



AT FORMIDLE MUSIKTERAPI TIL LÆGMAND - EN PILOTUNDERSØGELSE OM AT FORMIDLE

Denne lille undersøgelse synes at vise, at korte eksempler kan formidle musikterapi på en meningsfuld måde. Men dette er forbundet med risiko for at tale forbi lægmand, hvis der anvendes for meget fagsprog.

Niels Hannibal



NIELS HANNIBAL

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

Abstract

Denne artikel omhandler at formidle musikterapi til lægmand. Det vil sige til personer, der ikke har specielle forudsætninger for, at forstå det som sker i musikterapi, og hvorfor musikterapi er egnet til psykiatriske problemstillinger og hvordan det virker.

Artiklen giver fire eksempler på hvordan musikterapi kan reducere symptomer, forbedre funktion, påvirke arousal og øge fysisk og psykisk velbefindende. De fire eksempler er sendt til vurdering hos 7 personer, med en blandet ikke musikterapeutisk baggrund. Generelt vurderes eksemplerne som ok formidling, men der gøres opmærksom på, at fagsprog kan være en hindring i forhold til formidling til en bredere målgruppe.



Indledning

Igennem alle de år jeg har arbejdet som musikterapeut, har jeg oplevet, at musikterapi som fag er vanskeligt at formidle til personer, der intet kender til terapi eller musikterapi. Når jeg skulle forklare for andre, hvad der er godt og fordelagtigt ved musikterapi, syntes jeg ofte det blev meget omstændeligt. At sige direkte kort og enkelt hvorfor musikterapi kan være egnet og en fordel, blev som uld i min mund.

Dette kan der selvsagt være flere grunde til:

1. Der er ikke nogen enkel forklaring, og derfor er det vanskeligt at formidle.
2. Som akademikere er vi forsigtige med at give forenkede forklaringer på komplekse fænomener, men dette kan være nødvendigt i bestræbelsen på at formidle bredt.
3. Vi har gennem årene forsøgt at komme med en samlet forklaring på faget, men dette er i virkeligheden ikke muligt, da musik kan anvendes på så mange forskellige måder til mange forskellige formål, og derfor egner den ene forklaring inden for et behandlingsområde sig ikke til at forklare musikterapi inden for andre områder.
4. Endelig kunne det være, at der ikke er nogen specifikke musikterapi-faktorer, og at musikterapi derfor i virkeligheden primært betjener sig af de såkaldte "non-specifikke virkningsmekanismer" [Hougaard 2004], når det virker.

I det følgende vil jeg forsøge at give svar på ovenstående spørgsmål, først ved at komme med nogle påstande om, hvorfor musikterapi virker, og derefter give forskellige belæg for dette. Mit sigte er at præsentere forklaringer, der kan forstås umiddelbart, ikke at lave en fuldstændig samlet teoretisk ramme, der belyser virkningsmekanismerne inden for musikterapi. Det vil ske med udgangspunkt i casevignetter som konkrete eksempler på forløb og forandringsprocesser, hvor jeg ser musikken som en aktiv faktor for den terapeutiske proces, som klienten gennemgår.

Eksemplerne er søgt bygget op efter følgende enkle struktur:

- Der er en tydelig overskrift, som indikerer, hvad der tales om.
- Hvert emne er beskrevet med udgangspunkt i en klinisk vignette. Her bliver den kliniske virkelighed fremstillet i et til lejligheden forenklet og overskueligt lys.
- Der afsluttes med en pointe og en forklarende tekst, der skal tydeliggøre de mekanismer, som eksempler illustrerer. Dette følges af en uddybende kort tekst.

Jeg vælger at indsnævre mit emneområde til at omhandle musikterapi inden for psykiatrisk behandling, da det er her, jeg har klinisk og forskningsmæssig erfaring. Men jeg vil også forsøge at give et bud på nogle generelle elementer i min fremstilling, som kunne være anvendelige inden for andre kliniske områder og forskellige musikterapeutiske praksisformer.

Jeg vil desuden tage udgangspunkt i fire beskrevne områder, som klienter kan få udbytte af, når de deltager i musikterapi, og som tidligere er beskrevet [Hannibal & Pedersen 2014]:

- Symptomreduktion: Psykiske symptomer [fx angst, psykose, depression, stress]; fysiske symptomer [fx smerte, træthed, begrænsninger i bevægeapparatet]
- Funktionsforbedring: Sociale kompetencer [fx kontakt, interaktion], kommunikative evner [fx følelser, tanker], kognitive evner [fx koncentration, hukommelse], mentaliseringsevne [intra-personel/interpersonel bevidsthed], indlæringsparathed, kontaktparathed

- Arousalregulering: Mindskelse af forhøjet arousal (stress, agitation), stimulering af for lav arousal (demens, depression, alexitymi)
- Øget psykisk og fysisk velbefindende : Stimulering af ressourcer og ressourcebevidsthed, øget mestring, fokus på at træde ud af stigmatisering, styrkelse af alment kreative, livgivende og sundsfremmende aktiviteter
[Hannibal, Pedersen 2014]

Symptomreduktion:

Symptomer er fysiske eller psykiske træk, der er synlige tegn på en bestemt sygdomstilstand [hentet fra <http://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=symptom>].

Når psykisk sygdom betragtes ud fra et symptomperspektiv, er fokus rettet imod sygdommen og det, som er dysfunktionelt for klienten. Dette patogenetiske perspektiv er en central del af psykiatriens måde at kategorisere og diagnosticere på, og ændringer, der forekommer i den terapeutiske proces, beskrives i tværfagligt regi ofte ud fra ændringer i klientens symptombillede. At kunne se ændringer i klientens symptomgrad er altså væsentligt i forhold til at kunne beskrive virkningen af behandlingen tværfagligt. Hvis klienten ikke havde nogen symptomer, var der jo ikke nogen indikation for behandling.

Eksempel 1: Fra psykisk ubehag ved ambivalens og indre konflikt, til styrket jeg følelse.

En klient har gennem et langt forløb haft fokus på manglende evne til at respektere egne grænser, og hun har oplevet, at hendes grænser ofte overskrides. Hun er ydrestyret og undertrykker egne impulser. I sessionen vælger hun at synge en sang, hun kender. Dette sker ofte, når hun har brug for en form for helle. Efter sangen spørger terapeuten hende: "Hvad føler du?" Hun bliver angst. Dette skyldes, at hun oplever en indre konflikt og ambivalens. Det skyldes også, at det er truende for hende at skulle være i følelsesmæssig kontakt, samtidig med at hun ikke "må" afvise terapeuten. Hun bliver helt lammet. Hun beskriver, at hvis hun går ind i den følelse, terapeuten spørger til, overskrider hun sin egen grænse, og dette er angstprovokerende. Men hvis hun afviser terapeuten, overskrider hun en anden grænse, der omhandler angst for at afvise andre. Terapeuten stiller dette uløselige dilemma op for hende. Hvad er vigtigst: at du respekterer dig selv eller den anden [mig]? Hun vælger sig selv, og hun vælger at synge en sang mere frem for at tale om følelsen. Hun kommer ud af sin ambivalente følelse og ser en alternativ handlemulighed. Musikkens funktion er her dels at være udtrykskanal, dels at være mødested, dels at fungere som coping-strategi. Hun finder styrke og mod i musikken til at stå ved sig selv. Samtidig er hun i kontakt med terapeuten, der akkompagnerer hendes sang på klaver. Hun får mindre psykisk ubehag.

Uddybende faglig forklaring: At synge har i dette forløb fra begyndelse været klientens fortrukne musikterapeutiske udtryksmåde, og sang har gennem terapien fungeret som et psykisk helle: Her opleves mestring, her er hun mere tryk, her kan hun regulere kontakten, og her kan hun føle sig set og hørt. Musikken har også fungeret som et ekspressivt medium, hvor sangene og deres tekstmæssige indhold kan have terapeutisk relevans. De har således fungeret som container for følelse og som udgangspunkt for opbygning af den terapeutiske relation og alliance. Den terapeutiske alliance er essentiel for at klienten opnår udbytte af terapi. I dette tilfælde er det at synge sange klientens indledende måde at forhandle relationen på. Klienten oplever her, at terapeuten lader hende føre an, bestemme spillemåde, sangvalg, og hun kan selv bestemme, hvordan sangene fremføres ud fra sin hukommelse fremfor den konkrete note. Musikken bliver et psykologisk stabilt ståsted i en ellers meget usikker indre verden. Kunne andre kunstneriske udtryk have haft samme funktion? Ikke i denne terapi. Klienten havde ingen interesse i at tegne eller bevæge sig til musik. Hun brugte dog også improvisation og musiklytning.

I dette eksempel har klienten vanskeligt ved at være i emotionel verbal kontakt med andre. Det verbale kan enten ikke indeholde en emotionel komponent, eller også bliver den emotionelle komponent for kraftig for klienten, der derved risikere at få mentaliserings-sammenbrud. I eksemplet fungerer musikken som en konkret måde at manifestere objekt-konstans på.

Funktionsforbedring

Funktion er ”opgave eller aktivitet som nogen eller noget har til formål at udføre, ofte som led i en større sammenhæng”. [<http://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=funktion>]

I psykiatri har man ofte fokus på funktion. Skalaen *Global Assessment of Functioning* (GAF) (Hall 1995) er en almindelig anvendt ramme for at vurdere, hvordan en klient har det, og hvor behandlingsskrævende vedkommende er. GAF har en skala fra 0 til 100, og alt over 70 betragtes som ikke-behandlingskrævende. Ved GAF under 50 kan der være indikation for indlæggelse, og har man GAF under 30, har man brug for pleje og kan ikke tage vare på sig selv.

I musikterapi behandles klienter inden for alle GAF-grupper, selv helt ned til GAF 10 og lavere. I en opgørelse over klienter der modtog musikterapi i 2009 fremgik det, at 50 % af patienterne i musikterapi havde en GAF mellem 30 og 50, og 17 % havde en GAF mellem 0 og 30 (Bonde et al. 2012). Musikterapi anvendes altså til personer med lav funktionsgrad og høj symptomgrad.

Eksempel 2: Fra nedsat til forbedret mentaliseringsevne.

En kvinde har meget vanskeligt ved at udtrykke sine følelser. Specielt at græde er helt udelukket for hende. Hun har kraftig somatisering og kropslige reaktioner, når hun bliver emotionel. Terapeuten foreslår i forlængelse af en verbal dialog, at de spiller i stedet for at samtale, da hun får symptomforværring ved det sidste. Hun intellektualiserer og distancerer sig. I musikken er hendes musikalske udtryk uden klar genkendelig struktur, og hun indretter ikke sit spil i forhold til terapeutens. Klient og terapeut følges dog ad i musikken gennem en fælles puls og dynamik i en 12 minutter lang improvisation. Efter improvisationen spejler terapeuten, at han iagttager, at hun trækker sig i musikken. Ved starten af næste session siger hun spontant: ”Jeg har tænkt over det, der skete sidst i musikken, og jeg tror, det er det, jeg gør. Jeg trækker mig, når jeg er ked af det”. Musikken bliver til en konkret manifestation af hendes handlemåde, i dette tilfælde også en mestringsstrategi. Dette eksempel illustrerer, hvordan man ved at spille sammen kan gentage det interaktionsmønster, som er i samtalen, men uden at anvende ord til at beskrive det: Man udtrykker sig i handling ved at spille. Herved bliver et implicit handlingsmønster tydeligt og konkret for klienten. Klienten kommer selv frem til sin erkendelse. Hun ser sig selv udefra og dette er tegn på bedre mentalisering.

Uddybende faglig forklaring: Klienten kan tale om sig selv uden at være i kontakt med sig selv. Hun pseudo-mentaliserer. I musikken gentager klienten denne strategi, hun anvender, når hun skal håndtere emotionel kontakt med andre. Hun er undvigende og distancerende uden at afvise. Denne psykiske handling bliver igennem den musikalske interaktion konkret og tilgængelig for klienten, og hun mentaliserer sig selv. Hun ser sig selv udefra.

Musikalsk improvisation er en konkret manifestation af dels klientens måde at interagere med andre på, dels klientens måde at udtrykke sig på. Terapeuten kan gennem sit musikalske svar og deltagelse validere klientens mestringsstrategi og om muligt foreslå andre udtryk, roller, spillemåder mv. I det konkrete tilfælde indleder terapeuten med at skabe en ramme ved at matche og spejle musikkens intensitetsforløb [den affektive vitalitet] (Stern 2010) i klientens spillemåde. Det vil sige at: følge tempo og volumen, klang og tonetæthed, men ikke imitere melodi og harmonik. Rationalet for dette er, at klientens toner og harmonier i dette tilfælde er atonale og uden gentagelser. De er umulige at

spejle, da de er uforudsigelige og tilfældige. Da terapeuten ændrer sin spillemåde til at have samme faste puls, men tonalt følge en kromatisk opadgående bevægelse, bliver kontakten mere tydelig trods det manglende harmoniske og tonale centrum. At validere klientens selvfølelse gennem musik er et meget intenst og virkningsfuldt middel til at tydeliggøre, at terapeuten afstemmer og rummer klientens selvfølelse og derved styrker klientens mulighed for at danne en mere fast og genkendelige jeg-struktur. I dette tilfælde set ved klientens erkendelse af, at sådan er jeg nu, jeg trækker mig! Paradoksalt nok medfører dette, at hun kommer tilstede, som den hun er: Åbent og synligt for hende og terapeuten.

Arousalregulering

Arousal defineres som udtryk for vågenhed, modtagelighed for sanseindtryk, parathed. (http://www.denstoredanske.dk/Krop,_psyke_og_sundhed/Psykologi/Psykologiske_termer/arousal) Høj arousal kan være forbundet med stærke emotionelle reaktioner som angst eller vrede. Regulering af arousal er en meget væsentlig og i MBT behandling helt afgørende terapeutisk faktor. Det hænger sammen med den fremherskende opfattelse, at for høj arousal hæmmer mentale processer, og medfører sammenbrud i tilknytningsmønstre. For lav arousal opfattes som tegn på manglende engagement og pseudo-mentalisering: Man taler om alvorlige emner uden engagement, og uden at dette giver lindring eller ny erfaring. En del klienter med forskellige former for stress f.eks. post-traumatisk stress (flygtninge, veteraner), arbejdsrelateret stress m.v. er i en tilstand af konstant hyperarousal, og de kan derfor vanskeligt fungere. Perry et al (1995 og Perry 2002) beskriver de udviklingsmæssige konsekvenser af at være udsat for overgreb som vold, incest, neglect under opvæksten, og hvordan dette er med til at forme personens neurologiske respons på belastning. Ofte har vedkommende vanskeligt ved at sænke arousal og bliver let agiteret. Musik kan påvirke arousal på flere måder. Dels kan musik i sig selv stimulere ved lytning, og dels kan det at være musiksk aktiv øge arousal. Der henvises til andre kilder for en mere detaljeret forklaring på musikkens fysiologiske egenskaber (Bonde 2009, kap. 3; Bonde 2014, s. 218-221).

Eksempel 3. Fra voldsom somatisering til verbalisering og afspænding.

En kvinde har motorisk uro og sidder og ryster, når hun skal fortælle om sig selv. Hun kan ikke udtrykke følelser. I stedet oplever hun fysisk og psykisk ubehag. Terapeuten foreslår, at hun kan rejse sig og gå rundt, mens hun fortæller. Lade koppen føre hende. Dette tilbud tager hun imod, og hun går rundt med armene over kors. Terapeuten begynder at følge hendes gang musikalsk ved at matche hendes gangtempo og samtidig spille et gentagende harmonisk mønster for at skabe forudsigelighed og en ramme. De fortsætter samtalen. Patienten holder op med at ryste, og hun får fortalt, at hun bærer på en hemmelighed. På spørgsmål om, hvordan hun oplever det at bevæge sig til musikken, svarer hun, at det er behageligt.

Musikken fungerer her som middel til regulering af for høj arousal ved at afstemme patientens aktuelle arousalniveau og derved skabe en fornemmelse af kontakt og af at blive set og holdt. Klienten kan være i kontakt og åbne sig uden at overskride egne grænser. Dernæst kan klienten følge sine egne impulser og sammen med musikken, og derigennem også med terapeuten, falde mere til ro.

Uddybende faglig forklaring: Ovenstående proces kaldes for *entrainment* (Schneck, Berger & Rowland 2006) og benyttes i musikterapi til arousalregulering i mange forskellige kliniske sammenhænge. Hele den terapeutiske proces foregår uden en forudgående formel aftale mellem terapeut og klient. Der er ikke udtrykt konkrete ønsker om, hvordan musikken skal lyde eller formes. Hele processen foregår non-verbalt eller på et proto-musikalsk niveau, hvor det er terapeuten sansning af klientens nonverbale udtryk og konstitution, der er informationskilde. Klienten kan således sanse, at terapeuten følger,

er opmærksom, er empatisk, er validerende over for klientens kropslige signaler. Dette har en direkte og umiddelbar virkning på klientens oplevelse af sig selv og den anden. Dette kan både medføre intensivering og øgning af arousal, og det kan mindske arousal. Det fremmer den naturlige homeostase. Det er klart, at musik også kan overstimulere, og det er her den terapeutiske træning er afgørende for, om stimuli bliver afstemt eller ej. Kan terapeuten ikke til sidesætte sine egne indre dagsorden (modoverføring) og holde fokus på klienten, er der en risiko for, at klienten udsættes for over- eller understimulering. Konsekvensen af dette kan ved overstimulering være regression, mentaliseringssammenbrud o.l., ved understimulering ingen effekt af musikken. Klienten får i så fald ikke noget udbytte af behandlingen.

Fysisk og psykisk velbefindende

Al lindring af ubehag medfører i sagens natur øget velbefindende. Dette ses ved symptomlindring, beskrevet ovenfor. Når det her fremhæves skyldes det, at musik og det at udtrykke sig gennem musik i almindelighed forbindes med noget sundt og naturligt. Det er noget mennesker gør, og som de ofte gør fordi det giver øget velbehag. I psykiatrien anvendes musik til at øge velbehag på mange forskellige måder. I afdelingerne anvendes musiklytning som non-farmakologisk intervention ved ønske om f.eks. afledning fra indre uro eller skærmning fra ydre uro. I en musikterapeutisk sammenhæng har musikken ofte en funktion som middel til at skabe engagement i en sammenhæng, der fremhæver normale, sunde, kreative og udviklende side af personen. Har man musikalske kompetencer eller bare viljen til at spille ud fra de færdigheder, man aktuelt besidder, så træder man ind i en anderledes kontekst. Dette skyldes flere faktorer: For det første er fokus i musikken ikke nødvendigvis på sygdom og symptomer, men kan være rettet mod hvad som helst. Klienten og terapeuten er nu lige så meget musikere, som de er i en terapeutisk relation. Her kan rollerne skifte, og det kan være klienten, der akkompagnerer terapeuten, eller klienten der er solist, eller hele gruppen der i fællesskab skriver en sang, om det de nu er optaget af. Det er stadig terapeuten, der bevidst anvender disse forskellige roller som et middel i terapien og derfor også har ansvaret, hvis der sker noget, som fremhæver symptomer, øger arousal mv. Musikken er helsefremmende, når den anvendes på denne måde. Man taler om musikkens affordance [Bonde 2014]. Affordance er et begreb, der henviser til de muligheder, som en kontekst tilfører en organisme. Her er musikken en kontekst, som tilfører klienten muligheder, der ikke er til stede uden musik. Musikken tilfører den terapeutiske kontekst nye muligheder, og disse indbefatter bl.a. at rette fokus mod nye handlemuligheder, nye roller, ny identitet, mestring og så videre.

Eksempel 4. Fra passiv klient til aktiv deltager.

En ung kvinde med en skizofreni-diagnose indleder enhver terapi med at svare undvigende på spørgsmål og altid give svar som: "Det kan godt være" o.l. Hun begynder først at bringe personlige emner op i terapien efter et års musikterapi. Hun er ligeledes meget genert over at skulle bruge sin stemme til at synge. Til gengæld kan hun improvisere spontant sammen med terapeuten på klaver, hun kan spille melodier på klaver, og hun har en klar opfattelse af, hvornår hun mener musikken lyder rigtigt. På spørgsmål om hvorfor hun kommer til musikterapi, svarer hun: "Fordi jeg får det godt af det".

Musikken og det at være musikalsk udøvende [musicering] er således forbundet med en positiv selvopfattelse, med velvære, med handlekraft og mestring. Hun er her talende, styrende, deltagende, aktiv, bestemmende og til tider belærende og kritiserende. Der er rolleskift mellem terapeuten og klienten, og de samarbejder om at spille de numre, hun ønsker.

Uddybende forklaring: Som beskrevet ovenfor er affordance her et centralt begreb. Musikken ændrer konteksten og de muligheder, som de deltagende personer har. I ovennævnte eksempel har klienten allerede nogle musikalske forudsætninger, men det er ikke en nødvendighed for at klienterne kan ud-

nytte musikkens muligheder. Dog kræver det ofte en vis gradvis tilvænning. I eksemplet med klienten ovenfor bliver hendes musikalske kompetencer det, som relationen bygges op over. De færdigheder, som hun viser i musikken, skal udvides til også at gælde andre områder. Der skal opnås en carry-over effekt. Dette har vist sig ved, at hun dels oplever så meget tryk, at hun tør benytte sin stemme, og dels at hun er begyndt at samtale med terapeuten om mere personlige emner. Musikken bliver et medium for non-specifikke terapeutiske elementer som alliance, tillid, mestring osv.

Pilotundersøgelse

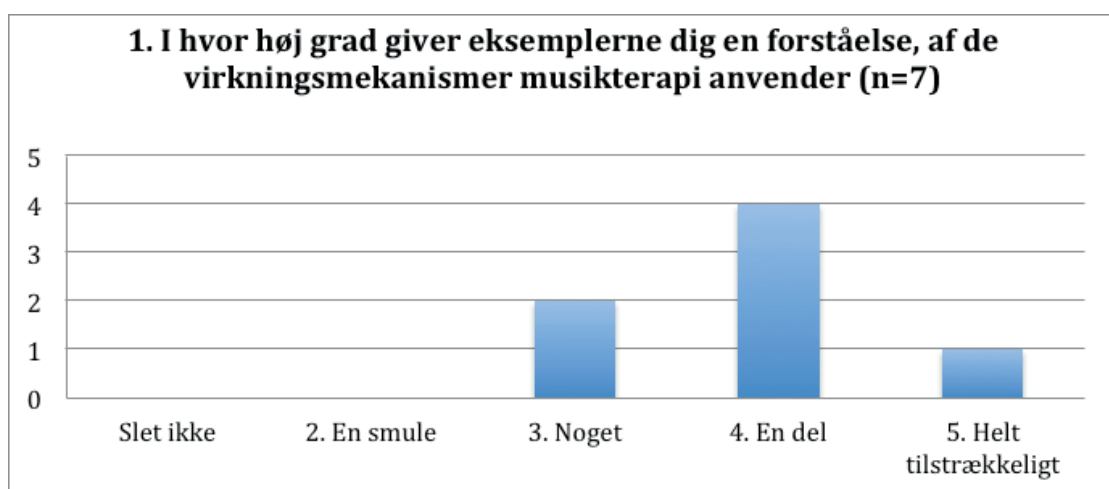
For at undersøge, om disse fire eksempler har formidlingsmæssig værdi, blev en mindre gruppe ikke-musikterapeuter kontaktet. Gruppen bestod af personer der i princippet kunne betragtes som lægemænd. Dog er det kun informanter med akademisk baggrund, der har svaret, og materialet er derfor ikke på nogen måde repræsentativt. Informanterne blev bedt om at læse eksemplerne igennem uden introducerende tekst og uden de uddybende forklaringer. De blev informeret om, at eksemplerne var rettet mod personer uden for faget, men fik ikke beskrevet en specifik målgruppe. De blev bedt om at vurdere/score eksemplerne ud fra fire nedenstående spørgsmål. Desuden kunne informanterne suppleres med personlige kommentarer.

I alt 7 personer deltog i undersøgelsen. Alle har akademisk baggrund. Gruppen består af kandidater i musik, psykologi, dansk, kommunikation. Alle kender mig personligt. Spørgsmålene blev også sendt ud til personer uden akademisk baggrund, men ingen svarede.

1	I hvor høj grad giver eksemplerne dig en forståelse af de virkningsmekanismer musikterapi anvender?
2	I hvor høj grad finder du, at eksemplerne giver mening?
3	I hvor høj grad finder du, at eksemplerne anvender et alment forståeligt sprog?
4	Vurder hvert eksempel i forhold til hvor godt de formidler musikterapi.

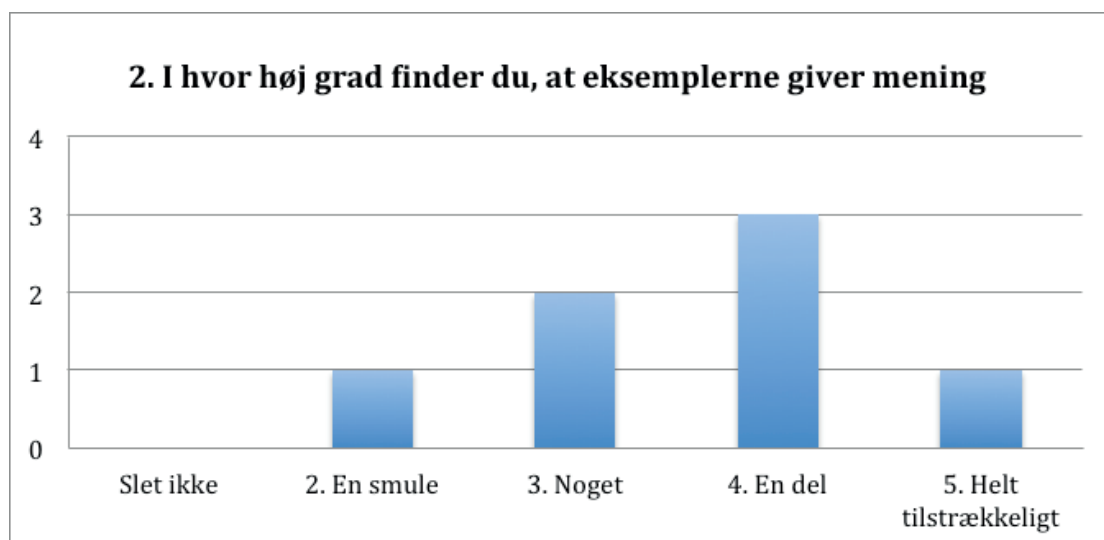
Resultater:

Det første spørgsmål omhandler formidling af musikterapiens virkningsmekanismer (graf 1):



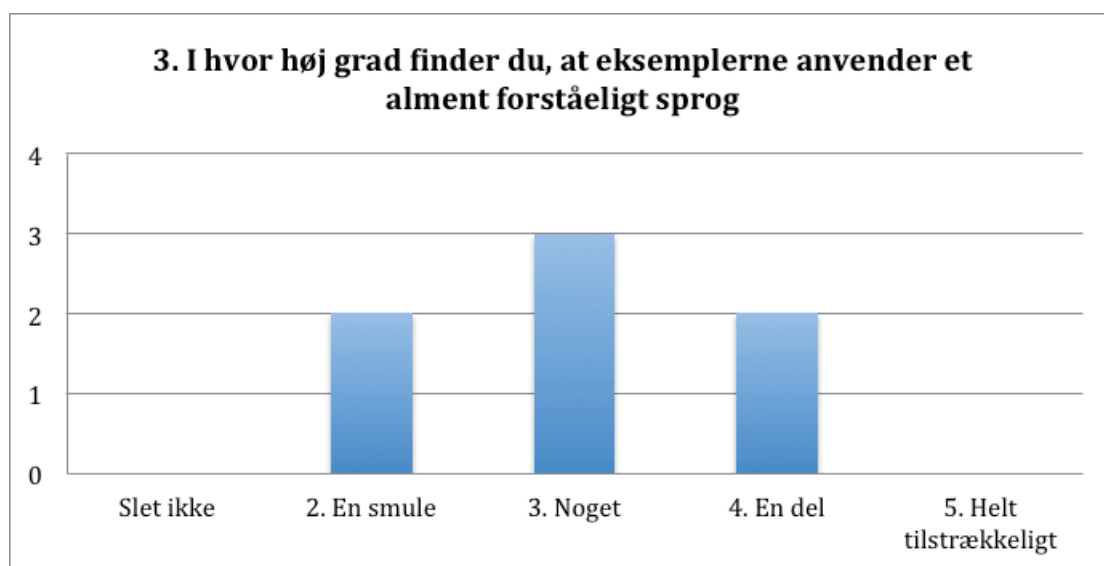
4 personer svarede "en del", 1 svarede "helt strækkeligt" og 2 svarede "noget". Altså synes læserne overvejende at kunne forstå, hvordan musikterapi virker i de konkrete eksempler (se graf 1).

Det andet spørgsmål have fokus på, om eksemplerne giver mening [graf 2].



Her ses en større spredning i besvarelserne, helt fra "en smule" til "helt tilstrækkeligt". Denne spredning kan ses som udtryk for, at eksemplerne er meget forskellige med hensyn til at give mening, men det kan også være udtryk for, at meningsbegrebet ikke er defineret. Dette har enkelte også kommenteret.

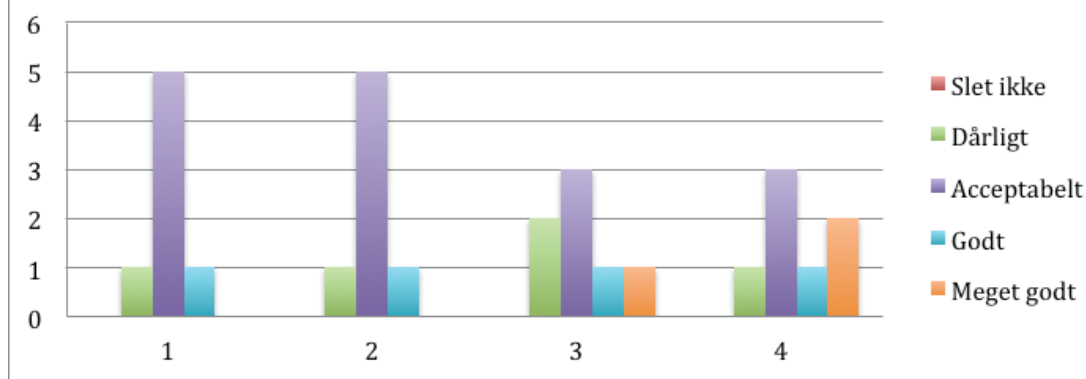
Det tredje spørgsmål har fokus på eksemplernes sproglige indhold [graf 3].



Her ses, at sproget af flere opfattes som for fagspecifikt. Flere kommenterer, at eksemplerne ikke er egnede til lægmand. Hvad der også kommer frem, er den manglende beskrivelse af målgruppen. I min instruks har jeg ikke specificeret, at målgruppen er lægmand, da jeg gerne ville have den enkelte persons vurdering ud fra egen baggrund. Flere kommenterer, at målgruppen har afgørende betydning for, hvordan formidlingen skal tilrettelægges, og hvilket fokus den bør have [se graf 3].

Det fjerde spørgsmål er en samlet vurdering af eksemplernes formidling af musikterapi [graf 4].

Graf 4. Score hvert eksempel, i forhold til hvor godt de formidler musikterapi



Eksemplerne 1 og 2 opfattes overvejende som acceptable, mens eksemplerne 3 og 4 vurderes mere blandet, fra "dårligt" til "meget godt", men med klar overvægt til den acceptabelt-positive side. Der gives ikke information i besvarelserne, som kan forklare forskellen på eksempel 1 og 2, set i forhold til 3 og 4. Eksempel 3 og 4 vurderes af flere som bedre formidlende end 1 og 2. 1 og 2 omhandler klassiske måder at beskrive udvikling i en behandling på [symptom og funktion]. At formidlingen vurderes som acceptabel, er på sin vis tilfredsstillende, men ikke optimalt. Eks. 3 har et anderledes fokus, nemlig arousalregulering. Ligeledes er eks. 4 om funktionsforbedring atypisk som forandringsparameter. Begge eksempler viser noget, som almindeligvis ikke er en del af en terapeutisk kontekst, og det kan være en forklaring på at formidlingen opfattes bedre. Der er også forskel på længden af de fire eksempler. Eks 1 og 2 er de længste på henholdsvis 252 og 219 ord, mens eks. 3 er på 193 og eks 4 på 156 ord. Eksemplerne 1, 2 og 3 har også er tydeligere mere fagspecifik rettet fokus [ambivalens, mentalisering og somatisering], mens eks. 4 handler om at blive mere aktiv. Bevægelsen fra passiv til aktiv kræver ikke forkundskaber. Ses disse besvarelser udtryk for tendenser i data, så er eks. 4 det bedst fungerende ift at formidle til lægmand, da det er kort og ikke anvender en specifik fagterminologi.

Informanterne gav også kommentarer til eksemplerne og formidlingen. De kan sammenfattes i følgende:

Positiv kritik	Eksemplerne giver god mening. Musik er godt! Specificere musikterapien fra verbal terapi, men ikke fra andre terapier som ride-terapi. Musikterapi formidles som coping.
Brug af fagsprog	Kræver fagsprog og er derfor ikke egnede til formidle til lægmand. Opfordring til at undgå fagudtryk og uklare vendinger.
Målgruppen uklar	Risiko for at eks. ikke henvender sig til det almene publikum. Behov for en klar definition af målgruppe. Ret kommunikation til: den der skal modtage den. Forudsætter kendskab til faget.
Forbedringer	Brug af narrativer til formidling. Mere almen beskrivelse behøves. Der behøves en ramme. Har en særlig præmis for menneskesyn. Korrekturproblemer.

Kommentarerne uddyber det ovenstående indtryk, at god formidling dels skal rettes specifikt til den målgruppe der formidles til, dels skal undgå at anvende for meget fagsprog. Det er også flere kommentarer, der udtrykke sig positivt om eksemplernes evne til at formidle virkningsmekanismer og mening.

Samlet vurdering af pilotundersøgelsen

Denne lille undersøgelse synes at vise, at korte eksempler kan formidle musikterapi på en meningsfuld måde. Men dette er forbundet med risiko for at tale forbi lægmænd, hvis der anvendes for meget fagsprog. Desuden ønskes uddybende og rammesættende forklaringer. Endelig kan eksemplerne med fordel rettes til forskellige, specifikke målgrupper.

Som nævnt ovenfor synes formidling af musikterapi ud fra vignetter til lægmand helst at skulle være relativt korte og uden brug af specifik terminologi. Brugen af fagterminologi er acceptabel, men ikke optimal. Når det er sagt, så afslører undersøgelsen ikke, hvordan formidlingsformen egner sig i et tværfagligt forum. Det er forventeligt, at eksempler, der anvender en fælles fagterminologi, må antages at fungere bedre i en sådan kontekst. Her ville fravær af fagsprog kunne have en modsat virkning og efterlade det indtryk, at musikterapi ikke anvender eller er rettet imod eksempelvis symptomlin-dring osv. Endelig nævnes den common sense-betragtning, at formidling til en bestemt målgruppe [eksempelvis politikere og bevillingsmyndigheder] med fordel kan rette fokus mod parametre som cost/benefit, brugertilfredshed, efterspørgsel, kapacitet. Betragtningen kan udvides til også at gælde målgruppen klienter og pårørende, hvor fokus f.eks. kunne være udbytte, risiko, tilgængelighed, henvisningsmåde, frekvens. Er målgruppen tværfagligt personale kunne fokus tænkes fx at være evidens, henvisningsgrunde, udbytte, dosis, casevignetter i egen fagterminologi. Hvis målgruppen er musikterapeuter, vil der være mulighed for at være meget mere orienteret mod det metodiske, musikanalytiske, musikterapeutiske osv.

Alle de i denne artikel anvendte eksempler synes i forlængelse af ovenstående primært at være rettet imod musikterapeuter, andre psykoterapeuter og et tværfagligt forum af behandlere. En af de nævnte klienter har i forbindelse med sit musikterapiforløb flyttet sig – fra at være klient i kommunen med bostøtte og handicaptilskud til at være almindelig studerende og i øvrigt fungerende på almindelig vilkår i samfundet. At hun i musikterapi udvikler bedre mentaliseringsevne, er jo kun relevant viden, hvis man forstår, hvordan dette kan styrke personens evne til at klare en almindelig hverdag. Dette gælder også de andre eksempler. En sådan vinkling af formidlingen ville altså rette fokus mod det samfundsmæssigt nyttige ved musikterapi frem for at redegøre for musikterapiens virkningsmekanismer. Dette indikerer, at fokus for formidling omhandlende en given terapeutisk praksis er relativ i forhold til målgruppen og det ønskede formidlingsmål. Her er det eksemplificeret med, at et skift i fokus og antages at kunne medføre bedre formidling til en given målgruppe. Men samtidig vil jeg også argumentere for, at formidling, der indeholder en ”god historie” med en tydelig pointe, som berører alment menneskelig forhold, i langt de fleste tilfælde vil være god formidling, fordi modtageren vil kunne leve sig ind i den verden, der beskrives. Det er ikke sikkert at modtageren får alle detaljerne med, men begrebet musikterapi bliver levendegjort og dermed også levendegjort i modtagerens bevidsthed. Samlet vurderes de her anvendte eksempler som mest velegnede til gruppen af tværfagligt personale, og i det perspektiv er de ikke optimale som formidling af musikterapi til lægmand.

Opsamling

Denne artikel har fokus på at undersøge og give eksempler på, hvordan musikterapi kan formidles til lægmand. De fire korte eksempler blev sendt ud til en blandet gruppe, der udelukkende bestod af personer uden musikterapifaglig baggrund, og også indeholdt såkaldte ’lægpersoner’. De 7 returnerede

besvarelser kom alle fra personer med akademisk baggrund, ingen fra lægpersoner uden universitetsbaggrund. De indkomne vurderinger viser, at eksemplerne blev opfattet overvejende positivt, men med det forbehold at sproget i flere af eksemplerne er for fagbetonet.

Indledningsvist opstillede jeg flere spørgsmål om, hvorfor musikterapi kan være vanskeligt at formidle. Det første var et nærmest retorisk spørgsmål og handlede om, at der ikke findes enkle forklaringer. Dette synes ikke bekræftet. Det andet omhandlede, hvorvidt vi som akademikere skal være forsigtige med at give enkle forklaringer. Her synes svaret at være, at det kan vi godt, men samtidig udtrykkes der ønske om endnu enklere eksempler end de nævnte. Jeg undrede mig indledningsvist også over, om det er muligt at lave specificerede forklaringer, der dækker et specifikt behandlingsområde. Vurderingen af eksemplerne synes at bekræfte dette. Denne tekst indeholder desuden både indledende forklaringer og uddybning, der formodes at give en mere fyldestgørende formidling. Men altså ikke nødvendigvis formidling til alle målgrupper. Endelig synes eksemplerne også at understøtte den opfattelse, at musikterapi kan beskrives med specifikke og fagegne eksempler. Men vi skal altså være opmærksomme på at undgå fagtunge begreber. Balancen mellem det banale og det elegante synes her vigtig, men undersøgelsen giver ikke svar på hvordan man i så fald skal løse dette dilemma.

På baggrund af de forskellige eksempler og forklaringer og den indhentede feedback mener jeg at kunne udelukke, at vi mangler sprog til at beskrive musikterapi. Jeg mener også at kunne godtgøre, at det er en fordel at beskrive elementer af musikterapien frem for at præsentere en samlet beskrivelse. Endelig er der tydeligvis også mere viden til rådighed, selv om denne fremstilling ikke benytter mange litteraturhenvisninger. Men vi må huske at rette vores formidling til specifikke målgrupper, og ligeledes bevidst anvende de rette pointer, der imødekommer den specifikke modtagers informationsbehov. Det er tydeligt, at undersøgelses fund er meget præget af antallet af respondenter og af respondenternes akademiske baggrund. Flere af respondenterne betragtede sig slet ikke som lægmænd og gjorde opmærksom på, at de fandt eksemplerne for fagspecifikke – men samtidig som god formidling ud fra deres perspektiv. Problemet er begrebet "lægmænd", for som skrevet tidligere: Hvad/hvem er lægmænd? Er det en hvilken som helst person? Er det en person, der skal benytte musikterapi? Er det en politiker? - osv. En udvikling af disse tanker burde testes ved at blive vurderet af mere specificerede og veldefinerede "lægmænd".

Niels Hannibal
December 2016

Litteratur

Bonde, L. O. [2009]. *Musik og menneske: introduktion til musikpsykologi*. Frederiksberg C: Samfundslitteratur.

Bonde, L.O. [red.] [2014]. *Musikterapi: Teori - Uddannelse - Praksis - Forskning: En håndbog om musikterapi i Danmark*. 1.udg. Århus: Klim

Bonde, L. O., Hannibal, N., & Pedersen, I. N. [2012]. Musikterapi i psykiatrien – Klinisk praksis, forskning og formidling. *Musikterapi i psykiatrien online*, 7(1). 1-20

Hall, R. C. [1995]. Global assessment of functioning: a modified scale. *Psychosomatics*, 36(3), 267-275.

Hannibal, N., & Pedersen, I. N. [2014]. MUSIKTERAPEUTERNES SÆRLIGE KOMPETENCER – musikterapeuternes sundhedsfremmende virkemidler generelt og i psykiatrien. *Musikterapi i Psykiatrien Online*, 9(1). 4-21

Hougaard, E. (2004). *Psykoterapi: Teori og forskning*. Denmark: Dansk psykologisk forlag.

Perry, B. D., Pollard, R. A., Blakley, T. L., Baker, W. L., & Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and? use? dependent? development of the brain: how? states? become? traits?. *Infant mental health journal*, 16(4), 271-291.

Perry, B. D. (2002). Childhood experience and the expression of genetic potential: What childhood neglect tells us about nature and nurture. *Brain and mind*, 3(1), 79-100.

Schneck, D. J., Berger, D. S., & Rowland, G. (2006). *The music effect: Music physiology and clinical applications*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Stern, D. (2010). *Vitalitetsformer: Dynamiske oplevelser i psykologi, kunst, psykoterapi og udvikling*. København: Hans Reitzel Forlag.