

TIDSSKRIFTET  
**DANSK MUSIKTERAPI**

2020, ÅRGANG 17, NR. 2

Temanummer: Psykiatri



**Ansvarshavende redaktion:**

Susanne Brødsgaard Hansen,  
Niseema Marie Munk-Madsen,  
Sofie Buchhave, Anne Rauff Larsen,  
Erik Christensen, Julie Kolbe Krøier,  
Ingrid Irgens-Møller, Anders Jefsen

© 2020, tilhører den enkelte forfatter

**Udgivet af:**  Dansk Musikterapeutforening  
[www.danskmusikterapi.dk](http://www.danskmusikterapi.dk)

**Opsætning og tryk:** Stefan Detreköy, Indtryk

**ISSN 1603-8800**

**Tidsskriftet Dansk Musikterapi udkommer:**

15. maj og 15. november  
(for bidrag, se deadlines bagerst i tidsskriftet)

**Pris:**

Abonnement: 225 kr. årligt  
Løssalg: 150 kr. pr. nummer

**Annoncering:**

Tidsskriftet 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: [dmt.redaktion@gmail.com](mailto:dmt.redaktion@gmail.com)

**Distribution:**

Tidsskriftet Dansk Musikterapi  
Nina Lomholt Andersen  
Mail: [kasserer@danskmusikterapi.dk](mailto:kasserer@danskmusikterapi.dk)

**Omslag:** Forsidebilledet er tegnet af en klient i  
musikterapi på Center for Spiseforstyrrelser,  
Region Sjælland.

# Indhold

|                                                                                                                                                          |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Redaktionelt</b><br><i>Redaktionen</i>                                                                                                                | 2  |
| <b>En dag på et akut sengeafsnit på Psykiatrisk afdeling Aabenraa</b><br><i>Naja Henriette Bloch</i>                                                     | 3  |
| <b>Glimt fra en psykiatriforskers logbog gennem et femårigt forskningsprojekt. Eksempel på en rejse med udfordringer</b><br><i>Inge Nygaard Pedersen</i> | 9  |
| <b>I takt med praksis:<br/>Musikterapi med mennesker med en spiseforstyrrelse</b><br><i>Kathrine Nielsen</i>                                             | 20 |
| <b>Musikterapi og dialektisk adfærdsterapi<br/>– hvordan kan de komplementere og inspirere hinanden?</b><br><i>Birna Hentze og Maja Frommelt</i>         | 29 |
| <b>"Kan du ikke spille noget med Pink Floyd?"<br/>Om miljømusikterapi på et lukket afsnit midt i en coronatid</b><br><i>Rikke Hoff</i>                   | 36 |
| <b>Musikterapeuter der arbejder i psykiatrien (MIP)<br/>– en netværksgruppe</b><br><i>Maja Frommelt</i>                                                  | 40 |
| <b>Stafetten</b><br><i>Sanne Storm</i>                                                                                                                   | 42 |
| <b>Ny forskning i musikterapi</b><br><i>Hanne Mette Ochsner Ridder</i>                                                                                   | 48 |
| <b>Musikterapeut-wannabe i en corona-tid</b><br><i>Anne Sofie Borg</i>                                                                                   | 54 |
| <b>Musik for borgere og personale<br/>– et sognearrangement med operamusik</b><br><i>Anne Mikkelsen</i>                                                  | 58 |
| <b>Bogomtale: Why I'm No Longer Talking to White People About Race</b><br><i>Anne Cathrine Hulthén Andersen</i>                                          | 61 |
| <b>Konkurrencen</b><br><i>Redaktionen</i>                                                                                                                | 64 |

# Redaktionelt

Kære læser

I dette nummer af *Tidsskriftet Dansk Musikterapi* sætter vi fokus på psykiatri med spændende bidrag fra praktikere og forskere, der arbejder indenfor området.

Artiklerne i dette blad bidrager hver især med perspektiver og aspekter af det musikterapeutiske arbejde med relation til psykiatri. Således vil du kunne læse praksisnære beskrivelser af nutidig musikterapi i Danmark, som for eksempel Naja Henriette Blochs beskrivelse af en dag på et akut sengeafsnit på en psykiatrisk afdeling i Aabenraa, Katrine Nielsens beskrivelse af hendes arbejde på Center for Spiseforstyrrelser i Region Sjælland og Rikke Hoffs artikel om at etablere musikterapi på psykiatrisk Center Amager. En artikel af Maja Frommelt og Birna Hentze giver os indblik i arbejdet med musikterapi og dialektisk adfærdsterapi, og Inge Nygaard Pedersen bidrager med sine beskrivelser af de udfordringer, der var forbundet med gennemførelsen af et 5-årigt forskningsprojekt vedrørende musikterapi med patienter med skizofreni.

For de mange musikterapeuter, der i deres arbejde er vant til at være i nær kontakt med ofte sårbare mennesker, er det fortsat en særlig udfordring at arbejde under corona-pandemiens betingelser. I den forbindelse bidrager Anne Sofie Borg med en beskrivelse af disse udfordringer samt med et forslag om øget dialog og sparring i denne henseende.

I lyset af 'Black Lives Matter'-protesterne bringer vi en bogomtale af bogen "Why I'm No Longer Talking to White People About Race" skrevet af den britiske journalist og forfatter Reni Eddo-Lodge. Bogomtalen er skrevet af Anne Cathrine Hulthin Andersen. I Danmark er vi primært hvide musikterapeuter, og det store fokus på antiracistiske praksisser i samfundet bør invitere til selvrefleksion også blandt os musikterapeuter.

Vi glæder os i redaktionen over skrivelysten blandt musikterapeuterne og over den videns- og erfaringsdeling, der kommer ud af dette. Der skal derfor blot lyde en fortsat opfordring til, at du henvender dig til os, hvis du har lyst til at bidrage til tidsskriftet.

Fra redaktionens side vil vi ønske dig god læsning – og et godt efterår.

# En dag på et akut sengeafsnit på Psykiatrisk afdeling Aabenraa

*Naja Henriette Bloch, cand.mag.  
i musikterapi. Ansat på Psykia-  
trisk afdeling Aabenraa. Kontakt:  
Naja.Henriette.Bloch@rsyd.dk*



Siden marts 2018 har jeg arbejdet 16 timer om ugen på to sammenhængende voksen-psykiatriske sengeafsnit i Aabenraa og 16 timer på den ældrepsykiatriske afdeling. Det første år i en projektstilling og siden som fastansat.

Nedenstående er en sammenskrivning af hændelser i løbet af min ansættelse for at give et billede af, hvordan en dag i voksen-psykiatrien kan se ud.

For at anonymisere, har jeg valgt at benævne patienterne med et tilfældigt bogstav, og bruge det personlige pronomen hun hele vejen gennem artiklen uanset køn.

## **Fløjtespil på gangene**

Mandag morgen, klokken er 8:00, og jeg træder ind ad døren i voksenpsykiatrien. Det er altid spændende, om der sidder kendte eller nye ansigter blandt de få, der sidder i sofaerne foran fjernsynet. Indlæggelsestiden er i gennemsnit 3 uger, så der er stor udskiftning af patienter, og en del kommer igen flere gange.

Nogle har måske været med til gruppe-

musikterapi "Krop og bevægelse" i fredags, og jeg siger tak for sidst. Nye patienter hilser jeg særskilt på. Der kan være op til 32 patienter indlagt på de to sammenhængende sengeafsnit. Ikke alle kommer i musikterapi, men jeg gør mig umage med at få hilst og præsenteret mig for de fleste i løbet af dagen.

I det kombinerede samtale- og musikterapi rum varmer jeg tværflojten op og forbereder mig på at møde patienterne og mine kolleger nonverbalt. Når jeg bevæger mig hen ad gangene ved patientstuerne, spiller jeg langsomt i det dybe leje danske sange, ofte årstidsbestemte, morgensange, folkemelodier m.fl. Flere af patienterne sover stadig, og de der gør skal ikke absolut vækkes, men må gerne mærke, at dagen er begyndt. Reaktionen er mest positive; patienterne og mine kolleger omtaler det som beroligende, siger, at det skaber god stemning, er dejligt at vågne til m.m. En patient, der havde hørt fløjten om morgenen, bad mig f.eks. spille som afslutning på en guidet afspænding i individuel musikterapi senere på dagen.

Der er også patienter, der enten bliver provokerede eller overvældede. Første gang

jeg oplevede det, var det en patient, der bad mig temmelig håndfast om at gå et andet sted hen med den fløjte. Jeg spurgte, om der var et andet instrument M foretrak, om det f.eks. ville være bedre, hvis jeg spillede klaver. Det ville det ganske bestemt ikke, men samtalen gav mig mulighed for at vurdere, at det ikke var min person M var træt af, men at det var en del af hendes måde at tackle verden på. Hun var afvisende overfor fællesaktiviteter på afdelingen, omtalte f.eks. morgenmødet så devaluerende, at andre patienter også holdt sig væk. Efter samtale med mine kolleger blev vi enige om at møde afvisningerne med et smil. Når vi siden mødtes, og M beklagede sig over fløjten, kunne jeg med et glimt i øjet joke med, at hun var lidt skrap i tonen og måske kunne gå afsides den korte stund jeg spillede. Vi har nu en god relation, som jeg har kunnet bygge videre på ved genindlæggelser. En anden patient U blev meget overvældet og bad mig gå med på stuen, hvor hun fortalte, at de sange jeg havde spillet, havde stor betydning for hende, men at det var svært at høre dem i denne sammenhæng. Dagen efter spurgte jeg U, hvordan det ville være hvis jeg spillede igen. Det skulle jeg bare gøre. "Jeg må lære at tackle det", svarede hun. Også her har jeg fået en god relation til patienten, der siden deltog i Lytteklub, hvilket hun ikke har gjort før (mere om Lytteklub senere i artiklen).

### Konference og morgensamling

Klokken er nu 9:00 og mine kolleger, social- og sundhedsassistenter/hjælpere, pædagoger, socialrådgivere, læger, sygeplejersker og ergoterapeuter samles til morgenkonference. Kontaktpersonerne for de enkelte patienter gennemgår, hvad der er sket siden sidst. Vi andre kommer med supplerende oplysninger og bidrager til samtalen om hvilke tiltag, der

skal sættes i gang med de enkelte patienter.

Kl. 9:45 går jeg ud i fællesstuen, finder sangmapperne frem og inviterer de patienter, der er oppe, til morgensamling. Vi starter med en sang, gerne efter forslag fra en patient. Det er meget forskelligt, hvor mange vi er. Nogle gange bare en enkelt patient, andre gange 4-5 stykker. Som regel deltager en af ergoterapeuterne eller andet personale. Vi gennemgår dagens program. Der er som hovedregel motion i hallen kl.10:00 hver dag og en gåtur kl. 11:00. Det er mandag, så jeg fortæller også om Lytteklubben kl.13:30 i musikerterapilokalet. Lytteklubben er et åbent tilbud for alle patienter om at lytte til musik sammen. De, der har lyst, bidrager med ønsker om, hvad vi skal lytte til og supplerer måske med en historie om, hvorfor vi lige skal høre dette. Det kan f.eks. være en koncertoplevelse, eller at patienten bruger dette stykke til at falde til ro på, løbe til, eller andet. I starten hed den lyttegruppe, men en patient foreslog, at vi kaldte den "Lytteklubben". "Det lyder ikke så hospitalsagtigt", sagde vedkommende. Lyttegrupper i psykiatrien er nærmere beskrevet i Lund (2012) og Dam-meyer og Horsholt (2013).

### Individuel musikterapi med depressiv patient

Efter morgensamlingen har jeg ofte en aftale om individuel musikterapi med en patient. I dag er det Q, der er indlagt med en depression. Jeg har mødt Q under en tidligere indlæggelse, hvor vi meget hurtigt udviklede et bånd, da det viste sig, at jeg kendte en børnesang på hendes modersmål. Vi sang den sammen til en morgensamling, hvor mine kolleger blev meget overraskede over at høre Q synge med høj og klar røst i modsætning til den svage, flade stemme hun ellers brugte, og som kan være et af tegnene på depression.

Jeg foreslår Q, at vi starter med en guidet afspænding med efterfølgende lille musikrejse. Vi finder sammen et roligt stykke musik, og Q lægger sig på briksen i rummet. Jeg starter med at guide hende til at trække vejret dybt og langsomt. Derefter guider jeg afspænding af hver kropsdel for sig. Til slut starter jeg afspilleren og opfordrer hende til at bruge musikken til at visualisere et roligt, fredfyldt og trygt sted. Efter afspænding og lille musikrejse fortæller Q, at hun fik en skøn oplevelse af at blive ført tilbage til barndommen til det land, hun er opvokset i. "Jeg løb med mine venner og legede mellem bjergene. Det var en fantastisk frihed vi havde dengang". Jeg foreslår, at Q tegner sin oplevelse. I næste session kigger vi på tegningerne. "Skal vi prøve at lave en sang med udgangspunkt i tegningerne?", spørger jeg. Q siger umiddelbart ja. "Så kan jeg synge den med mine børnebørn", smiler hun. Vi hjælpes ad med at skrive stikord til tegningerne. Jeg foreslår, at vi prøver at spille på xylofon og håndtromme og evt. udvikle en melodi. Det går lidt trægt. Vi finder frem til nogle små stumper melodi, men ikke noget som Q er tilfreds med.

Få dage efter viser det sig, at Q skal udskrives inden vi når en session mere. Det er en af de svære arbejdsbetingelser på et akut sengeafsnit. Jeg ved meget sjældent, hvor længe patienterne er indlagt. Jeg opsøger Q og spørger, om der er en speciel melodi hun er glad for. Det bliver Kim Larsens "Joanna". "Er det i orden, hvis jeg prøver at få sat stikordene sammen til en lille sang på den melodi?", spørger jeg. Det er det, og vi synger den sammen, da den er færdig. Q når også at synge sangen sammen med flere af mine kolleger inden udskrivelsen. De får en anden vinkel på hendes livshistorie og samtidig et indblik i musikterapien. Da jeg møder Q ved en anden indlæggelse et år efter, kommer hun mig glædesstrålende i møde. "Vi synger

stadig sangen derhjemme", fortæller hun. "Det er så rart at give mine børnebørn en fornemmelse af mit barndomsland".

### **Med ergoterapeuten på lukket afsnit**

Nu mødes jeg med en af mine ergoterapeutkolleger. Vi har en aftale om i dag at sætte os i fællesafdelingen på det lukkede afsnit med sangbøger og lidt instrumenter. Der er ingen patienter i starten, men så snart vi har sunget og spillet lidt, kommer et par stykker ud fra stuerne. De sætter sig og synger mere eller mindre med og går til og fra. J spørger, om jeg kan spille en gammel salme på fløjten. Den blev sunget til en nær slægtnings begravelse. Jeg fortæller, at jeg husker den helt tilbage fra min skoletid, hvor jeg holdt meget af den. J bliver rørt, da vi synger og spiller den sammen.

De næste sessioner har jeg teksten til salmen med. Nogle gange synger vi den, andre gange er det for overvældende, og vi lytter til noget musik J holder af. "Du har lært mig at lytte til klassisk musik igen" lyder det med et smil, da jeg præsenterer "Musikstjernen" for hende. I Aabenraa er der opsat Musikstjerner på 4 af stuerne i hvert sengeafsnit. Musikstjernen er et lille musikanlæg med spillelister specielt udviklet til patienter i psykiatrien (Lund og Bertelsen, 2016).

J har en bipolar lidelse og i denne maniske fase vandrer hun frem og tilbage, ud og ind ad gårdhaven, op og ned ad gangene, ofte imens hun kommer med vrede udbrud. Ind i mellem stopper J op og beder mig afspille bestemte musikstykker, - gerne med stærke kvinder, som vi udveksler musikalske oplevelser omkring. Sådan er vores kontakt i denne periode. Jeg sidder som det faste anker, J kan støtte sig til i sin vandren og ind i mellem slå sig ned ved siden af. Mine kolleger fortæller, at i en særlig svær manisk fase, er jeg den eneste J har en positiv relation til.

Jeg glæder mig over, hvordan de stærke kræfter i musikken hjælper processen på vej. Da J bliver indlagt et halvt års tid efter i kortere tid, fortæller hun mig uopfordret, at det havde stor betydning, at musikterapien var der i den svære periode.

Vi er stadig på det lukkede afsnit og i døråbningen til sin stue sidder B, en patient med skizofreni. Hun gemmer sig lidt, men har taget imod højskolesangbogen, synger med og kommenterer også en enkelt sang. Da der er optræk til konflikt med en anden patient, aftaler jeg med ergoterapeuten, at jeg foreslår B, at vi trækker os ind på hendes stue. Her synger vi videre fra højskolesangbogen. Vi synger bl.a. "Ud ad landevejen", da jeg ved, at B har vandret i længere perioder. B bliver meget begejstret for sangen, og da vi midt i en senere session bliver forstyrret af en lægesamtale, foreslår jeg, at lægen og kontaktpersonen synger den sammen med os. Det gør de gerne, og i næste session nævner B uopfordret, at det havde stor betydning for hende. "Det var ligesom, at vi blev mere ligemænd".

### Uro på lukket afsnit

Mens jeg sidder på kontoret, kan jeg høre fra mine kolleger, at der er uro på det andet lukkede afsnit. Jeg spørger, hvem det drejer sig om og tilbyder at kontakte Æ, da jeg for et par uger siden havde en session med hende. En session, der ikke var udpræget positiv, men dog banede vej for opbygning af en relation. Æ sidder i sofaen i en lille niche. Jeg spørger, om det er ok, hvis jeg sætter mig og får et kort nik uden hverken øjenkontakt eller smil. "Skal vi lytte til noget musik", spørger jeg. "Det kan du da godt, hvis du vil", lyder det sure svar. Jeg overvejer, om jeg skal sige, at min mening var, at vi skulle lytte sammen, men vælger ikke at kommentere, at Æ siger

"du" og ikke "vi", og sætter noget roligt musik i gang. Pludselig rejser Æ sig, siger noget temmelig groft og vulgært og går.

Da jeg blev ansat, sagde ledelsen, at jeg skulle trække mig, hvis der var optræk til konflikter. Men her er det patienten, der trækker sig, så jeg beslutter at blive siddende. Mine gode kolleger sidder i nærheden og kan høre, hvad der foregår; jeg har min alarm og kan tilkalde ekstra hjælp. Jeg afspiller mere musik og afventer, hvad der sker. Æ kommer hurtigt tilbage, sætter sig og vrisser "Så lad os da høre noget musik. Har du noget asiatisk?". Vi lytter i stilhed til noget roligt japansk musik. Æ begynder at tale om sit hår. Jeg kommenterer og inddrager mine egne børn, der har lignende spekulationer omkring hårfarve. Efter lidt hyggelig snak foreslår Æ, at vi sætter os i gårdhaven og lytter til mere musik. Her kommer Æ med flere forslag til aflytning. Hun rejser sig så pludseligt og tager nogle dansetrin "Kender du denne dans?". "Nej", svarer jeg, rejser mig og prøver, mens vi griner sammen over mine ubehjælpssomme forsøg. En af mine kolleger smiler til mig gennem vinduet, og jeg blinker smilende til hende. Æ ser jeg blinker og spørger, hvad der sker. Et øjeblik bliver jeg urolig over, om Æ har misforstået situationen og tror, at vi morer os over hende. Jeg svarer med øjenkontakt og smil, at kollegaen bare smiler glad til os. Alt er ok, vi danser videre og derefter afslutter Æ sessionen ved at sige, at nu er det nok.

På kontoret møder jeg smilende kolleger, der takker for, at jeg sprang til. Mine rigtig dejlige og dygtige kolleger var i starten lidt skeptiske overfor musikterapien. De sagde ofte, at jeg ikke skulle kontakte patienterne, når de havde det sværest. De har efterhånden erfaret, at musikken kan bane vejen for kontakt også med de meget forpinte patienter. Jeg italesætter ofte overfor mine kolleger, at jeg er klar over, at jeg er i en meget privilege-

ret situation, da jeg netop skal trække mig i tilfælde af konflikter og ikke skal give medicin, overbringe svære beskeder, eller andet.

### **Lytteklubben**

Kl. 13:30 starter "Lytteklubben". Jeg har i forvejen spurgt mine kolleger og selv været rundt og banke på dørene for at invitere patienter med. Ressourcestærke patienter anbefaler gerne Lytteklubben til andre. Det er meget forskelligt, hvor mange, der dukker op. Fra 1 til 7-8 stykker. I dag er vi 6. To af deltagerne er ergoterapeutstuderende. Derudover A, der lider af skizofreni, B, der har bipolar lidelse og C, der har en svær depression. B er i en manisk fase, har talepres og er den første der lægger ud med, hvad vi skal høre. Jeg er opmærksom på, om det påvirker de andre, at B taler meget. Det viser sig, at A for en gangs skyld deltager aktivt og ud fra min vurdering bliver ansporet af B's talestrøm, som både er venlig og humoristisk og inkluderer alle ved at sprede en god stemning. På forespørgsel, vil A gerne høre musik fra sin efterskoletid, som hun med et lille smil fortæller ganske kort om. B vil gerne på igen, men jeg kan roligt henvise til, at vi også lige skal høre om C har noget på hjerte. Heller ikke C virker til at være negativt påvirket af B's humørfyldte snak. C vil gerne høre musik fra tresserne. Da hun er forholdsvis ung, spørger jeg nysgerigt, hvor den interesse stammer fra. "Min far har grundlagt min interesse for musik. Han er død for nylig og i dag har jeg kun musikken som minde", siger hun bevæget og henvendt til hele gruppen. B reagerer ved langsomt og uden talepres at udtrykke medfølelse, og A kigger rørt på C. Sessionen slutter efter B har foreslået endnu et stykke, også her med en talestrøm. Vi lytter til musikken; jeg må afbryde den efterfølgende talestrøm, igen roligt og afslutte sessionen med henvisning til tiden.

### **Diskussion med ergoterapeutstuderende**

Vi har ofte studerende indenfor alle personalegrupper. Så tit det kan lade sig gøre, inviterer jeg dem med til f.eks. Lytteklubben eller anden gruppemusikterapi. Der er situationer, hvor det ikke kan lade sig gøre, f.eks. hvis en patient ikke kan være sammen med for mange mennesker ad gangen. Jeg prøver så vidt muligt efterfølgende at tale med dem om sessionen. Denne gang er specielt en af de studerende meget optaget af, at jeg tillod så meget taletid til B. Jeg svarer, at det er godt observeret, at det bestemt var en balancegang for mig, men at jeg også efterfølgende vurderer, at det var rigtigt.

Jeg fortæller dem, at jeg er tidligere folkeskolelærer og ikke skal ind i skolelærerrollen i denne situation, men observere og gribe ind relevant, hvis det forstyrrer gruppedynamikken. Jeg har ansvaret for det der foregår, men skal hverken opdrage, danne eller undervise. De studerende kendte ikke de to andre patienter. Jeg fortæller dem om mit tidligere kendskab til A, der normalt er meget tilbageholdende, og at det faktisk var første gang, jeg hørte A sige så meget i selskab med andre. C kendte jeg ikke i forvejen, men fornemmede, at hun følte gruppens lydhørhed, og derfor turde åbne sig. Den studerende er stadig skeptisk, men jeg er glad for at mærke, at de to år på afsnittet har givet mig den faglige sikkerhed, der gør mig rolig, så jeg kan sige, at det er spændende at udveksle synspunkter, og at vi ikke behøver at blive enige.

### **Oplæg om musikterapi**

Dagen slutter med diktering af de sidste notater. Jeg har problemer med mine hænder, der bliver værre, når jeg skriver, men heldigvis har vores dygtige og venlige sekretærer sagt ja til at skrive mine notater. Det har haft

den sidegevinst, at de glade fortæller mig, at det er spændende at skrive dem, og at de kender noget af den musik, vi lytter til, og får et godt indtryk af musikterapien den vej. Jeg kigger også på programmet for næste dag. Her skal jeg bl.a. holde oplæg om musikterapi for et par nyansatte kolleger. Det er noget min ledelse har sat i værk, og er en kærkommen lejlighed til at få faget mere integreret i dagligdagen, så kollegerne kan være opmærksomme på patienter, der vil have gavn af musikterapien. Oplægget er blevet finpudset siden jeg efter et år i en projektstilling blev fastansat. Her tilbød jeg at holde et oplæg om musikterapi til den ugentlige torsdagsundervisning for alle 7 psykiatriske sengeafsnit på sygehuset. Der var bestemt ikke fuldt hus i auditoriet, men de, der kom, udtrykte tilfredshed med at blive oplyst om, hvad det nye fag kunne bibringe psykiatrien. En medicinstuderende, der havde forestillet sig musikterapi som uvidenskabeligt, var til min glæde positivt overrasket over at høre om teoretisk baggrund i udviklingspsykologi, musikpsykologi og neurovidenskab og om de gode forskningsresultater fra psykiatrien.

## Fremtiden

Da jeg præsenterede mig som musikterapeut for en ny patient, udbød hun: "Det må være et fantastisk dejligt arbejde". En svært demensramt patient kiggede mig pludselig i øjnene efter en session med meget sporadisk kontakt og udtrykte sig helt relevant: "Du er glad for dit arbejde", sagde hun med et smil. Begge patienter har ret, og jeg siger ofte, at jeg har verdens bedste job.

Som beskrevet er jeg også meget glad for mine kolleger og det tværfaglige samarbejde, men savner en fagkollega. Jeg får monofaglig supervision 4 gange om året. Her mødes jeg med en musikterapeutkollega, og vi skyper

sammen med en supervisor, der også er musikterapeut. Det ville dog være yderst gavnligt at have en eller flere musikterapeuter på sygehuset på et af de andre sengeafsnit. Det arbejder jeg på og håber det lykkes.

## Referencer

- Dammeyer, C. og Horsholt, L. (2013). Øget livskvalitet gennem musik, terapi og fællesskab. *Tidsskriftet Dansk Musikterapi*, 10(1).
- Lund, H. (2012). Musiklyttegrupper i voksenpsykiatrien. *Musikterapi i Psykiatrien*, 5(1).
- Lund, H. N og Bertelsen, L. R. (2016). "Musikstjerne"- en ny stjerne i psykiatrien. *Tidsskriftet Dansk Musikterapi*, 13(1).

# Glimt fra en psykiatrforskers logbog gennem et femårigt forskningsprojekt

## Eksempel på en rejse med udfordringer

*Inge Nygaard Pedersen. Lektor. Ph.d. Aalborg Universitet. Klinikleder ved Musikterapiklinikken, Aalborg Universitetshospital, Psykiatrien/Aalborg Universitet. Kontakt: innp@rn.dk*



*"Jeg har aldrig nogen sinde forventet, at det at sidde og hamre på nogle tangenter på et klaver – at det kan have så stor en effekt på ens humør. Det har haft stor effekt! Jeg har været glad i de dage, jeg har været af sted og i betydeligt bedre humør resten af dagen – selv under en vinterdepression. Der går ellers måneder imellem sådanne dage, og så lige pludselig får jeg en dag om ugen. Jeg havde ikke forventet, at jeg kunne komme 25 gange – men det gjorde jeg!! Musik kan løfte mig lidt ud af den depressive del. Det er nødvendigt for at kunne handle. Det flytter sig langsomt, men det flytter sig!"*

(Citat fra opfølgende interview med en deltager i forskningsprojektet).

### Introduktion

Denne artikel fokuserer på mine oplevelser af og refleksioner over udfordringer, jeg mødte i et forskningsprojekt i psykiatrien i Danmark. Projektet startede i efteråret 2015 og er nu ved at blive afrapporteret. Da der er fokus på mine egne oplevelser, har jeg valgt ikke at nævne navne på medarbejdere, men udelukkende funktioner. Der er tidligere udgivet en protokolartikel vedrørende projektet (Pedersen et al. 2019). To artikler om de kvantitative og kvalitative resultater er under udarbejdelse. Endelig er der planlagt en

artikel omkring anvendelse af de to manualer udarbejdet til terapeuterne i projektet.

I 2014/15 ville vi på musikterapiuddannelsen gerne gøre noget aktivt for at få musikterapi officielt anerkendt i sundhedssystemet i Danmark. Universitetet hyrede en konsulent fra firmaet COWI, og der blev holdt møder med dekanen for Det Humanistiske Fakultet (HUM) og dekanen for Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet (SUND) sammen med alle underviserne på musikterapi. Vi blev enige om, at vi i stedet for at skyde med spredehagl skulle koncentrere os

om demens- og skizofreniområdet. En vigtig motivation for at vælge skizofreniområdet var, at musikterapi som behandling inden for skizofreni- og psykoseområdet var godkendt i nationale retningslinjer i UK (National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE), i Norge (Helsedirektoratet) og i Sverige (Socialstyrelsen). Dette var og er ikke tilfældet i Danmark. Det ville vi gerne ændre på.

Jeg blev som leder af Musikterapiklinikken spændt for vognen vedrørende forskningsprojektet i musikterapi med mennesker med diagnosen skizofreni. Vi blev i styregruppen enige om at måle på et eller få symptomer i stedet for en hel diagnose. Begrundelsen fra vore sundhedsvidenskabelige kolleger i gruppen var, at hvis det kunne bevises at musikterapi kunne reducere et vigtigt symptom, ville det være lettere at få musikterapi anerkendt inden for andre områder i sundhedssystemet.

I den foreliggende forskning i musikterapi og skizofreni fandt jeg/vi bl.a., at der allerede forelå to Cochrane Reviews (i dag er der tre) vedrørende anvendelse af musikterapi inden for skizofreni og skizofrenilignende sygdomme (Gold et al. 2005, Gold et.al. 2013, Geretsegger et al. 2017). Alle tre undersøgelser peger på positive resultater inden for almene funktionsområder og negative symptomer. Samtidig var der i de nationale retningslinjer for behandling af mennesker med skizofreni i Danmark (opdateret i 2014) nævnt, at der var behov for mere evidensbaseret forskning inden for psykosociale interventioner og at der, specielt for mennesker med diagnosen skizofreni med udprægede negative symptomer, var meget få eller næsten ingen andre tilbud end psykofarmaka, som viste sig at have meget tvivlsom effekt på målgruppen. Nogenlunde samme toner lød fra Psykiatrifonden. Det var og er et krav fra

Sundhedsstyrelsen i Danmark, at internationale resultater (også Cochrane Reviews) skal efterprøves i Danmark, før de får indflydelse på nationale retningslinjer for behandling.

Hertil kommer, at alle foreliggende undersøgelser vedrørende effekten af musikterapi for mennesker med diagnosen skizofreni havde anvendt et design, hvor den allerede tilbudte standardbehandling blev evalueret i forhold til standardbehandling plus musikterapi. Der var således ikke tale om nogen form for kontrolgruppe, og som såvel sundhedsmyndigheder og flere overlæger – også i psykiatrien i Region Nordjylland (RN) – anførte – så kunne eventuelt positive resultater jo ganske enkelt være et resultat af, at de deltagere, der fik musikterapi oveni standardbehandling, fik mere opmærksomhed og kontakt fra omsorgs- og behandlingspersonale end de deltagere, der kun fik standardbehandling.

På denne baggrund blev vi enige om at igangsætte et større forskningsprojekt til at undersøge om musikterapi kunne bedre negative symptomer hos mennesker med diagnosen skizofreni og forsøge at leve op til de strenge krav i det danske sundhedssystem.

*"Det var et smadder godt tilbud. Det hjalp meget på bundlinjen. Det fjernede ikke permanent symptomerne. Undervejs var ugerne meget bedre - de gik nedad igen hen mod terapidagen - og så op igen. Det skal helst være et permanent tilbud - det vil gøre det mere flydende - det kunne så justeres undervejs."*

(Citat fra interview med en deltager i forskningsprojektet).

## **Mål og design for projektet**

Formålet med undersøgelsen var og er at efterprøve, hvorvidt 25 sessioner musikterapi i form af to forskellige musikterapiaktiviteter (en for eksperimentalgruppen og en anden for kontrolgruppen) sammen med standardbehandling kan afhjælpe negative symptomer samt forbedre det psykosociale funktionsniveau og livskvalitet hos psykiatriske patienter med diagnosen skizofreni med overvejende negative symptomer. Endelig skal undersøgelsen vise, om et af de to musikterapiaktivitetstilbud er bedre egnet end det andet til behandlingen og til reduktion af de negative symptomer.

Udgangspunktet var – ud fra de ovenfor anførte grunde – at udarbejde et projekt, der nøje fulgte retningslinjer for medicinsk forskning, dvs. et randomiseret, kontrolleret studie med dobbeltblindet og hhv. eksperimentalgruppe og kontrolgruppe.

Eksperimentalgruppen fik tilbudt musikterapi med en erfaren musikterapeut. Musikterapien blev udført ud fra en manual udfærdiget i samarbejde med en gruppe af musikterapeuter med psykiatrisk erfaring. Disse musikterapeuter blev indbudt til manalseminar i efteråret 2015 og foråret 2016. Manualen er ikke en opskrift på teknikker, men den opstiller rammer for musikterapeutens måder at være sammen med deltageren på, og for at foretage valg sammen med deltageren. Musikterapeuten har metodisk frihed. Manualen er udformet efter fire principper, der angiver rammer for arbejdet. Principperne er udarbejdet af verbale psykoterapeuter og tidligere anvendt af musikterapeuter: 1) Unikke og essentielle principper, 2) Essentielle men ikke unikke principper, 3) Acceptable men ikke nødvendige principper og 4) Ikke acceptable og forbudte principper (Waltz et al. 1993; Rolvsjord et al. 2005; Hanibal et al. 2012).

Kontrolgruppen fik tilbudt samvær med en ukendt bostøtte eller omsorgsperson, der var fortrolig med målgruppen, hvor de kunne lytte til musik fra "Musikstjernen", som er en app med spillelister udvalgt af musikterapeuter med erfaring fra psykiatrien (Lund, Bertelsen & Bonde, 2016; Wårja & Bonde, 2014). Det var ikke tilladt at lytte til anden musik end musik fra "Musikstjernen". Også her blev udviklet en manual til formålet ud fra samme principper som manualen til eksperimentalgruppen. Begge manualer vil blive præsenteret i en senere artikel, og detaljer om disse ligger uden for denne artikels fokus.

Det var en meget svær opgave at udforme kontrolgruppertilbuddet. Vi endte med at lave en løsning med en dobbeltblindet, men kontroltilbuddet kunne ikke helt sammenlignes med placebo, da det er en ansigt-til-ansigt situation, og den, der giver tilbuddet, vil vide hvilket tilbud der gives.

De blindede er således deltagerne, der får et af to tilbud, uden at blive informeret om hvilket tilbud. Vi informerede alle potentielle deltagere om, at de ville blive randomiseret til en af to forskellige musikterapeutiske aktiviteter, hvilket vi kunne gøre, da lytning til Musikstjernen også indgik som en mulig aktivitet i eksperimentalgruppen. Projekt-sygeplejersker lavede screeninger før start, efter 15 sessioner og efter 25 sessioner. Projektsygeplejerskerne var ligeledes blindede, da de ikke vidste, om de screenede deltagere var fra eksperimentalgruppen eller kontrolgruppen. Vi var klar over, at nogle deltagere nok kunne finde en måde at blive oplyst om, hvilket tilbud de fik. Vi var enige om, at hvis en sådan viden blev formidlet af deltagere i kontrolgruppen, ville det blive noteret i data.

Dekanen på SUND Fakultetet var i starten primus motor i udarbejdelsen af forskningsdesignet sammen med overlæge og leder af Center for Skizofreni på Aalborg

Universitetshospital, som samtidig var underviser på Klinisk Institut på SUND Fakultet. Projektet var tænkt som et projekt, der skulle udgå fra Musikterapiklinikken, hvorfor udarbejdelsen skete i samarbejde med musikterapeuterne i Musikterapiklinikken, og jeg blev fra starten udnævnt som projektleder (principal investigator).

Selv var jeg meget tændt på dette projekt, og tænkte det ville blive spændende at samarbejde med både daglige kolleger i klinikken samt Center for Skizofreni (CFS) placeret på Aalborg Universitetshospital, Psykiatrien og med Dekanen fra SUND fakultetet. Vi var alle sammen klar over, at det var et ambitiøst projekt at arbejde med et så stramt design med måske en af de mest sårbare målgrupper, og vi var klar over at der kunne opstå problemer specielt med rekruttering undervejs. Eksempelvis søgte og fik vi penge til, at de deltagere der ikke kunne klare offentlig transport til musikterapilokalet kunne blive transporteret med taxi frem og tilbage.

Vi vidste også fra andre forskningsprojekter, at det er svært at opnå det antal deltagere, som den statistiske styrkeberegning havde stipuleret. I vores tilfælde helst 120 og mindst 90 deltagere (Jørgensen, R et al. 2014). Jeg personligt havde dog ikke forudset, at så mange og forskelligartede udfordringer ville blive en del af dette projekt.

*"Synes det har hjulpet på de negative tanker. Det hjælper at sætte noget musik på. Det har jeg ikke tænkt på før."*

(Citat fra opfølgende interview med deltager i forskningsprojektet).

## **Udfordring 1. Ustabilitet i styregruppen og deraf følgende ustabilitet i rekruttering**

Alle større forskningsprojekter har behov for en stabil styregruppe, hvor der er en leder og andre med forskellige funktioner og opgaver. Dekanen for SUND og overlæge fra CFS var meget aktive i forberedelsesfasen med at udforme designet sammen med mig og de to andre medarbejdere i Musikterapiklinikken, men dekanen flyttede uden varsel til en international stilling midt i udformningen af designet, og det lå ikke i kortene at en efterfølger skulle indgå i designarbejdet. Dette var min første overraskelse, og det var en ny kultur for mig, at en så drastisk ændring i styregruppen ikke blev forvarslet og diskuteret.

Det lykkedes os alligevel at få lavet en omfattende ansøgning til TRYG-fonden, og vi fik alle de ansøgte penge (3.065.000 kr.) på én gang i efteråret 2015. Da pengene var i hus og jeg troede at vi kunne starte med at rekruttere deltagere (november 2015), meddelte overlægen for CFS, at der endnu ikke var trænet projektsygeplejersker til at screene. Dette var ikke jeg ikke informeret om og blev endnu engang overrasket. Opstart af rekrutteringen blev derfor udsat til marts 2016.

Det, at Dekanen rejste, viste sig senere at være et meget lille problem set i lyset af, at lederen for CFS et år senere, i november 2016, sagde sin stilling op på hospitalet fra den ene dag til den anden, og heller ikke her var der nogen form for afslutning på samarbejde eller snak om videreførelse. Dette bevirkede, at vidererekruttering blev sat i bero i næsten et halvt år, da vi ikke måtte rekruttere til projektet uden at have en overlæge tilknyttet projektet. Samtidig bevirkede denne opsigelse, at CFS blev nedlagt på hospitalet og de to projektsygeplejersker - som nu var optrænet til at deltage i projektet og ligeledes var en del af styregruppen - i flere måneder

ikke vidste, om de kunne forblive i deres stil-  
ling. Dette skabte stor ustabilitet i styregrup-  
pen og selvfølgelig i projektet.

Ud over de allerede nævnte personer i  
styregruppen, havde vi to musikterapeuter  
ansat som koordinatore i styregruppen, en  
for RN og en for Region Hovedstaden (RH).  
De skulle koordinere alle aftaler mellem  
kommende deltagere, deres kontaktpersoner,  
institutioner og terapeuter samt sessionsplan-  
ner og lokaletider i deres region. Desuden  
skulle koordinatorene samle alle data ind  
som ikke blev samlet ved screeninger (bl.a.  
sessionsplaner og musikoptagelser), og de  
skulle sørge for at advisere screenerne og in-  
tervieweren i god tid, når forløbene nærmede  
sig 15. og 25. session. Koordinatorfunktionen  
blev en meget vigtig funktion gennem hele  
rejsen, og til deres store fortjeneste forblev  
begge koordinatore i projektet til deres  
opgaver var fuldført.

Al rekruttering blev som nævnt sat på  
stand by fra november 2016 frem til april/  
maj 2017. Projektet kom derefter ind under  
Center for Psykoseforskning (CFP), en anden  
institution placeret på Aalborg Universitets-  
hospital, Psykiatrien, med en anden overlæge  
i styregruppen, og de to projektsygeplejer-  
sker fulgte med, og rekrutteringen startede  
op igen. Det viste sig, at der var økonomiske  
problemer omkring CFP. Overlægen på  
CFP forventede at fondspengene til skizo-  
freniprojektet gik ind i centrets samlede  
økonomi til støtte for mange andre projekter,  
og forventede også at jeg skulle søge nye  
fonde hver måned for at tilgodese CFP. Det  
blev dog fastslået af ledelsen på hospitalet,  
at fondspengene fra Trygfonden udeluk-  
kende skulle gå til skizofreniprojektet. Pga.  
skrantende økonomi generelt på CFP, varede  
det flere måneder inden det blev godkendt  
af overlægen, at projektsygeplejerskerne igen  
måtte bruge af TRYG-pengene til skizofreni-

projektet og rejse til Hovedstadsregionen og  
screene (sent efterår 2017). Da disse scree-  
ninger var kommet godt i gang, blev CFP  
lukket af hospitalsledelsen (maj/juni 2018)  
og de to projektsygeplejersker blev fyret med  
få måneders varsel. De gæve sygeplejersker  
nåede dog at få trænet dels en medicinstu-  
derende og dels to erfarne sygeplejersker fra  
hovedstadsområdet til screeningsproceduren  
inden de fratrådte, så forskningsprojektet  
kunne fortsætte.

Efteråret 2018 - nogle måneder efter  
CFP blev nedlagt - fik styregruppen sin tredje  
overlæge, der har været meget stabil og  
støttende indtil nu, og de to projektsygeple-  
jersker i Hovedstadsområdet blev på posten  
til rekrutteringen sluttede september 2019.  
Så alt i alt har en ustabil styregruppe dels  
skabt mentale huller i en samlet entusiasme  
omkring projektet, og dels forsinket rekrut-  
teringen mellem halvandet til to år! Hertil  
kommer at de mange forsinkelser i rekrut-  
teringen bevirkede at mange terapeuter, som  
vi trænede i manualerne pga. forsinkelser, fik  
ændrede arbejdsforhold undervejs og måtte  
træde ud af projektet, da deres deltagelse  
blev forsinket og tidshorisonterne ændrede  
sig. Det betød at vi løbende måtte træne nye  
terapeuter både til tilbud I og tilbud II.

Jeg tror desværre ikke, at denne historie  
er særlig speciel. Der er megen udskiftning  
af personale i psykiatrien, men det blev af  
undertegnede oplevet som utrolig destruk-  
tivt og frustrerende, at der var så mange skift  
og afbrydelser hver gang vi lige var kommet  
godt i gang.

*"Jeg er begyndt at studere. Jeg har mere  
overskud efter start på musikterapi."*

(Citat fra opfølgende interview med delta-  
ger i forskningsprojektet).

## Udfordring 2. Samarbejdsaftaler

Før man overhovedet må se eller starte med at informere potentielle deltagere i projektet, skal samarbejdsaftaler med ledere på de psykiatriske hospitaler (regionspsykiatrien), i kommunerne (socialpsykiatrien) og centerledere (distriktskykiatrien) underskrives. I RN blev der lavet 6 samarbejdsaftaler og i RH 4 samarbejdsaftaler. Hver gang skulle der beregnes fra 2 – 6 måneder for at få underskrifter i hus. Eksempelvis blev henvendelsen til regionspsykiatrien i RH først besvaret tredje gang jeg skrev. Første afslag var begrundet med at der var for mange andre forskningsprojekter i gang. Efter pres på lederen og endnu en henvendelse fra undertegnede med støttebreve fra dekan for HUM samt overlægen på CFP, svarede RH, at de gerne ville deltage, men først senere; projektet ville blive lagt i pipeline (hvilket indebærer at det bliver lagt i kø til engang, når der er tid og ressourcer til at starte det op). Efter 8 måneder med talrige henvendelser, fik jeg endelig besked om, at den daværende leder var fratrådt, og forhandlingen om projektet ville overgå til en ny leder. Den nye leder afslog med det samme, da Sundhedsplatformen (se side 15 under udfordring 4) ville beslaglægge alle ressourcer i 1-2 år. Af samme årsag fik jeg afslag fra lederen af regionspsykiatrien i Region Sjælland (RS). Regionspsykiatrien i Region Midtjylland (RM) afslog pga. flytning fra Risskov til Skejby.

Efter mange måneder med kun få screeneringer lykkedes det at udvide feltet, da vi fik hul igennem til distriktskykiatrien i RH og fik samarbejde med 6 forskellige distriktskykiatriske centre. Sluttelig lykkedes det også at komme igennem til Københavns Kommune og få adgang til socialpsykiatrien. Det var dog ret sent i forløbet.

*"Musikterapi har støttet mig, gjort tomrummet mindre. Jeg savner musikterapi – den har gjort god gavn, det var utroligt spændende. Jeg har kun positive ting at sige. Kun ros til overs for musikterapi."*

(Citat fra opfølgende interview med en deltager i forskningsprojektet).

## Udfordring 3. Rekruttering – at få kontakt til potentielle deltagere

I de perioder, hvor vi kunne rekruttere, mødte vi andre udfordringer. Vi havde lavet informationsfoldere til kommende deltagere, og vi tilbød og afholdt utallige informationsmøder med først ledere og medarbejdere på de forskellige afsnit/centre/bosteder, og senere opfølgende møder med kontaktpersoner og potentielle deltagere, når vi fik lov til dette. Vi erfarede fra starten, at vi meget hurtigt blev glemt af kontaktpersoner og andre medarbejdere i en travl hverdag, og vi fik gennemført, at der var en udvalgt tovholder på hvert sted/institution, som skulle påminde alle medarbejdere ved alle medarbejdermøder om projektet. Disse tovholdere blev næsten hver uge kontaktet af koordinatoren og mindet om projektet.

Vi fik yderligere lavet plakater til op-hængning på alle institutioner og informationsfoldere for personaler, da mange personaler ikke kunne huske inklusionskriterierne. I starten troede vi, at når vi havde været ude på en institution/afdeling - hvor personaler alle steder var meget begejstrede for projektet – så kørte det bare. Det gjorde det ikke. Vi måtte ud mange gange, og flere udfordringer blev gradvist mere klare for os. A) En del

kontaktpersoner havde på forhånd en klar ide om at `deres` patienter ikke kunne klare at gå til 25 sessioner af noget som helst og slet ikke musikterapi, så de undlod at informere om projektet. B) Mange potentielle deltagere, som havde sagt ja til at komme til screening, oplevede det som en slags eksamen, så de præsenterede sig som bedre fungerende end de var, og blev ikke inkluderet. Eksempelvis fortalte de, at de gik til mange forskellige aktiviteter. Ved nærmere undersøgelse viste det sig, at et par potentielle deltagere var indskrevet til mange aktiviteter, men aldrig dukkede op. Som følge heraf opfordrede vi kontaktpersonerne til at snakke med potentielle deltagere om, at de ikke skulle præsentere sig bedre end de var – men at de skulle præsentere sig ved screeningerne lige netop sådan som de fungerede i hverdagen, hvis de gerne ville med i projektet. Helt konkret blev kun en tredjedel af de screenede potentielle deltagere inkluderet i projektet.

*"Jeg vil gerne fortsætte men jeg har ikke råd til at gå privat. Det giver bedre mulighed for at forstå tingene (indlæring). Ellers er jeg meget langsom. Det virker først hen ad vejen."*

(Citat fra interview med en deltager i forskningsprojektet).

#### **Udfordring 4.**

##### **Samfundsmæssige forhindringer**

Når et forskningsprojekt strækker sig over flere år, sker der selvfølgelig mange andre ting i samfundet, som kan have direkte eller indirekte indvirkning på projektet. I dette projekt blev indføringen af Sundhedsplatformen en af de store udfordrin-

ger. Sundhedsplatformen er en ny indført journaliserings- og dokumentationsplatform i hospitalsvæsenet indført i RH og RS. De to regioner afslog at deltage, fordi de var totalt opslugt af problemer med denne platform. Sundhedsplatformen gjorde det også mere besværligt for os at få information om deltagerens medicin inden for det sidste år (en del af inklusionskriteriet), da man ikke umiddelbart kan gå tilbage og trække lister i sundhedsplatformen. Med hjælp fra gæve sygeplejersker og mellemledere som manuelt skaffede os lister, har vi dog fået de fleste medicinlister i hus.

Da frustrationerne omkring sundhedsplatformen endelig begyndte at flade lidt ud, kom corona. Det betød at de sidste forløb vi havde i gang i marts i 2020 havde svære betingelser. Tre deltagere sprang fra kort før de nåede 25 sessioner. Dels fordi vi måtte lukke to oprettede musikterapielokaler ned på centre, der blev lukket pga. corona. Vi havde et lokale tilbage, og det var langt væk for nogle deltageres vedkommende. På trods af, at de blev tilbudt taxikørsel, kunne de ikke overskue det, og valgte at slutte deltagelsen. Få deltagere accepterede at slutte via skype ved den sidste session og den sidste screening. Endelig mistede vi nogle deltagere - som fungerede godt og mødte stabilt op – fordi de skulle sendes ud i arbejdsprøvning, og der blev ikke taget hensyn til deres deltagelse i forskningsprojektet. De kunne ikke overskue begge dele, og regler i samfundet spændte ben for at arbejdsprøvning kunne udsættes til de havde afsluttet deltagelsen i projektet.

Summa summarum startede vi ud med en ide om at rekruttere max 120 (min 90) deltagere. Vi endte med 57, hvoraf 3 fortrød efter de var blevet inkluderet og randomiseret – og før de havde den første musikterapisession. Det var ret nedslående, og jeg selv var lidt beklemmt ved at skulle have

et opsummerende møde med vores meget støttende tredje overlæge, hvor han skulle informeres om antallet af deltagere i projektet, som reelt var nede på 54. Han mødte os i døren og fortalte straks, at da han havde lavet sit første store RCT studie - som ikke bare var multi-site (et studie der rekrutterer data på flere institutioner), men også internationalt mellem Danmark og Sverige - med samme målgruppe, havde han fået dobbelt så mange fondsspenge, som det her projekt har fået, og han endte med 12 deltagere og havde regnet med 150 - 200. Hans projekt blev alligevel udgivet i et estimeret tidsskrift. Så et par sten faldt fra mit hjerte. Han vidste godt, hvor svært det er at rekruttere inden for en svært motiverbar målgruppe med mange udfordringsmuligheder i omgivelserne og i samfundet.

*"Jeg forventede ingenting: Jeg blev positivt overrasket over terapiforløbet. Det var en god oplevelse at spille musik med terapeuten. Hun er rigtig god til at spille – vi har lavet tekster sammen. Det svingede godt. Det er en stor ting hvis det bliver et tilbud i behandlingen."*

(citater fra opfølgende interview med deltagere i forskningsprojektet).

### Eftertanker og refleksion

Så hvad har jeg lært? Jeg er stadig vild med at arbejde i psykiatrien både klinisk og med forskning, selv om min alder fortæller mig, at det kører på sidste vers, og selv om jeg de sidste år har lavet mere supervision end klinisk arbejde. At vi valgte denne målgruppe til forskningsprojektet – som blev udført ud fra et meget rigtigt forskningsdesign med

kontrolgruppe, stramme inklusionskriterier og stramme kriterier for fremmøde – var meget ambitiøst. Det vidste vi på forhånd; men jeg lærte igennem rejsen, at det var alt for ambitiøst og nærmest dømt til at blive så udfordrende, som det blev. Jeg lærte også, at forskning i psykiatrien kræver masser af vedholdenhed, struktur, fleksibilitet, humor og tro på, at det uanset gør en lille forskel for de svageste i systemet. Vi lærte undervejs, at det kan være vigtigt, at forskerne selv får direkte kontakt med potentielle deltagere, da forskerne dels bedre kan formidle tilbuddets kvalitet og dels herigennem kan undgå, at nogle potentielle deltagere på forhånd bliver sorteret fra, fordi andre omkring dem mener at vide, at de ikke er i stand til at deltage. Vi oplevede bl.a., at nogle få deltagere mødte frem alle 25 gange, selv om deres kontaktpersoner i udgangspunktet mente, at de slet ikke kunne møde op til noget og slet ikke til 25 gange. En deltager stoppede efter 6 sessioner uden fravær. Her fortalte vedkommendes kontaktperson os efterfølgende overrasket, at denne deltager i mange år ikke havde kunnet deltage i nogen form for aktivitet, og det var for kontaktpersonen en stor begivenhed, at vedkommende her deltog i 6 sessioner – endda uden fravær indimellem.

Det fortæller mig også, at det er et dilemma at forskning viser, at musikterapi med denne målgruppe kræver mange sessioner, før der er tilstrækkelig tryghed til, at deltagerne kan få udbytte af det (Gold et al. 2009). Dette har også været min egen erfaring fra klinisk praksis gennem mange år. Samtidig er det netop ofte uoverskueligt for nogle, at der er så mange sessioner, når de deltager i et projekt, hvor de samtidig skal screenes og besvare spørgeskemaer etc. Dette af-fødte desværre en ret høj drop out procent i undersøgelsen.

Den høje drop out procent var ikke kun

begrundet i uoverskueligt mange sessioner. Ofte kom for lange indlæggelser for deltagerne undervejs - eller medicinændringer, som ikke kunne afvente at projektet var færdigt - ind i billedet. Begge dele betød ifølge protokollen og designet eksklusion fra projektet.

Vi lærte også, at information til personalegrupper og potentielle deltagere skal gentages ofte, og at det er en forudsætning, at der på hver institution er en tovholder, der kan holde liv i informationen om projektet i hverdagen. Endelig lærte vi, hvor vigtigt det var, at koordinatoren havde tæt kontakt med tovholderne.

Vi i styregruppen – specielt undertegnede – lærte også noget om vigtigheden af at vise forståelse og ansvarlighed i samarbejdet med andre, samt hvilke udfordringer det giver, når dette ikke fungerer.

Lars Ole Bonde, tidligere professor emeritus på Aalborg Universitet, har skrevet om vanskeligheder ved at lave forskning i musikterapi i en hospitalsverden (Bonde, 2019). Han konkluderer bl.a. at dette ikke er muligt, med mindre man er ansat på institutionen, eller i det mindste har sin daglige gang der som forsker. Han skriver bl.a. - efter at have gennemgået forskellige eksternt finansierede musikterapi forskningsprojekter på danske og nordiske hospitaler inden for pædiatri, hjertepatienter og ikke mindst kræftpatienter – at det har affødt få stillinger i Sverige og Norge samt en enkelt stilling i Finland, men ikke nogen i Danmark. Han reflekterer videre over at:

*"Jeg har personligt fulgt udviklingen af det musikterapeutiske tilbud på de tre store hospitaler i Oslo, hvor der i dag arbejder seks musikterapeuter i pædiatrien. Udviklingen her har overbevist mig om, at musiktiltag kun kan etableres systematisk, hvis musikterapeuterne er ansat på hospitalet og kan*

*indtænke og udvikle tiltagene i forhold til den konkrete kliniske praksis og specifikke behandlingskultur på de enkelte afdelinger. Så vokser forskningen naturligt ud af det tværfaglige samarbejde og behovet for specifik dokumentation." (Bonde, 2019, s. 27).*

Dette kan vi både genkende og ikke genkende inden for psykiatrien. I de 25 år Musikterapi-klinikken har eksisteret har vi ganske rigtig kunnet igangsætte mange mindre undersøgelser uden store rekrutteringsproblemer, som vi gennem årene har afrapporteret i MIPO. Vi har dog også, som en integreret del af hospitalet, haft store udfordringer med tilstrækkelig rekruttering af deltagere til forskningsprojekter specielt inden for forskning i musikterapi med mennesker med personlighedsforstyrrelser (Hannibal et al. 2019).

Jeg tænker at udfordringerne både skal findes i hospitalskulturen og i det forhold at forskning inden for psykiatrien arbejder med sårbare målgrupper, der enten kan være svære at motivere eller kan være af en overbevisning om at ingen kan hjælpe dem. Igen tænker jeg, at et medicinsk design er svært at anvende med disse målgrupper, når interventionen ikke handler om medicin. Der er en kultur på hospitalet om, at medicin er livsvigtig og det skal man tage. Terapitilbud som i enhver forskningssituation skal præsenteres som noget du til hver en tid frivilligt kan trække dig fra er sværere. Det kræver for de fleste deltagere meget mere at bevæge sig til et andet lokale og deltage i musikterapi – måske en hel time - end det gør at sluge en pille. Når designet så samtidig opererer med samme eksklusionskriterier efter start på projektet som medicinske projekter giver det kæmpe udfordringer.

Bonde reflekterer videre over sådanne undersøgelser som dette projekt indebærer, og over, hvor svært det er at gennemføre

RCT-studier og især multi-site studier på danske hospitaler. Han skriver bl.a.:

*"For eksempel er det svært at forstå, at mange danske læger efterspørger specifikke danske effektundersøgelser, når der foreligger international evidens for interventionen. En af de største udfordringer i et lille land som Danmark er jo, at det vil tage meget lang tid at nå op på et tilstrækkelig stort antal deltagere i en effektundersøgelse med både forsøgs- og kontrolgruppe. Den endnu ikke afsluttede danske undersøgelse, hvor effekten af musikterapi og musikmedicin til mennesker med skizofreni sammenlignes i et strikt RCT-design, er et godt eksempel (Pedersen et al., 2019). Efter tre års rekruttering er der endnu lang vej til det ønskede antal deltagere, som er fastlagt ud fra en konservativ beregning af statistisk power. Logistisk er det desuden en stor udfordring at komme som gæst på et hospital og at skulle indpasse et følsomt interventionsstudie i en i forvejen kompleks hospitalsdagligdag." (Bonde, 2019, s. 29-30).*

I indeværende forskningsprojekt rekrutterede vi data både fra Aalborg Universitetshospital, Psykiatrien (AAUHP), hvor flere af os i styregruppen har vores daglige gang, samt i mange andre institutioner under Regionerne: Region Nordjylland og Region Hovedstaden, og kommunerne: Brønderslev, Thisted, Hjørring, Hobro/Mariager, Glostrup, Ishøj, Brøndby og København. Selv om det var nemmere i Psykiatrien på Aalborg Universitetshospital (AAUHP) end det var i øvrige psykiatrinstitutioner i RN, og selv om det var endnu sværere i alle institutioner i RH, var der dog allerede på AAUHP problemer med at projektet hurtigt blev glemt, og at andre omkring potentielle deltagere ikke mente, de var i stand til at deltage. Så denne hypotese holder ikke helt her. Men ingen

tvivl om, at det blev sværere jo længere væk forskergruppen var fra institutionerne. Alligevel nåede vi lige akkurat 60 % af det antal deltagere, vi havde håbet på, og som den statistiske styrkeberegning før start havde peget på, nemlig 54 ud af 90.

Dette forskningsprojekt har gennem de sidste fem år givet mig en masse indsigt i de udfordringer der kan opstå, og hvordan det er muligt at gennemføre et projekt på trods af udfordringer. En vigtig motivation til at fortsætte var for mig ikke mindst den løbende entusiasme blandt terapeuter, screenere og koordinatorene gennem hele projektet. Jeg vil le ønske, jeg kunne give en opskrift på, hvordan sådanne uforudsete udfordringer kan undgås, men det kan jeg ikke. Til gengæld vil jeg være mere forberedt på at der kan opstå mange forskellige forstyrrende begivenheder, hvis jeg fremover laver lignende projekter. Jeg lavede opfølgende interviews med alle de deltagere som gennemførte projektet, og mange af disse var meget livsbekræftende. Jeg håber, at de indsatte citater fra disse interviews gennem artiklen giver samme opmuntring for læserne, som de gjorde for os forskere, når udfordringerne hobede sig op.

## Referencer

- Bonde, L.O. (2019) Musik og sundhedsfremme i Danmark og i Norden—hvem og hvordan? *Nordic Journal of Arts, Culture and Health*. Volume 1, No. 1-2019, p.21–34. DOI:<https://doi.org/10.18261/issn.2535-7913-2019-01-03>
- Geretsegger, M., Mössler, K.A., Bieleninik, L., Chen, X.-J., Heldal, T.O. & Gold, C. (2017). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *The Cochrane Collaboration*. 29. May 2017. DOI: 10.1002/14651858.CD04025.pub4
- Gold, C., Heldal, T.O., Dahle, T. & Wigram, T.

- (2005). Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database Syst.Rev.* 2005; Apr 18(2): CD004025.
- Gold, C., Solli, H.P., Krüger, V., Lie, S.A. (2009). Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev.* 2009, 29, 193-207.
- Gold, C.; Mössler, K.; Grocke, D.; Heldal, T.O.; Tjemsland, L.; Aarre, T.; Rolvsjord, R. (2013). Individual music therapy for mental health care clients with low therapy motivation: Multi-center randomized, controlled trial. *Psychother. Psychosom.* 2013, 82, 319–331.
- Hannibal, N.J., Pedersen, I.N., Bonde, L.O. & Bertelsen, L.R. (2019). A pilot study investigating research design feasibility using pre-post measures to test the effect of music therapy in psychiatry with people diagnosed with personality disorders. (Et pilotstudie: Undersøgelse af mulighederne for design af RCT undersøgelse af musikterapi i psykiatrien med personer der lider af personlighedsforstyrrelse). *Voices. A World Forum of Music Therapy.* 19.1. (19 s).
- Jørgensen, R., Munk-Jørgensen, P., Lysaker, P.H., Buck, K.D., Hansson, L. & Zoffmann, V. (2014). Overcoming recruitment barriers revealed high readiness to participate and low dropout rate among people with schizophrenia in a randomized controlled trial testing the effect of a Guided Self-Determination intervention. *BMC Psychiatry* volume 14, Article number: 28 (2014).
- Lund, H.N., Bertelsen, L.R. & Bonde, L.O. (2016). Sound and Music Interventions in Psychiatry at Aalborg University. *SoundEffect.* 6, 1, s. 48-68.
- MIPO Musikterapi I Psykiatrien Online. <https://journals.aau.dk>
- Mössler, K., Chen, X., Heldal, T.O. & Gold, C. (2011). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011. Issue 12. Art. No.: CD004025. DOI: 10.1002/14651858.CD004025.pub.3
- Pedersen, I.N., Bonde, L.O., Hannibal, N.J., Nielsen, J., Aagaard, J., Bertelsen, L.R., Jensen, S.B. & Nielsen, R.E. (2019). Music Therapy as treatment of negative Symptoms for Adult Patients Diagnosed with Schizophrenia - Study Protocol for a Randomized, Controlled and Blinded Study. *Medicines* 2019, 6(2), 46; <https://doi.org/10.3390/medicines6020046>
- Rolvsjord, R., Gold, C. & Stige, C. (2005). Research Rigour and Therapeutic Flexibility: Appendix. *Nordic Journal of Music Therapy* 14(1). [http://www.tandfonline.com/doi/suppl/10.1080/08098130509478122/suppl\\_file/rnjm\\_a\\_9478122\\_sup\\_0001.pdf](http://www.tandfonline.com/doi/suppl/10.1080/08098130509478122/suppl_file/rnjm_a_9478122_sup_0001.pdf)
- Waltz, J.; Addis, M.E.; Koerner, K.; Jacobson, N.S. (1993). Testing the Integrity of a Psychotherapy Protocol. Assessment of Adherence and Competence. *J. Couns. Clin. Psychol.* 1993, 61, 620–630.
- Wärja, M. & Bonde, L.O. (2014). Music as Co-Therapist: Towards a Taxonomy of Music in Therapeutic Music and Imagery Work. I: *Music and Medicine.* 6. 2, s.16-27.

# Musikterapi med mennesker med en spiseforstyrrelse

*Kathrine Nielsen, cand.mag. i musikterapi.  
Musikterapeut på Center for Spiseforstyrrelser  
og Klinik for Spiseforstyrrelser i Region Sjælland.  
Kontakt: kathrine8362@gmail.com*



**I takt med praksis** er en artikelserie, der sætter fokus på livsnære skildringer af musikterapeutisk praksis indenfor forskellige målgrupper. Det er inspiration til arbejdslivet i form af konkrete beskrivelser af aktiviteter, sange eller redskaber.

## Baggrund

Som led i musikterapiuddannelsen er der på 9. semester indlagt en 4 måneder lang praktik. I efteråret 2019 startede jeg min praktik på Center for Spiseforstyrrelser i Roskilde. Efter praktikken blev jeg, under min specialeskrivning, ansat i 8 timer om ugen. I juli 2020 blev jeg ansat i 16 timer om ugen, og i skrivende stund er jeg netop blevet tilbudt en fuldtidsstilling – foreløbigt i et år.

## Kort om spiseforstyrrelser

Tal fra 2019 viser, at ca. 75.000 mennesker i Danmark lider af en spiseforstyrrelse (LMS, 21. november 2019). En spiseforstyrrelse kan komme til udtryk ved spisevægring, overspisning eller kompensatoriske adfærdsmønstre i forbindelse med indtagelse af mad. En person med en spiseforstyrrelse oplever at være enormt optaget af mad, vægt og spisning. Spiseforstyrrelser kan medføre både psykiske og somatiske komplikationer (Sundhedsstyrelsen, december, 2005). Ifølge den danske psykolog Loa Clausen og overlæge Ulla Moslet findes der ikke et entydigt

svar på, hvorfor et menneske udvikler en spiseforstyrrelse, men det foreslås, at tab og konflikter, mobning, store præstationskrav, forandringer i levevilkår og under- eller overinvolverede forældre er mulige udløsende faktorer. Derudover beskrives spiseforstyrrelsen som et redskab til at opnå en følelse af kontrol og mestring (Clausen & Moslet, 2019). Sundhedsstyrelsen (december, 2005) nævner både psykologiske, sociale, kulturelle, genetiske og biologiske forhold som udløsende faktorer for udviklingen af en spiseforstyrrelse. Der er endnu ikke publiceret Cochrane Reviews, som kan påvise effekten af musikterapi med patienter med en spiseforstyrrelse. Derfor kan der argumenteres for, at der mangler evidensbaseret forskning og systematiserede undersøgelser indenfor området. For en gennemgang af litteratur, hvor musikterapi og en nervøs spisevægring bliver beskrevet i forbindelse med improvisationsteknikken, vil jeg henvise til mit speciale (Nielsen, 2020), som ligger på musikterapi.aau.dk.

## Musikterapi på afdelingen

Musikterapiens opgave på afdelingen omfatter miljøterapeutisk arbejde, individuelle - eller gruppemusikterapisessioner og videreformidling til personalegruppen.

### Morgensang

Det miljøterapeutiske arbejde består af fælles morgensang hver tirsdag og torsdag morgen. Vi synger to forskellige sange om ugen, men fortsætter med de to samme sange i en måned ad gangen. På den måde er der mulighed for at lære sangen at kende, hvis man ikke kender dem på forhånd. Morgensangen giver mulighed for at skabe et fællesskab for patienter og personale, hvor man mødes i en tryk, musikalsk ramme. Derudover faciliterer morgensangen en ramme for dagen, højtiden eller årstiden.

Vi taler om temaer, som er på spil i sangen, og som er nøje udvalgte til den specifikke patientgruppe. Nogle gange er personale eller patienter med til at vælge morgensange, og andre gange vælger jeg som musikterapeut.



*På gangene i afdeling U2 går personalet rundt, og nynner Susan Himmelblå for sig selv. Det var dagens morgensang, som er en miljøterapeutisk opgave, personale og patienter sammen tager del i. Susan Himmelblå er oprindeligt skrevet som en konfirmationssang, og mens jeg, på en stol placeret i haven i en solplet, stemte guitaren, fortalte jeg om de temaer, jeg lagde mærke til i sangen. Jeg præsenterede min oplevelse af, at en voksen taler til et ungt menneske, som skal til at ud i livet på egne ben. Personale og patienter stod – på grund af covid-19's retningslinjer – med 2 meters afstand, og kiggede ned i den sangtekst, som blev delt rundt. På papiret var også billeder, der relaterede sig til teksten. Komponist og årstal for udgivelse var også tydeliggjort. Nogle patienter kiggede ned i papiret uden at bevæge læberne, mens sangen blev sunget. Andre patienter bevægede læberne i takt til teksten, men uden lyd, der kunne høres af andre, og endelig var der patienter, som tydeligt sang med.*

Jeg akkompagnerer enten på guitar eller klaver til morgensang, hvilket jeg mener, skaber en tryk ramme for det musikalske fællesskab. Det er meget forskelligt, i hvilken grad patienter og personale synger med fra gang til gang. Det afhænger af, hvem der er på arbejde, og hvilken patientgruppe, der er indlagt. Hvis der ikke er så mange patienter og personale, der synger med, kan sangen hurtigt virke meget skrøbelig. I det tilfælde synes jeg, det fungerer godt at akkompagnere, så der dels er en volumen, der fylder rummet, og dels en tydelig tonalitet at læne sig op ad. Når patient- og personalegruppe synger meget med, inddrager jeg andre musikalske parametre, som f.eks. kanon, variation i dynamik, og hvor meget jeg spiller med på akkompagnementsinstrumentet. Nogle gange har patienter også været med til at akkompagnere på guitar og xylofon. Jeg oplever, at det giver en oplevelse af, at det er en fælles aktivitet, som alle kan tage del i. Derudover mener jeg, at det musikalske samvær giver de patienter, som er med til at spille, en succesoplevelse. Jeg oplever også, at de patienter, som ikke er med til at spille, bliver mere opmærksomme på musikken. Muligvis fordi det bliver mere håndgribeligt og konkret, når medpatienter spiller med – og muligvis fordi der vækkes en interesse for selv at spille med en anden gang. I forhold til sangvalget synes jeg, det er vigtigt at give patienterne medbestemmelse, så vi ikke udelukkende synger sange fra højskolesangbogen. Der står en lille boks, som patienterne kan lægge deres sangønsker i. Vi har for eksempel sunget *Shallow* af Lady Gaga og *Perfect* af Ed Sheeran på patienters opfordring. Jeg transponerer sangene, så de ligger i

et behageligt stemmeleje, indstuderer sangen med gruppen og simplificerer melodien, så der er fokus på fællessang og ikke solistiske fraseringer. Jeg synes, det giver mening at lade patienterne ønske morgensang for at imødekomme deres musikalske præferencer, for på den måde at inkludere dem i aktiviteten. De sange, som vælges af personale eller mig, har andre kvaliteter. Her er der fokus på, at sangen er let sangbar, lægger op til fællessang, typisk er en sang, som mange kender, og at den enten har fokus på et relevant tema eller er årstidsbestemt. I skrivende stund synger vi *Septembers himmel er så blå*, som septembers morgensang om tirsdagen. Når vi vælger sange med et relevant tema, kan det for eksempel være sangen *Danskerne findes i mange modeller* for at fokusere på temaer som mangfoldighed og accept af forskellighed. *Gi os lyset tilbage* har været en anden morgensang, som har haft fokus på temaer som håb og fællesskab.

### Individuelle - og gruppemusikterapiforløb

Udover at facilitere den miljøterapeutiske opgave, morgensang, bliver der på afdelingen tilbudt musikterapi både i grupper og individuelt. Forløbene starter op ved behandler eller miljøpersonales henvisning, ved dialog mellem personale og mig selv til møder eller ved patienternes eget ønske om at starte i musikterapi. Forløbet starter typisk med en indledende samtale, hvor jeg fortæller lidt om de forskellige metoder, som vi kan bruge i musikterapien. Jeg nævner blandt andet sangskrivning, sanglytning, improvisationer, mandalategning, samtale, afspænding og det at spille prækomponerede sange. Jeg har er-

---

1 Ifølge ICD-10 (Version: 2019, s. n.) defineres diagnosen nervøse spiseanfaldstilbøjeligheder (F50.2) som: "... overdreven optagethed af vægtkontrol, som fører til et mønster af spiseanfald fulgt af opkastninger eller indtagelse af afføringsmidler" (s. 126).

## Et generelt eksempel på en musikterapisession i et individuelt forløb

*I musikterapien begynder sessionen som regel med en samtale, hvor jeg spørger ind til, hvilket tema eller hvilken følelse, der fylder hos patienten på dagen. Vi får talt os ind på et tema, som er udgangspunktet for en improvisation. I improvisationen er jeg primært opmærksom på at skabe et fast og forudsigeligt motiv. Derudover tilføjer jeg nogle gange med højre hånd matching af patientens udtryk. Det kan f.eks. være matching af kontur, dynamik eller antal toner. Efter improvisationen spørger jeg patienten, hvordan de oplevede musikken, og om der kan sættes en titel på musikken. Titler kan for eksempel være undrende, ro og utryghed. Derefter maler patienten typisk en mandala, som afspejler oplevelsen af improvisationen. Mandalaen er et produkt, som patienten kan beholde. Derudover kan både patienten og jeg bruge den til at se tilbage på for at opdage, hvad der før har fyldt. Endelig kan jeg vise mandalaerne i videreformidlingen af det musikterapeutiske arbejde til kollegaerne. Som afrunding fortæller jeg patienten, at vi skal til at runde dagens session af, og spørger ind til, om det føles okay for patienten.*

faring med brugen af ovenstående metoder, og vil i denne artikel beskrive to eksempler, hvor improvisationer har været benyttet som metode.

### Casebeskrivelse fra individuelt forløb – 1

En ung kvinde i tyveårsalderen lider af en atypisk spiseforstyrrelse<sup>1</sup> med mange opkastninger dagligt. Jeg kalder hende her Laura. Laura lider udover spiseforstyrrelsen også af en personlighedsforstyrrelse. Udover de somatiske udfordringer, som de mange opkastninger medfører, har Laura svært ved at udholde egne følelser og svært ved at forstå dem. Laura beskriver ofte at have en opgivende følelse, og en oplevelse af, at de krav, som bliver stillet, virker uoverskuelige og umulige at indfri. Laura beskriver yderligere en frygt for, hvem hun er uden sin spiseforstyrrelse, og om folk kan lide hende, for den

hun er uden den.

Laura har været i et længerevarende musikterapiforløb, og vi har på den baggrund udviklet en relation, hvor Laura efterhånden begynder at vise en sårbarhed, som hun ellers oplever at undertrykke.

I musikterapien benytter vi os blandt andet af en improvisationsmetode, hvor Laura spiller på den øverste del af klaveret, mens jeg spiller på den nederste del. Vi kan for eksempel tage udgangspunkt i en aktuel følelse hos Laura og bruge den som spilregel for improvisationen. I én af improvisationerne tog vi fat i en følelse af skam, vrede og frustration. Laura varierede sit spil i tonehøjde, dynamik og volumen undervejs. Laura startede med at spille, og jeg matchede tempofornemmelsen og dynamikken, men fandt hurtigt ind i et fast motiv, som jeg

gentog for at skabe en tryk og forudsigelig musikalsk ramme for Laura. Under improvisationen spillede vi stort set hele tiden i fælles pulsforfølelse. Laura blev rørt, og jeg oplevede for første gang, at hun græd. Efter improvisationen fortalte Laura, at hun oplevede at musikken krøb ind under huden på hende. Den facade eller maske, som hun normalt bruger meget energi på at opretholde blev smidt, og hun oplevede, at det var okay at være ked af det. Det er normalt ikke

en okay følelse for Laura, og ordet "svag" er det værste ord, Laura kan forestille sig. Når Laura føler sig sårbar eller svag, reagerer hun med vrede for at undgå sårbarhedsfølelsen. Laura beskriver en oplevelse af at have en sort boks i maven. Boksen er fyldt med følelser og lukket med kæde og hængelås, da den indeholder sårbart materiale. Hvis den til tider bliver åbnet, eksploderer det, og hun oplever det som en lavine af følelser, hun ikke kan samle sammen igen eller have kontrol over. Nedenfor ses et par udklip fra nogle mandalategninger tegnet af Laura.



I musikken beskriver Laura, at låget på boksen bliver løftet, men uden at eksplodere. Nogle gange laver jeg en kort guidet afspænding, eller Laura maler en mandala for at runde sessionen af og for at give hende oplevelsen af at få kontrol over følelserne igen.

Jeg oplever, at musikterapien skaber et rum for Laura, hvor hun kan udforske følelser, som ellers virker farlige eller utilgængelige, på en måde, hvor det kan udholdes. Jeg mener, at Laura profiterer af at benytte sig af mandalategninger og musik til at udtrykke sig, da det giver hende kropslige sansninger og metaforiske billeder, som hun konstruktivt kan bruge til langsomt at blive mere bevidst om sine følelser, behov og relationelle mønstre. Udover de muligheder, der ligger i musikken og mandalategningerne, mener jeg også, at relationen til mig har en afgørende betydning for Lauras udvikling i musikterapien. Jeg oplever at rumme, lytte til, forstå og acceptere Lauras beskrivelser og oplevelser, hvilket muligvis giver hende en oplevelse af, at hun trygt kan udforske følelsers forskellige udtryk i relationen til mig. Derudover kan jeg i relationen – når det giver mening – udfordre Laura til for eksempel at reflektere over, hvordan en given situation opleves fra

henholdsvis Lauras perspektiv og fra en flue på væggen. Jeg kan på den måde mentalisere<sup>2</sup> med Laura, og jeg kan spørge ind til, hvad Laura opfatter som den egentlige besked fra hendes indre, når hun for eksempel bliver sur over, at opvaskemaskinen ikke er blevet tømt.

Jeg oplever, at relationen og musikken som kommunikationsredskab sammen er med til at skabe rammerne for et trygt terapeutisk rum for Laura, hvor hun i sit eget tempo kan bevidstgøre sit følelsesliv og forstå, hvilke behov hun har, hvorfor de er der, og hvordan hun kan tilgodese dem.

### Casebeskrivelse fra individuelt forløb – 2

En ung kvinde omkring 15-års alderen lider af en nervøs spisevægring<sup>3</sup>. Jeg kalder hende Irene. Irene beskriver selv at føle sig misforstået af sin mor og overrumplet af sin far. Derudover beskriver hun en udfordrende skolegang med opdeling af klasser og skoleskift. Irene fortæller, at det er svært at finde balancen i at dele tilstrækkeligt sårbart materiale uden at komme til at føle, at hun har delt for meget. Hun er desuden meget optaget af, at mennesker omkring hende ikke skal tro, at hun er glad. I en grænseøvelse bliver det desuden tydeligt, at Irenes reaktionsmønster er enten at flygte eller give op. I øvelsen stillede Irene og jeg os over for hinanden med mange meters afstand. I

denne situation var det muligt at stå i en lang gang med ca. 10 meters afstand til hinanden. Langsomt bevægede jeg mig frem mod Irene. For hvert skridt jeg tog, spurgte jeg ind til Irenes kropslige reaktioner og tanker. Irene fik fra starten af øvelsen at vide, at hun skulle række hånden op og sige "stop", når hun kunne mærke, at det ikke var behageligt, hvis jeg nærmede mig yderligere. Irene havde svært ved at mærke, hvornår hun skulle sige stop. Jeg brugte derfor min egen fornemmelse af, hvornår Irenes grænse var nået. Da vi stod med ca. 4 meters afstand, sagde jeg til Irene, at jeg ikke skulle nærme mig yderligere. Det bekræftede Irene, og hun fortalte, at hun oplevede bløde knæ, som enten var klar til at synke sammen for at vise, at hun overgav sig, eller som var klar til at sætte af for at løbe væk.

I musikterapien lytter Irene og jeg til musik, vi har skrevet en sang, vi improviserer sammen på klaveret, og jeg har præsenteret ideen om at optage vores improvisationer, så Irene kan lytte til dem efterfølgende. En metode som den norske musikterapeut Gro Trondalen kalder *selv-lytning* (Trondalen, 2003).

I mit speciale (Nielsen, 2020) præsenterer jeg en fænomenologisk musikanalyse af fire improvisationer fra forløbet med Irene. Jeg



2 Mentalisering defineres som evnen til at se sig selv udefra og andre indefra (Robinson et al., 2018)

3 Ifølge ICD-10 (Version:2019, s. n.) defineres diagnosen nervøs spisevægring (F50.0) som "en tilstand eller lidelse karakteriseret ved tilsigtet væggtab, fremkaldt og vedligeholdt af patienten selv" (s. 125). Herudover skal fem kriterier opfyldes, før diagnosen kan stilles.

konkluderer i specialet, at analysen af improvisationerne belyser aspekter af henholdsvis Irenes *selvudtryk* og *interaktion* mellem Irene og mig. Selvudtrykket kan blandt andet udtrykkes i et musikalsk motiv, som gentages mange gange. Billedet nedenfor viser et eksempel på et af de motiver, som Irene gentager og vender tilbage til i en af improvisationerne.

Jeg tolker, at den musikalske interaktion mellem Irene og mig, kan forstås som et udtryk for relationelle erfaringer, Irene tidligere har gjort sig, et udtryk for den relation Irene og jeg indgår i i nuet eller et ønske fra Irene om, hvordan relationelle mønstre skal udfolde sig i fremtiden. Således er min forståelse, at den musikalske kommunikation mellem Irene og mig kan give Irene nye erfaringer af, hvordan

man kan være sammen med en anden. Den amerikanske professor i psykologi Daniel Stern beskriver begrebet *repræsentationer af generaliserede interaktioner* – eller forkortet RIG'er (Stern, 2000). Irenes RIG'er er muligvis, at voksne ikke lytter til hende, misforstår hende og ikke tilgodeser hendes behov. I musikken er der med de improvisatoriske metoder som for eksempel *grounding, holding, framing* og *matching* (jf. Wigram, 2004) mulighed for at give Irene erfaringen af, at der også er mulighed for at blive mødt, rummet og hørt i en relation.

Nedenfor ses to tegninger, som jeg har tegnet, mens jeg lyttede til improvisationerne i analyseprocessen. Tegningerne tydeliggør, hvilken type relation jeg oplever, der opstår mellem Irene og mig i musikken.





Bruch, 1973; Bruscia, 1998; Skårderud, 2000; Strehlow & Hannibal, 2019; Stern, 2000) og undersøgelser (se f.eks. Robarts & Sloboda, 1994; Trondalen, 2003), som også peger på, at disse fornemmelser giver mening. Dog er der – som i så mange andre tilfælde – også med denne patientgruppe brug for mere forskning, og der er behov for et kritisk og reflekterende blik på den anvendte behandlingsform og behov for at byde tvivlen velkommen.

## Referencer

- Bruch, H. (1973). *Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books.
- Bruscia, K. (1998). *The dynamics of music psychotherapy*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- ICD-10, Version:2019. (s. n.). Behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors. (F50-F59). <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F50-F59>
- LMS. (21. november 2019). *Spiseforstyrrelser*. Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskaide. <https://lmsos.dk/spiseforstyrrelser>
- Nielsen, K. (2020). *En undersøgelse af selvudtryk og interaktion med en musikterapeut hos en patient med anoreksi – en fænomenologisk musikanalyse af improvisationer i et individuelt musikterapiforløb*. Kandidatspeciale, Aalborg Universitet. [https://projekter.aau.dk/projekter/da/student-thesis/en-undersogelse-af-selvudtryk-og-interaktion-med-en-musikterapeut-hos-en-patient-med-anoreksi--en-faenomenologisk-musikanalyse-af-improvisationer-i-et-individuelt-musikterapiforloeb\(8aca91c7-9ea9-4592-979c-5887b7b12df8\).html](https://projekter.aau.dk/projekter/da/student-thesis/en-undersogelse-af-selvudtryk-og-interaktion-med-en-musikterapeut-hos-en-patient-med-anoreksi--en-faenomenologisk-musikanalyse-af-improvisationer-i-et-individuelt-musikterapiforloeb(8aca91c7-9ea9-4592-979c-5887b7b12df8).html)
- Robarts, J., & Sloboda, A. (1994). Perspectives on music therapy with people suffering from anorexia nervosa. *British Journal of Music Therapy*, 8(1), 7–14.
- Robinson, P., Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2018). *Hunger: Mentalization-Based treatments for eating disorders*. New York: Springer Publishing.
- Skårderud, F. (2000). Vægten af et selv. Spiseforstyrrelser og selvpsykologi. I S. Karterud & J. Monsen (red.), *Selvpsykologi: Udviklingen efter Kohut* (s. 246-286). København: Hans Reitzels forlag.
- Strehlow, G. & Hannibal, N. (2019). Mentalizing in improvisational music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 28(4), 333–346. <https://doi.org/10.1080/08098131.2019.1574877>
- Stern, D. (2000). *Spædbarnets interpersonelle verden: Et psykoanalytisk og udviklingspsykologisk perspektiv* (3. udg.). København: Hans Reitzels forlag.
- Sundhedsstyrelsen (december 2005). *Spiseforstyrrelser. Anbefalinger for organisation og behandling*. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2005/Publ2005/PLAN/Spiseforstyrrelser/Spiseforstyrrelser.ashx>
- Trondalen, G. (2003). “Self-listening” in music therapy with a young woman suffering from anorexia nervosa. *Nordic Journal of Music Therapy*, 12 (1), 3–17.
- Wigram, T. (2004). *Improvisation methods and techniques for music therapy clinicians, educators and students*. London: Jessica Kingsley Publishers.

# Musikterapi og dialektisk adfærdsterapi – hvordan kan de komplementere og inspirere hinanden?



*Maja Frommelt, musikterapeut, cand. mag. Aalborg Universitet, Uddannet i DAT og Relationel Traumeterapi. Ansat på KABS Stjernevang, Valby. Kontakt: majafrommelt@gmail.com.*



*Birna Hentze, musikterapeut, cand.mag., Aalborg Universitet, Uddannet i DAT og prolonged exposure terapi. Ansat i DAT Ung, Blåkrossheim, Færøerne. Kontakt: birna@blakross.fo.*

Dialektisk adfærdsterapi (DAT) er en metode, der har vundet indpas mange steder i psykiatrien og i rusmiddelbehandlingen. Vi er begge uddannede i metoden, der anvendes som en del af misbrugsbehandlingen på de to institutioner, hvor vi er ansat som musikterapeuter. Tydeligheden og den klare struktur i DAT er meget tiltalende for os som musikterapeuter, som ofte arbejder med nonverbale og subtile forandringer. Samtidigt er det klart for os, at DAT er en manualbaseret metode, der har mindre fokus på den procesorienterede udvikling i forhold til kontakt, som vi er optagede af i musikterapi. Vi blev nysgerrige på, om DAT kan inspirere musikterapien til mere tydelighed og målrettethed, og på hvordan musikterapi kan komplementere DAT. Derfor satte vi os for at "oversætte" DAT-strukturen til musikterapeutiske metoder. Her vil vi præsentere nogle overordnede linjer i vores opdagelser. Målet er at inspirere til nye måder at arbejde på som musikte-

rapeuter og at belyse forskelle i tilgangene. Dette kan være en vigtig viden for os musikterapeuter med kollegaer, der anvender DAT som metode.

## Hvad er DAT?

Dialektisk adfærdsterapi (DAT) er en psykoedukativ, manualbaseret metode udviklet af professor i psykologi Marsha Linehan sidst i 1980'erne, som en del af den tredje bølge inden for kognitiv terapi. Metoden er oprindeligt udviklet med henblik på at hjælpe mennesker med borderline personlighedsforstyrrelse, men er, empirisk underbygget, effektiv i forhold til andre emotionelle- og adfældsforstyrrelser, heriblandt misbrugsproblematikker (Axelrod et al., 2011; Dimeff et al., 2000; Linehan et al., 2002; Linehan et al., 1999). Dialektikken i DAT forstås som balancen mellem forandring og accept. DAT bygger på en overbevisning om, at alle gør det bedste, de kan (accept), og samtidig har

brug for at lære nye færdigheder (forandring) (Linehan, 2014). Metoden kombinerer adfærdsterapi og mindfulness og er struktureret omkring fire moduler: Opmærksomhed/mindfulness, krisefærdigheder, følelsesregulering og relationsfærdigheder. Klienter i et DAT-forløb deltager i en undervisningsorienteret færdighedstræningsgruppe og i individuel terapi, hvor de lærer at implementere de enkelte færdigheder i deres hverdag og bl.a. gennemgår registreringsskemaer, som er ugentligt hjemmearbejde.

DAT har en klar struktur, og de enkelte færdigheder formulerer almen "sund fornuft" på en tydelig måde. Formålet med dette er, at klienter kan lære at regulere deres følelser mere hensigtsmæssigt. Forståelsen er, at når vi har det svært med følelser, mangler vi nogle færdigheder, som det er muligt at lære. Et opløftende budskab, der giver mening for mange af de klienter, vi ser i behandlingen.

### **Hvordan er regulering forskellig i musikterapi og DAT?**

Set ud fra et neuroaffektivt perspektiv sker regulering i musikterapi igennem en såkaldt "bottom-up"-proces, via det som psykolog Susan Hart omtaler som det autonome niveau og det limbiske, emotionelle niveau i hjernen (Hart, 2009; Hart, 2017). Der er også mulighed for at arbejde på det præfrontale, mentaliserende niveau gennem samtaler, men fokus ligger som oftest på de to grundlæggende niveauer – det autonome og det limbiske. DAT derimod arbejder primært ud fra det præfrontale, mentaliserende niveau gennem undervisning og arbejde med øvelser relateret til de specifikke færdigheder. Målet er at lære at regulere følelser bedre gennem dette. I DAT lærer klienterne altså at regulere sig selv via "top-down"-processer (startende fra et kognitivt niveau). I musikterapi lærer klienterne at regulere sig selv "bottom-up"

gennem den gensidige relation med egen krop, musikken og terapeuten.

I DAT arbejder man som udgangspunkt fra den mentaliserende del af hjernen, og der er høj sandsynlighed for, at klienter, der ikke er i stand til at indordne sig denne metoderiske ramme, bliver ekskluderet. På baggrund af vores kliniske erfaringer estimerer vi, at en stor del af gruppen af mennesker med ADHD eller traumer/PTSD, som har et nervesystem i højt alarmberedskab, ikke har gavn af DAT, da der er belæg for, at høj neurologisk arousal påvirker evnen til refleksion og rationel tænkning (Perry, Pollard, Blakley, Baker og Vigilante, 1995). Vi oplever, at en del mennesker med høj arousal og et nervesystem i alarmberedskab ikke kan indgå i struktureret undervisning eller løse opgaver på egen hånd. Ud fra dette perspektiv vil det derfor være afgørende at berolige nervesystemet og regulere følelser, før det er muligt at modtage undervisning og lære nye færdigheder. DAT er heller ikke egnet til mennesker med psykoser, mennesker i skizofrenispektrumet eller mennesker med nedsatte kognitive funktioner. Dette ekskluderer yderligere en stor del af mennesker med misbrugsproblematikker, da mange af disse har dobbeltdiagnoser (Karterud, Wilberg & Urnes, 2013). I DAT bruges udtrykket, at klienter kan have "terapiforstyrrende adfærd", og det er nærliggende at tænke, at det sommetider handler om, at klienten ikke formår at indgå i den kognitive tilgang.

### **Øvelser versus afprøvninger**

I DAT lærer man færdigheder i en undervisningsgruppe, og færdighederne illustreres via øvelser, som har til formål at tydeliggøre, hvorfor den pågældende færdighed er vigtig. Et eksempel kan være opmærksomhedsfærdigheden "Gør én ting ad gangen", hvor en øvelse kan være at udføre flere opgaver

samtidig, selvom dette ikke er fysisk muligt. Herigennem lærer vi, at det er godt at gøre én ting ad gangen.

Sådan som vi arbejder som musikterapeuter, laver vi sjældent øvelser med forudbestemte formål, men opstiller "spilleregler" ud fra temaer, som klienten bringer frem. Vi anvender desuden en række musikterapeutiske interventioner som en fælles arena, hvor klient og terapeut sammen udforsker reaktioner, handlemuligheder eller følelser. Man kan sige, at vi laver udforskende "afprøvninger" fremfor øvelser med specifikt definerede formål.

Med kritiske øjne kan man spørge, om vi som musikterapeuter arbejder målrettet nok - særligt når vi har at gøre med mennesker med selvskadende adfærd, der kan have gavn af retningsanvisninger for at sikre den truede sikkerhed.

## Hvordan kan DAT-inspireret musikterapi se ud?

De omkring 25-30 formulerede færdigheder i DAT er inddelt i fire grupper, som vi vil forholde os til i det følgende: Opmærksomhedsfærdigheder, krisefærdigheder, følelsesreguleringsfærdigheder og relationsfærdigheder.

### Opmærksomhed/mindfulness-færdigheder

Opmærksomhedsfærdighederne er grundlæggende for alle andre færdigheder i DAT. Det er de ud fra en tankegang om, at hvis vi skal forandre noget, må vi først vide, hvordan tilstanden er aktuelt og være til stede i nuet. Som musikterapeuter arbejder vi med meget fokus på det, man i DAT kalder opmærksomhedsfærdigheder. DAT kan inspirere os musikterapeuter med det meget distinkte sprog, metoden er formuleret i. Dette sprog kan tydeliggøre, hvad det er, vi arbejder med og på denne vis gøre terapien mere målrettet. DAT beskriver "hvad- og hvordan-færdig-

heder". "Hvad" henviser til *deltagelse*, f.eks. at klient og terapeut spiller instrumenter sammen, observation, f.eks. at klienten opmuntres til at lægge mærke til, hvad der sker undervejs i improvisationen, og *beskrivelse*, f.eks. at klienten i en dialog med terapeuten beskriver, hvad der konkret skete i improvisationen. "Hvordan-færdigheder" handler om at fremme et faktaorienteret, accepterende sprog frem for et dømmende sprog. Dette er vigtigt for os at være opmærksomme på, når klienter f.eks. nedgør deres eget spil på instrumenterne. Opøvelse af opmærksomhed på dette kan udvikle et mindre tolkende sprog med vågenhed overfor, hvordan man kommenterer på egne handlinger.

Med musik har vi en oplagt mulighed for at arbejde med opmærksomhed her og nu. Dette er vigtigt, ikke mindst i rusmiddelbehandling hvor engageret interaktion i

### Trommeimprovisation

*Terapeut og klient sidder med hver deres djembe. Sammen udforsker og observerer de, hvordan djemben ser ud, hvordan den føles, og hvordan den lyder (observation). Efter et stykke tid, hvor de har lært trommen at kende, introducerer terapeuten klienten for en simpel rytme, som de spiller synkront. Derefter lader de rytmen udvikle sig til en improvisation (observation, deltagelse). Efter improvisationen beskriver terapeut og klient deres oplevelse af musikken (beskrivelse af adfærd, tanker og følelser i et ikke-dømmende sprog).*

musik er en stærk modvægt til den passivitet, der karakteriserer mange, der lever med misbrug og psykiatriske udfordringer. Hvis man har røget hash og kigget ind i en væg i de sidste otte år, er det betydningsfuldt at blive inviteret ind til at være aktivt med-skabende i samspil med en anden.

### Krisefærdigheder

I DAT lærer man at anvende krisefærdigheder for at undgå selvskadende adfærd, når man akut har det svært. Der er fokus på at distrahere sig selv, stoppe op og konsekvensberegne mulige handlinger. Der er bl.a. en færdighed, som hedder "Forbedre nuet". Den kaldes ofte "førstehjælpskassen" og handler om at finde måder at gøre den aktuelle tilstand lidt bedre på. Nogle klienter udformer en konkret kasse med ting og anvisninger, som kan hjælpe i en svær situation, hvor man skal undgå alkohol- eller stofindtag, selvmordsforsøg eller anden selvskadende adfærd, som har været den tidligere strategi. I forhold til målgruppen af klienter i psykiatri og rusmiddelbehandlingen er det godt at have terapeutiske metoder, der adresserer de krisesituationer, som gang på gang opstår. DAT kan inspirere os til, sammen med klienten, at planlægge, hvad man kan gøre, når det hele brænder på. I forhold til en musikterapeutisk kontekst kan vi bruge de indre billeder, "safe spaces", kropslige fornemmelser og sommetider spirituelle indsigter eller erfaringer, som ofte opstår gennem aktive og receptive musikoplevelser. Vi kan lave en kriseplan fra musikterapien, der indeholder påmindelser omkring det meningsfulde, man har fundet frem til i terapien. Det kan også være anvisninger om at lytte til bestemt musik, anvende særligt effektive kropslige øvelser eller andet. En krisefærdighed kaldes "Lindring og trøst gennem sanseindtryk". Det at spille eller lytte til musik kan opleves som

### Musikken giver trøst

*En klient i en musikterapigruppe fortæller, hvordan han hører nummeret "Last Flower" af Radiohead. At lytte til nummeret hjælper ham til at græde og til at holde sig fra hash, som plejer at være hans løsning, når han er ked af det. Musikken giver trøst og hjælper ham til at blive i følelsen i stedet for at ryge den væk og gøre sig følelsesløs.*

omsorgsfuld berøring - at blive holdt om og rummet i fuld accept. Det kan være godt at have musik i baghånden til en dårlig dag. En anden af krisefærdighederne kaldes "TIPP" (temperatur, intens fysisk øvelse, "paced breathing", spænde op og af). Denne færdighed opmuntrer klienten til at distrahere sig selv i en kritisk situation ved hjælp af kraftige sansninger i kroppen, f.eks. ved at tage hovedet ned i koldt vand, stå i en squat eller holde isterninger i hænderne. DAT påmindrer her om kroppen som reguleringsmulighed.

I musikterapi er vi optagede af at regulere kroppen differentieret og ikke blot i forhold til krisehåndtering. Musik kan i sig selv regulere arousal gennem påvirkning af hjerterytme, puls og hormonsystemerne (Christensen, 2017). At bruge stemmelyd stimulerer vagusnerven og regulerer nervesystemet (Porges, 2011). Improvisationer og kropslige afprøvninger i musikterapi kan være en måde at finde frem til individuelt doseret muskelaktivitet (tempo, intensitet mv.). For mennesker, der er vant til at påvirke kroppen med høj dosering af stoffer, er det en god mulighed for at lære at regulere

**Musik i krise-værktøjskassen**

*En klient, der tidligere plejede at regulere sig selv ved at cutte og at drikke alkohol, når følelserne blev for svære, beskrev krise-færdighederne ved slutningen af sit forløb således: "Før havde jeg kun kniven og flasken i min værktøjskasse, men nu har jeg fyldt værktøjskassen med DAT-redskaber og musik. Så når jeg kan mærke, at følelserne begynder at blive for svære, kommer jeg hovedet i koldt vand og bagefter distraherer jeg med at høre eller spille musik, indtil det værste er overstået".*

sig mere nuanceret (Brantbjerg, 2019).

DAT kan inspirere os til at have fokus på det vigtige i at hjælpe klienten med at udvikle strategier til brug i akutte krisesituationer.

**Følelsesreguleringsfærdigheder**

Følelsesfærdigheder anvendes for at genkende og håndtere primære følelser, før de fører til kæder af stressende sekundære reaktioner. Det kan f.eks. være at opdage, at man faktisk er ked af det, inden man handler voldeligt i affekt. I DAT lægges der stor vægt på at lære om grundfølelser og på at balancere følelser og fornuft. Dette læres som sagt på et kognitivt niveau gennem undervisning. Fordelen ved dette er, at klienterne bevidstgøres og får et tydeligt sprog for deres indre emotionelle tilstand, og at de derefter kan arbejde på at regulere sig selv. DAT kan inspirere os til at være meget konkrete i forhold til at navngive, hvilke følelser der dukker op, sådan at det er tydeligt, at klienten lærer at mærke, genken-

de og adskille de forskellige følelser. Dette er fundamentet for færdigheden, der opmuntrer til at møde den primære følelse med såkaldt "radikal accept" i stedet for at dømme den.

Udfordringen er, at mange af de mennesker, vi møder i psykiatrien og i rusmiddelbehandlingen, har lagt så meget låg på deres følelser med rusmidler, at det tit er svært for dem at mærke og adskille primære følelser. Vi ved, at musik er en god indgang til at komme i kontakt med følelser og til få erfaringer af, hvordan forskellige følelsesmæssige tilstande faktisk føles. Fælles musikoplevelser og kropslige afprøvninger i musikterapi er ofte en måde at få kontakt med de indre tilstande, som Daniel Stern i sin forskning referer til som "vitalitetsaffekter" - en slags forløbere for følelser, der opstår på det sansende, autonome niveau (Stern, 1985/1998; Hart, 2017). Ofte fordybes følelsesmæssige tilstande gennem såkaldt limbisk resonans. Dermed bliver det til en ny erfaring af, at det er muligt at være i følelsen og regulere den, uden at den behøver at gemmes væk ved hjælp af stoffer eller alkohol (Hart, 2017). Hart pointerer vigtigheden i at skabe synkronisering på det autonome niveau og herfra at lade de primitive affekter udvikle sig i et gensidigt kontaktfelt (på det limbiske, emotionelle niveau), inden klienten inviteres til at mentalisere (Hart, 2017). Hun betoner denne "bottom-up"-bevægelse med argumentet om, at der ikke sker erkendelse gennem alle tre niveauer, hvis man mentaliserer for hurtigt (ibid.). At arbejde "bottom-up" kan åbne for at finde sansede erkendelser på et kognitivt niveau, f.eks. med ord for nye opdagede måder at være til på.

DAT kan inspirere os til tydeligere formidling af erfaringer med at arbejde med følelser i musikterapien med klienterne ved at sætte navne på følelser og skelne mellem primære og sekundære følelser.

## Relationsfærdigheder

Relationsfærdigheder i DAT skal hjælpe til, at man beder om det, man har brug for, sætter klare grænser og samtidig bevarer sin selvrespekt. Dette kombineres med assertiv træning, hvor man lærer at håndtere udfordringer i relationer og at opbygge selvrespekt. I DAT er relationsfærdighederne hovedsageligt bygget op omkring verbalt sprog. Enkelte færdigheder omhandler også kropssprog, som f.eks. "BIVA", der skal forbedre relationer gennem opøvelse af forholdemåder såsom at være blid, vise interesse, validere og være afslappet overfor andre. En anden færdighed hedder "VÆRD". Den adresserer vigtigheden af at sætte grænser ved at opbygge selvrespekt og være ærlig.

Det er vores opfattelse, at man i DAT i høj grad tager basale relationsfærdigheder for givet, hvilket ofte slet ikke passer med funktionsniveauet for klienterne. At sætte grænser forudsætter, at klienten ved, hvor hans/hendes grænser er. Det gør han/hun typisk ikke, hvis han/hun ikke aner, hvor de skal sættes. Hvis klienten eksempelvis er tidligt skadet eller traumatiseret, er der brug for meget terapeutisk arbejde for at finde ud af, hvad der skaber behag og ubehag (arbejde på det sansende, autonome niveau), før man helt indefra kan finde sine grænser og blive i stand til at sætte dem.

I vores øjne virker det som et stort krav at skulle lære relationsfærdigheder fra et "top-down"-perspektiv og på egen hånd at skulle træne adfærd i et netværk af mennesker, der ofte også er udfordrede.

Som musikterapeuter er vi eksperter i nonverbal kommunikation med "sproget før sproget", og i musikterapi er det muligt at lære at modne interpersonelle færdigheder gennem nonverbal kommunikation "bottom-up". Noget nonverbal adfærd udspilles direkte i musikken (f.eks. turtagning, imitation, lede,

følge), og andet viser sig som spontan social mimik og gestik, som opstår gennem interaktionen i musikken. Klienten får i den gensidige udveksling med musikterapeuten sansede erfaringer af, hvad kontakt og relation er.

Stephen Porges konkluderer, at musikterapi er en meget præcis måde at træne social nonverbal adfærd i interaktion, hvilket rigtig mange mennesker i det psykiatriske system har store problemer med (Porges, 2011). Hans polyvagale teori er et neurovidenskabeligt argument for, at social adfærd læres gennem "bottom-up"-processer, hvor overlevelsereaktioner som "kamp, flugt, frys" skal reguleres, før der bliver overskud til følelser, social adfærd og kognition (ibid.). Når klienter har et meget højt arousalniveau, er det vores erfaring, at dette skal adresseres, før de kan få noget ud af en tilgang som DAT.

Vi kan lade os inspirere af DAT i forhold til perspektivet om vigtigheden af at blive opmærksom på den primære følelse og tilskyndelsen til at finde frem til, hvad man har brug for, når man har det sådan. Dette inspirerer til et selvomsorgsperspektiv, hvor klienten kan øve sig i at finde ord for at melde sine behov ud til sin omverden. Musikterapi giver mulighed for lige præcis at øve mange af de udfordringer, klienterne har i forhold til interpersonel kommunikation. Dette er en stor styrke i vores fag.

## Konklusion

DAT vinder indpas mange steder i psykiatrien og i rusmiddelbehandlingen og har som metode gode forskningsmæssige resultater. Derfor er det relevant for os musikterapeuter at være åbne for at lære af DAT, men også at være bevidste om, hvorledes musikterapi komplementerer DAT. Især det distinkte sprog og bevidstheden om indlæring af færdigheder, der kan fremme vores klients psykiske tilstand, er værd at have in mente

som en slags landkort i musikterapien. DAT-inspireret musikterapi kan tydeliggøre, hvilken læring der finder sted i det terapeutiske rum, og dette kan lette implementeringen af det tillærte i hverdagen.

Musikterapi er til gengæld en mulighed for at aktivere det sansemæssige, autonome og det limbiske, emotionelle niveau i nervesystemet, hvilket er grundlæggende for at udvikle en mere hensigtsmæssig regulering af følelser. I musikterapi er det muligt at få sansede erfaringer af gensidig kommunikation og - i udveksling med terapeuten og musikken - at udvikle grundlæggende interpersonelle færdigheder. Musikterapi inkluderer desuden også klienter med psykoselidelser, skizofrenilidelser og funktionsnedsættelser, i modsætning til DAT. Eftersom en stor del af mennesker med misbrugsproblematikker netop har dobbeltdiagnoser og er prægede af svære traumerelaterede belastninger, er det oplagt at arbejde både med DAT og musikterapi i rusmiddelbehandlingen.

## Referencer

- Axelrod, S. R., Pereplechikova, F., Holtzman, K., & Sinha, R. (2011). Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37(1), 37–42.
- Brantbjerg, M. H. (2019) Widening the map of hypo-states: A methodology to modify muscular hypo-responsand support regulation of autonomic nervous system arousal. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, Vol.15(1), 53-67.
- Christensen, E. (2017). Hjernens og kroppens perceptioner, emotioner og netværk i relationen til musikterapi - en introduktion til aktuel forskning. I C. Lindvang og B.D. Beck (red.), *Musik, krop og følelser*, s. 79-103 Frederiksberg: Frydenlund Academic.
- Dimeff, L., Rizvi, S. L., Brown, M., & Linehan, M. M. (2000). Dialectical behavior therapy for substance abuse: A pilot application to methamphetamine - dependent women with borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(4), 457–468.
- Hart, S. (2009). *Den følsomme hjerne*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Hart, S. (2017). Introduktion til neuroaffektive processer i musikterapi. I C. Lindvang og B.D. Beck (red.), *Musik, krop og følelser* s. 53-78. Frederiksberg: Frydenlund Academic.
- Linehan, M. M. (2014). *DBT Skills Training Manual* (2nd ed.). New York: The Guildford Press.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., & Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67(1), 13–26.
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J. & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug dependence. *The American Journal on Addictions*, 8(4), 279–292.
- Perry, Pollard, Blakley, Baker og Vigilante (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and “use-dependent” development of the brain: How “states” become “traits”. *Infant Mental Health Journal*, 16(4), 271-291.
- Porges, S. W. (2011). The Polyvagal Theory. *Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication and Self-regulation*. New York: W.W.Norton & Company.
- Stern, D. (1998). Barnets interpersonelle univers; *Et psykoanalytisk og udviklingspsykologisk perspektiv*. (2. udg.). København: Hans Reitzels Forlag.

# "Kan du ikke spille noget med Pink Floyd?"

Om miljømusikterapi på et lukket afsnit midt i en coronatid

*Rikke Hoff, cand.mag  
i musikterapi, ansat  
ved Psykiatrisk Center  
Amager. Kontakt:  
rikkehoff89@gmail.com*



Det er ikke nogen hemmelighed, at det kan tage tid at sparke døren ind for alvor på en arbejdsplads, som ikke ellers har tradition for musikterapi. Det ved også jeg. Jeg har, siden jeg blev færdiguddannet musikterapeut for fem år siden, tilbragt det meste af mit arbejdsliv på Psykiatrisk Center Amager. Først i to barselsvikariater i et tværfagligt aktivitetsteam og nu i en projektstilling under en anden stillingsbetegnelse – som projektleder og frivilligkoordinator.

Jeg vil følgende give et indblik i, hvordan min arbejdsplads er stykket sammen, og hvordan jeg med min musikterapeutiske baggrund indgår i hverdagen på et lukket afsnit. Jeg vil komme med eksempler på, hvordan jeg anvender miljømusikterapi og beskrive, hvordan netop denne metode har vist sig særlig effektiv i en tid med coronarestriktioner, hvor vi skal holde fysisk afstand til hinanden.

Jeg har hele tiden arbejdet på B1, som er et lukket intensivt afsnit. Her har jeg nogle dygtige, varme og kompetente kolleger; herunder sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, læger, psykologer, en billedkunstner, en fysioterapeut og en psykomotorisk

terapeut. Sidste tre nævnte indgår i det tværfaglige aktivitetsteam, der for år tilbage blev etableret som led i nedbringelsen af tvang både som forebyggende og deeskalerende instans. Under min tid i aktivitetsteamet havde jeg stor frihed til at skabe min egen rolle som musikterapeut. Jeg fik opbygget et musikterapi-lokale og havde dagligt mange individuelle sessioner, heriblandt nogle længerevarende forløb, men oftest mere eller mindre spontane sessioner som resultat af den omskiftelige hverdag på et lukket afsnit.

## **Projekt 'Frivillig indsats i døgnafsnit'**

I slutningen af 2019 modtog Psykiatrisk Center Amager fondsmidler til et tidsbegrænset projekt, hvor målet var at inddrage frivillige på det lukkede afsnit B1 til at lave aktiviteter med patienterne i aften timerne.

Som patient indlagt på et lukket døgnafsnit har man oftest meget begrænset eller slet ingen mulighed for at bevæge sig væk fra afsnittet. En indlæggelses varighed varierer, og en patients afskæring fra omverdenen vil derfor afspejles heri. Som resultat af dette er patienternes hverdag med mulighed for aktiviteter og socialt samvær afhængig af det

enkelte afsnits tiltag. Hos Region Hovedstadens Psykiatri er et af hovedbegreberne i den psykiatriske behandling recovery. *Recovery* betyder 'at komme sig', og er et begreb og en tilgang, hvor skabelsen af håb og selvbestemmelse er i centrum til at fremme et meningsfuldt liv.<sup>1</sup> Dette trods psykisk sygdom. Med fokus på patienternes recovery under indlæggelse på lukket afsnit er det et mål, med hjælp fra frivillige, at øge mængden af aktiviteter, social kontakt og mulighed for at indgå i fællesskaber. Dette er et spændende projekt med masser af muligheder, etiske dilemmaer og kommunikationsopgaver, som jeg fik styringen for fra februar 2020, da mit andet barselsvikariat ophørte.

Ud over at stykke frivilligprojektet sammen og lede det i praksis, var en del af jobbeskrivelsen at lave aktiviteter med patienterne på afsnittet. Dette betød, at jeg fik frihed til fortsat at arbejde med musikterapeutiske interventioner på B1, når jeg havde tid, og det gav mening.

## Coronaens indpas

Som så mange andre steder, fik corona desværre sat frivilligprojektet på standby i flere måneder, da nedlukningen for besøg på afsnittene også inkluderede frivillige. Pludselig stod jeg med lidt for mange timer mellem hænderne og kunne blot se til, at afstandsrestriktionerne gjorde det udfordrende for mange af mine kolleger at navigere på afsnittet. For en stor del af behandlingen af psykiatriske patienter består naturligvis af omsorg og nærhed – både i psykisk, men også fysisk forstand; hvad enten det er gennem et knus, en ballstick-massage<sup>2</sup> eller blot et håndtryk, når man præsenterer sig for hinanden.

Under min tid som musikterapeut i aktivitetsteamet har jeg et utal af gange skubbet mit store skoleklaver ind på fællesområderne på afsnittet og spillet for og med patienter. Også mine kolleger har glædeligt deltaget, og der er i løbet af de forgangne år opstået mange fællessangssessioner med en skøn blanding af patienter og personaler lige fra ledelse til plejepersonale.

Også mine nærmeste ledere har ofte deltaget og mærket glæden, roen og den fællesskabsfølelse, som opstår, når vi synger sammen. Derfor blev det besluttet, at jeg under coronanedlukningen skulle gå på tværs af centerets fire lukkede afsnit og facilitere fællessang og miljømusikterapi. Målet var at tilbyde nærvær og mulighed for fællesskab, når vi nu ikke kunne give knus osv.

Miljømusikterapi defineres ifølge Aasgaard, som en systematisk proces, hvor musik bruges til at fremme helse i et defineret miljø inden- eller udenfor institutioner (Aasgaard, 1998: 168).

At gå på tværs af flere afsnit blev for mig en spændende mulighed for at få bredt kendskabet til musikterapi mere ud på centeret.

## Musikterapi i fællesmiljøet

På B1 bruger jeg ofte morgenmødet, hvor der er patientgennemgang, til at informere mine kolleger, hvis jeg påtænker at lave fællessang senere på dagen. Langt de fleste af dem forsøger at prioritere dette i deres ellers travle dag med patientsamtaler, medicingivning, netværksmøder, dokumentation og de utallige andre små og store opgaver, som dukker op. Det er helt tydeligt, at langt størstedelen af mine kolleger er blevet rigtig glade for at synge i takt med fællessangens indtog

1 Definition hentet fra: <https://www.psykiatri-regionh.dk/undersogelse-og-behandling/Recovery/Sider/default.aspx>

2 En ballstick er en bold med små pigge på, som bruges til at massere med. Dette kan virke afslappende og beroligende.

på afsnittet. Det er også her, hvor grænsefladen mellem patient og personale for en stund bliver udvisket, når vi sammen synger "Tusind stykker" eller "Imagine", som vi har gjort det uendeligt mange gange før. Reglerne er frie: Man må ønske sange, man må lytte, man må synge højt, man må lære, man må mindes, man må grine, man må græde, man må komme, man må gå og man må være lige den, man er. Lige dér midt på et lukket afsnit sammen med en flok af andre mennesker, som også for en tid har brug for indlæggelse.

Ud over at facilitere fællessang, ruller jeg også ofte klaveret ind på B1 for at kreere et lydmiljø, som kan danne en ramme for afsnittet i en rum tid.

Nogle dage kan stemningen på afsnittet, ikke overraskende, være til den triste, negative og utrygge side. Dette er farvet af hvilke patienter vi har, som tæller mennesker, der er i dyb depression, og som måske er blevet indlagt på baggrund af et selvmordsforsøg, mennesker, som har en psykose, nogle med manisk adfærd og andre igen, som er meget selvskadende. Alle har det til fælles, at de er til fare for sig selv eller andre, nogle er indlagt på tvang og andre frivilligt. Som resultat af de mange forskellige sindsstemninger kan lydmiljøet på afsnittet variere fra at være stille og afdæmpet til uroligt, larmende og uforudsigeligt.

Jeg ruller klaveret ind, stiller det lige midt i afsnittet og slukker fjernsynet, som ellers kører uafbrudt. Fra jeg sætter mig, tager jeg mig tid til at mærke efter, hvordan miljøet på afsnittet er netop nu, og hvad jeg vil spille. Jeg spiller som regel meget sagte til at begynde med, for bedst muligt at blande ind, så ingen bliver overraskede eller pludseligt forstyrrede af en brat ændring af lydene i afsnittet. Jeg spiller enten kendte sange eller

improviserer melodier, som er forudsigelige i sit udtryk med takt, puls og tonale kadencer. Målet er at skabe tryghed og en stemning af varme.

Der findes mange reaktioner på musikken, når jeg spiller i miljøet. Det ville være løgn, hvis jeg påstod, at absolut alle synes, det er et hit. Nogle patienter går ud i rygegården, andre ind på deres stuer. Nogle kommer og spørger, hvornår jeg stopper, hvortil jeg altid giver et klart svar med et fast tidspunkt, for hvis musikken skal give mening, skal den også stoppe igen. Når det er sagt, er der også mange, som nyder godt af musikken. Nogle begynder helt automatisk at gå langsommere ned ad gangen – også personale. Måske er der en patient, som lægger sig i sofaen bag mig og falder i søvn, én sætter sig i nærheden af mig og nyrer med, og nede ad gangen råber én: "Kan du ikke spille noget med Pink Floyd?". "Selvfølgelig kan jeg det!" svarer jeg, og inviterer patienten lidt tættere på. Nogle gange synger jeg til. Dette er noget, jeg særligt ynder at gøre, hvis der sidder en eller få patienter tæt på mig. Jeg bruger her min stemme til at gøre en sang, som betyder noget for den enkelte, personlig, mens jeg retter sangen mod den, der lytter; som en gave. Jeg giver sangen god tid, bruger dynamik på klaveret til at opbygge intensitet og holder små pauser i melodien for at understøtte tekstens indhold. Det at sætte ord på overfor patienten, at sangen er en gave, oplever jeg, kan være med til at tydeliggøre hensigten med omsorg. Disse musikalske gaver har ført til nogle fine øjeblikke og i mange tilfælde et startskud til en alliance, hvor det er legalt og ufarligt at dele følelser i musikken. Sidst, men ikke mindst, ved jeg af erfaring, at nogle patienter stiller deres dør på klem ind til stuen, så de kan ligge i deres seng og lytte til klaverspillet, som fylder gangene.

## Musikken som stemningsbærer

Noget af det jeg holder allermost af ved det miljømusikterapeutiske arbejde på netop et lukket afsnit som B1, er dynamikken. Dynamik som et andet ord for noget, der er i bevægelse, og som er organisk skiftende. Jeg oplever, at jeg som musikterapeut må være dynamisk – både når det gælder fornemmelsen for rummet, omstillingsparathed, autenticiteten overfor den enkelte patient, og patienter og personale som samlet gruppe. Jeg må være dynamisk, når vi netop på en patients ønske har sunget "Tears in Heaven", og stemningen i flokken er blevet lidt tung, og derpå må efterleve det næste ønske om f.eks. "Vimmersvej" uden at glemme nogen i mørke minder, mens resten skråler videre og griner. For at kunne skifte mellem to sange, som fordrer forskellige sindsstemninger, anvender jeg klaveret til at skabe underlægningsmusik, mens de deltagende bladrer hen på næste sang i sanghæftet. I underlægningsmusikken går jeg gradvist fra f.eks. et langsomt tempo med en mol-kadence til skridt for skridt at introducere flere durakkorder og stigende tempo. Dette gør jeg for at lave en blid overgang. Musikkens delelementer, som bl.a. harmoni, tempo og dynamik, gør det muligt for mig at bære patienter, personale og mig selv frem og tilbage mellem den alvor og letsindighed, som kan opstå i fællessangen.

Efter næsten fire måneder er jeg så småt kommet i gang med frivilligprojektet igen, hvor jeg tager hensyn til en række restriktioner som følge af corona. Jeg har i forbindelse med projektet længe gerne villet indføre et koncert-koncept på B1, hvor patienter fra andre afsnit kan komme på besøg og få en musikoplevelse. Jeg har kontakt med mange musikere, som står i kø for at få lov til at komme og spille for vores patienter, og vi har netop afholdt vores første udendørs koncert i

skyggen af æbletræerne i gården. En dejlig eftermiddag, hvor vi, trods opmærksomhed på afstand og håndhygiejne, lykkedes at samles på tværs af afsnit og om musikken.

Jeg besøger stadig de tre resterende lukkede afsnit på centeret én gang om ugen på et fast tidspunkt og laver fællessang. Det er fantastisk at mærke opbakningen fra patienter og personale, som ikke ellers bruger eller har live-musik i hverdagen. Der bliver ligesom på B1 sunget højt, trillet tårer og fortalt historier, når sangene vækker minder, og man får en følelse af at dele nogle meget særlige momenter på tværs af liv og situation.

På B1 derimod er de vant til musikken, og de fleste af patienterne ved godt, hvad jeg er for en størrelse: Jeg er hende med det store klaver, der ruller op og ned ad gangene, som altid gerne vil synge, lytte, lave sjov, trøste, tilbyde en pause og give et musikalsk knus.

I psykiatrien kan musikken tilbyde patienter et rum, hvor man kan finde fællesskab og omsorg; man kan tage en pause, mærke sine følelser eller udtrykke sig. For øjeblikket fylder musikterapien dagligt fællesmiljøerne på de lukkede afsnit på Psykiatrisk Center Amager, og det er mit håb, at den på sigt kan blive en fast følgesvend, når man er indlagt.

## Referencer

- Aasgaard, T. (1998). Musikk-miljøterapi: Uvanlig? Uinteressant? Uutforsket! *Nordic Journal of Music Therapy* 7(2): 168-171.

# Musikterapeuter, der arbejder i psykiatrien (MIP) – en netværksgruppe

*Maja Frommelt, musikterapeut, cand.mag. Aalborg Universitet, Uddannet i DAT og Relationel Traumeterapi. Ansat på KABS Stjernevang, Valby. Kontakt: [majafrommelt@gmail.com](mailto:majafrommelt@gmail.com).*



MIP-gruppen er et fagligt netværk for alle uddannede musikterapeuter, der arbejder i psykiatrien, og som ønsker inspiration og støtte fra fagfæller. Alle musikterapeuter, der arbejder i hospitalspsykiatrien eller socialpsykiatrien samt kommunalt ansatte eller selvstændige er velkomne. MIP-gruppen udsprang af forskergruppen, der i sin tid udgav MIPO, der fortsat ligger tilgængelig som onlinetidsskriftet "Musikterapi i Psykiatrien Online".

I løbet af det sidste år har vi mødtes på forskellige arbejdspladser i landet, hvor musikterapeuter arbejder. Vi har været hos Britta Frederiksen, der dengang arbejdede i retspsykiatrien i Slagelse, hos Maja Frommelt, der arbejder på et ambulant behandlingssted for mennesker med dobbeltdiagnose i Valby og hos Trine Hestbæk på et socialpsykiatrisk bosted i Kolding. I maj under coronanedlukningen afholdt vi et virtuelt møde via Zoom, og vi synes, det var så velfungerende, at vi overvejer, at hvert andet møde kan foregå virtuelt, hvor fordelene er, at der ikke bruges rejsetid. Næste møde bliver formentlig i Odense, hvor Dansk Magisterforening udlåner deres lokaler gratis.

Eftersom de fleste musikterapeuter er alene indenfor deres fagfelt på deres arbejdsplads, er møderne et vigtigt sted at udveksle erfaringer med fagfæller, blive inspireret og indsamle ny viden indenfor musikterapien i psykiatrien.

Til møderne har der været god energi, og vi har været glade for at kunne dele såvel vanskeligheder som sejre. Temaer har for eksempel været at finde sin identitet som musikterapeut, at kombinere sin faglighed med andre terapeutiske tiltag, såsom traumebehandling, recovery og miljøterapi, overlap og forskelligheder i feltet mellem musikere og musikterapeuter, drøftelse af arbejde med stemmehøring og sparring omkring oprettelse af flere stillinger i psykiatrien. Netværket fungerer desuden som et sted, hvor man kan få input til igangværende forskning. Især på det sidste møde, drøftede vi hvordan MIP-netværket kan understøtte formidling af musikterapi i psykiatrien til et bredere publikum – både fagformidling og formidling til lægmand. Vi brainstormede på forskellige muligheder, og lektor i musikterapi på Aalborg Universitet, Niels Hannibal, har inviteret til at skrive i delte dokumenter med argumenter

for musikterapi og har oprettet en oversigt over relevante kontakter. Kathrine Nielsen, der er musikterapeut på Center for Spise- forstyrrelser i Region Sjælland, forsøgte at inspirere DR til en historie om, hvordan den fællessang, som er blevet populær i Danmark under coronakrisen, flittigt bruges af musik- terapeuter på grund af dens terapeutiske po- tentialer. Det lykkedes desværre ikke at få DR interesseret i denne omgang, men Kathrine fandt ud af, at man kan tippe DR om nyheder via deres hjemmeside ([https://dr.custhelp.com/app/ask\\_step\\_3/p/108/c/97](https://dr.custhelp.com/app/ask_step_3/p/108/c/97)). Musik- terapeut på Center for Mestring i Viborg, Maria Swartz Pfrogner, der arbejder med psykiatrisk rehabilitering, blev kort efter drøftelserne om formidling på MIP-mødet interviewet til Viborg Stifts Folkeblad, hvilket der kom to fine artikler om musikterapi og psykisk sundhed ud af.

I MIP-netværket er vi ikke i tvivl om musik- terapiens store betydning på psykiatriområ- det, og der er en stor lyst til, at dette bliver formidlet ud i den bredere befolkning. Det er vigtigt at folk ved, at musikterapi findes og er en mulighed.

Nu ved du, at MIP-netværket findes, og at det er muligt at deltage, såfremt du er musikterapeut og arbejder indenfor psykia- trien. Hvis du er interesseret i at være med, så kontakt Maria Swartz Pfrogner pr. mail: [mpf@viborg.dk](mailto:mpf@viborg.dk)

# Stafetten

## En musikterapeut beretter – inspireret af en interesseret fagkollegas spørgsmål

*Sanne Storm, cand.mag. og ph.d. i musikterapi, ansat på Psykiatrisk Center, Landssygehuset Tórshavn, Færøerne, samt ekstern lektor og gæsteforsker ved musikterapiuddannelsen, Aalborg Universitet. Kontakt: stormsanne@gmail.com.*



**Signe Marie Lindstrøm:** Vil du fortælle om udfordringer og landvindinger i processen med at udvikle et helt nyt klientområde med stemmebaseret musikterapi: kvinder med fødselsdepression? Hvordan arbejder du konkret med kvinderne, og har stemmearbejde særligt potentiale og/eller kontraindikationer med denne klientgruppe? Er der særlige forhold, der gør sig gældende i dette arbejde i et øsamfund som Færøerne? Og hvor finder du selv inspiration og udviklingsrum til dit eget procesarbejde med stemmen?

Tusind tak for stafetten, Signe. Jeg skal gøre mit bedste for at svare på dine meget omfattende spørgsmål.

### Udvikling af et helt nyt klientområde

Der har været og er stadig mange forskellige udfordringer forbundet med processen i at udvikle et helt nyt klientområde. Nogle udfordringer er konkrete, og knyttet til hvilke roller jeg havde mulighed for at indtage, med de kvalifikationer jeg besad, samt til valget af denne rolle. Andre er mere overordnede og knyttet til administration og organisation.

Set i bakspejlet kunne jeg have valgt en meget mere enkel rolle, end jeg gjorde. Det ville have betydet langt færre udfordringer;

men jeg valgte at gå *all in* og udnytte alle de kvalifikationer, jeg havde til rådighed, sådan at jeg kunne være med til at præge udviklingen af et helt nyt felt: En tidlig og helsefremmende indsats mod angst og depression under graviditet og i det første år efter fødsel – og samtidig synliggøre musikterapiens relevans i denne indsats.

### Inddraget som et muligt terapeutisk behandlingstilbud

Startskuddet til at sætte fokus på et helt nyt klientområde kom i 2010 fra Sundhedsplejen, som ønskede at indføre en landsdækkende procedure, der tidligt kunne opspore kvinder i risiko for at udvikle en fødselsde-

pression. I begyndelsen blev jeg, som ansat ved Psykiatrisk Center, inddraget som et muligt terapeutisk behandlingstilbud, og jeg afgjorde selv, at det musikterapeutiske tilbud skulle være min krop- og stemmebaserede tilgang, også kaldet psykodynamisk stemmeterapi. Jeg tænker dog også, at det ikke er uvæsentligt, at jeg på det tidspunkt, hvor jeg blev inddraget, var ph.d.-studerende og i mit forskningsprojekt havde fokus på generel depression og den menneskelige stemme. Min beslutning om at vælge psykodynamisk stemmeterapi som en tilgang var dels baseret på mine kliniske erfaringer og viden opnået gennem min forskning i forhold til generel depression, dels på viden fra allerede eksisterende forskning, der synliggjorde hvilken betydningsfuld rolle stemmen har i relationen mellem barnet og de primære omsorgspersoner (Storm 2013, 2016; Gratier & Trevarthen 2007; Netsi et al 2018).

Jeg blev hurtigt inkluderet som en del af arbejdsgruppen<sup>1</sup>, der skulle definere den samlede og tværsektorielle indsats for dette nye klientområde. I arbejdsgruppen endte jeg med ikke kun at repræsentere et muligt musikterapeutisk behandlingstilbud, men også at repræsentere Psykiatrisk Center. Mit enga-

gement og valg om at gå all in blev vækket i mødet med kvinderne ramt af efterfødselsreaktioner. Aldrig tidligere havde jeg mødt klienter med så megen kraft og så dedikerede på at finde en vej til at komme sig uden at skulle tage medicin. Samtidig erfarede jeg hurtigt, at meget kunne undgå at blive psykiatrisk og ende i sekundærtjenesten. Særligt hvis tilbuddene i primærtjenesten rummede viden og klinisk erfaring fra psykiatrien til at imødegå behovene hos de mødre, som var hårdest ramt af psykiske efterfødselsreaktioner.

### **Bevægelsen fra at være et musikterapeutisk behandlingstilbud til at være projektleder og koordinere et tværsektorielt forskningsprojekt**

I slutfasen som ph.d.-studerende gik jeg derfor videre og tog meget tidligt i processen idéen og udfordringen op, hvor jeg definerede og formulerede indsatsen som et tværsektorielt forskningsprojekt<sup>2</sup> med mig som projektleder. I den funktion så jeg muligheden for at indtage en mere overordnet og koordinerende rolle, hvor jeg både repræsenterede Psykiatrisk Center (sekundærtjenesten) og samtidig kunne fokusere på hvilke tilbud, det kunne være gavnligt at have til rådighed

1 Arbejdsgruppen var flerfaglig, tværsektoriel og involverede i begyndelsen repræsentanter fra Sundhedsplejen og Psykiatrisk Center. De praktiserende læger havde valgt ikke at være repræsenteret aktivt i arbejdsgruppen, men var en del af samarbejdet om at iværksætte indsatsen i sin helhed, hvor de praktiserende læger havde deres rolle. I dag inkluderer arbejdsgruppen også repræsentanter fra Jordemodertjenesten.

2 Hovedformålet med forskningsprojektet er at etablere en tidlig opsporing af og en tidlig indsats mod angst og depression hos kvinder under graviditet og i det første år efter fødsel. Desuden at lave en opgørelse af, hvor stor en procentdel der har brug for enten en mere intensiv indsats fra jordemodertjenesten og sundhedsplejen, et flerfagligt behandlingsteam med psykiatrisk viden og erfaring eller decideret psykiatrisk behandling og evt. indlæggelse. Med andre ord ville forskningsprojektet også kunne klarlægge, om adgangen til et flerfagligt behandlingstilbud med en psykiatrisk viden og erfaring i primærtjenesten kunne forebygge indskrivelse og diagnosticering i psykiatrien.. Det musikterapeutiske formål i forskningsprojektet er at få beskrevet kvindernes oplevelse af et psykoterapeutisk behandlingstilbud baseret på psykodynamisk stemmeterapi, og hvordan de oplever denne terapiform indvirker, samt at undersøge min stemmetest VOIAS's psykometriske egenskaber og muligheder for at dokumentere effekten af det musikterapeutiske behandlingstilbud.

i primærtjenesten. Dette, oplevede jeg, ville give mig muligheden for at undersøge musikterapiens indplacering som et fag og muligt tilbud i primærtjenesten.

Men idéen om at gøre indsatsen til et forskningsprojekt skulle jo sælges til de implicerede sektorer. Forslaget blev dog godt modtaget, og min udfordring med at gennemføre idéen og praktisere den var nu at formulere forskningsprojektet godt nok til, at det Færøske Forskningsråd samt to udenlandske peer reviewere fandt min ansøgning kvalificeret og værd at støtte. Konkurrencen om forskningsmidlerne er stor; men det lykkedes mig at få den maksimalt mulige støtte på 1,5 million, som den Færøske Sygekassese-fond kunne bidrage med. Sammen med den økonomiske støtte fra Psykiatrisk Center, Jordemodertjenesten og Sundhedsplejen, kunne forskningsprojektet nu i princippet gennemføres.

På den måde fik jeg en position og rolle i en flerfaglig og tværsektoriel arbejdsgruppe. Her definerer, beskriver og koordinerer jeg nu – i et tæt samarbejde med arbejdsgruppen – indsatsområdet i sin helhed. Derudover rummer min rolle også en faktisk administration af mulige tilbud<sup>3</sup> til de kvinder, som er hårdest ramt af psykiske før- og efterfødselsreaktioner, samt en praktisering af det musikterapeutiske tilbud. På Færøerne bliver den kommende eller nybagte mor altså allerede under første møde og samtale

om, hvad hun og vi oplever bedst kan støtte hende til at restituere sig, præsenteret for musikterapi som en valgmulighed på lige fod med andre mulige tilbud.

### **Placering af det musikterapeutiske tilbud og udvikling af en tværfaglig og tværsektoriel Shared Care-organisering**

Der er mange udfordringer knyttet til spørgsmålet om, hvordan en helt ny indsats til en udvalgt målgruppe udvikles fra idé til praksis. Særligt når ambitionen er at etablere en tværfaglig og tværsektoriel Shared Care-organisering<sup>4</sup>, hvor borgeren og dennes behov er i centrum. De forskellige sektorer omfattede i opstarten Sundhedsplejen på Færøerne, Psykiatrisk Center og de praktiserende læger. I dag inkluderer den også Jordemodertjenesten. Alle har deres egen ledelse og administration. Disse forhold komplicerer i sig selv etableringen og organiseringen af ansvarsområderne i en Shared Care-indsats. Som musikterapeut havde jeg også overvejelser om, hvor i indsatsen af det nye klientområde, det var relevant og vigtigt at forsøge at indplacere musikterapien. Dernæst kom udfordringerne omkring at manifestere dette. Her var min udfordring også at stole på, at min ideologi var værd at holde fast ved og vigtig at kæmpe for.

Min ideologi er baseret på, at indsatsen i forhold til denne målgruppe først og fremmest bør have afsæt i et sundhedssyn, være

3 Tilbuddene til de hårdest ramte kvinder administreres i et flerfagligt team under min ledelse på Psykiatrisk Center og inkluderer dels krop- og stemmebaseret musikterapi, dels en kognitiv baseret terapi, der kan gives i hjemmene og endelig muligheden for at blive visiteret videre til psykiater og/eller medicinsk behandling.

4 Shared Care er i dette tilfælde et tæt samarbejde mellem et team med særviden indenfor psykiske reaktioner under graviditet og det første år efter fødsel på Psykiatrisk Center, Sundhedsplejen, Jordemodertjenesten, samt de praktiserende læger. Formålet med en Shared Care-organisering er at støtte livskvalitet hos mor, barn og familien ved et tilbud om tidligt at spore svære psykiske reaktioner, have kortere ventetid og mere direkte adgang til hjælp, samt vedvarende at øge kvaliteten af indsatsen og de relevante behandlingstilbud.

baseret på flerfaglige tilbud, og at disse først og fremmest bør ligge i primærtjenesten. Samtidig har jeg erfaret, at mine mange års erfaring indenfor psykiatri har givet mig en forhåndsviden, der er meget gavnlig. Den støtter mig til, sammen med klienten, at kunne vurdere, om problematikken kræver involvering af psykiatrisk behandling såsom medicin, tilsyn af en psykiater eller ligefrem indlæggelse. På samme måde har det i det musikterapeutiske arbejde vist sig meget gavnligt og vigtigt både at have meget klinisk erfaring og egenoplevelser med terapirettet krop- og stemmearbejde.

### **Når der peges på et nyt indsatsområde**

Man skal være forberedt på, at når der peges på et helt nyt indsatsområde eller behandlingstilbud, så vil der også være modstand, som viser sig på mange forskellige måder. Eksempelvis oplevede vi i arbejdsgruppen, at der helt i begyndelsen var manglende respekt og forståelse hos en stor del af de praktiserende læger for, hvor indgribende moderens psykiske efterfødselsreaktioner kunne være, og at disse til trods for dette alligevel kunne imødegås og håndteres med afsæt i et sundhedssyn. Et andet eksempel på modstand var manglende forståelse og respekt for, hvordan min metode "psykodynamisk stemmeterapi" kunne styrke moderen til at håndtere og rumme de svære følelser og reaktioner på fødslen og/eller tiden efter fødsel. Derfor er det meget vigtigt at kunne dokumentere, at behov eksisterer, beskrive dem og hvordan de faktisk kommer til udtryk og kan imødegås, samt hvad der kommer ud af indsatsen. Så min udfordring har hele tiden også været ikke at lade mig slå ud, men at være meget vedholdende og insisterende. Efter mange års ihærdig vedholdenhed oplever jeg i dag en manifesteret respekt for og forståelse af moderens psykiske reaktioner på graviditet,

fødsel og tiden efter fødsel. Opmærksomheden begynder også umærkeligt af sig selv at inkludere faderen. Denne forståelse og respekt omfatter også hvad psykodynamisk stemmeterapi kan bidrage med.

En anden udfordring jeg har mødt er, om en kandidat i musikterapi er kvalificeret og har kompetencer til at besidde den position, jeg aktuelt besidder og netop har beskrevet. Denne fordom mærker jeg desværre særligt, når jeg møder psykiatere eller læger udenfor Færøerne, som nok almindeligvis ellers leder og administrer en given indsats til borgeren. Jeg tror, at en meget væsentlig grund til at min rolle har kunnet accepteres af Psykiatrisk Center, Sundhedsplejen, Jordemoder-tjenesten og de praktiserende læger er, at jeg udover at være ph.d. også har mange års praktisk erfaring indenfor psykiatri og nu også indenfor denne målgruppe. Derudover har jeg et godt omdømme både fagligt og som person, som bygger på et bredt og vidtfavnende netværk og mødrenes oplevelser. Dette har stor betydning i et lille og tæt samfund, som Færøerne er.

### **Har stemmearbejde et særligt potentiale og/eller kontraindikationer med denne klientgruppe?**

Det er så bestemt min oplevelse baseret på mange års klinisk erfaring, at terapirettet krop- og stemmearbejde har et særligt potentiale. Resultatet af mit ph.d.-projekt "Research into the Development of a Voice Assessment in Music Therapy" afslørede blandt andet, hvordan stemmen blev mere klangfuld, og hvordan for eksempel antallet af overtoner voksede frem, i takt med at depressionen lettende, og gav mere liv til stemmens udtryk (Storm 2013, 2016). Studiet og afbildningen af overtonernes tilstedeværelse i stemmen var et parameter blandt mange andre udvalgte parametre i stemme-assessment

profilen VOIAS<sup>5</sup> (Storm 2013, 2018). Dette resultat samsvarede desuden med klientens egenoplevelse af større vitalitet (Storm 2016). Men et er hvad jeg mener og tænker, et andet er hvad klienten reelt oplever, at denne tilgang giver og støtter dem med. Derfor har jeg også i mit aktuelle forskningsprojekt af den menneskelige stemme som et terapiredskab sat fokus på at få afdækket og beskrevet, hvordan klienten oplever denne specifikke tilgang, hvad de oplever, den bidrager med, såvel som hvad den udfordrer. Forskningsprojektet fokuserer på nøje udvalgte krop- og stemmeinterventioner, og forløbet for hvordan disse introduceres i det musikterapeutiske behandlingsforløb. De mest centrale interventioner er beskrevet i artiklen "Den menneskelige stemmes stimulering af krop og psyke - psykodynamisk stemmetherapi mod prænatal angst og depression" (Storm 2017). Så det spørgsmål håber jeg på at kunne besvare mere uddybende, når mit projekt er færdigt i 2021.

### **Mine kilder til inspiration, udvikling og rum til procesarbejde med stemmen**

Jeg oplever, at inspiration og udvikling hænger rigtig meget sammen med at blive ved med at være nysgerrig og åben. En stadig inspirationskilde for mig er mødet, og det som vækkes og kommer i spil både indeni mig selv og interpersonelt. Jeg tror næsten at alt, hvad jeg har udviklet indenfor terapirettet krop- og stemmearbejde, udspringer af en lydhørhed overfor dette stemmelydige univers, og hvad det vækker. Lydhørheden har

afsæt i ønsket om at ville møde mennesket og sammen med det menneske at finde en vej i terapien, støtte og styrke den anden til at nå dertil at kunne tillade sig selv, at kroppen og stemmen er i rummet og udtrykker det, som hjertet er fuldt af. Jeg oplever det som meget vigtigt at være åben for impulser og etablere vilkår, der grøder kreativiteten til at være og handle. Jeg har rigtig mange gange oplevet, at jeg opdagede eller fandt på nye ting netop dér i det interaktive interpersonelle stemmelydende rum.

Mit eget private udviklingsrum finder jeg i mange forskellige sammenhænge både indenfor og udenfor musikterapi, men ofte i de grænseområder hvor diskussionen kan blive, om det er terapi eller en kunstart. Et eksempel på dette var sidste år, hvor jeg deltog i en stor festival og et nordisk tværkunstnerisk teaterprojekt i Århus om natur, menneske og klima- og paradigmeændringer, der hed "Singing Our Place Festival" skabt og arrangeret af Katrine Faber<sup>6</sup>, kvinden bag Teater Viva. Katrine Faber fungerede i denne sammenhæng både som iscenesætter, skuespiller, historiefortæller, komponist, sanger og underviser. Her deltog jeg i to korte kurser, et ledt af Pirkko Fihlman, en grædekone fra Finland, et andet af Varste Mathæussen fra Grønland, som er kunstner og maskedanser. Hos Pirkko blev vi guidet til selv at praktisere en græde- eller glædessang, og hos Varste arbejdede vi med den grønlandske maskedans. Begge kurser bragte mig steder hen, som jeg ikke havde kunnet finde selv. Jeg fandt stor inspiration til mit eget virke, men også

5 VOIAS er en stemme-assessment profil jeg har udviklet i forskningsprojektet "Research into the development of voice assessment in music therapy" (Storm 2013)

6 Katrine Faber er desuden dels kendt for at have skabt VoxViva, der er et kursus og personligt udviklingsforløb på 9 måneder, der udforsker stemmens, sangens og fortællingens muligheder, dels for sit psykoterapeutiske tilbud "Skabende Psykoterapi".

mange fællesnævnerne med den måde, som jeg tænker og forstår mit terapeutiske krop- og stemmearbejde på.

Jeg vil gerne sende stafetten videre til Nanna Højlund Smalbro, som i skrivende stund ligeledes står overfor at etablere et musik-terapeutisk tilbud i nye rammer, nemlig på det nye børne- og ungehospice ved Hospice Djursland.

Nanna, vil du fortælle om, hvordan du er implementeret i de nye rammer på din arbejdsplads, og hvilke overvejelser du har omkring musikterapeutens og musikterapiens mulige rolle på et hospice, der nu inkluderer børn og unge? Hvad er dit generelle musik-terapeutiske fokus i dit hospicearbejde? Hvilke metoder og tilgange benytter du? Hvad i dit musikterapeutiske fokus og din tilgang er forskelligt, og hvad ligner hinanden i forhold til hospice med voksne og børn/unge?

## Referencer

- Gratier, M & Trevarthen, C (2007) Voice, Vitality and Meaning: on the Shaping of the infant's utterances in willing engagement with culture. Comment on Bertau's "on the notion of voice. *International Journal for Dialogical Science*. 2 (1), 169-181.
- Netsi, R.M., L. Pearson; L. Murray; P. Cooper; M.G. Craske; A. Stein (2018) Association of Persistent and Severe Postnatal Depression With Child Outcomes. *JAMA Psychiatry*. 2018; 75(3):247-253
- Storm, S. (2013) *Research into the Development of a Voice Assessment in Music Therapy*. PhD - Institut for Kommunikation, Aalborg Universitet
- Storm, S. (2016) VOIAS - et stemme-assessmentsskema til vurdering af klientens psykiske tilstand og terapeutiske proces, - en undersøgelse af dens kliniske relevans fra et case-perspektiv. *Musikterapi i psykiatrien - Klinisk praksis, forskning og formidling*. Online 11 (1)
- Storm, S. (2017) "Den Menneskelige Stemmes Stimulering af Krop og Psyke – Psykodynamisk Stemmeterapi mod Prænatal Angst og Depression." i C. Lindvang and B.D. Beck (red) *Musik, Krop og Følelser. Neuroaffektive Processer i Musikterapi*, Frydenlund Academic."
- Storm, S. (2018) "The Voice Assessment Profile" In: S. Jacobsen, E. Waldon, G. Gattino (ed) *Music Therapy Assessment*. Jessica Kingsley.

# Ny forskning i musikterapi

Januar 2020 - august 2020

**Hanne Mette Ochsner Ridder**, professor  
ved Musikterapiuddannelsen og Forskerpro-  
grammet i Musikterapi, Aalborg Universitet.  
Kontakt: [hanne@hum.aau.dk](mailto:hanne@hum.aau.dk)



## Specialeafhandlinger i musikterapi

---

I perlerækken af kandidatspecialer i musikterapi fra foråret 2020 er der som forskningsmetode hovedsageligt anvendt caseforskning, dog med en stor vifte af tilgange. Fælles for alle er at empirien blev indsamlet i den fire måneders afsluttende praktik. De nu færdige kandidater i musikterapi har således undersøgt emner i forhold til børn med fysiske og psykiske funktionsnedsættelser eller autismespektrumforstyrrelser, unge med anoreksi eller Aspergers syndrom, eliteatleter eller konservatorie-studerende. Specialerne kan downloades på musikterapiuddannelsens hjemmeside under modulbeskrivelser for 10. semester.<sup>1</sup>

**Anne Simone Dagnæs-Hansen:** *Gruppemusikterapi som ramme for udvikling af empati hos børn med fysiske og psykiske funktionsnedsættelser. Et kvalitativt casestudie med en hermeneutisk tilgang.*

**Christian Horthy Stenrøjl:** *You'll Never Walk Alone - en kvalitativ-eksplorativ undersøgelse af et musikterapiforløb med en eliteatlet.*

**Ida Sofie Krogh Mølgaard:** *"Hvad betyder det?...Vis det lige igen" - Et interpretivistisk eksplorativt casestudie, der undersøger forekomsten af social kommunikation, i et musikterapeutisk forløb med et barn med en autisme spektrum forstyrrelse.*

**Kasper Spring Ehlers:** *Musikterapeutisk sangskrivning med en kræftramt kvinde i palliativ behandling med eksistentielistisk og relationelt fokus – et kvalitativt single-casestudie.*

**Kathrine Nielsen:** *En undersøgelse af selvudtryk og interaktion med en musikterapeut hos en patient med anoreksi - en fænomenologisk musikanalyse af improvisationer i et individuelt musikterapiforløb.*

---

<sup>1</sup> Kandidatspecialerne kan findes på [www.musikterapi.aau.dk/musikterapiuddannelsen/modulbeskrivelser/10semester/](http://www.musikterapi.aau.dk/musikterapiuddannelsen/modulbeskrivelser/10semester/)

**Line Malmskov:** *Rehabiliteringskategorier i Musikterapi ved erhvervet hjerneskade. Et kvalitativt studie.*

**Mathilde Hougard Villadsen Holt:** *"Min sang" – Et kvalitativt casestudie, om en terapeutisk sangskrivningsproces kan styrke mentaliseringsevnen hos en pige med anoreksi.*

**Mark Arge Egebjerg:** *Udvikling af selvrefleksion og autonomi i musikterapi: Et kvalitativt udforskende singlecase studie, der undersøger udviklingen af selvrefleksion og autonomi i et musikterapeutisk forløb med en 18-årig ung kvinde med skizofreni.*

**Peter Whitta-Jørgensen:** *Konservatoriestuderendes møde med fri improvisation i en musikterapeutisk session: et kvalitativt eksplorativt studie baseret på tematisk og musikalsk analyse.*

**Thea Lind Petersen:** *Bearbejdning af skam i musikterapi - Et kvalitativt singlecase-studie af et musikterapiforløb med en suicidaltruet ung mand med Aspergers syndrom.*



Årets danske kandidater.  
Bagerst fra venstre:  
Line Malmskov, Mathilde  
Hougard Villadsen Holt,  
Ida Sofie Krogh Mølgaard,  
Thea Lind Petersen, Anne  
Simone Dagnæs-Hansen.  
Forrest fra venstre:  
Peter Whitta-Jørgensen,  
Kathrine Nielsen og  
Christian Horthy Stenrøjl.

## Nyt om forskning i musikterapi fra AAU

I de sidste årtier har der troligt været afholdt ph.d.-kurser i musikterapi to gange årligt. Denne rytme blev brudt med aflysning af forårets kursus på grund af corona, og for første gang blev der afholdt et online ph.d.-forsvar, da Tove Stenderup forsvarede sin afhandling. Der var overvældende opbakning til ph.d.-forsvaret med mere end 70 tilmeldte som deltog over Skype. **Tove Stenderup** undersøgte socialpædagogers brug af musik i samværet med mennesker med hjerneskade. I et aktionsforskningsprojekt samarbejdede hun med socialpædagoger og borgere fra Ikast-Brande Kom-

mune om deltagelse i musikalske aktiviteter. På baggrund af en analyse af socialpædagogernes handlingsforståelser, kom Stenderup frem til at pædagogerne gennem musikalsk samvær så borgerne og deres potentialer i et bredere perspektiv, hvilket bl.a. foreslås tænkt ind ved visitation af borgere. Desuden oplevede pædagogerne udfordringer i forhold til egne musikalske kompetencer, hvilket peger på at både kompetenceudvikling og tværprofessionelt samarbejde er nødvendigt for at pædagogerne kan føle sig trygge og have fagligt overskud til at inkludere musik i en social indsats. Således mener Stenderup at kompetenceløft med hensyn til musik kan indgå i pædagoguddannelsen og som et videreuddannelsesforløb, og i begge tilfælde knyttet an til praksis.

Stenderup, T. (2019). *Musikalsk samvær i den socialpædagogiske indsats med mennesker med erhvervet hjerneskade: Et kvalitativt forskningsprojekt i et aktionsforskningsperspektiv*. Ph.d.-afhandling, Det Humanistiske Fakultet, Aalborg Universitet. Aalborg Universitetsforlag. Tilgængelig online: [www.mt-phd.aau.dk/phd-theses](http://www.mt-phd.aau.dk/phd-theses).

Musikterapi-forskergruppen på Aalborg Universitet har publiceret en del forskning, herunder en forskningsprotokol til et studie om musikterapi med tidligt fødte børn; forskning om kultur på recept; kunst og kultur under corona; socialpædagogik og musikalsk samvær ved erhvervet hjerneskade; demensrehabilitering og personafstemt sang i demensomsorgen, samt et litteraturreview om manualbaserede komplekse interventioner, ligeledes i demensomsorgen. Læs mere om ovenstående samt de øvrige forskningsartikler på <https://vbn.aau.dk/da/organisations/musikterapi/publications/>.

## Review-artikler

---

*Hvordan måle effekten af musik hos tidligt fødte?* Brugen af musik på neonatalafdelinger forekommer i tiltagende grad internationalt (dog kun i ringe omfang i Danmark) og ofte med fokus på psykologiske mål, f.eks. angst hos moderen. I et systematisk review ønskede forskerne at kortlægge i hvor høj grad der anvendes fysiologiske parametre til at teste effekten af musikterapi eller musikmedicin hos tidligt fødte. Ud af 458 forskningsundersøgelser fandt de frem til 16 kliniske studier som anvendte fysiologiske mål, herunder hjerterytme, iltmætning, åndedræt og energiforbrug. I 12 af studierne sås en positiv effekt på de fysiologiske mål. Da det var små studier med under 30 deltagere i hver, var der dog ikke grundlag for at fastslå en fysiologisk effekt af musik hos tidligt fødte, men da de foreløbige resultater er lovende, anbefales yderligere forskning. Det skal tilføjes at der i kun seks af studierne blev anvendt levende musik eller sang.

Foroushani, S. M., Herman, C. A., Wiseman, C. A., Anthony, C. M., Drury, S. S., & Howell, M. P. (2020). Evaluating physiologic outcomes of music interventions in the neonatal intensive care unit: a systematic review. *Journal of Perinatology*, 1-10.

## Effektundersøgelser

*Kan musikterapi reducere smerte hos tidligt fødte?* Følgende studie kunne have bidraget med mere robuste resultater i ovenstående review om musik til tidligt fødte børn. Da blodkarrene i øjets nethinde ikke er færdigudviklede hos tidligt fødte kan der ske en fejludvikling, som i værste tilfælde kan betyde at barnet mister synet. Derfor foretages rutinemæssige øjenundersøgelser af de tidligt fødte. Undersøgelserne kan være smertefulde, og derfor vurderes børnenes smerte med The Premature Infant Pain Profile (PIPP). Her gives en score baseret på barnets ansigtsudtryk (panderynker og sammenknebne øjne) og fysiologiske indikatorer (hjerterytme og iltmætning). I det kliniske studie af 100 tidligt fødte fik interventionsgruppen på 43 børn musikterapi. Her hjalp en musikterapeut barnets mor med at synge en beroligende vuggesang for barnet. Sangen blev indspillet sammen med mors hjertelyd og afspillet i fem minutter *efter* øjenundersøgelserne. Undersøgelsen viste at musikbørnene kom sig hurtigere i forhold til smerten end børnene i kontrolgruppen, dog ikke på et signifikant niveau. Til gengæld var der signifikant bedring hvis øjenundersøgelserne tog længere tid eller viste en højere score for smerte. Forskerne konkluderede derfor at indspilninger med mors stemme og hjertelyd får tidligt fødte børn til at komme sig hurtigere ved længere og mere smertefulde øjenundersøgelser.

Corrigan, M. J., Keeler, J. R., Miller, H. D., Khallouq, B. A. B., & Fowler, S. B. (2020). Music therapy and retinopathy of prematurity screening: using recorded maternal singing and heartbeat for post exam recovery. *Journal of Perinatology*, 1-9.

*Kan musik øge smertetolerance?* En hyppigt anvendt måde at teste voksnes smerteoplevelse er at måle hvor længe de kan holde hånden i iskoldt vand. I et sådant smerteforsøg fik 63 kvinder på ca. 20 år noise cancelling hovedtelefoner på med enten musik, musik og guidet afspænding, eller stilhed. Musikken (*Fantasia on a Theme of Thomas Tallis af Vaughan Williams*) var valgt ud fra bl.a. anbefalinger fra bogen *Receptive methods in music therapy* fra 2006 af Denise Grocke og Tony Wigram. Forskerne forventede at musik ville mindske smerteoplevelsen, og at musik koblet med afspænding ville have en endnu større effekt. Den hypotese holdt dog ikke. Musik alene var lige så effektiv som musik og afspænding til at mindske smerteoplevelse. Musik i sig selv kan derfor tilsyneladende øge smertetolerance, men forskerne mente også at forsøget peger på at vi ved alt for lidt om de neurobiologiske og psykologiske virkninger af musik.

Johnson, A. J., & Elkins, G. R. (2020). Effects of music and relaxation suggestions on experimental pain. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 68(2), 225-245.

*Er musiker og publikum synkrone?* Det giver vel egentlig sig selv at publikum og musiker falder ind i samme rytme, det vil sige forholder sig synkront, hvis publikum er "med i" det, musikeren spiller. Med en avanceret teknik, NIR-spektroskopi, undersøgte forskere hjerneaktivitet hos både lytter og musiker. De kunne påvise en neural synkronicitet mellem begge, og endvidere at jo mere der kunne påvises af

denne neurale synkronicitet mellem lytter og musiker, jo bedre kunne lytteren lide musikken. NIR-spektroskopi måler kun på hjernebarken, så forskerne kunne ikke sige noget om dybere følelsesmæssige reaktioner, og om sådanne parametre var synkroner. Men alt i alt mente forskerne at når det vi hører, svarer til det vi forventer, kan vi opleve "inter-brain coherence", det vil sige en synkronisering af hjerneaktivitet musiker og musiklytter imellem.

Hou, Y., Song, B., Hu, Y., Pan, Y., & Hu, Y. (2020). The averaged inter-brain coherence between the audience and a violinist predicts the popularity of violin performance. *NeuroImage*, 211, 116655.

*Kan musik reparere på forladthedsfølelse?* Mangt og meget kaldes musikterapi, blot musik anvendes med et specifikt mål. I en kinesisk undersøgelse testede forskerne effekten af "musikterapi" på voksne med "Left-behind Experience", det vil sige voksne der i mindst et år af deres barndom var blevet forladt af deres nærmeste tilknytningspersoner. Tolv unge mandlige ikke-musikere blev i forsøget bedt om at lytte til musik dagligt i 30 minutter i 6 uger. Musikken skulle de vælge ud fra deres humør. F.eks. kunne de vælge Mozarts Alla Turca, hvis de var trætte, Beethovens Für Elise hvis de var irritable, eller Chopin ved angst, og Tchaikovsky ved ensomhed. Grundlaget for denne sammenkobling mellem musik og humør blev ikke uddybet eller forklaret. Sammenlignet med en kontrolgruppe, ligeledes på 12 personer, viste der sig signifikante ændringer i hjernens Theta-rytmer målt ved EEG. Dette forklarede forskerne med en forbedring af negative følelser hos personerne med "Left-behind Experience", da Theta-bølger (som typisk forbindes med let søvn) ifølge forskerne spiller en afgørende rolle i hjernens emotionelle netværk, og de konkluderede at musik kan øge folks positive attitude til livet.

Tian, Y., Ma, L., Xu, W., & Chen, S. (2020). The influence of listening to music on adults with left-behind experience revealed by EEG-based connectivity. *Scientific Reports*, 10(1), 1-10.

## Spørgeskemaundersøgelser

---

*Kan musik bedre musikeres humør og sundhed?* I et tidligere dansk studie af bl.a. professor Lars Ole Bonde beskrev amatørmusikere deres *sundhedsadfærd* som bedre end andres, herunder også bedre end professionelle musikeres. Disse beskrev til gengæld deres generelle *helbredstilstand* som bedre end andres, også selvom de faktisk nævnte at de havde diverse problemer med helbredet. Man undersøgte dog ikke hvordan musikerne *brugte* musikken, hvilket heller ikke er undersøgt i andre studier. En gruppe nordiske forskere undersøgte derfor ved hjælp af en spørgeskemaundersøgelse hvordan musik virker som en helbredsmæssig ressource for *musikprofessionelle*, en gruppe som her omfattede musiklærere, musikterapeuter, professionelle musikere/sangere og akademikere. I alt besvarede 504 respondenter (heraf 236 fra Danmark) online-spørgeskemaet. Som helhed havde respondenterne bedre selvrapporteret helbred og en sundere adfærd sammenlignet med deltagerne i den tidligere rent danske undersøgelse. Der var stor enighed om at musik havde en positiv indfly-

delse på eget helbred, og hos 69 % af de adspurgte endda at det var i afgørende grad. I gruppen af musikterapeuter (i alt 129, de fleste danske) svarede den største andel at musik i afgørende grad påvirkede deres helbred, mens akademikerne var mere skeptiske. Generelt lå akademikere og musikere lavere på parametre der handlede om helbred, hvor musikterapeuter lå i top, tæt fulgt af musiklærere. Den samlede gruppe af musikprofessionelle mente at følelsesmæssige oplevelser var det vigtigste ved musikken, hvilket står i kontrast til det generelle billede fra det rent danske studie hvor afslapning var den mest anvendte funktion ved musikken.

Saarikallio, S., Stensaeth, K., Horwitz, E. B., Ekholm, O., & Bonde, L. O. (2020). Music as a resource for psychological health for music professionals: A Nordic survey. *Nordic Journal of Arts, Culture and Health*, 2(01), 38-50.

## Caseforskning

---

*Kan der opstå synkrone øjeblikke trods svær autisme?* I et musikterapiforløb med en dreng med en svær autismespektrumforstyrrelse (ASF), ADHD og svær mental retardering opstod der efter 16 sessioner markante ændringer i samværet. Et særligt tema opstod i den fælles interaktion og gentog sig i de følgende sessioner. Materialet i undersøgelsen er baseret på førsteforfatters kandidatspeciale i musikterapi fra 2016, og efterfølgende er analysen og den teoretiske forståelse udfoldet og videreudviklet. Ved hjælp af en eksplorativ mikroanalyse af videooptagelser fra sessionerne beskrev forskerne tre typer af synkronicitet:

- Terapeuten spejler klientens bevægelser og lyd, uden at klienten viser social opmærksomhed
- Korte synkrone øjeblikke med fælles puls
- Klienten synkroniserer sig i korte øjeblikke med terapeuten og viser social opmærksomhed

Forskerne konkluderede at et fagligt fokus på synkronicitet kan bidrage til at fremkalde hidtil usete ressourcer hos barnet med ASF, og at et tværdisciplinært samarbejde gavner denne udvikling.

Nielsen, J. B., & Holck, U. (2020). Synchronicity in improvisational music therapy – Developing an intersubjective field with a child with autism spectrum disorder. *Nordic Journal of Music Therapy*, 29(2), 112-131.

# Musikterapeut-wannabe i en corona-tid

**Anne Sofie Borg**, cand.mag. i sprog og europæiske kulturstudier, samt PROMUSA-uddannet. Ansat i en musikterapeutstilling (et barselsvikariat) på Rosenlund Plejeboliger i Gladsaxe. Arbejder derudover med sansegudstjenester for demensramte i Lejre Provsti i samarbejde med demenspræst. Kontakt: [annesofieborg@gmail.com](mailto:annesofieborg@gmail.com)



Jeg forlod - måske lidt hovedløst - i december 2019 mit faste job som kulturpædagog til fordel for et barselsvikariat som musikterapeut eller musikterapeut-wannabe, som jeg formulerede det i min ansøgning, i Gladsaxe Kommune. Jeg er PROMUSA<sup>1</sup>-uddannet fra 2018 og har ikke kandidatdelen; jeg kalder mig derfor "musikterapeut-wannabe", fordi jeg ikke er færdiguddannet musikterapeut. Det er et stort ønske for mig at blive "rigtig" musikterapeut engang, og vikariatet var derfor en spændende chance for at afprøve i praksis, hvad jeg havde lært på min nyligt afsluttede – og vidunderlige – PROMUSA-uddannelse.

Det var fra dag et - og er stadig - en stor opgave for mig at løfte alle de mange opgaver, som de to musikterapeuter på Rosenlund har sat i gang med palliationsarbejde, implementering af Musicmind<sup>2</sup>, fællessang, dansecaféer, gruppemusikterapi, individuelle forløb og

musikformidling. Jeg havde med andre ord nok at se til.

Og så kom coronaen.

Jeg sidder på et terapeutkontor med en anden musikterapeut, to fysioterapeuter og to ergoterapeuter – et meget omsorgsfuldt team, som i begyndelsen af marts var noget forbeholdne over for den frygt og de rygter, der allerede før nedlukningen var begyndt at svirre. Men det var der mange andre på plejehjemmet, der ikke var. "Corona-angsten" begyndte langsomt, men sikkert, at bølge gennem plejehjemmet, op og ned - alt efter, hvad vi havde hørt og ikke hørt. Man begyndte at tale om ligkisterne i Italien i medierne. På plejehjemmet var der nogle, der var begyndt at hamstre. Der var noget med en leder, der havde været i Japan, men måske/måske ikke havde corona. Og en vikar, der havde det. El-

1 PROMUSA står for Professionsrettet Musikanvendelse. Studiet, der kan tages ved Aalborg Universitets afdeling i Sydhavnen, København, er for mennesker, der allerede har en uddannelse i forvejen. På mit hold var vi bl.a. folkeskolelærere, musikere og pædagoger - og en cand.mag. i sprog/kultur (mig). Optagelsesprøven svarer til optagelsesprøven til bacheloren i musikterapi i Aalborg, og vi har haft mange - men ikke alle - af de samme fag som på en bachelor i musikterapi. Vi har også ret til at søge om optagelse på kandidatdelen.

2 Musicmind er en rullende vogn med musik (på iPad) og højttaler. Musikken er sorteret i emner som f.eks. "lav arousal", "mellem arousal" og "høj arousal", "palliation" m.m. Den version, der er på Rosenlund, har musik, som særligt er tiltænkt arbejdet i ældreplejen.

ler? Følelserne bølgede op og ned, og spørgsmålene kom der flere og flere af.

Så var det, at Mette Frederiksen lukkede Danmark ned, og fra den ene dag til den anden var alt forandret på plejehjemmet.

Alle aktiviteter lukkede ned: den store fælles fredagssang, hvor alle beboere kan deltage, og hvor der også ofte er folk med udefra, aktivitetsklubben med syning og hygge, dansesecaféen, som musikterapeuterne står for, cafeén, hvor folk i boligerne tæt ved plejecentret ofte kom og spiste frokost, mandeklubben, ungeklubben og ikke mindst besøg fra familie og venner. Fra den ene dag til den næste blev plejehjemmet en stille og isoleret enhed. I terapeutteamet var det første spørgsmål: varetager vi kritiske eller ikke-kritiske funktioner? Skal vi møde på arbejde eller ej?

Det skulle vi.

Men hvordan skulle vi operere i denne nye virkelighed, hvor man skulle holde to meters afstand og helst ikke kramme og berøre og være tæt - noget af det beboerne har aller-mest behov for?

Som musikterapeuter fik vi at vide, at vi stadig måtte lave sang med grupper på op til ti på afdelingerne. Der var et ønske fra ledelsen om at sprede glæde og fællesskab. Og ja, der var virkelig et KÆMPE behov for aktivitet/glæde/fællesskab og stimulation i disse tidlige corona-dage. Sjældent har jeg oplevet så mange meningsfulde sang-/musikstunder som i de dage. Musikken blev i den grad brugt af både personale og beboere. Vi havde alle behov for at blive løftet. Problemet med denne succes var så også, at der tit kom for mange til vores fællesskabende musikaktiviteter på afdelingerne. Det var en udfordring. Så var der sangarkene, jeg plejede at uddele; måtte de blive brugt på alle afdelinger osv.? Blot for at nævne et par af de svære dilemmaer vi som musikterapeuter stod med.

Ledelsen holdt morgenmøder hver dag, og der kom dagligt nye informationer og nye retningslinjer for, hvor vi måtte være, hvordan vi måtte arbejde osv.

På et personligt plan var jeg og mange af mine kolleger, især i de tidlige dage, dybt splittede mellem at være bekymrede for beboerne og for at tage smitte med hjem. Jeg har børn på syv og otte og tænkte tanker som "de siger, børn ikke er særligt udsatte - men hvad ved vi om denne virus?". Andre havde bekymringer for familie med dårlige lunger, deres forældre eller egne sygdomsforløb. Plejehjemmet er stort. Der er ca. 150 beboere, flere afdelinger og både et somatisk og et skærmet afsnit med beboere med demens i svær grad. Jeg har dagligt kontakt med rigtig mange mennesker i hele huset. Jeg udsætter mig potentielt for stor smittefare med så stor en kontaktflade - og næsten endnu værre: Hvad hvis jeg selv er smittet uden at vide det og fører smitten videre til mennesker, der er meget sårbare over for virussen. Det føltes, og føles, som et stort, og til tider næsten paralyserende, ansvar.

Der var også de praktiske problemer i forhold til at få passet børnene, der var sendt hjem fra skole. Mine kolleger havde lignende eller andre udfordringer og bekymringer i forhold til hjemmefronten. Der var pres fra mange sider og megen uro i luften.

Stemningen på terapeutkontoret var i disse dage både anspændt, tung og overgearet. Der var galgenhumor og samtaler om livets og dagligdagens mening. Det var, som om alting var lidt mere ekstremt i disse tidlige corona-dage: frygten større end normalt, grinene højere. Vi var mange, der var meget trætte, når vi kom hjem fra arbejde. Og hudløse.

Beboerne var selvfølgelig langt fra upåvirkede, selvom det var og er forskelligt, hvor meget de forstod corona.

De første uger kørte nyhederne konstant på tv'erne rundt omkring, både i folks egne

boliger og i fællesrummene, og i denne tid altid med foruroligende nyheder: "Ældre er særligt udsatte", "100 nye smittede og 10 døde siden i går", "Nu lukker Storbritannien også ned" osv. Der var mange beboere, der var bange. Tv'erne blev snart slukket og ofte erstattet med musikvognene/Musicmind, efterhånden som personalet lærte, hvordan musikken, ofte anvist af musikterapeuter eller aktivitetsmedarbejdere, ændrede stemningen i rummene og havde potentialet til at ændre fokus fra det tunge til noget andet.

Der var en del beboere, der var bekymrede over selve virussen, men alt det, virussen medførte af afsavn i beboernes dagligdag, fyldte lige så meget, om ikke mere.

"Mandeklubben", en aktivitet med fokus på spil og mandehyge ledet af to mandlige terapeuter, var blevet aflyst, så der var flere af de yngre mænd, der kedede sig, var rastløse og drak flere bajere.

Flere beboere måtte holde runde fødselsdage uden fejring med kram og fest fra familie og venner.

Flere beboere med svær demens udtrykte mere uro.

Og da vi fik de første coronatilfælde svingede hele plejehjemmet op i en tilstand af uro og frygt. Synet af en demensramt dame med coronasymptomer, der forvirret og frustreret prøver at kommunikere med en plejer ikklædt visir og hvid beskyttelsesdragt fra top til tå, står indprentet i mit sind som et dramatisk symbol på coronaens indtog i plejehjemslivet.

---

3 "Minde-kasserne" på Rosenlund, også kaldet palliations- eller morskasser, er kasser, der indeholder lanterne med led-lys, sangark og dug, samt vejledning til, hvordan kasserne skal opstilles, og hvordan man kan foretage en udsyngning. Kassen sættes med tændt lanterne på toppen ved afdødes bolig for at vise, at beboeren er gået bort og for at mindes og ære personen.

## **En ny virkelighed, der kræver nye redskaber og medfører svære dilemmaer**

Musikterapi er med andre ord lige så relevant som altid på plejehjemmene - måske endda mere.

Men hvordan skal jeg lave musikterapeutiske tiltag, når nogle af mine centrale/vigtige værktøjer netop er kropskontakt, nærhed og kontakt, ikke mindst, når der er tale om demensramte borgere? Behovet for fællesskab, aktivitet og kontakt er enormt, men aktiviteterne kan potentielt skabe farlig smittespredning. Behovet for palliationsarbejdet og arbejdet med at skabe en kultur med værdig afsked er i den grad bekræftet, men indholdet til "minde-kasserne"<sup>3</sup> (lanterne, lys m.m.) fra Ikea ankom først efter tre måneder på grund af corona. Bedemændene måtte kun opholde sig kort tid på plejehjemmene af frygt for smittefare, så de planlagte udsyngninger med deltagelse af personale og beboere og nogle gange pårørende blev udsat på ubestemt tid, eller i bedste fald skåret ned til et absolut minimum. Sådan er det stadig.

Når jeg arbejder med åndedræts- og sangøvelser med en dame med angst, der ovenikøbet har stærkt nedsat syn og hørelse, hvad så med de to meters afstand? Vi har fået fortalt, at sang kræver ekstra afstand på grund af ekstra smittefare, men der sker altså noget med lyden, nærværet og sammenhængskraften, når man sidder så langt fra hinanden. Og det føles absurd at sidde og kommunikere og måske synge med ansigtsmaske på, der lægger en dæmper på lyden og neutraliserer ansigtet.

Hver gang jeg føler, at jeg gør et godt og meningsfuldt arbejde, har jeg efterfølgende bekymringer som: kom jeg nu for tæt på? Fik jeg sprittet godt nok af? Hvad med den hoste, beboeren havde: var det corona? Og har jeg nu fået det og kan være skyld i, at et andet menneske dør?

## Status september anno 2020

Snart slutter mit vikariat på plejehjemmet, og jeg får lidt tid til at summe over mit dramatiske første tag med musikterapi i praksis. Alt i alt må jeg sige, at jeg har lært helt utrolig meget og har rykket mig fagligt og menneskeligt på alle mulige måder. Det blev tydeligt for mig, hvor stærk en kraft musikken er i forhold til at yde trøst, når man som beboer på et plejecenter ikke må se sine allerkæreste. Og hvor "forurenende" lyden fra et tv fyldt med dårlige nyheder kan være. Jeg har også oplevet, at musikterapi tilbyder et ualmindelig tiltrængt rum til den fortvivlelse, angst, frygt og ensomhed, der også er på et plejecenter - ikke mindst under nedlukningen i foråret.

På det personlige plan er jeg dog lidt bekymret for, om coronaen gør mit fremtidige liv som musikterapeut-wannabe endnu mere usikkert end forventet. Jeg er bekymret for, hvorvidt mit arbejde med sansegudstjenester for demensramte kan fortsætte, eller om endnu et udbrud af corona sætter en stopper for dette, som det gjorde denne gang. Vi har afholdt demensgudstjenester to gange efter sommerferien - men det var udenfor, så hvad gør vi til vinter, hvis vi stadig ikke må komme indenfor på plejecentrene? En anden ide er at tilbyde sang og musikforløb på lokale plejecentre eller tilbyde babysalmesang til kirker. Men smittetallene stiger igen, og jeg er bekymret for, hvorvidt plejehjemmene begynder at lukke op for folk udefra. Eller lukker op, og så lukker ned igen. Og om det samme sker for kirkerne.

For det musikterapeutiske arbejdsområde ser jeg - som nævnt - en række problemstillinger, som jeg ikke kender svaret på

lige nu: Hvordan være tæt og nærværende og opbygge relationer med stærkt demensramte, der måske ovenikøbet har nedsat hørelse, når man skal holde sig på afstand? Skal man, når man har stemmen som stærkeste instrument, til at vælge/opøve et andet instrument, der ikke har så stort et smittpotentiale? Relationer tager tid at opbygge, men jeg må max. være 15 min. hos en beboer ved tæt kontakt. Efter 15 min. skal jeg bære visir eller maske, så ansigtsudtryk utydeliggøres, og stemmen formindskes og forvrænges. Hvordan forholder man sig til det?

Det kunne være frugtbart med flere fælles refleksioner om musikterapi i en coronatid og - ikke mindst - nogle konkrete musikterapi-guidelines i denne nye virkelighed, som vi ikke ved, hvor længe fortsætter.

Som musikterapeut på Rosenlund er jeg så heldig<sup>4</sup> at være en del af et netværk for musikterapeuter på ældreområdet, men vi mødes kun hver tredje måned. Jeg oplever, at der er brug for meget mere sparring i forhold til vores konkrete virkelighed. Supervision ville også være særdeles brugbart. Jeg oplever, at musikterapeuter arbejder med andre vilkår og udfordringer end andre faggrupper på et plejehjem, så tit skal man selv fortolke overordnede vejledninger fra ledelsen. Måske skulle der udarbejdes en manual til musikterapeuter i en corona-tid med særlig fokus på demensarbejde? Noget skal der til, for som jeg ser det, er rammerne og mulighederne for musikterapi på plejecentrene i den nye corona-virkelighed nogle helt andre, end de var før corona.

4 Som PROMUSA-uddannet har man ikke ret til at være med i Dansk Musikterapeutforening og dermed de netværk, der er tilgængelige derigennem. Her er et "hul", i og med at der er flere af os, der arbejder musikterapeutisk på den ene eller anden måde, men som ikke har mulighed for at tage kandidaten af den ene eller anden grund.

# Musik for borgere og personale

## - et sognearrangement med operamusik

**Anne Mikkelsen**, cand.mag. i musikterapi. *The Feel Good Way* instruktør, *Theraplay* terapeut og *OPPE-Guide*. Ansat fuld tid på Sødissbakke, Mariager. Kontakt: [anbomi@rn.dk](mailto:anbomi@rn.dk)



Hvert år planlægges en række kulturelle arrangementer på Sødissbakke i samarbejde med sognepræst Cicilie Poulsen. Sødissbakke er et specialpædagogisk bo- og aktivitetstilbud for voksne med betydelig og varigt nedsat fysisk og psykisk funktionssevne. Arrangementerne indeholder ofte musikalske elementer, hvilket også var tilfældet med den sogneformiddag, der fandt sted før corona brød ud. En klassisk koncertoplevelse, som gav plads til refleksion over musikkens påvirkning og indflydelse på mennesker med fysiske og psykiske funktionsnedsættelser.

Lyden af den velkendte fløjte og smukke klang af stemmen til sangen *"Papageno"* fra Mozarts Tryllefløjten fylder salen på Sødissbakke. Det er tydeligt at registrere fysiske reaktioner på musikken som smil, lyde og grin hos beboerne. Salen bliver helt stille ved sangen *"O mio bambino caro"*, som stemningsfuldt vækker hukommelsesspor, påvirker sanserne med kuldegysning, og giver en lille tåre i øjenkrogen eller ro i kroppen.

Salen er pyntet med forårsblomster og flotte duge på bordene. Bag sangerne kan man se skiftende naturbilleder på stor-skærmen. Arrangementet indledes med en fællessang, og netop fællessangen er en fast bestanddel af mange af Sødissbakkes kulturelle begivenheder. Dette har et helt særligt formål. Effekten af sang frigør endorfiner i

kroppen. Det gør os alle i bedre humør. Også stoffet oxytocin – det såkaldte *"kramme-hormon"* – aktiveres ved sang, og det er en måde at opleve fællesskab på, som vi alle har brug for (Gammeltoft, 2016).

Efter fællessangen begynder selve koncerten med klassiske sange og arier udført som solo eller duet af en sopran og en tenor, akkompagneret af klaver. Sangernes nærvær og udstråling bidrager i høj grad til oplevelsen. Musikken påvirker borgere og personale på forskellig vis. Dette ses tydeligt under koncerten, hvor for eksempel en multihandicappet mand uden verbalt sprog begynder at smile og åbne sine øjne, mens han udtrykker sine begejstrede lyde. Dette er tydelige reaktioner på musikkens positive påvirkning.

### Livskvalitet gennem æstetiske og musikalske oplevelser

Koncerten består af sange som formodes både at virke beroligende og stimulerende. Musikken kan karakteriseres ved et stabilt tempo, forudsigelig harmonisk progression, passende kadencer, forudsigelige melodiske bevægelser og en klar struktur og form. I kontrast hertil er der elementer, der kan virke stimulerende. Dette kan for eksempel være uforudsigelige temposkift, skift i rytme, klang, tonehøjde og harmonik og pludseligt accelerando (Wigram 2004, s. 215 i Schou 2007).

Operasangen og tonerne fra klaveret giver borgerne en unik sanseoplevelse, der både stimulerer den auditive perception (høresansen) og den visuelle sans gennem sangernes indlevelse og ansigtsudtryk. Indtrykkene sætter sig både på det fysiske, følelsesmæssige og kognitive plan:

*“Mange års forskning har klarlagt, at bestemte hjerneområder er særligt aktive i bearbejdelse af musik. Men den nyeste forskning peger også på, at musik gør brug af størstedelen af hjernen og har direkte indvirkning på kroppen og nervesystemet. Samtidig med at musik sender impulser og informationer gennem det auditive system, aktiverer musikken også opmærksomhed, hukommelse, forventning, emotioner og bevægelse, og kroppen reagerer med forandringer af hjerteslag, åndedræt og svedproduktion” (Bonde et al. 2014, s. 64).*

Borgere uden verbalt sprog vil selvsagt ikke være i stand til at udtrykke de musikalske præferencer de har. Det vi ER i stand til at observere, er deres adfærd, samt de lyde, de udtrykker sig med. Til koncerten er de kropslige reaktioner tydelige at observere hos beboerne. F.eks. foden eller hånden, der



bevæger sig i pulsslag til musikens rytme. Andre beboere sænker skuldrene og sætter sig roligt på stolen. Engang imellem er der udbrud af latter, når musikken tager en overraskende drejning. Musikken kan helt fysisk give vitalitetsfølelse i kroppen og vække mimik i ansigtet (Bonde 2007), som for eksempel hos den kvinde, der sidder apatisk i sin kørestol, men som næsten rejser sig op i stolen og begynder at smile, da musikken lyder.

### Gentle Teaching i et koncertperspektiv

Med en koncertoplevelse som denne har vi mulighed for at give borgere og personale en æstetisk oplevelse. Samtidig kan vi skabe en fælles oplevelse på tværs af afdelinger, stimulere sanserne og ikke mindst vække følelserne og hukommelsesspor i hjernen. På Sødisebakke arbejder vi ud fra pædagogikken *Gentle Teaching*.

- Gentle Teaching fokuserer på at imødekomme fire basale følelser. Beboeren skal: *føle sig sikker og tryk, føle sig værdsat og elsket, føle kærlighed og varme til andre og føle sig inkluderet i de fællesskaber de lever i*. Gentle Teaching er en psykologisk baseret filosofi om menneskelige relationer, og set i dette perspektiv bidrager arrangementet på mange parametre; det tilgodeser beboernes behov for "at være med" til en kulturel begivenhed på lige fod med andre. Samtidig er de omgivet af personale, de kender, hvilket bidrager til "*at være elsket og føle kærlighed*", og de velkendte og tilpassede rammer bidrager til "*at være sikker*" (McGee, John & Brown, Marge, 2010).

Vores forhåbning og vores observationer fra denne koncertoplevelse er, at musikalske

arrangementer bidrager til positiv livskvalitet for beboerne og ikke mindst arbejdsglæde for personalet.

### Referencer

- Bonde, L. O. (2007). Introduktion til musikpsykologi og musikterapi 1. *Psyke og Logos*, 28, s. 26-60.
- Bonde, L. O. (red.) (2014). *Musikterapi: Teori - Uddannelse - Praksis - Forskning: En håndbog om musikterapi i Danmark*. (1. udg.) Klim.
- Gammeltoft, Birgitte (2016). *Sansestimulering for voksne*. Forlaget Fa. Gammeltoft.
- Schou, K. (2007). Musikmedicin og musikterapi i medicin. Om musikterapi og musikmedicin i somatisk behandling, om patienters musikpræferencer i forbindelse med afspænding/stressreduktion og om ph.d.-projektet Guidet Afspænding og Musik, GAM. *Psyke & Logos*, 28(1), s.525-547.
- McGee, John & Brown, Marge (2010). *Gentle Teaching, Nænsom læring - en introduktion*. Bearbejdet på Sødisebakke.

# Why I'm No Longer Talking to White People About Race

**Anne Cathrine Hulthin Andersen**, cand.mag. i musikterapi. Chefkonsulent ved SOLVITA. Kontakt: [anne.cathrine@solvita.dk](mailto:anne.cathrine@solvita.dk)



Reni Eddo-Lodge (2017),  
Why I'm No Longer  
Talking to White People  
About Race,  
Bloomsbury Publishing:  
London, UK. 261 sider.



Bogen er skrevet i 2017 af journalist Reni Eddo-Lodge. Bogen sætter fokus på hvordan racisme er påvirket af politiske og mediebestemte diskurser, og hvordan sorte menneskers stemmer bliver overhørt i den offentlige debat i Storbritannien. Bogens titel stammer fra et blogopslag, som Eddo-Lodge skrev i 2014, hvilket man kan læse fuldt gengivet i bogens forord (s. ix). Eddo-Lodge nævner som det første i blogopslaget – og i bogen – at hun dog ikke mener alle hvide, når hun skriver "why I'm no longer talking to white people about race" – kun de hvide, som ikke anerkender, at strukturel racisme finder sted i det moderne samfund. I dag bruger hun det meste af sin tid på at tale med alle mennesker – sorte og hvide – netop om race og racisme. Med bogen ønsker hun at inspirere andre og bidrage med politiske og historiske fakta som redskaber, hvilket hun selv har haft brug for, når hun har debatteret om racisme.

Bogens tema handler om strukturel racisme i Storbritannien. Bogens tilgang til emnet er ud fra Eddo-Lodges tanke om at vores holdninger, og den måde vi danner mening på, i høj grad er formet af systemet og magthaverne, hvilket passer ind i den poststrukturelle videnskabsramme og dens verdenssyn (deriblandt feminismen, postkolonialisme o. lign.). Bogen handler ikke kun om de sorte i Storbritannien – men også om andre etniske minoritetsgrupper og skellet mellem dem og de hvide. Eddo-Lodge skriver at hendes forståelse af begrebet racisme ikke så meget handler om fordomme, men mere om magt. Hun skriver: *"Thinking about power made me realize that racism was about so much more than personal prejudice. It was about being in the position to negatively affect other people's life chances"* (s. 2).

Eddo-Lodge skriver i en dokumentarisk stil ud fra sit eget synspunkt, hvor hun både inddrager egne oplevelser og erfaringer,

samt understøtter disse med historiske og politiske fakta. Bagerst i bogen er en lang litteraturliste med kilder, som hun henviser til. Bogen er på den måde undersøgende, og følger Eddo-Lodges egen rejse i at finde de argumenter, der kunne lære hende mere om sig selv, sin historie, og hvordan hun kunne finde en måde at stå stærkere i debatterne, som hun har deltaget i. Bogen er inddelt i 7 kapitler, der hver har deres eget tema: 'Histories', 'The System', 'What is White Privilege?', 'Fear of a Black Planet', 'The Feminism Question', 'Race and Class', og 'There's No Justice, There's Just Us'.

I 'Histories' udforsker Eddo-Lodge historiske fakta omkring Storbritanniens rolle i slavehandelen under kolonitiden, og historier om hvordan efterkommere af slaver har været, og stadig er, udsat for strukturel racisme. I 'The System' diskuterer og belyser hun, hvordan systemet (den politiske diskurs, magthaverne m.fl.) skaber ulighed mellem sorte og hvide mennesker, f.eks. hvordan det er mere sandsynligt, at en hvid jobansøger får et job, som en sort ansøger med præcis de samme kvalifikationer også har søgt. I kapitlet 'What is White Privilege' handler temaet om det forspring, som hvide har i forskellige sociale og strukturelle sammenhænge. Hun beskriver, hvordan voldssager, hvor sorte mennesker er ofre, ofte bliver henlagt, til fordel for voldssager hvor hvide mennesker er ofre. I dette kapitel fortæller hun også om den identitetskrise, som en del af hendes bekendte med både en hvid og en sort forælder befinder sig i – f.eks. hvordan de ikke føler, at de hører til hverken i et 'sort' eller 'hvidt' fællesskab. I kapitlet 'Fear of a Black Planet' diskuterer hun de nationalpolitiske vinde, som blæser i Storbritannien, og inkluderer bl.a. et helt interview med en af de mest kontroversielle politikere i Storbritannien: Nick

Griffin fra The British National Party – hvilket i dansk kontekst muligvis vil svare til at inddrage et interview med Rasmus Paludan. I kapitlet 'The Feminism Question' fortæller Eddo-Lodge om sine egne erfaringer fra de feministiske miljøer i Storbritannien, og hvordan hun har oplevet at skulle kæmpe for, at der også blev plads til sorte kvinders synspunkter i dette som udgangspunkt hvide feministiske fællesskab. Hun beskriver flere hændelser, hvor andre kvinder nægter at diskutere race som et feministisk tema, f.eks. når der bliver diskuteret skønhedsidealer, hvortil Eddo-Lodge argumenterer: "...you can grow out your short hair if you want to. I can't change the colour of my skin..." (Eddo-Lodge, s. 154). I 'Race and Class' diskuterer Eddo-Lodge, hvordan etnicitet ofte bliver viklet ind i den offentlige forståelse af klasseforskelle, og hvordan det er vanskeligt at gøre op med denne fordom. Hun nævner forskellige etniciteter, og kommer bl.a. også ind på en diskussion omkring, hvorvidt immigranter stjæler jobs fra arbejderklassens hvide. I dette kapitel diskuterer hun også om uddannelse kan udviske klasseforskelle, f.eks. om det at have en universitetsuddannelse er lig med, at du får succes og status i et samfund, eller om hudfarve har større indflydelse. I det sidste kapitel 'There's No Justice, There's Just Us' giver Reni plads til nogle efterrefleksioner omkring pointerne i bogen. Hendes hensigt er at skabe en bevidsthed om de diskurser, som former og dikterer vores samfund, og hvordan man, hvis man føler sig berørt af bogens indhold, kan melde sig ind i et fællesskab, der ønsker at ændre på disse diskurser, så vi på sigt kan skabe mere ligeværdige muligheder for alle mennesker uanset køn, religion, seksualitet eller hudfarve.

Eddo-Lodge folder forskellige historier ud om, hvad det vil sige at være sort i Storbritannien. Fortællingerne er både personlige

og faktuelle. I forordet slutter hun af med at fortælle, hvorfor denne bog er vigtig:

*"Every voice raised against racism chips away at its power. We can't afford to stay silent. This book is an attempt to speak." (s. xvii).*

Som musikerterapeut synes jeg at bogen er meget inspirerende i forhold til at blive mindet om, at man skal huske at lytte til og forholde sig nysgerrigt og åbent til andre mennesker. Alle mennesker og jeg selv er formet af en historie, om det så er på et bosted, i arbejdet med udsatte, på plejehjem, i psykiatrien eller andre steder. Ved at få øje på de historier, der former og definerer os, kan vi begynde at tage bevidste valg om dem, og stille spørgsmål, f.eks.: *"Er det din foretrukne historie om dig selv, at du altid er blevet kaldt en stille pige?"* Dette er meget i overensstemmelse med den narrative terapies tankegang, som også udspringer af den poststrukturelle videnskabsramme. I særdeleshed vil jeg anbefale bogen til de musikerterapeuter, som arbejder med minoritetsgrupper, og måske ønsker at blive inspirerede til, hvordan man kan reflektere over egne forholdemåder og forforståelse af disse.

Bogen henvender sig også til dem, som ønsker at blive inspirerede til at reflektere over, hvordan den strukturelle racisme er at finde i Danmark. Jeg selv blev inspireret til at tænke over Danmarks magtposition i kolonitiden med slavehandel fra Guldkysten, og koloniseringen af Grønland. Jeg husker, at jeg i folkeskolen lærte om eskimoer, igloer og slædehunde, hvilket i dag må betragtes som en unuanceret og stereotyp fremstilling af Grønland og de mennesker som bor der. Det er selvfølgelig nogle år siden nu, og det ser forhåbentlig anderledes ud i folkeskolens undervisning i dag, men det har stadig været med til at præge en generations forforståelse

af, hvad det vil sige at være grønlænder.

Bogen er højaktuel i forhold til 'Black Lives Matter' bevægelsen, og i forhold til at reflektere over, hvordan vi i Danmark også udøver strukturel racisme, f.eks. viser en ph.d.-undersøgelse fra 2019, at minoritetsetniske kvinder med tørklæde skal sende 60 procent flere ansøgninger end etnisk danske kvinder for at blive indkaldt til samtale (Dahl 2019). Find denne artikel og links til andre artikler i referencen Videnskab 2020. I Comedy-verdenen er temaet om racisme også på dagsordenen; se f.eks. komikeren Mahamad Habane joke med, at han hedder Søren, når han ringer ud som telefonsælger. Fordi... det sælger bedre. Også i forbindelse med corona-pandemien bliver temaet bragt til debat. Morten Sodemann, professor og speciallæge i infektionssygdomme og leder af Indvandrermedicinsk Klinik på Odense Universitetshospital, kritiserede f.eks. statsministerens udtalelser om mennesker med ikke-vestlig baggrund, i forbindelse med opblusningen af corona-smitten i august 2020. Han sagde: *"Den måde, vi taler om etnicitet på, er problematisk. Hun [Mette Frederiksen] puster til den forestilling, som nogle måske har om, at det er mærkelig adfærd og underlig kultur, der er problemet. Men det er det ikke"* (Sodemann 2020).

Der er altså rigeligt med stof til eftertanke, også ud fra en dansk kontekst - når man har læst denne bog.

Jeg vil blot ønske dig rigtig god læselyst! Husk at spritte af.

## Referencer

Eddo-Lodge, Reni 2017: *Why I'm No Longer Talking to White People About Race*. Bloomsbury Publishing: London, UK.

Dahl, Malte 2019: *Detecting Discrimination How Group-based Biases Shape Economic and Political Interactions*: Five Empirical Contributions. Department of Political Science, University of Copenhagen: Denmark. September 2019 <https://menneskeret.dk/nyheder/minoritetskvinder-toerklæde-fravalgt-paa-arbejdsmarkedet> læst 2020.09.23.

Habane, Mahamad 2019: <https://www.youtube.com/watch?v=1sKqxLX1Htc> set 2020.09.23.

Sodemann, Morten 2020: [https://www.dr.dk/nyheder/indland/skarp-kritik-af-statsministeren-jeg-tror-faktisk-ikke-hun-forstaar-hvad-problemet-er?cid=soc\\_facebook\\_drnyheder\\_post\\_sghf7zgl&fbclid=IwAR3d3vV10Jz53CnQzUiV1e05uzOfOnZ\\_74WIpBDZ9BCAylbMyKXDqcFai50](https://www.dr.dk/nyheder/indland/skarp-kritik-af-statsministeren-jeg-tror-faktisk-ikke-hun-forstaar-hvad-problemet-er?cid=soc_facebook_drnyheder_post_sghf7zgl&fbclid=IwAR3d3vV10Jz53CnQzUiV1e05uzOfOnZ_74WIpBDZ9BCAylbMyKXDqcFai50) læst 2020.09.23.

Videnskab 2020: <https://videnskab.dk/kultur-samfund/hvad-er-strukturel-racisme-og-findes-strukturel-racisme-i-danmark> læst 2020.09.23.

## Konkurrencen

---

### Kære læser

Du skal her forsødes med en lille konkurrence, og lidt hjemmedigteri skal du heller ikke snydes for. Dette er også en lejlighed til at glædes over en af vore smukke, gamle efterårsmelodier. Melodien er komponeret af Thorvald Aagaard i 1915, og den originale tekst er forfattet af Jeppe Aakjær i 1910. Samtidig kan vi præsentere vores sidste konkurrencevinder: Clara Boeg, som nu er den glade indehaver af en kalimba.

*Spurven sidder stum bag kvist,  
men stum er ej musikken.*

*Finder vejen til din gnist,  
og løsner op mimikken.*

*Lul-lul! Rokken går!*

*Efterårets komme  
melder sig men frygt dog ej  
med fagblad i din lomme.*

*Lykken prøve nu du kan:  
en lille konkurrence!*

*Nævn os navnet på en mand  
for at du har en chance!*

*Lul-lul! Fuglefang!*

*Fløjtespil er koden.*

*Klokkespil med magisk klang,  
ja, kan du gætte gåden?*

*Visdom, mod, standhaftighed,  
ja, det er store dyder.*

*Wienerklassisk kærlighed,  
om dette sangen lyder.*

*Lul-lul! Gæt den mand,  
førend tiden rinder.*

*Solen sænkes over land,  
og chancen din den svinder.*

*Navnet er at finde her  
i efterårets tidsskrift.*

*Prøv at gætte hver især  
med ivrig lyst og flids-drift.*

*Lul-lul! Tænk du!  
Hvad kan jeg mon vinde?  
Smiler heldet til dig nu:  
et instrument at finde!*

Hvis du har et bud – så send os dit svar på e-mail: [dmt.redaktion@gmail.com](mailto:dmt.redaktion@gmail.com)

**Retningslinjer for bidrag:**

Tidsskriftet Dansk Musikterapi modtager gerne artikler om forskning, praksis, rejsebeskrivelser, boganmeldelser, debatoplæg og andet med relevans for musikterapeutisk arbejde. Redaktionen afgør relevansen i forhold til det enkelte nummer af tidsskriftet. Endvidere forbeholder redaktionen sig ret til mindre ændringer, mens forslag til større ændringer forelægges forfatteren. Læserprofilen for tidsskriftet er såvel musikterapeuter som andre faggrupper med interesse i musikterapi.

Alle bidrag forsynes med en forfatterpræsentation, som indeholder navn, uddannelse og ansættelsessted samt mailadresse. Det er forfatterens ansvar, at etiske hensyn til anonymisering af fortroligt materiale er overholdt, samt at sørge for godkendelse til at publicere evt. billedmateriale.

Bidrag afleveres i Word, 12 pkt. uden tabuleringer. Billedmateriale, tabeller eller grafer skal sendes i en adskilt fil, nummereres og tilføjes en kort informerende tekst som fx, "fig. 1 Oversigt over søvn mønster." Husk at skrive hvor omtrent i teksten figurer etc. skal stå. Hvis artiklen indeholder case-vignetter, er det en god ide at give disse en kort overskrift.

Redaktionen har udarbejdet specifikke retningslinjer for henholdsvis peer review af artikler, boganmeldelse og reference- & litteraturlister. Retningslinjerne findes 'for skribenter' på <http://www.danskmusikterapi.dk/tidsskriftet-dansk-musikterapi/>

Deadline for almindelige bidrag er 1. januar for forårsnummeret og 1. august for efterårsnummeret. Deadline for bidrag der ønskes peer reviewed er henholdsvis 1. december og 1. juni.

Bidrag sendes til [dmr.redaktion@gmail.com](mailto:dmr.redaktion@gmail.com) som vedhæftede filer.

|                                                                                                                                                         |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Redaktionelt</b><br><i>Redaktionen</i>                                                                                                               | 2  |
| <b>En dag på et akut sengeafsnit på Psykiatrisk afdeling Aabenraa</b><br><i>Naja Henriette Bloch</i>                                                    | 3  |
| <b>Glimt fra en psykiatrforskers logbog gennem et femårigt forskningsprojekt. Eksempel på en rejse med udfordringer</b><br><i>Inge Nygaard Pedersen</i> | 9  |
| <b>I takt med praksis:<br/>Musikterapi med mennesker med en spiseforstyrrelse</b><br><i>Kathrine Nielsen</i>                                            | 20 |
| <b>Musikterapi og dialektisk adfærdsterapi<br/>– hvordan kan de komplementere og inspirere hinanden?</b><br><i>Birna Hentze og Maja Frommelt</i>        | 29 |
| <b>"Kan du ikke spille noget med Pink Floyd?"<br/>Om miljømusikterapi på et lukket afsnit midt i en coronatid</b><br><i>Rikke Hoff</i>                  | 36 |
| <b>Musikterapeuter der arbejder i psykiatrien (MIP)<br/>– en netværksgruppe</b><br><i>Maja Frommelt</i>                                                 | 40 |
| <b>Stafetten</b><br><i>Sanne Storm</i>                                                                                                                  | 42 |
| <b>Ny forskning i musikterapi</b><br><i>Hanne Mette Ochsner Ridder</i>                                                                                  | 48 |
| <b>Musikterapeut-wannabe i en corona-tid</b><br><i>Anne Sofie Borg</i>                                                                                  | 54 |
| <b>Musik for borgere og personale<br/>– et sognearrangement med operamusik</b><br><i>Anne Mikkelsen</i>                                                 | 58 |
| <b>Bogomtale: Why I'm No Longer Talking to White People About Race</b><br><i>Anne Cathrine Hulthin Andersen</i>                                         | 61 |
| <b>Konkurrencen</b><br><i>Redaktionen</i>                                                                                                               | 64 |