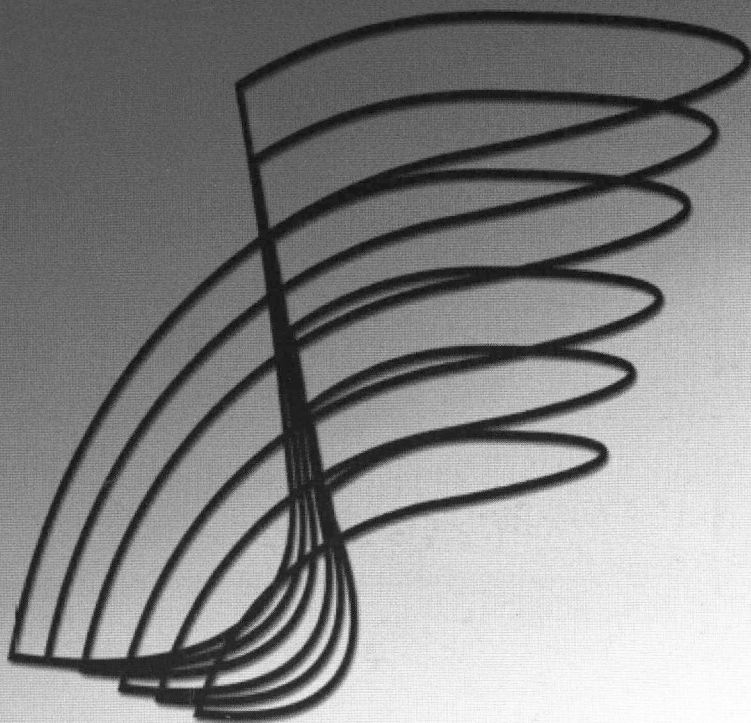




Dansk Musikterapi

2005, årgang 2, nr. 1

Ansvarshavende redaktion:

*Ulla Holck, Hilde Skrudland, Charlotte Fønsbo, Ulla Setterberg,
Astrid Faaborg Jacobsen & Elizabeth Schwartz
© Copyright: 2005, tilhører den enkelte forfatter*

Udgivet af:

Dansk Forbund for Musikterapi & MusikTerapeuternes Landsklub

ISSN 1603-8800

*Forside, illustration: Grafiker og kunstner Kurt Dupont, Odense
Lay out og opsætning af tekst: Christoph Ridder
Tryk: J. Tengstedt offset og digitaltryk, Aalborg*

Dansk Musikterapi udkommer:

1. maj og 1. november (for bidrag, se deadlines bagest i bladet)

Pris:

*Abonnement: 120 kr. årligt
Løssalg: 70 kr. pr. nummer*

Annoncering:

*Dansk Musikterapi modtager gerne annoncer.
En helsides annonce (svarer til A5) koster: 1000 kr.
En halvsides annonce koster 500 kr. En halv side er minimum.
Redaktionen forbeholder sig ret til at vurdere annoncens
relevans i forhold til tidsskriftets abonnenter.
Henvendelse: dansk@musikterapi.org*

Distribution:

*Dansk Musikterapi
v. Hilde Skrudland
Würglersvej 5
8870 Langå
Mail: dansk@musikterapi.org*

Indholdsfortegnelse

Forord til Dansk Musikterapi nr. 3 <i>Redaktionen</i>	3
Palliativ musikterapi <i>Lisbeth Andreassen</i>	4
Palliativ GIM terapi – Forsoning ved livets afslutning <i>Lisbeth Andreassen</i>	11
Pionerserien <i>Nina Holten</i>	17
Musica Humana og musikterapi <i>Karin Schou</i>	23
Erfaringer fra privat praksis <i>Helle Nystrup Lund og Lars Rye Bertelsen</i>	28
‘Angst æder sjæle op’ – musikterapi og trauma <i>Helle Kirstine Stubkjær Mumm</i>	32
9. semester praktik i New York, USA <i>Miriam Karpantschhof</i>	34
Ny Studiestruktur for bachelor delen af Musikterapi-studiet <i>Niels Hannibal</i>	37
Forskningsnyt <i>Lars Ole Bonde</i>	46

Dansk Forbund for Musikterapi (DFMT) er en tværfaglig interesseorganisation, som lægger hovedvægten på formidling af viden om musikterapi gennem kursusvirksomhed. DFMT blev stiftet i 1969 og har ca. 140 medlemmer. DFMT repræsenterer ikke en bestemt retning indenfor musikterapien, men tilbyder via en bredspektret oplysningsvirksomhed sine brugere viden og oplysninger om forskellige metoder og muligheder indenfor musikterapien.

www.dansk-forbund-for-musikterapi.dk

MusikTerapeuternes Landsklub (MTL) er en landsdækkende faglig klub under Dansk Magisterforening. MTL blev stiftet i 1987 og har ca. 120 medlemmer. MTL er en organisation for universitetsuddannede musikterapeuter i Danmark, som har til formål at repræsentere musikterapeuter som faggruppe, samt udvikle og synliggøre musikterapi og musikterapeuters faglige kvalifikationer. Med medlemskab af MTL følger et etisk regelsæt, som gælder for professionelle behandlere.

www.musikterapi.org

Forord til Dansk Musikterapi årgang 2, nr. 1

Kære læser!

Det er en fornøjelse for redaktionen at kunne melde, at endnu et nummer af Dansk Musikterapi er på gaden. Indeværende nummer bringer læseren vidt omkring: tilbage i tiden til musikterapiens "gamle dage", ud i verden; fra New York og over Bosnien-Hercegovina til Finland og endelig ind i dele af musikterapiens specialområder.

I dette nummer bringer vi to artikler om musikterapi indenfor det palliative område af Lisbeth Andreassen. Artiklen "Palliativ musikterapi" er et uddrag fra en netop udkommet bog (april 2005) med titlen "Sjælesorg". Artiklen skildrer sammen med et uddrag af en omfattende GIM case, på fornem vis, palliativ musikterapi fra et klinisk perspektiv.

I sidste nummer af Dansk Musikterapi startede vi en serie om pionerer i dansk musikterapi, og den første der blev præsenteret var Synnøve Friis. Denne gang har vi glæden

af at kunne præsentere Nina Holten, autodidakt musikterapeut, fysioterapeut, og mangeårigt medlem af bestyrelsen i Dansk Forbund for Musikterapi. Det er således både Nina Holten som kliniker, men også som organisationsmenneske I bliver præsenteret for. Vi takker Nina for, at hun har givet sig tid til at skrive til pionérserien.

Derud over vil I kunne læse om det medieomtalte forskningsprojekt Musica Humana og om nye tiltag i musikterapiuddannelsens studiestruktur – for blot at nævne et udpluk af dette nummers indhold.

Tidsskriftet bliver læst i det ganske land, og vi har denne gang den fornøjelse at kunne bringe to artikler, som er kommet redaktionen uopfordret i hænde af læsere, som er blevet inspireret af artikler læst i Dansk Musikterapi. Lad dette være en fortsat opfordring til alle læsere! Rigtig god læsning!

Palliativ musikterapi

Lisbeth Andreassen

Cand.mag i musikterapi, ansat som musikterapeut på Sct. Maria Hospice Center i Vejle. Foredragsholder, formand for MTL og i gang med afsluttende del af GIM uddannelsen. Mail: lisbetha@stofanet.dk

Resumé: Artiklen er uddrag fra en bog, der udkom i april måned 2005 om sjælesorg. Bogen har titlen "Sjælesorg – refleksioner efter Emmaus Sommer Seminar 2005". Hensigten med artiklen er at illustrere, hvordan musikterapi kan anvendes i arbejdet med døende mennesker på et hospice. Artiklen beskriver forandringsprocesser og musikterapiens ressourcer i mødet med håbløshed, angst, skyld og når livet skal findes igen. I artiklen er fokus på det kliniske og ikke på teoretiske overvejelser omkring palliativ musikterapi.

Indledning

På landets hospicer er der fokus på den del af livet som oftest er et tabu; nemlig døden. Personalet er uddannet og trænet i at beskæftige sig med den side af livet, som for mange mennesker er forbundet med stor angst og mørke, og paradoksalt nok sker der ofte det, at når mennesker får modet og muligheden for at sætte ord på døden, giver det en indre ro og energi til livet igen. Når man dagligt møder mennesker, som ved, at de snart skal dø, kan man ikke undgå at blive konfronteret med livets store eksistentielle udfordringer.

Patienter som ved, at de snart skal dø bliver oftest berørt af temaer som dødsangst, skyld, eksistentiel ensomhed, håbløshed, meningsløshed og religiøse tanker.

Denne artikel vil med korte case vignetter illustrere musikkens kraft i mødet med nogle af disse temaer i det palliative musikterapeutiske arbejde.

Forandringsprocesser

I mit daglige arbejde med døende mennesker oplever jeg, hvor forskelligt vi afslutter vores liv. Nogle siger, at vi dør, som vi har levet vores liv. Det er naturligvis noget af en generalisering, for mange mennesker går igennem en stor forandringsproces i deres

sidste tid. Mennesker, som i mange år har været fokuseret på materielle goder, og ikke længere kan købe sig til en sund krop, ikke kan betale sig fra døden bliver tvunget til at forandre syn på livet den sidste tid. Mennesker, som er vant til at flygte fra svære følelser og problemer, kan ikke længere flygte væk fra sengen. De har ingen anden mulighed end at forsøge at forholde sig til sygdommen og den snarlige død. Mennesker, som hele livet har været ekstremt kontrollerede, kan ikke selv længere kontrollere deres krop eller længden af liv der er tilbage. Mennesker, som har nægtet at have med deres forældre eller børn at gøre, og som nu pludselig får et stærkt behov for at gense dem og eventuelt bede om tilgivelse, får travlt med at erkende behovet og finde modet til at etablere kontakten fra sygesengen. Mennesker, som har levet et overfladisk liv, troet de var stærke nok i sig selv opdager, at de ikke længere er stærke, ikke længere har magten over deres eget liv og får brug for at søge noget, der er større end sig selv. De, der søger Gud, kan have brug for hjælp til at skælde ham ud, bede om tilgivelse, finde sjælefred eller trøst.

Dødsprocessen er på mange måder en forandringsproces. Rent fysisk forandrer kroppen sig. Mange får svært ved at sig selv

i et spejl, fordi kroppen ikke længere synes at være deres egen krop. De kan ikke genkende kroppen og føler sig fremmed over for kroppen. Sygdommen gør kroppen træt, og der bliver mere og mere behov for søvn og mindre overskud til at gøre de ting, man gerne vil. Mentalt sker der også mange forandringer. Sygdommen giver plads til tanker om det levede liv, om den sidste tid og om hvad der venter på den anden side af livet. Og her midt i disse forandringer, møder jeg patienterne.

Mødet med håb

“Håb og håbløshed er begreber som afspejler et menneskes holdning til sin nuværende og fremtidige situation og som

rummer flere dimensioner i sig. Håb rummer dels den holdning et menneske har til fremtiden og dels vedkommendes følelse af at være værdsat, følelse af mening og endelig rummer håbet en transcendent dimension” (Kaasa, 1998)

Når der ikke længere er håb om helbredelse, må vi finde og styrke andre håb. Håbet behøver ikke at forsvinde, men må ændre indhold. For mig at se handler det ofte om at hjælpe den enkelte til at ændre indholdet i håbet, så håbet ikke forsvinder, men så håbet kommer til at handle om noget andet, som for eksempel “jeg håber, at jeg får en fredelig død”.

Håb

Karen var en 49-årig kvinde med brystkræft. Hun ønskede at arbejde med GIM, det vil sige fantasirejse til klassisk musik. Efter en kort samtale og visuel afspænding, valgte jeg at afspille Chopins 1. klaverkoncert (romance). Karen fik et stort smil på læberne, da musikken begyndte. Hun fik et billede af at flyve på en stor fugl, som bar hende på sine vinger, og hun kunne flyve, hvorhen hun ville. Hun oplevede en stor frihed og kontrol. Hun nød rejsen, og det var, som kunne man se fuglens vinger aftegnet på hendes egen krop. Hun åbnede sig op for musikken, åbnede kroppen op med armene ud til siderne og med dybe vejrtrækninger som trak hun oplevelsen ind i sin krop.

I fortolkningsdelen efter rejsen sagde hun, at det var en fantastisk oplevelse. Hun kunne ikke huske, hvornår hun sidst havde mærket følelsen af frihed og af at være i kontrol.

Karen: “Jeg ligger jo bare her, føler mig bundet til sengen. Jeg har ikke kontrol over min krop længere, jeg ved ikke hvor lang tid jeg endnu lever. Det føles af H til. Jeg bliver helt rørt men også ked af det. Billederne var fantastiske, og jeg flyver lidt endnu, men samtidig er det også barsk at blive guidet tilbage til virkelighedens verden, som den er her på stuen”. Der opstod en eftertænkssomhedens stilhed på stuen. Jeg bragte håbets dimension ind i samtalen ved at nævne, at billedet af at blive båret på fuglens vinger eventuelt kunne symboli-

sere et håb om at blive båret herfra på en let og smuk måde til det hinsides. Karen kiggede på mig, tog en dyb vejrtrækning og sagde stille ja. Vi talte om håb på trods af sygdom og snarlig død, om håb på noget større end det vi kan forstå.

Når der ikke længere er håb om en fremtid, er det vigtigt at finde andre håb, så som håbet om en fredelig død og håbet om at der venter noget godt på den anden side af livet.

Denne fortolkning gav mening for hende, og i de følgende dage guidede hun sig selv af sted på fuglens store vinger. Hun fandt frem til et håb om og tro på, at overgangen fra liv til død ville blive smuk og håb om at blive båret herfra på fuglens store vinger.

Sessionen her illustrerer på smukkeste vis musikens kraft. Billederne af fuglen, der bærer hende, bliver et håbets symbol om den sidste rejse. Billedet tager hun til sig, suger det nærmest ind i kroppen og mærker det fysisk. Karen integrerer billedet i sig selv og bliver ét med fuglen. Musikken, det vil sige klaveret, bærer, omfavner, støtter hende men udfordrer hende også på en kærlig måde. Klaveret i dette stykke er det gennemgående instrument, og patienten rejser igennem hele stykket sammen med klaveret og bliver på intet tidspunkt overladt til sig selv. Musikken skaber rammen, hvori der er mulighed for at lade sig udfordre og finde nye åbninger. For Karen blev det ensbetydende med et nyt håb. Hun fik gennem den musikalske fantasirejse en lang række billeder. Musikken fik hende til for en stund at glemme den konkrete lidelse og i stedet flyve hen over himlen. Igennem musikken fik hun en fysisk oplevelse af lettelse. Brystspændingerne forsvandt, musikken åbnede op for nogle nye døre i sindet og vejr-

trækningen blev lettere. De indre billeder kunne hun nyde og tage til sig. På trods af kroppens svækkelse fandt hun midt i håbløsheden et fornyet håb. Et transcendent håb om noget større end hende selv, om noget der lå uden for den grænse, som døden sætter.

Mødet med skyld

Skyld er en grundlæggende følelse i al sorg (Olivius, 2003) og dermed også i den sidste fase i livet. Skyld i forhold til de relationer man har haft igennem livet. Ting der skulle være sagt eller ikke sagt, gjort eller gjort anderledes. Mennesker, der mærker skyld, kommer ofte i kontakt med angsten. Et menneske som føler sig skyldig i episoder tidligere i livet, kan blive så fyldt af angst, at kroppen reagerer. Vejrtrækningen bliver stakåndet, patienten kan få kvælningssformelse, brystspændinger, hjertebanken og svedeture. Det kan være vanskeligt at sætte ord på skylden og angsten er ofte ordløs.

Skyld

Pia var en kvinde midt i 50'erne. Hun havde lungekræft og lå med fast ilt. I starten ønskede hun musikterapi for at lære at slappe af og måske få en bedre vejrtrækning. De første gange lavede jeg derfor afspænding kombineret med musiklytning. Hun begyndte at fortælle om sin barndom og ungdom. Jeg fik hver gang dele af hendes livshistorie fortalt. Hun var et meget sensitivt menneske, som reflekterede meget over sit liv på godt og ondt, og temaet skyld vendte flere gange tilbage. I stedet for blot at lave afspænding begyndte vi at arbejde med GIM metoden, hvor hun til klassisk musik kom på fantasirejser. Hun var meget optaget af at tolke på disse symboler og sætte dem i forhold til sit liv og helt nye perspektiver på det levede liv dukkede frem.

Den sidste tid mærkede hun flere brystspændinger og fik mareridt om natten. I vågen tilstand fortalte hun en dag om en oplevelse fra dagen før. En oplevelse af at gå ind og ud mellem denne og en anden verden. Hendes øjne blev angstfyldte, og hun turde ikke fortælle om det, samtidig med at hun havde et stort behov for at få det delt. Jeg registrerede, at jeg havde lyst til at tage hendes hånd men at noget holdt mig fra at gøre det. Hun sagde så: "jeg har lyst til at tage din hånd, men jeg tør det ikke. For jeg er bange for at drage dig med ind i den verden, og det vil jeg ikke byde dig.". Pia var et meget troende menneske og jeg foreslog hende, at vi bad til Gud om, at han måtte være hende nær – også i den verden. At vi måtte bede til ham om at tage ansvaret og hjælpe hende igennem. Det gav mening for hende at tænke sådan. Pia foldede sine hænder og sammen bad vi en bøn. Jeg valgte derpå at lave en aktiv imagination (Jung, 1964), hvor hun med lukkede øjne skulle forestille sig den verden igen og fortælle mig om billederne. Jeg begyndte at spørge ind til sanseoplevelser fra den verden; hvordan der lugtede, så ud, om der var lyde og så videre. Og på den måde fortalte hun mig stykvis om den anden verden. En verden, hvor der var et blændende stift lys, lyde af store knive der blive slebet, hun stod nøgen kun iført en undertrøje som var blevet flånsat igennem. Der var nogle mennesker, og det var hendes ansvar at passe på dem. Hvis ikke hun gjorde det, døde de. Desuden skulle hun gå tilbage i tiden og gøre nogle ting om, både for dem og for hende selv, ellers ville der ske hende noget. Derpå tog hun mine hænder og lukkede øjnene igen. Der var tavshed, men Pias arme og ben dirrede. Jeg holdt hende fast i hænderne. Lige så stille begyndte jeg at nynne "Vær du mig nær". Jeg nynnede igen og igen og efterhånden slappede Pias krop af igen og til sidst var kroppen stille. Jeg spurgte ind til

billederne hun havde, og hun fortalte: "Jeg sidder i en kravlegård. Du er der også, og så er der et lille barn. Det er trygt at sidde der". Sådan sad vi i stilhed i noget tid, gav slip på hinandens hænder og var i stilheden sammen. Pia gik selv ud af den imaginære verden og åbnede øjnene. Noget var blevet forløst. Øjnene var ikke længere angstfyldte men rolige og klare. Brystspændingerne var forsvundet. Billedet af den anden verden, af Helvedes forgård, var transformeret til en tryk kravlegård.

Pia fik mod til at gå angsten i møde og så den i øjnene. Hun gik ind i den onde verden, hvor der var fyldt af angst og skyld over hændelser i fortiden, og hun slap dem. Også kropsligt.

I lang tid nynner jeg en velkendt salme. Jeg sætter bevidst ikke ordene på, da ordene kan virke forstyrrende. Med min nynnen kan jeg nonverbalt skabe en tryk ramme omkring Pia uden at gribe forstyrrende ind i den proces, der er i gang. Melodien i sig selv indeholder en fast rytme, harmoni og gentagelse, hvilket skaber en tryghed, som gør, at hun tør blive i processen. Samtidig giver mit lydlige udtryk hende mulighed for at mærke, at jeg er hos hende, og at hun ikke er alene midt i det svære og angstfyldte metaforiske rum.

At finde livet igen

Jeg møder mennesker, som har mistet det, jeg kalder "livs-musikken". Sygdom, smerter og angst har taget over, og der er ikke længere plads til andet. Disse mennesker taler ofte med en monoton stemme, der er ingen dynamiske udsving i deres tale, stemmen er hæs, vejrtrækningen er stakåndet, ansigtstrækkene er stivnede, og de har kun sporadisk kontakt til deres egen krop. Musikken i livet er væk. Her menes ikke den konkrete musik, men det som musik symbolsk repræsenterer: Livet med sorger og glæder, op- og nedture, dynamiske udsving, troen på livet, håbet og så videre. Det er som har de glemt selve livet og døden allerede har taget overhånd længe før, døden reelt indtræder.

Livs-musikken

Orla var et menneske, som oplevede at han i alt for tidlig en alder havde fået dødsdommen af lægen. Smerterne tog til, både de fysiske og de psykiske smerter. Lægen vurderede, at han havde kort levetid tilbage, og henviste ham til hospicet, hvor jeg møder ham to dage efter indlæggelsen. Han ligger i sengen, har ondt, øjnene udstråler lidelse og angst, og han kan kun tale om sygdommen og døden med en undertone af vrede. Jeg lader ham tale sig tom, så der til sidst ikke er flere ord for en stund. Vi sidder derpå i en stilhed, hvor han er blevet træt, og jeg fokuserer på, hvordan jeg eventuelt kan arbejde med ham. Det er tydeligt for mig at det jeg kalder livsmusikken er

slukket hos ham, om end han netop har fortalt mig om længsler og håb for endnu at få lov til at kunne tage del i livet igen.

Jeg ved, at han tidligere har spillet violin og spørger ind til dette. Et svagt glimt af smil breder sig på hans læber men siger så "Tja, det var dengang. Det er så også slut nu. Alt er slut – ikke mere tilbage til mig!"

Jeg tilbyder at få hentet hans violin og kan han ikke spille på den, kan jeg eventuelt spille for ham. Det siger han ja til. Violinen bliver hentet og bragt ind til ham på stuen. De næste dage åbner han violinkassen og begynder at spille på den. De første toner strømmer ud fra stuen og når både personalet og de øvrige patienter. Da jeg efter nogle dage kommer ind til ham på stuen, sidder han i sin kørestol og spiller på violinen. Han smiler over hele ansigtet, mens han giver et nummer og holder takten med foden i gulvet. Jeg henter klaveret, og sammen spiller vi folkemusik. Dette gentages flere dage og efterhånden kommer selvværdet og livsgnisten tilbage. Øjnene stråler nu af glæde og stolthed. Han mærker smerter, men er nu i stand til at ignorere dem og spille dem ud i musikken. De næste dage spiller han om aftenen for de andre patienter og personale på gangen til stor glæde for dem og for ham selv. Han vover sig ud af sin isolation og bliver mødt igennem sin musik.

Langsomt forbedres Orlas helbred, og han får et håb om, at livet ikke er slut endnu. Han får lyst til at holde en koncert på hospicet for de øvrige. Vi over op til koncerten, og han får to andre musikere til at komme og spille med på kontrabas og tværfløjte. I sengen om aftenen læser han noderne igennem som godnat læsning og over sig om dagen.

Det bliver til en $\frac{1}{2}$ times koncert for 40 mennesker. Orla nyder tydeligt at give koncert igen, sådan som han tidligere har gjort, og han nyder at kunne give noget til andre igennem sin musik. Den medicinske smertebehandling er også forbedret og der aftales udskrivning kort efter. Han var ikke i tvivl om, hvad der havde forbedret hans liv. Det var musikken. "Jeg har fået musikken igen. Musikken har altid været mit liv. Jeg havde ikke troet at jeg skulle komme til at spille igen. Det har reddet mit liv."

Når en patient kommer i kontakt med en kreativ skabende kraft gennem musikken, kan det skabe selvtillid, selvværd, glæde og stolthed hos den døende patient. Det kan medvirke til at patienten kommer ud af sin isolation. Lidelsen kan udtrykkes gennem

musik, uden at der nødvendigvis behøver at blive sat ord på.

Afsluttende kommentar

Palliativ musikterapi er et forholdsvis nyt fagområde i Danmark og et fagområde i ud-

vikling. Patienternes behov er forskellige og jeg er meget optaget af, hvor dybt musikken ofte kan nå ind og gøre en forskel uanset om behovet er fysisk, som for eksempel smertelindring, eller behovet er af åndelig og eksistentiel karakter. I musikken er mennesker ligeværdige; der er ingen forskel på at være syg eller rask, når vi bruger musikken sammen. Musik evner at møde os dér, hvor vi er. Høresansen er den af vore sanser, vi bevarer længst og derfor giver det god mening at anvende musik til døende lige indtil det sidste.

Litteraturliste

- Aldridge, D. (1999) *Music Therapy in Palliative Care*, New Voices. London: Jessica Kingsley
- Geil, G. (1979) *Mennesket mellem magterne*, Frederiksberg: Aros Forlag
- Jung, C. G. (1964) *Mitt liv, självbiografi*, Natur och kultur
- Kaasa, S. (1998) *Palliativ pleje og behandling*, Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Munro, S. (1978) *CMA Journal*, nov 4. 1978, vol. 119
- Nielsen, R. (2000) *I dødsskyggens dal*, Valby: Unitas Forlag
- Olivius, A. (2003) *At møde mennesker*, Valby: Unitas Forlag
- Andreassen, L. et al. (2005) *Sjælesorg – refleksioner efter Emmaus Sommer Seminar 2005*. Århus



Palliativ GIM terapi – Forsoning ved livets afslutning

Lisbeth Andreassen

Cand. Mag. i musikterapi, ansat som musikterapeut på Sct. Maria Hospice Center i Vejle, foredragsholder, formand for MTL; MusikTerapeuternes Landsklub, i gang med afsluttende del af GIM uddannelsen. Mail: lisbetha@stofanet.dk

Resumé: Denne artikel er uddrag af en godkendt GIM case fra den afsluttende del af GIM uddannelsen. Casen omhandler palliativ GIM terapi med en døende patient på et hospice. Med fokus på forsoning illustrerer casen temaerne skyld og skam og nødvendigheden af at komme til en accept og forsoning med dele af det levede liv.

Indledning

Det tema, som jeg i denne artikel vil fokusere på er forsoning. Jeg vil gennemgå få nøglebilleder fra et palliativt GIM forløb for derigennem at illustrere, hvorledes det er muligt at arbejde med temaet forsoning i palliativ GIM terapi.

Fra 2000 – 2004 tog jeg, på det første hold i Danmark, GIM (Guided Imagery and Music) uddannelsens kurser. Holdet bestod af seks danskere og seks nordmænd med meget forskellige terapeutiske baggrunde og erfaringer. GIM uddannelsen er bygget op omkring 3 niveauer, hvoraf det 3. niveau er det længste og består af 5 kurser.

En af opgaverne på niveau 3 er en GIM casestudy. Der er bestemte guidelines for en GIM casestudy, så denne artikel vil, af pladshensyn, blive en forkortet udgave af den oprindelige casestudy. Den oprindelige casestudy blev fremlagt og godkendt i foråret 2004 på det 5. og sidste GIM 3 kursus.

Palliativ GIM terapi

En almindelig GIM session varer typisk 1½ - 2 timer, hvoraf musikrejsen varer 30-40 minutter. Igennem rejserne anvender terapeuten forskellige GIM programmer, alt afhængig af patientens problematik og parathed til terapien.

Når jeg bruger GIM terapi i mit arbejde på hospice med døende mennesker er det

nødvendigt at lave modificerede GIM sessioner. Patienterne har ikke kræfter til at lytte til musik i lang tid endsige tale i særlig lang tid. Det har derfor været nødvendigt at udvikle en GIM metode, som afkorter sessionerne væsentligt samtidig med, at der er fokus på både musik og samtale. Denne modificerede metode kalder jeg for palliativ GIM terapi.

Mennesker, tæt på livets afslutning, oplever ofte, at deres sanser er skærpede. I forhold til musik beskriver de ofte, at musik indvirker stærkere nu end tidligere. At det forholder sig sådan, erfarer jeg ofte i GIM terapien. Induktionen behøver blot at være en kort guidning eller få ord; patienten er ofte allerede i en let ændret bevidsthedstilstand og musikstykkerne fra de såkaldte begynderprogrammer (Bruscia, 1996) virker ofte meget stærkere på døende mennesker end på raske mennesker.

I forskellige afskygninger går mange af de samme temaer igen hos døende mennesker. De fleste har behov for at dele deres livshistorie for på den måde at sikre sig, at noget af dem lever videre i andre mennesker eller for at finde en mening med deres liv. Andre har brug for at finde nye håb (så som håbet om en fredelig død), tale om skyld og skam og komme til en forsoning, mange kommer i kontakt med dødsangst og så videre. Denne artikel vil illustrere, hvordan

en patient kommer i kontakt med skyldfølelsen og gradvist arbejder med dette tema hen mod en forsoning gennem et palliativt GIM terapi forløb.

At forsone sig med sin skyld

Skyld er en grundlæggende følelse i al sorg (Olivius, 2003) og dermed også i den sidste fase i livet. Skyld i forhold til relationer man har haft gennem livet, ting der skulle

være sagt eller undladt at være sagt. Skyld hører med til menneskets eksistens, og kan give sig til kende på mange måder. Det er vigtigt at give patienten mulighed for at udtrykke og arbejde med sin skyld. Skyld kan ikke fratages mennesket af sig selv, men ved at arbejde med skylden kan såret forhåbentligt renses, så blot et år bliver tilbage. At forsone sig med sit liv er en eksistentiel del af livets afslutning. (Andreassen, 2005)

Case præsentation

Hans (navn og andre personlige data er ændret) på 52 år er indlagt på hospice med coloncancer. Da jeg hilser på ham efter nogle få dage er han glad for at være kommet på hospice og fortæller samtidig, at han er kommet i en fase, hvor han har stærkt brug for at se tilbage på sit liv og "bearbejde diverse traumer. Og det kan ikke gå stærkt nok nu", fortæller han mig. Han ønsker musikterapi til det formål, og vi aftaler et GIM forløb.

Hans er i begyndelsen meget ambivalent i forhold til musikterapien. Han siger, han gerne vil og alligevel aflyser han alle sessioner, hver gang jeg kommer ind på stuen i de første fire uger. Efter en måned med aflysninger, er han klar til at starte et GIM forløb og i løbet af den efterfølgende måned bliver det til 8 GIM sessioner. Derpå bliver han fysisk dårligere, og der bliver dage, hvor han i stedet ønsker, at jeg skal synge salmer for ham og at vi skal lytte til musik sammen. Den sidste dag Hans lever, laver jeg en form for GIM rejse med ham og hans hustru, og det bliver hendes afsked med sin mand.

Sessionerne er meget lange og desværre er det kun muligt her at beskrive de mest centrale billeder.

De 8 GIM sessioner har jeg valgt at dele op i 3 faser:

Fase 1

Session 1-2-3: "Jeg er her - men gemmer mig også" At arbejde med sin egen skyld, erkende den og stå ved den, kræver et stort mod. En ting er at skulle erkende sin skyld over for sig selv, en anden ting er at dele det med et andet menneske med risiko for at blive forladt og

måske hånet for sin skyld. Set i bakspejlet er det tydeligt, at de mange afvisninger som Hans giver i gennem de første uger, hvor han hver gang aflyser musikterapien, er en test af terapeuten. Kan hun bære at blive afvist gang på gang, forsvinder hun ligesom jeg selv har gjort det gennem livet? Eller er hun stærk nok til at vide besked om min skyld? De første to musikrejser er præget af at han gemmer sig i huler og i træer. Han lærte som barn at gemme sig for sine søskende, og det er en mekanisme, han har brugt igennem sit liv. Han har et ønske om at komme ud af hulen, åbne op samtidig med at det er forbundet med stor angst. Vi leger så at sige gemmeleg; han gemmer sig og jeg tillader at han gemmer sig, forsøger ikke at finde ham, hvilket viser sig at være ny og vigtig dimension i hans såkaldte gemmeleg.

3. session “Ud af gemmehullet” Det bliver en $1\frac{1}{2}$ time lang samtale stort set uden musik. Hans er kommet ud af gemmehullet og fortæller om dele af sin skyld og skam problematik. Han har været udsat for seksuelle overgreb som barn, og som far har han været voldelig over for sine børn. Den ene af døtrene har han ikke længere kontakt til, men har et ønske om at nå at mødes med hende, inden han dør. Han ser tilbage på sit liv fuld af svigt (både af ham og til ham). Han har ingen positive erindringer fra sin barndom. Det er én lang og tung samtale. Hans bliver meget træt, og vi afslutter sessionen med et kort stykke af Bizet (intermezzo fra Carmen), som giver Hans mulighed for at hvile sig og være-med-sig-selv.

Fase 2

Session 4-5-6 session fire er Hans ambivalent. Han er meget berørt af de oplevelser han åbnede op for dagen før og ved ikke helt, om han vil have musikterapi denne dag. “Det er hårdt, men det gør også godt.” Jeg har erfaringer med, at Shostakovich’s 2nd piano concerto fra cd’en Supportive (Bruscia, 1996) kan repræsentere ambivalente sider i mennesket. Det lette og flyvende kontra det triste og tyngende og jeg vælger derfor det stykke musik.

Igennem musikken får han kontakt til datteren, som kun nærer stærke negative følelser for ham. Han forsøger at række ud efter sin datter men det lykkes ikke. Hans mærker meget tydeligt sin skyldfølelse og sin magtesløshed.

Til Bachs koncert for 2 violiner, hulker Hans længe og siger gang på gang "jeg er skyldig. Der er så meget jeg gerne ville lave om.

Det er en rejse hvor der er ét stærkt billede, nemlig billedet af datteren som ser på ham med kolde øjne og ikke ønsker sin fars kontakt.

I næste session, nogle dage efter, er Hans meget tung og trist. Det er oplagt at bruge musikstykker fra programmet *Grieving* (Bruscia, 1996), som netop udtrykker tyngde og sorg. Hans får billeder af at være til en begravelse og giver sig selv lov til at være i det sorgfulde. Midt i det sorgfulde får Hans kontakt til sin barndom igen. Men denne gang er det positive erindringer der dukker frem. Billeder af at han lige er startet i skolen, og at han har gode legekammerater. Hans sukker dybt et par gange, som om han er helt lettet over at opdage positive minder fra sin barndom.

Efter rejsen er Hans lettet og smiler. Han har for første gang i mange år fået kontakt til noget der var positivt i barndommen. De positive billeder fylder mere end billedet af begravelsen. Måske var det ikke en person der blev begravet, men noget tungt fra hans liv, som han ved at se på og ikke gemme sig for, kunne begrave? Derved blev der plads til noget andet.

6. session: Hans mærker, at han fysisk bliver dårligere. "Jeg kan ikke gemme mig mere. Jeg kan ikke selv stå ud af sengen og flygte længere." Hans mister langsomt kontrollen over sin krop - det er utrolig smertefuldt, når kroppen forandrer udseende og kræfterne forsvinder. Der breder sig en stilhed, som Hans afbryder ved at sige: "jeg vil så gerne rejse, det plejer at hjælpe mig." Jeg vælger musik fra programmet *Mournful* (Bruscia, 1996), da han skal mødes i sin sorg samtidig med at han har behov for at søge noget smukt midt i det meningsløse. Han kommer i kontakt med legekammeraterne igen og sin barndomsven hunden - og smiler. Til musikken af Goreczki (3th Symphony) (Bruscia, 1996) får han kontakt til en tidligere kæreste og mærker et savn. Hun giver ham den sætning, som jeg tror er en vigtig del i erkendelsesprocessen og begyndelsen til forsoning. Hun siger til ham: "Det er ok at du har dine følelser, det er nødvendigt at mærke dem." Til Shostakovich lægger han hånden på sit hjerte og giver efterfølgende udtryk for, at han finder plads til ordene dér.

Fase 3

Session 7-8 Dagen efter er han glad og smilende. Ordene har han taget til sig, og det er som om han blevet lettet for en byrde. Jeg vælger hele Peak Experience programmet (Brusia, 1996) (Det er 1.gang jeg bruger et helt program til ham) og slutter af med Puccinis Madame Butterfly. Det program er et arbejdsprogram, som kan være godt efter en række krævende og vigtige rejser. Hans får igen kontakt til sin barndom under 2. verdenskrig og frygtelige krigsminder kommer frem. Til Wagner oplever han at være i et helvede midt i krigen. Jeg afslutter rejsen med nynnepæren fra Puccinis Madame Butterfly. Et stykke musik som han tidligere har lyttet til, hvor han føler at stemmerne i musikken synger til ham. Han afslutter rejsen med at sige "Jeg har så ofte fokuseret på det negative, rejserne lærer mig at finde det positive frem."

I samtalen efter musikken er temaet for ham at prøve at acceptere barndommen som den var, og som han husker den. Man kan ikke ændre på sin barndom, og den eneste måde at slutte fred med det på er gennem tilgivelse af sig selv og omgivelserne. Så vidt det kan lade sig gøre. Derfor bliver de positive minder også meget betydningsfulde for ham, fordi de er med til at gøre det lettere for ham at forsones sig med de svære oplevelser. At tilgive kan virke umuligt og derfor er det vigtigt, at han nu mærker *viljen* til at tilgive og acceptere.

I 8. session har han brug for at hvile sig og nyde musik. Musikken skal være tryk for ham og derfor vælger jeg igen at bruge Puccini. Det er et kort stykke musik på 2,38 min, og jeg spiller det 5 gange, hvor han nyder musikken og den til sig.

Efter disse 8 intense rejser bliver der en pause i 14 dage, og da jeg kommer tilbage, er han blevet meget dårligere og har ikke lang tid tilbage. Han har ikke længere kræfter til GIM terapien og siger at han nu har forsøgt at lægge sin konfliktfyldte barndom bag sig og i stedet er blevet mere fokuseret på at leve den sidste tid. Han har ikke tidligere beskæftiget sig med det religiøse, men mærker nu en længsel efter noget større end ham selv og er begyndt at bede til Gud. Han beder mig om at synge salmer og nogle få gange lytter vi til et stykke musik sammen, men ikke som GIM rejser. Han har fået kontakt til sin datter og har talt med hende. Jeg møder hende på hans stue og hører hendes fortælling på et tidspunkt, hvor Hans ligger bevidstløs i sengen.

9. rejse: Den sidste dag i Hans' liv er hustruen ved hans side. Hun

spørger til GIM og kunne ønske sig en GIM rejse sammen med ham. Høresansen er den af vore sanser, vi bevarer længst, og derfor gav det mening at lave en slags rejse med dem begge to, i tillid til at Hans stadig kunne høre os og ville kunne genkende musikken. Hun holder ham i hånden og jeg laver en induktion, hvor jeg guider dem ud i naturen til nynneploret fra Puccinis Madame Butterfly. Hustruen sidder stille med lukkede øjne og græder. Efter musikken guider jeg hende tilbage igen, og hun fortæller mig, at hun lige har danset sammen med Hans ved vandet. Hun var meget rørt og følte at hun lige havde taget afsked med ham. Hans døde få timer senere.

Afslutning

Det er ofte meget stærkt at få lov til at være sammen med mennesker, der ved, at de snart skal dø. Det er meget forskelligt, hvordan patienter tager imod tilbuddet om musikterapi, og hvilke behov og ønsker de har. Hans valgte at lukke op for nogle konfliktfyldte temaer. Han havde et behov for at forsøge at forsone sig med den tid og den måde det havde præget hele hans liv på. Jeg tror ikke, at Hans nåede at forsone sig med alt, men både kognitivt og følelsesmæssigt fik han fat i viljen til at forsone sig, hvilket kan være det tætteste et menneske kommer på selve forsoningen.

Forsoning er et stort emne, og henviser i denne artikel udelukkende til Hans' proces.

I forløbet med Hans var der mange temaer - forsoning blot var et enkelt af dem. Den interpersonelle relation var et andet vigtigt tema, som afspejlede hans proces i øvrigt, da relationen ændrede sig markant som forløbet skred frem.

Det kan fremstå, som om det er GIM terapien alene, der har hjulpet ham til at bearbejde dele af sin fortid. Sådan er det ikke ment, da musikterapien var ét af flere

tilbud, som han tog imod den sidste tid. Jeg har forsøgt at illustrere den musikterapeutiske del af hans proces og at beskrive, hvorledes GIM terapien kan være med til at hjælpe en patient igennem en svær og konfliktfyldt proces.

Litteraturliste

- Andreassen, L. et al. (2005) *Sjælesorg – refleksioner efter Emmaus Sommer Seminar 2005*. Århus
- Bonny, H. (2002) *Music Consciousness: The Evolution of Guided Imagery and Music* Barcelona Publishers
- Bruscia, K. (1996) *Music for the Imagination*, Barcelona Publishers, Licensed by Naxos of America
- Bruscia, K. & Grocke, D. (2002) *Guided Imagery and Music: The Bonny Method and Beyond* Barcelona Publishers
- Nielsen, R. & Kaasgaard, M. (2003) *Roserne vokser i dale* Valby: Unitas Forlag
- Renz, M. (2000) *Zeugnisse Sterbender. Todesnähe als Wandlung und letzte Reifung* Paderborn: Junfermann Verlag
- Olivius, A. (2003) *At møde mennesker* Valby: Unitas Forlag

Pionerserien

Nina Holten

fysioterapeut og autodidakt musikerapeut. Nina Holten er leder af fag- og uddannelsesafdelingen i Danske Fysioterapeuter. Er kendt for sin organisatoriske indsats som mangeårigt medlem af DFMT's bestyrelse. Vi har bedt hende beskrive sit virke og hvordan hun har været med til at præge dansk musikterapi

Nina Holten

“Musik og bevægelse hører sammen. Man kan egentlig sige, at vi har en masse musik i kroppen, som vi kan bruge i forskellig grad og mere eller mindre bevidst i vore bevægelser, vor tale, vores mimik ” (Holten, 1978 s.4)

E-mail: ninaholten@hotmail.com



Min uddannelse og læring i relation til musikterapi

Efter en barndom med megen musik havde jeg sang- og instrumentfærdigheder samt musikteori med i min bagage. Jeg fik autorisation som fysioterapeut i 1967. Som autodidakt musikerapeut har jeg altid taget udgangspunkt i min fysioterapeutuddannelse og mit fysioterapeutiske virke. Min praksis har primært været som fysioterapeut med anvendelse af musikerapeutiske metoder. Mine foretrukne interessefelter for klinisk erfaring, studier og efteruddannelse, afspejler en tværfaglige forståelse ved grundlæggende at spænde over tre hovedområder: neurologisk fysioterapi, ressourceorienteret fysioterapi og bevægelsespædagogik.

Neurologisk fysioterapi var mit arbejdsområde fra 1974 – 1980. Her fik jeg en, for mig, afgørende vigtig viden om neuroanatomi og forskellige former for hjerneskade, om rehabilitering, og om menneskers livskriser. Jeg studerede neuropsykologi især som repræsenteret ved A.R.Luria

og Anne-Lise Christensen, neurologiske behandlingsmetoder som f.eks. Bobathkonceptet, og senere de nyere læringsteorier, hvor jeg har været meget inspireret af bl.a. Howard Gardner, Ann Gentile og Kjeld Fredens.

Psykiatrisk fysioterapi var mit arbejdsområde fra 1980 – 1985. Her studerede jeg psykosomatik, ressourceorienteret fysioterapi, og forskellige former for kropspykoterapi, med reference til navne som Alexander Lowen, Berit Bunkan, og Gertrud Roxendal.

Bevægelsespædagogikken har, fagligt set, spillet en væsentlig rolle i min musikforståelse, hvor min interesse og studier har gået i retning af bevægelseslæring, bevægelses-pædagogik og dans/danseterapi. Her arbejdes med en helhed bestående af menneskets bevægelse i rum, sammenhængen mellem bevægelsesegenskaberne og musikken (musikkens grundelementer) og det følelesesmæssige rum - både på det personlige plan og mel-

lem mennesker. Skal jeg her vælge referencer, som nogle læsere vil genkende, vil jeg nævne Rudolf Laban, Veronica Sherborne, og Gerda von Bulow.

Det ikke-fysioterapeutisk virke, der har haft - og har - den største betydning for mig, er ledelse af Alsang på Sølund Plejecenter, Københavns Kommune, månedligt fra 1992 og frem til nu. Jeg har endvidere igennem årene haft en hel del undervisningsopgaver, hvor de væsentligste har været:

- timelærer i musikterapi på Fysioterapeutskolerne, især i Holstebro, 1979 – 1985
- underviser, leder og tilrettelægger på DFMT's årlige ugekursus "Helgenæs" og "Gallebjerggaard" fra 1976 og frem til nu
- medarrangør, medleder og underviser ved DFMTs 4 ugers efteruddannelse i Musikterapi for Fysioterapeuter og Ergoterapeuter 1977-78
- arrangør og underviser på weekendkursusrække á 60 timer for fysioterapeuter og ergoterapeuter 1980-85
- del af planlægningen af Europæisk Musikterapikongres, Aalborg 1995, hvor jeg også holdt et oplæg.

Min indgang til de 30 forløbne år i DFMT

I 1975 deltog jeg i mit første ugekursus på Helgenæs, og med det samme blev jeg opfordret til at gå ind i bestyrelsesarbejdet i DFMT, som blev stiftet i 1969. Jeg har medvirket på ugekurset hvert år siden og arbejdet organisatorisk for forbundet...

Synnøve Friis havde opfordret mig til at søge kurset, da hun var på besøg på min

arbejdsplads for fysioterapeutisk genoptræning af mennesker med neurologiske hjerneskader. Her var en kollega og jeg allerede optaget af at stimulere træning og bevægelse med rytme og melodi. Synnøve gav os af sine erfaringer og kundskaber. Hun og jeg – og andre – arbejdede siden hen videre med at styrke fysioterapeuter og ergoterapeuters ressourcer til at anvende musik som redskab i behandling.

Mit engagement blev med det samme helt tændt, og som sagt har jeg været stærkt og varmt knyttet til DFMTs virke lige siden. I mit eget arbejde var anvendelsen af musik fagligt helt relevant, og det gav nye terapeutiske muligheder. Personligt var det livgivende – nok til en livslang involvering i DFMTs profil. Ikke så længe herefter fik jeg øje på den styrke musikken gav til det pædagogiske og terapeutiske samarbejde med andre faggrupper.

Min interesse og inspiration i musikterapi

Bevægelse, følelser og musik kom til at hænge uløseligt sammen med min neurologiske forståelse af mennesker i udviklingskriser. Her var det muligt at se og opleve ressourcer i en rehabiliteringssituation, og for mig udviklede der sig en kropslig og psykisk ressourceorienteret forståelse af musikterapi.

En tværfaglig udvikling var i gang inden for det praktiske virkefelt og det var bare så spændende at være med til at præge og videreføre det arbejde som de første på feltet havde sat i gang. Følgende uddrag fra min oversigtsartikel i Musik & Terapi 1989 giver et glimt af denne udvikling:

"I 1969: (...) enkeltpersoner der havde gjort erfaringer med at bruge musik i undervisningen af handicappede (...) fælles var oplevelsen af, at musikken var

en indgang til at skabe kontakt og kommunikation, og dermed et stærkt redskab i undervisning og behandling og en kilde til øget livskvalitet. I 1970'erne: (...) Grænserne mellem terapi og pædagogik i musikterapietoderne udviskedes, og blev beskrevet som anvendelse af musik i terapeutisk/pædagogisk arbejde(...) udviklingen af hjerneforskning hvor man påviste sammenhænge mellem musik og sprog, musik og motorik, musik og indlæring førte til tilstrømning af erfaringer og viden til feltet med neurologisk orienteret, sansemotorisk viden fra fysioterapeuter og ergoterapeuter. I 1970'erne og 80'erne: (...) Kursusvirksomheden udvidedes efterhånden med oplevelsespræget undervisning, og musikkens funktion blev beskrevet udviklingsorienteret og terapeutisk sammen med den pædagogiske og indlæringsmæssige funktion." (Holten, 1989, s.4)

I første omgang blev jeg betaget af at min fysioterapeutiske forståelse af kroppens egen musik gennem musikterapien fik en helt ny mulighed for at blive udviklet og forklaret. Min inspiration blev selvfølgelig næret af iveren i hele den tværfaglige kreds af mennesker, der sammen udviklede musikterapien. Tiden var 70'erne, en tid hvor man både fagligt og personligt gerne åbnede sig, lyttede og inddrog nye erfaringer i sit virke. Begreberne pædagogik og terapi var i udvikling og samtidig forekom vidensudvikling, samforståelser og faglig overlapning vigtigere end faglige afgrænsninger. Jeg ser tiden og åbenheden som en væsentlig grund

til at musikterapi, i hvert fald i Danmark, blev et oplagt tværfagligt felt og område for samarbejde.

For at give et autentisk billede af tiden og inspirationen til både mit eget kliniske område som fysioterapeut og til musikterapiens udvikling vil jeg citere fra en artikel om Musikterapi i Fysioterapeuten 1978. Her beskriver jeg et netop overstået fire uger langt efteruddannelsesforløb for ergoterapeuter og fysioterapeuter. Det var sådan en øjenåbner:

"Musikalitet er en fundamental egenskab som vi har mulighed for at trække på hos alle mennesker – også os selv (...)

Musik brugt som middel i en terapeutisk situation kan skabe motivation for patient og behandler, kan formidle et samvær, og kan skabe en sammenhæng mellem musik og bevægelse, som letter medvirken. Musik og bevægelse hører sammen. Man kan egentlig sige, at vi har en masse musik i kroppen, som vi kan bruge i forskellig grad, og mere eller mindre bevidst i vore bevægelser, vor tale, vores mimik. Og det er lige så meget denne musik, der kan være et middel, som den musik, der i form af toner kommer fra et instrument eller en båndoptager.

Musikterapi lægger stor vægt på samværssituationer som sang, dans, spil, dramatik, rytmik, der giver mulighed for at udnytte sanser, følelser, motorik, intelligens i en sammenhæng, mens musikken skaber sammenhængen. Der er tale om mere end

træning; der er tale om en kommunikationssituation, der lægger op til at turde opleve nye muligheder i sig selv. Er det et krav vi normalt stiller til vor "behandling" af mennesker?" (Holten, 1978, s.4)

Konsekvenser for min egen kliniske praksis

Mine nye erfaringer om musikken i det enkelte menneskes bevægelsesudtryk og bevægelsesforståelse samt i kontakt og kommunikation mellem patient og terapeut, blev integreret i mit fysioterapeutiske arbejde.

For eksempel blev kropskommunikation og bevægelsesoplevelse mellem patient og fysioterapeut, i træning af mennesker med halvsidig lammelse, styrket gennem brug af stemme/melodi og bevægelse/rytme. Erfaringer og metodeudvikling fra dette arbejde var basis for indhold og stof i undervisningen i musik og bevægelse/musikterapi på fysioterapeutuddannelserne (en undervisning der var startet med Synnøve og blev fortsat af andre efter mig).

Et andet eksempel er som fysioterapeut på en psykiatrisk institution, hvor jeg behandlede gamle og senile mennesker, havde jeg især fokuserede på kommunikation og kropsforståelse gennem sang og rytmisk bevægelse.

Endvidere havde kolleger og jeg på en afdeling for børn med psykiske udviklingsforstyrrelser samt forstyrrelser i kontakt og kommunikation, et frodigt samarbejde om anvendelse og udvikling af sangmaterialet Koseviser og Gyngeviser. Viserne var skrevet af musikterapeuten Finn Andersen i Norge, og anvendelsesmulighederne var tilrettelagt af mig. Vi underviste sammen i en årrække med viserne i både Danmark og Norge. Jeg citerer igen, tidstypisk, fra Koseviser og Gyngeviser:

"Det som har inspireret mig i disse viser er deres brug af følelsers enkle værdi. Viserne udfordrer til sammen at skabe og bygge på oplevelse som grundlag for selvfølelse og fællesskab. At få en tryghed i os selv ved at have udforsket og oplevet os selv i musikken." (Holten, 1980, s.4)

Endelig vil jeg især fremhæve morgenmusikforløbene på DFMTs ugekurser. Her har jeg været så heldig at kunne samle mine kliniske erfaringer i en indsats der handlede om:

- at den enkelte kursist kunne få øje på egen musik i person og krop, revurdere sin funktion som person/terapeut/lærer i det musikalske samspil og udvikle ressourcer til at stimulere til kommunikation
- at bruge musikkens grundelementer i bevægelse og i de personlige ressourcer der skabes, når musik og bevægelse sammen er det personlige udtryk

I kursusprogrammet er formålet med morgenmusikken beskrevet som; at morgenmusikken hos den enkelte kursist:

- Vækker kendt og ukendt musikalitet
- Åbner for musikalske udtryk og indtryk
- Giver indsigt i musikkens virkning på krop, sind og fællesskab
- Vækker følsomhed og forløser spontanitet og tilstedeværelse
- Giver indblik i egne muligheder og begrænsninger

Jeg vil afslutningsvis besvare to spørgsmål som redaktionen har stillet: *Du er autodidakt musikterapeut, og du er samtidig kendt for din organisatoriske indsats som medlem af DFMTs bestyrelse. I hvilken retning mener du selv at du har været med til at præge dansk musikterapi?*

De to områder har for mig været parallelle forløb. Udviklingen af faget musikterapi har hele tiden haft min interesse samtidig med at jeg har været med til at vedligeholde og videreudvikle DFMTs tværfaglige virke som tværfagligt interesseforbund. Skabelsen af professionen musikterapi og MTL har jeg fulgt og bakket op fra sidelinien.

Jeg har arbejdet aktivt i bestyrelsen i alle årene, indvalgt i 1977. Her var jeg sammen med formanden dr. med. Ole Bentzen de første fra sundhedsprofessionerne. Bestyrelsen bestod da bl.a. af iværksætterne professor Gunnar Heerup, musikpædagog Synnøve Friis, speciallærerne og musikterapeuterne Carlo Svendsen, Claus Bang og Søren Mühlhausen, og komponisten Grethe Agatz, som trådte ud lige da. Den kropslige indgangsvinkel var ny - kunne krop og bevægelse risikere at komme i vejen for musikkens væsen?

Udviklingen fortsatte i den tværfaglige bredde med en medlemsskare og bestyrelse med blandet baggrund og fælles interesse for sagen. Søren Mühlhausen blev formand, og jeg var siden hen formand i 12 år fra 1984 til 1996. Tiden og fagudviklingen var positiv og sjov, og oprettelsen af professionsuddannelsen var en flot sejr også for forbundets virke.

Tværfagligheden og praksisforankringen har i alle disse år gjort faget til et levende felt passende til et aktivt interesseforbund. Interessen og den frivillige indsats har i DFMT især været lagt i udvikling og afholdelse af det årlige efterårskursus, produktion af tidsskriftet Musik & Terapi samt

samarbejdet med MTL om bl.a. udviklingen af sommerkonferencerne på Brandbjerg.

Hvor mener du dansk musikterapi står lige nu, set ud fra et tværfaglig perspektiv? Og hvor kan det bevæge sig hen, hvis du tillader dig at filosofere lidt?

DFMT har som hovedmål haft at udbrede kendskab til musikterapi. Er målet nået? Er der stadig behov for DFMT, når musikterapi udøves af dansk uddannede musikterapeuter?

I de sidste år er de uddannede musikterapeuter blevet en naturlig og nødvendig del af forbundet med videns- og funktionsområdet i udvikling. Udbudet af DFMTs kurser har i flere år kun været muligt og rigtigt gennem planlægning og undervisning sammen med uddannede musikterapeuter. Tiden kræver kombineret videns-, praksis- og oplevelsesbaseret kursusvirksomhed til fagpersoner med virke og interesse i musik.

Derfor er forbundet optaget af den særlige udfordring, at videreudvikle og formalisere et samarbejde med de uddannede musikterapeuter, MTL. Allerede i 1989 formulerede professor Gunnar Heerup en vision for DFMT om, med vores kliniske kundskab og erfaring at kunne blive associeret til musikterapeuternes organisation.

Musikterapiens udvikling i Danmark har haft gavn af den tværfaglige vidensudvikling og forståelse af musikterapi som en brug af musik mellem mennesker, tilgængelig for alle. Den tværfaglige praksisforankring har givet faget en særlig professionsprofil, hvis styrke er at den som ny profession og nyt vidensområde samtidig har en faglig historie og kendte fagområder.

Dette rummelige syn på musikterapi skal vi fra DFMT videregive og overdrage i et samarbejdet med MTL med et håb om at kunne medvirke til at konsolidere arbejdsområdet musikterapi som en aner-

kendt praksis- og evidensbaseret profession i det tværfaglige samarbejde! Holten, N, i Danske Fysioterapeuter (1978) nr.3
Temanummer om musikterapi.

Litteraturliste

Andersen F., Holten N. (1980): *Koseviser/
Gyngeviser*. Finns Forlag, Norge.

Holten, N (1989) *Fra oplysningsvirksomhed til
profession*. Musik & Terapi 20(2).



Musica Humana og musikterapi

Musikterapeutens rolle i en tværfaglig medicinsk organisation

Karin Schou

Kandidat i musikterapi; Ph D studerende ved Aalborg Universitet siden medio 2004.

Musica Humana styregruppemedlem siden 2000, vikariat i psykiatrien primo 2004, tidligere lærer inden for normal- og specialområdet 1977-1989 og 1995-1996, næstformand i MTL, stifter og medlem af improvisationsgruppen Con fuoco. E-mail: schou@hum.aau.dk

Resumé: I pressen har Musica Humanas projekter på flere danske sygehuse jævnligt været omtalt i de seneste to år, særligt i forbindelse med udgivelsen af serien MusiCure's foreløbig fire Cd'er. Ordet 'musikterapi' er blevet anvendt til beskrivelse af disse projekters metode. I artiklen redegøres for definitioner af relevante niveauer af musikterapi i denne sammenhæng; Musica Humanas formål; MusiCure's tilblivelse; baggrunden for og relevansen af en musikterapeuts tilstedeværelse i Musica Humana, samt hvilken rolle jeg som musikterapeut kan spille i denne sammenhæng. Medlemmer af Musica Humanas styregruppe bidrager med udsagn om deres opfattelse af relevansen af en musikterapeut som ressourceperson i Musica Humana.

Baggrund

Min baggrund for at skrive denne artikel er kombinationen af uddannelsen som musikterapeut og medlemskab af Musica Humanas styregruppe siden organisationens grundlæggelse i 2000. Pilotprojektet "Ataraxia" (Andersen et al. 1999, Schou 2003) blev i 1999 udviklet i samarbejde med Astrid Faaborg Jacobsen og Pernille Holland på Aalborg Sygehus Nord, på opvågningsafdelingen og blev efterfølgende videreført af afdelingens plejepersonale under ledelse af overlæge Per Thorgaard. Interessen for brugen af musik i opvågningen har siden bredt sig til andre sygehuse i landet og førte i 2000 til Musica Humanas grundlæggelse som en tværfaglig projektorganisation bestående af ressourcepersoner som sygeplejersker, læger, en musiker & komponist, en musikterapeut og en psykolog. (Se endvidere www.musicahumana.dk).

Musica Humana

Det kan synes indlysende for læseren, alligevel tilbydes her et par betragtninger over organisationens navn. Musica Humana betyder direkte oversat fra latin "Musik til mennesket" eller som Myskja (2000) angiver: "meneskesjælens musik" dvs. den musik der behersker menneskesjælen. Udtrykket stammer fra Augustin (4. årh. e. Kr.) og byggede på den forestilling, at med

"fullkomne toner kunne menneskesjælen formes slik at den nærmet seg den ideelle tilstand." (Myskja 2000, s. 73).

I Musica Humana er dette omskrevet til mål i forhold til det generelle lydmiljø på sygehuse, idet organisationen har til

"formål at skabe og dokumentere effekten af et nyt og befordrende lydmiljø på sygehuse nationalt og interna-

tionalt. Målet er at øge patienters velvære under og tilfredshed med ophold på sygehuse, at nedsætte deres angst-

og stressniveau og samtidig bedre deres evne til restitution” (www.musicahumana.dk, 28.2. 2005).

Visionen bag implementering af musik er, at Musica Humana skal tilbyde et lydmiljø med musik. Musikterapeuten indgår i et tværfagligt team og forestår udvælgelse og anvendelse af musik på intensivt niveau. Det er vigtigt at understrege, at musikterapi i denne vision indgår komplementært til den eksisterende behandling. Den er således ikke tænkt som værende i konkurrence med eller en trussel mod den behandling, der allerede gives.

Per Thorgaard, overlæge, formand for Musica Humana

Niveauer af brugen af musik

I det følgende gør jeg kort rede for forskellige niveauer af brugen af musik, for at læseren kan få et indblik i på, hvilket niveau musikken anvendes i Musica Humana. Brugen af musikterapi på det somatiske område er under udvikling i Danmark i disse år, mens den i bl.a. USA og Tyskland er særdeles udbredt. (Andersen et al. 1997, Bonde, Pedersen & Wigram 2001, Ruud 1990). Feltet, som musikterapien bevæger sig ind i via en organisation som Musica Humana, kan kaldes “musik i almen medicin” jf. Bonde et al. (2001). Audun Myskja (2000) anvender det poetiske udtryk “den musiske medicin” om brugen af musik i medicinsk behandling.

I denne forbindelse skelner Bruscia (1998) mellem to niveauer: a) “*therapeutic music*”, når forandringer i patienten foregår med musik som støtte til den medicinske behandling uden musikterapeutens direkte involvering i processen med patienten, og b) “*music in medicin*”, hvor musikterapeuten indgår direkte i processen af patient – terapeut forholdet og hvor musikken indgår *komplementært* til den medicinske behandling.

I Musica Humana bruges musikken indtil videre på niveauet *therapeutic music*, idet sygeplejersker varetager musiklytning i behandlingen.

Baggrund for musikterapeut i styregruppen

Visionen bag etableringen af Musica Humana bygger på et ønske om at forbedre det generelle lydmiljø, som omgiver patienter og personale på danske sygehuse. Det vil sige:

- a) At fjerne de fænomener som forstyrrer/forværrer lydmiljøet, f.eks. ved at dæmpe alarmer og telefoner til et niveau, som samtidig er forsvarligt i relation til behandlingen. (Personalet skal kunne høre alarmerne).
- b) At fremme foranstaltninger som er befordrende for patientens restitution, f.eks. ved at supplere og komplementere den medicinske behandling med musik.

Ved Musica Humanas grundlæggelse i 2000 blev jeg inviteret til at indgå i organisationens styregruppe som ressourceper-

son inden for musikterapi. Denne inddragelse skete i sin tid ud fra en forventning om, at jeg som musikterapeut kan bidrage med akademiske vinkler på dette udviklingsfelt

i samarbejde med de øvrige ressourcepersoner (Per Thorgaard, formand Musica Humana¹).

En musikterapeut kan bidrage med en viden om, hvordan musikken kan påvirke mennesker terapeutisk, en viden om hvilken musik der kan anbefales til bestemte situationer samt med ideer til projekters udførelse - andre ideer end personalet fra hospitalets naturfagligt dominerede verden måske får. Musikterapeuten kan være bindeled/link mellem hospitalerne og musikterapeutuddannelsen/faget, så alle kan være opdateret med den nyeste viden indenfor emnet musik som medicin. Desuden kan musikterapeuten være med til at implementere musikkens anvendelse i afdelingerne ved undervisning og foredrag for personalet.

Vibeke Hansen, sygeplejerske, Odense Universitetshospital, Musica Humana styregruppe.

Musikterapeutens funktion, kompetencer og roller

Musikterapeuten har faglig indsigt² i interaktion mellem musik og mennesker og de psykologiske aspekter i tilknytning hertil. Musikterapeuten er desuden musiker, hvilket kan have betydning for oplevelsen af, forståelse for kompositioner og vurderingen af, hvilke patientgrupper forskellig musik henvender sig til, og hvordan den anvendes i organisationens forsøgsprojekter.

Når musik implementeres i behandling som forestås af plejepersonalet, kan dette ske efter en fælles drøftelse, samt musikterapeutisk råd og vejledning. Det kan dreje sig om valg af musik til bestemte formål; hvilke kriterier der lægges til grund for val-

get; hvor længe der spilles musik; med hvilken lydstyrke; og hvilke forhold i proceduren, patienten evt. har indflydelse på. Niels Eje supplerer:

“Musikterapeuten har (...) qua sin omfattende uddannelse og viden indenfor dette område, en vigtig rolle som vejleder og rådgiver for hospitalets personale, hvad enten det drejer sig om dybdgående studier eller blot om, hvordan man optimalt anvender musik som en integreret del af lydmiljøet på sygehuset.”
(Mail korrespondence, 2005)

¹ Uddrag af telefoninterview med Per Thorgaard februar 2005.

² Med en fem årige kandidatuddannelse (fra Aalborg Universitet) har musikterapeuten kendskab til og viden om såvel forskningsmetoder, musikpsykologi, videnskabsteoretisk indsigt i relation til sygdomsforståelse og behandlingssyn og viden om, hvordan musik kan påvirke mennesker set i lyset af deres generelle og specifikke behov. Den videnskabsteoretiske viden kommer bl.a. til anvendelse i form af afklaring og præcisering af definitioner og begreber i tilknytning til design og metodeudvikling af specifikke studier; eller kvalitetssikring, om man vil.

Et aktuelt eksempel på, hvordan ad hoc grupper arbejder i organisationen, er en Cd med guidet afslapning. Som musikterapeut samarbejder jeg med komponist Niels Eje om udvælgelse af musik til bestemte populationer (i dette tilfælde patienter i intensiv behandling). Musikken er uddrag fra MusiCure 1 og 4 af 35 minutters varighed, som vi har udviklet til brug i et planlagt projekt på fire intensivafdelinger i landet. I forberedelsesfasen består mit bidrag især af mine perspektiver på hensynet til patientgruppens behov; hvilke kriterier for valg af musik til afslapning, vi arbejder ud fra (hvad karakteriserer musik, som formodes at virke beroligende, stimulerende eller neutral, Bonde et al., 2001, Wigram, 2004). Derefter står jeg for udformningen af den eksakte tekst til og protokol for den guidede afslapning. Samarbejdet omfatter desuden det konkrete arbejde i studiet sammen med en tekniker, hvor jeg lægger stemme til indtalingen ved optagelsen og deltager i den endelige redigering af Cd'en. I denne sammenhæng gør jeg i stor udstrækning brug af mine praktiske kompetencer inden for stemmebrug, men også menneskelige kompetencer som evnen til at indgå i et tværfagligt samarbejde i et for mig helt nyt, teknisk (og spændende) miljø.

Når der i Musica Humana opstår idéer til eller ønskes om at igangsætte projekter, bidrager jeg med såvel teoretiske som praktiske forslag til disse projekters gennemførelse. Desuden deltager jeg i de faglige udvekslinger vedrørende design og metode og bidrager ofte med afklaring af de relevante niveauer af musikkens anvendelse. Hidtil har Musica Humanas projekter været gennemført af sygeplejersker, og jeg har ikke direkte været involveret heri.

Som musikterapeut kan jeg indtage flere roller og funktioner både *inden* for organisationen og *udad* til som *brobygger* til an-

dre musikterapeuter, eller sagt på en anden måde ved at skabe *netværk* mellem flere faggrupper inden for medicinsk behandling. En konkret udløber heraf er, at overlæge Per Thorgaard – efter min anbefaling – nu sidder som repræsentant for aftagere af musikterapeuter i Rådgivningspanelet for Studienævnet ved Institut for Musikterapi og indgår i samarbejdet om udvikling og stadig forbedring af musikterapiuddannelsen.

Dette forår er en planlagt temadag (10. maj 2005) om *Anvendelse af musik i medicinsk behandling* arrangeret under CVU, Nordjylland, blevet til i samarbejde mellem formanden for Musica Humana, undertegnede og - under ledelse af - uddannelseskonsulent Birgitte Tørring, tidligere projekt sekretær i Musica Humana. Temadagen, som henvender sig til alle faggrupper med interesse for emnet, byder på en bred af vifte af oplægs- og foredragsholdere, heriblandt fire musikterapeuter med kendskab til og erfaring med musikterapi i medicinsk regi (onkologi, gerontopsykiatri, kardiologi og psykiatri), foruden læger, komponist/ musiker m.fl.

MusiCure

Musica Humana er som organisation konkret *hørbar* i serien MusiCure. Foreløbig er der udgivet fire Cd'er (2003 - 2004) i serien, som er planlagt til at bestå af i alt 10 Cd'er. Musikken er specialkomponeret til Musica Humanas studier af komponist, musiker og producer Niels Eje. Eje har været med til at grundlægge Musica Humana og har siden projekt Ataraxia udviklet musikken, som består af musik og naturlyde i det, Eje kalder *sound scapes*. Musikerne er klas-

sisk uddannede på instrumenter som cello, harpe, obo, klaver, guitar, vokal.³

Navnet MusiCure er en sammenskrivning af de engelske ord for henholdsvis musik og behandling *Music* og *Cure*. Dette navn signalerer, at musik kan kurere, behandle og/eller at musik og behandling støtter hinanden; så at sige *går hånd i hånd* med det fælles 'C' i de to ord, hvilket med Niels Ejers ord "er med til at understrege formålet med produktet". Distributionen af serien på landets apoteker er bevidst valgt ud fra tanken, at musikken er tilgængelig et sted, hvor mennesker kommer for at købe produkter til deres sundhed og velvære.

Afslutning

Jeg håber disse beskrivelser, eksempler og betragtninger giver et billede af, hvilke forskellige roller en musikterapeut kan spille i samarbejde med og i en sygehusorganisation som Musica Humana. Der er for mig ingen tvivl om, at den faglige ballast i kraft af kandidatuddannelsen, danner et solidt grundlag for at kunne indgå i dette samarbejde. De kommende år vil ganske sikkert vise nye muligheder for samarbejde. Med Niels Ejers ord:

"Musikterapeutens funktion kan (...) være af afgørende betydning for den fremtidige generelle implementering af musik som et grundlæggende varigt aktiv i hele sundhedssystemet – en rolle som der allerede i musikterapistudiet bør lægges vægt på, idet dette område efter al sandsynlighed vil blive en mere in-

tegreret del af den globale sygehusstruktur i fremtiden."

Om få år er det (*måske*) helt almindeligt at opleve musikterapeuter på arbejde i somatisk behandling. Må tonerne klinge i lydbilletedet.

Litteraturliste

- Andersen, K. H., Holland, P., Faaborg Jacobsen, A., Nielsen V., J. (1997) *Musikkens Helende Kraft*. Projekt i musikpsykologi, DK: Aalborg Universitet
- Andersen, K., Holland, P., Faaborg Jacobsen, A. (1999) *Ataraxia – mellem musik og medicin*. Projekt i videnskabsteori, DK: Aalborg Universitet
- Bonde, L. O., Nygaard Pedersen, I. & Wigram, T. (2001) *Når ord ikke slår til*. Århus: Klim Myskja, A. (2000) *Den Musiske medicin*. Oslo: Grøndahl Dreyer Ruud, E. (1990) *Musikk som kommunikasjon og samhandling*. Oslo: Solum forlag
- Schou, K. (2003) *Summary of the research pilot project Ataraxia*; booklet in Cd: MusiCure 2: Equator. Gefion Records, GFO 20134
- Wigram, T. (2004) *Improvisation*. London and New York: Jessica Kingsley Publishers
- MusiCure 1: *The Journey*, Gefion Records, GFO 20132
- MusiCure 2: *Equator*, Gefion Records, GFO 20134
- MusiCure 3: *Fairy Tales*, Gefion Records, GFO 20136
- MusiCure 4: *Northern Light*, Gefion Records, GFO 20138
- Musica Humanas hjemmeside:
www.musicahumana.dk

³Inge Mulvad Eje: cello. Berit Spælling: harpe. Niels Eje: obo. Jacob Keiding: horn. Hanne Mulvad: klaver. Christophe Dejour: guitar. Miriam Andersen harpe & vokal. Poul Høxbro: rammetromme, fløjter (Pipe and Tabor, low whistle). Ingrid Holck: piccolo fløjte.

Erfaringer fra privat praksis

På baggrund af artiklen "Musikterapi – Privat praktiserende" af Ilse Kjær, bragt i første nummer af Dansk Musikterapi (2004, nr. 1), har Helle Nystrup Lund og Lars Rye Bertelsen ønsket at supplere med deres erfaringer som privat praktiserende musikterapeuter.

Helle Nystrup Lund

Cand. Mag. i Musikterapi, medlem af MTL, privat praktiserende (1999-2004), nu ansat på Aalborg Psykiatriske Sygehus. Underviser på musikterapiuddannelsen, Aalborg Universitet

Lars Rye Bertelsen

Cand. Mag. i Musikterapi, medlem af MTL, privat praktiserende, ansat på Aalborg Psykiatriske sygehus, ansat som musikterapeut på musikterapiuddannelsen Aalborg Universitet

Erfaringer med at starte en privat musikterapiklinik – et tilbageblik

At starte privat praksis giver anledning til mange overvejelser og udfordringer, og i det følgende beskrives erfaringerne gjort med "musikterapeuterne" Nytorv 25 i Aalborg. Klinikken blev etableret i 1999 af fire musikterapeuter, og i sommeren 2004 trådte to af interessenterne ud af klinikfællesskabet, hvorefter klinikken er videreført af to musikterapeuter. Artiklen er skrevet ud fra fem års erfaring med firemands-gruppen.

Hvorfor lave egen klinik?

Idéen til at lave egen klinik er udsprunget af frustration over de vilkår vi hver især arbejdede under på forskellige institutioner. Mange musikterapeuter har sikkert som os oplevet perioder med frustrationer over at skulle lave musikterapi i uegnede lokaler, med mangelfuldt instrumentarium, med forstyrrende beboere, personale eller håndværkere, etc... Ved at lave vores eget sted, ville vi give os selv meget bedre arbejdsbetingelser, større arbejdsglæde og tilfredshed. Det var for nogle også en mulighed for at få klinisk erfaring med musikterapi, da der er meget få stillinger at søge.

Hvorfor lave egen klinik sammen?

Inden man går i gang med at lave klinik sammen, er det vigtigt at overveje om man mest har temperament til at bestemme selv, eller at indgå i et samarbejde der kan indebære en masse kompromis'er. Vi har brugt rigtig mange ressourcer på mødeaktivitet, og på at være med i alle processer lige fra tegning af logo, udarbejdelse af brevpapir, pjece, hjemmeside, bogføring og regnskab, til fælles visitation.

Man skal endvidere være indstillet på en usikker indtægt – først når året er gået kan man gøre op hvor meget man har tjent, så en fast månedsløn kan man ikke budgettere med.

Når vi valgte at være flere, var det ud fra tanken om at minimere alle økonomiske omkostninger, og at kunne hjælpe hinanden både praktisk og fagligt. Udgifterne til etableringen af klinikken, den daglige drift, sammensætning af instrumentarium er udgifter som skal afholdes uanset om man er en eller flere. Ved at være fire, havde vi minimeret alle de almindelige omkostninger med 75 % for hver! Samtidig er der flere hænder at fordele det praktiske arbejde på.

Ved at stille vore private instrumenter

til rådighed for hinanden, lykkedes det at skabe et meget omfattende og varieret fælles instrumentarium, med løbende vedligehold som eneste omkostning. At etablere klinikken med et personligt indskud på 10.000 kr. hver - 40.000 kr. i samlet startkapital - er en meget billig virksomhedsstart, og vi kunne holde driften udgiftsneutral ved hver at have én ugentlig klient!

Med fire musikterapeuter i samme hus, havde vi rige muligheder for at inddrage hinanden som faglig sparring på forskellige måder; *kollegial respons*, hvor den enkelte terapeut får resten af gruppens respons på konkrete problematikker i form af gode råd eller idéer, - *faglig respons*, hvor vi har arbejdet efter supervisionsmodellen "Reflekterende Team", med mulighed for at inddrage hinanden som co-terapeuter. m.m.. Vi har fra starten været enige om at undgå at blive for procesorienterede internt, da vi vurderede at dette hurtigt kunne blive problematisk i et praktisk orienteret samarbejde der skal fungere på daglig basis. Som tiden er gået har vi dog efterhånden turde drage nytte af hinandens terapeutiske kvalifikationer - også i kollegiale sammenhænge. Herudover har vi hver især modtaget personlig supervision eksternt.

Virksomhedsstruktur: Hvordan hænger det hele sammen?

Hver musikterapeut har sit eget firma, og sammen drives et femte; "musikterapeuterne" Nytorv 25 - 9000 Aalborg. Dette er et driftsselskab, kaldet et interessentskab (I/S), der afholder alle de løbende udgifter ved at have klinikken; husleje, el og varme, forsikringer, markedsføring, reparation - og vedligehold af instrumentarium, m.v.

Det er en juridisk/regnskabsmæssig konstruktion der gør at vi ikke hæfter for hinandens firmaer, men kun for I/S'et i fællesskab. I denne virksomhedskonstruktion er

det mest sårbare derfor, at I/S'et aldrig må løbe tør for penge til de løbende regninger.

Virksomhedsstrukturen indeholder som nævnt muligheder for en masse samarbejde, en masse økonomiske besparelser, og ikke mindst et fagligt forum som ellers er sjældent. Samtidig betyder virksomhedsstrukturen også at vi er hinandens konkurrenter til langt de fleste af vore kunder. Det påvirker samarbejdet, og det har været en god erfaring at indføre fælles visitation - dvs. alle nye klienter visiteres til den enkelte terapeut, efter en samlet fælles vurdering. På denne måde har vi undgået noget af konkurrencen om klienterne. Men at være selvstændig i et (klinik)fællesskab er to modstridende størrelser, som det løbende har været, og er nødvendigt at forholde sig til.

Musikterapi i den private praksis

Musikterapi kan foregå som individuel musikterapi og samtale, gruppemusikterapi eller have karakter af specialundervisning individuelt eller i gruppe. Individuel musikterapi er det mest almindelige, men vi har også arbejdet med børn/unge og deres forældre, samt givet musikterapi i samarbejde med andre terapeuter, bl.a. fysioterapeut og familierapeut. "Musikterapeuterne" har endvidere givet supervision og konsulentbistand.

Klienter

I løbet af de 5 år musikterapeuterne har eksisteret har vi fået erfaring med mange forskellige klientgrupper i alle aldre; børn, unge, voksne og ældre. Vi har erfaring med behandling af meget forskellige problematikker lige fra småbørn med sjældne diagnoser (f.eks. syndromer som Cornelia de Lange, Cri du Chat, Pierre Robin), til unge og voksne klienter med psykiatriske diagnoser, klienter med fysiske og psykiske funktionsnedsættelser, samt børn og voksne med Post

Traumatisk Stress Reaktion (PTSD). Vi har også erfaring med terapiforløb i selvudvikling, herunder introducerende forløb for optagelsessøgende til musikterapistudiet.

Vi har fra starten ikke ønsket at specialisere os, hverken som gruppe eller individuelt, men efter indførelsen af fælles visitation, har det i praksis betydet at en klient ofte bliver henvist til den terapeut der har mest erfaring på området. På den måde har vi helt naturligt hver fået vores specialer. Alligevel må arbejdet siges at være meget alsidigt og det er en konstant udfordring at skulle tilegne sig indsigt i nye klients problematikker og evt. diagnoser.

Hvordan betales musikterapi?

Musikterapi betales på forskellige måder. De almindeligste betalingsformer set hos musikterapeuterne Nytorv 25 er:

- Henvisning af amt eller kommune gennem social- og sundhedsforvaltningen, evt. med anbefaling fra egen læge
- Institution dækker udgift til musikterapi via eget budget
- Klientens pension
- Egenbetaling

Musikterapi dækkes ikke via sygesikringen, men der er erfaringer med bevilling af musikterapi gennem social- og sundhedsforvaltningen i en del kommuner. For at bevillingen kan gå igennem, er det vigtigt dels at have en anbefaling (helst skriftlig) fra relevante fagpersoner eller institutioner. Det kan være fra den institution klienten er tilknyttet, - fra pædagog, psykolog eller andet behandlerpersonale med kendskab til klienten. En bevilling er ofte gået igennem når der foreligger en anbefaling fra egen læge, dvs. at klientens egen læge vurderer at musikterapi er et relevant behandlingstilbud.

Desuden er det vigtigt at vedlægge en skrivelse fra musikterapeuten hvor musikterapiens metoder og målsætning er beskrevet specifikt i forhold til den pågældende klient. Samarbejdet med amt og kommune fungerer forskelligt i Nordjylland.

Musikterapeuterne har været behjælpelige med udarbejdelse af skrivelser og vejledning af klienter/pårørende vedrørende sagsgangen i forbindelse med ansøgning om bevilling af musikterapi til social- og sundhedsforvaltningerne.

Hvad koster musikterapi?

En individuel session hos "musikterapeuterne" koster 570,- kr. (2005). Prisen for gruppeterapi aftales særskilt efter konsultation. Priser indeksreguleres årligt. Foredrag og workshops forhandles enkeltvis med udgangspunkt i DM's gældende satser.

Foredrag og workshops

Udover musikterapi har "musikterapeuterne" arrangeret foredrag og workshops for amtslige, kommunale og private institutioner, samt for en række faggrupper. Foredragene tilpasses målgruppen og henvender sig almindeligvis til:

- Behandlergrupper og personale
- Familie og pårørende
- Brugere, klienter, patienter

I netværksarbejdet har det været nødvendigt at være opsøgende og vedholdende, for at overbevise mulige samarbejdspartnere, ofte andre behandlere, om at det vi har at tilbyde, kan være et væsentligt supplement til deres arbejde. Det er lykkedes os at få lov at lave en relativ omfattende fremlæggelse for "Tolvmandsforeningernes koordinationsgruppe" – d.v.s. det forum som står i spidsen for alle privatpraktiserende læger i Nordjyllands Amt (alle

praktiserende læger er organiseret i "Erfaringsgrupper" på 12 medlemmer, deraf navnet). Vi har i klinikken haft besøg af nogle af 12 mandsgrupperne til aftenarrangementer, hvor vi fortæller om musikterapeuters uddannelse og behandlingsmetode, giver korte case-præsentationer på video – og nok så vigtigt; lægerne får en førstehåndsoplevelse af musikterapi-improvisation ved at blive aktivt engageret i gruppeimprovisationer. Vi har desuden lavet foredrag om musikterapi for "Børneterapeuterne" (en sammenlutning af fysio-ergoterapeuter, socialrådgivere, læger og speciallæger i Aalborg).

Samarbejde

Det er meget givende at samarbejde med andre musikterapeuter om bl.a. foredrag og workshops, samt forskellige markedsførings-tiltag. De to skribenter har bl.a. afholdt workshop sammen på socialrådgivernes årlige konference i Nyborg, og ved samme lejlighed lavet musikalsk underholdning for 800 socialrådgivere, workshop for fysioterapistuderende på Ergo- og fysioterapiuddannelsen i Aalborg, workshop på den danske musikterapi-konference på Brandbjerg, workshop på Kvindedaghøjskolen i Aalborg, holdt foredrag for Alzheimerforeningen og for foreningen SIND - for blot at nævne nogle få!

Det var også fremmende for samarbejdet i klinikken, da alle 4 musikterapeuter tog den 2-årige efteruddannelse og blev cand. mag.'er i 2003.

Klinikkens udvikling og status:

Klinikkens fire anpartser er pt. fordelt på to personer - Lars Rye Bertelsen og Silvia Jensen - da to anpartshavere - Charlotte Dam-meyer Fønsbo og Helle Nystrup Lund - har trukket sig ud i.f.m. graviditet og ansættelse på Aalborg Psykiatriske Sygehus. Klinikken har søgt efter nye anpartshavere, desværre uden resultat. Herefter har der været en periode med konsolidering og forberedelse af flytning til nye lokaler. Klinikken har i øjeblikket venteliste, og har klienter i klinikken, såvel som ud af huset. Vi betjener klienter fra hele Nordjyllands Amt, fra Hobro til Skagen.

På hjemmesiden www.musikterapi.org findes en oversigt over freelance musikterapeuter, der tilbyder musikterapi, kurser, foredrag og workshops.

På hjemmesiden www.musikterapeuterne.dk findes mere information om klinikken i Aalborg. Herunder bl.a. også en oversigt over hvilke behandlings- og uddannelsesinstitutioner, foreninger og virksomheder, der har modtaget foredrag eller workshops af "musikterapeuterne", Nytorv 25.

‘Angst æder sjæle op’ – musikterapi og trauma

Helle Kirstine Stubkjær Mumm

Kandidat i musikterapi, musikterapeut v. Pavarotti Music Centre (2003 – 2004), Mostar, Bosnien-Hercegovina, ansat som musikterapeut v. Køge Kommunale Musikskole og som barselsvikar v. Rehabiliteringscenter for torturofre (RCT), København, medlem af MTL's bestyrelse.

I sidste nummer af Dansk Musikterapi (2004, 1(2)) blev den 5. Europæiske Musikterapi Kongres i Finland 2004 omtalt af Britta Frederiksen, musikterapeut. Hun gav et helhedsindtryk af kongressen og dens hovedtaler. Jeg vil i nedenstående fortælle om indtryk fra nogle af kongressens andre ‘Many Faces of Music Therapy’. Inden kongressen var jeg vendt tilbage til Danmark efter et års arbejde i Mostar, Bosnien-Hercegovina. De præsentationer, som omtales her, blev derfor valgt ud fra en specifik interesse for musikterapi og trauma. Mine reaktioner på oplæggene var stærke, i og med at arbejde i en krigstraumatiseret kontekst sætter dybe spor i en terapeut fra én af verdens mest trygge nationer.

Norske Randi Rolvsjord, ansat ved musikterapiuddannelsen i Sandane, holdt et oplæg om begrebet ‘*empowerment*’ som en metafor for terapi. Hendes argumentation gik på, at dette begreb også benyttes politisk og socialt, bl.a. i forhold til marginaliserede grupper i samfund og indenfor feministisk teori, hvorved begrebet sætter terapi ind i en bredere samfundsmæssig kontekst. Terapi handler om at udvikle kraft eller ressourcer i ‘afkræftede’ mennesker⁴. Da ‘magt’ er indbygget i begrebet, minder ‘*empowerment*’ om den asymmetriske terapeut-klient relation i terapi. Man mindes om vigtigheden af, at relationen kommer til at danne grobund for et sundt og

genuint samarbejde, hvor klienten oplever sig som ansvarlig for og magtfuld i forhold til sin bedringsproces.

Begrebet ‘*empowerment*’ vakte genklang i mig, da magt var et omdrejningspunkt i den bosniske efterkrigskon tekst, hvor mange mennesker, 10 år efter krigen, stadig kæmper for at holde sig i live. Og hvor vi udlændinge kæmpede for at udrette mest muligt og for selv at finde os til rette og føle os værdsat. I Skandinavien har vi en tendens til at tro, at alt er demokrati, ligeværd og samarbejde, derfor finder jeg det relevant at blive mindet om, at hierarki og magtkamp findes, også ikklædt ansvarlig, ‘blød’ humanisme, der overvejende anses for at være hensynsfuld og diplomatisk. At magt er noget vi – også som musikterapeuter – må forholde os til.

De for mig mest gribende præsentationer kom fra Israel, fra Chava Weiss og Dorit Amir. Chava Weiss kunne bevidne nu og her, med alvorsfuldt blik og stilfærdigt kropssprog, effekten af intifadaens uforudsigelige vold og den psykiske belastning, en utryg dagligdag medfører. Hun fortalte i oplægget “*Coping in the Shadow of Terror*” om støttende gruppemusikterapi i terrorramte byområder, så jeg mærkede på min krop, hvordan der må have været i Bosnien-Hercegovina under og umiddelbart efter krigen. Liv med ødelæggende gru og angst. Som den tyske instruktør Rainer Werner

⁴Stig Hoffmeyer, videnskabelig klummeskribent i Politiken, skelner relevant mellem ‘livskraft’ som biologi og ‘livsmød’ som den menneskelige mestring af eller afmagt i forhold til kraften (Pol 19/12/04).

Fasz binder så rammende har kaldt en film; ‘angst æder sjæle op’.

Angsten i Bosnien har nu taget form af udbredt resignation, mistillid, sårbarhed, passivitet og depression, men livsglæden øges dog i takt med sikkerhed, føde, arbejde, penge, status og muligheder. I begge lande medvirker musikterapi til, at angstfyldte mennesker kan give udtryk for vrede og afmagt samt holde liv i håbet om en bedre fremtid.

Dorit Amirs præsentation rummede en næsten ubærlig smerte, fordi den omhandlede et musikterapeutisk forløb med en Holocaust overlever, som gennemlever traumatiske oplevelser og tab 60 år efter krigen. Dette oplæg havde en voldsom effekt på mig. Dels fik jeg et glimt af bosniske venners fremtid, de som lever og klarer sig i nuet takket være solid fortrængning af deres krigserindringer. Jeg så for mig, hvordan det hele vil vælte frem og lamme dem en dag, når der bliver plads til det i deres tilværelse. Mærkede hvordan krigen vil tugte Balkans sjæl i årtier.

Dels afspillede Dorit Amir under hele præsentationen Ravels Bolero, som klienten vanskeligt tålte men havde insisteret på at lytte til under hele terapiforløbet. Det havde været omtrent uudholdeligt for Amir, med barske Holocaust historier i sin egen bagage, men hun brugte nu, under præsentationen i Finland, at skruer op for den vedholdende musik, når det var svært for hende at fortsætte. Tilhørernes medfølelse med både den omtalte klient, og med Amir, blev til medliden. Var det selvpineri? Eller blev musikken på paradoksalt vis en støtte til genoprejsning og mestring? Musikken minde både Amir og klienten om nazismens

fremmarch, om gruppevanviddet, om militærmaskinen, der ikke var til at standse. Amir beskrev Boleros karakter som ‘tvangsmæssig kontrol’ i kraft af kompositionens ‘schweizer-ur tromme’, det lange crescendo, dens mangel på melodi, variation og ornamenteration; en øvelse i monotomi og repetition, som bringer lytteren i en næsten hypnotisk tilstand⁵. Vi tilhørere i Finland blev drevet til vores psykiske smertetærskel via empatien. Holocaust overleveren (og Amir) brugte Bolero til at opnå en slags katarsis i form af forløsning af mørke følelser.

Til slut vil jeg nævne, at Sami Alanne i Finland arbejder på en Ph.d. om ‘musikpsykoterapi med torturoverlevende’. Han undersøger gruppeterapi med anvendelse af ‘modificeret GIM’, hvor det formodes at terapiforløbet vil reducere angst, depression og tvangsprægede symptomer. Studier af Vietnam veteraner, der modtog GIM behandling, har ifølge Alanne vist, at hypersensibilitet og tankeforstyrrelser blev reduceret.

Foruden disse oplæg præsenterede engelske Nicky O’Neill og Harriet Powell en video fra et sommerkursus for kroatisk musikterapeuter, to andre englændere, Liz Clough og Tish Crotty, fortalte om gruppemusikterapi med børn af flygtninge- og asylansøgere, og Jaap Orth fra Holland præsenterede om musikterapeutiske workshops med traumatiserede flygtninge.

Det var interessant om end barskt at kunne sammensætte et program af international musik-terapeutisk viden indenfor dette specifikke område. Lad os håbe at musikterapeuter også i Danmark vil blive inddraget i stadig større omfang indenfor traume-, rehabiliterings- og integrationsområdet.

⁵En tankevækkende anden tolkning af musikken fremlagdes i P2 en dag, hvor der fortaltes om komponister som ikke rigtig havde held med at gøre deres hoser grønne. Bolero blev i den sammenhæng kaldt for det mest inciterende og erotiske stykke klassisk musik nogensinde skrevet!

9. semester praktik i New York, USA

Miriam Karpantschov

Specialestuderende ved Musikterapiuddannelsen v/ Aalborg Universitet. Afholdt sit 9. sem. praktikforløb v/ Beth Abraham Family of Health Services, New York, USA.

Indledning

På baggrund af tidligere ophold i USA samt generel udlandstrang valgte jeg at tage 9. semester praktik i udlandet. Stedet var Beth Abraham Family of Health Services i The Bronx, New York, USA.

Da jeg er fascineret af samfund med mange facetter og stor diversitet føltes det godt at vælge et praktikophold i millionbyen New York. Byens indbyggere består af mennesker fra hele verden og har dermed en multikulturel dimension som er helt unik. Denne brede sammensætning gavner det frie udtryk samt giver plads til forskellighed. Dette gør sig også gældende indenfor musikterapi miljøet.

Praktikstedet

Beth Abraham er et hospitalet med plads til næsten 600 patienter med både lang- og korttids-rehabiliteringsbehov. Patienterne er fra 18 år og opetter og har mange forskellige problemer og sygdomme, så som: apoplexi, kranietraume, MS, Lymes sygdom, kræft, amputationer, koma, hjerte problemer, diabetes, CP, Parkinsons sygdom, Alzheimers sygdom samt non-specifik neurologisk traume.

Disse tilstande samt den individuelle klients sygdomsforløb varierer meget. Klienternes ressourcer og copingstrategier er ligeledes meget forskellige. I dette brede spektrum af sygdomme og komplikationer kan den musikterapeutiske behandling rettes mod den enkelte klients mest akutte behovsområde. Dette er muligt, da Beth Abraham råder over flere forskellige musik-

terapeuter med forskellige musikterapeutiske kvalifikationer og kvaliteter.

Musikterapi på Beth Abraham

Beth Abraham tilbyder en vifte af forskellige musikterapeutiske tiltag. Afdelingen for musikterapi har flere musikterapeuter ansat samt musikterapistuderende fra forskellige universiteter. I foråret 2004 var vi således 10 musikterapeuter samt praktikanter (5 musikterapeuter og 5 studerende). Oplevelsen af at have et stort antal musikterapeuter omkring sig er en utrolig givende oplevelse. Det giver mulighed for at skabe et støttende miljø som giver god grobund for samarbejde og inspiration.

Musikterapeuterne på stedet repræsenterer forskellige tilgange til feltet, hvilket giver en bred sammensætning af musikterapeutiske muligheder for hospitalets patienter. I det følgende vil jeg kort nævne forskellige musikterapeutiske tiltag, som udbydes på Beth Abraham.

Neurologisk Musikterapi (NMT) er en af de musikterapeutiske metoder der tilbydes patienter på Beth Abraham. I NMT er der udviklet specifikke teknikker, som er standardiserede og som fokuserer på genoptræning af funktioner som hukommelse, fysisk bevægelighed samt psyko-sociale elementer.

Et andet tiltag på Beth Abraham er Musically Assisted Speech som er rettet mod patienter med ekspressiv afasi. Her er der mulighed for at genoptræne brug af sprog og stemme gennem musik. Feltet kan betragtes som værende en overlappning mellem musikterapi og audiologopædi. Træningen foregår

i grupper og indeholder dermed en social dimension.

En del af patienterne på Beth Abraham lider af forskellige demenssygdomme. Nogle af disse patienter mødes dagligt i en større gruppe. Hospitalets musikterapeuter ser denne gruppe på skift en time dagligt.

Stedet råder over elektronisk udstyr som f.eks. elektriske trommer, soundbeam m.m. Der er i "Midi Group" og "Rock Group" mulighed for at tage disse instrumenter i brug. Det er også muligt at skrive musik i samarbejde med en musikterapeut og dernæst indspille musikken. Hospitalet har modtaget brugt optage-udstyr fra musikere i NY, hvilket giver mulighed for at indspille musikken og dermed dele den med venner og familie.

På hospitalet tages der udgangspunkt i både det enkelte individ, mindre grupper samt større grupper som "communities". Amerikanerne har, set med danske øjne, gode evner i forhold til at skabe communities og har ligeledes en lang tradition for det. Beth Abraham betragtes derfor også som et miljø/samfund/community i sig selv, og musikken bliver også en vigtig del i/af dette. Som en del af dette arrangeres store musiksammenkomster som f.eks. "drum circle" hvor alle patienter på hospitalet kan deltage. Det foregår i en stor forsamlingssal og der bruges forskellige typer af trommer og andre percussioninstrumenter. Spilleglæde, samvær og "community" er i centrum.

Pårørende (omsorgspersoner) til patienter på Beth Abraham kan også medinddrages i musikterapeutisk behandling.

Hospitalet tilbyder ligeledes musik psykoterapi. Denne del varetages af Benedikte Scheiby, medstifter af musikterapiuddan-

nelsen på Aalborg Universitet og nu bosiddende i N.Y. I musik psykoterapi bruges både improviseret og komponeret musik. Musikoplevelserne samt relationen mellem musikterapeuten og klienten er essentielle faktorer. Musik psykoterapi er ligeledes relateret til "The neuroscience of psychotherapy" med fokus på vækst og (gen)opbygning af neurale netværk.

Musik psykoterapi er relevant i denne form for rehabilitering da 60 % af klienter, som er henvist til lang og korttidsrehabilitering, har psykologiske problemer som er relateret til deres fysiske tilstand (Scheiby, 2003). Musik psykoterapeutisk behandling giver større chance for at klienten vil komme sig hurtigere, være mere motiveret til at samarbejde og "cope" med udfordringerne. Scheiby skriver:

"The psychological dimension of the illness as well as the physical reality of the client is addressed at the same time" (ibid, s.1).

Arbejdet på Beth Abraham

Jeg har tidligere interesseret mig for emotionelle konsekvenser i forbindelse med erhvervet hjerneskade, og i arbejdet på Beth Abraham blev jeg især optaget af apopleksi og det faktum, at mange mennesker der rammes af dette også rammes af depression.

Det betyder ofte manglende motivation, også i forhold til deltagelse i genoptræning, som er yderst afgørende i forhold til reetablering af tabte funktioner.

Årsagen til depression hos apopleksiramte er stadig omdiskuteret⁶. Selvom årsagen ikke kan præciseres med 100 % sikkerhed kan det stadig være nyttigt at arbejde med depression ud fra en humanistisk, psykodynamisk og eksistentiel forståelse af

⁶Se f.eks.: Caplan og Moelter (2000) Stroke. *Handbook of Rehabilitation*. I Frank & Elliott (Ed). American Psychological Association, Washington, USA: 75-108.

mennesket og dets vilkår, i forbindelse med sygdom.

Behandlingsmål rettedes i første omgang mod støttende at løfte klientens "mood"/stemning og dermed forsøge at skabe mulighed for motivation. I arbejdet forsøgte jeg at bringe musikken ind i det terapeutiske rum på forskellige måder, hvilket jeg vil fokusere på i det følgende.

Velkendte sange bruges generelt meget på Beth Abraham og sangenes tekster bliver ofte centrale i arbejdet. Sange kan repræsentere dele af klientens liv og identitet. Fokus på identitet er essentiel i en medicinsk setting, da klientens identitet hurtigt kan blive reduceret til en sygdomsidentitet.

Ydermere benyttede jeg mig af improviserede sange /spontan komposition samt strukturerede improvisationer. For at tilbyde en ramme valgtes evt. en bluesrundgang, en wamp, eller en anden akkordprogression. Teksten improviseredes frem sammen med klienten.

Jeg gjorde ligeledes brug af at improvisere mens klienten og jeg havde en samtale. Her kunne nogle af samtalens "key words" synges og på den måde reflekteres via musikken.

Supervision og inspiration

I løbet af praktikken modtog jeg individuel samt gruppesupervision. Begge dele foregik en time ugentligt på hospitalet. Jeg blev dermed superviseret af en af hospitalets musikterapeuter, Benedikte Scheiby. Som studerende ser jeg det som en stor fordel, da supervisor kan have/få indgående

kendskab til de klienter den studerende arbejder med. Det var ligeledes muligt at få direkte supervision.

Igennem dette har jeg som studerende haft mulighed for at se, hvordan supervisor arbejder, supervisors forholdemåde og takling af forskellige situationer i selve det kliniske arbejde samt på institutionen generelt. Dette mener jeg er yderst givende specielt i selve den kliniske situation. Jeg oplever musikterapi som et håndværksfag og har gennem denne form for praktik oplevet arbejdsmetoder direkte i klinikken og dermed fået "overleveret" dele af håndværket. Det ville jeg ikke have været foruden.

Opholdet i New York har været inspirerende på mange måder. Jeg oplevede stor gensidig respekt de forskellige musikterapi-traditioner imellem; At alle har sin berettigelse og særlige kunnen. Denne respekt skaber mulighed for samarbejde på tværs af traditionelle tilhørsforhold, musik- samt menneskeforståelse.

Hvis du ønsker yderligere information om praktik i udlandet er du velkomne til at kontakte mig.

Litteraturliste

- Caplan & Moelter (2000) *Stroke. Handbook of Rehabilitation*. I Frank og Elliott (Ed.) American Psychological Association, Washington, USA: 75-108
- Scheiby, B. (2003) *A Music Psychotherapeutic Assessment Model and its Application to Stroke Rehabilitation. Best Music Therapy Practices in Stroke and Dementia Care: A student Manual*. Beth Abraham Health Services. NY, USA

Ny Studiestruktur for bachelor delen af Musikterapi-studiet ved Aalborg Universitet

Niels Hannibal *Musikterapeut, Ph.d., adjunkt v. Aalborg Universitet*

Ny studieordning på musikterapi-uddannelsen

Til efteråret 2005 får musikterapistudiet ved Aalborg Universitet en ny studieordning for bachelor-uddannelsen, og i 2006 følger også kandidatuddannelsen med en ny studieordning.

En studieordning beskriver dels, hvordan et konkret studium er opbygget, og dels de regler, der gælder for uddannelsens administration. Studieordningen udgør således et ganske centralt styringsinstrument for såvel ansatte som studerende.

Studieordningen for musikterapi-uddannelsen blev senest revideret i 1995 i forbindelse med, at kandidat-uddannelsen blev opgraderet fra at være fire- til femårig. Der er to væsentlige årsager til, at det igen er relevant at foretage en gennemgående revision: Den ene grund beror på den nye universitetsreform, som generelt har betydet store forandringer for universitetets drift og struktur. Den anden grund beror på refleksioner over, om studiet i tilstrækkelig grad giver de uddannede bachelorer og kandidater de faglige kvalifikationer, de har behov for i forhold til at varetage de arbejdsmæssige funktioner, som nutidens musikterapeuter typisk varetager: Musikterapeuter har nemlig de sidste år fundet nye arbejdsområder – en glædelig udvikling, der skaber nye udfordringer for uddannelsens indhold og struktur.

Økonomi

Universitetsreformen har på flere forskellige måder medført ændringer med hensyn til udformningen af såvel musikterapi-studiet

som andre studier. Tanken er, at universitet i højere grad skal drives som et hvert andet firma, herunder med balance mellem indtægter og udgifter. Der er kommet et anderledes fokus på, hvordan universitet bruger og tjener penge. Den primære kilde til indtægt for universitetet, og dermed for musikterapi-studiet, er produktion af færdige kandidater. De såkaldte STÅ-indtægter. Således har effektivitet i uddannelserne nu fået endnu højere prioritet.

Denne studieordning har derfor f.eks. søgt at gøre audiolab/brugsklaver eksamen nemmere at forberede sig til, ved at indføre repertoire lister. Dette gør øvningen op til eksamen mere målrettet og medfører forhåbentlig også at flere gennemfører til tiden. Disse effektiviseringstendenser får også konsekvenser for specialeskrivningen på kandidatdelen af uddannelsen. Men mere om dette når den endelige studieordning forligger.

Kompetencebeskrivelser

Det andet område, hvor universitetsreformen får konsekvenser, er i forhold til det nye krav om, at alle fag skal beskrives i forhold til de kompetencer, de giver. Ønsket er, at alle studier skal være gearede til, at de studerende laver personligt tilrettede studieforløb og dermed uddannelser.

Kravet om indføring af kompetencebeskrivelser skal bl.a. ses i det lys, at fleksibiliteten og mobiliteten i mange af nutidens uddannelser giver den studerende frihed til at sammensætte sit eget individuelle studium. Kompetencebeskrivelserne for de enkelte fag yder således en vigtig funk-

tion for dem, der skal aftage bachelorerne og kandidaterne efter endt uddannelse, idet de skaber større gennemskuelighed: Hvad kan man, når man har bestået den og den eksamen? Et eksempel på en kompetencebeskrivelse kan ses her for faget Musik og Menneske, der afsluttes efter 1. semester. Prøven dokumenterer, at den studerende opfylder følgende kompetencemål:

- kan redegøre for grundlæggende aspekter af musikken som kulturelt, socialt og psykologisk fænomen
- kan redegøre for grundlæggende aspekter af musikkens funktioner i forhold til krop og bevidsthed
- kan redegøre for grundlæggende musikpsykologiske og videnskabsteoretiske problemstillinger i forhold til forståelsen af musikken og dens funktion.

Som det ses, omhandler dette dels faglig viden inden for specifikke områder og dels forskellige grader af akademiske forholdemåder til stoffet. Her skal den studerende kunne redegøre for sammenhænge o.l., siden indføres ord som analyse, syntese osv.

For vores uddannelse gælder nogle meget væsentlige undtagelser fra de generelle muligheder for at sætte uddannelser fleksibelt sammen, f.eks. kombinere en grunduddannelse fra et studium med overbygning fra et andet. Det er nemlig stadig således, at kun studerende, der har bestået den adgangsgivende optagelsesprøve, kan optages på musikterapi-uddannelsen, ligesom det kun er studerende, der har en bacheloruddannelse i musikterapi, der kan fortsætte på kandidatuddannelsen. Musikterapistuderende har konkret valgmuligheder svarende til 1/6 årsværk (10 ECTS point). I den nye studieordning er de valgfag studiet udbyder følgende: Musikterapeutisk

sangskrivning og Musikpædagogiske problemstillinger, knyttet til specialpædagogisk og musikterapeutisk praksis. Vi er desuden ved at udarbejde en liste over mulige fag der kan tages på andre uddannelser som f.eks. psykologi eller musik.

Da vi i sin tid erfarede indholdet af den nye bekendtgørelse, undersøgte vi muligheden for at kunne opretholde studiets nuværende professionsform. For at kunne kalde sig kandidat i musikterapi skal man således fortsat bestå optagelsesprøven og gennemføre hele uddannelsen. Der har heldigvis været opbakning omkring, at studiet bevarer professionsformen på linje med studier som psykologi og jura. Men vi er ikke sluppet for at lave kompetencebeskrivelser for alle fag.

Jeg vil i den senere tekst beskrive kompetencerne mere udførligt. Men før jeg gør dette, vil jeg beskrive de tanker, studiet løstrevet fra universitetsreformen har haft med henblik på at udvikle og modernisere studiet.

Spørgeskemaundersøgelse

I løbet af 2004 gennemførte jeg en spørgeskemaundersøgelse, hvor jeg undersøgte færdige kandidaters vurdering af fagenes vigtighed og anvendelighed i forhold til at arbejde efter endt uddannelse. Målgruppen var de kandidater, der allerede havde gennemført den 5-årige uddannelse. Undersøgelsen konkluderer overordnet, at musikterapiuddannelsen tilsyneladende

“giver de færdige kandidater en brugbar og anvendelig uddannelse. Navnlig de fag, der vedrører terapioplæring og praksisanvendelse, fungerer på et høj og tilfredsstillende niveau med enkelte få undtagelser” (Hannibal, 2004, s. 17).

Men visse fagområder vurderedes ikke at fungere så godt som terapi- og praktikfagene, specielt de teoretiske og navnlig de musisk praktiske, der fik en lavere scoring. I konklusionen reflekterer jeg over, om denne dårligere vurdering måske

“... skyldes, at der er for få midler til at løfte denne opgave”. Jeg vurderer i øvrigt, at kvaliteten af “undervisningens form og indhold eller lærernes kvalifikationer (ikke) kan (...) besvares ud fra denne undersøgelse. Men besvarelsenerne giver indtryk af, at det er anvendeligheden i en klinisk sammenhæng, der mangler (...) Ligeledes påpeges der et stort behov for, at man fra studiets side ruste de studerende til den job-virkelighed, de møder efter endt uddannelse”. (Hannibal, 2004, s. 17)

Undersøgelsen har således gjort et behov for at styrke visse dele af uddannelsen klart, særligt i forhold til at få de musisk praktiske fag bedre integreret med den kliniske dimension i undervisningen for dermed at styrke de færdige kandidaters faglige behandlingsmæssige kompetencer.

Principielle spørgsmål i forbindelse med udformningen af den nye studieordning

Samlet har der som beskrevet været både udefra- og indefrakommende krav og ønsker om en revision af studiet. Alle disse ele-

menter har været inddraget i udformningen af den nye studieordning for musikterapi-uddannelsen.

Alle grupper, dvs. såvel faste som eksterne lærere, studerende, censorkorps, rådgivningspanel og gamle studerende har i større eller mindre grad været inddraget i diskussioner om udformning af den nye studieordning: Først tog vi en principiel snak i fastlærergruppen, hvor vi bl.a. diskuterede, om fokus stadig skulle være på improvisation som den primære behandlingsmetode. Det synspunkt vandt tilslutning, at det er bedre at få én arbejdsmetode lært grundigt frem for at lære flere metoder mindre grundigt. Resultatet blev efter flere diskussioner med de øvrige grupper, at vi bevarer den improvisatoriske profil og desuden dels styrker det kliniske element for specielt sangundervisningen ved at anvende klinikere som undervisere på overbygningen, og dels indfører andre fag som sangskrivning som valgfag.

Et andet principielt spørgsmål for musikterapi-uddannelsen retter sig mod, om en bachelor har behandlingskompetence eller ej. I den gamle studieordning er ordet behandling ikke nævnt i forbindelse med bacheloruddannelsen, men det har vi valgt at indskrive nu.

Den samlede kompetencebeskrivelse for bacheloruddannelsen ses her:

“Målet med bacheloruddannelsen i musikterapi er, at den studerende skal opnå følgende intellektuelle og faglige (professionelle, kliniske og musikalske) kompetencer:

Akademiske kompetencer:	En bachelor skal kunne: • Demonstrere indsigt i centrale discipliner, teorier og begreber inden for fagområdet • Beskrive og formulere teoretiske og kliniske problemstillinger og resultater ud fra en videnskabelig diskurs • Foretage analyser under anvendelse af grundlæggende videnskabelige metoder inden for humanistiske, samfundsvidenskabelige og naturvidenskabelige forskningsparadigmer • Strukturere egen læring
Faglige kompetencer: a) Professionelle	En bachelor skal kunne: • Analysere kliniske problemstillinger i en musikterapeutisk sammenhæng på et grundlæggende niveau • Beskrive og formidle støttende musikterapeutisk behandlingsindhold og forløb ud fra et didaktisk perspektiv • Træffe og begrunde fagligt relaterede beslutninger • Varetage støttende behandling i overensstemmelse med gældende etiske retningslinjer for musikterapeuter • Omsætte indsigt i egne ressourcer og begrænsninger i klinisk praksis i overensstemmelse med gældende etiske retningslinjer for musikterapeuter.

b) Kliniske	En bachelor skal kunne: • Tilrettelægge og gennemføre musikaktiviteter rettet mod specifikke målgruppers behov i specifikke institutionelle kontekster • Vurdere og anvende musikterapeutiske metoder og teknikker til støttende behandling/musikterapi som komplementær behandlingsform under supervision • Anvende musikterapeutiske metoder og teknikker til udviklings- og procesorienteret undervisning inden for relevante områder • Anvende supervision i klinisk sammenhæng
c) Musikalske	En bachelor skal kunne: • Beherske musikalske udtryksmidler og teknikker inden for stemmebrug, klaver, guitar og percussioninstrumenter, til anvendelse i individuel dialog såvel som gruppesammenspil • Tilrettelægge og gennemføre musikalske aktiviteter rettet mod en specifik målgruppes og/eller institutions behov.

Uddannelsen kvalificerer den studerende til at varetage følgende erhvervsfunktioner: (Bonde et al. 2005, s. 2).

- Social-integrativ og funktionsorienteret musikterapiudøvelse som komplementær behandling på støttende niveau
- Socialt-integrative og funktionsorienterede musikaktiviteter inden for specifikke målgruppers og institutioners behov
- Musikundervisning til mennesker med specifikke indlæringsvanskeligheder
- Problemorienteret projektarbejde"

Kompetencerne beskrives således ganske anderledes i den nye studieordning. At beskrive behandlingskompetencer for bachelorer er noget vanskeligt og også kontroversielt: Vi mener oprigtigt, at den fulde uddannelse er nødvendig for at kunne praktisere musikterapi etisk forsvarligt. Men omvendt mener vi, at bacheloruddannelsen giver så mange færdigheder, at udøvelse af støttende og komplementær behandlingsform under supervision går an. Men det bliver meget spændende at følge op på disse overvejelser, når det nye forløb er prøvet igennem nogle gange.

De enkelte fagområder

Studiet kan opdeles i fire følgende fagområder:

- a. Teoretiske fag
- b. Musisk-praktiske fag
- c. Terapifag
- d. Praktik.

Alle områder bliver berørt i den nye studieordning enten pga. ovennævnte betragtninger, eller fordi vi, som vi har skullet det så ofte før, skal spare; denne gang 10 %. Studieordningen er forsøgt holdt udgiftsneutral, men vi ved endnu ikke, om fordelingen af fakultetets ressourcer vedbliver at være som nu. Meget kan endnu ske. . .

a. Teoretiske fag Den teoretiske undervisning er fortsat bygget op omkring den problemorienterede projektarbejdsform. Denne undervisningsform er et af universitetets varemærker. Vi mener, at den giver mulighed for en unik indlærings- og udviklingsproces, hvor fagligt stof udmøntes og integreres i praktisk anvendelse.

Vi har desuden udviklet en progression i de teoretiske fag, der bedre skulle integrere det akademiske med det kliniske og praksisorienterede. Derfor findes de gamle blokke som videnskabsteori ikke som et selvstændigt fagområde, men som et delområde knyttet til bestemte behandlingsmæssige paradigmer og behandlingsmetoder. F.eks. vil musikpsykologi komme til at indordne sig temaområdet "Musik og menneske", der bl.a. vil indeholde såvel musikpsykologiske som videnskabsteoretiske elementer. Et andet eksempel er 4. semester, hvor positivismen og det kvantitative forskningsparadigme introduceres samtidig med musikterapien inden for de områder, hvor dette

paradigme benyttes. Det nye bliver således, at musikterapien kommer meget tidligere ind i undervisningen, ligesom behandlings-teori og teori om forskning integreres mere med klinisk praksis. Derudover har vi valgt at lægge bachelorprojektet allerede på 5. semester og indføre en formidlingseksamen på 6. semester. Denne nye eksamen påtænkes at være en ugeopgave, hvor den studerende skal formidle en case fra sin 6. semesterspraktik for de andre studerende. 6. semester skal derfor også indeholde undervisning i didaktik og formidling.

Den overordnede målsætning er altså at gøre det teoretiske, det forskningsmæssige og det kliniske mere integreret og derved også mere anvendeligt.

b. Det musisk-praktiske område

Dette fagområde fik, som jeg kort har nævnt det i ovenstående, en del kritik i spørgeskema-undersøgelsen, hvilket har givet os anledning til at foretage nogle revisioner:

Vi har valgt fortsat at lade sammen-spil, perkussion/guitar og sang afslutte efter 4. semester, ligesom vi har valgt at lade klaver og audiolab afslutte efter 5. semester. Derefter fortsætter det musiske inden for det terapeutiske område, nærmere bestemt i forbindelse med opøvelse af kliniske gruppemusikterapi-færdigheder (KGMF) og faget Terapirettet krop og stemme på 5. semester. På overbygningen efterfølges disse fag af fagene Klinisk klaver og Klinisk stemmebrug. Der er altså en grunduddannelse i disse fag fra 1.- 5. semester, hvorefter musikfagene bliver til musikterapi-metodiske fag. Denne progression i undervisningen er ganske, som den hidtil har forløbet. Vi mener stadig, at det er nødvendigt at træne det grundlæggende

musikalske, før mere avanceret klinisk brug af musik introduceres.

Men hvori består så det nye? Nyt er dels, at de fleste musiksk-praktiske fag efter 4. semester varetages af en musikterapeut med henblik på at optimere fokus på den kliniske anvendelighed i undervisningen, og dels, at integrationen af teori og praksis som før nævnt styrkes.

Faget intuitiv musik samles, så det nu afsluttes allerede efter 3 semester. Faget vedbliver således at være et centralt fag inden for det improvisatoriske og æstetiske område og koncentrerer nu til begyndelsen af uddannelsen. Det er tanken, at fagets anvendelse som forudsætning for klinisk improvisation på den måde øges. Faget grafisk notation er blevet til en del af et mere omfattende fag kaldet auditiv analyse. Faget bevarer sin nuværende faglighed, men indeholder nu flere forskellige musikalske analysemetoder.

Endeligt har vi ændret audiolab-eksamen, således at den studerende opgiver et antal satser, denne kan komme op i til eksamen. Dette skulle gøre det muligt at forberede sig mere målrettet.

Samlet er der altså ikke lavet radikalt om, men i højere grad flyttet om på fag og på lærere. Målet er dels at balancere det improvisatoriske bedre med det performative, således at vi som musikterapeuter kan det musiske håndværk at opføre musik for og med andre, hvad enten det drejer sig om en klinisk setting eller som aktivitet, og dels at styrke det musiksk-faglige således at vi får en stærkere musiksk identitet.

c. Det terapeutiske fagområde Det terapeutiske spor er i indhold relativt uændret: Først ét semester med gruppemusikterapi, dernæst to semestre med individuel terapi og til sidst gruppemusikterapi igen.

Derefter følger, som nævnt i ovenstående, KGMF.

Det nye er, at der er indført to prøver i terapisporet. Den første er placeret efter 4. semester og kaldet: "Intern individuel skriftlig prøve i læreterapi". Denne er en fri, skriftlig opgave, hvor den studerende udfærdiger en rapport på 6 til 10 sider over læreterapi-forløbene. Prøven skal dokumentere, at den studerende kan beskrive og reflektere over sit eget terapeutiske udviklingsforløb i individuel og gruppe-musikterapi. Den bedømmes som bestået/ikke-bestået.

At afholde en eksamen inden for det terapeutiske spor medfører visse etiske problematikker: Disse handler på den ene side om beskyttelsen af den enkelte persons privatliv og integritet samtidig med nødvendigheden af i en eksamenssituation at fortage en bedømmelse af personens evner til henholdsvis at gennemføre et terapeutisk forløb og til terapeutisk refleksion. For at sikre at bedømmelsen foregår uden indblanding af den terapeutiske proces, skal vurderingen af læreterapi-eksamen foretages af en person, som den studerende ikke har i andre sammenhænge har som underviser, eksaminator eller censor. Denne person, vil altså typisk være en "anden" terapeut eller en lignende person.

Enhver vurdering, som en eksamen jo er, kan indebære, at den studerende potentielt kan opleve at blive vurderet på sin egen person frem for på sine evner. Dette er ikke hensigten. Omvendt må vi erkende, at det dynamiske syn på terapi, der undervises efter på uddannelsen, netop handler om at kunne se på sig selv og frigøre sig fra fortidens snærende emotionelle bånd i den terapeutiske relation. Det etiske spørgsmål handler altså om at beskytte den studerende mod en situation, hvor bedømmelsen er rettet imod, hvem man er som person.

Af samme grund har vi valgt, at bedømmelsen dels skal dokumentere at den studerendes har deltaget i terapien på tilfredsstillende måde og dels dokumentere at den studerende er rimelig grad er i stand til at reflektere over processen i forløbet: Det er altså ikke en bedømmelse af selve processen i terapien, men at den studerendes evne til at reflektere over forløbet.

Et andet nyt tiltag er, at det gamle fag "psykodynamisk bevægelse" nu er lavet om til et forløb på 5. semester, som afsluttes med en mundtlig bedømmelse. Her er fokus på, om den studerende har kendskab til psykologiske/psykodynamiske teorier samt musikterapeutiske metoder, der i arbejde med krop og stemme problematiserer og fremmer psykodynamiske processer, herunder arbejde med overføringsforhold, grænser og positioner i oplevelsesmodi og kan reflektere over bevidst brug af egne kropslige og stemmemæssige ressourcer og udviklingspotentialer som aktivt redskab i opbygningen af en terapeutisk relation i psykodynamiske processer. (Bonde et al., 2005, s.16)

Denne prøve indebærer vigtige etiske problematikker, og der behøves også her en etisk omhyggelighed. Fokus i denne prøve er især rettet imod anvendelse af relevante teoretiske begreber til beskrivelsen musikterapeutiske metoder, og den studerendes evne til refleksion over anvendelsen af krop og stemmen i en psykodynamisk forståelsesramme. Igen er der her tale om integration af teori og praksis.

Hele spørgsmålet om at indføre eksamen i terapisporet har selvfølgelig, jævnf. ovenstående etiske spørgsmål, været til grundig diskussion. Men det er et enig studienævn og lærerkollegium, der nu beslutter at indføre disse prøver. Igen må vi selvfølgelig evaluere dette, når forløbet er gennemprøvet. En væsentlig detalje er imidlertid, at beskrivelsen af disse studieelementer inklusiv prø-

ver, styrker disse fag i forhold til fakultets syn på det egenterapeutiske spor.

d. Praktiksporet Praktiksporet er uændret med observationspraktik på 2. semester og 10 ugers praktik på 6. semester.

Afsluttende kommentarer

Musikterapistudiet har eksisteret siden 1982, permanent fra 1989 og 5-årigt fra 1994. I tilknytning hertil findes i øvrigt den meget produktive forskerskole, der gennem flere år har været god for mellem en og tre ph.d.-afhandlinger pr. år. Vi har en levende og progressiv uddannelse, der forsøger at skabe en helhed i et felt med mange polære fænomener, oplevemåder, tankemåder osv. At skabe denne helhed og sammenhæng er en meget krævende opgave for den studerende, men er samtidig også det, der gør uddannelsen så unik.

Tænk på hvordan studiet arbejder i et felt af følgende polariteter: Det æstetiske overfor det behandlingsmæssige, det musiske overfor det sproglige, det psykodynamiske overfor det adfærdsmæssige, det iagttagelige overfor det oplevede, det kreative og spontane overfor kontrollerede og strukturerede, det ikke-sproglige overfor det sproglige. Mange af disse polariteter kan ikke forenes, da de er væsens forskellige.

Studiet træner den enkelte musikterapeut til at skelne mellem disse forskellige fænomener og udvikle en evne til at vide, hvornår musikken hører op og videnskaben begynder, og samtidig vide at musikken spiller videre. Som en klog mand engang har sagt; kortet er ikke landskabet, og hvis kortet ikke passer, så følg landskabet i stedet. Denne evne til at kunne skelne mellem og forholde sig til videnskabens forsøg på at beskrive virkeligheden og så til i den kliniske sammenhæng at kunne være i det som ér, er essentiel for den musikterapeutiske træning.

Bacheloruddannelsen er grundlaget for, at denne proces lykkes, således at den færdige musikterapeut både kan beskue verden ud fra et musisk, menneskeligt, behandlingsmæssigt og videnskabeligt perspektiv. Dette er ingen let opgave. De sidste 10 år har demonstreret, at det er muligt, selv om uddannelsen – også med rette – er blevet kritiseret for fejl og mangler. Vores forhåbning er, at denne nye bachelorstudieordning og den kommende kandidat-studieordning vil videreudvikle og optimere uddannelsen, så de færdige kandidater endnu bedre kan virke.

Litteraturliste:

- Hannibal, N. (2004): *Foreløbig opgørelse af Spørgeskemaundersøgelse af Kandidater i Musikterapi og studerende på 10 semesters vurdering af Musikterapiuddannelsen: Set ud fra en vurdering af opfyldelse af mål og formål samt vigtighed og anvendelighed af de enkelte fag.*
- Kvalitetssikringsprojekt udført for Studienævnet for Musikterapi. Ikke publiceret undersøgelse. Kan rekvireres på www.musik.aau.dk
- Bonde, L.O. og Hannibal, N. (2005) Studieordning for Bacheloruddannelsen i musikterapi, Aalborg universitet

Forskningsnyt

Lars Ole Bonde

Lektor og GIM-musikterapeut, studieleder på musikterapistudiet, Aalborg Universitet

Som jeg skrev i første udgave af FN, vil jeg gerne have meddelelser om forsknings- eller dokumentationsprojekter, som I – læserne – har deltaget i eller kender til. Nogle stykker er modtaget – og medtaget – i denne udgave af FN, men jeg tror der gemmer sig mere rundt omkring! Biblioteket på Kroghstræde modtager meget gerne et eksemplar af sådanne rapporter.

Her kommer anden sending af informationer (oktober 2004 – marts 2005)

Specialeafhandlinger i musikterapi

Siv Gresbakken (2004) *“...kjærlighetsrosa er frodig og sterk!” - Oppbygging av grunnleggende tillit mellom psykiatrisk klient og musikkterapeut, med ulikt verbal språk*

Susanne Brødsgaard Hansen (2005) *Affektiv afstemning. - Kvalitativ undersøgelse af affektiv afstemning i musikalsk improvisation*

Mette Jordan (2004) *Stemmespor. -En undersøgelse af stemme, skizofreni og eksistentielle problematikker*

Line Margrethe Normann (2004) *Musikkterapi i en socialpsykiatrisk kontekst*

Liselotte Reynolds (2004) *Musikterapi med børn og unge i sorg*

Ph.d.-afhandlinger (forsvares i april 2005)

Jos de Backer (2004) *The Transition from Sensorial Play to Musical Form by Psychotic Patients in a Music Therapeutic Process*

Lars Ole Bonde (2004) *BMGIM with Cancer Survivors* Abstracts på dansk og engelsk kan læses på instituttets hjemmeside, enten under nyheder eller under Forskerskolen i musikterapi, hvor de enkelte, nuværende og tidligere, ph.d. studerende og deres projekter præsenteres. Afhandlingerne er fremlagt og kan efter forsvaret lånes på Institutbiblioteket eller AUB.

Publicerede forskningsartikler og andre udgivelser af danske forskere

Denne gang er rubrikken tematisk og handler om MusikMedicin i Danmark.

Der har været skrevet ganske meget om det musikmedicinske projekt *Musica Humana* og de foreløbig 4 cd'er med fællestitlen *MusiCure*. Hver cd er forsynet med en booklet, der bl.a. rummer dokumentationsrapporter (som også kan downloades fra hjemmesiderne www.MusicaHumana.com og www.MusiCure.com).

Her er en oversigt over de artikler der findes i bookletterne til MusiCure 2-3-4:

Hansen, Vibeke; Nørregaard, Anni (2004) Music for patients in intensive care and recovery wards at Odense University Hospital. *MusiCure 3 Fairy Tales* booklet s. 18-22

Heslet, Lars (2003) Vores musikalske hjerne. *MusiCure 2 Equator* booklet s. 6-13

Schou, Karin (2003) Summary of project Ataraxia. *MusiCure 2 Equator* booklet s. 20-23

Sørensen, Torben Egelund (2004) Behandling af angste, psykiatriske patienter med MusiCure – et pilotprojekt. Horsens: Horsens Sygehus. *MusiCure 4 Northern Lights* booklet s. 14-20

Thorgaard, Per (2004) Patient well-being correlates with the use of music. *MusiCure 3 Fairy Tales* booklet s. 24-25

Thorgaard, P. & B. Thorgaard (2003) : Designet lydmiljø til hjertepatienter før og efter hjerteundersøgelser www.musicahumana.dk

Nye ph.d.projekter

Forskerskolen på AAU har optaget en ny ph.d.studerende, nemlig Valgerdur Jonsdottir fra Island. Hendes projekt er beskrevet på hjemmesiden for Forskerskolen i musikterapi: <http://www.musik.aau.dk/Engelsk%20forskere/Index.htm>

Nye forsknings- og dokumentationsprojekter

Charlotte Lindvang og Britta Frederiksen har skrevet *Evalueringsrapport nr. 2* over et 1-årigt forskningsprojekt med musikterapi ved Psykiatrisk Sygehus,

Frederiksborg Amt. Målet for projektet var at undersøge, hvordan musikterapi kan implementeres i en veletableret organisation og supplere den eksisterende behandling.

Evt. relevante udgivelser fra udlandet

Aldridge, D. (ed.) (2004) *Case Study designs in Music Therapy*. London: Jessica Kingsley

Evt. relevante danske udgivelse inden for andre, beslægtede fagområder

Fredens, K. (2004) Mennesket i hjernen. En Grundbog i Neuropædagogik. Kbh.: Munksgaard

Myaskja, A. (2005) Musik som Medicin. Kbh: Borgen (Dansk oversættelse af Den musiske medicin)

Andet

Christian Gold og Tony Wigram har fået antaget et Cochrane Review af forskningen i Musikterapi med patienter der lider af skizofreni. Det er det første Cochrane Review, som dokumenterer at musikterapi har en positiv effekt i forhold til en specifik patologi. Reviewet kan findes på www.cochrane.org - jeg skal i næste forskningsnyt skrive lidt mere om hvilke musikterapi-reviews der findes i Cochrane-arkivet.

Kontakt: lobo@hum.aau.dk eller else@hum.aau.dk (= bibliotekar Else Egebjerg)

Bidrag:

Dansk Musikterapi modtager gerne artikler om forskning, praksis, rejsebeskrivelser, bog-anmeldelser, debatoplæg og andet med relevans for musikterapeutisk arbejde. Redaktionen afgør relevansen i forhold til det enkelte nummer af tidsskriftet, men forfatteren kontaktes, hvis indlægget ikke trykkes i førstkommande nummer. Endvidere forbeholder redaktionen sig ret til mindre ændringer, mens forslag til større ændringer skal godkendes af forfatteren.

Det er forfatterens eget ansvar, at etiske hensyn til anonymisering af eventuelt fortroligt materiale er overholdt.

Bidrag skrives i Word, pkt. 12 uden tabuleringer.

Alle citater afsluttes med henvisning til reference, som skal være at finde i den litteraturliste som følger bidraget. Litteraturlister skal sættes op efter Dansk Musikterapis standard (se Dansk Musikterapi nr. 1(1)).

Billedmateriale, tabeller, grafer eller lign. i bidrag skal have et nummer, eks. "fig. 1" og en kort informerende tekst, da det ikke er muligt at garantere at positionen bliver præcis som angivet i det oprindelige bidrag.

Indeholder bidraget vignetter, er det en god ide at give overskrifter til disse.

Artikler:

skal forsynes med en kort præsentation af forfatterens uddannelsesmæssige, ansættelsesmæssige baggrund og tidligere erfarings- og interesseområder samt en evt. kontakt-adresse/mail. Denne samlede præsentation skrives på en side for sig selv og må fylde maks. 50 ord. Derudover skrives et dansk abstract på ca. 100 ord, som en "appetitvækker" i form af enten et vigtig uddrag fra artiklen eller en kort beskrivelse af artiklens essen.

Andre bidrag:

forsyns med en forfatterpræsentation indeholdende navn, uddannelse og ansættelsessted.

Bidrag sendes til dansk@musikterapi.org som vedhæftede filer

Deadlines:

Bidrag modtages løbende, deadline er 1. marts for forårsnummeret og 1. september for efterårsnummeret.

Indholdsfortegnelse

Forord til Dansk Musikterapi nr. 3 <i>Redaktionen</i>	3
Palliativ musikterapi <i>Lisbeth Andreassen</i>	4
Palliativ GIM terapi - Forsoning ved livets afslutning <i>Lisbeth Andreassen</i>	11
Pionerserien <i>Nina Holten</i>	17
Musica Humana og musikterapi <i>Karin Schou</i>	23
Erfaringer fra privat praksis <i>Helle Nystrup Lund og Lars Rye Bertelsen</i>	28
'Angst æder sjæle op' - musikterapi og trauma <i>Helle Kirstine Stubkjær Mumm</i>	32
9. semester praktik i New York, USA <i>Miriam Karpantschof</i>	34
Ny Studiestruktur for bachelor delen af Musikterapi-studiet <i>Niels Hannibal</i>	37
Forskningsnyt <i>Lars Ole Bonde</i>	46