



VOL. 10 NR. 1
DECEMBER 2015

MUSIKTERAPI I PSYKIATRIEN

– Klinisk praksis, forskning og formidling.

Tidsskrift: Musikterapi i psykiatrien Online

Ansvarshavende redaktører:

Ansvarshavende redaktører: Universitetet Lektor Niels Hannibal, Musikterapi,
Institut for Kommunikation, Aalborg Universitet.

Professor Lars Ole Bonde, Musikterapi, Institut for Kommunikation,
Aalborg Universitet.

© forfatterne 2015

ISSN: 2245-3342

URL: <http://journals.aau.dk/index.php/MIPO/index>

Udgivet af:

Aalborg Universitetsforlag

Skjernvej 4A, 2. sal 9220 Aalborg Ø

T 99407140 F 96350076

aauf@forlag.aau.dk

www.forlag.aau.dk

INDHOLDSFORTEGNELSE

Indholdsfortegnelse MIP0 Vol. 10 [1] - December 2015

Leder	Side 4
Artikel:	
Britta Frederiksen: Afklaring af den terapeutiske relation mellem den retspsykiatriske patient og musikterapeut	Side 5
Heidi Lerche: Anvendelse af harmonika i klinisk musikterapi i socialpsykiatriske botilbud	Side 19
Niels Hannibal: At formidle musikterapi til lægmand - en pilotundersøgelse om at formidle	Side 30

LEDER

Dette er årets første og eneste udgave af MIPO. Derfor er det desto mere glædeligt at kunne præsentere tre spændende og meget forskellige artikler.

Den første artikel er forfattet af Britta Frederiksen. Frederiksen er cand. mag. i musikterapi og ph.d.-studerende. Artiklen behandler hendes undersøgelse af begrebet terapeutisk alliance i en retspsykiatrisk kontekst og er en del af hendes ph.d.-forskning. Frederiksen beskriver, hvordan hun med RepGrid-analyse kan identificere den måde, hvorpå hun konstruerer begrebet alliance ud fra sine praksiserfaringer.

Den anden artikel er af Heidi Lerche, der er cand. mag. i musikterapi fra 2014 og debutant i denne sammenhæng. Lerche byder ind med betragtninger om, hvordan harmonika kan anvendes praktisk i klinisk musikterapi. Det er første gang, MIPO bringer en artikel med dette specifikke instrumentfokus.

Den tredje artikel er skrevet af Niels Hannibal, der er lektor på musikterapiuddannelsen og ph.d. i musikterapi. Han skriver denne gang om formidling af musikterapi inden for psykiatrien til ikke-musikterapeuter. Målet er at imødekomme den stigende efterspørgsel på viden om musikterapi uden for musikterapikredse. I artiklen indgår en lille undersøgelse og vurdering af tre eksempler på formidling af musikterapi.

Alle tre artikler har været såvel gennem redaktionel behandling som gennem peer review. Jeg vil derfor gerne takke implicerede forfattere og reviewere for deres indsats.

God læselyst

Niels Hannibal
Ansvarshavende redaktør
December 2015



AFKLARING AF DEN TERAPEUTISKE RELATION MELLEM DEN RETSPSYKIATRISKE PATIENT OG MUSIKTERAPEUT

Jo mere relationen er præget af faktorer som fx uforløst spænding, lav grad af gensidighed og involvering, dét at terapeuten har svært ved at udvise empati og endvidere manglende udtryksfuldhed hos patienten, jo større er udfordringen i forhold til at udvikle den terapeutiske relation. Det stiller store krav til mig som musikterapeut, om at være kreativ, intuitiv og opmærksom i forhold til at opfange ethvert lille signal eller mulighed for at styrke den retspsykiatriske patients tillid og evne til at engagere sig.

Britta Frederiksen



BRITTA FREDERIKSEN.

Kandidat i musikterapi, ph.d.-studerende på Forskerprogrammet i Musikterapi, Aalborg Universitet, Kontakt: bvf@hum.aau.dk

Abstract

I denne artikel undersøges forforståelsen hos artiklens forfatter af begrebet terapeutisk relation i den særlige kontekst af musikterapi med retspsykiatriske patienter. Til brug for undersøgelsen anvendes repertory grid (RepGrid) teknikken, der er en teknik til at undersøge dybe og strukturelle aspekter af, hvordan en person opfatter et givet fænomen, som ikke ville fremkomme, hvis man blot beskrev de enkelte dele af fænomenet. Via undersøgelsen fremkommer der to hovedkoncepter i forfatterens opfattelse af den terapeutiske relation med retspsykiatriske patienter i musikterapi. Disse to hovedkoncepter er 1: spænding, involvering og grad af gensidighed og 2: ekspressivitet og mulighed for at musikterapeuten kan empatisere med den retspsykiatriske patient. I artiklen præsenteres en model, der illustrerer, hvordan den terapeutiske relation med retspsykiatriske patienter kan karakteriseres af, hvordan de to hovedkoncepter er repræsenteret i den terapeutiske relation.

Sluttelig sammenholdes de centrale temaer som spænding, involvering, gensidighed, ekspressivitet og empati med den gældende generelle såvel som musikterapeutiske teori på området.



Indledning

Retspsykiatriske patienter er ofte præget af mistro til deres omgivelser og manglende sygdomsindsigt. I kontakten reagerer retspsykiatriske patienter ofte med anspændthed, trang til kontrol og magtkampe præget af vrede og aggression [Coddington 2002; Flower 1993; Jacobsen, Johansen og DSI, 2011; Smeijsters & Cleven, 2006]

Case eksempel:

Peter er indlagt på en retspsykiatrisk afdeling efter voldsom personfarlig kriminalitet. Han har en paranoid skizofren diagnose. Han deltager i en musiklyttegruppe i to år, hvor han medbringer musik hver eneste gang. Musikken er indenfor genren rap eller rock musik og karakteriseret af højt tempo og intensitet, samt tekster der udtrykker vrede og aggression. Han taler aldrig om musikken eller hvilken betydning, den har for ham. Efter 2 år takker han ja til at deltage i et individuelt musikterapiforløb. I det individuelle forløb taler han meget og har rigtig meget på hjerte.

Peters deltagelse i musiklyttegruppen har efter min vurdering medført, at han føler sig tryk ved, at jeg kan rumme hans musik, og er det første skridt i opbygningen af den terapeutiske relation. Først efter 2 år tør han tale om musikkens betydning og sammenhæng med hans liv i øvrigt.

Med denne case vil jeg gerne understrege den særlige udfordring, det er at opbygge en terapeutiske relation med retspsykiatriske patienter. Især ønsker jeg at undersøge, hvordan musikken og musikterapi kan bidrage til at støtte de små bevægelser og elementer, der medvirker til opbygningen af den terapeutiske relation.

Den terapeutiske relation er klassisk defineret af Bordin [1979], som en relation mellem terapeut og patient med fokus på samarbejdet. Den terapeutiske relation består af et emotionelt bånd, og enighed om mål og metode for terapien [Bordin, 1979]. Størstedelen af den litteratur og forskning der foreligger, undersøger den terapeutiske relation med patienter i samtaleterapi, der er i stand til at mentalisere og reflektere. I de senere år er der blevet et øget fokus på de non-verbale elementer i opbygningen af den terapeutiske relation [Duncan & Miller, 2000]. Ligeledes et øget fokus på opbygningen af den terapeutiske relation med alvorligt og kronisk psykisk syge patienter, hvor netop andre aspekter end de verbale og kognitive elementer i interaktionen er vigtige [Priebe & McCabe, 2006; Sørensen, 1996; Thorgaard & Haga 2006].

75% af de retspsykiatriske patienter i Danmark har en diagnose indenfor det skizofrene spektrum. Den indledende fase, hvor den terapeutiske relation opbygges, og hvor samarbejdet omkring behandlingen etableres, er væsentlig længere end hos bedre fungerende patienter. Opbygningen af tryk og tillid hos patienter, der lider af skizofreni kan tage op til 6 måneder eller mere [Sørensen, 1996; Thorgaard & Haga, 2006]. Det er nødvendigt at arbejde på et basalt og non-verbalt niveau som fx regulering af arousal og beroligelse. Dertil kommer, at retspsykiatriske patienter oftere end andre psykiatriske patienter reagerer med vrede og aggression, når de føler sig true og pressede.

Der foreligger meget forskning, der fastslår vigtigheden af at opbygge en god terapeutisk relation, da det er den faktor, der har størst betydning for resultatet af et terapiforløb [Castonguay, Constantino, & Holtforth, 2006; Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011; Nissen-Lie, Monsen, & Rønnestad, 2010]. I retspsykiatrisk sammenhæng peger flere studier på kvaliteten af den terapeutiske relation som en væsentlig dynamisk faktor i vurderingen af risiko for forekomsten af vold [Beauford, Dale & Renee, 1997; Douglas & Skeem, 2005]. Men der foreligger næsten ingen forskning om, hvordan man støtter udviklingen af den terapeutiske relation [Castonguay, Constantino, & Holtforth, 2006; Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011; Duncan & Miller, 2000].

I denne artikel vil jeg undersøge min forforståelse af den terapeutiske relation med retspsykiatriske patienter i musikterapi. Det er et meget komplekst felt, der indeholder "tavs viden", og aspekter som det kan være meget svært at identificere og bevidstgøre alene gennem en beskrivelse af enkelt elementer i det daglige kliniske arbejde. I undersøgelsen af min forforståelse anvendes RepGrid teknikken, der er en teknik til at undersøge dybe og strukturelle aspekter af, hvordan en person opfatter et givet fænomen (Bonde 2013), som ikke ville fremkomme, hvis man alene beskrev de enkelte dele af fænomenet. Processen består først og fremmest af et grundigt interview, med udgangspunkt i min kliniske musikterapeutiske erfaring gennem 10 år med retspsykiatriske patienter. I interviewet lægges der vægt på de oplevede kvaliteter fremfor en objektiv beskrivelse. Den efterfølgende analyse af data sker ved hjælp af et computerbaseret software (Abrams 2007). Processen og analysen ved brug af RepGrid teknikken beskrives i artiklen.

Sluttelig sammenholdes resultatet af ovenstående undersøgelse med gældende teori på området.

Artiklen er desuden en del af et ph.d. studie, der undersøger, hvordan musikterapi kan være med til at støtte opbygningen af terapeutisk relation med indlagte retspsykiatriske patienter i Danmark.

RepGrid teknikken

RepGrid teknikken er baseret på George Kelly's "Personal construct theory" (Abrams & Meadows, 2005). Kelly var interesseret i at beskrive og tydeliggøre grundlæggende og betydningsfulde sammenhænge i de konstruktioner, der ligger bag den måde, det enkelte menneske forstår og opfatter et givet emne eller livsomstændighed ud fra. Udover det kognitive aspekt i personens konstruktioner inkluderede Kelly også personens erfaringer og følelsesmæssige aspekter. Kelly var udover at være forsker også terapeut, og havde noteret sig at klienterne opdelte deres opfattelse af en given kvalitet i implicite modsætninger. Et sådant par af modsætninger kaldte Kelly for en konstruktion (Abrams & Meadows, 2005).

Data indsamling

Som beskrevet består RepGrid metoden først og fremmest af et interview. Interviewet i nærværende undersøgelse er udført af professor Lars Ole Bonde, der selv har arbejdet indgående med teknikken bl.a. i en undersøgelse af danske musikterapi studerendes musikalske identitet (Bonde 2013). Interviewet består af forskellige trin, og det er interviewerens opgave, at sikre at alle trin i metoden gennemgås.

Liste over elementer: Jeg udformer en liste med 10 case eksempler på musikterapi fra min kliniske praksis med retspsykiatriske patienter. Disse eksempler kaldes *elementer*, og tildeles et navn, ud fra hvad jeg finder karakteristisk for den enkelte patient – det kunne fx. være "panser" eller "kontrol".

Konstruktioner: Computeren udvælger tilfældigt 3 elementer eller cases, hvorefter jeg beslutter, hvordan 2 af disse cases ligner hinanden og er forskellig fra den 3. Som eksempel ligner de 2 elementer "vietnamesisk K" og "kontrol" hinanden ifht. min oplevelse af at føle mig anspændt. Derimod føler jeg mig ikke anspændt i kontakten med elementet "dukkelise". Herved fremkommer et modsætningspar: "terapeuten er anspændt" versus "terapeuten er rolig", som benævnes en *konstruktion*. Proceduren gennemgås 10 gange og en række modsætningspar eller konstruktioner fremkommer.

På næste side ses rækken af konstruktioner:

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| 1. Enighed er muligt | Enighed er ikke muligt |
| 2. Klarhed om rollefordeling | Uklar rollefordeling |
| 3. Det verbale som åbning | Det verbale som forhindring |
| 4. Terapeuten er rolig | Terapeuten er anspændt |
| 5. Let at mærke | Svær at mærke |
| 6. Organisk | Mekanisk |
| 7. Melodisk | Rytmask |
| 8. Imødekommende | Fjendtlig |
| 9. Kan afgive styring | Kan ikke afgive styring |
| 10. Patient er engageret | Patienten er uengageret |

Herefter *rater* jeg alle elementerne på en skala fra 1-5 ifht. hver af ovenstående konstruktioner. Fx scores elementet "vietnamesisk K" yderligt på skalaen, dvs. 1 eller 5, i forhold til næsten alle konstruktioner. Denne rating tegner en profil for hver af konstruktionerne. Et enkelt overblik over disse ratings kan illustreres via en *Grid matrix* [Se figur 1 nedenfor].

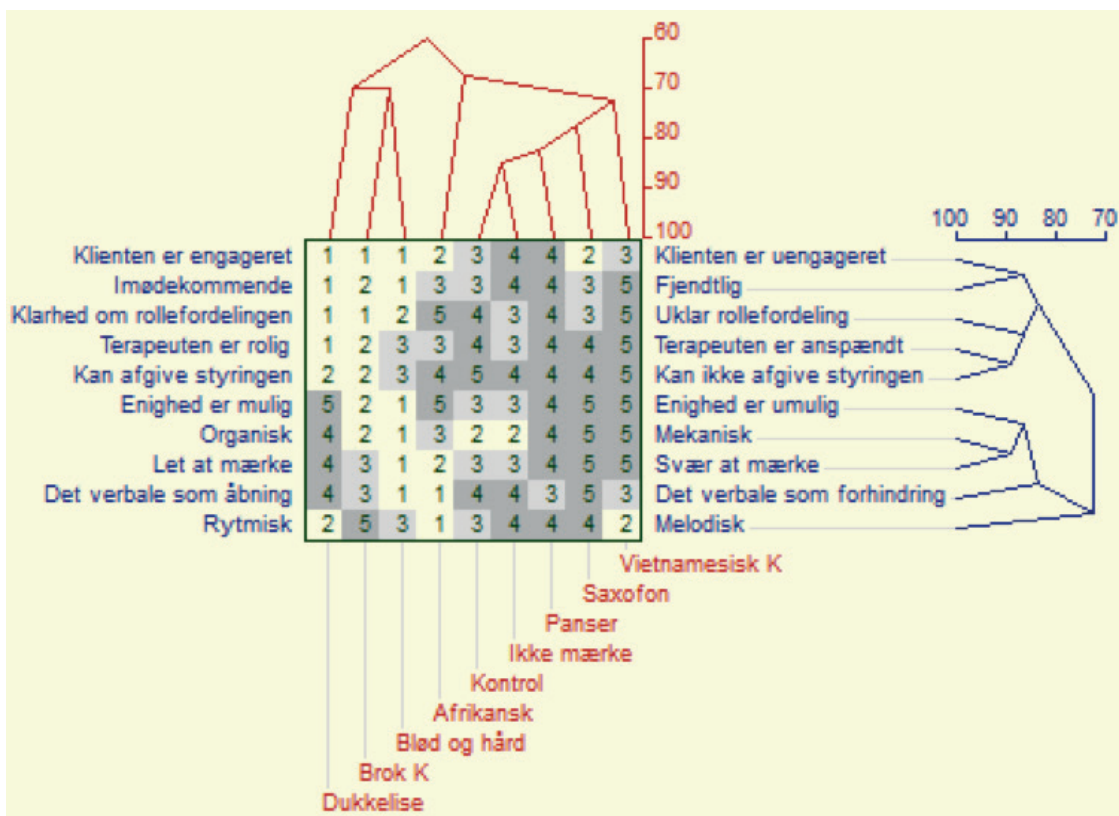
Enighed er muligt	1	5	3	1	4	3	1	2	1	Enighed er ikke muligt
Organisk	3	1	2	5	2	2	5	4	4	Mekanisk
Det verbale som åbning	5	5	2	1	3	2	3	3	2	Det verbale som forhindring
Let at mærke	2	1	3	5	3	3	5	4	4	Svær at mærke
<u>Fjendtlig</u>	3	5	3	3	4	2	1	2	5	Imødekommende
Kan afgive styring	4	3	5	4	2	4	5	4	2	Kan ikke afgive styring
Melodisk	5	3	3	2	1	2	4	2	4	Rytmask
Klarhed om rollefordeling	5	2	4	3	1	3	5	4	1	Uklar rollefordeling
Terapeuten er rolig	3	3	4	4	2	3	5	4	1	Terapeuten er urolig
Patienten er engageret	2	1	3	2	1	4	3	4	1	Patienten er uengageret

Dukkelise									
Panser									
Vietnamesisk K									
Ikke mærke									
Brok K									
Saxofon									
<u>Kontol</u>									
Blød og hård									
Afrikansk									

Figur 1

Analyse

Ved hjælp af et computerbaseret software beregnes, hvordan hver af mine konstruktioners profil matcher hinanden. En lignende beregning foretages ifht. elementernes indbyrdes match. Beregningerne illustreres i et fokus-algoritme-diagram [Se figur 2 på næste side], der viser, hvordan jeg opfatter at mine konstruktioner og elementer hænger sammen i kraft af deres ligheder. Diagrammet er med til at give et struktureret og komplekst billede af min opfattelse af den terapeutiske relation i musikterapi med retspsykiatriske patienter.

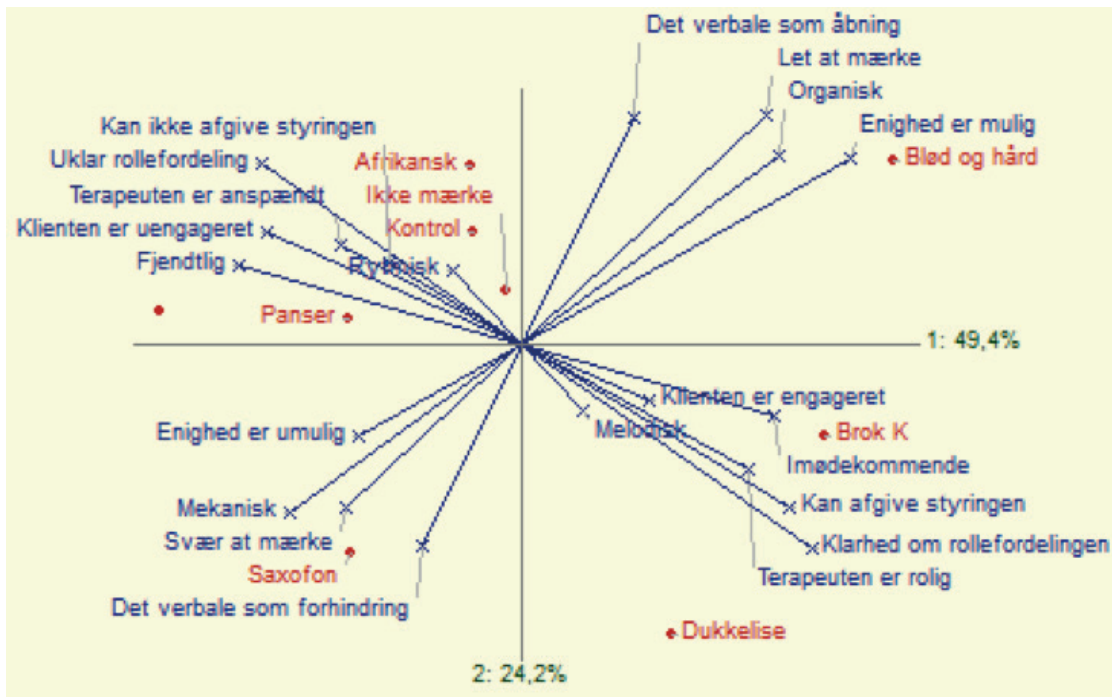


Figur 2

Som det ses af diagrammet, er der en del konstruktioner, der matcher hinanden, eller klynger sig sammen. Især er det tydeligt at den måde, hvorpå jeg som terapeut er opmærksom på mine egne reaktioner i samspillet med patienten er vigtig for at kunne karakterisere den terapeutiske relation.

Min fornemmelse af "anspændthed" er nært sammenhængende med (90 %), hvor fleksibel patienten er, ifht. at "afgive styringen" i samspillet. En høj sammenhæng (90 %) gør sig også gældende ifht. de to konstruktionspar: "let at mærke patienten/svært at mærke patienten" og musikkens grad af at være "organisk/mekanisk". Min tolkning af denne sammenhæng er, at musikkens karakter af at være organisk peger på graden af indbyrdes lydhørhed mellem patienten og terapeuten, som igen medfører, at det er lettere for terapeuten at mærke patienten, og mærke hvordan patienten har det. Konstruktionen ifht. dels patientens "engagement" og dels graden af "imødekommenhed" er i diagrammet sammenhængende med 85-87 %.

Et andet diagram, som computeren genererer er et *PrinGrid* [Se figur 3 på næste side], hvor elementer og konstruktioner er afbildet i et to-dimensionelt diagram. Elementerne er repræsenteret med en prik og konstruktionerne som modsætningspar, hvor hver pol forbindes med en linje gennem midten af diagrammet og markeres med et kryds. Dette diagram er ligeledes en grafisk fremstilling af kompleksiteten og sammenhænge mellem konstruktionerne. Sammenhænge, der ellers måske ville fremstå som tilfældige, inkonsekvente og baseret på enkeltstående oplevelser [Abrams & Meadows, 2005].



Figur 3

Det er relevant at uddybe de 4 felter i Pringrid diagrammet for at tydeliggøre min opfattelse af den terapeutiske relation med retspsykiatriske patienter i musikterapi.

Øverste venstre felt:

Når patienten er uengageret, fjendtlig indstillet og har et stort behov for kontrol, er det meget svært at indgå i og etablere et samspil med patienten. Patienten har meget svært ved at lytte. Som terapeut sanser jeg meget uforløst spænding.

Rollerne er uklare, og det har måske slet ikke været muligt at tale om den indbyrdes rollefordeling, da patienten ingen sygdomsindsigt har eller vil anerkende, at han er syg. Musikken er primært rytmisk og i min forståelse indikerer det stort behov for klar struktur hos patienten.

Nederst højre felt:

Samspillet er dynamisk og føles naturligt. Patient og jeg er lige ifht. at være den, der tager lederrollen og fører an i såvel det musikalske som det ikke musikalske samspil.

Jeg oplever måske en spænding i samspillet, men denne spænding er dynamisk og positiv. Jeg oplever at have kontrol over den terapeutiske proces og føle mig tryk ifht., at patienten kan klare frustrationer og udfordringer.

Der er klarhed og enighed omkring rollerne i relationen, hvem der er terapeut, og hvem der er patient.

Patienten er motiveret, engageret og imødekommende.

Musikken er mere melodisk.

Nederste venstre felt:

Jeg har som terapeut meget svært ved at vise empati overfor patienten. Jeg føler eller mærker ofte ingenting i samspillet med patienten, og skal være meget opmærksom ifht. at opfange bitte små tegn

på emotionelle reaktioner

Patientens udtryk er meget begrænset, kort og uden dynamik. Musikken opleves som mekanisk.

Tale og verbalisering forhindrer og forstyrrer relationen og skaber modstand hos patienten.

Det kan være meget svært at opnå enighed om noget som helst – hvis jeg fx. foreslår én måde at forstå en situation eller et begreb på, kan patienten udtrykke uenighed. I min forståelse skyldes det patientens behov for at differentiere sig fra mig.

Øverste højre felt:

Jeg har som terapeut nemt ved at vise empati med patienten, fordi patienten er meget udtryksfuld. Musikken er organisk – udvikler sig over tid og udtrykker følelser og stemninger.

Relationen bliver ikke forstyrret af tale eller interventioner, men er derimod en integreret del af processen, der støtter og er med til at udvikle såvel den verbale som den musikalske interaktion.

Det er muligt at blive enige om rollefordelingen, og muligt at opnå en enighed om, at man er uenig. Eller patienten kan rumme uenigheden.

Kvaliteten af den terapeutiske relation viser sig i den måde, jeg har mulighed for at vise min empati, og patienten er åben for at modtage denne empati.

Der tegner sig to hoved koncepter:

1. SPÆNDING, INVOLVERING OG GRAD AF GENSIDIGHED
2. EKSPRESSIVITET OG MULIGHED FOR AT EMPATISERE MED PATIENTEN

Resultatet af ovenstående analyse kan samles i nedenstående figur 4.

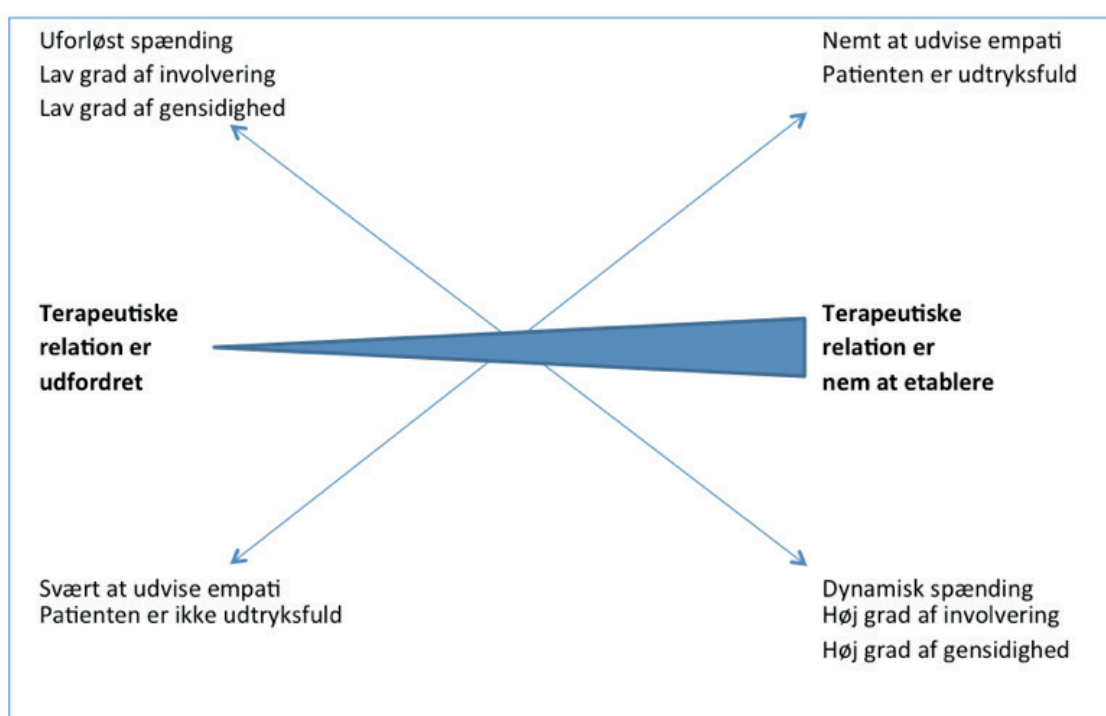
<p>Spænding og Involvering Graden af gensidighed</p> <ul style="list-style-type: none">• Fjentlig, uengageret, overdreven behov for kontrol• Lytter ikke• Terapeuten registrerer uforløst spænding• Uklarhed om roller• Musikken er rytmisk og har en klar struktur	<p>Ekspressivitet Mulighed for at udvise empati</p> <ul style="list-style-type: none">• Nemt at udvise empati• Musikken lyder organisk, udvikler sig over tid og udtrykker følelser• Den verbale del af terapien støtter den musikalske interaktion• Det er muligt at opnå enighed
<p>Ekspressivitet Mulighed for at udvise empati</p> <ul style="list-style-type: none">• Svært at udvise empati• Terapeuten føler ingenting• Udtrykket er begrænset, kort og uden dynamik• Musikken lyder mekanisk• Verbalisering skaber modstand• Svært at opnå enighed	<p>Spænding og Involvering Graden af gensidighed</p> <ul style="list-style-type: none">• Dynamisk interaktion• Terapeuten mærker en dynamisk og positiv spænding• Enighed om rollerne• Patienten er motiveret, engageret og imødekommende• Musikken er melodisk

Figur 4

Diskussion

Med udgangspunkt i mine egne kliniske erfaringer i retspsykiatri som musikterapeut, har jeg ved hjælp af en systematisk og struktureret metode beskrevet min forforståelse af den terapeutiske relation i den særlige kontekst af musikterapi med retspsykiatriske patienter. Formålet er, at tydeliggøre nuancer og sammenhænge som ellers ville fremstå som tilfældige, inkonsekvente og baseret på enkeltstående oplevelser. Resultatet er bl.a. beskrevet ovenfor, hvor jeg gennemgår de indre sammenhænge, jeg oplever, at der er mellem mine forskellige konstruktioner.

I det følgende vil jeg indlede med at illustrere, hvordan resultaterne giver mening for mig. Derefter vil jeg sammenligne og diskutere resultaterne af denne undersøgelse med teorien. Nedenstående model (Figur 5) illustrerer min opfattelse og forståelse af vigtige aspekter i udviklingen af den terapeutiske relation med retspsykiatriske patienter, der deltager i musikterapi. Endvidere tydeliggøres nogle af de aspekter, jeg mener, der er med til at definere de allerførste byggesten i opbygningen af den terapeutiske relation.



Figur 5

Jo mere relationen er præget af de faktorer, der er beskrevet til venstre i modellen, jo større er udfordringen i forhold til at udvikle den terapeutiske relation. Det stiller store krav til mig som terapeut, om at være kreativ, intuitiv og opmærksom i forhold til at opfange ethvert lille signal eller mulighed for at styrke patientens tillid og evne til at involvere sig. Jeg skal som terapeut indstille mig på, at det er en lang og udfordrende proces. Når jeg oplever at slappe lidt mere af ifht. min opmærksomhed på relationen til patienten, og har lettere ved at mærke hvordan patienten har det, er det et tegn på, at den terapeutiske relation er blevet styrket.

Modellen antyder aspekter, som jeg opfatter som vigtige at fokusere på, når jeg skal vurdere progressionen i opbygningen af den terapeutiske relation. Fx er det meget vigtigt at notere sig, i hvilken grad patienten udtrykker sig. Det at vælge et stykke musik og lytte til det sammen med mig eller i en gruppe, uden at patienten taler om eller relaterer musikken til sig selv, kan være det første lille skridt i retning af, at patienten involverer sig i relationen. Samtidig får jeg som terapeut et indtryk af, hvad der rører sig i patienten på et non-verbalt plan, som er en forudsætning for, at jeg kan udvikle en forståelse for og grundlag for at kunne vise empati med patienten.

Case eksempel:

Sofus er indlagt på en åben retspsykiatrisk afdeling. Han lider af paranoid skizofreni, og er meget lidt udtryksfuld. Sofus sidder hele dagen og ser fjernsyn, eller ligger i sin seng. Han er meget fåmælt, og meget svær at etablere en dialog med. Når jeg tager kontakt, oplever jeg, at han ønsker at afslutte kontakten hurtigst muligt. I musiklyttegruppen vælger han et stykke musik, hvor stemningen i musikken er meget melodisk, følelsesladet og romantisk. Jeg får hermed en fornemmelse af, at patienten kun på overfladen virker flad og tom, og at han har et rigt følelsesliv. Faktisk bliver det udgangspunktet for mig ifht., at foreslå Sofus et individuelt musikterapi forløb, som han takker ja til.

Modellen (fig. 5) illustrere ligeledes, at jeg finder det afgørende, som terapeut at være opmærksom på basale, non-verbale og kropslige aspekter i interaktionen med retspsykiatriske patienter. Jeg lægger vægt på at skabe "et rum", hvor patienten involverer sig og giver musikken et dynamisk udtryk. Jeg er opmærksom på i hvilken grad, det er muligt for mig at tage del i den musikalske udfoldelse og være med til at regulere spænding og arousal hos patienten. Fx udtrykker en retspsykiatriske patient vrede i musikken og tillader mig at tage del i musikken. Denne tilladelse indikerer, at patienten har opnået en vis grad af tryghed, og at der er sket en styrkelse af den terapeutiske relation.

Anvendelse af RepGrid metoden, er et skridt i retning af at tydeliggøre min forforståelse og opfattelse af de faktorer, der definerer den terapeutiske relation med retspsykiatriske patienter i musikterapi. Jeg vil i det følgende forsøge at sammenligne og diskutere resultatet af ovenstående undersøgelse med litteraturen og de teoretiske definitioner af begrebet. Men samtidig vil jeg også understrege, at denne sammenligning kun medtager et begrænset udsnit af aspekter og nuancer af den terapeutiske relation med retspsykiatriske patienter i musikterapi.

Undersøgelsen viser, at de forskellige konstruktioner relaterer sig til hinanden, og kan som beskrevet tidligere samles i to hovedkoncepter, der tilsammen indeholder temaerne *spænding*, *empati*, *ekspressivitet*, *involvering* og *gensidighed*. Nedenfor vil jeg sammenholde disse temaer med teori på området, med henblik på at belyse baggrunden for disse temaer på et fænomenologisk plan og ikke et almen teoretisk plan.

Spænding

Et tema i analysen omhandler *spænding*, med fokus på den spænding som terapeuten oplever og sanser i samspillet med patienten. Det er ikke entydigt, om denne spænding har karakter af en dynamisk vekslen mellem at spænding opbygges og aftager, eller om det er en uforløst spænding, der opleves som ubehagelig og truende. Der kan også være tale om, at der ingen spænding er til stede, hvor terapeuten har svært ved at mærke patienten. McGlashan & Keats (1989), der definerer relationelle procesniveauer i opbygningen af den terapeutiske relation, med personer der lider af skizofreni, beskriver parametre i den direkte interaktion mellem terapeut og patient. I disse parametre inddrages ligeledes terapeutens oplevelse af spænding som et vigtigt element. Der skelnes mellem om relationen er karakteriseret af spænding og fremdrift eller, om den opleves som flad, tom og udbrændt (McGlashan & Keats, 1989). Den første karakteristik kan sammenlignes med min beskrivelse af, at spænding har karakter af en dynamisk vekslen mellem at opbygge og aftage. Den anden karakteristik kan sammenlignes med min opfattelse af, at relationen er flad og tom, og må forstås som fravær af en dynamisk spænding. I min forforståelse af den terapeutiske relation, inddrager jeg det aspekt, at terapeuten har svært ved at mærke patienten, se figur 2, hvilket også indikerer en oplevelse af ingen eller kun meget lidt spænding.

Indenfor retspsykiatri peges der på vigtigheden af, at have fokus på at styrke tilknytningen til patienterne for at udvikle den terapeutiske relation (Rich, 2006; Sørensen 2006). I den sammenhæng er

opmærksomhed på spænding central for at styrke spejling, imitation og regulering af arousal i interaktionen mellem patient og terapeut [McGlashan & Keats, 2006; Siegel, 2007; Thorgaard & Haga, 2006]. De allertidligste og første niveauer af terapeutisk relation udviser måske kun glimt af spænding eller imitation fra patientens side [McGlashan & Keats, 2006; Thorgaard & Haga, 2006]. At være opmærksom på spænding er, at fokusere på et kropsligt og neurobiologisk niveau, og derigennem skabe en basal oplevelse af samhørighed og emotionel resonans [Siegel, 2007].

I arbejdet med retspsykiatriske patienter kan forekomsten af spænding også være en udfordring for udviklingen af den terapeutiske relation. I fig. 5 i min analyse indikerer uforløst spænding bl.a. aggression og magtkampe i samspillet med retspsykiatriske patienter

Hakvoort [2013], beskriver hvordan musikterapi kan være med til at regulere de retspsykiatriske patienters uforløste spænding i forbindelse med vrede og frustration. Gennem musikterapeutens musikalske validering i den musikalske dialog kan patienten få hjælp til at mærke den spænding, der opstår, når han/hun bliver vred. Dermed er der skabt et udgangspunkt for at støtte patienten i at rumme, forstå og håndtere vreden [Hakvoort, Boegarts, Thaut & Spreen, 2013; Smeijsters & Cleven, 2006]. Men patientens vrede kan også være så voldsom og generere så meget spænding, at det kan tage magten, og terapeuten føler sig truet. I den situation må musikterapeuten være tro mod det, hun mærker og fornemmer, og agere så hun bevarer kontrollen, bl.a. ved at aflede patientens spænding i den musikalske interaktion [Hakvoort & Boegarts, 2013]. At musikterapeuten bevarer kontrollen er med til at skabe tillid hos patienten og styrke den terapeutiske relation.

Derfor kan terapeutens oplevelse af såvel fravær af spænding såvel som høj uforløst spænding være udtryk for, at den terapeutiske relation er udfordret, og hvor regulering af spænding er relevant for at opnå en mere dynamisk interaktion, hvor spænding opbygges og aftager i en naturlig cyklus. I min illustration og forforståelse af den terapeutiske relation er begrebet spænding afhængig af, hvad der er i fokus for samspillet. Er det magtkampe, vrede og frustration i samspillet med den retspsykiatriske patient, betegnet 'uforløst spænding' eller er der tale om en dynamisk og positiv spænding, som illustreret i fig. 4 og 5. En dynamiske og positive spænding i samspillet indikerer, at der er et fælles fokus og patient og terapeut sammen skaber en fremadrettet bevægelse. Hvilket er forhold der befordrende for opbygningen af en relation til patienten. Spænding er i min forforståelse meget central i interaktionen med retspsykiatriske patienter. Når terapeuten registrerer spænding, må han/hun være meget opmærksom på årsagen til, hvad der skaber denne spænding.

Empati

I min forforståelse af den terapeutiske relation er terapeutens mulighed for at udvise og have *empati* med patienten en meget vigtig indikator for kvaliteten af den terapeutiske relation. At kunne udvise empati med patienten defineres som, at man som terapeut kan vise sig som et medmenneske, og patienten er åben for at tage imod denne empati [Thorgaard, 2006; Bordin, 1979]. Som beskrevet i min forforståelse kan det som terapeut være meget svært at bevare, mærke og udvise empati med retspsykiatriske patienter, bl.a. fordi patienterne er meget lidt udtryksfulde. Det kræver en stor og skærpet opmærksomhed fra terapeutens side dels at mærke og dels at formidle empati til patienten, på en måde så den retspsykiatriske patient tager imod empati. I en sund relation kan empati bl.a. formidles verbalt, hvilket ikke altid er muligt i relationen med retspsykiatriske patienter. I min forforståelse af den terapeutiske relation, beskriver jeg den verbale interaktion mellem terapeut og den retspsykiatriske patient, enten som værende en støtte eller et element, der skaber modstand hos patienten. Den verbale interaktion kan derfor være en hindring for at kunne udvise empati med patienten.

Men at styrke sin empati med patienten hjælper terapeuten til at mærke, hvordan patienten virkelig har det og relaterer sig til andre, og kræver, at terapeuten skærper sin opmærksomhed på de sanssemæssige dimensioner i relationen og i den direkte interaktion [McGlashan & Keats, 1989; Thorgaard, 2006]. Thorgaard definerer bl.a. 4 måder hvorpå terapeuten mærker sin empati med patienten. En af disse 4 måder er at "terapeuten ikke mærker noget", hvilket indikerer, at terapeuten mærker patientens forsøg på "ikke at mærke noget", som er patientens måde at beskytte sig selv mod psykiske smerte. Derudover tydeliggør det patientens modstand mod at involvere sig i den terapeutiske relation og proces [Thorgaard, 2006].

I fremstillingen af min forforståelse af den terapeutiske relation lægger jeg vægt på at beskrive, i hvor høj grad terapeuten kan mærke patienten, og terapeutens oplevelse af om musikken opleves som mekanisk eller organisk og dynamisk. Endvidere om det i musikken og på et non-verbalt niveau er muligt at udvise og formidle empati til patienten.

Ekpressivitet/udtryk

I klassisk psykoterapeutisk litteratur er *ekspressivitet* et udtryk for patientens evne og villighed til at give udtryk for og kunne sætte ord på og reflektere over indre konflikter. En manglende evne til dette betegnes som en udfordring i forhold til at etablere den terapeutiske relation [Bordin, 1979; Lysaker, Shea, Buck, Dimaggio, Nicolò, Procacci, Salvatore & Rand, 2010]. Musikterapien tilbyder de retspsykiatriske patienter en mulighed for at give udtryk for indre konflikter, oplevelser og emotioner på et non-verbalt niveau, når de ikke kan - eller har modstand mod - at udtrykke sig med ord [Haakvoort, Boegarts, Thaut & Spreen, 2013; Smeijsters & Cleven, 2006]. Men også i musikterapi med retspsykiatriske patienter kan det være svært at nå til et punkt, hvor patientens udtryk er meningsfuldt og fører til kommunikation og etablering af kontakt. At have fokus på at beskrive musikkens ekspressivitet er med til at beskrive karakteren af den terapeutiske relation. Pavlicevic [1995] betegner i sin Musical Interaction Ratings scale, et første niveau i samspelet med patienten som "No communication". Dette niveau er kendetegnet ved, at patientens udtryk er så desorganiseret, at det er umuligt for terapeuten at møde patienten i musikken på en meningsfuld måde [Pavlicevic, 1995]. Derfor kræves der en ekstra opmærksomhed på de bitte små udtryk, der kommer fra patienten for at kunne registrere de allerførste tegn på udvikling af den terapeutiske relation. McGlashan & Keat [1989] beskriver i deres definition af de laveste trin i de relationelle procesniveauer, at patienten viser klare ønsker om kontakt, men på et meget primitivt niveau, der er præget af stor ambivalens.

Ligeledes aktiverer musikken de kropslige og sanselige udtryk i interaktionen med patienten, og medvirker til at styrke terapeutens muligheder for at registrere sine empatiske reaktioner i interaktionen med patienten og mærke patienten. Som beskrevet ovenfor, vigtige reaktioner, når man skal vurdere den terapeutiske relation [Thorgaard, 2006]. Hvis terapeuten oplever at musikken opleves mekanisk, kan det være et lydligt og stærkt udtryk for en ekstrem form for kontrol forårsaget af patientens angst for at udfolde sig.

Involvering

Et tema som *involvering* er i min forforståelse en indikator for, i hvor høj grad patienten engagerer sig i interaktionen med terapeut og graden af udfordring ifht. at støtte udviklingen af den terapeutiske relation. I de klassiske definitioner af terapeutisk relation er involvering beskrevet som, at patienten tager del i og formår at opnå enighed med terapeuten om mål og metode for terapien [Bordin, 1979]. Patienter med et stort engagement, imødekommenhed og villighed udvikler bedre terapeutiske relationer end dem, der trækker sig og er modvillige [Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011]. En sådan grad af involvering er meget svær at opnå med de retspsykiatriske patienter, dels pga. deres

psykiske sygdom der medfører, at de ofte er præget af paranoia og mistroiskhed. Dels er de retspsykiatriske patienter udsat for tvangsforanstaltning, der tvinger dem til behandling, og som skaber modstand hos patienterne ifht. behandlingen. De retspsykiatriske patienter er ofte modvillige og i opposition, og det kan være meget svært ad kognitiv vej alene at motivere patienten til at engagere sig i sin behandling. Hvis patienten grundlæggende ikke tror på, at jeg vil ham det bedste, er det i første omgang nødvendigt at bløde op for denne fjendtlighed hos patienten, så han/hun bliver mere tryk og dermed tør engagere sig.

Et mindste mål af involvering kan være, at patienten møder op uanset på hvor lavt et niveau, og hvor lidt vedkommende bidrager med. Dét, at patienten møder op, giver en mulighed for at påvirke patientens engagement og involvering [Duncan & Miller, 2000]. I flere modeller beskrives graden af involvering fra patientens side, og her kan selv den mindste grad af involvering tydeliggøres fx "patienten er villig til at dele en fælles puls med terapeuten" [Pavlicevic, 1995], eller "patienten involverer sig på en strukturel og formel vis, men ikke emotionelt" [McGlashan & Keats, 1989].

Gensidighed

Det sidste tema er graden af *gensidighed*, der ligesom ovenfor også er indeholdt i den klassiske definition af den terapeutiske relation. Her understreges især det faktum, at der er enighed omkring rollefordelingen i terapien, og patienten vil lade terapeuten hjælpe ham [Bordin, 1979; Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011]. Hougaard [1996] tilføjer, at enighed om styring og grad af intimitet ligeledes er vigtig. En erkendelse hos den retspsykiatriske patient, ifht. at have brug for hjælp og tillade terapeuten at hjælpe ham, kan tage meget lang tid at nå til. I min forforståelse er enighed om roller et centralt punkt, og mangel på en sådan enighed indikerer, at den terapeutiske relation er udfordret (fig 5). Men at opnå enighed om styring i terapien eller at forhandle om dette, selvom patienten ikke anerkender at terapeuten er hjælperen i relationen, kan være et vigtigt første skridt i forhandlingen om rammerne for terapien, og et element i opbygningen af den terapeutiske relation med retspsykiatriske patienter.

Gensidighed handler også om, at en grad af ligeværdighed i relationen er tilstede, fx ifht. at give og tage initiativ og kontrol. En sådan ligeværdighed kan være tilstede i musikken men ikke i den verbale dialog. Gensidighed i den musikalske interaktion er også central i musikterapeut Pavlicevic's [1995] Musical Interaction Ratings scale [MIR]. På et af de laveste niveauer, der kaldes "one-sided contact", beskrives det, at terapeut og patient deler puls eller rytmiske figurer i den musikalske interaktion, men det er terapeuten, der tager alle initiativer. Det højeste niveau i MIR benævnes "musical partnership", hvor terapeut og patient skiftes til at føre an og tage initiativer i den musikalske improvisation og bruge elementer fra modpartens musikalske udtryk i sit eget musikalske udtryk [Pavlicevic, 1995].

Konklusion

Min forforståelse af den terapeutiske relation er i denne artikel beskrevet med udgangspunkt i min kliniske erfaring med musikterapi i retspsykiatri i Danmark. Repertory grid metoden er benyttet for at strukturere og tydeliggøre indre sammenhænge i min opfattelse af den terapeutiske relation, som ellers nemt kunne fremstå som tilfældig og inkonsekvent. Gennem Repertory grid (RepGrid) metoden fremkom 10 konstruktioner eller modsætningspar, der illustrerer hvilke elementer jeg opfatter som vigtige i beskrivelsen af den terapeutiske relation med retspsykiatriske patienter i musikterapi. Disse konstruktioner samler sig i 2 hovedkoncepter: 1: spænding, involvering og grad af gensidighed 2: graden af ekspressivitet og mulighed for at udvise empati med patienten. Interaktionen og relationen mellem mig som musikterapeut og den retspsykiatriske patient kan placeres på et kontinuum mellem yderpunkterne af disse koncepter, og indikerer, hvor udfordrende det er at etablere den terapeutiske relation med patienten.

Især de non-verbale dimensioner i interaktionen er meget vigtige at være opmærksom på, for at opfange de allerførste tegn på udvikling af den terapeutiske relation, og de indikerer hvordan denne udvikling kan støttes.

Sluttelig diskuteres temaer ifht. den terapeutiske relation i relation til den teori og litteratur, der findes om emnet.

Litteraturliste

Abrams, B. & Meadows, A. [2005]. Personal construct psychology and the Repertory grid technique. In: Wheeler, B.L. [Eds.] *Music therapy research*, [pp. 472-486]. Gilsum: Barcelona Publishers

Abrams, B. [2007]. The use of Improvisation Assessment Profiles [IAP's] and RepGrid in Microanalysis of Clinical Music Improvisation. In: Wosch, T. & Wigram, T. [Eds.] *Microanalysis in Music Therapy- Methods, Techniques and Applications for Clinicians, Researchers, Educators and Students*, 92-103, London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers

Beauford, Dale & Renee [1997]. Utility of the initial therapeutic alliance in evaluating psychiatric patients' risk of violence In: *The American Journal of Psychiatry*, 154 [9], 1997-09, 1272-1276.

Bonde, L. [2013]. The musical identities of Danish music therapy students: a study based on musical autobiographies. In: *Musical life stories. Narratives on health musicking*. Centre for Music and Health publication series, 6. 307-3027. Oslo: NMH-publikasjoner 2013:5

Bordin, E.S. [1979]. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16[3], 252-260.

Castonguay, L.G., Constantino, M.J. & Holtforth, M.G. [2006]. The working alliance: Where are we and where should we go?. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43 [3], 271-279.

Codding, P. A. [2002]. A comprehensive survey of music therapists practicing in correctional psychiatry: Demographics, conditions of employment, service provision, assessment, therapeutic objectives, and related values of the therapist. *Music Therapy Perspectives*, 20[2], 56-68.

Douglas, & Skeem[2005]. Violence Risk Assessment – Getting specific about being dynamic. *Psychology, Public Policy and Law*, 11[3], 347-383, American Psychological Association.

Duncan, B.L. & Miller, S.D. [2000]. The client's theory of change: Consulting the client in the integrative process. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10[2], 169-187.

Flower, C. [1993]. Control and creativity. music therapy with adolescents in secure care. I M. Heal, & T. Wigram [Eds.], *Music therapy in health and education* [s. 40-45]. London: Jessica Kingsley Publishers.

Hakvoort, L., & Bogaerts, S. [2013]. Theoretical foundations and workable assumptions for cognitive behavioral music therapy in forensic psychiatry. *Arts in Psychotherapy*, 40[2], 192-200.

Hakvoort, L., Bogaerts, S., Thaut, M. H., & Spreen, M. [2013]. Influence of music therapy on coping skills and anger management in forensic psychiatric patients: An exploratory study. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. doi:10.1177/0306624X13516787

Horvath, A.O., Del Re, A.C., Flückiger, C. & Symonds, D. [2011]. Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48[1], 9-16.

Hougaard, E. [1996] *Psykoterapi: Teori og Forskning*, København: Dansk psykologisk Forlag

Jacobsen, C. B., Johansen, K. S., & Dansk Sundheds Institut, D. S. I. [2011]. *Udvalgte udviklingstendenser i dansk retspsykiatri*. København: Dansk Sundhedsinstitut.

Lysaker, P., Shea, A., Buck, K., Dimaggio, G., Nicolò, G., Procacci, M., Salvatore, G & Rand, K. [2010]. Metacognition as mediator of the effect of impairments in neurocognition on social function in schizophrenia spectrum disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122[5], 405-413.

McGlashan, T.H. & Keats, C.J. [1989]. *Schizophrenia: Treatment process and outcome*. Washington D.C.: American Psychiatric Press.

Nissen-Lie, H.A., Monsen, J.T. & Rønnestad, M.H. [2010]. Therapist predictors of early patient-rated working alliance: a multilevel approach. *Psychotherapy Research*, 20[6], 627-646.

Pavlicevic, M. [1995]. Interpersonal processes in clinical improvisation: towards a subjectively objective systematic definition. In: Wigram, Saperston & West [Ed.] *The Art & Science of music therapy: A Handbook*, [pp. 167-180]. Amsterdam: Harwood academic publishers.

Priebe, S. & McCabe, R. [2006]. The therapeutic relationship in psychiatric settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 69-72.

Rich, P. [2006]. From theory to practice: The application of attachment theory to assessment and treatment in forensic mental health services. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 16[4], 211-216.

Thorgaard, L. [2006]. *Relationsbehandling i psykiatrien – Empatiens bevarelse I relationsbehandling I psykiatrien*. Stavanger: Hertervig forlag.

Thorgaard, L. & Haga, E. [2006]. *Relationsbehandling i psykiatrien – Gode relationsbehandlere og god miljøterapi*. Stavanger: Hertervig Forlag.

Siegel, D.J. [2007]. *The mindful brain: Reflection and attunement in the cultivation of well-being*. New York: W.W. Norton.

Smeijsters, H., & Cleven, G. [2006]. The treatment of aggression using arts therapies in forensic psychiatry: Results of a qualitative inquiry. *Arts in Psychotherapy*, 33[1], 37-58.

Sørensen, L.J. [1996]. *Særpræg, særhed, sygdom: Integrativ psykoseterapi*. København: Hans Reitzels Forlag.



ANVENDELSE AF HARMONIKA I KLINISK MUSIKTERAPI I SOCIALPSYKIATRISKE BOTILBUD

”Den [harmonikaen, red.] har særlige og mange anvendelsesmuligheder i forhold til klinisk musikterapi. Den kan anvendes som soloinstrument, i sammenspil, til akkompagnement og som percussioninstrument samtidig med, at musikterapeuten kan flytte sig rundt og også bruge sin stemme. Den rummer mulighed for at anvende et bredt spektrum af musikgenrer og klienten kan umiddelbart spille på instrumentet. Hertil kommer at den stimulerer både auditivt, visuelt og kinæstetisk.”

Heidi Lerche



HEIDI LERCHE

Uddannet cand.mag. i musikterapi på Aalborg Universitet med harmonika som hovedinstrument og cand.phil. i musikvidenskab på Aalborg Universitet. Ansat som musikterapeut i botilbud i Socialpsykiatrien i Favrskov Kommune. Musikterapeutisk erfaring inden for psykiatri, demens, neurorehabilitering og autisme-spektrumforstyrrelser samt musikpædagogisk undervisningserfaring i en række forskellige sammenhænge.

Abstract

Kun ganske lidt litteratur er skrevet om harmonikaen som instrument i klinisk musikterapi. Denne artikel ønsker at skabe et indtryk af, hvordan harmonikaen kan anvendes i klinisk musikterapi i socialpsykiatrien. Artiklen indledes med en beskrivelse af harmonikaens karakteristika, herunder dens flytbarhed og stilarter. Herefter er artiklen inddelt i afsnit, der beskæftiger sig med henholdsvis harmonikaen som akkompagnementsinstrument, som instrument i improvisationssammenhæng og hvor harmonikaen bruges som percussioninstrument samt et afsnit om brug af harmonikaen i forbindelse med reminiscens. Desuden er der et afsnit med eksempler, hvor klienten spiller på harmonikaen.



Indledning

Denne artikel er inspireret af Oldfield et al. [2015] *Flute, Accordion og Clarinet?*, der beskæftiger sig med musikterapeuters brug af hovedinstrument i kliniske sammenhænge. Nævnte bog indeholder en unik beskrivelse af 17 instrumenter anvendt i klinisk musikterapi. Det særlige ved bogen er, at det ikke drejer sig om klaver/keyboard, stemme eller percussion, men om strygere, blæsere, strengeinstrumenter og harmonika. Der har hidtil ikke eksisteret nogen særlig grad af musikterapilitteratur om disse instrumenter på trods af, at instrumenterne accepteres som hovedinstrumenter på de musikterapeutiske uddannelser, hvorfor litteratur herom er vigtig [Oldfield et al. 2015]. Således er også litteratur om harmonikaen som klinisk instrument inden for musikterapi begrænset og specifik litteratur herom inden for psykiatri specifikt er sjælden forekommende. Hertil kommer, at den minimale litteratur der forefindes, for størstedelen handler om pianoharmonika og ikke knapharmonika.

Formålet med denne artikel er således at give et indblik i harmonikaens muligheder i klinisk musikterapi i psykiatrien. En del af de anvendelsesmuligheder artiklen beskriver, vil også kunne anvendes eller overføres til andre klientgrupper. Dette ligger dog uden for denne artikels fokus. Artiklen har desuden til formål at inspirere til brug af harmonikaen, uagtet at det ikke er musikterapeutens hovedinstrument.

Artiklens kliniske eksempler er baseret på brug af knapharmonika og kan for størstedelens vedkommende desuden relateres til pianoharmonika, enkelte eksempler kan relateres til accordions, men ikke til diatoniske durspil. Accordions er betegnelsen for de harmonikaer, der har melodibas, mens der med ordet harmonika menes instrumenter med standardbas. I denne artikel anvendes betegnelsen harmonika, idet såvel knap- som pianoharmonika kan anvendes. Fordelen ved knapharmonikaen er blandt andet, at man kan spille flere toner samtidig, der spænder over mere end to oktaver, og knappernes kromatiske opbygning gør det nemt at transponere. Omvendt er pianoharmonikaen opbygget ligesom klaveret, hvorfor flere klienter umiddelbart vil have forhåndskendskab til tonernes placering.

De følgende beskrivelser bygger på erfaringer fra socialpsykiatrien - herunder erfaringer med forskellige klientgrupper omfavnende skizofrene sindslidelser, bipolar lidelse, personlighedsforstyrrelser, selvskadende adfærd herunder spiseforstyrrelser samt misbrug. Klientgrundlaget er alderen 18-65 år og komorbiditet er ofte forekommende. Alle eksempler er anonymiserede, og betegnelsen han eller hun er vilkårlig. Dog er alder og diagnose angivet i eksempler, hvor det er meningsgivende.

For alle artiklens eksempler og beskrivelser gælder, at den grundlæggende terapeutiske tilgang er eklektisk heri indbefattet en psykodynamisk og relationsorienteret tilgang. Hertil kommer anvendelse af et holistisk humanistisk menneskesyn med en anerkendende, bekræftende og ressourceorienteret tilgangsvinkel. Det vil sige at *”terapeuten har rollen som behandler, der gennem relationelt baseret terapi søger at forebygge tilbagefald, udvikle ressourcer og fremme personens muligheder for at klare sig selv”* [Hannibal, Pedersen & Hestbæk i Bonde et al., 2014, p. 270]. Alle eksempler er fra individuelle forløb.

I denne artikel anvendes Bondes musikterapeutiske menings- og funktionsniveauer [Bonde, 2009, 2014] som forståelsesramme for brugen af harmonika i klinisk musikterapi. I Bondes model indgår fire niveauer, der kort beskrives således:

Det fysiologiske niveau:

Musik forstås som lyd og vibrationer. Musikken udgør en fysiologisk påvirkning, herunder kropslige reaktioner, rytme og takt. Iberegnet vitalitetsdynamik og kommunikativ musikalitet.

Det syntaktiske niveau:

Musik forstås som et sprog med betydning. Musikken har indvirkning på oplevelsen af sammenhæng og struktur og har virkning som æstetisk fænomen. Musikkens tillagte mening bidrager til samspillet *“mellem umiddelbare og middelbare aspekter af den musikalske relation og kommunikation”* [Bonde, 2009, p. 162].

Det semantiske niveau:

Musik forstås som et sprog med mening, det vil sige fokus på meningsgskabelse og dermed en oplevelse af formål og budskab. Identitetsdannelse og musikken kan være medvirkende til et rigt, meningsgivende socialt liv.

Det pragmatiske niveau:

Musik forstås som interaktion. Udøvelse af musik. Musikken anskues som et socialt fænomen. Musikken har indvirkning på *“leg, samvær, ritualer, performance”* [Bonde, 2009, p. 177].

De fire niveauer er skitseret i Bonde [2009] p. 30 og i Bonde [2014] p. 86. Endvidere er niveauerne uddybet i Bonde [2009], kap. 5-9.

Det musikterapeutiske udgangspunkt for denne artikel betragtes overordnet set fra det semantiske niveau, hvilket vil sige musik i terapi. Isoleret set, vil der være elementer af alle fire niveauer og dermed også musik som terapi, musik som stimulus og musik som kommunikation og samhandling. Bonde [2009] understreger denne opfattelse. Nemlig at de fire niveaues kvaliteter grænser ind over hinanden og er i bevægelse så *“mening som hovedregel opstår i relationen mellem niveauerne og den oplevende person, der altid befinder sig i en bestemt historisk og kulturel kontekst”* [ibid., p. 31].

Artiklen her er følgelig bygget op i afsnit, der beskæftiger sig med harmonikaens identitet, harmonikaens tiltrækningskraft eller blikfang samt det modsatte - når harmonikaen bliver frastødende. Desuden er der afsnit om brug af harmonikaen i reminiscenssammenhæng, som akkompagnementsinstrument, som dét instrument klienten vælger at spille på samt harmonikaen i improvisation og dens muligheder for at fungere som percussion. Artiklen afrundes med en kort sammenfatning.

Harmonikaens Karakteristika

Harmonikaen anvendes som instrument i det meste af verden; i den argentinske tango, i den nordiske folkemusik, den franske musette, den russiske folkesang, den skotske og irske folkemusik, den jødiske klezmermusik, den amerikanske zydeco og cajun, i TV- og filmmusik samt de adskillige pop-, vise-, klassiske og jazz-stilarter, hvor harmonikaen optræder. Harmonikaen er endvidere anvendelig både som soloinstrument, som akkompagnementsinstrument og som en del af et band eller orkester, og den er således meget alsidig både hvad angår anvendelighed og repertoire [Oldfield et al., 2015]. Harmonikaen skal ikke stemmes, og den er klar til at blive spillet på med det samme. Med bælgten kan en klang holdes i kortere eller længere tid, og dynamikken kan varieres eller fastholdes.

Harmonikaen kan ikke tåle direkte længerevarende sollys eller regn, men den kan medbringes og anvendes udendørs, hvis vejret tillader det. Den er forholdsvis nem at transportere og medbringe til eksempelvis klientens bolig, og den kan hurtigt tages af og på efter behov. Med harmonikaen på, kan terapeuten bevæge sig rundt i lokalet i forhold til klientens placering i rummet; terapeuten kan sidde eller stå med den alle steder. Dens flytbarhed giver mulighed for nærhed og intimitet, og i gruppeterapi kan terapeuten let bevæge sig rundt i kredsen. Harmonikaen giver således et godt udgangspunkt for at skabe den musikalske nærværende atmosfære, Bonde et al. [2014] omtaler som afgørende for en musikterapeut. Desuden kan terapeuten have både én og to hænder ledige om nødvendigt eller spille

samtidig med at synge. Den ene hånd kan være fri, det vil sige, at terapeuten kan fortsætte akkompagnementspil med venstre hånd og holde klienten i hånden, støtte klienten eller danse med klienten samtidig (Powel, 2004; Oldfield et al., 2015).

Harmonikaer fås i forskellige størrelser, og der kan således være stor forskel på, hvor meget den vejer. Endvidere er der store prisforskelle. Derfor har musikterapeuten ofte en harmonika til performance brug samt én til musikterapeutisk brug (Oldfield et al., 2015). En harmonika, der anvendes i klinisk musikterapi, bliver jævnligt transporteret med til klienters boliger og udsat for temperaturforandringer. Den bruges hver dag af mange forskellige mennesker, hvorfor den bliver ridset og udsat for stød. Desuden er det langt fra alle klienter der kender til, hvordan harmonikaen skal spilles på, hvorfor bælg, knapper og registre blive medtaget. Desuden løfter musikterapeuten harmonikaen op og ned, på og af, mange gange i løbet af dagen samt skiftevis står og sidder med harmonikaen. Derfor kan det være hensigtsmæssigt for musikterapeuter at have en harmonika i en mellemstørrelse, som ikke vejer ret meget, som er forholdsvis billig, og som terapeuten ikke skal være påpasselig med at lade klienter spille på i modsætning til en dyrere, finere, måske tungere harmonika som anvendes til performance. For artiklens eksempler gør det sig gældende, at der er en knapharmonika til rådighed eller at musikterapeutens egen "musikterapi-knapharmonika" anvendes.

Harmonikaen kan i princippet, ligesom mange andre musikinstrumenter, bruges til alle aldre og forskellige klientgrupper. I den sparsomme litteratur om harmonikaen i musikterapi er det oftest eksempler fra klinisk arbejde med demensramte og fysisk-psykiske udviklingshæmmede børn og voksne, der beskrives. Netop disse to klientgrupper har Powell eksemplificeret (Powell, 2004), mens Loombe har forsket i anvendelsen af (piano)harmonikaen gennem eget casemateriale fra blandt andet demens og autisme-spektrumforstyrrelser og gennem litteraturreview og interviews med musikterapeuter, der anvender harmonikaen (Oldfiels et al., 2015). Bright har beskrevet harmonikaen i forhold til rehabilitering, demens, palliation og sorgarbejde (ibid.; Bright, 2007; Bright, 2008).

I psykiatrien er der erfaring med, at harmonikaen benyttes på vidt forskellige måder alt efter, hvilken musikterapeutisk metode der anvendes. De følgende afsnit beskriver og eksemplificerer et bredt udsnit af anvendelsesmulighederne.

Harmonikaens Blikfang

Harmonikaens udseende med dens mange forskellige knapper og krummelurer, bælgen, der bevæger sig, og forskellige farver og farvemønstre kan skabe interesse hos klienter, ligesom mange musikterapeuter kan give eksempler på klienters fascination af instrumenter generelt (Oldfield et al., 2015). Således kan synet af harmonikaen i sig selv skabe kontakt, hvad enten den er pakket ind i en kasse eller bag, hvor der vækkes forundring over, hvad der er indeni, eller den er pakket ud og understøtter initiativet til verbal kontakt.

Eksempel 1

En klient med en skizofren sindslidelse har generelt vanskeligt ved den terapeutiske konfronterede kontakt og ved relationer og kommer sjældent uden for døren. Klienten ønsker derfor kun musikterapi periodevis og altid kun i klientens eget hjem. Første gang jeg medbringer harmonikaen til klientens hjem, beder klienten mig om "at trykke den af". Jeg vælger at spille nummeret "Rock Around the Clock" inklusiv en rytmisk improvisation, da jeg føler mig sikker på, at klienten kender dette nummer og vil reagere på det rytmiske islæt. Klienten responderer positivt og signalerer, at harmonikaen og jeg godtages for i dag.

Harmonikaen, der i eksemplet her var medbragt til klientens bolig, har virket som facilitator for kontakten og i dette tilfælde åbnet op for samtale om harmonikaen som instrument og senere for, at klienten prøver at spille på harmonikaen. Selve musikken, lyden, fungerer i nævnte moment som terapi, - harmonikaens musik taler i sin særegne syntaks til klienten [Bonde, 2009, 2014]. Desuden videreføres samtalen om musik generelt og døren til det terapeutiske rum mellem klient og musikterapeut bliver for en stund åbnet.

Harmonikaens som frastødende

Harmonikaen kan - i modsætning til fascination - for nogle mennesker blive associeret til konkrete musikgenrer, som de af den ene eller anden grund tager afstand fra, eller den kan være forbundet med erindringer om ubehagelige oplevelser.

Eksempel 2

En midaldrende klient med diagnosen paranoid skizofreni modtager musikterapi i egen bolig. Efter at jeg har anvendt en række sessioner til udelukkende verbalt relationsarbejde og receptiv musikterapi, medbringer jeg guitar, xylofon og små percussioninstrumenter. Klienten spiller gladeligt på xylofonen. Den efterfølgende session medbringer jeg blandt andet en harmonika. Klienten reagerer spontant og højlydt vredladent allerede inden, jeg er kommet inden for, og klienten spørger til, hvad jeg har i kassen. Da jeg svarer, at det er en harmonika, beordrer klienten, at den skal blive stående i entréen og desuden at den ikke må medbringes fremover.

Loombe beskriver i Oldfield et al. [2015] en lignende case med en kvinde i 40'erne med cerebral parese:

"She unexpectedly became very upset... this case made me consider exactly how and when I introduce the accordion to different client groups and to acknowledge others' preconceptions and expectations of the accordion and the music traditionally associated with it." [Loombe i Oldfield et al., p. 53]

Eksemplerne viser, at terapeuten altid må være opmærksom på at introducere harmonikaen med forsigtighed og må være opmærksom på klientens reaktion. Samtidig kan den spontane negative reaktion være værdifuld, idet klienten viser initiativ og opmærksomhed, følelser og engagement - begreber som ofte kan være fraværende f.eks. hos mennesker med en skizofren sindslidelse. Harmonikaen kan have forbindelse til, eller den kan for klienten være blevet til et symbol på, traumatiserende oplevelser, ligesom overføringer kan forekomme. Eksempler på dette vil dog være for omfattende at behandle her, idet det ikke er specifikt for harmonikaen; det kan gælde for alle instrumenter. Følgelig - om end det bør ske særdeles skånsomt - kan den reaktion, harmonikaen har udløst, fremadrettet anvendes terapeutisk.

Harmonikaen og reminiscens

Harmonikaen har traditionelt set være et forholdsvis billigt instrument at anskaffe, og et instrument der var lettere at have plads til i hjemmet end eksempelvis et klaver. Dette har bevirket, at mennesker fra forskellige kulturer og samfundslag kan relatere sig til og genkalde minder, når de hører harmonikaens klang [Powell, 2004].

Genkendelse ved syn, klang og berøring, hænger sammen med at visuelle stimuli modtages i nakkelapperne [occipitallapperne], auditive stimuli i tindingelapperne [temporallapperne], og taktile- og kinæstetiske stimuli i isselapperne [parietallapperne]. De nævnte områder er endvidere delt i primære-, sekundære- og tertiære zoner, der beskæftiger sig med henholdsvis analyse, lagring og tolkning samt integration [Maul et al., 1990]. Derfor kan klienten forestille sig et instruments klang

– i dette tilfælde harmonikaens – ved synet af den, kan visualisere harmonikaen for sig ved at lytte til harmonikamusik og kan genkende en harmonika ved hjælp af følesansen. Denne mangefacetterede mulighed for genkendelse er relevant, eftersom harmonikaen er bredt kendt i befolkningen. Den vil ofte være visuelt og auditivt kendt af klienten, og klienten vil dermed have en umiddelbar eller middelbar reaktion på harmonikaen, jf. det syntaktiske niveau, uagtet om denne reaktion er negativ som i foregående afsnit eller positivt som i eksempel 3.

Én af de genrer, danskerne kender harmonikaen for, er folkemusikken, herunder folkedans.

Eksempel 3

I første del af en session skifter en klient flere gange mellem at fremstå klar i kontakten og psykotisk. Jeg tager harmonikaen og spiller et kort udpluk af en kendt polka fra folkedansen, da jeg ved fra tidligere sessioner, at klienten og vedkommendes familie har danset folkedans. Da jeg slutter med at spille, kommenterer klienten på musikken og omtaler relevante minder fra folkedans. Vi kan derefter fortsætte sessionen verbalt og nonverbalt, hvor klienten forbliver klar i kontakten.

Eksempel 4

En klient med bipolar lidelse er på grund af angst og depression sengeliggende og passiv og vanskelig at opnå en længerevarende verbal kontakt med. Jeg medbringer harmonikaen og spiller sagte og hensynsfuldt nogle melodier, der relaterer til årene omkring klientens barndom. Klienten slår øjnene op og fortæller om faren, der spillede harmonika. Jeg spiller videre, og hver gang jeg stopper, giver klienten svar på min musikalske henvendelse ved at fortælle, hvilken melodi jeg spiller og hvilke minder den frembringer. Ind imellem kommenterer klienten også med ”den kan jeg godt lide”.

Oldfield et al. (2015) beskriver harmonikaen som ”*a useful reminiscence object*” (p. 66), hvilket netop gør sig gældende i eksempel 3 og 4. Ved at bruge harmonikaen til at frembringe minder, skabes momentvis kontakt som i eksempel 4, hvor harmonikaen giver mulighed for etablering af kontakt til klienten. På den måde skaber harmonikaen en vej ind til klientens evne til at interagere med en anden og dermed momentvis ” *mindske psykisk isolation og mindske psykisk ubehag*” (Pedersen et al. i Bonde, 2014, p. 256) i forbindelse med depressionen. Den musiklytning, der foregår, når terapeuten spiller på harmonikaen, aktiverer klienten både neurologisk og hormonelt (ibid.). Harmonikaen repræsenterer her *musik i terapi*, hvor den både bogstavelig og symbolsk refererer til den indre og ydre verden samt har en særlig betydning for klienten (Bonde, 2009, 2014).

Harmonikaen til akkompagnement

Den ældre del af den danske befolkning har antagelig oplevet harmonikaen som akkompagnementsinstrument til fællessang. Men også i nyere tid anvendes harmonikaen i sociale sammenhænge. Eksempelvis viste landsdækkende tv et klip med en fangruppe til den professionelle slovenske cykelrytter Peter Sagan, hvor de sang en slagsang akkompagneret af harmonika. Ligesom eksempel 3 og 4 illustrerer reminiscens arbejde, således kan harmonikaen også aktivere associationer til sociale oplevelser.

Eksempel 5

En klient diagnosticeret inden for det skizofrene spektrum og med autistiske træk, har forskanset sig i sin bolig. Kontakten til verden udenfor ud over personalet er sparsom. Klienten virker tryk ved harmonikaen og fra musikerapiforløbets begyndelse er klienten motiveret for at synge med harmonikaen som akkompagnementsinstrument. Igennem en lang række sessioner synger klienten og jeg til harmonikaakkompagnementet, og dette bliver det faste indhold og den tryghedsskabende ramme om sessionerne. Med tiden bliver det endda muligt, at jeg synger strofer med 2. stemme, mens klienten synger melodien.

I eksempel 5 udvikles i ro og mag både relationen mellem terapeut og klient samt klientens evne til initiativ i form af sangvalg. Samtidig gør den trygge ramme det muligt for terapeuten at indføre andre musikterapeutiske metoder i sessionerne.

Gennem sangen vedligeholdes desuden klientens evne til at læse og til at koncentrere sig. Isolationen brydes for en stund og klienten animeres til engagement. Endvidere betyder klientens sangvalg både en stadfæstelse samt en udvikling af identitet, som harmonikaakkompagnementet understøtter. Musikterapeutisk optræder harmonikaen her både i terapi men også som terapi, idet klienten oplever en sammenhæng, balance og struktur samt identitetsdannelse i at synge en sang fra ende til anden.

Det kan endvidere være oplagt at anvende harmonikaen som akkompagnementsinstrument i forbindelse med sangskrivning. Uanset om det drejer sig om sangskrivning eller prækomponerede sange og melodier, stiller det krav til terapeutens musikalske færdigheder, når en klient frit kan vælge sange og genrer. Harmonikaens mange genre-muligheder kommer her til sin ret. Endvidere er det forholdsvis let at transponere på specielt knapharmonikaen, hvilket gør, at tonearten hurtigt kan tilpasses klientens behov.

Klientens muligheder for at spille på harmonikaen

Klienten kan også, som kort nævnt i eksempel 1, spille på harmonikaen uden nogen forudgående kendskab til instrumentet. Den klang, der umiddelbart fremkommer, er rene toner, både hvis klienten selv sidder med harmonikaen eller spiller på den, mens terapeuten sidder med den. For eksempel er det muligt, at terapeuten sidder med harmonikaen og spiller både akkompagnement med venstre hånd og percussion (dette beskrives i næste afsnit) på harmonikaen med højre hånd, mens klienten spiller på diskantsiden. En anden mulighed er, at klienten kan lære at spille små melodier, som relativt hurtigt lyder godt. Dette kan give mestringsoplevelser. Når klienten spiller på harmonikaen, kan det anskues som en form for jeg-støtte til at hjælpe klienten med at fastholde en motivation til at udvikle ressourcer eller til at kompensere for manglende udvikling.

Eksempel 6

En klient har i forvejen lidt kendskab til at spille musik, og da han prøver harmonikaen, begynder han med det samme at lege med tonerne og forsøger at finde frem til en melodi. Jeg fortæller om harmonikaens tekniske opbygning og lærer ham at spille den melodi, han selv har fundet frem til at spille begyndelsen på. Relativt hurtigt lærer han melodien, og han går med stor iver i gang med en ny melodi.

Klienten oplever sammenhæng og struktur, når han lærer at spille en melodi på harmonikaen, og musikterapien bevæger sig dermed på det syntaktiske niveau; *musik som terapi*. Her forekommer sammen med den terapeutiske tilgang endvidere en pædagogisk tilgang. Terapeuten formidler decideret lærerstof, ved at klienten lærer at spille en melodi og dermed får erfaring med en eksemplarisk færdighed. Klienten har forholdt sig til, hvilken melodi, der skal spilles, og han forholder sig løbende til, om repertoiret skal udvides og i så fald i hvilken retning. De immanente evner, klienten har, får præmisser for udvikling. Koncentrationsevnen styrkes og viljestyrken mobiliseres. Denne pædagogiske tilgang kendes fra Klafkis¹ teori om 'material' dannelse (formidling af videnskab og teori) og 'formal' dannelse (klientens kompetencer) (Klafki, 2001; Rasmussen, 2013; Tønnesvang, 2002). Klafki viderefører 'material'- og 'formal' dannelsen til teorien om 'kategorial' dannelse. I 'kategorial' dannelseteorien sættes selve lærerstoffet og klientens subjektive forholdemåde i samspil (ibid.). I forhold til ovenstående betyder det, at klienten præsenteres for et eller flere instrumenter, i dette tilfælde harmonikaen. Via motivation fra terapeuten får klienten mod på at afprøve instrumentet og måske

1 Klafkis teori omfatter 3 former for kundskab, hermed ment dannelse: Materiel dannelse og formal dannelse og af disse to den dobbeltsidige kaldet kategorial dannelse (Klafki, 2001; Rasmussen, 2013; Tønnesvang, 2002).

senere flere instrumenter. Klienten får en følelse af at opnå en færdighed. Selve færdigheden samt dét at turde tillære sig og kaste sig ud i noget nyt, kan klienten sidenhen overføre til andre livssituationer. Dette medfører desuden en udvidelse af den musikalske identitet. Således sker der sideløbende med den terapeutiske proces en udviklende læring. Det vil sige, at klienten oplever mestring samt får adgang til sin egen selvoplevelse og mulighed for kontakt til omverdenen og tager dette med sig i den videre proces. Det skal dog bemærkes, at den terapeutiske tilgang er primær, mens den pædagogiske tilgang og klientens udvikling af kundskab i form af at spille på harmonika er sekundær i forhold til den overordnede terapeutiske proces.

Når man skal frembringe lyd på en harmonika, er det en fysisk udfordring, som stiller høje krav til koordinationsevnen. Dette er dermed også en god øvelse for klienten. Der spilles på harmonikaens knapper horisontalt med både højre og venstre hånd, mens venstre arm bevæges vertikalt med bælgen. Denne modsatrettede bevægelse stiller store krav til koordination samt stabilitet i skulderåget og øverste del af kroppen. Endvidere kan man, når man spiller på harmonikaen, ikke se venstre hånd, hvorfor al spil på bas-knapperne foregår udelukkende ved at føle og lytte sig frem.

At spille på en harmonika er således en vanskelig og kompleks motorisk udfordring. Styring af motorikken kræver et samspil i hjernen mellem fortrinsvis basalganglierne, strukturer i lillehjernen og overordnede strukturer i hjernebarken [Ahlmann, 2000]. Det vil sige, at når klienten spiller på harmonikaen, så opstår der komplicerede forbindelsesveje mellem hjernecellerne, og nye færdigheder trænes.

Der sker således en træning og udvikling af hjernen, som måske ellers er nedtonet hos et menneske, der er ramt af psykiske lidelser. Det må bemærkes, at motivation til denne motoriske udfordring er en særdeles vigtig forudsætning. Særlig for klienter, hvor symptomet katatoni er fremherskende, kan det være en udfordring og måske endda for vanskeligt. Eksempelvis kræver klaveret kun én finger på én tangent, mens harmonikaen forudsætter, at klienten kan holde [ud at have] instrumentet ind mod kroppen samtidig med, at modsatrettede bevægelser udføres.

For klienter, der har lidt kendskab til at spille på instrumenter, er det måske muligt at lære at spille sange eller små melodier på harmonikaen. Dette kan, ud over de ovenfor nævnte terapeutiske herunder kropslige virkninger, eksempelvis også bruges i forhold til reminiscens, hvis klienten lærer at spille melodier, han har en reference til. Harmonikaen kan også anvendes som klientens instrument til improvisation og som perkussion, hvilket er uanset, om klienten har forudgående kendskab til dette eller andre instrumenter.

For klienter med eksempelvis spiseforstyrrelser kan spil på harmonikaen være med til at træne forbindelsen mellem krop og hjerne. Dette kan ske både ved den førnævnte motoriske udfordring, men også fordi klienten, under spil på harmonikaen, kan mærke dens fysiske vægt og tyngde samt dens vibrationer. Bælgen bevæges for at frembringe lyd, og der er således en konstant bevægelsesberøring ind mod flere dele af kroppen; ben, mave, brystkasse. Det vil sige, at vibrationerne som klienten føler, afspejler klientens bevægelser og omvendt. Forbindelsen fra hjerne til krop, som er udfordret af spiseforstyrrelsen, kan stimuleres og aktiveres. Musikterapeutisk anskuet, berøres her *det fysiologiske niveau* [Bonde, 2009, 2014], idet harmonikaens vibrationer mærkes mod kroppen, ligesom kroppen bevæger sig for at frembringe lyd. Frembringelsen af lyd omhandler dermed musik som stimulus. Er det terapeuten, der spiller på harmonikaen, kan klienten mærke vibrationerne ved berøring af instrumentet. Samtidig eller ved siden af, vil harmonikaens bevægelser afspejle det hørte, hvorved det visuelle og auditive sammenkobles.

Der kan, som ovenfor beskrevet, forekomme mange forskellige processer for klienten i dét at spille på harmonikaen. Såvel læring, mestningsoplevelser og identitetsdannelse kan komme i spil samtidig med

at motorikken og forbindelsesveje mellem krop og hjerne trænes. Hertil kommer den generelle proces, som aktiv musikterapi fordrer.

Harmonikaen i improvisation og som percussion

På såvel bælg som på den øvrige overflade på harmonikaen, kan dens vibrationer mærkes. De forskellige overflader kan også anvendes til forskellige rytmiske effekter; bælggen som tromme eller guiro, klik-lyde på knapper, luft-lyd med bassens luftknap. Terapeuten kan endvidere spille rytmiske effekter med højre, mens venstre hånd spiller bas/akkord akkompagnement.

Eksempel 7

En klient, der oftest befinder sig både mentalt og fysisk i sin egen verden, sidder ved et el-klaver og leger med rytmeboksen, mens jeg sidder ved siden af med harmonikaen på. Jeg henter en congas stadig med harmonikaen på, og opfordrer klienten til at spille til rytmeboksen. Klienten spiller først sin egen rytme ude af takt med rytmeboksen. Jeg følger klientens rytme med klap på den udslåede bælg. Klienten begynder herefter at lægge mærke til "vores" rytme og efterhånden også til rytmeboksens rytme og retter ind efter dette. Herefter skifter jeg til at spille melodisk til klientens rytme.

Harmonikaen har i eksempel 7 været facilitator for intersubjektivitet. Klienten får her både oplevelsen af at blive hørt og af at høre en anden [Lerche, 2014]. Harmonikaens mulighed for både at fungere som percussioninstrument og til melodisk spil, gør det praktisk nemt for terapeuten at følge klienten. Således er harmonikaen fleksibel i alle former for improvisation, og med en terapeuts musikalske sensitivitet kan dens brede palet af musikalske nuancer udnyttes konstruktivt.

Eksempel 8

En klient spiller på en tromme. Hun skifter mellem at spille uden puls og med mange forskellige lyde og at spille med fast puls og rigidt. Når hun spiller med mange lyde, anvender jeg harmonikaen som percussioninstrument, mens jeg spiller melodisk, når hendes spil har en fast puls.

Klienten fortæller bagefter, at hun i improvisationen både følte sig hørt og fik plads til at være i sin egen verden samtidig med, at hun kunne høre terapeuten og i samspil med denne frembringe rytmiske og klanglige udtryk. Musikterapien rører ved flere niveauer: musik som og i terapi samt det pragmatiske niveau, idet samhandlingen også har betydning.

Sammenfatning

Artiklen har søgt at vise, hvordan brug af harmonikaen kan medvirke til klienternes stabilisering og udvikling af færdigheder, til deres erhvervelse af nye færdigheder samt den motoriske træning ved at frembringe lyd på harmonikaen. Desuden har artiklen søgt at vise, hvordan harmonikaen kan medvirke til at udvikle og vedligeholde koncentrationsevnen og medvirke til opbygningen af en relation.

Artiklens kliniske eksempler og beskrivelser af harmonikaens muligheder spænder over flere af *musikkens menings- og funktionsniveauer* [Bondes, 2009, 2014]. Det musikterapeutiske arbejde, hvor harmonikaen benyttes, kan anskues på flere måder. Det omhandler overordnet *musik i terapi*, som nævnt i indledningen og illustreres gennem eksemplerne i artiklen. Den terapeutiske proces er forbundet til instrumentet, og hvad der heraf måtte følge og eventuelt blive sat i gang. Artiklen beskriver de elementer af terapien der er knyttet til selve instrumentet, hvor harmonikaen fungerer som facilitator for den terapeutiske proces. Selv om artiklens omdrejningspunkt er harmonikaen, betyder det naturligvis ikke, at denne er det eneste mulige instrument, der kan benyttes i det beskrevne terapeutiske møde med klienten. Andre instrumenter er lige så anvendelige i nogle af eksemplerne. Eksempelvis vil alle

musikinstrumenter kunne fange klientens opmærksomhed eller fremstå provokerende, som det er tilfældet i eksempel 2. Dette afhænger af klientens referencer til det pågældende instrument.

Det er min erfaring, at harmonikaen har særlige og mange anvendelsesmuligheder i forhold til klinisk musikterapi. Den kan anvendes som soloinstrument, i sammenspil, til akkompagnement og som perkussioninstrument. Den giver fleksibilitet i det musikterapeutens dels kan flytte sig rundt og dels kan bruge sin stemme samtidigt. Den rummer mulighed for at anvende et bredt spektrum af musikgenrer og klienten kan umiddelbart spille på instrumentet. Hertil kommer, at den stimulerer både auditivt, visuelt og kinæstetisk.

Harmonikaens anvendelse:	Krav til musikterapeutens færdigheder på instrumentet:
Som blikfang eller frastødende	Ingen særlige krav. Harmonikaen kan fremvises og præsenteres. Kan placeres fysisk tæt på eller langt fra klienten.
I reminiscens	Kræver en del kendskab. Mestring af melodisk spil.
Som akkompagnement	Krav til færdighed kan variere. Kan spilles med kun én hånd. Kan spilles med udelukkende akkorder eller flydetoner. Kan modsat også spilles som fyldigt akkompagnement. Evt. transponering.
Hvor klienten spiller på den	Kræver lidt kendskab. Viden om teknik, bælg, registre, toneopbygning. Kan ved en del kendskab anvendes pædagogisk/læringsorienteret
I improvisation	Krav til færdighed kan variere alt efter, hvilke krav der er i situationen til musikterapietoder.
Som <u>percussion</u>	Ingen særlige krav. Dog opmærksomhed på at have kendskab til harmonikaens enkeltdele, så disse ikke ødelægges.

Jeg har gennem de beskrevne eksempler søgt at vise en række af disse talrige muligheder i det musikterapeutiske arbejde i socialpsykiatrien. En af musikterapeutens styrker i det kliniske arbejde er evnen til på en konstruktiv terapeutisk måde at anvende musikinstrumenter. Jeg vurderer, at flere af de metoder, artiklen beskriver, vil kunne anvendes af uddannede musikterapeuter med kun lidt kendskab til harmonikaen. I nedenstående skema er hovedpunkterne for anvendelse af harmonikaen sammenholdt med krav til musikterapeutens færdigheder på instrumentet skitseret.

Naturligvis anvender jeg en række forskellige musikinstrumenter i det kliniske arbejde, og jeg tager hensyn til og fornemmer de behov og ønsker, den enkelte klient måtte have. Alligevel finder jeg, at harmonikaen har nogle unikke aspekter i forhold til musikterapi, at den er uvurderlig i mit kliniske virke og har en helt særlig plads.

Litteraturliste

Ahlmann, L. [2000]. *Bevægelse og udvikling*. København: Christian Ejlers Forlag.

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

Bonde, L.O. [2014]. *Musikterapi: Teori – Uddannelse – Praksis – Forskning*. Århus: Forlaget Klim.

Bright, R. [2007]. *Thoughts on Music Therapy*. [03.12.2015]: https://fightdementia.org.au/sites/default/files/20050500_Nat_CON_BrightMusicTherapy.pdf

Brigth, R. (2008). Edditorial. *Creative Expression, Communication and Dementia Newsletter*, 2 (March), p.3. [03.12.2015]: http://cecd-society.org/assets-australia/Hilary_Newsletter_mar_08.pdf

Klafki, W. (2001). *Dannelsesteori og didaktik – nye studier*. Århus: Forlaget Klim, 3. udg., 1. oplag.

Lerche, H. (2014). *Om intersubjektivitet og negative symptomer i et musikterapeutisk forløb med klient med kronisk skizofreni*. Speciale ved Institut for Kommunikation, Humanistisk Fakultet, Aalborg Universitet.

Maul, J. & Lauritzen G.Q. (1990). *I begyndelsen var bevægelsen – motorikken som katalysator for udvikling og indlæring*. København: Gyldendal.

Oldfield, A., Tomlinson, J. & Loombe, D (2015). *Flute, Accordion or Clarinet? – Using the Characteristics of Our Instruments in Music Therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Powell, H. (2004). Light on my feet – the Accordion. *Musicing: The Newsletter of Nordoff-Robbins Music Therapists*, December 2004, p. 20-21.

Rasmussen, T.N. (2013). Faglighedens dannelsespotentiale – et Klafki-perspektiv. *Faglighed og dannelse KvaN 96*, August 2013, 33. årgang, p. 27-32.

Tønnesvang, J. (2002). *Selvet i pædagogikken: selvpsykologiens bidrag til en moderne dannelses-pædagogik*. Århus: Forlaget Klim.



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 tekst-mæssige 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-mentaliserings: 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 non-verbale 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 symptumlindring, 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

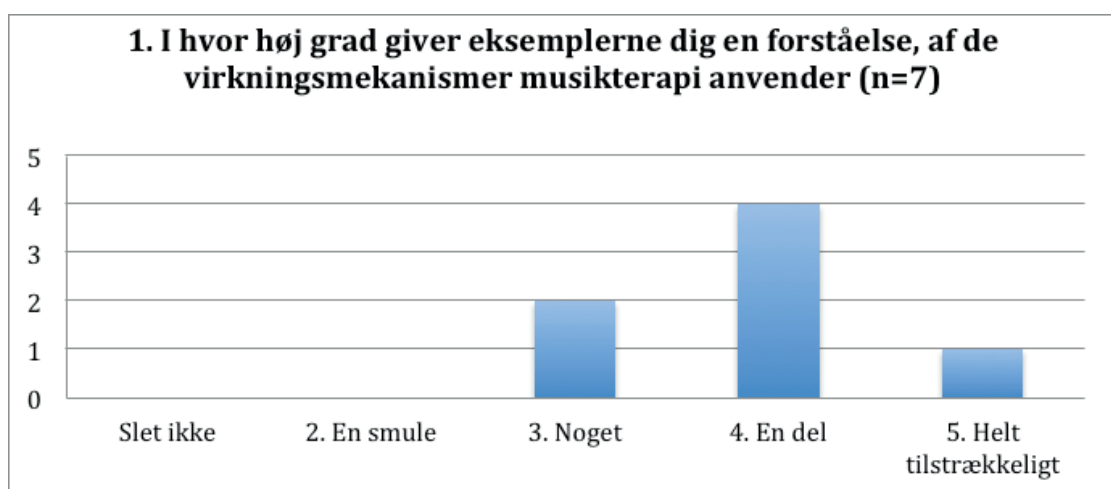
For at undersøge, om disse fire eksempler har formidlingsmæssig værdi, blev en mindre gruppe ikke-musikterapeuter kontaktet. Gruppen bestod af personer der i princippet kunne betragtes som lægemænd. Dog er det kun informanter med akademisk baggrund, der har svaret, og materialet er derfor ikke på nogen 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.

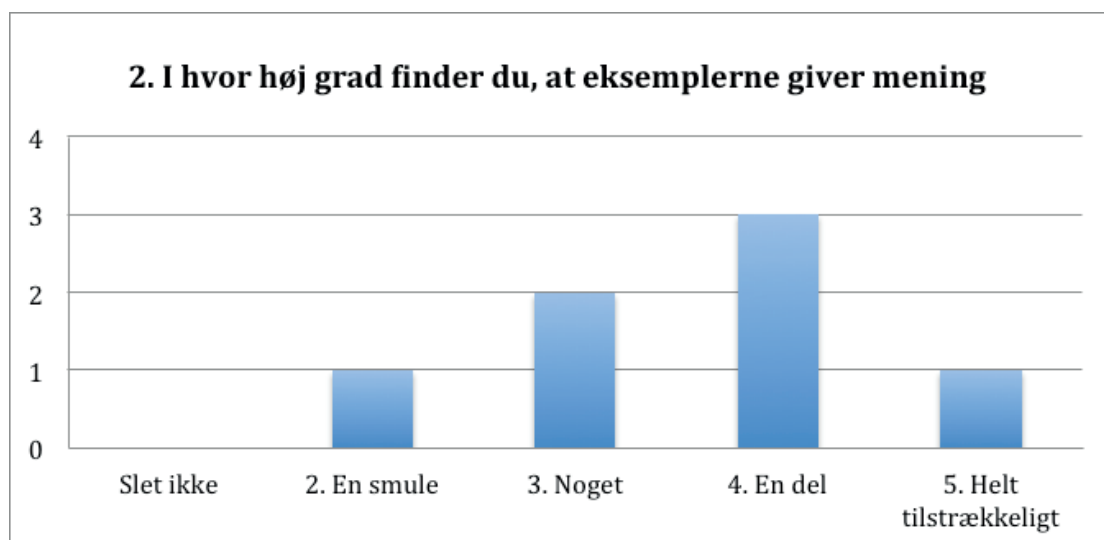
Resultater:

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



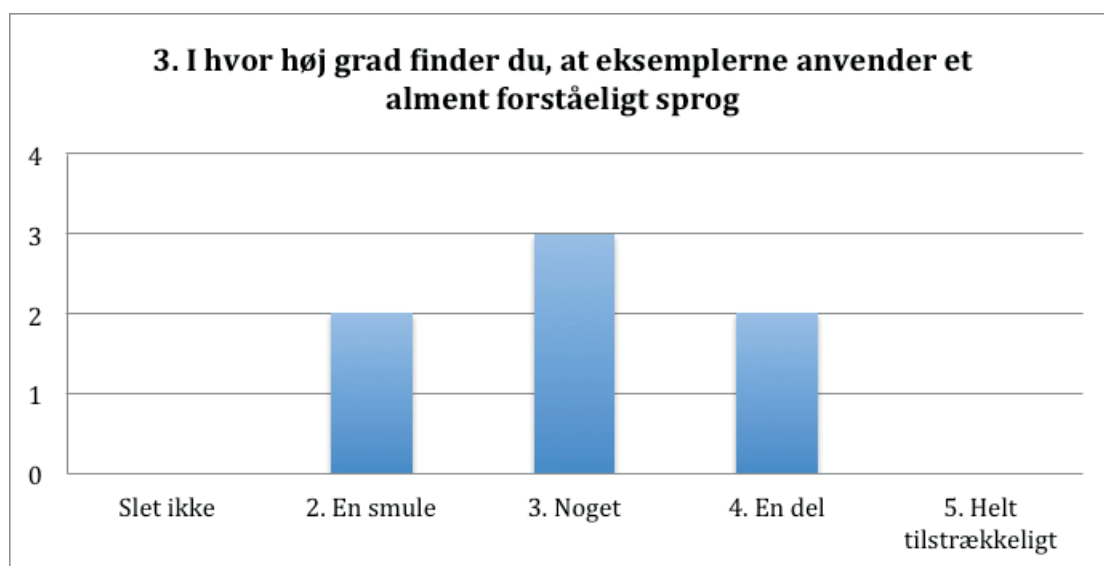
4 personer svarede "en del", 1 svarede "helt strækkeligt" og 2 svarede "noget". Altså synes læserne overvejende at kunne forstå, hvordan musikterapi virker i de konkrete eksempler (se graf 1).

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.

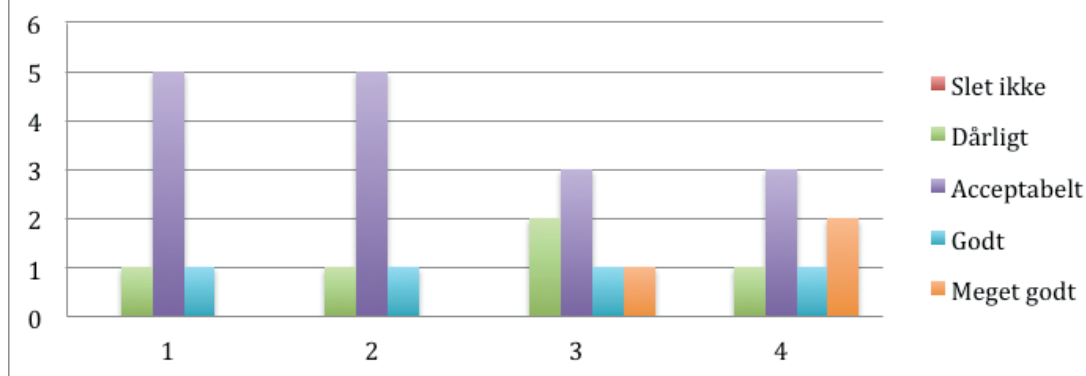
Det tredje spørgsmål har fokus på eksemplernes sproglige indhold [graf 3].



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). *Psykotterapi: 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, psykotterapi og udvikling*. København: Hans Reitzel Forlag.