



VOL. 9 NR. 1
JUNI 2014

MUSIKTERAPI I PSYKIATRIEN

- Klinisk praksis, forskning og formidling.

Tidsskrift: Musikterapi i psykiatrien Online

Ansvarshavende redaktører:

Universitetet Lektor Niels Hannibal, Musikterapi, Institut for Kommunikation, Aalborg Universitet

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

Lektor Randi Rolvsjord, Griegakademiet – Institutt for musikk, Universitetet i Bergen.

Musik- og leg psykoterapeut, uttrykkende kunstterapeut Gabriella Rudstam, Kris- og Traumacentrum i Stockholm.

© forfatterne 2014

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 MIPO Vol. 9 [1] - Juni 2014

Leder

Side 3

Niels Hannibal og Inge Nygaard Pedersen:

Side 4

Musikterapeuters særlige kompetencer- musikterapeutens sundhedsfremmende virkemidler generelt og i psykiatrien.

LEDER

Dette nummer af MIPO indeholder en peer-reviewed artikel. Artiklen er en omskrivning af et notat, som blev udarbejdet i januar 2012 i samarbejde med alle VIP-ansatte på musikterapiuddannelsen. Notatet havde til formål enkelt og kortfattet at formidle det særlige ved musikterapi i forhold til andre faggrupper og andre psykoterapeutiske metoder. Notatet er nu omformuleret og uddybet samt udstyret med kliniske eksempler i ønsket om at bidrage til at tydeliggøre vores fag.

Vi takker Forskningsrådet for Kommunikation og Kultur (FKK) for økonomisk støtte til udgivelsen af MIPO og ønsker god læselyst.

Redaktionen

MUSIKTERAPEUTERNES SÆRLIGE KOMPETENCER:

- musikterapeuternes sundhedsfremmende virkemidler
generelt og i psykiatrien.

Niels Hannibal og Inge Nygaard Pedersen



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



INGE NYGAARD PEDERSEN.

Professor MSO i musikterapi ved AAU. Leder af Musikterapiklinikken Aalborg psykiatriske sygehus / Aalborg Universitet. Godkendt Supervisor. Talrige publikationer om musikterapi.

Abstract:

Denne artikel omhandler musikterapiens særlige kompetencer og består af to dele. I første del præsenteres det særlige ved musikterapi i et kort og overordnet perspektiv i forhold til de elementer musikterapi indeholder såsom interventionsformer, udbytte, anvendelse, dokumentation, teori, behandlingskontekst. Anden del udfolder kliniske eksempler på det som overordnet beskrives i første del. Det problematiseres, at det specifikke og non-specifikke ikke så let kan adskilles, men samtidig præsenteres også forfatterens holdning: at musikterapi besidder ²noget² som er særligt og som giver faget en identitet.

Indledning

At sætte sig det mål at ville forklare og beskrive det særlige ved en behandlingsform er en udfordring af flere grunde. Alle, der udfører terapeutisk virksomhed, ved, at der findes fællesfaktorer, der ikke er knyttet til en specifik metode. Forskning viser, at vellykket terapi i højgrad handler om terapeuten og ikke kun om metoden [Jørgensen, 2004]. Desuden er der udenoms terapeutiske faktorer der har betydning for om en terapi har effekt [Hougaard, 2004]. Dette er selvfølgelig et vilkår, som også påvirker kvaliteten af musikterapeutisk behandling. Når vi alligevel sætter os det mål at beskrive og redegøre for noget specifikt ved musikterapi, er det, fordi vi mener, at musikterapi bidrager med metoder og medier, som knytter sig til redskabet musik, som andre terapier ikke benytter i samme grad, og fordi vi mener musikterapi udvider målgruppen for psykoterapi generelt, fx til at omfatte personer med begrænset evne til at udtrykke sig verbalt. Dette indebærer, at musikterapi kan anvendes til problemstillinger, der traditionelt ikke drager fordel af terapeutiske processer, fx senhjerneskade og demens. At kunne tydeliggøre musikterapi som i denne forstand unik er nødvendigt i arbejdet med at engagere behandlingssystemet i denne behandlingss metode. Det er dette, vi ønsker at indkredse og formidle i denne artikel. Det er i denne sammenhæng vigtigt at pointere, at musikterapi på ingen måde kun er for folk, der spiller musik eller interesserer sig for musik. Musikterapi retter sig mod det alment menneskelige og menneskeligt udviklende gennem mediet musik uanset forudsætninger.

Artiklen er delt i to dele. Den første del indeholder en koncentreret, oversigtsmæssig fremstilling af, hvad musikterapi overordnet kan bevirke, hvad der er det specifikke ved metoden, hvilke elementer der er fremtrædende, og hvilken kontekst musikterapi udøves indenfor. Vi giver her et bud på spørgsmål om, hvad der adskiller musikterapi fra terapi ydet af andre faggrupper, og hvilke kompetencer og specifikke virkemidler musikterapi bidrager med i forhold til behandling af klienter. Indholdet i denne del er en omskrivning af et internt notat fra 2011. Det blev fremsendt til fakultetet på vegne af hele forskergruppen på musikterapiuddannelsen.

I denne anden del af artiklen zoomer vi ind på psykiatrien og beskriver de elementer af musikterapien, der er mest anvendt med denne målgruppe, dette illustreret med detaljerede vignetter fra behandlingsforløb. Fokus er her en mere udførlig forklaring på, hvad der er det aktive i musikterapibehandling i psykiatrien.

Hvad adskiller musikterapi fra andre fagområder

Et hvert fagområde har sin berettigelse fordi dets udøvere enten yder noget andre ikke yder, fordi de yder noget der kan sammenlignes med det andre yder, men de gør det på en bedre måde og/eller fordi de yder noget, der gør andres indsats mere effektiv. I denne artikel vil vi anskueliggøre, hvorfor og hvordan vi mener, at musikterapi netop har alle disse tre kvaliteter og derfor bør være et selvfølgelig og naturligt tilbud til alle relevante målgrupper.

Musikterapi anvender musikken som en ekstra dimension. Musikken bygger så at sige oven på sproget og udvider de terapeutiske muligheder i betragtelig grad. Det skyldes overordnet, at musik har alle elementer af grundlæggende interpersonel kommunikation [Stern, 2010], ligesom musikken som æstetisk udtryk kan spejle alle menneskelige sindsstemninger. Musik inddrager dertil et handlende og aktiverende element, som med Small [1998] kan betegnes som det at musikere. Det bemærkes, at Small ændrer begrebet musik fra at være et substantiv til at være et verbum. Det er noget, vi lytter til eller spiller. Men Small betoner, at musik til enhver tid er noget vi gør. Vi musikerer. Endelig kan musik ligesom andre terapiformer facilitere kreativitet, engagement, nydelse og livsudfoldelse. Musikterapi er derfor ikke kun en behandling, der er rettet imod symptomer og "det syge", det er også en behandling, der retter sig mod det fungerende "og raske" i personen. Et sådant fokus på både det syge og det raske er ikke nødvendigvis

et særkende for musikterapi. Pointen er, at musikterapi i kraft af musikkens væsen har iboende kvaliteter, der retter sig mod begge sider. Vi kan ikke lytte til musik, vi kender, uden at få adgang til kultur, kontekst og historie, der ligger uden for terapien, samtidig med at musikken kan ramme noget dybt personligt og her og nu-relateret, som kan blive følelsesmæssigt aktiveret og påvirke ens selvopfattelse, før det kan bevidstgøres verbalt, hvad det handler om.

Musikterapi har en faglighed, som forener musikkens og psykoterapiens udtryks- og virkemidler.

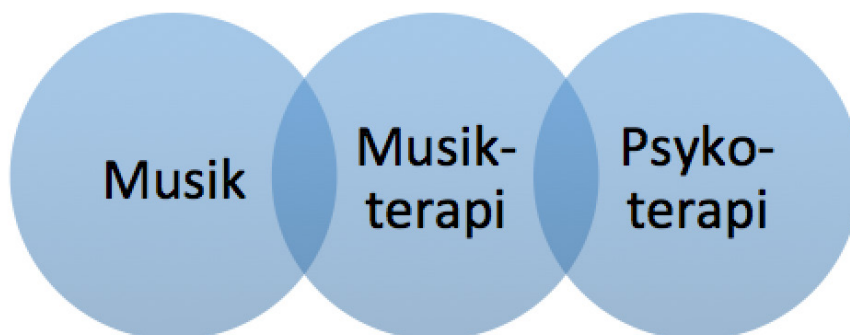


Fig. 1

Musik er således noget, vi har et både kulturelt og personligt forhold til. Det er dertil noget, som vi kan bruge som afledning fra eller som middel til at forstærke en indre tilstand. Mange opfatter musik som knyttet til underholdning og fornøjelse. Dette gør sig også gældende i musikterapi. Musik kan aflede, og musik kan skabe glæde og oplevelse af samvær. Men musik er også kommunikation, interaktion, og ikke mindst stimulation. Disse elementer er i musikterapi sat sammen med hele den dynamiske opfattelse af psykoterapi. Her eksisterer og fokuseres der på alliancen, relationen, det ubevidste, overføring, modoverføring og mentalisering. I en musikalsk sammenhæng kan disse elementer komme til udtryk og udspille sig konkret i den musikalske kommunikation uden om bevidstheden [Se eksempel 1, anden del af denne artikel side 9]. Når klienten ikke evner at italesætte sin oplevelse af verden eller ikke evner kontakt gennem sproget, kan musik fungere som både kommunikationskanal og som formidler af kontakt og relation. I den forstand kan musikterapi være med til at bryde isolation, etablere basis for kontakt og relation, hvorigennem musikterapi kan vække nogle fællesmenneskelige ressourcer [Gold et al. 2013]. En musikterapeut skal både kunne spille musik, men også kunne relatere sig i og reflektere over den terapeutiske proces, som foregår. Musikterapeuten har til forskel fra musikeren ikke fokus på det musikalske produkt, men på den forandningsproces, som musikken kan skabe og facilitere.

I musikterapi vil følgende elementer naturligt være til stede: Relation, kommunikation, kontakt, motivation, stimulation, regulering og et "frirum". I det følgende gives en kort beskrivelse af hvert af disse elementer:

- Enhver terapeutisk proces indeholder en eller anden form for relation. I musikterapi findes relationen såvel mellem terapeuten og klienten som mellem musikken og klienten og terapeuten og musikken. Musikken medierer en relation mellem klient og terapeut, hvor det terapeutiske fokus kan skifte mellem personer og musikken afhængig af behov og evner. Det er helt centralt for musikterapi, at musik kan fungere som ramme om det terapeutiske møde. For nogle meget svage grupper er musikalsk interaktion den eneste mulighed for at være i relation med andre.
- Enhver terapi indeholder en eller anden form for kommunikation: I musikterapi benytter deltagerne musikalske elementer som udtryk, form etc. til at kommunikere med hinanden og om sig selv og hinanden. Musikken erstatter ikke ord og sprog, men giver derimod den enkeltes udtryk en ekstra dimension, idet den nonverbale del af kommunikationen bliver gjort mere aktiv

i musikalsk kommunikation. Tilføjes ord og sprog, bliver både den verbale og den nonverbale kommunikation tilgængelig for terapeutisk integration og forandring. Musikken udvider så at sige det kommunikative felt, så både sproget og musikken kan fungere som mulige udtrykskanaler.

- Enhver terapeutisk proces indebærer kontakt. I musikterapi kan kontakten foregå og udvikles på andre præmisser end i samtale. I musikterapi kan man have meget subtil, musikalsk kontakt som udgangspunkt og stadig have meningsfuldt samvær. Man kan også have samvær, der overskrider regler for kontakt og kommunikation i samtalen, hvor musikalsk samspil kan have "solister", der bakkes op ad "bandet" eller have "orkestermedlemmer", der helt forsvinder i mængden, men stadig er med. Denne fleksibilitet i kontaktformen er en unik kvalitet og styrke i musikterapi. Flere kan udtrykke sig, komme "til orde" samtidig, uden at det opleves som at "tale i munden på hinanden".
- Enhver terapeutisk proces skal kunne motivere til deltagelse. Musikken er ofte udgangspunkt for interesse og motivation for musikterapi, og det er ofte også med til at fastholde personen i behandlingen. At deltage i musikalsk forankrede aktiviteter gør én til musikudøver i stedet for klient samtidig med, at der foregår klientudviklende processer.
- Ikke enhver terapeutisk proces har adgang til direkte, sanselig stimulation. I musikterapi udgør musikken et stærkt middel til at påvirke og inducere følelser, kropsfornemmelser, billeder, stemninger, erindringer og kultur. Men stimulation kan også indbefatte fx neurologisk stimulation, der påvirker kroppens arousalniveau.
- Ikke enhver terapiform har midler til at arbejde direkte med regulering, herunder afhjælpe dysregulering. I musikterapi kan musikken rumme stor grad af uro og energi. Musik kan skabe struktur og mønster i sindstilstande, der opleves som kaotiske og skræmmende. På den måde kan vanskelige og voldsomme sindstilstande på samme tid være til stede og mindskes. Når indre kaos bliver til musik, kan sindet falde til ro.
- Ikke alle terapier kan tilbyde et frirum, som musikterapi kan. "Et frirum" er et sted hvor man kan slippe sig selv løs, og hvor begrænsninger afløses af muligheder. I musikterapi er frirummet ikke altid aktiveret. Det er en potentiel mulighed, som opstår, når fokus flyttes fra det psykologisk begrænsende til det musikalsk og derved psykologisk mulige. Når en person tager det musiske rum i besiddelse, bliver personen legende, kreativ og levende. En sådan mulighed kan gøre musik og dermed musikterapi til en vitaliserende udfoldelse. Når en person i terapi oplever adgang til dette rum, er musikken terapeutisk i sig selv.

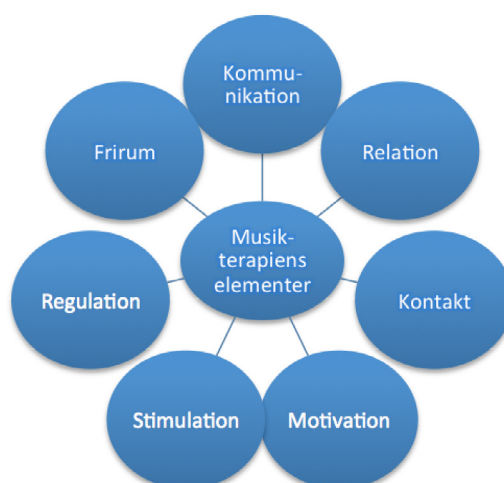


Fig. 2 Musikterapiens elementer

Interventionsområder og funktioner i musikterapi

De ovennævnte elementer kan udfoldes inden for mange forskellige typer af interventioner, som udnytter alle de muligheder, som musik og psykoterapi - og dermed musikterapi - giver: Disse muligheder kan anvendes til behandling, assessment, udvikling [transformation], lindring [stimulering], undervisning, træning og rekreation [kreative processer]. Alle disse muligheder er ikke relevante at bringe i spil for alle målgrupper, men vil principielt være tilgængelige.



Fig. 3 Musikterapiens interventionsområder

Musikterapeuters særlige kunnen og musikterapiens anvendelsesområder

Musikterapeuter kan yde terapeutisk bistand, dette uanset klienternes sproglige, kognitive, emotionelle og fysiologiske evner og færdigheder. De kan bl.a. fremme, behandle og udvikle ikkesprogligt baserede evner, kompetencer, behov og problemstillinger, ligesom musikterapeuter kan benytte musik til såvel aktiv som receptiv [lyttebaseret] musikterapi. Musikterapi kan anvendes til et bredt udsnit af målgrupper, uanset om der er tale om psykiatriske klienter, børn med funktionsnedsættelse, demente, sen-hjerne-skadede, traumatiserede flygtninge, somatisk syge, stressramte, cancer-overlevere eller mennesker med uhelbredelig sygdom.

Musikterapeuter udfører musikterapi inden for mange forskellige områder:

- psykiatri [hospitals-, social- og distriktskykiatri],
- ældrepleje og behandling af personer med demens samt deres pårørende,
- palliativ behandling og hjælp til en værdig afslutning på livet, fx på hospice
- neurorehabilitering i form af genoptræning af fysiske, emotionelle, kommunikative og sociale færdigheder samt behandling af traumer og kriser i forbindelse med ændret livssituation,
- børn og voksne med psykiske og fysiske funktionsnedsættelser,
- børn og unge med udviklingsforstyrrelser og indlæringsvanskeligheder,
- personer med kronisk stress,
- psykosocial indsats for flygtninge,
- psykosocial indsats for rehabilitering af somatiske klienter.

Klienters udbytte af musikterapi

I denne sammenhæng er det vigtigt at tydeliggøre hvordan vi inden for musikterapi opfatter og beskriver et udbytte af behandlingen. Overordnet ses udbytte af musikterapi typisk inden for følgende områder:

- 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 [intrapersonel/interpersonel bevidsthed], indlæringsparathed, kontaktparathed
- Arousalregulering: Mindskelse af forhøjet arousal [stress, agitation], stimulering af for lav arousal [demens, depression]
- Øget psykisk og fysisk velbefindende

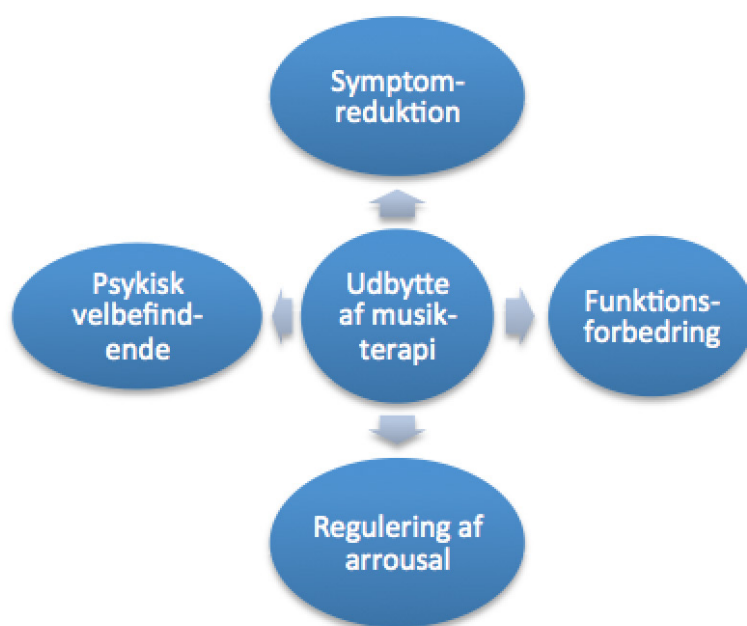


Fig. 4 Udbytte af musikterapi

Forskningsmæssig dokumentation for musikterapi:

At der er udbytte af musikterapi, forstået som dokumenteret effekt, er i dag veldokumenteret i den voksende mængde forskning, som findes. Vi henviser i denne artikel til Center for Dokumentation og Forskning i Musikterapi (<http://www.cedomus.aau.dk/>), hvor der findes oversigtsartikler om evidens inden for musikterapiområdet. Vi vil dog nævne nogle arbejder her:

Musikterapifaget driver en international anerkendt forskerskole med der i 2014 havde 35 afsluttede projekter og 15 aktive studerende. Derudover er der inden for de seneste år publiceret en del artikler om musikterapiforskning gennem the Cochrane Library, bl.a. inden for områderne demens [Vink et al, 2011], neuro-rehabilitering [Bradt et al, 2010], skizofreni [Mössler et al, 2011], depression [Maratos et al, 2009], palliation [Bradt, 2011] og autisme [Geretsegger et al 2014].

Der er evidensbaseret dokumentation for effekt af musikterapi inden for behandling af bl.a. autisme [Gattino et al 2011], skizofreni [Gold et al, 2009], depression [Erkkilä et al, 2011] og demens [Myskja et al 2008]. Der er ligeledes dokumentation for, at der er en positiv sammenhæng mellem antal sessioner, kaldet dosis, og det udbytte af behandlingen, som musikterapi har for personer med skizofreni og de-

pression [Gold et al, 2009]. Her ses en bedring af såvel det generelle funktionsniveau som af negative og depressive symptomer.

For yderligere beskrivelse af effekt: se artikelseerie i Dansk Musikterapi Tidsskrift: Autisme [Holck, 2011], Skizofreni [Pedersen, 2012], Depression [Hannibal, 2012], Demens [Ridder, 2012], Smerte [Schou, 2012], Palliativ indsats [Bonde, 2012].

Teoretisk forståelse af musikterapi.

Da musikterapeutisk arbejde basalt involverer arbejde med relation, kontakt og kommunikation, er det bærende teoretiske grundlag for forståelsen af musikterapi praksis en integration af psykodynamiske, relationsbaserede, kommunikationsteoretiske og læringsteoretiske perspektiver. Arbejde med alle disse elementer involveres, uanset om der samtidig er fokus på træning af mere specialiserede funktionsområder i processen. Derfor har musikterapien inkluderet teorier fra følgende områder: 1. Psykodynamiske teorier, herunder relationel psykoanalyse, udviklings- og selvpsykologi, 2. neuro-psykologi, 3. tilknytningsteorier og mentaliseringsbaserede teorier, 4. systemiske teorier, herunder kognitive teorier, samt 5. transpersonlig psykologi. Derudover har musikterapien hentet teoretisk inspiration og forståelsesmodeller fra mange forskellige terapi- og musikpsykologiske teorier. Afhængigt af hvilken målgruppe der arbejdes med, er det desuden ofte relevant at forstå og beskrive klinisk praksis ud fra kommunikationsteoretiske og læringsteoretiske eller andre indfaldsvinkler [Pedersen, 2014. In Press].

Musikterapiteori og den endnu unge musikterapividenskab hviler således på et integrativt teoretisk fundament, og disciplinens teoretikere og praktikere må løbende anvende, forholde sig kritisk til og videreudvikle eksisterende teorier inden for psykologi, psykoanalyse, psykoterapi, pædagogik, musikvidenskab, musikpsykologi, medicin og kommunikation. Musikterapeuter arbejder og identificerer sig desuden fagligt i et krydsfelt mellem kunst og videnskab, hvilket kan gøre arbejdet med at etablere en videnskabelig identitet som musikterapiforsker kompliceret og mangefacetteret. Kommende artikler i MIPO vil uddybe dette integrative og mangefacetterede teorigrundlag for musikterapien i psykiatrien.

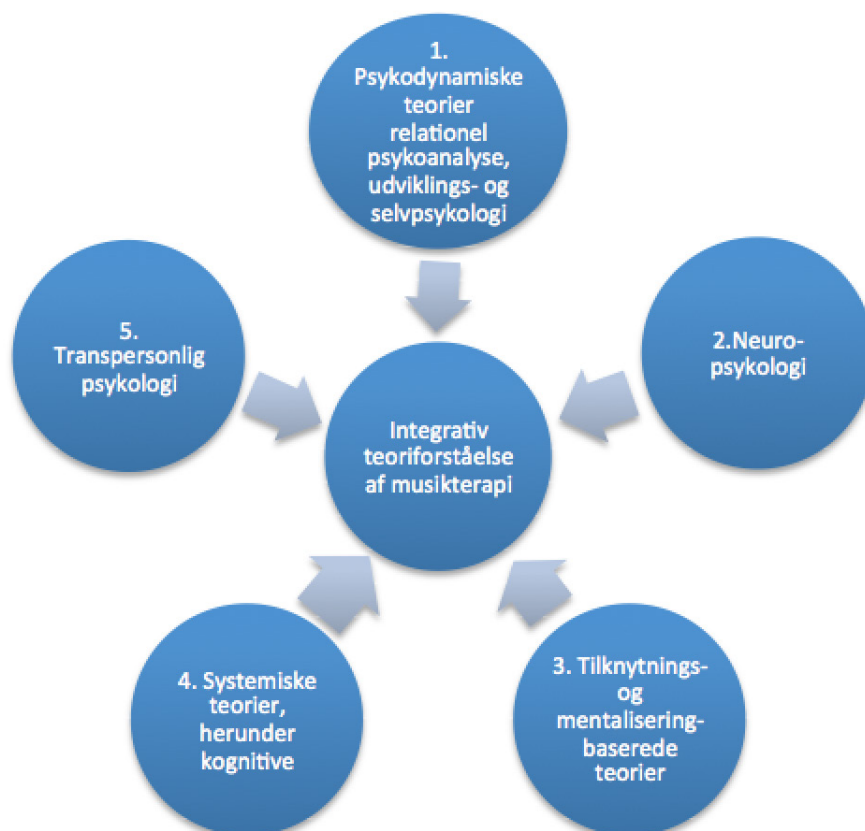


Fig. 5 Musikterapien teoretiske fundament

Musikterapi som en del af en behandlingskontekst:

Musikterapi kan indgå i en behandlingskontekst enten som primær, som komplementær eller som faciliterende intervention.

- Primær intervention: Her er musikterapi den centrale behandlingsintervention. Dette ses for eksempel i psykiatri med klienter, der ikke kan benytte andre terapiformer, og som ikke modtager anden behandling.
- Komplementær intervention: Her er musikterapien en del af en samlet behandlingsintervention. I psykiatri forekommer dette, når en klient fx modtager medicin samtidig med musikterapi eller er indlagt, modtager medicin og går i musikterapi. Alle behandlingstiltag bidrager til klientens stabilisering, bedring, forebyggelse eller udvikling.
- Faciliterende intervention: Her muliggør musikterapiinterventionen en specifik indsats, fx i relation til børn, der ikke er i stand til at modtage undervisning pga. fx indre uro, sociale problemer og koncentrationsbesvær. Her kan musikterapi indgå som en indsats, der kan etablere forudsætning for eller sikre mulighed for, at personen kan magte at deltage i undervisning, i en social sammenhæng etc.

Overgang

Vi har i det ovenstående søgt at tydeliggøre det specielle og unikke ved musikterapi. Vi har malet med en bred pensel og søgt at give et overblik. I den følgende del II vil vi gå mere i dybden.

Del II. Beskrivelse af musikterapiens aktive elementer set i forhold til musikterapi i psykiatrien?

Indledning

I det følgende præsenteres fem vignetter, der illustrerer eksempler på forløb, hvor musikterapiens specifikke egenskaber set gennem de elementer, der er beskrevet i denne artikel side 2 ff.. Det er specielt elementernes kontakt, arousal, stimulering, motivation samt frirum, der er beskrevet som vigtige fokusområder i musikterapi i psykiatrien [se fig. 2, s. 4]. Men elementerne relation, kommunikation og regulering udgør samtidig en underliggende del af processerne. De forskellige vignetter er beskrevet som uddybende cases i tidligere udgivelser af MIP: Vignet 4 i MIP, Årgang 3, 2002, Vignet 5 i MIP, Årgang 6, 2011 eller i Bonde, Pedersen & Wigram [2001] Musikterapi: Når ord ikke slår til [vignet 1-3]. Det er gennemgående, at alle beskrivelserne indeholder udvikling af en behandlingsmæssig alliance, og at musikterapi i det perspektiv også bygger på non-specifikke faktorer [Hougaard 2004]. Disse vignetter skal vise eksempler på musikterapeutiske interventions- og funktionsområder [se fig. 3, s. 5] og klienters udbytte af musikterapi [se fig. 4, s. 6]. Der vil blive lagt vægt på, hvad der forstås som værende aktive ingredienser i musikterapibehandlingen.

Musikterapi i Psykiatrien. Eksempel 1. Elementet kontakt.

De første tre eksempler er fra samme case. Først beskrives et eksempel på udvikling af elementet kontakt i musikterapi behandling i hospitalspsykiatrien. Interventionsområdet er primærbehandling, og musikterapiens funktion er at reducere psykiske symptomer og fremme sociale kompetencer. Klienten går til musikterapi ambulant 1 session om ugen a 1 time, i i alt 57 sessioner.

En mandlig klient [41 år] bliver henvist til psykoterapi i hospitalspsykiatrien. Under visitationen bliver klienten diagnosticeret som havende en "forstyrret personlighedsstruktur". Det besluttet at give klienten et psykoterapeutisk tilbud i form af musikterapi bl.a. på grund af en åbenlys ubalance mel-

lem klientens forstærkede brug af intellektuelle ressourcer og ringe kontakt til sit følelsesliv. Klienten har ikke tidligere udtrykt sig gennem musik. Klienten lider undervejs i forløbet af voldsom angst, men afslår både ved terapiens start og undervejs tilbud om medicinsk behandling. Musikterapeuten og psykiateren beslutter sammen at imødekomme klientens ønske om ikke at modtage medicin, hvilket bl.a. indebærer, at klienten får tilbudt musikterapi to gange om ugen i en længere fase af musikterapiforløbet, hvor han er ekstra sårbar.

I første session beskriver klienten, at han oplever sig som meget isoleret og uden kontakt til omverdenen, blot som en tilskuer til verden. I denne session anvendes fri improvisation som ramme for at opbygge kontakt. I musikken oplever klienten kontakten til terapeuten på et implicit og ikke kognitivt plan. Her følger et uddrag fra den oprindelig case:

” Både terapeut og klient improviserer på hver sit klaver [...] Klienten er blevet bedt om at vælge et instrument [han og vælger ét af de to klaverer, der står i musikterapilokalet]. Han bliver bedt om at slå en tone an, at lytte opmærksomt til tonen og prøve at lade klangen fra tonen føre ham videre til at slå den næste tone an. M.a.o. bliver han bedt om at prøve at indrette sin lytteopmærksomhed på, hvorledes tonen klinger/lyder – i stedet for at fokusere på en forudfattet idé om, hvordan den skal lyde.

Klienten spiller længe skiftevis i de høje og dybe tonelejer på klaveret [undgår det mellemste], og det ser ud som og lyder, som om han gradvist bliver opslugt af at lytte til de klange, han frembringer. Musikterapeuten lytter efter, hvad der ikke er til stede i klientens spil og spiller komplementært en enkelt, gentagen tone i en stabil rytme som akkompagnement under resten af improvisationen [en tone i klaverets midterste toneleje]. De samklingende toner mellem terapeuten og klienten skaber harmonier, som inviterer til indadsøgen og lytning, og klientens kropssprog viser da også en ret intens koncentration i samspillet. Musikterapeuten hører musikken som om, der er ret megen intentionel kontakt mellem klient og terapeut, hvor klienten bevæger sig ind og ud af samklange med terapeutens gentagne tone.

I samtalen efter musikudfoldelsen erklærer klienten først – lidt hensunken i sig selv – at han ikke har nogen ord til musikken; men at han har oplevet en melankolsk stemning. På musikterapeutens forespørgsel om han har hørt, hvad musikterapeuten spillede, giver han udtryk for, at det har han ikke. Han aner ikke [kognitivt], at musikterapeuten har spillet en gentagen tone i midterlejet på klaveret. Han giver samtidig udtryk for, at han har oplevet og sanset, at der var et musikalsk centrum i musikken, som han har følt sig draget af, og som han oplevede, han frit kunne bevæge sig hen imod og væk fra. Han giver også udtryk for, at han er klar over, at han har brug for et sådant stabilt centrum uden for sig selv for, at han kan være opmærksomt til stede i sine egne klangudfoldelser.”

[Bonde, Pedersen & Wigram. 2001, s. 153 i let omskrevet form].

I musikterapisessionen bliver det hurtigt klart, at klienten har problemer med at være opmærksom til stede både i egne handlinger og i forhold til andres handlinger. I eksemplet her oplever klienten, at han gennem de mange udtryksmuligheder, som klaveret har, kan være opmærksom til stede i egne klangfrembringelser under forudsætning af, at der er et eller andet klangligt stabilt omkring ham, som beroliger ham, og som han føler sig draget imod. Dette forhold bevirker, at han allerede fra den første session oplever en form for kontakt med noget uden for sig selv – og dette i en tilstand af samtidig at være opmærksom til stede i egne handlinger. Han kan være nærværende uden at opleve den velkendte angst for at være i kontakt med en anden person. Ved at gentage dette i en tryk situation med et stabilt centrum, som udgøres af en stabil puls spillet af musikterapeuten, bliver klienten gradvist i stand til at være opmærksom til stede både i egne udtryk og i et samspil med musikterapeutens udtryk. Herved blev terapeuten sat fri i kontakten, idet hun ikke vedvarende skal fastholde en bestemt støttefunktion. Denne proces bliver faciliteret gennem musikken; klienten vidste ikke på et eksplicit plan i starten af forløbet, at terapeuten spillede en enkelt tone i en fast puls, men han sansede terapeutens intention i den fælles handling i samspillet, igennem musikken.

Musikken evner her at fange klientens opmærksomhed i en grad, så han overvinder sin angst i øjeblikket og kan overgive sig til klangenes verden. Improvisationen bliver den aktive ingrediens i behandlingen i denne session. Den musikalske improvisation medvirker desuden til, at der i denne første del af behandlingsforløbet bliver identificeret og afstemt en rollefordeling (terapeuten skal opretholde rollen som stabilt centrum) mellem klienten og musikterapeuten ud fra klientens egen oplevelse i musikken. Dette bevirker, at allerede i den første session sker der en erfaringsdannelse for klienten (”jeg erfarer, at der er noget stabilt, jeg kan bevæge mig hen imod og væk fra, når jeg spiller”), og det føles trygt og giver mening at improvisere i musik og at være i et musikterapeutisk behandlingsforløb.

Denne vignette viser et klart eksempel på et begyndende arbejde med opløsning og senere reduktion af symptomet angst for kontakt med en selv og andre. Denne klient med diagnosen personlighedsforstyrrelse var i anamnesen beskrevet som en person med fremtrædende symptomer bestående af angst for kontakt med sig selv og andre. Samtidig viser vignetten også, hvordan der udvikles en tydelig begyndende relation mellem terapeuten og klienten.

Musikterapi i Psykiatrien. Eksempel 2. Elementet arousal.

I det følgende eksempel er det elementet arousal, der fokuseres på i musikalsk improvisation. Her kan musikterapi identificeres under interventionsområdet behandling i form af primær intervention og målet for denne sessionen bliver at sænke arousalniveauet (stress, agitation).

Det er samme klient som beskrevet ovenfor, og forløbet er nået til session nummer 14. Klienten kommer ind i musikterapilokalet og fortæller, at han føler sig meget rastløs og usamlet, og han kan ikke forestille sig at skulle sidde ned og snakke med musikterapeuten. Musikterapeuten foreslår, at klienten uden at snakke først musikalsk udtrykker, hvordan han har det lige her og nu, dette på et eller flere instrumenter uden at sidde først. Klienten vælger igen klaveret, og denne gang er hans musik præget af meget høj, rastløs og indimellem nærmest aggressiv energi, og klienten breder sig ud over hele klaviaturet. Musikterapeuten spiller med på afrikansk tromme (djembe) og bruger sin stemme. Musikterapeuten holder en fast puls i musikken samtidig med, at hun klangligt og rytmisk følger klientens hurtige energi i musikken. Mod slutningen bliver musikken mere enkel, og musikterapeuten og klienten mødes i et par lange udstrakte klange i klaveret og stemmen. Efter improvisationen har klienten fået mod på at samtale. Han fortæller, at han oplever sig mere rolig og mere til stede. Han fortæller videre, at improvisationen har givet ham associationer til, da han som ung afprøvede LSD og fik en meget stærk og traumatisk angstoplevelse. Han kan se en sammenhæng mellem angsten for at være nærværende til stede i virkeligheden i dag og den traumatiske oplevelse, han havde med brug af stoffet LSD. Han oplever improvisationen som en mildere form for påvirkning, end LSD-stoffet bevirkede, men samtidig har improvisationen for ham haft en virkning, hvor han oplever at kunne afsøge nogle psykiske græneområder. Improvisationen opleves som grænseudvidende. Han giver udtryk for, at her er det jo ikke farligt, da han dels har en ledsager med, dels stopper det, når han stopper med at spille, så han kan selv kontrollere tiden for oplevelsen. I improvisationen har klienten erfaret, at angst kan deles, den kan udholdes af andre og derved udholdes af klienten selv, hvilket bevirker at angsten i situationen her formindskes. Den aktive ingrediens i musikterapi er her, at klienten kan udtrykke sin rastløse energi direkte i musikimprovisation (høre og mærke den samtidig med at den ageres ud), og at han kan opleve at blive fulgt simultant af en anden i samme arousalniveau, samtidig med at den anden – terapeuten – bibeholder en fast puls i musikken. Dette bevirker en sænkning af klientens arousalniveau gennem improvisationen og giver plads til indsigtsgivende associationer og refleksioner. Klienten erfarer, at billedet af angsten som noget fastlåst kan bevæges og blive mere fleksibel.

Klientens traumatiske angstoplevelse bliver løst gennem energisk og aggressiv improvisation, hvorigennem klientens arousalniveau kan reguleres, og klienten kan reflektere over sin angst og gradvist arbejde med at konfrontere den i musikken sammen med musikterapeuten. Klientens udbytte af musikterapien er tydeligvis arousalregulering, der samtidig bevirker en begyndende symptomreduktion af symptomet angst. Ud over at musikken har ændret klientens arousalniveau, har den også ændret hans vilje og lyst til at formidle sig mundtligt.

Musikterapi i psykiatrien. Eksempel 3. Elementet stimulering.

Samme klient begynder efter session 14 at kunne huske sine drømme igen og kommer til musikterapi-session 32 med en drømmesekvens, som han gerne vil kigge nærmere på sammen med musikterapeuten. Sekvensen lyder i kort form således:

Klienten løber rundt alene og meget bange i mørke midt om natten – ved ikke, hvor han er på vej hen – føler sig forfulgt, men ved ikke af hvem. Han passerer noget pigtråd og ser straks efter en tilfrosset sø. Ved søens bred er isen meget tynd, og klienten ser et forstenet søpindsvin under isen.

Klienten vil på forespørgsel gerne zoome ind på dette symbol – det forstenede søpindsvin. Musikterapeuten foreslår, at de udtrykker dette symbol sammen gennem stemmeimprovisation. Klient og terapeut står med lidt afstand til hinanden og med lukkede øjne. De søger at udtrykke kvaliteten af det forstenede søpindsvin gennem stemmerne. Klienten sætter klangene an, og terapeuten følger og forstærker klientens klange.

Klangene lyder ret metallisk uden overtoner, men mod slutningen opstår der pludselig tydelig hørbar vibrationer på begge stemmer. Klienten mærker gennem disse vibrationer, at der kommer liv i hals og brystområdet i kroppen, og han oplever at få en sanssemæssigt stimuleret kontakt til kroppen gennem stemmen. Han udtrykker det verbalt som: "det er som om, jeg fylder mig selv ud gennem stemmen". Igen ses det, at klienten gennem musikken får adgang til nye erfaringer. Her bliver et indre drømmesymbol integreret med en kropslig og sanselig oplevelse. Noget, der var hårdt og frossent, bliver til noget, der fylder ud.

Opsamling på case: Tre år efter dette forløbs afslutning skrev musikterapeuten på opfordring en artikel til et lægetidsskrift i Danmark. En klientberetning skulle indgå, og denne klient accepterede uden tøven at skrive en sådan. Et kort udklip herfra viser klientens egen oplevelse af den sanssemæssige stimulering, der blev faciliteret gennem stemmeimprovisationen:

Ret langt henne i forløbet blev brug af stemmen som instrument inddraget; især det at bruge stemmen følte jeg som et gennembrud, som noget der var svært, men som også gav mig en direkte kontakt/adgang til, hvordan jeg havde det helt langt inde. Kort tid derefter væltede det frem med drømme, lange drømmesekvenser, som jeg skrev ned, efterhånden som de kom – drømme bl.a. fra dengang jeg var på LSD, forfølgelsesdrømme, drømme hvori der indgik diverse mærkværdige skabninger og dyr såsom krokodiller, pantere, slanger o.a.. Der skete en masse i den periode; jeg havde det som at være barn igen, Palle alene i verden på en god, ny og spændende måde. Jeg begyndte at føle, hvor jeg var henne, og hvad jeg havde lyst til. (Bonde, Pedersen & Wigram 2001, s. 158)

Musikterapi i Psykiatrien. Eksempel 4. Elementet motivation

Det følgende eksempel omhandler ligeledes musikterapi i hospitalspsykiatrien, hvor samarbejdspartnere er psykiatere og psykologer. I eksemplet starter musikterapien med at være komplementær behandling, men bliver senere i forløbet primær behandling. Målsætningen er at reducere psykiske symptomer som angst og depression og at motivere klienten til at være aktivt deltagende sammen med andre.

Undervejs bliver målet udvidet til også at omfatte forbedring af kommunikative evner samt indlæringsparathed. Eksemplet hører under interventionsområdet behandling (se fig. 3, s. 5)

Klienten er indlagt på børnepsykiatrisk afdeling, da hun bliver henvist til musikterapi. Hun er 14 år. Hun har fået diagnosen F84.0 infantil autisme, og det vurderes, at der er tale om en gennemgribende udviklingsforstyrrelse, der har manifesteret sig før treårsalderen. Musikterapeuten bliver informeret om, at klienten ofte afviser andre, og at det forventes, at det kan være svært at motivere klienten til at komme til og opleve musikterapi som meningsfuldt.

I første session stiller musikterapeuten et elektrisk klaver op i lokalet vinkelret på klaveret. På den måde inviteres klienten til at spille på instrumentet, samtidig med at hun kan holde øje med musikterapeuten uden at have direkte øjenkontakt. Musikterapeuten er bekendt med, at klienten har spillet på elektrisk klaver hjemme, men altid alene og bag lukkede døre. Klienten vælger i sessionen at gå forbi klaveret og sætter sig ved et bord bagerst i lokalet, dvs. bagved musikterapeutens ryg.

Musikterapeuten begynder at spille og synge et par Beatles-numre for klienten og ser efter, om det er ok at synge til klienten. Hun får et ganske kort nik som svar. Gradvist begynder musikterapeuten at improvisere på klaveret – luftigt og lidt anspændt – som en måde at udtrykke stemningen i rummet på. Musikterapeuten synger nogle improviserede sætninger som: *”det kan være svært at være sammen med andre – også selv om jeg måske gerne vil.”* Hun synger også: *”det kan virke farligt at være sammen med andre, og jeg kan føle, at jeg skal beskytte mig selv.”* Med jævne mellemrum ser musikterapeuten efter, om det er okay for klienten, at hun spiller og synger på denne måde, og dette bliver bekræftet med korte nik. Sessionen starter og slutter med Beatles-sangen ”Yesterday”, og musikterapeuten gør klart for klienten, at denne sang er en afslutning på sessionen, når den bliver sunget anden gang, og at den fremover vil blive sunget som start og slut på samværet. Klienten bruger ingen ord i den første session, og musikterapeuten er usikker på, om klienten har følt sig tryk nok, og om hun vil komme igen. Det gør hun imidlertid. Musikterapeuten anvender også i de næste sessioner start og slutsangen Yesterday og improviserer over ”stemningen i rummet” med klaverspil og melodiske sætninger. Klienten nikker ved spørgsmål, om det er okay, og der bliver ikke sagt nogle ord fra hende de første tre sessioner. I 3. session laver musikterapeuten de melodiske sætninger til en regulær sang – en sang som bliver sunget hver gang fremover. I fjerde session afprøver musikterapeuten en leg for at lokke klienten til at være aktivt med i musikken. Det elektriske el-klaver anvendt tidligere er placeret på bordet, hvor pigen hver gang sætter sig. Pigen sidder således bag musikterapeutens ryg i hver session. Musikterapeuten beder pigen om at spille blot en tone på el-klaveret og siger, at så vil hun – musikterapeuten – prøve at gætte og genspille den samme tone på det akustiske klaver. Først reagerer pigen ikke, men efter flere opmuntringer og forsikring om, at musikterapeuten vil spille en sang ud fra tonen, hvis den bliver gættet rigtig, giver pigen en tone som sit første bidrag til en begyndende musikalsk kommunikation. Musikterapeuten gætter tonen og spiller en kendt børnesang ud fra denne tone som grundtone. Pigen bliver ret hurtigt interesseret i legen – hun giver toner på forskellige steder på klaviaturet, og nogle sange må musikterapeuten spille i det lyse toneleje eller i det mørke toneleje. Herefter indfører musikterapeuten en ny leg, der hedder: *”Hvis du giver mig en tone, så giver jeg dig en anden tone tilbage.”* Det er pigen med på, og antallet af toner bliver gradvist sat op. Da antallet er femten toner, bliver det muligt for musikterapeuten at lave en energisk melodi med de femten toner, der inviterer til at spille videre og til at variere tempoet, så det kan opleves som mest naturligt at fortsætte musikken, efter de femten toner er spillet. Pigen holder sig dog strikt til det toneantal, der er aftalt, men hun forsøger også at øge tempoet i sine femten toner. På et tidspunkt siger musikterapeuten forførende, mens pigen spiller sine femten toner: *”Bliv nu ved, selv om jeg kommer ind og spiller videre sammen med dig!”* Musikterapeuten spiller meget åbent og inviterende, og pigen bliver ved, og den første fælles improvisation lyder ud i rummet. Allerede i samme session er pigen OK med at improvisere i længere tid sammen. Det viser sig her, at hun er fortrolig med at spille el-klaver, og at hun både kan komme med musikalske input, der giver mening i sammenhængen, og hun kan følge de musikalske input musikterapeuten kommer med. Musikterapeuten bliver informeret om af teamet på afdelingen, at pigen ikke på no-

get tidspunkt har nægtet at gå til musikterapi, men de første gange er hun gået med derover lidt tøvende. Efter den fjerde gang står hun og venter på at skulle over til musikterapi. Hendes motivation er blevet vakt. I eksemplet her er det aktive element i behandlingen dels musikimprovisationens mulighed for at spejle og hørbart udtrykke - og dermed afspænde - en anspændt atmosfære i et rum mellem to personer. Dels indgår det musikalske legende element, at pigen kontaktes på et barnligt [tidligere] alderstrin, selv om hun er 14 år, og at det kan opleves meningsfuldt.

Det antages, at pigen oplever at blive genkendt og hørt i såvel den improviserede musik som i den enkle sang og de musikalske sætninger, der bliver formet i starten. Dette kan hun sætte bekræftende ord på et halvt år senere, men ikke i selve situationen. Samtidig med bliver det accepteret, at hun ikke kan deltage aktivt i musikken i starten. Senere bliver musikken det konkrete legeelement, hvor en tone skal gættes, og der er en belønning i form af en spillet melodi, når pigen kommer med en tone. Pigen bliver optaget af legen, og derigennem kan hun lettere overvinde sig selv til at gå med i den nye leg med at give hinanden et vist antal toner. Ved de femten toner lokker musikterapeuten bevidst pigen til at blive ved med at spille - som at give et lille puf til, at hun tør hoppe ud over kanten. Derfra fortsætter pigen med at improvisere mere og mere alderssvarende, hvor hun udviser bevidsthed om musikalske strukturer og sammenhænge. Der går to til tre måneder, før pigen begynder at udtrykke sig i sætninger verbalt, og det er tydeligt, at musikimprovisationerne og den deraf følgende positive relation og kontakt har banet vejen for, at hun tør udtrykke sig verbalt i andet end enstavelsesord. Pigen kommer til musikterapi hver eneste session, uanset hvordan hun har det, og hun fortsætter musikterapien efter udskrivelse fra hospitalet, mens hun gradvist - efter tre forsøg forskellige steder - bliver indsluset i en specialskole, hvor hun befinder sig godt. Hun er både i stand til at sige fra, når hun ikke befinder sig godt, og til at begrunde det verbalt.

Ved musikterapiens slutning beder pigen selv sine forældre om at købe et akustisk klaver til hende, og hun starter på klaverundervisning, hvor der er en overlapning af musikterapi og musikundervisning på 6 uger. Motivation som udbytte af terapien bliver således ikke alene vakt til at møde op til musikterapi, men også til at hun tør spille, når andre lytter på og til slut bliver motivationen vakt til, at hun tør indgå i en decideret musikalsk undervisningssituation.

De aktive elementer i forløbet her - hvor fokus er på elementet motivation [se fig. 2, s. 7] - er en blanding af musikkens kvaliteter som 'bærer af stemninger' i rummet og 'lokkende' toner og musikterapeutens sans for timing, dvs. for hvornår og hvordan denne klient kan kontaktes og lokkes. Musikterapien starter her som komplementær terapi, da pigen også har andre tilbud på afdelingen. Den fortsætter som primær terapi efter udskrivelse fra hospitalet. Der er tale om behandling og udvikling, som kan føre pigen til et punkt, hvor hun tør og kan modtage undervisning. Pigens udbytte af musikterapien kan udover motivation beskrives som reducerende symptomer som angst, stress og depression, samtidig med at der gradvist bliver en tydelig forbedring af kommunikative evner og indlæringsparathed. Endelig synes pigen at have opnået et øget psykisk velbefindende. Ud fra et erfaringsperspektiv beskriver denne case et forløb, hvor pigen erfarer uden brug af verbale forklaringer. Det sker kun gennem musikalske handlinger og verbale udsagn fra terapeuten, der fungerer som en slags "ja-knap". Pigen erfarer at hendes tavshed respekteres, at hun kan etablere og blive i sin trygge zone, før hun bevæger sig. Da hun er parat, lykkes det for terapeuten at finde acceptable udfordringer, der ikke overbelaster pigens tolerancetærskel. Udviklingen i kontakten mellem pigen og terapeuten erfares uden sprog, kun formidlet gennem musikken og terapeuten måde at agere på.

Musikterapi i psykiatrien. Eksempel 5. Elementet "frirum".

Der kan være forskel på, om musikterapi udøves i et hospitalsregi eller udenfor hospitalsregi. Der kan fx være forskellige målsætninger for musikterapien i eksempelvis hospitals- og socialpsykiatrien. I socialpsykiatrien er der oftest fokus på udvikling, læring og stimulering. Men fokus kan også være på at give brugerne et "frirum" forstået som et sted, hvor de kan slippe sig selv løs, og hvor begrænsninger afløses af muligheder.

Musikterapi i socialpsykiatrien går ifølge Bent Jensen [2011a, 2011b] ”godt i spænd med recovery-tanken, da musikterapien altid tager udgangspunkt i den enkeltes ressourcer. Der arbejdes med strategier for at kunne mestre sit dagligliv og opleve livsglæde og livskvalitet. Brugeren kan øve sig i at skabe nye handlemuligheder – i samspillet med musikterapeuten, i større eller mindre sociale sammenhænge og ude i lokalsamfundet. Og dette kan medvirke til at mindske forhindringer for at opleve fællesskab og energi, hvor den psykiske lidelse er et vilkår, men ikke en forhindring for at opleve glæde, personlig vækst og recovery.” [Jensen, B. 2011b, s. 20].

Dette eksempel bliver illustreret gennem klientudtalelser, da Jensen i 2011 lavede en større brugerundersøgelse omfattende 27 brugere med individuel musikterapierfaring og 26 brugere med gruppemusikterapierfaring med en svarprocent på henholdsvis 70,4 og 61,5 %. Undersøgelsen indbefatter såvel en kvalitativ som en kvantitativ del, og vi vil her primært illustrere de aktive ingredienser ved musikken gennem klientudtalelser fra den kvalitative del.

Der er tale om musikterapi inden for interventionsområdet rekreation (øge og vedligeholde psykisk velbefindende), og udvikling og musikterapi er en komplementær intervention, da de fleste brugere sideløbende får medicinsk behandling og social støtte. I eksemplet her illustreres primært elementet ”frirum” gennem brugernes udsagn, men også elementerne relation, kommunikation og stimulering.

Et af spørgsmålene i undersøgelsen omhandlede, *hvilken betydning musikken havde haft* i dels individuel musikterapi, og dels i gruppemusikterapi. Da vi lægger vægt på at illustrere de aktive ingredienser i musikterapi i psykiatrien, er besvarelsen af dette spørgsmål mest relevant for denne artikel. Tre af svarene på dette spørgsmål vedrørende individuel musikterapi lyder:

”Ved improvisation er det svært at lade være med at tænke `udefra` og forsøge at gennemskue evt. manipulation! ”Hvorfor spiller han nu sådan? Hvorfor lige det instrument?” Øver mig i og synes også jeg bliver bedre til at blot være i nuet, mens vi spiller og så bare mærke, at der kan komme forskellige slags følelser op – selv om jeg ikke altid kan gennemskue og nok heller ikke altid SKAL gennemskue det. Det er næsten som at se på tryllekunst.”

”Musik gør en kæmpe forskel og har en kæmpe betydning. Hvis jeg bare var gået i samtaleterapi, kunne vi snakke fra nu af og i al evighed, og det vil måske ikke rykke noget særligt. Men jeg har en livslang kærlighedsaffære med musik. Musik kører rundt med mig og mine følelser, det har det altid gjort. Musik og andre stemningsændrende stoffer er noget, der kan forstærke en følelse eller forny en følelse. Musik siger mig en hel masse. Det er meget mere farverigt og sjovt, når terapi indeholder musik, for det rocker ved mig. Jeg har nydt hver torsdag i musikterapien og har syntes, det har været sjovt at få lov at optræde, og det har været en kæmpe sejr for mig.”

”På en måde er det nemmere at få følelser ud gennem musik end bare at sidde og snakke. Man laver noget andet, noget specielt.”

Her følger tre svar fra brugere på spørgsmål om, hvilken betydning musikken har haft i gruppemusikterapi.

”Fælles ny oplevelse, eksponering, glæde og latter. Indblik i de forskellige dynamikker, der var på spil gennem forløbet. Både som gruppe og enkeltvis.”

”Musik er en kilde til glæde og energi og inspiration. Musik betyder meget for mig.”

”Rigtig meget, idet man kan ytre sig frit.”

Hvis vi ser samlet på brugernes udbytte af musikterapi, er det tydeligt, at musikudfoldelse både opleves som et frirum [man kan "ytte sig frit", det er næsten som at "se på tryllekunst"], men at det samtidig opleves som stimulation ["en kilde til glæde og energi", "ny oplevelse, eksponering, glæde og latter, det rocker ved mig"] og relation ["indblik i de forskellige dynamikker, der var på spil gennem forløbet, både som gruppe og enkeltvis"].

De aktive elementer er her primært musikkens evne til at fremme engagement og selvforglemmelse samt de mange muligheder for kommunikation, der ikke som i verbalsproget er dikteret af en fælles konsensus om, hvad det betyder, når jeg benytter den og den mulighed. I musikterapi kan man ytte sig mere frit.

Opsummering

Ovenstående vignetter illustrerer terapeutiske processer, der for disse klienter synes at være direkte betingede af en musikterapeutisk kontekst. Om andre behandlingsformer kunne have skabt lignende resultater, kan vi selvfølgelig ikke udelukke. De to nævnte cases repræsenterer en gruppe af klienter, der i udgangspunkt blev anset for ikke at være egnede til verbal psykoterapi. Trods dette fremgår det, hvorledes musikterapi har haft stor betydning for, at de beskrevne klienter individuelt på forskellig vis har kunnet ændre kvaliteten af deres livssituation.

Musikterapien har mange af de samme elementer som verbal psykoterapi og andre psykologiske og pædagogiske indsatser som nævnt i starten af artiklen. Men, som det fremgår af dels beskrivelsen af musikterapiens elementer og eksemplerne i denne artikel, laver man noget andet i musikterapi. Musikterapi er ifølge den norske professor Even Ruud [Ruud 1990] kommunikation og samhandling. Det er samtidig en samhandling, der skaber dyb resonans i, og som påvirker de handlende aktører. Musikterapi kan jf. eksemplerne:

- Reducere angst, stress, depression og begrænsninger
- Etablere sansemæssig oplevelse af tilknytning til noget udenfor en selv, før det er bevidst og reflekteret
- Direkte påvirke og regulere arousal som en forudsætning for at kunne reflektere sammen
- Skabe flere handlemuligheder i socialt samvær med andre som følge af erfaringer i samspillet i den musikalske improvisation
- Motivere til/lokke til aktiv deltagelse i samspil/interaktion
- Motivere til at snakke/sige til og fra [afgrænse sig]
- Motivere til at modtage undervisning [turde udvikling]
- Slippe begrænsninger løs – afsøge muligheder - eksperimentere
- Lettere give udtryk for følelser
- Opleve glæde og energi

Det er vores håb at nogle af disse beskrivelser af musikterapiens elementer og aktive virkemidler samt eksemplerne vil kunne anvendes af vore kollegaer, når de næste gang bliver spurgt, om de kan give en overordnet forklaring på, hvad der adskiller en musikterapi fra andre psykoterapeutiske faggrupper, og hvilke kompetencer og virkemidler musikterapeuter bidrager med i forhold til behandling af klienter, samt hvilket udbytte der kan komme ud af musikterapi – især i psykiatrien. Vi håber også artiklen har kastet lidt lys over nogle af de aktive ingredienser i musikterapibehandling i psykiatrien. Vi vil gerne opmuntre vore kolleger både i Danmark og Skandinavien til at komme med yderligere bidrag til at besvare sådanne spørgsmål.

Litteratur:

Bonde, L.O., Pedersen, I.N. & Wigram, T. [2001] *Musikterapi: Når ord ikke slår til. En håndbog i musikterapiens teori og praksis i Danmark*. Aarhus. KLIM.

Bonde, L. O., [2012] Forskning i musikterapi - Musikterapi og palliativ indsats, *Dansk Musikterapi*, vol 9,1. s. 13-20.

Bradt, J., Magee, W.L., Dileo, C., Wheeler, B.L. & McGilloway, E. [2010] *Music therapy for acquired brain injury*, July 7, 2010, The Cochrane Library.

Bradt, J., & Dileo, C., [2011] *Music therapy for end-of-life care*, March 16, 2011, The Cochrane Library.

Erkkilä, J., Punkanen, M., Fachner, J., Ala-Ruona, E., Pöntiö, I., Tervaniemi, M., Vanhala, M. & Gold, C. [2011] Individual music therapy for depression: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 2011; 199: 132-139.

Gattino, G. S., Riesgo, R. S., Longo, D., Leite, J. C. L., & Faccini, L. S. [2011] Effects of relational music therapy on communication of children with autism: A randomized controlled study. *Nordic Journal of Music Therapy*, vol. 20[2], 142-154.

Gold, C., Solli, H.P., Krüger, V. & Lie, S.A. [2009] Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 29 [2009] 193-207.

Geretsegger M, Elefant C, Mössler KA, Gold C. [2014] *Music therapy for people with autism spectrum disorder*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 6. Art. No.: CD004381. DOI: 10.1002/14651858.CD004381.pub

Gold, C., Mössler, K., Grocke, D., Heldal, T. O., Tjemsland, L., Aarre, T., Aarø, L. E., Rittmannsberger, H., Stige, B., Assmus, J. & Rolvsjord, R. [2013] Individual Music Therapy for Mental Health Care Clients with Low Therapy Motivation: Multicentre Randomised Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 82, s. 319-331, 2013.

Hannibal, N., [2012] Forskning i musikterapi - Musikterapi og depression, *Dansk Musikterapi*, vol 9,1. s. 15-22.

Holck, U., [2011] Forskning i musikterapi - børn med en Autisme Spektrum Forstyrrelse, *Dansk Musikterapi*, vol 8, 1. s. 27-35.

Hougaard, E. [2004] *Psykoterapi - Teori og forskning*. Dansk Psykologisk Forlag. Danmark.

Jensen, B., [2011a] Brugerundersøgelse om musikterapi i Socialpsykiatrien I Aarhus Kommune. *Musikterapi i Psykiatrien. Årsskrift 6*. S. 116-129. Musikterapi klinikken. Aalborg Psykiatriske Sygehus. Aalborg Universitet. <http://journals.aau.dk/index.php/MIPO>.

Jensen, B., [2011b] *Brugerundersøgelse om musikterapi i Socialpsykiatrien i Aarhus Kommune*. www.bentjensenmusikterapi.dk.

Jørgensen, C.R., [2004] Active Ingredients In Individual Psychotherapy - Searching For Common Factors. *Psychoanalytic Psychology* 2004, Vol. 21, No. 4, 516-540 DOI: 10.1037/0736-9735.21.4.516.

Maratos, A., Gold, C., Wang, X. & Crawford, M. [2009] *Music therapy for depression*, January 21, 2009, The

Cochrane Library.

Myskja, A., & Nord, P.G., [2008] "The Day the Music Died". A Pilot Study on Music and Depression in a Nursing Home. *Nordic Journal of Music Therapy*, 17[1], 30-40.

Mössler, K., Chen, X., Heldal, T.O. & Gold, C. [2011] *Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders* Updated, December 7, 2011, The Cochrane Library.

Pedersen, I.N., [2012] Forskning i musikerterapi - Musikerterapi og skizofreni, [review] *Dansk Musikerterapi*, vol 9,1, s.49-58.

Pedersen, I.N., [2002] Opbygning af alliance. Musikerterapi med en teenagepige fra børnepsykiatrien med diagnosen infantil autisme. *Musikerterapi i Psykiatrien. Årsskrift 3. s. 7-22*. <http://journals.aau.dk/index.php/MIPO>.

Pedersen, I.N., [2014] Analytiske og psykodynamiske teorier. I: Bonde [2014] *Håndbog i musikerterapi*. Aarhus. KLIM [under udgivelse].

Ridder, H.M.O., [2012] Forskning i musikerterapi - Musikerterapi og demens, *Dansk Musikerterapi*, vol 9,1. S.3-12.

Ruud, E., [1990] *Musikk som kommunikasjon og samhandling. Teoretiske perspektiv på musikk- terapien*. Oslo, Solum Forlag.

Schou, K., [2012] Forskning i musikerterapi - Musikerterapi og smerte, *Dansk Musikerterapi*, vol 9,1. s 34-43.

Stern, D.N., [2010] *Vitalitetsformer: Dynamiske oplevelser i psykologi, kunst, psykoterapi og udvikling*. København: Hans Reitzel.

Small, C., [1998] *Musicking: The Meanings of Performing and Listening* [in English]. Hanover: University Press of New England.

Vink, A.C., Bruinsma M.S., Scholten R.J.P.M. [2011] *Music therapy for people with dementia*, March 16, 2011, The Cochrane Library.

BILAG 1.

Hvad kendetegner musikterapiuddannelsen

Uddannelsesmæssigt er musikterapiuddannelsen beslægtet med psykologuddannelsen. Der er dog flere væsentlige forskelle: For det første er det på musikterapiuddannelsen et optagelseskrav, at man behersker såvel et hoved- som et akkompagnementsinstrument. For det andet er egenerapeutisk erfaring obligatorisk og integreret i uddannelsen. For det tredje er der tale om en kombineret akademisk uddannelse og en professionsuddannelse, som giver kandidaterne klinisk kompetence efter afsluttet eksamen. Musikterapistudiet har således en stærk praksisorienteret profil, samtidig med at den er forskningsbaseret. Musikterapi- og psykologiuddannelserne er videnskabeligt beslægtede, idet musikterapiteori i høj grad tager afsæt i psykologiens paradigmer og forskningstraditioner, hvorudfra musikterapeutiske processer beskrives tolkes og udforskes. Eksempelvis sker musikterapeutisk behandling i psykiatrien ud fra psykodynamiske, humanistisk-eksistentielle og kognitive opfattelser af de terapeutiske processer. Musikterapiuddannelsen kombinerer det akademiske og det professionsrettede således, at en nyuddannet musikterapeut gennem hele uddannelsen trænes i at håndtere terapeutiske processer i praksis og analysere dem teoretisk. Psykologuddannelsen har færre obligatoriske praksiselementer i uddannelsen.