

RECEPTIV MUSIKTERAPI MED MISBRUGSPATIENTER – et pilotprosjekt

Torben Moe

Artiklen omhandler et forskningsprosjekt på Sct. Hans Hospital, hvor effekten af receptiv korttidsterapi med misbrugspatienter undersøges. Atten patienter med misbrugsproblematik deltog i et kognitivt terapi-program, som inkluderede receptiv musikketerapi i en gruppesetting. Størsteparten af deltagerne havde udover en alvorlig misbrugsproblematik en diagnose indenfor ICD 10s spektrum af personlighedsforstyrrelser. Effekten af musikketerapien blev undersøgt ved hjælp af Antonovskys spørge-skema Oplevelse Af Sammenheng (OAS-29), og et semistruktureret interview efter terapiperioden på ti sessioner. Interviewet fokuserede på patienternes opfattelse af, hvad de havde haft mest gavn af i terapiperioden. Resultaterne viste en signifikant fremgang i alle tre OAS sub-skalaer (meningsfuldhed, begribelighed, håndterbarhed), og alle deltagerne fandt at musikketerapidelen af deres program var en betydningsfuld udvidelse af den kognitive terapi. For flertallet af deltagerne spillede musikketerapien en væsentlig rolle i deres restitueringsproces, og specifikke billeder, symboler og følelser fra musikketerapien gjorde stærkt indtryk på dem. Artiklen præsenterer udvalgte musikkesempler og kliniske vignetter.

(Det finnes musikk)

Det finnes musikk som rammer os
som om den alltid var her
og har ventet oss, som livet selv
der det grenser opp mot død og sorg
Musikk som trenger inn i oss
og bærer tidens mørke ut i lys
Og det er ikke vi som gjenkjenner tonerne
Det er tonerne som gjenkjenner oss
Musikk. Ikke som en kopi af livet
Men som en ny version av det å leve

S. Mehrer (2002): *Den sidste ildlender*.
Aschehoug forlag. Oslo.

Indledning

Enhver tone har en iboende retning i sig. Musik er som en flod, der altid er i bevægelse, og man kan se på floden eller hoppe i og påbegynde en rejse i og med musikken. Musikkens levende væsen påvirker os på et psykisk, fysisk og åndeligt plan, og dette udnyttes i mange former for behandling. I relation til psykiatriske patienter har undersøgelser vist, at musikterapi kan have en beroligende virkning samt øge funktionsniveau og velbefindende hos patienterne (Gold et al. 2006; Körlin et al. 2002, Moe 2000). Inden for det psykiatriske system har det været muligt at udvikle forskellige typer musikterapi (Moe 2000a+b; Moe 2002, Wigram et al. 2002; Bruscia 1998). I klinikken anvendes både aktive og receptive musikterapeutiske teknikker, individuelt såvel som i gruppe.

Denne artikel er baseret på et pilotprojekt med receptiv musikterapi med misbrugspatienter. Den specifikke musikterapeutiske metode kaldes Guided Imagery and Music (GIM) (Bonny 2002; Bruscia 2002). Denne metode er baseret på lytning til udvalgt klassisk musik i en afslappet bevidsthedstilstand. Helen Bonny, som skabte GIM-terapietoden, fokuserede tidligt i sit kliniske arbejde på misbrugspatienter – med særligt henblik på patienternes evne til at genopnå kontrol over deres liv (Bonny & Tansill 1977; Bonny 1978a; 2002).

I artiklen vil der først være et par eksempler fra litteraturen om receptiv musikterapi med misbrugere, dernæst beskrives, hvad GIM er og hvilke modifikationer, der er udsprunget af denne metode. Herefter følger beskrivelsen af pilotprojektet, projektets design og resultater. Endelig vil disse resultater blive diskuteret og illustreret med case-eksempler fra terapien.

1. Receptiv Musikterapi med misbrugspatienter (baggrund).

Receptiv Musikterapi med misbrugspatienter omtales i flere sammenhænge i litteraturen. Den israelske musikterapeut Tsvia Horesh har ud fra interviews med kroniske misbrugspatienter undersøgt, hvilken betydning musiklytning havde i patienternes livshistorie både i misbrugsperioder og i behandlingsfaser (Horesh 2006). En anden vinkel på behandling af misbrug ses hos den finske musikterapeut Marko Punkanen (2004), som anfører, at mange misbrugspatienter ofte har traumatiske oplevelser tidligt i livet. Punkanen anvender tre elementer i sin behandling: En fysioakustisk metode hvor patienten sidder i en specielt designet fysioakustisk stol og modtager lydvibrationer, hvilket kombineres med musiklytning og efterfølgende terapeutiske samtaler (Punkanen 2004 s. 1).

I en del undersøgelser kombineres aktiv og receptiv musikterapi sideløbende som behandlingsteknik. Et eksempel herpå er Irene Dijkstra og Laurien Hakvoort (2004), som ud fra en kognitiv, adfærdsmæssig vinkel i en biopsykosocial model havde som mål at give patienten indsigt i egne ad-

færds mønstre og valgmuligheder. Hakvoort anfører, at »music is used as the powerful tool to encourage people to act and (unaware) show their coping strategies.« (Hakvoort 2004, s. 1)

Af størst betydning for min undersøgelse er den amerikanske musikterapeut Helen Bonny, der allerede i 70'erne beskæftigede sig med receptiv musikterapi og misbrug (Bonny & Savary 1973, 1990; Bonny & Tansill 1977). Med baggrund i bl.a. disse erfaringer skabte Bonny metoden Guided Imagery and Music (GIM).

The Bonny Method of Guided Imagery and Music og modifikationer heraf

Helen Bonny (HB) udviklede GIM-metoden med inspiration fra tyskeren Leuners psykoanalytisk baserede metode Guided Affective Imagery (Leuner 1984). Bonny anvendte afspændingsteknikker såsom Autogen Træning (Schultz 1959) og Progressiv Afspænding (Jacobsen 1938). Bonny var desuden stærkt inspireret af humanistisk psykologi (Maslow 1968), af Jungs analytiske terapi og af transformativ terapi (Wilber 1986). Den australske musikterapeut og GIM-terapeut Denise Grocke Erdonmez definerer GIM således:

Guided Imagery and Music (is) a specialised area of music therapy in which clients listen to classical music in a deeply relaxed state and in which visual imagery, changes in mood and physiological effect in the body are experienced. . . . The method is based on the principles of music psychotherapy, where unresolved psychological issues in the client are brought to the surface by the dynamics shifts in the music selections. The clients' issues are represented in symbolic form in visual images, feelings states and body responses. The therapist engages the client in a dialogue to enhance the experience of the imagery. Each of the music programs (of 40 minutes) incorporates selections from the Western classical tradition. A movement of a larger work may be programmed alongside a work of another composer or another stylistic period. Each music program is designed to have a beginning piece, which stimulates imagery, a middle section to deepen the experience emotionally, and a final selection, which returns the client to a non-altered state of consciousness. The choice of music for each program is made according to the potential for inducing imagery and deepening emotion. (Grocke 1999, s. 13).

Guided Imagery and Music anvendes i sin fulde udstrækning i individuel terapi¹ samt i forskellige modificerede former, hvor der bl.a. anvendes kortere

1 Den klassiske individuelle terapiform kaldes i dag The Bonny Method of Guided Imagery of Music (BMGIM), mens betegnelsen GIM anvendes som paraply-begreb for de mange forskellige modificerede individuelle og gruppe-formater.

musikstykker. Med GIM-gruppeterapi forstås en setting i en mindre gruppe med op til otte gruppemedlemmer, hvor musikvalget primært er inden for det repertoire, der anvendes i den individuelle GIM-setting (Bonny 1994, s.70; se iverigt Becks artikel i dette nummer for nærmere oplysninger om GIM-metoden).

Litteratur og forskning inden for området

Udover som terapiform til misbrugere (Bonny 1978a+b, Borling 1992b, Pickett 1991, Hansen & Moe 1998, Summer 1988) anvendes GIM i forbindelse med bearbejdelse af overgreb (Borling 1992a, Skaggs 1993), behandling i forbindelse med AIDS (Bruscia 1991), over for PTSD (Blake & Bishop 1994) med patienter i terminalfasen (Erdonmez 1994) og i hjerne-skadebehandling (Moe & Thostrup, 1995, 1998). Der er desuden foretaget undersøgelser af GIM anvendt i forskellige kulturer (Hanks 1992).

I forskningsmæssig sammenhæng har Denise Grocke skrevet en afhandling om »*Pivotal moments in GIM*« (Erdonmez 1999), og Bonde har forsket i BMGIM med cancerpatienter i rehabilitering (Bonde 2005). Jeg har selv skrevet en afhandling om GIM-gruppebehandling af skizofrene og skizotypiske patienter på Sct. Hans Hospital og fandt, at musikterapien havde en positiv effekt på patienternes funktionsniveau og livskvalitet (Moe 2000a s. 136).

2. Pilotprojekt på Sct. Hans Hospital (materiale og metode).

Overblik

Pilotprojektet foregik 2002-04 på Afd. M2 på Sct. Hans Hospital. Afd. M2 er en specialfunktion, som behandler patienter med svært misbrug og ikke-psykotiske, psykiske lidelser. Afd. M2 arbejder ud fra en kognitiv referenceramme, og der lægges vægt på den kognitive grundmodel, som forbinder kognitive, fysiologiske, emotionelle og adfærdsmæssige elementer i kritiske situationer (Oestrich 2006). Udover det kliniske fokus har undersøgelsen også haft til formål at erfare, hvorledes den valgte musikterapeutiske metode ville gå i spænd med kognitiv miljøterapi. Afd. M's vision for behandling og pleje tager udgangspunkt i patientens psykiske lidelse, og der tilstræbes en aktiv, struktureret, problemorienteret, psykoedukativ og dynamisk behandling og pleje, hvor patient og personale samarbejder. Afdelingens mål er, at den medikamentelle og terapeutiske behandling kvalitetssikres, og behandlingsfilosofien er kognitiv miljøterapi. Der er aftalte behandlingsmål og behandlingsforløb for den enkelte patient.

Undersøgelsens hypotese var, at den musikterapeutiske metode kan hjælpe patienter med svært misbrug til at genfinde mening og sammenhæng i tilværelsen efter en misbrugsperiode.

De overordnede forskningsspørgsmål var:

- Kan GIM-musikterapi være en hjælp for misbrugs klienter i en rehabiliteringsfase?
- Kan OAS være et relevant instrument til at måle positiv forandring?
- Hvad er patientens egen vurdering af GIM-musikterapien som del af deres behandling?

På baggrund af tidligere forskning (Moe 2000a, s.319) står det klart, at:

- Musikkens struktur og emotionelle påvirkning kan hjælpe patienterne med at stabilisere sig selv emotionelt og skabe grobund for udvikling af nye tanker og løsningsmuligheder over for kritiske situationer.
- Musikken kan også hjælpe patienter, som klager over manglende oplevelse af følelser med at genvinde evnen til at »tåle« følelser og følelsesnuancer.

Setting

Musikterapien var tilrettelagt som en lukket korttids gruppesetting på 10 sessioner, der foregik i et roligt lokale uden for afdelingen, med fast mødetid én gang ugentligt à 1,5 time.

Sessionens opbygning var som følger:

- 40 minutters samtale før musiklytning med fokus på patientens her-og-nu-situation og med plads til at fortælle om væsentlige oplevelser siden sidste session.
- Ca. 10 minutters musiklytning. Musikken blev valgt af musikterapeuten ud fra de aktuelle problemer, gruppemedlemmerne ønskede at arbejde med. Musikken blev udvalgt primært fra det klassiske repertoire, suppleret med lyriske jazz-stykker eller egnede stykker fra andre stilarter (se note 2 for eksempler).
- 40 minutters samtale med fokus på patienternes kognitive, emotionelle, kropslige og adfærdsbetonede oplevelser under musiklytningen og disse oplevelsers betydning ift. patientens aktuelle situation og målsætning for terapien.

Musikvalg – generelle overvejelser

Musikken var som nævnt primært udvalgt fra de musikprogrammer, som indgår i GIM-repertoire. Når musikken vælges, indgår der en række dynamiske faktorer, som hver især har betydning for, hvilket »musikalsk landskab« patienten bliver præsenteret for. Disse faktorer er:

- Musikkens overordnede karakter (Rytmsk/melodisk dominans)
- Musikkens intensitet og dynamik (Spænding/afspænding – crescendo/decrescendo)
- Musikkens bevægelser (Tempo – rytme – retning – pauser)
- Musikkens stemning (Konsonant/dissonant – glad/trist – farve – fornemmelse)

- Musikkens instrumentering (Symfoniorkester/lille ensemble/band/solist/vokalist)
- Musikkens associative univers: (Eventyr/natur/meditation/national/kultur)
- Musikkens genkendelighed: («Mig«/»ikke mig« – forudsigelighed)
- Musikkens form: (kompleksitet/enkelhed – gentagelser/udvikling)
- Musikkens genre og stilart (Pop/jazz/klassisk/rock/new age)

Hvor stor den psykologiske udfordringsgrad er ud fra de musikalske parametre, kan overordnet anskues således:

karakteristika	Musikkens parametre	karakteristika
Stabilitet Tydelighed Langsom udvikling Forudsigelighed	Melodi Puls / rytme Klangbillede Tekstur Tempo Volumen Modalitet Form	Mange variationer Tvetydighed/flertydighed Hurtig udvikling Uforudsigelighed

Tentativ psykologisk reaktion:

Beroligende
Understøttende
Konfirmerende
Forsikrende

Provokerende
Udfordrende
Stimulerende
Ekspanderende

Fig. 1. Musikkens parametre ift. psykologisk udfordringsgrad

Af skemaet fremgår det, at karakteristika i de musikalske parametre tentativt er udslagsgivende for, hvilke psykologiske reaktioner musikken medfører. Idet patientgrundlaget var indlagte patienter med alvorligt misbrug, og flertallet desuden havde dobbelt diagnose, valgte jeg som overordnet rettesnor i terapiforløbet musik med en relativt stor grad af forudsigelighed, inden for et varieret udbud af stemninger afhængig af den aktuelle atmosfære i gruppen og de fremherskende temaer, der blev arbejdet med. Jeg har flere gange i forløbet valgt Pachelbels *Kanon i D-dur* og Mozarts *Klarinetkoncert i F dur*, 2. sats. Begge stykker er først og fremmest karakteriseret ved en høj grad af forudsigelighed, både strukturelt, rytmisk og melodisk. Dette gør dem velegnede til brug især i begyndelsesfasen, hvor opbygning af tryghed i gruppen er et vigtigt tema.

Hele undersøgelsen omfattede i alt fire gruppeforløb, og patienterne fortalte om deres oplevelser efter musiklytningen, med undtagelse af enkelte sessioner hvor interaktiv lytning fandt sted. Interaktiv lytning betyder, at patienterne rapporterede deres oplevelser *under* musiklytningen, på skift og med terapeuten som 'dirigent'.²

Undersøgelsens design

Undersøgelsen omfattede 18 motiverede patienter (15 mænd og 3 kvinder) i alderen 30 – 60 år indlagt på afd. M2 og ude af aktuelt misbrug i min. 2 måneder. Misbruget var primært alkohol og i enkelte tilfælde andre rusmidler, såsom hash og pillemisbrug. Den gennemsnitlige indlæggelse på afdelingen er 4-6 mdr., og musikterapien blev tilbudt i sidste del af indlæggelsesforløbet. Patienterne var på dette tidspunkt enten ude af medicinsk behandling eller i stabil medicinsk behandling. Det skønnes, at den medicinske behandling kun havde en lav grad af sedation og indflydelse på det kognitive funktionsniveau ift. behandlingen. Musikterapeut og co-terapeut (psykolog Bente Henriksen) deltog løbende i afdelingens konferencer og foretog journalnotater, hvilket udgjorde basis for samarbejdet mellem afdeling og musikterapi.

Ved en visiterende forsamtale blev relevante mål for behandlingen formuleret af patient og terapeut i samarbejde. De mest fremtrædende målområder var følgende:

- At undgå tilbagefald
- At tillade og »tåle« de følelser og oplevelser patienten kommer i kontakt med under musiklytningen
- At blive bevidst om hvornår disse oplevelser er relateret til patientens misbrug og selvfølelse
- At lære at håndtere misbrug
- At blive bevidst om hvornår og hvordan misbrug er udløst af personlighedsmæssige problemer, som f.eks. angst og lav selvtillid

Dataindsamlingsmetoder

Som dataindsamlings- og evalueringsmetode anvendtes (1) en test udviklet af Antonovsky: Sence of coherence (SOC), på dansk: Oplevelse af sammenhæng (OAS), (2) et 29-punkts-spørgeskema udformet af Valbak (1997)

2 Eksempler på musik én af de fem grupper lyttede til (kronologisk): Beethovens 5. klaverkoncert, 2.sats. Chesnokov: Salvation is created Pachelbel: Kanon i D. Mozart: Klarinetkoncert i F-dur, 2. sats. Copland: Appalachian Spring. Shostakovich: 2. klaverkoncert, 2.sats. Törshavnar manskór: nr. 7 og 10. Elgar: Enigma-variationerne nr. 8 og 9. Dvorak: Tjekkisk Suite, Romanze. Beethovens 5. klaverkoncert, 2.sats. For oplysning om indspilninger henvises til: Clark (2002), Bruscia (1998) samt forfatteren.

suppleret med 4 spørgsmål af Moe (2000), omhandlende patientens udbytte af terapien, samt (3) individuelle interviews på basis af 5 tillægsspørgsmål.

OAS – det salutogenetiske perspektiv

Oplevelse af sammenhæng (OAS-29) er et selvrapporteringskema baseret på teorien om salutogenese – evnen til modstandskraft og bevarelse af sundhed. Teorien og den psykometriske test er udformet af Aaron Antonovsky, som frem til sin død i 1994 var professor ved afdelingen for medicinsk sociologi ved det sundhedsvidenskabelige fakultet, Ben Gurion University i Israel. Antonovskys hypotese er, at modstandskraft i forhold til et psykosocialt pres beror på den enkeltes oplevelse af sammenhæng, dvs. den enkeltes oplevelse af tilværelsen som meningsfuld, forståelig og håndterbar. Perspektivet er operationaliseret i selvrapporteringskemaet (OAS-29). Om OAS er stærk eller svag, udtrykkes som graden af *Generalized Resistance Resources* (GRRs). OAS-29 er altså et redskab til måling af, om en persons GRRs er stærke eller svage. Antonovsky (1987 s. 13)

Jeg valgte denne test til undersøgelsen, idet testens fokus er af central betydning for målgruppen i en rehabiliteringsfase, og fordi OAS er anvendt i anden GIM-forskning (Körlin & Wrangsjö 2002; Bonde 2005). Anita Bengtsson-Tops og Lars Hansson (2001) anfører at:

»The salutogenic model of Antonovsky proposes that the individual's sense of coherence, which is a personal orientation towards life, determines the health experience. The salutogenic perspective might in several advantageous aspects contribute to the care and support for patients with a long and persistent mental illness« (Bengtsson-Tops & Hansson 2001, s. 432)

Oprindelig mente Antonovsky (1987), at graden af en persons OAS var relativt fastlagt allerede i ungdomsårene. Desuden mente han, at de tre dimensioner *meningsfuldhed*, *forudsigelighed* og *håndterbarhed* var konceptuelt integreret i én enkelt faktor. Svenskerne Eriksson and Lindstrom (2005) har foretaget den mest omfattende, up to date oversigt vedrørende OAS-skalaens reliabilitet og validitet. Ud fra en gennemgang af næsten 500 undersøgelser og ph.d.-afhandlinger konkluderede de, at skalaen er meget reliabel, valid og et tværkulturelt anvendeligt instrument – men dog ikke helt i den grad, Antonovsky havde påstået. Eriksson og Lindström fandt desuden, at OAS havde tendens til at blive forstærket med alderen, samt at skalaen var multidimensionel – ikke unidimensionel som Antonovsky mente. Disse fund peger på muligheden for at anvende testen dynamisk og fremadrettet, og efter min opfattelse er testen velegnet som instrument til evaluering af terapiforløb.

Valbaks skema

Skemaet rummer en række spørgsmål vedrørende patienternes bedømmelse af psykoterapiforløb (Valbak, 1998). Jeg har suppleret med 4 spørgsmål, som omhandler patienternes syn på musik og billeddannelsens betydning samt gruppens betydning (Moe, 2000). Patientens syn på terapien kortlægges gennem 33 spørgsmål, som besvares på en 5-punkts Likert-skala mellem (1): ingen betydning og (5): meget stor betydning. Instruktionsen er formuleret således: »I hvilken udstrækning mener du, følgende spørgsmål har været betydningsfulde for dig i forhold til dit udbytte af deltagelse i musikterapigruppen?« – Spørgsmålene dækker følgende områder:

- Patientens syn på terapeuten
- Patientens følelse af ansvarlighed for egen behandling
- Gruppens rolle og betydning
- Musikkens rolle
- Forestillingsaspektets rolle
- Relationelle forhold og emotionelle forhold
- Bearbejdningsstrategier.

For testen i dens fulde ordlyd henvises til Moe (2000 s.131).

3. Undersøgelsesresultater

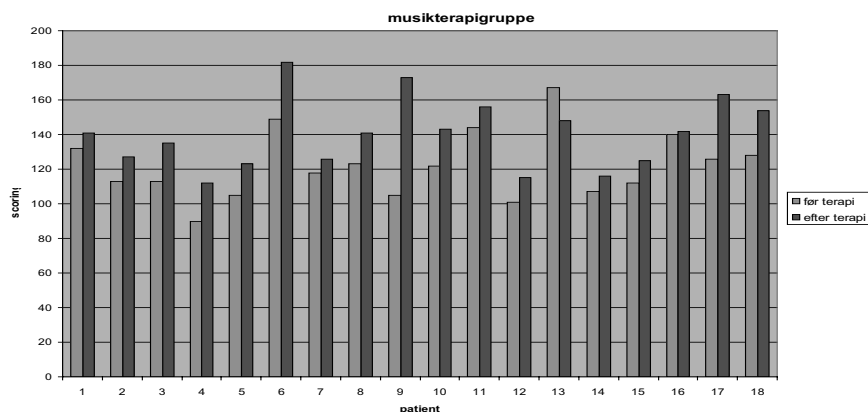
I dette afsnit præsenteres resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen, efterfulgt af udvalgte resultater af interviewundersøgelsen.

Antonovskys OAS

Deltagerens OAS totalscore ses i følgende skema (2). Den lodrette akse viser hver deltagers totalscore på alle 29 spørgsmål før (blå farve) og efter (rød farve) terapiforløbet. På den vandrette akse er antallet af patienter (fra nr. 1 - nr. 18).

Af skemaet fremgår det, at:

- Variationsbredden i undersøgelsesmaterialet er 85-182. (For israelske borgere ($n=297$) var den 90-189. For nordisk sundhedspersonale ($n=30$) 95-187, se Antonovsky, 2000 s. 197).
- De fleste patienter havde en markant bedre OAS efter terapiperioden.
- Kun én patient havde en højere score før end efter forløbet



Skema (2): Patienternes totalscore (OAS)

At én patient havde en højere score efter forløbet (pt. nr. 13) kan delvis skyldes, at patienten efter terapien scorede lavere end før på spørgsmål, som havde fokus på fortiden. Patienten fortalte i interviewet efter terapiforløbet, at han havde fået et mere realistisk syn på sin fortid i løbet af terapiforløbet og gjort op med et idylliseret billede af fortiden. Denne problematik med et idealiseret syn på fortiden blev nævnt af flere patienter under det semi-strukturerede interview og udgør efter mit skøn et problematisk punkt ved testen.

	<i>n</i>	Minimum	Maksimum	Middel	Standard afvigelse
Prætest	18	90	167	121,94	19,191
Post-test	18	112	182	140,11	20,003

Skema (3): OAS gennemsnitlig score

Der ses en variationsbredde mellem 90 og 182, og standardafvigelsen er til sammenligning ift. undersøgelse med israelske statsborgere ($n=297$): 19,82 og nordisk sundhedspersonale ($n=30$): 19,90 (Antonovsky, 2000, s.197)

Differencen mellem Præ-test og Post-test er signifikant $p<.0001$ – Effect Size: 4.419

Effektstørrelsen (Cohen, 1998) er for hver af de tre komponenter meningsfuldhed, begribelighed og håndterbarhed:

Meningsfuldhed: (Præ – Post) ES = 0.73 (moderat)

Håndterbarhed: ES = 0.59 (moderat)

Begribelighed: ES = 1.17 (stor)

Den største gennemsnitlige forskel i præ-post testen sås i spørgsmål 3: *Tænk på de mennesker du daglig er i kontakt med, bortset fra dem du føler dig tættest på. Hvor godt kender du (de fleste af) dem? – (1) du føler de er fremmede <-> (7) du kender dem rigtigt godt.*

Den positive ændring pegede på, at patienterne bedrede deres dagligdags kontaktevne betydeligt.

En omtrent lige så stor forskel mellem før og efter sås i spørgsmål 20: *Når du foretager dig noget, som får dig til at føle dig godt tilpas: Vil du helt sikkert blive ved med at føle dig godt tilpas (1) <-> Vil der sikkert ske noget, som ødelægger den gode følelse (7)³*

Dette pegede på, at patienterne generelt fik et mere optimistisk og tillidsfuldt syn på tilværelsen.

Af svarene på spørgsmål 10: *De sidste 10 år har været: (1) Fuldt af forandringer uden du vidste, hvad det næste ville være <-> (7) fuld af indre sammenhæng og med klar retning* – fremgik det, at der ingen forskel var mellem før og efter. At patienterne ikke ændrede syn på deres fortid – eller at visse patienter ligefrem scorede lavere på punkt 10 efter forløbet – kan forstås således, at patienterne efter terapien fik et mere realistisk syn på fortiden.

Samlet resultat af OAS

- OAS var signifikant højere efter forløbet
- Begribelighed var den dimension, der blev mest signifikant forbedret.

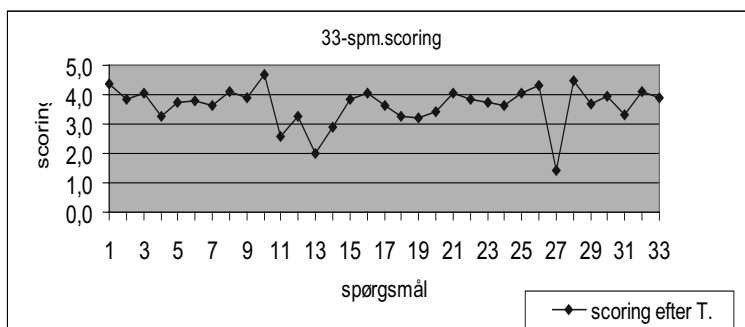
Lignende resultater fandt Bonde (2005) i sin undersøgelse af individuel BMGIM-terapi med cancerpatienter i rehabilitering, og Körlin og Wrangsjö (2002) i en undersøgelse af individuel GIM-terapi med 30 klienter, der søgte terapi for selv-aktualisering, interpersonelle problemer eller primær psykiatrisk symptomatologi.

Dette kan, til trods for det lille materiale, indikere, at GIM kan hjælpe alvorligt skadede patienter med misbrug til at opnå forbedret mestring: en forøget følelse af at kunne begribe og håndtere deres livssituation bedre og se livet som mere meningsfuldt.

Valbaks skema

Patientens syn på terapien besvaredes ud fra 33 spørgsmål på en 5-punkts Likert-skala mellem (1): ingen betydning og (5): meget stor betydning.

Instruktionen var formuleret således: *»I hvilken udstrækning mener du, følgende spørgsmål har været betydningsfulde for dig i forhold til dit udbytte af deltagelse i musikterapigruppen?«*



Skema (4): 33-spørgsmåls selvrapporteringsskema (Valbak).

Af resultatet fremgik, at patienterne gennemsnitligt vægtede deres syn på terapeuternes faglighed højt (spm. 10: *Terapeuternes dygtighed.*). Desuden scoredes højt på spørgsmål om metodens anvendelighed (spm. 26: *Det at der var musiklytning i terapien*, og spm. 28: *Kombinationen af musiklytning og samtale var en god ide*).

Laveste scoring var på spm. 27: *Synes du, at musikken virkede skræmmende?*, hvilket indikerede, at patienterne var i stand til at rumme musikens udfordringsgrad, og at musikken ikke var for »farlig«, hvilket særlig havde betydning for majoriteten af patienterne med en dobbelt diagnose. Patienterne scorede desuden lavt på spm. 13: *»Det at blive opmærksom på, hvordan problemer i forholdet til andre mennesker også prægede mit forhold til terapeuterne«*, hvilket pegede på, at patienterne ikke anså denne type overføring som særlig central.

Desuden kan det anføres, at der var en høj fremmødeprocent (gennemsnit 92,2 %), og at ingen af patienterne mødte under otte ud af ti gange. Der var ét tilfælde af drop-out som følge af recidiv, og ét tilfælde af udskrivelse før planlagt. Som follow-up ift. genindlæggelse var kun 4 ud af de 18 patienter, der deltog i undersøgelsen, genindlagt 2 år efter undersøgelsens afslutning. Dette må også anses for at være meget positivt.

Interviews – 5 supplerende spørgsmål

Nedenstående besvarelser er baseret på udtalelser fra alle patienterne på de fem supplerende spørgsmål. Udvalget er foretaget af forfatteren, ud fra de mest fremtrædende temaer patienterne formulerede.

Spm. A: *Er der andre ting, som har haft positiv betydning i terapien?*

- rolig og tillidsfuld atmosfære
- kendskab til de andre i gruppen
- den kognitive terapi og musikterapien supplerer hinanden godt
- godt med forløb uden for afdelingen
- indsigt ift. tidligere uhensigtsmæssige adfærdsmønstre

Spm. B: *Er der nogen ting, som du har savnet i din terapi?*

- mere tid i visse situationer
- længere musikindslag og afslapningsøvelse
- selvvalgt eller anden type musik engang i mellem

Spm. C: *Hvilke konkrete begivenheder eller oplevelser i musikterapien har gjort størst indtryk på dig?*

- de specifikke billeder der fremkom under musiklytningen
- at give sig hen i musikken
- at udtrykke stærke følelser

Spm. D: *Hvilke begivenheder eller oplevelser i musikterapien har du haft mest gavn af?*

- ro og afspænding sammen med musikken – noget der kan bruges i fremtiden
- musik der havde særdeles stor indvirkning på psyken både i positiv og negativ retning
- samtalerne – der blev lyttet
- at komme af med det der lige nu fyldte mest

Spm. E: *Yderligere kommentarer*

- forløbet har været sjovt, lærerigt og tankevækkende
- fremover at bruge musikken i kritiske situationer
- musikterapien burde være et tilbud under hele indlæggelsen

Som det fremgår af de positive besvarelser, lagde patienterne især vægt på musikkens emotionelle påvirkning og på musiklytning som coping-strategi i fremtiden. Det rapporteredes, at den kognitive behandling og musikterapien supplerede hinanden på en positiv måde, og flere angav at musikterapien gav dem ny indsigt i deres problematik.

Sammenfatning af resultaterne

(1) OAS testen viste en markant fremgang i patienternes syn på oplevelse af sammenhæng i deres tilværelse i alle tre facetter: begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed.

- (2) Ud fra 33-spm-testen oplevede patienterne metoden som betydningsfuld for deres behandling, og fremhævede specifikke oplevelser, de havde haft under musiklytningen, som kurative faktorer i deres rehabilitering.
- (3) I det semi-strukturerede interview rapporterede flere patienter om indsigt i uhensigtsmæssige adfærdsmønstre, om musikens emotionelle påvirkning og om at anvende musiklytning som coping-strategi i fremtiden.

Desuden skal det tilføjes, at der kun var et minimalt recidiv af misbrug i terapiperioderne for de patienter, der deltog i undersøgelsen. Ligeledes var det positivt, at der var en høj fremmødeprocent på 90%, samt at kun 4 af de 18 patienter, som deltog i undersøgelsen, var genindlagt 2,5 år efter undersøgelsens afslutning.

Case-eksempler: patientoplevelser under musikken ift. det samlede resultat

Nedenstående er et eksempel fra et af gruppeterapiforløbene med én af patienterne, som havde haft et udtalt tilbagevendende alkoholmisbrug i en længere periode på 4-5 år. Misbruget medførte et lavt selvværd og konfliktskyhed, som patienten gerne ville arbejde med i musikterapiforløbet. Nedenstående er baseret på patientens udsagn før og efter musiklytningsfasen.

7. SESSION (UD AF 10)

Før musikken rapporterede patienten, at *»Tingene var begyndt at gå bedre igen«* – han håbede på at få sit job tilbage igen, og skulle til samtale med tidligere arbejdsgiver herom.

Musikterapeuten foreslog 'en farve som havde en positiv betydning' som åbningsbillede (= et af tp. foreslået fokus før musiklytningen).

Musik: Debussy: *Strygekvarter* (uddrag)

Patientens udsagn efter musikken:

»Jeg gik i mit nabokvarter – jeg var opmærksom på omgivelserne. Jeg havde en gul trøje. Den gule farve dukkede op sammen med musikken. I øvrigt næsten samme farve som jeg vil male på mit værelse hjemme. Så skiftede musikken lidt karakter og jeg gik ind i en forretning, jeg tit kom i også mens jeg var beruset.

Jeg tænkte, at jeg frygtede, at de vil smide mig ud – men de kiggede bare på mig – og det fik mig til at slappe af... Så købte jeg bare nogle ting og gik ud... Til sidst under lytningen oplevede jeg, at jeg gik forbi et værtshus, jeg tit kom på... jeg var på vej hjem – der mødte jeg en fodboldkammerat, og så sluttede musikken.«

Patientens refleksioner:

»Det var en opløftende oplevelse. Godt, at jeg turde gå ind i butikken. Følte angst, men blev i situationen.... Jeg var overrasket over at møde fodboldkammerat, men han ville gerne tale med mig – jeg vil gerne spille fodbold igen.«

Terapeutens refleksioner:

Som overskrift kunne 'ressourceopbygning' anvendes: Patienten forestillede sig, at han gik ind i en butik, hvor han havde været i beruset tilstand. Patienten havde tidligere i terapiforløbet fortalt, at det var meget pinligt for ham at tænke tilbage på misbrugsperioden, hvor han flere gange kom beruset i nævnte butik. Patienten havde også rapporteret, at han i misbrugsperioden »sneg sig langs husmurene« for ikke at blive set. Set i et psykodynamisk perspektiv omhandlede situationen eller »scenen« i købmandsbutikken en traumatisk begivenhed. Patienten genoplevede den traumatiske oplevelse, som tog en uventet positiv drejning. Det blev en »reparationsoplevelse« – en bearbejdning af den traumatiske oplevelse. Set i et kognitivt perspektiv kunne man sige, at der var tale om eksponering på et indre plan, og at patienten (spontant) formulerede alternative tanker og udførte fornuftsbase-rede handlinger, idet han købte ind i butikken i stedet for at flygte.

Set i forhold til den kognitive model (se nedenfor) hvor positionerne tanker – følelser – adfærd – krop – er afbildet, blev alle fire vinkler bragt i sving i den omtalte situation.

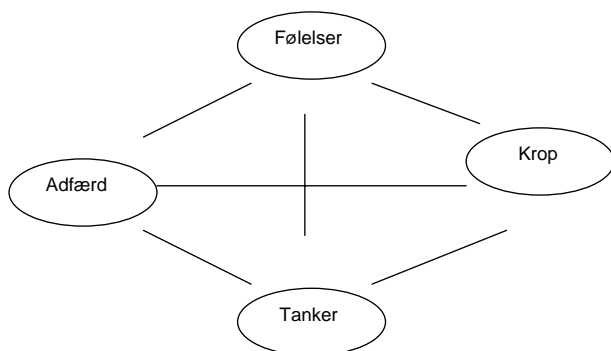


Fig. (5) Den kognitive model. (Oestrich & Johansen 2005, s. 45)

Musikkens rolle kan ses som en dynamisk, understøttende og stemningsfremmende faktor, som bl.a. inspirerede patientens fantasi og fokusering.

Patienternes oplevelser under musiklytningen relateret til misbruget

I terapien fremkom oplevelser, der knyttede sig til misbruget både direkte og i metaforisk form. Flere patienter rapporterede, at musikken ofte bibragte en positiv stemning med tilhørende billeddannelse, men at den rare følelse og tilhørende billeddannelse pludseligt blev spoleret at misbrugsadfærd eller misbrugstanker. F.eks. oplevede en patient, i en kombination af fantasi og virkelighed, at han var på sommerudflugt sammen med sine børn og børnebørn, der løb og legede. Patienten undrede sig over, at hans voksne børn var på samme alder som børnebørnene, men hæftede sig mest ved, at alle havde det sjovt, og at der herskede en meget positiv stemning. Pludselig blev scenen helt forandret. Patienten så sig selv sidde med en papvin og drikke – og med ét var det synd for farfar. Patienten følte sig afmægtig, da han efterfølgende fortalte om episoden til gruppen. Sammen med gruppen reflekterede patienten over det ubehagelige skift og erkendte de ubehagelige følelser. Ved at fokusere på strategier for at undgå tilbagefald mindskedes patientens følelse af afmægtighed.

I terapien hændte det også, at »advarselsslamper« om misbrug og misbrugstrang fremkom i konkret eller metaforisk form. En patient forestillede sig således på et tidspunkt en vulkan på vej i udbrud i sit sind – og tolkede dette som et klart faresignal. En anden patient oplevede, at han befandt sig direkte i en kritisk valgsituation, hvor han var to steder: Første sted var en rolig dag i hans have, sammen med familien – og det andet sted var en forestilling om at sidde i baren på stranden i ferieparadiset. Patienten forstod valgsituationen som et billede på sin aktuelle situation – skulle han gå i misbrug eller vælge dagligdagen. I stedet for at vælge den impulsstyrede løsning overvejede patienten situationen og fandt fornuftsbetonede argumenter, som understøttede det sunde valg.

Når misbrugere kommer ud af deres misbrug, sanses verden helt anderledes. En kvinde med et langvarigt pillemisbrug og en kropsligt funderet angst blev ved musikkens hjælp gradvist i stand til at opleve et større og større emotionelt spektrum i løbet af terapien. Efter de første sessioner blev det muligt for patienten at abstrahere fra sit hidtil fastlåste ubehag i kroppen, og hun beskrev, hvordan hun blev løftet af musikken og fik smukke og berigende oplevelser. Senere i forløbet lykkedes det patienten at tolerere oplevelser af både lyse og mørke stemninger i musikken.

En anden patient fik ved musikkens hjælp genopbygget en indre struktur og orden. Han beskrev, at han, via de følelser og visuelle stimuli musikken udløste, blev bevidst om, at hans udprægede undgåelsesadfærd var betinget af et lavt selvværd, skjult bag misbruget. Ved at mærke forskellige følelseslag og kombinere dette med kognitiv indsigt, blev patienten i stand til at vinde sin selvrespekt tilbage. Dette gjaldt også en anden patient, der via oplevelser under musikken kom i kontakt med følelser knyttet til en tragisk drukneulykke i familien, som patienten ikke før havde omtalt. Denne ubearbejdede hændelse viste sig at have en central indflydelse på patientens

negative selvopfattelse, negative livsholdning og misbrugsadfærd. Bl.a. via en omstrukturering af tanker om skyld ændredes patientens selvopfattelse i positiv retning.

4. Diskussion

Samlet pegede resultatet af undersøgelsen på, at GIM-musikterapi var en velegnet metode til behandling af svært belastede hospitalsindlagte misbrugspatienter. Patienterne oplevede at få tilført nye ressourcer og fik et mere optimistisk syn på fremtiden.

OAS-testen var efter mit skøn et velegnet psykometrisk instrument til måling af patienternes syn på deres situation, selvom ratingskonsekvensen af de spørgsmål, som relaterede sig til patienternes syn på fortiden, kan diskuteres. Det positive resultat af testen, hvor facetten »begrivelighed« fremtrådte mest signifikant, fandt man som nævnt også hos Bonde (2005) i undersøgelsen af individuel GIM-terapi med cancerpatienter og hos Körllin og Wrangsjö (2002) i deres undersøgelse af individuel GIM-terapi forløb med 30 klienter, der søgte terapi for selv-aktualisering, interpersonelle problemer eller primær psykiatrisk symptomatologi.

På spørgsmålet om kombinationen af kognitiv miljøterapi og musikterapi var en god idé, synes svaret at være positivt. Af patientudtalelserne og udtalelser efter terapiforløbene fra afdelingens personale fremgik det, at patienter i musikterapi generelt var meget engagerede og motiverede for deres behandling, og at der ofte blev fokuseret på væsentlige problemstillinger i musikterapien, som også havde relevans for den kognitive miljøterapeutiske behandling (personlig meddelelse)⁴. I musikterapilitteraturen pointerer Luce (2001), at der kun er skrevet få artikler om kognitiv terapi og musikterapi i psykiatrien, og han anbefaler en øget investering i området for at facilitere udveksling områderne imellem i et tværfagligt perspektiv. Efter min opfattelse kan kognitiv terapi indgå i en musikterapeutisk kontekst, såvel som i psykodynamisk baseret terapi og at det vil være gavnligt med en øget investering i kombinationsmuligheder mellem kognitiv terapi og musikterapi. Dette kan eksempelvis være inden for områder såsom improvisation – individuelt eller i gruppe (instrumental eller stemme), sanganalyse, musik og forestilling/imagination eller musikbaserede afslapningsøvelser. I dette tilfælde valgtes GIM musikterapi metoden i gruppe, hvilket indebærer, at relationsaspektet både intrapersonelt og interpersonelt spillede en meget betydelig rolle.

4 Mikkelsen N. & Lerbeck L. (2007) Personalemøde afd. M2.

5. Konklusion og perspektivering

Af OAS-testen fremgik det, at patienterne fik en markant bedre score efter terapiforløbet i alle tre sub-skalaer, og patienterne vægtede musikterapi-metodens anvendelighed højt i 33-spm.-skemaet. Det positive OAS-test resultat må ses som et resultat af kombinationen mellem den miljøterapeutiske indsats på afdelingen og musikterapien.

Ud fra de foretagne tests og interviews konkluderes det, at musikterapien kan højne livskvaliteten for indlagte patienter med svært misbrug i en rehabiliteringsfase. Af det semi-strukturerede interview efter musikterapiforløbet fremgik det, at alle patienterne fandt, at musikterapien var en væsentlig udvidelse af den kognitive miljøterapi, og de fleste patienter fandt at musikterapien spillede en væsentlig rolle i deres rehabiliteringsforløb. Desuden rapporterede flere patienter, at deltagelse i musikterapiforløbet bragte dem en øget selvbevidsthed, et bedre selvværd og social kompetence.

Det er også muligt, at den musikterapeutiske behandlingsmetode havde en positiv indvirkning på recidivfrekvens og genindlæggelse, men at fastslå dette ville kræve en opgørelse af data også fra patienter, som ikke deltog i musikterapigruppen – hvilket desværre af ressourcemæssige årsager ikke var muligt i denne pilotundersøgelse. Dette må anses som en svaghed i projektet, og samtidig må det være oplagt at inkludere dette i eventuelle fremtidige undersøgelser, som f.eks. kunne være follow-up-undersøgelser med kontrolgruppe-design. Der kunne også med fordel påtænkes et forløb af lidt længere varighed.

Når OAS forbedres, bør dette kunne aflæses i patienternes daglige adfærd. Ved tilbagemelding fra personalet efter musikterapi-undersøgelsesperioden rapporteredes det, at patienterne generelt var meget motiverede for musikterapibehandlingen, hvilket var synligt på afdelingen, samt at væsentlige temaer blev aktualiseret via den musikterapeutiske metode (personlig meddelelse⁵). Men der har ikke været foretaget nogen egentlig måling af ændringer i patienternes adfærd på afdelingen, og en sådan måling kunne være aktuel i en ny undersøgelse. Via adfærdsregistreringsskemaer kunne der foretages en sammenligning mellem patienter i musikterapigruppen og patienter i en kontrolgruppe. Man kunne hertil f.eks. anvende udvalgte kognitive skemaer, som i forvejen kendes fra den kognitive miljøterapi.

Målgruppen var indlæggelseskrævende patienter med svært misbrug, som ofte kan være vanskelige at hjælpe. Der er derfor god grund til at finde metoder, som har en indsigtsgivende og lindrende effekt. Selvom nærværende undersøgelse kun omfatter et mindre antal patienter, indikerer resultaterne, at musikterapi ud fra den beskrevne metode er et godt behandlingstilbud for omtalte målgruppe, hvilket (igen) taler for øget forskning i området.

5 Se note 4.

LITTERATUR

- ANTONOVSKY, A. (1987/2000): *Helbredets Mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag (originaludgaven *Unraveling the Mysteries of Health* udkom i 1987).
- BENGTSSON-TOPS, A. & HANSSON, L. (2001): The validity of Antonovsky's Sense of Coherence measure in a sample of schizophrenic patients living in the community. IN: *Journal of Advanced Nursing* 33 (4), 432-438.
- BLAKE, R. & BISHOP, S: (1994): The Bonny Method of GIM in the Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) with Adults in the Psychiatric Setting. *Music Therapy Perspectives*, 12 (2), 125-129.
- BONDE, L.O. (2005): *The Bonny Method of Guided Imagery and Music (BMGIM) with Cancer Survivors. A Psychosocial Study with Focus on the Influence of Mood and Quality of Life*. Aalborg Universitet: Ph.d.-afhandling.
- BONNY, H. (1978a): *GIM monograph #1: Facilitating GIM sessions*. Salina, KS: Bonny Foundation.
- BONNY, H. (1978b): *GIM Monograph #2: The role of tape music programs in the GIM process*. Salina, KS: Bonny Foundation.
- BONNY, H. (1994): Twenty-One Years Later: A GIM Update. *Music Therapy Perspectives* 12(2): 70-74.
- BONNY, H. L. (2002): Guided Imagery and Music (GIM): Discovery of the Method. IN: *Music & Consciousness: The Evolution of Guided Imagery and Music*. Ed. L. Summer. Gilsum NH: Barcelona Publishers: 43-52.
- BONNY, H. L. (2002): *Music & Consciousness: The Evolution of Guided Imagery and Music*. Ed. L. Summer. Gilsum NH: Barcelona Publishers.
- BONNY, H. & SAVARY, L. (1973, 1990): *Music and your Mind: Listening with a new Consciousness*. New York: Harper & Row.
- BONNY, H. & TANSILL, R. (1977): Music therapy: A legal high. IN: Waldorf, G (Ed.). *Counseling therapies and the addictive client*. Baltimore, MD: School of Social Work and Community Planning: 113-130.
- BORLING, J. (1992a): Perspectives of Growth with a Victim of Abuse: A GIM Case Study. *Journal of the Association for Music and Imagery* 1, 85-94.
- BORLING, J. (1992b): *Guided Imagery and Music in Recovery: A Rational for GIM with Addiction*. Salina, KS: Bonny Foundation.
- BRUSCIA, K. E. (1991): Embracing Life with AIDS: Psychotherapy through Guided Imagery and Music (GIM). IN Brscua, K. (Ed.): *Case Studies in Music Therapy*. Phoenixville, PA: Barcelona Publishers, 581-602.
- BRUSCIA, K. E. (1998): An Introduction to Music Psychotherapy. IN: Bruscia, K. (ed.): *The Dynamics of Music Psychotherapy*. Gilsum NH: Barcelona Publishers: 1-16.
- BRUSCIA, K. E. (2002): The Boundaries of Guided Imagery and Music (GIM). IN: Bruscia, K. & Grocke, D. (Eds.): *The Bonny Method and Beyond*. Gilsum NH: Barcelona Publishers: 37-61.
- BRUSCIA, K. E. (2002): *Discography of GIM Programs*. Philadelphia, USA.
- CLARK, M. (1998): *The Bonny Method of Guided Imagery and Music. List of Music Programs: Original Taped Programs, Core Program Discography*. Baltimore: Barcelona Publishers.
- COHEN, J. (1988): *Statistical Power Analysis for Behavioral Science*. Hillsdale NJ: Laurence Erlbaum Associates 2. edition.
- DIJKSTRA, I. & HAKVOORT, L. (2004): How to deal music? Enhancing coping strategies in music therapy with clients suffering from addiction problems. IN: *Music Therapy Today (online)* Vol. V (5) November 2004. Available at <http://musictherapy-today.net>.
- ERDONMEZ, D. (1999): *A Phenomenological Study of Pivotal Moments in Guided Imagery and Music*. Melbourne University, Faculty of music.

- ERDONMEZ, D. (1994): A Journey of Transition with Guided Imagery and Music. *International Conference Music Therapy in Palliative Care Oxford 1994*, Oxford GB, Sobell Publications.
- ERIKSSON, M. & LINDSTRÖM, B. (2005): Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 59, 460-466.
- GOLD, C., HELDAL, T., DAHLE T. & WIGRAM, T. (2006): Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Reviews*. The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley and Sons, Ltd.
- HANKS, K. (1992): Music, Affect and Imagery: A Cross-Cultural Exploration. *Journal of the Association for Music and Imagery 1*, 19-32.
- HANSEN, M. & MOE, T. (1998): Chaos, Crisis, Transformation: IN Hibben J.: *Music therapy from The Clients Perspective*. Phoenixville, PA: Barcelona Pub.
- HEVNER, K. (1937): An experimental study of the affective value of sounds and poetry. *American Journal of Psychology*. 49, 419-434.
- HORESH, T. (2006): »Music is My Whole Life« – The many meanings of music in addicts' lives. *Music Therapy Today (Online)* Vol.VII (2), 299-319. Available at <http://musictherapyworld.net>.
- JACOBSEN, E. (1938): *Progressive Relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- KÖRLIN, D. & WRANGSJÖ, B. (2002): Treatment effects of Guided Imagery and Music. *Nordic Journal of Music Therapy* 11(2), 3-12.
- LEUNER, H. (1984): *Guided Affective Imagery*. New York: Thieme Stratton Inc.
- LUCE, D. (2001): Cognitive therapy and Music therapy. *Music Therapy Perspectives* 19 (2), 96-103.
- MASLOW, A. (1968): *Towards a Psychology of Being*. New York: Van Nostrand Reinhold Company. Second Edition.
- MOE, T. (2000a): *Restituerende faktorer i gruppe musikterapi med psykiatriske patienter baseret på en modifikation af Guided Imagery and Music (GIM)*. Aalborg: Institut for musik og musikterapi samt Roskilde: SHH Forlag.
- MOE, T. (2002): Theory About the Relationship Between Self-Objects, Psychological Defence Manoeuvres and Restoring Factors in Receptive Music Therapy Inspired by GIM. *Nordic Journal of Music Therapy* 11(2), 152-166.
- MOE, T., ROESEN, A. & RABEN, H. (2000b): Music therapy with a group of schizotypal and schizophrenic patients. *Nordic Journal of Music Therapy* 9(2), 36-51.
- MOE, T. & THOSTRUP, C. (1995): Musikterapi med højresidigt hjerneskadede. *Musik & Terapi* 22 (2), 97-105.
- PICKETT, E. (1991): Guided Imagery and Music (GIM) With A Dually Diagnosed Woman Having Multiple Addictions. IN: Bruscia: *Case Studies in Music Therapy*. Phoenixville, PA: Barcelona Publishers, 497-512.
- PUNKANEN, M. (2004): On a journey to somatic memory. *Music Therapy Today (online)* Vol. V, Issue 5. Available at <http://musictherapyworld.net>.
- QUITTNER, A. (1988): The facilitative effects of Music on visual imagery. *Journal of Mental Imagery* 7(1), 105-119.
- SCHULTZ, J. & LUTHE, W. (1959): *Autogenic Training: A Physiologic Approach to Psychotherapy*. New York: Grune Stratton.
- SKAGGS, R. (1993): Music and Imagery in the Treatment of Chemical Addictions. 7th World Congress in Music Therapy, Vitoria-Gasteiz, Spain. IN: *Music Therapy Info Vol. II (CD-Rom)* Universität Witten-Herdecke 1999.
- SUMMER, L. (1988): *Guided imagery and music in the institutional setting*. St. Louis, MO: MMB Music.
- OESTRICH, I. (2006): *Kognitiv Miljøterapi 2*. udgave. København: Psykologisk Forlag.

- OESTRICH, I. & JOHANSEN, F. (2005): *Kognitiv Coaching*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- WILBER, K., ENGLER, J. & BROWN, D. (1986): *Transformations of Consciousness*. Boston: New Science Library, Shambhala.
- THOSTRUP C. & MOE, T. (1998): Brug af musik i undervisning af hjerneskadede med hukommelses og koncentrationsproblemer. *Tidsskrift for Universitetsuddannede Audiologipædagoger* 3, 3-11.
- VALBAK C. (1997): *Spørgeskema til patienternes bedømmelse af psykoterapi*. Århus: Psykoterapeutisk Afd. Psyk. Sygehus, Risskov.
- WIGRAM, T., PEDERSEN I.N., BONDE, L.O. (2002): *A Comprehensive Guide to Music Therapy. Theory, Clinical Practice, Research and Training*. London: Jessica Kingsley Publishers.