

H. Siggaard Jensen: Et videnskabsteoretisk sygdomsbegreb. Aalborg Universitetscenter, 1978.

3) Virksomhedsbegrepet er her brukt som f.eks. i: Jørgen Pauli Jensen: Udvikling og livsvilkår, Gyldendal, København, 1980.

Regi Th. Enerstvedt: Mennesket som virksomhet. Tiden, Oslo, 1982.

4 Det følgende støtte seg til forelesning og demonstrasjon av Isabelle Frohne –og hennes artikkel:

Musiktherapie als Form Kreativer Therapie. Integrative Therapie, Heft X, 1982. Junfermann Verlag.

tegning fjernet
af copyrightmæssige hensyn

Klinisk musikterapi

af Grete Lund

F. 30. Afgangseksamen og Musikpædagogisk eksamen (begge i klaver), 1961, fra Det jyske Musikkonservatorium.

LGSM (MT) (Licentiate in Music Therapy) fra Guildhall School of Music and Drama, London 1979.

Min arbejdsplads er et psykiatrisk hospital, og mine patienter er fortrinsvis patienter, som andre behandlere, af den ene eller anden grund, har måttet opgive. At det sker, at jeg også må opgive, betragter jeg ikke som et musikterapeutisk nederlag, idet musikterapi ikke er et mirakelmiddel der klarer alt. Musikterapi er hårdt arbejde der kræver fysisk såvel som psykisk styrke af sin udøver, der samtidigt må indgyde patienterne tillid, være psykisk stabil og ikke betragte såkaldt »psykisk afvigende« som 2. classes mennesker, en holdning man desværre ofte træffer.

Idet jeg betragter ethvert menneske som noget unikt, bliver min målsætning og teknik bestemt af netop det menneske, jeg på det pågældende øjeblik står overfor. Der er derfor i terapi ikke, som i pædagogik, et fastlagt »pensum«. En terapeut underviser ikke, men behandler. Alene dette udelukker et pensum.

Det er vigtigt for en terapeut at bevare kontakten til det »normale« musikliv, enten som udøvende eller som pædagog, dvs. arbejde på deltid. Min ansættelse på hospitalet er foreløbig en prøveansættelse, sommeren 1984 skal mit arbejde gøres op, og der skal tages stilling til om musikterapien her skal udvides eller nedlægges. Da jeg kun arbejder 300 timer pr. år (p.g.a. de økonomiske omstændigheder) og tillige med kun får de dårligste patienter, er det hårde betingelser, men selvfølgelig meget spændende arbejde.

Jeg har holdt forelæsninger i Sverige og herhjemme og er i maj 1983 inviteret til Lund's Universitet i Sverige for i to dage at holde forelæsninger og kurser.

Hvad er musikterapi? Musikterapi er kontrolleret brug af musik (lyde) i behandlingsøjemed. I klinisk musikterapi bruges musik til at formidle kontakt til patienter, som det på anden måde har været svært at få, hvad jeg vil kalde, en rime-

lig kontakt med. Jeg vil ikke kalde det musikterapi, hvis musikken bliver brugt som hjælp for en *anden* terapi eller i pædagogik. Fordi man anvender musik i f.eks. fysioterapi, bliver denne fysioterapi ikke dermed automatisk til musikterapi. Ligeledes bruger man musik som hjælp i en indlæringssituation, bliver pædagogen ikke dermed automatisk terapeut.

Den vigtigste teknik i klinisk musikterapi er de frie atonale improvisationer, hvor det primære er kontakten mellem patient og terapeut, og det musikæstetiske er noget sekundært. Via de frie imp. kan man komme i kontakt med patienter, som det ikke på anden måde har været mulig at skabe kontakt til. Her er der altså *ikke* tale om, at musikken er »tjener« for en anden terapiform. Den kliniske musikterapi er en terapiform i sig selv og kan ikke erstattes af nogen anden form. For nogle (skizofrene) patienter kan den non-verbale kommunikation være mere meningsfuld end den verbale, ligesom den kan styrke jefølelsen og give patienten identitet.

De mest benyttede instrumenter er fra slagtøjsgruppen, idet de fleste, uden forudgående undervisning, kan fremkalde meningsfulde lyde på disse instrumenter. Terapeuten sidder som oftest ved klaveret. Alle imp. optages på bånd til senere analyse. Analysen er en vigtig del af arbejdet, idet man vurderer og sammenligner imp. med, hvordan det blev oplevet at skabe den, og også sammenligner med tidligere imp. plus m.m. Det er også meget vigtigt, at man, så hurtigt som muligt, efter at have improviseret, får sine indtryk nedskrevet, da mange detaljer ellers let glemmes, som måske senere viser sig at være af stor betydning. Pladsen her er for kneben til at komme ind på, hvad der bl.a. sker af overføringer mellem patient og terapeut. Disse overføringer er en vigtig del af den musikterapeutiske proces.

I det følgende skal jeg referere en sygehistorie omhandlende en patient i langtidsbehandling ved musikterapi.

Patienten, en 44-årig ugift kvinde, fik som 19-årig stillet diagnosen: Skizofrenia. Først i 1981 fandt man frem til en medicinsk behandling der har haft en markant effekt på patienten, der ikke mere lægger psykotisk adfærd for dagen, men fortsat indtager kataton stilling. Patienten står småtrippende og småmumlende midt på gulvet i en akavet stilling og forsøger ikke at kontakte andre. Patienten har været i musikterapi 6 gange før jul, og een gang efter. Også hos mig startede patienten med at stå midt på gulvet. Af og til har vi øjenkon-

takt, sommetider får jeg et blik fyldt med had, sommetider, når jeg spiller, smiler patienten. Da jeg, inden patienten skulle begynde i musikterapi, gik ind på afdelingen for at hilse på hende, fortælle hvem jeg var og hvad der skulle ske, sparkede patienten mig. Selv om patienten denne første gang kun har stået småtrippende og småmumlende midt på gulvet, forlader hun mig nødigt. Næste gang nynnner hun med på min musik, og 4. gang er det som om patienten forsøger at nærme sig instrumenterne, men fortryder. 5. gang får jeg lokket hende til at spille på pauke og cymbel. 6. gang sker der, tilsyneladende, intet. Efter jul, 4 uger senere, begynder pt. næsten med det samme at spille på cymbel og pauke, stående som sædvanlig. Da jeg tilbyder hende metallofonen og en stol at sidde på, sætter hun sig og spiller. Jeg har svært ved at styre min begejst-



ring, jeg havde ikke ventet denne aktivitet allerede. Patienten spiller med en kølle i hver hånd, skiftevis højre/venstre, en rolig grundrytme på tilfældige (pt. har aldrig lært at spille) toner, intervaller er store, sommetider brudte treklange, helhedsindtrykket er smukt, musikken virker meget kontrolleret, er det stilhed før storm? Næste møde bliver spændende. Mit mål med denne patient er bl.a. at få hende til at kontakte omverdenen, få hende til at acceptere den. De første skridt på den lange vej er allerede taget. Det vigtigste der skete i sidste »time« var, at hun satte sig på stolen, jeg følte, at det var en accepteren af mit rum.

Min første patient på hospitalet var en ca. 35-årig veluddannet, ugift skizofreniform pseudoneurotiker. Patienten havde været indlagt 6½ måned, da vi begyndte med musikterapi. Patienten var utilfreds med hospitalets behandlingsmuligheder og øvrige terapiformer. Hun overholdt ikke mødetider, og gik ofte midt under en samtale. Denne patient blev meget glad for musikterapi og er altid kommet til tiden, og er aldrig gået før tiden. Efter ca. 2 måneder i musikterapi sagde patienten til sin socialrådgiver: Endelig en behandlingsform med mening i. Efter ca. 10 måneder i musikterapi kunne patienten udskrives til dagpatient og flytte i egen lejlighed. Alle, psykiater, psykolog og andre der havde arbejdet med patienten, var enige om, at den heldige udvikling skyldtes musikterapien.

I dag, snart 3 år efter musikterapibehandlingen påbegyndtes, har patienten endnu ikke overvundet sin angst for at være i større grupper, men alligevel gennemførte hun et 14-dages højskoleophold, sommeren 1982. Af økonomiske og andre grunde har det ikke været muligt at oprette en musikterapi-gruppe i hospitalet, for der er ingen tvivl om, at en sådan grup-

pe ville være til uvurderlig hjælp for denne patient. Musikterapien har i løbet af de 3 år været afbrudt nogle gange af forskellige grunde, men på nuværende tidspunkt, januar 1983, er patienten atter i musikterapi, og improvisationerne viser en patient med mindre angst for kontakt og med større livsmod.

For at kunne forstå hvad der sker med een under udførelse af de frie atonale improvisationer, er det nødvendigt selv at have prøvet det. Derfor inviterer jeg andre behandlere og interesserede fra plejegrupperne i musikterapi. En stående bemærkning er: »Først nu forstår jeg, hvad du laver«, og sommetider: »Hvor var det dejligt«.

Som man vil kunne forstå af det foran skrevne, har en terapi-time ikke meget tilfælles med en pædagogiktime. For det første er en terapi-time ikke »en time« (60 minutter), det kan være 5 eller 10 minutter, måske 50 minutter, det afhænger af patienten. For det andet møder en patient ikke med et forberedt »stof«, patienten møder med *sig selv*, for det tredje er målene forskellige osv.

Som musikterapeut gør man sig mange tanker om den ny-startede uddannelse på AUC. Bliver det en *terapiuddannelse*, eller skal vi have endnu en mellemuddannelse i pædagogik (jævnfør AM-uddannelsen). Grundlaget for musikterapi er musikken, altså: først musiker – så terapeut. Hvis den 4-årige uddannelse havde været en overbygning på en konservatorie eller universitetsudd. i musik, ville jeg have set frem til de nye terapeuter med forventning, og med en solid baggrund kunne terapiuddannelsen have været et år kortere. Jeg håber mine forventninger bliver opfyldt, for der er et stort behov for musik-*terapeuter* (ikke pædagoger, dem er der nok af) på vore psykiatriske hospitaler.