



MUSIKTERAPI I PSYKIATRIEN

– Klinisk praksis, forskning og formidling.

Vol. 1
Årgang 7

Musikterapi psykiatrien Online

Af:

Lars Ole Bonde, Niels Hannibal og Inge Nygaard Pedersen

Musikterapi i Psykiatrien Online

- Klinisk praksis, forskning og formidling

Af Lars Ole Bonde, Niels Hannibal og Inge Nygaard Pedersen

Tidsskrift:

Musikterapi i psykiatrien Online

Ansvarshavende redaktører:

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

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

© forfatterne 2012

ISBN: 978-87-7112-033-2

ISSN: 2245-3342

Udgivet af:

Aalborg Universitetsforlag

Skjernvej 4A, 2. sal

9220 Aalborg Ø

T 99407140

F 96350076

aauf@forlag.aau.dk

www.forlag.aau.dk

Tidsskriftet er udgivet med støtte fra Forskningsrådet for Kommunikation og Kultur (FKK)



MUSIKTERAPI I PSYKIATRIEN

– Klinisk praksis, forskning og formidling.

EN STATUSRAPPORT

Lars Ole Bonde, Niels Hannibal og Inge Nygaard Pedersen

Abstract

Fra og med 2012 er Musikterapi i psykiatrien med støtte fra FKK forvandlet fra et trykt årsskrift med lang produktionshorisont til et open access tidsskrift med langt kortere ekspeditionstid. Lanceringen af tidsskriftet og dets nye hjemmeside markeres med denne artikel, hvori der gøres status over den situation, musikterapien i den danske psykiatri befinder sig i netop nu. Der gøres rede for antallet af musikterapeuter ansat i psykiatriens forskellige sektorer og institutioner, klientpopulationer der behandles eller serviceres, og det diskuteres hvilke styrker og svagheder der præger musikterapien i psykiatrien netop nu. Desuden belyses musikterapeuternes teoretiske orientering, konkrete behandlingsformer, henvisningskriterier og diagnostiske forhold. Endelig gøres der status over igangværende dokumentations- og forskningsprojekter samt publikationer fra de seneste 5 år. Undersøgelsen er baseret på tre delundersøgelser foretaget blandt medlemmer af netværket MIP i 2008, 2009 og 2011.

Indledning

I det første af de i alt 6 årsskrifter fra Musikterapiklinikken [Aalborg Psykiatriske Sygehus] skriver Inge Nygaard Pedersen [1998] om musikterapi som "et forholdsvis nyt behandlingstilbud inden for hospitalspsykiatrien i Danmark". Understregningen af behandlingsaspektet blev gjort for at skelne mellem på den ene side de aktivitetstilbud med musik, som psykiatriske patienter havde fået i årtier på flere hospitaler, og på den anden side den musikpsykoterapi, som fra slutningen af 1980erne blev tilbudt og varetaget af kandidater fra den nye musikterapiuddannelse på Aalborg Universitet. Gennem 1990erne og det første årti i 2000erne voksede antallet af musikterapeuter ansat i psykiatrien til 22 i 2008, nogenlunde identisk med antallet af medlemmerne af netværket Musikterapeuter i psykiatrien [MIP] i 2011. I skrivende stund befinder musikterapi i psykiatrien sig i en vanskelig situation. I løbet af det sidste år er en del musikterapeuter blevet afskediget, nogle efter mange års ansættelse, mens andre har formået at afværge kommunale eller regionale fyringstrusler gennem flere år. Der er derfor behov for en statusopgørelse - og for en diskussion af musikterapiens potentialer og vanskeligheder i en tid hvor psykiatrien er under forandring.



Denne artikel er blevet til på grundlag af tre delundersøgelser, dels et spørgeskema (bilag 1), som i efteråret 2011 blev sendt til MIP-netværkets medlemmer (n=17, svarende til 77%¹), dels en undersøgelse fra 2009, hvor MIP-medlemmer angav deres patienters psykosociale funktionsniveau ud fra GAF-skalaen (n=8), og endelig en spørgeskemaundersøgelse fra 2008 besvaret af alle daværende medlemmer af MIP (n=22).

Der gøres i artiklen først rede for en række demografiske resultater af 2011-undersøgelsen. Derefter følger en mere detaljeret undersøgelse af musikterapeuternes teoretiske orientering, diagnosegrupper mm., baseret på Niels Hannibals spørgeskemaundersøgelse fra 2008 med MIP-medlemmer som informanter (n=22). Herefter omtales igangværende dokumentations- og forskningsprojekter kort, og artiklen afsluttes med en gennemgang og diskussion af respondenternes syn på styrker og svagheder i musikterapiens stilling, baseret på den seneste undersøgelse. De publikationer, respondenterne har nævnt, er samlet i en særskilt bibliografi.

Demografiske forhold

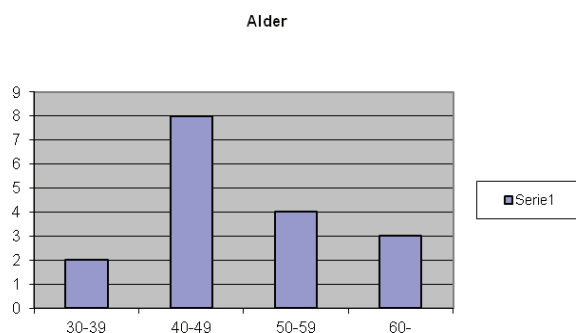


Fig. 1 Musikterapeuternes alder

Halvdelen af musikterapeuterne er mellem 40 og 49 år gamle. Gennemsnitsalderen er 48 år. Der er altså tale om en erfaren gruppe, og en del har været på samme arbejdsplads i mange år.

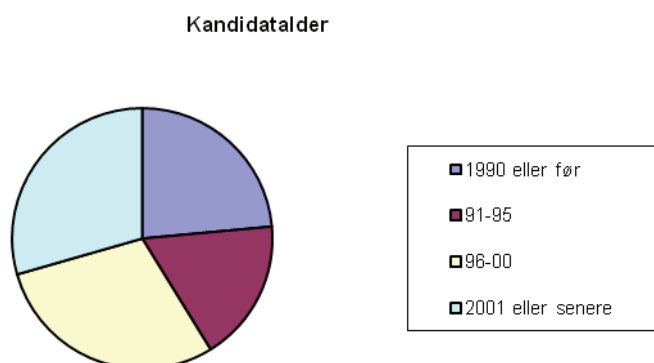


Fig. 2 Musikterapeuternes kandidatalder

¹ MIP-netværket har i alt 22 medlemmer pr.1.10.2011, men af disse arbejder 6 ikke i psykiatrien p.t. Flere af de sidstnævnte har tilkendegivet, at de ikke finder det meningsfyldt at besvare spørgeskemaet. Derfor er det mere reelt at sige at 15 ud af 16 nuværende ansatte har besvaret spørgeskemaet – svarende til en besvarelsesprocent på 94.

Over halvdelen af musikterapeuterne er kandidater fra årene 1996-2003. I den periode blev musikterapiuddannelsen, der ellers havde været 4-årig [med eller uden et eller to semestres basisuddannelse] ændret til en ubrudt 5-årig uddannelse [3 års bachelor-, 2 års kandidatstudier], og kandidater med den 4-årige uddannelse fik mulighed for at opkvalificere sig via en 2-årig efteruddannelse [60 ECTS]. 5 af respondenterne har desuden en PhD-grad. Sammenfattende kan man sige, at der er tale om et højt kvalifikationsniveau.

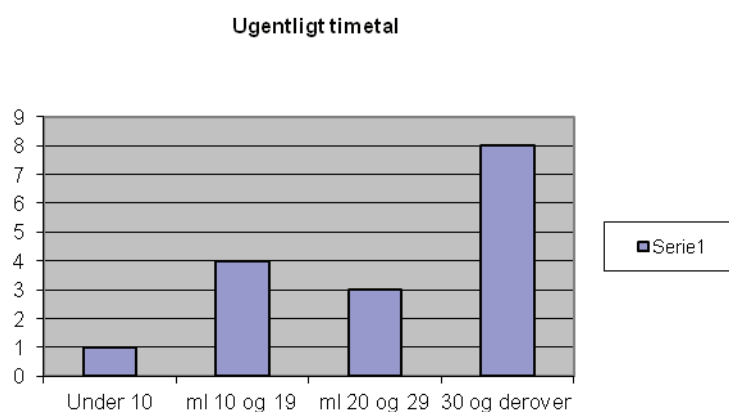


Fig. 3 Musikterapeuternes ugentlige arbejdstimetal

Halvdelen af respondenterne arbejder på fuld (eller næsten fuld) tid, mens den resterende del typisk arbejder på halv tid. Det skal i den forbindelse nævnes, at de tre forskere på musikterapiklinikken er 'udlånt' til dette arbejde i 40-50% af deres fuldtidsansættelser [ligeligt fordel mellem klinisk arbejde og forskning].

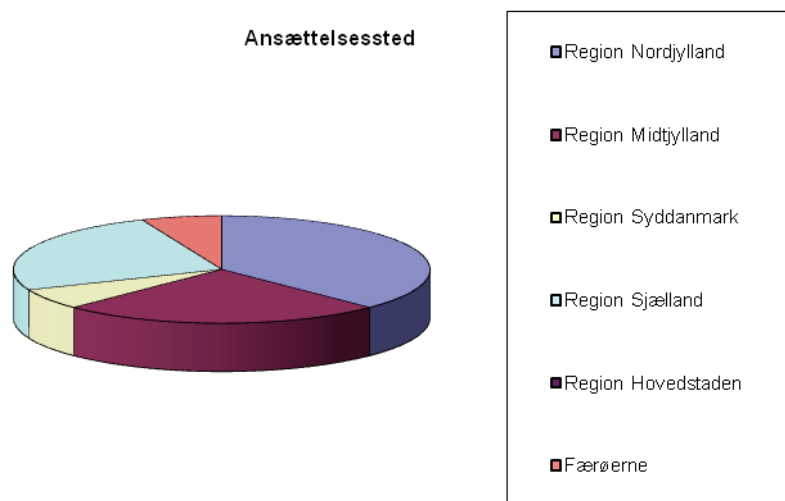


Fig. 4 Musikterapeuternes geografiske placering

Bortset fra at en enkelt musikterapeut er ansat på Færøerne, springer det i øjnene, at 2/3 af musikterapeuterne er ansat i regionerne Nord- eller Midtjylland (nogle få er kommunalt ansat i de pågældende regioner). Der er ikke ansat en eneste musikterapi i psykiatrien på Fyn eller i Hovedstaden.

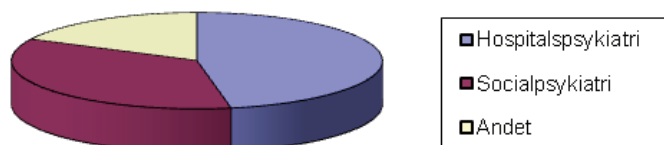


Fig. 5 Musikterapeuternes arbejdsområder.

Hospitalspsykiatrien [incl. retspsykiatrien] er fortsat det største ansættelsesområde. Hertil skal dog bemærkes, at der alene på Psykiatrisk hospital i Aalborg er ansat 6 musikterapeuter. Det socialpsykiatriske område er i rolig vækst. "Andet" dækker over, at musikterapeuter også kan være ansat som bostøtter eller pædagoger, på aktivitets- eller opholdssteder.

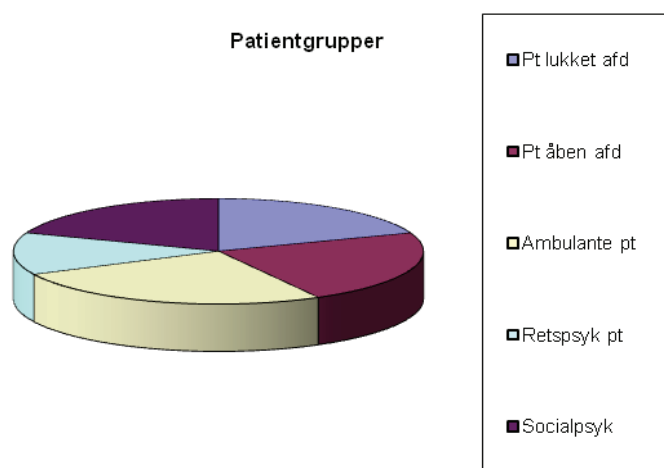


Fig. 6 Patientgrupper som modtager musikterapeutisk behandling

Det typiske er, at musikterapeuter i hospitalspsykiatrien arbejder med flere forskellige patientgrupper, både indlagte og ambulante patienter. Retspsykiatrien har været et mellemstort speciale, især knyttet til institutionen "Sikringen" i Nykøbing S, men efter den seneste fyringsrunde er dette desværre ændret i negativ retning. Nogle musikterapeuter arbejder udelukkende med retspsykiatriske patienter eller med psykisk syge borgere tilknyttet socialpsykiatrien. Der skelnes i denne artikel ikke mellem distrikts- og socialpsykiatri². En nærmere redegørelse for diagnosegrupper fremgår nedenfor af Niels Hannibals undersøgelse.

2 Lærebogen *Distriktspsykiatri* [Blinkenberg et al. 2002] præsenterer en meget præcis skelnen mellem distrikts- og socialpsykiatri, både organisatorisk og klinisk. Denne skelnen er imidlertid blevet udhulet ikke mindst gennem den seneste kommunalreform. I denne artikels kontekst giver det ikke mening at skelne mellem de to 'sektorer'.

Dokumentation, forskning og formidling

I forhold til hvor lille en personalegruppe der her er tale om, er det bemærkelsesværdigt, hvor aktiv den er i forhold til at formidle viden om den musikterapeutiske behandlingsform.

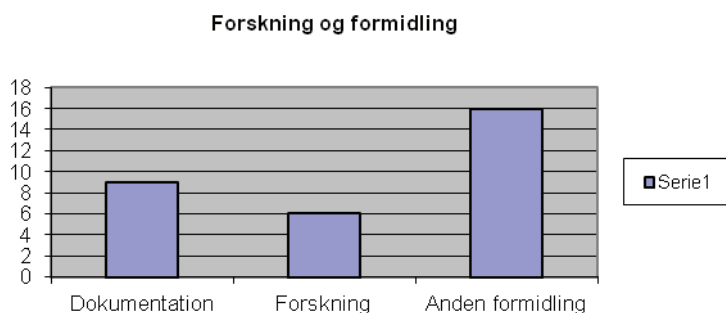


Fig. 7 Musikterapeuternes formidling af deres arbejde i form af forskning og formidling

En lille gruppe på 3 musikterapeuter [Bonde, Hannibal, Pedersen] er ansat som forskere på deltid, og de producerer naturligvis artikler mm baseret på deres forskellige forsknings- og dokumentationsprojekter [se bibliografien]. Også de to øvrige musikterapeuter med en ph.d.grad [Moe, Lindvang] er aktive forskere. - Det er bemærkelsesværdigt, at næsten alle respondenter har medvirket i andre former for formidling af deres arbejde. Det drejer sig f.eks. om avisartikler, indslag i radio og tv, artikler i fagtidsskrifter og ikke mindst en lang række foredrag – for andre faggrupper eller for offentligheden, både i Danmark og i udlandet [typisk ved faglige konferencer]. Det fortjener at nævnes, at Psykiatrifonden både i 2010 og 2011 har arrangeret åbne temadage om musikterapi, såvel i Jylland som i Hovedstaden. Arrangementerne har haft omkring 100 deltagere hver, en blanding af psykiatribrugere, pårørende og repræsentanter for psykiatriens forskellige personalegrupper.

Ud over færdiggjorte publikationer/afviklede formidlingsaktiviteter nævnes i spørgeskemaerne følgende igangværende projekter:

Inge Nygaard Pedersen, Niels Hannibal & Lars Ole Bonde: Pilotprojekt - Aktiv, individuel musikterapibehandling med patienter med diagnosen personlighedsforstyrrelse DF60 – DF63. Startet i 2010 på APS.

Inge Nygaard Pedersen og Lars Ole Bonde: Musiklytning og indre billeder. Receptiv gruppe-musikterapi til ambulante patienter med en GAF-score over 40. Startet i 2008 på APS.

Sanne Storm: Research into the development of Voice Assessment in Music Therapy. [PhD-projekt, påbegyndt 2006 på det psykiatriske sygehus i Torshavn].

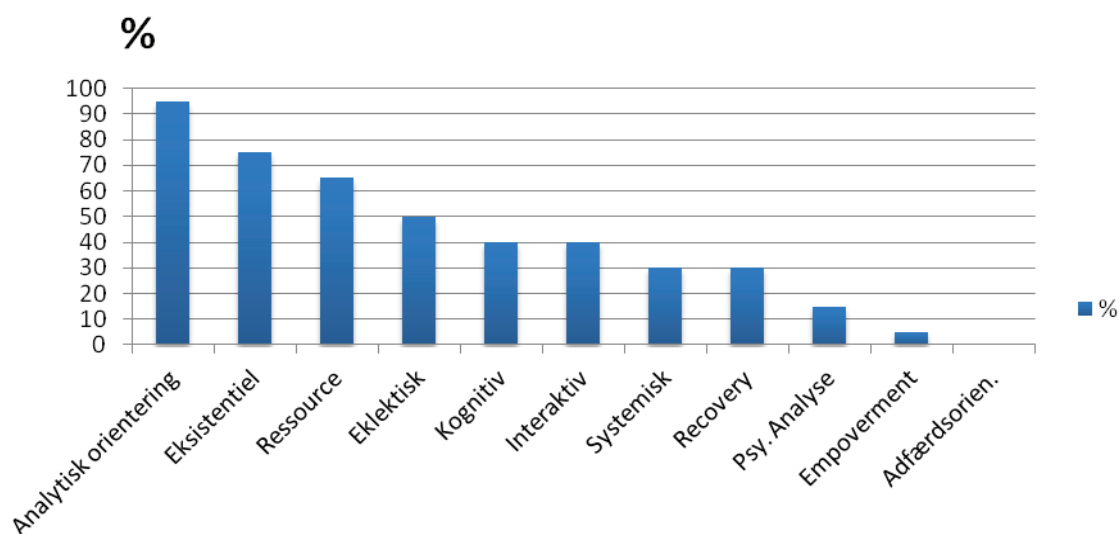
Musikterapeuternes teoretiske og metodisk tilgang til behandlingen

I forbindelse med den 6. Nordiske Konference i Musikterapi i Aalborg i 2009 udførtes en spørgeskemaundersøgelse med fokus på musikterapeuter i psykiatrien. Undersøgelsen havde fire overordnede fokusområder: 1. Uddannelse, ansættelses- og arbejdsforhold, 2. Musikterapeuternes teoretiske og metodiske tilgang til behandlingen, 3. Patienter og afdelinger der benyttede musikterapi,

4. Forskning og formidling. Undersøgelsen blev gennemført elektronisk med programmet Survey-Xact®. Der var 22 musikterapeuter som kunne deltage, og der var en svarprocent på 95 %. Undersøgelsen indeholdt både faktuelle oplysninger, så som arbejdstimer, ansættelsesår, diagnoser mv. og skønnede/tolkende oplysninger som f.eks. på hvilket procesniveau behandlingen foregik mv.

Da punkt 1 uddannelse mv. og punkt 4 forskning mv. er behandlet ovenfor, og da forhold vedrørende ansættelse ikke er ændret betydeligt i de forløbne 3-4 år, præsenteres her den del af materialet, der omhandler punkt 2 og 3.

I figur 8 neden for ses fordelingen af svar på spørgsmålet om, hvilken af de angivne teoretiske retninger musikterapeuterne anvendte eller følte sig knyttet til.



Figur 8. Procentvis fordeling af svar på spørgsmålet: Hvilke(n) af følgende teoretiske modeller anvender du i behandlingen? Skriv gerne flere svar.

Som det fremgår af figur 8, anvender næst samtlige musikterapeuter en analytisk orienteret teoretisk ramme for deres musikterapeutiske praksis. Godt tre fjerdedele anvender en eksistentiel og ressource-orienteret teoretisk ramme. Omkring halvdelen har en eklektisk, kognitiv eller interaktiv tilgang. Knap en tredjedel anvender systemisk og recovery tilgang. Nogle få anvender klassisk psykoanalyse, empowerment, mens ingen vedkender sig en adfærdsterapeutisk ramme.

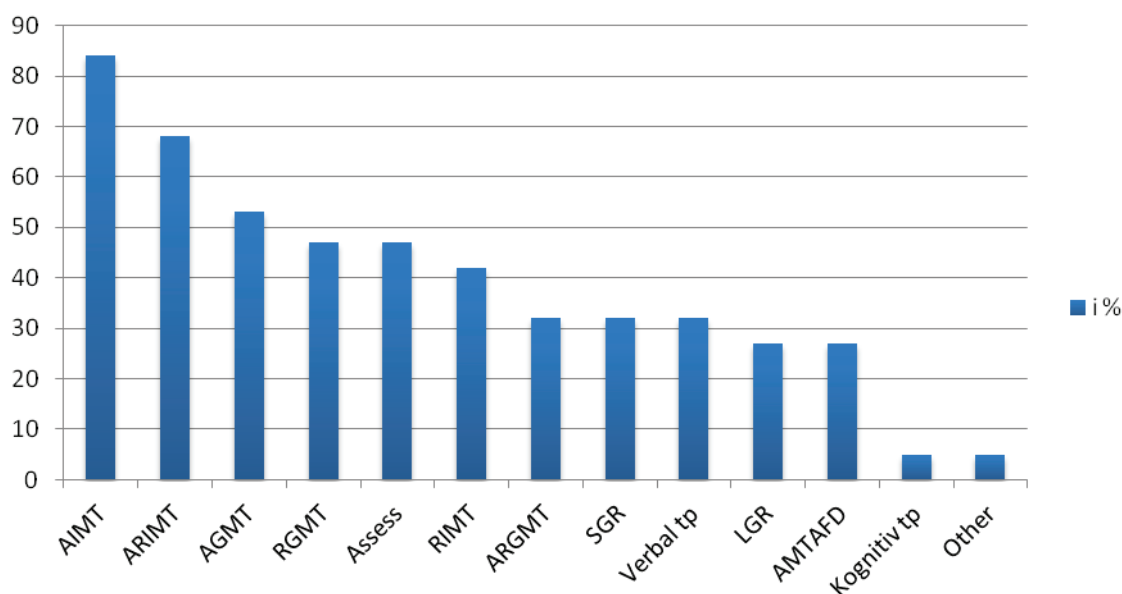
Dette billede af musikterapeuternes teoretiske orientering er ikke overraskende, da alle musikterapeuter er uddannet på musikterapistudiet på Aalborg Universitet, hvor der dels undervises med udgangspunkt i en analytisk orientering, dels ud fra en eksistentiel og oplevelsesorienteret ramme. Ressourceorienteret musikterapi er en relativt ny teoretisk ramme [Rolvjord 2007] med fokus på patienternes evner frem for deres problemer. Opgørelsen viser at mange musikterapeuter har mere end et teoretisk ståsted, hvilket i sig selv kan betegnes som en eklektisk fundering. Ligeledes anvender en del musikterapeuter kognitive teorier hvilket også må forventes, da dette behandlingsparadigme er meget fremherskende i psykiatrien.

Musikterapeuter kan således antages at have en teoretisk referenceramme, der på mange måder er identisk med psykologfagets, og andre terapeutiske fags teoretiske ståsted. Der er i undersøgelsen ikke spurgt til musikterapi-teori, men det er almindeligt, at musikterapeuter foruden vokabularet fra

de nævnte teoretiske områder anvender en mere specifik fagterminologi. Endelig bemærkes det, at de nævnte teoretiske områder ikke er umiddelbart sammenlignelige mht. omfang, konsensus og anvendelsesområder.

I undersøgelsen blev der spurgt, om musikterapeuterne brugte både aktive og receptive metoder, om de udførte individuel og gruppe-behandling, om de udførte assessment, verbal terapi eller andre typer behandling. I figur 9 ses besvarelsene.

Musikterapeutiske settings i %



Figur 9: Procentvis fordeling af svar på spørgsmålet: Hvilke af følgende behandlingsformer og aktiviteter udfører du i musikterapi på din institution. Figuren skal læses således at A = aktiv, I = individuel, GR= Gruppe, MT= Musikterapi, R= Receptiv, S= sammenspil, L= Lytte og AFD= afdeling. AIMT står således for Aktiv Individuel musikterapi, SGR står for Sammenspilsgruppe osv. Den fortæller hvor mange af de adspurgte der benytter de forskellige tilgange. Figuren fortæller altså ikke om hyppighed.

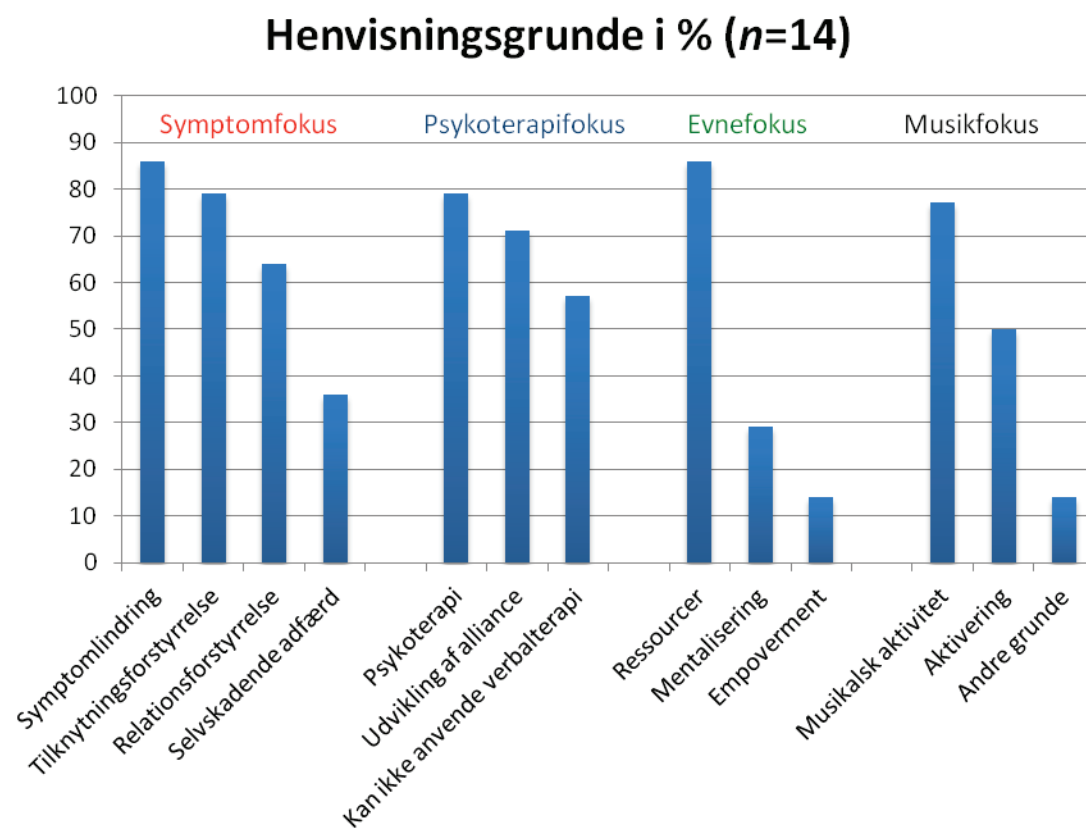
Næste alle de adspurgte musikterapeuter anvendte aktiv musikterapi og en kombination af aktiv og receptiv musikterapi i forbindelse med individuel behandling. Dette kaldes her for kombinationsbehandling. Men det ses også, at halvdelen af de adspurgte anvender enten aktiv eller receptive metoder i grupper, udfører en eller anden form for assessment og en del laver individuel receptiv musikterapi, ofte identisk med metoden Guided Imagery and Music (GIM) [Bonde 2010; Bonde 2011]. En tredjedel arbejder med sammenspilsgrupper, hvor fokus primært er rettet imod det musikalske, men med en terapeutisk dagsorden, der indeholder træning af sociale kompetencer. En tredjedel laver kombinationsbehandling med grupper. Dette er ofte i forbindelse med musikterapi i dagbehandlingsregi [Hannibal 2008; Hannibal 2010]. En tredjedel udfører konventionel verbal terapi. Den sidste fjerdedel laver musikterapi på afdelingerne, enten i form af lyttegrupper [Lund & Fønsbo 2010], og/eller som aktiv musikterapi. På baggrund af ovenstående ses det, at musikterapeuter anvender musik som terapeutisk intervention på mange forskellige måder og i mange forskellige settings. Den mest intensive form for musikterapi antages at forgå, når patienten møder op i musikterapilokalet, og dér kan arbejde uforstyrret i en lukket ramme. Dette ses ofte i forbindelse med længere behandlingsforløb. Men det ses også, at musikterapeuter arbejder på afdelingerne, og således tager det musiske ind i et åbent terapeutisk rum. Her foregår behandlingen ofte som en

enkelstående og afgrænset aktivitet, der indledes og afsluttes ved hver session. Disse tilbud er åbne for de patienter som har interesse i og overskud til at deltage her og nu. Her kan musikterapeuter både bidrage med musikterapi til den enkelte deltager og samtidig bidrage til at skabe et bedre miljø på afdelingen.

Patienter og afdelinger der benyttede musikterapi

Undersøgelsen søgte også svar på spørgsmålet, om hvilke henvisningsgrunde der angives, når patienter henvises til musikterapi. 14 havde svaret på dette spørgsmål. Der var i spørgeskemaet anvendt lukkede spørgsmål, hvorfor der kan være henvisningsgrunde, som anvendes i praksis, men som ikke forekommer i materialet.

I figur 10 ses den procentvise fordeling af henvisningsgrunde, fordelt på fire kategorier: Symptomfokus, psykoterapifokus, evnefokus og musikfokus.



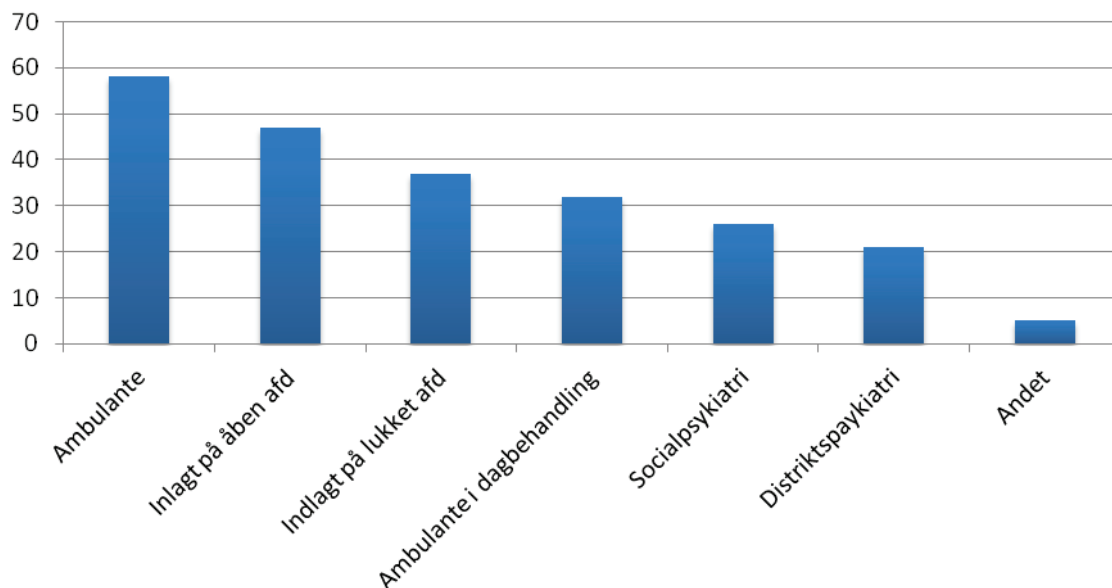
Figur 10. Den procentvise fordeling af svar på følgende spørgsmål: Hvilke henvisningsgrunde angives fra de henvisende instanser?

Denne opgørelse viser flere vigtige ting. For det første ses det, at henvisningerne afspejler et kendskab i afdelinger kender til musikterapiens behandlingsmæssige kvaliteter. Her er ikke tale om, at "man opfatter" musikterapi som havende rekreative formål. Man kender til behandlingens forskellige mulige formål, der så enten kan sigte mod reduktion af symptomer, mod opøvelse af kompetencer eller mod generel psykoterapeutisk bistand. Man kan også se, at næsten alle musikterapeuter har modtaget henvisninger, der havde fokus på musikalske aktiviteter, og som sådan ikke havde et defineret terapeutisk formål. Spørgsmålet om henvisningsgrunde er væsentligt, fordi musikterapi - og det musikterapi kan yde behandlingsmæssigt - stadig er noget uklart for andre faggrupper, der ikke

har arbejdet sammen med musikterapeuter før. Så materialet bekræfter, at de afdelinger der benytter musikterapeuter også kender til de behov, problemstillinger og mulige udbytter som patienter kan have af dette tilbud.

Undersøgelsen så også på hvilke afdelinger, der sender patienter til musikterapi. I figur 11 neden for ses hvor mange musikterapeuter, der modtager patienter fra de forskellige afdelinger. Det er altså ikke en samlet opgørelse af hvor mange patienter, der kommer fra de forskellige typer afdelinger.

% fordeling af de musikterapeuter, der har modtager pt fra følgende afdelinger (n=19):

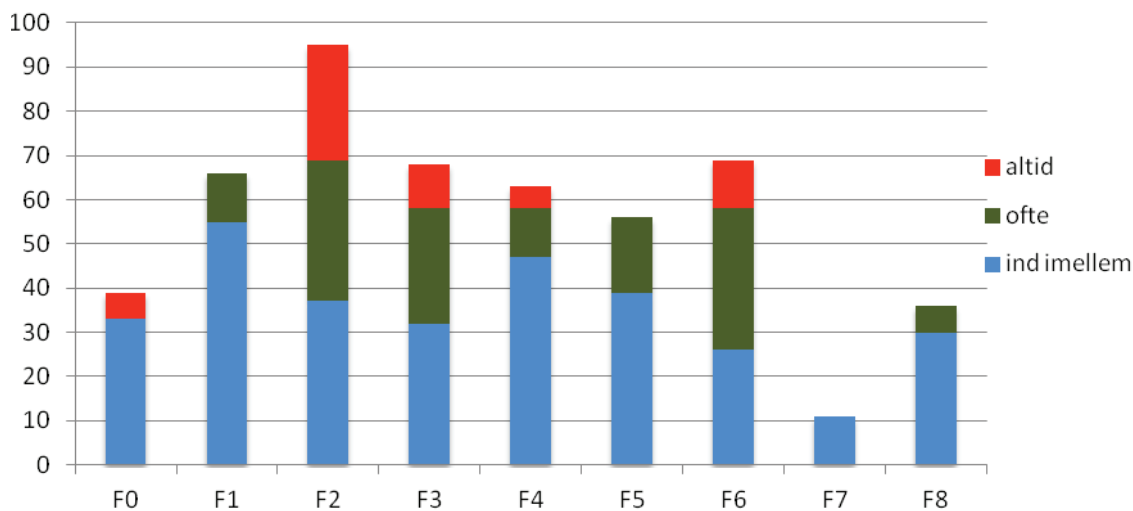


Figur 11: Den procentvise fordeling af svar på følgende spørgsmål: Hvilken status har klienter, der deltager i musikterapi?

Figur 11 viser, at musikterapeuter rekrutterer patienter fra alle dele af det psykiatriske behandlingssystem. At de fleste patienter kommer fra hospitalspsykiatrien, frem for distrikts- og socialpsykiatrien, ses som en logisk følge af, at her er flest musikterapeuter ansat. Klinisk erfaring viser, at musikterapi har funktion og relevans i såvel social- [Jensen 2008; Jensen 2011] som distriktspsykiatrien.

Undersøgelsen så endvidere på, hvilke diagnosegrupper musikterapeuter oftest har i musikterapi i en eller anden form. Her er der ikke skelnet mellem individuel og gruppebehandling, eller mellem aktiv og receptiv musikterapi, eller om behandlingen foregår på afdelingen eller i et musikterapilokale.

I figur 12 [på næste side] ses musikterapeuternes skønnede opgørelse af fordelingen af patienter, set ud fra diagnosegrupper. I figur 12 er kun vist de patienter, som altid, ofte eller ind i mellem kommer til musikterapi.



Figur 12. Den procentvise fordeling af svar på spørgsmålet om:
 Hvor ofte møder du klienter med følgende diagnoser (ICD-10) i musikterapi?

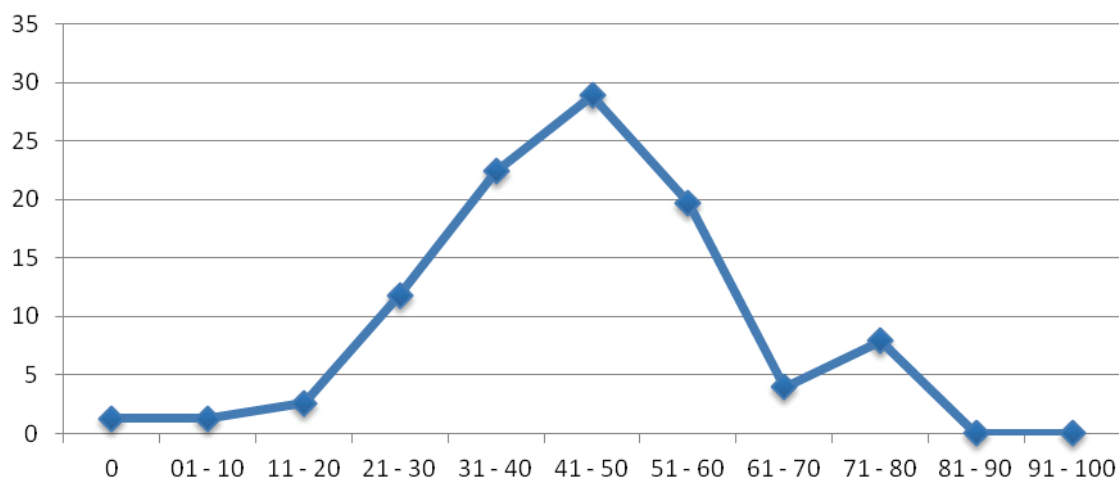
Fordelingen af patienter i dette materiale, afspejler tendenser i andre opgørelser (Hannibal 2005). Det ses, at patienter fra diagnosegrupperne F2 skizofreni- og psykose-området og F6 personlighedsforstyrrelses-området, er dominerende. Men musikterapeuter behandler også patienter fra andre diagnosegrupper regelmæssigt, f.eks. fra gruppen F3 affektive lidelser og gruppen F4 angstlidelser. I lidt mindre grad møder musikterapeuter patienter fra diagnosegrupperne F0 demens, F1 stofrelaterede lidelser og F5 spiseforstyrrelser. I forhold til F0 demens er der flere musikterapeuter uden for psykiatrien, der tilbyder musikterapi for denne gruppe, typisk på plejehjem. En gruppe patienter, der sjældent møder musikterapi i psykiatrisk sammenhæng, er patientgruppen F7 mental retardering.

Disse patienter ser til gengæld musikterapeuter uden for psykiatrien, hvor denne gruppe betegnes som personer med alvorlige psykiske og fysiske funktionsnedsættelser. Det er et område, der aktuelt beskæftiger flest af de musikterapeuter som i arbejde. Patienter inden for området F8 psykiske udviklingsforstyrrelser ses ikke ofte af en musikterapeut i psykiatrisk regi. Dette er i kontrast til andre lande, som har lang tradition for musikterapi inden for dette område (Wigram, 2007).

Her skal desuden nævnes en opgørelse foretaget i 2009 af Inge Nygaard Pedersen. Hun bad 8 musikterapeuter fra MIP om at registrere samtlige patienter i behandling i løbet af april måned 2009: I alt havde 76 patienter modtaget musikterapi. Musikterapeuterne blev bedt om at oplyse hvilket funktionsniveau patienterne havde, set ud fra deres kendte eller anslåede score på skalaen Global Assessment of Function (GAF).

I figur 13 [på næste side] ses resultatet.

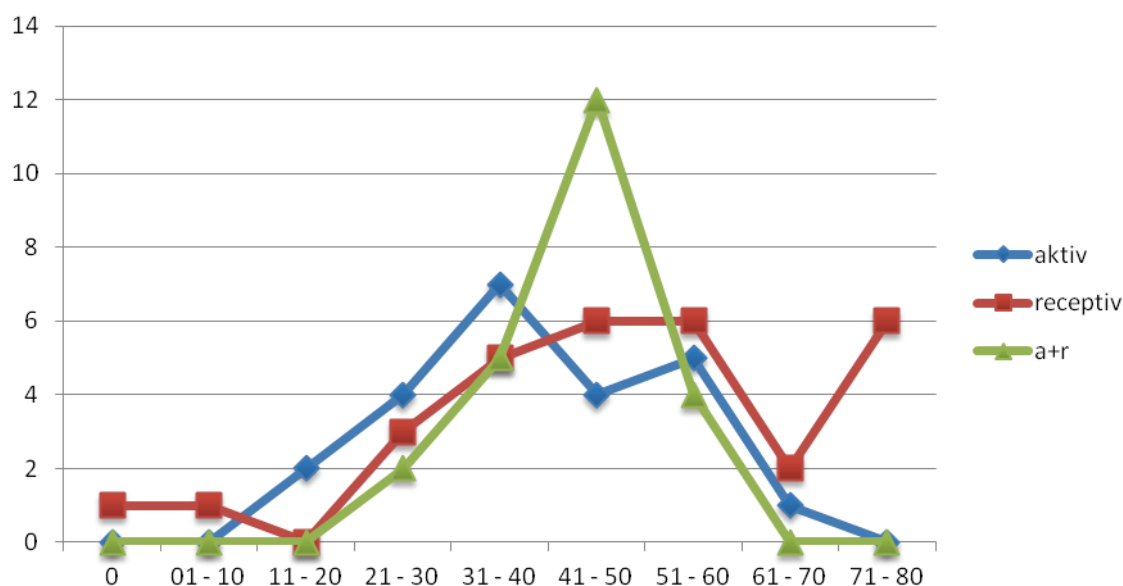
Pt i musikterapi fordelt på GAF april 2009 i % (n=76)



Figur 13. Den procentvise fordeling af patienter i musikterapi hos 8 musikterapeuter, set i forhold til patienternes GAF-score [n=76].

Opgørelsen viser flere vigtige ting. For det første ses det at langt de fleste patienter, set ud fra funktionsniveau og ikke ud fra diagnose, befinder sig fra 31 – 60 på GAF-skalaen. For det andet ses det at knap 12 % er under 30 i GAF score, og enkelte patienter fungerer på det allerlaveste niveau. Da niveau 40 ofte markerer grænsen for hospitalisering, dokumenterer dette musikterapiens mulighed for at tilbyde terapeutisk bistand til selv meget dårligt fungerende patienter. Patienter der har funktionsniveau mellem 41 og 50 kan ofte klare sig hjemme eller i bo-enhed o.l. med støtte, mens patienter med GAF-score over 50 og navnlig over 60 ofte er i eget hjem.

I INPs opgørelse var der også fokus på metoder: aktive og receptive eller kombinationer af disse. I figur 14 ses det, hvordan anvendelsen af metoder fordeler sig i forhold til funktionsniveau.



Figur 14: Fordeling af musikterapi metoder set i forhold til GAF-score [n=72].

Figur 14 viser, at kombination af aktive og receptive metoder er dominerende. Det fremgår ikke direkte af figuren, men udregninger viser, at den kombinerede tilgang benyttes med næsten 40 % af patienterne. Aktiv musikterapi og receptiv musikterapi benyttes hver af godt 30 %. Det ses også, at receptiv musikterapi anvendes til de allerdårligste og aktive metoder først inddrages ved et minimalt funktionsniveau 11-20. Det ses også, at der ved højt funktionsniveau over 70 anvendes udelukkende receptive metoder. Her er tale om receptiv musikterapi af typen GIM³. Fig. 14 dokumenterer en alsidig brug af musik, og samtidig hvor adaptiv musikterapeutiske teknikker er i forhold til patienternes funktionsniveau.

Musikterapiens styrker og svagheder i psykiatrien baseret på spørgeskemaundersøgelsen efteråret 2011

Styrker og svagheder: Musikterapiens udfordringer i dagens danske psykiatri.

Det følgende er resultatet af en fænomenologisk baseret analyse af respondenternes (n=17) besvarelser af punkterne *musikterapiens styrkesider* og *musikterapiens svagheder*.

Ved flere gennemlæsninger og understregninger af vigtige udsagn i teksterne er temaer blevet identificeret inden for begge punkter. Disse temaer bliver her listet og uddybet ud fra svarformuleringer for hvert punkt. Sluttelig bliver begge opsummeringer samlet i et sæt af paradokser, som er dukket frem gennem og udgør et resultat af analysen.

I. Musikterapiens styrkesider i psykiatrien.

Analysen sammenfatter musikterapiens styrkesider i psykiatrien i seks temaer:

1. Musikterapien adskiller sig fra andre terapitilbud.
2. Musikterapien er et tilbud til et meget bredt spektrum af patienter.
3. Musikterapien er helhedsorienteret og arbejder både symptomreducerende og funktionsfremmende.
4. Musikterapi arbejder med og påvirker både krop og psyke.
5. Musikterapi skaber nærvær og er både følelsesmæssigt og socialt regulerende
6. Musikterapeuter har et højt fagligt niveau.

Tema 1 henviser til at musikterapi er et anderledes tilbud end det medicinske og det rent samtaleterapeutiske, og det betones at det er et speciale som kan forene musik, psykologi og terapi på en særlig måde. Der arbejdes ud fra et humanistisk menneskesyn, hvor psykiske lidelser forstås som tilstande, der dels kan gives opmærksomhed, udtrykkes, deles og udforskes musikalsk og verbalt (hvis det er muligt), og dels kan forstås psykologisk og almenmenneskeligt. Der er fokus på den enkelte klients unikke væren i verden som et menneske med symptomer på psykiske lidelser. Samtidig er der fokus på mestringsaspektet i at udtrykke sig gennem musik.

Tema 2 er meget gennemgående i besvarelserne og omhandler, at musikterapi er et behandlingstilbud til patienter på alle niveauer af GAF-skalaen, altså at musikterapi kan tilpasses patientens behov

3 *GIM: Guided Imagery and Music, Bonny-metoden. [Bruscia & Grocke 2002]*

uanset psykosocialt funktionsniveau. Der er således tale om en bred vifte af behandlingstilbud både inden for aktiv musikterapi og receptiv musikterapi og kombinationer heraf, og udgangspunktet er at behandlingstilbuddet tilpasses den enkelte patients specifikke behov. Det betones at musikterapi kan anvendes til de mest belastede patienter såvel på lukkede afdelinger (også i skærmning), i retspsykiatrien og til psykotiske patienter. Musikterapi kan tilbydes i alle sygdomsfasen til såvel indlagte som ambulante patienter, og musikterapi fungerer ofte som det allerførste skridt i en psykotera-
peutisk behandling og udvikling.

Musikterapi er helhedsorienteret, som det fremgår af tema 3. Patienten bliver mødt som et menneske med symptomer, og der arbejdes både med at acceptere og transformere vanskelige følelser, tanker og sansninger og med andre former for ressourceudvikling.

Musikterapi er ifølge tema 4 med til at sætte fokus på non-verbale/kropslige oplevelser og udtryksformer, og terapien består af både sensoriske og psykologiske virkemidler. Der arbejdes på en forståelse af sensoriske oplevelser som forudsætning for en integration af tanker og følelser. Musikken som medie kan både være kilde til og udløser af fysiske, psykologiske, sociale og spirituelle oplevelser, afhængig af patientens tilstand og muligheder.

Musikterapi er som beskrevet i tema 5 en behandlingsform, der vægter nærværet og det at give et rum til patienterne hvor de kan være sig selv, og hvor der er fokus på her-og-nu - som en tryk forudsætning for at udforske traumer fra fortiden eller andre svære erindringer og erfaringer. Gentagne oplevelser af at blive accepteret som man er i musikudøvelsen, og oplevelsen af at kunne mestre en rolle i det musikalske sammenspil, giver grundlag for såvel følelsesmæssig som social regulering.

Det betones flere steder som i tema 6, at musikterapeuter er højt uddannede specialister, og at dette er forudsætningen for, at de kan arbejde så fleksibelt og være med i og finde retningen på processen i nuet sammen med patienterne. Timing og opbygning af positive relationer er vigtige elementer i musikterapien, som musikterapeuterne er trænet i at forme. Det høje faglige niveau afspejles også i den bemærkelsesværdigt høje aktivitet indenfor dokumentation, formidling og forskning inden for faget, antallet af musikterapeuter i psykiatrien taget i betragtning.

Opsummerende kan musikterapiens styrkesider defineres som følger: Musikterapi er et humanistisk behandlings-/udviklingstilbud, hvor der arbejdes med det hele menneske med dets mere eller mindre udtalte symptomer på psykiske lidelser. Der fokuseres på den enkelte patients behov og muligheder uanset hvor psykosocialt belastet patienten er. Der fokuseres på nonverbale oplevelser (sansninger og følelser) og udtryk, og der søges verbal integration af sansninger, følelser og tanker. Der arbejdes både på det kropslige og psykiske plan, og der tilstræbes en ramme hvor der er plads til væren og til at være til stede som man er og som man har det. Musikterapeuternes høje faglige niveau afspejler sig i, at de er trænet til at være meget fleksible og til at kunne tilpasse sig den enkelte patients behov i den rette timing og med vægt på opbygning af en positiv relation. Indsatsen inden for forskning, dokumentation og formidling af faget virker solid, især hvis man tager faggruppens størrelse i betragtning.

II Musikterapiens svagheder.

Ud fra respondenternes svar kan der identificeres fem temaer vedrørende musikterapiens svagheder i psykiatrien:

1. Musikterapeuter er ikke anerkendt som en sundhedsfaglig gruppe, manglende autorisation.
2. For få ansatte/for løst organiseret/ skævvridning.
3. Musikterapi er "luksus"/ikke en kerneydelse.
4. Musikterapi er meget bredspektret, mens psykiatrien i dag er stærk fokuseret.
5. Manglende dokumentation for fagets effekt.

Tema 1 går igen i næsten alle svar og det har mest præg af en konstatering. Det nævnes dog som uddybning, at faggruppen er for lille til at sætte sig igennem ift Sundhedsstyrelsen, og at der mangler en stærk fagforening, der kan og vil kæmpe for sagen. Konsekvenser er, at musikterapeuterne ikke kan indgå i det sundhedsfaglige budget, da sessionerne ikke tæller med i de ambulante ydelser. Bl.a. derfor er musikterapeuterne mere sårbare overfor at blive sparet væk i krisetider.

Tema 2 – at der er for få ansatte, og at musikterapeuter generelt er for løst ansat – kan ses i sammenhæng med tema 1, da det er en af begrundelserne for manglende autorisation eller sundhedsfaglig anerkendelse. Musikterapeuterne har som nævnt ovenfor ikke en stærk fagforening i ryggen eller en tillidsrepræsentant [kun for musikterapeuter], der gør dem synlige og påpeger problemerne overfor de relevante instanser. Der gives ikke relevante løntillæg, og specialistkompetencerne bliver ikke synlige eller belønnet som de burde.

Tema 3 kan ses som en dominoeffekt af tema 1 og 2. Når musikterapeuter ikke får relevante løntillæg for specialistkompetencer eller bliver anerkendt for den faglighed der er til stede i musikterapiarbejdet, og når sessionerne ikke tæller med i de ambulante ydelser budgetmæssig set, så er det næsten uundgåeligt at musikterapeuterne bliver betragtet som et [i bedste fald] ekstra gode, der kan blive tilbudt patienterne – noget som er rart at have når der er ekstra penge, men som ikke er nødvendigt og som derfor kan undværes, når der skal spares. Det påpeges af flere, at der er for få ressourcer i psykiatrien, specielt til sådanne tilbud som musikterapien kommer med. Dette kan selvfølgelig ikke ses som musikterapiens svaghed, men det fremhæves som en faktor der er medvirkende til at forstærke musikterapiens svagheder.

Tema 4 påpeger, at musikterapi kan anvendes meget bredt i forhold til patienternes psykosociale funktionsniveau, og at dette forhold går imod udviklingen i psykiatrien i dag, hvor der fokuseres mere og mere på specifikke behandlingstilbud til specifikke diagnoser. Samtidig fokuseres der inden for hospitalspsykiatrien mest på akut-behandling og mindre på ikke-akut behandling af f.eks. ambulante patienter. Hospitalsbehandlingen opdeles mere og mere i "søjler" defineret af specifikke diagnoser, hvor hver søjle anvender sine specifikke evidensbaserede behandlingsmetoder. Musikterapi falder her lidt ved siden af – dels ved at der ikke er ressourcer nok til at tilknytte én musikterapeut til én søjle og – dels ved at musikterapi ikke har tilstrækkelig evidensbaseret forskning til at kunne fastslå, at musikterapi (også) er en specifik behandling beregnet til lige netop denne søjles målgruppe [dobbeltdiagnose-søjlen, psykose-søjlen etc].

Dette forhold fører videre til tema 5, hvor mange udsagn omhandler musikterapiens manglende dokumentation. Dette gælder både i forhold til at oversætte vores faglige kunnen og viden i en formidling som andre faggrupper kan forstå, og i forhold til at musikterapeuterne savner mere evidensbaseret forskning og dokumentation overfor de ansættende og bevilgende myndigheder. Det påpeges, at der ligeledes er mangel på synlighed i dagspressen og over for politikere og relevante beslutningstagere i forhold til musikterapi i psykiatrien.

III Opsummering

Opsummerende kan musikterapiens svagheder opdeles i et mere politisk aspekt og et formidlings-/dokumentationsaspekt.

Den politiske vinkel tegner billedet af en ond cirkel, hvor et meget lille antal fag-personer skal manifestere sig [udbyde behandling] i et system, hvor de ikke er grundlæggende anerkendt som sundhedsfaglige personer. Dette påvirker både ansættelsesstedets grad af faglig anerkendelse, lønniveauet (herunder muligheder for tillæg) og graden af specialistanerkendelse for de arbejdsopgaver, musikterapeuterne varetager på et højt fagligt niveau.

På trods af at spørgeskemaet generelt afspejler en bemærkelsesværdig høj grad af dokumentation, formidling og forskning set i lyset af antal fag personer, er der stadig lang vej igen med at dokumentere musikterapiens muligheder og høje faglige niveau i psykiatrien. Det gælder både dokumentation i et sprog der er tilpasset specifikke samarbejdspartnere i psykiatrien og dokumentation i form af forskningstunge artikler i ansete forskningstidsskrifter. Musikterapi er i dag evidensbaseret, hvad angår musikterapi med skizofrene og depressive patienter (Gold et al. 2005, Ulrich et al. 2007, Erkilä et al. 2011), og forskningen har her til dels indrettet sig på udviklingen i psykiatrien mod mere og mere diagnosespecifik evidensbaseret behandling. Problemet er at forskningsresultaterne indtil videre ikke er forenelige med eller omsættelige til praksis, da én musikterapeut på et helt psykiatrisk hospital ikke kan forvente kun at blive ansat til at arbejde med én diagnosegruppe, og det vil ej heller yde musikterapiens mange muligheder i praksis retfærdighed. Så der er en del paradokser som musikterapeuterne i psykiatrien må forholde sig til og komme overens med.

IV De mange paradokser

Det er et gennemgående tema hos alle respondenter at:

MT er en lille faggruppe der arbejder på et højt fagligt niveau.

Herudover peger undersøgelsen på følgende paradokser:

1. MT er på trods af sit høje faglige niveau ikke anerkendt som en kerneydelse
2. MT er på trods af flere tiltag endnu ikke anerkendt som en sundhedsfaglig gruppe selv, om den kan tilbyde behandling på alle niveauer af GAF-skalaen og ofte bliver anvendt, når andre giver op
3. MT tilbyder en behandlingsform, hvor mennesket med symptomer er i centrum, og hvor MT fleksibelt fokuserer på patientens behov, samtidig med at behandlingspraksis generelt i psykiatrien bevæger sig mod mere diagnosespecifikke, protokolbeskrevne behandlingsformer.
4. MT bliver anset som luksus og som ikke nødvendigt på trods af, at vi netop arbejder ud fra basale menneskelige behov også for mennesker med psykiske lidelser.

Afrunding

Denne undersøgelse dokumenterer en række forhold, der er karakteristiske for danske musikterapeuter ansat i psykiatrien mod slutningen af 2011. Antallet af ansatte er p.t. for nedadgående, og musikterapeuter er i psykiatrien en udsat faggruppe, fordi den ikke er accepteret som baseret på en sundhedsfaglig grunduddannelse, og fordi musikterapi ikke anses for en af psykiatriens kerneydelser. Det dokumenteres, at musikterapeuter er veluddannede og engagerede medarbejdere, som i vid udstrækning medvirker i forskning og dokumentation af deres arbejdes effekt og processer til gavn for patienterne. Musikterapeuterne arbejder med næsten alle de patientgrupper, der findes i hospitals- og socialpsykiatrien. Henvisningerne kommer fra andre faggrupper, der kender til musikterapiens potentiale, og musikterapi er et (også af andre faggrupper anerkendt) velfungerende tilbud, uanset hvilket psykosocialt funktionsniveau patienterne har. Teoretisk forholder de fleste musikterapeuter sig eklektisk, men er i høj grad – bl.a. på grund af deres uddannelse – analytisk orienterede. Der er behov for mere forskning i form af større, kontrollerede undersøgelser af musikterapiens effekt i forhold til specifikke diagnoser, men ikke desto mindre kan musikterapi allerede kaldes en evidensbaseret behandlingsform i forhold til flere diagnostiske grupper (skizofreni, depression). Musikterapiens situation er derfor ganske paradoks: Trods evidens og velfungerende samarbejde med andre faggrupper i og uden for hospitalerne er musikterapien truet på sin eksistens i en psykiatri, der i disse år prioriterer sine traditionelle kerneydelser og diagnosespecifik behandling højt.

Referencer

Blinkenberg, S., Vendsborg, P.B., Lidhardt, A. & Reisby, N. (2002). Distriktspsykiatri. En lærebog. København: Hans Reitzels Forlag.

Bonde, L. O. (2010). Music as support and challenge: Group Music and Imagery with psychiatric outpatients. *Deutsches Jahrbuch Musiktherapie*, 6: 89-118.

Bonde, L. O. (2011). Musiklytning og indre billeder som klinisk vurderingsredskab.: Assessment i receptiv gruppemusikterapi med ambulante psykiatriske patienter. *Musikterapi i psykiatrien*. Årsskrift 6: 38-55.

Brucia, K. & Grocke, D. (Eds.) (2002). *Guided Imagery and Music. The Bonny Method and Beyond*. Gilsum NH: Barcelona Publishers.

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. *The British Journal of Psychiatry* first published on April 7, 2011 as doi:10.1192/bjp.bp.110.085431

Gold, C., Heldal, T.O., Dahle, T. & Wigram, T. (2005) Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Apr 18;(2):CD004025

Hannibal, Niels (2005): Beskrivelse af patientpopulationen i klinisk musikterapi på fem psykiatriske institutioner i Danmark i perioden august 2003–juli 2004. *Musikterapi i psykiatrien*. Årsskrift 4. Ridder, H. M. O. (red.). 4. Aalborg : Aalborg Psykiatriske Sygehus - Aalborg Universitet s. 64-75.

Bonde, L. O. (2008). Musikterapi i psykiatrien: ny international forskningslitteratur 2005-2007
Musikterapi i psykiatrien. Årsskrift 5: 156-163.

Fønsbo, C. og Lund, H.N. (2011). Musiklyttegrupper – en empirisk undersøgelse af anvendte metoder i psykiatrien, Musikterapi i psykiatrien. Årsskrift 6: 86-101

Gold, C., Bonde, L. O., Trondalen, G., Erkkilä, J., Maratos, A., & Crawford, M. J. (2011). Music therapy or music medicine?. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2011(80): 304.

Hannibal, N, Munk Jørgensen, P, Pedersen, IN, Hestbæk, TL & Egelund, T (under udgivelse). Schizophrenia and personality disorder patients' adherence to music therapy', *Nordic Journal of Psychiatry*

Hannibal, N, Petersen, B, Windfelt, M & Skadhede, S (2011). Opsamling på Gruppemusikterapi i Dagbehandlingsregi for perioden 2003 til 2010, *Dansk Musikterapi*, vol 6: 26-37

Hannibal, N. (2008). Gruppemusikterapi med patienter med borderline-personlighedsforstyrrelse i dagbehandlingsregi'. *Musikterapi i psykiatrien. Årsskrift 5: 76-101.*

Hannibal, N. (2007). Relevansen af nyere psykodynamisk teori for det klinisk musikterapeutiske arbejde med psykiatriske patienter med personlighedsforstyrrelser. *Psyke & Logos 28(1):385-407.*

Hannibal, N. m.fl. (2010). Musikterapi i Danmark: DVD om klinisk musikterapi. Aalborg Universitet.

Jensen, B. (2008). Musikterapien i Socialpsykiatrien i Århus -musikterapeuten som socialarbejder. I *Musikterapi i psykiatrien. Årsskrift 5: 134-147*

Jensen, B. (2011). Brugerundersøgelse om musikterapi i Socialpsykiatrien i Aarhus Kommune. Kan downloades som pdf. På www.bentjensenmusikterapi.dk

Jensen, B. (2011) Brugerundersøgelse om musikterapi i Socialpsykiatrien i Aarhus Kommune. I *Musikterapi i psykiatrien. Årsskrift 6: 116-129.*

Lindvang, C. & Frederiksen, B. (2008) Fællesskabets muligheder – erfaringer fra musikterapi grupper på intensive afsnit. *Musikterapi i psykiatrien. Årsskrift 5: 102-121.*

Lund, H.N. (2008). Musiklyttegrupper i voksenpsykiatrien. *Musikterapi i psykiatrien. Årsskrift 5: 122-133.*

Moe, T. (2007). Receptiv musikterapi med misbrugspatienter – et pilotprojekt. *psyke & logos 28(1): 478-98*

Pedersen, I. N.(2012) Musikterapi. *Psykoterapi. Ny brugsbog.* Møhl, B. & Kjølby, M. [red.]. København. Psykiatrifonden. 2012. 10 s. [Under udgivelse].

Pedersen, I. N. & Wigram, T. (2011) Counter transference experienced by music therapists in musical improvisation in adult psychiatry: A Phenomenological Study. *Qualitative Inquiries in Music Therapy.* 2011, 17 s.[Under udgivelse].

Pedersen, I. N. [2011] Brug af kreative medier i supervision af modoverføringsoplevelser i musikterapi i psykiatrien. Hvordan håndteres sådanne oplevelser så de bliver klinisk relevante? Musikterapi i Psykiatrien. Årsskrift 6. L.O.Bonde [red.]: 6-25

Pedersen, I. N. [2008] En fænomenologisk undersøgelse af modoverføring i musikalsk improvisation i voksenpsykiatrien - en praksisbaseret og praksisrelateret forskningsundersøgelse. Musikterapi i psykiatrien : Årsskrift. 5: 30-47

Pedersen, I. N. [2008] Forord til Musikterapi i Psykiatrien. Musikterapi i psykiatrien. Årsskrift 5. U.Holck [red.]: 4-6

Pedersen, I. N. [2007] Counter transference in music therapy: A phenomenological study on counter transference used as a clinical concept by music therapists working with musical improvisation in adult psychiatry. InDiMedia, Department of Communication, Aalborg University. 390 s.

Pedersen, I. N. [2007] Gegenübertragung in der aktiven Musiktherapie mit patienten der Erwachsenenpsychiatrie. Musiktherapeutische Umschau. 28[2]: 140-152

Pedersen, I. N. [2007] Modoverføring - og musik som forløser. Indsigt og Udsyn - Magasin for Psykiatrien. 2, s. 16-17

Pedersen, I. N. [2007] Musikterapeutens disciplinerede subjektivitet. Psyke & Logos. 28[1]: 358-384

Pedersen, I. N. [2006] Ny forskning stiller skarpt på musikterapeuten I : AUH : Forskning og Klinik. 6, s. 14-17

Pedersen, I. N. [2006] Ich fühle mich, als wäre mein Körper eingeschnürt - nur im Verlassen des Körpers ist etwas Freiheit. In: Nachhall. Musiktherapeutische Fallstudien. Metzner, S. [red.]. Giesen : Psychosozial-Verlag. s. 211 - 246.

Rydahl, H. [2011]. Det sociale i musik hjælper - samfundsmusikterapi og interkommunikation. Et essay. Musikterapi i psykiatrien : årsskrift, 6: 130-

Schou, K., Bonde, L. O., & Pedersen, I. N. [2011]. Musiklytning til patienter i skærmning. Pilotprojekt. Musikterapi i psykiatrien : årsskrift, 6: 56-67.

Schou, K., Pedersen, I. N., & Bonde, L. O. [2010]. Musiklytning til patienter i skærmning. Psykiatrisk Sygepleje, 18[2], 25-28.

Storm, Sanne [2007]. Den menneskelige stemme - psykologi og psykodynamisk stemmeterapi. psyke & logos 28[1]: 447-477

Bilag 1: Spørgeskema

SPØRGESKEMA til nuværende og tidligere ansatte musikterapeuter i psykiatrien

NAVN: _____

ALDER* _____

NUVÆRENDE STILLING/ANSÆTTELSE I PSYKIATRIEN (stillingskategori, ansættelses%, psykiatri-sektor):

EV. TIDLIGERE STILLINGER/ANSÆTTELSER I PSYKIATRIEN: _____

UDDANNELSE: _____ Kandidat i musikterapi år: _____

PATIENTGRUPPER, du arbejder med (diagnoser, typer, dvs. indlagte, ambulante, brugere...):

HAR DU UDGIVET ELLER DELTAGET I DOKUMENTATIONSPROJEKTER inden for de sidste 5 år?

Ja: ____ Nej: ____

HVIS JA: ANGIV EVT. PUBLIKATION(ER):

HAR DU UDFØRT ELLER DELTAGET I FORSKNINGSPROJEKTER inden for de sidste 5 år? Ja: ____ Nej: ____

HVIS JA: ANGIV PROJEKTETS NAVN/EMNE OG EVT. PUBLIKATIONER:

HAR DU DELTAGET I ANDRE FORMER FOR FORMIDLING AF DIT ARBEJDE (artikler, radio, tv mm)?

Ja: ____ Nej: ____

HVIS JA: ANGIV HVAD: _____

HVAD ANSER DU FOR MUSIKTERAPIENS STØRSTE STYRKE/POTENTIALE IFT DAGENS DANSKE PSYKIATRI?

HVAD ANSER DU FOR MUSIKTERAPIENS STØRSTE SVAGHED/PROBLEM IFT DAGENS DANSKE PSYKIATRI?

ANDET: _____

Tak for din deltagelse!