortællingen. Synes det var rart. Undrer sig over katten. Forbinder den med selvstændighed: "Sin egen herre - den kan ikke opdrages". Øver sig i at sætte grænser.</p> | <p>I modsætning til sidste session, ser C ud til fuldt ud at have kontrol over situationen. Måske er det en reaktion på sidste session, hvor C ikke kunne kontrollere sine følelser tilstrækkeligt. Høvdingen giver et indtryk af at være en der har styr på tingene, og C får en positiv oplevelse sammen med en kat, som C tolker som et dyr der repræsenterer selvstændighed og styrke. Jeg har lagt vægt på kontrolaspektet og anser konfigurationen som høvding som en slags "safe container". C synes godt om oplevelsen og heri ser jeg en energiskabende effekt, som jeg har valgt at kategorisere som en følelse forbundet med håb. Kontrolfunktionen er også relateret til Cs aggressionsforvaltning som ønsket om at kunne kontrollere/ have styr på livet. Katten matcher C ideal om at være selvstændig og kunne klare sig selv, tilsyneladende på en uproblematisk måde.</p> <p>C taler om grænsesætning, og omtaler herunder katten som symbol på selvstændighed.. (VIII)</p> | <p>I a + c III a V a IV a, b VIII</p> |
| <p>19 Doky Brothers: "Childrens song" <i>Bygge hus på</i></p> | <p>(før: Svært at tænke på de sidste 4 år. Har haft det rigtig godt især torsdag og fredag - kunne næsten ikke følge med. Har skrevet en masse ned "lige fra Certet" - kommet efter</p> | <p>Oplevelsen er præget af fremskridt. C reflekterer over at det har været svært at tænke på de sidste 4 år (IIb). Dernæst fortæller han først om den overraskende effekt billedet ved gravstedet har haft. I scenen er der en interpersonel kontakt og refleksion</p> | <p>I c II b III a II c.</p> |

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p><i>stranden, hvordan ser der ud ? overnatte ?</i></p> | <p>musikerapibilledet ved gravstedet (session 17). På stranden med forældre, søster og dennes lille datter: Snakker med niecen det er rart. Vi har aldrig snakket om følelser i vores familie, bliver næsten overvældet. (efter: Søsteren er blevet skilt efter 10 års ægteskab. C syntes ikke om manden. Skilsmissen giver nye muligheder for C til at se søsteren oftere. Søsteren har sagt at hun savnede C. Siger "det er svært, vi har aldrig snakket om følelser i vores familie).</p> | <p>over savnet om mere samtale om følelser. C bliver også følelsesmæssigt berørt. C udtrykker for første gang kritiske bemærkninger om familieforholdet: "Vi har aldrig snakket om følelser i vores familie". Det ser ud til at den positive interpersonelle kontakt med niecen (i fantasien) baner vej for mere kritiske bemærkninger om forældrene, hvilket giver et mere nuanceret syn på Cs forhold til dem. Denne kritik har jeg valgt at placere under aggressionsforvaltning. Den bearbejdende tone i savnet vurderer jeg som helende faktor, der i det Kleinianske univers hører til i den depressive fase. (I c, IIIa)</p> | <p>IV a</p> |
| <p>20. Pushkar: "Inner Harvest" <i>Lægge ud fra stranden i en lille båd</i></p> | <p>(før: Får det stadig bedre. Skal besøge reva-center. Glæder sig til det og frygter det. Nytt at tage imod Cælp fra andre. Aldrig talt om problemer i familien.) Genoplever kanotur for 5-6 år siden. Sejler i kano fra Kulhuse til Hundested. Sejlede rundt mellem store industrifiskekuttere. God og spændende tur. (efter: Har det godt. Genkender anden patients frygt for at rumme "et uhyre.")</p> | <p>Den positivt genoplevede sejltur i kano mellem store industrifiskekuttere signalerer/afspejler et vist mod og selvtillid (Ic) og er en aktivitet som jeg vil placere i det maskuline univers. C responderer på anden patients udsagn om angst for at rumme et uhyre, hvilket understøtter mit spørgsmål om Cs fantasier i den retning i session 15. Jeg har kategoriseret udsagnet under aggressionsforvaltning. Kunne C også have (ubevidste) fantasier om at "slå nogen i hjel", ligesom han tumler med de samme tanker vendt mod sig selv? - Og videre, hvem kunne det være, dette uhyre kunne skade os i gruppen - eller hans forældre - måske primært moderen ?</p> | <p>I c IV b</p> |
| <p>21. Beethoven 5. Klaverkoncert,</p> | <p>(før: Tæller dagene; har det stadig godt. Er lidt bange for tilbageslag. Musiksampil var rigtigt godt, fordi han hurtigt kunne fange melodien. "Tænker</p> | <p>C kommer i kontakt med følelser af seksuel karakter. Jeg forestiller mig at opdragelsen af katten kan relateres til et behov for kontrol over drifterne, men det er ikke noget C selv bringer på bane. C nøjes med</p> | <p>I b II a IV</p> |

| | | | |
|---|---|--|----------------------------|
| <p>2.sats <i>Trappe ned i have undersøge haven.</i></p> | <p>ikke så meget - springer mere ud i det.” Bedsteforældrenes kolonihave. Møder kat som han opdrager ligesom en hund. Det lykkedes. Ved det kun er en fantasi. Plukker blommer. Lægger sig i en hængekøje. C. fra gruppen er tilstede - let påklædt. (efter: smiler - uddyber ikke oplevelsen)</p> | <p>at undre sig over, hvorfor det sker, at han opdrager katten som en hund. Billedet er en interessant metafor som måske fortæller noget om Cs sublimeringsevne. (At tæmme det vilde, instinktprægede) C fortæller også at han føler sig mere spontan og derved handlende. (I b) Forholdet til det andet køn skal ses i relation til den angst han tidligere har givet udtryk for i anamnesen.</p> | |
| <p>22. Beethoven 5. Klaverkoncert, 2.sats <i>Trappe ned i have undersøge haven.</i></p> | <p>(før: Virker mut. Stille dag - fortæller om personaleelev, som han kender fra afd. på RH. Hun måtte Cælpe ham meget. Ydmygende. Har ikke kunnet tale med hende, men har været meget påvirket af mødet. Vil prøve at få talt med hende. Håber at få noget positivt ud af det.) Skiftede hele tiden mellem at være i bedsteforældrenes kolonihave, hvor han var tryk, legede med katten, og billeder fra sin egen grav med sne og blade. Uhyggeligt. (efter: Det var to modsætninger. Skræmmer ham. Træt af det hele, opgivende. Havde håbet på noget godt. Virker vred glimtvis. Var mere tilstede.)</p> | <p>C udfordres af mødet med sygeplejerske, han har mødt i anden sammenhæng, og vover at tale med igen selvom sidste møde havde været svært og ydmygende for ham. Er indstillet på at prøve at tage kontakt med hende. (IV a) I Oplevelsen skifter C mellem at være tryk og angst, hvilket billederne tydeligt illustrerer og C også selv reflektere på. Oplevelsen af det forestillede gravsted er en genoplevelse af session nr. 17. Billeder rummer mulighed for bearbejdning idet Cs kerneproblematik præsenteres i ny udformning: en adskillelse mellem det trykke (gode) og døden (det aggressive det onde). Det virksomme element er at de to adskilte sider har emotionelt relaterede billeder som gør dialogen om problemet mere håndterbart. Det trykke element bedsteforældrenes have ses også i sess. 7, 13 og 21. Udsagn til sidst viser sammenhæng mellem den glimtvis vrede og fornemmelsen af at være mere nærværende end tidligere, hvilket jeg har kategoriseret som oplevelse af samling af selvet (I c).</p> | <p>I c IV a VI</p> |
| <p>23. Anjaligruppen #3</p> | <p>(har det dårligt - kigger ned. Frygteligt i går. "Det var tæt på". Blev holdt</p> | <p>Cs udsagn før lytningen er informative, og viser noget om hans skrøbelige fundering.</p> | |

| | | | |
|---|--|---|-------------------|
| <p><i>Sti der kommer med musikken, forhindring der passerer/ få hjælp til passagen</i></p> | <p>tilbage. Umiddelbart ingen årsag - nævner dog sygeplejersken der passede ham - angst for afvisning. Siger at han følte sig svigtet på RH. Følte ikke at han blev taget alvorligt. Også svært med nye i gruppen. Siger vi skal være tålmodige med ham.)</p> <p>Tur på Amager fælled med far, mor og lillesøster. Dejlig fri stemning, følte sig som 9-10årig. Forhindring: grøft - ret bred, men de kom over. Vender sig om og ser de 2 andre i gruppen på den anden side af grøften. De vinker, men han føler sorg, tror han skal dø.</p> <p>(efter: "Det gik rigtigt godt - men vendte totalt". Bliver trist ved at fortælle at de 2 andre fra gruppen står på den anden side.)</p> | <p>om hans skrøbelige fundering.</p> <p>Positiv genoplevelse fra barndommen med forældre og søster. Det modsætningsfyldte perspektiv gentages. C føler sig dejlig fri sammen med familien, men samtidig er han adskilt fra gruppen og kan ikke dele deres positive følelser - men tror tværtimod at han skal dø. Cs forhold til gruppen aktualiseres som i session 8,9,10, og dermed aktualiseres også en her og nu situation i forhold til gruppen med adskillelse som grundkomponent. Måske udtrykker billedet Cs angst for at miste tryghed i forbindelse udvikling til at blive voksen. Følelseskomponenter i den retning (forholdet mellem barn og voksen) kan også skimtes i Cs udsagn før musiklytningen vedr. oplevelserne på RH</p> <p>Den oplevede adskillelse fra de to andre i gruppen skaber gode muligheder for viderebearbejdning i gruppen, og afspejler måske også at C snart skal stoppe i gruppen.</p> <p>Oplevelsen kan også tolkes som en polariseret opsplittning i C, hvor "det gode" er på den ene side og "det onde" er på den anden side.</p> | <p>VI VII</p> |
| <p>24. Marcello: Obokonzert i c-mol: Adagio <i>Vær åben overfor følelser, musikken bringer frem. Måske en dans du kan tage del i?</i></p> | <p>(før: Optaget af møde på afd. om ferie i næste uge. Som vanligt nervøs for noget nyt, men glæder sig overvejende. Har haft det skidt siden sidst med det med grøften. Håbløsheden skal skæres helt væk. Har brug for at få noget positivt med.</p> <p>Først var alt kaotisk. Dernæst i Tivoli på plænen sammen med en pige De spiste på balkonen, så på folkedansere. Danser derefter selv brudevals med pigen. Det var lækkert.</p> | <p>Positiv forestillet oplevelse med en pige. Oplevelsen har karakter af forståelig ønsketænkning (Vb). C er relevant følelsesmæssigt engageret. Sessionen er interessant i forhold til det at C aldrig har haft et egentligt forhold til en pige. Heri kan også ligge et håb og billedet afspejler også at C har kontrol over situationen. Ud fra denne synsvinkel vover C pelsen i den sikre ønskefantasi i rollen som brudgommen.</p> | <p>IV V b</p> |

| | | | |
|---|---|--|-------------------------------|
| | (Havde det godt - ler. Det virker lidt anspændt/overgearet over billederne.) | | |
| 25. Anjali gruppen # 1 <i>Sted i naturen, hvor der er plads til både sorg og glæde følelser. Møde musikken for enden af en markvej.</i> | (før: Håber på at opleve noget godt. Har haft det dårligt på turen med afd. Onsdag toppede det (musikterapi-dagen, min kommentar). Sagde ja til alle tilbud, men kunne ikke klare det. Vil betingelsesløst være rask som før, kan ikke accepterer andet. Træner transport i myldretiden. Presser sig selv for hårdt. Får dødstrang af dette. Indvilliger i at arbejde mere hensigtsmæssigt med problemerne. Sidder på Bjergtop, bagved i dalen er en borg. Tænker over, hvem han skal tale om sit problem med. Finder ud af at han vil skrive det ned, og derefter tale med kontaktpersonen på afdelingen. Har haft problemet i tankerne siden han var 9 år. (efter: lytningsperioden er rum til eftertanke og beslutning) | C tager et åbenbart problem op han åbenbart har ruget på længe. Han finder også en umiddelbar måde at komme videre med problemet på og bruger situationen og billedannelsen til at danne et "tænkerum" (container), altså til at bringe sig selv i en tilstand, hvor han kan komme videre fra. (Va) Har erkendelse af at han presser sig selv for hårdt (I a) | I a I b II b V a |
| 26. Mahler 5.symfoni, 4.sats udsnit. <i>" på sejltur"</i> | (før: Siger at terapien hjælper. Sukker dybt. Ikke sket så meget. Går og afvejer om han skal tage imod hjælp eller tage livet af sig. Har fra barnsben været vant til at klare alt selv. Er nu vred og skuffet over at forældrene svigter og ikke vil afse tid til at besøge ham under indlæggelsen - siger at de har for travlt. Oprydning som brandmand på Scandinavian Star. Svært. Besluttes | At C fortæller at terapien Cælper, har jeg kategoriseret som en bedring (II a) C fortsætter med et tilbagevendende tema om han skal tage livet af sig selv eller ej. Den vedvarende fastholden og optagethed af dette tema kan synes som at C kører i ring, på en stereotyp måde. Der kommer dog flere væsentlige og aspekter frem i løbet af samtalen og i oplevelsen under musiklytningen. C har igen som i session 19 et kritikpunkt rettet mod familien. | III a + c IV VI II b |

| | | | |
|---|---|--|--------------------|
| | <p>Scandinavian Star. Svært. Beslutter undervejs at "vi skal tage imod hjælp". fandt 5 punkter for og 5 imod. (efter: Ser mere til familien. Tænker på selv at få familie. Føler sig lettet og målrettet. Han satser på hjælp.)</p> | <p>C genoplever svære øjeblikke i sin tid som brandmand. Dette bringer ham måske også til at tænke over temaet om hans egen stillingtagen til livet. Hans overvejelser om at tage imod hjælp har måske et kynisk skær, og minder om forhandlingerne med "døden" i session 6. C ønsker f.eks. ikke at uddybe hvilke punkter han finder for og imod. Jeg tænker, hvad C mener med "vi" hvilket han heller ikke uddyber, eller måske ikke er i stand til at uddybe. Er det "os alle sammen" han mener, eller er det 2 sider af ham selv han taler om. I så fald må beslutningstageren være en højere samlende instans, hvilket harmonerer med de sidste udsagns positive farvning.</p> <p>Der ses også en evne til at rumme mere nuancerede følelser ift. til forældrene (IIIc), der tidligere i forløbet er beskrevet i et idylliserende lys.</p> <p>Samtidig med at C siger at terapien hjælper, undelader han dog ikke at bemærke, at han også overvejer selvmord, hvilket kan ses som en (ubevidst) trussel overfor terapeuterne/gruppen.</p> | |
| <p>27. Bach: "Come sweet dead" <i>Et landskab der kommer med musikken. Kig efter en del af landskabet som du er forbundet med</i></p> | <p>(før. Vi har mindet ham om at der er 4 gange tilbage af hans forløb. Har det dårligt. Har ikke tillid til andre. Vil de andre (primært kontaktpersonen) overhovedet hjælpe mig. Kontaktpersonen har stillet opgave om, at han skal prøve at se på sig udefra. Syntes det er en stor mundfuld)</p> <p>Tænkt på opgave om, at han skal se på sig selv udefra, han har fået af kontaktpersonen. - og at han ikke kan tage imod hjælp. Synes musikken blev mindre sørgmodig efterhånden, men blev ikke påvirket af den.</p> | <p>I Cs udsagn før lytningen anes en aggressiv tone, hvilket udbygges efter lytningen. Jeg får det indtryk at C bliver mere bevidst om at det er vrede han føler i løbet af lytningen.</p> <p>Musikken er den samme som i session 17, hvor C oplevede at han var ved sit eget gravsted. Han bliver ikke så påvirket af musikken denne gang, men oplever dog et stemningsskift. Er stadig optaget af hans tema "om at kunne tage imod hjælp". Følger ikke guidningen, hvilket jeg skønner skyldes at han er meget optaget af den opgave, han har fået.</p> <p>Jeg har kategoriseret Cs udsagn om vrede under aggressionsforvaltning og metaforen at han følte sig "trængt op i en krog" under kategori VIII "Metaforer"</p> | <p>VIII IV</p> |

| | | | |
|--|--|---|--------------------------------------|
| | (egentlig vred over opgaven. Føler sig trængt op i en krog. Se om han er så sur på kontaktpersonen at han vil snakke med ham om det. Låser sig inde på sit værelse, spiser ikke og taler ikke med nogen.) | “trængt op i en krog” under kategori VIII “Metaforer”. Efter min opfattelse tager C imod hjælp i flere situationer i terapien, men måske er han stadig bange for at miste kontrol, selvom anvendelsen af udsagnet er klichepræget. | |
| 28. Pachelbel: Canon i D <i>Tur på strand, byg din hytte.</i> | (før: “Det er rigtigt sovevejr” - smiler. Har tænkt meget over sin “opgave” med at skrive om sig selv - ikke kommet i gang - det skal være perfekt. Gælder alle aktiviteter. Blev skuffet og vred over afslag fra personalet, om at følge ham til Roskilde. Tog selv af sted og klarede turen fint. Sejr. Tog toget til København, som før han blev syg havde avis med. Tænkte ikke på at smide sig ud foran toget. Tog linie 10 som tidligere - fuld af folk - læste avis. Følte sig både glad og ked af det - glad for billedet - ked af at han endnu ikke kan færdes som tidligere. Er ved at græde. (efter: Har det som beskrevet. Lidt smilende - grådlabil. Vil tage en hylekoncert på Afd. - i enrum.) | Før lytning transformerer C følelser af vrede og skuffelse til handling på praksisplanet med en vellykket udgang. Analogt hertil ses Cs aktivitet i session 15 (tilfredsstillende at hakke i muren) og 16 (går gennem tornekraat- endnu smukkere på den anden side). C genoplever tur med toget før han blev syg. Oplevelsen indebærer en bearbejdning og “realitetstestning”, idet en togtur for år tilbage udløste Cs krampetilstand som var begyndelsen til hans sygdomsforløb. Er i stand til at rumme ambivalente følelser og viser sygdomsindsigt. Han er også opmærksom på, at han ikke tænkte på at smide sig ud foran toget. Følger heller ikke guidningen denne gang, måske fordi han kun hører det første ord eller fordi togturen spontant kom frem. Bliver følelsesmæssigt berørt, tilsyneladende uden at blive alt for overvældet. Det er også muligt at en del af den triste følelse hidrører, at han skal holde op i gruppen - men dette nævner han ikke selv. Der ses en tydelig sammenhæng mellem temaet C er optaget af før lytningen og det er kommet op under lytningen. At han føler sig både glad og ked af det, ser jeg som en evne til at rumme ambivalente følelser (IIIc) | I b III c I c III b IV b |

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>29. Górecki: Symf.no.3, 2.sats <i>Historie ud fra det som fremkommer i dig under lytningen.</i></p> | <p>(før: Går meget godt. W/e O.K. I byen om aftenen med medpatienter. Plejer ellers at være angst bare for at gå på hospitalets område. Er begyndt at "pakke ting ned" efter "at have pakket sig selv ud" i terapien. Synes det er lidt pludseligt. Skriver om sig selv som tegneserie - er bevidst om elementer heri. Var en svane ved Fjorden. Blev fodret af Afdelingen. Fløj derefter hen over København og Amager (Barndomsområde). Det blev nat, så lysene fra byen. Fløj videre i retning af Bornholm. Landede der. Har det udmærket. (Tolker selv: Har mødt præst, mærkeligt. Fik tanker om livet efter døden efter sidste session, det var væmmeligt. Synes også at svanen er som bro til livet efter døden. Synes han ligner en svane lidt er stille og rolig - synes også at svanen er flot og stor.</p> | <p>C er begyndt at tolke mere åbenlyst selv. Taler om at "pakke sig selv ned" efter at have været "pakket ud" i terapiforløbet Synes han selv ligner en svane lidt - er stille og rolig - synes også at svanen er stor og flot, hvilket synes at reflektere narcissistisk bekræftelse. Vi ved at en svane også rummer aggressivitet, men det er ikke de sider ved en svane, C fremhæver. C modtager som svane føde (hjælp ?) fra afd. Dette kan ses i forhold til temaet om ikke at ville tage mod hjælp, og måske symbolsk forstået som at kunne tage noget positivt ind fra andre. C er bevidst om denne symbolske forståelse. Måske kan turen at flyve væk også ses i lyset af at han snart skal forlade gruppen, idet C er meget bevidst om dette. Udsagnet om en flyven mod døden, kan efter min opfattelse også forstås som nyorientering, og udvidelse af handlemuligheder. Cs identifikation med svanen indeholder både positive og negative træk.</p> | <p>II a III a IV a VIII</p> |
| <p>30. Dvorak: Serenade i E dur. <i>En park - bro - sø - med båd - hus på anden side</i></p> | <p>(før: Siger: Det er næstsidste gang. Svært at skulle slutte, har også sagt farvel til sin kontaktperson. Har fået tegnet sin tegneserie. "Væsenet" er færdigt. Er tilfreds, den er "perfekt". Vil gerne som emne i dag se på "det hele" en sidste gang. Siger også at der to ting, han ikke har kunnet tale om i gruppen. Genoplevede de væsentligste oplevelser under terapien. Cyklen på h. side, banankassen, muren han</p> | <p>C samling af væsentligste oplevelser fra forløbet virker som en integrerende faktor. Han er i stand til at trække de væsentligste oplevelser ud og dette efterlader et indtryk af større overblik på en mindre rigid og kontrollerende måde end tidligere. Jeg anser derfor oplevelsen som en samling/ strukturering af selvet. C tolker fortsat på billederne og er på den måde meget engageret i processen. Overblikket tyder på en øget egofunktion og selvtillid. C er også i stand til at forholde sig affektivt til det, at han skal slutte i gruppen., og er opmærksom på at sige farvel til mig, da jeg ikke deltager i hans sidste session.</p> | <p>I c II a + b III a IV a</p> |

| | | | |
|---|---|---|---------------------|
| | <p>hakker hul i (periode af hans liv), indianerteltet og katten, gravstedet, togturen m. avislæsning, flyveturen som svane.</p> <p>Undrer sig stadig over cyklen på h. side og katten.</p> <p>(efter: Er tilfreds - synes han er ved at bygge noget godt op. Siger farvel til mig, virker tilfreds, er samlet og fattet)</p> | | |
| <p>31. Beethovens 5.Pianokonc. 2. sats.⁶¹ <i>Havevandring – vej – blomster – afsked.</i></p> | <p>(før: Det går nok uden Torben smiler. Er ellers sur, fordi han skal starte på reva -center for tidligt efter hans mening. Får selvmordstanker af det, men virker samtidigt optimistisk. Er startet på keramikværkstedet.</p> <p>Oplever forældrenes have og deres kat. Det var godt nok. Savner dem.</p> <p>(efter: C - status over forløbet: Godt - men svært/hårdt at lukke op for de svære problemer. Synes det har været godt, har fået det bedre - bedre styr på tanker og problemer - fået dem i skuffer, som han kan tage ud og kigge på. På anden terapeuts spørgsmål om at det har været svært når jeg ikke var</p> | <p>C afslutter med et positivt ladet billede fra forældrenes have. Føler savn til forældrene. Savnet kan måske også ses ud fra guidningen om afsked og evt. også hidrøre afsked med gruppen.</p> <p>Indtryk: C virker mere sikker end tidligere, når han formulerer sig.</p> <p>Svar på spm. om min tilstedeværelse, forstår jeg således at C måske er blevet en smule mindre dependent. Dette synes også at vise sig i andre situationer. F.eks. tør han tage flere udfordringer op. I session 30 at han tager i byen alene, og i nærværende session lader han sig ikke slå ud af, at han før beregnet skal starte i reva-centeret. Er også begyndt på keramikværkstedet. (Ic). Er blevet mere robust.</p> <p>Reflekterer over forløbet (II a)</p> | <p>I c II a</p> |

⁶¹ Undtagelser til at vælge musikken lige før lytningen, har været når jeg har været fraværende. I disse tilfælde er musikken valgt på forhånd.

| | | | |
|--|---|--|--|
| | tilstede tidligere, svarede C at han syntes det ikke var så slemt nu, som tidligere.) | | |
|--|---|--|--|

Analysemodel – restituerende faktorer, vertikal analyse

I: Kognitive aspekter/indsigt

Selverkendelse:

- 1 (stort tab at miste venner)
- 3 (angst for andre mennesker, f.eks. dem i gruppen)
- 9 (angst for noget nyt)
- 14 (nød til at være noget mere åben)
- 15 (angst for at sige, hvad der dybest set rører ham)
- 16 (har bearbejdet tunge tanker)
- 18 (erkender at han har brug for hjælp)
- 25 (presser sig selv for hårdt).

Aktiv indsats/bestræbelse på at løse problemer:

- 6 (konfrontation med "døden")
- 15 (hakke mod muren)
- 16 (går gennem torne)
- 21 (tænker ikke så meget, springer mere ud i det)
- 25 (beslutning om at tale om problem fra barndommen)
- 28 (tog selv af sted til byen, klarede turen fint)

Oplevelse af samling eller strukturering af selvet / Egostyrkelse:

- 18 (integrerer oplevelsen fra kirkegården)
- 19 (fornemmelse af heling, nedskrevet materiale om sig selv)
- 22 (glimtvis vrede medfører større nærvær)
- 28 (ingen selvmordstanker, transformerer angst til adækvat handling)
- 30 (strukturierer, bygger op) 31 (styr på tankerne)
- 31 (er sur, men lader sig ikke slå ud)

II. Refleksioner

- i forhold til aktuel selvoplevelse:

- 2 (underligt hvad musik kan bringe op)
- 3 (cykel på h. side)
- 4 (hvad synes de andre i gruppen om ham, når han fortæller om selvmordstankerne)
- 6 (tanker fra sidste session)

- 9, 10 (kassen som billede på hans situation)
- 14 (må være mere åben for at få hjælp)
- 16 (tænker tit på billederne fra MT - er nu ude af banankassen)
- 16 (kan betale sig at gå gennem tjørnekvættet)
- 16 (tisse op af træet er en manddomshandling)
- 18 (reflekterer over kassen)
- 19 (svært at tænke på de sidste fire år)
- 21 (tænker ikke så meget - springer mere ud i det)
- 22 (to modsætninger)
- 26 (beslutning om at leve)
- 29 (ham som svane)
- 30, 31 (genoplever situationer fra terapien).

- i forhold til personlig historisk baggrund:

- 5 (rolle som roligt barn, der altid havde overblik)
- 12 (mærker følelse af lethed i kroppen som han har været uden kontakt med i lang tid)
- 19 (aldrig talt om følelser i familien)
- 25 (problem siden barndom)
- 30, 31 (genoplever situationer fra terapien).

III: Emotionelle aspekter

Følelser knyttet til håb om bedring:

- 10 (brikkerne passer)
- 13 (følelse af bedring - skriver brev herom)
- 15 (godt at få formuleret sine problemer og få oplevelser under lytningen)
- 16 (mere mod på livet)
- 18 (smiler og ler under fortællingen)
- 19 (samtale med niece)
- 26 (terapien hjælper)
- 30 (bygger op og strukturerer)
- 31 (styr på tankerne)

Andre signifikante følelser og følelsesmæssige skift:

- 1 (positiv genoplevelse/venner)
- 2 (positiv genoplevelse/fader)
- 2 (ubehag ved fundet af en død mand)
- 7, 13,22 (positiv genoplevelse/bedsteforældre)

- 11 (sørgmodighed)
- 12 (positiv genoplevelse/ fri i kroppen)
- 16 (skønhed i park)
- 17 (angst og berørthed på kirkegård)
- 19 (bliver næsten overvældet)
- 22 (tryghed og angst)
- 28 (er ved at græde)

Evne til at rumme ambivalens:

- 26 (nuancerede følelser ift. familien)
- 28 (både glad og ked af det)

IV. Interpersonelle aspekter

Specifik interpersonel input eller interaktion:

- 1 (venner),
- 2 (fader)
- 3 (angst for de andre i gruppen)
- 4 (hvad synes de andre i gruppen om ham, når han fortæller om selvmordstanker) 5 (rolle som stille barn i familien)
- 7, 31 (forhold til musikterapeuten)
- 7 (angst for at miste faderen)
- 7,13,21,22 (bedsteforældre)
- (8),9,10 (gruppen)
- 8,12,19,23 (forældre (familien) og i 23 også lillesøster)
- 14 (åben/lukkethed overfor andre mennesker)
- 15 (lidt mere tillid til gruppen)
- 18 (viser nedskrevet materiale om selvmord til personalet)
- 19 (niece og positivt forhold til søster)
- 20 (pige fra gruppen)
- 20, 23 (to fra gruppen adskilt fra dem)
- 24 (brudevals m. pige)
- 26 (svigtet af familien, der ikke besøger ham)
- 27 (forhold til kontaktperson)
- 29 (i byen med medpatienter)
- 29 (mad fra afdelingen - som svane)
- 30 (afsked med mig og gruppen og kontaktperson)
- 31 (forhold til forældre, mig + evt. gruppen)

Aggressionsforvaltning (herunder selvmordstanker):

- 3 (sort skov)
- 4 (selvmordstanker - flugt for undersøgelse)
- 5 (bidt af hund i forestillet billede)
- 6 (møde med "døden")
- 11 (selvmordstanker)
- 15 (kamp mod mur)
- 16 (går gennem torne)
- 17 (på kirkegård)
- 18 (høvding - kontrol)
- 19 (kritiserer forældre)
- 20 (frygt for at rumme et uhyre)
- 22 (på kirkegård)
- 23 (adskillelse fra gruppen - angst for at dø)
- 26 ("for og imod døden")
- 27 (vred på kontaktperson p.gr.a. opgave)
- 28 (vred og skuffet over personalet)
- 28 (togtur - ingen tanker om selvmord)

V: Forsvarsorienterede aspekter:

Dannelse af "safe containers"/ "tænke- og beskyttelsesrum":

- 7, 13, 22 (bedsteforældrenes have)
- 8,9,10, 16 (kassen)
- 18 (høvding)
- 25 (på bjergtop - rum til eftertanke og beslutning)

Evne til at danne relevante (adækvate) forsvarsmanøvrer:

- 2 (åbner øjnene for at orientere sig)
- 2 (nøjes med at annoncerer et problem om et selvmordsbillede)
- 24 (brudevals med forestillet pige)
- 28 (forestiller sig at genopleve togtur i svær periode)

VI: Billeder relateret til kerneproblemer :

- 1 (mistede venner/isolation)
- 9 (angst for nyt/isolation)
- 14 (åben/lukket overfor andre)

- 17 (angst på kirkegården)
- 22, 23 (modsætninger)
- 26 (selvmordsovervejelser)

VII: Billeder som giver historisk sammenhæng eller indblik:

- 2 (på jagt med fader)
- 7,13,21,22 (bedsteforældrenes have)
- 19 (aldrig talt om følelser i familien)
- 23 (med mor og far på Amager Fælled)
- 25 (problem siden barndom)

VIII: Metaforer og symboler

a. metaforer:

- 6 (samtale med "døden")
- 10 (kroppen som puslespil)
- 12 (kropslig lethed "pakket ned"
- 15 (murstensmuren som forhindring i livet)
- 17 (scenen på kirkegården)
- 18 (C som høvding)
- 23 (brudevals med forestillet pige)
- 27 ("trængt op i en krog")
- 29 (pt. som svane)
- 29 (pakker ting/sig selv ind/ned)

b. transformation:

- 8,9,10,16 (banankassens "udvikling")
- 6 (døden fra hund til personsikkelse)
- 16 (tornebusk som forhindring i livet, smukkere på den anden side - forholdet mellem siderne)

Musikreferencer

eksplicit:

- 2 (underligt hvad musik kan sætte i gang)
- 14 (musikken siger ham ikke noget)
- 17 (musikken er sørgelig)

implicit:

- 24 (så på folkedansere - dansede brudevals)

29 (fløj over København som svane, musikken som hjælp hertil ?)

Billedernes fremtrædelsesform:

I narrative sekvenser:

2, 3, 5, 6, 8-10, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 24, 25, 28, 29,

En eller flere "enkeltstående" hændelser:

1, 4, 7, 11, 12, 13, 14, 21, 22, 26, 27, 30, 31

Horisontal Analyse

Horisontal analyse udfra restituerende faktorer i den enkelte session, patientens mål for terapien og baggrundsviden fra anamnese:

I kategorien indsigt har jeg placeret Cs udsagn i session 3 om, at han føler angst for andre mennesker. Dette har medført et stort tab af venner, hvilket han erkender som et problem. Allerede i første session og senere i session (9) taler han om angst for noget nyt og fortæller, at det også aktuelt gælder kontakt med de andre i gruppen. Ved hjælp af den forestillede kasse, C kravler ind i, belyses denne problemstilling, og forestillingen om kassen bruges som ramme for en dialog om Cs problematik. Det mentale billede bliver således en metaforisk konfiguration, som skaber distance mellem C selv og hans billede. En distance som måske gør det lettere for C at forholde sig til kontaktproblematikken. "Kassemetaforen" er en "safe container"/beskyttelsesrum - et indre overgangsobjekt og samtidig konkret ramme - som i session 8,9,10 har terapeutisk betydning, når kassen anskues som evne til at danne symbolsk forsvar, - som herefter undergår en forandring, hvilket illustrerer en forandring i Cs forholden sig til de andre i gruppen. C signalerer, at han gerne vil have mere kontakt med de andre i gruppen, og at han er rede til at indgå i et mere nuanceret forhold. Temaet foregår og gennemleves på et regressivt legende niveau, hvilket måske "tillader" C at bearbejde problemet i modsætningen imellem isolation og åbenhed. I samme legende "rum" kan også henregnes Cs "flirten" med pigen fra gruppen i session 21 og brudevalsen i session 24. I session 16 fortæller C, at han nu er ude af banankassen, udfra hvilket jeg anskuer, at han nu er bedre rustet til at tage mere direkte kontakt med andre mennesker uden "banankassens beskyttelse". Session 15 og 16 handler om, at C aktivt forsøger at

løse problemer, som opstår eller er tilstede i hans forestillingsrække. Man kan hertil sige, at han på det metaforiske plan "tager kampen op" i stedet for at undgå konfrontation eller opgive. Dette gentager sig i den reale verden i session 28, hvor C vover at tage til byen alene, efter personalet har afvist at tage med ham. I slutfasen af terapien er der flere eksempler, som jeg mener tyder på øget strukturering af selvet. I nævnte session 28 forestiller C sig, at han genoplever den traumatiske togtur eller en togtur, som medførte, at han oprindeligt fik kropsgener - som senere viste sig at være sammenfaldende med selvmordstanker. Jeg anser denne forestillede genopleven af togturen som led i en bearbejdning af den oprindelige traumatiske oplevelse. Ved afslutningen af terapiforløbet fortæller C, at han har fået det bedre. Han har fået mere styr på sine tanker, og føler han er ved at bygge noget godt op. Dette synes jeg afspejles, i den strukturerede form, hvori C beskriver genoplevelsen af de vigtigste øjeblikke i terapiforløbet i session 30.

Der er flere eksempler på refleksion, både i forhold til nutid og fortid.

Cs første refleksion er at: *det er underligt, hvad musik kan bringe op*. Hermed viser han tydeligt et engagement - en nysgerrighed overfor den terapeutiske proces. I session 3 går han med sin mountainbike på højre side i stedet for venstre, som han altid plejede at gøre. C er uforstående overfor fænomenet, og tænker om det har noget at gøre med at: *tage skeen i den anden hånd*. Noget nyt er blevet muligt, og billedet med cyklen er en metafor herfor. Jeg tænker, at C er et udpræget vanemenneske, der - som han selv har udtalt - har stort behov for tryghed og kontrol. Den spontane billeddannelse åbner mulighed for at bryde med de tilsyneladende meget fastlagte vanemønstre.

I session (29) oplever C sig selv som svane, og C fortæller, at han kan se flere lighedstegn mellem ham selv og en svane. Et væsentligt punkt synes at være, at C som svane modtager mad fra afdelingen, han er indlagt på. I forhold til Cs udsagn om tidligere paranoid tilstand som beskrevet i anamnesen, hvor han for et par år siden troede alt mad, man gav ham var forgiftet, synes der her at være sket en væsentlig ændring. Forstås mad også som symbol på næring/hjælp kan sekvensen også oversættes til, at C har mere tillid og er i stand til at tage imod næring/hjælp. På det emotionelle plan har C flere oplevelser, jeg har benævnt håb om bedring og positive genoplevelser. Jeg mener, at oplevelser af denne karakter er af væsentlig betydning, når patientens udtalte problem er isolation, knyttet til en udtalt depressiv selvopfattelse. Oplevelser der tyder på eller direkte indeholder udtalelser

om bedring er ofte af kurativ værdi, men det, at kunne huske at tingene har været bedre, kan også være af væsentlig terapeutisk værdi og give et håb for fremtiden. Som det fremgår har C været i kontakt med følelser af forskellig karakter og har således været i stand til at involvere sig emotionelt, hvilket er en forudsætning for bedring. Desuden er evnen til at rumme ambivalente følelser, som det ses i session (28) ofte af stor betydning som helende faktor for patienter der oplever sig selv depressivt og meget opdelt f.eks. som C har gjort det når han omtalte sig selv som delt i to halvdele. (Den "gode" og den "onde")

Med hensyn til interpersonelle relationer, er de familiemæssige relationer præget af positive genoplevelser fra barndommen, der dog på den anden side også har et idylliserende skær. Den væsentligste oplevelse synes at være i session 19, hvor C har kontakt med sin niece og både bliver følelsesmæssigt berørt og samtidig reflekterer og tænker at: *vi har aldrig snakket om følelser i vores familie*. Udsagnet står i kontrast til de meget idylliske øjeblikke, C kommer i kontakt med i de tidligere sessioner. I session (26) synes C at give udtryk for et mindre polariseret billede af forældrene.

Forholdet til det andet køn opleves kun i 2 sessioner, men ønsketækningssekvensen om at danse brudevals, og fantasien om "den let påklædte pige fra gruppen" skal ses i forhold til Cs udsagn om, at han ikke har haft noget egentligt forhold til en kvinde på daværende tidspunkt. Udsagnene fortæller klart om Cs måske ellers skjulte forhåbninger. De øvrige udsagn omhandler gruppen og Afdelingen på hospitalet. I session (23) anslås et væsentligt tema om adskilthed fra gruppen. Heri ses, at gruppen på dette tidspunkt har væsentlig betydning for C, og at dette forhold har gennemgået en udvikling i løbet af terapien fra den verbaliserede etablering som nævnt i session (8), (9),(10). ("kassemetaforen")

Kategorien aggressionsforvaltning/selv mordstanker synes jeg indeholder en mængde udsagn, som angiver at C forsøger - bevidst eller ubevidst at få hold på ubearbejdede aggressive impulser. Idet jeg går ud fra, at de kræfter som ses indeni C - f.eks. "døden" - er sider af C selv, synes den gennemgående tråd i temaet om aggressionsforvaltning at være forsøg på skiftevis at udtrykke og styre aggressive impulser. En signifikant situation er 6. session i mødet med døden, hvor C konfronterer sig med disse kræfter i sig selv. Han får tilsyneladende kontrol over "døden" idet denne "smuldrer". Dette giver C livstro - men det at få døden til at "smuldre" kan også forstås som et omnipotent forsvar - en total kontrol - ligesom

“høvdingebilledet” session 18, og at han kan opdrage en kat som en hund i ses. (21). Her skal det dog fremhæves, at han udtaler, at han er klar over, at det er fantasi - altså at han er bevidst om fantasiindholdet - hvorved oplevelsen får karakter af bevidst leg, og hermed frigøres andre positive kræfter. Overskriften “selvmordstanker” viser sig i ((3)), (4), (5), (6), (17), ((18)), (22), (23), (26), ((27)), (28). Der er altså en del sessioner som omhandler aggressionstemaet. Dødstemaet vender signifikant tilbage i session (17) på en helt uventet vis, som synes at åbne for nye lag i C. Besøget på kirkegården hvor C ved at “feje på kirkegården”, afdækker sin egen grav. Han ser på sin egen grav og konfronteres derved på et symbolsk plan med fuldbyrdelsen af de selvmordstanker og aggressionsimpulser, han flere gange har fortalt, han rummer. Men han bliver også hermed måske også stillet overfor spørgsmålet om det virkeligt er det, han vil, og måske også delvist bevidst om andre (selv)morderiske fantasier han huser, evt også i forhold til andre nære familiemedlemmer (moderen?). Paradoksalt får denne oplevelse C til at nedskrive en masse om sig selv “lige fra hjertet”, og at berette om dette materiale til personalet. Denne proces kan beskrives som omsættelse af angst til aktiv handling. I session (22), hvor musikken er den samme som i session (17), overvældes C ikke af musikken, selvom han oplever, at musikken bliver mindre sørgelig. Dette kan måske tolkes som, at han har fået mere kontrol over de impulser, der opstår i ham fra denne musik, men det er også tænkeligt at han bare har været mindre disponeret eller i andet humør den efterfølgende session. I session (25) danner C, det jeg har valgt at benævne som et “tænkerum” - en “safe container” - hvor han kan reflektere over sin situation siddende på en sikker bjergtop. Her nævner han, at han har haft et problem siden han var 9 år gammel, men han fortæller dog ikke gruppen/terapeuterne indholdet af dette problem. Heri ser jeg (igen) et kontrolaspekt hos C. Han løfter kun fligen en smule og annoncerer sit problem men vil ikke/er ikke parat til at bearbejde det i gruppen. Med hensyn til dannelse af relevante forsvarsmanøvrer ser jeg som nævnt “kassen i session (8),(9) og (10) som en “safe container”, og også C’s høvdingestatus i session 18 synes at denne kvalitet. I session (25) finder C et sted, hvor han kan tænke sin situation igennem, og dette har jeg benævnt et “tænkerum”. Jeg anser “safe containers” og “tænkerum” som en slags indre overgangsobjekter, og det at C skaber disse indre rum er tegn på bedring, idet han ellers ville være isoleret i et kaos af udifferentierede tanker og forestillinger. Disse indre afgrænsede rum er

medvirkende til at skabe orden i kaos for en tid.

Billeder af kerneproblemer er væsentlige i min forståelse af patienten. I anamnesen nævner C, at han før overflytningen til SHH i 1996 følte sig som delt i en hvid og en sort del. Denne delthed forstår jeg som en metafor tæt knyttet til kroppen. Denne delthed af kroppen får i terapiforløbet flere aspekter og bliver bragt ind i et mere nuanceret psykologisk univers, hvilket gør problematikken lettere at forstå og dermed øger mulighed for bearbejdning. F. eks. udtrykker C i session (23) en delthed mellem tryghed i bedsteforældrenes have (det gode) og de uhyggelige oplevelser på kirkegården (det onde), og i en anden session i sidste del af forløbet en delthed, hvor han og familien var på den ene side (af grøften), og gruppen på den anden side. Gruppen vinker til ham, men han er angst for at han skal dø. Denne sekvens kunne tænkes at omhandle en konflikt, som C rummer mellem tryghed (barndommen) og mødet med andre mennesker (her gruppen) (ungdom/voksenlivet.), men det kunne også tænkes, at billedsekvensen udtrykker Cs angst for at skulle forlade gruppen.

Billeder af historisk karakter er også væsentlige fordi de giver indsigt i patientens baggrund. Indholdet af kategorien er omtalt under refleksioner og interpersonelle forhold.

Endelig er der kategorien om metaforer og transformation af specifikke billeder. Her kan som eksempel nævnes hunden i session 6, der forsvinder når døden kommer, hvilket får mig til at tro, at hunden (og dens aggressivitet) transformeres til personificeringen af døden. En anden interessant metafor er kroppen som puslespil idet C "kan mærke når brikkerne passer". Metaforen er interessant i forhold til Cs udsagn om kropslig delthed under tidligere indlæggelse. Desuden ser jeg Cs opdragelse af katten som hund, som en betydningsfuld metafor, idet denne metafor kan tænkes at fortælle noget om Cs evne til sublimering/leg.

I Cs fortællestil ser jeg en overvægt af narrative sekvenser, som giver oplevelserne sammenhæng over tid: At oplevelserne er enkeltstående behøver dog ikke at betyde at enkeltstående hændelser ("bevidsthedsstrømme") ikke kan være af ligeså stor betydning som de narrative sekvenser, men det kan være væsentligt at iagttage, om patienten overhovedet er i stand til at danne sammenhængende billedrækker af narrativ karakter, idet dette peger på en indre psykisk sammenhæng i bevidstheden.

Hos C ses en vis overvægt af narrative sekvenser i sidste halvdel af terapien.

Referencer til musikken.

C har kun få direkte referencer til musikken. Den mest markante reference er i session (7), hvor forbindelsen mellem musikken og Cs oplevelse på kirkegården synes at være meget tæt forbundet. Sessionen var ifølge C en af oplevelser, der gjorde størst indtryk på ham i forløbet, og efter min mening den session, som skabte den største forandring både i tanke og i handling. C startede f.eks. med at løbe igen regelmæssigt efter denne oplevelse, og samtidig at fortælle meget om sig selv "lige fra hjertet", hvilket satte en bearbejdningsproces i gang som rakte langt tilbage og trak nye spor i Cs historie.

Musikken i denne session var Bachs "Komm süsßer Tod " som, alene i kraft af sit tempo i adagio og drevne melodi, hos de fleste vil vække følelser i det melankolske spektrum. Trods den dystre titel, opleves stykket af mange også som fyldt med skønhed og omsorg. (Se også afsnit om musikkens rolle).

Analyse ift. den interview baserede undersøgelse.

GAF undersøgelsen (metode 1/A):

GAF værdien er steget fra 37 til 41, hvilket tyder på en bedring.

Spørgeskema (metode 1/B):

I besvarelsen af spørgeskemaet, har C vægtet spørgsmål relateret til følelser højt. Spm. 5 . "At lære at give udtryk for mine følelser" (score 5) og spørgsmål 22: " Det at jeg lærte i højere grad at blive opmærksom på mine følelser " (score 5) samt spm. 3 "At blive i stand til at tale om ting, som det ikke er let at tale om med andre mennesker" (score 4).

Aspekter som har med problemløsning at gøre er ligeledes vægtet højt. F.eks. er spm. 9 "At få taget hul på problemerne" og spm. 15 "det at få "taget hul" på problemerne" begge scoret højeste værdi og spm. 2 "At opnå bedre forståelse af mine problemer" er scoret til 4. Desuden synes C at have fået ny indsigt, idet han har vægtet spm. 18 "At blive bevidst om sider ved mig selv, som jeg ikke tidligere har været opmærksom på" med højeste score på 5.

Derimod synes spm. som har med overføring at gøre ikke at have haft en større betydning (spm. 11 og 13)

Endelig er spm. 26 samt 29, og 30 som har med musiklytningsaspektet at gøre vægtet højt med en score på 4.

På spm. 27 "om musikken har været skræmmende" har C scoret 3 ("noget") hvilket kunne tyde på, at C åbenbart har haft visse oplevelser, hvor musikken har virket som katalysator for stærke emotionelle tilstande. Dette kunne eventuelt tænkes bl.a. at være "besøget på kirkegården" i session 17.

Metode 1/C: (kortundersøgelse og 5 supplerende spm.)

Kort med på tegnede følelser og kvaliteter ved billeddannelsen:

Som besvarelse har C valgt følelserne: ro, tryghed, harmoni og glæde i nævnte rækkefølge som de mest fremtrædende under musiklytningen. Det er udelukkende følelser i et positivt spektrum som C synes har været mest fremtrædende, og dette synes jeg, harmonerer med hans udtalelser til slut i forløbet, hvor han giver tydeligt udtryk for, at terapiforløbet har været meget tilfredsstillende for ham. Med hensyn til fremtrædende aspekter i billeddannelsen er følgende valgt:

Sammenhængsskabende, forløsende, indsigtsgivende, spændende, tryghedsskabende, overraskende og hårdt i nævnte prioriterede rækkefølge.

Svarene på dette spørgsmål er ligeledes meget positive, og jeg hæfter mig ved, at C som første prioritet har valgt "sammenhængsskabende", idet dette aspekt er helt centralt for skizofrene og skizotypiske patienter.

5 supplerende spørgsmål:

A: Andre ting som har haft positiv betydning i terapien ?

Sv: Det at være flere samlet under terapien. At høre om andres liv. Regelmæssigt samvær.

B: Nogle ting som du har savnet i din psykoterapi ?

Sv: Der er nogle ting patienten ikke turde tale om

C: Hvilke konkrete begivenheder eller oplevelser i musikterapien som har gjort størst indtryk på dig ?

Sv: Har flere gange set en kat under musiklytningen. Oplevede under musiklytning at se

sit gravsted med en sten med dato på. Under musiklytning oplevet at gå fra en pæn have, kæmpet sig vej igennem et tornet buskads til et sted, der var endnu pænere.

D: Hvilke konkrete begivenheder eller oplevelser i musikterapien har du haft mest gavn af ?

Sv. Oplevede under musiklytningen, at han sad i en bus og læste (som han tidligere havde kunnet). Kom til at græde af glæde over oplevelsen.

E: Yderligere kommentarer ?

Sv: Oplevede terapien som spændende, men også farlig. Føler ikke der helt blev taget hensyn til det farlige i begyndelsen.

Af besvarelsen fremgår det, at C har værdsat gruppesettingen og de fastlagte tider. Dette understøtter strategien om at vægte forudsigelige rammer for terapiforløbet og sessionsstrukturen højt. C nævner også, at der har været ting, han ikke har kunnet tale om i gruppen, hvilket ofte vil være tilfældet i en gruppeterapi. Desuden fortæller C, at han husker forskellige situationer under musiklytningen, som har gjort stort indtryk på ham. Disse billeder har jeg beskæftiget mig med i min analysemodel, og vil derfor ikke uddybe dette yderligere, men det er positivt og tankevækkende, at C husker billederne tydeligt også efter forløbet. Endelig nævner C, at han ikke synes, der blev taget hånd om det "farlige" i terapien i begyndelsen, hvilket er et klart budskab til terapeuterne, og noget som er væsentligt og gavnligt at få oplysning om og forholde sig til som terapeut. Det kritiske udsagn giver information om forholdet - (herunder overføring) mellem patienten og terapeuterne.

Konklusion:

C synes på flere punkter at have opnået en bedring i løbet af den periode, han deltog i musikterapien. Klinisk er hans klager over fysiske gener faktisk ophørt, og hans tanker om selvmord væsentligt aftaget. Dette kunne tyde på en væsentlig psykosomatisk komponent i symptomdannelsen. Som det fremgår af datamaterialet, har C fået bedre styr på sine tanker, og har integreret idylliske, omnipotente, aggressive og angstfyldte sider, hvilket bl.a. ses afbildet i organisationen af materialet fra session 30.

Adfærdsmæssigt fremtræder C mere selvsikkert og virker mindre garderet. I forløbet har C tilladt sig at blive følelsesmæssigt berørt og har arbejdet med gennemgående temaer, såsom aggressionsforvaltning, herunder selvmordstanker. Det oplevede materiale under musiklytningen har fungeret som platform for yderligere bearbejdning. Et tema om forholdet til familien og andre mennesker, herunder gruppen, er blevet belyst, og C har fået bearbejdet sin angst for andre mennesker i gruppesammenhængen.

Kapitel 8 - Case nr. 4, pt. P

Anamnese:

Dispositioner:

Ingen kendte

Tidl. psykisk behandling:

Har i en perioder på ca. 6 mdr. gået til psykolog samtaler i Århus. Har op til aktuelle indlæggelse haft forbindelse til distriktpsikiatrisk center og blev der behandlet med Dogmatil, men synes ikke at det hjalp. Ophørte ligeledes med psykologsamtalerne, fordi han ønskede at klare sig selv.

Tidligere somatisk:

Har haft kranietraume som barn, blev undersøgt på sygehus, og har ingen men. Aktuelt somatisk er der intet at bemærke. P er sund og rask. Intet misbrug. Har enkelte gange eksperimenteret med LSD og en enkelt gang med Metadon, lidt hyppigere med hash, men har aldrig haft noget fast forbrug, intet aktuelt forbrug af nogle stoffer.

Social baggrund/opvækst:

Pt. er født og opvokset i omegnen af Århus. Moderen er lærer, faderen ingeniør. P har en 3 år ældre søster. Han har et godt forhold til søsteren, og som voksen har han set en del til hende, mens forholdet til forældrene har været mere skiftende. P beskriver, at han har savnet støtte fra sine forældre gennem hele sin opvækst. Han tænker i dag,⁶² at de problemer han havde i skolen, ville han nemmere have kunnet klare, hvis ikke forældrene kategorisk havde været lukkede overfor at tale mere indgående med ham. P fortæller, at han blev drillet op igennem skoletiden, og at det næsten altid var forældrene, der bestemte, hvad han skulle. Som eksempel nævner han, at kort tid før skolestart i 5.-6 klasse, fortalte forældrene ham pludselig, at han skulle skifte skole, selvom han på det tidspunkt med stort besvær havde opnået en vis tryghed overfor sine tidligere kammerater.

Dette gentog sig, da P skulle i gymnasiet, hvor han siger, at forældrene stort set var enerådende over, hvor han skulle gå. Dette har i følge P betydet at P i perioden

⁶² Ved forsamtale til musikterapigruppen 27 juni 1996

1991 - 1996 har haft meget lidt kontakt til familien, fordi han får det dårligt under samvær med dem - især moderen.

Efter studentereksamen havde P svært ved at beslutte sig for et job eller en uddannelse, og han har haft mange skiftende beskæftigelser i begyndelsen af 20 års alderen. Dette medførte, at han også boede mange forskellige steder og havde svært ved at falde til ro. Han indlogerede sig altid på lejede værelser, men blev træt af dette, synes ikke at han havde privatliv og handlefrihed nok. Mener han har flyttet 25 gange, siden han flyttede hjemmefra. Havde i en periode en kæreste mens han boede i Randers.

Indlæggelse:

P blev første gang som 28-årig indlagt på SHH i begyndelsen af marts 1990, henvist fra KH pga. klager over initiativløshed og håbløshedsfølelse og angstagtige fænomener. Han synes folk i bussen pludselig alle sammen så på ham, hvorefter han fik lyst til at stå af. P beskrives på daværende tidspunkt som stille og venlig, forsigtig. Får angstagtige anfald og rødmer under indlæggelsessamtalen flere, gange, men fremkommer ikke med direkte vrangforestillinger, og virker ikke hallucineret. Pt. ønsker under indlæggelsen hjælp til at søge pension, at finde frem til den rigtige medicin og dosis og få hjælp til at finde egen lejlighed. P fortæller, at han hører stemmer, som mest minder ham om forældrenes, men stemmerne generer ham ikke. Han fortæller også, at det er svært for ham at være sammen med andre mennesker og dermed at arbejde. Han synes at andre mennesker er meget påtrængende, driller ham, og at han ikke kan sige fra overfor dette. Mener selv, at han er meget følsom. Siger at det har han altid været, lige siden han gik i børnehave. Mener også at han altid har været ensom, og nævner at han ingen venner havde i skolen. For øjeblikket spekulerer han en del over fremtiden, hvor han skal bo, om han skal arbejde, helst vil han på pension, for så undgår han alle problemerne med andre mennesker. P's symptomer har stort set været uændret i 5 år, siden han første gang oplevede at høre stemmer efter indtagelse af hash. Måske er stemmerne dog dæmpet noget lige her på det sidste, hvor han er begyndt at få medicin, men det er han nu ikke helt sikker på. P har svært ved at foretage sig noget. Så snart han har gjort noget, kommer han i tvivl, om det nu er det rigtige, han har gjort, eller det evt. er helt forkert. Han foretrækker da helt at afholde sig fra at gøre noget i det hele taget, isolerer sig, og bryder sig heller ikke om at tale med

andre mennesker.

Efter 1. indlæggelse for 6 år siden flyttede P som noget nyt i bofællesskab, hvor han boede ca. 2 år og havde en udmærket tid der, men derefter ville han prøve egen bolig, hvor han blev angst og følte paranoia. Han hørte stemmer til en vis grad, og blev meget angst for forældrene, idet det overvejende var deres stemmer, han hørte i en kommanderende tone. Dette tog efterhånden magten fra ham og han isolerede sig gradvist. Endte med at blive tvangsindlagt i februar 1996, hvor han gik rundt i et supermarked om natten i psykotisk tilstand og ikke havde taget medicin i flere år.

Aktuel indlæggelse

I foråret 1996 bliver P overflyttet til miljøterapeutisk afdeling på SHH og i slutningen af juni henvist til musikterapigruppen på baggrund af flere års isolationstendens med henblik på bedring af kontaktforholdet til andre mennesker. Målet er, at han i gruppesammenhæng vil kunne få mulighed for at komme i kontakt med andre jævnaldrende og ligeledes blive mere fortrolig med det at fortælle om sig selv, hvilket han kun sparsomt har gjort tidligere i livet.

Ved forsamlingen fortæller P, at han ikke har set sine forældre eller sin søster de sidste par år. Han kunne nok have lyst til at se sin søster, men synes dette er vanskeligt i relation til forældrene. Han føler sig fortsat nært knyttet til søsteren, men er ikke sikker på, om han vil genoptage kontakten på nuværende tidspunkt. De sidste mange gange pt. har været sammen med sin familie, har han fået det dårligere, specielt i samværet med moderen synes han, det er vanskeligt. Han føler sig latterliggjort og udstillet, specielt i relation til andre familiemedlemmer. P er afvisende overfor familiesamtaler.

P beskriver, at han er blevet bedre til at fortælle om sig selv, og han er faldet godt til på den miljøterapeutiske afdeling. Han er lidt usikker på at starte i gruppe, fordi han føler sig meget genert og flov over sin situation, men er alligevel motiveret ud fra ønsket om at kunne fortælle mere om sig selv og få et bedre forhold til andre jævnaldrende. Han beskriver også en vedvarende uforløst problematik i forholdet til forældrene. F.eks. har han i en lang periode ikke villet modtage gaver af dem, og hvis han alligevel modtog en gave, så har han straks smidt den væk igen. Han ser dette som et oprør mod den materielle fiksering, han oplever hos forældrene. Han beskriver dem som værende meget lidt varme overfor ham, hvorimod søsteren efter

P's opfattelse har fået langt mere støtte i det hele taget. P.t. ser han det næsten som en befrielse at have så lidt med forældrene at gøre, og han er opsat på at klare sig selv i vid udstrækning. Han kan godt virke noget trist og opgivende, men er alligevel glad for de små fremskridt han har gjort på afdelingen og vil efter nærmere overvejelser gerne deltage i musikterapigruppen.

Musikterapiprojekt. Pt. Nr. 5 – pt. P

Alle oplevelser under musiklytning, i alt: 25 sessioner 7/8 1996 - 6/3 1997

Formulerede mål: Vil gerne øve sig i at være i en gruppe, turde sige noget, have kontakt med de andre.

Kerneproblem: ensomhed, isolation. Kan have selvmordstanker og være humørsvingende.

| Musik/guidning | patientens oplevelse | mine kommentarer | kategori |
|--|---|---|--|
| <p>1. Beethoven, Klaverkoncert no. 5, 2.sats <i>Havevandring – hvad er der i haven – havens størrelse – stemning</i></p> | <p>(før: Kerneproblem: ensomhed, isolation. Vil øve sig i at være i en gruppe: turde sige noget, have kontakt med andre.) Følelse af opgiveness. Snæver have med høje hække. Den udvidede sig , havde en sø, blev smukkere. Blev mere eftertænksom, gik ind i et lysthus for at tænke over tilværelsen, følte håb. (efter: Virker lettet over at være i stand til at følge guidning og musik. Omtaler a han også kan have selvmordstanker og være humørsvingende som anden pt. i gruppen har talt om.)</p> | <p>P bevæger sig fra en følelse af opgiveness til en følelse af håb. (IIIa+c) P finder et sted et tænkerum (lysthuset), hvor han kan tænke sin situation igennem. (Va, IIb) Er glad for at der dukker billeder op. Omtaler fælles problemstilling med anden pt. (IVa, VI)</p> | <p>II a III a III c IV a V a VI Musik ref. eksplicit</p> |
| <p>2. Anjali gruppen #3 <i>Sti der kommer med musikken, forhindring der passerer/ få hjælp til passagen</i></p> | <p>(før: Har det meget godt. Har planer om bofællesskab, svært at være alene. Er optaget af medicinskift) Rart, åbent landskab med spredt bevoksning. Forhindringen var en mur. Fornemmelse af mennesker der hjalp ham over. Tænkte at det var rart, spontant - ikke at være isoleret, føler hjælp fra hospitalet. På den anden side mere bart og noget skov, det symboliserer udskrivelse/noget uvist. (efter: Siger mere tydeligt at han føler sig noget tom for tiden, tænker ikke så meget. Det var derfor rart med hjælpen, selvom</p> | <p>P føler sig hjulpet af andre og selvom fremtiden er uvis, skinner en positiv tro på at det nok skal gå igennem. (IIb,IVa) P tolker umiddelbart på billedernes symbol betydning for ham: Skoven og det mere bare på den anden side symboliserer udskrivelse - uvished om fremtiden. Muren kan ses som metafor for problemer i livet. (VIII)</p> | <p>II a IV a VIII</p> |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | det var lidt diffust. Det går bedre med at få kontakt med andre). | | |
| 3. Marcello, Obokonzert <i>Vær åben overfor følelser, musikken bringer frem. Måske en dans du kan tage del i?</i> | (før: Ikke noget særligt. Mere urolig - usikker i relation til autoriteter - læger. Var hjemme i w/e fik lyst til at isolere sig - men er besluttet på bofællesskab. Savner en patient fra afd. som er stukket af. Var i pavillon, et orkester spillede, akrobater dansede, han var også med. Sjældent han giver sig hen. Tænkte på gymnasietid, hvor han var mere spontan. Usikkerheden startede da han begyndte at ryge hash. (efter: nærværende, som under hele sessionen) | P nævner at det er sjældent han giver sig hen. (Ia) Det er en erkendelse og en markant væsentlig følelse set i sammenhæng med P's arbejdsfokus, hvor han ønsker at turde sige noget og have kontakt med andre. I billedet danser han sammen med de andre akrobater og tager således del i begivenheden og er ikke bare tilskuer, hvilket også er væsentligt ift. P's mange udsagn om at være udenfor/isoleret. Desuden har udsagnet om refleksionen til hashrygningen i gymnasietiden karakter af indsigt, hvilket derfor også er et virksomt element. P omtaler også sit forhold til autoriteter før lytningen, som tyder på en vis indsigt i dette område (IVb) | I a II b III b IV b VII exp. Musik ref. |
| 4. Anjali gruppen # 1 <i>Sted i naturen, hvor der er plads til både sorg og glæde følelser. Møde musikken for enden af en markvej.</i> | (Er lidt tåget i sin fremstilling, men det fremgår efterhånden at han mærker en følelse af sorg, hvor det ellers har været ligegyldighed, der har været fremherskende i mange år. Ved ikke, hvad sorgen skyldes, men nævner ungdomsårene, hvor forældrene var meget styrende og han resignerede. Siger at han må tage ansvar for sit eget liv som voksen og forsøge at gøre sin mening gældende. Smiler, men er også grådabil.) Hjulspor m. blomster på hver side. Bondegård på v. side. Var meget ked af det, men guidningen | Mærker en følelse af sorg og reflekterer herover. Nævner forholdet til forældrene i ungdomsårene som mulig baggrund. At P lod sig styre som ung, og at han nu ønsker at tage ansvaret for sit eget liv siger noget om hans aggressionsforvaltning. (IVb) P skifter fra en følelse af at være ked af det til en følelse af håb. (IIIa+b) Analogt til dette ses også følelsesskift i session 1 og 2. En faktor i konstansen i følelsen af håb, er at P som problem før terapiforløbet siger at han er humørsvingende. Det kan derfor tænkes at håbet er skrøbeligt funderet. Skiftet i musikkens dynamik bevirker en følelse af håb. Musikken ses som symbol på håb. (VIII) P's reaktion til sidst vil jeg beskrive som en følelse af forsoning, hvilket er en restituerende faktor. (IIIa) | I b II a, b III a III b IV a, b VI VIII |

| | | | |
|---|---|---|--|
| | <p>(hvor der blev sagt at der kunne være både sorg og glæde) - - og musikken, bevirkede et skift til håb og "nå, det er måske ikke så slemt". Et fremtidshåb.</p> <p>(efter: følelse af forsoning som udtrykt til slut under lytningen).</p> | | |
| <p>5. Mahler 5.symfoni, 4.sats (udsnit) " på sejltur"</p> | <p>(før: anstrengende at være sammen med andre. Træt af gruppemøderne på afd. Bliver presset til at fortælle, hvorfor han er trist. Føler sig som et lille barn, der er overanstrengt. Svært at klare stilhed.</p> <p>Skib m. et selskab. Føler sig udenfor (tilskuer), svært ved at tale om det. Musikken er romantisk, føler længsel efter en pige, smertefuldt. Har haft mange smertefulde oplevelser fordi han ikke magter et parforhold, det bliver for anstrengende.</p> <p>(efter: bliver tydeligt påvirket når han fortæller, rødmer er grådlabil). Håber at terapien kan hjælpe.)</p> | <p>Forhold til andre - det andet køn. P berører en væsentlig problemstilling i sit forhold til piger og sin sygdom. (Ia,VII) P viser dermed sygdomsindsigt. Han bliver også følelsesmæssigt berørt, og føler både smerte og længsel. Desuden aktualiseres kerneproblematik om isolation. Før lytningen fortæller P at han føler sig som et lille overanstrengt barn der bliver presset til at fortælle, hvorfor han er trist. Måske giver oplevelserne underlytningen perspektiv til den følelse af tristhed. Jeg forestiller mig at P s afsondring, hvor han bl.a. ikke får følelser af nærhed og omsorg (romantik) er væsentlig. P synes "fanget" mellem et grundlæggende forhold af kontakttilfredsstillelse og de krav han synes dette uvilkårligt medfører. Det synes som om prisen foren god kontakt er (for) høj. "Scenen" afspejler P s kerneproblematik som måske bundet i en tidlig kontaktforstyrrelse/separationsproblematik.</p> | <p>I a III a IV a VI VII</p> |
| <p>6. J.S. Bach "Come sweet dead" Et landskab der kommer med musikken. Kig efter en del af landskabet som du er forbundet</p> | <p>(før. Er i tvivl om han får noget ud af musikterapien. Synes at det er svært at finde glæde ved noget som helst. Er ked af det og mismodig.)</p> <p>Er tilskuer til et blæsende bakket landskab m. eftermiddagssol. Marker med hegn - hvor der var</p> | <p>Før lytning tillader P at lade negative følelser skinne igennem, hvilket synes at pege på hans aggressionsforvaltning. Sessionen giver P associationer om en et fængsel, hvilket kan knyttes til hans kerneproblem om isolation. Det ses at P måske har tendens til generalisering/overdrivelse når han siger at han</p> | <p>II a IV a, b VI</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| med | <p>dyr på den ene side. Han tænker om det var en fængselstanke. Har altid været tilskuer. Synes det er krævende at være aktiv.</p> <p>(efter: tænker på anden pt. der siger "at han føler sig i fængsel uanset, hvor han er". Har altid været tilskuer. Ambivalent mellem at ville være aktiv - hvilket bliver for krævende eller passiv eller helt uden for et kontaktfelt.)</p> | <p>altid har været tilskuer, men der er måske også tale om en generalisering udfra en udtalt følelse af ensomhed/forladthed. P s udtalelser om at det er for krævende at være aktiv er svære at konkretisere, hvilket måske også skyldtes at han selv har svært ved at sætte ord på oplevelsen. Det synes desuden at det at være i fængsel og det at være tilskuer (til livet - min tilføjelse) er analoge størrelser for P.</p> <p>Når han ikke synes at han får noget ud af musikterapien er det så også fordi han er "tilskuer" i gruppen? Jeg får det indtryk at det at være aktiv, selvstændig er "forbudt" og uværgeligt medfører smerte og dermed umuliggør en separation.</p> | |
| 7. Pachelbel Canon i D dur <i>Tur på strand, byg din hytte.</i> | <p>(før: Føler sig i venteposition - venter bare på at skulle dø. Har svært ved at føle glæde ved noget. Får dog læst lidt og hørt radio - adspredelse. Fortæller på opfordring (ref. til session 4) om sin barndom: Forældrene har været meget dominerende - har ikke haft mulighed for at udleve egne behov. Måtte ikke spille og fløjte eller lege med mekanik.</p> <p>På strand. Kanotur med afdelingen. Flytter ind i lille hytte. Tænker på at han skal indrette sit værelse i bofællesskabet. Sidder i en stol og nyder musikken. Den er meget dejlig og regelmæssig.</p> <p>(Virker oplivet - siger: "nye perspektiver". Glæder sig til at komme i bofællesskab - til at få</p> | <p>Sessionen handler om konkrete positive tanker om fremtiden i bofællesskabet. Musikken opleves meget positivt, og også en oplevelse med afdelingen synes god. Fortællingen om familiebaggrunden kan sætte si relief til P s tanker om at han skal indrette sit værelse i bofællesskabet. I modsætning til hans oplevelser i barndommen, hvor han syntes forældrene styrede, er det nu ham, der styrer, hvordan værelset skal indrettes.</p> <p>Jeg forestiller mig at P s oplevelse af at han ikke måtte lege med mekanik, kan have hæmmet hans udvikling som dreng. (maskuline udvikling).</p> <p>Jeg ser en parallel mellem det at indrette værelset (strukturere indretningen) og at få struktur på hverdagen.</p> <p>P er aktiv på fantasiplanet og nyder. Oplevelsen giver ny energi og dermed håb om bedring. (IIIa)</p> | III a IV a VI Musik ref. eksplicit (x2) |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | struktur på hverdagen) | | |
| 8. Górecki: Symf.no.3, 2.sats <i>Historie ud fra det som fremkommer i dig under lytningen.</i> | <p>(før: Har været hjemme hos familien og har følt sig udenfor. Føler sig hypersensitiv overfor reaktioner på ham. Er anspændt i grupper - også vores. Tænkt over hvordan han reagerer ved tavshed)</p> <p>Synes musikken var dystert: Går i mørk skov. Tænker på puberteten, hvor han trak sig fra konflikter, som har med at gøre at han går alene.</p> <p>Også mange konflikter i verden. Musikken bliver lysere, landskabet ændrer sig, der kommer en sø som han sejlede på. Det var en rar aften stemning.</p> <p>(efter: har det meget godt - har ikke tænkt på sammenhængen mellem konflikter og det at være tilbagetrukket før. Tænker på hvilke grupper han tilhører.</p> | <p>Temaet om kontakthold er aktualiseret. P reflektere over forholdet til forældrene og gruppen. Sessionen indeholder flere aspekter. Dels synes der at være et kurativt element, idet P kan opholde sig ved svære tanker uden at blive opslugt af dem, og dels anslås der en oplevelse af sammenhæng mellem dengang og nu. (VII).</p> <p>Musikken ser ud til både at være en inducerende og afbalancerende faktor som og hjælper P ud af de svære følelser, så de ikke bliver for overvældende (adækvat forsvar, Vb). Desuden får P ny indsigt vedr. konfliktskyhed, som jeg har placeret under kategorien aggressionsforvaltning. (IVb)</p> | <p>I a II a III b+c IV b VII Musik ref.</p> |
| 9. Dvorak: Serenade i E dur <i>En park – bro – sø med båd – hus på bredden, på den anden side.</i> | <p>(Før lytning: Har det godt - er kommet i tanker om siden sidst - hvordan han tidligere skjulte sine humørsvingninger for andre ved at lukke sig inde og isolere sig.)</p> <p>Var ude at sejle med en pige. Synes musikken var romantisk. Ser et hus med et veldækket bord.</p> <p>(Efter: Kan godt lide mad. Vil gerne vise sine humørsvingninger også i gruppen. Fortæller at han</p> | <p>Forhold til piger er i fokus som i session 5, men nu i et mere ukompliceret perspektiv. En form for ønsketænkning. Heri kan tænkes at ligge både en regressiv forenkling, men måske også en forhåbning om at forhold til piger ikke kun hører fortiden til.</p> <p>P reflekterer også over sidste session over et tema om emotionel åbenhed - at skjule versus vise/omtale humørsvingninger og vrede. (IIb)</p> <p>Giver positiv respons til medpt. (IVa)</p> | <p>IV a II a IVa</p> |

| | | | |
|--|---|---|-----------------------------|
| | tidligere blev så rød i hovedet når han blev vred - blev mobbet for det.) | | |
| 10. Beethovens 5.Pianokonc. 2. sats. <i>Havevandring – vejr – blomster – afsked.</i> | (har de godt! Glæder sig til at skulle i bofællesskab. I forældrenes have. (efter: siger til medpt. At det har været hyggeligt (rødmer). | Forhold relateret til forældrene omtales for første gang under lytningen. P kommunikerer åbenlyst med medpatient i gruppen. (IVa) | IV a |
| 11. Strauss: "Death and Configuration" <i>Et landskab – møde en forhindring.</i> | (før: Taler om usikkerhed, og at han i virkeligheden ikke har det så godt, som det ser ud til. På afd. synes de han har det godt, men han oplever selv et split imellem sin opførsel, og hvad han egentlig føler.) Store skibe ved Langelinie. Følger guidning, kommer til en væltet træstamme i en skov. Undrer sig som så ofte før over at rodnettet er så lille. Føler selv han er væltet ved tvangsindlæggelse. Går rundt om træet ved roden. (Efter: hjælper at tale om sin usikkerhed - også i forhold til de andre i gruppen. Deler med anden pt. om hvorledes de opfatter hinanden). | Det væsentligste i udsagnet, ser jeg som P s association til det væltede træ - at det var ligesom ham der blev væltet ved tvangsindlæggelse. Herved får jeg et metaforisk selvbillede af P. (VIII) P giver mig herved en tydelig information om at han har oplevet tvangsindlæggelsen traumatisk. (Hvis jeg anser træet som fallossymbol, gengiver billedet også en krænkelse af mandighed.) P finder vej uden om forhindringen. Et nærliggende klinisk spørgsmål kunne have været hvorledes P ser på sit "rodnet" nu - er usikkerheden afbildet i det metaforiske billede. Er fortsat engageret i gruppeprocessen, og ser ud til at have forladt tilskuerrollen. Siger at det hjælper at tale om usikkerheden (IIIa), og taler også med andet gruppemedlem om, hvordan de opfatter hinanden. (IVa) | II c IIIa IVa VIII |
| 12. Pachelbel: Canon i d-dur. <i>En eng</i> | (før: egentligt meget godt, men indimellem ligeglad med det hele. Mest konkrete fremskridt er at han danser i klubben hver tirsdag. Responderer på andet gruppemedlem. Han udtænker | P omtaler en glæde han ikke har haft i lang tid. Det er derfor en emotionel oplevelse af væsentlig betydning. Oplevelsen afspejler også et håb for fremtiden. Jeg vil sige at HJ kommer i kontakt med følelser af vitalitet. Musikstykket er det samme som han nød i session 7. | I c III a+b IV a |

| | | | |
|--|--|---|-------------------|
| | <p>diskussioner med nogen han kender. Temaet er ofte umyndiggørelse, som han kender fra 18års alderen. Siger at han ikke så let bliver slået af pinden mere).</p> <p>Er på en eng ved havet: Fik meget lyst til at være der i virkeligheden. Glæder sig til næste sommer. En ny følelse af glæde som han ikke har haft i lang tid.</p> <p>Efter lytning: (efter: Er glad for den nye følelse, lang tid siden han har haft det sådan. Synes også han er ved at komme sig over det ydmygende og pinlige ved at blive tvangsindlagt.)</p> | <p>P fortæller om at danse i klubben, hvilket trækker tråde til session 3, hvor P dansede med akrobater i sit fantasibillede.</p> <p>Er stadig aktiv i kontakten over de andre i gruppen.</p> <p>Siger også at han er ved at komme sig over tvangsindlæggelsen. Helingen ses i sammenhæng med den nye vitalitetsfølelse, og at han er blevet mere robust (Ic). Denne tendens fortsætter i session 14,15 og 16.</p> | |
| <p>* afbud 13. J.S. Bach: "Hyrdernes sang" <i>Sti i naturen - læg mærke til tingene omkring dig.</i></p> | <p>(Før: Trist over familiesamtale omkring skizofreni, hvor det blev sagt at hans skrøbelighed er uforanderlig)</p> <p>Skov med unge træer. Kom ud i et for åbent landskab som skræmte ham. Søgte langs med skoven, langs hegn. Der var et plankeværk, der var banket sammen på hver sin side af stolperne. Håbede at han ville komme til en by, hvor han kunne føle sig hjemme.</p> <p>(efter: Skal snart i bofællesskab, kan han føle sig hjemme der? Nærhed på den ene side / at trække sig på den anden. Er angst for forpligtelser og aftaler. Har også svært ved at udholde ventetiden)</p> | <p>Det åbne landskab kan ses som metafor for P s utryghed. Han er i stand til at søge sikkerhed ved hegnet, og kan derved i forestillingssituationen søge beskyttelse og handle sig væk fra det for åbne landskab. Reflekterer over tryghedsaspektet i fremtiden, og analogiserer mellem den forestillede by og bofællesskabet.</p> <p>Tristheden før lytningen er meget relevant og måske er oplevelsen under musiklytningen relateret til oplysningerne før lytningen. Forstået således at P søger sikkerhed, at beskytte sit skrøbelige selv - her i billedannelsen "langs med hegn".</p> <p>P kerneproblem om kontakt/ ingen kontakt ses aktiveret.</p> | <p>V b VI</p> |

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>14. Sibelius: "Tuonelas svane" <i>Sti - møde med en god ven</i> <i>(person eller dyr)</i></p> | <p>(Før: Har fået det bedre, lyst til at arbejde. Komme på værksted også om formiddagen. Vil gerne gøre sig nyttig, håber så at han kan få det (endnu) bedre) Går i bakket terræn med en å som han følger. Ser sin eneste gode ven i profil, en barndomsven. Tænker på de gode oplevelser, de har haft sammen. Kano, fodbold, cykel og knallertture. Det var sjovt. Tænker over da han blev syg, samtidigt med at venen begik selvmord. Fik det værre af det. Mistede lysten til at arbejde. (efter: Synes han har det bedre nu, hvor han har lyst til at arbejde. Reagerede tidligere med trods, hvis nogen ville have ham til at arbejde.)</p> | <p>Sessionen indeholder væsentlige tilbageblik og refleksioner fra P s fortid, hvilket er medvirkende til at danne sammenhæng i P s historie. P bruger billedet af venen i profil til at skabe en associationsrække om forholdet til denne ven. Udsagnet er også af væsentlig betydning ift. anamnesen, hvor P har beskrevet at han havde svært ved at opnå at få venner i barndommen. Har fået lyst til at arbejde igen (Ila, Ib) og omtaler et mere modent forsvar - ikke trods mere (Ic)</p> | <p>I a+b+c II a + b III a IV a VII</p> |
| <p>15. Sibelius: Symfoni nr. 2 Allegretto <i>På eng - bygge en hytte. Vælge ting at tage med derind. Gå tur eller blive i hytten.</i></p> | <p>(Før: Har det godt. Fået lyst til at arbejde igen Tænkt over det med venen fra sidst) Hurtigt bygget en hytte. Synes der var lidt øde på engen, i forhold til at vi lige havde snakket sammen. Vænnede sig til det øde. Tog tæppe med ind i hytten, for at varme sig. Blev usikker på valg, men gik så til en blå sø. (Efter: Positiv, smilende. Reflekterer på anden pt. s Udsagn om bekymring for julen. Har ønsker om at finde ny kæreste igen, men</p> | <p>P har reflekteret over oplevelsen med venen fra sidst. Under lytningen tænker P over at det undrer ham, at der er så øde (ensomt)inden i ham - i hans mentale billede ift. at vi lige har talt sammen i gruppen. Hændelsen viser måske at P hurtigt kan føle sig isoleret, selvom han lige har fået "input" og har været i kontakt. Det er positivt at han reflekterer over problemet. Usikkerheden mht. valg kan tænkes også at være fremtrædende i andre situationer. Oplevelsen ender positivt. P "overlever" problemet i lyttesekvensen - handler og beskytter sig . Han finder et tæppe (VIII) til at varme sig ved og går</p> | <p>Ic II a Vb VIII</p> |

| | | | |
|--|---|--|--------------------------------------|
| | <p>synes det er svært. F.eks. kan det være sådan at han er interesseret i en - men dette ikke er gengældt - og omvendt med en anden.)</p> | <p>herefter til en blå sø. P er inde i en god periode - har ønsker om at genrelatere sig til det andet køn, hvilket jeg anser som en bedring.</p> | |
| <p>16. Strauss: "Heroes Journey" <i>På vej mod by - stor eller lille by?</i></p> | <p>(før: Virker oplivet. Vil gerne tage del i livet - men kan være lidt bekymret for om han kan leve op til forventninger og krav) Landsby - går lige direkte ind i en kirke. Sidder og tænker - beder til at få det bedre - som tidligere. At noget større end ham selv kan hjælpe. Kirken symbol på Gud. Kirketjener. Musik i kirken. Ledte senere efter et sted til natten, fandt det dog ikke. (efter: Har det godt, ingen yderligere kommentarer)</p> | <p>P er fortsat optimistisk indstillet, og tager mere del i livet. Sessionen viser en ny side af P, nemlig at han er troende, og at han håber på hjælp fra Gud. Han leder også efter et sted for natten, hvilket jeg ser som en søgen efter tryghed. Han finder det dog ikke, (udover at kirken umiddelbart er et trygt sted), men det ødelægger ikke, at han har det godt. Heri anes en øget psykisk stabilitet. (Ic)</p> | <p>Ic III a V a VIII</p> |
| <p>17. Holst: Planeterne – "Venus" <i>Vej – hus der dukker op – gå ind i huset</i></p> | <p>(før: har haft paranoide tanker og er steget i medicin, er usikker på fremtiden) Går i by . Finder 2 etagers hus med sort tegltag. Et drømmehus. Går ind i det og op på 1.ste sal, ind i værelse. Det er rart og enkelt indrettet. Mediterer over tilværelsen – hans fremtid. Kan han finde en balance mellem at være alene og sammen med andre - yde noget. (efter: O.K. har ingen yderligere kommentarer.)</p> | <p>Sessionen handler som i session 13 om temaet "fremtiden". Værelset giver associationer om P s fremtid i et værelse i et bofællesskab, og han er optaget af om han kan finde en balance mellem det at være alene og det at være sammen med andre mennesker - om han kan finde og sætte grænser. Værelset kan ses som en "safe container".</p> | <p>Va</p> |

| | | | |
|--|--|--|------------------------------|
| <p>18. Mozart: Klarinetkoncert i F dur, 1. Sats <i>Se hvad musikken bringer op i dig</i></p> | <p>(før: P fortæller at han ikke skal fra afd. foreløbig og ikke vil i bofællesskab. Har været vred og grædt. Synes andre er for påtrængende. Får mindreværdskomplekser, ved ikke hvordan han skal gøre tingene rigtigt, det er pinligt.)</p> <p>Billede af at sidde i en bil og se hændelserne (som beskrevet ovenfor) passerer forbi. Får det bedre. Husker morgener i tidl. bofællesskab, han nu pludseligt husker.</p> <p>(efter: Virker mere afklaret: Uddyber det positive han husker fra bofællesskabet)</p> | <p>Temaet om fremtiden er igen aktualiseret. P har sagt fra overfor bofællesskab på afd. formodentligt primært på grund af angst for det ukendte og måske også angst for adskillelse fra afdelingen. For første gang om materiale, der siger noget om P s aggressionsforvaltning.</p> <p>P får under billeddannelsen under musiklytningen en oplevelse af at se på hændelsesforløbet på en betryggende måde, hvilket skaber nye muligheder for erkendelse og bearbejdning. Bilen kan ses som container (et sikkert sted) for P, hvor kan se de dramatiske hændelser passere forbi udenfor. Oplevelsen slutter med, at P husker morgener fra tidligere bofællesskab - og jeg får det indtryk at det er positive genoplevelser, der indgiver fornyet håb om at bo bofællesskab i fremtiden alligevel. Det positive skal ses i lyset af P s tendens til humørsvingninger, men disse er en del af processen med adskillelse fra afd. /os og hans primære arbejds punkt inklusion contra eksklusion i forholdet til andre mennesker.</p> | <p>Ic IV a+b V a</p> |
| <p>19. J.S. Beethoven: 5. Piano Koncert, 2. Sats <i>Havevandring</i></p> | <p>(Før: Positiv overrasket over samvær med familien i julen. Har også været hjemme i sin lejlighed i en uges tid).</p> <p>Have med lang hæk. Hus på grunden - på landet. Guldfiskedam - som han var særlig optaget af at se på. Det virkede beroligende at se på fiskene svømme.</p> <p>(efter: Reflekterer over sin situation - sit dilemma: Alene eller sammen med andre. Det er blevet en del af ham at være alene.</p> | <p>P er i stand til via billeddannelsen under musiklytningen at bringe sig selv i en "beroligende tilstand", hvor han reflekterer over sin situation, hvilket også ses i andre sessioner. Det ser ud til at denne tilstand har en stabiliserende effekt på P. Evnen til stabilisering synes jeg er væsentlig som "modpol" til de ofte forekommende affektive skift som P s skrøbeligt funderede identitet kan have vanskeligheder med at håndtere.</p> <p>Er positivt overrasket over samværet ed forældrene, hvilket jeg har valgt at placere under evne til at rumme ambivalens, idet P tidligere i forløbet udelukkende har omtalt forældreforholdet</p> | <p>V a IVa IIIc</p> |

| | | | |
|---|--|---|--------------------------------|
| | | negativt. (IIIc) | |
| 20. Marcello: "Obokonzert" <i>Dit yndlingssted i naturen.</i> <i>Forestil dig et træ her i nærheden</i> | (før: tænker meget over hvilken medicin, han skal tage, føler sig ked af det og ligeglad. Har været hjemme i w/e. Føler sig lidt udenfor gruppen - virker noget tom). På kanotur med afdelingen - nede ved Fjorden - god tur. Var ved stranden også. Forestiller sig et tjørnetræ om efteråret. Det var beroligende at være ved vandet. Hørte bølgerne. (efter: har ingen yderligere kommentarer) | Positiv genoplevelse med afd. Positivt forhold til Afd. - markant ændring i forhold til session 18, hvor han skændtes med personalet. Igen en beroligende instans - lyden af bølgerne, hvilket implicit kan refererer til musikken. | IV a Musik ref. implicit |
| 21. Ravel: Introduction and Allegro. <i>Markedsplads - møde nogen ?</i> | (før: Er begyndt i Fountainhouse. Det er gået over al forventning, kan være sammen med de nye folk. Arbejder med at reetablere et forhold til familien) Marked i Roskilde. Digter billede af spåkoner og gøglere. Køber ind til mad til sig selv og en pige. Går hjem og laver mad - som tidligere da han boede med en kæreste. Længes efter den tid og tilstand. (efter. Ingen yderligere kommentarer) | Forholdet til det andet køn aktualiseres igen som i session 4 og 9. Denne gang er det en positiv oplevelse som relateres til et tidligere forhold. Længselen ser jeg både som et regressivt ønskebillede og som et håb for fremtiden. P taler også om at det er gået over al forventning Fountainhouse (half-way house) og at han er ved at reetablere sit familieforhold. Begge udsagn vil jeg kategorisere som bedring (IIIa) | |
| 22. Smetana: Moldau, Mein Vaterland | (før: fortæller uopfordret at han har tænkt over at han snart skal holde op, og at han ikke ved, | Reflekterer over sin fremtid og afsked med gruppen.. En metafor for "styring af eget skib/liv" kan ses i billedet, hvor musikkens kraftighed, gør | II a+b III a+c IV a+b |

| | | | |
|---|---|---|--|
| <p><i>På Sejltur</i></p> | <p>hvordan man gør det. Er usikker på dette som så meget andet der har med kontakt med andre at gøre. Har sagt nej til bofællesskab - men synes dog afd. har mange gode argumenter) Blåt sejlskib/jolle. Stryger af sted, hen over vandet. Husker hvor svært det var at vende skibet, da musikken var kraftig. Tænkte også på det med bofællesskaberne: "Skulle man sige ja bare for at få fred." (efter: Synes det må være nok at han har sagt nej flere gange. Vil denne gang fortsætte med at tage medicin.</p> | <p>det svært vende/bestemme retning på hans skib. Musikken er en voldsom bølgegang. (VIII) Er optaget af tanker om bofællesskabet som set i en del andre sessioner. Jeg har kategoriseret P s udsagn om at sige nej flere gange, men alligevel være åben for argumenter fra afd. under kategorien aggressionsforvaltning (Vb) og evne til at rumme ambivalente følelser i betydningen at han kan lytte til afdelingens argumenter samtidig med at han siger nej. (IIIc)</p> | <p>VIII</p> |
| <p>23. (afbud d. 5/2 97) Anjaligruppen: #1 side B <i>Eng, solplet - alene eller sammen med nogen?</i></p> | <p>(før: bekymret for om han bliver for meget alene. Vender og drejer, hvad det mon vil komme til at betyde for ham). Sidder i solen. Ko der græsser. Rejser sig og går rundt. Sætter sig til sidst i skyggen under et stort træ. (efter: Har ikke talt om angsten for at blive for meget alene på afd. Synes det er svært når han nu har sagt nej til bofællesskab.</p> | <p>P har det (i billeddannelsen) for varmt og flytter sig ind i skyggen. Kan det tænkes at han også flytter sig væk varmen i fokus til skyggen, hvor der måske er mere fredeligt. I P s udtalelser ses en tydelig ambivalens går igen i flere sessioner. Han har svært ved at beslutte sig og ambivalensen er relateret til hans kerneproblem: vil/vil ikke (kan ikke) have kontakt med andre mennesker. Reflekterer over hvilke konsekvenser ensomheden vil få for ham (Ib)</p> | <p>II a VI</p> |
| <p>24. Anjaligruppen: #1 <i>Skovsti - forhindring - hus efter forhindringen. Vælge om du vil gå ind eller</i></p> | <p>(Taler om sin ambivalens m.h.t. at flytte i bofællesskab - bange for at stå alene. Minder os om at han "skal" tale om nærhed og distance, de sidste gange i gruppen. Har fået at vide at han kan virke afvisende</p> | <p>Klarer at passere forhindring - hvilket måske er væsentligt ift. udsagn om konfliktskyhed i session 8. Reflekterer over billederne og ser dem som symbol på hans indre tilstand. Er i stand til at bevæge sig til en bedre tilstand i forårssolen ses som en relevant forsvarsmanøvre. Længsel efter</p> | <p>II a IV a V b VIII</p> |

| | | | |
|--|--|--|-------------------------------|
| <p><i>blive udenfor</i></p> | <p>på afd. Opfatter sig selv anderledes i gruppen, hvor han synes han kan være mere åben.)</p> <p>skovsti. Forhindringen er et væltet træ, som han kravler under. Ser sort spejderhytte. Går derind. Der er bart, tomt: Tolker selv at det er et billede på hans eget indre. Savner liv. Ender med at sætte sig ud i solen. Kan godt lide forårssolen.</p> <p>(efter. Er fortsat optaget af problemet med ensomhed/samvær. Har det meget godt. Virker ikke forpint.)</p> | <p>vitalitet.</p> <p>Taler om, hvordan han oplever sig selv i gruppen (IIa).</p> | |
| <p>25. Pachelbel: Canon i D dur. <i>Et rart sted</i></p> | <p>(før: Heftig uge. Er igen indstillet til bofællesskab, siger at han vælger den nervøsitet frem for ensomhed)</p> <p>Sidder i Søndermarken i eftermiddagssolen. Et sted han kan lide at være, hvor han kan trække sig tilbage. Der var spredte grupper af træer omkring ham. Rart at de var der.</p> <p>(Efter: Har været glad for at være her, har fået noget ud af det. Det er blevet nemmere at sige noget herhenne og være sammen med andre generelt. Er glad for respons fra os og gruppen. Er synligt påvirket af situationen).</p> | <p>At P vælger bofællesskabet frem for ensomheden, har jeg kategoriseret som håb (IIIa)</p> <p>Forstås billedet under lytning symbolsk kan det ses som metafor for P s forhold til andre - aktuelt gruppen, kan gruppens medlemmer ses som de spredte træer omkring ham. Temaet om en balance mellem ensomhed og samvær med andre er igen aktualiseret. P giver udtryk for at terapien har hjulpet ham. Han er synligt berørt af afskedssituationen.</p> <p>P s udbytte af terapien kan rummes</p> | <p>III a IV a V b</p> |

Vertikal analyse:

I. Kognitive aspekter/indsigt

Selverkendelse:

- 3 (giver sig sjældent hen)
- 3 (usikkerheden startede med hash)
- 5 (magter ikke parforhold)
- 8 (konfliktskyhed medfører ensomhed)
- 14 (reagerede tidligere med trods)

Aktiv indsats/bestræbelse på at løse problemer:

- 4 (vil gøre sin mening gældende)
- 14 (lyst til at arbejde).

Oplevelse af samling af selvet/egostyrkelse:

- 12,14,15,16 (bliver ikke så let slået af pinden)
- 14 (mere modent forsvar)
- 15 (genrelatering til andet køn)
- 18 (bearbejdning af aktuel konflikt)

II . Reflektioner:

- i forhold til aktuel selvoplevelse:

- 1 (tænker over tilværelsen)
- 2 (ikke isoleret, hjælp fra andre)
- 4 (reflekterer over en følelse af sorg)
- 8 (vil gerne i modsætning til tidl. vise humørsvingninger)
- 14 (lyst til at arbejde)
- 15 (alene efter samtale og refleksion over sidste session)
- 19 (forholdet til andre)
- 22 (afsked med gruppen)
- 23 (refleksion over ensomhed)
- 24 (savner liv - er opmærksom på at tale om tema om nærhed contra distance)

i forhold til personlig historisk baggrund:

- 3, 4 (gymnasietiden)

- 6 (har altid været tilskuer)
- 8 (puberteten)
- 11 (tvangsindlæggelsen)
- 14 (møde med barndomsven)

III. Emotionelle aspekter:

Følelser af eller forbundet med håb og bedring:

- 1 (håb om bedring)
- 4 (håb for fremtiden)
- 5 (håber at terapien kan hjælpe)
- 7 (indrette sig i bofællesskab)
- 11 (hjælper at tale om usikkerhed)
- 12 (glæder sig til næste sommer)
- 13 (håb for fremtiden)
- 14 (håb om bedring via beskæftigelse)
- 16 (oplevelset - vil gerne tage del i livet)

Andre signifikante følelser og følelsesmæssige skift:

- 1 (opgivenhed - håb)
- 3 (hengivelse)
- 4 (tristhed - håb)
- 5 (grådlabil)
- 8 (dystert - lyst)
- 12 (glæde)
- 14 (gode oplevelser med en nær ven)
- 18 (vrede, gråd)
- 22 (usikkerhed ifm. afslutning i gruppen)

Evne til at rumme ambivalens:

- 8 (dystert og lyst, rart)
- 19 (både positive og negative følelser for forældrene)
- 22 (lytter til afd. argumenter/siger selv nej til bofællesskab).

IV. Interpersonelle aspekter

Interpersonelle input/interaktion:

- 1 (kan også være humørsvingende, som anden pt. i gruppen)
- 2 (hjælp fra hospitalet)

- 4 (forhold til forældre i ungdomsårene)
- 5 (forhold andet køn – fantasipige)
- 6 (reflekterer på anden pt. s udsagn om at være i fængsel hele tiden)
- 7 (kanotur med afd.)
- 7 (forhold til dominerende forældre)
- 8 (refleksioner over det at være i gruppen)
- 9 (sejltur med fantasipigen fra femte session)
- 10 (anerkendende bemærkning til gruppemedlem)
- 11 (taler med gruppemedlem om, hvordan de gensidigt oplever hinanden)
- 12 (taler om tema i gruppen)
- 14 (positive minder om barndomsven)
- 18 (skændes med afd.)
- 19 (positivt samvær med familien)
- 20 (kanotur med afd.)
- 21 (køber ind med tidl. kæreste - nye kontakter i Fountainhouse samt reetablering til familien)
- 22 (afsked med gruppen - "sige ja for at få fred" forhold til afd.)
- 24 (føler han kan tale frit i gruppen)
- 25 (forholdet til andre, inkl. gruppen)

Aggressionsforvaltning (herunder selvmordstanker):

- 3 (usikkerhed overfor autoriteter)
- 4 (styret af forældrene som ung)
- 6 (reflekterer på anden pt. s udsagn om at være i fængsel hele tiden)
- 8 (konfliktskyhed grund til ensomhed)
- 18 (skændes med afd.)
- 22 (sige ja for at få fred ?).

V. Forsvarsorienterede aspekter:

"Beskyttelsesrum"/ tænkerum:

- 1 (lysthus som tænkerum)
- 15 (tæppe)
- 16 (kirke)
- 17 (forestiller sig værelse i bofællesskab)
- 18 (bil)
- 19 (guldfiskedam)

Andre adækvate forsvarsmanøvrer:

- 8 (gå ud af tyngende følelse)
- 13 (søge sikkerhed langs hegn)
- 15 ("overlever" problem under lytningen - tager vare på sig selv)
- 20 (stabiliserende billede: lyden af vandet v. tjørnetræ)
- 24 (gå ud i forårssolen)
- 25 (positivt tilbagetrækningssted)

VI: Billeder/udsagn relateret til kerneproblemer:

- 1, 4 (humørsvingende)
- 5 (isolation)
- 6 (tilskuer)
- 7 (måtte ikke spille, fløjte eller lege med mekanik i barndommen)
- 15 (følelse af ensomhed efter samtale i gruppen)

VII: Billeder/udsagn som giver historisk sammenhæng eller indblik:

- 3 (gymnasietid)
- 5 (parforhold)
- 8 (pubertet)
- 14 (genoplevelse af tid med bedste ven)

VIII: Metaforer/symboler

a. Metaforer:

- 4 (musikken som håb)
- 11 (er et væltet træ)
- 15 (tæppe som beskyttelse)
- 16 (kirken symbol på gud)
- 18 (bil som beskyttelse)
- 22 (musik som bølgegang/bølgemodstand)

b. transformation: ingen signifikante

Musikreferencer:

Eksplicit:

- 4 (Musikken er romantisk, føler længsel efter pige)
- 7 (nyder musikken den er dejlig og regelmæssig)

9 (sejltur med pige, musikken er romantisk)

12 (ny følelse af glæde - samme musik som i sess. 7, hvor P nød musikken)

16 (Musik i kirken)

22 (svært at vende sejlskibet, da musikken blev kraftig)

Implicit:

1 (indirekte - landskabet udvidede sig, og der dannedes en sø)

3 (var i pavillon, orkester spillede, akrobater dansede - han var med)

7 (måtte ikke spille eller fløjte i barndommen)

20 (musikken relateret til beroligende bølger)

Billedernes fremtrædelsesform:

I narrative sekvenser: 1, 2, 7, 8, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24,

En eller flere enkeltstående hændelser (bevidsthedsstrømme): 3, 4, 5, 6, 9, 10, 12, 20, 25

Horisontal analyse

- Udfra restituerende faktorer i den enkelte session, patientens mål for terapien og baggrundsviden fra anamnesen.

Overordnet søger P efter min opfattelse hele tiden at finde en balance mellem ensomhed (isolation) og det at være sammen med andre, således at det ikke bliver en enten / eller situation. Han har ikke meget spillerum i denne balanceakt, og det er mit indtryk, at han hurtigt føler sig overvældet eller låst fast. P's formulerede mål for terapien var at bearbejde sit kerneproblem, følelsen af isolation og ensomhed. Han ville gerne øve sig i at være i en gruppe, turde sige noget og have kontakt med de andre. I sidste session i forløbet fortæller P, at han har fået det bedre. Han synes, det er blevet nemmere for ham at sige noget i gruppen og lettere at være sammen med andre generelt. Spørgsmålet er så, på hvilke punkter terapien har kunnet hjælpe P med at få en lidt bredere, mere rummelig kontaktflade?

Udfra kategorien selverkendelse, får jeg indtryk af P som en kontrolleret person, der dog nemt bliver bragt ud af fatning, som har haft det meget vanskeligt med at indgå i og opretholde et parforhold, og tidligere har reageret med trods overfor frustrationer i tilværelsen. I flere sessioner er P aktiv både på et reflekterende og et emotionelt plan. Session 14 er et tydeligt eksempel på P's engagement, idet han

både reflekterer over sin ungdom, beretter om selverkendelse ift. hashrygning og refererer til sin nutidige situation. Temaet om samvær med andre contra at være alene er også fremtrædende i kategorien refleksioner, hvor P hele tiden i tankerne kredser om dette problem.

Emotionelle oplevelser synes også at have en væsentlig indflydelse på bedringen. Jeg forestiller mig, at når P tilsyneladende har så lille et spillerum i kontakten med andre mennesker, må det have en væsentlig positiv betydning at kunne dele følelser med andre, uden at dette opleves intimiderende eller skamfuldt som tidligere.

I forløbet er der flere eksempler på, at P vover at sige noget som synes af væsentlig betydning for ham, og han bliver flere gange følelsesmæssigt berørt, tilsyneladende uden det virker for overvældende. Dette ses f.eks., hvor han føler håb i sess. (3), (12) og i session (2), hvor han oplever at få støtte fra andre på hospitalet. Forholdet til forældrene omtales under musiklytningen kun i en enkelt session (10) som en positiv genoplevelse fra barndommen (en situation i forældrenes have). P har dog omtalt forholdet til forældrene ved flere lejligheder i terapien udenfor musiklytningsdelen f.eks. efter session (3), hvor han reflekterede over sin tid i puberteten og fortalte om sin oplevelse af forældrenes styrende adfærd overfor ham som en gennemgående faktor i barndommen. Måske har P på baggrund heraf internaliseret en forestilling om, at det at være sammen med andre betyder, at han mister retten til at bestemme over sig selv, hvilket i givet fald naturligvis må være meget problematisk. Kategorien interpersonelle aspekter er på flere områder præget af P's tema om samvær med andre contra at være alene. Kerneproblemet, følelsen af ensomhed og isolation, belyses gennem rækken af de oplysninger, der handler om patientens forhold til andre mennesker. Han reflekterer f.eks. over, at der er en sammenhæng mellem ensomhed og konfliktskyhed (8). Udfra dette synspunkt er Ps reaktion i forhold til konflikten på afd. i session (18) væsentlig. P har skændtes med personalet på afdelingen, og syntes efterfølgende, at han var helt umulig og følte sig skamfuld. Under musiklytningen skaber han et "beskyttelsesrum" i form af en bil, hvor han gennem ruden kan se de belastende hændelser på afdelingen passere forbi, og han ender med pludselig at komme i tanke om "de positive morgener i bofællesskabet". Efter min opfattelse har "beskyttelsesrummet" en stabiliserende effekt og medfører mulighed for bearbejdning både på et bevidst og måske også et ubevidst plan. P

skaber en række billeder, som kan hjælpe ham med at bearbejde den belastende oplevelse. (En bil kan også køre, så man kan komme videre eller undslippe situationen) I øvrigt ytrer P sig igennem hele forløbet om forhold, der indeholder og belyser interpersonelle relationer, og i session (1),(6), (8), (10), (11), (12), (25) handler udsagnene direkte om forholdet til de andre i gruppen, med fokus på en sammenligning af fælles problemstillinger (1), (2), (11), og refleksioner over det at være i gruppen. (8), (12), (25). Dannelse af tænkerum/beskyttelsesrum som forsvarsmanøvre synes også i flere andre tilfælde at være en hjælp for P som stabiliserende faktor f.eks. i: (1)- lysthus, (16) - kirke, (17) -værelse (19) - guldfiskedam. Desuden får jeg i session (8), (13), (24), og (25) informationer om, at P er i stand til at foretage relevante forsvarsmanøvrer i forestillingsbillederne, hvilket jeg mener er af central klinisk betydning. Følgende er eksempler på, hvordan forsvarsmanøvrerne væves ind i hændelserne: I session (24) går P på skovsti - han møder et væltet træ som forhindring (i anden session oplever han sig selv som et væltet træ i forbindelse med tvangsindlæggelse). P kravler under træet og kommer til en sort spejderhytte, som han går ind i. Der er bart og tomt. Den tomme hytte siger P er et billede på hans indre, han savner liv. Som forsvarsmanøvre går han ud af hytten og sætter sig i forårssolen, som han godt kan lide. P s oplevelse slutter positivt. Man kunne forestille sig at P med den skrøbelige personlighedsstruktur han har, kunne blive overvældet og fanget af den tomhed han følte i huset, men faktisk er han i stand til at bevæge sig videre (måske ved musikkens hjælp) og finde en mere positiv afslutning. En lignende episode ses i session (13), hvor P er i stand til at søge ly, da han oplever at landskabet er for åbent. Jeg ser "det for åbne landskab" som en metaforisk afbildning af angst for at miste overblikket/kontrollen med sig selv.

Musikken ser ud til at have haft en væsentlig funktion i terapiforløbet, først og fremmest som metode til at opnå kontakt med følelser (4), (7), (9), (12). P nævner bl.a. hengivelse, længsel, smerte, spontanitet, nydelse, ensomhed, en rar aftenstemning, romantik og glæde.

Musikken har også medvirket til følelsesskift (8), hvilket har bevirket dannelse af væsentlige imaginære situationer som projektivt har afspejlet Ps indre situation. I session (4) og (8) oplevede P f.eks. at stemningskift i musikken fra mol til dur bevirkede, at det, han visuelt var optaget af, også analogt skiftede karakter med

dynamikken i musikken. (8). I session 4 bevirkede dette skift en følelse af fortrøstning, og i session (8) var P i kontakt svære følelser af ensomhed, hvor skiftet i musikken bevirkede, at Ps væren i de svære oplevelser ikke endte i fastlåsning og håbløshed, men at P i stedet - ledsaget af musikken - bevægede sig ind i et lysere univers (som i session (24)). Set som metafor for Ps livssituation kan denne enkle narrative oplevelse bruges terapeutisk som fortælling om at P ledsaget af musikken kan bevæge sig ind og ud af svære følelser uden at blive låst fast. Jeg forestiller mig, at musikkens dynamiske skift fungerer som en bearbejdningsmodel. I session (22) konfigureres musikkens dynamiske kvalitet direkte i P s billeder - musikken er bølgegang, der gør, at Ps skib er svært at vende. Som metafor for Ps aktuelle livssituation kan billedet bruges terapeutisk til at analysere Ps modstandskraft i livet og dermed kan billedet knyttes til Ps aggressionsforvaltning.

Som eksempel på Ps kerneproblem kan nævnes session 5. Før musiklytningen i denne session fortæller P, at han synes det er anstrengende at være sammen med andre. Han er træt af gruppemøderne på afdelingen, hvor han føler sig presset til at fortælle, hvorfor han er trist. Han føler sig som et lille barn der er overanstrengt. Billeddannelsen under musiklytningen tilføjer flere perspektiver til Ps konflikt: Han er ombord på et stort skib og der er selskab ombord, men han føler sig udenfor - er tilskuer. Musikken er romantisk og han føler længsel efter en pige - måske en pige der er med i selskabet - og P reflekterer herefter over sit forhold til piger generelt. Den visuelle fremstilling afspejler (ud over Ps problem med det anstrengende i at være sammen med andre og den regressive adfærd dette medfører ” jeg føler mig som et overanstrengt barn”), at P har længsel efter at være med i samværet, men kontakt med det kvindelige aspekt er komplekst for P. Dermed belyses både den konkrete problematik og Ps situation i et bredere, mere globalt perspektiv. Ved næste session lægger P ud med, at han er i tvivl om, han får noget ud af musikterapien i det hele taget. Han siger, at han har svært ved at finde glæde ved noget som helst. Han føler sig mismodig. Jeg får idet indtryk at Ps frustration, smitter af på hans syn på musikterapien, og at der i hans uspecifikke udsagn ”om han får noget ud af terapien” kan ligge en (skjult) devaluering. I denne session tilføjer oplevelserne under musiklytningen en ny vinkel til problemstillingen. P er tilskuer til et bakket landskab. Der er et hegn med dyr på den anden side, og han tænker at hegnet er et fængsel (at være buret inde). Bagefter fortæller han at han

“altid har været tilskuer” og er ambivalent overfor, om han vil have kontakt med andre mennesker. Hegnet fremstår som en visuel grænsesætning, ud fra hvilket temaet om isolation kan belyses. I næste session er P stadig trist og fortæller, at han bare venter på at dø. Han fortæller også om sin barndom, hvor han følte sig meget styret. Siger at forældrene var meget dominerende, og at han ikke har fået mulighed for at udleve sine egne behov. Han ikke måtte bestemme noget som helst selv - hverken spille fløjte eller lege med mekanik. Under den efterfølgende musiklytning forestiller P sig en kanotur med afd. Han flytter ind i en lille hytte og kommer til at tænke på, at han også skal indrette sig i værelset i bofællesskabet. Han sætter sig på en stol i hytten og nyder musikken. P siger bagefter oplivet - at der kom nye perspektiver. Han ser nu frem til at komme i bofællesskab og tror på, at han kan få struktur på hverdagen. Sekvensen taler for sig selv. Efter min opfattelse bliver oplevelsen bl.a. positiv i kraft af Ps adgang til at være skabende/medvirkende i billeddannelsen. Ved selv at “lege” med tanken om at flytte ind i hytten” dannes elementer af selvudfoldelse, som P ikke har fået tilfredsstillet i barndommen. P udfolder sig og føler dette bekræftende i stedet for smertefuldt som tidligere.

Musikken bringer først og fremmest P i kontakt med følelser og stemninger indenfor et bredt spektrum. De nævnte er: hengivelse, længsel, smerte, spontanitet, nydelse, ensomhed, en rar aftenstemning, romantik, (glæde). Desuden kan det nævnes at han i (22), siger: *det var et var svært at vende skibet, da musikken var kraftig* - og i (2): *at musikken var meget dejlig og regelmæssig*, hvilket i begge tilfælde refererer til musikkens dynamiske virkemidler - her rytme, tempo, volumen og intensitet.

Endelig skal nævnes at musikken har indvirket direkte (implicit) eller indirekte (eksplicit) på billeddannelsen. F.eks.: (16) musikken i kirken, (2): et orkester spillede, akrobater dansede, (22): stryger af sted, hen over vandet, og måske (1): haven udvidede sig, havde en sø, blev smukkere, analogt til at musikken tonemæssigt bredte sig ud.

Med hensyn til oplevelsernes fremtrædelsesform er Ps oplevelser i overvejende grad udtrykt i narrative sekvenser, hvilket betyder, at han er i stand til at skabe selv billeder i en narrativ kontekst. Der ses også en vis tendens til, at fremstillingen i højere grad er baseret på narrative sekvenser i forhold til enkeltstående hændelser,

efterhånden som forløbet skrider frem.

Analyse af Ps billeder og udsagn i terapien ift. den interview-baserede undersøgelse.

Udfra GAF skalaen (metode nr. 1/A) ses en lille stigning fra score 41 til 45, hvilket altså bekræfter en bedring.

Udfra Ps besvarelse af spørgeskemaet (metode nr. 1/B) ses, at P har lagt stor vægt på en positiv opfattelse af forholdet til terapeuterne (1), (8), (10), (25). Han lægger også vægt på at få talt ud om sine problemer (9), (15), at hans problemer ikke er enestående (24), og at hans egen indsats for at få løst sine problemer har været væsentlig (21). Desuden fremhæves positivt kombinationen af musik og samtale, og det at der blev opfordret til at have indre billeddannelse under musikken. Derimod synes P, at faktorer udenfor terapien spm. (23) og spm. (13): "Det at blive opmærksom på, hvordan problemer i forholdet til terapeuterne også prægede mit forhold til andre mennesker " - at have haft mindre betydning. Endelig ses spm. (23) " At musikken har været skræmmende" scoret lavt, hvilket naturligvis er af meget væsentlig betydning.

Undersøgelsesmetode nr. 1/C viser at i kortundersøgelsesdelen har P oplevet følelserne: ro, ensomhed, sorg, glæde og tryghed i nævnte prioriterede rækkefølge - som de følelser, han har været mest i kontakt med under forløbet. Dette synes at harmonere med de følelseskvaliteter, jeg har kategoriseret under kategori III (b og c) i min analysemodel. I kortundersøgelsens anden del: Fremtrædende aspekter i forbindelse med billeddannelse, har P valgt sammenhængsskabende, spændende, tryghedsskabende og hårdt - i prioriteret rækkefølge. Efter min opfattelse er det meget interessant at P som 1.prioritet har valgt at billederne havde en sammenhængsskabende effekt, idet der i litteraturen ofte lægges vægt på metaforernes og billeddannelsernes integrerende effekt (dannelsesrum) mellem det bevidste og det ubevidste, hvilket jeg senere vil uddybe. At P benævner "spændende" som 2.prioritet fortæller noget om hans engagement i det terapeutiske arbejde.

Med hensyn til de fem supplerende spørgsmål om hvilke aspekter, der ellers syntes at have haft indflydelse på forløbet, svarede B som anført i nedenstående skema:

A: Andre ting som har haft positiv betydning i terapien ?

Sv: At høre om andre der har samme problemer. Er blevet bedre til at sætte grænser.

B: Nogle ting som du har savnet i din psykoterapi ?

Sv: At være alene med en terapeut.

C: Hvilke konkrete begivenheder eller oplevelser i musikterapien som har gjort størst indtryk på dig ?

Sv: At vænne sig til at være i gruppen - det var hårdt i starten

D: Hvilke konkrete begivenheder eller oplevelser i musikterapien har du haft mest gavn af ?

Sv: (a) at vænne sig til gruppen). (b) at der blev talt om, at det ikke var nødvendigt at sige noget først, eller at tale selvom der var en periode med tavshed. (c) At tale selvom der var flere mennesker tilstede .

E: Yderligere kommentarer ?

Sv: ingen

Af svarene fremgår det, at udfordringen ved det at være i en gruppesammenhæng er det, P har hæftet sig mest ved. Det fremgår også, at det er lykkedes for ham, at vænne sig til at være i gruppen, og at han har fået udbytte af at være sammen med andre med problemer, som han kan genkende. P nævner desuden, at han er blevet bedre til at sætte grænser, hvilket må anses for at være meget betydningsfuldt set i forhold til hans skrøbelige personlighedsstruktur.(I analysemodellen under kategori V - forsvarsmanøvrer ses flere billeder og oplevelser som synes at handle om grænsesætning). Endelig nævner P, at det, at terapeuterne har omtalt og påpeget et tilladende aspekt i forbindelse med ikke at tale / tage ordet i gruppen har været væsentligt for ham. Dette får mig til at tænke på Ps forældreproblematik / autoritetsproblematik, hvor han har nævnt, at han ofte har følt sig styret. Han er åbenbart tilbøjelig til at opleve sammenhæng mellem pinlighed og forpligtelse i forbindelse med pauser i samtalen.

Konklusion:

Gennem Ps oplevelser under musiklytningen har jeg fået informationer om Ps selvkonstitution, samt indsigt i Ps baggrund og kerneproblematik.

Primært har P arbejdet med at udvide sit kommunikationsfelt med andre mennesker. Dette er et vanskeligt område for P, idet han nemt bliver overvældet og

mister troen på en forandring. P har en skrøbelig personlighedsforankring, hvilket bl.a. måske skyldes hans oplevelse af, at han er blevet stærkt begrænset i sine udfoldelsesmuligheder tidligere i livet.

I terapiforløbet har P i fantasien fået mulighed for at "skabe sig selv" under musiklytningen, og det ser ud til, at han på flere punkter har kunnet profitere af dette. Desuden har P ved mange lejligheder genkendt sider og problemstillinger ved sig selv via interaktion med de andre gruppemedlemmer og efterhånden fik gruppen stor betydning for P - hvilket bl.a. afspejles i den tilfredshed om deltagelse i terapien, han giver udtryk for ved sidste session.

Efter min opfattelse har det også været væsentligt, at P i de mentale billeder har været i stand til at danne relevante forsvarsmanøvrer, hvilket jeg anser som et skridt mod modning. Desuden refererer P flere gange direkte til musikken, som synes at have haft både en strukturerende og understøttende effekt. Musikken har også virket som stabiliserende faktor f.eks. i session (7) og (12). Det anvendte musikstykke var i begge tilfælde Pachelbels "Canon i D", som er kendt for sin meget regelmæssige melodiopbygning. Stykket har f.eks. en gennemgående basostinat og kaldes af mange musikterapistuderende og GIM studerende for "symaskinestykket". p.gr.a. regelmæssigheden. Det er sandsynligt, at stykket har haft en direkte temporær konsoliderende, psykosomatisk effekt på P, hvilket hans affektive og billedmæssige respons synes at bekræfte.

Alt i alt synes P at have haft glæde af forløbet, og erfaret, at det er muligt og tilladt at markere sig i en gruppe og opnå kontakt med andre i en gruppe, hvilket var hans primære mål for terapien.

Kapitel 9: Restituerende faktorer hos de fire valgte patienter

Kapitlet indeholder en generel karakteristik af de fire udvalgte patienters materiale ud fra min analysemodel. Jeg vil desuden diskutere teoridannelse ud fra kategori V: forsvarsaspekter og inddrage eksterne teoretiske synsvinkler i forhold til Kategori VIII "Metaforer" ud fra metaforens rolle i en narrativ kontekst.

Jeg vil herefter påpege udviklingstendenser i terapiforløbet med udgangspunkt i patient Cs case i forhold til teori om udviklingsfaser i gruppemusikterapi (Eckhoff, 1996) og patient Bs case ud fra ORT, idet jeg mener at disse to patienters materiale tydeligst angiver udviklingstendenser ift. de nævnte teorier.

Sammenfattende Karakteristik:

Kategori I: Kognitive aspekter

A:

I a. Selverkendelse: 19 (der lå noget bag og ulmede, frustrationer og svigt) 26 (griner med de andre i gruppen, når han bruger sin "åbningsbemærkning") 28 (svært at sige noget om sig selv)

I b. Aktiv indsats/bestræbelse på at løse problemer: 14,15 (passer værkstedet, kommer op af sengen, møder til tiden i gruppen) 22 (positivt samvær med medpatienter) 25 (vil gerne dyrke mere sport)

I c. Oplevelse af samling eller strukturering af selvet: 17 (er aktivt engageret i de mentale billeder)

19 (ønskedrøm og kerneproblem bragt sammen) 28 (pige i fantasien bliver forvandlet til gruppen)

B:

I a. Selverkendelse: 8 (må arbejde med barndom - kan ikke udholde sig selv og tager derfor stoffer) 11 (billede på hendes situation) 12 (den må være helt gal med mit hoved) 14 (svært at hoppe over (barndommens) mur) 17 (ved ikke, hvordan man skal være voksen) 18 (bliver nemt såret) 22 (har fortrængt 10 år af sit liv)

I b. Aktiv indsats/bestræbelse på at løse problemer: 21 (ønsker at bearbejde mere)

I c. Oplevelse af samling af selvet: 12 (krop som lille pige, ansigt som voksen) 17 (har fået det bedre - kan tænke igen) 20 (husker ting som hun har dulmet) 22 (tanker om 10års fortrængning)

C:

I a. Selverkendelse: 1 (stort tab at miste venner) 3 (angst for andre mennesker, f.eks. dem i gruppen) 9 (angst for noget nyt) 14 (nødt til at være noget mere åben) 15 (angst for at sige, hvad der dybest set rører ham) 16 (har bearbejdet tunge tanker) 18 (erkender at han har brug for hjælp) 25 (presser sig selv for hårdt) .

I b. Aktiv indsats/bestræbelse på at løse problemer: 6 (konfrontation med "døden") 15 (hakke mod muren) 16 (går gennem torne) 21 (tænker ikke så meget - springer mere ud i det) 25 (beslutning om at tale om problem fra barndommen) 28 (tog selv af sted til byen, klarede turen fint)

I c. Oplevelse af samling eller strukturering af selvet / Egostyrkelse: 18 (integrerer oplevelsen fra kirkegården) 19 (nedskrevet materiale) 22 (glimtvis vrede medfører større nærvær) 28 (ingen selvmordstanker) 30 (strukturere, bygger op) 31 (styr på tankerne) 31 (er sur, men lader sig ikke slå ud)

P:

I a. Selverkendelse: 3 (giver sig sjældent hen) 3 (usikkerheden startede med hash) 5 (magter ikke parforhold) 8 (konfliktkyhed medfører ensomhed) 14 (reagerede tidligere med trods)

I b. Aktiv indsats/bestræbelse på at løse problemer: 4 (vil gøre sin mening gældende) 14 (lyst til at arbejde).

I c. Oplevelse af strukturering eller samling af selvet/egostyrkelse: 12, 14, 15, 16 (bliver ikke så let slået af pinden) 14 (mere modent forsvar) 15 (genrelatering til andet køn) 18 (bearbejdning af aktuel konflikt)

Kategori II: Refleksioner:

A:

II a. - i forhold til aktuel selvoplevelse:

14 (angst for ensomhed efter udskrivelse) 17 (jeg plejer ellers ikke at dagdrømme) 22 (lava og ild er lig med helvede) 23 (vil gerne spille mere fodbold selv)

II b - i forhold til personlig historisk baggrund: 8 (forsømt i barndommen) 10 (bedsteforældrene tog sig af ham - lærte ham at cykle) 15 (har også haft positive oplevelser i barndommen) 19 (moderen har svigtet i barndommen)

B:

II a - i forhold til aktuel selvoplevelse: 2 (har ikke noget sted at være - er det p.gr.a. manglende tryghed?) 3 (nervøs for at være i fokus/ er ofte tilskuer) 4 (misundelig på sin søster - holdt udenfor af faderen) 6 (hende selv i kisten ?) 10 (tanker om ildebrand fra

sidste session) 10 (tanker om mørket betyder at dø ?) 13 (tolker billeder om tomrum, siv og en farvestrålende fisk) 17 (barnligt at skære sig) 18 (har svært ved at henvende sig til andre) 19 (tænkt på stenen fra sidste session) 23 (billede relateret til stoffer) 24 (jeg brokker mig altid - siger det med et smil) 28 (tanker om forløbet og betydningen af skarpheden af billedet fra forældrenes have)

II b. - i forhold til personlig historisk baggrund: 5 (skulle 20 år tilbage for at finde billede af tryghed - i bedsteforældrenes have) 8 (forkaster billeder fra fortiden) 12 (de sidste 10 år er spildt) 14 (svært at hoppe over (barndommens) mur) 15 (beskyttede moderen og fik de bank hun skulle have haft) 19 (hjælpen kommer for sent) 22 (har fortrængt 10år af sit liv)

C:

II a. - i forhold til aktuel selvoplevelse: 2 (underligt, hvad musik kan bringe op) 3 (cykel på h. side) 4 (hvad synes de andre i gruppen om ham, når han fortæller om selvmordstanker) 6 (tanker fra sidste session) 8 (reflekterer over kassen) 9,10 (kassen som billede på hans situation) 16 (tænker tit på billederne fra MT - er nu ude af banankassen) 16 (kan betale sig at gå gennem tjørnekraattet - tisse op af træet er en manddomshandling) 19 (svært at tænke på de sidste fire år) 21 (tænker ikke så meget - springer mere ud i det) 22 (to modsætninger) 30 (genoplever situationer fra terapien) 26 (beslutning om at leve) 29 (ham som svane) 30 (genopleve situationer fra terapien).

II b. - i forhold til personlig historisk baggrund: 5 (rolle som roligt barn, der altid havde overblik) 12 (mærker følelse af lethed i kroppen som han har været uden kontakt med i lang tid) 19 (aldrig talt om følelser i familien) 25 (problem siden barndom)

P:

II a. - i forhold til aktuel selvoplevelse: 1 (tænker over tilværelsen) 2 (ikke isoleret, hjælp fra andre) 4 (reflekterer over en følelse af sorg) 8 (vil gerne i modsætning til tidligere vise humørsvingninger) 14 (lyst til at arbejde) 15 (alene efter samtale og refleksion over sidste session) 19 (forholdet til andre) 22 (afsked med gruppen) 24 (savner liv - er opmærksom på at tale om tema om nærhed contra distance)

II b. - i forhold til personlig historisk baggrund:

3 (gymnasietiden) 6 (har altid været tilskuer) 8 (puberteten) 11 (tvangsindlæggelsen) 14 (møde med barndomsven)

Karakteristik af kognitive aspekter:

I det følgende afsnit har jeg forsøgt at sammenfatte karakteristiske træk ved de fire patienters oplevelser under de første to kategorier. Kategori I - Kognitive aspekter og kategori II - Refleksioner.

Kategori I a: Selverkendelse handler typisk om:

- Følelsesmæssig indsigt
- Patientens baggrund, selvopfattelse, forsvar og andre mennesker.

Kategori 1 b: Aktiv indsats/bestræbelse på at løse problemer indeholder udsagn, som omhandler:

- forbedret dagsrytme
- øget ansvarlighed
- aktivitet i fritiden
- selvrealisering og problemkonfrontation

Kategori I c: Oplevelse af strukturering eller samling af selvet omhandler:

- integrationstendenser mellem forsvar og aktuel real situation
- kropskonfigurering
- styrkelse af selvopfattelsen
- øget selvkonstituering
- øget selvkontrol
- indsigt i aggressionsforvaltning.

Kategori II a: "Refleksion ift. aktuel selvoplevelse" indeholder typisk:

- tolkning af billeder, følelser og kropsoplevelser
- refleksioner mellem sessionerne
- udtalelser om musikkens funktion
- refleksioner over forholdet til de andre i gruppen
- bevidsthed om grænsesætnings spørgsmål samt
- karaktertræk ift. adfærd.

Kategori II b: "Refleksion ift. personlig historisk baggrund" indeholder:

- tolkning af barndomsoplevelser afvisning af fortiden, samt
- tanker og emotionel indsigt om fortiden i forhold til nuet.

Hvis man kigger på pt. A fremgår det, at han i alt kategori I +II langt overvejende har haft "scoringer" i sidste halvdel af hans terapiperiode, og at de scoringer, der ligger i første halvdel kun kommer fra kategori II b: Refleksioner ift. historisk baggrund. Nedenstående model viser As "scoringer" i kategori I og II.

As udsagn i Kategori I a+b+c og kategori II a+b+c:

| | | | | | | | | | | IIb | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|---|-----|---|-----|---------|-------|-----|----|----|-----|-----|--------|----|-------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | | | IIa IIb | | IIa | | Ia | | IIa | | | | Ia | | | | | | | | | | | | |
| | | IIb | | IIb | | Ib Ib | | Ic | | Ic | | Ib IIa | | Ib Ia | | Ic | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| <u>sess. nr. →</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Det fremgår af anamnesen og fra As udsagn i begyndelsen af terapien, at han ikke vant til at tale om sine problemer, og det er derfor terapeutisk tilfredsstillende, at han i sidste halvdel af forløbet tiltagende reflekterer, fortæller og handler på sin situation, hvilket understreger en udviklingstendens.

En lignende kvantitativ "graf" for de tre øvrige patienter ville vise, at de i højere grad har haft udsagn fordelt over hele terapiforløbet, dog generelt med en vis overvægt i sidste halvdel af forløbet. Som eksempel herpå ser en grafisk afbildning af alle fire patienters udsagn under punkt I c: Oplevelse af samling eller strukturering af selvet/egostyrkelse, således ud:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|---|---|---|---|---|-------|---|-------|----|----|----|----|----|-------|----|----|----|------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | | | | | | | | P | | P | | B C C | | C | | | | C | | | | | | | | | | |
| | | | | B | | P P P | | A P A | | B | | B | | | | A | | C CC | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| <u>sess. nr. →</u> | | | | | | | | | | | | | | | | ↑ | | | | | | | | | | | | | | |

Som det fremgår er der tendens til flest "scoringer" i sidste halvdel af forløbet.

Kategori III: Emotionelle aspekter:

A:

a. - Følelser knyttet til håb eller bedring: 7 (føler glæde ved genforening mellem forestillede mænd og kvinder der danser) 8 (tør fortælle mere om sig selv) 11 (fortæller spontant som den første i gruppen) 22 (længsel efter kæreste) 27 (har vænnet sig til tanken om nyt bosted)

b. - Andre følelser/følelsesmæssige skift: 1 (nød musikken, der var utrolig smuk) 3 (hyggelig stemning i bjælkehytte) 4 (følelse af frihed som ørn) 9 (rolig stemning - sætter utrolig pris på den) 14 (følelser ifm. sol og regn på slot) 18 (sørgmodighed) 26

(bekymring/bekymringsfri) 28 (nyder den fredfyldte stemning)

c. - Evne til at rumme ambivalente følelser: 6 (oplever begravelsesstemning, uden det virker tyngende) 18 (begravelsesstemning: sørgmodigt, men også godt nok) 24 (kan bære at mærke sørgmodige følelser)

B:

a. Følelser knyttet til håb eller bedring: 2 (længsel efter et smukt sted, hvor hun kan føle sig hjemme) 4 (tilhørsforhold til gruppen) 6 (musikken bragte oplevelse af forår) 11 (ståsted på strand) 18 (begravelse ved vandet) 21 (ståsted på afd.) 23 (bøgeskov) 25 (skjult ønske om at stifte familie) 27 (historien slutter ikke her) 28 (positiv respons til gruppen)

b. Andre følelser/følelsesmæssige skift: 6 (opmuntring/håbløshed) 8 (forfærdelig følelse) 12 (selvsikker/trist) 15 (opgivende) 16 (smuk sol og måger, god følelse) 17 (dejligt/at ville væk)

c. Evne til at rumme ambivalens: 19 (blomster er sorte, men ikke visne) 20 (lys bøgeskov/sorg) 21 (både positive og negative følelser ift. barndomshjemmet)

C:

a. - Følelser knyttet til håb eller bedring: 10 (brikkerne passer) 15 (godt at få formuleret sine problemer og få oplevelser under lytningen) 16 (mere mod på livet) 18 (smiler og ler under fortællingen) 19 (samtale med niece) 30 (bygger op og strukturerer) 31 (styr på tanker)

b. - Andre følelser/følelsesmæssige skift: 1 (positiv genoplevelse/venner) 2 (positiv genoplevelse/fader) 2 (ubehag ved fundet af en død mand) 7, 13,22 (positiv genoplevelse/bedsteforældre) 11 (sørgmodighed) 12 (positiv genoplevelse/ fri i kroppen) 16 (skønhed i park) 17 (angst på kirkegård) 19 (bliver næsten overvældet) 22 (tryghed og angst) 28 (er ved at græde)

c. - Evne til at rumme ambivalens: 28 (både glad og ked af det)

P:

a. - Følelser knyttet til håb eller bedring: 1 (håb om bedring) 4 (håb for fremtiden) 5 (håber at terapien kan hjælpe) 7 (indrette sig i bofællesskab) 11 (hjælper at tale om usikkerheden) 12 (glæder sig til næste sommer) 13 (håb for fremtiden) 14 (håb om bedring via beskæftigelse) 16 (oplivet - vil gerne tage del i livet)

b. - Andre følelser/ følelsesmæssige skift: 1 (opgivende - håb) 3 (hengivelse) 4 (tristhed -

håb) 5 (grådlabil) 8 (dystert - lyst) 12 (glæde) 14 (gode oplevelser med ven) 18 (vrede, gråd) 22 (usikkerhed ifm. afslutning i gruppen).

c. - Evne til at rumme ambivalens: 8 (dystert og lyst, rart) 19 (både positive og negative følelser ift. forældre) 22 (lytter til afd. argumenter/siger selv nej til bofællesskab).

Sammenfattende kommentarer til kategori III: Emotionelle aspekter

Kategori IIIa "Følelser af håb eller bedring"

- indeholder udsagn med følgende karakteristika:

- konkrete meldinger om bedring
- længsel efter tryghed eller en partner
- håb om bedring via beskæftigelse eller andet øget engagement i tilværelsen
- uspecificerede håb for fremtiden i forholdet til andre mennesker, herunder at dele oplevelser med gruppen, at terapien kan hjælpe, at "livet er værd at leve" og at "livet går videre".
- håb ift. samling af kroppen, oplevelse af "en platform at arbejde ud fra"
- genforening af det maskuline og det feminine
- håb om bedring gennem at turde fortælle om sig selv.

Disse håb for fremtiden kan for alle fire patienters vedkommende ses i forhold til deres anamnese, hvor det tydeligt fremgår, at de på forskellig vis havde mistet håbet om et rimeligt liv som følge af deres psykose.

Af de i alt 74 udsagn (fra de 4 patienter) jeg har placeret under "emotionelle aspekter", er cirka halvdelen af udsagnene udløst af, eller forbundet med, musikken, mens en overvejende del af de resterende udsagn er knyttet til billeddannelsen med musikken som mulig interagerende faktor. Dette fortæller noget om musikkens rolle i terapiforløbet, hvilket jeg vil uddybe under kategorien "direkte referencer til musikken".

Af de i alt 28 udsagn fra de 4 patienter jeg valgte at placere under kategorien håb, var halvdelen knyttet direkte eller indirekte til musikken, eller udløst af oplevelser under musikken. Musikken var ofte medvirkende til, at patienterne etablerede eller kom i kontakt med følelser, som bragte håb. Musikken var direkte eller indirekte årsag til at der skete en "trancending af øjeblikket", således at patienten oplevede nye perspektiver (f.eks. pt. P session 1 + 14 og pt. A session 1, 3, 4.). Der er derfor ofte en sammenhæng mellem håbsfølelser og musikken. Læses

kategorien "Følelser af eller relateret til håb" horisontalt ud fra patient P, HJ og B ses en tydelig udviklingstendens. Håb for fremtiden og bedring bliver undervejs i forløbet kombineret med tilknytning til gruppen og handlepotentialer i livet. Denne udviklingstendens ses også hos A - mest udtalt hvis man kombinerer følelser af håb med andre signifikante følelser.⁶³

Kategorien IIIb "Andre følelser/følelsesmæssige skift "

- er kendetegnet ved:

- æstetiske oplevelser ud fra musikken
- stemninger i billederne - værdsættelse af bestemte følelser, positive og negative følelser, f.eks. i forbindelse med skift mellem nærhed og afstand, og følelser vedrørende selvopfattelsen og forholdet til andre mennesker.

Kategori IIIc: "Evne til at rumme ambivalens"

- er kendetegnet ved udsagn vedrørende:

- at tåle at opleve melankoli, at rumme modsatrettede følelser, f.eks. at kunne være både glad og ked af det - samt
- at kunne rumme forskellighed i synspunkter.

Da evnen til at rumme ambivalente følelser kan ses som et tydeligt udviklingstegn, har jeg grafisk afbildet alle fire patienters udsagn i denne kategori, og som det fremgår af nedenstående, er der ligesom afbildningen af kategori I c "oplevelse af samling eller strukturering af selvet", her tendens til, at udsagnene kommer i sidste halvdel af terapien, hvilket understøtter, at der sættes en positiv forandringsproces i gang i løbet af terapien. Af de i alt elleve udsagn, er de fem forbundet til oplevelser, hvor pt. direkte omtaler musikken, og tre til hændelser i billeddannelsen, hvor musikken kan tænkes som mulig interagerende baggrund. Nedenstående figur viser placeringen af disse udsagn i terapiforløbet.

Udsagn fra Kategori III c: "Evne til at rumme ambivalens":

P

⁶³ Samstemmende forhold imellem kategorierne benævnes som aksial kodning i Grounded Theory. se afsnit om GT under kapitel om forskningsorientering.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| A | P | | | | | | | | | | | | | | | | | | A | B | B | B | P | A | | | | | | C |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| <u>sess. nr. →</u> | | | | | | | | | | | | | | | ↑ | | | | | | | | | | | | | | | |

Uddybning af kategori IIIa: Følelser forbundet med håb eller bedring

Jeg ønsker at uddybe mine kommentarer til denne kategori, fordi håb er et centralt begreb, i forhold til udbytte af terapiforløb (Yalom 1985, Aldrigde 1996)⁶⁴, - ikke mindst hos psykotiske patienter.

Som det fremgår af anamnesen, er de fire udvalgte patienters symptomer i stor udstrækning forbundet med manglende livslyst, og truende selvmordstanker. De havde opgivet at få deres liv til at hænge sammen og havde ingen eller kun negative forventninger til fremtiden. Kast⁶⁵ (1991) kæder forventning, længsel og håb sammen i et emotionsfelt. Et kontinuum i et følelsesområde, hvor åbenheden øges således, at håbet er den mest åbne og interpersonelt rettede faktor. Kast beskriver håbet som angstens modpol. Ligesom angst er håb rettet imod fremtiden, og dermed forestillingen om, hvordan man kunne ønske sig, at ens liv skulle forme sig. I terapien fortæller patient B i begyndelsen af forløbet, at hun befinder sig i en håbløs situation, og at hun er fyldt med destruktive tanker og fantasier. Senere nævner hun, at hun er glad for at vi ønsker at hjælpe hende, men at det er for sent, skaden er sket. Overfor så massiv destruktiv selvopfattelse, er det nødvendigt at kigge efter selv små tegn på håb.

⁶⁴Yalom (1985) angiver at "installation of hope" er en af de væsentligste kurative faktorer i psykoterapi. Yalom er psykoanalytiker og professor på Stanford University. Yalom har skrevet flere bøger om psykoterapi, bl.a. *The Practice and Theory of Group Therapy*, hvorfra udsagnet er uddraget.

David Aldrigde skriver også om håbets betydning i kapitel 10: "Hope meaning and Music Therapy in Treatment of Life Threatening Illness" i bogen *Out of silence* (1996). Aldrigde er professor for Kliniske Forskningsmetoder på Institut for Musikterapi på Herdecke Universitet i Tyskland.

⁶⁵ Verena Kast er uddannelsesanalytiker på C.G. Jung Instituttet i Zürich og professor i psykologi på Universitetet i Zürich. Flere af hendes bøger er oversat til dansk og svensk. Ovennævnte citater er fra bogen *Glädje, inspiration, hopp*(1994)

Små tegn på håb dukker op i hendes billedhistorier, f.eks. sørger hun med gruppen (19), hvilket indebærer længsel efter heling, og i en af de sidste sessioner siger hun, da hun sejler af sted i en lille beskeden båd at: *historien slutter ikke her* – hvilket jeg anser som et fremtidshåb, og i den afsluttende session “kigger hun efter solen” - som efter noget hun savner. Kast (1991) skriver i bogen “ Glädje, Inspiration, Hopp” i svensk oversættelse s. 122:

Hoppet har at göra med att vi inte bare är eller har blivit till, utan att vi alltid också bliver till. Så länge vi lever har livet denne fremtidsdimension. Det kan inge os angst eller fylla oss med hopp. Hopp bruker innebäre tröst: “Jag har fått tröst genom att jag aner något bättre någon gång i framtiden.

Kast skriver, at håbet er den vigtigste funktion med hensyn til at give os tryghed i livet, og refererer til Eriksons (1966) begreb grundtillid (“Basic Trust”), og nævner, at mennesker som har grundtillid, generelt også har mere håb. Dette er et centralt punkt for mine patienter, idet de alle på et tidspunkt har mistet den grundlæggende tillid, men bl.a. i terapien forsøger at bygge nye broer og (gen)strukturere sig selv. Men hvordan så med en kritisk forholden sig til håbet. Hvornår er fantasien en illusion og ikke en vision? Efter min opfattelse beror dette på konteksten, hvori håbet indgår. Spændingsværdien og spændingsfunktionen er centrale faktorer i udviklings- perspektivet. Skaber håbsfølelsen positiv drivkraftsfølelse i kroppen, eller er der blot tale om en illusorisk drømmetilstand, hvor patienten distancerer sig yderligere fra omverdenen.

Med andre ord er spørgsmålet, hvornår patientens kontakt med fantasien medfører en øget tilbagetrækning til et autistisk univers, og hvornår fantasierne rummer kimen til øget selvrealisering. I mit materiale er det sidstnævnte tilfældet når patienterne (og terapeuterne) undrer sig over metaforiske udsagn, og mærker den metaforiske spændingstilstand. (f.eks. Pt. C: cyklen på v. side i tredje session og hans oplevelse på kirkegården i syttende session, som satte voldsomt gang i HJs indre proces.)

Det, at det metaforiske billedsprog bringes ind i et terapeutisk rum, giver desuden mulighed at forstå og fastholde patientens situation i sammenhæng, og dermed at kunne følge regression og progression på nært hold. F.eks. er As ønskedrøm om at være en “respekteret maskinmester, som sejler på de syv have” dels udtryk for en idylliseret almen drengefantasi (som A er bevidst om er en fantasi), og dels en illusion i den forstand, at A nok ikke får mulighed for at realisere denne drøm,

hvilket A også synes at være klar over. Alligevel indeholder ønskedrømmen/dagdrømmen elementer, som kan realiseres og bibringe ændring i As liv. Hermed mener jeg behovet for selvrespekt og en meningsfuld tilværelse. At A bliver (gjort) opmærksom på, hvordan han realistisk set kan arbejde for at genopnå større selvrespekt i samspillet med andre og i daglige gøremål – og at vi, som terapeuter, er opmærksomme på As signaler. En ønskedrøm eller dagdrøm kan således indeholde både illusoriske og visionære elementer.

Kreative terapiformer såsom metaforisk psykoterapi fokuserer på muligheden af ikke kun at udtrykke patologier, men også at udtrykke potentialer. Aldridge (1996) skriver at:

This tension between what we have become, and what we are becoming, can be reconciled within the context of the aesthetic as a created form. This is the meaning behind the aesthetic where the negative sign is transformed by the act of creation into the positive

- hvilket i GIM terapi er forestillingsudvikling under musiklytning. F.eks. kan man forestille sig, at oplevelser, der i begyndelsen af et terapiforløb anskues som illusioner, senere i forløbet forandrer karakter, og derved kommer til at indeholde visioner også. Aldridge skriver videre at (s. 228 ff.) at

The true meaning of hope is that of an inclination towards something which we do not know. There is a longing for the unknown. We are all waiting for a change - even if it's a material change of circumstance - and this expectation is hope. Such hope cannot be touched, and often not understood; it is an attainment that may be described as beyond happiness and above death.

I musikterapi med terminal patienter skriver Aldridge videre at:

Music therapy, with the potential for bringing form out of chaos, should offer hope in situations of seeming hopelessness, and therefore a means of transcendence. This idea of transcendence (is) .. the ability to extend the self beyond the immediate context to achieve new perspectives... Even in the midst of suffering it is possible to create something that is beautiful. This aesthetic expectation of self-in-relationship is positive - it is hope made manifest.

Selvom citatet omhandler målgruppen terminalpatienter, kan udsagnet indbefatte mine patienter, der ligeledes i stor udstrækning havde mistet troen på forandring. Aldridge angiver videre (s.229 ibid.) en model for "Dimensions for fostering hope", hvori Aldridge beskriver dimensioner af håb i en musikterapeutisk kontekst. Nedenstående illustration viser denne model, hvor aspekter vedrørende den interpersonelle kontekst og musiklytning naturligvis er relevant i nærværende project.

| <i>Dimension of hope</i> | <i>Music therapy context</i> |
|---|---|
| interpersonal context, relationship with others | therapeutic relationship |
| beliefs and cognition, identifying attainable aims | |
| spiritual base | uplifting music, the traditional role of sacred music, transcending the moment |
| personal attributes | being creative, being musical |
| light-heartedness | play in therapy |
| uplifting memories | listening to music, playing and singing remembered songs |
| affirmation of worth | activity of mutual music making |

Ved stædigt at fastholde håbet og inspirationen ved håbet, viser patienten også en evne til udholdenhed. At forandring er mulig. Denne evne kan sammenlignes med trods, og ses f.eks. når mennesker, som har overlevet livstruende omstændigheder f.eks. at være "levende begravet", udsat for tortur eller ophold i koncentrationslejre, fortæller, at de vedholdende havde forestillinger om forskellige grader af utopiske håb, og at en stædig fastholden af disse håbsfantasier hjalp dem med udholde smerten og overleve i det hele taget. Den kreative tanke bliver vanens (fængslet eller koncentrationslejrens, eller bare den almene indgroede vanes) modstander. Jf. temaet i Benignis film "La Vita e Bella", hvor hovedpersonerne udholder et ophold i en tysk koncentrationslejr under 2. Verdenskrig ved kontinuerligt at bruge fantasien.

Håb er ofte forbundet med glæde. Dette ses f.eks. når Pt. P i forbindelse med en forestillet naturoplevelse mærker en følelse af glæde, han ikke har mærket længe. Session (12). Han får meget lyst til at være på stedet, hvor han oplevede følelsen i virkeligheden, og glæder sig til næste sommer. I nuet får P en uventet kropslig oplevelse af vitalitet: Noget nyt bliver muligt, og det virker et øjeblik, som en løftestang i forhold til hans udtalte depressive, opgivende orientering i livet. Oplevelsen er virkelighedsnær og har dermed en inspirerende indvirkning på gruppen, og i øvrigt bemærker jeg, at musikken måske har været den faktor, som har banet vejen til glædesfølelsen. Om glædesfølelser skriver Kast at: *Emotionerna glädje och inspiration låter oss alltså sällan vara isolerede utan drar oss in i många slags sammenhang med andra*, og Kats pointerer dermed at glæde, inspiration og håb er ligeså vigtige for forståelsen af menneskets natur som angst og sorg.

Kategori iv: Interpersonelle aspekter

IV a. Interpersonelle input og interaktion

A:

2 (mere opmærksom på de andre efter lytning) 8 (positiv respons til terapeuterne og gruppen) 9 (på moster og onkels gård) 10 (skovtur med bedsteforældre) 15 (med mormor og morfar på restaurant i barndommen) 19 (svigt fra moderen) 21 (savne guidningen) 22 (vil være sammen med de andre fra afd.) 8 (forestillet kæreste – savner kæreste) 27 (forhold til et andet gruppe medlem vedr. grænser) 28 (gruppen optræder i billedet)

B:

3 (synes faderen er en hustyrant) 4 (tilhørsforhold til gruppen) 7 (skitur med fader) 8 (væk fra fader) 10 (tilhørsforhold til gruppen) 14 (fader hælder vand på hende) 15 (forestilling om forældrene ved gravsted, hvor B er begravet) 15 (forhold til moderen "fik de bank hun skulle have haft" - føler sig "set" af terapeuterne) 19 (positiv respons til gruppen) 21 (opgør med fader) 22 (forhold til søsteren - angst for afvisning) 24 (føler sig hørt og taget alvorligt i gruppen) 25 (kommenterer en andens oplevelser indgående) 26 (forhold til kontaktperson) 26 (gruppens positive betydning - tager imod tolkning fra coterapeuten) 28 (feed-back til gruppen og coterapeuten).

C:

1 (venner) 2 (fader) 3 (angst for de andre i gruppen)
 4 (hvad synes de andre i gruppen om ham, når han fortæller om selvmordstanker) 5 (rolle som stille i familien som barn) 7, 31 (forhold til musikterapeuten) 7 (angst for at miste faderen) 7, 13, 21, 22 (bedsteforældre) (8), 9, 10 (gruppen) 8, 12, 19, 23 (forældre (familien) og i 23 også lillesøster) 14 (åben/lukkethed overfor andre mennesker) 15 (lidt mere tillid til gruppen) 18 (viser nedskrevet materiale om selvmord til personalet) 19 (niece og positivt forhold til søster) 21 (pige fra gruppen) 23 (to fra gruppen adskilt fra dem)
 24 (brudevals m. pige) 26 (svigtet af familien, der ikke besøger ham) 27 (forhold til kontaktperson) 29 (i byen med medpatienter) 29 (mad fra afdelingen – er en svane)
 30 (afsked med mig, gruppen og kontaktperson) 31 (forhold til forældre, mig og gruppen)

P:

1 (kan også være humørsvingende, som anden pt. i gruppen) 2 (hjælp fra hospitalet) 4 (forestillet pige) 4 (forhold til forældre i ungdomsårene) 6 (reflekterer på anden pt. s udsagn om at være i fængsel hele tiden) 7 (kanotur med afd.) 7 (forhold til dominerende forældre) 8 (refleksioner over det at være i gruppen) 9 (sejltur med forestillet pige)

10 (anerkendende bemærkning til gruppemedlem) 11 (taler med gruppemedlem om, hvordan de gensidigt oplever hinanden) 12 (taler om tema i gruppen) 14 (positiv refleksion til barndomsven) 18 (skændes med afd.) 19 (positivt samvær med familien) 20 (kanotur med afd.) 21 (køber ind med tidl. kæreste – nye kontakter samt reetablering til familien) 22 (afsked med gruppen - “sige ja for at få fred” forhold til afd.) 25 (forholdet til andre, evt. gruppen)

IV b. Aggressionsforvaltning (herunder selvmordstanker)

A:

22 (indespærret i værelse, vil gerne bryde ud) 27 (kedsomhed som udtryk for irritation)

B:

5 (lyst til at skyde hovedet af sig selv - i forbindelse med skift til anden afd. - vrede mod faderen) 6 (hende selv i kisten) 9 (brænder sig selv) 12 (solen som destruktiv faktor) 15 (egen grav) 16 (skelet fra sidst) 17 (solen er truende – håndtering af vrede) 17 (vandledning skulle hakkes over) 18 (sten efter fugl) 19 (synes hun har ødelagt sit liv) 22 (genoplevelse af selvmordsforsøg) 24 (jeg brokker mig altid – siger det med et smil)

C:

3 (sort skov) 4 (selvmordstanker - flugt for undersøgelse) 5 (bidt af hund i forestillingsbilledet) 6 (møde med “døden”) 11 (selvmordstanker) 15 (kamp mod mur) 16 (går gennem torne) 17 (på kirkegård) 18 (høvding – kontrol) 19 (kritiserer forældre) 20 (frygt for at rumme et uhyre) 22 (på kirkegård) 23 (adskillelse fra gruppen – angst for at dø) 26 (“for og imod døden”) 27 (vred på kontaktperson p.gr.a. opgave) 28 (vred og skuffet over personalet) 28 (togtur - ingen tanker om selvmord) 31 (strukturerer og bygger op)

P:

3 (usikkerhed overfor autoriteter) 4 (styret af forældrene som ung) 6 (reflekterer på anden pt. s udsagn om at være i fængsel hele tiden) 8 (konfliktskyhed grund til ensomhed) 18 (skændes med afd.) 22 (sige ja for at få fred)

Karakteristik - kategori IV: “Interpersonelle input” og “aggressionsforvaltning”

Hvis jeg efter første gennemlæsning af mine field-notes skulle placere patienterne i forhold til hinanden ud fra et konfliktperspektiv i forhold til interpersonelle

relationer, ville jeg placere P og C tættest på hinanden og A og B som yderpunkter. Det var mit umiddelbare indtryk at Bs materiale indeholdt meget konfliktstof, og A næsten ikke direkte præsenterede konflikter, mens C og P i forholdet til andre havde både udsagn, som indeholdt konfliktmateriale, og udsagn som ikke indeholdt konflikter. Dette billede understøttes af deres udsagn i kategorien "Interpersonelle input" og "aggressionsforvaltning".

Ved sammenligning af kategori IV : Interpersonelle input og signifikant interaktion fremgår det, at As udsagn kun en enkelt gang indeholder konfliktfyldt materiale, mens cirka en fjerdedel af udsagnene hos P rummer konflikter. Hos C udgør udsagn med konfliktindhold cirka halvdelen, mens Bs udsagn i alle tilfælde, på nær referencer til gruppen, indeholder konfliktmateriale. Der er således stor spredning set udfra denne synsvinkel, og denne tendens fortsætter og afspejles også i kategori IV b om aggressionsforvaltning.

Med hensyn til udsagn, som indeholder interpersonelle relationer, har A i alt 10 udsagn, hvoraf de 6 er placeret i sidste halvdel af terapien. Der er således for A, ligesom i kategori I+II: "Kognitive aspekter", en overvægt af "scoringer" i sidste halvdel af terapien. Dette gælder ligeledes for B, der også gradvist har flere udsagn af interpersonel karakter i sidste del af terapien, nærmere bestemt 6 i første halvdel og 11 i anden halvdel. Pt. P har i alt 19 udsagn jævnt fordelt over hele forløbet og pt. C har flest referencer - i alt 29 - også fordelt over hele forløbet. Selvom man naturligvis ikke kan sige noget entydigt om betydningsindholdet i udsagnene, som også kun vanskeligt kan sammenlignes kvalitativt, er det alligevel relevant at stille spørgsmålet om C - der kvantitativt har flest referencer af både positiv og negativ karakter - også har den bedste kontaktflade med andre mennesker og i videre forstand det bedste netværk. Min antagelse er, at Cs mange (nuancerede) interpersonelle referencer måske afspejler hans evne til at indgå i kontaktforhold med andre mennesker. Altså at kvantiteten til en vis grad også kan tænkes at afspejle kvalitative aspekter.

Kategori V: Forsvarsaspekter

Mht. til kategori V "Forsvarsaspekter" er der tilsyneladende mindre spredning end i den foregående kategori. Der er dog karakteristiske personlige træk og nuanceforskelle. I kategori V a : "Safe containers"/ beskyttelsesrum) har jeg

benævnt Bs "containere" som platforme (ståsteder) mens Ps "containere" overvejende er tænke/meditationsrum, og C og A har "sikre steder" og identificeringsobjekter som "containere". Mht. kategori V b "andre adækvate forsvarsmanøvrer", er der interessante forskelle. B synes at forsvare sig ved at lægge afstand til overvældende billedmateriale, især i begyndelsen af terapien, og dette træk ses også hos C.

Ps udsagn er karakteriseret ved måder at søge i sikkerhed på eller i ly af, mens næsten alle As udsagn har karakter af ønskedrømme. Det mest iøjnefaldende er, at A, som i kategori IVa: Interpersonelle Relationer kun havde et enkelt udsagn med konfliktfyldt materiale af meget arkaisk karakter i forsvarskategorien (Va), har mange ønskedrømmesekvenser, og jeg mener, at det kunne være interessant at undersøge om denne sammenhæng også ville vise sig generelt, hvilket kan være mål for ny forskning.

Va: Evne til at danne "beskyttelsesrum" / tænkerum:

A:

2 (bænk m. vinranke om) 3 (bjælkehytte) 4 (A som ørn) 7 (græsplæne omkranset af træer) 9 (hvidmalet jernbænk)

B:

4 (ståsted på klippe) 11 (ståsted på strand) 21 (ståsted på afd./ hospitalet)

C:

7, 13, 22 (bedsteforældrenes have) (8),9,10, (kassen) 18 (høvding) 25 (på bjergtop – rum til eftertanke)

P:

1 (lysthus som tænkerum) 16 (kirke) 17 (forestiller sig værelset i nyt bofællesskab) 18 (bil) 19 (guldfiskedam)

Vb: Evne til at danne andre adækvate forsvarsmanøvrer:

A:

7 (ønskedrøm om mænd og kvinder i have) 11 (idyllisk landskab) 12 (ønskedrøm om helikopter over junglen) 16 (ønskedrøm med vikinger) 17 (ønskedrøm om at være skøjtedanser) 18 (afstand til begravet person) 20 (ønskedrøm om A som maskinmester) 23 (ønskedrøm om kæreste) 25 (ønskedrøm om at være sammen med hjælpsomme indfødte på Hawaii)

B:

7 (skræmmende billeder/minder bliver tegneserieagtige) 9 ("brænder selv" for at kunne holde det ud) 14 (hopper over muren)

C:

2 (åbner øjnene for at orientere sig) 2 (nøjes med at annoncere et problem om et selvmordsbillede)

24 (brudevals med forestillet pige) 28 (forestiller sig at genopleve togtur i svær periode)

P:

8 (gå ud af tyngende følelse) 13 (søge sikkerhed langs hegn) 24 (gå ud i forårssolen) 25 (positivt tilbagetrækningssted)

Generel karakteristik af kategori V: Forsvarsmanøvrer

Sammenfattende, ud fra min placering af de fire patienters udsagn under kategorien Va ses, at et "beskyttelsesrum" eller "værested" (som jeg vil oversætte "safe container" til), dels kan være et forestillet eller konkret sikkert ståsted/platform f.eks. en klippeafsats, en have eller et lysthus (pt. 5, sess. 1) eller et refleksionsrum f.eks. en bjergtop (pt. 4, sess. 25). Et "beskyttelsesrum" kan også være et sikkert sted, som muliggør at patienten kan genopleve en vanskelig eller traumatisk situation med tilstrækkelig distance, som pt. 5 gør det i session 18, hvor han bearbejder en vanskelig situation, idet han i en bil (sikkerheden) ser forløbet i en vanskelig hændelse passere forbi udenfor. "Beskyttelsesrummet" kan også være et identifikationsobjekt i form af konfigurationer, som patienten midlertidigt identificerer sig med f.eks. "en ørn" - pt. B, sess. (4), eller "en høvding" - pt. C. Sess.(18).

En konfiguration af beskyttende karakter kan fremkomme mange gange i et terapiforløb - pt.C "bedsteforældrenes have" sess. (7), (13), (22), og kan også afbilde en udvikling, som det ses i "kassemetaforen" hos pt. C i sessionerne (8),(9),(10), og (16) - hvor patienten til sidst ikke har behov for kassens beskyttelse mere.

Kategori V b: "Dannelse af andre adækvate forsvarsmanøvrer"

- kan karakteriseres ved:

- Patienten "lægger afstand" til billeddannelsen ved f.eks. at gøre billederne

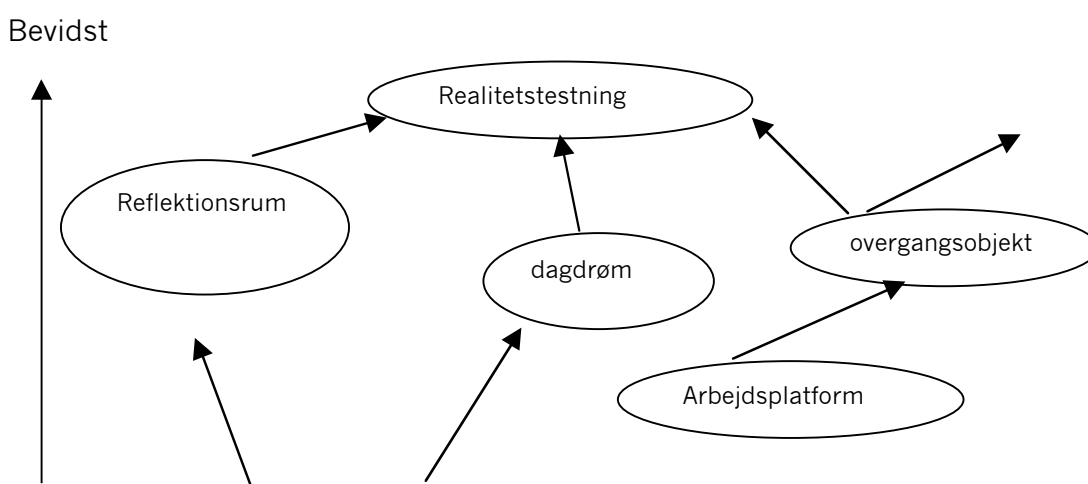
tegneserieagtige. Dermed bliver et for farligt/truende aspekt ved billederne afladet. (Pt.2 sess. 7, pt. nr.3 sess.18). Et helt konkret eksempel på afstand er at patienten åbner øjnene under lytningen for at orientere sig. (pt. 4, sess. 2)

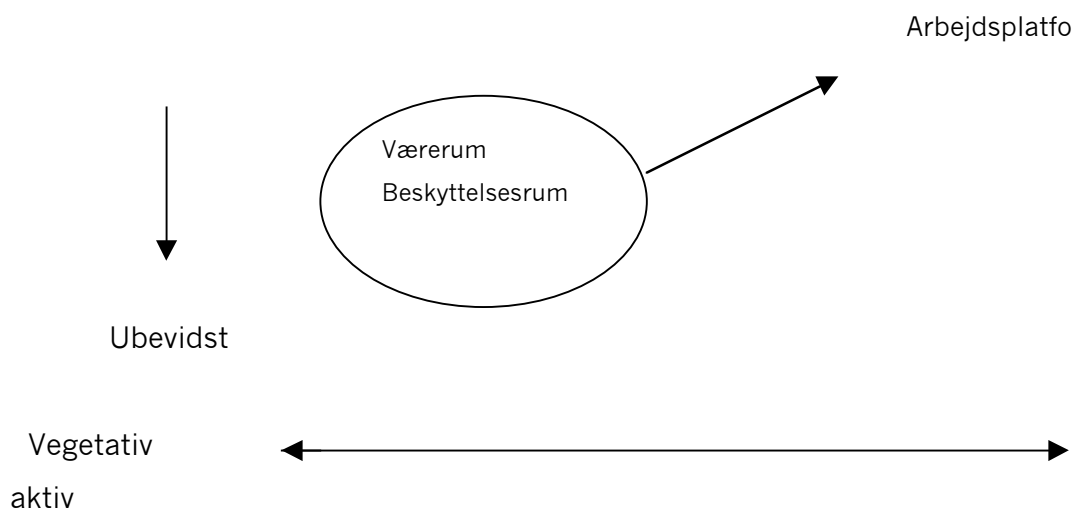
- Patienten i billedhistorien søger i sikkerhed eller beskytter sig selv på anden vis (pt. 5, sess. 13) eller at patienten bevæger sig fra udsatte steder til mere “nærende” eller sikre positioner. (pt. 5 sess. 8, 24).
- Billeddannelsen, som en måde til at “teste” sin indre konstitution på. F.eks. pt. 4 i session 28, hvor patienten i den mentale billeddannelse genoplever en togtur fra en svær periode, og erfarer, at han ikke får selvmordstanker.
- Afbildning af en ønskedrøm/dagdrøm som dels virker som bolværk mod en ubærlig følelse af lavt selvværd og dels giver information om patientens længsler og sætter patientens problematik i perspektiv.

Jeg konkluderer at billeddannelse og musiklytning i den skitserede gruppesetting kan føre til:

- Dannelse af indre “væresteder” eller refleksionsrum, som har en beskyttende eller restituerende virkning på selvet.
- Ståsteder som patienten kan operere videre fra - eller hvor pt. kan bearbejde svære oplevelser
- Redskaber til at lægge afstand til overvældende oplevelser
- En måde fantasien kan “realitetsteste” virkeligheden på
- Ønskedrømme/dagdrømme, som afbilder patientens længsler og perspektiverer patientens problematik

Hvilket jeg har afbildet i nedenstående model:





I sammenhæng med ovenstående kan dette lede til en teori om at billedannelse og musiklytning kan føre til:

- bearbejdelse af vanskeligt håndterbare emotionelle tilstande
 - fordi patienter projicerer deres egne følelser ind i musikken, og stemningsskift i musikken eller evt. verbal guidning bevirker at patienter ikke bliver fastlåste i et overvældende depressivt bevidsthedsstade.
- stabiliserende og samlende indflydelse på selvet
 - fordi musikkens dynamik, eksempelvis forudsigelig rytmisk struktur og enkel melodiføring, bevirker at patienten "læner" sig op af musikken og at musikkens strukturudvikling over tid virker som en sammenhængsskabende faktor, hvilket igen medfører, at patienten oplever sig selv som et samlet individ.
 - Fordi musikken over tid, og guidningen, er med til hjælpe patienten med at fastholde et fokus
- bane vej for håbsoplevelser
 - fordi musikkens påvirkning indvirker emotionelt på patienten, på en sådan måde, at patienten får øje på skjulte ressourcer i sig selv.

Teoretiske overvejelser om begrebet "forsvarsmanøvrer"

Det er vigtigt at påpege, at jeg ved begrebet "virksomme forsvarsmanøvrer" forstår

et dynamisk begreb anskuet ud fra konteksten. Forsvarsconfigurationer i billeddannelsen ændrer sig ofte i takt med patientens udvikling i terapiforløbet. Positive forsvarsmanøvrer er en måde at samle energi på, som ofte virker styrkende og beskyttende for selvet. En opbygning af modstandskraft, som muliggør bearbejdning og erkendelse, og også har en jeg-styrkende og afgrænsende effekt. Virksomme forsvarsmanøvrer er også værn mod ubærlige følelser. I billeddannelsen konfigureres disse værn i en dynamisk sammenhæng, hvor forsvarsmanøvren er et nødvendigt skridt, som muliggør, at patienten kan komme videre i sin udvikling. Et af den skizofrenes og skizotypiske patients største problemer er følelser af grænseløshed. Derfor er billeddannelse, som omhandler dette aspekt, af stor betydning. Den skizofrenes frygt er ofte at blive opslugt af "den anden". Det er derfor væsentligt at kunne beskytte sig mod indtrængende objekter, både på et ydre og indre niveau. Virksomme forsvarsmanøvrer kan resultere i øget fornemmelse af indre sammenhæng. For at afgrænse begrebet vil jeg kalde det modsatte af "virksomme forsvarsmanøvrer" for "fastlåste forsvarsmanøvrer" hvilket svarer til patologiske forsvarsmekanismer, hvor "benægten" er et klassisk eksempel. Dette forsvar kan vise sig ved, at patienten ingen sygdomsindsigt har, og vedholdende benægter tilstedeværelsen af sine problemer. I billeddannelsen kan man f.eks. se en patient, som har en markant og vedholdende strøm af idylliserende billeder tømt for aggressivt indhold, eller at patienten slet ingen billeder har - altså ubevidst har "tømt sig for billeder".

I metaforiske configurationer ses desuden af og til, at patienten gentager handlemønstre på meget stereotyp vis. Denne ubevidste "gentagelsestvang" vil jeg også benævne "fastlåste forsvarsmanøvrer".

Begrebet "forsvarsmanøvrer" understreger det dynamiske aspekt i det velkendte psykodynamiske begreb "forsvarsmekanismer", der som ordet antyder - giver associationer af mere mekanisk karakter. Indenfor psykodynamisk teori opererer man med primitive og mere modne forsvarsmekanismer. Til de primitive forsvarsmekanismer hører projektiv identifikation og splitting, mens de mere modne forsvarsmekanismer f.eks. er fortrængning og sublimering. Et skift fra primitive til mere modne forsvarsmekanismer er en langsom proces, som foregår over længere tid ofte flere år. Forsvarsmanøvrer skal ses som intrapsykeiske momentane hændelser (jf. afsnit om GIM modifikationer under litteraturreview s. 47ff), hvor patienten enten projicerer sin indre psykiske spændingstilstand over på

et indre objekt og/eller terapeuten, hvorved der sker en ændring af patientens indre spændingstilstand. Projektive identifikationer og projektive konfigurationer er i stadig bevægelse i patientens indre. I nærværende musikterapeutiske proces projiceres patientens emotionelle spændingstilstande dels ind i billeddannelsen, dels direkte over på musikken, som var musikken en "person", og dels over på terapeuten. Man kan derfor sige, at der er tale om dynamiske "her og nu" situationer indenfor det metateoretiske begreb: primitive forsvarsmekanismer. Der er desuden tale om en udvidelse af begrebet primitive forsvarsmekanismer, idet der i den indre billeddannelse også kan opstå "beskyttelsesbilleder" af forskellig karakter (som f.eks. Pt. Ps bil). En art "hjælpebilleder" fra det ubevidste - som styrker egoet - f.eks. transcenderet via musikken. Disse hjælpebilleder, er ikke noget patienten "skal udvikle sig væk fra" på samme måde som at bevæge sig fra primitive til mere modne forsvarsmekanismer. Tværtimod er der snarere tale om udviklingsmål, hvor "hjælpebillederne/tilstandene" bliver mere plastiske og tilgængelige for psyken, når psyken har brug for dem. Det er derfor nærliggende teoretisk at anskue fænomenet "hjælpebilleder" som indre overgangsobjekter eller overgangsrum i Winnicott'sk forstand, og/eller ud fra Kohuts teori om en fortløbende narcissistisk udvikling livet igennem, som bl.a. er baseret på en stadig udvikling af kreative elementer i psyken. "Hjælpebillederne" har også som funktion, at medvirke til, at jeget eller selvet ikke går til grunde.

Siegelman (1990) fremhæver et andet aspekt. Hun skriver at det at tale ud fra metaforer skaber distance, men hun pointerer også forsvarets to sider. Hun skriver:

What all these metaphors have in common is that experience is reduced to a single dimension or template. Template has the advantage of making the world predictable and hence safe. The disadvantage is that it forces things to fit that do not really fit and hence excludes experience that a more flexible template might embrace. In short, these metaphoric templates (or "narratives" Schafer 1983) both protect and deprive. They thus enable us to see the twofold nature of defence: what it protects us against and what it forecloses.

Siegelman refererer herefter til Ogden (1986), som pointerer, at splitting i begyndelsen er en naturlig måde hvormed (spæd)barnet strukturerer strømmen af oplevelser, men at splitting senere kan rodfæste sig som et forsvar. Som eksempel på metaforens dobbelte betydning set i et forsvarsperspektiv - analogt med Ogdens synspunkt, skriver Siegelman:

... a condition that represents failure to impose structure may become actively used in a defensive way. For instance, fogginess may represent the failure to experience differentiation from early caregivers. But fogging out may also represent a retreat position when stimulation becomes unbearable. (min understregning).

Sigelmans synspunkt understøtter altså min teori om, at visse forsvarsmanøvrer kan have en præventiv eller dynamisk beskyttende funktion i patientens indre organisation. Følgende afsnit omhandler billeddannelse, som konfigurerer patienternes kerneproblemer, hvilket naturligvis også refererer til deres forsvarsstrukturering.

Kategori VI: Billeder/udsagn relateret til kerneproblemer:

A:

16 (ønskedrøm med vikinger) 17 (ønskedrøm om at være skøjtedanser) 19 (A som maskinmester) 21 (livet som labyrint) 22 (isoleret, "fanget" i soveværelse)

B:

1 (føler at haven ville blive ødelagt, hvis hun gik ind) 2 (kan ikke være i det smukke) 10 (er lille u. ansigt, møder mennesker hun ikke kommunikerer med) 12 (hoved stor nu, krop som lille) 16 (problem med nærhed og afstand) 18 (visne planter i fodspor) 20 (frugt indeholdende syre) 21 (tryk nu/kaotisk tidligere) 22 (fanget i fortiden) 23 (tage stof som flugtmiddel) 26 (forkullet/fortabt)

C:

1 (mistede venner/isolation) 9 (angst for nyt/isolation) 14 (åben/lukket overfor andre) 17 (angst på kirkegården) 22, 23 (modsætninger) 26 (selvmordsovervejelser)

P:

1, 4 (humørsvingende) 5 (isolation) 6 (tilskuer) 7 (måtte ikke spille, fløjte eller lege med mekanik i barndommen) 15 (følelse af ensomhed efter samtale i gruppen)

Generel karakteristik af billeder og udsagn knyttet til kerneproblemer:

Udsagnene – der ofte har form som metaforer - indeholder følgende generelle karakteristika:

- idealbilleder, som perspektiverer problemstillingen
- Negative selvbilleder

- problemer med nærhed og afstand
- billeder af kropslig forvrængning
- isolation
- forbud mod naturlig, social aktivitet

Udsagnene giver mig et godt billede af typiske kerneproblemer for de fire patienter. Isolation (fra andre mennesker) er det mest fremtrædende gennemgående tema, og synes at udgøre den største trussel. Det er derfor særlig væsentligt at understrege betydningen af at være opmærksom på dette aspekt i klinisk sammenhæng. I litteraturen generelt bliver isolationsaspektet også fremhævet, som et af de væsentligste problemer for den skizotypiske eller skizofrene patient, og denne undersøgelse bekræfter dette. I musikterapi som primært er baseret på kontaktforholdet mellem patient og terapeut, må isolationsaspektet have en central placering.

Kategori VII: Billeder/udsagn som giver historisk sammenhæng eller indblik:

A:

VII. Billeder/udsagn som giver historisk sammenhæng eller indblik: 10 (skovtur med bedsteforældre) 13 (genoplevelse af strandtur med farmor) 15 (på restaurant m. bedsteforældre)

B:

5 (tryghed i bedsteforældrenes have) 8 (husker sig selv som 17årig - forfærdelig tid) 15 (hun beskyttede moderen, og fik de bank denne skulle have haft) 17 (forældrenes have – regnvejrs – ville ikke være der) 21 (opgør med fader i barndommen) 22 (genoplever suicidalforsøg)

C:

2 (på jagt med fader) 7,13,21,22 (bedsteforældrenes have) 19 (aldrig talt om følelser i familien) 23 (med mor og far på Amager Fælled) 25 (problem siden barndom)

P:

3 (gymnasietiden) 5 (parforhold) 8 (pubertet) 14 (genoplevelse af tid med bedste ven)

Generel karakteristik af kategori VII:

Udsagnene indeholder følgende karakteristika:

- Positive og negative minder fra barndommen, herunder:
- relationer til forældre
- relationer til bedsteforældre
- oplevelser i puberteten
- refleksion over forhold i familien, som dukker op under lytningen

Udsagnene omhandler både positive og negative minder fra barndommen, og det fremgår, at alle patienterne under musiklytningen kommer i kontakt med oplevelser fra tidligere i deres liv. A kommer kun i kontakt med positive billeder fra sin barndom under lytningen, mens de øvrige tre har oplevelser af både positiv og negativ karakter.

Udsagnene i kategorien er delvis sammenfaldende med kategori II Refleksioner, punkt b: "Selvopfattelse ift. tidligere", men jeg har valgt at bibeholde Kategori VII, idet kategorien kan give et mere bredt giver et indtryk af brudstykker fra patientens fortid. Set i psykodynamisk perspektiv, er det væsentligt for patienter, der har haft en psykose, at rekonstruere deres historie. At opleve sig selv i en historisk sammenhæng er et meget væsentligt led i genopbygningen af deres personlighed.

Kategori VIII: Metaforer/symboler og transformation af metaforer.

I følgende afsnit vil jeg se på generelle træk fra de fire patienters materiale under kategorien Metaforer. Nedenstående er patienternes udsagn i denne kategori.

(VIII a: Metaforer - VIII b: transformation af metaforer)

A:

VIIIa: 2 (bænk m. vinranke) 4 (ørn) 16 (møde med vikinger) 17 (skøjtedanser) 20 (livet som labyrint)

VIIIb: 7 (ønskedrøm om mænd og kvinder i have, genforening maskulin/feminin) 17 (er selv skøjtedanser med skøjteprinsesse) 23, 27 (ønskedrøm om kæreste) 28 (pige forvandles til gruppen).

B:

VIIIa: 4 (flyver med musikken) 12 (Hovedet som nuværende alder, kroppen som lille pige)

11 (hendes situation som en rejse) 13 (farvestrålende fisk som symbol på tryghed) 14 (mur som symbol på problem i barndommen) 16 (personificeret skelet) 17 (to sorte mænd, der graver vandledningen over) 18 (gul fugl som billede på B selv) 20 (frugt med syreindhold) 22 (ruder som tykt plastic) 26 (udbrændt hjem som billede på fortabthed).
VIIIb: 3 (hytte bliver til et luksushus) 12,13 (solen som destruktiv faktor) 16,19,20 (solen som både truende og dragende instans) 28 (kigger efter solen) 25,26 og 27 (kunstfærdigt sandslot og slottets ødelæggelse).

C:

VIIIa: 6 (samtale med "døden") 10 (kroppen som puslespil) 12 (kropslig lethed – "pakket ned") 15 (murstensmuren som forhindring i livet) 17 (scenen på kirkegården) 18 (C som høvding) 23 (brudevals med forestillet pige) 27 ("trængt op i en krog") 29 (C som svane) 29 (pakker ting/sig selv ind/ned)

VIIIb: 6 (hund til "døden") 8,9,10-16 (banankassens "udvikling") 16 (tornebusk som forhindring i livet – smukkere på anden side)

P:

VIII a: 4 (musikken som håb) 11 (er et væltet træ) 15 (tæppe som beskyttelse) 16 (kirken symbol på gud) 18 (bil som beskyttelse) 22 (musik som bølgegang/bølgeomstand)

VIIIb: 8 (musikken er dyster- et mørkt landskab - musikken bliver lysere, rar følelse, - et lysere landskab, hvor der ses en sø)

Generel karakteristik af Kategori VIII

Udfra ovenstående materiale fra Kategori VIII a+b udtrykker metaforerne følgende:

- Signifikante følelser og følelsesmæssige skift (eks. B 13: tryghed = farvestrålende fisk, P4: håb = musikken, P 8 : Bearbejdning fra dyster til rar = musikken som "en dyster skov" til et rart landskab ved sø.)
- Kerneproblemer (eks. B 14: mur som symbol på problem i barndommen og B 20: frugt med syreindhold)
- Selvbilleder (eks. C (18): høvding - C (29): Svane og B (18): gul fugl, A (5): ørn)
- Beskyttelse (eks. P (18): bil som beskyttelse)
- "Personificering" af objekter (eks. B (16): Skelettet tager mig med til gravsted fra sidst)
- Kropsbilleder (eks. C (10): kroppen som puslespil, B (12): hovedet som nu, kroppen som lille pige)

- åndelige og religiøse begreber (eks. C (6): døden og B (16): kirken som symbol på Gud)
- transformationer som angiver udviklingstendenser (f.eks. A (10): genforening mellem det maskuline og feminine)

Sammenfattende kommentarer - Kategori VIII: Metaforer og symboler

Metaforerne er brikker, som hver især henfører til og beskriver væsentlige egenskaber hos patienten, og "den måde patienten er i verden på". Som nævnt tidligere skal metaforerne ses i den kontekst de optræder, altså udfra den pågældende session, hvor metaforen optræder, sessionens placering i terapiforløbet og i større perspektiv i patientens livshistorie.

Susanne Langer påpegede i bogen: *Philosophy in a New Key* (Langer 1948) at et grundlæggende aspekt ved metaforisk tænkning er at: *Den metaforiske proces medfører en beskrivelse af en ting udfra en anden, så der udfra denne sammenligning opstår en "tredje ting" - en ny ide eller forståelse fødes.* Dette grundlæggende træk ses, som en gennemgående faktor i patienternes billeddannelse i mit materiale, og kan illustreres ved følgende eksempel. Pt. B oplever i session 17 en kort narrativ sekvens, som kan deles op i tre afsnit:

- 1) B ligger på en græsplæne, der er i "ingenting", solen skinner og det er dejligt.
- 2) græsplænen forvandles/erstattes (en metaforisk transformation i narrativet) af forældrenes have i barndommen og solen forsvinder - det bliver overskyet og regner, og hun vil ikke være der mere.
- 3) hun er tilbage i den første have, hvor et par sorte mænd blotlægger en vandledning, og hun tænker "Det var jo meningen, at den skulle hakkes over".

Min fortolkning er at vejrskiftet symboliserer følelsesskiftet i B - hun vil ikke være i forældrenes have og vender i stedet tilbage til det idylliske billede på græsplænen - men nu er der ankommet to sorte mænd, som truer stemningen. Noget truende hænder/ er hændt (måske i barndommen, måske aktuelt) i Bs historie (liv).

Billedhistorien udtrykker Bs problematik i billedlig form og perspektiverer denne.

Jeg får via det historiske flashback forståelsesbaggrund for Bs determinerede tanke om at "det var jo meningen at den skulle hugges over". Den tanke, som slår ned i mig via billedet er, at vandledningen (blodåren ?, seksualiteten ?) symboliserer energitilførsel, og at B med andre (mine) ord siger: *Jeg skal ingen næring have, fordi*

det er forudbestemt, at jeg er dømt til at dø. Dette får mig til at tænke på forældreforholdet i barndommen og oplysninger i anamnesen, hvor det fremgår, at B var tæt på at dø flere gange i spædbarnsalderen. Et andet niveau at forstå Bs metaforsprog på er den aktuelle kontekst, hvor B huser mange aggressioner, som hun har svært ved at administrere. (se også s.313 ff. vedr. Bs case ift. ORT) Essensen ved metaforer er at forstå og opleve en ting ud fra en anden. Dette statement er fulgt op i litteraturen bl.a. af Lakoff & Johnson i bogen: *Metaphors we live by* (Lakoff & Johnson 1980), som introducerede et nyt perspektiv på metaforens betydning. De hævdede, at metaforen er en grundlæggende mekanisme, hvorved vi som mennesker begriber os selv og verden. At metaforen er en grundlæggende måde, vi konstruerer vores verden med. Altså at metaforen ligger i tænkningen og ikke blot i sproget. Dette synspunkt deles af Ellen E. Siegelman⁶⁶, som mener, at metaforen har en primær funktion i vores bevidsthed. En oversættelsesfunktion fra krop til kognitiv eller emotionel virksomhed. Hun skriver bl.a. i bogen "Metaphor and Meaning in Psychotherapy, 1990 s. 3 at:

It is through metaphor that we come to understand the world and through metaphor that language itself develops. Furthermore, the capacity for metaphor making is linked with the primary process in psychological development and has its origins in the way young children apprehend the world.

Jeg er enig med Siegelman i disse synspunkter, og mener at metaforen kan sammenlignes med et overgangsobjekt (Winnicott 1971). Siegelman skriver videre (s. 7, *ibid*): *For the paradox in metaphor... is that the abstract is arrived at through the senses.* Denne forbindelse til kroppen er af vital betydning. Kropsligt forankrede metaforer er kroppens "sprog", og det symboliserede kropsbillede er en grundlæggende måde, hvorpå f.eks. den skizofrene patient opnår en repræsentation af selvet. At metaforer ofte er tæt knyttet til kroppen som

⁶⁶ Ellen E. Siegelmann er Klinisk Professor i Medicinsk Psykologi på University of California, og medlem af C.G. Jung Institute i San Francisco. Hun har MA i litteratur, og ph.d. i psykologi, samt psykoanalytisk psykoterapi. Har udover *Metaphor & meaning in Psychotherapy* bl.a. skrevet bogen: *Personal Risk* og en lang række professionelle artikler.

kropsbilleder fremgår f.eks. også i artiklen: *Humoral patologiens betydning for metaforiske vredeskoncepter*, hvor Carsten Hansen (1999) beskriver metaforers tilknytning til kroppen ud fra kroppens væsker.

Andre betydningsfulde egenskaber ved metaforer er, at metaforen skaber en spænding mellem fortæller og tilhører (Riceour, i Bonde 1999; Theilgaard 1991), og at metaforen på en kondenseret måde kan give udtryk for mange fænomener på en gang. (Theilgaard 1991). Sidstnævnte egenskab afspejles i mit materiale når samme metafor optræder i flere forskellige kategorier og betydningssammenhænge.

Alice Theilgaard (AT) illustrerer den første egenskab - spændingen - via et citat af Karen Blixen. I bogen: *Min Afrikanske Farm* fortæller Karen Blixen et vers på rim til de indfødte. De indfødte, som naturligvis ikke kendte det danske sprog, lyttede til musikken og rytmen i det sproglige udtryk og sagde: *tal igen - tal som regnen*. De svarede med en metafor. Gennem dette eksempel viser Theilgaard, at metaforen skaber en vis spænding og undren mellem formidleren og modtageren. De indfødte lytter til musikken i sproget og danner metaforen herudfra. Jeg vil supplere med et eksempel fra min egen praksis, som også illustrerer dannelsen af metaforer ud fra musik. En patient sagde efter en improvisation, at han under improvisationen havde fået et billede af en "lille klovn, der græd" og sagde, at billedet var et rammende billede på ham selv. Metaforen gav mig indtryk af patientens indre og ydre oplevelse af sig selv.

Alice Theilgaard anfører videre i sin artikel om metaforens betydning, at metaforen har et billedligt indhold og en sproglig formulering. Hun citerer Aristoteles som brugte vendingen "metaforens gave", hvor han sigtede til den pludselige erkendelse og forståelse af en skjult sandhed, som metaforen kan bane vej for, hvilket kan udnyttes i det terapeutiske arbejde. Theilgaard skriver at:

Når patienter fortæller deres historie, vil det ofte være i et helt andet sprog end det, de oprindelige oplevelser var kodet i. Men selvom stilen nu er præget af abstrakte begreber, kategoriseringer og anden form for intellektualisering, der holder følelserne på afstand, er de forudgående udviklingstrin ikke fuldstændigt tabt. Bag den lineære eller tidsmæssigt fremadskridende fremstilling ligger en anden historie, som insisterer på at blive hørt.

Denne kontakt med forudgående udviklingstrin kan umiddelbart relateres til mine patienters oplevelser under musiklytningen. Patientens billedmæssige oplevelser dannede desuden ofte mønstre, som skabte ny forståelse af patienten og dennes

situation, hvilket jeg har forsøgt at anskueliggøre i min analysemodel.

Endelig har metaforer den effekt, at de både kan belyse og skjule eller gemme sandheden bag sig - eller have en beskyttende funktion i forbindelse med selvet eller "jeget". Disse aspekter har jeg belyst nærmere i afsnittet om forsvarsmanøvrer (kategori V).

Metaforer og narrativer i GIM

I artiklen: *Metaphor and narrative in GIM* beskriver Bonde⁶⁷ (2000, in press) GIM som en metaforisk proces, og angiver ud fra Siegelman (1990) tre eksempler på metaforens betydning i GIM sammenhæng.

Nedenstående ses de tre karakteristika "i gåseøjne" - med Bondes kommentarer efterfølgende i kursiv og dernæst eksempler fra mit materiale.

1. "An outcropping of an unconscious fantasy".

- In GIM when the client's initial stream-of-consciousness gives way for an emotionally laden exploration of an image or a series of interrelated images, high lightening a core problem.

Eksempler på dette ses i min analysemodel i kategori IV. "Billeder/udsagn som udtrykker kerneproblemer". F. eks. Patient B. som i session 14 oplever: *En Lille hyggelig have, omringet af høj stenmur m. blomster. Der var et vandfald i haven, hvor faderen stod og på en truende måde hældte vand på hende. Murene rykkede nærmere så hun til sidst måtte hoppe over muren - 200m ned i havet. Havnede i hospitalets lukkede have m. lille pavillon.* Eksemplet illustrerer både i metaforisk og konkret form at B har følt sig truet af faderens adfærd. B's problematiske forhold til faderen (grænsesætning) er et af hendes kerneproblemer.

⁶⁷ Lars Ole Bonde er lektor ved Ålborg Universitet og uddannet GIM terapeut. LOB har bla. skrevet artiklen "Metaphor and Narrative in GIM" om metaforer i GIM sammenhæng.

2. "A combination of the abstract and concrete in a special way, enabling one to go from the known and sensed to the unknown and symbolic "

- In GIM when a well-known problem or attitude of the client is transformed from a cognitive, verbal report into a meaningful and dynamic image or series of images, for instance when a part of the clients personality keeps coming back as a metaphoric figure in the imagery.

Et eksempel fra mit materiale på "en afspaltet del af personligheden, som vender tilbage," kan siges at være pt. C's møde med "døden", hvilket gentager sig flere gange i forløbet under forskellige omstændigheder. (Eksemplet fra patient B, anført under første karakteristika, kan også anvendes til at illustrere det andet karakteristika, idet udsagnet indeholder elementer, som bevæger sig fra det velkendte og sansede til det ukendte og symbolske.)

3. "The elicitation or accompaniment of strong feelings can lead to integrating insight - i.e. affectively grounded insight "

- In GIM ... when the exploration of a core image - including tears, laughter, bodily reactions ect. leads to a new feeling of openness, freedom or balance in the body - a greater awareness towards self & other, - or a spontaneous formulation of a new coping strategy.

I mit materiale ses dette f.eks. i As oplevelse af at være en ørn i session (5), i Bs oplevelse af tryghed som farvestrålende fisk i session (13), C's besøg på kirkegården i session (17), og P's oplevelse af at være en akrobat i session (3), og hans refleksioner under en tur i skoven i session (8), hvor han bl.a. får ny indsigt vedrørende konfliktskyhed.

Et narrativ er en historie, som udfolder sig over tid. Bonde (2000) nævner, at i metaforisk psykoterapi er klienten engageret i konfrontationen mellem en verden af metaforer og billeder og sine vanskeligheder i livet/ den leksikale og semantiske verden. Bonde forklarer igennem Ricours klassiske memesis koncept, hvordan metaforen arbejder.

Bonde forklarer metaforens betydning ud fra Ricoeurs ⁶⁸teori om semantisk spænding. Ricoeur skriver, at metaforen er: .. *a semantic event made possible by three kinds of tension*, således at metaforen "sprænger" rammerne for en

⁶⁸ Poul Ricoeur var oprindeligt psykoanalytiker, og desuden mere optaget af sprogets funktion. Har skrevet flere bøger om narrativer bl.a. *Time and Narrative*. Vol 1+2. Chicago: University of Chicago Press.

bogstavelig fortolkning og skaber ny mening og sammenhæng. Bonde henviser videre til Ricoeur (Ricoeur 1977, s.197), som udtaler: ... *now how does the metaphor "break old categorizations" ? It does it through semantic tension*" Disse 3 niveauer af spændinger er følgende:

(a) "Tension within the statement - between tenor and vehicle, between focus and frame, between subject and secondary subject."

(b) "Tension between two interpretations - between a literal interpretation that perishes at the hand of semantic impertinence and a metaphorical interpretation whose sense emerges through non-sense.

(c) "Tension in the relational function of the copula - Between identity and difference in the interplay of resemblance.

⁶⁹Inspireret heraf vil jeg i det følgende forsøge at illustrere de tre spændingsniveauer ud fra pt. C i min undersøgelse. Bonde angiver her at spændingen i metaforen ofte mærkes i samtalen efter musiklytningen (postlude). I mit materiale kunne patient Cs oplevelse i 10.session af at være "et puslespil, som er faldet på gulvet i et virvar" illustrere ovennævnte tre niveauer. Man kunne forestille sig, at det at opleve sig selv (sin krop) som et puslespil, der er faldet fra hinanden, må være meget ubehageligt og skrøbeligt (a). Videre ses, at i forhold til punkt (b), er det bogstaveligt forstået usædvanligt og lidt mærkeligt at beskrive sin krop, som et puslespil der er faldet på gulvet. Imidlertid (pkt. c) er der ingen tvivl om, at C forstår alvoren og problematikken i billedet, som begrænser hans væren i verden fundamentalt, og han bliver derfor glad, da han under musiklytningen oplever at puslespillet er ved at samle sig, og han mærker at brikkerne passer. I mit materiale er det metaforiske materiale hele tiden i bevægelse mellem det ubevidste og det bevidste niveau. Derfor vil nogen metaforer være "prænatale" - undervejs i "fødselsprocessen". Patienternes (og terapeutens) nysgerrighed og undren overfor deres metaforiske billeder, angiver tydeligt en spændingstilstand, som gennem bevidstgørelse og tolkning - omfattes af ovennævnte spændingstilstande. Et eksempel herpå er P's oplevelse af pludselig at gå med cyklen på "den forkerte side", idet han altid plejede at gå med cyklen i en bestemt side (session 1).

⁶⁹ For uddybning henvises til Bondes artikel, hvor han giver eksempler på alle tre niveauer ud fra en klient i GIM terapi.

I artiklen "Metaphor and Narrative in GIM"⁷⁰ foreslår Bonde, inspireret af Paul Ricour's forståelse af metafor og mimesis (Ricour, 1977,1984; Kemp 1995 i Bonde 2000), tre specifikke niveauer af metaforisk tænkning i GIM. Disse tre niveauer har jeg fundet anvendelige til at belyse mine patienters metaforer og narrative sekvenser.

De tre niveauer er (i min oversættelse):

- 1) En narrativ episode, konfigureret ud fra en kerne metafor
- 2) Narrativ konfiguration af Egoet eller Selvet. F.eks. Når patienten/klienten oplever et billede eller en situation af en særlig karakter, som gør, at billedet fungerer som metafor for Egoet eller Selvet i den terapeutiske proces.
- 3) Det fuldstændige narrativ. F.eks. en patients historie, som den udfolder sig under et helt terapiforløb

I det følgende vil jeg give eksempler fra mit materiale ud fra disse 3 niveauer.

Niveau 1: En narrativ episode, konfigureret ud fra en kernemetafor

Karakteristisk for dette niveau er, at et specifikt billede belyser et vigtigt problemområde. Eksempler på dette ses i mit materiale i kategori VI "Billeder af, eller relateret til kerneproblemer" og under kategori VIII: signifikante metaforer i terapiforløbet. Eksempelvis pt. B, som i første session fortæller, at haven vil ødelægges, hvis hun træder ind i den, og i session 14 oplever "en mur" som symbol på sin kerneproblematik i barndommen"

Niveau 2: Narrativ konfiguration af Egoet eller Selvet.

Karakteristisk for dette niveau er en metafor, som giver mange informationer om klientens Ego. Følgende er en definition på en narrativ konfiguration af Egoet.

(oversat):

Patienten/klienten oplever et billede eller en situation af en særlig karakter som gør at billedet fungerer som metafor for Egoet eller Selvet i den terapeutiske proces. Gennem billedet giver klienten en præcis metaforisk karakteristisk af sig selv, situationen, forhindringerne, forsvaret, og potentialerne. Dette kan ske i en udvikling over tid og ofte sker der en dramatisk transformation i løbet af terapien.

⁷⁰ AMI Journal No.6, 2000

Bonde citerer herefter Marilyn Clark (1991), som også er GIM terapeut. Clark definerer "The Imaging Ego" i GIM som: *The ego as it is located in the imagery. In an image, it is the element which makes "I" statements.*

Et eksempel herpå i mit materiale er As ego-konfigurering som skøjtedanser (17), i hvad jeg vil benævne arbejdstemaet "genforening mellem det maskuline og feminine" (se sess.(7), (17), (23), (27), (28))

Som et eksempel på en klassisk metafor for Selvet angiver Bonde "huset" og nævner at mange klienter i GIM terapi begynder deres terapeutiske rejser i huse, som er skadede på forskellig vis, men at disse huse i løbet af terapien undergår positive forandringer eller ses i nyt perspektiv.⁷¹

Eksempler, på huse som selvbilleder i mit materiale, er Ps oplevelse af en tom spejderhytte, som billede på hans indre i session 24. Bs observation af en mørk og dyster hytte i begyndelsen af terapiforløbet, samt en anden patient i projektet (pt. nr. 8, se bilag: patientcases, pt. nr. 8), som oplevede sit hus forandre sig fra et slot til et mere almindeligt, men rart hus og tolkede, at han nu kunne klare sig med noget mindre og mere jordnært i sit liv. Der var altså foregået en positiv justering i hans narcissistiske forsvar. Andre eksempler på narrative selvbilleder, som undergår en udvikling ses i Cs "historie om banankassen", som han efterhånden arbejdede sig ud af, Cs oplevelse af sig selv som høvding, og Bs "historie om sig selv som den gule fugl" i session 18.

Niveau 3: Det fuldstændige narrativ

Narrativer om selvbilleder – niveau (2) er en udvidelse af niveau (1), som tager udgangspunkt i klientens kerneproblem. Denne udvidelsestendens fortsætter i niveau (3): Det fuldstændige narrativ. De tre niveauer kan således ses som et kontinuum af øget informationsmængde om patienten og dennes opfattelse af sig selv. I flg. Bonde er det fuldstændige narrativ en historie med plot, konflikter og visse løsninger, ofte endda med en morale eller et budskab.

Det fuldstændige narrativ kan i terapeutisk sammenhæng f.eks. være en hel GIM session, hvori patientens væsentligste problemstillinger og situation konfigureres, eller det kan være et helt terapiforløb - eller flere terapiforløb - beskrevet af patienten eller terapeuten.

⁷¹ For flere eksempler fra klinisk GIM materiale, henvises til artiklen

Eksempler fra mit materiale vil være patienternes hele forløb, i den udstrækning de er i stand til at udfylde "historiens ingredienser". F.eks. hvad de har lært ud fra terapien, og om terapien har ændret deres liv i almindelighed - f.eks. Cs udtalelser i sidste session, hvor han forklarer, at han har fået styr på sit indre. Han forklarer i metaforisk sprog, at der er kommet orden i kaos, således at problemerne er: *lagt i kasser, som han kan trække ud, når han har brug for det.*

Kategorien: Musikreferencer:

A:

- a. eksplicit: 1 (utrolig smuk musik) 2 (skift i musikken bevirkede behageligt tomrum) 4 (blev til ørn, da panfløjten satte ind) 5 (kunne vældigt godt lide musikken) 6 (dyster musik) 8 (nyder musikken) 17 (musikken bringer ham til skøjtehal - dejlig susende fornemmelse) 18 (musikken var sørgmodig) 27 (musikken var drømmende)
- b. implicit: 18 (fredfyldt stemning) 7 (dans på græsplæne) 9 (meget rolig stemning, som A sætter stor pris på) 18 (fredfyldt stemning) 24 (kontakt m. sørgmodige følelser, ud fra antagelse om at A har fulgt guidning om at lade musikken bringe følelser op)

B:

- a. eksplicit : 4 (flyver da musikken kommer) 5 (musikken mindede om lille Peter Edderkop) 6 (da musikken var i dur, kom der forår) 19 (kendte det første musikstykke, kunne ikke lide det) 24 (musikken var beroligende) 28 (samme musik som i 1.session)
- b. implicit: ingen

C:

- a. eksplicit: 2 (underligt, hvad musik kan sætte gang i fra fortiden) 14 (musikken siger ham ikke noget) 17 (musikken er sørgelig)
- b. implicit: 24 (så på folkedansere - dansede brudevals) 29 (fløj over København som svane)

P:

- a. eksplicit:
4 (Musikken er romantisk, føler længsel efter pige), 7 (nyder musikken den er dejlig og regelmæssig), 8 (musik er dystert - musikken bliver lysere) 9 (sejltur med pige, musikken er romantisk), 12 (ny følelse af glæde - samme musik som i sess. 7, hvor P nød musikken), 16 (musik i kirken), 22 (svært at vende sejlskibet da musikken blev kraftig).
- b. implicit: 1 (indirekte - landskabet udvidede sig, fik en sø - min association til musikkens dynamik), 3 (var i pavillon, orkester spillede, akrobater dansede - han var med) 7 (måtte

ikke spille eller fløjte i barndommen) 20 (musikken relateret til beroligende bølger ?)

Sammenfattende Karakteristik af kategorien: Musikreferencer

Patienternes referencer til musikken ses overordnet at være udsagn, som omhandler:

- oplevelser af positiv æstetisk værdi
- negative associationer eller erindringer
- følelsesudløsende oplevelser
- skift i bevidsthedstilstand, hvor musikken transcenderer øjeblikket
- oplevelser af kinæstetisk karakter
- billede/objektdannende oplevelser
- sammenligning med anden musik
- genoplevelser, minder
- musikkens opbygning
- musikken som metafor og symbol
- interaktion med musikken og billeddannelsen på en synergistisk måde.

Ifølge karakteristikken har patienterne responderet på musikken både på et kropsligt/emotionelt og kognitivt niveau. Efter min opfattelse har musikken på et overordnet plan haft en katalysator-funktion, som igangsætter af et emotionelt og billeddannende engagement hos patienten. Dette har ofte bevirket, at patienten på en hensigtsmæssig måde er trådt ind i et nyt kommunikationsfelt, hvorved væsentlige oplevelser og problemstillinger har kunnet deles og bearbejdes i gruppen. Musikken "tilbyder" via billeddannelsen patienten at opleve sig selv i et "spatielt forum", og via musikkens narrative karakter bliver patienten "sat ind i tiden". Patienten gør musikkens "historie" til sin egen, og befolker det indre rum med objekter og mennesker. Nedenstående model viser hvilke musikstykker de fire patienter eksplicit eller implicit har refereret til i terapiforløbet.

Direkte musikreferencer for de fire patienter:

| Explicit: mørk | implicit: lys | A | B | HJ | P | A | B | HJ | P |
|---------------------------------------|---------------|---|---|----|---|---|---|----|---|
| Anjali: Melodies of Ancient India # 1 | | | | | ● | | | | |
| Anjali: Melodies of Ancient India # 2 | | ● | ● | | | | | | |

Af skemaet fremgår det, at P og A i alt havde flest direkte referencer til musikken (henholdsvis 11 og 14) mens B havde seks referencer og C havde fem. Det er ikke muligt at sige noget mere eksakt om patienternes referencer, idet visse musikstykker er spillet flere gange end andre. F.eks. har patienterne lyttet til Beethovens 5.klaverkoncert 2. sats hele tolv gange og kun to gange til Boccherinis Cellokoncert⁷². Der ser ud til at være en vis overensstemmelse mellem, hvor ofte patienterne har hørt et bestemt stykke musik og deres direkte referencer. Flest "scoringer" har Beethovens 5 pianokonzert, 2.sats (klassisk) og Boccherinis Cellokoncert, Anjalis: Melodies om Ancient India #1 (folkemusik/ kammermusik) og Pushkar: Inner Harvest. (new age inspireret musik). Der er referencer til flere forskellige musikgenrer.

Som nævnt er musikstykkerne spillet et meget varieret antal gange i de fire patienters forløb. For at give læseren et indtryk af dette, ses de mest hyppigt anvendte musikstykker i nedenstående skema:

Hyppigst anvendte musikstykker i de fire caseforløb :

| Antal gange | Stykke | Stil/periode |
|-------------|--|----------------------------------|
| 12 | Beethoven: 5.pianokonzert, 2 sats | Klassisk |
| 6 | Pachelbel: Canon i D | Barok |
| 5 | Anjaligruppen: Songs of Ancient India #1 | Folkemusik/klassisk Kammermusik |
| 5 | Marcello: Obokonzert i Cm, Adagio | Barok |
| 5 | Anjaligruppen: Songs of Ancient India #3 | Folkemusik/klassisk |
| 4 | Bach: Komm Süsßer Tod | Barok, romantisk instrumentering |
| 4 | Dvorak: Serenade i E dur | Romantisk |
| 3 | Trier/Mentzer: Morning Glory | New age |
| 3 | Bach: Partita i h moll, Sarabande | Barok |
| 3 | Jarret: Vienna Konzert udsnit. | Jazz |

⁷² Beethovens 5. klaverkoncert 2.sats: A og B sess. 1, 14, 21, 28. C sess. 7, 14, 21, 22, 31. P.sess. 1,10,19

Boccherinis Cellokoncert : A og B sess. 24, C sess. 17, P – har ikke hørt dette stykke.

Musikanalyse ift. musikoplevelsen

Jeg har fravalgt at analysere de musikstykker, jeg har brugt i afhandlingen på traditionel musikvidenskabelig måde, idet mit udgangspunkt og fokus er patienternes oplevelse af musikstykkerne. Sådan som mit projekt er bygget op, er det er ikke muligt i forskningsøjemed at angive specifikke musikalske virkemidlers indflydelse på patienterne, udover de direkte referencer patienterne selv angiver. F.eks. er det ikke muligt at afgøre, i hvor høj grad interventionen i musiklytningsdelen skyldes guidningen eller musikken. Hvis man i forskningsøjemed skulle angive hvilken effekt musikken specifikt havde på patienterne, ville det fordrer andre data og anden dataindsamling, F.eks. data, hvor patientens oplevelser, guidens interventioner og musikken blev optaget synkront via videooptagelser. Dette ville være et spændende projekt som ny forskning, hvilket jeg vil vende tilbage til i sidste kapitel, men det ligger udenfor dette projekts rammer. Jeg vil dog gerne anføre et par eksempler på omtale af musikken, og belyse det forhold, at musikken af lytteren i GIM terapiforløb ofte opleves anderledes end det er tænkt fra komponistens side.

Et af de musikstykker jeg anvendte mest, og som patienterne udelukkende refererer positivt til er Pachelbels kanon i D dur. Eksempelvis udtaler P (sess. 7) at "han nyder musikken, den er dejlig og regelmæssig". Lisa Summer sammenligner i artiklen: *Therapeutic Musical Space* (1995) denne musik med moderen, som holder barnet ved sit bryst. Hun skriver:

Musically the Pachelbel Canon in D is the quintessential symbiotic mother, keeping the child at her breast. Caressing waves of consonant accompaniment are added throughout the piece, assuring the child that all will remain the same. There is no place to go, no reason to leave the mother's arms. This peace serves as a nurturing, supportive lullaby. For the client, there is no tension or expectation to act.

Summer underbygger sin metaforiske beskrivelse ud fra stykkets strukturelle opbygning. Stykket, som egentlig er en passacaglia (et dansestykke fra baroktiden i en rolig tredelt takt) og ikke en kanon i traditionel forstand, har kun fem akkorder, som repeteres i samme rækkefølge stykket igennem.

Et tema i otte takter med variationer over akkord/trin følger: (I,V,vi,iii,IV,I,IV,V), som vedholdende gentages. Summer skriver at

All experiences in the Pachelbel Canon are restricted to this endless, tiny circle of eight measures. There is no counterpoint, no secondary theme, and no musical element develops or grows away from the original statement of the theme. Pachelbel erases all tension. There is not one beat of this piece which suggests growth or separation from the theme, the home base.

Jeg er enig i Summers anskuelser om hvilket "landskab" musikken tilbyder klienten at bevæge sig i, men alligevel vil jeg pointere, at der aldrig er nogen garanti for at visse patienter/klienter under visse omstændigheder ikke vil opleve stærke følelsesmæssige udsving og spændingstilstande, mens de lytter til Pachelbels stykke. Af og til sker nemlig det uventede, at netop den betryggende struktur baner vej for voldsomt arkaisk materiale af traumatisk karakter.

Som Bonny meget tydeligt anfører i følgende eksempel, oplever patienter/klienter i GIM terapi ofte musikken meget anderledes, end den været ment fra komponistens hånd. Som eksempel på dette skriver Bonny (1978b) i GIM monografien: *The role of the taped Music in GIM* at:

"The Swan of Tuonella" written by Sibelious as a tone poem about death, uses mournful tones of the English horn to suggest that the sweet-bitter end of life was near. But persons in GIM who listen to that composition have a variety of experiences. For some, the slow, stately melody of the English horn invites a comfortable and secure feeling, while the supporting orchestral harmonies create an ebb and flow of peaceful music allowing colourful imagery to emerge. For such GIM listeners, the skilful blending of Sibelious' melody and harmony, the traditional chord patterns and endings of melodic phrases, the richness of the timbre of various instruments, all work together to provide an emotional frame which communicates that "all is well". With these impressions, the listener can relax and allow the emotional elements of the music to catalyse his psychological responses."

Hermed angiver Bonny tydeligt, at der kan være store forskelle i lytterens oplevelse af et bestemt stykke. Jeg vil tilføje at også tidspunktet og konteksten, hvori patienten lytter til musikken kan have stor indflydelse. Jeg har selv anvendt "Tuonelas Svane", som f.eks. pt. P lyttede til i session (14) ud fra guidningen: "Sti - møde med god ven", før musikken: ". P refererede ikke til musikken direkte, men ud fra billeddannelsen og oplevelsens karakter i det hele taget ,er det meget tænkeligt, at musikken har understøttet et refleksivt rum af væsentlig betydning. P genoplevede positive oplevelser, han havde haft tidligere i livet sammen med sin eneste ven, hvilket gjorde stort indtryk på P.

Som eksempel på forskelligheden i oplevelser til samme musik og guidning kan nævnes at en anden pt. (nr. 7 i projektet) til samme musik og guidning oplevede at være i en jungle, med flotte femkantede store røde blomster m. store støvdragere.

Han kom ud i et åbent landskab med tre bjerge, hvor det i midten var det største med sne på toppen. Mødte her en gammel rynket solbrun kvinde, som smilende kom ham i møde. Han trykkede hendes hånd, og var overrasket over, hvor rynket huden var, og de indledte herefter en samtale.

Billedet gjorde stort indtryk på patienten, og han associerede den gamle dame med sin mormoder, som han havde et meget nært forhold til.

Eksemplerne angiver, hvor forskelligt patienter oplever musikstykker i GIM, hvilket er baggrunden for, at jeg har valgt ikke at fokusere på musikanalyser af bestemte elementer i musikstykkerne som udslagsgivende faktorer på patientens oplevelser. Der er dog naturligvis generelle træk i udfordringsgraden af forskellige musikstykker, som bl.a. har med at gøre om musikken er kendt ikke kendt for lytteren, hvilket Lisa Summer kalder ”mig” versus ”ikke mig” musik. (Summer 1992)

Med hensyn til musikvalget set i et generelt perspektiv ud fra en ”type”- inddeling, har jeg, som tidligere nævnt, valgt musik, hvor strukturen er forudsigelig og relativt enkel, overvejende indenfor det konsonante toneområde. Der er flere stykker med en enkel A-B-A struktur og andre forudsigelige variationer. Ses stykkerne i GIM sammenhæng, opdeles GIM programmerne af mange GIM terapeuter ud fra en niveaudelt idé. (Erdonmez 1999, Bruscia 1996). GIM programmerne indplaceres overordnet i tre hovedkategorier: ”begynderprogrammer” ”arbejdsprogrammer” og ”avancerede programmer”. Ses mine musikvalg ud fra denne niveaudeling er næsten alle de stykker, jeg har brugt indenfor GIM repertoiret placeret i ”begynderprogrammerne”. De stykker som ikke findes i GIM repertoiret, vil jeg overordnet placere på samme niveau, og visse stykker på et endnu mere basalt niveau. F.eks. ”new age” stykkerne og kammermusikstykkerne af Anjali-gruppen, som jeg anvendte hyppigt.

Kategorien: ”Billedernes fremtrædelsesform”

Dette afsnit omhandler, hvad jeg har valgt at kalde ”fremtrædelsesformen” for patienternes oplevelser under musiklytningen. Jeg har delt patientens udsagn op i to ”typer”:

- I) Episoder, hvor billeddannelsen fremtræder i narrative sekvenser
- II) Episoder, hvor billeddannelsen fremtræder uden direkte narrativ sammenhæng. Billeddannelse, som kan karakteriseres som ”bevidsthedsstrømme”. Min baggrund

for at anvende denne optik i forhold til forløbet var at undersøge:

- om og i givet fald i, hvor stor udstrækning patienternes billeddannelse fremtræder som en sammenhængende historie
- hvordan de to fremtrædelsesformer optrådte i materialet - f.eks. om mængden af narrative sekvenser blev forøget undervejs i forløbet og
- forskelle og ligheder i fremtrædelsesformen patienterne imellem.

Nedenstående model viser antallet af henholdsvis (I): narrative sekvenser, (II): episoder som synes uden direkte narrativ sammenhæng.

| Første halvdel af forløbet | anden halvdel |
|----------------------------------|---|
| A: | |
| I) 4, 7, 10, 11, 12, 13, | 14, 15, 16, 20, 22, 23, 25, 27, 28. |
| II) 1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, | 17, 18, 19, 21, 24, 26, |
| B: | |
| I) 4, 9, 10, 13, | 14, 15, 16, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 27, |
| II) 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 11, 12, | 17, 21, 24, 26, 28 |
| C: | |
| I) 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 15 | 16, 17, 18, 19, 20, 23, 24, 25, 28, 29, 31 |
| II) 1, 4, 7, 11, 12, 13, 14, | 21, 22, 26, 27, 30, |
| P: | |
| I) 1, 2, 7, 8, 11, | 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, |
| II) 3, 4, 5, 6, 9, 10, 12, | 20, 25 |

Som det fremgår af "scoringen" har alle 4 patienter haft oplevelser af begge typer. Modellen viser patienternes "scoringer" i forhold til terapiforløbets sessions-antal. Som det ses, er der en vis overvægt af narrative sekvenser i sidste halvdel af forløbet. Man kan derfor stille spørgsmålet om patienterne efterhånden har tendens til at opleve i mere sammenhængende sekvenser i løbet af terapien, hvilket måske kan tyde på at patienterne efterhånden får mere "styr på" deres indre. Hvis dette er tilfældet, må det siges at være væsentligt udfra målgruppens problematik, og i øvrigt vil det være overensstemmelse med mine egne kliniske erfaringer med GIM generelt.

I modsætning til min analyse af "scoringer" i kategori IV (interpersonelle aspekter), hvor der var stor spredning i materialet, er billedet her meget mere ensartet. Pt. B har lige mange udsagn i hver kategori, og hos de øvrige patienter ses en mindre overvægt af narrative sekvenser.

Desuden er der tendens til, at især de narrative sekvenser kommer i kortere eller længere "stimer". Konklusivt ses, at der er en vis udvikling i retning af flere narrative sekvenser efterhånden som terapiforløbet skrider frem, men at de enkeltstående oplevelser indeholder sekvenser, jeg har kategoriseret som restituerende faktorer i den terapeutiske proces. Set i psykodynamisk perspektiv mener jeg dog, at det er væsentligt at patienterne kan få oplevelser der fremtræder sammenhængende, fordi dette peger på indre sammenhæng i selvet. Desuden er det som nævnt min kliniske erfaring, at klienter/patienter i (almen) GIM terapi næsten altid får flere og flere sammenhængende oplevelser succesivt i et helt terapiforløb. En tendens der kun afbrydes af overgangsoplevelser mellem forskellige bevidsthedslag, hvor oplevelserne ofte er fragmenterede.

Kap. 10 Gruppens betydning i terapiforløbet

Alle patienter i undersøgelsen har på forskellig vis udtrykt deres mening om gruppens betydning. Som det fremgår i de supplerende spørgsmål fra **undersøgelsesmetode 1 /C** har patienterne vægtet gruppeaspektet højt.

For nærmere at belyse denne betydning, har jeg taget udsagn fra **undersøgelsesmetode 1 /C: 5 supplerende spørgsmål** - fra alle ni patienter som omhandler gruppen; samt udsagn om gruppen fra de fire patienter, jeg har analyseret i dybden, og herudfra dannet kategorier baseret på patienternes udsagn om gruppens betydning for terapiforløbet.

Efterfølgende vil jeg se på, hvilke områder af gruppedynamikken patienternes udsagn synes at referere til, og sætte disse i forhold til synspunkter om gruppeterapi som ses i artikel af Ruth Eckhoff: *Intersubjektivitet og interkroppslighed i gruppemusikterapi med psykiatriske pasienter*" (Eckhoff, 1996).

Sammenfatning af aspekter vedr. Gruppens betydning

Udsagn fra undersøgelsesmetode 1 /C vedrørende terapigruppen

"Det at være flere samlet under terapien. At høre om andres liv. Regelmæssigt samvær."

"Høre andre, der har samme problemer. Bedre til at sætte grænser.."

"At være kommet ud af huset og være sammen med andre der også havde problemer".

"Et godt forhold til de andre i gruppen"

"Dejligt at se andre mennesker under overfladen"

"Manglende tillid til, at de andre patienter ville overholde tavshedspligten"

"at være alene med en terapeut"

"ubehageligt, da gruppen talte om medpatients selvmord"

"at vænne sig til at være i gruppen - det var hårdt i starten"

"at der blev talt om, at det ikke var nødvendigt at sige noget først, eller at tale selvom der var en periode med tavshed"

"at tale selvom der var flere mennesker tilstede"

"at fortælle om oplevelser efter at have lyttet til musikken og høre de andres oplevelser. F.eks. at hun selv oplevede sig selv som et træ, mens en anden patient oplevede sig som en blomst"

"for lidt tid til hver enkelt patient"

“tvivl om patienternes modenhed til at høre på og forstå hans problemer. Følte ikke han kunne tale om det han egentlig helst ville tale om (at føle sig forfulgt)”.
 “godt at høre om andres problemer, fordi det gav fællesskabsfølelse i gruppen”

(For angivelse af hvilke patienter der har udtalt hvad, henvises til undersøgelsesmetode 1/C side 120ff)

Udsagn fra Kategori IV: “Interpersonelle input” om terapigruppen
 De fire patienter jeg har undersøgt i dybden, omtaler aspekter vedrørende gruppen på følgende måde:

A.

(27) forhold til andet gruppemedlem vedr. grænser, (28) gruppen optræder i billedet. (forvandling fra kvinde til gruppemedlemmerne)

B.

(4), (10) tilhørsforhold til gruppen, (26) gruppens positive betydning, (28) positiv feed back til gruppen

C.

(3) angst for de andre i gruppen, (4) hvad synes de andre om ham når han taler om selvmordstanker, (7,31) forholdet til musikterapeuten (8,9,10,16) banankasse ift. gruppen, (15) lidt mere tillid til gruppen, (20) genkender anden patients fantasi om at være et uhyre, (21) pige fra gruppen let påklædt, (23) to fra gruppen adskilt fra dem, (30) afsked med gruppen

P.

(6) reflekterer over anden patients udsagn om at være i fængsel hele tiden (8) refleksion over det at være i gruppen - tilhørsforhold) (10) anerkendende bemærkning til andet gruppemedlem (11) taler med andre gruppemedlem om, hvordan de gensidigt oplever hinanden 12 (taler om tema i gruppen) (25) forholdet til andre evt. gruppen

Kategorisering af udsagn vedr. gruppen

Sammenfattende udfra ovenstående oplysninger har jeg valgt at placere patienternes udsagn om gruppen i følgende generelle kategorier:

1. Gruppesamhørighed/fællesskabsfølelse:

- det at være samlet under terapien: At høre om andres liv.
- godt forhold til andre i gruppen
- være sammen med andre, der også havde problemer
- at fortælle om oplevelser efter at have lyttet til musikken
- at høre om de andres oplevelser.
- reflekterer over det at være i gruppen, et sted at høre hjemme
- afsked med gruppen

2. Opdage ligheder med de andre – f.eks. fælles problemstillinger

- høre andre, der har samme problemer.
- at høre andres problemer gav fællesskabsfølelser
- tale med anden pt. om følelsen af at være i fængsel hele tiden
- genkende anden patients fantasi om at være et uhyre

3. Tillid/mistillid

- manglende tillid til at de andre patienter ville overholde tavshedspligten
- at vænne sig til at være i gruppen - det var hårdt i begyndelsen
- tvivl om patienternes modenhed til at høre på og forstå problemer
- mere tillid efterhånden i forløbet

4. Oplevelse af sig selv i forhold til de andre i gruppen - relationen:

- tale med andet gruppemedlem om, hvordan de gensidigt oplever hinanden
- bringe temaer op i gruppen
- bedre til at sætte grænser. (...overfor (de) andre)
- forhold til andet gruppemedlem vedr. grænser
- gruppen optræder i billederne.
- gruppens positive betydning

- positiv feed-back til gruppen
- anerkendende bemærkning til andet gruppemedlem
- angst for de andre i gruppen
- hvad synes de andre om ham, når han taler om selvmordstanker,
- forholdet til terapeuten
- metaforisk reference til gruppen
- to fra gruppen blev adskilt fra dem
- dejligt at se andre mennesker under overfladen

5. Rammer:

- regelmæssigt samvær.
- at være kommet ud af huset. Kunne tale om, hvordan ugen var gået.
- at der blev talt om, at det ikke var nødvendigt at sige noget først
- ikke at skulle tale, selvom der var en periode med tavshed

6. individuel contra gruppe:

- at være alene med en terapeut
- for lidt tid til hver enkelt patient

7. Positive og negative synspunkter vedr. affektiv åbenhed

- ubehageligt da gruppen talte om medpatients selvmord
- at blive vant til at tale selvom der var flere mennesker tilstede

8. Kønsorienterede udsagn

- oplevede (under musiklytningen) pige fra gruppen let påklædt
- kvinde i billeddannelsen blev forvandlet til gruppens medlemmer

Konklusion

Konklusivt ses, at patienterne ud fra deres direkte udsagn vedrørende gruppen er optaget af områderne:

- gruppesamhørighed
- oplevelse af sig selv i forhold til de andre i gruppen.
- at høre andre med fællesproblemer

- at se sig selv både som en del af gruppen og samtidig kunne sætte grænser
- spørgsmål om tillid contra mistillid
- rammerne for terapien
- emotionel åbenhed - det at turde tale i en gruppe
- følelser af ubehag ved at tale om svære hændelser i gruppen.

Som det fremgår, peger mange af patienternes udsagn på, at gruppesammenhængen har været af væsentlig kurativ værdi.

I anden sammenhæng om kurative faktorer ved psykoanalytisk terapi, beskriver Vitger (1999), at målet for terapien generelt er at bedre patientens livsevne og livsførelse. Han beskriver, at en sådan udvikling kan anskues ud fra tre R'er: Rammer, Relation og Respons. Selvom Vitger hentyder til hele den terapeutiske proces for terapeut og klient i individuel psykoanalytisk terapi, er de tre R'er også betydningsfulde for patienterne i mit projekt, set i lyset af patienternes synspunkter om gruppens betydning. Patienterne omtaler de tre R'er. Rammerne er væsentlige, og deres øvrige udsagn peger på relationsaspekter og respons.⁷³

Patienters syn på terapiforløb

Direkte information om patienters syn på hvilke aspekter de lægger vægt på i gruppeterapi også undersøgt af Yalom (1975/1985) i: *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, hvor der anføres mange evalueringer og resultater af gruppeterapi settings. Yalom henviser bl.a. til undersøgelse af B. Benzion, C. Pious og R. Parson (s.73 ibid.):

Eighteen members of two outpatient time-limited therapy groups which meet for fifteen sessions. After each meeting the patients filled out Q in which they described the incident that they have considered the most important. Two hundred and seventy- nine incidents were obtained and then sorted into nine categories, which were in order of frequency:

1. Increased awareness of emotional dynamics: A broad category in which the subject "was helped to acquire new knowledge about himself, his strength and weakness, his pattern of interpersonal relating, his motivations ect.
2. Recognizing similarity to others
3. Feeling positive regard, acceptance, and sympathy for others,

⁷³ For uddybende forståelse af Vigtgers synspunkter henvises til artiklen.

4. Seeing self as seen by others,
5. Expressing self congruently, articulately, or assertively in the group,
6. Witnessing honesty, courage, openness, or expressions of emotionality in others,
7. Feeling responded to by others,
8. Feeling warmth and closeness generally in the group,
9. Ventilating emotions

Selvom denne undersøgelse, efter al sandsynlighed er foretaget med en gruppe af væsentligt bedre fungerende patienter, idet svarene synes ret omfattende, er der tydelige sammenfald mellem, hvad patienterne i denne undersøgelse fandt var vigtige kurative aspekter i gruppen, og de aspekter som patienterne i min undersøgelse fandt af væsentlig betydning i forhold til gruppen. Eksempelvis ses sammenfald i aspekterne om sammenligning med de andre i gruppen, og betydningen af gruppen som et sted, hvor man følte sig accepteret og følte sympati for hinanden, mens spørgsmål om grænsesætning og tillid/mistillid måske synes at være mere i fokus hos de skizofrene og skizotypiske patienter i min undersøgelse

Teori om udvikling i gruppeterapi

En anden måde at beskrive udvikling på i gruppeterapi er at faseinddele terapien. Eckhoff (1996) beskriver forskellige modeller for faser i gruppemusikterapi med psykiatriske patienter (ibid.s.18). Eckhoff nævner som eksempel Ken Bruscias faseopdeling i Bruscias egen metode: *Eksperimentel Improvisationsterapi* (Bruscia, i Eckhoff 1996), hvor han opererer med seks faser:

akklimering/gruppeetablering, selvudforskning, rolleudforskning, konfliktbearbejdning, rolleintegration og selvstændighed. Selvom metoden er møntet på improvisation kan den efter min opfattelse også anvendes i receptiv musikterapi. Udfra min erfaring i klinisk sammenhæng med både receptiv musikterapi og improvisation ses ofte en bevægelse fra en fase, hvor gruppen etablerer sig selv og gruppekulturen dannes, hen imod en fase med øget individualisering, som efterhånden omfatter konfliktbearbejdning med efterfølgende ny-selv-forståelse og nyorientering.

Eckhoff skriver om faseinddelingen, at det er hendes erfaring i arbejdet med skizofrene patienter med omfattende kognitive mangler, at de vil kunne bruge 2-3 år på de første to faser i Bruscias model. I min undersøgelse bringer flere patienter aggressivt ladet konfliktmateriale op - eller måske rettere sagt bringes aggressivt konfliktladet ubevidst stof op via billeddannelsen. Der synes således måske at være

en tendens til at konfliktstof hurtigere bringes på bane med GIM relateret receptiv musikterapi end sædvanligvis i improvisationsterapi. Dette stiller krav til terapeuten om at hjælpe patienten med at bearbejde og forholde sig til det aggressive materiale. En hjælp for terapeuten (og klienten) i den situation er at lægge vægt på den symbolske form, det aggressive materiale fremkommer i. Med andre ord, at den metaforiske distance og dobbelttydighed i "samarbejdet" med musikken og billedannelsen kan være en hjælp for patienten til at rumme, og dermed bearbejde, aggressivt ladet materiale.

Fællestræk for de faseinddelinger Eckhoff nævner i sin artikel, synes generelt at være, at patienterne først skal igennem en tilvænningsfase med fokus på opbygning af tryghed og tillid, efterfulgt af faser, som progressivt fokuserer på øget individuation i gruppen. Forløbet tjener som udviklingsmodus fra etablering til fundering af tillid. Dette danner grundlag for viderebearbejdning og introduktion af konfliktmateriale, samt åbning mod sværere følelser såsom afmagt, fortvivlelse, kamp og adskillelse, hvilket jeg i det følgende vil belyse ud fra Pt. Cs materiale i mit projekt.

Udviklingsfaser i terapien set ift. pt. C

Ud fra en anskuelse om udviklingsfaser i gruppe-musikterapiforløb, har jeg set på pt. Cs direkte udtalelser ift. gruppen. Disse er følgende i kronologisk rækkefølge: *Pt. C: (3) angst for de andre i gruppen, (4) hvad synes de andre om ham når han taler om selvmordstanker, (7,31) forholdet til musikterapeuten (8,9,10,16) banankasse ift. gruppen, (15) lidt mere tillid til gruppen, (20) genkender anden patients fantasi om at være et uhyre, (21) pige fra gruppen let påklædt, (23) to fra gruppen adskilt fra dem, (30) afsked med gruppen*

Min tolkning, spørgsmål og tanker om disse udsagn er følgende. I begyndelsen er C angst for de andre i gruppen, hvad siger de til hans selvmordstanker? Vil de udstøde ham, vil de tage afstand til ham? og er dette en gentagelse af tidlige primære relationer?

I forholdet til mig fortæller C, at han er usikker, når jeg ikke er tilstede. C synes at have en positiv (overførings) relation til mig, præget af afhængighed. Er han bange for at den kvindelige co-terapeut ikke kan klare forløbet alene, og i så fald siger det så også noget om hans forhold til kvinder generelt - evt. moderen?

Ved hjælp af banankassen (sess. (8), 9, 10, 16) metaforiseres Cs forhold til

gruppen - og dermed også hans kropslige tilstedeværelse - nærhed contra distance til gruppen. Han vil gerne være der, men den (eneste?) måde han kan være der på er ved at kravle ind i kassen. Midt i forløbet har han etableret mere tillid (15), og behøver derefter ikke kassen mere som sikkerhedsventil/overgangsobjekt (16). I session (21) responderer C på andet gruppemedlems bemærkning om at rumme et uhyre, hvilket kan ses som tegn på, at han mere frit end tidligere i forløbet tør bringe aggressivt ladet materiale frem i gruppen.⁷⁴ Herefter følger et nyt aspekt forholdet til en pige i gruppen (21). Et kønsspesifikt udsagn med seksuelle undertoner, et nyt "farligt" område, som C bringer ind i gruppen⁷⁵. Herefter følger udsagn om angst for at blive adskillelse fra gruppen (23), men nu ikke med baggrund i udstødelse eller afvisning som i begyndelsen, men *udfra angst for at miste et opnået værdifuldt tilhørsforhold*. Denne antagelse konfirmerer C i næstsidste session (30), hvor han taler om hvilken betydning gruppen har haft for ham i forløbet. Sideløbende hermed udtaler C i sidste session om forholdet til mig, at han bedre kan klare at jeg ikke er tilstede, hvilket jeg ser som et skridt i retning af øget selvstændighed, som også kan tænkes at indebære en ændring af Cs syn på den kvindelige co-terapeut.

Forløbet indeholder således udsagn, der med en vis rimelighed skitserer en udviklingstendens fra en fase med etablering af tillid til en fase med chancetagning og udfordring, og en adskillelsesfase, hvor patienten som et positivt tegn, dels er bange for/ ked af at miste den opnåede relationen, dels giver udtryk for større selvstændighed.⁷⁶ C's udvikling kan også beskrives udfra Isabel Frohnes version af

⁷⁴ Et væsentligt tyngdepunkt i forløbet synes at ligge i C's præsentation af at være/rumme et uhyre. Han benytter sig af den sikkerhed, der ligger i at læne sig op af en patients udsagn. Udfra et klinisk synspunkt vil en relevant terapeutisk intervention være at bringe udsagnet fra det generelle niveau til det specifikke niveau. (Hermed mener jeg, at man kan overveje at introducere for patienten om han også kan føle sig som et uhyre i gruppen.)

⁷⁵ Udsagnet kunne tænkes at være grænseoverskridende både for C og for den omtalte kvinde, men dette syntes ikke at være tilfældet, måske fordi C og den kvindelige medpatient kendte hinanden fra afdelingen, hvor de begge var indlagt.

⁷⁶ En sådan udviklingstendens belyst udfra forholdet til gruppen ses f.eks. også hos pt. B og er typisk et udtryk for et positivt terapeutisk "resultat".

en hermeneutisk udviklingspiral som omtalt på side 87. Set ud fra en interpersonel vinkel er initialfasen, den fase, hvor C i begyndelsen er angst for de andres reaktion på ham: tør han sige noget om sig selv - vil han blive udstødt?. Aktionsfasen vil være midterfasen i terapiforløbet, hvor han tør præsentere (og arbejder med) flere sider af sig selv⁷⁷. Integrationsfasen vil være den fase, hvor han tager betydningen af forholdet til gruppen (23) og andre mennesker (19) til sig, og nyorienteringsfasen vil være afslutningen af terapien, hvor C giver udtryk for øget selvstændighed, udtrykker anerkendelse af gruppens betydning og generelt udstråler en højere grad af personligt integration. I afslutningsfasen ses dog tendens til tilbagefald (f.eks. ses.(23): angst for at være adskilt fra gruppen), hvilket er et anerkendt gruppeproces-fænomen.

Desuden har jeg observeret, at udviklingstendenser med skizotypiske patienter ofte er af polariseret karakter. F.eks. C' s stærke angst for involvering i gruppen i begyndelsen af forløbet, versus hans ligeså store angst for at miste gruppen igen senere i terapien. Denne polariseringstendens synes dog at aftage sideløbende med jegets styrkelse.

Musikudvælgelse i forhold til faseinddeling af et forløb

Det er min opfattelse at individer i grupper udvikler sig i forskelligt tempo, og at faseinddelingen skal forstås herudfra. Analogt med en grov faseinddeling f.eks. etableringsfase/startfase og en eksploreringsfase/arbejdsfase, er det musikterapeutens opgave i GIM at forsøge at vælge musik, som passer tilstrækkeligt godt til udviklingsprocessen. Det indebærer, at terapeuten i begyndelsen vælger musik med henblik på etablering af samhørighed - altså stemningsskabende musik ud fra dette synspunkt. Senere kan musikken vælges ud fra understøttelse af mere individuelle behov. Eksempelvis musik med mere uforudsigelig og kompleks dynamik, f. eks. med store udsving i styrke og intensitet, med sammenstød mellem konsonante og dissonante toner, som symbolsk kan lægge op til konflikt og konfliktbearbejdning.

Pt. B belyst ud fra objekrelationsteorien (ORT)

En gennemgående analyse af Bs materiale ud fra ORT, kunne udgøre en afhandling i sig selv. Derfor skal nedenstående kun opfattes som udvalgte eksempler til

⁷⁷ Hvilket også afspejles i billeddannelsen. Se f.eks. session (17)

illustration af teorien.

I følge objektrelationsteorien gennemgår vi i de først leveår forskellige udviklingsstrin. (Mahler 1984, Klein 1948). Som bekendt mente Klein, at barnets første udviklingsfaser består i en paranoid/skizoid position og en mere moden depressiv position og Mahler et al. har angivet, at der efter en symbiotisk orienteret fase (som Mahler i øvrigt har revurderet med en forkastelse af det "autistiske stadium" som følge), følger en differentieringsfase, hvor barnet ca. 5 - 12 mdr. gammelt gradvist adskiller sig fra moderen. Om patologiske tilstande i differentieringsfasen skriver den svenske psykiater Cullberg at: *Det er ret sandsynligt at det første grundlag for samvittighedsudvikling dannes i differentieringsfasen. Den dybt depressive patient har en gennemgribende, men sædvanligvis ubevidst opfattelse af at han/hun er ond, og at han med sin onde kraft ødelægger det gode.* (Cullberg, 1984)

Denne selvopfattelse ses hos B, og afbildes tydeligt i hendes billeddannelse allerede i den første session, hvor hendes kerneproblematik blev præsenteret. B sagde, at hvis hun gik ind i den smukke have, så ville haven blive ødelagt.⁷⁸ Forstås dette billede ud fra Kleiniansk synsvinkel, vil billedet høre hjemme i den paranoid/skizoide position. Bs billede efterlader et indtryk af indre splittethed, hvor det "onde" (hende) vil ødelægge det gode (haven = anden side af hende), hvis de bliver blandet sammen/mødes.

Denne splittede selvopfattelse er gennemgående hos B og ses igen f.eks. i session (18), hvor B fortæller, at hun gik på en grøn eng – men at planterne visnede i hendes fodspor. Dette udsagn hører også hjemme i den paranoide/skizoide position. B giver udtryk for den paranoide - og omnipotente fantasi at hun ødelægger naturen omkring sig. Senere i samme session sker der det, at B oplever sig selv som en lille fugl, der bliver stenet til døde. Dette billede må også siges at afspejle forfølgende elementer i Bs bevidsthed. Men til slut i sessionen, begraver B fuglen og sørger over dens død, og deler denne sorg med gruppen, og her træder B sandsynligvis ind i den depressive position. Man kan sige, at B indenfor samme session svinger fra den paranoide/skizoide position over i den depressive position.

⁷⁸ Det er uvist om B også før terapien har været bevidst om det onde i sig, men det er sandsynligt at hendes billedmæssige oplevelser har tydeliggjort og håndgribeliggjort denne problematik, der dermed nemmere har kunnet belyses.

Også i andre sessioner foregår der hos B (som nævnt under gennemgangen af Bs case) en kamp mellem det gode og det onde. Udfra kleiniansk objektrelationsteori vil disse oplevelser kunne henføres til kampen mellem det gode og det onde bryst (Klein 1948, se også: afsnit under generel forskningsmetode, s. 93)

Ses familietemaet, som B arbejdede med i hele terapiforløbet (specielt forholdet til faderen), i dette lys, betyder det, at Bs indre splittelse skyldes traumatiske oplevelser tidligt i livet. I case-gennemgangen fremgår det, at B har et meget splittet og angstfyldt forhold til faderen, men forholdet til moderen er også kompliceret. "Moderbilledet" forstået som en konfiguration af omsorgsgivende karakter, mener jeg også indeholder en patologisk problematik. I session 20 oplevede B i musiklytningsfasen at: *jeg rakte armene ud efter at tage en frugt i den smukke lund, men frugten var ikke frisk, den ætsede min hånd indtil benet..*

B "rækker ud efter næring" (omsorg), men modtager en "forgiftet", fortærende frugt (brystet). Et billede som (igen) klart kan relateres til den paranoid/skizoide position. Et billede som også er analogt til et barns rækken ud efter moderen og dermed hendes omsorg. Dermed i videste forstand, i dette tilfælde, møder hun "det onde bryst".

I ovennævnte sekvens med den ætsende frugt oplever B sig som "offeret", men i andre tilfælde kan B være både "offer og bøddel", f.eks. i eksemplet fra session 18, hvor B gik tur på en frodig mark, men hvor blomsterne (ofrene) visnede i hendes fodspor. Man kan forestille sig, at B både var den der trådte på græsset så det visnede, og den der blev trådt på.

Ovennævnte "forgiftede" frugt kan også ses i sammenhæng med Bs selvødelæggende misbrug, hvor hun bl.a. har anvendt piller som trøst efter frustrerende oplevelser – altså en form for trøstende "næring".

Selvom B gennemgik en forholdsvis stabil udvikling i forløbet, hvor hun opnåede at blive tillidsfuld i gruppen, og udtalte at hun følte sig taget alvorligt, fornemmede man hos hende til stadighed en følelse af trussel om potentielt overgreb. Hvis den "forgiftede" frugt oversættes til en "forgiftet pille", vil pillen symbolisere det "onde bryst". Man kan forestille sig, at den forgiftede pille er symbol på mistillid til terapien, terapeuterne, eller gruppen.

Ifølge objektrelationsteorien grundlægges personligheden i den tidlige barndom, hvor B oplevede svigt fra begge forældre, og ifølge anamnesen var hun flere gange ved at dø af iltmangel. Disse oplevelser vil ifølge ORT kunne indebære, at B kan

tænkes at have internaliseret et splittet moderbillede, hvor den "onde" del truer med udslette den "gode" del, og at B (som f.eks. i 1.session) undgår dette gennem splitting, hvor ondt og godt holdes adskilt. Altså en tydelig konfigurering af manglende objektkonstans i flg. ORT.

En indre objekt-polarisering fremtrådte også i Bs konfigurering af "solen". Solen fremtrådte både nærende og fortærende farlig, hvorved det gode/onde aspekt igen var i fokus.

Splittingen (enten/eller) fremtrådte på følgende måde. Det nærende sås i: *..jeg sejlede ud mod solen og fik det bedre*", og *..musikken var dejlig, den mindede mig om sol og forår* og det fortærende, farlige sås i: *Solen skinnede for stærkt, der var et rødt skær over det hele og solen smeltede min krop*.

Men solen kunne også være indsigtbefordrende og "kaste lys på erindringen" - *I solskinnene og varmen, mærkede jeg min smerte mere tydeligt, og huskede vigtige ting, som jeg har dulmet. Jeg tænkte mere klart, det var nødvendigt selvom det gjorde ondt*, og sidste session kiggede B længselsfuldt efter solen som fremtrådte som en svag ring bag skyerne, hvilket måske kunne være et forsigtigt håb om fremtiden. Hermed ses en begyndende integration, idet solsymbolet repræsenterer "både - og" tilstande. På evalueringsspørgsmål om, hvilke konkrete begivenheder eller oplevelser B havde haft mest gavn af, nævnte hun, at der næsten altid var en sol med i hendes forestillinger, og at dette symbol bevirkede, at hun var blevet emotionelt involveret i forløbet, havde følt tomhed og ensomhed, men også sorg og glæde.

For os alle repræsenterer solen en uundværlig livgivende kraft - og modsætningen hertil.

I Bs bevidsthed afspejles symbolsk forskellige sider af solens potentiale. "Solen" kan ud fra ORT anskues som en konfigurering af gode og onde delobjekter i Bs indre univers.

Måske repræsenterede en del af solsymbolet, som i almen forstand er det maskuline (i flg. Jungiansk terapi: animus) det negative faderbillede, der står for As mangelfulde forvaltning af aggressive impulser, som med voldsom kraft kan ødelægge både hende selv og andre, og også fik hende selv til at tro hun var et uhyre. Og måske repræsenterede en andel del - den mere positive del af soloplevelserne - rester af positive oplevelser, B har haft med faderen. Et symbol på Bs ubevidste længsel efter et positivt faderbillede, hun engang har haft og hendes iboende længsel efter en balance mellem nærhed og afstand. Et ønske om at

modtage næring (energi) fra en omverden, som ikke var forgiftet.

Solen har ud fra ovennævnte været et emotionelt igangsættende symbol i As bevidsthed, og hermed altså indeholdt "kim" eller potentialer med tendens i retning af en mere nuanceret kontaktform.

Ses solen som natursymbol ud fra en anden psykoterapeutisk vinkel, den Jungianske, anses solen for at være et fadersymbol og en faderarketype.

Faderfiguren præsenteres via solen med klarhed og styrke, men kan også fremtræde negativt som overmagt, stivhed, straf og ødelæggelse.

Dette stemmer overens med Bs splittede billede af solen, og hendes splittede forhold til sin fader. I barndommen introjicerer vi i flg. både ORT og Jungiansk terapi væsenstræk fra vores forældre. Om introjektionen af væsenstræk skriver Verena Kast (1995) at:

"Egne ubevidste væsenstræk, som vi som børn overtog fra en af vores forældre, og som ofte virker i os i form af symptomer, i komplekslignende adfærd, projicerer vi ud på vore medmennesker. Vi ser disse egenskaber hos dem. De fascinerer os eller irriterer os."

Når vi er i stand til at erkende symbolerne på subjekt-trinet, forsøger vi at trække projektionens indhold tilbage og dermed erkende det som en væsentlig bestanddel hos os selv. Set i denne sammenhæng afspejler B's "Solsymbol" ikke blot det formodede introjicerede faderbillede, men også en side hos hende, der rummer og udtrykker både nærende og destruktive kræfter.

I Bs indre aftegnedes en iøjefaldende mængde af kontrastfyldte oplevelser.

Kontrasterne sås som billeder i As indre psykiske landskab, der ofte var præget af hyppige voldsomme skift, hvilket også var fremherskende i hendes almene adfærd.

På afdelingen, hvor hun var indlagt, blev hun beskrevet som meget omskiftelig.

Den mindste skuffelse eller grænsesætning kunne udløse et sandt raseri med voldsom acting-out adfærd med ødelæggelse af inventaret, efterfulgt af perioder med tilbagetrækning og indesluttethed, ledsaget af en markant devaluering af personalet.

Personalet betragtede hende som vanskelig at behandle, men også som en pige med mange ressourcer, som hun desværre kun glimtvist anvendte hensigtsmæssigt.

Et forsøg på at forstå de indre konfigurationer, er et forsøg på at forstå Bs

psykodynamik.

Diagnostisk pegede de tiltagende kontrastfyldte oplevelser sammenfaldende med den tiltagende emotionelle kontakt på, at B bevægede sig fra et skizofrent modus ind i borderline området. Et eksempel, som jeg synes støtter denne diagnostik, er som tidligere nævnt Bs oplevelse af at være en lille fugl, som blev stenet og døde, hvor hun tænkte at hun aldrig mere ville blive glad. I denne sekvens gemmer sig dels evnen til at sørge, og dermed evne til at adskille sig, og desuden en underliggende forladthedsdepression, som dog formildes via bearbejdningen i gruppen. I terapien blev de mange modsætninger i B's indre synliggjort, og med hensyn til udvikling skriver Verena Kast (1990) at:

målet ikke er at sammenføre modsætninger i en formodet og forhastet harmoni, men derimod at lade disse sider komme til udfoldelse, hvorved vi lærer os selv og vores mørke sider bedre at kende. Når vi har accepteret de angstfremkaldende sider i et sådant omfang, at vi kan tillade dem at komme frem, så er spændingen mellem vores jeg-bevidsthed og disse sider ikke længere uudholdelig, men for det meste allerede frugtbar.

B overvejede på intet tidspunkt at forlade gruppen, og det var mit indtryk at hun i psykosensære situationer havde tillid nok til at fortælle om sine oplevelser, indimellem også med en nødvendig emotionel distance.

Verena Kast skriver videre:

De indre figurer vi er bange for er sider af os selv, som fremkalder angst i os. Ofte er det nogle billeder på fraspaltede komplekser, der repræsenterer sider af vores væsen, som har et presserende behov for at komme til udtryk, men som vi af en eller grund ikke vil lade leve med.

B tillod at lade indre angstfyldte figurer, objektkonfigurationer komme til udtryk i billedlig form. Det var til tider meget vanskeligt og forvirrende at rumme alle de flakkende delobjekter der kom til udtryk, men indimellem fik de løsrevne sider af historien fodfæste, og handlingen fik mere samlet substans som f.eks. i session 18, hvor B sørgede over sin egen symbolske død.

Terapeutisk var et suicidaltema fremherskende en periode, men det kom på afstand antagelig som følge af bearbejdning via billeder og følelser, der var tilknyttet disse. B var i stand til at fuldføre forløbet på seks måneder efterhånden med et engagement, der kan sammenlignes med et tilfredsstillende behandlingsallianceniveau. (Harder, 2000).

Efterhånden i forløbet opnåede B en grundlæggende tillid til gruppen, og reflekterede via regressive oplevelser under musiklytningen over sit liv, hvilket

havde en kontaktbefordrende effekt.

B genoplevede som nævnt tidligere angstfyldte barndomsoplevelser som hun i begyndelsen flygtede fra. Senere i forløbet blev hun bedre til at rumme og bearbejde oplevelserne

Hun tillod sig at blive berørt, hvilket kan ses som et terapeutisk mål i sig selv (Sørensen, 1995) og gav gennem sine oplevelser et splittet kontrastfuldt billede af sig selv, men viste også tegn på længsel efter kontakt i et univers, hvor det gode ikke blev destrueret af det onde.

På flere punkter fulgte B Lisa Summers teori (1992) om, at klienten/patienten først skal have/finde en tryk base i moderens (musikkens) favn, for at kunne bevæge sig ind i ukendt land og traumatiske oplevelser. (se også: Wärja, 1999).

Diskussion

Diskussion af undersøgelsen:

GAF-undersøgelsen (1/A) viser, at de patienter, der indgik i undersøgelsen var særdeles dårligt fungerende ved behandlingens start. De befandt sig hovedsageligt i området 31 –40, svarende til et forringet funktionsniveau med hensyn til kommunikationsevne. De afslørede tankeforstyrrelser og betydeligt nedtonet niveau på forskellige områder såsom arbejde, familie, dømmekraft, tænkning eller stemningsleje. Flere var præget af vrangforestillinger og selvmordstanker. Ingen havde job og flere var uden bolig, og havde generelt meget få eller ingen venner. Undersøgelsen viser en gennemsnitlig bedring på 7,2% efter et halvt års behandling med musikterapi, hvilket må siges at være tilfredsstillende. Udover musikterapi har behandlingen også bestået af indlæggelse på psykiatrisk hospital, medikamentel behandling, og for de fleste deltageres vedkommende, ophold på miljøterapeutiske afdelinger. Det er derfor vanskeligt at fremhæve, hvilke af de aktuelle behandlingsmæssige interventioner, der har været mest virksomme.

Af spørgeskemaundersøgelsen (1/B) fremgår det, at psykoterapeutiske elementer såsom tillid, ansvarlighed, åbenhed og kontakt med følelser har haft stor betydning for patienterne. Disse aspekter har generelt stor betydning for et vellykket terapiforløb (Hougaard 1994). Desuden spiller det også en væsentlig rolle for patienterne, at de har mærket sympati og forståelse fra terapeuternes side, og patienternes positive vurdering af terapeuterne i besvarelserne kan tyde på en god

terapeutisk alliance. Den meget positive vurdering kan indebære dog sandsynligvis indebære elementer af idealisering (Kohut, 1971). I resultatet af spørgeskemaundersøgelsen fremgår det desuden, at patienterne lægger stor vægt på betydningen af at blive forstået, samt deres egen indsats i terapien. De opfatter sig selv som meget motiverede, hvilket måske har afspejlet sig i et særdeles stabilt fremmøde med meget få afbud.

De spørgsmål, hvor patienterne har scoret lavest, omhandler indsigt og overføring, f.eks. på spørgsmålet om hvordan synes du, dit forhold til terapeuterne har påvirket dit forhold til andre mennesker. Dette er ikke overraskende set i lyset af tyngden af patienternes psykopatologi og terapiens tidsramme på et halvt år. Det er dog heroverfor tankevækkende, at flere patienter på spørgsmålet om hvilke kvaliteter, de synes var mest fremherskende under dannelsen af mentale billeder under musiklytningen, vælger kvaliteten "indsigtsgivende" som 1 og 2. Prioritet.

Musikterapien har på grund af den valgte tidsramme langt overvejende været af støttende karakter. Tidligere erfaringer tyder på, at to års psykoterapi med skizofrene patienter må anbefales (Gunderson et al 1984). Først efter det halve år har man en fornemmelse af en bæredygtig terapeutisk alliance med disse særdeles skrøbelige patienter. 8 af de 9 patienter ville utvivlsomt kunne profitere af et længerevarende forløb. De gav spontant udtryk for, at de gerne ville have fortsat terapien og var kede af, at den skulle ophøre. Man kunne derfor overveje at gentage undersøgelsen med patienter i minimum 1 års terapi.

Desuden er det interessant og af central betydning, at musikdelen vurderes så positivt af patienterne. Vi⁷⁹ er undervejs stødt på skepsis med hensyn til at udsætte så dårligt integrerede patienter for denne form for musikterapi. En metode, hvor vi ligefrem tillader, at patienterne kan vælge at ligge ned under musiklytningen og lukker op for deres fantasi og følelsesliv med musikken, hvorved man ligefrem kunne frygte en genopblussen af psykotiske symptomer og angst. Det er derfor særlig interessant, at patienterne alt overvejende har responderet meget positivt på musikdelen, og udfra et musikterapeutisk synspunkt også meget væsentligt, at den valgte musik ikke har virket skræmmende for disse skrøbelige patienter. (spm. 27). Endelig fremhæver patienterne også, at kombinationen af musik og samtale ligesom kombinationen af musik og billeddannelse, har været en god idé, og at

⁷⁹ Co-terapeut Annette Roesen og undertegnede

musikken har hjulpet dem med at få kontakt med deres følelser, hvilket indebærer mulighed for at forstå og bearbejde det emotionelle indhold i en interpersonel sammenhæng.

Idet Valbaks del af spørgeskemaundersøgelsen er beregnet på individuel terapi, er der ikke her spørgsmål vedrørende gruppen. Gruppens betydning og rolle fremgår dog tydeligt i besvarelsen af de 5 supplerende spørgsmål – undersøgelsen 1/C.

Flere patienter nævner værdien af forholdet til de andre i gruppen, som udtryk for spejling både med hensyn til fælles problemstillinger, og i forståelsen af den anden ud fra forestillingsbillederne. Besvarelserne peger tydeligt på, at patienterne har været i stand til at drage nytte af deres oplevelser under musiklytningen, hvilket vi mener skyldes musikkens strukturerende og containende effekt. De fleste patienter nævner oplevelser fra musiklytningen som det, de har haft mest gavn af i terapien, samt at mange af disse oplevelser erindres tydeligt. Dette er samstemmende med Erdonmez, der i sin afhandling "A Phenomenological Study of Pivotal Moments in GIM" fandt, at kendetegnet ved "pivotal moments" bl.a. var at disse øjeblikke blev husket og kunne beskrives detaljeret og levende af patienterne som deltog i hendes projekt. I min undersøgelse nævner flere, at musikken og billeddannelsen var medvirkende til personlige oplevelser af konkret eller metaforisk karakter, som gjorde et stort følelsesmæssigt indtryk, hvilket også ses som en af de væsentligste kendetegn ved "pivotal moments" i Denise Erdonmez afhandling (Erdonmez, 1999 s.232). Patienternes oplevelser i mit projekt bevirkede også større selvforståelse og et øget engagement i gruppen. F.eks. fortalte én patient, som var præget af udtalte negative symptomer, at han følte indre tomhed, og ikke syntes han havde noget at bidrage med til gruppen i den indledende runde. Men patienten fik mange billeder under musiklytningen og dette hjalp ham til aktivt at kunne tage del i gruppen. En anden patient med mange positive symptomer, fik mere hold på sin indre verden via terapien, og endte i sidste session med bevidst at genopleve og reflektere over de væsentligste mentale billeder/oplevelser han havde haft undervejs i forløbet. Én patient syntes decideret ikke, at han havde fået udbytte af terapien, men det må i den forbindelse dog nævnes at denne patient, som i øvrigt var den første deltager i projektet, deltog i en gruppe, hvor et andet gruppemedlem (som ikke var med i projektet) suiciderede. Denne oplevelse gjorde stærkt indtryk på patienten, hvilket han også anførte på spørgsmålet om, hvilke konkrete begivenheder i terapien, der havde gjort størst indtryk på ham. Det kan derfor ikke

udelukkes at denne hændelse kan have farvet patientens syn på hele terapiforløbet. Det er derfor min antagelse (udfra mine "field notes" fra denne patient, se bilag: patientcases pt. nr. 1), at han langt hen i forløbet var tilfreds med terapien, men ved det efterfølgende interview devaluerede forløbet, idet han var vred på os over, at omtalte patient suiciderede, og ikke mente, at vi var lydhøre overfor hans ønsker om individuel terapi. Jeg mener således, at patienten faktisk kan have haft gavn af forløbet, og at han, til trods for den uheldige oplevelse, var istand til at fortsætte en positiv udvikling i det individuelle forløb, han blev tilbudt efter musikterapien.

Undersøgelsens anden del tog udgangspunkt i min analysemodel inspireret af Grounded Theory. Resultatet af analysen påpeger restituerende faktorer i den terapeutiske proces. Heraf fremgår det, at de valgte patienter indenfor otte kategorier har haft oplevelser og udsagn, jeg har valgt at karakterisere som restituerende faktorer. Desuden fremgår det af den selvstændige kategori "direkte referencer til musikken", hvilken rolle musikken spillede i forløbet. I den anden selvstændige kategorisering "billedernes fremtrædelsesform" fremgik det, at patienterne i sidste halvdel af deres forløb havde tendens til et overtal af mere sammenhængende narrative sekvenser.

Almen praksis i GIM-metoden er, at der under musikken foregår en dialog mellem terapeut og klient. Herved er terapeuten hele tiden i verbal kontakt med patienten, hvilket ofte er en fordel. I den gruppe af skrøbelige patienter vi har undersøgt, har dette ikke været muligt på grund af risiko for stressbelastning og forvirring. Det har derfor været af stor betydning for os at erfare, at den strukturerede form, som vi har anvendt, har virket efter hensigten alligevel.

Ni selekterede patienter i et design uden kontrolgruppe er et meget lille antal at vurdere ud fra. Alligevel kan det positive resultatet måske være repræsentativt for behandling af patienter i skizofrenispektret med den anvendte musikterapiform.

Kapitel 11 Konklusion

Spørgsmål som er søgt belyst:

- 1) Ville patienterne opleve billeder til musiklytning ?
- 2) Hvilke informationer ville jeg få om patienterne ud fra deres oplevelser under musiklytning?
- 3) Ville disse informationer give mig indblik i patienternes intrapsyiske objektrelationer
- 4) Ville eventuelle udviklingstendenser kunne påvises ?
- 5) Hvilken rolle spillede musikken for patienterne i terapiforløbet ?
- 6) Hvordan fremtrådte patienternes oplevelser under musiklytningen. I narrative sekvenser eller sekvenser tilsyneladende uden narrativ sammenhæng.?

Besvarelse:

1) Ville patienterne opleve billeder til musiklytning ?

Spørgsmålet er enkelt at svare på. Som det er fremgået har alle patienterne haft billeddannelse i næsten samtlige sessioner.

2) Hvilke informationer ville jeg få om patienterne ud fra deres oplevelser under musiklytning?

Spørgsmålet er besvaret ud fra min analysemodel med kategorisering. (vertikal analyse). De otte hovedkategorier indeholder forskellige aspekter af restituerende faktorer i den terapeutiske proces med udgangspunkt i patienternes oplevelser under musiklytningen. Resultatet af hver kategoriprofil har jeg uddybet i sammenfattende kommentarer både individuelt, og generelt, i forhold til alle fire udvalgte patienter, og i forhold til undersøgelsesmetode 1, hvor alle ni patienter indgår.

Jeg har lagt særlig vægt på at belyse patienternes forsvarsmanøvrer og har forsøgt at påpege forskellige typer af ubeviste eller førbevidste forsvarsmønstre. Jeg har påpeget at adækvate forsvarsmanøvrer skal ses som dynamiske hjælpefunktioner for patienterne, og stillet spørgsmålet om, hvorvidt visse forsvarsmanøvrer er en nødvendig forudsætning for patienternes evne til integration. Teorien om forsvarsmanøvrerne er en bekræftelse og et forsøg på at specificere og udvide Goldbergs teori om forsvarsmanøvrer i modificeret GIM terapi med psykiatriske

patienter, som jeg har omtalt i kapitel 1 under litteraturreferencer. (Goldberg 1994).

En af patienterne med klar overvægt af ønsketænkning som primær forsvarsmanøvre, viste kun i en session billeddannelse indeholdende aggressive elementer. Til gengæld var dette billede af meget arkaisk karakter. Dette har rejst et nyt spørgsmål, om det også gælder generelt, at patienter som i stor udstrækning har ønsketænkning som primær forsvarsmanøvre, også har meget få, men måske arkaiske "scoringer" indenfor det aggressive aspekt i relationsområdet i deres mentale billeddannelse.

3) Ville disse informationer give mig indblik i patienternes intrapsykeiske objektrelationer ?

Undersøgelsen har vist, at patientmaterialet indeholder informationer, der giver et meget væsentligt indblik i patienternes intrapsykeiske objektrelationer. Jeg har besvaret spørgsmålet, dels udfra min kategoriseringsmodel, og dels udfra teoretisk triangulering ved inddragelse af eksterne analysemodeller. De eksterne kilder har været teori om metaforer i en narrativ kontekst, og teori om udviklingsfaser i gruppemusikterapi udfra pt. Cs casemateriale og ORT eksemplificeret udfra pt. Bs casemateriale.

4) Ville eventuelle udviklingstendenser kunne påvises ?

Udfra GAF undersøgelsen (1 /A) ses en gennemsnitlig bedring på 7,2 % i patienternes funktionsniveau.

Spørgsmålet er også besvaret udfra kategoriseringsmodellen (vertikal og horisontal analyse), hvori jeg har angivet otte kategorier hvori jeg mener at restituerende faktorer forekommer .

Spørgsmålet er desuden belyst udfra teoretisk triangulering og ved inddragelse af eksterne analysemodeller. De eksterne kilder har været teori om metaforer i en narrativ kontekst, teori om udviklingsfaser i gruppemusikterapi, eksemplificeret udfra pt. C, og ORT eksemplificeret udfra pt. B.

Desuden skal tilføjes patientens egne udtalelser om fremskridt (oplysninger hentet fra undersøgelse I /C samt udsagn fra de fire udvalgte patienter), hvor jeg vil angive

følgende udviklingstendenser:

- forståelse af egne billeder (øget indsigt)
- banebrydende emotionel respons i terapisituationen (øget emotionel kontakt)
- øget relateringssevne til gruppen
- kognitiv indsigt, herunder forståelse af sammenhæng mellem "dengang og nu"
- evaluering af forløbet, hvor patienten sammenligner med sin situation før terapien

Endelig vil jeg angive følgende udviklingstendenser ud fra mine observationer:

- udvikling som afspejles symbolsk gennem patientens metaforiske udsagn
- udvikling som kan påpeges gennem sammenligning af informationer fra anamnesen og hændelser i forløbet, eller gennem sammenligning mellem metaforiske og konkrete informationer
- metaforisk transformation
- sammenligning med eksterne teoretiske kilder

5) Hvilken rolle spillede musikken for patienterne i terapiforløbet ?

Spørgsmålet er besvaret ud fra tillægsundersøgelsen: direkte referencer til musikken. Væsentlige karakteristika ved musikkens betydning har ifølge patienterne været at musikken har bevirket:

- oplevelser af positiv æstetisk værdi
- følelsesudløsende oplevelser
- oplevelser af kinæstetisk karakter
- billede/objektdannende oplevelser
- adgang til både positive og negative "genoplevelser", minder og erindringer
- referencer til musikkens dynamiske opbygning
- musikken som igangsættende faktor på indre oplevelser

Min vurdering af musikkens psykodynamiske betydning har ud fra patienternes materiale været, at musikken kan bevirke:

- skift i bevidsthedstilstand hvor musikken transcenderer øjeblikket, og dermed baner vej for nye synsvinkler
- interaktion mellem musik og billeddannelse på en synergistisk måde.

- musikken som afgrænsende faktor på patienternes oplevelser
- musikken i samspil med guidning har både kunnet fastholde og ændre fokus

6) Hvordan fremtrådte patienternes oplevelser under musiklytningen.

I narrative sekvenser eller sekvenser tilsyneladende uden narrativ sammenhæng?

Det sjette spørgsmål er besvaret udfra en model, som omhandler antallet af de to typer udsagn, og resultatet herudfra er at der ses flest udsagn af narrativ karakter i sidste halvdel af forløbet.

Dette kan måske pege på en vis "indlæring" - at patienterne i løbet af terapien har tendens til en mere sammenhængende måde at opleve på under musiklytning, hvilket kan tænkes at afspejle en øget indre sammenhæng i psyken.

Alt i alt tyder undersøgelsen på, at musikterapigruppen har været en god støtte for patienterne. De har profiteret af den meget strukturerede form, og de har været glade for musikdelen, som har virket både på det emotionelle og det strukturelle plan. Den her beskrevne musikterapi metode, må derfor siges at være meget velegnet til behandling af skizotypiske og skizofrene patienter i længerevarende terapiforløb, med omhyggelig udvælgelse af musikstykker.

Patienternes egne udsagn om musikterapien viser således, at næsten alle har været tilfredse med forløbet og har følt sig godt støttet, hvilket også kan aflæses i det overordentligt stabile fremmøde, med et fravær på under 2%.

Jeg konkluderer, at billeddannelse og musiklytning i den skitserede gruppesetting kan føre til:

- dannelse af indre "væresteder" eller refleksionsrum, som har en beskyttende eller restituerende virkning på selvet.
- ståsteder, som patienten kan operere videre fra - eller hvor pt. kan bearbejde svære oplevelser
- redskaber til at lægge afstand til overvældende oplevelser
- en måde, hvormed fantasien kan "teste" ens indre konstitution
- ønskedrømme/dagdrømme, som afbilder patientens længsler og perspektiverer patientens problematik.

- redskaber, hvor patienten kan opnå en øget evne til symbolisering

Hvilket leder til en teori om, at billedannelse og musiklytning i GIM-gruppeterapi kan føre til:

- bearbejdelse af vanskelige emotionelle tilstande
 - fordi patienten projicerer sine egne følelser ind i musikken, og musikken fungerer som bearbejdningsmodel for patienten. Eksempelvis bevirker stemningsskift i musikken og/eller guidning, at patienten kan bevæge sig ind og ud af forskellige emotionelle tilstande. En fleksibilitet som patienten ellers kan have meget svært ved at opnå.
- stabiliserende og samlende indflydelse på selvet
 - fordi musikkens dynamik og struktur bevirker en øget strukturel opbygning af patientens indre univers, hvilket ofte bevirker at symboliseringsevnen forøges
 - fordi musikken over tid, samt guidningen er med til hjælpe patienten med at fastholde et fokus
- bane vej for håbsoplevelser
 - fordi musikkens påvirkning indvirker emotionelt på patienten, på en sådan måde, at patienten får øje på skjulte ressourcer i sig selv.
 - fordi musikken virker som katalysator for oplevelser som patienten finder livsbekræftende
 - fordi musikken leder patienten ud af, eller væk fra, fastlåste tankemønstre

Metodens anvendelighed - forslag til ny forskning

Det er min opfattelse, at metoden er meget anvendelig for andre musikterapeuter med relevant baggrund. Hermed menes kendskab til receptiv musikterapi f.eks. via GIM-uddannelsen, samt klinisk erfaring med patientkategorien.

Det er vigtigt at være opmærksom på, hvornår i patientens behandlingsforløb et tiltag med receptiv musikterapi ud fra GIM vil være relevant. Oftest vil dette tidspunkt være, når patienten er i stabil psykiatrisk behandling, både medicinsk og miljømæssigt og er på afstand af evt. psykose.

Med hensyn til den tidsmæssige ramme, vil jeg anbefale forløb på minimum seks

måneder, og gerne 1 – 2 år, med en mødefrekvens en gang ugentligt.

Mht. til ny forskning med samme patientkategori, vil jeg foreslå et nyt projekt i lighed med det beskrevne, men af 1-2 års varighed. Det kunne desuden overvejes at optage sessionerne på bånd/cd, hvis dette er muligt mhp. indsamling af datamateriale. Mht. anden ny forskning i receptiv musikterapi i GIM sammenhæng, ville videooptagne single-case forløb være af interesse.

Sammenfatning: Teori om forholdet mellem selvobjekter, psykologiske forsvarsmanøvrer og restituerende faktorer i receptiv musikterapi ud fra GIM

I min oprindelige opbygning af afhandlingen var det min hensigt at benytte en ORT optik til belysning af de empiriske data. Der er tale om et eksplorativt studie af et nyt felt inden for musikterapi og psykoterapi, og der eksisterer ikke en teori på dette område, der detaljeret kan beskrive virkningsforholdet. Det gik derfor op for mig undervejs i opbygningen af studiet, at en mere induktiv empiristytet teorigenererende undersøgelsesstrategi ville være bedst til at belyse data. Jeg valgte derfor en model inspireret af GT. Inspireret af GT, har jeg opdelt teksten i små enheder med det formål at opnå overblik til at finde virksomme temaer og sammenhænge i patientens historie. Mht. resultatet af anvendelsen af GT, har jeg fundet, at GT har været en stor hjælp i konstruktionen af kategorierne, og som en begrebslig støtte har metoden ført til et generelt overblik og til dannelse af kernekategorier, som første skridt i en teoridannelse, teorigrundlaget. GT har ikke direkte vist vej til en helt ny teoridannelse, men jeg har belyst virkningsfaktorerne i den vertikale analyse ud fra GT i et procesperspektiv. Dette har ført mig videre til at belyse de positive resultater i et felt mellem GT, ORT og narrativ teori. GT grundlaget peger for mig videre mod en nyforståelse af ORT og imod en teori om narrativernes betydning.⁸⁰ Der er heri byggesten til en teori om forholdet mellem

⁸⁰ Jeg har derved benyttet mig af "flexibility of method" (Aigen i Wheeler s. 297) hvor Aigen bl.a. skriver at " These include... allowing for the evolution and openness of the research focus, and generating research method appropriate to the content, rather than the reverse. Dette betyder at de grundlæggende teoribyggede elementer, videreføres i en fortolkende kontekst. (Bruscia i Wheeler 1995, s. 324)

restituerende faktorer i GIM og selvobjekter, specielt med fokus på konceptualisering af forsvarsmanøvrer, og om hvorfor musiklytning kan virke personlighedsbefordrende. Jeg mener desuden, at mine basale antagelser om musikken og settingens betydning træder tydeligere frem efter den empiriske analyse, hvilket jeg redegøre for i det følgende.

De empiriske data viser at receptiv musikterapi ud fra modificeret GIM har en positiv effekt overfor skizofrene og skizotypiske patienter. Dette er i sig selv interessant, fordi det bryder med den hidtidige antagelse, at denne terapiform ikke er anvendelig overfor skizofrene/skizotypiske patienter (Bonny, 1994). Jeg mener dette skyldes den modificerede form, hvilket jeg vil redegøre for i det følgende.

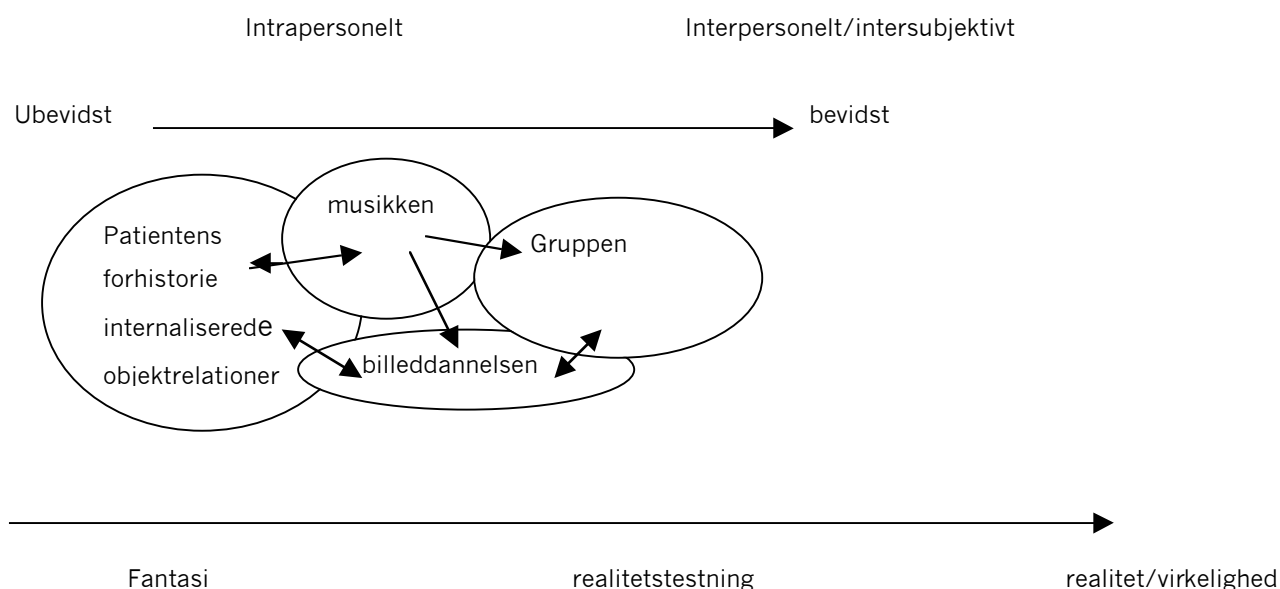
Det terapeutiske felt

Nedenstående model er en skitse over det aktive terapeutiske felt, i den anvendte setting.

MODEL 1

Model over det aktive terapeutiske felt i receptiv musikterapi ud fra modificeret GIM i gruppe:

Projektive bevægelser:



I den terapeutiske setting foregår hele tiden en bevægelse mellem det intrapsykiske og det interpersonelle felt. De faste holdepunkter i settingen, fungerer som "træningsramme" for patienterne, således at de kan øve sig i bevæge sig imellem et intrapersonelt rum, hvor de kommer i kontakt med indre objekt-konfigurationer, og et interpersonelt rum, hvor disse objekt-konfigurationer kan deles og bearbejdes. Der foregår således en stadig bevægelse mellem fantasi - realitetstestning og intersubjektiv forståelse. Desuden er det væsentligt at pointere at musikken – guidningen – billeddannelsen og gruppen udgør et terapeutisk virkende hele. Det skal desuden påpeges at terapien foregår i en social kontekst, hvilket naturligvis også har betydning for terapiforløbet. (se afhandlingen s.109 om miljø samt patienternes anamnese)

De virksomme faktorer

Af min undersøgelse, hvis hovedresultater fremgår af kategorimodellen⁸¹, fremgår det at receptiv musikterapi ud fra modificeret GIM opererer med forskellige restituerende faktorer, nemlig

- musikken
- billeddannelsen
- forsvarsaspektet
- gruppen

For teoretisk at forklare hvordan receptiv musikterapi ud fra den beskrevne model har en positiv effekt på skizofrene patienter, er det nødvendigt at reflektere over sammenhængen mellem de forskellige elementer i settingen og den terapeutiske proces. I nedenstående model har jeg skitseret en mulig sammenhæng mellem de terapeutiske interventioner og udviklingsmålet.

⁸¹ En sammenfatning af restituerende faktorer ifølge min analyse er, at restituerende faktorer forekommer på flere psykologiske planer. Dels et kognitivt niveau, hvor det primære er patientens refleksion over sig selv og sin situation der er i fokus, dels et emotionelt niveau hvor patientens kommer i kontakt med og bearbejder væsentlige følelser, og endelig et interpersonelt niveau, hvor patienten deler sine oplevelser med udgangspunkt i musiklytningen med andre patienter i gruppen. Dvs. at resultaterne ses både som følge af kognitiv, emotionel og intra- og interpersonel aktivitet.

Som vist i min model (s. 53) er målet for behandlingen, at patienten bevæger sig fra en selvopfattelse baseret på et lille og skrøbeligt ego i retning mod et "separationsego". En forudsætning for at dette kan lade sig gøre er:

- 1) at patienten oplever, det er muligt at indgå i en relation
- 2) at patientens selvopfattelse (der i udgangspunktet er præget af kaotisk og konkret tænkning), bevæges imod en mere sammenhængende selvopfattelse præget af symbolsk selvrepræsentation.

Denne udvikling fra konkret til abstrakt tænkning udgør et centralt omdrejningspunkt i behandlingen af skizofrene patienter, fordi det er en udbredt antagelse at skizofrene patienter ikke er i stand til at symbolisere. En grundlæggende psykodynamisk antagelse om skizofrene patienter er, at de lever i et kaotisk indre univers, og målet er derfor at patienten efter en psykotisk episode opnår en fornemmelse af kontinuitet, selv-handlen, fysisk sammenhæng, fornemmelse af affektivitet og intersubjektivitet. Baggrunden for tilstedeværelsen af primitive aggressive impulser som også forekommer, diskuteres til stadighed, men der er - som det fremgår i omtalen af stress-sårbarhedsmodellen (s. 21) - enighed om, at skizofrene er meget påvirkelige af stress-sårbarhedsfaktorer. Det er derfor også nødvendigt at lægge vægt på strukturerende faktorer i terapien, først og fremmest for at holde angstniveauet under kontrol. Hvis angstniveauet bliver for højt øges risikoen for psykotisk tilbagefald, og muligheden for en udvikling af symbolsk tænkning mindskes. Den skizofrene oplever ud fra sin konkrete tænkemåde at han/hun rummer truende impulser, som vil tilintetgøre både ham/hende selv og andre. Denne antagelse bekræftes i en vis udstrækning i det empiriske materiale, f.eks. flere steder hos pt. B og C.

Teoretisk forstår jeg det sådan, at både musikken, i tæt sammenhæng med billeddannelsen, og gruppematrixen⁸² kan hjælpe patienten med at demontere førnævnte forestillede "bombe" i udslettelsesfantasier (de megalomane forestillinger) og dermed mindske angstniveauet hos patienten. Herved muliggøres en udviklingsproces, hvor de fantasier, patienten opfatter som konkrete truende impulser, kan transformeres til symbolske billeder.

Redskaber i denne proces er musikken, billeddannelse og gruppe-matrixen:

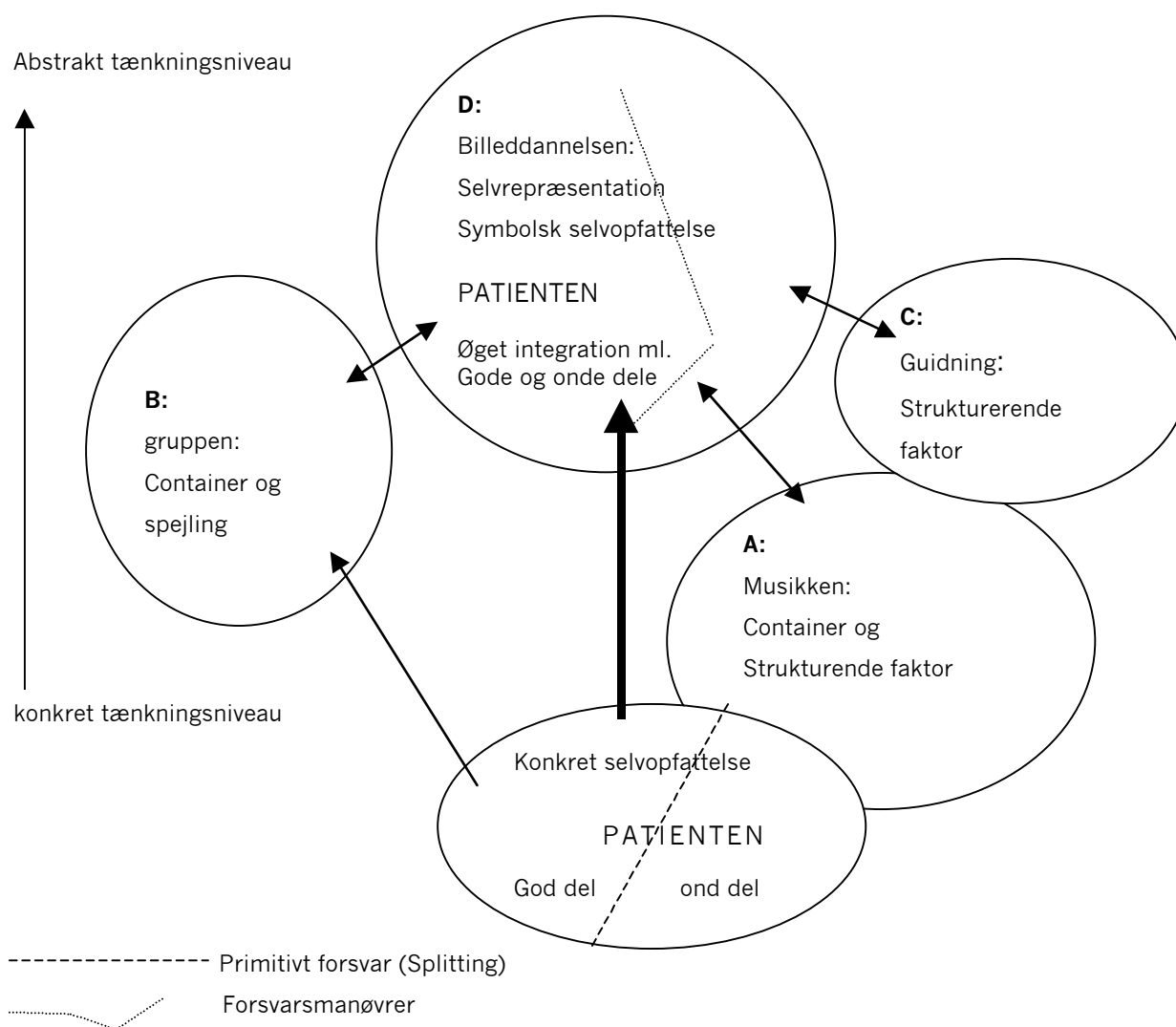
⁸² Udtrykket gruppematrix har jeg hentet fra den psykoanalytiske teori vedrørende grupper, beskrevet af Bion

musikken stimulerer den individuelle oplevelse af mørke, lyse og dramatiske tilstande på betryggende måde, disse repræsenteres i **billeddannelsen** på en måde, så de kan bearbejdes psykologisk, og **gruppe-matrixen** sikrer en interpersonel ramme, der kan rumme de dramatiske fantasier patienterne fremkommer med.

Disse tanker vil jeg i det følgende redegøre nærmere for, med udgangspunkt i nedenstående model.

MODEL 2:

Sammenhængen mellem de restituerende faktorer i receptiv musikterapi ud fra GIM



A: Musikkens betydning

I den anvendte musikterapeutiske setting kommer patienten næsten uvilkårligt i kontakt med ubevidst materiale. Da det er gængs viden i kliniske kredse at psykotiske har svage grænser mellem det indre og det ydre, har der i behandlerkredse forståeligt været udtrykt skepsis overfor anvendelsen af GIM med patienter med psykoseproblematik (Wrangsjö & Körlin, 1995). Ikke desto mindre viser analysen af de empiriske fund, at musikterapiformen understøtter en psykologisk udvikling hos patienterne. Jeg tror dette har flere årsager. For det første tror jeg, som nævnt, det skyldes den modificerede setting, hvor det tilstræbes at tilgangen til det ubevidste foregår i kort tid under strukturerede rammer. Det kan også skyldes, at musikken opleves i et rum mellem det ydre og det indre og dermed matcher den skizofrenes oplevelse og forståelse af sig selv i verden. Med et lidt fortærsket udtryk "møder man patienterne hvor de er", udfra den antagelse at skizofrene patienter har svage grænser mellem det ydre og det indre. Fornemmelsen af at have et selv, er af central betydning for skizofrene. Musikken tilbyder udover struktur, affektive stimuli som er lig med de affektive fornemmelser, der foregår i samspillet mellem mor og barn når selvet dannes tidligt i vores liv (Stern 2000).

Den mest iøjnefaldende virkningsfulde faktor er musikkens evne til tilbyde patienterne et "affektivt spejl". Patienten får igennem musikken (med den tilhørende guidning) et "eksternt spejlingsobjekt", der kan fungerer som korrelat. Fordi musikken indeholder både konkrete og abstrakte elementer, bliver patienterne befordret i deres fantasibearbejdning af sig selv, og får mulighed for at opleve deres liv på en ny måde. Musikken skaber en nonverbal "narrativ model" hvorigennem patienten bliver inspireret til at fortælle historier om sig selv, og derved begribe sig selv.

Jeg tror desuden, at det positive resultat hænger sammen med, at musikken primært opleves som behagelig, og dermed dæmper patientens angstniveau i den terapeutiske situation⁸³ Dette er et af musikkens mange potentialer, som altså har vist sig at have stor betydning for den klientgruppe studiet omhandler. Dette kan

⁸³ Dette bekræftes i spørgeskemaet s. 119, hvor ro, tryghed og harmoni blev fremhævet af flere patienter som de mest fremtrædende følelser under musiklytningen

måske lyde banalt, men det er vigtigt at tænke på, at det kan opleves som "livsnødvendigt" for patienten at overleve de første sessioner. Ofte var patienterne generelt friere kommunikerende efter end før lytningen, og jeg har overvejet hvad årsagen til dette kan være. Udfra anamnesen hos de patienter jeg har analyseret i dybden fremgår, at de alle var præget af lav selvtillid og selvværd. I og med patienterne erfarer, at de kan forbinde musik og billeddannelse med kræfter i sig selv, bevirker dette, at de i situationen opnår en "mestringsfornemmelse", hvilket (grundlæggende) øger deres selvtillid og selvværd. Det lykkes for patienten at transformere stimuli til indre meningsfulde sanseoplevelser, der videre transformeres videre til billeder, følelser som ofte indgår en sammenhæng baseret på musikkens struktur. Hermed kan patienten opnå en fornemmelse af selv-sammenhæng, indre kontinuitet, og affektiv tilknytning. En selvoplevelse på et sansemæssigt, billedmæssigt emotionelt, og til tider også selvreflektivt niveau. Dette er netop disse grundlæggende selv-kvaliteter som i varierende udstrækning er "ude af drift" i den psykotiske tilstand.

De Backer (s. 29 i afhandlingen) nævner, er det væsentligt at skelne mellem regression som medfører en følelse af velvære, og patologisk regression, som medfører en følelse af angst og bekymring. Musikkens mest grundlæggende funktion overfor patienten i den kliniske setting er derfor i første instans at inducere en behagelig stemning.

I psykodynamisk teori vil stadiet af velvære (som nævnt s.29) kunne beskrives som regression til en symbioselignende tilstand, hvor det totalt gode, symbolsk set, er moderen der mader spædbarnet i en lykketilstand. Tryghedsskabende elementer i musikken (f.eks. milde toner og harmonier, en forudsigelig struktur, og et behageligt tempo – eksempelvis kan Pachelbels Canon i D opleves sådan) har til hensigt at skabe en følelse af tryghed i patienten, som lægger en dæmper på angstniveauet i den terapeutiske situation, og i videre forstand lægger afstand til den ultimative angst - det totalt onde -(i Kleinianske termer: det straffende fraværende bryst), som i visse tilfælde truer med at udslette barnet.

Musikkens terapeutiske rolle i nærværende setting er i første omgang at kompensere for angsten for udslettelse, og senere at medvirke til at bibringe patienten den erfaring at både lyse og mørkere eller mere drastiske stemninger kan overlevs og dermed integreres. Musikkens flertydighed rummer mulighed for at

ambivalens og en mængde andre stemningsnuancer kan efterhånden opleves og tolereres.

Analysen af det empiriske materiale viser, at patienterne primært oplever musikken som en faktor, der bringer dem i kontakt med deres følelser og deres tidligere historie. Musikken har en katalysator-funktion, som igangsætter af et emotionelt og billeddannende engagement hos patienten. Dette bevirker, at patienten på en hensigtsmæssig måde træder ind i et kommunikationsfelt, hvor væsentlige oplevelser og problemstillinger kan deles og bearbejdes i gruppen. Jeg forestiller mig at musikken "tilbyder" patienten at opleve sig selv i et "spatielt forum", og at patienten via musikkens narrative opbygning bliver "sat ind i tiden", hvilket er medvirkende til at skabe orden i patientens indre kaotisk prægede univers (s. 296). De enkelte toner fungerer ikke bare som adskilte enheder, men opleves som en helhed/ sammenhænge der huskes. Patienten - der ofte forstås som "fanget i nuet" - opnår hermed en bevidsthed om fortid, nutid og fremtid. Idet tonerne "peger ud over sig selv," og basalt set tiltrækker eller frastøder hinanden, skabes der ud af denne base af spænding og afspænding mønstre og melodier, som patienten mærker og forholder sig til.

Musikken udløser også ofte håbsfølelser hos patienten, f.eks. når musikken opleves som smuk og livsbekræftende, hvilket medvirker til, at patienten får øje på nye muligheder i deres ellers fastlåste, depressive syn på tilværelsen. (s.268 og s. 270ff)

Musikkens rolle er derfor set i forhold til det udviklingsmæssige mål at fungere dels som tryghedsskabende faktor og dermed strukturerende element, dels som projektionsskærm. Hermed mener jeg, at når musikken fungerer som container for patientens projektioner, medvirker dette også (efterhånden) til mindskelse af patientens angstniveau. Jeg forstår det sådan, at når patienten projicerer sine følelser over i musikken, har han/hun mulighed for at frasige sig ansvaret for resultatet. Enhver kan sige, at det var musikken der udløste ubehagelige eller voldsomme følelser, fordi den f.eks. var voldsom eller dramatisk – noget som alle har mulighed for at høre og acceptere. Hermed kommer musikken til at bære noget af en potentiel skyldfølelse. Dette dæmper angstniveauet hos patienten så patienten ikke låses fast

i en ubærlig ansvarsfølelse. Patienten får hermed en valgmulighed for enten selv at bære ansvaret for bestemte følelser – eller at lægge ansvaret hos musikken.

Musikken legaliserer og rummer. På den anden side bliver også det legalt og tilladeligt at have voldsomme fantasier når musikken er voldsom, og det bliver tilladeligt at opleve intimitet når musikken bliver indtrængende eller nænsom, - eller at opleve konflikter, når musikken bliver konfliktfyldt. Dette gælder også for oplevelse af passion, tomhed og ensomhed, som flere af patienterne var i kontakt med under musiklytningen.

Musikken er metaforisk og i sig selv stimulerende (se s. 41ff og s. 290ff), og via det kollektive fælles udgangspunkt – at lytte til samme musikstykke i gruppen – legaliseres det at berette om indre forestillinger. Man kan let forestille sig, at det for de fleste ville være meget provokerende/grænseoverskridende at tale om sine fantasier uden musik som container, men med et fælles udgangspunkt i musikken bliver dialogen om fantasierne mere legitim. Desuden er det i vores kultur et alment anerkendt fænomen, at musik underbygger følelser og billeder, f.eks. i film og reklamer.

Af analysen fremgår det at musikken ofte bringer patienten i kontakt med væsentlige emotionelle tilstande. Når patienten oplever at overleve eksempelvis mørke og lyse stemninger afdramatiseres den grundlæggende angst for udslettelse. Billeddannelsen, som ofte genereres af musikken, indikerer hermed at en betydningsfuld symboliseringsproces sættes i gang.

Patienten får via musikken et redskab - en model - til grundlæggende emotionel bearbejdning. Dermed bliver patienten i stand til at håndtere sit angstpres mere hensigtsmæssigt, og dette indebærer igen en styrkelse af jeget. Hermed sættes en terapeutisk udviklingspiral i gang, hvor patienten gradvist erfarer og internaliserer flere modeller, som kan anvendes til bearbejdning. Patienten oplever således, at når udfordringen fra musikken kan håndteres, får han/hun en kropsligt forankret oplevelse af at indre spænding (eller angst for det ukendte) kan udlignes eller transformeres til noget andet - en vigtig psykologisk kompetence eller coping-færdighed.

Disse antagelser synes bekræftet i analysen, i og med at patienterne kun i

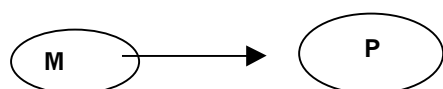
meget beskedent omfang finder musikken skræmmende. (s.118). Musikken kan herudfra tænkes at indeholde en del materiale som patienterne har oplevet som "mig" musik iflg. Summer (1992) og at musik som patienten har oplevet som "ikke mig" musik har kunnet håndteres. (Summer 1992 s. 301).

Min foreløbige teoretiske antagelse eller hypotese vedrørende musikkens funktion var (s 57), at *musikken - i kraft af sin struktur, dynamik og nonverbale narrative karakter - kunne hjælpe patienten med at skabe en indre psykisk struktur i et splittet og ofte kaotisk univers*. Denne hypotese synes at blive bekræftet af de empiriske fund. Det er derfor sandsynligt at strukturerende elementer i musikken medvirker til denne proces. Jeg mener desuden, undersøgelsen sandsynliggør, at musikken også kan have en afstressende effekt, hvilket er væsentligt ift. skizofrenes følsomhed overfor sårbarheds/stress faktorer, som jeg tidligere har omtalt.

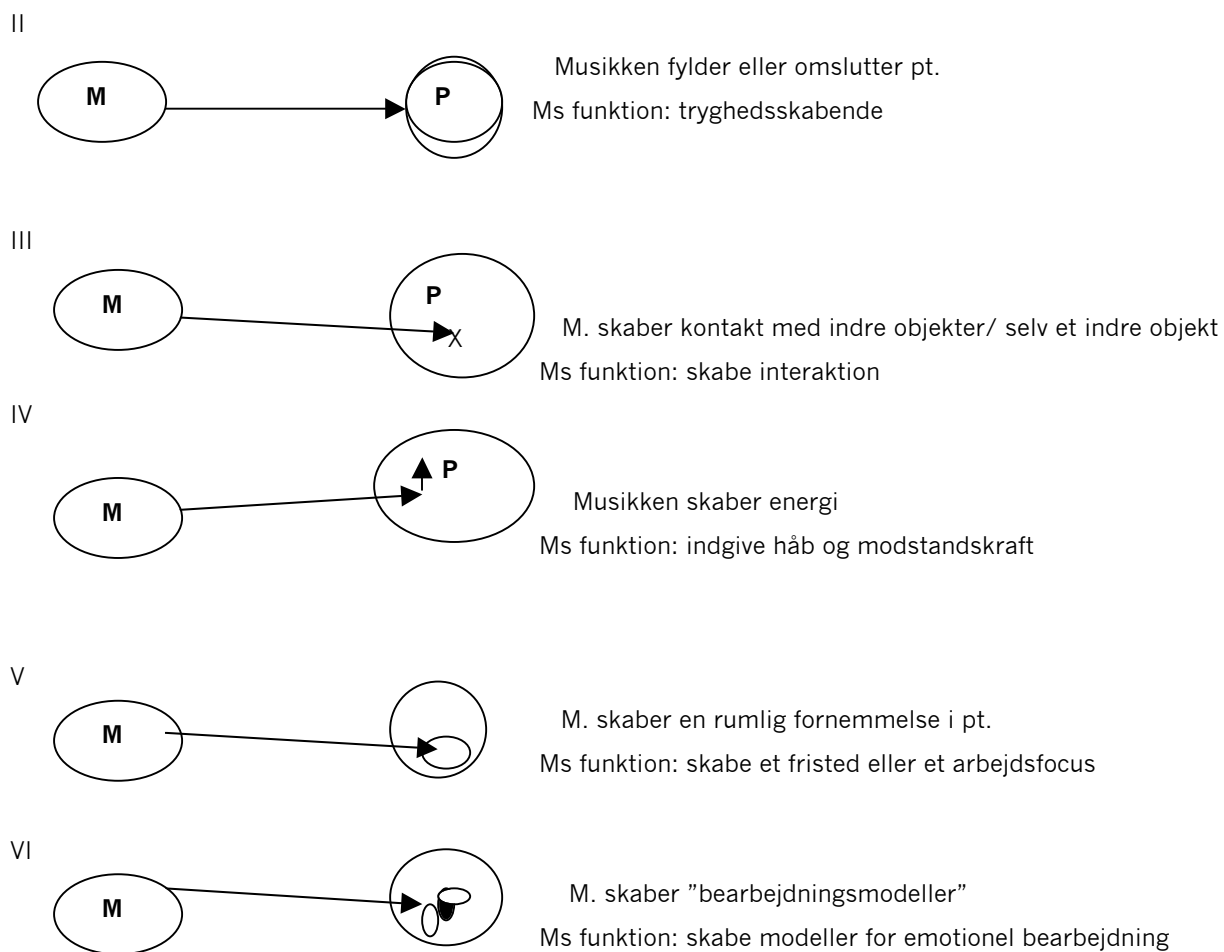
Nedenstående er en model over grundlæggende oplevelsesmodi af musikken.

MODEL 3

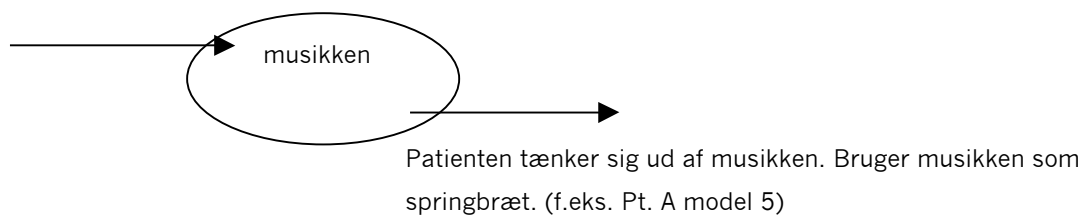
Grundlæggende oplevelsesmodi af musikken:



Patienten oplever musikken udenfor sig selv
 Ms funktion: "P kan at forholde sig til/reflekterer over M"



Patienten projicerer sine følelser over i musikken (f.eks. via stærk direktiv guidning)



B: Gruppens betydning

Jeg ser gruppen som en meget væsentlig faktor i terapisettingen. Gruppen udgør den intersubjektive base, hvori patientens fantasimateriale møder virkeligheden. Gruppen har som nævnt en containende funktion. Patienterne motiveres af hinandens fortællinger, og dette engagement, medvirker til en brydning af den autisme, som er et af den skizofrenes mest invaliderende symptomer. I casene

fremgår det, at følelser af isolation indgår i alle patienternes problemformulering, og at alle patienterne har udtalt ønske om bearbejdning af dette problem.

Der foregår som nævnt hele tiden et samspil mellem guidning – musik – billeddannelse og samtale. I og med patienterne præsenteres for et fælles oplæg ud fra guidningen, skabes der fælles vilkår i gruppen, hvilken mindsker angstniveauet og øger muligheden for både identifikation og variation i gruppemedlemmernes forståelse af hinanden. Patienterne får indsigt i hinandens oplevelser af musikken og det fantasimateriale som aktiveres, hvilket muliggør øget forståelse og spejling på et interpersonelt niveau. Fælles oplevelser af musikken skaber "twinship"-oplevelser (Kohut s. 282 i afhandlingen), både mellem den enkelte patient og musikken, og mellem flere af patienterne – i visse tilfælde hele gruppen og musikken. Herved opnås en følelse af beslægtethed og fællesskab. Et "partnerskab" som har stor betydning for tilknytningsforholdet i gruppen.

(Eksempelvis som en patient udtrykte det: 'når et andet medlem i gruppen fortæller sin "historie", forestiller jeg mig også det fortalte'.)

Gruppens væsentligste funktion er at virke som container for afprøvning af vanskelige emotionelle tilstande, hvorved der også åbnes for spejling af fælles problemstillinger (s. 306 ff.).

Patienterne er ifølge den empiriske analyse fremkommet med aggressivt ladede forestillinger om sig selv, som har kunnet rummes af gruppen.

Forestillinger, som måske er tæt knyttet til konkret tænkemåde kan dermed, når de bliver delt og rummet i gruppen, transformeres til en forestilling i repræsentationssystemerne. Som eksempel, kan patienten fremkomme med den fantasi, at han/hun har en konkret farvet destruktiv opfattelse af sig selv, f.eks. at han/hun indeholder et monster, som kan destruere hele gruppen (og pt. selv). Gennem oplevelsen af at gruppen overlever – man ses jo ugen efter – oplever patienten at fantasien afmonteres og afdramatiseres. Fantasien mister derved sin konkrete effekt.

Disse erfaringer i en gruppe er meget væsentlige, fordi vi lever i et samfund som består af grupper. Patienten møder gruppen på arbejdspladsen, i

uddannelsessituationer, i fritiden, på afdelingen os.

Det er derfor et væsentligt moment, at patienten får mulighed for at tage erfaringen fra terapigruppen med sig ud i livet.⁸⁴

Når patienterne oplever, at deres destruktive fantasier kan rummes i gruppen, øger det deres tro på at tilknytning er mulig, hvilket er en forudsætning for udvikling. (se s. 91). Patienten oplever, det er tilladeligt og muligt både at føle positive og negative følelser, hvilket muliggør en begyndende integration af gode og onde objekter/tilstande. For at udviklingen ikke skal gå for stærkt, idet patienternes skelnen mellem ydre og indre og godt og ondt er skrøbeligt funderet, er det nødvendigt at de terapeutiske interventioner - musikken og guidningen serveres i "små rationelt organiserede doser", som angivet i settingen i afhandlingen.

C. Guidningens betydning

Guidningen er en strukturerende og dermed tryghedsskabende faktor.

Patienterne tilbydes via guidningen et fælles udgangspunkt og pejlingspunkt i deres enten kaotisk farvede eller indre tomme verden – alt efter om de er præget af positive eller negative symptomer, som patienterne gav udtryk for i anamnesen. Terapeuten (guiden) fungerer også som projektionsskærm – idet patienten kan fralægge sig ubærlige eller uønskede følelser ved at sige at det var terapeuten "der fandt på" udgangspunktet/guidningen - og den valgte musik. Desuden er det væsentlig at påpege at guiden er et "instrument" – det "instrument" patienten hører lige før og/eller under musikken - og som sådan skal indpasse sit tonefald og stemmeføring til musikken.

At guidningen fungerer som en strukturerende faktor og er en støtte for patienterne fremgår i det empiriske materiale. F.eks. på s. 136, hvor pt. A angiver, at han savnede guidningen, og på s.239 hvor pt. P udtrykte, at guidningen var en støtte for ham.

D: Billeddannelses betydning

Billeddannelsen afbilder symbolsk patientens indre objekt (kon)figurationer, og

⁸⁴ Hos enkelte patienter sås endvidere, at de adopterede hele "terapiritualet" og gruppeideen. Efter terapiforløbets afslutning, etablerede de et fast tidspunkt på ugen, hvor de under mere uformelle rammer mødtes og lyttede til klassisk musik sammen på afdelingen. Dette ser jeg som internalisering

patientens udvikling afspejles i billeddannelsens transformationer og rekonfigurationer.

Nogle billeder og metaforer kan af patienten opfattes meget konkret, idet billeddannelsen umiddelbart fanger konfigurationer fra det ubevidste, men kontakten med dette felt skaber også grobund for differentiering (se s. 48).

Analysen viser, at angsten for den konkrete forståelse – f.eks. en konfiguration af en kærneproblematik - kan vendes med terapeuterne og gruppen og dermed bringes mere under kontrol. Dvs. at eventuelt ubevidste kernekonflikter bliver synliggjort i billedlig form, hvorefter de kan gøres til genstand for bearbejdning i gruppen.

Billeddannelsen er en form for tænkning som muliggør en videregående informationsforståelse af sansemæssige oplevelser. I datamaterialet ses at perception, minder og fantasi er kombineret, og rekombineret (se f.eks. case Pt. B). Hermed kan opnås ny forståelse for sansemæssigt baserede sammenhænge og fornemmelse af nye perspektiver.⁸⁵ Billeddannelsen er tæt knyttet til sanseindtryk og billeddannelsen vækker ofte følelser (se. F.eks. pt B sess. 18). Dette betyder at f.eks. genfortælling af erindringer ofte opleves som nærværende og levende. En anden væsentlig grund til billeddannelse er billeddannelsens betydning i forbindelse med traumbearbejdning. Idet leksikale repræsentationer og billedmæssige repræsentationer organiseres og lagres forskelligt i vores bevidsthed, er det væsentligt at få begge fremtrædelsesformer beskrevet, for at opnå en så hel bearbejdning og integration som muligt.

Eksempelvis da pt. C genoplever en togtur forbundet med en traumatisk kerneoplevelse, og efterfølgende fortæller om følelser og tanker i denne forbindelse. Hermed blev den forestillede situation både nærværende og bearbejdet både leksikalt og billedmæssigt. Det er i øvrigt typisk at patienten oplever *ikke* at få selvmordstanker i den forestillede genoplevelse, og at dette

af et godt objekt, der reelt søges genskabt i nye sammenhænge.

⁸⁵ Horowitz (1983) skriver herom at "Skill at refiguration through image formation allows one to seek new similarities and differentials." Horowitz benævner, at sammenhængen mellem fantasi, erindring og perception tillader en at "review information for new meanings, to contemplate objects in their absence, and to seek new similarities and differences.

konkrete restitutionstegn skaber rum for bearbejdning også af den traumatiske del af oplevelsen.(Pt. C sess. 28)

Endelig udtrykker billeder ofte en umiddelbar kvalitet eller grad ved en følelse. Billeder er især gode til at beskrive komplicerede affektive stadier og sansning af traumatiske hændelser, som kan være svære at forklare/verbalisere. Se f.eks. Pt. B sess. 1 hvor psykisk disintegration blev udtrykt.

Billeddannelsen, som opstår via musikken og/eller guidningen, er omdrejningspunktet mellem patientens forståelse af sig selv som konkret tænkende eller som symbolsk tænkende. F.eks. får patienten positive selv billeder som lukker op for en diskurs om pt. s historie. Ved overhovedet at tale om – og tematisere selvet – åbnes mulighed for også at nå ind i mere problematiske områder i patientens forhistorie. Billeddannelsen konfigurerer ofte objekt relationer, og gennem sammen ligning mellem de forskellige sessioner fremstår specifikke objekt-relationsmønstre. Billeddannelsen i en enkelt session kan også synliggøre forskellige sider af patientens jeg-oplevelse. F.eks. Pt. B der i session 18, oplevede sig selv som skiftevis aggressor og offer. Billedet kan forstås som en "rolle- model" egenskab, der kan diskuteres ud fra, og f.eks. skyld eller skamfølelser kan behandles. P.gr.a. den flygtige narrative "film" kan skiftende bevidste og ubevidste selvidentifikationer opfanges, hvilket ellers sikkert ville være vanskeligt i en almindelig leksikal sammenhæng.

Et andet aspekt i betydningen af billeddannelsen er metaforforståelsen. Ud fra identifikationen af den metaforiske proces (som omtalt på side 287ff.) ses, at metaforen er en symbolsk repræsentation af selv-tilstande, og at den differentiering som pr. definition ligger i metaforen - at en ting beskrives ud fra en anden, så der ud fra denne sammenligning dannes en "tredje ting" – i sig selv indebærer mulighed for psykisk udvikling set ift. antagelsen om den skizofrene patients konkrete éndimensionelle tænkemåde. Patienten (og behandleren) får via metaforen en mulighed for at opleve sig selv fra en ny vinkel. Det er derfor et meget væsentligt punkt i forhold til skizofrenes udvikling, når Siegelman (s. 288 i afhandlingen) påpeger, at det er igennem metaforen selv, at sproget udvikles, og at metaforen er forbundet med primærprocessproget, som den skizofrene patient tankeverden ofte er præget af. Jeg forstår primærproces sproget som symbolsk og abstrakt - det sprog vi anvender når vi drømmer, men den skizofrene patient i psykotisk tilstand opfatter/gestalter og handler ud fra det symbolske sprog, som om

det var konkret. Det er derfor af stor betydning, hvis den skizofrene kan komme til at forstå primærprocessproget som et metaforisk og ikke konkret sprog. Desuden vil jeg pointere, at jeg ikke mener at kropstænkemåden og billedtænkemåden bare er primitive, tidlige udgaver af den leksikale sprogtænkemåde, men at alle tre sprogformer udvikles sideløbende livet igennem. En anden måde at beskrive udviklingsmålet for patienterne på er, at de opnår et mere frit flow i måden at bevæge sig imellem de forskellige tænke måder, idet det er denne frihed, som er meget begrænset p.gr.a. forskellige blokeringer i det indre repræsentatoriske system. En mulig blokeringsårsag er, at bearbejdning af lagrede traumatiske oplevelser ikke har kunnet foregå p.gr.a. repressive omstændigheder tidligere i patientens liv, hvilket flere af patienterne giver udtryk for. Dette kan medføre, at de undertrykte billeder dukker op som meget ubehagelige og indtrængende konfigurationer, idet ikke færdigbearbejdet psykisk materiale altid har tendens til at presse på for at blive gennemarbejdet. Horowitz (1983) skriver at "Speculatively, this special storage would tend to press toward revisualization of those images until they are "worked through" and the storage system cleared for further records of experience." Denne skaben plads til nye oplevelser synes plausibel set i forhold til hvilke billeder af traumatisk karakter mine patienter har præsenteret, og kan til en vis grad tjene som forklaringsmodel for f.eks. pt. B og Cs markante selvdestruktive billeder/forestillinger. I sammenhæng med dette, er det min antagelse, at hvis angstniveauet hos patienten er for højt, vil dette blokere for billedkonfiguration af lagret traumatisk materiale overhovedet kommer frem. Dette er en yderligere grund til fokusere på, hvorledes stressniveauet i gruppen kan holdes under kontrol. Som nævnt (s. 271), er et omdrejningspunkt for den terapeutiske værdi af patienternes billeddannelse også spørgsmålet om, hvornår patienternes kontakt med fantasien medfører øget tilbagetrækning til et autistisk univers, og hvornår fantasien rummer kimen til øget selvrealisering. Udfra det empiriske materiale synes grundlaget for et øget engagement i virkeligheden, ofte at bero på oplevelsen af forestillinger knyttet til håb, hvilke jeg har benævnt "håbsfølelser" (s. 270). Håbsfølelserne er en forudsætning for opbygning af basal tillid, som naturligvis er forbundet med evnen til tilknytning og relationsdannelse. Håb og længsel er ofte knyttet til dagdrømme og ønskedrømme (s.272). Temaet jeg har valgt at behandle i følgende afsnit om forsvarsaspekter.

Selvbilleder, overgangsobjekter og forsvarsmanøvrer

En del af billeddannelsen omtaler og kategoriserer jeg som patientens forsvarsmanøvrer (s. 46, s. 281). *Det er muligt i den terapeutiske situation for terapeuten (og patienten) at få indsigt i forsvarsmanøvrernes konstitution og dermed patientens aggressionsforvaltning.* Ud fra data i den empiriske analyse forestiller jeg mig, at forsvarsmanøvrerne har en "buffer-funktion. At beskytte selvet mod overvældende stimuli. Dette ses, f.eks. når den metaforiske konfiguration forsimples en kompleks problemstilling til en enkelt platform (Siegelman s. 282.) Hermed aktualiseres, at metaforen fremhæver visse aspekter men skjuler andre. Afhængig af konteksten kan en given metafor f.eks. pt. C som en høvding (s. 194) forstås som patientens evne til at figurere sig selv i et positivt lys, men samtidig kan tolkes – at bagsiden – det skjulte/ubevidste kan ses som patients angst for hjælpeløshed og magtesløshed. Det er ud fra denne sammenhæng jeg forstår forsvarets dobbeltydighed. At patienten er i stand til at opsplitte positive og (ubevidst) negative oplevelser kan sammenlignes med forsvarsmekanismen splitting (s. 261). Det terapeutisk væsentlige potentiale er, at konfigurationen overhovedet bliver dannet, hvorved positive og evt. negative perspektiver kan fornemmes. Jeg når også frem til, *at forsvarsmanøvrer kan være "hjælpebilleder" eller hjælpetilstande som styrker egoet.* Disse billeder er ofte genereret af musikens dynamik og har dermed en vitaliserende kraft, der kan optages i patienten som en slags "empowerment". En konfiguration som indgiver patienten en følelse af modstandskraft, hvilket er det primære, idet dette netop er hvad skizofrene patienter ofte har lidt af. Om dette fænomen skal hører under begrebet forsvarsmanøvrer, kan diskuteres. Foreløbig har jeg valgt at inkludere fænomenet, for så vidt effekten er en ego-styrkelse baseret på en fornemmelse af modstandskraft, men "hjælpebilleder" kan forstås ud fra flere vinkler, hvilket jeg vil belyse i det følgende.

Som billedlig konfiguration kan det f.eks. være en identifikation med en heltefigur eller simpelthen en fornemmelse af styrke og overskud – en "energitilførsel" fra musikken. (s. 281ff). Disse hjælpebilleder kan i begyndelsen bære præg af en næsten "magisk" modstandskraft, men efterhånden som jeget udvikles vil billederne kunne antage en mere differentieret karakter. Måske som en mere almen funderet tro på at handling kan betale sig.

Jeg foreslår derfor at *fænomenet "hjælpebilleder" teoretisk kan forstås som en type*

(indre) overgangsobjekter i Winnicott'sk forstand hvor patienten "leger" med sine indre kræfter.

I denne forbindelse angiver Bruun (1994) i forbindelse med eventyrterapi, at der i eventyret er figurer der fungerer som overgangsobjekter, og at det kan ske, at eventyret i sin helhed får karakter af overgangsobjekt for patienten.

I nærværende studie ses at et givent musikstykke påvirker patientens fantasi på en måde så denne, i kreativt samarbejde med musikken, danner en eventyrlignende historie. Dannelsen af en sådan historie kan både indeholde prototypiske elementer fra eventyrverdenen og idiosynkratiske elementer som i højere grad afspejler patientens særegenhed. Dette ses i det empiriske materiale hos pt. A (s.143). (Se også model 5).

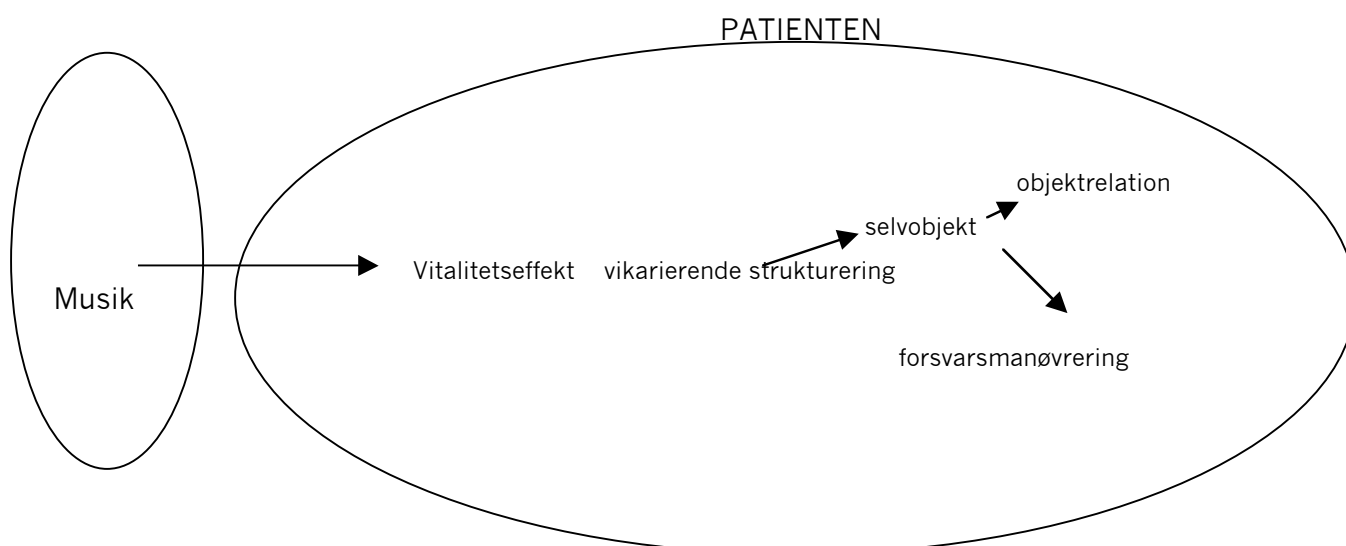
"Hjælpebilleder" kan også forstås som et tvillinge-fænomen, eller et idealiseret selvobjekt, jvf. Sand/Levin (1992), udfra Kohuts teori om en fortløbende narcissistisk udvikling livet igennem, som bl.a. er baseret på en stadig udvikling af kreative elementer i psyken (s. 282). Kohuts teorier om selvobjekter, (spejlingsobjektet, tvillingeobjekt og det idealiserede objekt) passer i det hele taget godt til mine empiriske fund, og kan som forklaringsmodel understøtte udviklingstendenserne hos patienterne.⁸⁶ Patienterne søger via idealiserede ønskefortællinger at tilfredsstille basale behov og realisere sig selv. Pt. Cs høvding er en eftertragtellesværdig rolle model, som har egenskaber pt. C stræber imod at får selv. (se også pt. A ønskeforestilling om at være "maskinmesteren der sejler på de syv have". Når patienten, med hjælp fra musikken (som i sig selv kan være et selvobjekt), konfigurerer selvobjekter eller selv del-objekter inde i sig selv, i form af "ønskefortællinger" udgør disse konfigurationer en væsentlig komponent i patientens indre restitution, som led i samling af selvet. Som Stolorow (Stolorow i Sand & Levin 1986) pointerer er selvets udvikling relateret til integration af nye og konfliktfyldte affektive oplevelser: Stolorow foreslår, at et objekt som opleves subjektivt får en selvobjekt-funktion som "pertains fundamentally to the affective dimension of self-experience". Når et individs psykiske integration er truet, bliver sammenhængen og kontinuiteten i selvoplevelsen forringet, hvilket resulterer i en fragmenteret selvoplevelse. Stolorow anfører at fragmenteringen ofte er en

⁸⁶ Udfra casen "The tragic Man" beskrev Kohut oprindelig sin teori. Det var hans opfattelse at patienten udfra sit kerneselv forsøgte at realisere ambitioner og idealer, og at graden hvormed dette

konsekvens af inadækvat affektiv responsivitet, og at restitueringen af selvet består i genetablering af en fornemmelse af affektiv sammenhæng. Stolorow skriver at: "it is the subtle shifting and interplay of these internal self-states that are the organizing agents for every individual" (Stolorow, efter Sand & Levin, 1986). Ud fra patienternes anamnese fremgår det, at de alle i forskellig udstrækning under deres psykose har mistet fornemmelsen en indre sammenhæng mellem affekt og selv (objekt), eller har fastlåst sig selv i en rigid konkret farvet selvopfattelse hvor følelser er skarpt opdelt i gode og onde dele af selvet. I processen med at genskabe integrationen mellem objekt og affekt spiller musikken en væsentlig rolle som integrerende/forbindende "agent" og brobygger.

MODEL 4

Musikkens funktion ift. dannelse af selvobjekter.



Ud af de stemninger og energi-påvirkninger patienten oplever fra musikken skabes dels mulighed for at patienten gradvist kan opleve objektrelationer på en integreret måde, og dels ud fra sin fantasi kan skabe nye ønskværdige emotionelt integrerede selvbilleder.

Hermed får den psykotiske patient gradvist en voksende fornemmelse af indre sammenhæng.

Det kan derfor diskuteres om et "hjelpebillede" forstået ud fra Kohut, "kun" er en forsvarsmanøvre eller primært snarere også skal forstås som et fænomen, der

hjælper patienten med at integrere løsrevne dele i sin bevidsthed, og skabe veje til øget selvrealisation.

Kohut (Kohut, 1971 efter Sand & Levin) definerer at "Selfobjects do not refer to specific persons or caregivers, but rather are they seen as performing vitalizing, psychological functions that pertain to the lifelong maintenance, restoration, and transformation of the self experience"

Selvbilleder/selvobjekter optræder i det empiriske materiale som identifikation med idealobjekter eller f.eks. når musikken opleves som et tvillingeobjekt.

Det ses også ofte, at patienten selv optræder i sine forestillingerne enten i konkrete eller metaforiske sammenhænge.

Her kan patienten selv møde uoverstigelige problemer i forestillingsverdenen. (pt. B 1.session), hvorved "jeget" møder udfordringer. Disse situationer kan tages op i gruppen, og/eller patienten konkret kan foretage forskellige forsvarsmanøvrer i sin indre forestillingsverden (pt. B s. 278), hvorved jegets evne til konfliktbearbejdning og aggressionsforvaltning udvikles. Disse forsvarsmanøvrer forekommer i patientens "indre landskab" f.eks. da Pt. P som kom ud i et for åbent landskab som skræmte ham, og fandt et hegn, han kunne gå langs med hvilket bragte angstfølelsen under kontrol eller i en anden session "sloges med vinden (=musikken) i sin båd da vinden (= musikken) blev kraftig."

Det vil sige at selvbilleder og patientens "jeg" i forestillingsverdenen både optræder i situationer hvor selvet er i harmoni og når selvet er i konflikt. Når selvet er i konflikt, fremgår det af patientens historier, hvilke forsvarsmanøvrer han/hun "benytter". Dette fortæller noget om patientens evne til at beskytte sig selv.

Som nævnt på side 281 skelner jeg mellem virksomme og fastlåste forsvarsmanøvrer og forklarer hvad jeg mener forskellen er. En uddybning af dette kunne være at '*fastlåste forsvarsmanøvrer*' optræder, når sindet er præget af stærk angst for et psykotisk gennembrud, og '*virksomme forsvarsmanøvrer*' optræder, når patienten er inde i en dynamisk positiv proces.

Jeg vil derfor præcisere (redefinere), at en forsvarsmanøvre er vores evne til at

håndtere ubehagelige impulser som truer med at skade eller ødelægge selvet. En billedmæssig konfiguration af en forsvarsmanøvre (som kan være både ubevidst og bevidst) vil derfor indeholde elementer af (indre) handling eller (indre) konkrete beskyttelsesforanstaltninger for at undgå overvældende impulser i at tage kontrollen.⁸⁷.

Der findes forskellige typer af "beskyttelsesbilleder" og "hjælpebilleder". At patienten er i stand til at skabe et momentant "sikkert rum" eller et "helle" i sig selv, hvor truende impulser eller objekter ikke umiddelbart kan trænge ind, kan opfattes som en projektiv fornægtelse, men også som en nødvendig forudsætning for udvikling.

"Hjælpebilleder" behøver dog ikke altid en "udefra kommende fjende" for at figureres, men kan træde frem som indre rum eller indre kræfter der styrker selvet eller selvforneemmelsen (Stern s. 86). Det kan være "identifikationsbilleder" – "et mig/mit rum" som patienten fornemmer som sit "hjem" (en kerneselvoplevelse). At sådanne fænomener kaldes forsvarsmanøvrer, synes jeg ikke forekommer helt dækkende, og de må derfor forstås som "vitaliserende effekter" indtil videre. Udfra Sterns teori om selvets udvikling (s.86) tænker jeg først og fremmest på kropsselvet, kerneselvet og det subjektive selv, men jeg vil samtidig anføre, at jeg er blevet overrasket over at flere patienter har reflekteret så ofte over sig selv, hvilket er en kognitiv kapacitet som tilhører et højere udviklingsstadium. - Dette kan enten skyldes et intellektualiserende forsvar, eller – hvad jeg snarere tror er tilfældet - at patienterne fluktuerer mellem forskellige udviklingsstadier, og at der løbende foregår en integration mellem de forskellige stadier. Eller, hvilket jeg tror et tilfældet at der slet ikke er tale om stadier men om udviklingslinier som foregår og udvikles livet igennem. Det betyder at f.eks. Pt. As tema om maskulinitet udtrykt gennem ønskeforestillinger, kan have rødder når som helst i As udviklingshistorie, men på basis af samtale med A om temaet kan forskellige muligheder undersøges. Herunder aldre som generelt i drenge/mande tilværelsen ses at indeholde de ingredienser As fantasier er udtryk for. Et tema som blev afbildet og tematiseret i Ps historie var en hæmning af selvudfoldelse i barndommen. Ofte ses,

⁸⁷ (Den ubevidste del kan selvfølgelig ikke altid håndteres som f.eks. i mareridt situationer – hvilket netop viser hvor forsvarsløse/sårbare positioner vi alle kan komme i.)

at forældrene (Stern, 2000) vil kontrollere (f.eks. udfra beskyttelseshensyn) enten barnets krop dvs. fysiske udfoldelser, barnets sprog, eller barnets følelser, men i Ps tilfælde, virker det som om hele Ps opvækst er præget kontrol på alle tre niveauer. Dette må logisk medføre at Ps selvopfattelse er uudviklet på alle punkterne, og at det, som det fremgår i empiriske materiale, er væsentligt at forstå Ps problematik udfra denne baggrund. P giver udtryk for hastige ukontrollerbare skift i sin affektive tilstand, handlingslammethed og ensomhed. P var derfor glad for i terapiforløbet at opleve "mestringssituationer" hvor han mærkede sin krop og handlinger og sine følelser som noget positivt og livgivende. Samtidigt forekom også billeder som udtrykte kærneproblematikken, og Ps forsøg på at tackle problematikken. F.eks. da han oplevede sig selv som "et tomt lidt mørkt hus uden møbler", men bagefter "bevægede sig ud i solskinet i haven udenfor".

Konklusivt foreslår jeg, at objekt-konfigurationer som afspejler patientens selv/selvdele konkret eller metaforisk, kan have forskellig karakter:

- Det kan være hele detaljerede selv-billeder, som metaforisk afbilder patientens ego.
- Det kan være "identifikationsbilleder" – "et mig/mit rum" som patienten fornemmer som sit "hjem" (en kerneselvoplevelse).
- selvobjekter som led i en narcissistisk udvikling if. Kohut.

Det kan også være selvbilleder/selvobjekter, der referer til konflikter i selvet og dermed:

- Selvbilleder der fungerer som overgangsobjekter
- En type "hjælpebilleder" som konfigurerer modstandskraft ifm. truende/angstfyldte tilstande
- "Beskyttelsesbilleder" som angiver forsvarsmanøvrer ifm. truende/angstfyldte tilstande.

Jeg forestiller mig at stimuli og strukturerende elementer fra musikken opfanges af patienten på et bevidst og ubevidst niveau. Den bevidste del kan fornemmes af patienten som vitalitetsaffekter/effekter eller følelser der transformeres til billeder (images). Nogle af disse billeder konfigureres som selvobjekter og selvbilleder. Både selvbilleder og selvobjekter interagerer i patientens indre med andre objekter ofte virkelige personer eller personer fra patientens fantasi. Disse billedhistorier kan

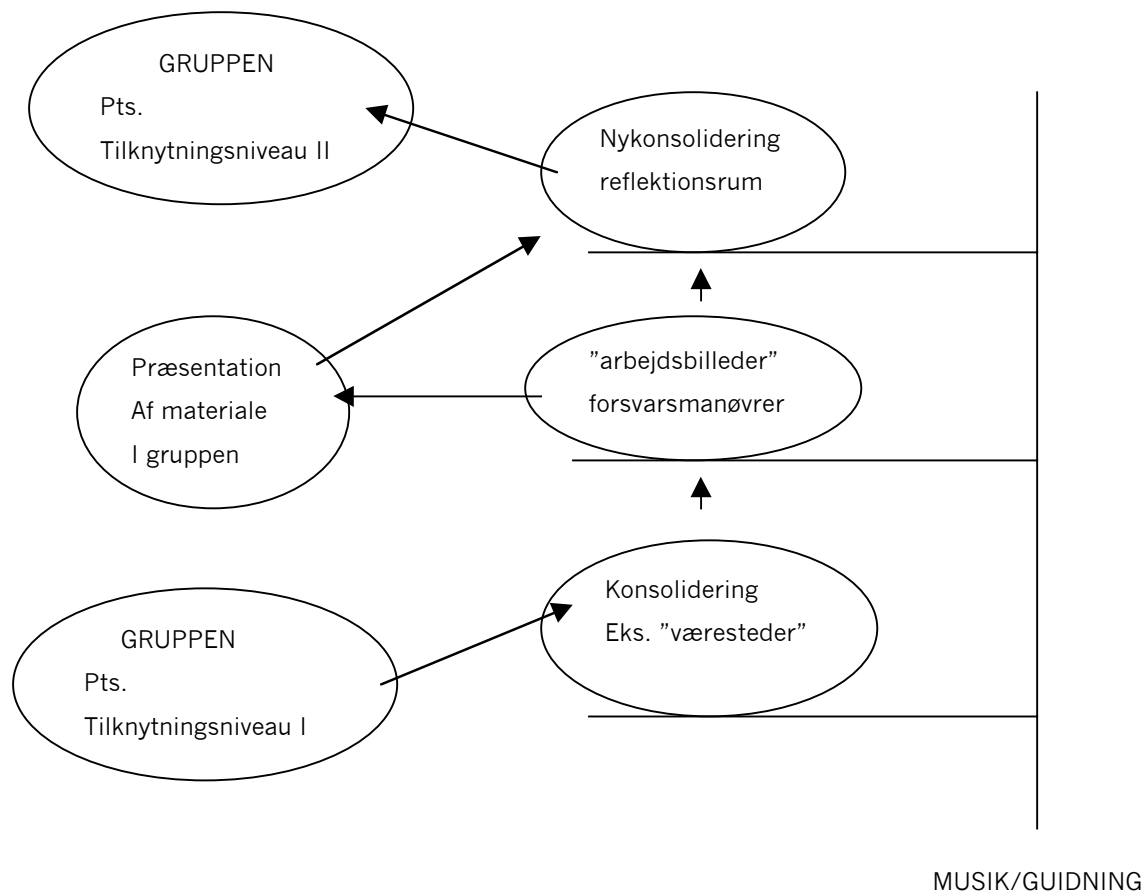
enten være baseret erindringer fra samspil og samværsmåder med andre mennesker tidligere i patientens liv, eller fantasiforestillinger hvori patienten agerer som en bestemt person eller figur. I begge tilfælde træder patientens manøvreringsmåder frem i konteksten, og hermed synliggøres også forsvarsmanøvrering og aggressionsforvaltning. Patienten evne til adækvat forsvarsmanøvrering (kat. V), viser dels om og hvordan patienten danner beskyttende foranstaltninger og muliggør dels via bevægelse og udvikling i musikkens parametre patientens evne til at håndtere stimuli, der kommer fra musikken og billeddannelsen.

Forsvarsmanøvrer er naturligt forbundet til patientens aggressionsforvaltning.

F.eks ses hos pt. B at hun nægtelse at beskæftige sig med forholdet til faderen i begyndelsen af terapien. Analysen af Bs materiale viser, at hun som følge af opbygning af tillid til gruppen, bla. fordi gruppen kunne rumme hendes selvstruktivitet, og fordi hun efterhånden havde forsigtige positive selv billeder at Bs forsvarsmanøvrer ændredes undervejs, således at hun gradvist kunne beskæftige sig med det problematiske faderforhold. Dette gælder også for Pt. C der også via aggressionsforvaltningsbilleder, beskrev forholdet til sine forældre meget mere nuanceret i slutningen af terapien end i begyndelsen, hvor B kun havde idylliske minder. Mit forslag er derfor på baggrund af data, at udvikling i patientens måde at forvalte aggressioner på aftegner patientens forsvarsmanøvrering, og at "settingen" – gruppen, musikken og billeddannelsen aktualiserer at udvikling i forsvarsmanøvrering, bl.a. beror på bearbejdning i gruppen ud fra billeddannelse hvori elementer i patientens aggressivitet sider kommer til udtryk.

Når patientens aggressive sider kommer til udtryk i billeddannelsen, skabes mulighed for modifikation via bearbejdning, således at patienten gradvist kan bruge sin energi mere hensigtsmæssigt og mindre selvdestruktivt, hen imod indre grænsesætning. Denne proces understøttes optimalt af positive selvobjektdannelser og "mestringsoplevelser". Der er derfor en sammenhæng mellem patientens tilknytningsformåen, aggressionsforvaltning (forsvarsmanøvrer) og konsolidering ("mestringsoplevelser", bestemte selvobjekter og ligevægtsrum såsom "mig"oplevelser og "reflektionsrum"), hvilket jeg har illustreret på nedenstående model.

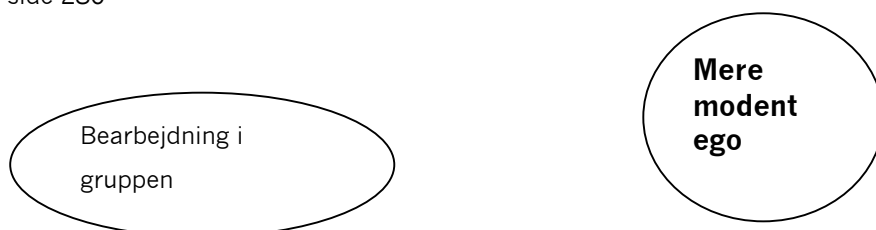
MODEL 5

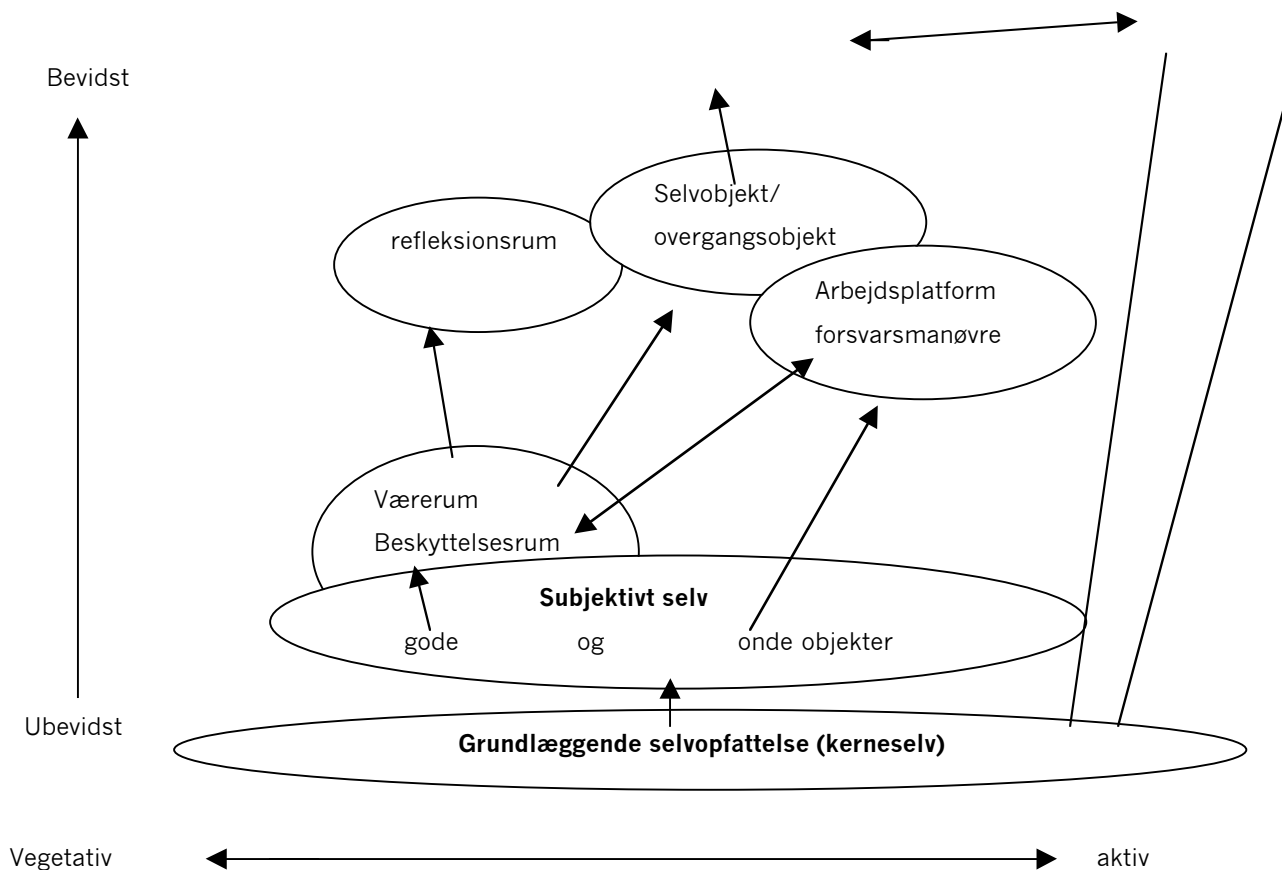


De ovenfor nævnte begreber refererer til model på side 280; som ses i revideret udgave i nedenstående model:

MODEL 6

Viderebearbejdning af model på side 280





Narrativets betydning

Narrative fortællinger skaber en bro mellem "kvantitativ" og "kvalitativ" tid. (Riceour s. 61 i afhandlingen). Væsentlige hændelser i patientens liv og fantasi får en historisk sammenhæng, som forbinder den ydre og den indre tidserfaring. Denne sammenhæng er af vital betydning for den skizofrene patient. I den psykotiske fase er den skizofrene patient helt eller delvist uden en ydre kvantitativ tidsfornemmelse, og den indre tidsfornemmelse er præget af uafgrænsede og kaotiske elementer. Mit synspunkt er, at patienten via narrativet, bliver sat ind i tiden på en hensigtsmæssig måde, således at historiefortællingen opøver patientens fornemmelse af både ydre og indre tid.

De empiriske fund viser, at antallet af narrativt sammenhængende sekvenser under musiklytningen steg i løbet af terapiforløbet, hvilket dels viser, at patienterne er i stand til at danne umiddelbart forståelige sammenhængende fortællinger om sig selv, og at denne kapacitet, som er en forudsætning for en sammenhængende objektorienteret psykisk struktur, tilsyneladende øges i løbet af terapien. Denne

proceslogik fremgår flere steder i det empiriske materiale hvilket understøtter en udviklingstendens

Eks. på proceslogikken udfra GT kategoriseringskataloget ses hos Pt. C., hvor patientens udviklingsproces beskrives ift. hans tilknytningsforhold til gruppen (indeholdt i kategori IVa). Her ses, at C bevæger sig fra global angst for gruppen i begyndelsen til at have svært ved at forlade gruppen til slut i forløbet. Bl.a. via dannelse af en "kernemetafor" undervejs og sandsynligvis ved hjælp af øget bevidsthed om/og konfigurering af væsentlige elementer i Cs aggressionsforvaltning (kat. IVb). Det kan derfor siges, at der er en sammenhæng mellem Cs udvikling i gruppen, og Cs bearbejdning af aggressive impulser, samt evnen til at fremstille sig selv i en metaforiske sammenhæng.

De narrative sekvenser sætter patienternes metaforer i en kontekst, så patienten kan forstås i en større sammenhæng og herved kan objektrelationsmønstre nemmere stadfæstes.

F.eks. kan billeder som udtrykker en kerneproblematik (kat. VI) ses en større narrativ sammenhæng. (s.290ff), og denne sammenhæng giver i visse tilfælde indsigt i patientens historie

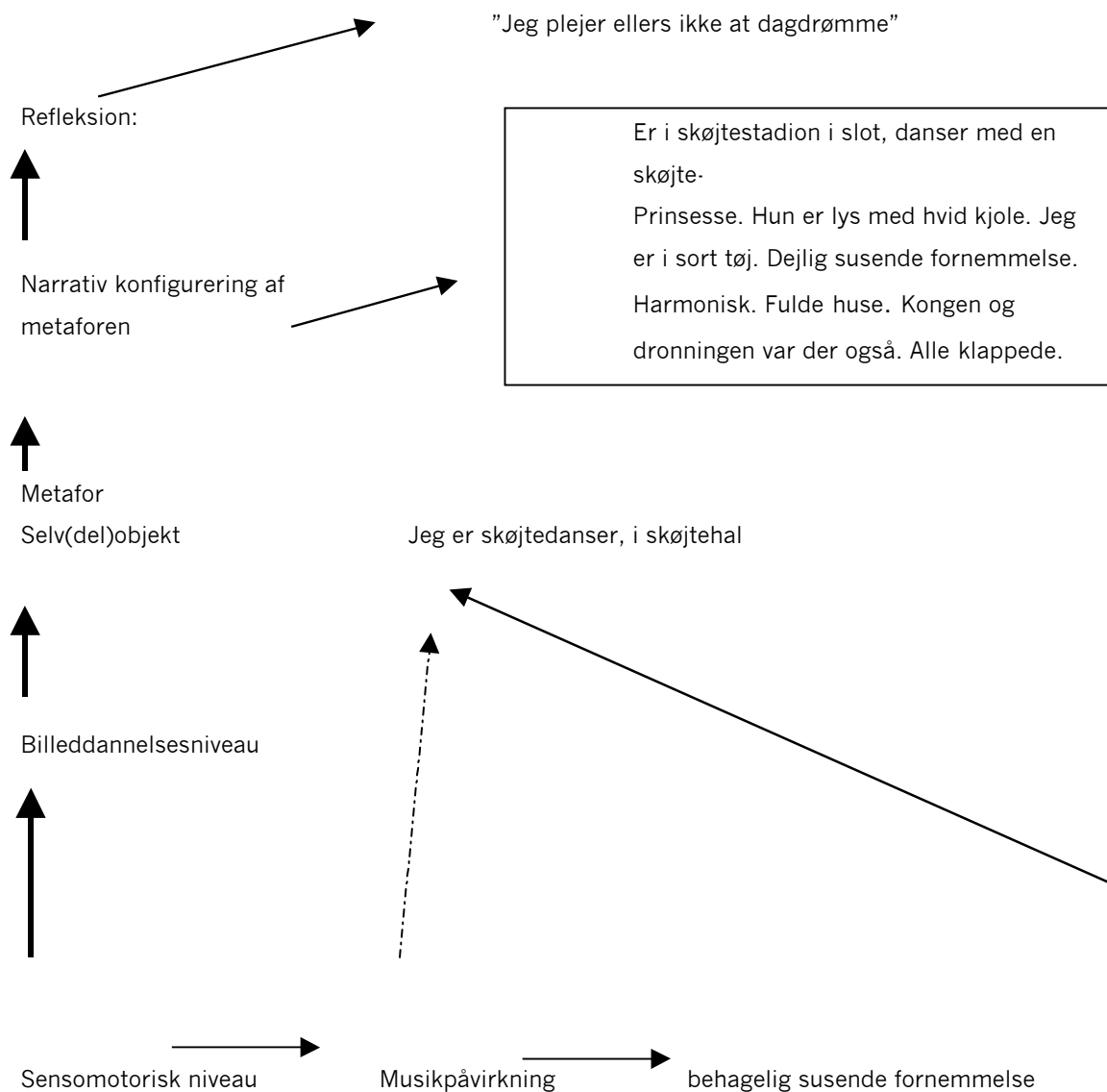
(kat. VII). Dette er en væsentlig faktor ift. patientens oplevelse af samling på selvet. Ofte optræder skizofrene patienter nemlig "historieløse"/"historiefragmenterede" i større eller mindre grad. De har ofte svært ved at huske/genskabe begivenheder i sammenhæng fra tidligere i deres liv.

Af det empiriske materiale fremgår det, at de forskellige kategorier ofte er relateret til hinanden. Som eksempel på en narrativ sammenhæng fremstiller Pt. C i begyndelsen af terapien forældreforholdet idylliseret, men dette forhold beskrives efterhånden mere kritisk og nuanceret i løbet af terapien.

Operationelle niveauer ift. udviklingspsykologisk teori

I flere sessioner ses at patienten er aktiv på flere forskellige psykologiske niveauer, hvilket jeg har illustreret i nedenstående model.

MODEL 7



Musik: Massenet "Meditation"

Guidning: *Hvad musikken bringer op*

Kategori: Musik – implicit (Session 17)

Musikkens funktion: Energipåvirkning som rummes af patienten -
konfigurering af rumlig "scene" – skøjtehallen, hvori selvobjektet agerer.

Pt. A oplevede sig selv som en som en skøjtedanser. Musikken inducerede "en

susende fornemmelse” i ham ⁸⁸(kinæstetisk /sensomotorisk påvirkning). Fornemmelsen udløste spontant en konfiguration af ham selv som skøjtøløber (et positivt selvbillede, antagelig med en begyndende overgangsobjektfunktion) - dansende med en skøjteprinsesse hvor alle var der og kongen og dronningen klappede. Billedet bliver sat ind i en kort narrativ sammenhæng, der kan tolkes på i gruppen. A ”Undrer sig over sig selv – plejer ikke at dagdrømme” og kommer derved til at reflektere over sig selv. (kat. IIa i kategorimodellen).

Der ses altså integration mellem flere af disse niveauer, som kan forstås i et udviklingspsykologisk perspektiv. Som i ovenstående ses mange eksempler i det empiriske materiale, hvor musikken udløser en kinæstetisk/sensomotorisk impuls i patienten som konfigureres i et billede. Dette billede ses videre som handlende element i en bestemt kontekst - en narrativ sammenhæng - og hele situationen er herefter forsøgt tolket i en leksikal – kognitiv symbolsk sammenhæng. I nedenstående modeller har jeg forsøgt at skitsere sådanne sammenhænge i et udviklingspsykologisk perspektiv.

Teorien set udviklingspsykologisk perspektiv

I afhandlingen har jeg refereret til ORT. Set i udviklingspsykologisk sammenhæng synes også Kohut (som nævnt) og Stern (2000) at være interessante bud på, hvorfor det kan tænkes at skizofrene/skizotypiske patienter kan have gavn af modificeret GIM.

Nedenstående er en model som angiver hovedtræk i Sterns udviklingsteori

MODEL 8

⁸⁸ Hvilket Stern benævner en vitalitetsaffekt (Stern 2000).

Ontogenetisk Model



I modellen har jeg t.h. angivet Sterns teorier om barnets udviklingsstadier. Jeg har desuden t.v. tilføjet Horowitz, idet Horowitz har beskæftiget sig med teorier om "image-representationssystemet"(Horowitz, 1983).

Det mest kontroversielle aspekt ved Sterns teoretiske antagelser er, at han i modsætning til traditionel psykoanalytisk teori (Klein, Mahler m.fl.) mener, at man ontogenetisk bør bytte om på "primær-" og "sekundær-" processer, idet barnet først lærer at symbolisere efterhånden og at realitetssansen er til stede fra fødslen. Stern antager også – i modsætning til Mahler – at barnet ikke på noget tidspunkt indgår i en sammensmeltning med moderen, men allerede fra fødslen har en gryende selvforfølelse, og på et forfølelses niveau oplever "attunement" og enskab contra adskillelse. Iflg. Stern oplever barnet sig selv kropsligt og efterhånden også emotionelt afgrænset tidligt i udviklingen. Efter den basale sensomotoriske kompetence er etableret, indgår barnet i tilknytningsforhold, der derefter aktiverer indre billeder som selvrepræsentationer. Stern udtrykker, at det som dominerer barnets bevidsthed er, at det oplever at være udgangspunkt for egen handling og at have en vilje (oplevelse af kerneselv). Dette er forskelligt fra Kleins (s. 85) teoretiske antagelser om barnets splittede fantasiunivers og splittede selvopfattelse på samme tidspunkt i udviklingen.

Iflg. det empiriske materiale er patienternes image-repræsentationssystem aktiveret og funktionsdygtigt. I kategoriseringsmodellen angives områder hvor billeddannelsen er aktiveret, og der ses også eksempler på billedtransformation (s.286). Det ses også at patienterne er i stand til at strukturere og affektforbinde bestemte billeder, som derved bliver til selvobjekter, samt at kunne forbinde billeder i indre objektrelationsmønstre.

Hvordan skal dette forstås udviklingspsykologisk ?

Udfra de empiriske resultater tyder det på at hvis først evnen til at symbolisere/danne indre billeder er etableret er det muligt at psykoterapeutisk at bearbejde "kuldsejlede" og fragmenterede selvbilleder og objektrelationer med skizofrene/skizotypiske patienter i den givne setting.

Min antagelse er (og dette går imod Klein, Mahler og Wilber), at dette beror på, at patienterne har en fornemmelse af et indre kerneselv, og at der på baggrund af denne fornemmelse via musikken skabes kontakt med oplevelsen af det skadede subjektive selv, der så indgår i en "reparations-" proces, hvor netop kuldsejlede objekter identificeres og/samles op.

Herved genererer fornemmelse af håb og tillid i patienterne, og i sammenhæng med afgiftning af megalomane forestillinger i gruppen, sættes en positiv behandlingsspiral i gang. I denne proces vokser patientens kerneselvopfattelse og på baggrund af dette, bliver patienten bedre til at danne og inkorporere vitaliserende selvbilleder (modstandskraft) som medfører øget autonomi og selvkontrol. Hermed vokser patientens subjektive selvoplevelse, og evnen til at danne forsvarsmanøvrer.

I nedenstående model ses en skitsering af musikkens mulige påvirkning.

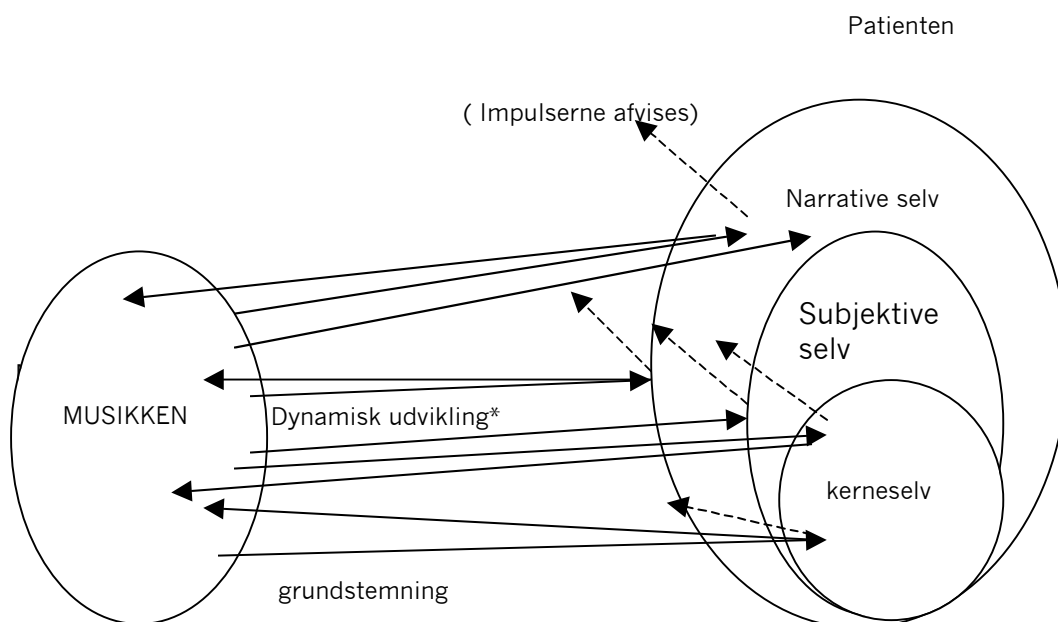
Musikken og billeddannelsens betydning set udfra Sterns psykologiske udviklingsmodel

I de to følgende modeller har jeg forsøgt at skitsere musikken og billeddannelsens betydning i nærværende projekt udfra Sterns udviklingsmodel.

MODEL 9

Musikken som spejlingspartner.

Oplevelse af enhed/beslægtethed eller adskillelse. Impulser fra musikken optages eller afvises af patienten på forskellige niveauer ud fra Sterns begreber.



*Dynamisk udvikling i musikkens parametre:

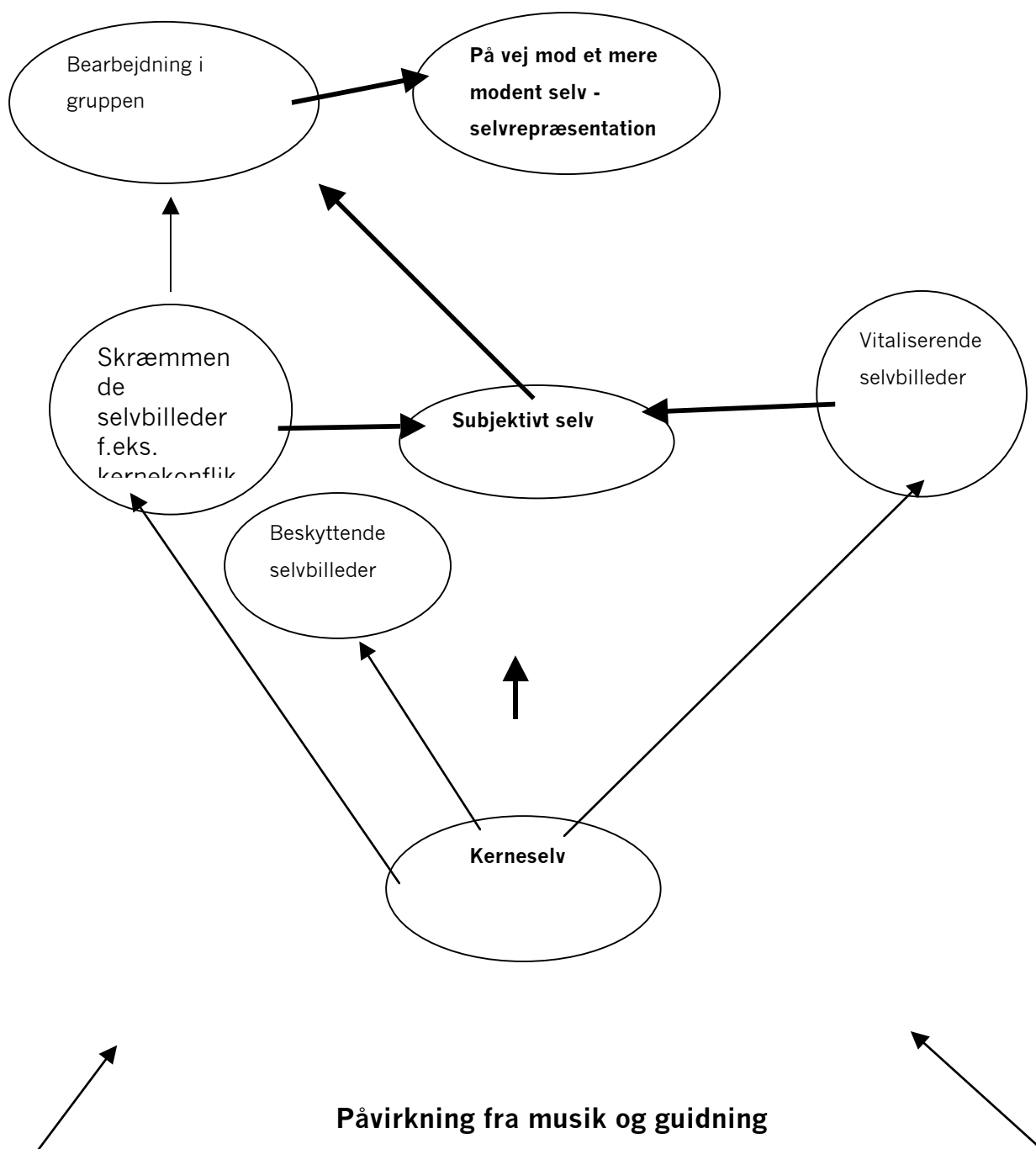
f.eks. variation i harmonisering, melodiføring, frasering, instrumentering styrke, intensitet, tempo.

Patienten fornemmer f.eks. en behagelig grundstemning, og herefter sker der en dynamisk udvikling i musikken, som enten accepteres eller fornægtes af patienten. Musikken skal herudfra forstås både som projektionsskærm og stimulkilde.

Udviklingen kan foregå således at både den oplevede positive grundstemning forandres og/eller musikedynamikken på andre "overliggende" niveauer forandres og på de respektive niveauer enten accepteres eller forkastes af patienten.

MODEL 10:

Model over musik og billeddannelsens effekt /indflydelse i forhold til udviklingsmålet, set ud fra metaforiske konfigurationer og Sterns udviklingsmodel



Modellen illustrerer, at der via musik og guidning foregår en påvirkning af patienten, som f.eks. både kan bevirke at kerneproblemer bliver konfigureret og

(rekonfigureret) enten direkte eller metaforisk, og at patienten via musikken hjælpes til at opnå beskyttelsesbilleder og vitaliserende tilstande, som bidrager til udvikling.

Diskussion af undersøgelsen i forhold til andre GIM undersøgelser

I min afhandling (side 45ff i afhandlingen) refererer jeg til Wrangsjö og Körlins undersøgelse om GIM i forhold til psykiatriske patienter. Wrangsjö og Körlin havde bl.a. den hypotese at patienter med en psykoseproblematik som deltog i undersøgelsen, ville risikere en forøgning af deres psykotiske symptomer via behandlingen. Denne hypotese blev ikke bekræftet, tværtimod blev de psykotiske symptomer faktisk reduceret signifikant. Forfatterne anfører, at mindst to fortolkninger om dette punkt er relevante. De skriver, at det måske skyldes terapeuternes nænsomme og omhyggelige måde at behandle på, som ikke aktiverede psykotisk materiale, og at ingen af klienterne var domineret af psykotiske eller præpsykotiske symptomer før behandlingen. Derfor blev de ret lette psykotiske symptomer sandsynligvis balanceret af en forholdsvis stabil overordnet personlighedsorganisation. Jeg kender ikke den omtalte undersøgelse indgående, men får lyst til at rejse spørgsmålet. Kunne man tænke sig at patienter med psykoseproblematik i en "holding" empatiske GIM setting kan "tåle" mere musikpåvirkning end antaget. At musikken indeholder strukturerende og holdende elementer som patienterne med psykoseproblematikken havde gavn af.

Jeg vil også omtale Erdonmez' studie af "pivotal moments in GIM", nærmere betegnet et af Erdonmez' spørgsmål som omhandler patienternes definition af pivotal moments (c: afgørende vendepunkter) i terapien (Erdonmez 1999 s. 232). Patienterne beskriver at: 1) Pivotal moments are remembered and described in vivid detail, 2) pivotal moments are emotional experiences 3) The pivotal experience is embodied 4) The pivotal experience impacts on the person's life.

Udfra mine patienters besvarelse af, hvad der har haft størst betydning for dem i deres musikterapi

s. 123ff (spm. C: Hvilke konkrete begivenheder eller oplevelser i musikterapien som har gjort størst indtryk på dig ? og spm D: Hvilke konkrete begivenheder eller oplevelser i terapien har du haft mest gavn af ?) fremgår, at de fleste patienter nævner specifikke oplevelser under musiklytningen, som de husker tydeligt efter

terapiens afslutning, som de momenter, der har haft størst betydning for dem. Det ses også at disse momenter fra musiklytningen er *kropsligt forankret og indeholder følelser*. Erdonmez nævner desuden at pivotal moments i modsætning til "peak experiences" ikke nødvendigvis er "positive" oplevelser, men kan være: "when embodied, distressful imagery or feelings are confronted and resolved, and this resolution brings about radical change in the person's life".

I min undersøgelse ses ikke så gennemgribende forandringer, men der ses en tydelig konfiguration (i kategoriseringsmodellen: restituerende faktorer), af vanskelige billeder og følelser, som dels bliver rummet i gruppen, og skaber forandring i patientens liv.

Musikvalgets betydning i teoridannelsen

På side 278 omtaler jeg en niveau-opdeling af musikken indenfor GIM terapi, - begynder programmer, arbejdsprogrammer og avancerede programmer, som er dannet udfra antagelser om musikken indflydelse / udfordringsgrad på klienterne. Med hensyn til musikvalget i GIM skriver Lisa Summer at (1995, s. 41ff) at der i klassisk, individuel GIM satses på musik som indeholder elaborerende og udviklende elementer. Summer giver efterfølgende et eksempel - Mozarts Klaversonate i A-dur, KV331 - på et stykke musik som til GIM i gængs forstand ikke er velvalgt, fordi det ikke er tilstrækkeligt komplekst. Set i forhold til patienterne i mit projekt, ville Mozart stykket sandsynligvis være velvalgt pga. den overskuelige opbygning: 1.sats indeholder en musikalsk/psykologisk "hjemmebase", hvorudfra efterfølgende variationer over temaet præsenteres meget diskret og venligt. Efterhånden indfører Mozart dog mere markante ændringer.

I takt fem i første variation bliver musikken styrkepræget og Mozart tilføjer i v. hånd en insisterende ostinat som bevæger sig længere ned i basregistret end hidtil, mens h. hånd artikulerer melodien på en insisterende måde, hvilket understreges af kraftige blokakkorder. Hermed stopper ifølge Summer den symbiotisk, rokkende legato bevægelse som hidtil har været fremherskende, og Summer foreslår, at denne forandring kan sammenlignes med barnets (klientens) første skridt væk fra moderen i en psykologisk separationsproces (Summer 1995). Summer anfører herefter at det i slutningen af klaversonaten er som om den musikalske udviklingsproces (som spejler den psykologiske) går i stå. Summer skriver om Var. IV: "psychologically, the music of this movement seems to be a denial of the

development which has taken place gradually during the previous variations.”

Hermed forklarer Summer hvorfor hun ikke mener Mozart-sonaten egner sig til et klassisk GIM program. I forhold til mine patienter vil jeg, - ud fra relevansen af Summers synspunkter – sikkert kunne anvende de første dele af Mozart stykket, som tilstrækkelige gode arbejdsfoci, men ikke hele stykket.

Vedr. spørgsmålet om relevant musik i GIM vil jeg ud fra en overordnet teoretisk betragtning sige, at de stykker som i traditionel GIM sammenhæng optræder i begynderprogrammer, i forhold til min klientgruppe kunne betegnes som ”arbejdsprogrammer”, og at der ud fra dette synspunkt skal indføres en helt ny kategori: ”præ-begynderprogrammer”, til svagere integrerede patienter/klienter.

Disse musikstykker vil som det er tilfældet med mine musikvalg indeholde musikkens allerenkleste virkemidler. Dette er, ud fra en musikalsk foranalyse f.eks. melodier bygget op omkring enkle ostinatfigurer, vers. med refræn, sangformer (AAB), balladeformer, tema med variationer og enkle da capo-former (ABA). Disse typer musik understøtter de udviklingsperspektiver som jeg har beskrevet i ovenstående. I model 7 ses eksempelvis sammenhængen mellem musik og billeddannelse. (se også cases i hoveddelen)

konklusion

I ovenstående har jeg forsøgt at belyse forholdet mellem musikkens virkningsfaktorer - billeddannelsen og patienternes udvikling.

Konklusivt ses at det empiriske materiale analyseret ud fra kategorimodellen/kataloget viser, at den teoretiske grundantagelse om musikkens funktioner blev bekræftet. Musikken har en selvrefleksionsbefordrende evne som hjælper patienterne med at forholde sig til sig selv. De restituerende faktorer er baseret på patientens oplevelser i bestemte øjeblikke og situationer, hvor de faktorer som leder op til disse situationer er temaer patienten bringer op umiddelbart før musiklytningen, eller situationer under musiklytningen. Resultatet af disse oplevelser er at patienten oplever nye sammenhænge i sit liv på flere niveauer. Oplevelserne omhandler interpersonelle relationer eller eksistentielle temaer og er præget af et emotionelt engagement. Disse oplevelser er indplaceret i kategorimodellen.

GT har fungeret som begrebslig støtte, og gennem databearbejdningen er

kategorimodellen/kategorikataloget dannet. På basis af denne kategorimodel har jeg i ovenstående forsøgt at beskrive de bagvedliggende teoretiske forhold som er knyttet til teorigrundlaget. Jeg har beskrevet hvorledes de restituerende faktorer – musikken og billeddannelsen udfra den givne setting, faciliterer patienternes udviklingsproces. GT teorigrundlaget har ført mig videre til også at inddrage eksterne teorier i diskussionen af de givne fund.

At det empiriske materiale godtgør at skizofrene/skizotypiske patienter kan opnå positiv virkning udfra den anvendte terapimodel, indebærer at disse patienter råder over flere kompetencer end hidtil normalt antaget i musikterapeutiske og psykoterapeutiske kredse. Mao. rejser disse fund spørgsmål af grundlæggende udviklingspsykologisk karakter, idet de patienter som indgik i undersøgelser har vist sig at have evnen til at danne indre billeder og symbolisere eller transformere disse repræsentationer, og at når denne evne er etableret i det psykiske apparat er det muligt psykoterapeutisk at bearbejde og integrere løsrevne objektrelationer og selv-billeder med understøttelse af musikken i den angivne setting.

Verifikation

Udfra studiets design, synes jeg, at jeg har opdaget mange interessante oplevelsesmønstre hos patienterne som afføder nye spørgsmål. Efter min opfattelse har studiets styrke været et tydeligt positivt sammenfald mellem resultaterne i de 2 undersøgelsesdele, hvoraf del 1 er udført af uafhængig læge. Desuden har det været muligt at anskueliggøre, at patienterne har haft oplevelser, som giver væsentlig information om deres indre liv, og at restituerende faktorer synes at være indkredset. Desuden er det min opfattelse, at musikkens betydning for patienterne er blevet belyst tilfredsstillende.

Studiets svaghed eller begrænsning er det lille antal deltagere, hvilket gør, at det er svært at påpege typiske tendenser og variationer udfra projektet. Det vil derfor være nødvendigt at indhente flere erfaringer og etablere mere forskning på området for at bekræfte eller afkræfte de tendenser, jeg har fundet. Desuden kunne en kontrolgruppe og måling med andre psykologiske parametre/projektive tests (Rorschach, WAIS og TEMA), som oprindeligt var projekteret, men måtte opgives p.gr.a. manglende ressourcer, måske også have styrket undersøgelsen.

Med hensyn til ny indsigt synes jeg, at analysemodellen har fungeret

tilfredsstillende, og det har været berigende at se, at mange af patienternes temaer er tydeliggjort vha. modellen.

Jeg blev overrasket over, hvor ofte patienterne egentlig reflekterede over de oplevelser, de havde under musiklytningen, både lige efter lytningen og i ugen mellem sessionerne. Det er væsentligt når skizotypiske og skizofrene patienter er i stand til at reflektere over tid, og ikke bare er fanget af/i nuet. Desuden fandt jeg, at gruppens betydning for den enkelte, trådte tydeligere frem under databearbejdningen. Selvom patienterne ikke så ofte omtaler gruppen direkte, fremgik det tydeligt at gruppefunktionen havde haft en væsentlig betydning. En yderligere specificering af fokus, som Denise Erdonmez` f.eks. anslår som tema i sin afhandling "pivotal moments", ville have bevirket et snævrere søgefelt, men jeg valgte at fokusere lidt bredere, fordi jeg mente at forskellige typer af oplevelser/udsagn og refleksioner var væsentlige at belyse ud fra min målgruppes problematik. Hvis jeg retrospektivt skulle kritisere min analysemodel, vil jeg sige, at den indeholder mange (under)punkter, og måske kunne visse kategorier være sammenlagt. Af og til kunne det være svært at overskue omfanget af hele modellen, men når jeg tog hver kategori for sig, synes jeg modellen fungerede udmærket og efter hensigten. Selvom der var en del overlapninger kategorierne imellem, optrådte hver kategori selvstændigt funktionel.

Valget af GT opbygningen har også fungeret tilfredsstillende, men jeg har som nævnt bemærket at mine kategorier som arbejdet skred frem, blev verbaliseret i almene begreber. Almene begreber som jeg også har fundet hos Amir (1995). Amirs kategorier ligner mine på flere punkter, men i er dette måske forståeligt, idet kvalitative undersøgelser med fokus på terapi omhandler forskellige meningsforhold og relationer mennesker imellem. Samtidig vil jeg dog pointere, at kategorien "forsvarsmanøvrer" og dens underinddeling, som jeg har lagt megen vægt på, sikkert har fået gode vilkår til at træde "uberørt" frem ud fra Grounded Theory-indfaldsvinklen, hvilket måske ikke helt havde været tilfældet, hvis jeg havde valgt ORT optikken på forhånd. Med hensyn til ORT optikken er det dog interessant og slående, hvor tydeligt patienternes metaforiske materiale afspejler centrale begreber som f.eks. splitting. Desuden er det blevet tydeligere for mig, at der findes forskellige typer af forsvarsmanøvrer, og at sammenhæng mellem oplevelse af stabiliserende elementer og musikken, der lyttes til i sådanne situationer kunne være et interessant emne at forske videre i. I mit projekt viste det sig at

stemningsskift i musikken i visse tilfælde også betød ændring af det imaginære fokus og den følelsesmæssige tilstand hos patienten. Min teori er, som nævnt, at stemningsskift i musikken kan hjælpe skizoide og skizofrene patienter/klienter med at bearbejde svære følelsesmæssige problemområder uden at de bliver grebet af overvældende angst for udslettelse. Desuden at udvalgt musik og guidning kan hjælpe patienterne med at få kontakt med stabiliserende ressourcer i sig selv, som konfigureres billedmæssigt/metaforisk og emotionelt. Jeg vil derfor anbefale øget investering i musikkens og guidningens funktion som interventionsredskaber i musikpsykoterapi med denne patientkategori.

Afslutning

Der er kun ganske få studier i GIM og GIM-relateret musikpsykoterapi, der omhandler klientens oplevelse af terapien. Hibben har for nylig udgivet en bog om klienters oplevelse af musikterapi, hvori der indgår flere GIM cases (Hibben, 1999). I Erdonmez afhandling om pivotal moments i GIM, spiller klientens syn på terapien en central rolle. Jeg mener, det er væsentligt at få oplysninger om "brugernes" oplevelser og syn på terapien, hvilket jeg har forsøgt i mit studie. Efter min opfattelse er det lykkedes at anskueliggøre, at det er muligt at anvende receptiv musikterapi overfor den belastede patientkategori, studiet omhandler, som det ellers kan være svært at finde behandlingsformer til. Ingen af patienterne blev mere psykotiske, men tværtimod sås udviklingstendenser på flere områder. Derfor vil jeg foreslå mere forskning indenfor området. Det vil være betydningsfuldt at få mere indsigt i en række spørgsmål, bl.a. om guidning og musikvalg, metaforisk forståelse, og settingens betydning, samt at undersøge overfor hvilke kategorier af alvorligt skadede psykiatriske patienter, indfaldsvinklen er optimal.

Resumé:

Titel:

Restituerende faktorer i gruppe musikterapi med psykiatriske patienter
- baseret på en modifikation af Guided Imagery and Music (GIM)

Indhold:

Afhandlingen omhandler 9 psykiatriske patienter med skizofreni eller skizotypisk sindslidelse. Patienterne har deltaget i gruppeforløb på 6 måneder med en mødefrekvens på 1,5 time ugentlig. Mine hypoteser har været at bevidste og ubevidste objektrelationsmønstre fremtræder under receptiv musikterapi. Integration af objektrepræsentationer og relationsmønstre, som varierer med generelt psykologisk eller psykiatrisk funktionsniveau.

Receptiv musikterapi i gruppe fremmer objektintegration og forbedrer det psykologiske funktionsniveau.

Initiale spørgsmål:

Hvilke informationer får jeg fra patienternes oplevelser under musiklytning ?
Kan oplevelser under musiklytningen (herunder metaforer) afspejle patienternes indre liv på en måde, som kan give væsentlige informationer om deres indre objektrelationer og selvopfattelse. Kan der herudfra beskrives en eventuel udvikling med patienten?

Hvad er patienternes syn på denne form for musikterapi ?

Kan der ud fra valgt analysemodel beskrives en terapeutisk effekt af terapien ?

Undersøgelsesmetoder:

Kvalitativ analysemodel udviklet ud fra metoden Grounded Theory

GAF test før og efter forløbet (foretaget af uafhængig læge)

Kvalitativt spørgeskema (30 spørgsmål) efter terapien vedr. patienternes oplevelse af forløbet. Vægtning af kurative faktorer, samt supplerende interview efter terapien omhandlende musikkens og billeddannelsens betydning, set fra patienternes synsvinkel, foretaget af uafhængig læge.

Resultater:

Ud fra analysemodellens kategorier redegøres for restituerende faktorer i den

terapeutiske proces.

GAF testen viser en stigning på 7,6 % baseret på en meridian beregning
Af spørgeskemaet og det efterfølgende interview ses, hvilke aspekter af terapien patienterne synes, de har profiteret mest af. Overordnet set, synes 8 ud af 9 patienter, at de har haft et meget tilfredsstillende udbytte af terapien.

Diskussion:

Metodens relevans for psykiatriske patienter, erfaringer og kritik vedr. projektet
Nye forskningsprojekter.
Kritik af studiet.

Studiets opbygning:

Studiets undersøgelsesmetoder er delt op i to sektioner.

1.del omhandler kvalitative undersøgelser efter terapien af alle ni patienter, foretaget af uafhængig læge

2. del omhandler analyse af 4 valgte patienter, med udgangspunkt i patienternes oplevelser under musiklytning.

Analysemodellen i del 2. er en kvalitativ model inspireret af Grounded Theory.

I Kapitel 1. omtales baggrunden for projektet, herunder de kliniske erfaringer på SHH, som dannede baggrund for projektet.

Kapitel 2 omhandler litteraturreview, herunder eksempler på kliniske og forskningsmæssige musikterapeutiske tiltag i psykiatrien, skizofreni-psykopatologi, behandling af skizofreni i Danmark, musikterapi med skizofrene patienter og eksempler på modificeret Guided Imagery and Music i psykiatrisk sammenhæng.

Kapitel 3 er en redegørelse for projektets videnskabsteoretiske orientering, hvorunder Grounded Theory, den hermeneutiske indfaldsvinkel og udviklingspsykologiske teorier beskrives.

4. Kapitel omhandler undersøgelsens design herunder beskrivelse af henholdsvis forskningsmetode 1. : interviews/GAF undersøgelse af uafhængig læge og forskningsmetode 2. : Opbygning og udformning af analysemodel til brug for analyse af fire patienter ud fra deres oplevelser under musiklytning.

Kapitel 5 - 8 beskriver fire cases, der analyseres ud fra analysemodellen "Restituerende faktorer i den terapeutiske proces".

Modellen indeholder bl.a. kognitive, emotionelle og interpersonelle aspekter, samt patienternes direkte referencer til musikken og en kategori, som belyser patienternes oplevelsesmåde.

Kapitel 9 er en generel karakteristik af restituerende faktorer i den terapeutiske proces, hvor materiale fra de fire patienter sammenholdes og vurderes. Herefter følger kapitel 10 som omhandler gruppeaspektets betydning, og enkelte patientens udbytte vurderet ud fra teori om udvikling i grupper og objektrelationsteorien.

Kapitel 11 er en sammenfatning af studiet, herunder konklusion, diskussion og kritik af studiet, samt undersøgelsens kliniske relevans og forslag til ny forskning.

English Summary:

Restititional Factors in group music therapy with psychiatric patients, based on a modification of Guided Imagery and Music (GIM)

Title:

By Music Therapist, Ph.D. stud. Torben Moe, FAMI.

Aalborg University, Dept. of Music and Music Therapy, Denmark 2000

Abstract

The study concerns receptive music psychotherapy based on a modified model of Guided Imagery and Music.

Nine psychiatric patients diagnosed as schizophrenic or with schizotypal disorders participated in a therapy group in a six-month period, and the study focuses on restititional factors in the therapeutic process and the patients evaluation of their therapy.

The type of research is qualitative and the investigation is in two parts.

First part concerns the patients evaluation of the therapy assessed from interviews, the GAF rating scale, and a qualitative questionnaire including a mood test and

aspects in the patient's view of the therapy.

In the Second part the experiences of four patients are analyzed focusing on their imagery during the music listening period.

Data from the therapist's log are categorized qualitatively in a number of categories, which contains restitutional factors in the therapy process.

Then follows an analysis of all four patients material pointing out similarities and differentials, and a theory of that protective images occurs in modified GIM with psychiatric patients is presented.

The patient's direct references towards the music are also categorized, and the patients' "mode of experience" is categorized in narratives or single events (understood as streams of imagery). Finally the patient's experiences of important issues concerning the group are categorized.

Background

In recent years there has been an increasing interest in developing psychotherapeutic methods for treatment of schizophrenic patients. Throughout the last 5 years, I conducted a slow-open music therapy group for patients suffering from schizophrenia and schizotypal disorders. The music therapy method used is a music and imagery technique, inspired by the tradition of Guided Imagery and Music originated by Helen Bonny.

Psychotherapeutic music therapy involves both active and receptive methods. The most frequently used form is the active approach, but to enlarge the area, I chose to focus within the receptive field. In certain cases some frail psychiatric patients find active improvisational music therapy difficult, as they are expected to perform actively and also to reflect upon their actions.

For these reasons I focused on a receptive method of music therapy, as an alternative to active methods.

Guided Imagery and Music (GIM) is based on patients' experiences while listening to selected classical music. In the individual setting, the patient reports his/her experiences to the therapist while listening to music in a relaxed state. These experiences are then interpreted e.g. within a Freudian or Jungian frame of reference. The emphasis is on the patient's own understanding and insight. In group sessions, patients can share experiences in turn, for example with the therapist as a "conductor", or they can share experiences after the music-listening phase.

In GIM the music listening provides an ongoing stream of images and associations which often develop and transform, but considering the more fragile patient category I worked with, I choose a controlled format of music and imagery, and the sessions were very structured. The music-listening phase was limited to only 10 minutes of a 1-hour session, and each patient reported his/her experiences after the music-listening phase was over.

It was my impression during the period before the study, that the patients benefited from the music therapy, and my hypothesis was that selected music and guiding helped the patients in structuring their inner world of experiences. Inspired by these experiences, I initiated a study in 1995 together with the research team at the hospital, with the aim to describe the effects of the music therapy in the course of a 6-month period.

Purpose of the study

The purpose of the study is to investigate, if and how it is possible to help psychiatric patients with serious illness, to gain or regain the capability of symbolizing. The hypothesis is that the patients through their experiences during the music listening create images of there inner self, which can lead to symbol formation, and eventually a sense of inner control; in other words that the patients inner object relations will be configured in the experiences during the music listening and that the patients level of functioning both socially and psychologically will improve. The second purpose of the study is to investigate in the patients' view of the method used and if, and how they profited of the therapy according to their formulated goals, and the problems stated in the anamnesis. The main question was which information do I gain from the patients experience during the music listening, and the focus became "restitutional factors in the therapy process from the patients experiences during listening to music".

Methodology

Part 1.

The effect of music therapy on the patients' level of functioning and the patients' own evaluation of the music therapy. The research tools are the Global Assessment of Functioning Scale (GAF), a Questionnaire survey after termination of therapy, and a semi-structured interview based on a mood test and five additional questions concerning the patients' view of the therapy.

Part 2.

A qualitative in depth analysis of four of the nine patients based on a qualitative model inspired by Grounded Theory. The analysis included both vertical and horizontal aspects of each patient and characteristic patterns from all four patients. Model of Research project

Restititional factors in group music therapy with psychiatric patients based on a modification of Guided Imagery and Music. (BMGIM)

Therapy period
1995 -1997



Results:

Part 1

The GAF study showed that participants had a very low level of functioning at the start of the therapy. They received scores between 31 and 40, which indicates a low level of functioning in the area of communication. They had disturbances of thought and a significantly decreased level of functioning in the areas of work, family relations, judgment, cognitive thinking and affect. Several patients were delusional and suicidal. None of them were employed and several were homeless. Generally they had few or no friends.

The study showed an average improvement of 7.2% on the GAF scale after 6 months of music therapy, which is satisfactory. Besides music therapy, treatment consisted of hospitalization on a psychiatric ward, medical treatment, and for most of the participants, milieu therapy on a psychiatric unit. Therefore it is difficult to determine which of the therapeutic interventions was the most effective, since there were no control group.

From the questionnaire survey (30 questions) it appeared that psychotherapeutic aspects such as: trust, responsibility, openness, and awareness of emotions had great significance for the patients. It also appeared that the patients validated the importance of being understood, as well as their own contribution in the therapy. They saw themselves as very motivated, and this was reflected in a very stable attendance (98%). Furthermore, patients underlined the importance of the therapists' sympathy and understanding. The patients' positive evaluation of the therapists indicated a good therapeutic alliance. However, the very positive evaluation might also imply elements of idealization.

Furthermore, it is interesting and significant that the patients evaluated the music very positively.

I have occasionally encountered skepticism regarding exposing such poorly integrated patients to this method of music therapy, where we allow patients to lie down during music-listening and open up for their fantasies and emotions through the music. One could fear that psychotic symptoms and anxiety could be reawakened. It is therefore especially interesting that the patients for the most part responded positively regarding the music in the questionnaire. From a music therapy point of view it is also significant that the music selections were not experienced as frightening by these fragile patients (question 27). Finally, the patients also emphasized that the combination of music and conversation, as well as the combination of music and imagery, was "a good idea". They found that the music helped them to become aware

of emotions, making it possible to understand and work through the emotional content in an interpersonal context.

Concerning the group perspective the role and significance of the group are evident in the answers to the 5 additional questions. Several patients mentioned the value of their relationship to others in the group. Their comments regarding this appear to have to do with reflection: seeing one's own problems reflected in the common problems of the group, and understanding individual group members through hearing about the imagery they experienced during the music.

The answers also indicated that the patients were able to profit of their experiences during music listening, which we attribute to the structuring and containing effect of the music. When asked what they felt they had benefited most from in the therapy, a majority of the patients named experiences from the music-listening phase, experiences that often were remembered very clearly. Several of the patients found that music and imagery contributed to a better self-understanding, a greater involvement in the group or a personal experience of metaphorical or realistic character that made a significant emotional impact. For example, a patient with many negative symptoms said that he felt inner emptiness and didn't feel he could contribute with anything to the group in the preliminary conversation. However, he experienced many images during music listening and this helped him to participate actively in the group. Another patient with many positive symptoms seemed to be able to manage his inner fantasy world better through the therapy and ended up in the last session reflecting over the most important images he had experienced throughout the course of the therapy. Only one patient did not feel that he had benefited from therapy. In this connection I must add that this patient, the first participant in the project, was in a group where a patient (not involved in the project) committed suicide. This experience had a strong impact on the patient, and he referred to it in answer to the question of which events had made the biggest impression on him. It is very likely that this incident may have influenced the patient's view of the entire course of therapy.

Results - Part 2.

The analysis confirmed the patients' overall positive view of the therapy as seen in part 1.

It was possible for me to develop 8 categories in which restititional factors occurred, and from the most significant findings, I have formulated a theory of the

occurrence of images of protection and of core conflicts in receptive music psychotherapy from a modified model of GIM.

It was also possible to categorize the patients' explicit and implicit references to the music, and from this to point out which aspects were most important for the patients.

The analysis of the patient's experiences during the music-listening showed that there seemed to be an increasing amount of a "narrative structure" compiled to "a single event" structure, during the therapy period.

Finally there seemed to be a correlation between the findings in the first part (triangulation) and between the first and the second part (verification). As a further validation (trustworthiness) I have analyzed the imagery of one patient from an ORT perspective and another patient from the perspective of developmental phases in group therapy.

Conclusion:

The study shows that the music therapy group was a good support for the patients. They benefited from the structured form, and they found the music part of the therapy helpful, both emotionally and structurally. It can be concluded that the music therapy method described here is a suitable treatment for schizotypal and schizophrenic patients in long term therapy - with careful selection of musical pieces, and attention to in which stage of the illness the treatment is provided.

The patients' own comments about the music therapy group showed that 8 of 9 patients were satisfied with the therapy and felt themselves supported. This was also evident in a decidedly stable attendance of 98 %.

Results in research investigations in the first part were confirmed in the second part, lead to the formulation of a theory of when and how images of protection and restitution occur in receptive music psychotherapy based on a modification of Guided Imagery and Music.

Kap. 12 Referencer

Referencer:

- Aigen, K. (1995). Principles of Qualitative Research, in: Wheeler, B. (ed.): *Music Therapy Research*. Barcelona Pub. USA. 97-119.
- Aigen, K.: (1998). Creativity in Qualitative Music Therapy research. *Journal of Music Therapy*, vol. 35
- Aigen, K. (1998): Paths of Development in Nordoff-Robbins Music Therapy. Barcelona Pub., Gilsum NH.
- Aigen, K. (1991): *The Roots of Music Therapy: Towards an Indigenous Research Paradigm*. Unpublished doctoral diss. NY University, NY.
- Aldridge, G. (1998). *Die Entwicklung einer Melodie im Kontext improvisatorischer Musiktherapie*. (Melodiudvikling i improvisatorisk musikterapi). Aalborg Universitet. Institut for Musikterapi.
- Aldridge, D. (1996). *Music Therapy Research and Practice in Medicine – From out of Silence*. Jessica Kingsley Publications London
- Alvesson & Skjöldberg (1994). *Tolkning og refleksion : Vetenskabsfilosofi och kvalitativ method*. Lund: Studentlitteratur.
- American Psychiatric Association: (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington DC 3.edition. In: *Comprehensive textbook of Psychiatry V*, (466-467)
- Amir, D. (1992). *Awakening and expanding the Self: Meaningful moments in the music therapy process as experienced and described by music therapists and music therapy clients*. New York University.
- Antonovsky, A. (1979). *Health Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Assagioli, R. (1965). *Psycho synthesis: A Manual of Principles and Techniques*. New York, Hobbs, Dorman.
- Backer, De J. (1996). Regression in music therapy with psychotic patients. I *NJMT* 1996, **5**, p. 24-30).
- Backer, De J. (1993). Containment in music therapy. I *Music Therapy in Health and Education*. Ed. Heal M., Wigram T. Jessica Kingsley Pub. London
- Balint, M. (1979). *The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression*. NY, Brunner/Mazel.
- Benedetti, G. (1983). *Skizofreni og psykoterapi*. 15–27 (oversat). Odense Biblioteks

Forlag

Benzon, B., Pious, C. Parson, R.: I Yalom (1975/85), *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. Basic Books Inc. NY, kap. 4.

Berruti et Al. (1993). Description of an Experience in Music Therapy Carried Out at the department of Psychiatry of The University of Genoa. 66-72 i: *Music Therapy in Health and Medication*. Heal & Wigram, Jessica Kingsley pub. London.

Blake, R. and S. Bishop (1994). The Bonny Method of GIM in the Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) with Adults in the Psychiatric Setting. *Music Therapy Perspectives*, **12** (2): 125-129.

Bollas, C. (1987). *The Shadow of the object: Psychoanalysis of the Unthought Known*.

NY. Columbia University Press. I Gabbard G.O.(1994). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. The DSM_IV Edition. American Psychiatric Press. Washington DC.

Bonde, L.O. (1999). Metaphor and Narrative in GIM. *AMI Journal*. **6** in press. USA

Bonny, H., Keiser Mardis, L. (1994). *Music Resources for GIM Facilitators*. Archedigm Pub. Maryland USA.

Bonny, H. & Keiser Mardis, L. (1994) *Music Resources for GIM Facilitators: Core Programs and Discography of Core Programs*. Olney MD: Archedigm Publications. Use this reference for: Explorations, Caring, Recollections, Peak Experience-R, Grieving-R.

Bonny, H. (1978a). *GIM Monograph #1: Facilitating GIM Sessions*. Salina, KS, Bonny Foundation.

Bonny, H. (1978b). *GIM Monograph #2: The role of tape music programs in the GIM process*. Salina, KS, Bonny Foundation.

Bonny, H. (1980). *GIM Monograph #3: Past, Present and Future Implications*. Savage, MD, Institute for Music and Imagery.

Bonny, H. (1989). Sound as Symbol: Guided Imagery and Music in Clinical Practice. *Music Therapy Perspectives*, **6**: 7-10.

Bonny, H. (1994). Twenty-One Years Later: A GIM Update. *Music Therapy Perspectives* **12**(2): 70-74.

Bonny, H. and Savary, L. (1973, reprint 1990). *Music and your Mind: Listening with a new Consciousness*. New York, Harper & Row.

Bonny, H. and Tansill, R. (1977). Music Therapy: A legal high. *Counselling Therapies and the Addictive Client*. G. Waldorf. Baltimore, MD, University of Maryland School of Social Work and Community Planning. 113-130.

- Borling, J. (1992). Perspectives of Growth with a Victim of Abuse: A GIM Case Study. *Journal of the Association for Music and Imagery* **1**(85-94).
- Borling, J. (1992b). *Guided Imagery and Music in Recovery: A Rational for GIM with Addiction*. Unpublished manuscript. Bonny Foundation. Salina, USA.
- Botschner, J. V. (1996). Mary J Wright Award: Crazy Talk Revisited: A Discursive Psychological Examination of Schizophrenic Discourse. *Newsletter of Section 25, Canadian Psychological Association* Volume 8(1).
- Bruscia, K. E. (1998). Standards of Integrity for Qualitative Music Therapy Research. *Journal of Music Therapy*, XXXV (3): 176-200
- Bruscia, K., Aigen K. (1995) in Wheeler, B.L., *Music Therapy Research". Quantitative and Qualitative Perspectives*. Barcelona Pub. Phoenixville, PA.
- Bruscia, K.E. (1998). Authenticity Issues in Qualitative Research, s. 81 –109. I *Qualitative Music Therapy Research – Beginning Dialogues*. Ed. By Langenberg M., Aigen K. og Frommer J.
- Bruscia, K. E. (1995). Modes of Consciousness in Guided Imagery and Music (GIM): A Therapist's experience of the Guiding Process, i Kenny C.: *Listening, Playing and Creating: Essays on the Power of Sound*. Albany, NY, State University of New York Press.
- Bruscia, K. E. (1992). Visits from the Other Side: Healing Persons with AIDS through Guided Imagery and Music (GIM). I *Music and Miracles.*, D. Campbell. Wheaton, IL, The Theosophical Publishing House.
- Bruscia, K. E. (1991). Embracing Life with AIDS: Psychotherapy through Guided Imagery and Music (GIM). *Case Studies in Music Therapy*. Phoenixville, PA, Barcelona: 581-602.
- Bruscia, K. E. (1995/1999). Bibliography on GIM and related topics. End Note Database Libraries. Ed.: Bonde L.O. Aalborg Universitet.
- Bruscia, K. E. (1996). *Music for the Imagination: Rationale, Implications and Guidelines for its Use in Guided Imagery and Music (GIM)*. Association for Music and Imagery. Santa Cruz CA.
- Bruscia. K.E. (1987). *Improvisational models of music therapy*. Unit 5. Charles C. Thomas Publisher, Springfield, Illinois, USA. I: Eckhoff R. (1996): *Intersubjektivitet og interkroppslighet i gruppemusikterapi med psykiatiske pasienter*. NTFM 1996, **5**,

13-23

- Buber, M. (1968). *Jeg – Du*. Oslo, Cappelen. (oversat).
- Campbell, J. (1988). *The Power of Myth*. New York, Doubleday.
- Cannon, T.D., Mednick, S.A. (1993). The schizophrenia high-risk project in Copenhagen: Three decades of progress. *Acta Psychiatrica*, **370**: 33-47
- Clark, M. (1991). Emergence of the Adult Self in GIM. *Case Studies in Music Therapy*. Bruscia, K. Phoenixville, PA, Barcelona Publishers: 321-332.
- Clark, M. (1998). *The Bonny Method of Imagery and Music: List of Programs*. Not pub. Bonny Foundation, Salina, KS
- Cohn, B. (1994). Recycling Yalom: Using a Systems Analysis to Facilitate Work in Inpatient Groups. *Group Analyses*, **27**, 407-418. SAGE London.
- Colaizzi, (1978) s. 57 – 62 i Forinash: *Music Therapy Research. Quantitative and Qualitative Perspectives*. Ed. Wheeler, B. L., (1995). Phoenixville, Barcelona Publishers.
- Collin & Köppe, S. (1995). *Humanistisk Videnskabsteori*. DR Forlag, Kbh.
- Comeau, P. (1991). *A Phenomenological Investigation of being Effective as a Music Therapist*. Thesis, Music Therapy Dept., Temple University, USA
- Cullberg, J.(1984). *Dynamisk Psykiatri* . Hans Reidels Forlag, 70 - 77.
- Derogatis, L. & Cleary, P. (1977): Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: a study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, **33**, 981-989
- Eckhoff, R. (1996). Intersubjektivitet og interkroppslighet i gruppemusikterapi med psykiatriske pasienter. *NTFM*, **5**, 13-23
- Eliade, M. (1996). I Aigen K., Creativity in Qualitative Music Therapy research. I Smeijsters, H. (1997). *Multiple Perspectives. A guide to Qualitative research in Music Therapy*. Gilsum, NH, Barcelona.
- Elsass, P. et al (1994). Klientoplevelsen af psykoterapi. *Agrippa*, **15**, 145 - 169.
- Embelton, J. (1990). *Healing Prenatal and Early Infancy Studies*. Unpublished manuscript. Bonny Foundation
- Erdonmez, D. (1999). A Phenomenological Study of Pivotal Moments in Guided Imagery and Music”. Melbourne University, Faculty of music.
- Erdonmez, D. (1994). *A Journey of Transition with Guided Imagery and Music*. International Conference Music Therapy in Palliative Care Oxford 1994, Oxford GB, Sobell Publications.
- Erdonmez, D. (1997). “Graduate Diploma in Guided Imagery and Music”, *Training*

Manual 1997

Eriksson, E. H. (1950). *Childhood and Society*. NY. Norton

Estroff, S. E. (1995). Broken-hearted lifetimes: Ethnography, subjectivity, and psychosocial rehabilitation. *Int. J Ment. Health* **24** (1): 82-92.

Exner, J. (1998). De fire behandlingsskridt. En introduktion til den morfologiske musikterapi. Indføring i Musikterapi som Selvstændig Behandlingsform. Ed.

Pedersen, I.N. Musikterapiklinikken, Aalborg Psyk. Sygehus. 1, 91-106

Fairbairn, W.R.D.(1952). *Psychoanalytic Studies of the personality*. Tavistock, London. I Igra L.: *Objektrelationer og Psykoterapi*. (1983,overs.1989). Hans Reitzels Forlag Kbh.

Fairbairn, W.R.D. (1955): "Observations in the defence of the object-relations theory of the personality. *British Journal of Medical Psychology*, **28**.

Flaszen, L. (1978). *On the Road to Active Culoture*. The Activities of Grotowski's Theatre Laboratory institute in the years 1970-1977. The Institute, Wroclaw Poland.

Fjord Jensen, P.(1993). *Livsbuen. Voksenpsykologi og livsaldre*. Gyldendal. Kbh.

Folker H. (1994): Kohut og musikken - Introduktion av Henrik Folker. *Nordic Journal of Musictherapy vol 3* (2) p. 55 -58

Forinash, M. (1995). I: *Music Therapy Research. Quantitative and Qualitative Perspectives*. Ed. Wheeler, B. L. Phoenixville, Barcelona Publishers.

Forinash, M. (1990). *A Phenomenology of Music Therapy with the Terminally Ill*. Thesis, New York U.

Forinash, M. (1992). A phenomenological analysis of Nordoff-Robbins approach to music therapy: The lived experience of clinical improvisation. *Music Therapy* **11**, 1, 120-141.

Freud, S. (1900). *Drømmetydning*. Oversat: 1965 Hans Retzel, Kbh

Freud, S. (1915). Das Unbewusste. I S. Freud: *Gesammelte Werke, Bd. X* (427-446) Frankfurt a M. Fisher, 1945

Freud, S. (1917). Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. I S. Freud: *Gesammelte Werke, Bd. XI*. Frankfuhr a M. Fisher, 1947.

Gabbard, G.O.(1994). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. The DSM_IV Edition. American Psychiatric Press. Washington DC.

Gerlach, J. et al: *Skizofreni: Hvad ved vi i dag om Skizofreni*. Redigeret af en tværfaglig gruppe. Psykiatrifondens forlag 1997.

Gerlach, J. (1996). *Psykiatri Information nr.4*. Psykiatrifondens forlag, Kbh.

- Gillian, S. (1983). The use of improvisation for developing relatedness in the adult client. *Journal of Music Therapy*, 3, 29-42
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967): *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine
- Goldberg, F.S. (1988). Therapeutic Factors in two forms of Inpatient Group Psychotherapy: Music therapy and Verbal Therapy. *Group*, vol.12. (Reprint)
- Goldberg, F. (1989). Music Psychotherapy in Acute Psychiatric Inpatient and Private Practice Settings. *Music Therapy Perspectives*, 6: 40-43.
- Goldberg, F. (1992). Images of Emotion: The Role of Emotions in Guided Imagery and Music. *Journal of the Association of Music and Imagery*, 1 5-18.
- Goldberg, F. (1994). The Bonny Method of Guided Imagery and Music as Individual and Group Treatment in a Short-term Acute Psychiatric Hospital. *Journal of the Association of Music and Imagery* 3: 18-34.
- Goldberg, F. (1995). The Bonny method of guided imagery and music. I Wigram, T., B. Saperston, et al., Eds. *The Art and Science of Music Therapy: A Handbook*. London/Toronto. Harwood Academic Publications.
- Gottesman, I. (1991). *Schizophrenia Genesis. The Origins of Madness*. WW Freeman and Company. N.Y. 1991. I *Psykiatrifondens Årsskrift*, 1997.
- Grawe, K. (1992). Psychoterapieforschung zu begin der neunziger Jahre. *Psychologischer Rundschau*, 43, 132-162. I Hougaard (1996).
- Grof, S. (1985). Birth, Death and Transcendence in Psychotherapy. 187 - 199 in *Beyond the Brain*. State University Press NY.
- Grotowski, J. (1968): *Towards a poor Theatre*. Odin Teatrets Forlag. Holstebro.
- Gulbrandsen, O. I.(1996). I Høstmark Nielsen G & Von der Lippe A.L: *Psykoterapi med Voksne*. 65-87. Hans Reitzels Forlag, Kbh.
- Gunderson et al. (1984). Psychotherapy with Schizophrenics - An outcome study. *Schizophrenia Bulletin*. 10, 4 (Special Issue).
- Hageman, I. F. (1994). *Metatheories and Praxeology of Integrative Music Therapy Applied to Dream Analysis as a Music Therapeutical Technique*. Lecture. Contact the author for information.
- Hanks, K. (1985). *The Therapeutic Use of Music and Imagery*. Bonny Foundation, Salina, USA.
- Hanks, K. (1992). Music, Affect and Imagery: A Cross-Cultural Exploration. *Journal of the Association for Music and Imagery*, 1, 19-32.
- Hannibal, N. (1998): The Client's Potential for Therapeutic Insight Assessed

through the Ability to Reflect Verbally and Musically. *Nordic Journal of Music Therapy* 8 (1) s.36

Hannibal, N. (2000). Overføring i den musikalske interaktion i den musikterapeutiske behandling – teoretiske og kliniske refleksioner, *Årsskrift 2000*. Musikterapiklinikken, Aalborg Psykiatriske Sygehus, Aalborg Universitet.

Hansen, Carsten. (1999). *Humoralpatologiens Betydning for Metaforiske Vredeskoncepter*. Inst. For Historie. Københavns Universitet.

Harder, S. (2000). *Relationsdannelse og Alliancedannelse ved Nydeduterende Skizofrene*. Institut for Klinisk Psykologi, KUA & Hillerød Sygehus, Psyk. afd. R.

Hausgjerd, S. (1988). *Psykoterapi og miljøterapi med Skizofrene*. Munksgårds Forlag. Oslo

Heaney, C.J. (1992). Evaluation of Music Therapy and Other Treatment Modalities by Adult Psychiatric Inpatients. *Jour. of Music Therapy*. XXIX (2). NAMT

Hevner, K. (1937). An experimental study of the affective value of sounds and poetry. *American Journal of Psychology*. **49**, 419-434

Hibben, J. (1999). *Music Therapy from the Clients Perspective*. Barcelona Pub. Gilsum NH. USA

Holligan, S. F. (1994). Guided Imagery and Music in Spiritual Retreat. *Journal of the Association of Music and Imagery* **3**: 59-68.

Honigfeld, (1976): Nurses Observation Scale for Impatient Evaluation (NOSIE-30).

I: Horowitz, M. (1983). *Image formation and Psychotherapy* (revised edition). New York, Jason Aronson.

Horowitz, M., Wilner, N. & Alvarez, W. (1979). Impact of Events scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, **41**, 209-218.

Hougaard, E. (1996). *Psykoterapi og Psykoterapiforskning*. Psykolog Foreningens Forlag.

Huttunen, M.O., Niskanen, P. (1978). Prenatal loss of father and psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*. **35**, 429-31. I Psykiatrifondens årsskrift 1997.

Igra, L. (1989). *Objektrelationer og psykoterapi*. København. Hans Reitzel.

Institut for psykiatrisk grundforskning, (1993): *WHO ICD-10*. Afd. For psykiatrisk demografi. Psykiatrisk Hospital i Århus.

Irgens-Møller, I. (1995). Helping Imagery in Guided Imagery and Music: An analysis of relationships between the music and helping imagery. *Institut for Musik og*

Musikterapi AAU. Aalborg DK, Aalborg University.

Irgens-Møller, I. (1998). Evalueringsrapport: Om et projekt med musikterapi på Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital i Risskov. Århus, Psykiatrisk Hospital.

Jacobsen, E. (1938). *Progressive Relaxation*. Chicago, University of Chicago Press.

Jahnsen & Laursen (1990). *Hjernevindinger*. Munksgård. 49-55.

Johansen, J.D. (1986): *Lille psykoanalytisk leksikon*. Borgen, Kbh.

John, D. (1995). The Therapeutic Relationship in Music Therapy as a tool in the treatment of psychosis. *The arts and Science in Music therapy*, 157-167.

Johns, U. (1993). "Intersubjektivitet som grundlag for udvikling. *Spesial-Pedagogikk* **3** (3): 41- 46.

Johnson et al. (1996). Towards a poor Drama Therapy. *The arts in Psychotherapy*, **23**, 4, 293-306, USA. Elsevier Science Ltd.

Jørgensen, C. (1996). Det Schizoide Univers. *Matrix*, **13**. Dansk Psykologisk Forlag

Jørgensen, C. (1999). Procesmål anvendt i dansk Psykoterapiforskning. *Agrippa* **19**, 1-2. FADLs Forlag, Kbh.

Jung, C. G. (1959). *The Archetypes and the Collective Unconscious*. New York, Pantheon Books.

Justice, R. W. (1994). Music therapy interventions for people with eating disorders in an inpatient setting. Special Issue: Psychiatric music therapy. *Music Therapy Perspectives* **12**(2), 104-110.

Kasayka, R. (1991). *To Meet and Match the Moment of Hope: Transpersonal Elements of the Guided Imagery and Music Experience*. New York University.

Kast, V. (1990). *Frihedens rum*. Gyldendal Kbh.(oversat)

Kast, V. (1994). *Glädje, inspiration, hopp*. Natur och Kultur, Stockholm. (oversat)

Kemp, Peter (1995). *Tid og fortælling. Introduktion til Paul Ricoeur*. Aarhus Universitetsforlag.

Kenny, C. (1995). *Listening, Playing and Creating: Essays on the Power of Sound*. Albany, NY, State University of New York Press.

Keiser, L. H. (1986). *Conscious Listening. An annotated guide to the ICM taped music programs*. Savage, MD, Institute for Music and Imagery.

Kernberg, O.F. (1982): Self, ego, affects and drives. *J of Am Psychoanalytic Association* **30** (893-917).

Kernberg, O.F. (1993): Kernberg's stages of self-developements and corresponding pathology, summerized by Abend. I: Wilber (1986): *Transformations of*

- Consciousness*. Boston, New Science Library.
- Klein, M. (1947). *Psykoanalyse af børn. Notat om skizoide mekanismer*. Forlaget Rhodos Kbh. (Oversat).
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms in Envy and Gratitude and Other Works, 1946-1963. NY, Free Press 1975 (1-24). I Gabbard G.O. (1994): *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. The DSM_IV Edition. American Psychiatric Press. Washington DC.
- Kohut, H. (1957). Observations on the Psychological Functions of Music. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. **5**: 389-407. Oversat af Folker H (1994): Betragtninger over musikkens psykologiske funktioner i *Nordic Journal of Music Therapy vol. 3 (2)* s. 58 -69
- Kohut, H., Levarie, S. (1950). On the enjoyment of Listening to Music. *The Psychoanalytical Quarterly*. **19**, pp. 64-87. Oversat af Folker H. (1994): Om glæden ved at lytte til musik, i *Nordic Journal of Music Therapy vol. 3 (2)* s. 69 – 79.
- Kohut, H. (1971). *The analyses of the self*. International University Press, NY.
- Kolodzieicz L. (1974). The Theatre of Human Expression. *Polityka, Warsaw*, 4, 882.
- Kortegaard, H.M.(1993). Musikkens funktion i den skizofrene Indre Verden. – musikterapi i psykoterapeutisk behandling. *NTMT*, **2**, 1, 18-27.
- Körlin, D.(1996): Uddrag af behandlingsmanual fra afdeling 6 på Järfälle/UpplandsBro psykiatriske sektor i Stockholm. Paper af Körlin præsenteret på 1. Europæiske GIM Konference i Skotland.
- Lakoff, G. & Johnson (1980). *Metaphors we live by*. Chicago: University of Chicago Press
- Latner, J. (1974). *The Gestalt Therapy Book*. NY. Bantam Books. I Goldberg, F. (1992). Images of Emotion: The Role of Emotions in Guided Imagery and Music. *Journal of the Association of Music and Imagery*, **1** 5-18.
- Leuner, H. (1984). *Guided Affective Imagery*. New York, Thieme Stratton Inc
- Lincoln, Y. & Guba, E. (1985). *Naturalistic Inquiry*. SAGE Pub.CA. (excerpts).
- Lorenzer, A. (1970). Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Vorarbejde einer Metatheori der Psychoanalyse. Frankfurt a M.: Surhkamp. I Collin & Køppe (1995).
- Ludwig, A.M. (1966). Altered States of Consciousness. *Arch. gen. Pschiat.* **15**, 225-234.
- Lund, G. (1988). *Skizofreni og musik: En analyse af non-verbal kommunikation*. Ålborg

Universitetsforlag. Afhandling.

Lund, G. (1996). *Musikterapi med psykiatriske patienter. Evaluering af et projekt på Herning Centralsygehus*. Ringkjøbing, Ringkjøbing Amtskommune. Den medicinske forskningsenhed.

Madsen, N.M. (1998). Musikterapeut i en miljøterapeutisk institutionskultur. *NTMT*, **7**, (1), 65-69.

Mahler, M.S., Pine, F. & Bergman, A. (1975; 1984). *Barnets psykiska Fødselse*. Natur och Kultur, Stockholm.(oversat).

Mahns, W. (1997). Symboldannelse i den analytiske musikterapi med børn – et kvalitativt studie i betydningen af musikkalske improvisationer i musikterapi med skolebørn. Aalborg Universitet. Institut for Musikterapi.

Mandler, G. (1984). Consciousness, imagery and emotion. With special reference to autonome imagery. *Journal of Mental Imagery*, **8**, 87-94. | Goldberg, F. (1992). "Images of Emotion: The Role of Emotions in Guided Imagery and Music. *Journal of the Association of Music and Imagery* **1**: 5-18.

Maslow, A. (1968). *Towards a Psychology of Being*. New York: Van Nostrand Reinhold Company. Second Edition.

McKinney, C., Antoni M. et al. (1997). Effects of guided imagery and music (GIM) therapy on mood and cortisol in healthy adults. *Health Psychol* **16**(4): 390-400.

Michell, S.A. (1991). Contemporary perspectives on self: Towards an integration. *Psychoanalytic Dialogues* **1** (121-147): | Gabbard G.O. (1994). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. The DSM_IV Edition. American Psychiatric Press. Washington DC.

Miller-Odell, H. (1991). *Group Improvisation Therapy: The Experience of One man With Schizophrenia*. I Brusica. K. Ed. *Case studies in Music Therapy*. Barcelona Publishers, Phoenixville, PA.

Moe, T. & Hansen M. (1998). Chaos, Crisis, Transformation: I Hibbon J.: *Musictherapy from The Clients Perspective*. Barcelona Pub. USA.

Moe, T. & Roesen, A. (1998). Musikpsykoterapi i gruppe af skizotypiske og skizofrene patienter. SHH, Afd. for Musikterapi. Ikke pub.

Moe, T. (1990). Musikpsykoterapi i Psykiatrien. Musikterapi på SHH 1985-90. Aalborg Universitet, Inst. for Musikterapi.

Moe, T. (1998). Musikterapiforløb med en skizotypisk patient ud fra en modifikation af metoden Guided Imagery and Music (GIM). *Nordic Journal of Music*

Therapy **7**(1): 14-23.

Moe, T., Thostrup, C. (1995). Musikterapi med højresidigt hjerneskadede. *Musik & Terapi* **22** (2).

Moe, T., Roesen, A., Burgaard, L. (1996). Protokol: Forskningsprojekt på SHH, Afd. U og Musikterapi Afsnit. (ikke pub).

Moustakas, C.E. (1970). *Psychotherapy with Children – The Living Relationship*. NY, Ballantine Books: I Ruud, E. *Musikterapi – en oversigt*. Norsk Musikforlag, 1978.

Nerheim, H. (1995). *Vitenskap og Kommunikation*. Universitetsforlaget, Oslo.

Nolan, P. (1983). Insight Therapy: Guided Imagery and Music in a Forensic Psychiatric Setting. *Music Therapy* **3**(1), 43-51.

Nordoff, P., Robbins, C. (1977). *Creative Music Therapy*. The John Day Company. NY.

Ogden, T. (1979). On projective identification. *The International Journal of Psychoanalysis*, **60**, 3

Ogden, T. (1989). *The primitive Edge of Experience*. Northvale, NJ, Jason Aronson. I Overall & Gorman (1962). *Brief Psychiatric Rating Scale*, I: Perilli G.G. (1995): Music Therapy in psychiatric rehabilitation program: From deficit to psychosocial integration. *Music Therapy within multi-disciplinary teams*. s. 59 – 80. Jessica Kingsley Pub. London

Gabbard, G.O. (1994). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. The DSM_IV Edition. American Psychiatric Press. Washington DC.

Pahuus, M. (1995). I *Humanistisk Videnskabsteori*. Ed. Collin & Köppe, DR Forlag Kbh.

Pavlicevic, M. (1995). Interpersonal Processes in Clinical Improvisation: Towards a subjectively objective systematic definition.. *The Arts and Science in Music therapy*. 167-181.

Pavlicevic, M. and Trevarthen, C. (1989). A musical assessment of psychiatric states in adults [published erratum appears in *Psychopathology* 1991; 24(2): 120]. *Psychopathology* **22**(6): 325-34.

Pavlicevic, M., Trevarthen C. et al. (1994). Improvisational music therapy and the rehabilitation of persons suffering from chronic schizophrenia. *J Music Therapy* **31**(2): 86-104.

Pearls, F. Hefferline, R. & Goodman, P. (1951). *Gestalt Therapy*. NY: Dell: I

Goldberg, F. (1992). *Images of Emotion: The Role of Emotions in Guided Imagery*

- and Music. *Journal of the Association of Music and Imagery*, **1** 5-18.
- Pedersen, I.N. & Sheibye, B. (1981). Musik – terapeut – klient. Aalborg.
- Pedersen, I.N. et al (1998). Indføring i musikterapi som selvstændig behandlingsform – musikterapi i psykiatrien. *Årsskrift for Musikterapi*. Musikterapiklinikken, Ålborg Psyk. Sygehus.
- Pedersen, I.N. & Mahns, W. (1996). *Nordic Network in Music Therapy Research 1993-1996 At Gl. Vraa Slot*. Aalborg Universitet (s.40).
- Pedersen, I.N. (1996): Dokumentations og evalueringsrapport Musikterapiklinikken Aalborg Psyk. Sygehus Sygehus.
- Pedersen, I.N.(1997). The Music therapist's listening as a Source of Information. *Nordisk Tidsskrift for Musikterapi* **6** (2). 98 - 112.
- Pedersen et al. (2000). Den Musikterapeutiske Behandling – teoretiske og kliniske refleksioner. *Årsskrift for Musikterapi 2000*. Musikterapiklinikken Aalborg Psykiatriske Sygehus og Den Psykiatriske Forskningsenhed i Nordjyllands Amt.
- Perilli, G.G. (1995). Music Therapy in psychiatric rehabilitation program: From deficit to psychosocial integration. *Music Therapy within multi-disciplinary teams*. Jessica Kingsley Pub. London 59 – 80.
- Perilli, G. G. (1991). Integrated Music Therapy With a Schizophrenic Woman. I *Case Studies in Music Therapy*, Ed. Bruscia K. (1991). Barcelona Pub.
- Pickett, E. (1991). Guided Imagery and Music (GIM) With A Dually Diagnosed Woman Having Multiple Addictions. *Case Studies in Music Therapy*. K. E. Bruscia. Phoenixville, PA, Barcelona: 497-512.
- Plutchik, R. (1984). Emotions and imagery. *Journal of Mental Imagery*, **8**, 195-112 I Goldberg 1995.
- Priestley, M. (1975). *Music Therapy in Action*. St. Louis. MMB Music Inc.
- Priestley, M. (1980). "Analytical music therapy and the musical Response." *Musiktherapeutische Umschau*, **1**: 21-36.
- Priestley, M. (1994). *Essays on Analytical Music Therapy*. Barcelona Pub. Gilsum NH.
- Priestley, M.(1995). Linking Sound and Symbol. *The Arts and Science in Music therapy*. P129-139.
- Quittner, A. and e. al. (1988). The facilitative effects of Music on visual imagery. *Journal of mental Imagery* **7**(1): 105-119.
- Reker, T. (1991). Music therapy evaluated by schizophrenic patients. *Psychiatr Prax* **18**(6): 216-21 Issn: 0303-4259.

- Ricoeur, P. (1984/85). *Time and Narrative. Vol 1+2*. Chicago: University of Chicago Press. | Bonde, L.O. (1999). Metaphor and Narrative in GIM. *AMI Journal*, 6 in press.
- Ricoeur, P. (1977). *The Rule of Metaphor: Multi-disciplinary studies of the creation of meaning in language*. Toronto: University of Toronto Press. | Bonde, L.O. (1999). Metaphor and Narrative in GIM. *AMI Journal* nr. 6 in press.
- Rogers, C.R. (1951). *Client Centered Therapy*. Boston, Mass.: Houghton.
- Ruud, E (1998a): Science as Metacritique. *Journal of Music Therapy*, XXXV (3): 218-224.
- Ruud, E (1997). *Music Therapy: Improvisation, communication and culture*. Barcelona Pub. Gilsum NH.
- Ruud, E. (1977). *Musikterapi – en oversigt*. Universitetsforlaget, Oslo
- Schafer R. (1968). *Aspects of Internationalisation*. International Universities Press, NY.
- Schafer, R. (1989). *The Narrative of the Self, in Psychoanalysis: Towards the Second Century*. Ed. Cooper A., Kernberg O.F., Person E.S. New Haven, CT, Yale University Press. (168-178). | Gabbard G.O. (1994): *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. The DSM IV Edition. American Psychiatric Press. Washington DC.
- Schultz, J. and W. Luthe (1959). *Autogenic Training: A Physiologic Approach to Psychotherapy*. New York, Grune Stratton.
- Schwabe, C. (1974). Music therapy--therapeutic music pedagogy--teaching of music: An attempt at definition. *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie* **26**(12): 705-713.
- Schwabe, C. (1985). Rezeptive Musiktherapie. *Musikpsychologie*. H. B. e. al. München, urban & Schwarzenberg.
- Short, A. (1993). GIM during Pregnancy; Anticipation and resolution. *Journal of the Association of Music and Imagery* **2**: 73-76.
- Siegelman, E.Y. (1990). *Metaphor & Meaning in Psychotherapy* Guildford Press, NY.
- Skaggs, R. (1984). The Experience of Incest: Childhood Victims in Later Life. Unpublished manuscript. Bonny Foundation, Salina KS.
- Skaggs, R. (1995). Music and Imagery in Recovery Treatment. *Recovery Resource Guide* 1995(May/June).
- Slotoroff, C. (1994). Drumming technique for assertiveness and anger management in the short-term psychiatric setting for adult and adolescent survivors of trauma. Special Issue: Psychiatric music therapy. *Music Therapy Perspectives* **12**(2): 111-

116.

Smeijsters, H. (1997). *Multiple Perspectives. A guide to Qualitative research in Music Therapy*. Gilsum, NH, Barcelona.

Smeijsters, H. (1996). Qualitative Research in Music Therapy: New contents, new concepts, or both ? I: Langerberg, M., Aigen, K., Frommer (ed): *Qualitative Music Therapy Research: Beginnig Dialogues*. Barcelona Pub. Gilsum NH.

Stanton, A.H. et al.(1984). Effects of psychotherapy in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, **10**, 520-598.

Stern, D. (1985). *The Interpersonal World of the Infant: A view from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. NY, Basic Books.

Stokes, S. (1985). Guide Imagery and Music as a Synergistic Approach. *Bonny Foundation*. Salina KS.USA

Strauss & Corbin (1990). *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. Newbury Park, CA: Sage.

Summer, L (1994). Considering Classical Music for use in Psychiatric Music Therapy. *Music Therapy Perspectives*, **12**. (Special Edition)

Summer, L. (1981). Guided Imagery and Music with the Elderly. *Music Therapy* **1**: 39-42.

Summer, L. (1988). *Guided Imagery and Music in the Institutional setting*. St. Louis, MMB Music.

Summer, L. (1992). Music: The aesthetic elixir. *Journal of the Association for Music and Imagery* **1**: 43-54.

Summer, L. (1995). Melding Musical and Psychological Processes: The Therapeutic Musical Space. *Journal of the Association for Music and Imagery* **4**: 37-48.

Sutherland, J. D. (1983). The self and object relations: a challenge to psychoanalysis. *Bull Menninger Clin* **47** (525-541). I Gabbard G.O.(1994).

Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. The DSM_IV Edition. American Psychiatric Press. Washington DC.

Sutherland, J. D. (1980). The Brittish object-relations theorists: Balint, Winnicott, Fairbairn, Guntrip. *Journal of American Psychoanalytic Association* **28**, 4 s. 829-60.

Tang, W. H., X. W. Yao, et al. (1994). Rehabilitative effect of music therapy for residual schizophrenia - a one-month randomised controlled trial in shanghai. *Br J Psychiatry* **165** (Suppl. 24): 38-44.

Tart, C., Ed. (1972). *Altered States of Consciousness*. New York, Doubleday.

- Tasney, K. (1992). Beginning the Healing of Incest through Guided Imagery and Music. *Journal of the Association of Music and Imagery* **2**: 35-47.
- Tesch, R. (1990). *Qualitative Research: Analysis Types and Software Tools*. London.
- Thaut, M. (1989). The Influence of Music Therapy Interventions on Self-Rated Changes In relaxation, Affect and Thought in Psychiatric prisoner-Patients. *Jour. of Music Therapy XXVI*, 3, 155-166. NAMT.
- Theilgaard, A.(1994). Metaforer i terapiens tjeneste. *Psyke og Logos* **16**: 164 – 173.
- Thostrup C. Moe, T., (1998). Brug af Musik i undervisning af hjerneskadede med hukommelses og koncentrationsproblemer. *Tidsskrift for Universitetsuddannede Audiologipædagoger*. 3; 1998.
- Tienari P et al. (1994). The Finnish adoptive family study of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* suppl.23: 20-26
- Valbak C. (1987): Spørgeskema til patienternes bedømmelse af psykoterapi. Århus Psyk. Sygehus, Risskov. Psykoterapeutisk Afd.
- Van den Hurk, J. & H. Smeijsters (1992). Research in Creative Music Therapy - an illustration of research in practice with the Case of a Male Neurotic Client. UK, British Society for Music Therapy
- Ventre, M. (1994). Healing the Wounds of Childhood Abuse: A Guided Imagery and Music Case Study. *Music Therapy Perspectives* **12**(2): 98-103..
- Vitger, J. (1999). Kurative faktorer ved psykoanalytisk terapi. *Matrix* **3**, 16.årg.
- Wärja, M. (1994). Sounds of Music through the Spiralling Path of Individuation: A Jungian Approach to Music Psychotherapy. *Music Therapy Perspectives* **12**(2): 75-83.
- Wärja, M. (1996). The House of the Seven Muses - A Research Project. Music therapists in Collaboration with other Creative Arts Therapists. *Music Therapy International Report* **10**:
- Wilber, K., J. Engler, et al. (1986). *Transformations of Consciousness*. Boston, New Science Library, Shambhala.
- Wilber, K. (1998). *Gud, livet, universet og alt muligt andet*. (Oversat) Borgens Forlag. Kbh.
- Winnicott, D.W. (1951/1971). *Transitional Objects and Transitional Phenomena, in Playing and Reality*. London: Penguin.
- Wrangsjö, B. (1994). När självten möts uppstår musik - Daniel Sterns självteori.

Nordic Journal of Music Therapy vol 3 (2) s. 79 – 84.

Wrangsjö, B. Körlin D. (1995). Guided Imagery and Music (GIM) as Psychotherapeutic Method in psychiatry. *Journal of the Association for Music and Imagery* 4, 79-92.

Yalom, I.D. (1975/1985). *The Theory and Practice of Group Therapy*. NY basic Books 1993

Musikreferencer:

Musikreferencer:

Anvendte Musikstykker i alfabetisk rækkefølge:

- a. Komponist, stykkets Titel og sammenhæng
- b. Væsenligste kunstnere
- c. Udgivelse og varighed (* = når varighed ikke er opgivet på udgivelsen)
- d. Placering i GIM programmer.

(Stykker som forekommer i GIM programmerne er opført i parentes, med angivelse af programmets navn, og hvornår i programmet de forekommer).

Anjali, Melodies of Ancient India

Side A: # 1, # 2, # 3, # 6.,

Side B # 1

Improvisation for piano, violin & Woodwinds

Sri Rama Publications (1994), USA *

Bach, J.S.: Koncert for 2 violiner, 2.sats, largo

Oistrakh & Oistrakh / Moscow Chamber Orch.

Monitor Classics , CDM- 72009, [2] 7:30

(Mostly Bach, 6/6)

Bach, J.S.: Juleoratorium, 2.del, nr. 10 (Hirtenmusik)

Stokowski and his Orchestra

EMI CDM-7 69072 2, [9] 9:30

(Caring 4/6, ⁸⁹Core program)

Bach, J.S., Komm, süsßer Tod
 Stokowski and his Orchestra
 EMI CDM -/ 69722, [4], 5:53
 (Mostly Bach 2/6, Core program)

Bach, J.S., Partita i h mol, Sarabande,
 CD som ovenstående [7] 4:33
 (Mostly Bach 3/6, Core program)

Barry, J.: Out of Africa
 The Classic John Barry, # 2
 Rainer / Prague Philharmonic
 Silva Screen CD: SD 1055, *

Beethoven, klaverkoncert Nr.5, 2.sats, Adagio
 Beethoven (#17 of Basic 100 Series)
 Ax, Previn, Royal Philharmonic
 RCA 009026-6174-2, 7:23
 (Peak Experience, 1/5, core program)

Beethoven, Klaversonate nr. 13 i c mol, (Pathetique) 2. sats, Adagio cantabile.
 Ludwig Hoffmann
 Europa Klassik - MIS GMBH 114 022.1, *

Beethoven 7. Symf. i A dur Opus 92, 2. Sats
 Karajan / Berliner Philharmonikerne
 DG 429036-2 , *

⁸⁹ Vedr. "Core programs" henvises til: *Music Resources for GIM Facilitators*. Bonny & Keiser (1994) Arcedigm Pub. P.O. Box 1109, Olney, Maryland. USA.. Vedr. Modifikationer og revisioner, se: Bruscia 1997: *Music for The Imagination*.

Beethoven: Klaversonate Opus 27 nr. 2 i cis mol, (Måneskinssonaten), 1.sats, Adagio sostenuto.

Ludwig Hoffmann

Europa Klassik - MIS GMBH 114 022.1, 7:43

Beethoven: 3. Klaverkoncert i c mol, 2. sats, Largo⁹⁰

Kempff / Leitner / Berlin Phil.

DDG STL 419467-z, 9:56

Beethoven: 9. Symfoni i d mol, 2. sats, Adagio molto

Solti & Chicago Symphony

London 417-800-2 [3] uddrag ca. 6:00 af [19:59]

(Transitions 3/ 4, core program)

Beethoven: Violinkoncert, 2. sats, Larghetto

Mutter / Von Karajan

Berlin Phil.

DDG 2531 250, 10:15

(Inner Odyssey 2/3, ⁹¹Bonny, nyt program)

Boccherini:Cellokoncert i B dur, 2 sats, Adagio.

Du Pre, Barenboim

English Chamber Orchestra

Angel CDC-47840, 6:57

(Recollections 3/6, ⁹²Bonny, Revised Program)

Brams: Violinkoncert, 2.sats, Adagio

⁹⁰ Findes også på Barcelona Pub./NAXOS: Active CD [9], med Capella Istropolitana/Wordsworth/Vladar

⁹¹ Nyt program af Helen Bonny. Ses også i anden udgave i GIM program: Barcelona Pub./NAXOS, Imaginative CD [8]

⁹² Se fodnote: "core programs"

Ferras/Von Karajan

Berlin Phil.

DG Musikfest 429 513 [2], 9:44

(Mostly Bach 5/6, core program)

Chopin: 1. klaverkoncert, 2. sats, Romance

Budapest Symphony/ Nemeth/ Szekely

Plaintive CD, Naxos 8.551126, 9:19

(Relationships 1/ 4, ⁹³M- Bruscia)

Debussy: Danses sacrés et profanes

Boulez, New Philharmonia Orchestra

CBS Odyssey MB 2K 45620 [8] Disc 2, 10:07

(Quiet Music, 1/5, core program)

Debussy: Strygekvartet op.10 Andantino.

Debussy, Ravel string Quartet,

Deutsche Grammophon 427 320-2, [3], 7:38

(Caring, 3/5, core program)

Debussy: Suite Bergamasque; Clair de Lune

Schiller A.

ASV Ltd. Records, DKP 6204 20 0 14, 4:49

Doky & Doky: Childrens song

Doky Brothers, # 4

EMI 8369092 LC 542, 6:00

Dvorak, Serenade i E dur, Larghetto

Wolff / St. Paul Chamber Orchestra

Teldec CD 2292-46315-46315, [4] 6:o6

(Caring 5/6, core program)

⁹³ M = modificeret udgave af Ken Bruscia

Elgar, Enigma Variationer nr. 8 + 9,
 Davis / BBC Symphony Orchestra
 Teldec, D 174168 [14] [15] 1:54, 4:15
 (Positive Aff. 1/5)

Fauré: Requiem, In Paradisum,
 Dutoit / Montreal Symphony and Chorus
 London 421 440-2 [7] 3:14
 (Peak Experience 4/5, revised core program)

Gluck: De Salige ånders dans (fra Orpheus og Eurydike)
 Bálint (fløjte) / Mercz (harpe)
 Naxos nr. 8.550741, [8] 7:27

Gorecki, H.: Symfoni Nr. 3, Lento e largo
 Upshaw / Zinman / London Sinfonietta
 Elektra 7559-79282-2, 10:13
 (Mournful 2/6)

Haydn, Cellokoncert i C dur, 2. sats, Adagio
 Jacqueline du Pre / Barenboim & English Chamber Orchestra
 CAPITOL, Angel 36439, 9:45
 (Comforting/Anaclitic 1/7, original bånd version)

Holst: Planeterne – Venus
 Czecho-Slovak RSO/Leaper
 Creative CD, nr. 3
 Naxos/ Barcelona Pub. Naxos 8.550193, 8:07
 (Searching 3/5, findes også på core program: Quiet Music 4/5, i anden indspilning)

Goudnod, St. Cecilia Messe: Offertoire; Sanctus
 Hartmann / Hoppe / Orchestra de la Societe des Concerts, Paris
 Capitol Angel 36214, 7:53
 (Positive Affect, 4/5, org. bånd version af Helen Bonny, findes også på core program 4/5)

i anden indspilning)

Grieg E.: Morgenstemning

Peer Gynt Suite nr. 1, #1

Lizzio / Philharmonia Slavonia

Vienna Marate Series, PILZ, DDD 160 153, 3:42

Grieg, E.: Åses død - Andante doloroso

Peer Gynt Suite nr.2, #2

Som ovenstående, 4:37

Greig E.: Solvejs sang

Per Gynt Suite nr.2, #4

Som ovenstående, 2:32

Johansen, Frank: Summer Visions

"Summer visions" #1

Fønix Musikforlag Kbh., 6:00

Jarret, Keith: Vienna Concert

Improvisations for solopiano.

ECM Records 78118-21481- 2/4

Udsnit, 1.del ca. 6:30

Mahler: 5. Symfoni, 4. Sats. Adagietto

Karajan / Berliner Philharmoniker

Deutsche Grammofon 445 282-2

(første del ca. 6:00)

Massenet: Meditation fra operaen "Thaïs"

Arr. for fløjte og Harpe

János Bálint, (Fløjte) / Nóra Mercz (Harpe)

Naxos 8.550741 #2, 4:30

Marcello: Obokonzert i c mol, Adagio

First Chair Encores,

COLUMBIA MG 30072 4:32

(Grieving 1/5, org. bånd version)

Menzer: Wake up little child

Trier/Menzer: Skywalks #5

Fønix Musikforlag Kbh., FMF 1012, 5:40

Menzer: Morning Glory

Trier/Menzer, Skywalks #4

Fønix Musikforlag Kbh., FMF 1012, 9:44

Mozart: Klarinetkonzert i A dur, 2. sats, Adagio

Ottensamer / Wildner / Vienna Mozart Academy

Naxos 8.550345, 7:17

Mozart: Klaverkonzert nr. 21 i C dur. 2. sats, Andante

Jenó Jandó / Ligeti / Concentus Hungaricus

Naxos 8.550202, 6:43

Nielsen C: Tågen letter, fra Musik for "Moderen"

Gilbert-Jespersen / Valborg Poulsen

DACOCD 356 #10

HMV DB 52003, 3:07

Nielsen C.: 5. Symfoni, 1.sats - kun: Adagio non troppo (udsnit)

Leaper / National SO of Ireland

Imaginative CD, Barcelona Pub. / Naxos # 7. 9:46

(Inner Odyssey 2/4)

Pachelbel: Canon i D

Paillard Chamber Orchestra

Erato ECD 55018, 7:07
(Explorations, 8/8, core program)

Pokela, Martti: Sonate for Kantele
"Martti Pokela" #1
Arc. EUCD
Finlandia 4509-98357-2, 5:30

Pushkar: The Shore
Pushkar: Inner Harvest #1
Forlaget Fønix Musik, Kbh., 7:57

Pushkar: Manamalei
Pushkar: Inner Harvest #1 side b
Forlaget Fønix Musik, Kbh., 3:53

Ravel: Introduktion og Allegro
Challan / Cluytens / Conservatoire Orchestra
Capitol, Angel 36290, 11:00
(Imagery 1/5, org. bånd program)

Respighi: "Fuglene" – "Duen".
Kertesz / London Symphony Orchestra,
London 425 507-2, 4:34
(Imagery, 4/5, org. bånd program)

Schumann: Kinderszenen: Träumerei
Gal H.
ELAP Music, DK
NCB 08-055893 20

Sibelius: Tuonelas Svane
Schermerhorn/ Czecho-Slovak RSO

Supportive CD, Barcelona Pub. / Naxos 8.550103, 8:50
(Mournful 1/6)

Sibelius: Symfoni nr. 2, 1. sats, Allegretto
Askenazy / Philharmonia Orch.
London 430-737-2, [1] 10:37
(Creativity 1/5, core program, findes også i anden version på Barcelona Pub. Creative CD)

Smetana B.: Moldau, af "Mit fædreland"
Karajan, Berliner Phil.
Deutsche Grammophon 439 009-2, 7:30

Strauss: Tod und Verklärung (uddrag)
Klemperer / Philharmonia
CAPITOL, Angel 35976, 4:00
(Positive Aff. 5/5, findes også i anden version på Barcelona Pub. Positive CD)

Strauss, R.: Ein Heldenleben (uddrag)
Barenboim / Chicago Symphony Orch.
Erato 2292-45621-2 [7] 8:00
(Transitions 1 /4, core program)

Thingstad, Rumbal, Lanz: Willow
Woodlands, #1
Nevada Productions Inc.
ND 61016, LC 6362, 4:24

Vivaldi: De fire årstider: Foråret, 1.sats, Allegro
Lizzio / Musici di San Marco
Pilz, DDD CD 160 109 P1, 3:30

Warlock: Capriol Suite, Pieds-en-l'air
Marriner / St. Martin-in-the-Fields Orchestra
London 417 788-2, [13], 2:25

(Caring 6/6, core program, findes også i anden version på Barcelona Pub. Supportive CD)

Kapitel 13: Bilag

Bilag nr. 1: Kate Hevners "Mood Wheel"

ARRANGEMENT OF ADJECTIVES FOR RECORDING
THE MOOD EFFECT OF MUSIC*

| | | | | |
|-----------|---------------|------------|-------------|------------|
| | | 6 | | |
| | | merry | | |
| | 7 | joyous | | |
| | exhilarated | gay | 5 | |
| | soaring | happy | humorous | |
| | triumphant | cheerful | playful | |
| | dramatic | bright | whimsical | |
| | passionate | | fanciful | 4 |
| | sensational | | quaint | lyrical |
| | agitated | | sprightly | leisurely |
| 8 | exciting | | delicate | satisfying |
| vigorous | impetuous | | light | serene |
| robust | restless | | graceful | tranquil |
| emphatic | | | | quiet |
| martial | | | | soothing |
| ponderous | | | 3 | |
| majestic | | | dreamy | |
| exalting | | | yielding | |
| | 1 | 2 | tender | |
| | spiritual | pathetic | sentimental | |
| | lofty | doleful | longing | |
| | awe-inspiring | sad | yearning | |
| | dignified | mournful | pleading | |
| | sacred | tragic | plaintive | |
| | solemn | melancholy | | |
| | sober | frustrated | | |
| | serious | depressing | | |
| | | gloomy | | |
| | | heavy | | |
| | | dark | | |

*Kate Hevner, "An Experimental Study of the Affective Value of Sounds and Poetry." *American Journal of Psychology*, 1937, 49, 419-434.

Bilag nr. 2: Field Note format:

Dato:

Sessions nr.

Patient nr.

Musik:

Guidning:

Oplevelser før lytning:

Oplevelser under lytning:

Oplevelser efter lytning:

Kommentar fra terapeuterne:

Bilag nr.3: Om Fænomenologi

Fænomenologi kommer af græsk og betyder læren om det som viser sig – fremtræder for ens bevidsthed. Fænomenologi er et forskningsparadigme snarere end en bestemt metode. Fænomenologiske studier går først og fremmest ud på at beskrive et givent fænomen ud fra alle dets fremtrædelsesformer. Fænomenet beskrives, som det er levet, og forskeren behøver ikke at kategorisere fænomenet som sandt eller falsk. Så længe nogen oplever et givent fænomen, kan dette gøres til genstand for analyse. Hegel var den første som i bogen *Phænomenologie des Geistes* i 1807 beskrev fænomenologi som en beskrivelse af, hvordan “ånden kommer til syne i bevidstheden”. Fremtrædende skribenter i vort århundrede er Husserl, Heidegger, Sartre og Merleau-Ponty.

Husserl bygger sin teori på, at alle erfaringer af genstande bygger på en selverfaring af det transcendentale jeg, og at al bevidsthed er kendetegnet ved intentionalitet. Dette synspunkt har idealistiske undertoner, som kritiseres af Merleau-Ponty. Han har udformet en perceptionsfænomenologi som betoner kropsligheden, sproget og historien, hvilken i sin konsekvens indebærer et opgør med det idealistiske standpunkt. Dette støttedes af Ricoeur (f.1913), som i løbet af sit forfatterskab forsøgte at knytte fænomenologi til hermeneutik. Sartre trækker tråde til Hegels oprindelige tanker og lægger hovedvægten på bevidsthedens intentionalitet. Heidegger mente ikke, at Husserl var radikal nok i sin søgen efter fundamentet i alle vore erfaringer, og indførte bl.a. forestillingens betydning for det sete.

Fænomenologi indenfor musikterapeutisk forskning er beskrevet af Forinash (1995), hvor hun bl.a. redegør for begrebet protokolanalyse, som indeholder forskerens deskriptive data. Disse protokoldata behandles typisk ud fra en procedure rækkefølge som følger: (Colaizzi, 1978, pp.57 – 62, i Forinash artikel):

1. Read all descriptions to acquire a feel for them and begin making sense of them.
2. Extract *significant statements* from the protocols. These are phrases or sentences pertaining directly to the phenomenon under investigation
3. Try to understand what the subjects mean in their significant statements, and spell these meanings out in what is known as *formulated meanings*. This refers to the researcher taking the significant statements, which are specific to the individual protocols, and revealing the general meaning of the statements.
4. Repeat the first three steps for each protocol. Clusters occur as the formulated meanings

that emerge begin to overlap and direct the researcher to themes. The formulated meanings from all are then organized into *clusters of themes*, which are then validated by a return to the original protocol. Themes that do not fit with the others must be retained along with those that do fit.

5. The results obtained to this point are integrated into an *exhaustive description* of the topic being studied.

6. An attempt is made to "formulate the exhaustive description of the investigated phenomenon in as unequivocal a statement of identification of its fundamental structure as possible" (p.61).

7. This description is then given to the research participants and validated by them, with the results of this validation integrated into the final product of the research.

(Colaizzi, 1978, pp.57 – 62, i Forinash 1994).

Fænomenologi er anvendt af mange forskellige musikterapeuter bl.a. Amir, (1992) Comeau (1991) og Forinash,(1990, 1992.)

Begrænsningen i den fænomenologiske metode ligger i den udtalte idiosynkratiske orientering. Der tænkes ikke i generaliseringer eller generaliseringstendenser, og forskningsresultaterne kan risikere at blive for sofistikerede eller isolerede, i den forstand, at den essens, man søger at finde frem til og beskrive, kun gælder for de bestemte, ofte mindre, grupper forskningen hidrører.

Bilag nr. 4

Mange steder i litteraturen påpeges der forvirring mellem anvendelsen af "ego" i forhold til "selv". De fleste tilhængere af egopsykologien tenderer til at opfatte selvet som en repræsentativ størrelse snarere end en selvstændig kilde af autonom aktivitet. Sutherland skriver dog at "*A basic feature of the self is its active initiating role with the environment – striving towards relatedness and unity.*" (Sutherland 1983; i Gabbard 1994 s.43.) Sutherland som er objektrelationsteoretiker mener altså, at selvet også er en kilde til autonom aktivitet. Kernberg (1982) tilføjer:

There is room for both the self-as-representation and the self-as-agency. In fact, the self may be viewed as embedded in the ego and may be defined as the end product of the integration of the many self-representations (Kernberg 1982). This integrated end product, however, should not be regarded as a continuous, unvarying entity (Bollas 1987; Mitchell 1991; Ogden 1989; Schafer 1989). Although we often wish to maintain an illusion of a continuous self, the reality is that we all are composed of multiple discontinuous selves that are constantly being shaped and defined by real and fantasized relationships with others. Schafer (1989) has understood this phenomenon as a set of narrative selves or story lines that we develop to provide an emotionally coherent account of our lives. Mitchell (1991) has observed that a paradox of psychoanalytic work is that as patients learn to tolerate these multiple facets of themselves, they begin to experience themselves as more durable and more coherent.

Som jeg forstår begreberne, er egoet et mere snævert begreb end selvet. Egoet er en selvstændig kilde af autonom aktivitet, mens selvet, som Kernberg foreslår, er mere rummeligt og til stadighed undergår forandringer. I vores samspil med omverdenen lejres erfaringer med andre, hvoraf visse erfaringer og perceptioner indlemmes, og efterhånden betragtes som dele af selvet.

Bilag nr. 5: Retningslinier for forsamtale interview

Retningslinier for forsamtale interview

- Baggrund for henvisning.
- Orientering om terapien.
- Psykiatrisk diagnose.
- Psykiatrisk historie: herunder tidl. erfaring med terapi
- Personlig udviklingshistorie: herunder familiebaggrund og tidlige personlighed
- Psykoseperioder: herunder især initial og væsentligste indhold.
- Fysisk baggrund: Væsentlige sygdomme, traumer, uheld mm.
- Indtryk af pt.: Fremtræden, adfærd, talemåde, indsigt, psykologisk "mindedhed", egnethed for psykoterapi støttemuligheder f.eks. pårørende, afdelingen, venner. - Vurdering af disses evne til at hjælpe.
- Psykodynamisk problemformulering: Centrale livsproblemer og patogene konflikter.
- Evt. tilknytning til religion.
- Tilknytning til musik og andre kreative udtryksformer.
- Formulerede mål for terapien.
- Aftale om forløbets varighed

Bilag nr. 6 - Patientinformationsskema

Patientinformation vedr. Musikterapiundersøgelse på Musikterapeutisk Afdeling og afd. U, SHH.

Idet du skal deltage i musikterapigruppen på afd. U, vil vi spørge dig om du vil deltage i vores forskningsprojekt omkring gruppen.

Vi håber det har din interesse, men vil gerne understrege at deltagelse er frivillig, og at du når som helst under projektet kan vælge at træde ud.

Giv dig god tid til at læse om projektet, inden du beslutter dig.

Undersøgelsen er en vurdering af terapien, og projektets mål er at påvise om dit funktionsniveau højnes generelt.

Du skal deltage i min. 6mdr. med et ugentligt møde på 1,5 time, hvor du via oplevelser ved lytning til klassisk musik og samtale kan få din situation belyst.

Der vil være interview ved start, afslutning og 1 år efter, dels med en læge mhp. dit funktionsniveau ud fra en global undersøgelsesskala (GAF på eng.: Global Assessment Function Scale), og dels med en psykolog der foretager en psykologisk test.

Ved forløbets afslutning vil ovennævnte læge også spørge dig om dit indtryk af forløbet, og der foretages referat fra hver behandlingstime.

Projektet er bedømt af det videnskabetiske komitéssystem for København og Frederiksberg kommuner under sag nr.: 01-374/94

Hvis du har yderligere spørgsmål vedrørende projektet, er du meget velkommen til at spørge os herom.

Såfremt du ønsker at deltage, beder vi dig bekræfte at du har modtaget ovenstående information, og at du indvilger i at deltage.

Bekræftelse:

"Jeg bekræfter hermed, at jeg efter at have modtaget ovenstående information indvilger i at deltage i det beskrevne projekt.

"Jeg er informeret om, at det er frivilligt at deltage, og at jeg når som helst kan trække mit tilsagn om deltagelse tilbage, uden at dette vil påvirke min nuværende eller fremtidige behandling".

Bilag nr. 7: - GAF Manual

Manualen er oversat fra "Table from DSM-III-R" (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ed 3, revised. Copyright American Psychiatric Association, Washington, DC, 1987; i bogen *Comprehensive textbook of Psychiatry V*, side 466-467). *The manual permits the clinician to indicate his or her overall judgment of a person's psychological, social and occupational functioning on a scale, the Global Assessment of Functioning Scale (GAF Scale) that assesses mental health-illness.*

81 - 90

Ingen eller meget lette symptomer (fx let eksamensangst), godt funktionsniveau på alle områder, interesseret og igang med et stort spektrum af aktiviteter, socialt velfungerende, generelt tilfreds med tilværelsen, kun hverdagsproblemer og bekymringer (f.eks. et lejlighedsvist skænderi med en i familien).

71 - 80

Symptomer er forbigående og forventelige reaktioner på psykosocial belastning (f.eks. koncentrationsvanskeligheder lige efter et skænderi), kun let forringelse i socialt og arbejdsmæssigt funktionsniveau (f.eks. rent midlertidig reduceret indsats).

61 - 70

Nogle lette symptomer (fx let nedsat stemningsleje eller let søvnbesvær) eller nogle vanskeligheder med socialt - og arbejdsmæssigt funktionsniveau (fx lejlighedsvis rapseri i hjemmet), men funktionsevnen generelt ganske god og med væsentlige relationer til andre.

51 - 60

Moderate symptomer (fx nedsat kontakt, intellektualisering, lejlighedsvis angstanfald) eller moderate vanskeligheder med social - og arbejdsmæssig funktion (meget få venner, problemer med dem der skal samarbejdes med).

41 - 50

Avorlige symptomer (fx selvmordstanker, svære tvangshandlinger, hyppige butikstyverier) eller enhver svær forringelse af social og arbejdsmæssig funktion (f.eks. ingen venner, ude af stand til at bevare et job).

31 - 40

Nogen forringelse i virkelighedsopfattelse eller kommunikationsevne (talen er tidvis ulogisk, vanskelig at forstå eller ikke relevant) eller betydelig forringelse på forskellige områder såsom arbejde, skole, familie, dømmekraft, tænkning eller stemningsleje (fx en deprimeret mand undgår kontakt med venner, forsømmer familien og kan ikke passe sit arbejde).

Adfærden påvirkes i væsentlig grad af vrangforestillinger eller hallucinationer, eller der foreligger svær

forningelse i kommunikationsevne eller dømmekraft (undertiden usammenhængende tale, svært uhensigtsmæssig adfærd, konstante selvmordstanker) eller manglende evne til at fungere inden for de fleste områder (ligger i sengen hele dagen, har ikke job, bolig eller venner).

21 -30

Der foreligger fare for vold eller selvdestruktiv adfærd (fx pseudosuicidal forsøg, vred, manisk opstemthed) eller personen er lejlighedsvis ikke i stand til at opretholde minimal, personlig hygiejne (fx smører afføring ud), eller der er svær reduktion i kommunikationsevne (tankegangen stort set usammenhængende eller mutisme).

11 -20

Der foreligger vedblivende fare for alvorlig destruktiv eller selvdestruktiv adfærd (fx gentagne voldshandlinger), eller der er en permanent ophævet evne til at opretholde minimal personlig hygiejne, eller der foreligger alvorlige selvmordsforsøg.

0 - 10

Tilstanden kan ikke bedømmes.

Bilag nr.8: Patientdata

Data for deltagerne i projektet:

| Pt.nr. | alder | 1.indlæg. | køn | diagnose | periode | antal sessioner / | fravær |
|--------|-------|--------------|-----|---------------------------|---------------------------|-------------------|--------|
| (1) | 27 år | marts 1991 | M | Skizotypisk (F 21.) | 22/3 1995 - 1/11 1995 | 26 | 1 |
| (2) | 26 år | Oktober 1995 | F | Skizotypisk (F 21.) | 6/12 1995 - 3/7 1996 | 28 | 0 |
| (3) | 27 år | Marts 1995 | M | Skizofreni (F 20.3) | 6/12 1995 - 3/7 1996 | 28 | 0 |
| (4) | 28 år | Oktober1994 | M | Skizotypisk (F 21.) | 31/1 1996 - 16/10 1996 | 31 | 0 |
| (5) | 34 år | Juli 1990 | M | Skizoaffektiv (F 25.1) | 7/8 1996 - 6/3 1997 | 25 | 1 |
| (6) | 40 år | nov. 1990 | M | Skizofreni (F 20.0) | 11/9 1996 - 16/4 1997 | 27 | 0 |
| (7) | 27 år | Juni 1995 | M | Skizotypisk (F 21.) | 9/10 1996 - 25/6 1997 | 34 | 0 |
| (8) | 31 år | Marts 1993 | M | Skizotypisk (F 21) | 8/1 1997 - 25/6 1997 | 23 | 0 |
| (9) | 23 år | Oktober 1996 | F | Skizofreni (F 20.9) | 8/1 - 1997 - 25/6 1997 | 23 | 2 |

Bilag nr. 10: Patient Case - Pt. Nr. 1

Pt nr. 1, Pt. "0" 22/3 1995 - 6/12 1995 i alt 26 sessioner (2 afbud)

Formulerede mål for terapien: Føler sig meget anspændt, og mener, at han er fanget af et eller andet i sin egen verden, som han ikke kan komme ud af. Mener at nøglen til forandring ligger i ham selv, men at han ikke kan finde den. Nævner også, at hans umiddelbare ønske og formål med terapien er at kunne komme til at nyde musik, og at kunne slappe så meget af, at dette kan lade sig gøre.

* For nærmere oplysning vedr. musikken i casene: Se Musikreferencer.

* Musik /Guidning

Udsagn

| * Musik /Guidning | Udsagn |
|--|---|
| 1. Beethoven: Klaver Koncert Nr.5, Adagio 2.sats <i>Muslingeskal, gå ud i have</i> | Ser sin skygge i muslingeskal. Synes der er koldt. Ser skyggen gå ned i haven i barndomshjem. Den danser i takt til klaveret. Der er mange blomster, især røde tulipaner, nogle i en overskåret olietønde. På et tidspunkt bliver det for meget. Skyggen søger tilbage til muslingeskallen og beklæder denne med halm, der er nu varmt og rart. Ligger til sidst med skyggen i muslingeskallen. |
| 2. Debussy: Dance Sacred and Profane <i>Kontakt med billeder eller følelser der repræsenterer dig.</i> | Går tur til havet Svæver, bliver til engel, der skifter jeg-identitet. Englen strøer tryllehelbredende støv Jeg får det dårligt, det er kun en fantasiverden et frirum. |
| 3. Pachelbel: Canon i D <i>Historie som et eventyr. Der var engang....</i> | Ser sig selv i mørk gang med kulsort dør for enden. Drøm han haft mange gange siden, han er blevet syg. Forestiller, at han danser til musikken og bliver så let, at han svæver, og dette får den effekt, at døren åbnede sig på klem, og at der kom lidt lys ind. Ked af, at det var slut med musikken. |
| 4. Strauss, R.: Ein Heldenleben, (uddrag) <i>Den/det eller noget du forbinder med håb</i> | Et skelet i venstre side af billedet. Skelettet står på en pude eller pøl af noget rødt, og der er en kniv rettet imod det. |
| 5. Mozart: Klaver Koncert Nr. 21 i C, Andante <i>Sti - med rosenbusk for enden</i> | Er på en barndoms sti, det er dejligt. Ser en vissen rosenbusk grim. Der hænger nøgler og små mænd på den. Tænker at det er nøgler til "livets port". Ser tit på sig selv i drømme. Føler sig fastlåst - kan ikke komme videre. |

| | |
|---|--|
| <p>Elgar, Enigma Variations no. 8 + 9, (Positive Aff. 1/5) <i>Sti i naturen</i></p> | <p>Barndomssti, lykkefølelse, danser på stien. Tænker på fremtiden. Tunge tanker, giver ham uro igen.</p> |
| <p>Respighi: "Fuglene": Duen <i>Frit tema, hvad du kommer i kontakt med</i></p> | <p>Tænker på, at han må tage vare på sit eget liv. Tendens til at overlade sine beslutninger til andre. Oplever sig sammen med moderen. Er ambivalent overfor hende. Overgiver sig og græder ud i hendes skød. Går med hende i hånden. Svært at skille sig fra hende.</p> |
| <p>8. W.A. Mozart: Klarinet Koncert i A, Adagio <i>Landevej - møder dyr/menneske - gå ind i hus</i></p> | <p>Mødte sin kat, der døde for 4 år siden. Føler sig trist, det var et stort tab. Møder også sin ex-kæreste, som gik da O blev syg. Var i hus: Sit barndomsværelse, var lykkelig dengang.</p> |
| <p>9. Pachelbel: Canon i D <i>Trygt sted</i></p> | <p>Sygemeldt</p> |
| <p>10. Martti Pokela: Sonate for Kantele #1 <i>Forestil dig en dansende</i></p> | <p>Møder ex-kæreste på bar og kaster sig i armene på hende, de bliver sammen.</p> |
| <p>11. Frank Johansen: Summer Visions Guide to Phønix Music <i>Et sted der er rart at være. Møde med dyr som du til sidst skal tage afsked med.</i></p> | <p>Svært at slappe af, følte angst under afspænding, savnede at få at vide, at han skulle føle sig tryg. Tænkte på døden. Taler om en cirkel med hul i; angsten blokerer, så han ikke kan tage noget ind.</p> |
| <p>12. Bach, J.S., Come Sweet Death/Komm, süsßer Tod <i>Et sted det opstår i din bevidsthed</i></p> | <p>Utrolig smuk musik. Et stort pindsvin kom på tværs, når han ville gå et sted hen og opleve noget smukt. Så istapper, som han ville stikke pindsvinet med. Gjorde det ikke. Hadede pindsvinet. Tanker om moderen, hun svigter: vil ikke reagere på hans ønsker om lægesamtale, ringer ikke til ham. Synes at pindsvinet symboliserer angsten, og synes også, det har en advarselsfunktion.</p> |
| <p>13. Fauré: Requiem, In Paradisum, <i>Lad musikken påvirke dig</i></p> | <p>Er sammen med dyr, specielt sin afdøde kat. Er hjemme hos den tidligere kæreste - savner familien, følte tryghed der - i modsætning til i barndommen. Svæver som en måge. Ville gerne kunne se sig selv udefra - for at kunne hjælpe sig selv videre.</p> |
| <p>14. Debussy: "Kvartet for strengeinstrumenter op.10 Andantino.</p> | <p>Tænker på moderen, føler skuffelse over, at hun ikke ringer. Føler sig alene med sin sygdom.</p> |

| | |
|---|--|
| <i>Lad musikken danne fokus</i> | Hører ikke musikken Tænker på situation på afd., hvor medpatient spurgte om han havde en mor. Synes det var flovt, på hendes vegne. |
| 15. Beethoven, Klaver Koncert Nr..5, <i>Haven</i> | Trappe og duft fra barndomstrappeopgang. Udsigt til Frederiksborg Slotspark, fyldt med barnevogne. Alle babyerne sover undtagen et - O.(ham) Han tager det op og mærker, at det bliver trøstet, da han selv spiller klaver for det. Synes moderen burde have taget barnet op. Det gjorde hun ikke, så måtte han selv tage det op. |
| 16. Haydn, Cello Koncert i C, Adagio <i>Vær et rart sted m. musikken. Se hvad der dukker op.</i> | Syntes musikken var forfærdelig. Strygerne ubehagelige - var irriteret - lå for tæt på højttalerne. Tænkte på tandlægebor - var irriteret over for kort afspænding. Var i osteklokke - ledte efter værktøj til at komme ud - kunne ikke finde noget. Tænkte på. at han var det lille barn, skrøbelig, i barnevognen fra sidst. |
| 17. Pachelbel: Canon i D <i>Sted i naturen. Beskyttende hæk vokser op</i> | Mørk gårdhave - alt er vissent. Palme skyder op, der er et lille barn i toppen. Gitter omkring palmen beskytter barnet mod indtrængende krigere. Stort, meget smukt eventyrslot. Flyver hen over det hele. |
| 18. W.A. Mozart: klarinet Koncert i A, Adagio <i>Favoritsted planteskud i cirkel omkring dig.</i> | Lysning. Knallertkørsel på bakket terræn ved lysningen. Skægt er 12-13 år. Tanker om at få besøg af ven, hvor de skal spise tartarbøf og noget lunt. |
| 19. Menzer: Morning Glory Trier/Menzer, Skywalks <i>Et trygt sted som udgangsposition</i> | Ansigt med røde øjne - pjusket. Stirrer på Ole, forfølger ham, udtrykker vrede og sorg. Følte selv sorg i barndommen efter forældrenes skilsmisse i 7års alderen. Få mdr. gammel baby (ham selv) i kravlegård. Bange for ikke at blive taget op. |
| 20. Smetana: Moldau, af Mit Fædreland <i>Find skib i havn. På sejltur heri</i> | Reparerede et råddent skibsskrog sammen med ven. Nåede ikke at komme ud at sejle. |
| 21. Menzer: Wake up little child Trier/Menzer, Skywalks <i>Stille sejltur på fartøj</i> | Situation 7-8årig, da han skulle lære at cykle uden støttehjul - begge forældrene var tilstede. Var på damper på ferie - men turen aldrig afsluttet - "filmen knækkede". |
| 22. Beethovens 9. Symf. i D-mol, | Overvældet af L's udsagn. |

| | |
|--|---|
| <p>Adagio molto</p> <p><i>Du kommer til et hus</i></p> | <p>Tænker på pistoler, og at kaste sig ud foran et tog. Tænker på faderen. De leger med luftgevær sammen med tvillingebroderen. Dejlig stemning fra barndommen i sommerhus. Herregården - Juletræsfest, hyggelig og smuk stemning. Tanker om moster, som han har fortalt, at han var indlagt. Kunne ikke sige til hende, hvornår han blev udskrevet. Pinefuldt. "Jeg har aldrig gjort det rigtige".</p> |
| <p>23.</p> <p>Pachelbel: Canon i D</p> <p><i>Tur i skoven med de andre i gruppen.</i></p> | <p>På skovtur med familien. Havde en dåbsattest med, skulle bevise overfor broderen, at han ikke var yngre. (tvillingebror) Sloges korporligt med broderen, vreden skulle ud. Kom til at tænke på, at broderen plejede at vinde, men huskede engang, hvor han mandede sig op og vandt. Kæder vreden på broderen (som altid fik det bedste) sammen med vreden over os. Ønsker om at få en psykolog.</p> |
| <p>24.</p> <p>H. Gorecki: Symf. Nr. 3, Lento e largo</p> <p><i>Flyvetur på madrassen. Se landskab under.</i></p> | <p>Afbud, sygdom</p> |
| <p>25.</p> <p>Anjali: Melodies of Ancient India # 1</p> <p><i>Tanker og følelser efter samtalen om L's selvmord.</i></p> | <p>Danser med sin mor, som har fortalt at hun elsker ham. Det kom som et chok for ham, da hun sagde det for nylig. Tænkte på, hvor L var henne. Så op i universet med månen. Tænker på om man kommer et endnu smukkere sted hen. Syntes musikken var glad og dejlig.</p> |
| <p>26.</p> <p>Beethoven: Måneskinssonaten i cis mol</p> <p><i>Personlige temaer: - O: Afsked.</i></p> | <p>Genoplevede drøm, hvor han var sammen med en meget, utrolig smuk kvinde. Mødte pigen igen på Oslobåden, hvor hun ledte efter ham - efter skændsmål. Gik på dejlig strand med dyr - måger, svaner følte frihed. Tænkte på jeget, det ubevidste og det - om der var noget, han var bange for at afsløre, men ved ikke hvad det er. Tænker på, at han har brug for et bedre forsvar, føler sig gennemsigtig. Føler at stemningen ved havet, er et godt forsvar.</p> |

Bilag nr. 10: Patient Case - Patient. Nr.8 - "M"

Musikterapiprojekt. Pt. nr. 8 af 9 – Patient: "M"

Alle oplevelser under musiklytning, i alt: 23 sessioner fra 8/1 1997 - 25/6 1997

Pt. s mål for terapien: At få bedre kontakt med andre, at tale om forældre- og kæresteforhold, at blive mindre angst og bearbejde misbrug.

| | |
|---|--|
| <p>1. J.S. Beethoven: 5. Piano Koncert, 2. Sats <i>Havevandring</i></p> | <p>Første sted: Stor langstrakt have med lange blomsterbede med blomster i lyse farver - et slot for enden. Andet sted: En mindre have med æbletræ - virker hjemligt. Pige i hvid kjole dansede i haven. Poetisk, eventyragtig stemning.</p> |
| <p>2. Marcello: "Obokonzert" <i>Dit yndlingssted i naturen. Forestil dig et træ her i nærheden</i></p> | <p>Var først i klit på strand. Da musikken kom - i dyrehaven med kæresten. Var i højt græs ved egetræ på en høj. Det må være kedsommeligt, at stå der uden at kunne bevæge sig. Eksistentialistiske overvejelser: Det er ligesom at være psykisk syg. Vil hellere rejse og opleve noget.</p> |
| <p>3. Ravel: Introduction and Allegro. <i>Markedsplads - møde nogen ?</i></p> | <p>Var på grønttorvet med kæresten. Tænker på, at kæresten har fortalt, at hendes faster skal mødes med M's mor. Vil gerne gøre et godt indtryk - skal have hvid skjorte på.</p> |
| <p>4. Smetana: Die Moldau <i>På Sejltur</i></p> | <p>Så tomme gange på hospitalet, da guidens stemme startede. Forestillede sig herefter en motorbåd. En anden der styrede, han havde check på det. Så sig selv i glimt på båden. Tænkte ellers på noget andet, ved ikke hvad. Aftenstemning. Lun sommer på havnen.</p> |
| <p>5. Puskar: Inner Harvest Ligge i muslingeskål på stranden. Gå ud af muslingeskallen og gå en tur på stranden. Bygge hytte til at slutte i.</p> | <p>Lå i rødlig musling:, vandet var koldt, men der var rart. God musik. Oplevede ikke så meget, men tænkte på fremtiden.</p> |
| <p>6. Anjaligruppen: #1 side B <i>Eng, solplet - alene eller sammen med nogen ?</i></p> | <p>Kunne godt lide musikken. Idyllisk. Var på græsplæne sammen med 2 piger, en situation fra sidste indlæggelse. Var derefter med sin mor og hendes nye mand i dyrehaven. Stemningen ikke helt så god - trykket - Gik mellem moderen og manden. Så også et får og tænkte: sød, men dum - Kan det være fordi vi fik lammekølle i går (ler).</p> |

| | |
|--|--|
| <p>7. Anjaligruppen: #1 <i>Skovsti - forhindring - hus efter forhindringen. Vælg om du vil gå ind eller blive udenfor</i></p> | <p>Stor grusvej på kirkegård, hvor han har været med tidligere kæreste.. Skovsti. Kæmpetykt væltet træ. På tykkelse med den kreds vi sidder i. Tænker at gå ret over - men går måske bare udenom. Så et lille bindingsværkshus - gik ikke ind. Sluttede af med at sætte sig på en træstub.</p> |
| <p>8. Pachelbel: Canon i D dur. <i>Et rart sted</i></p> | <p>Dejlig musik. Så have, men tænkte mest på sin situation - at han bliver vurderet dårligere, end han føler sig.</p> |
| <p>9. Woodlands, #1 <i>En sti - over vandløb - du kan smage på vandet, hvis du vil - følge bækken gennem et buskads til lysning, hvor der er en blomst en plante eller et træ der minder om dig.</i></p> | <p>Alle er med ved en træportal. Ser bro - går over vandløb - et andet sted. Smager vandet, det er friskt. Gennem buskads til lysning. Valmue - forbinder den med frihed - den vokser vildt - kan godt lide den røde farve.</p> |
| <p>10. Vivaldi: de 4 årstider, Foråret Grieg: Morgenstemning Strauss: An die schönen Blaue Donau <i>Du er tilskuer til et teaterstykke. Forestil dig selv i salen og at du også har mulighed for at deltage i stykket hvis du vil.</i></p> | <p>Tryllefløjten. Papageno med sin fløjte. Ser pludselig Jeppe i sengen. Sidder selv på stol ved hans side og drikker vin med ham. De går sammen op i logen. Ser nu filmen "Leoparden". En kvinde siger om to mænd, at det ville være som at gå fra vin til vand. Kommer til at tænke på anden film, hvor en leopard får armen af en mand. Uhyggeligt.</p> |
| <p>11. Debussy: Claire de Lune Schumann: Traumerei <i>Forestil dig en have, hvori der er et havehus</i></p> | <p>Stort Hus, nærmest et slot - måske Frederiksberg Slot. Stil over det - der er en 8 kantet pavillon. Tænker på forskellige personer, men vælger at være sammen med moderens nu afdøde hund, som han strøg over hovedet - det var en glad hund. Tænker om hunde, at de giver ubetinget kærlighed - og føler tomhed efter dens død. Forhold til mennesker bl.a. kæresten er mere besværligt.</p> |
| <p>12. <i>Forestil dig, at du er på et skib eller en båd på havet... Du styrer nu mod og lægger til hvorhenne</i></p> | <p>Lille færge - land - på højre side enge de er tydelige. Mere tåget: En familie - hans (forestillede) kone og 2 børn tager imod ham - de spiser aftensmad. Tydeligt igen: tidligere bofællesskab, sidder sammen med en, der hedder A - vil ikke uddybe, hvad han sagde, men det var væsentligt - det der med A.</p> |

| | |
|--|--|
| <p>13. Vivaldi: De 4 årstider; foråret 2.og 3.sats <i>Forestil dig at du kan flytte madrassen du ligger på til et sted i naturen. Gå på opdagelse der.</i></p> | <p>Så kvarteret, hvor han før boede i bofællesskab: ville gerne engang bo i det kvarter ved Lyngbyvej sammen med broderen - engang når hans mor bliver ældre. Tænker på pige fra anden afd. som nu er på Sandbjerggård - og på kæresten som skal besøge ham i eftermiddag på afdelingen. Savner broderen -</p> |
| <p>14. Mahler: 5.symf. 2.sats, udsnit. <i>Forestil dig at du svæver og bliver båret af sted af musikken.....og at du på et tidspunkt lander et sted.</i></p> | <p>Svæver mellem skyerne - smuk beroligende musik - kigger ned på et meget grønt landskab med bjerge og enge. Lander på grønt bjerg, hvor han har udsigt over hele landskabet. Dejlig oplevelse.</p> |
| <p>15. Beethoven: 3. Pianokonzert, 2.sats <i>Forestil dig at du er på en sti, hvor der er en bakke som du skal forcere.</i></p> | <p>Støvet bakke, kravler op og ned af bakkerne. Tør sommer. Tænkte samtidig på, om han skulle i fælledparken 1.maj, som han plejer, når han er på antabus og indlagt. Frygter at møde nogen, han kender der.</p> |
| <p>16. Beethoven 5. Pianokonzert, 2.sats <i>En have, måske en ny have eller en have du har forestillet dig før, hvis du har været i den før er da den samme eller er der forandringer... hvis havet er omkranset, hvordan er den det så.</i></p> | <p>Samme have som ved 1.sesion - men slottet er nu et gult palæ eller stort hus. Havegang med blomster og græsplæne - bagest i haven er der træer. "Måske er jeg mere beskeden nu - kan ønske "bare" at få hus med have - behøver ikke et slot.</p> |
| <p>17. Carl Nielsen: Uddrag af 5. Symfoni 1.sats <i>Et bjerglandskab, flg. en kilde....flod....vandfald ?</i></p> | <p>Smukt bjerglandskab med en kilde, som han fulgte. Flod i mere goldt landskab, en gold floddal. Trommer i musikken ødelægger hans smukke billede. Ser i stedet et militærkorps med blå uniformer i strækmarch. Tænker at musikken var bedre tidligere.</p> |
| <p>18. Beethoven Violinkonzert + Corelli <i>Tur på landevej - hus du går ind i ...afslutning ved grøftkant.</i></p> | <p>- han har tendens jalousi, men vil ikke tale om det i gruppen Landevej - kornmark. Tænkte på sin barndom - en ven - de var 14 -15 år - lige begyndt at interessere sig for piger og tøj. Han havde hinkestensbriller - kunne ikke få fat på nogen piger (har nu kontaktlinser) - Tænkte også på, da han, som 3 årig, var på besøg hos sin morfar - det var han tit. Blev glad når moderen kom. Føler sig "nostalgisk" - mener at barndommen er vigtig for ens personlighed. Har det godt.</p> |

| | |
|--|--|
| <p>19. Glück: Dance of sacred spirits. <i>Sti i naturen..... eb person dukker op, hvem er det?</i></p> | <p>På bare tæer på sand og småsten. Solskin, dejlig stemning. Så lillebroderen komme ham smilende i møde, på vej ned til stranden. Bagefter glimt af kæresten.</p> |
| <p>20. John Barry: Out of Africa. <i>Åbnet sted - se plante eller blomst som udtrykker din egen følelse</i></p> | <p>Tænker på filmmusik. Prærie med højt græs. Har sine tanker andre steder - hører ikke guidningen. Fortæller, at han er irriteret over ikke at være til sommerfesten på hospitalet - derfor ikke rigtigt til stede. (musikken fra sommerfesten høres i det fjerne).</p> |
| <p>21. Brams: Violinkoncert <i>Sti, hvor du kan være opmærksom på, hvordan du har det nu... og i fremtiden, hvordan forestiller du dig at du vil have det om et år</i></p> | <p>Gik på sti ved fjorden. Fik billede af sig selv med en pose øl på vej til sit bosted i Kbh., da han forestillede sig selv i fremtiden. Deprimerende. Er bange for at komme til drikke igen efter udskrivelsen. Håber det bliver anderledes - at han kan komme i overgangsarbejde og måske studere lidt.</p> |
| <p>22. Chopin 1. Pianokoncert, romance <i>Afsked med en person</i></p> | <p>Afsked med kæresten på græsplænen på hospitalet, som han lige havde slået op med umiddelbart før musikterapien. Følte, at han savnede hende.</p> |
| <p>23. Beethoven: 5. Pianokoncert, 2. Sats <i>I en have... møde en person... som du tager afsked med i haven.</i></p> | <p>Samme have som 2 gange tidligere. Et gult hus og blomster. Noget nyt var grantræer som gjorde haven tættere. Så skiftevis ex-kæreste og ny veninde på en hvid bænk. Huggede til sidst i et af grantræerne med økse. Kom af med nogen aggressioner. Fortæller at det bl.a. er fordi han er vred over, at hans tidligere kæreste har fundet en anden.</p> |