

Sanne Storm



LIVLINE
TIL VIRKELIGHEDEN

Livline til virkeligheden

- første skridt i en
psykoterapeutisk behandling.



Speciale i
musikterapi

af

Sanne Storm

www.storm-musikterapi.dk



Vejleder: Lars Ole Bonde
Aalborg Universitet 2002

Tak:

- til "Karen", hvis tilladelse har betydet, at jeg har kunnet skrive netop dette speciale.

- til lyttegruppen.

- til Ole for hans unikke evne til at skabe billeder og for at være en uvurderlig støtte.

- til Peter og Anton for deres store tålmodighed med deres mor.

- til min vejleder Lars Ole Bonde, der har givet god og konstruktiv kritik, levende diskussioner og opbakning i svære stunder.

- til Trine Hestbæk for støtte i slutfasen.

- til Pernille Schwarts for diskussion.

- til John Lysmand for korrekturlæsning.

- til mine arbejdskolleger på Musikterapi-klinikken for nærvær og forståelse.

- en særlig tak til Edith Agerbo.

*Layout - opsætning
- illustrationer - udprint:*

W I C H G R A F I K

Forsidecollage: Ole Wich

www.wichgrafik.dk

Indholdsfortegnelse

Prolog - Livline til virkeligheden	V
Indledning	1
Forforståelse	2
<i>Faglig baggrund - Teoretisk baggrund - Menneskesyn - Syn på psykopatologi/sygdomssyn - Psykiatrisk behandlingssyn/behandlersyn - Musiksyn</i>	
Problemformulering	4
Metode	5
Introduktion til case	7
<i>Anamnese - Kontakt til psykoanalytisk institut - Indlæggelse på psykiatrisk hospital - Diagnoser - Tilstand ved indlæggelsen - Undersøgelser - Behandling - Afdelinger -</i>	
<u>Overordnede betragtninger over svært psykotiske mennesker og behandling.</u>	9
Symptomatologi	9
<i>Iagttagelige symptomer - Definition af begrebet skizofreni - Primærsymptomer - Sekundærsymptomer - Den skizofrenes egen oplevelse af sin tilstand - Angst - Forstyrrelser i kropsoplevelsen - Perceptionsforstyrrelser - Kognitive forstyrrelser - Følelsesmæssige forstyrrelser</i>	
Ætiologi	12
<i>Arvelighed - Hjernens biokemi - Hjerneforandringer - Psykologiske faktorer i ætiologien</i>	
Videnskabsteoretisk indfaldsvinkel	13
<i>Det naturvidenskabelige paradigme - Det humanistiske og hermeneutiske paradigme - Opsamling og oplæg til senere diskussion -</i>	
<u>Min tilgang til den musikterapeutiske behandling af Karen</u>	17
Psykoterapeutiske forholdemåder og perspektiver	17
Musikterapeutens rolle og funktion	19
Overføring og modoverføring	21
<i>Overføring - Modoverføring - Positiv modoverføring - Negativ modoverføring</i>	
Modstand.	22
Musikkens rolle og funktion	22
<i>Den kliniske improvisation - En referentiel eller ikke-referentiel improvisation - En referentiel improvisation - En ikke-referentiel improvisation - Instrumentvalg - Den kliniske improvisation i praksis</i>	
<u>Det musikterapeutiske behandlingsforløb I</u>	25
<i>Introduktion</i>	
Karen henvises til musikterapi	25
Henvisningskriterier - Retningslinier for terapiegnethed	25
<i>Terapiegnethed - Assessment</i>	

Henvisningskriterierne	26
<i>1. kriterium. Krav om evne til kompliant adfærd - Motivation for behandling - 2. kriterium. Krav om indsigtspotentiale - 3. kriterium. Krav om at der ikke skønnes risiko for malign regression - 4. kriterium. Krav om evne til at formulere mål for det musikterapeutiske forløb, eller være i stand til at acceptere terapeutens formulering af disse - 5. kriterium. Krav om evne til at indgå i en terapeutisk alliance, eller ønske om at arbejde med problemer vedrørende alliance</i>	
Den umiddelbare sympati	27
Mit første møde med Karen	
Følgende hypotese blev opstillet til undersøgelse i prøveforløbet	27
Observerede symptomer i prøveforløbet	27
Opsamling af symptomer	
Identifikation af Karens behov	28
De overordnede psykoterapeutiske målsætninger	28
Musikterapeutiske målsætninger	28
Rammen for det musikterapeutiske behandlingsforløb.	28
Klinisk vurdering ud fra gældende henvisningskriterier	28
<i>Ad 1. Komplians og motivation - Ad 2. Indsigtspotentiale - Ad 3. Malign regression - Ad 4. Formulering af mål - Ad 5. Terapeutisk alliance - Samlet klinisk vurdering - Generelle overvejelser</i>	
<u>Det musikterapeutiske behandlingsforløb. II</u>	30
<i>Beskrivelse</i>	
Fasebeskrivelse af det musikterapeutiske behandlingsforløb	30
1. fase: Bevægelse mod alliance - (1. - 7. session)	30
<i>Klinisk metode - Observationer - Musikeksempel fra denne fase - Analyse og konklusion af observationer - Observationer af min egen adfærd - Lægejournalen skriver</i>	
Fase 2. Alliance. Tillid etableret - (8. - 10. session.)	32
<i>Klinisk metode - Observationer - Musikeksempel fra denne fase - Analyse og konklusion af observationer - Lægejournalen skriver</i>	
Fase 3. Klientens bevægelse fra ubevidsthed mod bevidsthed - (11. - 19. session.)	33
<i>Klinisk metode - Observationer - Improvisationen - Musikeksempler til denne fase - Analyse og konklusion af observationer - Lægejournalen skriver</i>	
Fase 4. Patientens modstand og ambivalens - (20. - 30. session.)	35
<i>Ny afdeling og nyt tværfagligt team - Sessioner aflyst af Karen - Klinisk metode - Observationer - Musikeksempel til denne fase - Analyse og konklusion af observationer - Lægejournalen skriver</i>	
Fase 5. En bevægelse mod alliance. Bevidst og verbalt stadie - (31. - 32. session)	37
<i>Revurdering af behandlingsplanen for Karen - Klinisk metode - Observationer - Musikeksempel til denne fase - Analyse og konklusion af observationer - Lægejournalen skriver</i>	
<u>Det musikterapeutiske behandlingsforløb III</u>	38
Analyse af tre udvalgte musikeksempler	
Introduktion til morfologien.	38
<i>1. trin. Helhed - 2. trin. Intern regulering - 3. trin. Transformation - 4. trin. Rekonstruktion</i>	
Relationen mellem Morfologien og Sterns interpersonelle psykologi	

Procedure beskrivelse og vejledning til læsning af 1. og 3. musikanalyse	40
<i>Mine overvejelser omkring lyttegruppens sammensætning - Præsentation af musik-</i> <i>eksemplerne - Information af lyttegruppen - Vejledning til læsning af 1. og 3.</i> <i>musikanalyse - Formulering af én sætning</i>	40
A n a l y s e a f 1 . m u s i k e k s e m p e l	41
1. trin	41
<i>Helhed - Lyttebeskrivelser - Gengivelse af den efterfølgende samtale og diskussion i</i> <i>lyttegruppen - Længden af musikeksemplet - En bevægelse - Ubevidst - Det barnlige -</i> <i>Angst - Forståelse i baggrunden - Samtale og diskussion fører til følgende grupper-</i> <i>inger - Sætning formuleret af lytterne i fællesskab - Sætning formuleret af mig</i>	41
2. trin. Intern regulering	44
<i>"En bevægelse." - "Ubevidst." - "Det barnlige." - "Angst." - "Forståelse i bag-</i> <i>grunden." - I forhold til hypotesen - To verdener - Intra- eller interpsykisk bevægelse?</i> <i>- Konklusion - Intrapsykisk bevægelse - Interpsykisk bevægelse</i>	44
3. trin. Transformation	47
<i>Intrapsykisk bevægelse - Anamnesen - Kontakt til psykoanalytisk institut - Indlæggelse</i> <i>på psykiatrisk hospital - Interpsykisk bevægelse - Anamnesen - Kontakt til psykoana-</i> <i>lytisk institut - Indlæggelse på psykiatrisk hospital - Konklusion</i>	47
4. trin. Rekonstruktion	48
<i>Fornemmelsen af et emergent selv - Karens musikalske udtryk i forhold til Sterns teori</i> <i>- Fornemmelsen af et kerneselv - Konklusion</i>	48
A n a l y s e a f 2 . m u s i k e k s e m p e l	51
<i>Indledning - Stemmen - Formål med en stemmeanalyse - Stemmeparametrene - Lidt</i> <i>om stemmeassessmentskemaet - Stemmeassessmentskemaets anvendelse i denne sam-</i> <i>menhæng - Aflæsning af skemaet</i>	51
Stemmeanalysen	51
<i>Helhedsindtryk af det grafiske billede - Sangregister - Taleregister - Volumen -</i> <i>Kompression - Klangkvalitet/resonans - Dynamik - Tonesikkerhed - Opsamling</i>	51
Nodetranskriptionen	54
<i>1.-5. vers - Opsamling med psykologiske betragtninger</i>	54
En klinisk vurdering	56
A n a l y s e a f 3 . m u s i k e k s e m p e l	56
1. trin. Helhed	56
<i>Lyttebeskrivelser - Gengivelse af den efterfølgende samtale og diskussion i lyttegrup-</i> <i>pen - Forsvinde - Det barnlige udtryk - Modstand/afmagt - Finde tilbage - En bev-</i> <i>ægelse - Samtale og diskussion fører til følgende grupperinger - Sætninger formuleret</i> <i>af lytterne i fællesskab - Sætningen formuleret af musikterapeuten</i>	56
2. trin. Intern regulering	60
<i>"Forsvinde" - "Det barnlige udtryk" - "Modstand / afmagt" - "Finde tilbage" - "En</i> <i>bevægelse" - Samlet konklusion i forhold til hypotesen - Opsummering til eftertanke</i> <i>og diskussion</i>	60
3. trin. Transformation	72
<i>Den interpsykiske bevægelse - Første fase - Anden fase - Tredie fase - Konklusion</i>	72
4. trin. Rekonstruktion - Konklusion	73
Den samlede kliniske vurdering af behandlingsforløbet ud fra de tre analyser	73

<u>Efterbehandling og diskussion af den tredje analyse</u>	75
<u>- med fokus på den kliniske improvisation i praksis</u>	
Fire faser - Isbryderen - Integration og fundering	76
Retningslinier til imødekommelse af en reorganisering	
<u>Klinisk perspektivering</u>	77
<i>Naturvidenskaben og den humanistiske og hermeneutiske tilgang i det psykiatriske behandlingssystem - Brobygning mellem to paradigmer i psykiatrien - Det musikterapeutiske fagsprog - Behandlingsmøder - Henvisningskriterier</i>	79
<u>Metodekritik</u>	
<i>Instruktion til lyttegruppen ved første musikanalyse - Lyttegruppens sammensætning - Den morfologiske analysemodel - Nodtransskriptionen - Kvalitative metode - Diskussionsafsnittet i specialet</i>	82
<u>Konklusion</u>	
<u>Afslutning</u>	84
	86
<hr/>	
English summary	
Litteraturliste	87
	89

Bilag

WHO ICD-10: WHO's klassifikation og diagnostiske kriterier	1
Musikterapiklinikkens assessmentmetode	2
Grafisk oversigt over det musikterapeutiske behandlingsforløb	3
Sangmappens indholdsfortegnelse	4
Grafisk notation af spor 5 - "Isbryderen"	5
"Analyse af første musikeksempel" - nodetransskription: 1	6
Karens stemmeassessment	7
Sangen - "Jeg ved en lærkerede"	8
"Analyse af andet musikeksempel" - nodetransskription: 2 - 6 / vers 1 - 5	9
"Analyse af tredje musikeksempel" - nodetransskription: 6 - 28	10
CD med musikeksempler	11

Prolog

Livline til virkeligheden...

Jeg starter ud med at spille noget, der skal give min medspiller et frirum til at få begyndt. Som ved tidligere lejligheder vælger jeg som improvisationen skrider frem at spille en ramme. Mens jeg spiller, får jeg en stærk oplevelse af, at det er nødvendigt at kaste en livline og have den at holde mig til for ikke at forsvinde eller for at være i stand til at finde vejen tilbage.

Jeg oplever at synke dybere og dybere til en fornemmelse af vægtløs tilstand, der er fyldt af intet. Denne fornemmelse er ny for mig. Jeg kender ikke vejen, men har livlinen hos mig som jeg ved er forbundet til virkeligheden. En livline som på et tidspunkt selv for mig bliver meget tynd og svær at holde fast i fordi vejen er så lang og der er meget tåget.

Her i dybet fornemmer jeg af og til en luftboble, der vidner om, at her er andre end mig.

Her er ingen tid. Jeg oplever tingene meget langsomme. Tilstanden er vægtløs.

Her, i en tilstand af intethed skal jeg finde en måde at kommunikere på. På et tidspunkt oplever jeg en spændt kommunikation. Noget mødes og tager form. Jeg oplever, at livlinen jeg har med mig i sin spæthed også bliver synlig for den anden. Patienten.

På den måde fik jeg en tur til intethed og tilbage igen til noget.

Efter improvisationen var jeg meget tung i hovedet og havde lidt hovedpine. Da jeg så på patienten var der sket en markant ændring.

Hendes ansigt var glat. Det var ikke forknyt. Hun sukede dybt. Hun så lettet ud. Hun havde farve i ansigtet.

Der var sket noget...

Indledning

Prologen tager udgangspunkt i en bestemt oplevelse som jeg fik under en klinisk improvisation i min sidste praktikperiode i musikterapiuddannelsen. Denne kliniske improvisation adskilte sig fra de øvrige improvisationer.

For det første var den oplevelse jeg selv fik markant forskellig fra de øvrige, hvilket resulterede i at jeg spillede improvisationen for så mange af mine kollegaer som jeg kunne for at høre deres oplevelser.

For det andet ændrede behandlingsforløbet sig meget umiddelbart efter denne improvisation og jeg blev ved at tænke: *Der er sket et eller andet i denne improvisation som er af afgørende betydning.*

Improvisationen fik hurtigt tilnavnet *Isbryderen*.

Min praktikperiode varede et halvt år. Jeg var i praktik på Musikterapiklinikken ved Aalborg Psykiatriske Hospital og havde på det tidspunkt tre patienter i individuel musikterapi. Karen var en af dem.

Karens svære psykiske tilstand kombineret med det massive ordmobiliseringsbesvær blev en stor udfordring for mig. Hele behandlingen rejste mange spørgsmål, men det mest presserende havde relation til den centrale rolle og funktion musikken fik i behandlingen på flere niveauer. Ikke bare som redskab, men også som den mest vægtige kilde til at beskrive Karen, hendes tilstand og udviklingsprocessen i den musikterapeutiske behandling.

”Karen” er et opdigtet navn.

Forforståelse

Forståelse bygger på et grundlag af en forforståelse, der er præget af følelser, værdier, holdninger i almindelighed og personlige erfaringer. Redegørelsen for min forforståelse præsenterer dermed, hvad jeg som behandler og analytiker tager udgangspunkt i og hvad jeg lægger til grund for mit valg af metoder.

Faglig baggrund.

Inden jeg påbegyndte musikterapiuddannelsen havde jeg arbejdet ti år inden for psykiatrien som plejer. Heraf otte år på en lukket modtageafdeling, hvor klientellet var blandet i køn, alder og diagnoser.

Desuden har jeg i forlængelse af den sidste praktikperiode i uddannelsen arbejdet et år på Musikterapiklinikken ved Aalborg Psykiatriske Hospital som musikterapeut.

Sideløbende med min uddannelse på musikterapistudiet har jeg igennem fire år hvert halve år deltaget i Roy Hart workshops, hvor man arbejder intensivt med krop og stemme.

Teoretisk baggrund.

Udover den almene faglige viden jeg har modtaget gennem 5 år på musikterapistudiet, vil jeg nævne de projekter som har givet mig en erfaring og viden jeg kan anvende i dette speciale.

Jeg har været medskriver på to projekter, som begge har taget udgangspunkt i kvalitative undersøgelsesmetoder. I det første anvendte vi fænomenologien som undersøgelsesmetode (*Storm, Hestbæk og Jordan 1998*). I det andet projekt anvendte vi den morfologiske analysemodel til at analysere en autentisk case (*Storm, Hestbæk og Jordan 1998*). Desuden har jeg skrevet et projekt, hvor jeg udviklede et assessmentskema (*Storm 1999*), der sidenhen blev videreudviklet og afprøvet i samarbejde med en med-studerende. (*Storm og Skov 2000.*)

Menneskesyn.

Jeg betragter grundlæggende mennesket som et socialt væsen og mener, at det enkelte menneskes oplevelse af et *Jeg* opstår i interaktionen med omverdenen. Dermed sætter jeg fokus på det enkelte menneskes relationer til omverdenen.

Jeg kan tilslutte mig den humanistiske og hermeneutiske forståelse af mennesket, der betragter hver enkel psyke som unik. Jeg betragter mennesket ud fra et holistisk perspektiv, hvor mennesket er i en stadig bevægelse mod en større helhedsoplevelse af sig selv. Jeg er af den opfattelse, at hvert enkelt mennesket er udrustet med sine individuelle betingelser, der har medindflydelse på de eksistentielle livsvilkår.

I denne forbindelse vil jeg inddrage cirklen som et symbol på det hele menneske. Cirklen symboliserer her center/centrering, balance, og harmoni, hvor sind, krop, følelser og ånd er de elementer, der skal holdes i balance. Disse elementer skal ikke betragtes som adskilte dele, men i forhold til helheden. Cirklen er stærk, hvis den er hel og intakt. Jo mere centreret mennesket er, jo større oplevelse har det af *at være til stede* og i balance. Er cirklen ikke hel og intakt opstår der en skævhed, der gør at mennesket har sværere ved *at være til stede* og i balance.

Syn på psykopatologi/sygdomssyn.

Med fokus på relationen er jeg af den overbevisning, at tidlige relationelle erfaringer i livet organiserer sig i det enkelte menneske og er en del af de betingelser, hvormed det møder verden og indgår i en relation med et andet menneske. Dermed bekender jeg mig til en psykodynamisk forståelse af psykopatologi. I forlængelse af det antager jeg, at denne organisering kan reorganiseres og indtager her en cyklisk dynamisk forståelse af psykopatologi og psykiske problemer. Dermed giver jeg udtryk for, at det enkelte

menneskes psykiske tilstand kan antage en anden form og struktur. I denne reorganisering kan der ske en bedring af det enkelte menneskes eksistentielle betingelser for at møde verden. Med fokus på det enkelte menneskes betingelser at møde verden med har jeg også indtaget en eksistentielistisk position.

Konkluderende kan jeg i forhold til psykiatri sige, at jeg ikke fokuserer på diagnose, men på det hele menneskes behov og på hvilken måde det enkelte individ møder og indgår i verden.

Psykiatrisk behandlingssyn/behandlersyn.

Mit psykiatriske behandlersyn er i studieårene blevet inspireret af det kendskab jeg har fået til morfologien i løbet af studiet, samt mit arbejde på Musikterapi-klinikken under Inge Nygaard Pedersens ledelse. I forhold til psykiatrisk behandling indtager jeg en cyklisk dynamisk holdning til symptomer, idet jeg betragter symptomer som en del af mennesket, der udtrykker den tilstand som mennesket befinder sig i. Jeg kan tilslutte mig den morfologiske holdning, at mennesket som udgangspunkt er i stand til at helbrede sig selv. Dermed mener jeg, at opgaven hos behandleren primært er at støtte og styrke det enkelte menneskes betingelser og eksistentielle vilkår.

Graden af eksistenstrussel hos patienten er afgørende for, hvor eksistentielistisk en forståelse, der arbejdes ud fra.

Min tilgang til behandling af psykose/psykopatologi/symptomer er cyklisk dynamisk, idet jeg anser det for muligt at reorganisere tidlige oplevelser, der ligger til grund for den måde hvorpå det enkelte menneske møder verden.

Musiksyn.

Overordnet har jeg den holdning at musik er et middel til selvudtryk og kommunikation. Jeg kan tilslutte mig et referentielt musiksyn, hvor holdningen er at musikken repræsenterer, symboliserer eller udtrykker fænomener uden for musikken. Dermed er musikken knyttet til det menneske, der skaber musikken, og på den måde vil det musikalske udtryk være et "aftryk" af det enkelte menneskes psyke og handlemønstre. Med fokus på den kliniske improvisation betyder dette, at lydliggør det enkelte menneskes betingelser/lidelser og i interaktion med musikterapeuten muliggør en oplevelse af nye betingelser/oplevelse af lidelsen, og formidle muligheder for at patienten kan have indflydelse på sine levebetingelser/lidelsen. Hermed kan jeg tilslutte mig det morfologiske musiksyn. (*Julie Exner. 1998*)

Problemformulering.

I musikterapi er musikken oftest det centrale redskab, og i det øjeblik at der ikke kan samtales om oplevelser i musikken eller i terapien, bliver den endnu mere central. Jeg vil i dette speciale rette opmærksomheden ind på den kliniske improvisation, som er musik skabt spontant af patienten i samspil med musikterapeuten i en musikterapi-session samt på musikterapeuten, og stille følgende spørgsmål med henblik på at afdække musikken og musikterapeutens rolle og funktion:

1. Kan analyse af kliniske improvisationer påvise og dokumentere en psykisk reorganisering?

2. Kan den musikterapeutiske kliniske vurdering bidrage med et anvendeligt og pålideligt analyseredskab, der beskriver patientens tilstand og personlige udvikling på et præverbalt stadie?

3. Kan den kliniske improvisation stimulere udviklingen af evnen til at forme struktur sådan at sensoriske indtryk transformeres til en oplevelse, der giver mening for patienten?

Ordet reorganisering som jeg bruger det, er inspireret af Inge Nygaard Pedersens definition af behandlingsmetoden *"Det første skridt i en psykotераpeutisk behandling, hvor metoden er holdende og reorganiserende,"* samt Hedges forståelse og beskrivelse af psykose. (Inge Nygaard Pedersen 1998 og Hedges 1994.) Der ligger en cyklisk dynamisk forståelse af patientens psykiske problemer til grund for anvendelsen af ordet reorganisering.

Hedges siger: "The term organizing as I use it denotes an early personality fixation on a way of approaching the world, a way of attempting to organize channels or connections to other people." (Hedges 1994 s. 63.)

Princippet går ud på at spædbarnet organiserer de oplevelser det får i interaktionen med omverdenen på en refleksagtig måde. Tilsammen danner oplevelserne præ-symboliske hukommelsesspor. Hukommelsessporene udgør tilsammen den tidlige erfaring spædbarnet gør sig i interaktionen med omverdenen.

Her kan drages en parallel til Stern, der beskriver den basale og preverbale interaktion som opbygget af forskellige elementer, der ved kommunikation beskrives ved tempo, tonehøjde, frasering, form og intensitet.

Elementer som musikken også er bygget op af. Barnet aflæser og organiserer disse sansemæssige erfaringer i overordnede mentale strukturer i form af "RIG'er" (Repræsentationer af Interaktioner, der er blevet Generaliseret.). Disse mentale strukturer kaldes også for "skemaer". Ifølge Stern opbygger barnet på den måde en implicit skematisk viden om, hvordan det at-være-med-anden er. RIG'er er dermed registreringer af samspilsmønstre, der er opstået ved en strukturerende oplevelse af selvet i samspil med et andet menneske. På den måde er menneskets forskellige måder, at-være-sammen-med-andre på registreret i forskellige strukturer som er med til at danne det erfaringsgrundlag mennesket skaber i interaktionen med et andet menneske.

Her gøres det klart, at der er fokus på interaktionen i relationelle sammenhænge frem for på indre repræsentative objekter i form af personer, som objektrelationsteorien har fokus på.

Metode

Specialet er bygget op omkring egen empiri med et retrospektivt case-materiale. Det er et uddrag af et musikterapeutisk behandlingsforløb, der tager sin begyndelse i min lange praktik indenfor psykiatrien august 2000 og fire måneder frem.

Hovedvægten lægges på et studie af det kliniske musikmateriale og med speciel interesse for det psykoterapeutiske potentiale i og funktion af den kliniske improvisation i musikterapi.

Formålet er ved en kombination af kvalitative og kvantitative analyseredskaber samt en grundig gennemgang af analyserne, at synliggøre den terapeutiske proces og dermed belyse og dokumentere funktionen af den kliniske improvisation i musikterapi.

Specialet er først og fremmest empirisk, og dermed anvendes de litterære kilder som et teoretisk supplement til understøttelse, definition og perspektivering af forskellige begreber og fænomener.

Til næranalyserne har jeg valgt tre musikeksempler ud, der samlet repræsenterer forløbet i den musikterapeutiske behandling og den personlige udvikling patienten gennemgår. Til analyse af det første og tredje musikeksempel benytter jeg den morfologiske analyse. Den synes at være oplagt til denne case blandt andet på grund af morfologiens menneske- og musiksyn. Ifølge den morfologiske teori vil enhver kunne høre når der sker noget vigtigt i musikken. Desuden har musikken en central placering i den morfologiske analyse, hvilket musikken også har i dette speciale.

Til yderligere understøttelse af den morfologiske analyse af det tredje musikeksempel er der lavet en grafisk notation. Desuden bliver Daniel Sterns udviklingsteori om spædbarnets interpersonelle verden inddraget i begge de morfologiske analyser, til en teoretisk perspektivering og forståelse af patientens

centrale problem.

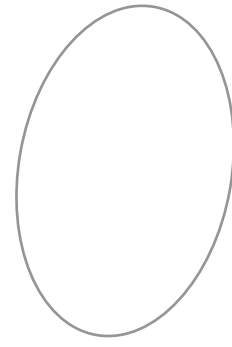
Det andet musikeksempel er sangen: ”Jeg ved en lærkerede”, som patienten synger sammen med musikterapeuten. Den mest velegnede analysemetode til dette musikeksempel er en analyse af Karens stemme og nodetranskriptionen af sangen, sådan som vi synger den.

Analysen af Karens stemme sker ved hjælp af et stemmeassessmentskema jeg selv har udviklet i et tidligere projekt. Formålet med en stemmeanalyse er at undersøge Karens umiddelbare udtryksflade og få en retningsangivelse af, hvad Karens psykologiske problem består i på det givne tidspunkt i behandlingsforløbet.

Formålet med nodetranskriptionen er at undersøge, hvordan Karen synger sangen sammen med musikterapeuten, og at gøre evt relations- og handlingsmønstre konkret observerbare.

Hver enkelt analyse vil give et indtryk af Karens tilstand og problemstilling på det givne tidspunkt i det musikterapeutiske behandlingsforløb. Der er altså af det samlede materiale en analytisk triangulering, idet materialet analyseres på flere forskellige måder.

Til sidst vil jeg diskutere, om/hvordan det kan dokumenteres, at en psykisk reorganisering finder sted med særligt henblik på at præcisere musikkens/musikterapeutens rolle i reorganiseringsprocessen med en enkelt patient.



Introduktion til case.



Indledning

I det følgende beskrives Karens anamnese og sygehistorie, samt behandlingshistorie indtil hun bliver henvist til Musikterapi-klinikken. Kilden til denne beskrivelse er lægejournalen.

Anamnese.

Karen er en kvinde på 35 år, der er gift og har en datter på 11 år. Karen er opvokset med en lillesøster, der er 18 måneder yngre. Faderen havde i al den tid Karen boede hjemme egen virksomhed og moderen var hjemmearbejdende.

Karen har gået i alm. folkeskole til og med 9. klasse. Tog derefter 10. klasse på ungdomsskole, hvorefter hun tog på EFG, hvor hun fik læreplads. Fem måneder efter påbegyndelsen opfordrede arbejdsgiveren Karen til at afbryde lærepladsen fordi han mente hun var for umoden.

Hun flyttede derpå hjem og arbejdede hos faderen til hun var 20 år gammel. Som 20-årig flyttede Karen sammen med sin ægtefælle.

Karen havde igennem opvæksten en del konflikter med faderen, og i en periode på 3 måneder havde hun ingen kontakt med familien.

Det fortælles, at Karen altid har været indesluttet og har haft svært ved at klare sig i skolen. Hun havde få kammerater og blev ofte opfattet som sur og negativ. Som 12-årig var Karen i kontakt med skolepsykolog på grund af indesluttethed og ingen kontakt til kammerater.

Det fortælles endvidere, at Karen altid har haft et meget hidsigt temperament. Karen føler selv, at hun er blevet underkuet og udnyttet af faderen og aldrig forstået. Efter eget udsagn opvoksede hun med kæft, trit og retning og følte sig presset til at klare sig

godt i skolen og hjælpe til derhjemme i familiens virksomhed. Forholdet til moderen bliver beskrevet nærmest som et venindeforhold.

Lige fra barnsben af har Karen haft mange somatiske klager. Har været indlagt flere gange på grund af disse uden reel grund.

Kontakt til terapeutisk afsnit

Som 28-årig kommer Karen i kontakt med terapeutisk afsnit.

Psykoanalytisk institut er et afsnit, hvor kontakten til det psykiatriske hospital foregår ambulantly. Det vil sige, at man ikke er indlagt, men eksempelvis kommer til samtaler med bestemte intervaller.

Ved denne lejlighed fortæller ægtefællen, at Karen har fået det tiltagende dårligt gennem de sidste fire år og nu er kørt helt ned. Selv oplever Karen, at hun har mistet sin selvtilid og at humøret svinger meget. Ægtefællen beskriver, at hun har flere og flere voldsomme raserianfald. Selv oplever Karen, at det er svært at finde ud af, hvad der sker med hende. Hun har en oplevelse af ikke at slå til og vil helst undgå konflikter. Fortæller endvidere, at hun ikke formår at sige fra og har svært ved at fortælle andre, hvordan hun har det. Det fremgår, at der er en del konflikter i ægteskabet. Karen føler, at hun må klare atting selv. Samtidig har hun svært ved at åbne sig over for ægtefællen og tage imod den omsorg, han forsøger at give hende. Det fremgår, at Karen er på vagt overfor ægtefællen og at hun har svært ved at klare konflikterne med datteren som hun efterhånden føler kan trænge hende op i en krog.

Indlæggelse på psykiatrisk hospital.

Da Karen er 33 år bliver hun for første gang indlagt i psykiatrisk regi.

Diagnoser.

Diagnosen er ved indlæggelsen: Obs. pro (observation af prognose) indenfor det skizofrene spektrum. Dette ændres et halvt år efter til: F20.3 Udifferentieret skizofreni. (Se bilag 1)

Tilstand ved indlæggelsen.

Ved indlæggelsen er Karen lettere psykotisk med dårlig kontakt. Tilstanden forværres hurtigt og hun bærer præg af at være usamtet og forvirret, grænseløs omkringfarende, har syns- og hørehallucinationer og kropslige vrangforestillinger, er præget af katatoni og stuporøse tilstande, er angst og i dårlig kontakt med omverdenen, er ofte aggressiv og har voldelig adfærd.

Sideløbende udviser Karen diverse somatiske symptomer og neurologiske udfald i form af besvimelser, faldtendens og epilepsilignende anfald.

Karens tilstand har været meget vekslende i indlæggelsesforløbet, men er alt i alt præget af, at hun lever i sin egen verden med dårlig kontakt og stort ordmobiliseringsbesvær, hallucinationer samt affekthandlinger. Der er til tider katatone og stuporøse symptomer samt perceptionsforstyrrelser.

Karen har grundet sin tilstand haft "fast vagt" i ca. et år og et halvt år. I løbet af det første år Karen er indlagt sker der ikke de store forandringer i hendes tilstand.

Undersøgelser.

Karen bliver grundet de brogede symptomer undersøgt med CT-scanning af cerebrum, neurologisk, kardiologisk, øjenundersøgelse, tandundersøgelse og infektionsmedicinsk, uden at der findes holdepunkt for somatisk lidelse som årsag til tilstanden.

Behandling.

Der gives under hele indlæggelsen en psykofarmakologisk behandling og ca et år efter indlæggelsen får Karen ordineret Leponex da der ikke er nogen mærkbar effekt af den psykofarmakologiske behandling indtil da. Leponex er et af de stærkeste psykofarmaka der anvendes.

På et tidspunkt i behandlingsforløbet forsøges med 15 NCE-behandlinger, men uden nogen effekt.

Karens svære psykotiske tilstand har flere gange gjort det nødvendigt at bæltefikse samt tvangstilbageholde Karen på behandlingsindikation samt på grund af uro.

På afdelingen får Karen en støttende, struk-

turerende miljøterapi / træning af kognitive adfærdsmæssige funktioner samt træning af ADL-funktioner (*Almindelig Daglig Livsførelse*).

Et år og seks måneder efter indlæggelsen henvises Karen til Musikterapi-klinikken med henblik på en kliniske udredning, hvorefter der skal tages stilling til, hvorvidt Karen er egnet til at forsætte i et længerevarende musikterapeutisk behandlingsforløb. Det musikterapeutiske behandlingsforløb begynder med et prøveforløb på tre til seks gange og først efter prøveforløbet tages der stilling til, hvorvidt patienten er egnet til et længerevarende musikterapeutisk behandlingsforløb. En beskrivelsen af Karens musikterapeutiske behandling følger senere i specialet under afsnittet: "*Det musikterapeutiske behandlingsforløb*".

På dette tidspunkt i Karens indlæggelsesperiode har hun aldrig forladt afdelingen med andre end sin "faste vagt".

Afdelinger.

Karen starter med at være indlagt på en lukket modtageafdeling, men efter at have været indlagt i et år og otte måneder er Karen så rolig, at hun kan overflyttes til et åbent langtidsafsnit.

Overordnede betragtninger over svært psykotiske mennesker og behandling.

Indledning

Som det fremgår af introduktionen til denne casehistorie, blev Karen diagnostisk placeret indenfor det skizofrene spektrum.

I de efterfølgende tre afsnit vil jeg afdække det karakteristiske for denne diagnose-gruppe, og hvad man i dag mener er årsagen til at nogle mennesker udvikler skizofreni.

Til slut vil jeg sammenligne den traditionelle videnskabssteoretiske tilgang til psykosebehandling med en humanistisk og hermeneutisk forståelse af psykose og symptomer.

Symptomatologi.

Iagttagelige symptomer.

I det følgende vil jeg kort redegøre for en række iagttagelige symptomer, der kan observeres ved skizofreni.

Inddeling og gruppering af symptomer.

Selve begrebet skizofreni blev indført af den schweiziske psykiater Eugen Bleuler i 1911. Han lagde vægt på splittelsen i sin karakteristisk af skizofreni. Ved splittelse skal forstås en fragmentering af selvet, der bevirker at evnen til at skabe helhed og sammenhæng er nedsat. Dette kan udmønte sig både kognitivt og emotionelt.

I følge Parnas (1994) er diagnosticering baseret på symptomatologi. Flere psykiatere har igennem årene forsøgt at inddele og gruppere symptomerne for at forstå deres indbyrdes sammenhæng. Betegnelserne på symptomernes inddeling og gruppering varierer i forskellige lærebøger fra at være positive / negative symptomer, primær- sekundærsymptomer, grundsymptomer og accessoriske symptomer etc. De kriterier der er anvendt til inddelingen og grupperingen af de forskellige symptomer, fortæller lidt om, hvilken forståelse og tilgang, der er til skizofrenien og dens symptomer, samt hvilken funktion inddelingen og grupperingen har. Bleulers kalder sin opdeling i primær-

sekundærsymptomer for patogenetisk. (Thorgaard og Rosenbaum 1996)

Denne model er nok den, der kommer tættest på en inddeling af symptomer som prøver at isolere de symptomer, som er karakteristisk for grundproblematikken i diagnosen skizofreni. De såkaldte primærsymptomer. De såkaldte sekundærsymptomer kan også observeres i andre psykotiske tilstande. Desuden pointerer Bleuler, at der er reaktive sammenhænge symptomerne indbyrdes. Hvor primærsymptomerne har med sygdomsprocessen og grundproblematikken at gøre, har sekundærsymptomerne med den psykologiske forståelige reaktion på primærsymptomerne at gøre, hvilket antyder en psykodynamisk holdning og syn på skizofrenibegrebet og en psykodynamisk forståelse af sekundærsymptomernes opståen.

Jeg tilslutter mig denne inddeling idet den gør det muligt at indtage en psykodynamisk interventions holdning overfor skizofreni og dens primær- og sekundærsymptomer. Det er også muligt ved denne inddeling at forstå primærsymptomerne ud fra en psykodynamisk perspektivering. Desuden anser jeg symptomer for at interagere/påvirke hinanden indbyrdes i en patogenetisk udvikling. (Parnas 1994)

Definition af begrebet skizofreni.

Skizofreni bliver i Klinisk psykiatri defineret som en psykotisk tilstand, der er præget af udtalte kontakt- og kommunikationsforstyrrelser med omverdenen.

Primærsymptomer.

I det følgende vil jeg kort definere Bleulers primærsymptomer, der af Cullberg (2000) er navngivet som "Bleulers 4 A'er": Autisme, Assocationsforstyrrelser, Ambivalens, Affektive forstyrrelser.

Autisme.

Autisme er en tilbagetrækning fra omver-

denen, en vendt sig ind i sig selv og i den proces blive optaget af en indre verden og dermed miste kontakten til omverdenen.

Autisme kan også beskrives som en oplevelse af svigtende samklang med omverdenen. Med samklang skal forstås den gensidige forståelse, der er mellem mennesker. I følge Parnas henviser ordet til en proces, som ligger både forud for og til grund for vores begrebsdannelse og anvendelse af sprog. Samklang er et udtryk for den mest fundamentale og basale tilknytning mellem det enkelte menneske og dets omverden. (Parnas 1994)

I følge Parnas (1994) er det basale psykologiske karakteristikum for de skizofrene, at der er defekter i jeg'ets forsvarsmekanismer, især med evnen til at fortrænge. Det betyder, at plagsomme/angstprovokerende problemstillinger og impulser til stadighed vil være i patientens bevidsthed. Den eneste måde at håndtere dette, bliver derfor først og fremmest ved tilbagetrækning fra nærhed til andre mennesker. Nærheden til andre mennesker vil kun stimulere plagsomme/angstprovokerende impulser og problemstillinger eller forstærke følelsen af svigtende samklang.

Er patienten præget af autisme vil det være svært at komme i kontakt med vedkommende eller at få oplevelsen af samklang.

Associationsforstyrrelser.

Associationsforstyrrelser kan også betegnes som tankeforstyrrelser. Det betyder, at der er forandringer i tænkningen forstået på den måde, at der er tale om en forstyrrelse i, hvordan patienten tænker. Både i tænkningens form og indhold. Ved tænkningens form er der tale om en forstyrrelse af logik forstået på den måde, at tænkningen fremstår med indre modsigelser og der vil være anvendelse af ord i en privat betydning, der afviger fra den almene betydning. Eller forskydning i ordenes normale betydning. Der kan være tankestop, hvor påbegyndte sætninger kan stå uafsluttede eller mangle målrettethed eller indeholde mange bisætninger og indskud. Der kan være en forstyrrelse i forbindelsen mellem to forskellige emner eller tanker.

Ambivalens.

Ambivalens er når patienten er i konflikt med samtidig tilstedeværende modsat rettede følelser og tanker. Det kan f.eks. være oplevelsen af had og kærlighed til den samme person på samme tid. Af omgivelserne bliver det synligt ved en oplevelse af tvivlrådighed og ubeslutsomhed, der medfører handlingslammelse.

Affektive forstyrrelser.

Betegnelsen bruges om sindslidelser, hvor det primære er en følelsesreaktion eller en forstyrrelse af det emotionelle og humørmæssige leje, og hvor andre symptomer opstår som følge deraf. F.eks. angst, vrangforestillinger, depression eller mani. Der er en ændring i følelseslivet, således at patienten over for fremmede mennesker kan virke følelsesmæssigt forandrede, med enten for stærke, for svage eller inadækvate følelser.

Affektive forstyrrelser kan omfatte fra afblegede følelser (ingen glæde, nedsat lystfølelse), følelse af tomhed, irritabilitet, nedtrykthed til "malplacerede" følelser som f. eks. at grine når der tales om noget alvorligt. Der kan af andre være en oplevelse af ligegyldighed fordi patienten virker upåvirkede uanset samtaleemne.

Kropslige symptomer.

Her vil jeg selv tilføje begrebet fysisk nærvær. Ved fysisk nærvær skal forstås en egenoplevelse af fysisk tilstedeværelse, kroppen og dens funktioner samt signaler. Ved psykose og dermed også skizofreni vil det fysiske nærvær være nedsat. Der er nedsat grounding eller substans-fornemmelse. Det kan komme til udtryk ved en let svævende gang, eller ved at der f.eks. i spisesituationer, hvor der skal holdes på kniv og gaffel, er en manglende kontakt med objekterne/oplevelse af at have noget i hænderne.

Kroppens signaler er forstyrrede og bliver enten ikke modtaget eller afsendt. Et eksempel kan være at sult eller mæthedfølelsen ikke mærkes. Der kan være et udtalt behov for at kunne mærke sig selv eller være vidende om sin egen eksistens. Dette kan komme til udtryk ved eksempelvis ikke at ville vaskes.

Der kan være katatoni, hvilket kan være stivnede bevægelser eller også komme til udtryk i form af kataton uro, der er aggressive handlinger. Den skizofrene er ofte mimikfattig og gennemsigtig.

Sekundærsymptomer.

Sekundærsymptomer også kaldet produktivt psykotiske symptomer vil også forekomme i andre psykoseformer og er hallucinationer og vrangforestillinger.

Går man ud fra princippet om en evt. patogenetisk interaktion, så vil sekundærsymptomerne være et udtryk for manglende eller utilstrækkelig behandling. På den måde vil eksistensen af sekundærsymptomerne måske være den måde hvorpå den skizofrenes forsvarsmekanismer kommer til udtryk, hvilket vil være en underbygning af Parnas førnævnte teori om at, jeg'ets forsvarsmekanismer er defekt. Under alle omstændigheder er det et psykodynamisk syn på symptomer og deres tilblivelse.

Hallucinationer.

Med hallucinationer skal forstås en sansemæssig oplevelse uden at den reelt finder sted. Den mest almindelige er hørehallucinationen, hvor den skizofrene hører stemmer, der taler til sig, uden at der er nogen, der reelt taler til patienten. Stemmerne er som regel ubehagelige og angstprovokerende. Hørehallucinationen kan også have karakter af udifferentieret støj.

Den anden mest almindelige er synshallucinationen, der kan give den skizofrene oplevelsen af at se noget forvrænget, eller ikke eksisterende.

Hallucinationer på de andre sanser er mere sjældne.

Vrangforestillinger.

Er forestillinger, der har med en urealistisk opfattelse af omverdenen at gøre. Den er som regel ukorrigerbar. Den mest almindelige er paranoiditet, men der kan også være omnipotente forestillinger om sig selv.

Diffus egenoplevelse.

Jeg vil i det følgende afsnit sætte fokus på et menneskes egenoplevelse da jeg oplever det som meget væsentligt og som noget, der forbinder primær- og sekundærsymptomer og den skizofrenes egen oplevelse af sin tilstand som bliver omtalt i et lille afsnit senere.

Parnas (1994) omtaler også fænomenet forstyrrelser i det oplevende "jeg". Her klarlægges det, at under normale omstændigheder i den menneskelige bevidsthed vil egenoplevelsen have en klar fornemmelse af en afgrænsning fra omverdenen og andre mennesker. Det er denne klare afgrænsning, der danner fundamentet og er en forudsætning for alle vore andre oplevelser af os selv, omverdenen og vore

medmennesker. Hos den skizofrene vil denne fornemmelse oftest gå i opløsning.

Stern (2000) beskriver i fornemmelsen af et kerneselv, selv sammen med den anden, at denne væren-sammen-med-en-anden som vi interagerer med, kan opleves på mange måder. Sker det at den skizofrenes selv-fornemmelse går i opløsning, vil denne væren-sammen-med-en-anden kunne give oplevelser af fusion.

Konkret vil det betyde, at den skizofrene har svært ved at beskrive, hvad han oplever. Det vil give egenoplevelser af ikke at eksistere eller oplevelsen af at bestå af usammenhængende dele. En depersonalisering. Ligeledes kan det være med til at give den skizofrene oplevelser af influensfænomener, der defineres ved, at den skizofrene kan opleve, at alt hvad han tænker er offentligt tilgængeligt i radio og fjernsyn, eller at andres tanker presses ind i sit hoved.

Den skizofrenes egen oplevelse af sin tilstand.

Som psykoterapeutisk behandler er det vigtigt at forholde sig til patientens egen subjektive oplevelse af sin tilstand. Det vil afspejle patientens primære behov og være en hjælp til at sætte fokus på nogle af symptomerne.

I det følgende vil jeg kort beskrive de mest karakteristiske egenoplevelser hos den skizofrene generelt. De vil i nogen sammenhænge være en uddybelse af symptomer, der allerede er beskrevet, men vil kunne give en indsigt i og forståelse for, hvad det er vi er vidne til/observerer. Afsnittet er underinddelt i 4 grupper:

Angst.

Den subjektive oplevelse af angst er for det meste altoverskyggende og er nok den som jeg betragter som det væsentligste problem. Jeg har ofte oplevet, at det er skrækken for at opleve angst, der bevirker, at alt mulig andet opstår.

Hvad der så i første omgang giver udslaget til angstopplevelsen kan der jo så filosoferes over.

Oftest er det en angst for at indgå i en relation/kontakt til andre mennesker og omverdenen, der dominerer. Angsten virker handlingslammende, utryghedsskabende, og giver uro og dårlig mulighed for at hvile. Den kan være diffus og kan være henvist til noget bestemt, men alt i alt betragter jeg angstoplevelsen som noget fundamentalt dominerende i den skizofrenes tilstand.

Forstyrrelser i kropsoplevelsen.

Her kan den skizofrene have en forstyrrelse i oplevelsen af sin kropsafgrænsning. Et eksempel kan være at for hvert gangskridt den skizofrene tager får vedkommende en oplevelse af at fødderne flyder ud. Der kan være oplevelser af ikke at kunne mærke sin krop.

En skizofrene kan også have en kropshallusinose, hvilket viser sig ved, at patienten ingen realistisk opfattelse har af sin egen størrelse og kropsomfang. Ekstremiteterne kan synes at vokse eller man kan have en oplevelse af at kunne se igennem den. Kroppen kan syntes fremmed eller uhandgribelig. (Kringlen 1990)

Perceptionsforstyrrelser.

Den skizofrene kan ofte klage over sansemæssige forstyrrelser. Disse kan forekomme på alle sanserne i form af hallucinationer. Den skizofrene kan høre flere stemmer, der er meget tydelige og lette at differentiere. De kan være forskellige karaktertyper, der varierer i deres tilstedeværelse alt efter patientens tilstand. Der kan være synsforstyrrelser som patienten så prøver at afværge på forskellig vis.

Jeg har selv den oplevelse, at den skizofrene ikke kan differentiere alle data, eller samle dem til en helhed, der giver mening. Det kan forstås som et bombement af enkelt detaljer, som det er umuligt at samle. Normalt vil man percipere en helhed (en gestalt), men går helheden i opløsning, vil den skizofrene opleve helheden som et sammensurium af enkelt detaljer.

Kognitive forstyrrelser.

Der kan være en oplevelse af ikke at kunne koncentrere sig, huske, eller tænke. Tidsfornemmelsen kan være væk. Ligesom fornemmelsen for, hvad der sker reelt i virkeligheden eller i det indre liv kan være svært at differentiere. Der kan også være problemer i oplevelsen af tidsbegrebet. Organisering af fortid, nutid og fremtid. Begyndelse, midte eller slutning på et tidsforløb, hvilket vil give problemer med at få oplevelsen af kontinuitet. (Thorgaard og Rosenbaum 1996)

Der kan opstå et problem med at forstå andre eller at kunne udtrykke sig verbalt. Eller der er manglende kontrol med, hvad der bliver sagt p.gr.a hallucinationer. Der kan være en oplevelse af, at tankerne bliver væk (tankestop) eller at de ikke kan kontrolleres og har dermed deres eget liv. (tankemylder).

Følelsesmæssige forstyrrelser.

Den skizofrene kan have en følelse af tomhed, at være levende død, energiforladt og

uden initiativ. Der kan være en oplevelse af at være følelsesforladt, og deprimeret eller forvirrende følelser for andre mennesker.

Ætiologi.

Jeg vil kort gennemgå de forskellige områder, hvor man har forsøgt at finde årsagen til, at der er nogle mennesker, der bliver skizofrene. Der er stor usikkerhed omkring ætiologien og det nærmeste man kommer på en konklusion er, at skizofreni er et sammensat og komplekst sammensurium af mange forskellige årsagssammenhænge, hvor interaktionen på kryds og tværs med ét kan betyde en patologisk udvikling idet belastninger med ét er for store eller har en katalyserende virkning på en prædisposition til skizofreni. Der er intet, der rigtig er specifik nok til at man kan sige, sker dette udvikler vedkommende en skizofreni.

Efterhånden vedkender videnskaben sig et multifaktorielt syn på ætiologien bag skizofreni. Dette betyder, at både biologiske, psykologiske og sociale faktorer kan have en ætiologisk betydning for udvikling af en skizofreni.

Arvelighed.

Der er stadig stor usikkerhed omkring de ætiologiske og patogenetiske forhold ved skizofreni. Dog konstateres det, at både biologiske, psykologiske og sociale forhold har betydning for en eventuel udvikling af skizofreni.

Der hersker enighed om, at ved skizofreni handler det om en udviklingsforstyrrelse, der kan føres tilbage til et tidligt tidspunkt i udviklingen, måske endda tilbage til fostertilstanden. (Psykiatrifonden 1997) I begyndelsen af det 20. århundrede blev der formuleret en såkaldt sårbarheds-stress-model som stadig er den mest brugte ætiologiske model for skizofreni. Den skal betragtes som en hypotese som kun delvist er underbygget.

”...at individet er særligt sårbart overfor bestemte former for belastninger. Hos skizofrene må det formodes, at der kan være tale om en nedarvet eller tidligt erhvervet tilbøjelighed til at udvikle sygdommen. Denne tilbøjelighed kan antages at bestå i en særlig sårbarhed overfor belastninger eller stress-faktorer, der påvirker centralnervesystemet og dermed psyken. Sådanne faktorer kan være fysiske belastninger eller skadelige påvirkninger af hjernen i fostertilstanden, under fødslen eller senere. Og der kan være tale om en særlig sårbarhed overfor psykologiske og sociale begivenheder og stress-fak-

torer såvel i barndommen som senere i livet." (*Psykiatrifonden 1997, s. 16.*)

Den påpeger, at en biologisk arv i form af en genetisk prædisposition er nødvendig, men ikke tilstrækkelig for at udvikle skizofreni. Det som kan være nedarvet er måske tilbøjeligheden til en særlig sårbarhed overfor belastninger eller stress-faktorer, der så påvirker centralnervesystemet og dermed psyken. Og det kan både være biologiske, psykologiske eller sociale belastninger. Det har ikke været muligt i arvelighedsforskningen endnu at påvise, hvad det er der nedarves (*Parnas 1994*).

Det kan konstateres, at den gennemsnitlige risiko for at udvikle skizofreni hos slægtninge til skizofrene stiger jo tættere man er i familie med en skizofren (*Psykiatrifonden 1997*).

I følge Parnas (*1994*) skelner man mellem nødvendige og tilstrækkelige årsager til skizofreni. De nødvendige skal være til stede, men er ikke ensbetydende med, at skizofrenien udvikler sig. Hvorvidt skizofrenien udvikler sig er afhængig af tilstrækkelige genetiske og non-genetiske miljøfaktorer. (*Parnas 1994*)

"Selvom det lykkes nøjagtigt at klarlægge det biologiske substrat for skizofreni, vil man altid forblive konfronteret med den kendsgerning, at de biologiske processer bliver bearbejdet og omformet på et niveau af en personlig oplevelse ved psykiske lidelser. Den medicinske sygdomsmodel er derfor kun brugbar i et begrænset omfang og hovedsaglig ved den ætiologiske forskning" (*Parnas 1994 s. 82*).

Hjernens biokemi.

Det er konstateret, at misbrug af amfetamin og lignende stoffer stimulerer dopaminaktiviteten i hjernen og kan medføre psykose lignende tilstande såsom hallucinationer og vrangforestillinger. Det er også konstateret at antipsykotiske præparater, de såkaldte neuroleptica, har en hæmmende virkning på dopaminaktiviteten i hjernen.

Det er dog ikke påvist, at der konsekvent er for meget dopamin i hjernen hos skizofrene eller at der skulle være et øget antal dopaminreceptorer på neuronerne hos skizofrene.

"Dette tyder på at dopamin på en eller anden måde er relateret til skizofreni, men hvordan - er det i dag vanskeligt at sige, og sammenhængen kan være tilfældig og ikke kausal." (*Kringlen 1990 s. 341.*)

Hjerneforandringer.

Ved forskellige målinger, der kan foretages

på hjerneaktiviteten har man konstateret, at der hos skizofrene er mindre aktivitet i frontallappen og tindingen end hos et rask menneske. Dette er ikke noget specifikt for skizofreni, men kan også konstateres hos depressive.

Hos skizofrene er der fundet let forstørrede hulrum i hjerne og formindskede tindinglapper, især i venstre side sammenlignet med normale. Der er meget der tyder på, at disse forandringer er opstået meget tidligt i personens udvikling måske endda under nervesystemets udvikling i fosterstadiet. Disse observationer er dog usikre og for vage til at de kan bruges til noget. (*Psykiatrifonden 1997*)

Psykologiske faktorer i ætiologien.

Inge Nygaard Pedersen beskriver udfra en cyklisk dynamisk forståelse af psykopatologi vigtigheden af at forbinde en biologisk og en sociologisk forståelse. Samspillet med omverdenen strukturerer den konkrete udformning af disse mønstre.

"...psykologiske og psykopatologiske problemer forstås som værende udviklet gennem selvgenererende destruktive cirkler grundlagt i de første livsspor, men videreudviklet gennem senere og nuværende oplevelses- og handlingsmønstre" (*Inge Nygaard Pedersen 1998 s. 71*).

Opsummering.

Det kan konstateres, at for at udvikle skizofreni skal man være disponeret for det. Hvad der er medvirkende til, at et disponeret menneske bliver skizofren er afhængig af stressfaktorer, der kan bestå af både biologiske, psykologiske og sociale belastninger - et menneskes såkaldte eksistentielle betingelser.

Videnskabsteoretisk indfaldsvinkel.

Der er indenfor psykiatrien en lang tradition for en naturvidenskabelig forståelse af psykiske problemer, psykose og symptomer, og det er min erfaring, at det i dag stadig overvejende er den naturvidenskabelige forståelse, der præger psykosebehandlingen, hvilket caseintroduktionen også perspektiverer. Der er stor forskel på de to paradigmer som eksempelvis den humanistiske- og hermeneutiske videnskab jeg som musikerapeut repræsenterer og den naturvidenskabelige som psykiateren repræsenterer. I det følgende vil jeg give en redegørelse for den naturvidenskabelige og humanistiske / hermeneutiske forståelse af psykose og

symptomer.

Jeg har til denne redegørelse støttet mig til "Medicinsk filosofi" af Wulff, Pedersen og Rosenberg (1997), "Vitenskap og kommunikasjon." af Hjördis Nerheim (1995), samt ladet mig inspirere af Lars Sørensen (1996 s. 24.) skemativering af de to paradigmers modstående holdninger.

Det naturvidenskabelige paradigme.

I det naturvidenskabelige paradigme forstås sygdom traditionelt udfra et biologisk sygdomsbegreb. Sygdom betragtes som en biologisk fejl og deraf kommer udtrykket om at naturvidenskaben benytter en "apparatfejlmodel" i sit arbejde.

Indenfor psykiatrien i dag er synet på eksempelvis skizofrenibegrebet og symptomatologien ikke kun er biologisk, men også psykodynamisk, forstået på den måde, at symptomerne tænkes at interagere inden for en patogenetisk udvikling. Dermed er tanken også at man kan modificere og omforme sygdomsprocesserne. (*Thorgaard og Rosenbaum, 1996*).

Konkret anvender psykiateren i det kliniske arbejde i dag et internationalt diagnosesystem WHO ICD-10, der blev indført i 1994. Systemet består af objektive taksonomier, der er opbygget efter naturvidenskabelige ambitioner i bestræbelsen på at være logisk og udtømmende for data. WHO ICD-10 er ikke baseret på et teoretisk grundlag, men er rent deskriptiv. Det betyder, at en psykisk lidelse defineres udfra sine symptomer, der er patientens kliniske fremtræden, og ikke udfra en ætiologisk tankegang om eventuelle skader og konflikter. For eksempel bliver diagnosen skizofreni anvendt når en række symptomer, især de psykotiske symptomer, er til stede i en måned. Denne nye tilgang betyder at forbigående psykotiske lidelser kan få betegnelsen skizofreni uden samtidig at blive defineret som en svær livslang lidelse. Ved WHO ICD-10's udformning ligger en arbejdsform, der forsøger at forenkle en meget kompliceret kliniske situation. Ved anvendelsen af WHO ICD-10 sker der også en retningsangivelse af forskellige behandlingsmodi for psykiateren.

Udfra den naturvidenskabelige forskning er der igennem årene udviklet forskellige farmaka, hvis antipsykotiske virkning er dokumenteret. Antipsykofarmaka har igennem årene haft en markant indflydelse på psykiatrien. Især i forbindelse med svære sindslidelser som skizofreni. Det er også dokumenteret, at farmakologisk behandling ikke helbreder sygdommen, men kan dæmpe symptomerne og dermed bane vej for psykoterapeutisk, miljømæssige og sociale behandlingstiltag. Samtidig er det dokumenteret,

at den farmakologiske behandling langt fra er tilfredsstillende. Ca. 20% af de skizofrene patienter får det ikke bedre eller kun lidt bedre af antipsykotika (*Psykiatri Fondens Forlag 1997*).

Det er min oplevelse at psykiaterens behandlingstilgang af symptomer fortrinsvis er farmakologisk.

Lars Sørensen (1996) påpeger, at man inden for psykiatrien har en tendens til at opfatte psykoterapi af psykotiske som en tillempet neurose-terapi. Det vil jeg give ham ret i. Jeg har ofte oplevet den holdning, at psykotiske generelt betragtes som uegnede til et psykoterapeutisk behandlingsforløb. En kendt vending er, at man må vente med at tilbyde den psykotiske en psykoterapeutisk behandling indtil patienten er "god" nok. Med andre ord forventes en bestemt adfærd og et bestemt funktionsniveau af patienten. Det er denne case også et eksempel på, idet Karen ikke får tilbuddet om musikterapi før et år og seks måneder efter indlæggelsen. Først blev det forsøgt at stabilisere Karens psykotiske tilstand med forskellige psykofarmaka og NCE (elektrochok), men først da Leponex heller ikke havde nogen mærkbar effekt på Karens psykiske tilstand vælger psykiateren, der er den hovedansvarlige for behandlingen, at forsøge med musikterapi.

På den måde fremgår det med denne case som eksempel, at psykiateren i behandlingen af skizofreni, på trods af sin psykodynamiske holdning anvender WHO ICD-10 udfra en naturvidenskabelig tradition.

Symptomerne observeres, klassificeres og behandles som forstyrrende og afvigende træk, der tilslører patientens eksistentielle væren og som ved hjælp af antipsykofarmaka kan dæmpes. Symptomer anses som værende selvstændige enheder, der kan isoleres fra mennesket som person og menneskets egen oplevelse af symptomerne. Med andre ord kan man sige, at symptomerne betragtes som ekskluderet mennesket. Dermed er der en dimension af symptomerne, der ikke undersøges - nemlig, hvad de er et udtryk for.

Det humanistiske og hermeneutiske paradigme.

Ved en humanistisk hermeneutisk tilgang til psykose og symptomer søges en forståelse af den meningsammenhæng symptomerne eksempelvis hører hjemme i. Dermed sætter en humanistisk/hermeneutisk behandlingstilgang ind på det enkelte menneskes og dets individuelle fænomener som kun lader sig forstå udfra en holistisk perspektivering af patientens liv og eksistensgrundlag.

Behandlingstilgangen baseres dermed på en grundlæggende hypotese om, at vi arbejder med meningsfuldt materiale. I analysen og fortolkningen er der en åbenhed for at integrere ny viden i vores etablerede perspektiv af verden og os selv.

I kommunikationen er det muligt af dele patientens verden og hermed berører jeg den del af hermeneutikken Hjørdis Nerheim definerer som erfaringshermeneutikken, der står for et hermeneutisk-dialogisk-erfaringsbegreb som jeg tilslutter mig.

Erfaringsbegrebet skal forstås sådan, at i for søget på at nærme mig det andet menneskes verden inddrages subjektet i en kommunikativ intersubjektivitet i subjekt-subjekt-dimensionen. I mødet sker en udveksling og udvidelse/udvikling af det erfaringsgrundlag

vi forstår verden og mennesket udfra. Dette kan forklares udfra princippet om den hermeneutiske cirkel.

Hjørdis Nerheim beskriver dette på følgende måde:

”Det er kun gennem bevisstgjøring av fordommen at vi kan gi plass til den nye kunnskap. Den nye sannhet integreres i forståelsen ved å gå veien om fordommen: Det er gjennom fordommen at sannheten får en relevans som slipper den inn i personligheten - selv om resultatet er at fordommen må forandres.” (Hjørdis Nerheim 1995, s. 276)

Med fordomme forstår Hjørdis Nerheim de betingelser som ligger til grund for og bestemmer hvorledes vi umiddelbart forstår patienten og verden.

I denne holdning/betragtning ligger fundamentet for en cyklisk dynamisk forståelse og behandlingstilgang af psykose og symptomer. Dermed lægger jeg op til at ved en psykodynamisk psykoterapeutisk behandling i musikterapi kan patienten arbejde og reorganisere psykose og symptomer indefra og igennem kommunikation og interaktion med et andet menneske opnå en større selvforståelse og helhedsoplevelse af sig selv.

Det humanistiske og hermeneutiske.

Forståelsesbegreb.

Cyklisk dynamisk sygdomsbegreb.

Psykodynamisk behandling.

Subjektivitet.

Forskning: Dokumentérbar.

Kvalitativ.

Systemiske forklaringer.

Cirkularitet.

Inkluderende.

- Hvordan hører dette hjemme her?

Reorganisering.

Det naturvidenskabelige.

Forklaringsbegreb.

Biologisk sygdomsbegreb.

Symptombehandling.

Objektivitet.

Forskning: Reproducerbar.

Kvantitativ.

Årsag - virkning forklaring.

Linearitet.

Ekskluderende.

- Hvordan hører dette ikke hjemme her?

Eksklusion.

Opsamling og oplæg til senere diskussion.

På foregående side har jeg som en opsamling på dette afsnit placeret de forskellige holdninger indenfor de to paradigmer i en skematisk oversigt.

Det er min holdning, at den naturvidenskabelige vinkel er en uundværlig del af sygdomsbegrebet, men at det også er vigtigt at interessere sig for, hvordan patienten oplever sin tilstand og hvad symptomerne kan være et udtryk for.

Der er fordele og ulemper ved begge verdener. Er en psykiatrisk behandling kun baseret på naturvidenskabelig tilgang bliver den snæversynet og rigid og ser ikke andet end diagnosen og symptomerne. I sådanne tilfælde kan jeg frygte, at der også sker en fastlåsnings af forventninger om patientens udviklingsmuligheder.

Er en psykiatrisk behandling modsat kun baseret på en holistisk tilgang kan det beskrivende blive så løst, at der opstår en form for handlingslammelse.

Inden for det psykiatriske behandlingssystem er der stor forskel på, hvor meget behandlingen af den enkelte patient baseres på en tværfaglig klinisk udredning og vurdering eller udveksling af data. Ofte forholdes det sig sådan, at jo sværere psykotisk en patient er, desto færre behandlingstilbud gives der. Dette tror jeg er en misforståelse, der beror på uvidenhed om og stivhed i opfattelsen af hvad en psykosebehandling kan bestå i.

Et helhedsorienteret behandlersyn, hvor de to paradigmer supplerer hinanden, vil efter

min mening imødekomme og kunne inddrage patienten i behandlingen.

Forskellige kliniske udredninger kan supplerer hinanden og kan afdække, belyse og underbygge observationer. Det giver bredde i den kliniske vurdering som behandlingen baseres på, og dermed sikres patientens tarv og udviklingsmuligheder.

Det er min holdning, at en bredere forståelse og behandling af psykiske problemer på sigt vil sikre en større forståelse og bedre behandling af psykiatriske patienter.

Det betyder, at der inden for psykiatrien skal bygges bro mellem to paradigmer, hvor det naturvidenskabelige og det humanistiske / hermeneutiske menneskesyn, med samt disses forståelser af psykiske problemer og forskellige foretrukne forskningsmetoder står som modsætninger.

Hvad musikterapiens integration i psykiatrien angår, er der stadig et stykke vej at gå.

Det forholder sig endnu ikke sådan, at musikterapi er en naturlig del af det tværfaglige team og de forskellige behandlingstilbud en given patient har til rådighed indenfor psykiatrien.

Samtidig er det et faktum, at psykiateren, der er den behandlingsansvarlige, er ”opdraget” indenfor en naturvidenskabelig tradition og tankegang. Dermed er integrationen af musikterapi som repræsentant for en anden videnskabelig tradition afhængig af, hvilken interesse og åbenhed psykiateren har for denne videnskab.

Jeg vil senere diskutere, hvordan - og vigtigheden af - at forholdet mellem de to paradigmer udvikler sig, med fokus på, hvad musikterapien kan gøre i denne sammenhæng

Min tilgang til den musikterapeutiske behandling af Karen.



Indledning

Som jeg tidligere har redegjort for i det videnskabsteoretiske afsnit er det min opfattelse, at symptomer er udtryk for sider af patientens eksistentielle væren. Dermed vil graden af patientens værensforfølelse og fornemmelse af sig selv afspejle sig i symptomernes kvalitet og intensitet. Med udgangspunkt i denne psykodynamiske holdning sættes der, i arbejdet med stærkt jeg-svage / svært psykotiske, fokus på denne patientgruppes manglende værensforfølelse og fornemmelse af sig selv, den autistiske tilbagetrækning til en total isolation og angsten for nærvær.

I det efterfølgende vil tilgangen til en psykoterapeutisk behandling af disse problemstillinger, som Karen er en repræsentant for, blive gennemgået med fokus på musikken som et centralt behandlingsredskab.

Der indledes med nogle psykoterapeutiske betragtninger med reference til filosofien/menneskesynet og mit psykodynamiske syn på sindslidelse og symptomer. Tilsammen danner dette grundlaget for min tilgang til den musikterapeutiske behandling af ovenstående problemstillinger. Derpå kommer en redegørelse for musikterapeutens rolle og musikkens funktion samt min forståelse og definition af overførings- og modoverføringsprocesser.

Psykoterapeutiske forholdemåder og perspektiver.

En psykoterapeutisk behandling med ovenstående fokus vil forsøge at skabe en terapeutisk integration i patienten. Ikke kun sådan, at patienten kan fungere på et ydre socialt plan, men i høj grad sådan, at patienten har en større indre helhedsoplevelse. Ifølge Bruscia en salutogenetisk indstilling. (Bruscia, 1998)

En del af det terapeutiske arbejde ligger i at

imødekomme menneskets ret til at være, ret til at være unik og ret til at udtrykke sig og blive elsket.

Ifølge et psykodynamisk syn synes en bekræftelse af eksistens/ret til at være at have manglet i den tidlige opvækst hos stærkt jeg-svage / svært psykotiske mennesker. (Sørensen 1996).

Med det for øje tager psykoterapien sin begyndelse i etablering af en relation mellem terapeut og patient for at opbygge, bekræfte og støtte patientens værensforfølelse.

Opbygningen af en relation er en dynamisk proces som foregår i en stadig vekselvirkning mellem terapeut og patient. Dette understøttes af Bubers filosofi om at Jeg'ets oplevelse og fornemmelse af et selv sker gennem mødet med et *Du*. Dette understøttes også af Benedetti og hans formulering af psykoterapiens formål med denne patientgruppe.

”At befæste den skizofrenes eksistens er psykoterapiens hemmelighed. Vor bekræftelse virker intrapsykisk integrerende, fordi Jeg'et er en social dannelse og først udformer sig i kommunikative dimensioner.” (Benedetti 1983 s. 35.)

Buber påpeger, at barnet selv helt fra begyndelsen søger mødet og relationen i sin bestræbelse på at styrke sin oplevelse af Jeg'et og dermed med andre ord sin værensforfølelse.

”Allerede på det tidligste, uklareste stade viser denne stræben efter forhold sig. Endnu før nogen enkelthed kan sanses, møder de svage blikke et ubestemt noget i det uforståede rum; og på tidspunkter, hvor der givetvis ikke består noget begær efter næring, griber de bløde, små hænder tilsyneladende formålsløst søgende ud i den tomme luft mod et ubestemt noget.”

(Buber 1992 s. 32.)

Hos stærkt jeg-svage / svært psykotiske er det min forestilling, at disse små hænder ikke har fået tilstrækkelige oplevelser af at blive mødt. De små hænder rækker ud i verden, men oplever ikke hænder, der tager dem i sine.

Relationsopbygningen giver et erfaringsgrundlag der opbygger Jeg-et. Er der en fejlorganisation af relationsopbygningen får barnet svage relationer til omverdenen og dermed et svagt *Jeg*. Bliver barnet ikke mødt og rummet tilstrækkeligt, bliver oplevelsen af kontinuitet ikke funderet. Er barnet opvokset i et belastet miljø med stærkt jeg-svage / svært psykotiske som primærkontakter bliver erfaringsgrundlaget og de eksistentielle betingelser derefter.

Når det drejer sig om at opbygge en relation, giver det derfor mening, at det er psykoterapeutens opgave at tage det første skridt i den interaktive proces, hvilket Benedetti også udtrykker. Den stærkt jeg-svage / svært psykotiske er for svag i sit jeg til at tage initiativ til en sådan proces og det er kun ved at komme patienten i møde og identificere sig med / leve sig ind i vedkommende, at etableringen af en relation vil kunne ske.

Terapeutens personlighed præger terapeutens måde at være til stede på og metode til at intervenere, ligesom situationen påvirkes af, hvilken patient det drejer sig om. Ifølge mit menneskesyn (se forforståelse) er mennesket, patienten og terapeuten unikke og bringer hver sine potentialer og betingelser med ind i terapisessionen.

En reorganisering af en fejlorganiseret relationsopbygning retter den psykoterapeutiske behandling ind på at skabe en terapeutisk integration i patienten. Denne integration af en reorganisering søges ved musikterapeutens evne til at være tilstede både i sin virkelighed og patientens virkelighed. I denne tilstand bevæger terapeuten sig ind i patientens virkelighed og fornemmer kvaliteten af denne ved at fungere som klangbund og skabe samklang.

Om dette skriver Benedetti: "En integration efterstræbes ved hjælp af terapeutens evner til at begive sig ind i den skizofrenes verden, dele patientens symboler, anvende terapeutens kurative fantasier, (såvel som egostøttende dynamiske tolkninger, som vækker de nødvendige psykosyntetiserende muligheder i den psykotiske verden.)"
(Benedetti 1983 s. 42.)

Afstanden mellem de to virkeligheder kan være stor og "rejsen" kan være lang og det

kræver nogle gange, at musikterapeuten har, hvad jeg i dette speciale kalder en *livline*, der holder forbindelsen til egen virkelighed og gør det muligt at finde tilbage. Denne *livline* kan samtidig fungere som en vejviser for patienten. Forbindelsen til den skabes ved samklang og patientens oplevelse af, at musikterapeuten fungerer som klangbund for patientens virkelighed og kan rumme den.

At være sammen med patienten i hans symptomer kræver stor evne til empati og indlevelse. Som Benedetti skriver: "Kun hvis psykoterapeuten kan bevæge sig henimod sin egen individualisation (individuation - Jung) gennem mødet med sin patient, er patienten også i stand til at opbygge en ny verden i et fællesskab med sin psykoterapeutiske partners."
(Benedetti 1983 s. 42.)

I opbygningen af en relation og værensfor-nemmelse kan terapeuten indtage forskellige roller. Med fokus på stærkt jeg-svage / svært psykotiske patienter, vil jeg i det følgende komme ind på terapeutens væsentligste roller og den funktion rollerne har, hvilket jeg mener har stor betydning i opbygningen af en relation og en værensfor-nemmelse med denne patientgruppe.

Inge Nygaard Pedersen (1998), Jos de Backer (1993) og Bent Jensen (2000) fremhæver alle, at i arbejdet med stærkt jeg-svage / svært psykotiske patienter er musikterapeutens rolle og måde at være til stede på af afgørende betydning for at etablere en relation og for at få patienten til at anvende og relatere sig til musik som et udtryksmiddel.

Musikterapeutens rolle og funktion.

I opbygning af en relation og værensforfølelse inviteres patienten af musikterapeuten til et møde og en interaktion. Det er i høj grad musikterapeutens formåen, der afgør mulighederne og begrænsningerne for en interaktion, men også patientens betingelser. Det rum, der er til rådighed for patient og musikterapeut at være sammen i, fornemmes intuitivt før det første ord er sagt eller den første lyd er udtrykt. Der gøres brug af en form for *stiltiende viden*, der kan sammenlignes med intuition.

Carolyn Kenny udtrykker dette på følgende måde: "The human contains all non-verbal cues, which are communicated by the individual in being and acting and are perceived through the intuitive function." (*Carolyn Kenny 1989 s. 75*)

Et vigtigt element i invitationen til et møde og en interaktion er, at musikterapeuten er sensitivt lyttende og kan udholde at blive i denne tilstand sammen med patienten. En sensitivt lyttende tilstand er et udtryk for optimalt nærvær hos musikterapeuten. Sensitivt lyttende er blevet defineret af Inge Nygaard som en lytteattitude, der er et redskab til at indsamle information om patientens tilstand.

Inge Nygaard definerer lytteattitude som en tilstand, hvor man er ekstra meget opmærksom - en tilstand hvor man er særlig lydhør overfor patientens tilstand og samtidig er opmærksom på ikke at invadere patienten. En total åbenhed og modtagelighed for patientens måde at være til stede på, her og nu, og dennes udtryk, uanset hvor fragmenteret eller rudimentært det er (*Pedersen, 1998*).

Det er min oplevelse, at der kan være mangel på sammenhæng /dissociation mellem patientens måde at være til stede på og det følelsesmæssige udtryk. Denne spænding imellem måden at være til stede på og det følelsesmæssige udtryk skal der også lyttes til.

Ved at være sensitivt lyttende og nærværende kan terapeuten opnå, at der opstår et rummende felt, hvor patienten kan få oplevelsen af at være sammen med et andet menneske og at blive mødt, at være og få oplevelsen af at blive holdt eller favnet. (*Pedersen 1998*)

Dette peger på en rummende og holdende funktion hos musikterapeuten.

Ved at musikterapeuten er i en sensitivt lyt-

tende tilstand og samtidig indtager en rummende og holdende funktion, kan musikterapeuten være klangbund for patientens tilstand og eksistentielle væren. Den fornemmes og mærkes samtidig med, at musikterapeuten retter sin opmærksomhed ind på at "stemme sig ind på" dybden og kvaliteten af patientens basale følelser. Dette jævnført med etableringen af en livline og evnen til at være sammen med patienten i hans symptomer.

Musikterapeuten må hele tiden være opmærksom på en eventuel mulighed for, at musikterapeutens og patientens verden kan mødes i en tilstand af medsvingning.

En tilstand af medsvingning kan give oplevelsen af forståelse og medvirke til at skabe tillid. Tillid nok til at en mulighed for dialog kan opstå i form af udveksling af udtryk. Medsvingning fordrer en empatisk rolle, der skal indtages af terapeuten.

Sideløbende skal musikterapeuten hele tiden være opmærksom på at bevare forbindelsen til sin egen virkelighed.

Tilsammen udgør disse faktorer en vigtig del af den situation, der skal til for at bryde den totale isolation og for at en reorganisering af den psykiske struktur hos den jeg-svage kan finde sted. I kraft af lytteattituden bliver musikterapeutens rolle holdende, rummende og støttende, og det er en central måde at være til stede på sammen med patienten. Det samme princip er efter min mening det, der gør sig gældende i en musikalsk improvisation som patient og musikterapeut skaber/udfører sammen. På hvilken måde vil blive uddybet i afsnittet om musikkens funktion. Denne bestemte måde at være til stede på sammen med patienten kræver disciplineret subjektivitet.

Disciplineret subjektivitet defineres af Inge Nygaard Pedersen som: "-At terapeuten reelt kan sanse de svingninger, hun er en del af.

- At terapeuten tager selvansvar for ikke at blive overvældet af de svingninger/følelser/oplevelser, hun er en del af.

-At terapeuten er opmærksom over for og tager ansvar for det felt, hun er en medsvingende del af.

- At terapeuten er forpligtet på kontinuerligt at finde veje til at forstå de processer, der finder sted i det flet, hun er en del af."

(*Pedersen 2000 s. 88*)

Terapeutens rolle kan i processen være aktiv og initiativrig eller tilbageholdende og stabilt afventende. Begge roller er nødvendige og de er efter min mening i en konstant vekselvirkning og afpasses hele tiden situationen og patienten. Det er en balancegang,

hvorvidt det er den ene eller den anden rolle, der skal være mest fremtrædende. Nærvær, lytteattituder, intuition og fornemmelse for timing er vigtige perspektiver og måder at være til stede på sammen med patienten og til vurdering af, hvilken rolle terapeuten også kan eller skal indtage. En for aktiv og og initiativrig rolle kan virke overvældende og decideret truende.

I dialogen med patienten er pauser et vigtigt element. De giver patienten plads og en mulighed for at komme direkte til udtryk. Passivitet skal ikke forstås som manglende nærvær, men derimod som en tavs/stille opmærksomhed, der er rettet ind på patienten og evt signaler, der kommer til udtryk.

Lars Sørensen udtrykker vigtigheden af begge roller på følgende måde:
”Psykoterapeuten skal i sine bestræbelser på at give patienten forståelse og tryghed, være i stand til helhjertet at kunne anvende begge tilgange i sit arbejde” (*Sørensen 1996 s. 163*).

Hos den svært psykotiske er en eksistentiel kontrast mellem et behov for nærhed og et behov for distance. I forsøget på at etablere en relation og imødekomme behovet om nærvær er det nødvendigt, at terapeuten udviser respekt for patientens behov for distance. I behovet for nærhed er der samtidig en angst for nærhed, der udmønter sig i behovet for distance.

Om dette skriver Gabbard:

” The establishment of optimal distance also allows for silence. Some patients maintain a comfortable distance by periodically ”shutting down”, and the therapist must be able to accept this withdrawal as a necessary break from the intensity of their relationship.” (*Gabbard 1994 s. 199*).

Jeg har flere gange i mit samvær med svært psykotiske oplevet et dilemma i adfærden

hos den psykotiske. Dilemmaet består i enten at bruge megen energi og mange kræfter på at holde sammen på sig selv og dermed have en adfærd, der er accepteret af omgivelserne eller at lade psykosen komme til udtryk.

Det påpeger nødvendigheden af en accepterende rolle som noget centralt i opbygningen af en relation med et stærkt jeg-svagt / svært psykotisk menneske. I den accepterende rolle bliver der igen lagt op til en holdende og rummende funktion hos terapeuten i forhold til patientens projektioner af forskellige følelser og oplevelser.

I den accepterende rolle ligger anerkendelsen af patienten som et menneske uden forbehold, og terapeuten stiller ikke krav til patienten om at forandre sig eller opføre sig på en bestemt måde for at blive accepteret. I overensstemmelse hermed skriver Gabbard:

” The therapist must maintain respect for the patient’s need to be ill. No matter how pathological, the illness of schizophrenia represents some form of intrapsychic solution for the patient.” (*Gabbard 1994 s. 201*.)

Den svært psykotiske har som før nævnt en svag jeg-oplevelse og det lægger naturligt op til en jeg-støttende funktion i den psykoterapeutiske behandling. Med andre ord indtager terapeuten en funktion som hjælpe-jeg. I selve behandlingen er det med til at sætte fokus på patientens potentialer. Hjælpe-jeg funktionen er vidtfavnende og er en del af alle de øvrige roller og funktioner som terapeuten indtager. (*Inge Nygaard Pedersen 1998*).

For at imødekomme patientens ret til at være og for at støtte og opbygge patientens værensforfølelse er det vigtigt at give patienten noget med sit nærvær og måde at være til stede på, og at opfylde patientens behov.

Overføring og modoverføring.

I musikterapien er et behov for at definere processerne, der sker i interaktionen. Musikterapeutens forskellige roller og funktioner er sat i gang af det interpersonelle og interaktionen. Den traditionelle definition af overføring og modoverføring er en konsekvens af den hidtidige forventning til terapeuten om at være objektiv. Dette er ikke muligt for musikterapeuter som må vedkende sig, at man som psykoterapeut stiller sin person til rådighed (jævnfør disciplineret subjektivitet omtalt s. 19). Man er bevidst om, at man er subjektiv, men der er et helt bestemt formål med at bruge sin subjektivitet. Man er tilstede for patientens skyld og ikke for sin egen. Det er patientens interesser, der skal arbejdes med.

Til eksempel er musikterapeuten i improvisatoriske duetter en aktiv medspiller. Her består musikterapeutens arbejde i at blive bevidst om, på hvilken måde musikterapeuten indgår i eksempelvis relationsmønstre. (Bonde, Pedersen, Wigram 2001)

I psykoterapeutiske behandlingsformer er overføring og modoverføring essentielle begreber.

Freud var den første til at definere overføring og modoverføring, men begrebernes betydning har ændret sig i takt med med den ændring psykoanalysens teorigrundlag har taget. Jeg vil ikke komme ind på, hvordan definitionen af de enkelte begreber har udviklet sig, men konkludere, at overføring og modoverføring stadig er essentielle kliniske begreber til forståelse af, hvad der sker i den terapeutiske situation. I musikterapi vil det sige både i den verbale og musikalske del af terapien. (Bonde, Pedersen og Wigram 2001)

Jeg betragter overføring og modoverføring som vigtige interaktionsprocesser, der skal defineres bredt nok til at kunne rumme alle former for kommunikation. Mit fokus i overføring og modoverføring er på handling og interaktion. Kun dér kan det enkelte menneskes eksistens få betydning.

Jeg vil i det følgende koncentrere mig om at definere overføring og modoverføring ud fra en musikterapeutisk forståelse.

Overføring.

Det er min holdning, at både patienten og musikterapeuten bidrager til overføringens karakter. Musikterapeuten vil, som det unikke menneske vedkommende er, præge patientens overføringer. Patientens følelser, relationelle erfaringer og

handlingsmønstre vil komme til udtryk i overføringerne. Implicit i overføringsprocessen vil patientens behov komme til udtryk. I forhold til stærkt jeg-svage / svært psykotiske betyder det for eksempel, at overføringen blandt meget andet kan afspejle, hvilke følelser, der opstår ved en allianceopbygning, hvilke mangler og begrænsninger patienten har i at knytte sig til et andet menneske, samt hvilke handlingsmønstre patienten i den forbindelse gør brug af.

Bruscia understøtter denne holdning ved at definere overføring på følgende måde: "A transference occurs whenever the client interacts within the ongoing therapy situation in ways that resemble relationship patterns previously established with significant persons or things in real-life situations from the past. Implicit is a replication in the present of relationship patterns learned in the past and a generalization of these patterns from significant persons or things and real-life situations to the therapist and the therapy situation. Essentially, the client reexperiences in the present the same or similar feelings, conflicts, impulses, drives, and fantasies as she did with significant persons or things in the past while also repeating the same or similar ways of handling and avoiding these feelings, persons, and situations." (Bruscia 1998 s. 18)

Modoverføring.

Jeg betragter modoverføring som et af musikterapeutens redskaber til orientering og noget der ligger til grund for musikterapeutens verbale og musikalske forholdemåder. I mødet med patienten er musikterapeuten opmærksom, empatisk og indtager som før nævnt forskellige roller og funktioner. Samtidig reagerer musikterapeuten personligt på interaktionen og det unikke menneske som patienten er. På den måde repræsenterer modoverføringen både noget fra patienten og fra musikterapeuten. Musikterapeutens opgave er at differentiere det oplevede og her give patienten en mulighed for at internalisere og tage medansvar for eventuelle følelser.

Mary Priestley's definition af modoverføring inddrager musikterapeutens rolle og funktion i form af en disciplineret subjektivitet i sin definition af modoverføring og skelner mellem to former for modoverføring. Empatisk- og komplementær modoverføring. Ved empatisk modoverføring skal forstås de psykologiske fornemmelser musikterapeuten oplever ved en empatisk identifikation med patienten, der opnås gennem sensitiv og

åben følelsesmæssig og kropslige tilstedeværelse.

Komplementær modoverføring er når musikterapeuten ubevidst identificerer sig med en af patientens nære relationer.

Musikterapeuten kan bevidstgøre sig om denne modoverføring ved kontinuerligt at forholde sig til sine egne musikalske - såvel som verbale handlinger (*Bonde, Wigram, Pedersen, 2001*)

Modoverføringen kan være både positivt og negativt befordrende for patientens terapeutiske proces.

Positiv modoverføring.

Definitionen af positiv modoverføring er når musikterapeuten er i stand til at analysere og bearbejde det oplevede og benytter det bevidst til patientens terapeutiske proces i et omfang som patienten oplever det / finder anvendeligt.

Negativ modoverføring.

Definitionen af negativ modoverføring er når musikterapeuten ikke er bevidst om sine reaktioner eller ikke er i stand til at analysere dem.

Negative modoverføringer kan vise sig som ekstreme reaktioner over for patienten eller forholdemåder uden situationsfornemmelse. Der kan også være for lidt distance til patienten, så musikterapeuten bliver oversvømmet af følelser eller bliver energiforladt over længere tid.

Det er vigtigt, at musikterapeuten hele tiden er opmærksom på disse fænomener. En måde at forebygge det på er ved kontinuerligt at observere sig selv og sørge for selv at få dækket basale behov. Desuden kræves regelmæssig supervision, der kan være med til at afdække modoverføringstemaer, der måske kræver bearbejdning.

Modstand.

I den klassiske psykoanalyse defineres modstand som de kræfter i patienten, der ubevidst forsøger at modsætte sig behandlingen. På den måde er det et centralt fænomen, hvor patienten både har et ønske om at blive rask, og samtidig modarbejder egen helbredelse.

I musikterapi er det ofte svært at skelne mellem overføring, modoverføring og modstand. I musikterapi kan modstand eksempelvis udmønte sig i fastholdelse af samme spillestil. (*Bonde, Wigram, Pedersen 2001*)

Musikkens rolle og funktion.

I en traditionel forståelse af psykoterapi er behandlingen centralt en verbal oplevelse, der bygger på den verbale kommunikation som det primære redskab til at opbygge en relation.

Musikterapi er en variation af psykoterapi, hvor musikken i stedet for det verbale er det centrale redskab til at opbygge en relation og arbejde frem mod opstillede psykoterapeutiske målsætninger. Her bruges musikken til at facilitere den interpersonelle proces imellem patient og musikterapeut såvel som den terapeutiske proces i sig selv.

Den musikterapeutiske form kan være både aktiv og receptiv. I den følgende gennemgang af musikkens rolle og funktion er der fokus på den aktive musikterapiform, hvor blandt andet den kliniske improvisation indgår og er en værdifuld metode i den psykoterapeutiske behandling.

I arbejdet med stærkt jeg-svage / svært psykotiske kan den verbale dialog generelt være problematisk. I sådanne tilfælde kan musikken med fordel anvendes. Musikken bliver så i udtalt grad patientens talerør, der udtrykker behov, tilstand og potentialer. Patientens oplevelser i musikken kan lede til udvikling og forandring, og det afspejles i det musikalske udtryk. Præmisserne for dette er, at den musikalske proces sættes lig med den personlige proces for patienten.

Bruscia kalder dette en transformativ musikterapeutisk behandling og skelner mellem to typer, der karakteriseres således:

1. Music as psychotherapy: The therapeutic issue is accessed, worked through, and resolved through creating or listening to music, with no need for or use of verbal discourse.
2. Music-centered psychotherapy: The therapeutic issue is accessed, worked through, and resolved through creating or listening to music; verbal discourse is used to guide, interpret, or enhance the music experience and its relevance to the client and therapeutic process." (*Bruscia 1998, s. 2*)

Den kliniske improvisation.

Den kliniske improvisation skabes spontant og er et musikalsk udtryk, der ikke er komponeret i forvejen og er derfor også et unikt udtryk. Patienten projekterer sig selv ud i den kliniske improvisation og afspejler sine potentialer til udtryk i skabelsen af og responderingen på det musikalske udtryk. Fra musikterapeutens side er der et formål med improvisationen, der hænger sammen med målsætningen og patientens udtrykte

behov.

Den kliniske improvisation skal betragtes som en proces, der er under stadig udvikling.

Den interpersonelle setting, valget af instrument (her regner jeg også stemmen for et instrument), de implicerede og bestemmelse af reference til improvisationen er udslagsgivende/bestemmende for karakteren af overførings- og modoverføringsprocesserne. Dette er også bestemmende for, hvordan patienten projicerer sig ud i musikken.

En referentiel eller ikke-referentiel improvisation.

Den kliniske improvisation kan være referentiel eller ikke-referentiel. Jeg vil i det følgende give den ikke-referentielle improvisation mest opmærksomhed. Det er den, der anvendes mest i behandlingen af stærkt jeg-svage / svært psykotiske patienter og er den jeg har benyttet i casen med Karen, som vil blive gennemgået senere.

En referentiel improvisation.

En referentiel improvisation skabes bevidst for at henvise til noget på forhånd karakteriseret eller defineret uden for musikken. Det kan være en begivenhed, nogle følelser som er verbaliseret i den indledende samtale.

En ikke-referentiel improvisation.

En ikke-referentiel improvisation er en improvisation, der er bygget op omkring lyden/musikken i sig selv. Her søges ikke bevidst at portrættere eller udtrykke noget som helst andet. I overensstemmelse med mit syn på musik og hvilke muligheder musikken giver, vil en ikke-referentiel improvisation både repræsentere, symbolisere og udtrykke fænomener uden for musikken. I den musikalske interaktion vil meningsoplevelsen afledes af relationerne i musikken selv. En ikke-referentiel improvisation har potentialet til at være en rent non-verbal oplevelse. Den behøver ikke at være baseret på en oplevelse, der er verbaliseret i forvejen, men kan dog, uden at det er intentionen, være under indflydelse af den forudgående samtale. Den behøver heller ikke at blive analyseret verbalt for at være terapeutisk, men kan selvfølgelig diskuteres, hvis patienten ønsker det og evner det. (Bruscia 1998.)

På den måde giver den kliniske improvisation patienten en frihed og et rum til at spille sin tilstand spontant med de følelser tilstanden medfører, og improvisationen kan på samme tid afspejle patientens præferencer og behov samt den dynamik og proces, der er igang i situationen nu og her.

Det er ofte problematisk for stærkt jeg-svage / svært psykotiske at sætte ord på deres behov eller problemstillinger fordi de har oprindelse i det præ-verbale. Jeg mener, at musikken er et medie, der er tæt forbundet med denne præ-verbale oplevelsesverden og derfor har let adgang til den. Sætter vi focus på behandlingen af stærkt jeg-svage / svært psykotiske patienter, kan den kliniske improvisation være et medie, hvor patienten giver lyd til sine indre oplevelser, der ofte kan være præget af kaos og angst. Dette bliver uddybet i beskrivelsen af det musikerapeutiske behandlingsforløb med Karen og de tre musikanalyser senere i specialet.

Instrumentvalg.

Følelsen af kaos, frustration eller angst kan være meget pinefuld og fylde meget. I den sammenhæng er det vigtigt at være opmærksom på, at instrumenterne som patienten har til rådighed kan holde fysisk. Patienten skal have muligheden for at give disse følelsers intensitet og dynamik frit løb. Holder instrumentet får patienten en fysisk oplevelse af støtte og rummelighed, der kan have samme virkning som når musikerapeuten rummer patienten. I de fleste tilfælde har patienten ofte oplevet, at omgivelserne ikke kan håndtere og rumme den kaos og angst, som de udtrykker. I troen på, at denne erfaring kan ændres til en positiv oplevelse er det vigtigt, at instrumentet er en god støtte og patientens mulighed for udtryk ikke begrænses. (Backer 1993.)

I udøvelsen af en klinisk improvisation bliver det muligt for patienten konkret at være til stede i udtrykket. Denne oplevelse forstærkes ved at patienten kan høre og mærke sig selv udfolde sig musikalsk. Musikerapeuten og patienten danner med den samlede musik et fælles udtryk, idet der spilles på samme tid. Den kliniske improvisation tilbyder dermed et rum, hvor musikerapeuten og patienten kan være til stede sammen og dog i adskilthed, i en relation uden ord, der opstår gennem den samlede musik i rummet. Dette kan være med til at give patienten en oplevelse af mindre isolation og dermed være medvirkende til brydningen af en ellers total isolation. Sættes dette i forhold til en verbal-relation er musikerapeutens udtryk og patientens udtryk i en sådan adskilt. Dette fremhæver musikken som et redskab, der er særdeles velegnet i arbejdet med patienter, hvor den overordnede målsætning er at bryde den totale isolation og dér opbygge, bekræfte og støtte en *værensforfølelse*.

Inge Nygaard har formuleret, at musikens non-verbale kontekst muliggør "at udtrykke og agere" følelser uden ord. Den kliniske improvisation skaber en ramme, hvor det er muligt at handle, blive mødt og dele uden at skulle forklare eller forsvare sit udtryk. (Inge Nygaard Pedersen 1998.)

Den kliniske improvisation giver dermed mulighed for at afdække patientens tilstand og samtidig kan patienten udfolde sig i et samspil med musikterapeuten. I samspillet vil tilstanden kunne undersøges eksplorativt og åbne op for nye måder at være til stede på og dermed være medvirkende til en reorganisering. I en musikalsk fælles improvisation kan patienten få en oplevelse af at blive hørt og rummet med sit udtryk, som det er. Ved at musikterapeuten akkompagnerer og indrammer patientens musikalske udtryk, vil patienten få en oplevelse af lydhørhed, af at blive mødt og af at være sammen med et andet menneske, der kan acceptere den udtrykte tilstand og rumme den. Dette understøttes i Jos de Backers artikel om "Containment in Music Therapy," hvor han beskriver musikterapeutens rummende rolle på følgende måde:

"He will, as it were, stretch a skin over the patient's experience - an acoustic skin - which binds and shapes the expression of chaos. For the patient this represents a first step; he no longer feels that these confused feelings and his experience of not being understood, are unbearable." (Backer 1993, s. 36)

Den kliniske improvisation i praksis.

I det følgende vil jeg sætte fokus på en setting i den musikterapeutiske behandling, hvor musikterapeuten har besluttet at anvende den ikke-referentielle kliniske improvisation som en metode. Jeg vil yderligere præcisere, at focus er på den kliniske improvisation i behandlingen af stærkt jeg-svage / svært psykotiske patienter, hvor den er et vigtigt redskab i det første skridt i en psykoterapeutisk behandling. (Jvf. Inge Nygaard Pedersen: "En holdende og reorganiserende metode," 1998)

Formålet med den kliniske improvisation er at opnå en reorganisering hos patienten. Bevægelsen frem til en reorganisering mener jeg vil afspejle sig i musikken ved, at det musikalske udtryk vil ændre karakter/ændres i den musikalske form og struktur igennem forløbet.

Dette vil jeg i det følgende undersøge nærmere via en gennemgang af behandlingsforløbet og en grundig musikanalyse.

Det musikterapeutiske behandlingsforløb

I - Introduktion.



Indledning

Med dette afsnit forsættes beskrivelsen af Karens behandlingsforløb, der blev påbegyndt i afsnittet: "Introduktion til case" (s. 7). Der er her fokus på det musikterapeutiske behandlingsforløb, som vil blive gennemgået detaljeret.

Afsnittet tager udgangspunkt i henvisningen til Musikterapiklinikken og en definition af Musikterapiklinikkens formulerede henvisningskriterier og deres formål, samt de opstillede hypoteser for prøveforløbet. Derpå følger en kortfattet beskrivelse af de observationer, der er gjort under prøveforløbet og som er afgørende for identifikation af Karens behov og opstilling af de forskellige målsætninger. Derefter præsenteres rammen for det musikterapeutiske behandlingsforløb der er baseret på ovenstående.

Afsnittet afrundes med en vurdering af Karen efter gældende henvisningskriterier som vil lægge op til senere diskussion.

Karen henvises til musikterapi.

Den faste vagt på afdelingen der fulgte Karen havde observeret, at det havde en beroligende virkning at synge sange for Karen når hun var til forskellige undersøgelser eller var bæltfikseret. Dette kombineret med det store ordmobiliseringsbesvær og den meget svage kontakt til omverdenen medførte en henvisning til musikterapiklinikken med henblik på en nærmere vurdering.

Henvisningskriterier, retningslinier for terapiegnethed.

I det følgende gennemgår jeg henvisningskriterierne som Musikterapiklinikken ved Aalborg Psykiatriske Sygehus anvender til at vurdere om en psykoterapeutisk behandling i musikterapi er relevant for en given patient. Kilden til gennemgangen af henvisningskriterierne er en artikel fra Musikterapiklinikkens årsskrift 2000, "Musikterapi i psykiatrien." Artiklen, "Er musikterapi et relevant behandlingstilbud?" - en dynamisk vurdering, er skrevet af Charlotte Lindvang.

Terapiegnethed.

Musikterapiklinikken lægger vægt på at terapiegnethed ikke kan vurderes ud fra en isoleret bedømmelse af patienten. Det interaktive rum mellem terapeut, patient og musik tillægges stor betydning og opmærksomhed og der er dermed sat fokus på den terapeutiske alliance.

Henvises en patient til individuelt musikterapiforløb bliver terapiegnethed vurderet udfra et prøveforløb på tre til seks sessioner.

Assessment.

Musikterapeuter Indenfor Hospitals Psykiatrien i Danmark, MIHP, har udarbejdet en anvendelig metode til prøveforløbet i form af et assessment i musikterapi med psykiatriske patienter (*se bilag 2*).

Formålet med denne assessment er ikke diagnostisk, men derimod en udredelse af relevansen af et musikterapeutisk behandlingsforløb. I prøveforløbet klarlægges det udfra forskellige spilleoplæg og forholdemåder i interaktion med musikterapeuten, om patienten vil kunne arbejde i og profitere af musikterapi. Der er i den musikterapeutiske assessment fokus på den terapeutiske alliance, mødet og samspillet mellem patient og musikterapeut. Prøveforløbet er dermed en kvalitativ beskrivelse af patienten og dennes samspil med musikterapeuten og ikke en

objektiv test.

Følgende kriterier fungerer som retningslinje i vurderingen af en patients egnethed til musikterapi og anskues i perspektivet af den terapeutiske alliance. For at en patient kan få noget ud af den musikterapeutiske behandling må kriterierne indfris. Den samlede vurdering af prøveforløbet, indordnet følgende kriterier, tydeliggør relevante mål og delmål for behandlingen, samt hvilken strategi og terapeutisk holdning, der bliver aktuel i det terapeutiske forløb for en given patient.

Henvisningskriterierne.

1. kriterium. Krav om evne til kompliant adfærd.

I denne sammenhæng skal kompliant adfærd forstås som et krav til patienten om at overholde praktiske aftaler. Det kræves, at patienten kommer hver gang eller melder afbud og at patienterne møder til tiden.

Dette betragtes som en basal forudsætning for at kunne etablere et terapeutisk forhold og opnå kontinuitet i den terapeutiske proces.

Kompliant adfærd refererer også til musikterapeutens evne til at skabe de rette rammer for terapi.

Motivation for behandling.

Implicit kravet om kompliant adfærd er der i forhold til den behandling der tilbydes en forventning om, at patienten er samarbejdsvillig. I Psykoterapi betyder dette først og fremmest, at patienten er motiveret for psykisk forandring og vækst. Samtidig er det vigtigt at undersøge om patienten er motiveret for brug af musik som medium for en terapeutisk proces. Enten i form af aktiv eller passiv musikterapi.

2. kriterium. Krav om indsigtspotentiale.

I musikterapi bliver der til kravet om indsigtspotentiale hos patienten skelnet mellem to kapaciteter.

1. Det traditionelle psykoterapeutiske krav om verbal refleksion, hvor evnen til at sætte ord på handlinger og oplevelser vurderes.

2. Krav om musikalsk refleksion, hvor evnen til at gøre og handle i musikken vurderes.

I musikterapi kan der arbejdes både med explicit og implicit evne til selvindsigt.

Ved explicit evne til selvindsigt er der tale om en interventionsform, hvor patienten evner at verbalisere om musikken sammen

med musikterapeuten og ad den vej opnår større selvindsigt.

Ved implicit evne til selvindsigt handler det om viden og erfaring, en implicit/tavs viden, der eksisterer og udvikles i interaktionen og relationen mellem musikterapeut og patient. Det antages at denne "relationelle viden" kan indikere muligheden for en psykologisk forandring i form af et positivt udbytte af terapien.

Med den kliniske improvisation har musikterapi et redskab til at føre en non-verbal kommunikation, hvor patientens relationelle viden, selvopfattelse og interaktive mønstre vil tydeliggøre sig. Dermed er det muligt at tilbyde psykoterapeutiske forløb til patienter, der har svært ved at verbalisere deres tanker og oplevelser i forhold til musikken. (*Jævnfør afsnit om "Klinisk improvisation", s. 22*) Musikterapeuten skal i hvert enkelt tilfælde vurdere om musik er et medie, hvor enten refleksion eller relationel viden kan integreres.

3. kriterium. Krav om at der ikke skønnes risiko for malign regression.

Her evalueres patientens evne til at træde ind i et interaktivt rum sammen med musikterapeuten og til at bruge musikken som en støtte og frugtbar katalysator for udvikling af kommunikative ressourcer. Det er samtidig væsentligt at være opmærksom på om patientens patologiske tilstand forværres. Det fremhæves også i dette kriterium, at det ikke nødvendigvis er en forværring af tilstanden, at patienten isolerer sig i musikken. Med meget kontaktsvage og isolerede patienter, der som udgangspunkt er i deres egen verden er det måske netop gennem musikken, de gradvist kan opleve en ikke-truende kontakt med et andet menneske. Ligeledes tillægges det stor opmærksomhed om det er angstprovokerende for patienten at bruge musikken aktivt.

4. kriterium. Krav om evne til at formulere mål for det musikterapeutiske forløb, eller være i stand til at acceptere terapeutens formulering af disse.

En betingelse for den terapeutiske alliance er, at patienten og musikterapeuten kan blive enige om, hvad det er der arbejdes med i terapien. Formulering af mål bliver et resultat af en dynamisk interaktion mellem terapeut og patient.

Målsætningen er udgangspunktet for terapien og et referencepunkt i forløbet af den terapeutiske proces. Målene bliver ofte præciseret og justeret i takt med at processen udvikler sig.

Målsætningen skal være meningsfuld for

både terapeut og patient, og ofte vil brugen af musik indgå i formuleringen.

5. kriterium. Krav om evne til at indgå i en terapeutisk alliance, eller ønske om at arbejde med problemer vedrørende alliance.

Muligheden for at opbygge en positiv alliance bør ikke alene baseres på en vurdering af patientens psykiske problemstilling/patologi og relationelle erfaringer, men også inddrage oplevelser fra det reelle møde der finder sted mellem terapeut og patient. Terapeuten må tillige være åben for at belyse egne bidrag til alliancen og erkende egne modoverføringer og utilstrækkeligheder i samspillet med patienten.

Hos svært forstyrrede patienter er alliance noget, der udvikles over længere tid, og der vil næppe være etableret en alliance i løbet af tre eller seks sessioner. I de situationer er målet for terapien først og fremmest at opbygge en bæredygtig alliance.

Den umiddelbare sympati.

Patientens umiddelbare sympati er afgørende for om det er muligt at etablere en relation og oparbejde en alliance.

Jeg vil give en kort beskrivelse af mit første møde med Karen i forsøget på at illustrere og understrege vigtigheden af en umiddelbar sympati.

Mit første møde med Karen.

Min klinikleder skulle præsentere mig for afdelingen og Karen som den musikterapeut, der skulle varetage den musikterapeutiske behandling. Da Karens kontaktperson præsenterede mig og Karen så mig ind i ansigtet lyste hun op i et stort begejstret smil og gik mig i møde med udstrakt hånd til goddag. Det fik det omkring værende personale til at spørge om vi kendte hinanden i forvejen. Vi havde aldrig truffet hinanden før, men mit første møde med Karen er vigtigt at fremhæve set i lyset af den umiddelbare sympati, der var til stede og som også her var afgørende for starten på et prøveforløb.

Følgende hypotese blev opstillet til undersøgelse i prøveforløbet.

Klinikken har som før nævnt udarbejdet en assessmentmetode (*Se bilag 2*). Det var ikke muligt at gennemføre denne grundet Karens svære tilstand. I stedet opstillede jeg 4 hypoteser, der skulle undersøges i prøveforløbet og som jeg derefter kunne basere min kliniske vurdering på.

1. Er det meningsfuldt for Karen at blive sunget for eller at synge sammen med en anden?

Klinisk metode: Tag en sangmappe og syng forskellige sange for Karen. De skal repræsentere en bred genre. Giv også Karen en sangmappe så hun har mulighed for at følge med eller bare mærke at her er noget vi er fælles om. Dette gøres ved at sikre, at Karen er på samme side i sangmappen, så hun har mulighed for at følge med.

2. Er det meningsfuldt for Karen at blive spillet for eller spille sammen med en anden på lettilgængelige instrumenter?

Klinisk metode: Introducer Karen for instrumenterne og lad først Karen prøve at spille selv. Giv Karen god tid til at "fordøje" indtrykkene af de enkelte instrumenter. Sæt derefter en enkel spilleregulering op. I forhold til klaveret kan dette eksempelvis være: Spil kun på de sorte tangenter på klaveret.

3. Kan Karen deltage i enkle improvisationer, der tager udgangspunkt i stemmelyde? - her primært Karens egne stemmelyde istedet for ord eller kendte melodier.

Klinisk metode: Tag udgangspunkt i Karens egne lyde. Imiter hendes lyde. Forsøg også at nynne frit for Karen.

4. Kan Karen udtrykke noget af det hun ikke er i stand til at udtrykke i ord gennem enkel improvisation med stemme eller lettilgængelige instrumenter?

Klinisk metode: Undersøg, hvor referentiel den kliniske improvisation kan være. Undersøg, hvor avancerede/komplicerede spillereglerne kan være.

Observerede symptomer i prøveforløbet.

I løbet af prøveforløbet observerede jeg at patienten var meget psykotisk, dog med en lille variation i styrke og intensitet. Ligeledes var der et mærkbart manglende fysisk og psykisk nærvær og dermed en manglende oplevelse af sig selv. Jeg sporede ingen tidsfornemmelse eller hukommelse, og patienten virkede meget usamlet. Evnen til at orientere sig i tid og sted var ikke til stede. Desuden var kontakten med omverdenen stærkt nedsat, forstærket af patientens store ordmobiliseringsbesvær.

Ovenstående ser jeg som symptomer på angst for kontakt, forstået i bred betydning. Ikke kun angst for mellem menneskelig kontakt, men også angst for kontakt til omver-

denen. På dette tidspunkt var angsten for kontakt så stor, at det udmøntede sig både fysisk og psykisk i patientens virke. Ifølge rapport fra plejepersonalet blev patienten angst ved berøring. Samtidig oplevede jeg, at patienten af og til var forpint i sin situation.

Opsamling af symptomer.

1. *Psykotisk.*
2. *Nedsat fysisk og psykisk nærvær - nedsat oplevelse af sig selv.*
3. *Ingen hukommelse og tidsfornemmelse.*
4. *Usamlet og uden orienteringsevne.*
5. *Stort ordmobiliseringsbesvær.*
6. *Kontakten med omverdenen stærkt nedsat.*
7. *Angst for kontakt. Både fysisk og psykisk.*
8. *Forpint.*

Identifikation af Karens behov.

I prøveforløbet måtte jeg konstatere, at jeg ikke kunne samtale med Karen om, hvad det indebar at lave en kontrakt om prøveforløb og vi heller ikke kunne samtale om hendes behov.

Altså måtte jeg identificere Karens behov alene, og ligeledes de psykoterapeutiske- og musikterapeutiske målsætninger for det efterfølgende behandlingsforløb. Dette gjorde jeg ved at prøve at sætte mig i hendes sted og samtidig vurdere det ud fra de kliniske observationer jeg havde gjort. Karens behov var altså:

- *at opleve en fornemmelse af sig selv*
- *at opleve en stabilitet i egenoplevelsen*
- *at opleve at være til stede*
- *at opleve sammenhæng og kontinuitet og en bevidsthed om dette*

De overordnede psykoterapeutiske målsætninger:

- *at etablere et fysisk og psykisk rum, hvor Karen kan være til stede.*
- *at bryde isolationen. Herunder fokus på etablering af relation.*
- *at støtte og udvikle værensfornemmelsen.*
- *at støtte og udvikle Karens egenoplevelse.*
- *at støtte og udvikle Karens måde at kommunikere ud i omverdenen på.*

Musikterapeutiske målsætninger:

- *at Karen får tillid til mig som musikterapeut.*

- *at Karen får tillid til musikterapien*
- *at Karen får tillid til musikterapi rummet.*
- *at etablere et rum, hvor Karen kan være.*
- *at fange Karens opmærksomhed og holde denne.*
- *at finde en åbning for en kommunikationsmåde mellem Karen og mig.*
- *at finde Karens udtryksmuligheder og styrke disse.*

Rammen for det musikterapeutiske behandlingsforløb.

Da jeg startede prøveforløbet havde Karen aldrig forladt afdelingen med andre end sin "faste vagt" eller været i stand til at gå til noget fast.

Af den grund, samt Karens tilstand taget i betragtning, blev rammen for den musikterapeutiske behandling følgende:

I begyndelsen af prøveforløbet havde Karen sin kontaktperson med som bisidder ud fra den holdning, at det var vigtigt for Karen at have noget kendt med til noget ukendt.

Prøveforløbet startede ud med en aftale om, at Karen skulle komme i musikterapien sammen med sin kontaktperson en gang om ugen til sessioner af en times varighed. Allede efter første session ændrede jeg rammen for prøveforløbet fra en gang om ugen af en times varighed til to gange om ugen af en halv times varighed og i følge med sin kontaktperson. Dette fordi Karen i første session ikke magtede at være i terapien mere end syv minutter.

Efter sjette session kunne rammen ændres til, at kontaktpersonen fulgte Karen til musikterapien, hvor Karen så var alene med mig i maksimum tredive minutter. Herefter fulgte jeg Karen tilbage til afdelingen.

Klinisk vurdering ud fra gældende henvisningskriterier.

Grundet Karens svære tilstand blev der istedet for seks sessioner aftalt et prøveforløb på tolv sessioner. Herefter skulle der ud fra en kliniske vurdering tages stilling til, hvorvidt Karen var egnet til at forsætte i et længerevarende musikterapeutisk behandlingsforløb.

I det følgende gennemgår jeg hvert enkelt henvisningskriterium for til sidst at lave en samlet klinisk vurdering.

Ad 1. Komplens og motivation.

Karen er ikke i stand til at overholde aftaler eller lave en kontrakt på egen hånd. Den eneste måde, hvorpå Karen kan overholde

aftalen i kontrakten er ved hjælp af sin kontaktperson, der så at sige må huske for Karen og også følge hende til musikterapien. Karen kan ikke selv udtrykke sine forventninger til terapien.

Motivationen kommer til udtryk non-verbalt ved, at hun godt vil synge sange og kan sige fra enten non-verbalt ved at lukke sangmappen og rejse sig eller ved at sige: "Ka' ikk' mer' nu."

Ad 2. Indsigtspotentiale.

Det er på nuværende tidspunkt ikke muligt at vurdere om Karen evner musikalsk selvindsigt.

Verbalt er der ingen mulighed grundet patientens store ordmobiliseringsbesvær, manglende bevidsthed og hukommelse. Det drejer sig først og fremmest om at få nye implicite relationelle erfaringer.

Ad 3. Malign regression.

Der skal være opmærksomhed på at det er angstprovokerende for patienten at være sammen med et andet menneske og der derfor er fare for, at den psykiske smerte øges.

Ad 4. Formulering af mål.

Patienten er hverken i stand til at formulere mål eller at godkende formulerede målsætninger af mig.

Ad 5. Terapeutisk alliance.

Karen har tilsyneladende en umiddelbar sympati for mig som person og kan acceptere, at vi synger sange sammen.

I 8. session vurderer jeg udelukkende udfra musikalske parametre, at en terapeutisk alliance er etableret.

Det er i prøveforløbet ikke muligt at afprøve forskellige metoder. Dette fordi jeg fornemmer, at det ville være for provokerende og angstskabende.

Karen har en eneste gang deltaget i en klinisk improvisation og ellers ikke vist interesse for instrumenterne i rummet. I denne ene kliniske improvisation var det muligt at præsentere Karen for helt enkle spilleregler og indgå i den kliniske improvisation. Hun reagerede klart på, hvordan jeg spillede.

Muligheden for en personlige relation kan undersøges, men forsigtigt og med stor opmærksomhed på, at timingen til gradvist at tydeliggøre/synliggøre mig. I forhold til denne case stilles der store krav til mig som musikterapeut om at kunne udholde tavshed og inaktivitet og jeg fornemmer, at jeg i mit nærvær skal afbalancere, hvor pågående jeg er. Med andre ord skal jeg være i stand til at være tilstede uden at forvente, at jeg er sammen med Karen, men kun er i samme rum. Jeg må være i stand til at rumme hendes

store angst og psykiske smerte.

Samlet klinisk vurdering.

Det påpeges under redegørelsen for de gældende henvisningskriterier, at de skal indfris hvis patienten skal formodes at få noget ud af den musikterapeutiske behandling. Karen indfrier ikke samtlige henvisningskriterier, og var prøveforløbet længde ikke blevet fordoblet var ingen af dem blevet indfriet. Karen måtte da betragtes som ikke-egnet til et længere varende musikterapeutisk behandlingsforløb.

Efter tolv sessioner kan Karen, kun med støtte fra plejepersonalet, indfri første kriterium. Anden, tredje og fjerde kriterium er enten ikke muligt at vurdere eller også indfris de ikke.

Femte kriterium vurderer jeg udfra musikalske parametre at være indfriet, men der er mange forbehold. I de gældende henvisningskriterier påpeges det også, at der er fokus på den terapeutiske alliance, mødet og samspillet mellem patient og musikterapeut. Med dette i mente vurderede jeg, at det er værd at forsøge med et længerevarende musikterapeutisk behandlingsforløb.

Det centrale mål for terapien er fortsat at udvikle tilliden til musikterapeuten og i den terapeutiske proces fortsætte opbygningen af den terapeutiske alliance. Processen vil være karakteriseret som første skridt i en psykoterapeutisk behandling. (*Jvf. Inge Nygaard Pedersens definition af en holdende og reorganiserende metode, 1998.*)

Basalt vil det terapeutiske arbejde gå ud på at støtte patientens evne til at indgå i en relation og få oplevelsen af at være, blive set, hørt og kommunikeret med. Der vil være fokus på at øge patientens mod til at dele fremfor at isolere sig.

Generelle overvejelser.

Karens svære tilstand førte til nogle generelle overvejelser omkring eksisterende henvisningskriterier og patienter fra denne kategori. Det rejste spørgsmål som: Hvad indebærer det at lave en kontrakt om et prøveforløb med patienter fra denne kategori?

Dette vil jeg tage op til diskussion senere i specialet.

Det musikterapeutiske behandlingsforløb

II - Beskrivelse.



Musikterapisessionernes opdeling

Den del af den musikterapeutiske behandling som specialet tager udgangspunkt i, består af 32 sessioner, der strækker sig fra august til december 2000.

For at kunne få et overblik over sessionerne har jeg lavet en grafisk oversigt (se bilag nr. 3) til at anskueliggøre, hvad der sker af udviklingsprocesser og hvilken retning bevægelsen tager. Behandlingsforløbet er blevet inddelt i fem faser. Hver fase har fået en overskrift, der fortæller essensen af bevægelsen.

Fasebeskrivelse af det musikterapeutiske behandlingsforløb.

Hver fasebeskrivelse indleder med et afsnit om den kliniske metode, der blev anvendt i musikterapien. Derpå følger et afsnit af de observationer jeg gjorde mig.

Til hver enkelt fase er der tilknyttet et musikeksempel til at belyse fasen og Karens udvikling. (Bilag nr. II CD, spor 1-8). De enkelte musikeksempler bliver kort præsenteret. Til sidst er en analyse og konklusion af observationerne.

Til hver enkel fase har jeg så vidt det var muligt tilføjet et citat fra lægejournalen der giver en beskrivelse af, hvordan det øvrige team oplevede Karen i denne periode.

Overgangen mellem en fase til en anden bliver beskrevet med en kort essens af Karens udviklingsproces.

1. fase: Bevægelse mod alliance. (1 - 7 session.)

Klinisk metode.

Jeg tog udgangspunkt i afdelingens observation af, at det havde en beroligende virkning at synge sange for Karen. Denne metode

brugte jeg først og fremmest i intentionen om, at Karen kunne finde tryghed og få tillid til mig, terapien og rummet og dernæst for at undersøge den første opstillede hypotese. (se s. 27) Afdelingen som Karen lå på, har lavet nogle sangmapper til brug ved fællessang. De indeholder alle mulige forskellige sange i meget forskellige genrer (se bilag nr. 4). I terapien brugte jeg disse sangmapper som udgangspunkt for hvilke sange Karen og jeg kunne synge sammen.

I terapien sang jeg altid den enkelte sang korrekt musikalsk. Det vil sige, at tempoet og pulsen i sangen er stabilt. I femte session begyndte jeg konsekvent at give lyd til pulsen i sangen ved at klappe pulsen let med min hånd mod mit lår. Dette for yderligere at tydeliggøre pulsen som et holdende og støttende element i musikken.

I kraft af versene afspejler sangen en klar opbygning, der gentager melodiske forløb, former og strukturer, som dermed bliver forudsigelige og genkendelige. Ud fra disse elementer vil sangen formidle tryghed og stimulere sanserne til oplevelse af form og struktur.

Ved hver session startede vi forfra i sangmappen. Dette for at bevare en genkendelig form og struktur i sessionen som helhed og i intentionen om at dette også kunne formidle tryghed og dermed være med til at skabe tillid til rummet, terapien og mig. Jeg læste som regel titlen op, sagde en smule til hver sang. En gang imellem stillede jeg Karen enkelte spørgsmål om forskelligt i forhold til den enkelte sang. For eksempel om hun kendte sangen og hvorfra hun kendte den. I syvende session blev Karen fulgt til musikterapien af sin kontaktperson og jeg fulgte hende tilbage til afdelingen efter endt session.

Observationer.

Karen har ikke rigtig noget sprog. Genkendeligheden i ordenes udtale er som regel

meget lille, nærmest uforståelig med en lille variation både til det bedre og til det værre. I begyndelsen svarer hun ofte på spørgsmål ved brug af kropssprog. Enten ved at nikke eller ryste på hovedet. I løbet af sangen siger Karen nogle gange enkelte ord og sætninger, der er forståelige. Disse står alene og mangler sammenhæng.

Oftentimes synger Karen mumlende, dynamisk monotont og meget svagt. Melodien er ugenkendelig. De forskellige sange synges stort set på samme tone og har en messende karakter. Der synges uden pauser, bortset fra når Karen trækker vejret. Karen synger aldrig i samme toneart som mig. Vi har altså ikke fælles grundtone. Når Karen spontant selv begynder på en sang afstemmer jeg mig efter hende.

Karen lægger ikke altid mærke til om eller hvornår jeg er færdig med sangen. Heller ikke når hun selv stopper.

I starten af denne fase viser Karen ikke meget initiativ til valg af sang. Det er mig, der tager initiativ. Senere i fasen oplever jeg, at hun vælger en sang ved blot at starte med at synge den eller sige et nummer.

Hukommelsen er så mangelfuld, at to sekunder efter afslutningen af en sang kan hun ikke huske, at vi har sunget den.

I syvende session kunne Karen være i terapirummet sammen med mig alene i 30 minutter, hvilket er sessionens maksimumslængde.

Musikeksempel fra denne fase (spor 1)

Et eksempel på ovenstående observationer er første musikeksempel, der er fra 6. session.

Karen starter ud med at synge alene. Jeg kommer ind til sidst i eksemplet, nynnende. Hun stopper med at synge kort efter at jeg er kommet ind.

Intentionen med min nynnen er at afstemme mig Karens udtryk, ved at imitere og matche hendes lyd. Det er ikke nogen bestemt sang Karen synger. Da vi i sangmappen kommer til anden side af indholdsfortegnelsen bryder Karen ud i spontan sang.

(se bilag 4)

Analyse og konklusion af observationer.

Jeg konkluderer, at Karen har accepteret min tilstedeværelse, rummet og sangen ud fra den observation, at Karen kan udholde at være i musikterapien i gennemsnitlig tyve minutter ad gangen og fordi hun i syvende session også kunne være i terapi uden sin kontaktpersons tilstedeværelse og uden at dette påvirkede sessionens varighed.

Derimod oplever jeg at hun befinder sig i sin egen verden, ved siden af min verden. De to verdener overlapper ikke hinanden, men befinder sig i et fælles rum, musiktera-

pien stiller til rådighed. Dette konkluderer jeg ud fra det faktum, at Karen ikke afstemmer tonearten efter mig, men derimod bliver i sin, og heller ikke lægger mærke til hvornår jeg er færdig med sangen eller om jeg ikke er færdig når hun selv stopper.

Af og til mødes enkelte toner fra hver vores verden tilfældigt. Dette tror jeg er medvirkende til at de to verdener kan banke på hos hinanden på en blid og lempelig måde.

Jeg konkluderer ud fra observationen, at Karen synger uden pauser og fornemmelse for sangens form og struktur, at Karens indre oplevelse af form og struktur er mangelfuld eller slet ikke til stede. Karens mangelfulde sprog fortolker jeg også som et udtryk for stærkt nedsat oplevelse af form og struktur. Lydene / ordene samler sig ikke i former og strukturer og giver mening.

Den mangelfulde pulsforfølelse viser, at Karen ikke har noget hun kan støtte og holde sig til, der er stabilt. Ved at der ingen form og struktur er, konkluderer jeg, at Karens indre oplevelse er kaotisk og at der er en manglende bevidsthed omkring noget værende.

Det monotone og udynamiske i Karens sang leder tankerne hen imod manglende evne til at give og tage plads, samt manglende indlevelse og fleksibilitet. Meget naturligt eftersom Karen tilsyneladende ikke har et indre holdepunkt at støtte sig til.

Observationer af min egen adfærd:

Jeg har op til flere gange taget mig selv i at have en stemmeføring som talte jeg med et barn. Normalt er min stemme mørk i klangkvaliteten, men sammen med Karen tager den ofte spontant en lys karakter. Det samme gør sig gældende når jeg synger. Jeg kunne i princippet lige så godt have sunget til et barn, der vugges til ro.

Situationen som helhed giver mig associationer om et spædbarn, der skal tilbydes en favn, hvor det kan vugges og finde tryk og falde til ro, for at kunne vokse psykisk.

Lægejournalen skriver:

"Pt. var på et tidspunkt i går noget højtråbende og kommanderende, men man fandt hende også produktivt psykotisk med symptomer i form af hørehallucinationer. Her til morgen sang hun godt med ved morgensang, men de ord og sætninger, hun kommer med, er for det meste uforståelige og en form for ordsalat."

Essens: En bevægelse fra "out of tune til in tune". Alliance. Tillid etableret.

2. fase: Alliance. Tillid etableret. (8 - 10 session.)

Klinisk metode.

Formen og strukturen af sessionen er i anden fase stort set den samme som i første fase. Vi synger fortsat sange fra sangmappen. Denne kliniske metode og intentionen med den er i anden fase den samme som i første fase.

Af hensyn til ovenstående opstillede forholdsregler blev sessionens form og struktur gradvist ændret. Jeg startede altid ud med det velkendte i at synge forskellige sange og introducerede først noget nyt i sidste halvdel af sessionen.

I 10. session introducerede jeg som noget nyt Karen til instrumenterne i terapirummet. Dette i intentionen om at give Karen mulighed for at have en mere aktiv rolle i interaktionen. På denne måde ville Karen få en mulighed for ordløst at give udtryk for sin tilstand og fører en ordløs dialog. For musikterapeuten ville der være mulighed for at arbejde aktivt med interaktionsprocesser i musikken. Dette i intentionen om at undersøge den opstillede hypotese.

I introduktionen til instrumenterne gik vi fra instrument til instrument og jeg præsenterede både instrumenterne verbalt og lydligt ved at frembringe klange/lyd på dem. Undervejs tilbød jeg løbende Karen selv at frembringe lyd på instrumenterne. Viste Karen særlig interesse for et instrument gik jeg et trin videre og introducerede en enkel spilleregul og muligheden for, at vi kunne spille på samme tid og sammen på hver vores instrument.

Observationer.

Der er generelt mere genkendelighed i ordenes udtale, men ordene synges uden stød og giver dermed en manglende dynamik til sangens udtryk. Der er stadig sekvenser i sangen, hvor genkendeligheden af ordenes udtale er begrænset.

Der føres ingen verbal samtale. Karen besvarer stort set spørgsmål på samme måde som omtalt i 1. fase.

I 8. session afstemmer Karen en tone efter min i nogle af melodierne. I 10. session afstemmer Karen tonearten efter mig. Generelt anvender Karen et begrænset udvalg af forskellige toner, og altid toner der ligger tæt omkring hinanden. På den måde er den enkelte melodis genkendelighed begrænset, og det bevirker en vis monoton i måden at synge på, og gør at det dynamiske udtryk bliver svagt.

Karen følger den angivne puls kort tid ad gangen, hvorefter hun glider ud og synger "non stop" igen. På samme måde laver

Karen af og til ophold mellem versene, men aldrig konsekvent.

Nogle få gange lægger Karen mærke til, at hun eksempelvis slutter før mig. Her forsøger hun så at falde ind, der hvor jeg er i sangen, men det lykkes ikke rigtig. I løbet af sangen har Karen ingen opmærksomhed på om vi følges ad.

Karen kan ikke huske hvilke sange vi har sunget i løbet af sessionen og kan heller ikke finde tilbage til afdelingen efter endt session.

Under introduktionen til instrumenterne er Karen forundret over og imponeret af, at hun selv kan frembringe lyde på instrumenterne.

Af de introducerede instrumenter spiller Karen særligt længe på keyboardet. Hun forstår en enkel spilleregul, og begynder straks at spille mens jeg forsat introducerer til spilleregul og hvad jeg vil spille på. Hun afventer ikke et tegn til, hvornår hun kan begynde. Improvisationen varer med introduktion 1:37 minutter. Jeg spiller på metalofon.

For hver tone Karen spiller på keyboardet skifter hun stort set kontinuerligt mellem højre og venstre hånd. Hun spiller abrupt og uden puls, og bruger et meget begrænset toneområde på keyboardet. Under improvisationen bliver Karen hurtigt påvirket af det længere interval der er mellem mine anslag på metalafonen, og sænker sit tempo. Karens anslag bliver i løbet af improvisationen gradvist mere regelmæssige uden dog på noget tidspunkt at være helt regelmæssige. Efter improvisationen virker Karen berørt af situationen, men hun smiler og bekræfter at hun gerne vil prøve at spille igen en anden dag.

Jeg laver framework ved at spille to toner på en gang og med interval. På den måde bliver Karen melodispilleren.

På nuværende tidspunkt er der stabilitet i, hvor lang tid hun magter at være i terapien. Det har ikke på noget tidspunkt været under 20 minutter.

Musikseksempler fra denne fase (spor 2)

Sangen "Lille sky gik morgentur" fra 8. session. Jeg starter med at synge sangen, hvorefter Karen kommer ind på ordet himmel og synger det ord på samme tone som mig. Her fremgår det tydeligt, at Karen afstemmer sin tone efter min. Karen følger også mit anviste tempo et kort stykke tid og holder de angivne pauser i melodien, hvorpå hun glider ud og synger i et meget hurtigere tempo end mig og i det øjeblik også mister fornemmelsen for melodis form og struktur. Karen holder kun pause, når hun skal trække

vejret. Det fremgår også i dette eksempel, at der er genkendelighed i ordenes udtale, men at det dynamiske udtryk er svagt, både hvad udtale af ordene angår og i melodien som helhed. I slutningen af sangen kan man høre, at Karen lægger mærke til, at jeg ikke er færdig og derfor prøver at gentage noget af sidste vers for at afstemme, hvornår jeg slutter sangen.

Improvisation fra 10. session (spor 3)

Det fremgår af dette eksempel, at Karen hurtigt lader sig påvirke af det længere interval der er mellem mine anslag på metalafonen og sænker sit tempo. Ligeledes er det hørbart, at hun bliver mere regelmæssig i sine anslag.

Analyse og konklusion af observationer.

Jeg har opbygget en alliance med Karen, og at der er et spirende nærvær i samværet med mig kan ses af det faktum, at hun er begyndt at afstemme toner efter mig. Dermed viser hun, at hun hører mig og registrerer, hvor jeg befinder mig på et bevidst eller ubevidst plan.

Karen viser også spirende nærvær ved at kunne følge angivet puls og tempo et kort stykke tid, samt ved at hun er begyndt at lægge mærke til, at der er divergens i hvor langt vi hver især er nået i den pågældende sang.

Der er en spirende fornemmelse af form og struktur, hvilket afspejles ved at Karen begynder at synge med ophold mellem versene. Dette forbinder jeg med en spirende fornemmelse af en indre form og struktur og en begyndende fornemmelse af at være. Både ved sang og i improvisationen udviser Karen et begrænset tonebrug, hvilket leder mine tanker hen imod et råderum, der er meget begrænset. Enten på grund af manglende evne til at udvide det eller på grund af et rigidt handlemønster. Dette udtryk forstærkes yderligt ved den monotone og uddynamiske måde at synge og spille på. Dette vidner om, at Karen heller ingen orienteringsevne har.

Karen udviser lidt åbenhed og motivation ved at indvillige i at prøve forskellige instrumenter og indgå i en improvisation. Hun viser også lidt åbenhed overfor at ville være sammen med andre mennesker ved musikalsk at nærme sig mit valg af toneart, rytme og tempo. Dermed konkluderer jeg, at hun ikke grundlæggende nærer noget ønske om total isolation, men måske nærmere nærer et ubevidst ønske om nærhed.

I musikken ses det især i improvisationen, hvor hun meget let påvirkes af mit tempo og ubevidst forsøger at afstemme sit tempo efter mit.

Jeg vurderer, at Karen kan indgå i enkle improvisationer og der give udtryk til sin tilstand. Hun virker motiveret for denne arbejdsform i og med at hun smiler og bekræfter, at hun gerne vil prøve igen.

Lægejournalen skriver:

"Vågen, klar og orienteret, men usamlet. God formel, men en yderst skrøbelig emotional kontakt. Let trist, men ikke egentligt forsænket stemningsleje. Huser paranoide forestillinger og er tidvist hørehallucineret. Uændret begrænset sygdomserkendelse."

Essens: En bevægelse fra manglende nærvær til begyndende nærvær.

3. fase: Klientens bevægelse fra ubevidsthed mod bevidsthed. Præverbalt stadie. (11. session - 19. session.)

Klinisk metode.

I 2. fase viste Karen, at hun kunne forstå enkle improvisationsregler og magte at indgå i en mere aktiv musikalsk interaktion. I kraft af den etablerede tillid og tryghed til rummet og mig i 2. fase er det nu muligt at indføre en lille ændring af terapiens form og struktur, hvor jeg kan gøre mere brug af den kliniske improvisation som metode. Jeg indleder fortsat sessionen med det velkendte i at synge sange fra sangmappen. Stadig ud fra holdningen om, at det velkendte giver tryghed og dermed vil medvirke til at bibeholde den etablerede tillid og tryghed til rummet, terapien og mig. Metoden med at sidde og synge sange sammen bliver i terapien nu brugt som en tryk base vi vender os imod, hvis Karens følelse af utryghed bliver for stor. På den måde bliver den kliniske improvisation det sted i terapien, hvor Karen udforsker, støttes og udfordres i samspil og interaktion med mig.

Karen valgte klaveret som sit instrument og jeg valgte det andet klaver som mit. At jeg også valgte klaveret er der flere grunde til. I forhold til hvilke funktioner og roller jeg skulle indtage undervejs, var det vigtigt at vælge et instrument, der kunne måle sig med patientens. Klaveret er et meget dominerende og kraftfuldt instrument, der har mange anvendelsesmuligheder. Jeg syntes i dette tilfælde, at det var vigtigt at have et instrument til rådighed, hvor jeg både kunne spille rytme og melodi. Desuden er klaveret mit primære instrument og det jeg bedst behersker, og dermed føler mig mest tryk ved at bruge som musikterapeut.

Ved at inddrage den kliniske improvisation som en metode, blev det muligt aktivt at arbejde med Karens definerede behov. På grund af Karens ordmobiliseringsbesvær blev den kliniske improvisation jeg gjorde brug af, en *ikke-referentiel improvisation*, og jeg skiftede mellem to enkle spilleregler, der lyder således:

1. *Spil på de sorte tangenter.*
2. *Spil på de hvide tangenter.*

Jeg fortalte Karen, at hun gerne måtte spille på alle de sorte tangenter på klaveret og bruge begge hænder. Jeg gjorde det også klart for Karen, at jeg ville spille på samme tid og sammen med hende på det andet klaver. Det klaver jeg spillede på, stod i en ret vinkel op til hendes klaver, hvilket gjorde at vi sad ret tæt. Min opgave på det andet klaver var at skabe en ramme som Karens melodispil kunne bevæge sig frit indenfor. Det som jeg lagde vægt på i mit musikalske udtryk, var at det var enkelt, rummende, og introducere en fast pulsforfølelse.

Observationer.

Karen synger nu ordene med genkendelighed, men kan godt komme til at bytte om på ordenes rækkefølge eller springe nogle ord over. Hun synger fortsat mest ordene uden stød og dynamikken er også stadig svag. Der er større genkendelighed på melodien. Specielt i de sange som hun kender rigtig godt. Her kan som eksempel nævnes ”Jeg ved en lærkerede” og ”Jeg vil male dagen blå”. Starter Karen selv på en melodi er melodisikkerheden begrænset og det kan da fortsat være svært at genkende melodien. Det er svært at vurdere om der egentlig er sket nogen forandring i toneomfang. Generelt er dynamikken svag, men der er en spirende nuanceforskil i sangens styrke af de enkelte toner, der bevirker at det dynamiske udtryk som helhed begynder at indfinde sig.

Karen er nu opmærksom på, hvordan melodians puls og rytme er, og kan gengive den/dem, ligesom hun nu også langt det meste af tiden laver ophold mellem de enkelte vers. Karen er mere opmærksom på, hvordan jeg synger sangen og hvor jeg er i sangen. Oftest er der lidt forsinkelse på i både melodi og sangtekst. Afstemmer nu konsekvent tonearten efter mig.

Kan nu mere opfordres til at vælge en sang og kan også spontant selv vælge en.

I 14. session kan Karen for første gang huske noget af det vi har lavet i terapien indtil nu. Det første hun husker er, at vi har spillet på klaver. Ellers er Karens hukommelse fortsat præget af manglende kontinu-

itet. Nogle gange kan hun huske, hvad vi lige har sunget -andre gange ikke. Hun begynder så småt at kunne genfortælle brudstykker fra sin hverdag, men der er ingen kontinuitet i det. Hun fortæller med korte sætninger bestående af gennemsnitligt 3-5 ord.

Improvisationen:

I improvisationerne spiller Karen som udgangspunkt generelt meget abrupt, hendes tonevalg er meget tilfældigt og uden melodi eller struktur, og det dynamiske udsving er meget lille. Karen spiller med skiftevis højre og venstre hånd. Jeg oplever ingen kontakt og dialog i musikken. Sådan går det helt frem til 19. session, hvor der undervejs i improvisationen sker noget, der skiller denne ud fra de øvrige. Til følgende beskrivelse kan med fordel ses på *bilag 5*, der er en grafisk notation af improvisationen.

Udgangspunktet for Karens musikalske udtryk er det samme som i de tidligere improvisationer og sådan er det i lang tid. Jeg spiller en ramme som Karens udtryk kan bevæge sig indenfor, men øger samtidig styrken og intensiteten i det musikalske udtryk. Det bevirker, at Karen langsomt spiller mere og mere enkelt, men dog fortsat tilfældigt. Ca. halvvejs i improvisationen slipper jeg den dominerende struktur af musikken og laver en åbning. For første gang responderer Karen på det og vi har på et tidspunkt en dialog omkring et par enkelte toner. Herefter spiller og tager Karen for første gang initiativ til at spille en struktur i form af en meget regelmæssig puls.

Karen anslår en masse toner med begge hænder på samme tid. Denne regelmæssige puls holder hun stabilt i halvandet minut og hun lader sig ikke afvige af mit melodiske spil som giver improvisationen et homogent udtryk her til slut.

Efter improvisationen har Karen et meget glat ansigtsudtryk i modsætning til et ellers lidt forpint og forknyt udtryk. Hun virker lettet og sukker dybt og afslappet.

Musik eksempler til denne fase (spor 4)

”Jeg ved en lærkerede” fra 14. session. I dette musik eksempel kan man høre, hvordan Karen synger ordene og melodien med større genkendelighed. Det fremgår også at Karen ofte synger med lidt forsinkelse i forhold til mig.

Improvisationen fra 19. session (spor 5)
Hvad der skal lyttes efter er beskrevet under ”improvisationen”.

Begge disse musikseksempler indgår i en næranalyse senere i specialet.

Analyse og konklusion af observationer.
Fornemmelsen for form og struktur i sangen er større og det afspejler sig ved at Karen nu stort set kan gengive melodien puls og rytme ligesom hun det meste af tiden også laver ophold mellem de enkelte vers. Sammenholdt med udviklingen i den 19. improvisation, hvor Karen på eget initiativ selv begynder at spille en struktur i form af en regelmæssig puls og kan holde den uden støtte i halvandet minut, vurderer jeg at Karen på nuværende tidspunkt har fået forbindelse til en større indre stabilitet og egenoplevelse.

Med andre ord er der sket en reorganisering af en kaotisk oplevelse med manglende bevidsthed om noget *værende*, til en indre stabilitet og egenoplevelse, samt til en bevidsthed om *et værende* på et præverbalt stadie.

Det giver mening i sammenholdningen med Karens kropslige reaktion efter improvisationen, hvor hun sukker og ser meget lettet ud. I musikken fik Karen en let kontakt med sig selv og mig. En begyndende kontakt og kommunikation på et præverbalt stadie. Karen skal dog fortsat støttes meget for at bibeholde denne forbindelse.

Karen begynder at kunne huske brudstykker af sin hverdag og kan også huske, hvad vi har lavet i musikterapien. Dette tyder på, at der også i de daglige begivenheder begynder at være en strukturoplevelse for Karen.

Lægejournalen skriver:

”Meget råbende og udskældende periodisk, antagelig på psykotisk vis. Det går vældig fint med hjemmebesøg, og at de gerne vil havde udvidet det lidt.”

Essens: En bevægelse fra ingen strukturoplevelse i sig selv til strukturoplevelse i sig selv.

En bevægelse fra ubevidsthed i et præverbalt stadie til bevidsthed i et præverbalt stadie.

4. fase: Patientens modstand og ambivalens. (20. session - 30 session.)

Ny afdeling og nyt tværfagligt team.

På tidspunktet for 22. session i 3. fase blev Karen overflyttet til en åben langtidsafdeling. I den anledning var det vigtigt, at jeg

etablerede en god kontakt til det nye tværfaglige team som helhed, og specielt det personale der skulle være kontaktpersoner for Karen, grundet hendes svære psykiske tilstand. På dette tidspunkt i behandlingsforløbet var Karens tilstand stadig sådan, at hun behøvede hjælp til at huske hvornår hun skulle i musikterapi og til at orientere sig om vejen til musikterapien.

Jeg formidlede, hvilke forventninger og intentioner jeg havde med denne kontakt. Mine forventninger gik ud på at jeg opfattede plejepersonalet som værende en del af Karens behandlingskontrakt. Det var plejepersonalet der havde ansvar for at kontrakten blev overholdt, og heri ligger der en større forpligtelse til gensidigt henholdsvis at rapportere, hvad jeg oplevede i musikterapien og hvad plejepersonalet oplevede i afdelingen. I fællesskab skulle plejepersonalet og jeg sørge for at etablere det bindeled imellem musikterapeutiklinikken og afdelingen som Karen ikke kunne selv. Dette i intentionen om at sikre den fælles målsætning, der arbejdes hen imod på forskellig vis af det tværfaglige team, men også for at stimulere Karens oplevelse af kontinuitet og helhed i sin væren.

Sessioner aflyst af Karen.

For første gang i behandlingsforløbet begyndte Karen selv at aflyse. Hun startede fra 21. session. Den 20. session blev desværre forhindret på grund af forglemmelse fra afdelingens side. Fra 27. session aflyste Karen fire gange i træk. Hun bekendtgjorde i 28. session, at hun ikke ville gå i musikterapi mere. Begrundelsen var at det ikke interesserede hende. De to efterfølgende sessioner ville Karen ikke selv kontakte mig for at aflyse.

Klinisk metode.

I denne periode snakkede jeg meget med afdelingen og Karens kontaktpersoner. Vi aftalte, at Karen så vidt muligt selv skulle fortælle mig, at hun ville aflyse sessionen. Ligeledes aftalte jeg med personalet, at jeg altid accepterede en aflysning. Intentionen var at stimulere Karen til bevidst at tage ansvar for sin tilstedeværelse og at reflektere over hvad hun ønskede og ikke ønskede. Desuden var det intensionen at fastholde Karen i en mere aktiv rolle, hvor hun gav udtryk for sine behov og også oplevede, at omgivelserne hørte og accepterede hendes meldinger og imødekom hende.

De gange hvor Karen var i musikterapi spillede vi kliniske improvisationer og sang sange. Et par enkelte gange lyttede Karen til musik.

Jeg lagde i det hele taget op til dialog i vores

samvær ved at stille spørgsmål til sangene på en ikke for pågående facon. Dette i intentionen om gradvist at øge samtalelængde og holde Karens nærvær omkring bestemte handlinger i længere tid ad gangen.

Observationer.

Det er meget tydeligt de dage, hvor Karen aflyser, at hun har modstand mod at komme i musikterapien. Prøver jeg alligevel at fastholde hendes opmærksomhed ved aflysningsen, bliver hun vred og begynder at stamme eller gentager sætningen meget bestemt. De gange, hvor Karen kommer i musikterapi er hun glad og umiddelbar, og samtaler mere - både verbalt og musikalsk.

Karen afstemmer tonearten sikkert og hun følger stort set sangens melodiske forløb. Der er også større fornemmelse for sangens struktur, hvilket kommer til udtryk ved at Karen gør ophold mellem versene og også mere værdien på melodiers toner. Er hun usikker stopper hun for derpå at gentage det lidt forskinket. Karens toneomfang er blevet større.

Stemmets klangkvalitet er lidt rusten at høre på, men er mørkere og har mere resonans og kompression. Ordene udtale er tydeligere.

Karen taler og synger med meget større dynamik. Der kan være store udsving, der kommer lidt umotiveret når Karen synger. Det er tydeligt, at hun gør et stort forsøg på at få både ord og melodi sammenhængende. Det er tilsyneladende svært for Karen at være opmærksom på flere parametre på én gang. Grundet en større dynamik går det lidt på skift ud over pauser, form og struktur, pulsen og rytmen.

Grundlæggende udviser Karen større nærværende og det er tydeligt, at hun er meget opmærksom på, hvor jeg er i sangen. Hun begynder at vise nysgerrighed for rummet, og de ting der er her.

Karens hukommelse er stadig sporadisk. Der er ingen sammenhæng eller kontinuitet i hukommelsen. Hukommelsen viser sig i brudstykker og små glimt eller øer. Karen aflyser mere en halvdelen af sessionerne i denne fase. De 3 gange hvor Karen kommer i musikterapi i denne fase er hun der gennemsnitlig 29 minutter.

Improvisationen.

I 26. session associerer Karen for første gang til improvisationen mens hun spiller. Efter endt improvisation samtaler vi om improvisationen. Karen fortæller at musikken mindede hende om en lille fugl, der var glad. Karen spiller som udgangspunkt generelt tilfældige toner, men med større regelmæssighed lige fra begyndelsen. Med støtte

fra mig opnår hun meget hurtigt en regelmæssighed i sine tilfældige toner og dermed får de karakter af melodi. Hun lytter og forsøger at imitere mit musikalske udtryk. Jeg oplever generelt, at vi altid kommer i kontakt i musikken, og nogle gange trækker Karen sig lidt tilbage (spiller svagt). Generelt er improvisationerne lidt kortere end ellers. Karen stopper meget pludseligt og det er som regel når vi har haft kontakt et stykke tid i musikken.

Musikeksempel til denne fase (spor 6)

Improvisation på klaver fra 26. session.

Hvad der skal lyttes efter er beskrevet under "improvisationen".

Analyse og konklusion af observationer.

Udgangspunktet for Karens musikalske udtryk i de kliniske improvisationer er nyt. Hendes udtryk er ikke amorft, men struktureret i form af en regelmæssighed i anslagene. Dermed konkludere jeg, at Karen har en lille funderet egenoplevelse af stabilitet. I sangene afspejles dette ved, at Karen synger sangene med større fornemmelse for overgangene mellem versene. Det afspejles endvidere i, at Karen begynder at danne billeder til musikken. Med andre ord er der begyndende oplevelse af mening i forhold til noget bestemt oplevet.

Samtidig udviser Karen stor modstand og temperament hvis hun bliver presset. Modstanden viser sig i et bestemt mønster. Første gang Karen aflyser er lige efter 19. session, hvor hun spillede et nyt musikalsk udtryk i form af en regelmæssig puls. Anden gang er hvor Karen får associationer der er meningsdannende i forhold til noget bestemt i den kliniske improvisation. Dermed konkluderer jeg, at modstanden er et udtryk for, at Karen både har et ønske om udvikling, og samtidig modarbejder den - et ubevidst forsøg på at modsætte sig behandling og hvad denne kan føre med sig af kontakt til virkeligheden.

Lægejournalen skriver:

"Ved dog godt hun skal være her i længere tid. Er ved samtalen klar, samlet og orienteret, rolig og samarbejdsvilig med god formel og lidt dårlig emotionel kontakt, ikke produktiv psykotisk. Hun er nogenlunde orienteret i egne data og delvis i sted, men overhovedet ikke i tid."

Essens

En bevægelse fra ikke at kunne definere, hvad der opleves i musikken til at kunne definere det.

En bevægelse fra ikke at kunne verbalisere sine oplevelser/associationer til at kunne verbalisere sine oplevelser/associationer.

**5. fase En bevægelse mod alliance.
Bevidst og verbalt stadie.
(31. session - >>>)**

Klinisk metode.

I den planlagte 31. session holdt hele det tværfaglige team, der er omkring Karen, et behandlingsmøde. Her diskuterede vi de fremtidige behandlingsmål, samt de miljøterapeutiske forventninger til Karen og hendes tilstand.

De vigtigste spørgsmål var:

1. *Kan der påvises en udvikling i Karens tilstand og kan vi forvente, at hun udvikler sig mere?*
2. *Skal Karen betragtes som en begyndende kronisk skizofren patient?*

Som en del af det tværfaglige team fremlagde jeg en klinisk vurdering af det musikterapeutiske behandlingsforløb understøttet med kliniske musikeksempler til illustration og dokumentation. En kort og koncentreret udgave af det som her er gennemgået af det musikterapeutiske behandlingsforløb indtil da. De udvalgte musikeksempler var de selv samme, som indgår i en næranalyse senere i specialet.

På behandlingsmødet traf vi beslutning om, at behandlingen skulle fortsættes uændret, men med henblik på, at Karen senere skulle udtrappes af den farmakologiske behandling, såfremt der fortsat skete en bedring af tilstanden.

Det tværfaglige behandlermøde foregik på afdelingen, og da mødet var færdigt og skulle jeg have en samtale med Karens kontaktperson om, hvordan vi skulle tackle Karens aflysninger til musikterapi. Skulle Karen fortsætte eller skulle forløbet afsluttes? Karen var på nuværende tidspunkt udeblevet fra 6 ud af 11 sessioner. Netop som kontaktpersonen og jeg skulle igang, kom Karen hen til døren til kontoret og bad om en cigaret. Her fik Karen øje på mig, men undgik øjenkontakt. Hun gik igen uden at rette henvendelse til mig. Et øjeblik senere kom hun tilbage. Denne gang så Karen direkte på mig og sagde: *"Jeg vil gerne ned til dig igen!"*

Derpå aftalte Karen og jeg, at vi i den efterfølgende session skulle have en "forsamtale" sammen med hendes kontaktperson på afdelingen. Da vi havde lavet en aftale om en forsamtale gik Karen.

En forsamtale er som før nævnt den samtale, der finder sted lige umiddelbart inden prøveforløbets start. Her udfærdiges en kontrakt om prøveforløbets længde og andre prak-

tiske ting. Ligeledes er det muligt for patienten at få en redegørelse for musikterapi og at møde musikterapeuten.

Observationer.

Den lille episode og Karens ene sætning giver mange informationer. For det første ved Karen hvem jeg er. Hun ved også at skal hun i musikterapi, skal hun gå ned i kælderen, hvilket vidner om en begyndende orienteringsevne. At Karen i første omgang undgår øjenkontakt og senere henvender sig direkte til mig, fortalte mig at hun var bevidst om sin handling.

Under forsamtalet kommunikerer Karen flydende. Det går op for mig, at hun kan huske meget af det, vi har lavet i løbet af musikterapien. Hun er nærværende og direkte, og fortæller mig at hun ikke har lyst at spille mere, men gerne vil lytte til musik. Hun tager initiativ og vil være medbestemmende til hvordan musikterapisessionen skal forme sig. Karen er dynamisk og fuld af energi. Og så driller hun mig.

Analyse og konklusion af observationer.

Første skridt i en psykoterapeutisk behandling er taget. En ny behandlingsperiode begynder. Karen kan huske og har en begyndende orienteringsevne og Karen er fuldt ud bevidst om, hvad hun vil og ikke vil. På mig virker det som om Karen har taget beslutning om at genoptage forbindelsen til vores virkelighed fuldt ud. Den virkelighed hun før havde meldt sig ud af, har hun nu meldt sig ind i igen. Som musikterapeut skal jeg nu til at lære Karen at kende gennem ord.

Musikeksempel til denne fase (spor 7)

Som afslutning på denne beskrivelse af det musikterapeutiske behandlingsforløb og et link til den behandling der fortsatte, har jeg valgt følgende musikeksempel ud. Det er fra 36. session, vi synger: *"Jeg vil male dagen blå."*

Lægejournalen skriver:

"Er i bedring i afdelingen, omend hun indimellem ikke er helt orienteret, men er i øvrigt ikke psykotisk. Er under aftrapning af Leponex."

Essens: En bevægelse fra ingen hukommelse/orienteringsevne til hukommelse og orienteringsevne.

En bevægelse fra ubevidst tilstedeværelse/nærvær til bevidst tilstedeværelse/nærvær.

Det musikterapeutiske behandlingsforløb

III - Analyse af tre udvalgte musikeksempler¹



Indledning.

I det følgende bliver tre udvalgte musikeksempler fra det musikterapeutiske behandlingsforløb analyseret detaljeret. Formålet er at kunne påvise en udviklingsproces i behandlingen.

Første musikeksempel er fra 6. session, andet musikeksempel er fra 14. session, og det tredje musikeksempel er fra 19. session. Inden de enkelte analyser bliver gennemgået, indledes med en introduktion til morfologien og den morfologiske analysemetode. Som en del af den morfologiske analyse indrages uddrag af Daniel Sterns interpersonelle udviklingsteori, og i et kort afsnit fortælles om relationen mellem morfologien og Sterns interpersonelle psykologi. Derpå følger en beskrivelse af den morfologiske procedure ved inddragelsen af den valgte lyttegruppe og hvordan deres materiale præsenteres i analysedelen.

Introduktion til morfologien.

Den morfologiske fremgangsmåde bygger på W. Salbers behandling af et udkast oprindeligt skrevet af J. W. Goethe, som omhandler 4 versioner. De fire versioner repræsenterer fire trin i en videnskabelig fremgangsmetode, ud fra hvilken der kan afledes konkrete forskningsmetoder. Tanken er, at man som forsker beholder den samme forskningsgenstand, men angriber den ud fra fire forskellige, på hinanden følgende synsvinkler. Ud fra de fire versioner kan der fokuseres på følgende områder: *Gestaltfaktorernes udviklingsgang, fire undersøgelseskridt i "Beskrivelse og Rekonstruktion", samt fire behandlingskridt.*

Dette vil jeg ikke komme nærmere ind på her, men derimod beskrive de fire undersøgelseskridt i analysemodellen "Beskrivelse og Rekonstruktion", som jeg vil anvende til analyse af første og tredje kliniske musikeksempel.

Morfologiens grundforståelse og paradigme

er, at psyken er gestalt og forvandling. Samtidig er psyken, idet den virkeliggør sig selv på en kunstanalog måde, idet kunst og musik kan visualisere og gøre psykiske sammenhænge hørbare.

Musikalske fænomener forstås altså som psykiske fænomener. Det bliver dermed en psykisk organisation i sin helhed der afspejles i musikken, et "aftryk" af psyken, og ikke blot bestemte følelser eller et bestemt udtryk. Improvisationen kan dermed lydliggøre lidelser, og muliggør derved en ny måde at opleve dem på. Derudover kan der i musikken formidles nye muligheder som kan få indflydelse på lidelsen.

Man kan altså i terapien forsøge at bringe en ny bevægelse ind i gestalt og forvandling. En bevægelse, der med andre ord vil sige en reorganisering. Til det morfologiske menneskesyn hører også at der, i det enkelte menneske, sker en løbende selvbehandling. Hermed menes at psyken søger at behandle evt. lidelser, både i aktiv og passiv forstand, hvilket præger den interpsykiske og relationelle omgang med én selv og andre.

1. trin. Helhed.

1. trin kræver en uvildig lyttegruppe, der hører det kliniske musikeksempel. Jeg har brugt den samme lyttegruppe til de to morfologiske analyser, men musikeksemplerne er gennemgået med lyttegruppen i omvendt rækkefølge.

I første trin går det ud på at spørge lyttegruppen efter deres oplevelser af helheden af improvisationen. Der arbejdes ud fra Goethes filosofi om at tage udgangspunkt i helheden, der rummer de enkelte dele. I beskæftigelsen med de enkelte dele bekræftes helheden. I analysen drejer det sig om at finde netop det, der er improvisationens egenart.

Lyttegruppen får ingen forhåndsviden om det kliniske materiale, ingen forinformationer om patienten eller viden om, hvem der i musikken er henholdsvis terapeut og patient.

Samtidig behøver de ingen faglige kendskaber til analyse af musik og klinisk arbejde, da man bevidst vil undgå psykologiske og musikalske fagudtryk.

Ved at tage udgangspunkt i musikimprovisationen og en lyttegruppes oplevelser skaber man en fordomsfri situation, hvor det kliniske arbejde tager sit udgangspunkt.

Når der lyttes til musik bevæges man af fænomener. Det er denne bevægelse og bevægelighed, der søges beskrevet for at kunne beskrive, lytte og mærke hvilke strenge der bliver slået an. Hvad går i medsving, hvad berører og smerter, og hvad bliver sat i bevægelse? Som hjælp til at beskrive det, der opstår umiddelbart ved lytningen anvendes eksempelvis billeder, indtryk, associationer, historier, erindringer, indtryk og reaktioner.

Ved at lade en gruppe mennesker der ikke er forhåndsindtaget, høre musikimprovisationen, bliver der mulighed for at bruge deres forskelligheder og subjekter til at få en bred og forskelligartet beskrivelse af den samlede oplevelse af helheden i musikimprovisationen. Der bruges med andre ord subjektive oplevelser som instrument til analysen. Hver enkelt lytter noterer deres oplevelser ned.

Derefter bliver lyttegruppens skriftlige materiale læst op, og musikterapeuten sikrer ved at stille spørgsmål en optimal fælles forståelse af den enkeltes oplevelser og formuleringer for resten af lyttegruppen.

Musikterapeuten blander sig ikke i udsagnene. Lyttegruppen finder nu ligheder og forskelle både i deres egen tekst og i de øvrige beskrivelser. Ved at sætte ordene i forbindelse med hinanden eller i modsætning til hinanden opstår der grupperinger af ligheder og forskelle på tværs af lyttegruppen. Til slut vil musikterapeuten, som oftest alene, lave én sætning, der indeholder polariteterne eller modsætningerne, essensen. Denne sætning vil være hypotesen, hvorfra det følgende arbejde tager udgangspunkt.

2. trin. Intern regulering.

Andet trin er en fænomenologisk beskrivelse af musikeksemplet ved at lyttes grundigt til musikken, og bevægelserne følges fra tone til tone. En fænomenologisk beskrivelse af musikeksemplet udarbejdes. På den måde bliver detaljer og finheder i improvisationen tydelige. Ved at lytte improvisationen igen gentagne gange og huske på den første hypotese, findes der frem til forskellige vigtige musikalske strukturer, og eksempler angives ved nodedskrift. Det giver en underbygning og en kontrol af første trin. Man går ud fra at den metode som patienten anvender i sit spil er analogt med patientens livsmetode og fortæller noget om den måde,

patienten omgås virkeligheden på.

3. trin. Transformation.

Indtil nu har undersøgelsen udelukkende bestået af materiale fra musikimprovisationen. I den videre undersøgelse inddrages nu yderligere materiale, for:

”So sicher wir zwar sein können, dass das, was wir in der ersten Improvisation mit einem Patienten hören, nicht ”zufällig” und ohne Zusammenhang zu seiner gesamten seelischen Konstruktion und seiner Lebensmethode und ihren Konflikten ist, so können wir aus der Einheit dieser Improvisation heraus doch nicht schliessen, wie das, was hier deutlich wird, mit der Ganzheit der Konstruktion zusammenhängt. So kann die Improvisation die Ganzheit widerspiegeln, sie kann aber auch eine Ausprägung zu einem Pol hin darstellen, dessen Bedeutung sich erst durch seinen Gegenpol voll erschliessen lässt.” (Töpker 1996, s. 76)

At foretage dette tredje trin, når næsten ”alt er tydeligt” (efter trin 1 og 2), er en vigtig del af den videnskabelige undersøgelse, og det kræver systematik og metodik. Det skaber en modvægt til at lade sig forføre af materialet. Den overilede følelse af klarhed eller forståelse kan nemlig opstå gennem bestemte tendenser i materialet, og vise sig som forførelse. Derfor er den gentagne vendt og drejet et metodisk krav, som beskytter mod en for tidlig hypotesedannelse eller konklusion, specielt når materialets særegenhed forleder dertil.

”Unsere bisherige Erfahrung hat denn auch gezeigt, dass gerade dann, wenn wir spontan an einer bestimmten Stelle aufgehört hätten, weil alles schon deutlich genug schien, das weitere Material oder eine andere weitere Wendung den ersten Eindruck in einem völlig anderen Licht erscheinen liess.” (Töpker 1996, s. 77)

I analysen skal man være opmærksom på, at psykologiske og kliniske analogier let kan misforstås som ”bevis” eller ”forklaring” af observationer, og måske ligefrem af sygdomsbilledet. Derfor inddrages hypotesen som blev dannet i første trin igen som en forsikring og kontrol.

4. trin. Rekonstruktion.

I det 4. trin bliver det indtil nu fremstillede materiale sat i en teoretisk sammenhæng. Jeg inddrager Daniel Stern og hans teori om spædbarnets interpersonelle verden som den grundlæggende teoretiske platform. Andre teorier havde også været mulige. Grunden til at jeg netop vælger Daniel Stern er, at Dani-

el Stern sætter fokus på relationen, hvilket også er det jeg har i behandlingen af stærkt jeg-svage / svært psykotiske patienter. Da musikken som før nævnt er et sted, hvor præ-verbale interaktionsprocesser kan udspilles, syntes det nærliggende at anvende Sterns teori om præ-verbal interaktion, til at forklare interaktionen i musikken. Patientens terapeutiske proces vil blive forstået ud fra denne teori.

Jeg vil ikke komme nærmere ind på Sterns teori her, men løbende under 4.trin i analysedelen introducere til de af Sterns begreber og den del af teorien som jeg anvender i analysen.

Relationen mellem morfologien og Sterns interpersonelle psykologi.

Den morfologiske psykologi kan indplaceres som en videreudvikling af gestaltpsykologien, men er også beslægtet med mange af de nyere teoretiske udviklinger inden for selvpsykologien. Her kan nævnes Daniel Sterns teori om selvets udvikling, der også repræsenterer opfattelsen af, at det sjælelige fra begyndelsen af er kendetegnet ved helhedsstrukturer og gestaltagtig sansning.

I det hele taget kan både Stern og morfologien indplaceres i et sammenhængende hele af psykodynamisk og cyklisk psykodynamisk til den eksistentiale forståelse af psykiske problemer og behandlingstilgange. (Julie Exner 1998)

Procedurebeskrivelse og vejledning til læsning af 1. og 3. musikanalyse.

I det følgende vil jeg give en procedurebeskrivelse af lyttegruppens inddragelse i 1. trin, og sidenhen beskrive hvordan de præsenteres i specialet.

Mine overvejelser omkring lyttegruppens sammensætning.

Min lyttegruppe bestod af 5 personer. To mænd og tre kvinder. Jeg havde nogle overvejelser omkring lyttegruppens sammensætning. Skulle det være musikterapeuter, der er rutinerede lyttere eller skulle jeg bruge personer, der ingen relation havde til musikterapi? I følge den morfologiske teori er det ikke nødvendigt at have nogen faglig viden, hverken musikalsk eller psykologisk. Sker der noget vigtigt i musikken vil enhver kunne høre det.

Jeg valgte en lyttegruppe, hvor kun en af lytterne havde relation til den musikter-

apeutiske verden. Blandt andet for at teste om musikken i sig selv kan fortælle noget. Er det hørbart for andre end musikterapeuter, hvad der sker i løbet af de tre musikkesempler?

Præsentation af musikkesemplerne.

Jeg besluttede kun at spille musikkesemplerne for lyttegruppen en gang uanset eksemplernes længde. På den måde blev lyttegruppens oplevelser spontane og umiddelbare. Jeg har brugt den samme lyttegruppe til både første og sidste musikkesempel, men musikkesemplerne er gennemgået med lyttegruppen i omvendt rækkefølge. Hensigten var at forhindre en eventuel oplevelse af forløb i de to musikkesempler. Desuden forblev patienten på denne måde mere ubestemmelig, både hvad køn og alder angik. Dette var væsentligt for mig, grundet min egen hypotese om patientens tilstand i de faser af patientens behandlingsforløb jeg gennemgår i specialet.

Følgende information blev givet til lyttegruppen:

"I skal lytte til noget musik. Det er et stykke klinisk materiale fra en musikterapisession, og

1. - der bliver spillet på to klaverer.
2. - det er stemmen, der bliver brugt.

I skal beskrive, hvad I oplever når I hører musikken, hvilke tanker, associationer og evt. billeder I får. I skal notere jer, hvad I eventuelt mærker og fornemmer. I skal ikke bruge fagord. Alle oplevelser er vigtige, også hvis der ikke er nogen.

Musikken

1. - varer ca. 8 minutter.
2. - er meget kort og varer kun ca. 3/4 minut.

Hvis I gerne vil kan I skrive undervejs, men ellers vil der blive tid til at skrive, når musikken er færdig. Der er tid nok."

Vejledning til læsning af 1 og 3 musikanalyse.

Noterne fra hver enkelt lytter indgår som det første i gennemgangen af den morfologiske analyse 1. trin.

Af den efterfølgende samtale og diskussion gengiver jeg det som lyttegruppen gav mest opmærksomhed, og inddeler det tematisk efter indhold. Temaerne underbygger den sætning jeg konstruerer som afslutning på 1. trin i den morfologiske analyse. Der vil løbende blive henvist til lytternes tekst og

det citerede vil være i *kursiv*.

Formulering af én sætning.

Lyttegruppen dannede i fællesskab nogle bud på sætninger, der alle beskriver en oplevelse af en bevægelse. Sætningen er måske formuleret af én bestemt lytter, men godkendt i sin udformning af resten af gruppen.

Til sidst formulerede jeg alene én sætning.

NB: Jeg vil anbefale, at læseren hører det enkelte musikeksempel før analysen læses .

Analyse af første musik-eksempel (spor 1).

1. trin - Helhed

Jeg har bevidst valgt ikke at skrive noget om musikken eller forholdene før i indledningen af 2. trin. Dette ud fra holdningen om her i 1. trin at lade musikken tale for sig selv, samt at give læseren en mulighed for, så vidt som det er muligt, at bevare kontakten til den umiddelbare oplevelse af musikken.

Lyttebeskrivelser:

1. lytter.

- spindelvæv af ord og sange
- kaos
- angst
- fortælle 1000 ting på én gang
- brudstykker
- kortslutning
- barnlig genert
- forståelse i baggrunden.
- et svar. (til sidst i musikeksemplet, den anden stemme.)

2. lytter.

- barnlig
- legende
- hænder i bevægelse
- pludrende
- snakkende med sig selv
- glad
- sorgløs
- lidt anspændt, men gradvist friere

3. lytter.

- Grønland.
- mumlen.
- summen.
- brummen.
- messen.
- trolde i forlængelse af ovenstående.
- fra lyd mod ord. Et eller andet, der udvikler sig.
- noget uforståeligt mod noget forståeligt.
- indre mod noget ydre.
- noget med at vågne op. Det er overgangen fra en tilstand til en anden.
- ubevidst mod noget bevidst.
- uvirkeligt mod noget virkeligt.

4. lytter.

- besværgelse
- åndemaneri
- folkevise. Som association til folkevise.
- syngende fortælling.

5. lytter.

- lavmælt
- glidende
- prøvende
- harmonisk
- først til allersidst høres to stemmer

Gengivelse af den efterfølgende samtale og diskussion i lyttegruppen.

Gengivelsen af samtalen er inddelt i temaer, der bliver berørt i den efterfølgende diskussion. De temaer skal hænge sammen med, hvad det munder ud i af grupper, der står overfor hinanden. Det skal uddybe denne inddeling. Og desuden skal det underbygge den sætning de selv formulere til slut og som jeg formulere til aller sidst.

Længden af musikeksemplet.

Der var en del frustration hos nogle af lytterne over at musikeksemplet var så kort. Lytterne spekulerede meget på om, det nu også var nok til at deres associationer var brugbare.

En bevægelse.

Der var ingen tvivl hos lytterne om, at det handler om en person i bevægelse. Der sker en bevægelse *fra én tilstand til en anden*, hvor det *at vågne op* skal forstås som *overgangen fra en tilstand til en anden*. Det fornemmes og høres som *et eller andet, der udvikler sig. Fra lyd mod ord. Noget uforståeligt mod noget forståeligt. Noget indre mod noget ydre. Noget ubevidst mod noget bevidst. Noget uvirkeligt mod noget virkeligt.*

En bevægelse fra noget *anspændt*, der *gradvist* bliver *friere*.

Ubevidst.

Det udtrykkes hos en lytter, at *lyden* kommer fra det *ubevidste*. Associationerne om *åndemaneri, besværgelse, trolde, mumlen, summen, brummen* og *messen* fortæller noget om det *ubevidste*. Ordet *uvirkeligt* bringes ind her som en beskrivelse af det samme fænomen, og skal forstås som en måde, hvorpå det *ubevidste* kan komme til udtryk.

Lytterne associerer samtidig til, at det *ubevidste* plan ikke nødvendigvis er koblet til en bestemt virkelighed eller forståelse af virkeligheden sådan som hos voksne, men mere har noget *barnligt* over sig.

Det barnlige.

En lytter kommer til at tænke på et barn på grund af et *barnligt, legende* og *pludrende* udtryk, kombineret med at det virker som om at der *snakkes med sig selv*.

En anden lytter synes, at det *barnlige* udtryk giver associationen om *et barn* fordi udtryk-

ket virker ukontrolleret, og har et udtryk af *barnlig generthed* over sig.

Der tales meget om, at det *pludrende* udtryk og *snakken med sig selv* får en til at tænke på et 3-årigt barn. En *barnlig* opførsel, der giver association om, at vedkommende befinder sig i sin egen verden. Sprogligt, siges det af en anden lytter, kunne vedkommende måske være endnu yngre end 3 år, fordi udtrykket hænger så dårligt sammen. En anden lytter udtrykker at det er karakteristisk for et barn og det *barnlige*, at der i større udstrækning end hos voksne er en lettere forbindelse mellem en *ubevidst* og *bevidst* tilstand og at det i større udstrækning blander sig med hinanden.

Angst.

En lytter følte *angst* da musikeksemplet startede. Udtrykker selv, at det var det *kaos, brudstykker* og *spindelvæv af ord og sange* som lytteren oplevede i begyndelsen af musikeksemplet, der medførte en *angstoplevelse*. Følelsen opstod helt spontant, og lytteren kunne mærke den i maven. Lytteren beskriver videre, at det virkede skræmmende, at et voksent menneske kunne sidde og prøve at *fortælle tusind ting på én gang* og *snakke med sig selv* på den for en anden lytter ellers positive *pludrende* måde. Et udtryk, der ville være naturligt, hvis det var et barn. Men det var det ikke, og så giver det i stedet en oplevelse af, at der er sket en *kortslutning* hos det voksne menneske. En anden lytter blev også urolig i begyndelsen og beskriver det ved en oplevelse af, at personen nærmest ikke var i en kontrolleret tilstand i gængs betydning.

Associationen om *åndemaneri* og *besværgelse* samt *den mumlen, summen, brummen* og *messen*, og tilstedeværelsen af *trolde*, der høres, er også et udtryk for utryghed. Lytterne beskriver selv at begreberne i sig selv bærer en dobbelthed. Det er nogle kræfter som man er nødt til at holde sig gode venner med, fordi det ellers går grueligt galt. Altså kræfter som potentielt har både det gode og det onde i sig. Og dette *åndemanende* og *besværgende, mumlende, summende, brummende* og *messende* er en måde at beskytte sig på. En kommunikation på det indre plan i følge lytterne.

Forståelse i baggrunden.

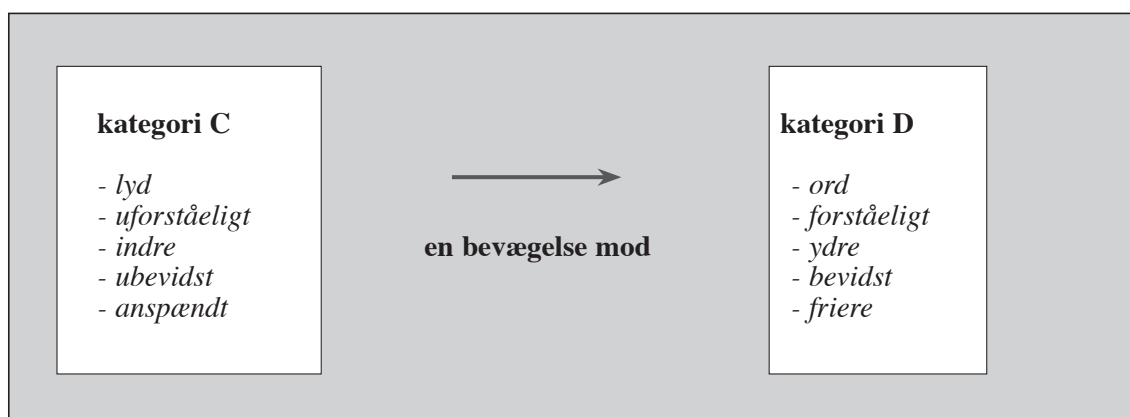
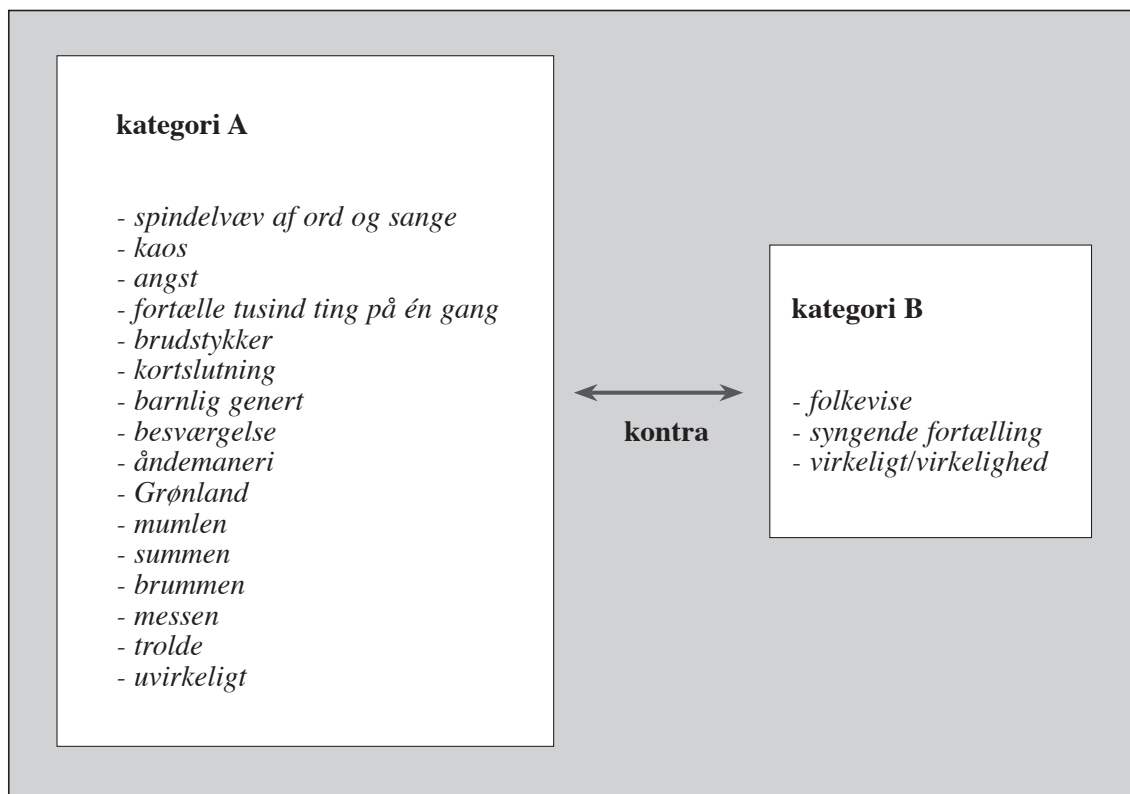
Der er kun to lyttere, der lægger mærke til, at der er to stemmer med i denne improvisation. Den ene af de to oplever *en forståelse i baggrunden*. *Et svar* på den første stemme, som kommer ind til sidst i musikken.

Samtale og diskussion fører til følgende kategorier:

Indledning: I begyndelsen havde lyttegruppen delt de førstnævnte fire grupper ind i to store kategorier, hvor kategori A og C var sammen, og kategori B og D var sammen.

Men til allersidst skelnede lyttegruppen medlem om deres associationer enten beskrev en bevægelse, eller karakter og kvalitet, af deres oplevelser.

I følgende opstilling beskriver kategori C og D en bevægelse fra ét til noget andet, og kategori A og B karakteren og kvaliteten af denne bevægelse.



Sætning formuleret af lytterne i fællesskab:

"Bevægelse mellem to verdener."

Sætning formuleret af musikterapeuten:

"En bevægelse, der er præget af angst, fra en indre ubevidst og kaotisk verden med uforståelig lyd mod en ydre bevidst verden med forståelige ord."

2. trin - Intern regulering

Indledning

Det helhedsindtryk, der opstod ved lyttebeskrivelserne, bliver nu efterprøvet. Hypotesen som det intersubjektive lytteindtryk førte frem til i 1. trin, skal nu underbygges i manifestationer i det konkrete musikalske materiale.

Det vil jeg gøre på følgende måde: Først forholder jeg temaerne fra lytternes diskussion og hypotesen fra 1. trin til den fænomenologiske musikbeskrivelse. Dernæst laver jeg en samlet konklusion.

Setting

Karen og jeg sidder på to stole over for hinanden. Til rådighed har vi to sangmapper som Karen kender fra afdelingen. I hver session gennemgår vi denne sangmappe for sange som vi gerne vil synge sammen.

I denne session starter Karen selv ud med at synge. Vi har slået op på indholdsfortegnelsen og er ved at se på, hvad vi skal synge i dag. Karen bryder ud i spontan sang og synger anden side af indholdsfortegnelsen. (Se bilag # og CD spor 1(00.00 - 00.38))

I det eksempel, som jeg vil analysere nu, dukker der ord op fra tre forskellige sange. "Ensom dame fyre år", "To mennesker på en strand" og "Vi voksne kan også være bange". Til trods for, at det er indholdsfortegnelsen Karen synger, er "sangen" et eksempel på, hvordan hun generelt synger sange sammen med mig på dette tidspunkt i behandlingen.

Den fænomenologiske beskrivelse er inddelt i faser efter, hvornår Karen trækker vejret og hvornår, der sker noget nyt i sangen. Tiderne i parentes henviser til tider i musikimprovisationen.

De bevægelser, der bliver beskrevet i musikken er meget små bevægelser, men de er tilstede og vigtige at spore i en behandling af stærkt jeg-svage / svært psykotiske patienter.

Fænomenologisk musikbeskrivelse:

Bilag 11, sp 1 (00.00 - 00.38)

Bilag 6, nodetranskription 1

00.00 - 00.16

Karen synger alene og starter med at udtale noget, der minder lidt om ordet "ensom" . Ellers er der ikke noget af det som Karen synger, der er forståeligt. Hun synger meget lavt og der er næsten ingen kompression at spore i stemmen. Stemmen virker meget tilbageholdt og klangen er meget lys, luftig, mat og klangløs/fattig på resonans. Lyden har en mumlende og udynamisk karakter, der giver det et monotont præg. Karen synger uafbrudt indtil hun skal trække vejret. Karen synger over tid længe på en tone og laver kun små bevægelser væk. Med andre ord er sangregisteret der gøres brug af, meget lille. Der er ingen fast puls, form eller struktur, og i forhold til den valgte sang er der ingen genkendelighed. Som det kan ses på nodetranskriptionen synger Karen i begyndelsen på den samme tone og laver så en trinvis bevægelse to toner op og to toner ned, tilbage til udgangspunktet. Her trækker Karen så vejret.

Karen fortsætter med at synge den samme tone og synger uafbrudt uden pauser eller pulsforfølelse. Hun synger lidt på den samme tone, hvorefter hun laver en opadgående bevægelse, der ender på des. Der er ingen form eller struktur på tonebevægelsen. Lyden er meget tilbageholdt og Karen synger mumlende og udynamisk, hvilket gør det hele meget utydeligt. Karen ender på tonen b som hun bliver ved at synge på indtil hun igen trækker vejret.

00.17 - 00.26

Karen synger alene og fortsætter tonen fra sidste fase. Bevæger sig en halv tone op og tilbage igen og derpå en tone ned og 1 1/2 op. Karen synger fortsat mumlende, helt uforståeligt og uden genkendelighed i forhold til melodi. Der er ingen tonalfornemmelse, virker næsten atonalt. Stemmens klangkvalitet er den samme som i første fase. Lige pludselig 00:25, efter en meget kort pause, hvor Karen holder vejret, synger hun seks toner i en klar rytme og bevægelse. Der er tonalfornemmelse og stemmens klangkvalitet er en anelse mørkere, der er ganske lidt klarere og med ganske lidt mere resonans og intensitet. Udtrykket virker en anelse mindre tilbageholdt. Rækken af toner kan ses sidst i nodetranskriptionen og kommer lige umiddelbart før Karen trækker vejret igen.

00.26 - 00.38

Karen synger alene og synger noget, der minder om ordene: "To mennesker på ...strand...." Til denne tekst synger Karen

toner i et bestemt forløb, som derpå gentages med en lille variation med ordene: "var så...åh så bange så bange." Hun synger her med en anelse mere dynamik og kompression, men stemmen er stadig meget tilbageholdt og mat, luftig og klangløs. Nogle ord formes til forståelighed, men uden sammenhæng til sangens oprindelige tekst.

Da ordet "bange" første gang nævnes synger musikterapeuten *pp* en lang tone, der ligger en halv tone under Karens. Musikterapeuten gentager en lang tone da ordet "bange" synges et øjeblik efter. Denne gang er musikterapeuten i samklang med Karen (00:33).

Derpå synger Karen igen meget uforståeligt, men der er en form og rytme at spore. Sidst i dette forløb synger musikterapeuten endnu en lang tone. Denne gang en halv tone under Karen, hvorefter Karen afslutter sin sang ret hurtigt og går over til tale, der har karakter af staccato.

"En bevægelse."

Der er i den fænomenologiske musikbeskrivelse en bevægelse fra uforståelig mumlen som udgangspunkt, til at kunne forstå enkelte ord blive udtalt (00:27). Af lytterne beskrives dette som en bevægelse fra *noget uforståeligt til noget forståeligt, lyd mod ord og fra noget ubevidst mod noget bevidst*.

Der beskrives en bevægelse fra at have en meget tilbageholdt stemmelyd som udgangspunkt, til at have en stemmelyd med en anelse mere dynamik, kompression, intensitet, resonans og klang (00:25). Dette bliver beskrevet af lytterne som en bevægelse fra *noget anspændt, der gradvist bliver friere og noget indre mod noget ydre, samt fra en tilstand til en anden*.

Der er en bevægelse fra ingen form og struktur i rytme og bevægelse som udgangspunkt, til i et kort øjeblik at indeholde form og struktur (00:25 - 00:32) Dette bliver af lytterne beskrevet som *noget ubevidst mod noget bevidst*. Der er en bevægelse fra ingen tonalfornemmelse som udgangspunkt, til tonalfornemmelse i et kort øjeblik (00:25), hvilket af lytterne bliver beskrevet som *noget ubevidst mod noget bevidst og noget uvirkeligt mod noget virkeligt*.

"Ubevidst."

Karens stemme karakteriseres som værende meget lys, luftig, mat og klangløs. Karen mumler med en meget lavmælt tilbageholdt lyd uafbrudt indtil hun igen har brug for at trække vejret. Dette lydbillede kan være det lytterne hører som *åndemaneri, besværgelse, trolde, mumlen, summen, brummen og messen*.

At lave *åndemaneri og besværgelse i form af mumlen, summen, brummen, og messen*

med sin stemme uafbrudt hen for sig og kun holde pause når man skal trække vejret, kræver at den der synger befinder sig i et bestemt bevidsthedslag. Hos et menneske der er bevidst, kræver denne form for sang koncentration og at man hengiver sig til en form for meditativ tilstand. Karen befinder sig ikke i en meditativ tilstand. Alligevel uddyber musikbeskrivelsen sammen med associationerne forståelsen af, hvilken tilstand Karen befinder sig i. Den meget lavmælte tilbageholdte stemmeføring underbygger associationen om, at dette lydbillede er et udtryk for at Karens tilstand ikke er bevidst for hende selv. Med andre ord befinder hun sig i en *ubevidst tilstand*. For os udefra giver det en oplevelse af noget *uvirkeligt*. Noget, der ikke eksisterer.

"Det barnlige."

Den meget lyse og luftige klangkvalitet sat i forhold til det toneområde Karen synger i, giver et meget piget udtryk. Den uafbrudte mumlen uden form og struktur, giver et indtryk af at udtrykket er ukontrolleret. De to observationer tilsammen underbygger, at udtrykket ikke kun er piget, men lillepiget. Et barn har også et ukontrolleret lydbillede når det øver sig i at snakke. En lytter hører netop denne *barnlige pludrende snakken med sig selv*. Det meget lavmælte tilbageholdte udtryk støtter associationen om, at der *snakkes med sig selv*. Konklusionen af disse betragtninger må blive, at Karen måske befinder sig i *en tilstand*, hvor hun psykisk er en meget lille pige.

"Angst."

Som udgangspunkt synger Karen meget tilbageholdt og uforståeligt og vover kun at synge ganske lidt friere (00:25).

Mens at Karen er ganske lidt friere i sit udtryk og begynder at forme ord, begynder musikterapeuten at synge en lang tone meget svagt. Men umiddelbart herefter (00:33) trækker Karen sig tilbage og synger igen uforståeligt, og stopper et kort øjeblik efter helt med at synge. Dette kan godt være et udtryk for at Karen er meget *angst* for at indgå i en relation og interaktion med et andet menneske.

I diskussionen fremhæver lytterne tanken om, at det *åndemanende og besværgende, mumlende, summende, brummende og messende* måske var en måde at beskytte sig på.

Karen synger med en stemme, der næsten ikke kan høres og hvis udtryk er utrolig svagt. Stemmen er meget luftig, lys, mat og klangløs. Her er næsten ingen kompression, dynamik eller resonans at spore. Samtidig er hendes stemme og den mumlende karakter meget tilbageholdt. Kontrasten til det meget

barnlige klangbillede til samtidig at kunne høre, at dette ikke er et barn, men et voksent menneske, kan være meget berørende, måske endda skræmmende, og kan derfor give en oplevelse af *angst*. Dermed kan angstoplevelsen hos lytteren også være en modoverføring.

Modsat kan den *angst* som lytteren oplever også være en overføring af en angst som Karen oplever. Karen oplever måske angst ved at give udtryk til sin tilstand, eller for den kontakt som opstår, i det øjeblik der er samklang mellem musikterapeutens og hendes musikalske udtryk.

”Forståelse i baggrunden.”

Musikterapeuten synger tre lange toner i pp. De har et hvilende og bærende udtryk, og dermed kan de lange toner give associationerne til *forståelse i baggrunden*.

(00:33) synger musikterapeuten en lang tone, der er i harmoni og samklang med Karens tone. Dette kan opleves som et strejf af kontakt til et andet menneske.

I forhold til hypotesen.

”En bevægelse, der er præget af angst, fra en indre ubevidst og kaotisk verden med uforståelig lyd mod en ydre bevidst verden med forståelige ord.”

To verdener.

Lytterne lægger vægt på, at det er en *bevægelse mellem to verdener*. Ved at sammenholde hypotesen med den fænomenologiske musikbeskrivelse kan de *to verdener* uddybes og beskrives.

Den ene kan være Karens indre verden, der er ubevidst, uforståelig og kaotisk. I denne verden er der ingen form og struktur eller tonal fornemmelse. Det er kun åndedrættet, der laver pauser og opdelinger. I denne verden er alt opløst. Stemmen er så svag, kompression-sløs, mat og klangløs, at den næsten ikke er der. Her er intet, der samler sig i små enheder og danner en form og struktur, der kan give en oplevelse af mening. I denne verden er der omvendt heller ikke en mening, der kan presse sig på fra omverdenen. Sammenholdes den fænomenologiske musikbeskrivelse med disse overvejelser underbygges hypotesen af Karens meget tilbageholdte udtryk af uafbrudt, uforståelig monoton mumlen.

Den anden kan være en beskrivelse af en verden, hvor der er noget der samler sig og bliver til form, struktur og tonalfornemmelse. I denne verden samler former og strukturer sig til små enheder og danner ord, der er forståelige for omverdenen og én selv. Her får stemmen mere klang, kompression og

dynamik og bliver hørbar.

Intra- eller interpsykisk bevægelse?

Spørgsmålet er om det kun er en bevægelse mellem to verdener inde i Karen selv, eller det også skal opfattes bogstaveligt, som en bevægelse mellem Karens verden og den verden som musikterapeuten er en repræsentant for.

Ved at studere den fænomenologiske musikbeskrivelse indgående uddybes dette. I begyndelsen synger Karen alene, men (00:31) synger musikterapeuten en lang tone pp en halv tone under Karen. En lang tone har et hvilende og bærende udtryk og dermed kan lange toner give associationerne til *forståelse i baggrunden*. (00:33) synger musikterapeuten endnu en lang tone, denne gang i samklang med Karen. I dette øjeblik er Karen i kontakt med musikterapeuten og kan i samklangen opleve at blive mødt og forstået af et andet menneske. I mødet med musikterapeuten får Karen måske i dette øjeblik en oplevelse af at være og af at ord kan give mening. Umiddelbart efter synger Karen igen uforståeligt, men bevarer dog fornemmelsen for form og struktur. Dermed trækker Karen sig lidt tilbage, men ikke helt tilbage til udgangspunktet.

I den fænomenologiske musikbeskrivelse uddybes forståelsen hermed af *to verdener* og hypotesen fra første trin, til ikke kun at være en intrapsykisk bevægelse, men til også at omfatte en interpsykisk bevægelse.

Med ovenstående beskrivelse kan Karens udtryk uddybes yderligere. Måske er Karens meget tilbageholdte udtryk bogstaveligt et udtryk for at holde igen og beskytte sig selv mod omverdenen og alt det som bevidsthed fører med sig.

Konklusion.

Den fænomenologiske musikbeskrivelse dokumenterer og bekræfter i det musikalske udtryk hypotesen fra første trin i, at der sker *en bevægelse*. De musikalske parametre i udtrykket uddyber lytternes associationer og indkredser i kraft af deres kvalitet udgangspunktet og retningen for bevægelsen.

I hypotesen som lytteindtrykkene førte frem til, bliver bevægelsen beskrevet som værende mellem *to verdener*. Den fænomenologiske musikbeskrivelse peger på to forskellige definitioner af *to verdener*. Den ene bevægelse er en intrapsykisk bevægelse mellem to forskellige psykiske tilstande. Den anden er en interpsykisk bevægelse rettet mod samklang med et andet menneske.

Intrapsykisk bevægelse.

Sættes der lighedstegn mellem de *to verdener* og de to forskellige musikalske udtryk, bliver de to verdener et udtryk for Karens psykiske *tilstand*, hvilket igen bliver bekræftet af lytterne, der beskriver *en bevægelse fra en tilstand til en anden*. Den fænomenologiske musikbeskrivelse er med til at afgrænse sværhedsgraden af Karens tilstand mere præcist, og dermed at give et mere nuanceret billede af Karens tilstand i det hele taget. Detaljerne i musikken bliver det, der præciserer helhedsoplevelsen og giver et mere nuanceret billede af Karen og øger forståelsen. Dermed bekræfter den fænomenologiske musikbeskrivelse hypotesen fra første trin og beskriver en psykisk bevægelse hos Karen fra at være ekstremt introvert til at være lidt ekstrovert.

Interpsykisk bevægelse.

Den anden bevægelse sker mellem Karen og omverdenen og defineres i musikken som en bevægelse mod samklang med et andet menneske og derpå trækker sig tilbage. Med andre ord en bevægelse fra ikke at være i kontakt med omverdenen til at være i kontakt og derpå trække sig. Den bliver meget tydelig i kraft af den fænomenologiske musikbeskrivelse. Karen er en eneste gang i samklang med musikterapeuten (00:33), men dette korte strejf af kontakt bevirker, at Karen laver en hurtig tilbagetrækning. Her beskrives en konkret bevægelse mellem to verdener i form af Karen og musikterapeuten. Samtidig understøtter og præciserer det i hvilken forbindelse Karen måske oplever mest angst. I følge beskrivelsen af musikken er det sandsynligt, at kontakt er angstskabende for Karen, mere end det er angstskabende at befinde sig i en kaotisk, uforståelig og ubevidst tilstand. Hermed bekræfter den fænomenologiske musikbeskrivelse hypotesen fra første trin og beskriver en interpsykisk bevægelse mod og væk fra omverdenen.

3. trin. Transformation.

I dette trin inddrages nu konkrete data fra Karens liv. Anamnesen, sygehistorien og behandlingshistorien. Det betyder at hele case-introduktionen fra (se s. 7), samt første fase af det musikterapeutiske behandlingsforløb, der omtales på (se s. 30) inddrages.

I andet trin var konklusionen, at der skete en bevægelse mellem to verdener, der både er af intra- og interpsykisk karakter. Retningen for bevægelsen blev i intrapsykisk sammenhæng defineret som værende introvert mod ekstrovert og i interpsykisk sammenhæng som værende uden kontakt med omverdenen mod at være i kontakt med omverdenen. Denne kontakt blev oplevet som angstskabende.

Intrapsykisk bevægelse.

Anamnesen.

I Karens anamnese fortælles det, at hun altid har været indesluttet. Hun havde få kammerater og blev ofte opfattet som sur og negativ. Dette beskriver et menneske, der er introvert. Indvidere beskrives det, at Karen som 12-årig var i kontakt med skolepsykolog på grund af indesluttethed og ingen kontakt til kammerater. Her beskrives en intrapsykisk bevægelse fra at være introvert til at være problematisk meget introvert. Denne beskrivelse kan uddybe forståelsen for Karen og hendes historie. Samtidig understreger den, at de to definerede psykiske bevægelser er afhængige variable. I det øjeblik Karen bevæger sig væk fra en interaktion med omverdenen, bevæger Karen sig længere ind i sig selv. En inter- og intrapsykisk bevægelse, hvis retning er fra noget ydre til noget indre. Hermed bliver det klart, at bevægelsesretningen er modsat den, hypotesen fra første trin beskriver.

Kontakt til psykoanalytisk institut.

Da hun kommer i kontakt med psykoanalytisk institut fortæller Karen, at hun oplever at det er svært at finde ud af, hvad der sker med hende. Her beskrives en indre verden, der begynder at være kaotisk for Karen. Hun er ikke bevidst om, hvad der sker, og hun forstår det ikke. Med andre ord nærmer Karen sig mere og mere en indre verden, der er ubevidst og kaotisk samt uforståelig i sit udtryk. Hun har ikke længere kontrol over hvad der sker. Humøret svinger meget, og ægtefællen beskriver at hun har flere og flere voldsomme raserianfald. Den intrapsyke bevægelse der beskrives, bevæger sig væk fra en verden der er bevidst og forståelig, mod en indre verden der bliver mere og mere kaotisk og uforståelig. På samme tid oplever Karen, at hun ikke

evner at fortælle og udtrykke for omverdenen, hvad der sker og hvordan hun har det. Karen bliver kaotisk og uforståelig for omverdenen. Den intrapsykiske bevægelse fra introvert mod ekstrovert blokeres i form af manglende evne til at formidle sig forståeligt. Dermed blokeres på samme tid bevægelsen fra Karen til omverdenen.

Indlæggelse på psykiatrisk hospital.

Ved indlæggelse på psykiatrisk afsnit er Karen præget af at være usamlet og forvirret. Hun befinder sig i en indre verden, der er kaotisk, ubevidst og uforståelig både for omverdenen og Karen selv.

Interpsykisk bevægelse.

Anamnesen.

Anamnesen fortæller, at Karen igennem opvæksten har en del konflikter med faderen. Hun føler sig underkuet og udnyttet af faderen og oplever sig aldrig forstået. I en periode på 3 måneder har Karen ingen kontakt med familien. Her beskrives en klar interpsykisk bevægelse, hvor Karen trækker sig kontakten. Retningen for den interpsykiske bevægelse er modsat den hypotesen beskriver, men bevægelsen uddybes og det øger forståelsen for dens retning. Karen trækker sig i kontakten fordi hun oplever manglende forståelse. Hun oplever med andre ord ikke samklang med sin far.

Det beskrives indvidere i anamnesen, at Karen lige fra barnsben af har haft mange somatiske klager. Hun er blevet indlagt flere gange på grund af disse uden reel grund. Dette viser, at Karen måske har svært ved at fortælle omverdenen hvordan hun har det, og at omverdenen ikke har forstået hendes budskab.

Kontakt til psykoanalytisk institut.

Da Karen kommer i kontakt med psykoanalytisk institut fortæller Karen, at hun har svært ved at åbne sig over for ægtefællen. Det understreger en meget introvert natur og at bevægelsen fra at være introvert og til at være ekstrovert er svær. Samtidig fortæller det, at Karen trækker sig i kontakten til ægtefællen, hvilket beskrives ved, at Karen er på vagt overfor ægtefællen. Den interpsykiske bevægelse er modsat den hypotesen beskriver og bliver i stedet en beskrivelse af, at Karen trækker sig i kontakten til omverdenen.

Indlæggelse på psykiatrisk hospital.

Ved indlæggelsen på psykiatrisk hospital beskrives det, at Karens tilstand hurtigt forværres og, at der er dårlig kontakt. Fra at have været lidt i kontakt med omverdenen er Karen nu næsten ikke i kontakt med omverdenen. Hun har altså trukket sig yderligere, og afstanden mellem Karen og omverdenen bliver større og større. Igen en modsatrettet interpsykisk bevægelse i forhold til hypotesen.

I den musikterapeutiske behandling beskrives en bevægelse fra at være i musikterapi i følge med sin kontaktperson til at kunne være i terapien alene sammen med mig. Dette peger på en bevægelse, der har samme retning som hypotesen, hvor kontakten til omverdenen er lidt bedre. Karen vil godt blive i musikterapi rummet på egen hånd. Fra at være i kontakt med musikterapi rummet og behandlingen i 7 minutter kan Karen nu magte 30 minutter. Endnu en interpsykisk bevægelse i samme retning som hypotesen.

Konklusion.

Ved at sammenholde hypotesen fra første trin med Karens anamnese og sygehistorie dukker et handlingsmønster op. Det har været et gennemgående træk hos Karen at bevæge sig væk fra interaktionen med omverdenen, trække sig i kontakten og at blive mere og mere introvert. Måske specielt når hun ikke følte sig forstået.

4. trin - Rekonstruktion

I dette trin inddrages nu Sterns udviklingsteori til formulering af Karens psykologiske tilstand.

Sterns udviklingsteori er på en gang en beskrivelse af en udviklingsproces som barnet gennemlever, og en beskrivelse af oplevelsesformer der er tilgængelige hele livet igennem. Den er funderet i barnets selvoplevelse. Jeg vil i forhold til denne case primært koncentrere mig om to af de fornemmelser Stern redegør for i sin teori og giver dermed ikke en redegørelse for hele Sterns teori, men kun for det som jeg finder relevant i forhold til analysen. For et dybere kendskab til Sterns teori vil jeg henvise til hans bog: *"Spædbarnets interpersonelle verden."* (Stern, 2000)

Stern beskriver de to fornemmelser, *"Fornemmelsen af et emergent selv"* og *"Fornemmelsen af et kerneselv"*, som værende præverbale selvoplevelsesmåder.

Fornemmelsen af et emergent selv.

Stern skriver i Spædbarnets interpersonelle verden:

"... at spædbarnet kan opleve den fremvoksende organiseringsproces såvel som resultatet heraf, og det er denne oplevelse af fremvoksende organisering, jeg kalder den emergente fornemmelse af et selv. Det er oplevelsen såvel af en proces som af et produkt. (Stern 2000 s. 88.)"

Det centrale ved fornemmelsen af et emergent selv er med andre ord barnets oplevelse af organiserings tilblivelsesproces. Under organiserings tilblivelsesproces benytter barnet sig af organiserende elementer som vitalitetsaffekter til at danne strukturer og former af sine oplevelser af omverdenen. Gennem dynamiske udtryk som tempo, rytme, tonehøjde, form og intensitet etc. aflæser barnet kvaliteten af vitalitetsaffekterne og opbygger det erfaringsgrundlag det bruger som reference i interaktionen med omverdenen. Disse strukturer følger temporale følelsesformer og betragtes som det grundlæggende element i barnets organisering af sansindtryk. Vitalitetsaffekternes dynamiske kvalitet sikrer desuden, at oplevelsen har en tidslinie med en bestemt kontur. Grundlæggende besidder mennesket dermed evnen til at opfatte rytme og temporale skift i vores omgivelser, i os selv og dermed også i interaktionen med andre.

Ifølge teorien er barnet i stand til at overføre sansindtryk fra én sansemodalitet til en anden. Det betyder, at vi som mennesker evner at transformere, f.eks. det vi hører, til en kropslig fornemmelse.

Stern kalder denne evne for amodal perception, og den har betydning for barnets organisering af sansindtrykkene og evne til at orientere sig i omverdenen. Barnet organiserer sine sansindtryk i helheder. Uden denne evne ville oplevelsen af verden være kaotisk.

Organisering kan ske på grundlag af alle mulige forskellige oplevelser på alle oplevelsesdomæner: motorik, aktivitet, affektivitet og bevidsthedstilstande, og det samme gælder for sammenkoblingen af oplevelser fra forskellige domæner som for eksempel det sensoriske, motoriske, perceptuelle eller det affektive.

I interaktionen med et andet menneske sker der hele tiden en ikke særlig bevidst aflæsning af disse temporale skift, hvilket henleder opmærksomheden på non-verbal kommunikation, som casen her også er et eksempel på.

Mange af de samme elementer kan findes i musikkens dynamiske udvikling og opbygning som vitale skift i volumen, tempo, intensitet osv. Denne grundlæggende evne til at organisere sansindtryk i helheder, bevirker også at vi kan lytte til musik uden at det fremstår som et kaotisk lyd-billede. For eksempel indgår der ofte en rytmisk struktur, der giver fornemmelse af kontinuitet og bevægelse og hjælper til at organisere udtrykket. (*Hannibal, 2000*)

Opsummerende kan det siges, at der er stor lighed mellem oplevelsen af musik og oplevelsen i den præ-verbale verden. Måden hvorpå vi hver især opfatter verden kan komme til udtryk i og gennem musikken.

Karens musikalske udtryk i forhold til Sterns teori.

Karens stemmeudtryk er som udgangspunkt meget lyst, luftigt, mat og klangløst/fattigt på resonans, hvilket betyder at der ikke er særlig mange vitale skift i stemmeudtrykket. Desuden er lyden mumlende og uodynamisk, hvilket giver den et monotont præg. Igen en påmindelse om, at de vitale skift så at sige ikke er tilstede.

Hun synger uafbrudt indtil hun skal trække vejret. Dette vidner om, at der ingen inddelinger finder sted, udover når det fysiologiske behov for luft melder sig. Ifølge Stern fortæller det, at der næsten ingen organiseringer finder sted. Dette underbygges af det forhold, at Karen heller ikke sanser, at vi sidder og har slået op på indholdsfortegnelsen. Der sker ikke nogen helhedsforståelse af den side i sangmappen. Denne handling fortæller dog, at Karen har organiseret den musikterapeutiske setting. Med en mappe i hånden synger vi sange sammen. En nærmest refleksagtig handling jvf. Hedges. (*se "Problemformulering", s. 4*)

Karens musikalske bevægelser er meget begrænsede. Toneområdet hun gør brug af er meget lille, og der er ingen fast puls, form eller struktur. Hun synger uforståeligt. Her kan det igen fremhæves at de vitale skift er meget små.

Men der kan iagttages en udvikling til en stemmelyd med en anelse mere dynamik, kompression, intensitet, resonans og klang. Et kort øjeblik indeholder det musikalske udtryk en form og struktur, og der opstår også et kort øjeblik en tonalfornemmelse. Dette tyder på, at Karen laver en lille bevægelse i retning af en organisering eller oplevelsen af en organiseringsproces.

Med udgangspunkt i Sterns udviklingsteori fortæller det, at Karen har en meget lille fornemmelse af et emergent selv. Med denne

perspektivering øges forståelsen for det udtryk Karens giver til sin tilstand. Det musikalske udtryk uden form og struktur underbygger, at Karen har en meget svag oplevelse af organiserings- og tilblivelsesproces. Karens eget udtryk er meget kaotisk.

Fornemmelsen af et kerneselv.

I følge Stern er der specielt tre invariante oplevelser, der som helhed er nødvendige for at danne en organiseret fornemmelse af et kerneselv. Jeg vil i det følgende definere disse invariante oplevelser og derpå vurdere Karen i forhold til hver enkelt.

1. selv-handlen: at være ophav til egne handlinger og ikke-ophav til andres handlinger. At have vilje og kontrol over selvgenereret handling.

Stern beskriver, at den patologiske oplevelse af ikke at være den handlende kan vise sig ved katatoni, hysterisk lammelse, derealisering og visse paranoide tilstande, hvor kontrollen over handlinger er overtaget af andre. I den fænomenologiske musikbeskrivelse viser Karen lidt initiativ til egen handling, men på en refleksagtig måde, hvilket ses ved at hun starter lige på med at synge indholdsfortegnelsen. Det samme gør sig gældende i det øjeblik hun reagerer på musikterapeutens forsøg på at nynne med. Her trækker Karen sig hurtigt i kontakten og afslutter "sangen".

Ved indlæggelsen på psykiatrisk hospital bliver Karen beskrevet som præget af katatoni og suporøse tilstande. Ifølge Stern kan oplevelsen af ikke at være den handlende vise sig ved katatoni.

2. selv-sammenhæng: at have en fornemmelse af at være en ikke-fragmenteret, fysisk helhed med grænser og være sæde for integreret handling, både under bevægelse (adfærd) og når man er passiv.

Stern beskriver, at den patologiske oplevelse af dette vil være manglende sammenhæng og kan vise sig ved depersonalisering, fragmentering og psykotiske sammensmeltning- eller fusionsoplevelser.

I hypotesen fra første trin beskrives Karen som værende i en verden, der er kaotisk. Sammenholdt med Sterns teori understøttes det, at Karen befinder sig i en tilstand, der er uden sammenhængende oplevelse.

Den fænomenologiske musikbeskrivelse dokumenterer, at Karen som udgangspunkt synger amorft og uden form og struktur eller tonal fornemmelse. Den eneste sammenhæng ses i den overordnede organisering af

settingen. Dette understøtter, at Karen har en meget lille oplevelse af selv-sammenhæng.

Da Karen er i kontakt med analytisk institut beskriver Karen selv, at hun har svært ved at finde ud af, hvad der sker med hende.

3. selv-kontinuitet: at have fornemmelse af noget vedvarende, en kontinuitet der konstant genfindes, eftersom oplevelsen af at fortsætte med at eksistere kun opstår, når en oplevelse føres frem til det nuværende øjeblik.

Man føler sig derfor kontinuerlig, selv om fornemmelsen af kontinuitet for det meste ikke er i spil nogetsteds. Men når den er det, genfinder man fornemmelsen af at være den samme. En kontinuitet med ens egen fortid, således at man "fortsætter med at eksistere" og også kan forandre sig, selv om man forbliver den samme. Spædbarnet lægger mærke til regelmæssigheder i hændelsesforløbet.

Stern beskriver, at den patologiske oplevelse af dette vil være manglende kontinuitet som kan ses ved fugue-tilstande og andre dissociative tilstande. Evnen til at skabe selv-kontinuitet er afhængig af hukommelsen og kan aflæses af om mennesket magter at fastholde en kerneselv-historie - et tidskontinueret selv.

Hos Karen er oplevelsen af selv-kontinuitet refleksagtig og dermed ikke bevidst. Dette ses ved, at Karen kun har en overordnet organisering af den musikterapeutiske situation. Karen har på en refleksagtig måde ubevidst organiseret, at når Karen og musikterapeuten er sammen, så synger de sange. Derudover er der ingen integreret selv-kontinuitet hos Karen. Hun husker ikke melodien på selv kendte børnesange, kun fornemmelsen af dem, og kan genkende dem når musikterapeuten synger dem. Hermed kan det konkluderes ud fra Sterns teori, at Karen ubevidst kan registrere og genkende små oplevelser, som kendte sange og settingen i musikterapien giver.

Konklusion.

Ud fra en perspektivering med Sterns teori omkring det emergente selv og fornemmelsen af et kerneselv i den morfologiske analyse kan det konkluderes, at Karen har meget svage fornemmelser af et kerneselv på et præ-verbalt ubevidst stadie.

Analyse af andet musik-eksempel (spor 4).

Indledning.

I det følgende vil jeg lave en analyse af Karens stemme. Stemmeanalysen er af en enkelt sang som Karen synger umiddelbart sammen med terapeuten. Musikeksemplet er fra 14. session og sangen er: ” *Jeg ved en lærkerede*” (bilag 8).

Som metode bruger jeg et assessmentskema som jeg udarbejdede i et tidligere projekt. (Storm og Skov, 2000), (se bilag 7).

Til understøttelse af min stemmeanalyse er der en nodetranskription af sangen, som bliver analyseret selvstændigt efter denne analyse. Til sidst sammenholdes stemmeanalysen med nodetranskriptionsanalysen til en samlet klinisk vurdering.

Jeg vil indlede med en kortfattet introduktion til betragtninger om stemmen og stemmeassessmentskemaet.

Stemmen.

Stemmen er sjælens membran. En poetisk formulering, men stemmen er langt mere end det. Det er min opfattelse, at krop og stemme danner bro mellem det fysiske og psykiske. Stemmen er det medium de fleste mennesker udtrykker sig igennem. Ikke bare med ord, men også med klange, der fortæller om indhold, der ellers er vanskeligt at erkende.

Formål med en stemmeanalyse.

Formålet med en stemmeanalyse er ikke diagnostisk, men en klinisk udredning af patienten. Ved hjælp af stemmeassessmentskemaet er det muligt at danne sig et helhedsindtryk af patienten og dennes psykologiske funktionsniveau og evt. problemstillinger, udfra patientens måde at udtrykke sig med stemmen.

I vurderingen af de definerede stemmeparametre kan der afstikkes en terapeutisk retningslinje for behandlingsforløbet, og patientens ressourcer og begrænsninger synliggøres.

Stemmeparametrene.

Stemmeparametrene er valgt udfra, hvilke overordnede stemmeparametre mennesket udtrykker sig gennem. Det er fysiologiske parametre, der vurderes subjektivt og derefter tilknyttes psykologiske betragtninger.

Lidt om stemmeassessmentskemaet.

Hensigten med stemmeassessmentskemaet er, at det skal være let at arbejde med og let at forstå. Dog ikke på bekostning af kvalitet og nøjagtighed. Skemaet er en fænomenolo-

gisk behandling af parametrene og arbejder på en gang med helhed og enkeltdele i helheden. Nogle parametre er eksakte og derfor helt objektive, mens andre helt og holdent er subjektive vurderinger. På den måde er det både et kvalitativt og kvantitativt design.

Skemaets opbygning

Skemaet kan aflæses både vertikalt og horisontalt.

Læser man det vertikalt fremstår skemaet som et grafisk billede, der giver et helhedsindtryk af patientens stemmebrug. I det umiddelbare indtryk vil der være noget der træder mere frem end andet. Det vil tydeligt fremgå af skemaet, hvilke ressourcer og begrænsninger patienten har.

Læses skemaet horisontalt fortæller det noget om de enkelte parametre og hvilke tendenser der er, og det vil ligeledes give et indtryk af patientens ressourcer og begrænsninger.

Stemmeassessmentskemaets anvendelse i denne sammenhæng.

Jeg har tilpasset skemaets anvendelse denne kliniske situation grundet patientens svære psykiske tilstand. Oprindeligt var der udarbejdet en metode til at komme omkring de forskellige parametre. I denne sammenhæng bruger jeg skemaet til at tegne et umiddelbart ”billede” af Karens stemmebrug. Jeg noterer det, som er hørbart og analyserer det. Det betyder, at der er enkelte parametre i skemaet hvis eksistens ikke bliver undersøgt. Der bliver kun vurderet på de parametre, der er hørbare i sangeksemplet. Parameteret glissando og nogle af parametrene indenfor klangkvaliteter og resonans bliver ikke testet for deres eksistens.

Aflæsning af skemaet.

Bilag 7

Aflæsningen af skemaet foregår i flere trin. Først analyseres det umiddelbare helhedsindtryk af det grafiske billede. Derefter gennemgås hvert enkelt parameter i forhold til de fysiologiske definitioner og de psykologiske betragtninger. Derpå sker en opsamling af data til en samlet vurdering (Storm og Skov, 2000).

Stemmeanalysen.

Helhedsindtryk af det grafiske billede.

Det umiddelbare indtryk er skræmmende.

Her er næsten ingenting. Så det umiddelbare spørgsmål er: *Er Karen?*

Det mest fremtrædende parameter er volumen, der vil blive uddybet senere, men dette parameter fortæller, at Karen er ganske lidt.

Sangregister.

Her registreres patientens ambitus, dvs. omfanget af sangregisteret. Formålet er at se, hvor bred en udtryksflade patienten har til sin rådighed, samt hvor vedkommende har sine ressourcer og begrænsninger. Sidenhen vil sangregisteret blive sammenholdt med patientens taleleje. Sammenholdningen vil angive det toneområde, hvor patienten er mest afslappet og stærkest i sine ressourcer. Dermed er en del af det toneområde angivet, hvor terapeuten har mulighed for at opnå samklang. Set ud fra en psykologisk betragtning vil toneområdet angive det område, hvor der er størst sandsynlighed for at opbygge en alliance og hvor patienten kan opleve forståelse.

Karens sangregister er aftegnet efter de passager, hvor Karen synger alene og ikke kan støtte sig til terapeutens sang. I de situationer synger hun fortrinsvis to toner. (*se bilag 9, takt 5, 26 - 30, 38 - 40 og 44.*) Det er en ekstrem lille ambitus at gøre brug af eller at have til sin rådighed.

Det skal bemærkes, at Karen to gange kommer en tone højere op og to gange henholdsvis kommer en tone og to toner dybere. Argumentet for kun at notere et sangregister på de to toner er, at dette skema også henleder til terapeutiske forholdemåder. I den forbindelse er det vigtigt ikke at overdrive.

De psykologiske betragtninger:

En ambitus på to toner betyder, at Karen er fastlåst i en meget lille udtryksflade. Selve sangen "*Jeg ved en lærkerede*" spænder over en oktav (*se bilag 8*). I notetransskriptionen (*se bilag 9*) ses det, at Karen ved musikerapeutens hjælp kan bevæge sig ud over de to toner og faktisk i løbet af sangen kommer i berøring med syv ud af otte toner. Det fortæller, at tonerne er til rådighed for Karen, men samtidig fortæller det også, at hun har brug for støtte til at kunne udvide sin ambitus og dermed også sin udtryksflade. Karen har brug for støtte for at kunne give udtryk til sin tilstand.

Taleregister.

Karens taleleje har jeg aftegnet efter en enkelt sætning hun har udtalt lige umiddelbart efter denne sang. I følge Susanne Eken (*Eken, 1998*) bør talestemmens middelfrekvens ligge ca. en kvint over sangstemmens nederste brugbare tone. Det gør den i dette tilfælde, hvilket fortæller, at der er sammenhæng mellem sangregisteret og taleregisteret.

De psykologiske betragtninger:

Dette understøtter den psykologiske betragtning, at der er sammenhæng i Karens samlede udtryk og ikke tale om eksempelvis

splitting mellem to meget forskellige udtryksflader.

Volumen.

Karen synger meget lavt. Jeg vurderer det til et sted mellem *p* og *pp*.

De psykologiske betragtninger:

Graden af volumen fortæller lidt om evnen til at give og tage plads i samspil med omgivelserne. Karen evner på nuværende tidspunkt kun at tage mikroskopisk plads i samspillet med omgivelserne. Hun evner kun at fortælle, at hun lige netop er og måske stadig har et svagt ønske om at være. Samtidig kan volumen i denne sammenhæng være en beskrivelse af, hvor ekstremt tilbagetrukket Karen er. Et paradoks som har modstridende kræfter og holder Karen fastlåst og afskærer hende muligheden for at handle.

Kompression.

Er stemmen meget komprimeret vil den have en skarp og hård klang. En underkomprimeret stemme vil lyde luftig, mat og klangløs. Karens stemme er luftig, mat og klangløs.

De psykologiske betragtninger:

Jeg vil analysere den underkomprimerede stemme ud fra en helhedsbetragtning, hvor jeg sætter den i forhold til nogle af de øvrige parametre jeg har indsamlet.

En luftig, mat og klangløs stemme understøtter hypotesen om, at Karen på nuværende tidspunkt er meget psykisk svag og skrøbelig. Ordet mat kan være en psykologisk beskrivelse af den energi, som Karen er i besiddelse af på nuværende tidspunkt. Det betyder, at der næsten ingen energi er, hvilket igen fortæller noget om overskud og ressourcer, der heller ikke er meget af. Et psykologisk synonym for klangløs er livløs. At konkludere, at Karen næsten er livløs understøttes i registreringen af den meget lille ambitus. Karen er næsten ikke.

Klangkvalitet/resonans.

Klangkvaliteten er en beskrivelse af stemmens karakter. En god og rig klangkvalitet kræver en god kropsfundering, der kan udnytte kroppens resonansrum optimalt. Stemmens klang vil afsløre, hvorvidt patientens udtryk er hæmmet af indsnævring eller uhensigtsmæssige muskelspændinger / blokeringer. Er stemmens klang hæmmet vil det give en forfladiget lyd.

Der opereres med fire klangkvaliteter, der hver repræsenterer forskellige temperamenter og følelsesflader.

Karen synger i fløjten og gør dermed kun brug af hovedresonans. Det karakteristiske ved fløjten er, at dens udtryk er piget, sart,

let bevægelig, ustadig og luftig. Taget i betragtning i hvilket toneleje Karen synger, er stemmens klangkvalitet ualmindelig lys. Hendes stemme er ikke bare piget, men lille-piget, og sart. Resonansen er uden særlig intensitet og substans, hvilket fysiologisk bevirker, at lyden holdes tilbage. Der er intet af de tre andre klangkvaliteter at spore i udtrykket.

De psykologiske betragtninger:

Karen er i hovedet. Der er ingen forbindelse til resten af kroppen. Dermed er Karens kropsfornemmelse mangelfuld. Psykologisk set er Karen en meget lille pige, der næsten ikke kan noget selv. Hun er så lille, at hun er ved at lære at bruge stemmen til at udtrykke sig. Den manglende intensitet og substans i resonansen fortæller, at der ikke er en fri bevægelse af energi i kroppen. Der holdes meget igen. Der skal bruges mange kræfter på ikke at give lyd. Dette kan understøtte hypotesen om, at Karen bevidst eller ubevidst har valgt at være meget tilbagetrukket. Dermed mindskes interaktionen med omverdenen og dermed oplevelsen af at være. Dette understøttes af parameteret kompression og de dertil hørende psykologiske betragtninger.

Dynamik.

Dynamik er et samspil mellem parametrene volumen, kompression og klangkvalitet. Karen synger uden dynamik. Der er så at sige ingen variation i udtrykket. Det er med andre ord monotont.

De psykologiske betragtninger:

Det dynamiske udsving fortæller noget om evnen til fleksibilitet og empati. Det ekstreme ville være at sige, at Karens manglende dynamiske udtryk fortæller om en rigid natur. Men sammenholdt med de øvrige data tror jeg mere, at Karen er i en tilstand, hvor hun ikke længere evner at være fleksibel og empatisk.

Med støtte fra terapeuten kan Karen bevæge sig ud over omfanget af sin ambitus. Indenfor så lille en ambitus vil jeg påstå, at det ikke er muligt at være fleksibel og empatisk. Berøringsfladen er for lille.

Tonesikkerhed.

Karen har ikke særlig stor tonesikkerhed. Den er bedst i de to toner, der er registreret som hendes ambitus.

Psykologiske betragtninger:

Karens sang er præget af usikkerhed og kan i denne sammenhæng også fortælle om den usikkerhed hun har om sig selv. Der er måske usikkerhed omkring det at udtrykke sig. Karen selv er måske også usikker på om

hun vil udtrykke sig. Hvis hun vil udtrykke sig, er der måske usikkerhed omkring, hvad hun skal udtrykke? Det helt ekstreme er, at Karen på nuværende tidspunkt ikke er i stand til at udtrykke sig, fordi der hersker usikkerhed omkring, hvordan ordene sættes sammen, ligesom der hersker usikkerhed omkring, hvordan tonernes udtryksflade bliver større.

Opsamling.

Der er ikke meget overskud og mange ressourcer at finde. Det samlede indtryk er næsten livløst og Karen er fastlåst i en meget lille udtryks- og berøringsflade. Hun er præget af stor usikkerhed - både i forhold til at mærke sig selv, og i forhold til om hun i det hele taget vil eller kan udtrykke sig. Karens ekstremt begrænsede udtryks- og berøringsflade bevirker, at der også bliver usikkerhed omkring, hvordan hun kan give udtryk til sin tilstand. En fastlåsthed, der er medvirkende til, at Karen næsten ikke *er*.

Psykologisk set er Karen en meget lille pige, der næsten ikke kan noget selv. Hun er så lille, at hun er ved at lære at bruge stemmen til at udtrykke sig. Hun holder meget igen og bruger mange kræfter på ikke at give lyd til sin tilstand. Bevidst eller ubevidst er Karen meget tilbagetrukket. Ved at være tilbagetrukket undgår Karen at være i interaktion med omverdenen og dermed undgår Karen fornemmelsen af *at være*.

På nuværende tidspunkt er Karen meget psykisk svag og skrøbelig, men det lille udslag under parameteret volumen fortæller, at Karen dog er og måske også har et ønske om at være.

Det positive er, at der er sammenhæng mellem Karens sangregister og taleregister og at hun med støtte fra terapeuten er i stand til at udvide sin udtryks- og berøringsflade. Det understøtter formodningen om, at Karen har et ønske om *at være*.

Indsamlingen af disse data fortæller også, hvilke behov Karen har. Hun har først og fremmest behov for, at der er nogen, der i overført betydning, rækker ud efter hende og vil og kan mødes med hende på hendes lille udtryks- og berøringsflade. Kun i mødet vil Karen begynde at mærke, at hun rent faktisk *er*. Samtidig er der et stort behov for tryghed og støtte til at *vove at være*. Når hun kan mærke, at hun er kan Karen med terapeuten støtte udvide sin udtryks- og berøringsflade sådan, at hun kan give udtryk til sin tilstand.

Nodetransskriptionen.

Bilag 9, nodetransskription 2-6, vers 1-5

Intentionen med nodetransskriptionen er at

gøre det muligt at aflæse meget nøjagtigt, hvornår den enkelte tone eller den enkelte tonerække i sangen bliver sunget og af hvem. Tiderne på nodebillederne er kun vejledende. Nodetransskriptionen er noteret en oktav højere end det toneleje der bliver sunget i. Samtidig er det i nodetransskriptionen muligt at aflæse hvilke ord/sætninger Karen bruger og hvornår. Til at imødekomme dette fokus er sangen skrevet ud over en tidslinie, hvis detaljegråd er helt nede på et sekund for hver sjette afmærkning. Det bevirker, at det også er synligt, at en ottendelsnode eksempelvis ikke har en standard varighed. Det har dog ingen indflydelse på melodians genkendelighed når der lyttes til eksemplet, og det er heller ikke en information, jeg bruger til noget.

I det følgende vil jeg nu kontinuerligt udfrat nodetransskriptionen konkret beskrive, hvad man kan se der sker, når musikterapeuten og Karen synger sangen "*Jeg ved en lærkerede*" sammen. Efter denne beskrivelse vil der være en opsamling af de vigtigste data og de psykologiske betragtninger vil kobles på. Til slut vil dette blive sammenholdt med stemmeanalysen i en samlet klinisk vurdering.

Musikterapeuten synger sangen korrekt, men er hele tiden lydhør for hvad Karen synger, og hvor hun er i sangen. Derfor kan der af og til forekomme en kunstpause i melodien, hvor terapeuten venter på, at Karen eksempelvis har sunget sin linie færdig.

Første vers:

(bilag 9 - nodetransskription 2)

Musikterapeuten starter ud med at synge og Karen kommer ind i anden takt på første tone som hun helt afstemmer efter musikterapeuten. Hun afstemmer også ordet efter, hvor musikterapeuten er i teksten. Karen og musikterapeuten følges helt ad de første to takter.

I takt tre synger Karen de samme toner, men fordobler værdien til en sekstendel på første og tredje tone. Anden tone kommer lidt forsinket i forhold til musikterapeuten, men når man lytter til sangen virker det ikke forstyrrende på melodians genkendelighed.

I fjerde takt, hvor første tone er en punkteret fjerdedelsnode, synger Karen på samme tone som musikterapeuten fire stavelser, der holder sig indenfor den samlede nodeværdi og puls. På den sidste tone i takt fire starter Karen og musikterapeuten ud samtidig og på det samme ord, men ikke på samme tone. Karen ligger en tert under.

I løbet af takt tre og fire har Karen ni stavelser. Det er fem stavelser mere end musikterapeuten. Karen synger sætningen: "Jeg

ved den ik-ke kend' godt ik-ke." Ord, der ikke er sat sammen på denne måde ellers i sangens tekst. Musikterapeuten synger: "Sig-er ik-ke mer'."

I takt fem synger musikterapeuten første stavelse af ordet "fin-des", tredje linie i første vers, hvorefter hun stopper og lader Karen synge sin sætning færdig. Karen synger en variation over anden linie i første vers. "Den siger jeg ikke mere." På den måde synger Karen anden linie umiddelbart efter, at musikterapeuten har sunget anden linie.

Derpå genoptager musikterapeuten melodi og tekst af sangens tredje linie i slutningen af takt fem og færdiggør den alene i takt seks og syv. Musikterapeuten afslutter første vers over takt otte og ni.

I takt otte begynder Karen på tredje linie, en hel linie forsinket. Det betyder, at Karen i denne tonerække har to stavelser mere end musikterapeuten at synge. Uden at komme ud af pulsen, der er angivet af musikterapeuten, får Karen sin tredje linie til at gå op. Den første tone Karen anvender til tredje linie er korrekt, men derefter er alle toner forkerte. Til gengæld er en nedadgående bevægelse i melodien rigtig.

Andet vers:

(bilag 9 - nodetransskription 3)

Musikterapeuten fortsætter med at synge sangen og synger hele andet vers uden mærkbare pauser.

Karen starter ud med at synge sidste linie af første vers og igen er det kun melodians bevægelse, der her er nedadgående, som er korrekt. Til gengæld følger Karen den fastsatte puls helt.

I takt elleve kommer Karen ind og synger ordene i anden linie sammen med musikterapeuten. Hun anvender den samme tone til hele linien. Karen og musikterapeuten slutter linien på samme tone.

I løbet af takt fjorten og femten er der lidt ustabilitet i Karens melodi. Hun starter ud med at synge ordene i tredje linie på samme tone, men bevæger sig sammen med musikterapeuten ned på den sidste tone. Sidste linie af verset synger Karen og musikterapeuten fuldstændigt sammen, men i stedet for ordet "lun" kommer Karen til at synge: "har dun". Dermed er Karen tilbage til slutningen af tredje linie.

Pulsfølelsen er stabil i forhold til musikterapeuten.

Tredie vers:

(bilag 9 - nodetransskription 4)

Musikterapeuten fortsætter med at synge første linie af tredje vers. Karen fortsætter med at synge tredje linie i andet vers. Hun

starter på den rigtige tone i forhold til den tekst hun synger og det samme gør hun med de to første toner i takt atten. Derefter er de næste toner forkerte i forhold til den tekst hun synger, men derimod følger hun musikterapeutens bevægelse og afslutter tredje linie af vers to i takt nitten på samme tone som musikterapeuten.

Fra takt nitten påbegynder Karen sidste linie af andet vers og i takt 21 følger Karen musikterapeutens videre tonebevægelse.

Fjerde vers:

(bilag 9 - nodetranskription 5)

I fjerde vers takt 30 starter Karen en anelse forsinket i forhold til musikterapeuten. I takt 31 følger Karen musikterapeutens angivne puls fuldstændigt igen. De to første linier af vers fire synger Karen den samme tekst og næsten også de samme toner som musikterapeuten. Hun afviger fra melodien på fem toner. *(Se takt 30, 31, 32, 33 og 34).*

I takt 35 er det ikke muligt at høre, hvad Karen synger, men hun følger fortsat musikterapeutens bevægelse i melodien.

I takt 37 fordobler Karen nodeværdien på anden og tredje tone, men synger de samme toner som musikterapeuten og holder den angivne puls.

I takt 38 er det ikke muligt at høre, hvad Karen synger, og hun synger på den samme tone i hele takten, men mister ikke pulsfornemmelsen.

I slutningen af takt 38 begynder Karen på sidste linie af vers fire og musikterapeuten venter med at starte på vers fem til Karen er færdig. Karen synger denne linie helt i overensstemmelse med tekst og dertil hørende melodi.

Femte vers

(bilag 9 - nodetranskription 6)

Musikterapeuten begynder på vers fem, og i takt 42 kommer Karen ind og følger musikterapeuten stort set hele verset igennem - både hvad melodi og tekst angår. Der kommer en lille ekstra tilføjelse i takt 44, hvor Karen igen synger tekst som ikke eksisterer i sangen og musikterapeuten venter det øjeblik det tager. Ellers overholdes musikterapeutens angivne puls hele verset igennem og Karen og musikterapeuten afslutter sangen i følgeskab.

Opsamling med psykologiske betragtninger.

I første vers synger Karen skiftevis anden linie og tredje linie i teksten, umiddelbart efter at musikterapeuten har sunget dem. På den måde virker det som et ekko. Et almindeligt adfærdsmønster hos spædbørn / børn

er, at de gentager og imiterer forskelligt i en interaktion for at udvikle sig både fysiologisk og psykologisk. Det er nøjagtigt det Karen gør her. Dette støtter hypotesen om, at Karens tilstand på nuværende tidspunkt svarer til et lille barn.

I takt otte, ni og elleve mister Karen forbindelsen til melodien, men synger i takt otte og ni en nedadgående bevægelse, og i takt elleve går Karen i stå og anvender den samme tone til hele anden linie af andet vers. Samlet er dette et udtryk for, at Karen er let påvirkelig og let mister orienteringen i melodien og dermed også forbindelsen til den. Det at Karen går i stå og anvender den samme tone er også udtryk for usikkerhed. I sådan en situation er pulsfornemmelsen det eneste Karen har at holde sig til, som kan give stabilitet. Alligevel kan netop sådan en situation være medvirkende til, at Karen føler utryghed, og overfører man den situation til daglig livsførelse kan en oplevelse af denne karakter endda medføre angst. Tilfældigvis ender anden linie på den tone Karen synger og i samklangen genopstår kontakten til musikterapeuten. Dette bevirker, at Karen orienterer sig og støtter sig til musikterapeuten og dermed er det muligt at afstemme ordene. Langsomt vender orienteringen i melodien også tilbage.

Et eksempel på, at Karen er letpåvirkelig og dermed også let mister fokus og orientering i egen tonebevægelse er følgende: I takt tre synger Karen anden tone lidt forsinket i forhold til musikterapeuten, hvilket jeg fortolker som et udtryk for en lidt ustabil pulsfornemmelse hos Karen. I takt sytten, atten og nitten synger Karen tredje linie af vers to. Musikterapeuten synger første linie af vers tre. Første halvdel af linien synger Karen de korrekte toner i forhold til sin tekst. Derefter bliver hun påvirket af musikterapeutens tonebevægelse og mister fokus og orientering i sin egen tonebevægelse og tekst, og hun ender med at synge den samme tone som musikterapeuten.

Her kommer der et klart behov til udtryk. Karen har brug for støtte, stabilitet og genkendelighed, der kan støtte en integration af stabilitet og kerne i hende selv.

Karen følger terapeutens fastsatte puls som et anker, men selv dér kan hun af og til snuble lidt, men hun mister dog ikke fornemmelsen. *(Se takt 3, 4, 23, 25, 30 - 31, 38 og 46.)* Det fortæller, at Karen har et indre, men lidt ustabilt, fokus, der endnu ikke er helt integreret.

En klinisk vurdering.

Det samlede indtryk er, at Karen er fastlåst

og næsten livløs. Hun er fastlåst i en meget lille udtryks- og berøringsflade og hendes samlede stemmeudtryk er utrolig svagt. Psykologisk set er Karen et meget lille barn præget af stor usikkerhed. Hun har ikke meget overskud og ikke mange ressourcer. Den samlede vurdering giver indtryk af, at Karen på nuværende tidspunkt er meget psykisk svag og skrøbelig. Hun er letpåvirkelig og mister let fokus og orientering og har en meget svag selvfølelse.

Det fremgår dog, at Karen med terapeutens støtte vil og kan udvide sin udtryks- og berøringsflade, hvilket giver indtryk af en form for motivation til at komme til udtryk og være.

Den samlede vurdering er, at Karen på nuværende tidspunkt ikke er i stand til selv at tage initiativ til kontakt.

Behov for at omgivelserne tager initiativ til kontakt og giver massiv støtte og tryk til at vove at være og indgå i en interaktion. Samværet og interaktionen skal være præget af stor stabilitet og forudsigelighed. Der skal være opmærksomhed på, at enhver bevægelse kan være angstskabende.

Analyse af tredje musikeksempel (spor 5).

Som ved den tidligere morfologiske analyse har jeg bevidst valgt ikke at skrive noget om musikken eller forholdene før i indledningen af 2. trin. Dette udfra holdningen om her i 1. trin at lade musikken tale for sig selv, samt at give læseren en mulighed for, så vidt som det er muligt, at bevare kontakten til den umiddelbare oplevelse af musikken.

1. trin. Helhed.

Lyttebeskrivelser.

1. lytter.

- leg / barn. Det var som et barn, der leger på et instrument.
- fastlåst.
- gentagelse / en barnlig stædighed.
- søgende.
- eksperimenterende.
- musikken forsvandt fra mig så jeg skulle huske mig selv på at lytte til den igen.
- det lyder ligesom en der kalder: Kom med mig!
- blev irriteret over den gentagne rytme.
- et mor / barn forhold.

2. lytter.

- lukket rum, der er begrænsende.
- uharmonisk.
- øve time.
- elev med ulyst.
- søgende.
- kinesisk.
- bliver kaldt til en bred lys skovvej, der åbner sig, men den bliver hen ad vejen mere og mere lukket og svær at overskue. Søger ned mere eller mindre, der hvor man er.
- I skovbunden
- i en lille afgrænset lysning. Der er en følelse af afmagt.
- skovsø / levende vand med små hurtige bølger / krusninger / ringe.

3. lytter.

- Kina.
- små fødder.
- trippe.
- kling klang, tilfældig spil.
- trapper.
- vand.
- vandtrapper. Noget, der gik oppefra og ned.
- frodighed, grønne vækster. Det

er kvælende i det. Man kan ikke rigtig ånde. Fugtigt klima. Der er indelukket.

- kildevæld og bjerge. Det åbner sig op.

- at stamme, at blive standset, at snuble

og at gå i stå.

- der er noget uforløst. Der kommer ligesom nogle forhindringer i vejen. Man bliver standset. Man er på vej

et sted hen, men så snubler man ligesom over det og det bliver ikke rigtig det som det skulle have været. Man kommer bare ikke videre. Man går i stå.

Der er et eller andet, der er uforløst.

4. lytter.

- en bjergbæk om foråret når sneen/isen begynder at smelte.

- gik over i et begrebspar hjælp somhed / ubehjælpsomhed.

Kontraster men uadskillelige. En der forsøger at hjælpe en anden, der ikke kan så godt.

- blev irriteret over det klimpreri.

- gik over til en vis monotoni, men blev lidt mindre irriterende.

- passerede over til en vis rytme og en karakter af harmoni.

- jeg havde en opfattelse af, at i starten var der en vis harmoni, men den var meget komplementær i forhold til de to klaverer, men det blev til en helhed til sidst.

Relativ monoton, men det blev en helhed til sidst, hvor de spillede sammen.

5. lytter.

- vand

- rislen

- bæk

- modstand, der opleves som en indre modstand. Ikke samklang, når ikke hinanden. Modstand er hovedordet. Fordi der er den modstand, kommer der ikke nogen samklang og de når ikke hinanden.

- jeg faldt ud. Fik ikke flere billeder.

- jeg begyndte at tænke på noget helt andet. Prøvede at komme ind igen, men det lykkedes ikke.

Gengivelse af den efterfølgende samtale og diskussion i lyttegruppen.

Gengivelsen af samtalen er ligesom ved den første morfologiske analyse inddelt i temaer, der bliver berørt i den efterfølgende diskussion. Diskussionen danner grundlaget for

gruppeinddelingen af associationerne og underbygger sætningen lytterne selv formulerer til slut og den sætning som jeg formulerer til aller sidst.

Forsvinde.

Fire ud af fem lyttere havde oplevelsen af på et tidspunkt at skulle bruge kræfter på at være tilstede. De beskriver det stort set alle sammen i samtalen sådan som en lytter noterer det: *Musikken forsvandt for mig*. Tre lyttere kom tilbage, men den sidste *faldt ud og fik ikke flere billeder*.

I fornemmelsen af at glide ud er der to, der beskriver oplevelsen af irritation som et middel til at holde sig selv fast. Det beskriver en lytter som *at blive irriteret over det klimpreri*.

Det barnlige udtryk.

Noget af det første, der bliver fremhævet er, at der er noget barnligt over musikken. En lytter tror fuldt og fast på, at det faktisk er *et barn*, der spiller. *Det var som et barn, der leger på et instrument. I musikken høres også et mor/barn-forhold*.

Der er bred enighed i gruppen om, at musikken har et barnligt og *ubehjælpsomt* udtryk. Klaverspillet er *tilfældigt, kling-klang*. I *irritationen* over det *monotone og fastlåste* dukker fornemmelsen af *barnlig stædighed* op.

Modstand/afmagt.

En anden beskriver, at *en barnlig stædighed* ved *gentagelsen fastlåser* sig selv.

Den samme oplevelse sagt på en anden måde fortælles ved at *en bred lys skovvej bliver hen ad vejen mere og mere lukket og svær at overskue. Søger ned mere eller mindre, der hvor man er. Der er en følelse af afmagt*.

Modstanden opleves også i associationen *elev med ulyst*.

Oplevelsen af en modstand mod forandring, men hvor der på samme tid er et ønske om at forsøge at komme videre beskrives som, at der bliver holdt igen ved *at stamme og ved, at der kommer nogle forhindringer i vejen. Man bliver standset. Man er på vej et sted hen, men så snubler man ligesom over det og det bliver ikke rigtig det som det skulle have været. Man kommer ikke videre. Man går i stå*.

Modstanden beskrives også i opfattelsen af en harmoni, der i begyndelsen er *meget komplementær i forhold til de to klaverer*.

En lytter beskriver, at oplevelsen af *modstand* fornemmes som *en indre modstand*. *Fordi der er den modstand kommer der ikke nogen samklang og de når ikke hinanden*.

Finde tilbage.

De finder vej tilbage ved at de har oplevelsen af at blive kaldt på af musikken. En lytter oplever det som *et barn, der kalder: Kom med mig!*

En anden oplever at blive kaldt til en bred lys skovvej, der åbner sig.

Oplevelsen af *en kvælende frodighed og grønne vækster, hvor man ikke kan ånde* passerede over til *kildevæld og bjerge*, der giver fornemmelsen, at *det åbner sig op*.

En anden beskrivelse af oplevelsen er, at *det senere gik over til en vis monotoni, der var lidt mindre irriterende, for derpå at passere over til en vis rytme og en karakter af harmoni*. Det gav oplevelsen af, at det blev en *helhed til sidst, hvor de spillede sammen*.

En bevægelse.

Det diskuteres meget, hvilken bevægelse der er tale om. Der er ingen tvivl hos lytterne om, at der er en bevægelse, men hvor langt når den. Her er der modstridende oplevelser. Fører bevægelsen til en oplevelse af forandring eller går den tilbage til udgangspunktet.

En bevægelse som udtrykkes i sætningen: *Mor! Jeg løber lige ud og leger!* Hvor forestillingen går på *moderen som noget stationært, man bevæger sig væk fra og vender tilbage til*.

En søgen ud af det lukkede rum, der er begrænsende, der finder en afgrænset lysning og vender tilbage igen.

En bevægelse fra *frodighed og grønne vækster. Det er kvælende i det. Man kan ikke rigtig ånde. Der er indelukket*. Til oplevelsen af *bjerge. Der er noget der åbner sig op*, hvor oplevelsen af at *der kommer nogle forhindringer i vejen. Man bliver standset. Man er på vej et sted hen, men så snubler man ligesom over det og det bliver ikke rigtig det som det skulle have været. Man kommer bare ikke videre. Man går i stå. Der er et eller andet, der er uforløst*.

En bevægelse fra oplevelsen af *en vis harmoni* der er *meget komplementær i forhold til de to klaverer* til oplevelsen af *en helhed til sidst. Relativ monoton, men det blev en helhed til sidst, hvor de spillede sammen*.

Bevægelsen antydes også i associationen: *En bjergbæk om foråret når sneen/isen begynder at smelte*.

En bevægelse fra *det lukkede, begrænsede ubehjælpssomme og indskrænkede. En bevægelse ud af det lukkede rum, forløsende*.

I alt antydes der en bevægelse. Det antydes, at der er to der spiller, men de spiller ikke nødvendigvis sammen i begyndelsen. Her kan det forstås som to der sidder i samme rum og spiller, men ikke nødvendigvis sammen med hinanden. Bevægelsen viser, at til sidst i improvisationen spiller de sammen og

det giver en oplevelse af harmoni og helhed. Ser man på hver enkelt lytters beskrivelse, fremstår de 3 med en forløbsbeskrivelse, der antyder en proces.

Det bliver diskuteret, hvorvidt der er et forløb i beskrivelserne og om man kan tale om en proces. Her dukker der modstridende oplevelser op. På den ene side nævnes, at der er en forløsende bevægelse ud af noget lukket, begrænset og ubehjælpssomt. En bevægelse ud af et lukket rum. På den anden side opleves det som en modsat rettet bevægelse fra noget mere åbent til noget mere lukket. I diskussionen ender det med, at man udfra sine notater synes at der er tale om en søgen ud af et lukket rum, der vender indad igen. Det antyder en proces, der bevæger sig udfra personen og tilbage til personen igen.

Samtale og diskussion fører til følgende kategorier:

kategori A

- leg / barn,
- fastlåst,
- gentagelse / en barnlig stædighed,
- musikken forsvandt fra mig,
- lukket rum, der er begrænsende,
- uharmonisk,
- elev med ulyst,
- en bred lys skovvej, der åbner sig, men den bliver hen ad vejen mere og mere lukket og svær at overskue,
- afmagt,
- Frodighed, grønne vækster. Det er kvælende i det. Man kan ikke rigtig ånde. Fugtigt klima. Der er indelukket.
- at stamme, at blive standset, at snuble, at gå i stå,
- ubehjælpsomhed,
- en vis harmoni, men den var meget komplementær i forhold til de to klaverer,
- monotoni,
- modstand, der opleves som en indre modstand. Ikke samklang, når ikke hinanden.

→
en bevægelse
mod

kategori B

- Det lyder ligesom en der kalder: Kom med mig!
- en bred lys skovvej, der åbner sig,
- skovsø / levende vand med små hurtige bølger / krusninger / ringe.
- Kina,
- små fødder,
- trippe,
- vand,
- vandtrapper. Noget, der gik oppefra og ned.
- kildevæld og bjerge. Det åbner sig op.
- En bjergbæk om foråret når sneen / isen begynder at smelte,
- hjælpsomhed.
- passerede over til en vis rytme og en karakter af harmoni.
- rislen,
- bæk,

De følgende tre kategorier står alene:

kategori E

- Blev irriteret over den gentagne rytme.
- Blev irriteret over det klimprei.

kategori C

- Søgende.
- Eksperimenterende.
- Søger ned mere eller mindre, der hvor man er. I skovbunden i en lille afgrænset lysning.

kategori D

- Øvetime.
- Kling klang, tilfældig spil.

Sætninger formuleret af lytterne i fællesskab.

1. *Bevægelse til og fra det lukkede rum.*
2. *Lukkede, begrænsede ubehjælpssomme og indskrænkede. En bevægelse ud af det lukkede rum, forløsende.*
3. *En søgen ud af det lukkede rum, der vender indad igen.*
4. *Mor! - Jeg løber lige ud og leger. Hvis man forestiller sig moderen som noget stationært, man bevæger sig væk fra og vender tilbage til.*

Sætningen formuleret af musikterapeuten.

"En bevægelse fra at være ubehjælpssom og fastlåst til at finde vej og åbne sig."

2. trin. Intern regulering.

Indledning

Det helhedsindtryk, der opstod ved lyttebeskrivelserne, vil nu blive efterprøvet og hypotesen skal underbygges i manifestationer i det konkrete musikalske materiale. Jeg vil gøre det på følgende måde. Da dette musikseksempel er meget langt og analysen derfor kan blive meget omfattende, vil jeg koncentrere mig om det som lytterne fremhævede i deres diskussion og satte fokus ved, da de formulerede deres sætninger. Dernæst vil jeg forholde hypotesen fra 1. trin til den fænomenologiske musikbeskrivelse og til sidst lave en samlet konklusion.

Setting

Der bliver spillet på to klaverer. Den kliniske improvisation varer 8.34 minutter og musikseksemplet er taget i sin fulde længde. Der bliver kun spillet på de sorte tangenter (Pentaton skala).

Den fænomenologiske musikbeskrivelse er inddelt i faser på 15 sekunder på nær nogle ganske få steder. Dette har jeg valgt ud fra, at de bevægelser, der sker nogle steder er ganske små, men særdeles vigtige. De ville let drukne i en større tidsinddeling.

Den fænomenologiske musikbeskrivelse bliver understøttet så meget som det er muligt med nodetranskription. Mere end man normalt ville gøre i den morfologiske analyse, men her med det formål, at nodetranskriptionen vil tydeliggøre de ganske små bevægelser. Ikke bare i beskrivelsen, men også i nodebilledet. I nodetranskriptionen er ikke redegjort for fortegn. Der spilles kun på de sorte tangenter. Der hvor der ikke er taktangivelse spilles i 4/4. Desuden har jeg lavet en grafisk notation til

læseren. Ved hjælp af den grafiske notation er det muligt for læseren at få et samlet overblik over improvisationen og at følge udviklingen i den grafiske notation sideløbende (*Se bilag #*).

Jeg bruger ikke den grafiske notation i analysen, og jeg vil gøre opmærksom på, at en grafisk notation morfologisk set mere svarer til det første skridt, hvor der relateres til helheden. For analytikeren er det vigtigt i andet trin ikke at vende tilbage og lave en ny helhedsbeskrivelse. Hypotesen fra første trin skal være det grundlag der tages udgangspunkt i ved andet trin.

Fænomenologisk musikbeskrivelse

Tidene i parentes henviser til displaytider i musikimprovisationen.

(00.00 - 00.15)

Bilag 10, nodetranskription 7

Musikterapeuten giver instruktion og anslår først tre toner i diskanten og derpå to toner i bassen. Derpå begynder Karen at spille (00:06) i et hurtigt tempo mens musikterapeuten stadig giver verbal instruktion. Karen begynder improvisationen med tonen b og volumen er på mf. Tonerne bliver spillet tilfældigt og lidt ujævnt, uden pauser eller fornemmelse af puls og melodi. Der er ingen dynamiske udsving. 00:10 spiller Karen med begge hænder og med en oktav imellem tonerne. 00:06 og 00:11 spiller Karen et identisk forløb i tonerne.

Musikterapeuten begynder at spille (00:13) to toner i diskanten, der i bevægelsen fra den ene tone til den anden afstemmes Karens grundtempo, hvorefter tonen klinger ud.

(00.15 - 00.30)

Karen spiller tilfældigt rundt på stort set de samme seks toner midt på klaveret. Det har karakter af at være abrupt, uden puls og melodi. Tonerne har et atonalt udtryk og kommer meget tæt af og til. Så tæt, at de kun lige akkurat ikke bliver spillet samtidigt. Udtrykket er spredt og uden sammenhæng samtidig med, at anslaget er hårdt og mangler dynamisk udsving.

Musikterapeuten holder taktværdien nogenlunde stabil på fire slag. Der spilles en enkelt lang tone i bassen, der klinger i hele takten og danner en bund. Bassen bevæger sig trinvis nedad to gange i begyndelsen af hver takt. På fjerde bastone vendes der tilbage til udgangspunktet. I diskanten spilles der med et blødt anslag i slutningen af hver takt en række toner i et tempo, der er tæt på

Karens grundtempo. Tonerækken ender på en lang tone, der klinger ud. Det giver karakter af sammenhængende melodi bestående af enkelte toner. De lange toner i både højre hånd og venstre hånd giver en fornemmelse af et roligt tempo i forhold til Karens grundtempo. Musikalsk spiller musikterapeuten toner i diskanten, der overlapper Karens valg af toner lidt, men også er lidt lysere. Bassen ligger en oktav under Karens toneområde.

(00.30 - 00.45)

Karen spiller fortsat meget abrupt uden puls og melodi. Toneomfanget er udvidet med en enkelt tone mod det lyse. Ellers spilles der kun på de samme seks toner.

Musikterapeuten anslår på et-slaget i hver takt en enkelt lang bastone, der klinger ud, og takten afsluttes med en sammenhængende tonerække, der spilles i diskanten og giver karakter af melodi. Dette mønster for takten er nogenlunde stabilt og gentages for hver takt, men tonerne varierer.

00.39 bliver taktværdien på tre fjerdedele.

(00.45 - 01.00)

Bilag 10, nodetranskription 8

Musikterapeuten holder fast i sit mønster og afslutter hver takt med en række trioler, hvor den sidste triol bliver liggende og klinger ud. Bassen angiver et-slaget i takten. Karen spiller fortsat abrupt og tilfældigt indenfor de førnævnte toner uden forandring i det dynamiske udsving eller nogen ændring i styrke og intensitet.

00.51 spiller Karen trioler og i samme tempo som musikterapeuten. Med disse trioler udvider Karen sit toneomfang med endnu en tone. Derpå spiller Karen på andet taktslag i denne takt den samme tone to gange lige efter hinanden. På tredieslaget spiller Karen og musikterapeuten på samme tid og følges ad i tempo.

(01.00 - 01.15)

Der er ingen forandring i Karens spil, bortset fra at tempoet falder en anelse og der af og til opstår små lufthuller mellem anslagene, hvorefter Karen anslår nogle toner meget hurtigt efter hinanden og med en lille forskel i anslagernes intensitet. Dette giver Karens spil en snublende karakter. Karens tilfældige intensitet i anslagene fremhæver tonen b som hun ofte vender tilbage til.

Musikterapeuten spiller fortsat sit mønster i 3/4 og har et forløb på tre toner ved taktens sidste slag, men de har ikke længere karakter af trioler. Pulsen er lidt uregelmæssig. Tempoet er langsomt dalende og giver sammen med bassen, der bevæger sig trinvis

nedad for at springe tilbage til udgangspunktet, en fornemmelse af at nærme sig en afslutning. Musikterapeuten dæmper sit spil en anelse.

(01.15 - 01.30)

Bilag 10, nodetranskription 9

Musikterapeuten spiller i 3/4 lidt langsomt og uregelmæssigt. Mønsteret i takten ændres langsomt, hvor tempoet er dalende. Karen følger dette dalende tempo og der begynder at komme lidt luft ind mellem de abrupte og tilfældige toner hun fortsat spiller. I diskanten spiller musikterapeuten på et-slaget en blokakkord sammen med bastonen og på tredieslaget spilles som regel en række enkelte toner.

Karens toneomfang er kun på fem toner. Musikterapeuten spiller i samme toneområde som Karen.

I første, anden og fjerde takt spiller Karen tonen b nogle gange. Anslaget synes på en lidt tilfældig måde at blive tydeligere på denne tone, og musikterapeuten inddrager tonen b i sine blokakkorder og lader den klinge øverst i sin akkord. 01:28 ændres taktværdien til 4/4 og musikterapeuten spiller bas og diskant i følgende rytme, der derpå klinger ud.

(01.30 - 01.45)

01.35 ændrer improvisationen karakter.

Musikterapeuten laver en variation af den tidligere form og struktur af takten.

Taktværdien er på 4/4 og bassen spiller nu den samme tone på hvert fjerdedel i takten, hvorefter den skifter tone og gentager mønsteret. Basanslagene giver et dominerende udtryk. I diskanten spiller musikterapeuten trioler på fir-slaget. Den tredje triol "overbindes" som en lang tone på et-slaget og klinger ud. (*Bilag 10, nodetranskription 10*) Tempoet stiger til næsten det dobbelte, samtidig med at volumen og intensitet øges i musikterapeutens spil, men ? varierer ikke, hvilket gør det dynamiske udtryk monotont. Karen følger temposkiftet, men spiller fortsat abrupt og tilfældigt. Det snublende udtryk bevares. Der er tilløb til inddelinger med lidt luft i det abrupte og tilfældige spil, og i det samlede lydbillede får Karens tilfældige og abrupte spil i det lidt hurtigere tempo karakter af at være melodistemmen. Dog en atonal melodi. Karen anvender fortsat de samme fem toner.

Musikterapeuten spiller en fast puls, hvilket understøttes og fremhæves af basanslagene. I diskanten anvendes der kun fem forskellige toner. Tonerne er alle indenfor det toneområde som Karen benytter. De skifter lidt

mellem at have en opadgående bevægelse og en nedadgående bevægelse.

(01.45 - 02.00)

Bilag 10, nodetranskription 11

Musikterapeuten spiller sit mønster meget taktfast og intensitet og styrke er lidt større og kraftigere end Karens. I begyndelsen spiller Karen stadig lidt abrupt og tilfældigt. 01:48 spiller Karen en række trioler på samme tid som musikterapeuten. De er næsten i samklang med samtlige toner. Fra 01:49 spiller Karen på hvert ottendedel og næsten regelmæssigt. (I nodetranskriptionen ser de regelmæssige ud.) Musikterapeuten spiller fjerdedele og Karen spiller ottendedele, men i takt med musikterapeuten.

01:56 slår musikterapeuten en enkelt fjerdedelsnode an i stedet for de velkendte trioler. Karen og musikterapeuten er i samklang ligesom de også er i samklang 01:57, da musikterapeuten anslår den lange blokakkord.

01:57 spiller Karen en figur på fire toner, som hun gentager lige umiddelbart bagefter. Tonerne musikterapeuten spiller, er alle indenfor det toneområde som Karen benytter. Der skiftes mellem en opadgående og en nedadgående bevægelse.

(02.00 - 02.15)

Bilag 10, nodetranskription 12

Musikterapeuten bibeholder taktværdien og figuren fra før med en lille variation. 02:09 begynder bassen at bevæge sig fra tone til tone for hvert taktslag. Det har karakter af walking-bas i langsomt tempo. I diskanten spilles ottendedelsnoder på det sidste slag i hver takt og indleder fortrinsvis på første taktslag med en lang tone, der klinger ud. Der anvendes stadig kun fem forskellige toner i højre hånd, og de skifter stadig mellem at have en opadgående bevægelse og en nedadgående bevægelse.

I begyndelsen spiller Karen meget abrupt og har et hårdere anslag end musikterapeuten.

02.01 - 02.05 mister Karen fornemmelsen af musikterapeutens angivne puls.

02.05 følger Karen igen musikterapeutens puls. (En takt.) Dog lidt ujævn i udtrykket.

02.09 spiller Karen over de første to taktslag fem anslag og derpå to ottendedele på tredje taktslag og tre anslag på det sidste taktslag i takten. Det er svært at sige om Karen her har pulsforfølelse eller det er tilfældigt at hun får takten til at gå op.

02.13 er der ingen tvivl om, at Karen har mistet fornemmelsen af pulsen.

Af denne periodes nodetranskription ses Karens omfang af toneanvendelse.

(02.15 - 02.30)

Musikterapeuten holder i hele denne periode sin figur helt enkel og stabil. Bassen bevæger

sig fortsat for hver tone. Taktværdien er 4/4, og der anvendes kun fem forskellige toner i diskanten. De skifter fortsat mellem at have en opadgående og en nedadgående bevægelse. Musikterapeutens udtryk er roligt og stabilt, samtidig med at styrken er lidt lavere end Karens.

Karen spiller fortsat abrupt og tilfældigt og uden fornemmelse for puls.

02.16 følger Karen musikterapeutens angivne puls og er i samklang med musikterapeuten på den sidste tone af de to ottendedele i takten. (*Bilag # Nodetranskription 12*)

02.17 mister Karen atter fornemmelsen af puls, og den bliver meget ustabil, og Karen stiger umiddelbart efter til næsten dobbelt tempo.

02.21 spiller Karen mange toner skiftevis efter hinanden i dobbelt tempo. Intervallet mellem tonerne er septim, oktav, none, oktav dette underbygger hypotesen om, at der her i anslagene for hver tone skiftes mellem højre og venstre hånd. Disse bliver anslået med en anelse mere energi og giver et lille dynamisk udsving, hvor intensiteten er en anelse større, men ellers uden form og struktur. Karen benytter fortsat kun de samme toner. De to øverste toner Karen anvender, bliver spillet lidt kraftigere end de andre toner, og er derfor lidt tydeligere og træder lidt mere frem.

(02.30 - 02.49)

Bilag 10, nodetranskription 13

Musikterapeuten bibeholder den introducerede form og struktur, men introducerer (02.36) tre nye toner i diskanten.

Karens spil er stadig meget abrupt og tilfældigt. Fra 02.40 - 02.49 følger Karen terapeutens angivne puls (to takter). I denne periode begynder Karen også at have mere luft mellem anslagene.

Musikterapeuten bruger de tre nye toner igen i overgangen fra tredje til fjerde takt, men fletter et par af de velkendte toner ind midt i bevægelsen.

(02.49 - 03.00)

Karen trækker stolen tættere på klaveret og sukker. Genoptager sit spil med en anelse mere intensitet og dynamik, men spiller meget abrupt og nogle gange med sekstendedele. Karen spiller hele vejen igennem tilfældigt.

Da Karen flytter på klaverstolen smutter der et ekstra slag ind i en enkelt takt for musikterapeuten. Umiddelbart efter denne takt genoptages figuren med den kendte form og struktur samt toneomfang. Intensitet og styrke mellem Karen og terapeut er nu jævnbyrdigt.

(03.00 - 03.15)

Bilag 10, nodetranskription 14

I begyndelsen spiller Karen uden at følge

musikterapeutens angivne puls. *03:06* og denne periode ud er det meget tæt på, at Karen spiller i takt med terapeutens angivne puls. Og i forhold til sidste periode synes Karens tempo mere roligt. Karen bruger kun fire af de velkendte fem toner. Tonevalget er dog stadig tilfældigt og uden sammenhæng eller melodiforløb. Derimod er den lille øgning af intensitet og dynamik bevaret fra sidste periode. Der er en tendens til at tonerne b og as bliver spillet en anelse tydeligere. Forholdet mellem musikterapeut og Karen er i intensitet og styrke mere jævnbyrdigt. Fra *03.06* spiller musikterapeuten ofte tonen as. Fra *03.10* begynder musikterapeuten at spille et andet mønster i bassen. Den vipper frem og tilbage og kan give fornemmelsen af en rokken frem og tilbage. Klangbilledet er monotont. Dynamikken er svag i sin variation. Styrken er en anelse lavere end Karens.

(03.15 - 03.30)

Bilag 10, nodetranskription 15

Karen er meget tæt på at følge musikterapeutens angivne puls. Den er kun en anelse forsinket. Tonerne er fortsat tilfældigt valgt. Karens puls virker ujævn. Rammer nogle gange på slaget, andre gange lige lidt forsinket. Anslagene er lidt blødere og begynder at have karakter af lidt ro.

03:21 springer musikterapeuten en enkelt gang mønsteret i diskanten over og fører i stedet mønsteret ned i bassen.

Musikterapeuten fortsætter den nye basfigur fra sidste periode, der giver en rokkende fornemmelse. I diskanten bevares de to ottendele på fjerde taktslag og en hvilende tone på et-slaget. Klangbilledet er fortsat monotont, hvilket også forstærkes af, at musikterapeuten næsten kun veksler mellem at spille to forskellige blokakkorder.

(03.30 - 03.45)

Karen er fortsat meget tæt på at følge musikterapeutens angivne puls og er kun ganske lidt forsinket i forhold til musikterapeuten. Tonevalget er tilfældigt og holder sig stadig indenfor de fem toner, er fortsat uden sammenhæng. Karen spiller lidt uregelmæssigt, men som udgangspunkt er det musikalske udtryk overordnet roligt uden dynamiske udsving.

03.36 bevæger musikterapeuten i en melodisk bevægelse højre hånd højere op i diskanten og udtrykket bliver lysere. Der er sammenhæng i tonernes forløb, og de har karakter af melodi. Klangenes udtryk er kinesisk, forstærket af at de spilles i det lyse leje og i kvarter og kvinter.

Mønsteret for, hvad der sker indenfor hver takt er stadig det samme. Bassen vipper op

og ned - rokker frem og tilbage.

(03.45 - 04.00)

Karen kommer i løbet af denne periode tættere og tættere på musikterapeutens puls. Nogle gange anslår de toner på samme tid, andre gange er Karen en ganske lille smule forsinket. Tonevalget spilles fortsat uden sammenhængende udtryk, og Karen holder sig indenfor omfanget af de fem toner. Spiller på hver eneste ottendedels slag i takten og kun ganske lidt ujævnt i udtrykket. Musikterapeutens højre hånd bevæger sig stadig i de lyse toner, men bevæger sig trinvis nedad på hvert fjerde slag. Toner og akkorder falder helt regelmæssigt. Klangene i højre hånd er fortsat sat sammen af kvarte og kvinte og bibeholder derved det kinesiske udtryk.

(0.00 - 04.15)

Karen spiller fortsat på hver eneste ottendedel. I begyndelsen er hendes næsten regelmæssige puls stadig ganske lidt forskudt i forhold til musikterapeutens puls. Fra *04.04* følger Karen musikterapeutens puls helt. Af og til snubler hun, men kommer hurtigt ind igen. *04.10* er Karen igen lidt forsinket. Det samlede udtryk er meget harmonisk i styrke og intensitet, og virker meget roligt, men udynamisk.

Musikterapeuten genindfører *04.04* triolerne på det sidste slag i takten, hvilket giver mere melodi til højre hånd. Bassen vipper uændret frem og tilbage og giver en vuggende bevægelse.

(04.15 - 04.30)

Bilag 10, nodetranskription 16

Ganske lidt ujævnt følger Karen musikterapeutens angivne puls med sine enkelt toner og følger også musikterapeutens tempo, der gradvist bliver langsommere og langsommere. Hun spiller på hver ottendedel. Det samlede musikalske udtryk er roligt og afdæmpet.

Musikterapeuten går ned i tempo, fader ud, men taktenheden forbliver stadig i 4/4.

04.17 - 04.25 bevæger musikterapeuten sig en oktav oppe i diskanten og det har stadig karakter af melodispil. *04.23* ændrer musikterapeuten bassen til en trinvis opadgående bevægelse, der lægger op til slutning eller overgang til noget andet. Musikterapeutens intensitet og styrke ligger nu lige under Karens styrke og intensitet.

04.30 - 04.45

Improvisationen ændrer meget karakter i *04.31*. Musikterapeuten starter *04.31* med at spille en brudt akkord, der klinger ud, hvilket giver meget luft og forstærker det rolige

og dæmpede udtryk. Samtidig ophæves taktenheden. Karen spiller fortsat en lidt ujævn puls på ottendedele. I hendes spil umiddelbart efter musikterapeutens første brudte akkord træder en figur tydeligt frem i Karens spil. Da musikterapeuten 04.34 spiller en triollignende brudt akkord kommer Karen umiddelbart efter ind med sekstendedele men uden at hun ryger ud af den lidt skrøbelige pulsfornemmelse. Disse sekstendedele virker næsten som et svar på triolerne. (*bilag 10, nodetranskription 17*)

Da musikterapeuten 04.37 spiller endnu en brudt akkord, mister Karen lidt fornemmelsen af pulsen og reagerer ved at spille nogle toner lidt hurtigere efter hinanden. Den brudte akkord spiller musikterapeuten på et-slaget og en taktenhed på 4/4 genindføres. Ved den efterfølgende brudte akkord 04.41 som musikterapeuten også spiller på et-slaget, får Karen atter en skrøbelig fornemmelse af puls og spiller ottendedele lidt ujævnt. I genoptagelsen af pulsfornemmelsen gentager Karen figuren fra begyndelsen af denne fase. (*bilag 10, nodetranskription 18*)

Der er fortsat ikke megen dynamik at spore i det samlede udtryk.

(04.45 - 05.00)

Bilag 10, nodetranskription 19

Den næste brudte akkord 04:46 trækker musikterapeuten lidt, så den ikke falder præcis på et-slaget men tilpasses Karens næste ottendedel. Taktenheden er 4/4. Karen udleder af og til en ottendedel, hvilket giver lidt luft i hendes spil. 04.50 spiller musikterapeuten den næste brudte akkord. Tre ottendedele efter spiller Karen begyndelsen af det lille mønster fra sidste fase. Pulsen er næsten regelmæssig. Musikterapeuten spiller tre ens toner i ottendedele, der er sammenfaldende med Karens ottendedele (*se nodetranskription*).

04.55 spiller musikterapeuten den næste akkord. Hun spiller meget de samme toner som Karen, der næsten kun benytter de fem toner. Der er ingen sammenhæng eller forløb i Karens toner og derved er der heller ingen melodi. Tonerne bliver spillet tilfældigt. Musikterapeuten lægger op til lidt melodi, fra 04.50 og fasen ud, ved at spille enkelt toner. De enkelte toner har et kaldende udtryk fordi de bevæger sig opad og ender på en hvilende tone.

Den megen ro og plads, samt enkelhed som musikterapeuten spiller med, gør at det høres bedre, hvor Karen umiddelbart efter eller samtidigt spiller en tone, der er i samklang med musikterapeuten. Der er tre toner i denne fase og tonen kommer i forbindelse med musikterapeutens brudte akkorder.

(05.00 - 05.15)

Bilag 10, nodetranskription 20

Karen fortsætter med en næsten regelmæssig puls på ottendedele. Herefter holder Karen en pause på fire ottendedele. Her spiller musikterapeuten en triol på den samme tone og ender (05.04) på en akkord, der klinger ud. Herpå spiller Karen seks ottendedele næsten helt regelmæssigt. Derpå følges Karen og musikterapeuten ad på to ottendedele, hvoraf den anden ottendedel er i samklang, derpå bliver Karen en anelse forsinket i sine anslag af ottendedele, men bliver 05.10 igen regelmæssig og spiller derpå 05.12 tre ottendedele sammenfaldende med musikterapeuten, hvoraf de to første er i samklang (*se nodetranskriptionen*).

Musikterapeuten har nu genindført et mønster fra tidligere, hvor hun spiller enkelte toner, der ender i en hvilende bas og tone/akkord. Enkelte tonerne giver musikterapeutens spil meget karakter af melodi. Dette gør hende synlig. Melodien er opadgående og virker dermed åbnende. De lange toner i bas og diskant giver plads. Toneområdet musikterapeuten gør brug af, er det samme som Karens. Det samlede udtryk er fortsat roligt og dæmpet, og dynamisk meget afdæmpet.

(05.15 - 05.30)

Bilag 10, nodetranskription 21

Musikterapeuten og Karen starter med at følges ad på de tre første ottendedele 05.15. Musikterapeuten spiller to enkelte toner, der ender på en enkelt tone i diskanten, der klinger ud sammen med bassen i venstre hånd. På den anden og tredje ottendedel er Karen og musikterapeuten i samklang. Karen spiller sine ottendedele kontinuerligt næsten uden pauser. Tonerne er uden sammenhæng. Virker atonalt og pulsen er lidt ujævn. Anslagene har et ujævnt udtryk, men er det meste af tiden med bløde anslag. 05.21 spiller musikterapeuten to enkelte ottendedele i diskanten, der 05.22 ender i en enkelt tone i bas og diskant, der klinger ud. Karen spiller nu sine ottendedele meget uregelmæssigt, nærmest snublende. Hun gør stadig brug af det samme toneområde. Der er stor forskel på anslagene. Nogle er helt pp andet er mf, hvilket forstærker det uregelmæssige udtryk og virker tilfældigt. Musikterapeutens tone-bevægelse virker afrundende og afsluttende. Tempoet bliver en anelse langsommere.

05:30 - 05:45

Bilag 10, nodetranskription 22

Musikterapeuten starter med at spille to enkelttoner i ottendedele i diskanten, der ender på en enkelt tone sammen med bassen og klinger ud. Karen spiller ottendedele uden pause, men fortsat både lidt ujævnt i anslagene og pulsen. Tempoet virker dalende.

05:36 klinger musikterapeutens lange toner ud som vanligt, men hun tilføjer en fjerdedel og senere en ekstra tone der er lysere, og lader den klinge med. Ved denne tone er Karen og musikterapeuten i samklang.

Herefter holder Karen en pause på to ottendedele og spiller derpå to ottendedele på as og b. Dem gentager musikterapeuten og bringer dem ind i sit mønster i diskanten som optakt til den lange diskant og bas som klinger ud (se nodetranskriptionen).

Musikterapeuten og Karen spiller 05:41 en tone på samme tid. Karen begynder en triol og musikterapeuten spiller lange toner i bas og diskant, der klinger.

Tempoet er fra 05:30 og frem til 05:40 meget dalende. Det giver næsten en fornemmelse af at være ved at gå i stå. Det samlede udtryk er uddynamisk og virker meget monotont.

05:45 - 06:00

Bilag 10, nodetranskription 23

Musikterapeuten spiller sit mønster med bløde anslag 05:45. Karen holder tre ottendedeles pause mens musikterapeuten spiller og falder ind på ottendedelsslaget, efter at musikterapeuten lader sine toner klinge ud i diskant og bas / højre og venstre hånd. Hun har en lidt ujævn puls, men spiller stort set en tone på hver ottendelfra 05:46, hvor improvisationens karakter ændrer sig markant. Karens toner danner forskellige små figurer som falder ind i en puls, der er fælles med musikterapeutens. De tager hver især deres begyndelse lige umiddelbart efter, at musikterapeuten har spillet sin melodiske figur i diskanten og anslået de lange toner i diskant og bas, der klinger ud. De lange toner afslutter den melodiske figur og giver en melodisk åbning. Tonen b fremhæves tilfældigt i Karens samlede udtryk i denne periode.

05:46 spiller Karen en figur på fire ottendedele som hun straks gentager. Derpå spiller hun 05:52 en anden figur som hun på samme måde gentager umiddelbart efter. 05:56 spiller Karen en tredje figur, hvor hun for første gang spiller flere toner samtidig med højre hånd. Denne figur gentager hun umiddelbart bagefter (se *grå felter i nodetranskriptionen*).

05:48 gentager musikterapeuten de to toner

Karens figur begynder med og inddrager dem i sit mønster som optakt til de lange toner, der bliver anslået i bas og diskant. 05:50 og 05:52 kommer Karen en anelse forsinket ind på den samme tone som terapeuten.

05:54 er musikterapeuten og Karen i samklang både tonemæssigt og tempomæssigt. Karen og musikterapeut starter på samme tone, hvilket er den samme tone som Karen og musikterapeuten spiller lidt forskudt 05:52 (se *nodetranskriptionen*).

Musikterapeuten begynder at spille et andet mønster i diskanten 05:54, hvor hun spiller en melodisk figur i form af en tone, der gentages på tre ottendedele efter hinanden. (se *grå felter i nodetranskriptionen*)

De tre toner bliver af musikterapeuten spillet med lidt større intensitet, der svagt gradvist øges tone for tone. Desuden er der en meget svag stigning i styrke. Der afsluttes på den samme tone med en lang tone, der så sammen med bassen klinger ud. De lange toner, der klinger ud giver en melodisk åbning. Lige umiddelbart efter at den lange tone er anslået, falder Karen ind i en (næsten) stabil fælles puls med en tredje figur, der er karakteriseret af at være blokakkorder. (se *grå felter i nodetranskriptionen*). Karen spiller disse med en anelse større intensitet.

(06.00 - 06.15)

Bilag 10, nodetranskription 24

Musikterapeuten spiller en lang tone i diskanten 06:00 og en oktav i bassen som hun lader klinge ud. Tonerne kommer på et-slaget i 4/4. Denne taktenhed bliver holdt stabilt i tempo hele denne periode.

06:01 spiller Karen den samme rytmiske figur fra 05:56, umiddelbart efter at musikterapeuten har slået de lange toner an. Denne figur gentager hun umiddelbart bagefter. Den rytmiske figur varierer i tonevalget og er melodisk (se *grå felter i nodetranskriptionen*).

06:03 spiller musikterapeuten tre ottendedele på den samme tone. Den samme figur fra sidste periode (se *nodetranskriptionen*) og med samme svage gradvise øgning af intensiteten som i sidste periode. Karen følger musikterapeutens angivne puls og er meget tæt på at have en regelmæssig puls.

Tonevalget er igen tilfældigt og atonalt.

06:08 spiller musikterapeuten mønsteret igen, men laver nu en opadgående tonebevægelse, hvor intensiteten på samme måde svagt øges indtil de lange toner i højre hånd og bas. Karen følger fortsat pulsen nøjagtigt (se *nodetranskriptionen*).

Lige efter 06:10, at musikterapeuten har anslået de lange toner, spiller Karen den rytmiske figur fra 05:56 og 06:00, og anslår flere toner på én gang (se *grå felter i node-*

transskriptionen). Udtrykket er lidt ujævnt og snublende. Samtidig daler tempoet en anelse og det virker næsten som om hun er ved at gå i stå. Musikterapeuten spiller 06.13 tre ottendedele, der på et-slaget ender på lange toner i diskant og bas, der klinger ud.

06.15 - 06.30

Bilag 10, nodetranskription 25

Taktenheden fra sidste periode er i denne periode opløst og tempoet er langsomt dalende, og virker som om det er på vej til at gå i stå.

Karen falder ind 06.15 og spiller fire ottendedele i pulsformelse, hvor de to første ottendedele danner en melodisk figur, som gentages lige bagefter. Denne figur gentager musikterapeuten i en variation og over længere tid (06.19-06.22)

Den øverste tone som musikterapeuten anslår af de lange toner i diskanten 06.19 er i samklang med Karen (*se grå felter i nodetransskriptionen*).

06.26 begynder der at ske noget i Karens spil som ikke er til at skille ud i lydoptagelsen, og hun har mistet fornemmelsen af pulsen.

06.30 - 06.45

Bilag 10, nodetranskription 26

Karen spiller i fælles puls med musikterapeuten igen fra 06.32 og frem.

06.36 spiller musikterapeuten to toner i diskanten som Karen spillede 06.34, men musikterapeuten bruger dem som en melodisk figur, der udbygges lidt og afsluttes på en lang tone, der klinger ud. 06.42 gentager musikterapeuten den samme melodiske figur tre gange, og øger både tempo, intensitet og styrke svagt, men gradvist frem til de lange toner, der bliver anslået i diskant og bas og klinger ud og dermed giver en melodisk åbning. Karen følger den gradvise intensivering af anslagene og spiller næsten de samme toner som en del af de blokakkorder hun spiller (*se grå felter i nodetransskriptionen*).

06.45 - 07.00

Bilag 10, nodetranskription 27

Musikterapeuten anslår 06.45 lange toner i både diskant og bas. Karen spiller enkelte toner i en fælles pulsformelse.

06.48 anslår Karen en figur af blokakkorder lidt markant og med noget større styrke og intensitet end de øvrige toner. De øverste toner i blokakkorderne er en variant af den melodiske figur musikterapeuten tog ud og introducerede 06.36. Derefter spiller musikterapeuten 06.49 en variant af de to marke-

rede toner, der er identiske med den melodiske figur hun introducerede 06.36. Den gentager hun én gang og øger både tempo, intensitet og styrke svagt gradvist frem til de lange toner, som klinger ud. Karen følger med og er i samklang med musikterapeuten på de tre første toner (*se grå felter i nodetransskriptionen*).

Efter de lange toner falder Karen 06.52 ind med tre små nye melodiske blokakkorder, der spilles lidt tilbageholdt i tempo.

06.55 spiller musikterapeuten den melodiske figur fra 06.42 og 06.49 én gang, hvor den sidste tone i figuren bliver den lange tone. Den lange tone kommer en ottendedel tidligere end forventet og virker dermed tilbageholdt, hvorefter hun spiller en variant af Karens melodiske figur fra 06.52, hvor de indgår i musikterapeutens mønster og lægger op til de lange toner, der bliver spillet i diskant og bas. Figuren bliver spillet i et genoptaget tempo 07.00, hvorefter Karen samtidig kommer ind med en blokakkord og fortsætter med at spille denne i fælles pulsformelse. (*se grå felter i nodetransskriptionen*). Herfra ændrer Karen markant improvisationens karakter.

07.00 - 08.34

Bilag 10, nodetranskription 28

Karen fortsætter med at spille hver ottendedel med en meget stabil pulsformelse, og dette fortsætter hun med frem til 07.36, hvor der kommer enkelte upræcise anslag, men det præcise genoptages hurtigt og fortsætter indtil 08.???, hvor tempoet langsomt sænkes for til sidst at stoppe improvisationen med at sige: "Jeg ka' ikk' mer' nu." Med det samme, at Karen starter på den sin faste puls begynder musikterapeuten at spille et melodisk forløb i diskanten. I bassen anslår hun med mellemrum en lang tone. Den melodiske bevægelse sker i det lyse toneleje på klaveret. Melodien har en lethed over sig og sammen med Karens spil giver det musikken et homogent udtryk.

Kort genintroduktion

I det følgende forholder jeg temaerne fra lytternes diskussion og hypotesen fra 1. trin til den fænomenologiske musikbeskrivelse. Dernæst laver jeg en samlet konklusion.

”Forsvinde.”

Det musikalske udtryk hos Karen er som udgangspunkt abrupt uden puls og melodi, og der høres kun ganske små dynamiske udsving og ændringer i styrke og intensitet, hvilket giver Karens samlede lydbillede et monotont udtryk. Der er ingen holdepunkter i musikken og ingen sammenhæng mellem tonerne. Musikken har en spredende og opløsende effekt, hvilket svarer til en lytters oplevelse, der *faldt ud og ikke fik flere billeder*. Det meget afgrænsede toneområde virker i denne sammenhæng forstærkende af ovenstående. Der er i løbet af improvisationen færre og færre toner at finde. Alt i alt afspejler det lytternes oplevelse af at musikken er svær at holde fast i, eller som en lytter beskrev: *”Musikken forsvandt for mig.”* Her er med andre ord tale om stærke opløsende kræfter, der giver en oplevelse af ikke at eksistere.

En stor del af improvisationen er musikterapeutens tempo stabilt. Der er ingen pludselige skift i volumen, rytme, klang, tonehøjde eller harmonik. Og der er næsten ingen dynamiske udsving. Bevægelserne og skiftene er så små, at det musikalske udtryk næsten er monotont. Musikterapeuten spiller stort set det samme mønster om og om igen. Fysiologiske aspekter af musikken, der kan være med til at skabe et fokus i en lettere ændret bevidsthedstilstand. En modreaktion til dette kan være at *blive irriteret over det klimpreri*. Musikterapeuten ændrer kun ganske lidt på mønsteret undervejs, og aldrig så meget, at den ikke er genkendelig. Dermed er mønsteret forudsigelig. Der bliver spillet indenfor den pentatone skala som aldrig giver disharmoniske klange. Alle er det elementer, der skal til i afspændende og beroligende musik. Her forstærkes den afspændende og beroligende virkning yderligere fordi musikken tanger til minimalmusik i kraft af det afgrænsede toneområde der anvendes, og fordi det musikalske udtryk er monotont. I musikken er der et fokus og et fast holdepunkt og en sammenhæng mellem tonebevægelserne, der gør at musikken virker fokuserende og samlende. Den samlede virkning af de fysiologiske aspekter i musikken lægger op til at bevæge sig ind i anden bevidsthedstilstand. Også her kan lytteren have oplevet, at: *”Musikken forsvandt for mig.”*

Konklusion.

De fysiologiske aspekter af Karens og musikterapeutens musik er kraftig og kontrasten mellem effekten af dem er meget stor. I begge tilfælde er det aspekter, der gør at man som lytter kan ændre bevidsthedstilstand. Forskellen på de to er, at Karens udtryk søger væk eller tager afstand fra fokus og opløser det. Det har en nedbrydende effekt når det drejer sig om oplevelse af samlethed. Musikterapeutens udtryk sætter derimod fokus og samler, for derefter i en eller anden forstand at dykke ned i en anden bevidsthedstilstand. Den store kontrast kan være svær at rumme og bliver derfor krævende og svær at lytte til.

”Det barnlige udtryk.”

Karen spiller tonerne tilfældigt, og der er ingen sammenhæng mellem tonerne, der kan give struktur eller oplevelse af melodi. Musikken er uden form og struktur og spilles i lang tid uden pulsforfølelse. Frem til 07.00 er Karens musikalske udtryk i varieret grad ujævnt, uregelmæssigt og nærmest snublende. Der er stor forskel på anslagene. Nogle er helt *pp*, andet er *mf*, hvilket forstærker det uregelmæssige og tilfældige udtryk. Det er først fire et halvt minut henne i improvisationen, at Karen spiller en nogenlunde jævn pulsforfølelse ved at støtte sig til musikterapeutens angivne puls i korte perioder ad gangen. Det bevirker, at det musikalske udtryk virker ukontrolleret eller, som en lytter beskriver det: *”ubehjælpssomt.”*

Jo yngre børn er, desto mere ukontrollerede er de i deres udtryk. Dermed ikke sagt, at de udtrykker sig uden intention, men det er et faktum, at barnet i sin udvikling på alle områder opøver en større og større sikkerhed i sit udtryk - motorisk såvel som psykisk. Derfor er det ikke overraskende, at Karens musikalske udtryk gør, at en lytter fuldt og fast tror på, at det faktisk er et barn der spiller. En lytter udtrykker det også: *”Det var som et barn, der leger på et instrument.”* En anden lytter beskriver det tilfældige spil og tonevalg som *klung, klang, tilfældigt spil*. Det begrænsede toneområde der anvendes i musikken, giver kun små bevægelser, og kan være medvirkende til at give associationen om *små fødder*, som en anden lytter får.

”Modstand / afmagt.”

Karens musikalske udtryk, der er tilfældigt og uden melodi eller struktur i flere minutter i improvisationen svarer til en lytters association om *en barnlig stædighed*, der ved *gentagelsen fastlåser* sig selv.

I den fænomenologiske musikbeskrivelse går der meget lang tid, hvor det kun er gan-

ske små ændringer der sker, men der tages tilløb til ændringer flere gange. Meget tidligt i improvisationen 00.51 imiterer Karen en triol, som musikerterapeuten spiller. Derefter er det ikke melodiske forløb eller figurer, som Karen imiterer, men pulsfornemmelsen. Først 03.30 inde i improvisationen spiller Karen en puls, der er nogenlunde stabil. Og i perioden 03.45-04.00 spiller Karen på hver ottendedel.

Tilløb til ændringer.

02.05 følger Karen igen musikerterapeutens puls (en takt). Måske har Karen forbindelse til musikerterapeutens angivne puls i tre takter, men 02.13 mister hun den igen.

02.16 følger Karen musikerterapeutens angivne puls og er i samklang med musikerterapeuten på den sidste tone af de to ottendedele i takten (*se nodetranskription 12*).

02.17 mister Karen atter fornemmelsen af puls og derefter er det musikalske udtryk meget ustabil. 02.21, lige umiddelbart efter, stiger Karen næsten til dobbelt tempo, hvor hun spiller mange toner skiftevis efter hinanden. Disse bliver anslået med en anelse mere energi og giver et lille dynamisk udsving, hvor intensiteten er en anelse større, men ellers uden form og struktur. Den musikalske reaktion, der sker fra 02.17 og frem til 02.30 er måske netop et udtryk for Karens *afmagt* over ikke at kunne holde fast.

Eller, som en anden lytter oplever det, er dette måske to modsatrettede kræfter hos patienten, der kommer til udtryk. En modstand mod forandring, men hvor der på samme tid er et ønske om at forsøge at komme videre, hvilket beskrives som, at der bliver holdt igen ved *at der kommer nogle forhindringer i vejen* (hun mister pulsen). *Man bliver standset. Man er på vej et sted hen* (har forbindelse til musikerterapeutens angivne puls), *men så snubler man ligesom over det* (det musikalske udtryk bliver meget ustabil) *og det bliver ikke rigtig det som det skulle have været.* (Umiddelbart efter stiger Karen til dobbelt tempo, og der spilles med mere energi og et lille dynamisk udsving, hvor intensiteten er en anelse større.)

Netop den passage, hvor Karen spiller mange toner skiftevis efter hinanden og stiger til dobbelt tempo, og hvor intervallet skiftevis er septim, oktav, none, oktav, kan være det lytterne hører som *at stamme*.

Ved at Karen og musikerterapeuten spiller samtidigt, men ellers ikke har samklang i det musikalske udtryk kan svare til det en lytter beskriver som en modstand i opfattelsen af

en vis harmoni, der i begyndelsen er *meget komplementær i forhold til de to klaverer*. I ordet komplementær ligger muligheden for, at to individer kan spille på samme tid uden at være sammen. Ergo: de sidder i samme rum og spiller i hver deres boble, uden af nå hinanden og uden at opnå medsvingning for hinandens spil.

At spille to så forskellige musikalske udtryk. Den ene struktureret, den anden amorft afspejles i en anden lytters beskrivelse, hvor oplevelsen af *modstand* fornemmes som *en indre modstand*. *Fordi der er den modstand kommer der ikke nogen samklang og de når ikke hinanden.*

Konklusion.

Fastlåst i sin egen modstand mod at opleve *at være*, samtidig med et grundlæggende ønske om *at være*. Her opstår en afmagtsfølelse over ikke at kunne tage det første skridt selv.

”Finde tilbage.”

Måden hvorpå ”Finde tilbage” opstår i musikken skal i første omgang søges i afsnittet ”Forsvinde” og i beskrivelsen af de fysiologiske aspekter i musikken. I konklusionen fremgår det, at musikerterapeutens udtryk sætter fokus og samler, for derefter at dykke ned i en anden bevidsthedstilstand, og Karens udtryk har en opløsende og nedbrydende effekt når det drejer sig om oplevelse af samlethed. Med andre ord søger væk eller tager afstand fra samlethed. Af den fænomenologiske musikbeskrivelse fremgår det, at det samlede musikalske udtryk bliver mere og mere enkelt. Der bliver spillet færre og færre forskellige toner, og udtrykket er monotont. Tempoet falder, og der er mere og mere luft mellem tonerne. Af lytterne beskrives dette som *en bred lys skovvej, der hen ad vejen bliver mere og mere lukket og svær at overskue*. Et paradoks i og med, at det logisk burde være sådan, at det blev mere og mere overskueligt. Paradokset kan skyldes Karens udtryk, der som udgangspunkt, som før nævnt under afsnittet ”Forsvinde”, er opløsende med toner, der ikke er sammenhængende. Samtidig kan paradokset skyldes, at Karens og musikerterapeutens forskellige retninger i det musikalske udtryk kommer til at stå tydeligere frem, hvilket kan gøre, at det bliver sværere at overskue og dermed giver mindre plads. Det musikalske udtryk er til sidst så enkelt, at grænsen mellem henholdsvis Karens og musikerterapeutens musikalske udtryk kun er hårfin. Her træder en tone tydeligt frem og gentages af musikerterapeuten, hvilket er med til at give mere plads og stimulere en bevægelse fra *en kvalende*

frodighed og grønne vækster, hvor man ikke kan ånde passerende over til kildevæld og bjerge, der giver fornemmelsen, at det åbner sig op.

Musikterapeuten inviterer til samtale 05.48, ved at spille to toner fra Karens melodiske forløb 05.46 og igen 05.52, hvor musikterapeuten spiller den ene tone som Karen ved sit ujævne spil tilfældigt har fremhævet i det melodiske forløb.

Samme tone spiller musikterapeuten 05.54, 05.58, 06.03 og 06.08 i en melodisk figur, hvor tonen gentages på tre ottendedele efter hinanden. Disse tre toner bliver af musikterapeuten spillet med lidt større intensitet, der svagt gradvist øges tone for tone. Desuden er der en meget svag stigning i styrke. Dette beskrives af en lytter i form af et barn, der kalder: *Kom med mig!* Denne kalden svarer Karen på de tre af gangene med nøjagtig den samme rytmiske figur.

Herefter bliver det musikalske udtryk mere og mere enkelt, hvor der stort set fra 06.15 og frem til 07.00 kun spilles på fem forskellige toner, hvoraf to toner er specielt betydningsfulde (dette vil blive uddybet under afsnittet: En bevægelse.) Her får Karen og musikterapeuten kontakt og kommer i en fælles tilstand, som opnås ved det monotone, udynamiske, gentagne, og efterhånden helt enkle musikalske udtryk. Dette beskrives af en lytter som *en vis monotoni, der var lidt mindre irriterende*. En nærmest meditativ tilstand der af lytterne beskrives som, *at søge ned mere eller mindre, der hvor man er*.

Konklusion.

I overført betydning bliver der rakt en hånd ud efter Karen i form af en eneste tone, der så bliver til to toner, der er specielt betydningsfulde. Karen griber tonen og ændrer derefter sit musikalske udtryk fra at være opløsende og spredende til sammen med musikterapeuten at dykke ned i fokus og dér finde vejen tilbage.

”En bevægelse.”

Ifølge lytterne sker der en bevægelse. Dette bekræftes i den fænomenologiske musikbeskrivelse, hvor der faktisk kan observeres flere bevægelser, som jeg nu vil gennemgå i kontinuerlig rækkefølge.

1. En bevægelse fra ikke at bemærke hvad musikterapeuten spiller, til at bemærke hvad musikterapeuten spiller.

Musikterapeutens form og struktur er enkel og mønsteret gentages om og om igen, kun med variation i tonevalget. En spejling af Karens amorfe udtryk. Karen imiterer 00.51 musikterapeutens trioler, og spiller 00.52 denne figur på samme tid. Derefter er det

ikke musikterapeutens figurer Karen søger, men pulsforfølelsen, som hun af og til får en fornemmelse af ved at spille samtidig med musikterapeuten.

2. En bevægelse fra at spille amorft og ujævnt til at spille tilfældige toner med en ujævn pulsforfølelse.

Musikterapeuten spiller mere dominerende. Øger intensitet og styrke således, at det musikalske udtryk er en anelse kraftigere end Karens. Formen og strukturen er stadig enkel, men med en lille variant af det introducerede mønster. Forskellen ligger i bassen. Nu spilles bassen på hver fjerdedel i takten, hvor den før blev spillet på et-slaget i takten. På denne måde fremhæves puls og taktfasthed samt stabilitet. Musikterapeutens funktion bliver med dette musikalske udtryk rummende og holdende for Karens amorfe og ujævne udtryk.

3. En bevægelse fra at spille amorft til at spille små figurer og små melodiske forløb, der gentages.

Der skabes en åbning af musikterapeuten i kraft af de lange toner. Derpå genindfører musikterapeuten i en meget forenklet udgave det kendte mønster ved at spille et lille melodisk forløb sidst i hver takt som ender på lange toner, der klinger ud. Dette bevarer noget af forudsigeligheden i musikkens struktur og giver tryghed. Musikterapeuten giver plads ved at spille mere og mere enkelt ved brug af færre og færre toner, men dog uden helt at fornemmelsen af formen og strukturen mistes.

4. En bevægelse fra ikke at samtale med musikterapeuten i musikken til at samtale med musikterapeuten i musikken.

Den musikalske samtale kan ses ved det mønster hvori Karen spiller sine små figurer og små melodiske forløb.

Det begynder 05.46 og mønsteret er helt regelmæssigt og kan ses frem til 07.00. Hver eneste gang musikterapeutens små melodiske forløb klinger ud på lange toner, begynder Karen at spille sine små figurer og små melodiske forløb, der alle gentages én gang.

På den måde virker Karens figurer og melodiske forløb som svar på musikterapeutens små melodiske forløb i diskanten.

Musikterapeuten lægger op til samtalen 05.52 ved at spille en tone som Karen ved sit ujævne spil tilfældigt fremhæver og ofte er i berøring med/spiller. Dette kan give Karen oplevelse af at være forstået og opmuntrer/inviterer hende til at give udtryk for mere. 05.54 er musikterapeuten og Karen i samklang ved den selvsamme tone og herved kan Karen få oplevelsen af

musikterapeutens nærvær.

05.54 spiller musikterapeuten den samme tone tre gange efter hinanden, hvor intensitet og styrke gradvist øges. Dette giver denne melodiske frase et kaldende udtryk. Karen svarer øjeblikkeligt med en rytmisk figur. Derpå kalder musikterapeuten igen, og der svares med samme rytmiske figur fra Karen. 06.03 og 06.08 kalder musikterapeuten endnu engang, og Karen svarer 06.10 med samme rytmiske figur. 06.15 spiller Karen en lille melodisk figur på to toner som hun gentager. Musikterapeuten samtaler her med Karen i musikken ved at gentage de samme toner, men spiller omvendt og varierer samtidig tonernes bevægelse over tid. Endnu et musikalsk udtryk der kan give Karen oplevelsen af forståelse og nærvær.

06.15 introducerer Karen en figur, hvor der indgår to toner som musikterapeuten inddrager i sit lille melodiske forløb i diskanten, men spillet over længere tid. Et forsøg på afstemning fra musikterapeutens side.

06.36 gentager musikterapeuten igen to toner som Karen lige har spillet 06.34. Disse to toner fremhæver musikterapeuten i sit spil frem til 06.55 i små variationer, men hvor tempoet altid er det samme som Karens. Det er de eneste toner musikterapeuten anvender i diskanten. Endnu et forsøg på afstemning af Karens udtryk til at give hende oplevelsen af forståelse og nærvær.

06.40 spiller Karen en variation af musikterapeutens variation, hvilket kan ses som en tilkendegivelse af at afstemningen på et eller andet niveau er bemærket.

06.42, umiddelbart bagefter, fortsætter musikterapeuten og Karen, og musikterapeuten er i samklang med denne lille melodiske figur tre gange i træk. Dette kan give en stærk oplevelse af kontakt og tæt forbindelse mellem musikterapeuten og Karen. Derpå giver musikterapeuten plads, og Karen fremhæver de to toner 06.48 i en variation, hvorefter musikterapeuten 06.49 svarer i endnu en variation. Derpå forlænger Karen sit spil af en lille figur tre gange i træk, hvor musikterapeuten svarer med nogenlunde de samme toner 06.58.

5. En bevægelse fra at spille en ujævn puls til at spille en fuldstændig (check) jævn puls.

07.00 tager Karen styringen og spiller blokakkorder i en fuldstændig jævn og stabil puls. Musikterapeuten reagerer øjeblikkeligt ved at spille et let og lyst melodisk forløb som supplement til Karens grund. På denne måde bliver musikkens samlede udtryk helt og harmonisk, men uden at være symbiotisk for de implicerede. Karen vedholder selv fornemmelsen af puls som har karakter af et

fundament.

6. En bevægelse fra ikke at tage initiativ til at tage initiativ.

07.00 tager Karen selv initiativ til den faste og stabile, regelmæssige puls.

Musikterapeutens regelmæssige puls og forudsigelige form og struktur bliver af lytteren beskrevet som en forestilling om *moderen som noget stationært, man bevæger sig væk fra og vender tilbage til.*

Den samlede bevægelse fra punkt 1 til 6 bliver af en lytter beskrevet som: En bevægelse fra oplevelsen af *en vis harmoni*, der er *meget komplementær i forhold til de to klaverer* til oplevelsen af *en helhed til sidst. Relativ monoton, men det blev en helhed til sidst, hvor de spillede sammen.*

I ordet *komplementær* ligger som tidligere nævnt muligheden for, at to individer kan spille på samme tid uden at være sammen i form af medsvingning og samklang. Dette kan i den fænomenologiske musikbeskrivelse ses ved, at musikterapeuten spiller sit mønster om og om igen i lang tid uden større ændringer. Karen spiller samtidig med musikterapeuten, men hendes udtryk er amorft og ujævnt. Karen bevarer sit amorfe og ujævne udtryk, men der opstår af og til en fællesnævner i pulsen, og deri kan oplevelsen af *en vis harmoni* opstå. Langsomt bliver Karens amorfe og ujævne udtryk mere struktureret og finder dog en form for fællesskab med musikterapeuten ved en skrøbelig fælles puls. Dette dog uden at hverken Karen eller musikterapeuten bevæger sig fra deres særegne udtryk. Ergo sidder Karen og musikterapeuten i samme rum og spiller i hver deres boble. Til sidst i improvisationen spiller Karen en bund som musikterapeuten supplerer med et melodisk forløb. Dette giver lytteren oplevelsen af *en helhed til sidst, hvor de spillede sammen.* Måden, hvorpå Karen til sidst spiller pulsen, er uden variation i styrke og intensitet. Der er ingen dynamiske udsving og dermed er udtrykket monotont. Dette beskriver lytteren som: *relativ monoton.*

Konklusion.

Hos lytterne diskuteres det meget, hvilken type bevægelse det drejer sig om. Fører bevægelsen til en oplevelse af forandring eller går den tilbage til udgangspunktet. Spørgsmålet kan besvares i den fænomenologiske musikbeskrivelse.

I følge den fænomenologiske musikbeskrivelse er udgangspunktet for Karens bevægelse overordnet fra et indre amorft udtryk. Altså en intrapsykisk oplevelse af sig selv som opløst og ikke sammenhængende. På

det nærmeste ikke eksisterende. Efter lang tid, hvor musikterapeuten og Karen er sammen ved at spille på samme tid i hver sin boble sker der en interpsykisk bevægelse, hvor Karen finder tryghed nok til at følge op på musikterapeutens invitation op om at indgå i en form for samtale i musikken. Dette beskriver en lytter som: *En søgen ud af det lukkede rum, der er begrænsende*. Med andre ord sker der en interpsykisk bevægelse fra at være totalt isoleret til at finde tryghed ved være sammen med et andet menneske.

I løbet af den musikalske dialog fra 05.46 og frem til 07.00 får Karen forbindelse til en ny oplevelse af sig selv, der er fuldstændig stabil i sit udtryk og som har karakter af et fundament. Dette beskriver en lytter i associationen: *Finder en afgrænset lysning og vender tilbage igen*. I samværet med et andet menneske, her musikterapeuten, får Karen en ny oplevelse af sig selv. Med andre ord er der sket en bevægelse fra noget intrapsykisk til noget interpsykisk som giver en ny intrapsykisk oplevelse. Karen vender tilbage i form af en ny oplevelse af sig selv. Her vil jeg vende tilbage til første trin, hvor lytterne har modstridende oplevelser af bevægelsens karakter. Fører bevægelsen til en oplevelse af forandring eller går den tilbage til udgangspunktet.

I den fænomenologiske musikbeskrivelse tydeliggøres det, at begge lytteroplevelser er rigtige. Samtidig med at der sker en forandring, vender Karen tilbage til sit udgangspunkt, som er Karens egenoplevelse.

Samlet konklusion i forhold til hypotesen.

En bevægelse fra at være ubehjælpelig og fastlåst til at finde vej og åbne sig.

I kraft af gennemgangen af de forskellige temaer for lytternes diskussion, som den fænomenologiske musikbeskrivelse har underbygget, kan forståelsen af hypotesen uddybes.

I forhold til konklusionerne i de forskellige afsnit fremgår det, at der er tale om en intrapsykisk oplevelse af egen tilstand, der er tæt på at være fuldstændig opløst og dermed ikke-eksisterende. Det handler om en tilstand, der er *ubehjælpelig* og på niveau med et barn. I en *fastlåst* tilstand af næsten ikke at være til, oplever Karen i kraft af samklang med musikterapeuten og musikterapeutens afstemning, en forståelse der gør, at Karen responderer på den invitation, som musikterapeuten præsenterer med sin ene tone 05.54. Karen får i den musikalske dialog med musikterapeuten (*fra 05.46 og frem til 07.00*) en oplevelse af at være og *finder* der en *vej* tilbage. Med andre ord ser hun dér **en livline** tilbage til virkeligheden.

Denne **livline** giver Karen muligheden for at opleve en form for samlet og stabilitet i sig selv. Dermed beskrives en interpsykisk bevægelse, der har karakter af ny egenoplevelse.

Konkluderende beskrives et handlemønster af interpsykisk karakter, der fra at søge isolation og trække sig i kontakten til omverdenen nu indgår i kontakt med et andet menneske. Dermed er retningen for bevægelsen bestemt til at være af ekstrovert karakter.

Desuden beskrives en intrapsykisk bevægelse, der opstår i kraft af den interpsykiske bevægelse.

Opsummering til eftertanke og diskussion.

Første bevægelse i improvisationen er karakteriseret ved at være en begyndelse.

Anden bevægelse er præget og styret af musikterapeuten, der spiller en form og struktur, der kan rumme Karens amorfe udtryk.

I tredje og fjerde bevægelse ændres Karens udtryk da musikterapeuten laver en åbning i sit spil og en musikalsk dialog finder sted.

Femte og sjette bevægelse er karakteriseret af, at det her er Karen der præger improvisationen og styrer det musikalske udtryk.

Samtlige bevægelser inddeler sig på denne måde i fire faser, der tilsyneladende er kendetegnende for en udviklingsproces i en klinisk improvisation. Dette vil jeg tage op til diskussion senere i specialet i afsnittet: *"Efterbehandling og diskussion af tredje analyse - med fokus på den kliniske improvisation i praksis"*.

3. trin. Transformation

I dette trin skal konkrete data fra Karens liv nu inddrages. Det betyder at hele case-introduktionen (se s. 7), samt første, anden og tredje fase af det musikterapeutiske behandlingsforløb, der omtales på (se s. 30 og frem) inddrages. Da jeg tidligere ved første musikeksempel har lavet en morfologisk analyse vil jeg i dette trin som en del af analysen henvise til tredje trins konklusion i første musikanalyse. Jeg vurderer, at dette kan tillades da begge musikanalyser konkluderende forholder sig til en bevægelse i Karens interaktion med omverdenen og en intrapsykiske bevægelse.

Konklusionen i denne analyses andet trin beskriver et handlemønster hos Karen, der fra at søge isolation og trække sig i kontakten til omverdenen nu indgår i interaktion med et andet menneske. Dermed beskrives en interpsykisk bevægelse, der ændrer sig fra at være introvert til at være ekstrovert. Dette bekræftes i konklusionen af 3. trin i første musikanalyse, hvor der dukker et handlemønster op, der har karakter af at bevæge sig væk fra omverdenen og søge isolation. En interpsykisk bevægelse af introvert karakter. Denne bevægelse er altså nu blevet vendt.

Ligeledes beskrives det, at Karen i interaktionen med et andet menneske får en oplevelse af at være og en ny egenoplevelse, der har et stabilt udtryk og karakter af en indre kernefølelse.

Den interpsykiske bevægelse.

I de første tre faser af det musikterapeutiske behandlingsforløb beskrives der flere bevægelser, der underbygger hypotesen fra første trin. Jeg nævner dem meget kortfattet:

Første fase.

I det musikterapeutiske behandlingsforløb beskrives der i slutningen af første fase en bevægelse fra at være i følge med sin kontaktperson til musikterapi til at kunne være i musikterapi alene. Dette underbygger hypotesens bevægelsesretning.

Anden fase.

I anden fase beskrives flere bevægelser, der kan underbygge hypotesen fra første trin.

- En bevægelse fra at synge ord i en genkendelighedsgrad, der er meget lille til at opnå generelt mere genkendelighed i ordenes udtale.

- En bevægelse fra at synge fra at synge "out of tune" til at synge "in tune".

- En bevægelse fra ikke at bemærke, hvor musikterapeuten er i sangen til at bemærke, hvor musikterapeuten er i sangen.

- En bevægelse fra ikke at indgå i kliniske improvisationer til at indgå i kliniske improvisationer.

Tredie fase.

- En bevægelse fra at synge med generelt lidt genkendelighed til at at synge ordene med genkendelighed.

- En bevægelse fra ingen melodigenkendelighed til melodigenkendelighed.

- En bevægelse i det dynamiske udtryk fra at være monotont og dynamikfattigt til at synge med spirende nuanceforskelle i sangens styrke og intensitet.

- En bevægelse fra ikke at have fornemmelse for melodiers form og struktur, puls og rytme til at have fornemmelse for form og struktur, puls og rytme.

- En bevægelse fra ikke at tage initiativ i valg af sang til at tage initiativ til valg af sang.

- En bevægelse fra ingen hukommelse at have om det vi foretager os sammen til af og til at kunne huske, hvad vi lavede gangen før.

- En bevægelse fra kun at svare med enstavelsesord og kropssprog til at svare med korte sætninger, bestående af gennemsnitligt 3-5 ord.

- En bevægelse fra manglende nærvær til begyndende nærvær.

Konklusion.

Hypotese fra første trin:

"En bevægelse fra at være ubehjælpelig og fastlåst til at finde vej og åbne sig."

Ved at sammenligne hypotesen fra første trin med anamnesen og sygehistorien fremgår det tydeligt, at bevægelsesretningen for Karens interpsykiske bevægelse nu følger hypotesen og er af ekstrovert karakter. Det uddybes også, at Karen i kraft af den ekstroverte interpsykiske bevægelse sideløbende opnår en intrapsykisk bevægelse i form af større og tydeligere oplevelse og fornemmelse af sig selv.

4. trin. Rekonstruktion.

I 4. trin af den morfologiske analyse af tredje musikeksempel vil jeg her inddrage Sterns *"Fornemmelse af et kerneselv-sammen-med-en-anden"*, men indledende komme ind på nogle nyere forskningsresultater, der har betydning for en forståelse af de interpersonelle forhold på et pre-verbalt stade. Samtidig vil jeg inddrage Trevarthen, hvis ideer Stern i sin første udgave af *"Barnets interpersonelle univers"* tager afstand fra, men som han i tredje reviderede udgave, som han kalder *"Spædbarnets interpersonelle verden,"* tilslutter sig.

Ny forskning dokumenterer, at børn har kapacitet til intersubjektivitet fra livets begyndelse. Noget som Bråten kalder alterocentriske deltagelse (1998) og Trevarthen længe har kaldt primær intersubjektivitet (Trevarthen 1979).

Dette er det neurobiologiske grundlag for affektiv resonans, imitation, intersubjektivitet og empati. Forskerne har fundet adaptive oscillatorer, der sætter os i stand til at synkronisere vore bevægelser med andres (McCauley, 1994; Port, Cummins & McCauley, 1995; Torras, 1985).

Vi har tilsyneladende ure indbygget i forskellige systemer, der fyrer med en given periodicitet, men som kan nulstilles af en stimulus udefra, f.eks. en bevægelse, en anden foretager sig. Denne nulstilling tillader vores system at synkronisere og at forblive synkroniseret med et andet systems tid. (Stern 2000)

Her genkender jeg det som er medvirkende til at musikerapeuten i musikterapi kan stemme sig ind på patienten, for eksempel i kliniske improvisationer. (Jvf. afsnittet om musikerapeutens rolle og funktion s. ?) Dette påpeger ydermere en tilstand, der er medvirkende til at patienten kan opleve et selv-i-samklang-med-en-anden hvilket i følge Stern er en del af fornemmelsen af et kerneselv-sammen-med-en-anden.

Trevarthen mener, at intersubjektivitet er en medfødt emergent menneskelig kapacitet. Han opdeler intersubjektiviteten i en primær intersubjektivitet der er tilstede fra fødslen til omkring nimanedersalderen, hvilket i følge Stern er en del af en fornemmelse af et kerneselv-sammen-med-en-anden. Derefter kommer der ifølge Trevarthen en sekundær intersubjektivitet efter nimanedersalderen som Stern kalder en fornemmelse af et intersubjektivt selv.

Intersubjektivitet skal i følge Trevarthen og Hubley forstås som *"en frivilligt tilstræbt deling af oplevelser af hændelser og*

ting" (Stern 2000, s. 176). Denne definition tilslutter Stern sig.

Der er grundlæggende et stort ønske hos mennesket om at kende og være kendt i fornemmelsen af gensidig tilkendegivelse af subjektive oplevelser. Det kan være et stærkt motiv og kan føles som en behovstilstand. En afvisning af at være kendt psykisk kan derfor også opleves med stor styrke og intensitet.

Socialiseringen af mennesket handler for den enkelte om at finde ud af, hvilke indre oplevelser der kan deles, og hvilke der ligger uden for de alment anerkendte menneskelige oplevelser. I den ene ende er der psykisk menneskeligt fællesskab, i den anden psykisk isolation.

Ved at dele subjektive psykiske oplevelser med et andet menneske dannes grundlaget for en fornemmelse af et intersubjektivt selv. De præ-verbale fælles subjektive oplevelser vil afspejle sig i adfærden og være observerbare i form af forskellige mentale tilstande som:

- fælles opmærksomhed
- fælles hensigter
- dele affektive tilstande

At være fælles om affektive tilstande er ifølge Stern det mest almene og klinisk set mest relevante træk ved intersubjektiv relatering. For at der kan ske en intersubjektiv udveksling af en affektiv tilstand er affektiv afstemning nødvendig. Affektiv afstemning opnås ved udførelsen af adfærd, der udtrykker følelses kvaliteten ved en delt affektiv tilstand, men uden at imitere det nøjagtigt. Det kan beskrives som en form for tema med variation, hvor der mere er tale om en matchning.

Stern har defineret de aspekter ved den menneskelige adfærd der kan matches, som værende intensitet, timing og form.

Intersubjektiv udveksling af affektoplevelser stiller nogle betingelser til de implicerede.

1. Den ene skal være i stand til at aflæse den andens følelses tilstand ud fra vedkommendes ydre adfærd.

2. Den ene skal udvise en adfærd, der ikke er ren efterligning, men ikke desto mindre på en eller anden måde modsvarer den andens ydre adfærd.

3. Den anden skal være i stand til at læse denne korresponderende reaktion som noget, der har at gøre med vedkommendes egen oprindelige følelsesmæssige oplevelse.

Det er kun når disse tre betingelser er tilstede, at et menneske kan erkende følelestilstande hos et andet menneske, og at de begge - uden ord - kan fornemme at transaktionen har fundet sted.

Jeg vil nu inddrage perioden 05.46 og frem til 07.00 i den kliniske improvisation.

Eksempler i notetranskriptionen på affektiv afstemning fra musikterapeutens side er: 05.48 - 05.50. Musikterapeuten spiller to af de første toner fra Karens netop introducerede melodiske figur og inddrager dem i sit faste melodiske mønster i optakten til de lange toner.

05.52 tilføjer musikterapeuten en lang tone, der indgår i hendes melodiske mønster som en variation. Tonen er en som Karen ved sit spil tilfældigt fremhæver og ofte spiller. 06.19 - 06.22, 06.36 - 06.38, 06.42 - 06.45, 06.49 - 06.51, 06.55 er alle eksempler på affektiv afstemning, hvor to toner er en variation af tema, idet de er identiske med Karens toner fra hendes figur, der bliver spillet 06.17. Variation af tema sker både over tid, i formen og i intensiteten.

Dokumentation af intersubjektiv relatering er, at der i perioden 05.46 og frem til 07.00 kan opleves et fælles opmærksomhedsfokus, der udspiller sig i en interintentionalitet. Dette ses i den fænomenologiske musikbeskrivelse, hvor Karen begynder 05.46 at spille melodiske og rytmiske figurer i et stabilt handle-mønster. Efter hver lang tone musikterapeuten anslår, spiller Karen en melodisk eller rytmisk figur.

Dette fælles opmærksomhedsfokus benytter musikterapeuten til en intentionel kommunikation i musikken. Dette ses i den fænomenologiske musikbeskrivelse 05.54. Her spiller musikterapeuten den ene tone, som Karen tidligere tilfældigt fremhævede, tre gange med gradvis øgning af intensitet og styrke.

Videre i forløbet fremgår det at Karen ubevidst oplever, at intentionen er noget der kan deles. Hermed er interintentionalitet en realitet. Dette ses i den fænomenologiske musikbeskrivelse fra 06.17 og frem til 07.00, hvor musikterapeuten og Karen er i musikalsk dialog. Her opnås interaffektivitet, idet der opstår samhørighed i det musikalske udtryk. Dette fortolker jeg, som en samhørighed omkring Karens spæde kerneoplevelse, som sætter hende i stand til at udtrykke en stabil fornemmelse af et kerneselv fra 07.00 og improvisationen ud.

Konklusion.

Karen får i den kliniske improvisation en oplevelse af *primær-intersubjektivitet, fornemmelsen af et kerneselv-sammen-med-anden* på et præ-verbalt stadie. Dermed har Karen opnået en psykisk reorganisering af sin tilstand i forhold til den beskrevet under både første og anden musikanalyse.

Udgangspunktet for ubehjælpsheden og det fastlåste har skiftet karakter. Hvor der før ikke var noget fast holdepunkt i Karen, har hun nu en fornemmelse af et fast holdepunkt i sig selv i form af en kerne. Musikalsk kommer den til udtryk ved den fuldstændige regelmæssige puls, der ikke lader sig aflede af musikterapeutens lette melodiske vandringer.

Karens problemstilling kan stadig defineres som ubehjælpsheden og fastlåst, og til trods for den bevægelse, der er tydeliggjort i den fænomenologiske musikbeskrivelse, er problematikken altså stadig i en vis udstrækning den samme. Karen er stadig ved at finde vej, men er nået et stykke i retning af at åbne sig for kontakt med omverdenen. Bevægelserne sker nu på et andet niveau.

Den samlede kliniske vurdering af behandlingsforløbet udfra de tre analyser.

I det interpersonelle samspil med musikterapeuten er der sket en reorganisering af Karens psykiske tilstand og de bevægelseskræfter hun benytter i kontakten med omverdenen. Det store skridt har været at bryde den totale isolation hos Karen, sådan at hun har haft mod til at indgå i en alliance med musikterapeuten.

Samtidig er der sket en reorganisering af Karens egenoplevelse. Karen har udviklet sig fra at have ingen fornemmelse af sig selv til at have en spirende fornemmelse af et kerneselv. Med musikterapeutens støtte kan Karen nu let komme i berøring med denne fornemmelse og med tiden få den funderet.

Det musikterapeutiske behandlingsforløb er nu blevet belyst fra flere forskellige vinkler, der øger forståelsen af Karens udtryk for hendes tilstand. Udfra Sterns udviklingsteori er det nu muligt at perspektivere og få et indblik i Karens psykologiske problemstilling. Første analyse viser en tendens i Karens handlingmønstre til at trække sig fra omverdenen såvel på et intra- som på et interpsykisk plan. Den tredje analyse viser i modsætning hertil en interpsykisk bevægelse af ekstrovert karakter. Som udgangspunkt var Karen næsten ikke-eksisterende og hendes fornemmelse af sig selv var utrolig lille. Sterns teori understøtter dette ved at kunne beskrive, at Karens tilstand kun i meget ringe grad organiserer sig og, dermed er der ikke meget der giver mening for hende.

Ved at sammenholde de tre analyser fremgår det tydeligt, at Karen udvikler sig til at kunne organisere forskellige sanseindtryk og få en fornemmelse af et kerneselv og en fornemmelse af et kerneselv-sammen-med-en-anden på et præ-verbalt stadie.

I forhold til Karens intrapsykiske bevægelse dukker begrebet "regression" umiddelbart op som en måde, hvorpå denne bevægelse kan defineres. Imidlertid synes jeg ikke den klassiske psykoanalytiske anvendelse af begrebet er helt dækkende for karakteren af Karens psy-

kologiske problem. Jeg vil hellere kalde det en kraftig tilbagetrækning, der sker både på et intra- og et interpsykisk plan som del af en forsvarsmekanisme samt reaktion på manglende intra- og interpsykisk forståelse og meningsoplevelse.

Til underbyggelse af dette vil jeg inddrage mine overvejelser omkring det enkelte menneskes eksistentielle betingelser. (*Jævnfør mit menneskesyn s. 2*). Måske er begyndelsen til denne tilbagetrækning, både på inter- og intrapsykisk plan, en reaktion på manglende meningsoplevelse som en konsekvens af de betingelser Karen er udrustet med. Ikke at kunne forstå eller opleve mening er skræmmende og angstskabende.

Lige fra starten af indlæggelsen har Karen ikke kunnet udtrykke sig verbalt, og derfor er det ikke muligt at klarlægge hendes "normale" funktionsniveau. Af den grund har det også været svært at bedømme de eksistentielle betingelser Karen var udrustet med. Derimod vil jeg påstå, at de tre analyser giver en uddybende forståelse af karakteren af Karens psykiske tilstand og psykologiske problemstilling.

Var Karen psykotisk?

En del af ovenstående har bevirket, at jeg er kommet i tvivl om hvorvidt Karen i det hele taget har været psykotisk i traditionel psykiatrisk forstand. Denne tvivl opstår ved de detaljer, der fremkommer i næranalyserne af det musikalske udtryk. Det er især stemmeanalysens meget præcise perspektivering af udgangspunktet for Karens tilstand der underbygger denne tvivl.

Karens stemmeudtryk er utrolig tilbageholdt og der bruges mange kræfter på at have sådan et tilbageholdt udtryk. Dette skaber blokeringer. En adfærd som mere går i retning af noget neurotisk end noget psykotisk.

En psykotisk fremtoning er ofte meget kontrastrig og abnorm i sit udtryk og dermed ikke blokerende.

Indledning

Efterbehandling og diskussion af den tredje analyse.

- med fokus på den kliniske improvisation

I dette afsnit følger jeg eftertanken op i det opsummerende afsnit fra 2. trin i analysen af tredje musikeksempel.

Jeg vil i det følgende diskutere om/hvordan det kan dokumenteres at den psykiske reorganisering finder sted med særligt henblik på at præcisere musikkens/musikterapeutens rolle i reorganiseringprocessen (med en enkelt patient).

Den erfaring jeg har gjort mig ved den detaljerede analyse af tredje musikeksempel, synes at tegne et generelt udviklingsmønster, når jeg sammenholder denne improvisation med mine øvrige erfaringer i gennemlytning af improvisationer i forbindelse med mit kliniske virke. Jeg vil i det følgende give et bud på, hvordan den kliniske improvisation udvikler sig ved en reorganisering. Samtidig uddyber retninglinierne de afgørende betingelser for, at musikens og musikterapeutens forskellige roller og funktioner kan stimulere udviklingen af evnen til at forme struktur sådan at sensoriske indtryk kan transformeres til en oplevelse, der giver mening, og redegør dermed for en metode til at stimulere en psykisk reorganisering.

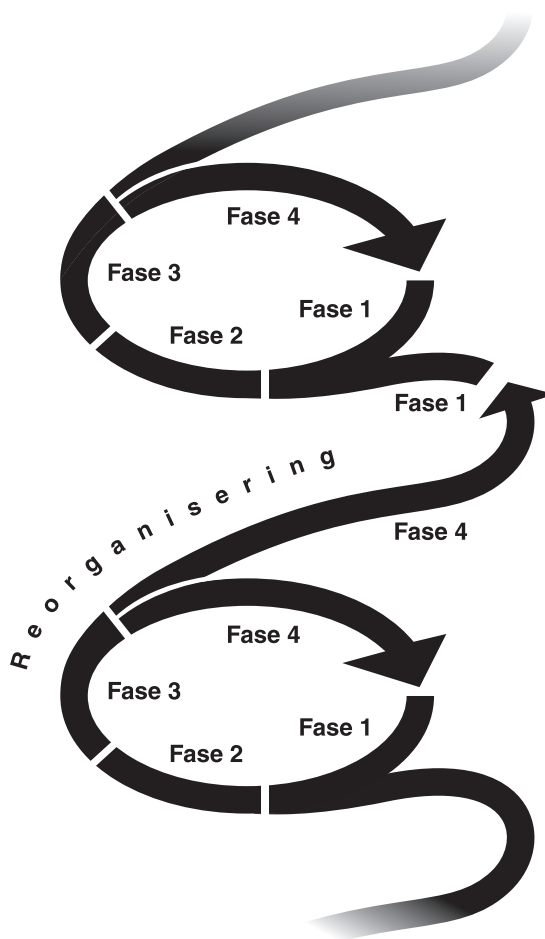
Fire faser.

Min oplevelse er, at udviklingen frem mod en reorganisering gennemgår fire forskellige faser i kontinuerlig rækkefølge i en cirkelbevægelse. Faserne har glidende overgange (*se illustration*).

Vejen frem til en reorganisering kan kræve mange improvisationer, og de vil hver gang gennemgå alle fire faser og i samme rækkefølge.

Isbryderen.

Som tegn på, at en reorganisering er på vej vil der være én improvisation, der skiller sig ud fra de andre. Denne improvisation kalder jeg *isbryderen*. Isbryderen er improvisationen, hvor patienten kommer i kontakt med en ny fornemmelse i sig selv. Kontakten til den nye fornemmelse



Udviklingsmønsteret for reorganisation.

anviser muligheden for en reorganisering og den nye fornemmelse afspejles i musikken, som indtager en ny karakter / musikalsk form og struktur

Integration og fundering.

Ofte vil det være sådan, at patienten i begyndelsen har svært ved selv at hente den nye

fornemmelse frem og holde fast i den. Dette vil komme til udtryk musikalsk på den måde, at begyndelsen af en improvisation i første omgang ikke ændrer udtryk, men kører i ring i de fire faser en tid.

Ved at musikterapeuten i interaktionen støtter og bekræfter patientens musikalske udtryk igennem flere improvisationer, vil den nye fornemmelse blive funderet og integreret i patienten. Først når den nye fornemmelse er funderet og integreret i patienten er der tale om en reorganisering, og først i det øjeblik vil patienten selv være i stand til at hente den nye fornemmelse frem og holde fast i den.

Er en reorganisering funderet og integreret i patienten, vil det musikalske udtryk i begyndelsen af en improvisation være karakteriseret ved et nyt udtryk.

Isbryderen illustreres i denne case ved femte musikeksempel, der analyseres i tredje analyse. Til understøttelse af min hypotese om, at Karen er kommet i kontakt med noget nyt, og at der er en reorganisering på vej, er 6. musikeksempel fra 4. fase. Reorganiseringen er ikke helt funderet. Som det fremgår af musikeksemplet starter Karen ud med samme udtryk, men finder i samspillet med mig hurtigt en større stabilitet i fornemmelsen af puls.

I det følgende vil jeg kronologisk gennemgå den udvikling en klinisk improvisation tager, i et forsøg på at præcisere musikkens og musikterapeutens rolle og funktion i en reorganiseringssproces.

Jeg vil gerne i denne sammenhæng understrege, at det er vigtigt ikke kun at koncentrere sig om procedure og teknikker, men huske at have rettet sin opmærksomhed mod helheden.

Retningslinier til imødekommelse af en reorganisering.

1. fase.

At være til stede og forholde sig til.

Patienten spiller sin nuværende tilstand. Selve tilstanden, måden at være til stede på, bliver aktiviteten.

Sensitivt lyttende forholder musikterapeuten sig til patientens tilstedeværelse og udtryk, og til de følelser, der ligger bagved udtrykket og tilstedeværelsen.

Konkret forsøger musikterapeuten at afstemme sig efter patienten ved musikalsk at synkronisere, spejle, imitere og matche patientens musik.

2. fase.

Et rummende og holdende rum.

Ved at være sensitivt lyttende og nærværende kan terapeuten medvirke til at der opstår et rum, hvor musikterapeuten med sit spil danner en ramme, som patientens spil frit kan bevæge sig indenfor. Ved tilstedeværelsen af denne musikalske ramme kan patienten på en nænsom måde få oplevelsen af at være sammen med et andet menneske, at blive mødt, at være, og få oplevelsen af at blive holdt og rummet.

Konkret kan denne ramme opstå ved, at musikterapeuten enten spiller en rytmisk eller harmonisk grund, eller støtter, strukturerer og komplementerer patientens musikalske udtryk.

3. fase.

Mulighedernes rum (Potential space).

Musikterapeuten skal på én gang med sit spil bevare kontakten til sin virkelighed ved hjælp af en *livline*, og nærme sig patienten i dennes virkelighed. Sensitivt lyttende og nærværende afstemmer musikterapeuten sig efter dybden og karakteren af patientens basale følelser.

Som Carolyn Kenny (1989) udtrykker det, opstår der et musik rum, musical space, som er et felt, hvor musikterapeuten og patienten har fælles resonans, der kan give oplevelsen af et møde, og udvikle sig til kontakt der kan være medvirkende til en oplevelse af forståelse. I dette musiske rum får musikterapeuten en fornemmelse af patientens potentialer. Ifølge Carolyn Kenny (1989) udvider det musiske rum sig til et lege/spillefelt (*field of*

play), et mulighedernes rum, hvor musikterapeuten hele tiden er opmærksom på, hvilke muligheder der er for aktive interventioner. I dette lege/spille felt ligger muligheden for i samspil med musikterapeuten at undersøge, bearbejde og reorganisere sit udtryk. Dermed også muligheden for at fornemme, mærke og opleve, at tilstanden kan transformeres til et nyt udtryk eller en anden karakter og på sigt være med til en reorganisering af værens-fornemmelsen.

Dette kan foregå i musikken uden ord og uden at patienten behøver eller skal være i stand til at sætte ord på den oplevede forandring eller udvikling.

Det vigtigste for musikterapeutens spil i denne fase er pauserne. De giver oplevelsen af lydhørhed og at der bliver givet plads. Patientens udtryk bliver primært støttet og forstærket, og der bliver bygget ganske lidt videre på nogle af patientens ideer og dermed inviteret til dialog.

Her kan musikken i arbejdet med kontakten til stærkt jeg-svage / svært psykotiske patienter fremhæves som en fordel, da det non-verbale element i musikterapien gør det muligt at arbejde med kontakt meget glidende og næsten umærkeligt. Oplevelsen af at være adskilt og være sammen kan som før nævnt være til stede på én gang, men overgangen fra den ene tilstand til den anden kan gøres glidende ved en følsom intensivering af den pågældende tilstand.

Samtidig skal musikterapeuten være opmærksom på ikke at invadere patienten. Musikterapeuten skal ikke dirigere patientens musik i en bestemt retning mod genkendelige musikalske former eller stilarter, da dette hos mange psykiatriske patienter kan fremkalde angst.

4. fase. Separation/Afslutning.

I nogle tilfælde vil patienten af sig selv afslutte improvisationen i det nye udtryk.

Tidligt i et behandlingsforløb med stærkt jeg-svage / svært psykotiske patienter vil det dog ofte være sådan, at musikterapeuten skal foretage en gradvis bevægen sig væk fra patientens udtryk og i det musikalske udtryk opbygge en afslutning som patienten ubevidst kan reagere på.

Afslutning er en form for separation og det kan derfor være svært og pinefuldt for patienten at forlade samværet. Det skal gøres nænsomt. Dilemmaet ligger i kontrasten til tidlige erfaringer og den aktuelle oplevelse.

Som det er redegjort for tidligere, er det aktuelle møde præget af de tidlige erfaringer patienten har gjort sig i interpersonelle relationer og de betingelser som patienten dermed møder verdenen med. Kontakten til omverdenen har måske mest været præget af utryghed og manglende samklang, og patienten oplever dermed den aktuelle situation som angstskabende.

I samme øjeblik at tryghed og samklang opleves i en relation, indfris menneskets måske største grundlæggende behov, og i situationen opstår angsten for at miste denne tryghed og samklang igen for altid. Det er en smertefuld proces og den totale isolation er måske et forsvar mod disse stærke følelsesmæssige oplevelser.

Bent Jensen har beskrevet en lignende proces, der overordnet inddeler det musikterapeutiske behandlingsforløb med skizofrene i fire faser. Den såkaldte 4-fasemodel. (*Jensen 1998, 1999, 2000*)

Denne 4-fasemodel har, sammen med mine egne kliniske erfaringer og Carolyn Kenny's: *Field of Play (Kenny 1989)* inspireret til at definere en hypotese om denne udviklingsmønster for den kliniske improvisation ved en reorganisering.

Klinisk perspektivering.

Indledning

I det følgende vil jeg diskutere, hvor vigtigt det er, at forholdet mellem det naturvidenskabelige og det humanistiske hermeneutiske paradigme udvikler sig yderligere indenfor det psykiatriske behandlingssystem med fokus på, hvad musikterapien kan gøre i denne sammenhæng.

Som det fremgår i beskrivelsen af det musikterapeutiske behandlingsforløb, skulle den behandlingsansvarlige på et tidspunkt tage en beslutning om hvorvidt Karen skulle betragtes som en *kronisk* skizofren patient. Ordet *kronisk* betyder i følge den psykiatriske ordbog: *vedvarende*.

I denne beslutning ligger faren for at konkludere og betragte patientens nuværende tilstand og funktionsniveau som vedvarende, og noget der ikke står til at ændre.

Karens behandlingshistorie vidner om, hvor vigtigt det er at arbejde tværfagligt og dermed sikre et helhedsorienteret behandlersyn, og den dokumenterer, at den naturvidenskabelige og den humanistisk/hermenetiske behandlingstilgang har noget at tilbyde hinanden. Nu er spørgsmålet bare, hvordan dette kan sikres bedst muligt.

Jeg har i det følgende brugt en artikel af *David Aldrige (1999)* som kilde og inspiration for diskussionen. Hans artikel er en reaktion på den kløft, der er mellem de to paradigmer og deres meget forskellige måder at forske på.

Brobygning mellem to paradigmer i psykiatrien.

Grundlæggende er jeg af den holdning, at der indenfor psykiatrien skal bygges bro mellem de forskellige faggruppers forståelse af psykiske problemer. Som jeg tidligere har nævnt under afsnittet Videnskabsteoretisk indfaldsvinkel, betyder det i forhold til musikterapi, at der fortrinsvis skal bygges bro mel-

lem psykiateren og musikterapeuten, idet det er psykiateren, der er den behandlingsansvarlige.

For at bygge bro må vi som repræsentant for hvert enkelt paradigme være enige om, hvad formålet med broen er, og hvad det er vi ønsker af hinanden eller kan bidrage hinanden med. Formålet med brobygning mener jeg først og fremmest skal gøres af hensyn til patientens tarv og udviklingsmuligheder.

Første betingelse i brobygningen er at der både fra psykiateren og musikterapeuten udvises en interesse og nysgerrighed for at få indblik i og forståelse for, hvad hver faggruppe repræsenterer.

Da det er psykiateren, der er hovedansvarlig for en given behandling, er det vigtigt at stimulere psykiaterens nysgerrighed og interesse for de humanistisk/hermenetiske behandlingsformer som f.eks. musikterapi.

Opbrud i den daglige rutine.

Ud fra min praktiske erfaring vurderer jeg, at det ikke så meget er paradimerne vi hver især repræsenterer, men mere uvidenhed og stivhed i strukturen indenfor psykiatrien, der er en af de største hindringer for inddragelsen af f. eks. musikterapi som et tværfagligt behandlingstilbud. Dermed opstår både et behov for, at musikterapeuten anskuer og beskriver en given patients problemstillinger i et sprog, der er forståeligt for psykiateren, og tid og vilje fra psykiaterens side til at bryde daglige rutiner, og sætte sig ind i musikterapiens forskningsresultater.

Først dér kan der ske en faglig udveksling af erfaringer og opstå en faglig diskussion af de forskellige tilgange til samme problemstillinger. Det er vigtigt at efterstræbe med det mål at sikre den enkelte patients tarv og udviklingsmuligheder, som jeg vil påstå bedst opnås ved et helhedsorienteret behandlingssyn.

Det musikterapeutiske fagsprog.

I sproget ligger der en stor fare for misforståelser, idet vi som musikterapeuter med ord ofte skal beskrive et non-verbalt udgangspunkt for terapien og formidle kliniske vurderinger, der har deres oprindelse i noget nonverbalt, musikken.

Her må vi i første omgang som musikterapeuter skabe vores eget sprog, hvor alle facetter i musikterapien kan komme med. Samtidig er det vigtigt, at vi i skabelsen af dette sprog ikke låser os fast, men bruger hinanden og er åbne overfor alle de vinkler, der er vigtige for at dels musikterapien, men også vi som musikterapeuter, udadtil kan fremstå som en helhed.

Bruscia har med sin IAP (*Bruscia, 19xx*), hvor han bruger både musikalske og psykologiske begreber forsøgt at skabe et sprog, andre faggrupper også kan forstå. Det er vigtigt ikke at være så ekstrem og særegen i sine definitioner og dannelse af et musikterapeutisk fagsprog, at man som faggruppe tror at have udviklet begreber, der er universelle, men som ikke kan forstås af andre. Dette vanskeliggør dialogen med andre faggrupper.

Bruscia tænker i kommunikative baner, hvilket jeg fuldt ud kan tilslutte mig, idet jeg betragter det som særdeles vigtigt at kunne være i dialog med andre faggrupper og diskutere oplevelser omkring de samme fænomener, men ud fra forskelligt grundlag.

Om dette udtaler David Aldrige:

”It is the use of words that provokes misunderstanding. No more than in the world of music therapy research where there appears to be a move towards conceptual cleansing where factions identifying themselves as creative or receptive, qualitative are claiming a universal knowledge that is misplaced and unsupported. If, in music therapy, we have escaped the hegemony of medicine and psychology, there is no need to replace it with the tyranny of partial knowledge that claims to be ubiquitous” (*David Aldrige (1999. s. 27 og 28)*).

De tværfaglige behandlingsmøder.

Behandlingsmødet i 5. fase i beskrivelsen af det musikterapeutiske behandlingsforløb er et godt eksempel på et godt tværfagligt samarbejde, hvor det psykodynamiske behandlingssyn kommer til udtryk i interessen for det samlede teams oplevelser og kliniske vurderinger af Karen. De fremlagte kliniske vurderinger fra musikterapien fik den konsekvens, at Karen ikke længere blev betragtet som en begyndende kronisk skizofren patient, men derimod som et menneske, der

stadig var på vej.

Dette fremhæver vigtigheden af at medvirke ved de tværfaglige behandlingsmøder og fremlægge sine kliniske vurderinger.

Desværre er det endnu ikke almindelig rutine at indkalde eksempelvis den eksternt tilknyttede faggruppe, - i dette tilfælde musikterapien - til de tværfaglige behandlingsmøder. Det er min vurdering, at det ikke er uvilje, men mere en beskrivelse af hvor dybt rutiner, vaner og procedurer stikker i det psykiatriske system. I Karens tilfælde henvendte jeg mig til teamet, og jeg ser umiddelbart ingen anden mulighed end denne handling for at bryde gamle mønstre og starte nye rutiner. Som musikterapeuter må vi holde os orienterede om hvornår der holdes behandlingsmøder, og så ellers deltage.

Karens case er et eksempel på, hvor vigtigt det er at deltage. Havde jeg ikke deltaget i behandlingsmødet var mine kliniske vurderinger omkring Karen ikke blevet en del af det beslutningsgrundlag det videre behandlingsforløb blev baseret på. Det peger på det etiske ansvar vi har overfor patienterne som behandlere.

Inddragelse af det kliniske musikmateriale på behandlingsmøder.

Det kliniske musikmateriale skal ikke underkendes som en vigtig kilde, der selv kan fortælle noget vigtigt og umiddelbart let opfattet for alle og dermed også inddrages på behandlingsmøder.

Som det fremgår af lytterbeskrivelserne i den morfologiske analyse er det muligt for fuldstændig udenforstående at opfatte det væsentlige i klinisk musikmateriale. Det er altså et godt redskab og supplement til belysningen af en patients tilstand i den tværfaglige behandlergruppe.

Som jeg har beskrevet i afsnittet om ”Beskrivelse af det musikterapeutiske behandlingsforløb” inddrog jeg musikeksempler i redegørelsen for min kliniske vurdering af Karen. Det var lidt af et eksperiment fordi det var en meget anderledes måde at præsentere data på. Jeg fik en god erfaring med det og har siden gjort det i andre situationer også. Det hjælper til at afmystificere faget, men stiller til gengæld store krav til musikterapeuten om at være fuldstændig klar på, hvad musikeksemplet skal vise.

Henvisningskriterier.

Henvisningskriterierne fokus på den terapeutiske alliance, mødet og samspillet mellem patient og musikterapeut gør det muligt at tage patienter tidligt i psykoterapi, hvis tilstand har samme sværhedsgrad som Karens. Det giver en mulighed og et håb for denne patientgruppe. Faren er, at det psykiatriske behandlingssystem måske kun ser musikterapi som en behandlingsform til denne patientgruppe. Dette kan begrænse anvendelsen af musikterapiens ressourcer indenfor den psykiatriske behandling.

Kontrakten med patienten

Det kritiske spørgsmål i denne sammenhæng er: *Hvad indebærer det at lave en kontrakt om et prøveforløb med patienter fra denne kategori?*

Karen fik grundet henvisningskriterierne fokus tilbuddet om et længere varende musikterapeutisk behandlingsforløb. Måske fik hun også tilbuddet fordi jeg som studerende, og dermed som en ekstra ressource, kunne tillade mig at tage den frihed at tage udfordringen op. Det krævede dog, at det tværfaglige team var med på ideen og var villige til sammen med mig at spørge: *"Hvad er muligt?"* - fremfor at sige: *"Dette kan ikke lade sig gøre."* Men på samme tid rejser det også spørgsmålet: *Hvor langt kan musikterapeuten strække sig inden en patient vurderes ikke terapiegnet?*

Dette siger jeg i erkendelsen af, at der ingen garanti er for, at alle kan behandles. I hvert tilfælde lykkes det ikke altid, at finde vejen frem til den behandling som den enkelte kunne have glæde af.

Patienter, hvis tilstand har samme sværhedsgrad som Karens, stiller bestemte krav til det samlede team. Disse berørte jeg i afsnittet "Ny afdeling og nyt tværfagligt team" i 4. fase i beskrivelsen af det musikterapeutiske behandlingsforløb.

Det er en ressourcekrævende behandling og det er desværre usikkert om disse ressourcer er til stede i det psykiatriske system til daglig.

Nødvendigheden af det tværfaglige team

Indenfor psykiatrien, hvor mennesket er i centrum, syntes jeg det er overordentlig vigtigt, at både musikterapeuten og psykiateren vedkender sig sit fags ressourcer og begrænsninger.

Jeg vil ligefrem vove at tale om ydmyghedens nødvendighed. Én faggruppe kan ikke det hele.

Derimod giver en bred faggruppe en masse forskellige muligheder og måske kan vi i den erkendelse udnytte vores ressourcer bedre.

Metodekritik.

Instruktionen til lyttegruppen ved den første musikanalyse.

I min information til lyttegruppen i analysen af første musikeksempel præciserer jeg ikke, at der er to stemmer.

Dette gjorde jeg ikke af flere grunde. Den anden stemme kommer meget sent i musikeksemplet, og jeg havde en forestilling om, at nævnte jeg at der var to stemmer, ville lytteren sidde og vente og lytte efter, hvor den anden stemme blev af. Dermed ville der gå noget opmærksomhed fra det samlede musikalske udtryk.

Denne beslutning fik den ulempe, at der faktisk kun var én lytter, der fik associationer ved den anden stemme. De resterende fire lyttere hørte den ikke. Med interesse primært for Karens stemmeudtryk betyder det ikke så meget, at jeg ikke nævnte, at der var to stemmer.

Lyttegruppens sammensætning.

Der var kun én af lytterne, der havde relation til den musikterapeutiske verden. De resterende fire havde ikke musik som fag eller noget kendskab til musikterapi.

Jeg tror den eneste betænkelighed ligger i, at man må forvente at der er en åbenhed i lytteattituden hos lytteren. Udfra tidligere at have beskæftiget mig med dette fænomen, mener jeg at der altid, med eller uden faglig viden, vil være en risiko for manglende respons overfor det man lytter til.

Den morfologiske analysemodel.

Den morfologiske analysemodel er meget omstændelig og omfattende og det bliver særdeles omfattende når musikeksemplet er på 8:36 minutter. Måske er musikeksemplet også for langt til en sådan analyse.

Alligevel vil jeg sige, at det netop var det hårde og udmattende arbejde med at skulle gå i detaljer som gjorde, at jeg fik øje på nogle musikalske hændelser. Så havde det ikke været for omstændelighedens skyld

havde jeg ikke kunnet påvise det konkret. Dermed havde det fortsat været en fornemmelse, der var udokumenteret.

At anvende den morfologiske analyse kræver desuden at brugeren er godt inde i tankegang og teori. I enkeltdele åbnes op til en helhedsforståelse.

Audioregistrering af det kliniske materiale

Nodetransskriptioner er et uundværligt supplement, idet de konkret synliggør tonebevægelse, strukturer og sammenspil. Arbejdet med nodetransskriptionerne har virkelig synliggjort et teknisk problem, som jeg tror er generelt hos musikterapeuter.

Som eksempel kan give tredje musikanalyse, hvor Karen og jeg spiller på samme instrument. Det kan være meget vanskeligt at skelne de to klaverer fra hinanden og lave en korrekt nodetransskription. Det optimale ville være hvis optagelsen gjorde det muligt at separere de to instrumenters lyd.

Kvalitative metode.

Den kvalitative metode sigter mod at forstå psykens kvaliteter. De fokuserer på det konkrete og unikke i en proces. De er passende i musikterapi, når intentionen er at fortolke og forstå meningen med en improvisation, i forhold til patientens specielle måde at udtrykke sig på.

Den kvalitative metode kan kritiseres for, at musikterapeuten måske er for involveret i processen. Her er det vigtigt at gøre brug af den "kontrollerede subjektivitet".

Den morfologiske analysemetode anvender kontrolleret subjektivitet. På en meget raffineret måde skabes der en overbevisende balance mellem det at være involveret og det at have den fornødne objektivitet.

Diskussionsafsnittet i specialet.

Dette speciale indeholder ikke et diskus-

sionsafsnit i traditionel forstand, men istedet en klinisk perspektivering.

Det er hovedsageligt fordi den morfologiske analysemetode lægger op til at der bliver diskuteret undervejs i gennemgangen af de enkelte trin, og da den morfologiske forholdemåde har stor plads i dette speciale, virker det naturligt på denne måde.

Konklusion.



Jeg vil her opsummere de svar, som undersøgelsen har givet på problemformuleringsens spørgsmål.

Kan analyse af ”kliniske improvisationer” påvise og dokumentere en psykisk reorganisering?

I den tredje musikanalyse dokumenteres en reorganisering. Gennem en detaljeret node-transskription og en fænomenologisk musikbeskrivelse af den kliniske improvisation kan det konkret påvises, hvor og hvordan i improvisationen Karen reorganiserer sit musikalske udtryk, og hvor der dermed også sker en psykisk reorganisering.

Kan den musikterapeutiske kliniske vurdering bidrage med et anvendeligt og pålideligt analyseredskab, der beskriver patientens tilstand og personlige udvikling på et præ-verbalt stadie?

Gennem anvendelsen af tre forskellige analysemetoder, en triangulering, dokumenteres deres respektive berettigelse.

Analysemetoderne har gennem hele terapiforløbet suppleret og uddybet forståelsen af Karens musikalske udtryk og dermed også forståelsen af hendes psykologiske problem.

De forskellige analysemetoder har uafhængigt af hinanden, belyst og beskrevet de samme fænomener og psykologiske problemer, der gør sig gældende i Karens tilstand. Dette gør på én gang den kliniske vurdering mere præcis og nuanceret.

De forskellige analysemetoder fremstår altså som anvendelige og pålidelige i udfærdigelsen af en klinisk vurdering.

I det daglige virke som musikterapeut og det

tværfaglige samarbejde er der også brug for analyseredskaber, der:

- hurtigt kan give en pejling af patientens tilstand og problemstilling,
- kan være retningsangivende for behandlingen
- kan vise patientens udvikling over tid.

Sammenholdningen af næranalyserne tydeliggjorde en hypotese om reorganiseringens udviklingsmønster og retningslinier for musikterapeutens forholdemåder (*jævnfør s. 76*).

Jeg har en idé om, at denne hypoteses retningslinier også kan anvendes som et analyseredskab til den kliniske improvisation. I anvendelsen af retningslinierne, som et analyseredskab vil det blive muligt at orientere sig i den kliniske improvisations bevægelser og i patientens udvikling over tid. Det er min erfaring, at kliniske improvisationer af og til kan være temmelig omfattende og svære at overskue.

Kan den kliniske improvisation stimulere udviklingen af evnen til at forme struktur sådan at sensoriske indtryk transformeres til en oplevelse, der giver mening for patienten?

Ved at sammenholde første, andet, fjerde og syvende musikeksempel påvises det, at musikterapeuten gennem fremgangsmåden ”at synge sange korrekt” kan stimulere Karens evne til at danne en helhedsforståelse af kendte sange og organisere former og strukturer.

I anden og tredje musikanalyse er der flere konkrete eksempler på, at det er muligt at stimulere udviklingen af evner til at struk-

turere.

I anden musikanalyse ses det ved, at musikterapeuten synger sangen korrekt og Karen flere gange forsinket gentager, hvad musikterapeuten netop har sunget. Hun imiterer musikterapeutens anvisning af sangens form og struktur. Stimuleringen kan også påvises i de situationer, hvor Karen mister orienteringen, men genfinder den ved musikterapeutens stabile udtryk.

I tredje musikanalyse er bevægelsen fra anden til tredje fase et eksempel på, at musikterapeuten stimulerer Karens evne til at organisere sanseindtryk ved en holdende og rummende funktion. Musikalsk kommer dette til udtryk ved, at musikterapeuten spiller kraftigere end Karen og samtidig fremhæver en form og struktur, der kan rumme og holde hendes kaotiske musikalske udtryk.

Transformationen til en oplevelse mener jeg sker i tredje fase, i interaktionen. I den musikalske dialog mellem musikterapeuten og Karen, hvor hun får oplevelsen af "at være" på et præ-verbalt stadie.

Dette understøtter Sterns teori, idet han tilkendegiver at organisering er meningsdannende i sig selv. Også selv om organiseringen sker på en refleksagtig måde og ikke er bevidst for mennesket og kun kan påvises ved, hvor organiseret vedkommendes udtryk er og dermed også hvor organiseret udtrykket er i musikken.

Det meningsdannende for Karen i tredje musikanalyse er efter min mening den reorganisering, der viser sig i et meget stabilt musikalsk udtryk. Om Karen selv har denne oplevelse er dog svært at bekræfte, da hun ikke kunne verbalisere det.

Dermed redegør retninglinierne (*se s. 77*) for musikken og musikterapeutens rolle og funktion for en metode til at stimulere psy-

kiske reorganiseringer. Samtidig uddyber retninglinierne de afgørende betingelser for, at musikkens og musikterapeutens forskellige roller og funktioner kan stimulere udviklingen af evnen til at forme struktur sådan at sensoriske indtryk kan transformeres til en oplevelse, der giver mening.

Musikterapeuten skal på én gang med sit spil bevare kontakten til sin virkelighed ved hjælp af en *livline* og ved hjælp af den nærmeste sig patienten i dennes virkelighed. Sensitivt lyttende og nærværende afstemmer musikterapeuten sig og fornemmer dybden og karakteren af patientens basale følelser. Ved at give patienten plads og nænsomt bygge videre på patientens ideer, inviteres patienten til en enkel og overskuelig dialog.

I denne dialog ligger patientens mulighed for med musikterapeutens støtte at undersøge, bearbejde og reorganisere sit udtryk og dermed også patientens mulighed for at fornemme, mærke og opleve at tilstanden kan reorganiseres.

Jeg valgte en lyttegruppe, hvor kun én af lytterne havde relation til den musikterapeutiske verden. Blandt andet for at teste om musikken i sig selv kunne fortælle noget.

Er det hørbart for andre end musikterapeuter, hvad der sker i løbet af de tre musikkesempler?

En information, der ville kunne bruges til en vurdering af om man kan spille musikkesempler for et tværfagligt team.

Det viste sig, at det var muligt for lyttere der intet kendskab havde til musik og musikterapi, at høre hvad der skete i musikken.

Dermed bekræftes hvad morfologerne udtaler, at sker der noget vigtigt i musikken, kan det høres.

Afslutning.

”Jeg har det bedre nu end før jeg blev syg”



Det tværfaglige team

I løbet af dette et og et halvt år, hvor jeg eksternt er indgået i et tværfagligt team, er jeg ovenud tilfreds med den lydhørhed jeg har oplevet overfor mine kliniske vurderinger. Jeg vil gerne pointere, at det var samarbejdet, der gjorde behandlingen vellykket.

Karen fortsat

Det blev muligt for mig at fortsætte med at have Karen i musikterapi og det har jeg stadig. I dag vil jeg karakterisere den musikterapeutiske behandling som traditionel psyko-terapeutisk og vi bruger musikken og samtalen lige meget.

Karens psykiatriske behandlingshistorie synes at være en solstrålehistorie. Fire uger efter det store behandlingsmøde, der beskrives i 4. fase af det musikterapeutiske behandlingsforløb, begyndte Karen på en udtrapning af den farmakologiske behandling.

I dag har Karen været medicinfri i næsten et år. Hun er netop blevet udskrevet fra psykiatrisk hospital til eget hjem.

Vi har på nuværende tidspunkt en aftale om, at hun fortsætter hos mig på Musikterapi-klinikken ambulante et stykke tid endnu. Her i begyndelsen har Karen kontakt til distrikt-psykiatrien en gang om ugen og hun får stadig ingen medicin. Hendes diagnose er ændret til ”personlighedsforstyrret”.

Karen har i løbet af et og et halvt års musikterapi gennemgået en rivende personlig udvikling. Netop for få dage siden satte Karen selv ord på hendes personlige

udvikling.

Hun beskrev det med en oplevelse af, at hun som person havde taget en drejning på 180 grader. Karen siger at hun idag er mere åben og snakkende. Ligeledes har hun en oplevelse af bedre at kunne koncentrere sig og være til stede i den aktuelle situation. Før kom hun hurtigt til at tænke på mange forskellige ting, mens hun var sammen med andre.

Et citat fra Karen: *”Jeg har det bedre nu, end før jeg blev syg”*. Om sin tilstand i begyndelsen af sit indlæggelsesforløb på psykiatrisk hospital udtrykker Karen: *”Jeg var jo levende død.”*

Alting kan ses i forhold til noget, sammenlignes og patientens funktionsniveau kan opstilles. Karen er nået et skridt, - endda mange skridt, videre i en større helhedsoplevelse af sig selv. Hun oplever og kan udtrykke, at hun har det bedre nu end før hun blev syg. Dét er meget væsentligt.

Karen nu

Til slut vil jeg lade Karen selv afslutte, ved at præsentere en improvisation som ligger på spor 8 på CD-en.

Karen og jeg spillede sammen lidt over et år efter, at hun påbegyndte det musikterapeutiske behandlingsforløb.

Det er Karen, der starter improvisationen.

Sanne Storm
marts 2002

Lifeline to Reality.

This thesis is a description and documentation of a patient's therapeutical development in music therapy from an unconscious and pre-verbal stage into a conscious and verbal stage.

The main focus is on the musical activities from a long-term music therapeutical treatment, illustrating and discussing the possibilities of music therapy as a "first stage of psychotherapy" in psychiatry.

The core of the thesis is an individual case story ("Karen"). It is the story of the primary psychiatric hospitalisation of a woman in her middle thirties, initially diagnosed as "beginning chronic skizophrenia". Her ability of verbalizing was severely disturbed.

In a clinical situation like this music, and the music therapist's use of music, and the intermusical relationship can play an essential role.

Problem formulation:

I ask following questions in order to examine the role and function of the music, the music therapist and the intermusical relationship: 0

1. Is it possible to document a psychological reorganization through an analysis of clinical improvisations?
2. Can a specific music therapy assessment / clinical evaluation contribute to a useful and reliable analytical tool, with the purpose of describing the patient's condition and personal development at a pre-verbal stage?
3. Can clinical improvisations stimulate a patient's development of the ability to create structure in such a way that sensorial perceptions are transformed into an experience

that has meaning for the patient?

Methodology.

In order to examine these questions the patient's ongoing therapeutic process is described and illustrated with musical examples. An analytical triangulation is performed with three of these examples. One music example is analysed with focus on Karen's voice, based on an exact musical notation of a song performance. In this voice analysis a self-developed assessment format is used (Storm and Skov 2000). Patterns of relation and action are made visible in the exact musical notation.

Two of the music examples are analysed according to morphological principles, and Daniel Stern's theory of the development of the interpersonal world of the infant is chosen as a theoretical framework for the understanding of the main psychological problems of the patient.

Results.

1. Through the detailed analysis of the clinical improvisations it is documented that a psychological reorganization has taken place.
2. An analytical triangulation document and justify each analytical methodology. Independently they have illustrated and described the same phenomenon and psychological problems of Karen and her therapeutical development in music therapy from a pre-verbal stage into a verbal stage. Through a detailed analyse of the ghird musical example a hypothesis is made about the developmental structure of the reorganization and the musictherapists behaviour. This hypothesis is suggested as a method to analyse a clinical improvisation.

3. Through the detailed description of the music therapy process it is documented that it is possible to stimulate a development of the ability to create structure in such a way that sensorial perceptions are transformed into an experience. However, the question whether this experience has meaning for the patient is difficult to answer, because the patient is unable to verbalize. According to Stern's theory the very experience of structure has meaning both at a unconscious and conscious level.

Guidelines for the role and function of the music and the music therapist set out a method to stimulate a psychological reorganization. Conditions to stimulate a development of the ability to create structure in such a way that sensorial perceptions are transformed into an experience that has meaning for the patient are clarified. By the means of a *lifeline* the music therapist at the same time maintain the contact to her reality and gentle approaches the patient

and her reality. Listening presently and sensitively the music therapist matches the patient and the quality of the patient's basic feelings. By giving the patient space the music therapist gentle invites the patient into a dialogue the patient can cope with. In this dialogue the patient will be able to sense the possibility of reorganizing a psychological state.

Discussion.

The discussion of this thesis put different clinical subjects into perspectives. It is discussed how the medical/biological and humanistic / hermeneutic approach to schizophrenia and psychotic patients can complement each other.

The focus is on the interdisciplinary collaboration in psychiatry and how important it is. Further more it is discussed how music therapy can contribute to this collaboration. Finally application of making a contract with schizophrenia and psychotic patients for music therapeutical treatment is taken into consideration.

Litteraturliste

- Aldridge, David.**
Personal Opinion: Developing a community of Inquiry.
Nordisk tidsskrift for musikterapi 1998. 8 (1).
- Backer, Jos De.**
Containment in Music Therapy.
Fra: Music Therapy in Health and Education.
Jessica Kingsley Publishers 1993.
- Backer, Jos De; Camp, Jan Van.**
Specific aspects of the Music Therapy. Relationship to Psychiatry.
Fra: Clinical applications of Music Therapy in Psychiatry.
Jessica Kingsley Publishers 1999.
- Benedetti, Gaetano.**
Skizofreni og psykoterapi.
Odense Universitetsforlag 1983
- Bonde, Pedersen og Wigram.**
Musikterapi: Når ord ikke slår til. En håndbog i musikterapiens teori og praksis i Danmark. Klim 2001.
- Bruscia, Kenneth E.**
Defining Musicotherapy.
Barcelona Publishers 1998.
Second edition
- Bruscia, Kenneth E.**
The Dynamics and Music Psychotherapy.
Barcelona Publishers 1998.
- Bruscia, Kenneth E.**
Special Feature.
A Qualitative Approach to Analyzing Client Improvisation.
Music Therapy Perspectives 2001. Vol. 19.
- Buber, Martin.**
Jeg og Du.
Hans Reitzels Forlag 1992.
- Cullberg, J.**
Dynamisk psykiatri.
Hans Reitzels Forlag 2000.
- Eken, Susanna**
"Den menneskelige stemme"
Hans Reitzels Forlag 1998.
- Exner, Julie.**
De fire behandlingskridt. En introduktion til den morfologiske musikterapi.
Fra: Musikterapi i psykiatrien - årsskrift 1998.
Aalborg Psykiatriske Sygehus - Aalborg Universitet.
- Exner, Julie.**
"Oversættelse".
Aalborg universitet 1999.
- Gabbard, Glen O.**
Psychodynamic psychiatry in Clinical Practice. 1994.
- Hannibal, Niels.**
Refleksion i og om musikalsk improvisation i musikterapi.
Fra: Musikterapi i psykiatrien. Årsskrift 1998. Aalborg Psykiatriske Sygehus - Aalborg Universitet
- Hannibal, Niels.**
Præverbal overføring i musikterapi - kvalitativ undersøgelse af overføringsprocesser i den musikalske interaktion. Kapitel 3. Aalborg universitet 2000.
- Hedges, Lawrence E.**
Working the organizing Experience.
Jason Aronson INC. Northvale, New Jersey, London 1994.
- Hummelvoll, Jan Kåre.**
Helt -ikke stykkevis og delt.
Hans Reitzels forlag 1998
- Jensen, Bent.**
Musikterapi med skizofrene.
- refleksioner ud fra en case.
Fra: Musikterapi i psykiatrien. Årsskrift 2000.
Aalborg Psykiatriske Sygehus - Aalborg Universitet.
- Kringlen, Einar.**
Psykiatri
Universitetsforlaget 1990
- Lingvang, Charlotte.**
Musikterapeutens rolle i opbygning af psykoterapeutisk relation med skizofrene.
Fra: Musikterapi i psykiatrien. Årsskrift 1998.
Aalborg Psykiatriske Sygehus - Aalborg Universitet.
- Lindvang, Charlotte.**
Er musikterapi et relevant behandlingstilbud? - en dynamisk vurdering.
Fra: Musikterapi i psykiatrien. Årsskrift 2000.
Aalborg Psykiatriske Sygehus - Aalborg Universitet.
- Nerheim, Hjørdis.**
Vitenskap og kommunikasjon.
Universitetsforlaget Oslo 1995.
- Nielsen, Geir Høstmark og Lippe, Anna Louise von der.**
Psykotering med voksne.
Fem synsvinkler på teori og praksis.
Hans Reitzels Forlag 1996.
- Nielsen, John B.**
Psykiatrisk ordbog.
Høst & søn 1982
- Parnas, Josef.**
Klinisk psykiatri
Munksgaard 1994.
- Pedersen, Inge Nygaard.**
Musikterapi som det første skridt i en psykoterapeutisk behandlingsform med skizofrene / psykotiske patienter.
- en holdende og reorganiserende musikterapeutisk metode.
Fra: Musikterapi i psykiatrien. Årsskrift 1998.
Aalborg Psykiatriske Sygehus - Aalborg Universitet.
- Pedersen, Inge Nygaard.**
Musikterapiens start inden for psykiatrien.- lidt historie.
Fra: Musikterapi i psykiatrien. Årsskrift 1998.
Aalborg Psykiatriske Sygehus - Aalborg Universitet.
- Pedersen, Inge Nygaard; Frederiksen, Britta; Lindvang, Charlotte.**
Musikterapiens indplacering i Danmark.
- som akademisk disiplin / uddannelse
- som behandlingstilbud inden for psykiatrien i Danmark
- i en forståelse af psykiske problemer.
Fra: Musikterapi i psykiatrien. Årsskrift 1998.
Aalborg Psykiatriske Sygehus - Aalborg Universitet.
- Pedersen, Inge Nygaard.**
Inde-fra eller ude-fra.
- orientering i terapeutens tilstedeværelse og nærvær.
Fra: Musikterapi i psykiatrien. Årsskrift 2000.
Aalborg Psykiatriske Sygehus - Aalborg Universitet.
- Psykiatri-fonden.**
Skizofreni.
PsykiatriFondens Forlag 1997.
- Rosenbaum, Bent.**
Tidlig indsats ved skizofreni. Udvikling og behandling.
FADL's forlag. 1996
- Stern, Daniel N.**
Spædbarnets interpersonelle verden.
Hans Reitzels forlag 2000.
- Storm, Sanne; Hestbæk, Trine; Jordan, Mette.**
Et møde med musikkens væsen.
Aalborg universitet 1996.
- Storm, Sanne; Hestbæk, Trine; Jordan, Mette.**
At høre til kontra at være fremmed.
En morfologisk analyse.
Aalborg universitet 1998
- Storm, Sanne; Stephan Skov.**
Stemmeassessment - et redskab i musikterapi.
Aalborg universitet 2000.
- Sørensen, Lars J.**
Særpræg, særhed og sygdom. Integrativ psykoseterapi.
Hans Reitzels Forlag 1996.
- Thorgaard & Rosenbaum.**
Tidlig og vedholdende intervention ved skizofreni. Bind I og II.
Psykoterapeutisk Forlag 2000.
- Tüpker Rosemarie.**
Ich singe, was ich nicht sangen kann.
Gustav Bosse Verlag Regenbunrg 1988.
Og nyere udgave fra 1996.
- Weyman, Echard.**
Beschreibung und Rekonstruktion.
Fra: Lexicon Musiktherapie.
DeckerVoigt, Hans Helmut / Knill, Paolo J. / Weyman, Eckhard.
Hogrefe-Verlag 1996.
- WHO ICD-10**
Psyriske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser.
Klassifikation og diagnostiske kriterier.
Munksgaard 1996.
- Wrangsjö, Björn .**
När självén möts uppstår musik.
Daniel Sterns självteori.
Nordisk Tidsskrift for musikterapi 1994. 3 (2)
- Wulff, Henrik; Pedersen, Stig Andur; Rosenberg, Raben.**
Medicinsk filosofi.
Munksgaard 1997.

Bilag

WHO ICD-10: WHO's klassifikation og diagnostiske kriterier.....	1
Musikterapiklinikkens assessmentmetode.....	2
Grafisk oversigt over det musikterapeutiske behandlingsforløb.....	3
Sangmappens indholdsfortegnelse.....	4
Grafisk notation af spor 5 - "Isbryderen".....	5
"Analyse af første musikeksempel" - nodetranskription: 1.....	6
Karens stemmeassessment.....	7
"Analyse af andet musikeksempel".....	8
"Analyse af andet musikeksempel" nodetranskription: 2 - 6 / vers 1 - 5.....	9
"Analyse af tredje musikeksempel" nodetranskription: 6 - 28.....	10
CD med musikeksempler.....	11

F20.3 Udifferentieret (blandet) skizofreni

Schizophrenia non differentiata

Psykotiske tilstande som opfylder de generelle diagnostiske kriterier for skizofreni, men som ikke svarer til nogen af de ovenfor anførte undertyper, eller som udviser træk fra mere end én af disse uden klar dominans af noget bestemt sæt af diagnostiske karakteristika.

A. Almene kriterier for skizofreni opfyldte

B. (1) Symptomerne opfylder ikke kriterierne for andre undergrupper

eller

(2) symptomerne opfylder kriterierne for mere end én af de andre undergrupper

69

Uddrag fra:

WHO ICD-10

Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser
Klassifikation og diagnostiske kriterier

Alle tre sessioner er bygget op over tre grundingsredienser:

1. Frit instrumentvalg. Patienterne bliver sluppet løs på en musikalsk legeplads. Hvordan reagerer de? Hvilke instrumenter vælger de? Der undersøges patientens evne til at eksperimentere og udforske musikinstrumenter og evne til at lege.
2. Dynamiske opgaver, hvor både patient og terapeut spiller congas. Kan patienten skifte dynamisk mellem langsomt / hurtigt, svagt / kraftigt? Hvordan er patientens udtryk?
3. Relationelle opgaver, hvor der fortrinsvis benyttes klaver eller keyboard.

Derudover er der en progression i løbet af de tre sessioner, hvor hver session har et særligt fokusområde:

1. session: fokus på patientens forhold til musik og musikinstrumenter.
2. session: fokus på relationen til musikterapeuten i vores improvisatoriske sammenspil.
3. session: fokus på patientens evne til at udtrykke følelser i musikken og evne til at verbalisere musikalske oplevelser.

1. session.

Konkrete / fokuserende spilleregler.

- 1.1 Prøv forskellige instrumenter, Vælg til sidst ét instrument.
- 1.2 Find frem til det tempo der passer dig bedst, og hold fast i det. (congas både pt. og tp.)
- 1.3 Prøv forskellige lydstyrker, find den lydstyrke der passer dig bedst (congas).
- 1.4 Spil kun på de sorte tangenter på klaveret (pentaton skala) og undersøg udtryksmuligheder.
- 1.5 Spil på klaveret / xylofonen på alle tangenter / stave.

2. session.

Relationelle / interaktive spilleregler.

- 2.1 Prøv forskellige instrumenter. Vælg til sidst ét instrument.
- 2.2 Følg mit tempo (congas både patient og terapeut).
- 2.3 Jeg følger dit tempo. Skift mellem hurtigt og langsomt. (congas)
- 2.4 Hold fast i dit eget tempo uanset hvad jeg spiller (congas).
- 2.5 Du spiller på de hvide tangenter på klaver eller keyboard. jeg spiller tilsvarende. Vi skiftes til at spille, fører en samtale med instrumenter.
- 2.6 Vi spiller på samme tid.
- 2.7 Vælg en sang fra sangbogen som vi sammen synger / spiller.

3. session.

Eksplorerende / symbolske spilleregler.

- 3.1 Prøv forskellige instrumenter, vælg til sidst ét.
 - 3.2 Prøv at skiftes mellem at gøre dig stor og lille i musikken. (congas både pt. og Tp)
 - 3.3 Der gives et neutralt tema, f.eks. en årstid, som overskrift til musikken vi skal spille. (Frit instrumentvalg)
 - 3.4 Spil til en person du kan lide. (pt. klaver.)
 - 3.5 Spil til en person du ikke kan lide. (pt. klaver.)
 - 3.6 Der lyttes til båndoptagelse af en af improvisationerne.
- Efterfølgende samtale om hvad der sker i musikken.

Uddybende kommentarer til spilleregler.

Konkrete / fokuserende spilleregler.

- 1.1 Viser patientens reaktion på at skulle vælge et instrument på en "musikalske legeplads".
Er patienten eksperimenterende, tøvende, rigid
Instrumentvalg: klanginstrument, rytme, stort / lille instrument.
Hvilke musikalske parametre er involveret i patientens spil.
- 1.2 Kan patienten finde sit grundtempo.
- 1.3 Kan patienten finde sin lydstyrke. "Højrrøstet", "lavmælt".
Tilpasser patienten sit spil til terapeutens eller kan han holde fast i sin egen lydstyrke.
- 1.4 Kan patienten finde kreative udtryk inden for en begrænset ramme.
- 1.5 Hvorledes reagerer patienten på at alle toner er til rådighed.

Relationelle / interaktive spilleregler.

- 2.2 Patientens evne og opmærksomhed i forhold til at følge terapeut. Spiller patienten samme tempo, udtryk?
- 2.3 Kan patienten indtage en styrende rolle i musikken. I forhold til tempo og musikalsk udtryk.
- 2.5 Patientens evne til at indgå i en musikalsk dialog, hvor patienten både skal lytte til terapeutens spil og give et aktivt musikalsk gensvar.
- spiller patienten for sig selv eller svares der på terapeutens "invitationer".
- forekommer der call / respons.
- spiller patienten korte eller lange sekvenser.
- spiller patienten rytmisk / harmonisk / melodisk / metrisk.
- 2.6 Patientens evne til at indgå i en fri musikalsk improvisation. Bliver patienten stimuleret eller hæmmet af at terapeut spille aktivt med.

Eksplorerende / symbolske spilleregler.

- 3.2 Viser patienten dynamisk spændvidde.
- 3.3 Er patienten i stand til at skildre et ikke-personligt tema musikalsk.
- 3.4 og 3.5 Viser patientens evne til at leve sig ind i og omsætte en emotionelt betonet spilleregul til et musikalsk udtryk.
- grad af indlevelse og ekspresivitet.
- er der forskel på de to dele af improvisationen.
- 3.6 Patientens reaktion i forhold til at lytte til den improviserede musik, evne til at "gå i dialog med værket". Der tilstræbes en samtale så tæt på musikken som muligt uden at inddrage unødige fortolkninger fra terapeutens side.

Bilag 3 : Grafisk oversigt over det musikterapeutiske behandlingsforløb

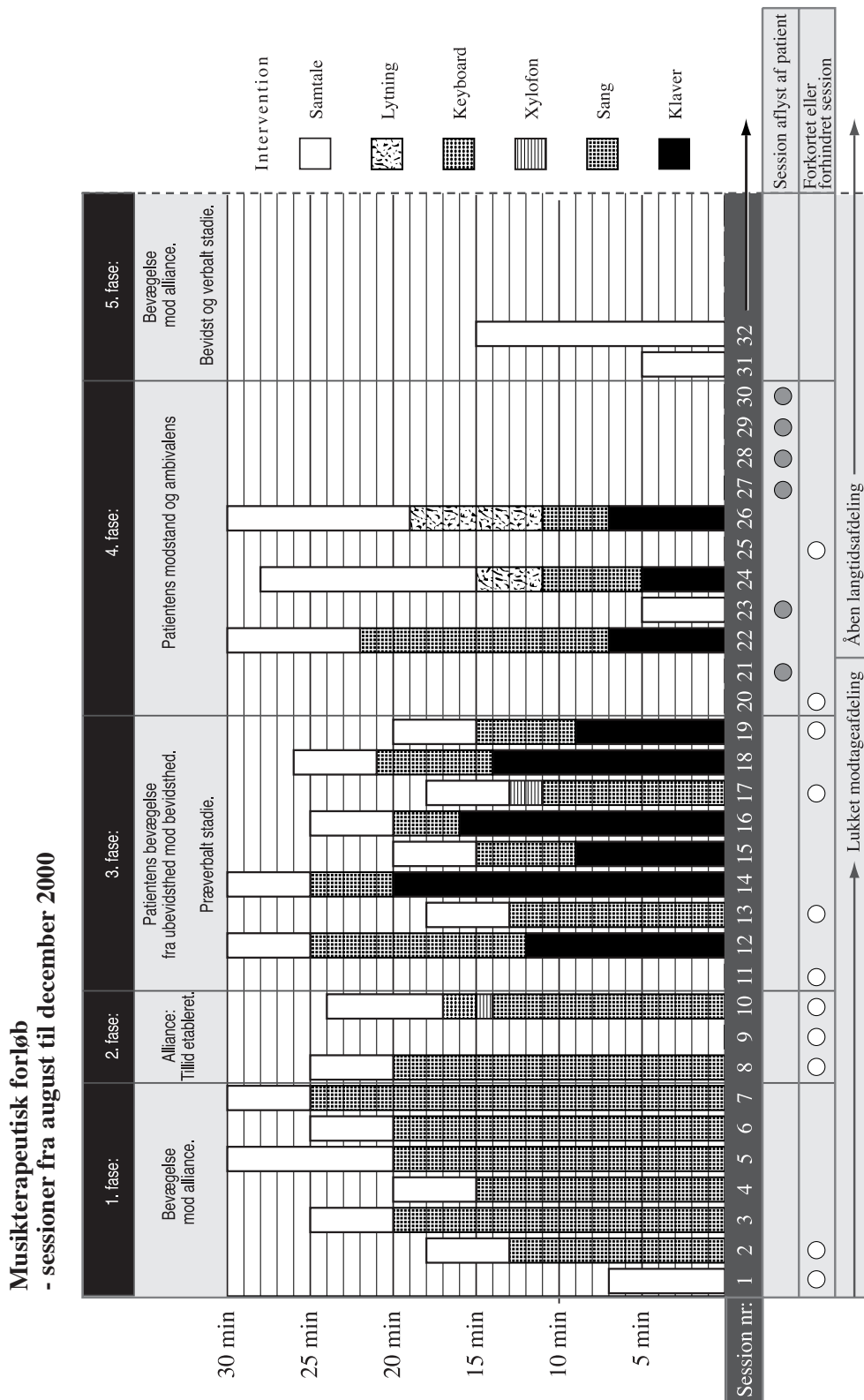
Forklaring til oversigten

Illustrationen er inddelt på den måde, at man op ad y-aksen kan aflæse det antal minutter som patienten har været i musikterapi rummet. Ud af x-aksen kan man aflæse sessionens nummer.
Søjlerne er skraveret på forskellig vis, der illustrerer hvilken metode jeg har benyttet mig af undervejs. Det fortæller også hvor meget musikken fylder i forhold til samtale.
Den illustrerede samtales varighed på fem minutter i de første tre faser skal forstås symbolsk.

I fjerde fase, hvor samtalen fylder mere end fem minutter er det fordi patienten selv er begyndt at være aktiv verbalt.
De hvide prikker fortæller, hvornår afdelingen enten har glemt det og sessionen derfor er blevet forkortet eller aflyst af afdelingen eller mig.

De grå prikker fortæller, hvornår patienten selv har aflyst sessionen.

Og så fremgår det også, hvornår patienten blev overflyttet fra den lukkede modtageafdeling til en åben langtidsafdeling.



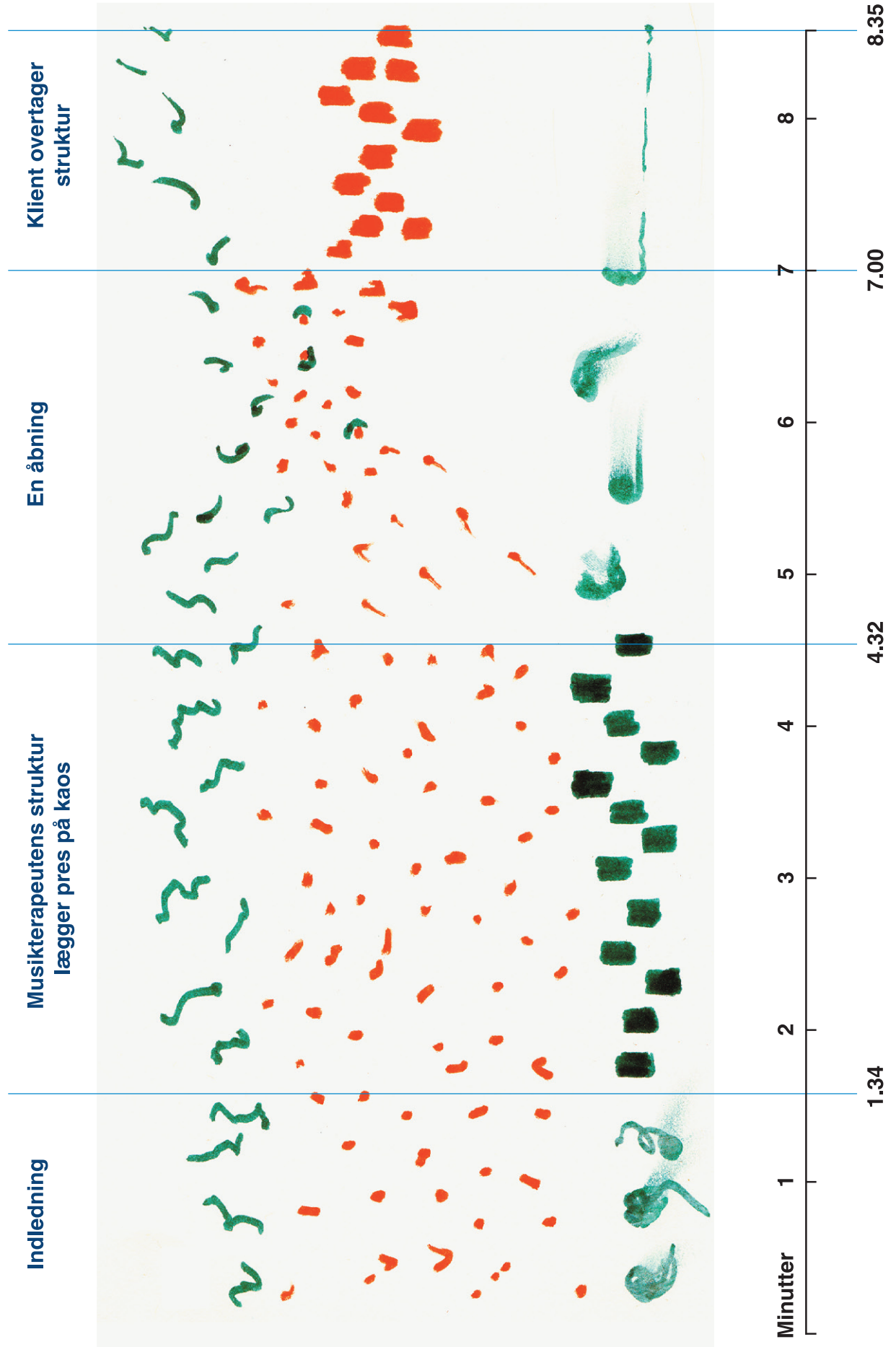
1. side

1. Jeg plukker fløjlsgræs.
2. Den glade vandrer.
- 3 Det var på Frederiksberg
4. Den er fin med kompasset
5. Katinka Katinka
6. Nu går våren gennem Nyhavn
7. Lundeborghymnen
8. Tre små musikanter
9. Imellem Esbjerg og Fanø
10. Når jeg ser et rødt flag smælde
11. Hvad gør vi nu lille du
12. Forårssang.
13. Visen om de atten svaner
14. I mormors kolonihavehus
15. Jeg vil male dagen blå
16. Lille sky gik morgentur
17. Så længe jeg lever
18. Jeg ved en lærkerede
19. Where have all the flowers gone
20. I like the flowers
21. Der er noget i luften
22. Lille sommerfugl
23. Jutlandia
24. Kvinde min
25. Kald det kærlighed
26. Heksemutter
27. Jonna
28. Jeg ved hvor der findes en have så skøn
29. Nu lakker det ad tiden småt
30. Hvad gør vi nu lille du
31. Yesterday
32. Blowing in the wind
33. De nære ting
34. Den blå anamone
35. Der er lys i lygten
36. Der er fut i fejemøget
37. En enkelt sang om frihed

2. side

38. Ensom dame fyre år.
39. Fra Englang til Skotland.
40. Fra Halifax til Spanien.
41. Hjemmebrønderiet.
42. Rigtige venner.
43. Mariehønen Evigglad.
44. My Bonnie.
45. Nina kære Nina.
46. Når lygterne tændes.
47. Jeg vil bygge en verden.
48. Streets of London.
49. To mennesker på en strand.
50. Vi voksne kan også være bange.
51. Vi lister os afsted på tå.

19. session - Klaverimprovisation: "Du kan spille på alle de sorte tangenter"



00.07

00.16

00.25 00.26

00.27 00.30 00.32 00.33

tu men' sker strand var så ah så
bange så bange tale

ASSESSMENT skema / STEMME

Navn:

”Jeg ved en Lærkerede” - 14. session - spor 4

Dato:



GLISSANDO:

NASALKLANG: MEGEN

NORMAL

INGEN

DYNAMIK : MEGEN

NORMAL

INGEN

VOLUMEN:

ff

f

mp

p

pp

KOMPRESION:

MEGEN

INGEN

TONE SIKKERHED:

MEGEN

INGEN

SANGREGISTER:

TALELEJE:

KLANGKVALITETER

RESONANS:

FLØJTE:

CELLO:

TROMPET:

BAS:



Jeg ved en lærkerede

Jeg ved en lær - ke - re - de, jeg
 si - ger ik - ke mer; den fin - des på en
 he - de, et sted, som in - gen ser.

1. Jeg ved en lærkerede,
 jeg siger ikke mer;
 den findes på en hede,
 et sted, som ingen ser.

2. I reden er der unger,
 og ungerne har dun.
 De pipper, de har tunger,
 og reden er så lun.



3. Og de to gamle lærker,
 de flyver tæt omkring.
 Jeg tænker nok, de mærker,
 jeg gør dem ingenting.

4. Jeg lurder bag en slåen.
 Der står jeg ganske nær.
 Jeg rækker mig på tåen
 og holder på mit vejr.

5. For ræven han vil bide
 og drengen samle bær.
 Men ingen skal få vide,
 hvor lærkereden er.

Carl Nielsen / Harald Bergstedt
 Tekst med tilladelse af forfatterens arvinger.

1. vers

Taktsreg 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Tid (min.sek): 0.00 0.01 0.02 0.03 0.04 0.05 0.06 0.07 0.08 0.09 0.10 0.11 0.12 0.13 0.14 0.15 0.16

Ord - Terapeut: Jeg ved en lær - ke re - de

Noder - Terapeut:

Noder - Klient:

Ord - Klient: ved en lær - ke re - de

Sammenfaldende tone

jeg sig - er ik - ke mer

jeg ved den ik-ke kend' godt ik-ke

den fin

den si - ger jeg ik-ke me - re

den fin - des på en he - de

et sted som in - gen ser

den fin-des på en he - de

2. vers

10 0.17 11 0.18

I re - den er der un - ger

et sted som in - gen ser

12 0.19 13 0.21

og un - ger - ne har dun

og un - ger - ne har dun

14 0.22 15 0.24

De pip - per de har tun - ger

de pip - per de har tun - ger

16 0.25 17 0.27 0.28

og re - den er så lun

og re - den er så har dun

3. vers

18 0.29 19 0.30 20 0.31

Og de to gam - le lær - ker

de pip - per de har tun-ger og re - den

0.32 21 0.33 22 0.34 0.35

de fly - ver tæt om kring

er så lun Så

0.36 23 0.37 24 0.38

Jeg tæn - ker nok de mær - ker

jeg de gam - le lær - ker

0.39 25 0.40 26 0.41 0.42

jeg gør dem in - gen ting

fly - ver tit tit dem om- kring

27 0.43 28 0.44

Jeg tæn - ker nok de mær - ker

29 0.45 30 0.46 0.47

Jeg gør dem in - gen ting

4. vers

31 0.47 0.48 32 0.49

Jeg lu - rer bag en slå - en

Jeg lu - rer bag en slå - en

33 0.50 0.51 34 0.52

der står jeg gan - ske nær

der står jeg (.....utydeligt.....)

35 0.53 0.54 36 0.55 0.56

og ræk - ker mig på tå - en

(.....utydeligt.....)

18 0.57 0.58 18 0.59

og hol - der på mit vejr

Jeg tæn - ker på

18 1.00 18 1.01 1.02

og hol - der på mit vejr

Nodetransskription: 7

00.02 00.04 00.06 00.10 00.11 00.13

Musical notation for Nodetransskription: 7. The notation is spread across two systems of a grand staff (treble and bass clefs). The first system contains notes from 00.02 to 00.10. The second system contains notes from 00.11 to 00.13. The notes are primarily eighth and sixteenth notes, with some beamed eighth notes. The notes from 00.04 to 00.10 and 00.11 to 00.13 are highlighted in red.

Nodetransskription: 8

00.50 00.51 00.52

Musical notation for Nodetransskription: 8. The notation is spread across two systems of a grand staff. The first system contains notes from 00.50 to 00.51. The second system contains notes from 00.52. The notes are primarily eighth and sixteenth notes, with some beamed eighth notes. The notes from 00.51 to 00.52 are highlighted in red. There are triplets indicated by a '3' above the notes at 00.51 and 00.52.

Nodetransskription: 9

01.28

Musical notation for Nodetransskription: 9. The notation is spread across two systems of a grand staff. The first system contains notes from 01.28. The notes are primarily eighth and sixteenth notes, with some beamed eighth notes. The notes from 01.28 to the end of the first system are highlighted in red.

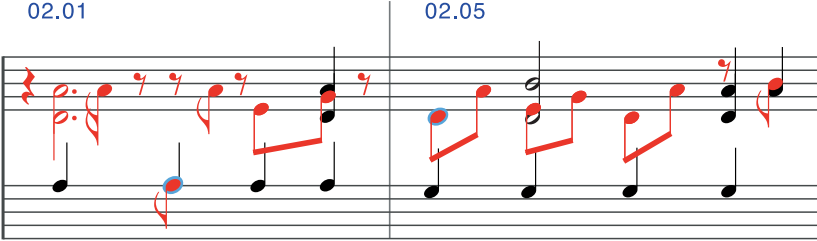
Nodetransskription: 10

00.35

Musical notation for Nodetransskription: 10. The notation is spread across two systems of a grand staff. The first system contains notes from 00.35. The notes are primarily eighth and sixteenth notes, with some beamed eighth notes. The notes from 00.35 to the end of the first system are highlighted in red. There are triplets indicated by a '3' above the notes at 00.35 and 00.36.

Nodetranskription: 11

02.01 02.05



Detailed description: This block contains two musical staves. The first staff is divided into two measures. The first measure is labeled '02.01' and contains a sequence of notes: a quarter note (black), a quarter note (red), an eighth note (red), an eighth note (red), a quarter note (red), a quarter note (black), and a quarter note (black). The second measure is labeled '02.05' and contains a sequence of notes: a quarter note (red), a quarter note (red), a quarter note (red), a quarter note (red), a quarter note (black), and a quarter note (black). A blue dot is placed above the first note of the second measure.

02.09 02.13 02.16



Detailed description: This block contains two musical staves. The first staff is divided into two measures. The first measure is labeled '02.09' and contains a sequence of notes: a quarter note (black), a quarter note (red), a quarter note (red), a quarter note (red), a quarter note (black), a quarter note (black), and a quarter note (black). The second measure is labeled '02.13' and contains a sequence of notes: a quarter note (red), a quarter note (red), a quarter note (red), a quarter note (red), a quarter note (black), and a quarter note (black). A blue dot is placed above the first note of the second measure. The second staff is divided into two measures. The first measure is labeled '02.16' and contains a sequence of notes: a quarter note (black), a quarter note (red), a quarter note (red), a quarter note (red), a quarter note (black), and a quarter note (black). A blue dot is placed above the first note of the second measure.

02.01 02.05
02.09 02.13 02.16

02.30 02.33 02.36
02.37 02.41
02.45
Kuren trækker stolen ind.

The image displays a handwritten musical score on a light blue background, consisting of four systems of two staves each. The notation is primarily in black ink, with red ink used for annotations, including note heads, stems, and beams. Blue ink is used for time markers (e.g., 03.00, 03.02, 03.06, 03.10, 03.14, 03.18, 03.21, 03.23, 03.27) and a '3' indicating a triplet. The first system (03.00-03.02) features a triplet of eighth notes in the upper staff. The second system (03.06-03.14) shows a sequence of eighth notes in the upper staff. The third system (03.18-03.23) continues with eighth notes and includes a fermata over a note. The fourth system (03.27) shows a final sequence of eighth notes. The lower staff in each system contains a simple bass line with quarter notes and rests.

04.14 04.17 04.18 04.22
04.23 04.26 04.27 04.28
p.
Fade ud...
Fade ud...

04.31 04.34

04.41

Handwritten musical notation on a five-line staff. The notation is in red ink. Time markers are written in blue ink above the staff: 04.50, 04.55, and 04.59. A blue shaded box highlights a measure between 04.50 and 04.55. The notation includes quarter notes, eighth notes, and rests. The lower staves show bass notes.

Handwritten musical notation on a five-line staff. The notation is in red ink. Time markers are written in blue ink above the staff: 05.04 and 05.09. A triplet of eighth notes is marked with a '3' above it. The notation includes quarter notes, eighth notes, and rests. The lower staves show bass notes.

Handwritten musical notation on a five-line staff. The notation is in red ink. Time markers are written in blue ink above the staff: 05.10, 05.12, and 05.14. The notation includes quarter notes and eighth notes. The lower staves show bass notes.

Handwritten musical notation on a five-line staff. The notation is in red ink. Time markers are written in blue ink above the staff: 05.15, 05.17, 05.22, and 05.26. The notation includes quarter notes, eighth notes, and rests. The lower staves show bass notes.

Handwritten musical notation for measures 05.30 to 05.38. The notation is written on a single staff with a treble clef. The notes are primarily eighth and sixteenth notes, with some beamed together. A slur covers measures 05.36 and 05.38. The notes are written in red ink.

Handwritten musical notation for measures 05.40 to 05.48. The notation is written on a single staff with a treble clef. Measure 05.41 features a triplet of eighth notes. Dynamic markings 'pp' and 'mf' are present. The notes are written in red ink.

Handwritten musical notation for measures 05.46 to 05.52. The notation is written on a single staff with a treble clef. Measures 05.46, 05.48, and 05.52 are highlighted with blue shading. A slur covers measures 05.50 and 05.52. The notes are written in red ink.

Handwritten musical notation for measures 05.54 to 05.58. The notation is written on a single staff with a treble clef. Measures 05.54, 05.56, and 05.58 are highlighted with blue shading. The notes are written in red ink.

Handwritten musical notation on two staves. The first staff contains three measures of music. The first two measures are highlighted with blue boxes. The third measure starts with a red 'ppp' dynamic marking. Time markers '06.00', '06.03', and '06.08' are written above the staff. The second staff contains three measures. The first measure is highlighted with a blue box. Time markers '06.10', '06.13', and '06.15' are written above the staff. Red notes and stems are used for the melody, with some notes highlighted in blue boxes.

Handwritten musical notation on two staves. The top staff has three measures of music. The first three notes are highlighted in blue boxes. A black bracket is drawn under the first three notes. Red notes and stems are used for the melody. The bottom staff is mostly empty, with a few notes visible.

06.32 06.34 06.36 06.38

06.42 06.45

06.48 06.49 06.51 06.52 06.55

07.00

5. vers

41 1.03 1.04 42 1.05

For ræ - ven han vil bi - de

han vil vil bi - de

1.06 43 1.07 44 1.08

og dren - gen s - am - le bær

(.....utydeligt.....) sam-le bær

1.09 1.10

hvem det er

45 1.11 1.12 46 1.13

Men in - gen skal få vi - de

skal få vi - de

47 1.14 1.15 1.16

hvor lær - ke - re - den er

Hvor lær - ke - re - den er

- spor 1.** “Indholdsfortegnelsen” -
6. session.
- spor 2.** “Lille sky gik morgentur”
8. session.
- spor 3.** “Den første improvisation”
10. session.
- spor 4.** “Jeg ved en lærkerede”
14. session.
- spor 5.** “Isbryderen” - improvisation
19. session.
- spor 6.** Improvisation
26. session.
- spor 7.** “Jeg vil male dagen blå”
36. session.
- spor 8.** Karen - et år senere -
Klaverimprovisation.

CD-skiven er i lommen
på indersiden af bagomslaget