

TIDSSKRIFTET
DANSK MUSIKTERAPI
2012, ÅRGANG 9, NR. 1



Indhold

Forord	2
<i>Redaktionen</i>	
Forskning i musikterapi – personer med demens	3
<i>Hanne Mette Ochsner Ridder</i>	
Musikterapi i psykiatrien online	12
<i>Lars Ole Bonde</i>	
Forskning i musikterapi – den palliative indsats	13
<i>Lars Ole Bonde</i>	
Nyheder om musikterapi	20
<i>Ulla Holck</i>	
Musikterapi i sorgarbejde	21
<i>Ulla Ladegaard Jacobsen</i>	
Når forskning bliver klinisk anvendelig	24
<i>Hilde Skrudland</i>	
Musik, søvn og traumatiserede flygtninge – et pilotstudie	27
<i>Kira Vibe Jespersen</i>	
Der var 1, der var 2, ... – om musikterapeuter i Dansk Flygtningehjælp	32
<i>Nana Hostrup Mørch</i>	
Forskning i musikintervention – smertebehandling i forb. med operation	34
<i>Karin Schou & Lars Ole Bonde</i>	
Clive Robbins – mindeord	44
<i>Claus Bang & Anne Steen Møller</i>	
Forskning i musikterapi – voksne med skizofreni	49
<i>Inge Nygaard Pedersen</i>	
Vejledning som integreret element i musikterapeutisk praksis	59
<i>Anne Rauff Larsen</i>	
Trampeklaiver og Klatrexyløfener – fantasi, sanser og kommunikation	64
<i>Hanne Mette Ochsner Ridder</i>	
Min arbejdsdag	66
<i>Hilde Skrudland</i>	
Søren Mühlhausen – tak for sangen!	68
<i>Redaktionen</i>	
Dokumentation og forskning august 2011 - januar 2012	69
<i>Hanne Mette Ochsner Ridder</i>	
Boganmeldelse – Musik i øjeblikket. En håndbog om musik i ældreplejen	74
<i>Åse Hyldgård</i>	
OTTO	75
<i>Anders Brøndserud</i>	

Forord



KÆRE LÆSER

I denne udvidede forårsudgave af Tidsskriftet Dansk Musikterapi er vi i redaktionen glade for at kunne præsentere en række artikler, hvor fokus er på formidling af dokumentation og forskning i musikterapi inden for områderne demens, skizofreni, smertelindring og palliation.

Disse artikler skal indgå i den vidensbank, som er under opbygning på Aalborg Universitet. Center for dokumentation og forskning i musikterapi (CEDOMUS) bliver åbnet i forbindelse med fejringen af uddannelsens 30 års jubilæum fredag d.28. september.

I sidste nummer indledte vi denne serie af forskningsartikler med Ulla Holcks artikel om autisme. I dette nummer har Hilde Skrudland taget tråden op og beskrevet, hvordan hun har brugt Holcks artikel i sit arbejde med en dreng med en autisme spektrum forstyrrelse. Vi håber, at artiklerne i dette og kommende numre vil inspirere andre musikterapeuter til at formidle erfaringer med og anvendelse af artiklerne.

Vi kan igen præsentere en bred pallet af artikler afspejlende bredden i klinisk praksis, fra bl.a. arbejdet med flygtninge, musikterapi i sorgarbejde og musikterapiens vejledningsaspekt til 'min arbejdsdag', omtale af trampeklaverer og klatrexylofoner og anmeldelse af en ny bog 'Musik i øjeblikket'. Og så bliver vi som altid opdateret på det sidste nye inden for musikterapiens dokumentation og forskning.

I dette nummer mindes vi desuden musikterapipioneren Clive Robbins, som døde i december 2011, og vi bringer en af 'Sørens sange' til minde om den danske musikterapipioner Søren Mühlhausen, som døde i februar dette år.

Redaktionen ønsker glædeligt forår og god læsning!

Forskning i musikterapi – personer med demens

Hanne Mette Ochsner Ridder ph.d., professor mso ved Musikterapiuddannelsen og Doctoral Programme in Music Therapy, Aalborg Universitet. Kontakt: hanne@hum.aau.dk

En lang række undersøgelser viser at musikterapi med personer med demens har en positiv effekt. Musik reducerer agiteret adfærd, angst, apati og depression, samt øger kognitive og sociale færdigheder, samarbejdsvillighed og gensidighed, når den anvendes i tværfaglige sammenhænge i plejesituationer eller i forskellige former for musikaktiviteter eller musikterapeutisk behandling. Levende musik samt musik, som den enkelte person foretrækker, har en positiv indflydelse på humør og sociale færdigheder, ikke mindst hvis plejepersonale og familie aktivt inddrages. Personale og pårørende kan af musikterapeuter instrueres i at bruge musik, men der er ligeledes behov for tilbud som fx gruppemusikterapi, som kan være til gavn både for den demensramte og den pårørende. At lytte til musik, eller at spille og synge, aktiverer bevægelse, følelser og erindring, og musikken involverer derfor mere intakte områder af hjernen, således at selv svært demensramte kan genkende og forholde sig til musik. Gennem fælles musikoplevelser i musikterapien kan grundlæggende psykosociale behov dækkes hvorved neuropsykiatriske symptomer på demens reduceres.

Introduktion

Musikterapi har været anvendt indenfor demensområdet efter man for 2-3 årtier siden for alvor fik øjnene op for demens som en 'folkesygdom' og begyndte at indrette særlige plejeboliger og iværksætte tiltag rettet mod personer med demens. Området er velbeskrevet på dansk og kan passende rammes ind af to bøger om musikaktiviteter i ældreplejen, hvoraf den første blev udgivet for 25 år siden (Friis 1987), og den nyeste for et kvart år siden (Laursen & Bertelsen 2011). En grundig indføring i forhold til demens findes i bogen Musik & Demens som er en systematisk gennemgang

af litteratur på området med fokus på både forskningsresultater og musikterapeutiske metoder (Ridder 2005).

International forskning i musikterapi og demens er præget af et stort antal amerikanske undersøgelser vedrørende musikstimulering på et fysiologisk, kognitivt eller socialt plan, samt et mindre antal undersøgelser, særligt fra Europa, med fokus på kommunikative og relationelle aspekter i musikterapi (se Ridder 2005 for gennemgang). Der ses en stigning i forskning med fokus på musikterapiens effekt i forhold til neuropsykiatriske symptomer som fx de-

pression og agiteret adfærd. I denne artikel præsenteres hovedlinjerne i den nyere musikterapiforskning med inddragelse af effektundersøgelser og reviews, hvorefter der gives en begrundelse for anvendelsen af musik og musikterapi med personer med demens.

Demens

I Danmark lever omtrent 85.000 mennesker med en demenssygdom (Nationalt Videnscenter for Demens 2011) med ca. 15.000 nye tilfælde om året. Dette tal er stigende i takt med, at andelen af ældre i Danmark bliver større. Mange af os vil, såfremt vi bliver gamle nok, kunne regne med at udvikle demens, med mindre der sker gennembrud i den medicinske behandling, fx stamcellebehandling (Blurton-Jones, Kitazawa, Martinez-Coria et al. 2009; Jørgensen 2009).

Demens er ikke en klart defineret sygdom, men kan betegnes som et syndrom, der omfatter mere end 100 forskellige neurodegenerative sygdomme med Alzheimers sygdom som den hyppigst forekommende. Ifølge de internationale diagnosesystemer DSM-IV (American Psychiatric Association 2000) og ICD-10 (World Health Organization 2010) er et af de grundlæggende kriterier for demens en nedsat hukommelsesfunktion over mindst 6 måneder. Hos nogle demensramte viser demenssymptomerne sig som en manglende evne til at huske, hvad man lige har sagt eller gjort, hos andre som alvorlige problemer med at planlægge og tage beslutninger, at forstå og tolke sanseindtryk eller at orientere sig. Hos plejehjemsboere med demens ses en høj forekomst af *neuropsykiatriske symptomer* (Bergh, Engedal, Røen & Sel-

bæk 2011; McKhann et al. 2011). Således ses hos 91,7 % symptomer på irritabilitet, agitation, uhæmmet adfærd og depression (Bergh et al. 2011).

En stigning i antallet af mennesker med demens medfører en markant stigning i meromkostninger til behandling og pleje (Sørensen, Gudex & Andersen 2006). Neuropsykiatriske symptomer hos personer med frontallapdemens bør i flg. neuropsykolog, Jette Stokholm, og professor og overlæge, Gunhild Waldemar, begge fra Rigshospitalets hukommelsesklinik, ikke behandles medicinsk, før psykosociale tiltag og nonfarmakologiske metoder er afprøvet (Stokholm & Waldemar, 2003, p. 556). Der er således brug for en nonfarmakologisk tilgang, der tager udgangspunkt i den enkelte person og dennes psykosociale behov og derfor en bred tværfaglig indsats (Cheston & Bender 1999; Kitwood 1997; Spector & Orrell 2010; Woods 2001).

I det følgende beskrives effekten af musikterapi, samt hvorfor musikterapi kan indgå som en vigtig nonfarmakologisk behandlingsform og være et supplement til, eller en erstatning for, den medicinske behandling af neuropsykiatriske symptomer.

Dokumenteret effekt

Musik afspillet i forskellige sammenhænge, fx i spisesituationer eller mens der gives håndmassage, reducerer agiteret adfærd (Casby & Holm 1994; Gerdner & Swanson 1993; Remington 2002; Sung & Chang 2005; Tabloski, McKinnon-Howe & Remington 1995; Thomas, Heitman & Alezander 1997; Zare, Ebrahimi & Birashk 2010). Musik har således tilsyneladende en positiv effekt i sig selv, men der ses en virkning

i forhold til andre aspekter, når musikken kan afpasses tilhørerne/medspillerne. Det drejer sig fx om: levende musik, deltagelse i musikaktiviteter med spil på instrumenter, eller sang og dans. Levende musik som spilles til en gruppe af demensramte, frem for afspilning af musik, har indflydelse på engagement og veltilpashed (Sherratt, Thornton & Hatton 2004), fællessang mindsker depression (Myskja & Nord 2008), og musikterapi i grupper øger kognitive færdigheder (Van de Winckel et al. 2004), mindsker angst (Sung, Lee, Li, & Watson 2011; Lin, Chu, Yang et al. 2011) og bevarer sproglige færdigheder (Brotons & Koger 2000).

Når der spilles musik under den personlige pleje, mindskes agiteret adfærd, og der observeres en højere grad af samarbejdsvillig adfærd hos den demensramte (Clark, Lipe & Bilbrey 1998; Thomas, Heitman & Alexander 1997). Denne positive effekt øges, hvis personale selv synger i plejesituationer, frem for blot at sætte musik på et anlæg, og der ses mindre aggression og modstand fra den demensramte og en større grad af gensidighed. Ofte synger den demensramte endog selv med (Brown, Götell & Eckman 2001; Hammar, Emami, Götell & Engström 2011). I et kandidatspeciale fra Aalborg Universitet påvises, at individuel musikterapi og et tæt samarbejde med personale forebygger magtanvendelse og arbejdsskader (Hyldgaard 2011).

I en gennemgang af 215 eksperimentelle undersøgelser fra 11 lande konkluderes, at der er god evidens for brugen af nonfarmakologiske interventionsformer med henblik på at reducere neuropsykiatriske symptomer som agitation og apati, og det fremhæves at levende musik samt demensramtes egne foretrukne musikstykker, er mere effektiv

end indspillet musik (Kverno, Black, Nolan, & Rabins 2009). I en anden omfattende litteraturgennemgang i det britiske sygeplejetidsskrift konkluderes, at musikterapi reducerer agiteret adfærd hos ældre personer med demens og har en positiv indflydelse på humør og sociale færdigheder, ikke mindst hvis plejepersonale og familie aktivt inddrages i forhold til at vælge musikken og deltager aktivt i musikaktiviteterne (Wall & Duffy 2010). Forfatterne til denne undersøgelse mener, at der i de mange kvantitative undersøgelser ikke er mulighed for at opnå et helhedsbillede af, hvordan gerontologiske sygeplejersker, musikterapeuter, patienter og deres familie *oplever*, hvordan musikterapien virker, og de efterlyser derfor mere kvalitativ forskning.

I det internationale tidsskrift for geriatrisk psykiatri analyseres hele 39 litteraturgennemgange fra 2001 til 2007 af non-farmakologiske metoder indenfor demensområdet. Formålet er at hjælpe pårørende til at klare hverdagen med et demensramt familiemedlem (Hulme, Wright, Crocker, Oluboyede & House 2010). Forskerne konkluderer, at det er muligt for pårørende selv at gennemføre visse non-farmakologiske tiltag i eget hjem uden videre økonomiske omkostninger, dog er der også tiltag, som kræver instruktion eller oplæring. De anbefaler desuden, at man i særlig grad bør udforske mulighederne for at tilbyde gruppemusikterapi, da et sådant tiltag både kan være til gavn for den demensramte og den pårørende.

En gennemgang af forskningsundersøgelser, der specifikt har fokus på *musikterapi*, frem for mere bredt at se på undersøgelser af musikaktiviteter, er siden 2004 løbende blevet opdateret i Cochrane Databasen (se

faktaboks). I den seneste opdatering er der medtaget 10 RCT-undersøgelser (Vink, Bruinsma & Scholten 2011). De tre ældste undersøgelser er fra USA, og er såkaldte crossover-designs med gennemsnitligt 28 deltagere. De resterende syv er RCT-undersøgelser med to parallelle grupper (fx en eksperimentel og en kontrol-gruppe) fra USA, Frankrig, Island, Taiwan og to undersøgelser fra Italien, med gennemsnitligt 45 deltagere. På trods af positive resultater fra de enkelte undersøgelser kan der ikke generaliseres ud fra disse, og det konkluderes, at der pga. den metodemæssige kvalitet af undersøgelserne ikke kan drages overordnede konklusioner. Ifølge Vink et al. (2011) er der således brug for mere musikterapiforskning, der lever op til standarder for naturvidenskabelig, medicinsk forskning.

Begrundelse for effekt

Det er et velkendt og velbeskrevet fænomen, at nogle mennesker på trods af svært demens kan huske lange sangtekster, synge, fløjte, holde rytmen, danse eller spille på et instrument (Alzheimer 1911; Beatty, Brumback & von Sattel 1997; Crystal Grober & Masur 1989; Sacks 2007; Swartz et al. 1992; Vanstone & Cuddy 2010). En af forklaringerne på at musikalske evner kan være bevaret, hvor de fleste andre kognitive funktioner er skadet, er, at musiske færdigheder er knyttet til den procedurale hukommelse (det, vi husker 'udenad') og ikke er underlagt Hippocampus. Hvor episodisk og semantisk hukommelse typisk er skadet hos personer med en Alzheimer eller Frontotemporal demens, skades den procedurale hukommelse først senere i demenssygdommen (Budson 2009). Hippocampus, som er en lille struktur i hjernen med en

afgørende betydning for, hvordan vi sammenkobler hukommelsesfragmenter, ødelægges og isoleres i særlig grad ved Alzheimers sygdom. Til gengæld aktiverer musik komplekse netværk i hjernen, der bl.a. involverer bevægelse, følelser og erindringer.

"Musikken kan således 'gå uden om' hjernens sygdomsramte områder og generelt (og indirekte) understøtte kognitive færdigheder" (Kirk 2008, s. 151).

Ofte beskrives musikken som 'den sidste ressource', da musik hos selv svært svækkede mennesker kan vække genkendelse og skabe sammenhæng og mening (for en uddybning se Ridder 2011a, og i fht. hukommelse, identitet og reminiscens, se Ridder 2011b). Musikken kan således være det, der giver mulighed for at indgå i et fællesskab.

Ifølge psykolog og demensforsker Tom Kitwood (1997) har mennesker grundlæggende behov for at indgå i fællesskaber. Dette gælder i lige så høj grad mennesker med demens, men samtidig ses, at udviklingen af demens gør det vanskeligt at opfylde behovet for at være i et fællesskab. Hermed skabes en ond cirkel, hvor reaktionerne på isolering skaber endnu større afstand til fællesskaber. Med henblik på at overføre denne forståelse til plejen af demensramte, har Kitwood beskrevet en omsorgsmodel, der definerer, hvordan personale dækker grundlæggende psykosociale behov hos demensramte. Omsorgsmodellen handler ikke blot om, hvad personale kan gøre *for* den demensramte, men handler om, hvordan personale ligeledes er nødt til at sætte sig i spil i relationen til den demensramte (se Ridder 2010). Relationen opbygges ved at møde den demensramte gennem en række positive interaktioner. Det er nødvendigt,

at personalet er bevidst om, hvordan de tager initiativ og responderer, og hvilke interaktioner det er hensigtsmæssigt at møde den demensramte med i en given situation. Ud fra det musikterapeutiske arbejde kan musikterapeuten bidrage til at personale ser andre muligheder for at skabe kontakt (Jacobsen 2008).

Ved at tage udgangspunkt i musik og nonverbal kommunikation har musikterapeuten rig mulighed for at tilbyde den demensramte en relation bygget på positive interaktioner, og således for at dække psykosociale behov. Dette kan i særlig grad gøres via interaktioner som 'validering' eller 'holding'. Validering betyder at give de følelser og behov, der er bag et udsagn eller en handling, værdi. Fx hvis en person 'vil hjem til mor', forsøger man at afklare, om vedkommende måske føler sig utryk. Holding handler om at 'rumme' personens udsagn eller handlinger. Fx at rumme en person der udtrykker sorg, frem for at forsøge at negligere følelserne. Kitwood betegner validering og holding som psykodynamiske interaktioner, som således gør det muligt at arbejde psykoterapeutisk eller at bidrage til en psykoterapeutisk informeret pleje (Jacobsen 2008; Ridder 2010). Herudover har musikterapeuten via musikken redskaber til at være i kontakt, der ikke er baseret på verbal kommunikation, da denne oftest kan opfattes som meget krævende for den demensramte.

De resultater, der opnås ved at dække psykosociale behov, er ifølge Kitwoods teori, at den agiterede adfærd mindskes eller forsvinder (eller gennem øget forståelse *oplevelses* som mindre forstyrrende hos personale). Musikterapi, tilrettelagt efter Kitwoods principper, kan således mindske neuropsy-

kiatriske symptomer, som man ellers ofte ser sig nødsaget til at medicinere mod.

Forudsætningen for at kunne dække psykosociale behov og at arbejde psykodynamisk er at skabe genkendelse og regulere arousal, og her har musik særlige fordele (Jacobsen 2008; Ridder 2011c). Allerede i spædbørns anden levemåned starter udviklingen af et selvberoligelses- eller selvreguleringssystem, som, når det er modent, gør det voksne menneske i stand til at hæmme impulser og berolige sig selv eller holde fokus og koncentration mod en bestemt opgave. Schore, som har forsket i affektregulering og personlighedsdannelse, beskriver, hvordan et barns tilknytning til de nærmeste omsorgspersoner har direkte indflydelse på barnets evne til selvregulering og til at håndtere stress. Han kalder således omsorgspersonen for en *psykobiologisk regulator* (Schore 1994, 2009; Hart & Schwartz 2008), som har betydning for, hvordan spædbarnets umodne nervesystem modnes. Af mange forskellige årsager svækkes dette selvberoligelsessystem hos mennesker med demens. Årsagen kan være tab af hjernens neuroner, tab af hvid substans, ubalance i signalstoffer, m.m. Der er således ikke tale om et umodent nervesystem, men om et nervesystem, der i stigende grad svækkes af demenssygdommen. Med Schores betegnelse kan man her tale om, at det er personale og terapeuter, der skal fungere som den demensramtes psykobiologiske regulatorer (se Ridder 2002, 2005, 2011c).

Musikterapeuten kan bevidst arbejde med en lang række regulerende elementer i sange eller improviseret musik: *puls, toneleje, melodi, harmonik, dynamik, klangfarve og form*. Ved at anvende stemme, kropsholdning, bevægelser og vejtrækning samt

være opmærksom på den demensramtes reaktioner kan terapeuten fokusere på arousal-regulering. Terapeuten arbejder med at berolige, eller, hvis den demensramte er i en lav-arousal tilstand, med gradvist at anvende flere og flere stimulerende musikalske elementer.

Med et afbalanceret arousalniveau er det muligt at være fokuseret og koncentreret og således at erindre og genkende. Det er her, det er muligt at opbygge en relation og få en kontakt og således at give personen mulighed for at opleve sig mødt og forstået. Dette er grundlaget for at føle sig som en

FAKTABOKS – om RCT-undersøgelser, case-effektstudier og Cochrane Reviews

En **RCT-undersøgelse** vurderes af mange som den mest pålidelige form for forskning. RCT betyder Randomized Controlled Trial, og hensigten er at vurdere effekten af en bestemt behandling ud fra foruddefinerede objektive kriterier. En RCT-undersøgelse kunne være en effektmåling af fx musikterapi som så sammenlignes med en kontrolbehandling og/eller med daglig praksis. For at kunne vurdere om der er statistisk signifikans, defineres præcise uafhængige variable (fx i fht adfærd, tilstand eller kunnen) som er blevet 'målt' med standardiserede tests eller assessmentredskaber. De samme målinger udføres på både eksperiment- og kontrolgruppen, og de to grupper bør være helt sammenlignelige og er derfor fordelt ved lodtrækningsprincipper. Desuden bør der være så mange deltagere at tilfældige variationer udlignes.

RCT-undersøgelseernes krav om kontrolgruppe indeholder en etisk problemstilling i forhold til at sætte patienter i en kontrolgruppe, hvis de er blevet henvist til en behandling, som der er stor sandsynlighed for, at de vil profitere af. Her kan **case-effektstudier** anvendes til at påvise en behandlingseffekt i forhold til forbedringer i deltagernes tilstand eller kunnen. Frem for kontrolgruppe indgår patienten som 'sin egen kontrol' ved at sammenligne de uafhængige variable i forhold til såkaldte baselinemålinger.

I **Cochrane reviews** analyseres eksisterende effektundersøgelser i forhold til forskningskvalitet, hvorefter resultaterne sammenholdes. Cochrane reviews bliver internationalt regnet for højeste standard i forhold til at vurdere forskningsmæssig evidens for en given behandlings effekt. Cochrane reviews er målrettet aktører og beslutningstagere inden for sundhedsområdet med henblik på at give dem det bedst mulige grundlag for at træffe beslutninger om behandlingstiltag. Cochrane reviews er hovedsageligt baseret på RCT-undersøgelser og bliver publiceret i *The Cochrane Library*, www.thecochranelibrary.com.

del af et fællesskab og få dækket psyko- sociale behov. Den positive psykiske forandring, der herved skabes, er formodentlig årsagen til, at effektforskningen påviser en reduktion af neuropsykiatriske symptomer hos demensramte i musikterapi.

Til slut skal det nævnes at Chatterton, Baker & Morgan (2010) på baggrund af en omfattende litteraturgennemgang påpeger, at sang i musikterapi med personer med svær demens har en positiv effekt på en række vigtige områder som livskvalitet og at indgå i socialt samvær. De fremhæver, at det kan tænkes at være endnu mere effektivt, hvis musikterapeuter herudover vejleder personale og familiemedlemmer i at synge, så denne viden kan anvendes i de vanskelige situationer, der opstår i den daglige pleje og omsorg hvor musikterapeuten typisk ikke er til stede.

Litteratur

- Alzheimer, A. (1911). Über eigenartige Krankheitsfälle des späteren Alters. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 4, 356-385.
- American Psychiatric Association (2000, 4th ed.). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Beatty, W., Brumback, R. & von Sattel, J. (1997). Autopsy-proven Alzheimer disease in a patient with dementia who retained musical skill in life. *Archives of Neurology*, 54(12), 1448.
- Bergh, S., Engedal, K., Røen, I. & Selbæk, G. (2011). The course of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia in Norwegian nursing homes. *International Psychogeriatrics*, 23(8), 1231-1239.
- Blurton-Jones, M., Kitazawa, M., Martinez-Coria, H., Castello, N. A., Müller, F.-J., Loring, J. F., Yamasaki, T. R., Poon, W. W., Green, K. N. & LaFerla, F.M. (2009). Neural stem cells improve cognition via BDNF in a transgenic model of Alzheimer disease. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA (PNAS)*. Aug 11; 106(32), 13594-9.
- Brotons, M. & Koger, S.M. (2000). The impact of music therapy on language functioning in dementia. *Journal of Music Therapy*, 37(3), 183-195.
- Brown, S., Götell, E. & Ekmann, S. (2001). Singing as a therapeutic intervention in dementia care. *Journal of Dementia Care*, July/August, 33-37.
- Budson, A. E. (2009). Understanding memory dysfunction. *Neurologist*, 15 (2), 71-79.
- Casby, J. A. & Holm, M. B. (1994). The effect of music on repetitive disruptive vocalizations of persons with dementia. *The American Journal of Occupational Therapy*, 48(10), 883-899.
- Chatterton, W., Baker, F. & Morgan, K. (2010). The Singer or the Singing: Who Sings Individually to Persons With Dementia and What Are the Effects? *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 25(8), 641-649.
- Cheston, R. and Bender, M. (1999). *Understanding Dementia: The Man with the Worried Eyes*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Clark, M. E., Lipe, A. W. & Bilbrey, M. (1998). Use of music to decrease aggressive behaviors in people with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 24(7), 10-17.
- Crystal, H. A., Grober, E. & Masur, D. (1989). Preservation of musical memory in Alzheimer's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 52, 1415-1416.
- Friis, S. (1987). *Musik i ældreplejen*. København: Munksgaard.
- Gerdner, L. & Swanson, E. A. (1993). Effects of

- Individualized Music on Confused and Agitated Elderly Patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, VII(5), s.284-291.
- Hammar, L., Emami, A., Göttel, E. & Engström, G. (2011). The impact of caregivers' singing on expressions of emotion and resistance during morning care situations in persons with dementia: an intervention in dementia care. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 969-978.
- Hart, S. & Schwartz, R. (2008). *Fra interaktion til relation. Tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Schore & Fonagy*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Hjulmand, K. (2002). Holding. I: O. Andkjær Olsen (Red.) *Psykodynamisk leksikon*. København: Gyldendal.
- Hulme, C., Wright, J., Crocker, T., Oluboyede, Y. & House, A. (2010). Non-pharmacological approaches for dementia that informal carers might try or access: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 756-763.
- Hyldgaard, Aa. (2011). *Musikterapi og demens – Forebyggelse af magtanvendelse og arbejds-skader*. Kandidatspeciale, Institut for Kommunikation, Aalborg Universitet. Available at: <http://projekter.aau.dk>.
- Jacobsen, A. F. (2008) Musikterapeutisk vejledning i tværfagligt samarbejde – et eksempel fra demensområdet. *Tidsskriftet Dansk Musikterapi*, 5(2), 3-7.
- Jørgensen, K. (2009). Stamcellebehandling af Alzheimers sygdom hos mus. *Videnscenter for Demens*. Retrieved online 22.12.2011: www.videnscenterfordemens.dk/forskning/forskningsnyheder/.
- Kirk, H. (2008). *Med hjernen i behold. Kognition, træning og seniorkompetencer*. København: Akademisk Forlag.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered. The Person Comes First*. Buckingham: Open University Press.
- Kverno, K. S., Black, B. S., Nolan, M. T. & Rabins, P. V. (2009). Research on treating neuropsychiatric symptoms of advanced dementia with non-pharmacological strategies, 1998-2008: a systematic literature review. *International Psychogeriatrics*, 21, 825-843.
- Laursen, L. H. & Bertelsen, M.B. (2011). *Musik i øjeblikket – en håndbog om musik i ældreplejen*. Frederiksberg: Unitas Forlag.
- Lin, Y., Chu, H., Yang, C.-Y., Chen, C.-H., Chen, S.-G., Chang, H.-J., Hsieh, C.-J. & Chou, K.-R. (2011). Effectiveness of group music intervention against agitated behavior in elderly persons with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(7), 670-678.
- McKhann, G. M., Knopman, D. S., Chertkow, H., Hyman, B. T., Jack, C. R., Jr., Kawas, C. H., Klunk, W. E., Koroshetz, W. J., Manly, J. J., Mayeux, R., Mohs, R. C., Morris, J. C., Ross, M. N., Scheltens, P., Carillot, M. C., Thiest, B., Weintraub, S. & Phelps, C. H. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: *Recommendations from the National Institute on Aging and the Alzheimer's Association workgroup*. *Alzheimer's & Dementia*, 7(3), 263-269.
- Myskja, A. & Nord, P. G. (2008). "The Day the Music Died". A Pilot Study on Music and Depression in a Nursing Home. *Nordic Journal of Music Therapy*, 17(1), 30-40.
- Nationalt Videnscenter for Demens (2011). <http://www.videnscenterfordemens.dk/>.
- Remington, R. (2002). Calming music and hand massage with agitated elderly. *Nursing Research*, 51(5), 317-323.
- Ridder, H. M. O. (2002). *Musik & Demens. Musikaktiviteter og musikterapi med demensramte*. Socialministeriets indsats for demente. Aalborg: Formidlingscenter Nord.
- Ridder, H. M. O. (2005). *Musik & Demens. Mu-*

- sikaktiviteter og musikterapi med demensramte (2. udg.). Århus: Klim.
- Ridder, H. M. O. (2010). Patienter med kommunikative vanskeligheder: 'sprogets musik' og tillid i behandlingen. I: Horsbøl, A., & Sørensen, M. (Red.) *Sundhedskommunikation på sygehuset*, 47-68. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Ridder, H. M. O. (2011a). Musikterapi i palliativ omsorg på plejehjem. *Omsorg*, 2011(2), 27-36.
- Ridder, H. M. O. (2011b). Musikterapi med demensramte: hukommelse, identitet og musikreminiscens. I Stensæth, K., & Bonde, L. O. (red.). *Musikk, helse, identitet: Skriftserie fra Senter for musikk og helse*. Chapter 4. (p. 61-83). Oslo: MHPublikationer.
- Ridder, H. M. O. (2011c). How can singing in music therapy influence social engagement for people with dementia?: Insights from the polyvagal theory. I: Baker, F., & Uhlig, S. (Eds) *Voicework in Music Therapy. Research and Practice*. Kapitel 6, 130-146. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Sacks, O. (2007). *Musicophilia. Tales of music and the brain*. New York: Alfred A. Knopf Publisher.
- Schore, A.N. (1994). *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Schore, A. N. (2009). Right-Brain Affect Regulation. An Essential Mechanism of Development, Trauma, Dissociation, and Psychotherapy. I: D. Fosha, D. J. Siegel & M.F. Solomon (Eds) *The healing Power of Emotion*. New York: W.W. Norton.
- Sherratt, K., Thornton, A. & Hatton, C. (2004). Emotional and behavioural responses to music in people with dementia: an observational study. *Aging & Mental Health*, 8(3), 233-241.
- Spector, A. & Orrell, M. (2010). Using a biopsychosocial model of dementia as a tool to guide clinical practice. *International Psychogeriatrics*, 22(6), 957-965.
- Stokholm, J., & Waldemar, G. (2003). Frontotemporal demens – ny viden om Picks sygdom. *Ugeskrift for læger*, 165(6), 553-556.
- Sung, H.C., & Chang, A.M. (2005). Use of preferred music to decrease agitated behaviours in older people with dementia: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 1133-1140.
- Sung, H. C., Lee, W.-L., Li, T.-L. & Watson, R. (2011). A group music intervention using percussion instruments with familiar music to reduce anxiety and agitation of institutionalized older adults with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. Article first published online: 8 AUG 2011: DOI: 10.1002/gps.2761.
- Svansdottir, H. B., & Snaedal, J. (2006). Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: A case-control study. *International Psychogeriatrics*, 18(4), 613-621.
- Swartz, K. P., Walton, J. P., Crummer, G. C., Hantz, E. C. & Frisina, R. D. (1992). P3 event-related potentials and performance of healthy older and Alzheimer's dementia subjects for music perception tasks. *Psychomusicology*, 11, 96-118.
- Sørensen J., Gudex C. M. & Andersen C. K. (2006). Demenssygdommes fremtidige økonomiske belastning af social og sundhedsvæsenet. *Ugeskrift for Læger*, 168, 3432-6.
- Tabloski, P., McKinnon-Howe, L. & Remington, R. (1995). Effects of calming music on the level of agitation in cognitively impaired nursing home residents. *The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research*, 10(1), 10-15.
- Thomas, D. Heitman, R. & Alezander, T. (1997). The effects of music on bathing cooperation for residents with dementia. *Journal of Music Therapy*, 34, 246-259.

- Van de Winckel, A., Feys, H. & De Weerd, W. (2004). Cognitive and behavioural effects of music-based exercises in patients with dementia. *Clinical Rehabilitation*, 18, 253-260.
- Vanstone, A. D. & Cuddy, L. L. (2010) Musical Memory in Alzheimer Disease. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 17, 108-128.
- Vink, A. C., Bruinsma, M. S. & Scholten, R. (2011). Music therapy for people with dementia (Review). *The Cochrane Library*, 2011, Issue 3. Updated review first published in 2003, Issue 4. Art. No.: CD003477.
- Wall, M. & Duffy, A. (2010). The effects of music therapy for older people with dementia. *British Journal of Nursing*, 19(2), 108-113.
- Witzke, J., Rhone, R. A., Backhaus, D., & Shaver, N. A. (2008). How sweet the sound – Research evidence for the use of music in Alzheimers dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 34, 45-52.
- Woods, R.T. (2001). Discovering the person with Alzheimer's disease: Cognitive, emotional and behavioral aspects. *Aging & Mental Health*, 5(supplement), 7-16.
- World Health Organization (2010). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision*. Current version retrieved online at www.who.int 28 December 2012.
- Zare, M., Ebrahimi, A. A. & Birashk, B. (2010). The effects of music therapy on reducing agitation in patients with Alzheimer's disease, a pre-post study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 1306-1310.

Musikterapi i psykiatrien online (MIPO) gik i luften 1.3.2012

Lars Ole Bonde ph.d., professor ved Musikterapiuddannelsen, Aalborg Universitet. Kontakt: lobo@hum.aau.dk

Det skete med en stor statusartikel om musikterapiens situation i dagens danske psykiatri – forfattet af Inge Nygaard Pedersen, Niels Hannibal og Lars Ole Bonde.

URL: <http://ojs.statsbiblioteket.dk/index.php/mip/index>

Med støtte fra Forskningsrådet for Kultur og Kommunikation er der nu etableret

en platform for tidsskriftet, som fremover er frit og gratis tilgængeligt. Det samme gælder artiklerne fra de 5 første årsskrifter (1998, 2000, 2002, 2005, 2008), som kan downloades fra tidsskriftets arkiv, ligesom der kan foretages emnesøgning i arkivet. Seneste årsskrift (2011) vil først blive lagt ud efter sommerferien, men det kan stadig købes ved henvendelse til innp@rn.dk

Forskning i musikterapi – den palliative indsats

Lars Ole Bonde ph.d., professor ved Musikterapiuddannelsen, Aalborg Universitet. Professor II ved Senter for musikk og helse, Norges Musikkhøgskole. Kontakt: lobo@hum.aau.dk

Musikterapi på det palliative område dækker behandlingen af mennesker med livstruende sygdomme og komplicerede symptomer i eget hjem, på særlige hospitalsafdelinger eller på hospice. Der findes 6 større, kontrollerede undersøgelser inden for området, og meta-analyser viser, at musikterapien kan have en positiv effekt på disse menneskers livskvalitet og åndelige velbefindende. Kvalitative undersøgelser dokumenterer den rolle, som aktiv musikudøvelse og musiklytning kan spille i forhold til patientens følelsesmæssige, sociale og eksistentielle velbefindende og deres selvværd. Forskningen dokumenterer, at pårørende og personalet på hospicer med musikterapi oplever forbedret kontakt og følelsesmæssig kommunikation og at musikterapien kan imødekomme patienters behov på mange områder: fysisk, psykisk, eksistentielt, åndeligt og socialt.

I musikterapi kan der arbejdes direkte med vejrtrækningsproblemer via rytmisk tilpasning af spil eller sang til patientens behov. Afspænding, lindring og afledning af symptomer som smerte, kvalme og dyspnoe (lufthunger) kan opnås via guidet fysisk afspænding ledsaget af musik tilpasset patientens præferencer, eller via arbejde med musikledsagede indre forestillingsbilleder. Sådanne "musikrejser" kan også anvendes psykoterapeutisk og angstdæmpende, og sange og musik er gode redskaber til at bearbejde livshistoriske temaer og konflikter konkret eller metaforisk. Som symbolsk sprog kan musik være en nøgle til at lukke op for eksistentielle og åndelige temaer, og de pårørende kan inddrages som aktive medspillere i den døendes processer.

Introduktion

Patienter og pårørende kan i dag (2012) møde musikterapi på 8 af Danmarks 17 hospicer. Det skyldes, at der er opnået bred anerkendelse af musikterapiens bidrag til at imødekomme behov hos mennesker med livstruende sygdomme og komplicerede symptomer. Hospicefilosofiens grundlægger

Cicely Saunders sammenfattede alvorligt syge patienters behov i 4 sætninger: Bliv hos mig, hjælp mig, hør på mig, husk mig. Dalgaard & Jacobsen (2011, s. 12) skriver om humanistisk palliation med "en patient-centreret tilgang, hvor værdier og begreber som autonomi, respekt, værdighed, åbenhed, informeret samtykke og individuali-

tet er i højsædet". Udviklingssygeplejerske Rita Nielsen (2006) identificerede ud fra interviews med 12 hospicepatienter døendes behov i 7 temaer: Livshistorie, Identitet, Religiøs tilknytning, Religiøs mestrings, At forholde sig til tiden, sig selv og Gud, Meningen med livet, Hospice som ramme. Tilsvarende kan åndelig omsorg udøves ved at sygeplejersken (og andet personale) Lytter (til patientens livshistorie, troshistorie og ønsker), Spørger ind (til symptomer og åndelige spørgsmål), Giver støtte (til at pt. kan være sig selv, med sit livssyn og sin praksis), Er nærværende (giver tid og opmærksomhed, skaber ro og rum), og Giver kropspleje (med respekt, værdighed og nænsomhed).

Den internationale litteratur om musikterapi i den palliative indsats går over 30 år tilbage. En stor del af litteraturen er omfattende case-studier (Cadrin 2007; Erdonmez 1994; Laursen 2009; Wylie & Blom 1986), indføringer og oversigter (Aldridge 1999; Dileo & Loewy 2005; Munro 1984) samt dokumentationsrapporter (Hartley, Salmon, O'Callaghan, Hilliard, Magill, Aasgaard & Rykov 2000; danske eksempler: Bode 2001; Jensen 2001), men der findes også empirisk forskningslitteratur. Inden for de seneste 10 år er der blevet gennemført en del effektundersøgelser, især i USA. Musikterapiens position inden for det palliative felt i dag præsenteres i en oversigtsartikel af O'Callaghan (2011). I nærværende artikel præsenteres hovedlinjerne i den nyere musikterapiforskning med inddragelse af effektundersøgelser og meta-analyser, suppleret af forskning der viser på hvilken måde musikterapien hjælper i den palliative indsats. Børn med livstruende sygdomme og pædiatrisk musikterapi indgår ikke i denne artikel, som udelukkende

omhandler musikterapi med voksne i den palliative indsats.

Palliativ indsats

På engelsk hedder dette kliniske område "palliative care", på dansk "palliativ indsats". Der er med andre ord tale om patienter med en livstruende sygdom i et fremskredent stadium, hvor kurativ behandling er opgivet, og hvor behandlingen derfor er rent lindrende og symptom-dæmpende. Den palliative indsats skal også tilgodeses de pårørende. Mange af patienterne bor endnu i egen bolig og tilses af personale fra et nærliggende hospital, en smerteklinik eller lignende. Andre er indlagt på palliative hospitalsafdelinger, mens en lille del har plads på et af landets p.t. 17 hospicer.

WHO's mål for den palliative indsats er "at fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som står over for de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig art" (Sundhedsstyrelsen http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Smertelindring/WHOS_maal.aspx).

Den palliative indsats har altså fokus på lindring af smerter og generende symptomer hos den syge, men også på livskvaliteten og på at støtte de pårørende, som ofte kæmper med stærke oplevelser af tab og sorg. Patienterne er voksne i alle aldre og samfundslag, og de pårørende er i alderen 0-100 år, nogle gange med særlige behov f.eks. fysiske eller psykiske handicap. Behandlingen er eksplicit biopsykosocial og derfor tværfaglig – et typisk dansk hospice

har f.eks. ansat eller tilknyttet læge, sygeplejersker, fysioterapeut, socialrådgiver, psykolog, præst – og musikterapeut. Langt størstedelen af patienter i pleje har en kræftsygdom, men der findes mange andre livstruende sygdomme, f.eks. af neurodegenerativ art.

Den fysiske og psykiske styrke og behovene hos mennesker med livstruende sygdomme er meget forskellige. Musikterapeutens arbejde spænder derfor fra smertelindring, typisk vha. musik kombineret med afspænding, over adspredelse og reminiscens til psykoterapi, herunder både individuel og relationel psykoterapi, f.eks. som par- og familierapi.

Dokumenteret effekt

Forskning med mennesker med livstruende sygdomme kræver høje etiske standarder, og ikke mindst RCT-undersøgelsernes krav om kontrolgruppe kan være problematisk. Alligevel er det lykkedes at gennemføre en lang række undersøgelser. O'Callaghan (2009) gennemgår systematisk såvel kvantitativ, naturvidenskabelig som kvalitativ, humanistisk orienteret forskning inden for onkologisk og palliativ musikterapi gennem tre årtier. I alt 61 undersøgelser siden 1983 omtales. Den første kontrollerede RCT-undersøgelse (se faktaboks) viste, at live-musik signifikant reducerede patienternes angst og fysiske ubehag (Bailey 1983). I en RCT-undersøgelse med 80 deltagere fandt Hilliard (2003a) signifikant forbedring af livskvaliteten hos de patienter, der havde fået 2-3 musikterapisessioner. Deltagernes livskvalitet steg med antallet af sessioner,

mens kontrolgruppens livskvalitet faldt over tid. Hilliard (2003b) gennemførte også en undersøgelse af patienternes medicinske journaler og fandt, at de patienter, som havde modtaget flere musikterapi-sessioner, levede længere end kontrolgruppen. Der kunne også påvises statistisk signifikant positiv effekt af musikterapi på variabler som oplevet smerte, afspænding og alment velbefindende (Hilliard 2005a, 2005b, 2005c). Horne-Thompson & Grocke (2008) dokumenterede i en RCT-undersøgelse, at musikterapi havde en signifikant positiv effekt på deltagernes oplevede angst, smerte og svimmelhed. Nguyen (2003) fandt – på linje med Hilliard og Horne-Thompson – at 2 sessioner musikterapi havde en signifikant positiv effekt på deltagernes oplevelse af livskvalitet. Også en enkelt musikterapisession kan have en statistisk signifikant effekt. Det fremgår af en undersøgelse (Gutgsell, Schluchter, Margeviciu, DeGolia, McLaughlin, Harris, Mecklenburg, & Wiencek 2012), hvor halvdelen af 200 patienter i palliativ behandling fik gruppemusikterapi i form af afspændingsøvelser med fokus på kontrolleret vejtrækning, visualisering af et sikkert sted og live musik (ocean drum¹ og harpe). Patienterne i forsøgsgruppen rapporterede signifikant reduktion af oplevet smerte. Også musikterapiens mulige effekt på åndeligt velbefindende har været undersøgt. Wlodarczyk (2007) påviste i en lille RCT-undersøgelse en signifikant forbedring af deltagernes åndelige velbefindende, målt med et særligt selv-rapporteringsskema. Lee (2005) fandt, at live musikterapi reducerede deltagernes oplevede smerte signifikant mere effektivt end udvalgt indspillet musik.

1 En dobbelt rammetromme med strandskaller, ris eller andet let raslende materiale mellem skindene.

De kvalitative undersøgelser, der ofte anvender fænomenologiske eller etnografiske metoder, dokumenterer detaljeret, hvordan musikterapien opleves af patienterne, og at aktiv musikudøvelse eller musiklytning har positiv indflydelse på patientens følelsesmæssige, sociale og eksistentielle tilstand og oplevelsen af selvværd. Renz (2005) gennemførte en stor kvalitativ undersøgelse med 251 deltagere. Over halvdelen af deltagerne rapporterede, at de gennem musikterapien havde oplevet "en fornemmelse af helhed, personlig integritet og indre fred; et ændret nærvær". Andre resultat kategorier var "Smertelindring over kortere eller længere tid", "Mindre fysisk ubehag", "Færre problemer med vejrtrækningen (og derfor mindre angst)", "Accept af sygdommen og ændret velbefindende", "Ændret holdning til liv og død" og "Et nyt eller ændret forhold til Gud/det guddommelige".

Også pårørendes oplevelse af forbedret kontakt og følelsesmæssig kommunikation er blevet dokumenteret, og personaleundersøgelser viser, at patienters og pårørendes positive oplevelser i vid udstrækning bekræftes af repræsentanter for andre personalegrupper (O'Kelly & Koffman 2007).

I et nyt Cochrane-review – dvs. en sammenligning af kontrollerede undersøgelser (se faktaboks) – fokuseres der specifikt på effekten af musikterapi med patienter i terminalfasen. 5 undersøgelser med i alt 175 deltagere opfyldte inklusionskriterierne. Alle 5 er omtalt enkeltvis ovenfor. Da undersøgelserne var så få og havde forskellige målvariable, var det ikke muligt at konstatere nogen klar, positiv effekt af musikterapien på smerte, angst eller depression, som var hyppigt anvendte effektmål. Forfatterne konkluderer, at "et begrænset antal undersøgelser peger på, at musikterapi

kan have en positiv effekt på livskvaliteten hos patienter i den palliative indsats. Der er dog tale om resultater fra undersøgelser med en stor risiko for bias. Mere forskning er nødvendig" (Bradt & Dileo 2011, s. 2).

En væsentlig årsag til de begrænsede resultater i meta-analyserne er (som også O'Callaghan påpegede) dels det lave antal deltagende patienter, dels det meget lave antal sessioner (som regel kun en eller to sessioner). Dette afspejler virkeligheden i behandlingsarbejdet og de deraf følgende vanskelige vilkår for al forskning inden for området: patienterne er meget svage (den gennemsnitlige såkaldte "liggetid" for en dansk hospicepatient er p.t. 2-3 uger), og der er kun sjældent tale om længere forløb. De metodiske vanskeligheder gennemgås af Bode & Bonde (2011), som også rummer en gennemgang af de musikterapeutiske metoder, der anvendes i den palliative indsats (se nedenfor).

Begrundelse for effekt

O'Kelly & Koffman (2007) identificerede seks overordnede områder, hvor musikterapi havde en positiv virkning: fysisk, emotionelt, åndeligt, kreativt, socialt og miljømæssigt. Med nogen variation i betegnelserne er det de samme områder, der peges på i hele litteraturen.

Teoretisk kan musikterapiens behandlingseffekt forklares på forskellige måder. Bonde (2009) skelner overordnet mellem fire forskellige niveauer i musikkens betydning for og virkning på mennesker. På det fysiologiske niveau påvirker musik som fysisk svingningsfænomen kroppen (hjernen, nervesystemet, respiration, muskler og hud) direkte. På det sprogligt-syntaktiske ("grammatiske") niveau oplever vi

FAKTABOKS – om RCT-undersøgelser, case-effektstudier og Cochrane Reviews

En **RCT-undersøgelse** vurderes af mange som den mest pålidelige form for forskning. RCT betyder Randomized Controlled Trial, og hensigten er at vurdere effekten af en bestemt behandling ud fra foruddefinerede objektive kriterier. En RCT-undersøgelse kunne være en effektmåling af fx musikterapi som så sammenlignes med en kontrolbehandling og/eller med daglig praksis. For at kunne vurdere om der er statistisk signifikans, defineres præcise uafhængige variable (fx i fht adfærd, tilstand eller kunnen) som er blevet 'målt' med standardiserede tests eller assessmentredskaber. De samme målinger udføres på både eksperiment- og kontrolgruppen, og de to grupper bør være helt sammenlignelige og er derfor fordelt ved lodtrækningsprincipper. Desuden bør der være så mange deltagere at tilfældige variationer udlignes.

Forskning med mennesker med livstruende sygdomme kræver høje etiske standarder. Ikke mindst RCT-undersøgelsesnes krav om kontrolgruppe kan være problematisk, hvis patienter placeres i en kontrolgruppe i forbindelse med undersøgelse af en behandling, som der er stor sandsynlighed for at de vil kunne profitere af. Her kan **case-effektstudier** anvendes til at påvise en behandlingseffekt i forhold til forbedringer i deltagernes tilstand eller kunnen. Frem for kontrolgruppe indgår patienten som 'sin egen kontrol' ved at sammenligne de uafhængige variable i forhold til såkaldte baselinemålinger.

I **Cochrane reviews** analyseres eksisterende effektundersøgelser i forhold til forskningskvalitet, hvorefter resultaterne sammenholdes. Cochrane reviews bliver internationalt regnet for højeste standard i forhold til at vurdere forskningsmæssig evidens for en given behandlings effekt. Cochrane reviews er målrettet aktører og beslutningstagere inden for sundhedsområdet med henblik på at give dem det bedst mulige grundlag for at træffe beslutninger om behandlingstiltag. Cochrane reviews er hovedsageligt baseret på RCT-undersøgelser og bliver publiceret i *The Cochrane Library*, www.thecochranelibrary.com.

musikken som et sprog, der "taler forståeligt", fordi det har struktur og er formet ud fra logisk-æstetiske principper. På det sprogligt-semantiske ("indhold") niveau taler musikken til os, så vi fornemmer et budskab, stemninger, følelser, der ofte ledsages af indre forestillingsbilleder, erindringer og

associationer. På det pragmatiske ("interaktive") niveau oplever vi musikken som et socialt fænomen, en aktivitet vi er sammen med andre om og i.

Musikterapeuter bruger en lang række metoder i den palliative indsats (Bode &

Bonde 2011). Receptive metoder, dvs. metoder baseret på musiklytning, spænder fra lytning til og diskussion af teksten i kendte sange, over kortlægning af patientens musikalske livshistorie vha. indspillet og live musik, til "musikrejser", hvor patienten danner indre forestillingsbilleder til musik udvalgt af terapeuten. Aktive metoder involverer patienten i sang, spil eller improvisation, og sangskrivning kan for patienten være et middel til at bearbejde og forson sig med det levede liv. Metoderne kan også kombineres, f.eks. når musik anvendes i forbindelse med meditation, bevægelse, massage, tegning og maleri.

Hvis vi sammenstiller de musikterapeutiske metoder med de 6 overordnede områder hos O'Kelly & Koffman, kan vi sige følgende: (1) I musikterapi med døende kan der på det fysiske område arbejdes direkte med at forbedre eller støtte patientens vejrtrækning (fra hurtig, overfladisk respiration til langsommere, dybere og mindre anstrengt respiration) via rytmisk tilpasning af spil eller sang til patientens behov (Bode & Bonde 2011; Freeman, Caserta, Lund et al. 2006). Afspænding, lindring og afledning af adskillige symptomer såsom smerte, kvalme og dyspnoe (lufthunger) kan opnås via guidet fysisk afspænding ledsaget af musik tilpasset patientens præferencer eller via arbejde med musikledsagede indre forestillingsbilleder (Bonde 2001). Også den motoriske uro ved delirøse tilstande kan dæmpes på denne måde, og den syge kan få redskaber til at håndtere, hvad C. Saunders kaldte "den totale smerte". (2) På det emotionelle område kan sådanne "musikrejser" også anvendes psykoterapeutisk og angstdæmpende, og de kan give adgang til indre positive og opbyggende billeder. (3) Som symbolsk sprog

kan musik være en nøgle til at lukke op for eksistentielle og åndelige temaer og oplevelser, og (4) sange og musik er gode redskaber til at bearbejde livshistoriske temaer og konflikter konkret eller metaforisk, f.eks. i kreativ sangskrivning, og samtidig kan den syges "sunde sider" reaktiveres og blomstre. (5) Det er muligt at inddrage de pårørende både som aktive medspillere i og som vidner til den døendes processer, og at facilitere familiekommunikation, både verbalt og nonverbalt (det sociale område). (6) Endelig kan levende musik på afdelingen, f.eks. når musikterapeuten spiller i fællesarealerne, fungere som et effektivt miljøterapeutisk tiltag (Aasgaard 1999). Ved længere, også ambulante, forløb og i den palliative hjemmepleje, hvor patienten har flere kræfter, kan der ofte arbejdes på de 4 tidligere nævnte niveauer, altså med musikoplevelser som fysiske, sproglig-syntaktiske, sproglig-semantiske og pragmatisk-interaktive fænomener. Et sådant forløb er beskrevet af Cadrin (2007). O'Callaghan karakteriserer med begrebet "Vuggeklage" ("Lullament") de øjeblikke i musikterapien, hvor vuggesangens støttende og holdende karakter kombineres med klagesangens forløsende ekspressivitet. Sådanne intense øjeblikke kan være af afgørende betydning for såvel den døende som de pårørende.

Litteratur

- Aasgaard, T. (1999). *Music Therapy as Milieu in the Hospice and the Paediatric Oncology Ward*. I: Aldridge, D. (Ed) *Music Therapy in Palliative care. New Voices*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Aldridge, D. (1999). *Music Therapy in Palliative care. New Voices*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Bailey, L. M. (1983). The effects of live versus

- tape recorded music in hospitalized cancer patients. *Music Therapy*, 3, 17-28.
- Bode, M. (2001). *Når ord slipper op... tager musikken over. Projektevaluering: Musikterapi*. Aalborg: Center for Lindrende Behandling. Kamillianer Gaardens Hospice. www.hospice-aalborg.dk
- Bode, M. & Bonde, L.O. (2011). Din ven til det sidste. Musikterapi på hospice og i palliativ indsats. I: Dalgaard, K. M., Jacobsen, M. H. (red) *Humanistisk Palliation*. København: Hans Reitzels Forlag: 255-69.
- Bonde, L.O. (2001). Musik og smertebehandling. I: Fasting U., Lundorff L. (red.) *Smerter og smertebehandling i klinisk praksis*. København: Munksgaard
- Bonde, L.O. (2009). *Musik og menneske. Introduktion til musikpsykologi*. København: Samfundslitteratur
- Bradt J. & Dileo C. (2011). Music therapy for end-of-life care. Review. *The Cochrane Library* 2011, issue 3
- Cadrin, L. (2007). Dying Well: The Bonny Method of Guided Imagery and Music in the End of Life. *Journal of the Association of Music and Imagery*, 10:1-26
- Dalgaard, K. M. & Jacobsen, M. H. (red.) (2011). *Humanistisk Palliation*. København: Hans Reitzels Forlag
- Dileo, C. (1999). *Music therapy and medicine: Theoretical and clinical applications*. AMTA
- Dileo, C. & Bradt, J. (2005). *Medical Music Therapy: A Meta-analysis*. Cherry Hill, NJ: Jeffrey Books
- Dileo, C. & Lowey, J. V. (2005). *Music Therapy at the End of Life*. Cherry Hill, NJ: Jeffrey Books.
- Erdonmez, D. (1994). *A Journey of Transition with Guided Imagery and Music*. International Conference Music Therapy in Palliative Care Oxford 1994. Oxford: Sobell Publications.
- Freeman, L. Caserta, M. Lund, D., Rossa, S. Dowdy, A., & Partenheimer, A. (2006). Music thanatology: prescriptive harp music as palliative care for the dying patient. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 23(2). 100-104.
- Gutgsell, K.J., Schluchter, M., Margevicius, S., DeGolia, P.A., McLaughlin, B., Harris, M., Mecklenburg, J. & Wienczek, C. (2012). Music Therapy reduces pain in palliative care patients: a randomized controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management* (in press)
- Hartley, N.A., Salmon, D., O'Callaghan, C.O., Hilliard, R.E., Magill, L., Aasgaard, T. & Rykov, M. (2000). Moments Musicaux. Music Therapy in Palliative Care. Særnummer af *Journal of Palliative Care*, 17(3).
- Hilliard, R.E. (2003a). *The effects of music therapy on the quality and length of life of people diagnosed with terminal cancer*. Doctoral Dissertation, Florida State University, USA 2002.
- Hilliard R.E. (2003b). The effects of music therapy on the quality and length of life of people diagnosed with terminal cancer. *Journal of Music Therapy* 40(2): 113-37.
- Hilliard, R.E. (2005a). *Hospice and Palliative Care Music Therapy. A Guide to Program Development and Clinical Care*. Cherry Hill, NJ: Jeffrey Books.
- Hilliard, R.E. (2005b). Enhancing Quality of Life for People Diagnosed with a Terminal Illness. Dileo, C., Lowey, J. V. (red.) (2005) *Music Therapy at the End of Life*. Cherry Hill, NJ: Jeffrey Books: 19-24.
- Hilliard, R.E. (2005c). Music therapy in hospice and palliative care: a review of the empirical data. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2:173-78
- Horne-Thompson, A. & Grocke, D. (2008). The effect of music therapy on anxiety in patients who are terminally ill. *Journal of Palliative Care* 11(4): 582-90.

- Jensen, L.B. (2001). *At være til stede. Musikterapi projekt 2000-2001*. Vejle: Sct Maria Hospice Center.
- Laursen, L. H. (2009). Musikterapi med terminalt syge i palliativ pleje. *Dansk Musikterapi*, 6(2):3-10.
- Lee, H.J. (2005). *The effect of live music via the Iso-principle on pain management in palliative care as measured by self-report using a graphic rating scale and pulse rate*. Master's Thesis, Florida State University, USA 2005.
- Marr, J. (1999). GIM at the End of Life: Case Studies in Palliative Care. *Journal of The Association for Music and Imagery*, 6:34-54.
- Munro, S. (1984). *Music Therapy in Palliative/Hospice Care*. St. Louis: MMB Music.
- Nielsen, R. (2006). Døende patienter har brug for åndelig omsorg. *Sygeplejersken* (5)2006: 48-53
- Nguyen, J. T. (2003). *The effect of music therapy on end-of-life patients' quality of life, emotional state, and family satisfaction as measured by self-report*. Master's Thesis, Florida State University.
- O'Callaghan, C. (2009). Objectivist and Constructivist Music Therapy Research in Oncology and Palliative Care: An Overview and Reflection. *Music and Medicine*, 1(1):41-60.
- O'Callaghan, C. (2011). The contribution of music therapy to palliative medicine. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford: Oxford University Press: 214-22
- O'Kelly, J. & Koffman, J. (2007). Multidisciplinary perspectives of music therapy in adult palliative care. *Palliative Medicine*, 21:235-241
- Renz, M., Mao, M.S. & Cerny, T. (2005). Spirituality, psychotherapy and music in palliative cancer care: research projects in psycho-oncology at an oncology center in Switzerland. *Support Care Cancer*, 13: 961-966
- Salmon, D. (2001). Music Therapy as a Psycho-spiritual Process in Palliative Care. *Journal of Palliative Care* 17:3
- Włodarczyk, N. (2007). The effect of music therapy on the spirituality of persons in an inpatient hospice unit as measured by self-report. *Journal of Music Therapy*, 44:113-122
- Wylie, M. & Blom, R. (1986). Guided Imagery and Music with Hospice Patients. *Music Therapy Perspectives*, 3:25-28.

Nyheder om musikterapi

Ulla Holck ph.d., lektor, Studienævnssformand for Musikterapiuddannelsen.
Kontakt: Holck@hum.aau.dk

På www.musikterapiuddannelse.aau.dk kan du nederst til venstre klikke dig ind på en fortløbende liste over nyheder om musikterapi – bogudgivelser, presseomtale, forskning, artikler i fagtidsskrifter osv. Har du selv noget i samme boldgade, som du gerne vil have på listen, kan du hen-

vende dig til undertegnede. Husk, at hvis stoffet skal direkte på listen, skal du have 'rettighed' over det – ellers kan et link til en relevant hjemmeside gøre det. Og kun nyt stof medtages på listen, dvs. at det max må være 3 måneder siden, det udkom. Mvh. Ulla Holck

Musikterapi i sorgarbejde

*Ulla Ladegaard Jacobsen cand. mag. i musikterapi,
medlem af MTLs bestyrelse. Kontakt: ullalaja@gmail.com*



"Jeg er ikke blevet mindre ked af det, men jeg oplever en indre ro, fordi accepten af tabet er kommet fra hovedet til hjertet. Det giver plads til at møde de glade ting i livet også."

Sagt af klient i musikterapeutisk sorgterapi

Denne artikel er en kort gengivelse af mit kandidatspeciale (Jacobsen 2011), som er et kvalitativt studie af en case fra min 9. semesters praktik på Kræftens Bekæmpelses Rådgivningscenter i Aalborg.

Case og specialefokus

En kvinde, som havde mistet sin ægtemand og lidt mange andre tab inden for kort tid, kom til musikterapi med ønsket om hjælp, fordi hun var deprimeret og fyldt af tomhed. I hverdagen var hun meget aktiv og holdt en facade oppe, så hun undgik at mærke sin sorg, men det betød, at hendes sorgreaktioner var forsinkede, og at det naturlige sorgarbejde ikke var kommet i gang.

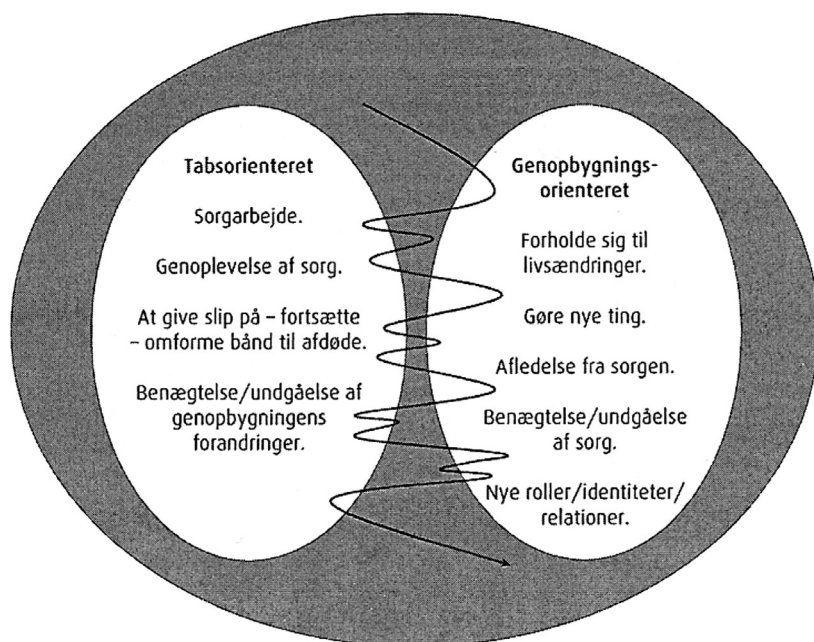
I musikterapien prøvede vi at komme 'bagom facaden' og nænsomt i kontakt med sorgen, via fx indre billeddannelse til musik. Jeg oplevede dog, at der især kom 'hul igennem' og kontakt til fortrængte følelser, da vi improviserede på instrumenter. Lignende oplevelser er beskrevet af bl.a. Bright (2002) samt Smeijsters (1999), og mit undersøgelsesperspektiv i specialet var

derfor: "Hvordan kan improvisation i individuel musikterapi igangsætte sorgarbejde hos en kvinde med forsinket sorg?"

Analyse

Jeg udvalgte og analyserede videoklip af to improvisationer, som i min optik havde haft positiv indflydelse på forløbet, og hvor klientens verbale reaktioner havde overrasket mig.

For at få et visuelt overblik over improvisationerne lavede jeg først grafiske notationer. Herefter analyserede jeg musikken med en fænomenologisk inspireret hermeneutisk analysemetode i otte trin, der er målrettet analyse af improviseret musik i musikterapi (Arnason 2002). Via denne eklektiske analysemetode kunne jeg analysere selve musikken og improvisationens mere psykodynamiske elementer. Resultatet af analysen var to improvisationsnarrativer, der på kreativ vis integrerede såvel den musikalske som den referentielle del af analysen, og derved rummede de improvisationernes dynamiske og kreative karakter.



Figur 1. '2-spors-modellen' jvf. Stroebe og Shut (2008)

Analogi og analysefund

Efterfølgende fortolkede jeg improvisationsnarrativerne i lyset af teorien om analogi. Ifølge denne teori kan klientens følelsesliv og psykiske strukturer høres i musikken, fordi der er analogi mellem musikalske processer og tilsvarende psykologiske processer. Klienten kan således 'lyde selvet' i musikken (Smeijsters 2005).

Gennem en sammenlignende analyse af de to improvisationer kom jeg frem til at:

1. Improvisation i musikterapi giver klienten mulighed for at projicere fortrængte følelser ind i musikken og udtrykke ubevidste sider af sig selv.
2. Den musikalske relation kan repræsentere relationen til den afdøde. Derved er der i den musikalske improvisation

mulighed for at mærke ellers fortrængte følelser relateret til tabet.

3. Musik uden puls kan være sorgens musikalske udtryk og repræsentere fortrængte følelser af indre kaos.
4. Klienten har mulighed for selv at stoppe musikken, hvis ubevidste og fortrængte (og dermed svære) følelser dukker frem i en improvisation. Dette kan styrke følelsen af empowerment.
5. Succesfuld brug af improvisation i musikterapeutisk sorgarbejde synes at bygge på en tillidsfuld terapeutisk alliance snarere end brugen af bestemte musikterapeutiske metoder i musikken.
6. Verbal refleksion, der bevidstgør de ubevidste og fortrængte følelser udtrykt i en improvisation, tyder på at være vigtig med henblik på det videre sorgarbejde.

Sorgarbejde i 2 spor

Nyere sorgteori beskriver sorg og sorgarbejde som en cirkulær copingproces snarere end faseopdelt. Et bud på en sorgarbejds-model er '2-spors-modellen' (Se figur 1), hvor naturlige sorgprocesser beskrives som en konstant svingning mellem 'tabssporet' (sorg over tabet) og 'nyorienteringssporet' (eller 'fremtidssporet' hvor man prøver at skabe et nyt liv uden afdøde) (Stroebe og Shut 2008).

Ved komplicerede sorgforløb kan klienten have svært ved at være i et af sporene, hvilket blokerer det naturlige sorgforløb. I denne case havde klienten brug for hjælp til gradvist at konfrontere vanskelige følelser i forbindelse med tabet. Ved hjælp af bl.a. improvisation i musikterapien kom klienten nænsomt i kontakt med 'tabssporet', og dette igangsatte en mere hensigtsmæssig svingning mellem de to spor i sorgarbejdsprocessen.

Konklusion

Det er ikke nyt for musikterapeuter, at improvisation i musikterapi bl.a. kan være med til at projicere fortrængte følelser ind i musikken, og at det derved giver mulighed for at forløse uforløst og fortrængt sorg.

Det nye er at tænke improvisation og musikterapi konkret ind i '2-spors-modellen'. I denne kontekst bidrager musikterapi i mine øjne med noget helt særligt til sorgarbejdet grundet dens kreative og nonverbale karakter. Improvisation kan fx både anvendes følelsesforløsende i 'tabssporet' såvel som give mulighed for at afprøve alternativer og nye handlemåder i 'nyorienteringssporet'.

Jeg synes, det kunne være rigtig spændende at arbejde videre med at tænke ikke blot improvisation, men også andre mu-

sikterapeutiske teknikker og metoder ind i '2-spors-modellen'. Måske vil det være muligt at lave en form for protokol for musikterapi i denne form for sorgarbejde. Har andre musikterapeuter erfaring med at bruge '2-spors-modellen' ved enten naturlig eller mere kompliceret sorg, hører jeg meget gerne fra jer.

Litteratur

- Arnason, C. (2002). An Eclectic Approach to the Analysis of Improvisations in Music Therapy Sessions. *Music Therapy Perspectives*, Vol. 20, s. 4-12.
- Brigh, R. (2002). *Supportive eclectic music therapy for grief and loss*. St. Louis, USA: MMB Music.
- Jacobsen, U.L. (2011). *Musikterapi i sorgarbejde. Et kvalitativt casestudie om improvisation i arbejdet med forsinket sorg*. Musikterapiuddannelsen, Institut for Kommunikation, Aalborg Universitet. Specialet findes på projektbiblioteket på AUB.
- Smeijster, H. (1999). Music therapy helping to work through grief and finding a personal identity. *Journal of Music Therapy*, vol. 36(3), s. 222-252.
- Smeijsters, H. (2005). *Sounding the self*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Stroebe, M. og Shut, H. (eds.) (2008). *Handbook of Bereavement Research and Practice*. Washington, DC: American Psychological Association.

Når forskning bliver klinisk anvendelig

Hilde Skrudland cand. mag. i musikterapi. Ansat på Institut for Kommunikation og Handicap, Specialrådgivningen, Region Midt, samt på Hospice Djursland. Kontakt: hilde.skrudland@ps.rm.dk

På min arbejdsplads Institut for Kommunikation og Handicap (IKH) arbejder jeg stort set altid med et eller flere børn, der har en autismediagnose eller er henvist til en børnepsykiatrisk udredning pga. mistanke om en autismediagnose (se også Min Arbejdsdag i dette nummer). Da jeg har arbejdet med børn med diagnosen Autisme Spektrum Forstyrrelse (ASF) gennem mange år, har jeg erfaring med gruppen både i forhold til musikterapeutisk arbejde, men også i mere generelle behandlingsformer og pædagogiske tilgange. Jeg ved – er slet ikke i tvivl om – at musikterapi er med til at støtte børn med ASF i udvikling, inden for mange udviklingsområder, ofte i forhold til kommunikation, relationsdannelse, opmærksomhed, koncentration, identitet og livsglæde. Jeg ved det virker, det oplever mine musikterapeutkollegaer i IKH også, det er tilbagemeldingen fra forældre, støttepædagoger og andre faggrupper. Men jeg har ikke forsket i mit arbejde, for at vise at det virker! Jeg er ikke ansat til at lave forskning på min arbejdsplads. Jeg har heller ikke tid i mit arbejde til at opsøge, finde, læse og forholde mig til al den internationale forskning og dokumentation, der er om musikterapi til børn med ASF.

Det var derfor en gave for mig at læse lektor Ulla Holcks artikel i Tidsskriftet Dansk Musikterapi: Forskning i musikterapi – børn med en Autisme Spektrum Forstyrrelse (TDM 2011, 2). I denne artikel samler Holck den efterhånden meget omfattende viden, der er inden for ASF-området, og præsenterer det, så

jeg hurtigt kan orientere mig. Og så jeg forholdsvis nemt kan informere mine tværfaglige kollegaer og samarbejdspartnere om evidens for musikterapi med denne målgruppe.

Jeg vil i det følgende sammenstille en case fra mit arbejde med den forskningsmæssige dokumentation for evidens, der præsenteres i Holcks artikel. Målet hermed er at vise, hvordan forskning kan inddrages og præsenteres med udgangspunkt i kliniske eksempler, hvilket vil underbygge de resultater, jeg ser i mit arbejde. At kunne sige: "Jeg ser det virker – og det understøttes af forskning".

Martin¹ er 6 år (se også Min Arbejdsdag). Han har været i et individuelt musikterapeutisk forløb i knapt to år, oftest fulgt af hans støttepædagog Clara. Martin er meget motiveret for at deltage i musik, både sange, musikaktiviteter og improviseret spil på forskellige instrumenter. Martin har diagnosen infantil autisme. Han har vanskeligheder ved at indgå i socialt samspil med andre børn, han har svært ved at afkode, hvad der sker rundt ham, svært ved at afstemme sig efter omgivelserne, og er i perioder optaget af særlige interesseområder. Martin er også forsinket generelt i udvikling i forhold til sin alder.

I musikterapi har vi gennem de to år opbygget et "repertoire" af ting, vi laver i musikterapi. Det kan være klaverspil ved hver sit klaver, trommespil i fællesskab, Martin

1 "Martin" er et anonymiseret navn.

spiller trommer, hvor jeg spiller guitar til, vi digter en sanghistorie, hvor jeg spiller til, vi synger sange, går på forskellige måder til trommespil, danser ballet, etc. I det følgende beskriver jeg dele af Martins udvikling i musikterapi ved at give eksempler på, hvad jeg vil skrive i en behandlingsstatus for musikterapiforløbet (herunder anført som citater), eksemplificerer det fra musikterapien og underbygger det med informationer fra Holcks artikel.

Status: "Martin kan nu deltage i socialt samspil over tid, han kan fordybe sig, modtage idéer og videreudvikle dem. Han kan i korte perioder lægge lidt afstand til mig, for derefter at reagere på min musikalske invitation igen."

Dette mønster ses ofte i klaverimprovisationer, hvor vi sidder ved et hver sit klaver. Martin starter oftest, hvor jeg lytter til hans toner og spillemåde. Jeg starter ofte med at prøve at ramme lidt af de samme toner, og måske bygge en lidt fast rytmisk bund på, for at give Martins musik en ramme. Martin hører ofte dette og lægger sig op ad den rytme og spiller mere og mere, hvor jeg kan se, at hans krop bevæger sig med i musikken. Jeg kan lægge små melodistumper ind i min musik, som Martin nogle gange svarer på ved at spille med en enkelt finger og med nogenlunde samme antal toner, som jeg spillede. Hvis der i Martins musik er et lille klart motiv, gentager jeg dette, det hører Martin ofte og kigger kort på mig, mens han fortsætter med at spille. Enkelte gange tager Martin alle tonerne fra bund til top i række, hvor han ikke ser ud til at høre, at jeg spiller på mit klaver, derefter kan han igen være klar til videre samspil.

Holck (2011, s.29) skriver, at "Cochrane review vedrørende musikterapi til børn med ASF viser, at musikterapi øger de

nonverbale kommunikative evner signifikant hos børn med ASF". Det er dette jeg ser i klaverimprovisationen, hvor Martin udvikler sin evne til at være i nonverbal kommunikation med mig. Videre skriver Holck med henvisning til Wigram og Elefant, at "musik egner sig til at være forudsigelig (fx indeholde mange gentagelser), samtidig med at der i improviseret musik altid opstår små variationer i melodi, harmoni, rytme, fraseering og dynamik" (Holck 2011, s.31). Det er dette jeg ser i samspillet på klaver sammen med Martin, idet improvisationen består af både gentagelser og genkendelige motiver blandet med små improvisationer.

Status: "Martin kan selv være med til at fortælle, hvad han vil lave i musikterapi, og også formidle verbalt, hvad der er bedst for ham."

Efter en goddagsang bestemmer vi, hvad vi gerne vil lave i musikterapi den dag, vi skiftes til at vælge aktivitet, som jeg tegner på en tavle. Tegningerne er enkle symboler for den enkelte aktivitet, Martin har aldrig problemer med at forstå, hvad symbolerne betyder. Martin kan på den måde genoptage aktiviteter, vi ikke har brugt i lang tid, og han er nødt til at acceptere, at jeg også vælger aktiviteter. Dette kan være et mål i sig selv i arbejdet med børn med ASF, – det at rumme at andre også byder ind og bestemmer. Når vi er færdige med aktiviteten, visker vi den ud. En dag bad Martin om, at jeg ikke viskede ud, men satte kryds over, da det ville gøre, at han kunne huske, hvad vi havde lavet den dag.

Holck (2011, s.31) refererer fra autismeforskere som fx Schuler et al., at "Børn med ASF har et stort behov for en genkendelig struktur for at kunne fungere optimalt". Som det fremgår af ovenstående er denne struktur en del af Martins musikterapi, men her formet som en struktur med indhold vi begge er

med til at vælge, med aktiviteter, der støtter Martins udvikling inden for forskellige udviklingsområder, bl.a. det sociale og kommunikative.

Ifølge Holck (s.29) viser Cochrane reviewet endvidere, "at musikterapi øger verbale kommunikative evner hos børn med ASF, sammenholdt med kontrolgrupper". I tråd med dette oplever jeg, at Martin i stigende grad bruger sit verbalsprog som kommunikation i forhold til mig i musikterapi timerne. Også til at formidle de tanker og idéer han får i løbet af timen, som nedenstående eksempel viser.

Martin stillede en dag forskellige bongotrommer op i en række, det gør vi nogle gange, hvor vi efterfølgende spiller på dem sammen. Denne dag begyndte Martin derimod at kravle på dem fra den ene ende, og pludselig sagde han: "det er ligesom de tre Bukke Bruse". Jeg foreslog, at vi legede eventyret, Martin skulle være de tre bukke, jeg var fortæller og trold. Vi gennemspillede eventyret, hvor Martin levede sig ind i rollerne og historien, men hvor han også accepterede den version af eventyret, jeg fortalte. Det er ikke en selvfølge for børn med ASF at kunne lytte og indrette sig i en social sammenhæng. Da vi havde afsluttet eventyret sagde Martin: "der er også en historie om en pige, der spiser tre bjørnes grød, og sover i deres senge". Vi aftalte, at vi i ugen efter skulle spille eventyret om Guldlok og de tre bjørne.

Status: "Der er i musikterapiforløbet et godt samarbejde med Martins forældre og støttepædagog, hvilket er med til at overføre effekten af musikterapi til Martins daglige liv".

Støttepædagogen Clara arbejder ofte videre med elementer fra Martins musikterapi, som hun kan se er brugbare i det pædagogiske arbejde. Ofte er det tilgangen, at se adfærd

som kommunikation, vi taler om. Vi taler om, at den musikalske improvisation er en del af Martins kommunikative udvikling, at kunne lytte, svare tilbage, lægge mærke til afsender osv. Clara kan spørge ind til Martins adfærd, som hun ser i børnehaven, jeg giver mit bud på Martins adfærd, og vi taler om, hvordan hun kan forholde sig til det som pædagog. Clara formidler også emner videre til forældrene, når hun oplever, det giver mening.

Holck præciserer, at blandt ikke-medicinske tilgange til børn med ASF er det kun Cochrane reviewet vedrørende musikterapi og Cochrane reviewet vedrørende tidlige forældremedierede indsatser, der viser signifikant effekt. Denne viden understøtter vigtigheden i som musikterapeut, at sammenkæde det jeg laver i musikterapien med vejledning af forældre og/eller støttepersonale. Ved at inddrage de voksne der dagligt er omkring barnet, kan musikterapien være med til at støtte både barn og voksne i det tidlige samspil.

Som det fremgår af ovenstående er Holcks artikel med til at dokumentere min kliniske musikterapi praksis. Der er brug for denne dokumentation, brug for at dygtige forskere formidler forskning, så den kan relateres direkte til klinisk praksis i en form, der er overskuelig og nem at både læse og forstå – både for mig faglig set og for min mulighed for at formidle til kollegaer og samarbejdspartnere.

Litteratur

Holck, U. (2011): Forskning i musikterapi – børn med en Autisme Spektrum Forstyrrelse. *Tidsskriftet Dansk Musikterapi* 2011, 8 nr. 2. s. 27-35.

Musik, søvn og traumatiserede flygtninge – et pilotstudie

Kira Vibe Jespersen cand.psych. og BA i musikterapi, har arbejdet for Integrationsnet i Århus og nu ansat på Klinik for Traumatiserede Flygtninge, Region Midt. Kontakt: kiravibe@gmail.com

Søvn er et basalt menneskeligt behov på linje med mad og drikke. I vores moderne samfund er søvnproblemer udbredte (Roth 2007), og en gruppe af mennesker, som ofte lider af store søvnproblemer er traumatiserede flygtninge. Indsovningsbesvær og mareridt er nogle af kernesymptomerne ved diagnosen posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD), som ses hos en del af dem, der kommer hertil fra krig eller forfølgelse. Ud over den generelle træthed giver mangel på søvn negative konsekvenser i form af blandt andet nedsat koncentration og hukommelse (Bonnet & Arand 2006). Disse negative konsekvenser gør det endnu vanskeligere at håndtere de udfordringer, der kan være med både at holde sammen på sig selv og familien og med at lære et nyt sprog og integrere sig i samfundet. Forbedring af søvnkvaliteten hos traumatiserede flygtninge er derfor en vigtig indsats for at give disse mennesker bedre vilkår for at klare sig til gavn for både det enkelte menneske og samfundet.

En måde at forbedre søvnkvaliteten på kan være ved hjælp af musik. Musik har i mange hundrede år været knyttet til søvn, hvilket tydeligt ses af eksistensen af en decideret søvn-musikgenre, nemlig vuggeviser. Det er dog først i de seneste årtier, at man er begyndt at forske i området. På nuværende tidspunkt er der udgivet omkring

14 studier om effekten af receptiv brug af musik på søvnkvaliteten hos forskellige grupper af mennesker. Denne forskning viser en signifikant effekt af musiklytning på søvnkvaliteten hos børn (Field 1999; Tan 2004), studerende (Harmat et al. 2008), ældre (Lai & Good 2005; Ziv et al. 2008), mennesker med søvnproblemer pga. smerter (Zimmerman et al. 1996) og mennesker med søvnproblemer pga. psykiske vanskeligheder (Deshmukh et al. 2009; Hernández-Ruiz 2005). Enkelte studier finder ingen klar effekt af musiklytningen (Iwaki et al. 2003; Lazic & Ogilvie 2007) og generelt er der tale om relativt små studier med et begrænset antal deltagere og visse metodologiske problemer. En metaanalyse af fem randomiserede kontrollerede studier (RCT) viser dog en moderat effekt af receptiv musik-afspændingsinterventioner (de Niet et al. 2009). I alle undersøgelserne bruges musikken til at opnå et terapeutisk mål (forbedring af søvnkvalitet), men interventionerne er generelt baseret på musikken og deltagernes egen administration af denne, og indebærer ikke en terapeutisk relation. De må derfor betegnes som musik-medicin.

Det nærværende pilotstudie blev udført i 2010 hos Integrationsnet – en del af Dansk Flygtningehjælp, og målet var at undersøge, om musik kan bruges til at forbedre søvnkvaliteten hos traumatiserede



Figur 1: Musikafspiller og ergonomisk pude

flygtninge. Tre hypoteser blev undersøgt: 1) at lytte til rolig musik ved sengetid kan forbedre søvnkvaliteten hos traumatiserede flygtninge, 2) forbedret søvnkvalitet vil reducere traumesymptomer og 3) forbedret søvnkvalitet vil højne det generelle velbefindende.

Projektet blev godkendt af videnskabs-etisk komite, og alle deltagere underskrev informeret samtykke. Projektet er gennemført med økonomisk støtte fra Trygfonden og Integrationsministeriet.

Metode

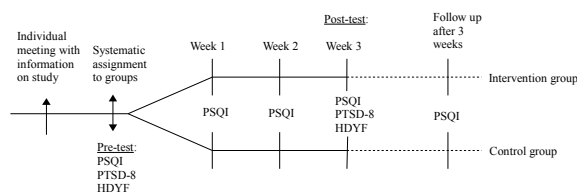
Hypoteserne blev undersøgt gennem et eksperimentelt design med én interventionsgruppe og én kontrolgruppe. Deltagerne blev fordelt efter et forudbestemt princip, hvor den første mandlige deltager blev placeret i den ene gruppe og den næste mandlige deltager i den anden, osv. De kvindelige deltagere blev ligeledes placeret skiftevis i den ene og den anden gruppe. Interventionsgruppen fik en Maysound musikafspiller og en ergonomisk Tempur pude, der passer ind i afspilleren (se figur 1). De

blev instrueret i at lytte til musikken hver aften, når de gik i seng.

Kontrolgruppen fik den ergonomiske pude med hjem uden musikafspiller, og alle deltagere fik at vide, at det var en undersøgelse af forskellige ikke-farmakologiske interventioner til forbedring af søvn. Musikken, som deltagerne i interventionsgruppen lyttede til, var en kompilation med navnet "Inducing sleep". Det var en sammenfletning af tre numre fra Musicure cd'erne af Niels Eje med et roligt tempo på 52 bpm, stabil dynamik og en enkel struktur. Musikken er instrumental og spilles på klaver, harpe, guitar og cello. Derudover er der naturlyde i form af bølger og fuglesang. Musikken blev valgt på baggrund af undersøgelser af vuggeviser, som netop er karakteriseret ved et langsomt stabilt tempo, stabil dynamisk kontur og en enkel struktur med mange gentagelser (Trehub & Trainor 1998).

Interventionsperioden blev sat til 3 uger med dataindsamling ugentligt (se figur 2). Denne beslutning blev taget på baggrund af tidligere undersøgelser samt på grund af en begrænset tidslig ramme for undersøgelsen.

Der blev indsamlet data om søvnkvalitet, traumesymptomer og velbefindende ved hjælp af standardiserede spørgeskemaer. Til måling af søvnkvalitet brugte jeg Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) (Buysse et al. 1989). Traumesymptomer blev vurderet gennem PTSD-8 (Hansen et al. in press) og velbefindende blev målt gennem "How do you feel?" spørgeskemaet, som er udviklet specifikt til flygtninge af en gruppe svenske forskere (Hermansson & Timpka 1999). Alle data blev behandlet statistisk gennem SPSS, version 18.



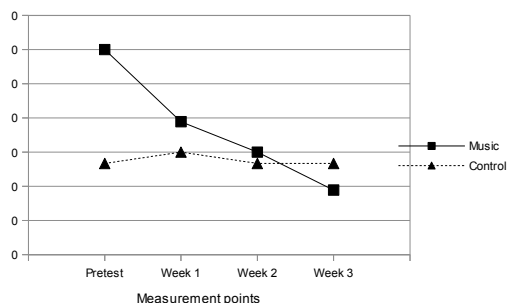
Figur 2: Undersøgellesdesign

Resultater

Der var i alt 15 deltagere i undersøgelsen. Der blev rekrutteret 19 personer, men 4 faldt fra undervejs. Der var flere, der faldt fra i kontrolgruppen end i interventionsgruppen, så fordelingen endte med at være 9 deltagere, der lyttede til musik hver aften og 6 deltagere, der brugte den ergonomiske pude. Deltagerne var flygtet fra forskellige lande som Afghanistan, Iran, Irak, Syrien, Sri Lanka, Vietnam og Kosovo.

Som vist i figur 2 blev alle deltagernes *søvnkvalitet* målt inden starten af studiet. Grupperne viste sig ikke at være helt ens, idet musikgruppen havde flere søvnproblemer end kontrolgruppen. Alle deltagere havde dog markante søvnproblemer, så der var rig mulighed for forbedring i begge grupper. Statistisk bearbejdning af resultaterne fra før til efter interventionen viste, at deltagernes søvnproblemer faldt signifikant i musikgruppen, mens søvnkvaliteten ikke ændrede sig væsentligt i kontrolgruppen (se figur 3).

At deltagere var *traumatiserede* fremgik tydeligt af det anvendte screenings-spørgeskema PTSD-8, hvor deltagere viste væsentlige symptomer på posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD). Bearbejdning af målingerne før og efter interventionen viste dog, at der ikke var nogen signifikant



Figur 3: PSQI søvnscore under interventionsperioden (højere score indikerer flere søvnproblemer og en score under 5 indikerer normal søvnkvalitet)

ændring i graden af traumesymptomer hverken i musik- eller kontrolgruppen.

Med hensyn til *velbefindende* viste undersøgelsen, at der var en signifikant forbedring af deltagernes velbefindende fra før til efter interventionen i musikgruppen, men ingen ændring i kontrolgruppen. For en mere detaljeret beskrivelse af resultaterne se Jespersen & Vuust (in press).

Diskussion

Resultaterne af undersøgelsen viser, at der er en signifikant forbedring af søvnkvaliteten i den gruppe, der lytter til musik, men ingen ændring i kontrolgruppen. Ligeledes oplever musikgruppen øget velbefindende i løbet af de tre uger, men ingen af grupperne rapporterer ændringer i graden af traumesymptomer. Det vil sige, at ud fra dette pilotstudie kan hypotese 1 og 3 bekræftes, mens hypotese 2 ikke kan bekræftes. Anden forskning har vist, at søvnkvalitet kan påvirke graden af PTSD symptomer (Belleville et al. 2009), og der kan være

forskellige grunde til, at det ikke var tilfældet i dette studie. Deltagerne var stærkt traumatiserede, og en mulighed kan være, at interventionsperioden var for kort til at påvirke dette i væsentlig grad. Ligeledes kan det have indflydelse, at deltagerne i musikgruppen ikke opnåede "normal" søvnkvalitet, selvom der var en væsentlig forbedring gennem interventionen.

Der er flere andre aspekter af resultaterne, som kan være interessante at diskutere. Et aspekt er, at interventionen, som beskrevet i indledningen, defineres som 'musikmedicin'. Dog finder jeg det væsentligt, at der er et ugentligt møde med deltagerne, hvor de får mulighed for at fortælle, hvordan det går og få vejledning til musikken og afspilleren. Med en målgruppe som traumatiserede flygtninge forestiller jeg mig, at det ville være vanskeligt at få interventionen til at fungere uden denne støtte og opbakning. Mange ville have svært ved at få brugt udstyret på grund af manglende overskud.

Et andet væsentligt aspekt er, hvilken musik man lytter til. I dette studie var musikken bestemt på forhånd på baggrund af nogle strukturelle karakteristika, og alle lyttede til den samme musik. Musikoplevelser kan være ganske forskellige fra person til person, og en anden mulighed ville være at lade deltagerne selv vælge musikken. Det ville være interessant at sammenligne effekten på søvnkvalitet ved brug af 'standardiseret' musik og selvvalgt musik.

Et sidste relevant spørgsmål, som jeg vil bringe frem i denne sammenhæng er, hvordan musik påvirker menneskets søvn? Selvom der er påvist en bedring af søvnkvaliteten i flere studier, er der endnu meget lidt viden om, hvilke mekanismer der er i spil. En mulighed kan være, at musikken påvirker det autonome nervesystem

og derigennem sænker vores arousalniveau, så vi lettere kan sove. En anden mulighed er, at musikken påvirker vores emotionelle system og får os til at føle os veltilpas, så vi er mindre angst eller triste, og dermed sover bedre. En tredje mulighed kan være, at musikken påvirker vores kognition ved at fange vores opmærksomhed og dermed flytte fokus fra bekymringer eller ubehagelige minder, som ellers kan hindre eller udskyde indsovningen. Mest sandsynligt er det, at svaret skal findes i en kombination af disse (og muligvis andre) faktorer, men det må være op til fremtidig forskning at afgøre.

Konklusion

Dette pilotstudie viser, at det at lytte til rolig musik ved sengetid kan forbedre søvnkvaliteten hos traumatiserede flygtninge. Ligeledes oplevede deltagerne i musikgruppen et generelt øget velbefindende, men ingen ændring specifikt i traumesymptomer. Resultaterne stemmer overens med lignende studier, som har undersøgt effekten af musik i forhold til søvn hos f.eks. mennesker med depression (Deshmukh et al. 2009) og voldsramte kvinder på krisecenter (Hernández-Ruiz 2005). Der er dog tale om et ganske lille studie, så undersøgelsen bør repliceres med en større gruppe. Ligeledes er det væsentligt at få en større forståelse af, hvordan musik virker ind på søvn for at kunne lave den bedst mulige intervention.

Søvnproblemer er udbredte i vores samfund, og søvn spiller en væsentlig rolle i forhold til både fysisk og psykisk helbred. Det er derfor potentielt vigtigt at undersøge, om musik kan bruges som en non-farmakologisk intervention, der er nem at bruge, billig og uden bivirkninger.

Litteratur

- Belleville, G., Guay, S., & Marchand, A. (2009). Impact of sleep disturbances on PTSD symptoms and perceived health. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(2), 126-132.
- Bonnet, M. H., & Arand, D. L. (2006). Consequences of insomnia. *Sleep Medicine Clinics*, 1(3), 351-358.
- Buyssse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., & Berman, S. R. (1989). The pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213.
- De Niet, G., Tiemens, B., Lendemeijer, B., & Hutschemaekers, G. (2009). Music-assisted relaxation to improve sleep quality: Meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1356-1364.
- Deshmukh, A. D., Sarvaiya, A. A., R., S., & Nayak, A. S. (2009). Effect of indian classical music on quality of sleep in depressed patients: A randomized controlled trial. *Nordic Journal of Music Therapy*, 18(1), 70-78.
- Field, T. (1999). Music enhances sleep in preschool children. *Early Child Development and Care*, 150(1), 65-68.
- Hansen, M., Andersen, T. E., Elklit, A., Palic, S. & Mackrill, T. (in press). PTSD-8: A Short PTSD Inventory. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*. Manuscript accepted for publication.
- Harmat, L., Takács, J., & Bódizs, R. (2008). Music improves sleep quality in students. *Journal of Advanced Nursing*, 62(3), 327-335.
- Hermansson, A., & Timpka, T. (1999). 'How do you feel?': A self-rating scale for measuring well-being in refugees. *Transcultural Psychiatry*, 36(3), 317-328.
- Hernández-Ruiz, E. (2005). Effect of music therapy on the anxiety levels and sleep patterns of abused women in shelters. *Journal of Music Therapy*, 42(2), 140-158.
- Iwaki, T., Tanaka, H., & Hori, T. (2003). The effects of preferred familiar music on falling asleep. *Journal of Music Therapy*, 40(1), 15-26.
- Jespersen, K. V. & Vuust, P. (in press). The effect of relaxation music listening on sleep quality in traumatized refugees: A pilot study. *Journal of Music Therapy*. Manuscript accepted for publication.
- Lai, H. & Good, M. (2005). Music improves sleep quality in older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 49(3), 234-244.
- Lazic, S. E., & Ogilvie, R. D. (2007). Lack of efficacy of music to improve sleep: A polysomnographic and quantitative EEG analysis. *International Journal of Psychophysiology*, 63(3), 232-239.
- Roth, T. (2007). Insomnia: Definition, prevalence, etiology, and consequences. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 3(5 SUPPL.), S7-S10.
- Tan, L. P. (2004). The effects of background music on quality of sleep in elementary school children. *Journal of Music Therapy*, 41(2), 128-150.
- Trehub, S. E. & Trainor, L. (1998). Singing to Infants: Lullabies and Playsongs. *Advances in Infancy Research*, 12, 43-77.
- Zimmerman, L., Nieveen, J., Barnason, S., & Schmaderer, M. (1996). The effects of music interventions on postoperative pain and sleep in coronary artery bypass graft (CABG) patients. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 10(2), 153-170.
- Ziv, N., Rotem, T., Arnon, Z., & Haimov, I. (2008). The effect of music relaxation versus progressive muscular relaxation on insomnia in older people and their relationship to personality traits. *Journal of Music Therapy*, 45(3), 360-380.

Der var én, der var to, der var tre, der var fire...

– om musikterapeuter i Dansk Flygtningehjælp

Nana Hostrup Mørch cand. mag. i musikterapi, suppl.uddannelse i medicinsk antropologi, ansat siden 2005 i Integrationsnet, Dansk Flygtningehjælp 37 t. Kontakt: nana.hostrup.morch@drc.dk

Formålet med denne artikel er at give et indblik i et område der er i vækst, hvilket betyder en stigning i antallet af ansatte musikterapeuter. I artiklen gives nogle bud på, hvorfor det forholder sig sådan.

Stik imod de sidste års krise med besparelser og fyringer kan vi i Dansk Flygtningehjælp – Integrationsnet glæde os over en kraftig stigning i arbejdsopgaver, og dermed også flere ansættelser, både af musikterapeuter og andre faggrupper. Hvorfor nu det?

Et svar kunne være at vi i Dansk Flygtningehjælp trodser alle røde tal og blinkende advarselsslamper, og udelukkende lytter til vores store bundnaive humane hjælpehjerter... måske, men der er også andet der spiller ind.

Beskyttelse, nødhjælp og rettigheder

Dansk Flygtningehjælp – internationalt kendt som Danish Refugee Council – er en privat, humanitær organisation, der siden 1956 har arbejdet for at beskytte flygtninge og sikre deres rettigheder med udgangspunkt i menneskerettighederne og FN's Flygtningekonvention.

Dansk Flygtningehjælp arbejder i mere end tredive lande rundt omkring i verden, og midlerne kommer fra private og institutionelle donorer og fra salg af konsulent-ydelser i forhold til humanitært arbejde. Vi har sammenlagt aktiviteter for over kr. 1 mia. om året nationalt og internationalt. I Dansk Flygtningehjælp i Danmark er vi mere end 4000 ansatte, fordelt over hele landet, samt et stort netværk af frivillige. Den afdeling af Dansk Flygtningehjælp som alle 6 musikterapeuter er ansat i hedder Integrationsnet, og som navnet antyder, så arbejder vi med integration af flygtninge, der er kommet her til Danmark. Det er primært kommunerne, der køber vores ydelser, herunder musikterapi.

Alle Integrationsnets psykosociale indsatser bliver skræddersyet til den enkelte persons eller families behov, og derfor er der ingen forløb, der er ens. Et forløb kan typisk bestå af en eller flere af følgende elementer: socialfaglige eller psykologiske undersøgelser og udredninger, afklarende samtaler, pædagogisk støtte i hjemmet, samt musikterapi eller psykologsamtaler.

Sådanne forløb er tidsmæssigt ressourcetekrævende. I gennemsnit blev der i 2010 anvendt 235 timer på en sag. I alt solgte

Integrationsnet 26.781 timer i 2010 – en stigning på 47% i forhold til året før. Væksten i antallet af sager var på 56%, hvilket skabte grundlag for at ansætte flere.

Musikterapeuter i Dansk Flygtningehjælp

I løbet af de sidste år er vi vokset fra at være to ansatte musikterapeuter til nu at være 6 ansatte, tre på Sjælland og tre i Jylland. To på Sjælland er fastansatte 37 timer og én er fastansat 21 timer. I Jylland er der én fastansat 25 timer, én er ansat freelance, og den sidste er ansat 37 t. som områdeleder og er pt. ikke udførende musikterapeut, men superviserer musikterapeuter og psykologer.

Udover behandlingsforløb er nogle af vores arbejdsopgaver at supervisere f.eks. psykologer, familiebehandlere, sagsbehandlere m.fl., udføre §50 undersøgelser (socialfaglig undersøgelse af børn), undervisning og kurser fx om musikterapi med flygtninge, om at være traumatiseret, om behandling af mennesker med anden etnisk baggrund mm.

Hvorfor vokster vi?

Hele Dansk Flygtningehjælp har i de seneste år oplevet en generel vækst. I vores arbejde i Integrationsnet har væksten været meget stor. Vi er blevet gode til at organisere os, vi er gode til at udpege behovene hos kommunerne indenfor flygtningeområdet, vi er gode til at tilpasse vores arbejde, så det passer lige præcis til den enkelte arbejdsopgave, vi er innovative, og vi er fleksible. Jeg tror, at en af grundene til at Dansk Flygtningehjælp har valgt at tilbyde musikterapi i så stort omfang, som vi gør i dag, er, at vi musikterapeuter kan vores

kram. Vi fremtræder professionelle både i selve behandlingsarbejdet, til møder i kommunerne og andre steder, i vores skriftlige materiale, når vi løser andre opgaver end lige musikterapi, og i forhold til vores kollegaer. Desuden har vi erfaret, at musikterapi som behandlingsmetode er velegnet i forhold til den klientgruppe, vi arbejder med og deres problematikker.

Hvad er næste skridt?

Vi er hele tiden i gang med at finde nye arbejdsområder og opgaver, hvilket både er spændende og ind i mellem udfordrende og krævende.

Forhåbentlig falder vi ikke fra ligesom de ti små cyklistere, men fortsætter med at være et super godt kørende cykelhold mange mange år frem, måske endda med endnu flere ryttere!

Læs mere om Dansk Flygtningehjælp og Integrationsnet på:

Flygtning.dk

Integrationsnet.dk

Forskning i musikintervention – smertebehandling i forbindelse med operation

Karin Schou cand. mag. i musikterapi, ph.d., adjunkt ved Musikterapiuddannelsen, Aalborg Universitet. Kontakt: schou@hum.aau.dk

Lars Ole Bonde ph.d., professor ved Musikterapiuddannelsen, Aalborg Universitet. Professor II ved Senter for musikk og helse, Norges Musikkhøgskole. Kontakt: lobo@hum.aau.dk

For patienter i somatisk behandling kan musikinterventioner i form af henholdsvis Musikmedicin og Musikterapi have en gavnlig virkning. *Musikmedicin* refererer til anvendelsen af musik – typisk særligt udvalgt indspillet musik – i forbindelse med medicinsk og kirurgisk behandling og administreret af sundhedsfagligt personale. *Musikterapi i somatik* involverer en uddannet musikterapeut, der udvælger og sammensætter musik og ofte arbejder direkte med patienten, i et tæt samarbejde med det øvrige personale. Relationen mellem patient og musikterapeut er en væsentlig faktor i musikterapi, både før og efter operationen.

I forhold til smertebehandling viser forskningen, at begge interventionsformer er effektive, men musikterapeutiske interventioner er generelt mere effektive end musikmedicinske interventioner. I forbindelse med operationer, hvor musikterapi ikke er mulig, viser de undersøgelser, som vedrører musikmedicinske interventioner dog signifikant positiv effekt på patienternes smerteoplevelse. Cochrane reviews dokumenterer, at musikinterventioner kan reducere intensiteten af smerteoplevelsen, og at brugen af smertestillende medicin (fx morfin) kan reduceres med op til 50%, når patienter lytter til musik, sammenlignet med patienter, som får standardbehandling uden musik.

Selvom større kvantitative undersøgelser kun dokumenterer lille generel effekt af musikinterventioner i forbindelse med operation, kan brugen af musik have stor betydning for den enkelte patients oplevelse af smerte og af indlæggelsesforløbet. Musikinterventioner kan bl.a. hjælpe patienter med at håndtere smerte, ubehag og evt. angst forbundet med de fremmede omgivelser. Ved operationer, hvor patienten er ved bevidsthed, kan musiklytning hjælpe denne til at rette opmærksomheden mod noget andet end smerten og/eller de mekaniske lyde, der ofte optræder ved operationen og som i sig selv kan fremkalde angst eller forstærke oplevelsen af smerte.

Introduktion

Begrebet ”musikintervention” er en samlebetegnelse for to forskellige behandlings- eller interventionsformer med musik, som anvendes med patienter i medicinsk og kirurgisk behandling: *Musikmedicin og Musikterapi i somatik*. Musikmedicin (eng. Music in medicine eller Music medicine) refererer til anvendelsen af musik – typisk særligt udvalgt indspillet musik – i forbindelse med medicinsk og kirurgisk behandling, administreret af hospitalets personale. *Musikterapi i somatik* (eng. Music therapy in medicine) involverer en uddannet musikterapeut, der udvælger og sammensætter musik og ofte arbejder direkte med patienten, i et tæt samarbejde med det øvrige personale (Dileo & Bradt 2005; Nilsson 2008). Relationen mellem patient og musikterapeut er en væsentlig faktor i musikterapi, både før og efter operationen (Bonde 2001; Schou 2007).

I udlandet, bl.a. Tyskland og USA, har musik gennem årtier været anvendt sammen med medicinsk smertebehandling, og der findes meget international forskningslitteratur om musikinterventioner i sammenhæng med sygepleje, (et område som kan karakteriseres som musikmedicin). Størstedelen af disse studier er kvantitative undersøgelser og fokuserer i stor udstrækning på fysiologiske målinger af vitale områder som blodtryk, hjerterytme, puls o.l.

Herhjemme anvendes musikinterventioner ikke systematisk i smertebehandling. Men der er dog gjort nogle forsøg (Thorgaard, Ertmann, Hansen, Nørregaard, Hansen & Spanggaard 2005), og i 2005-07 blev den første RCT-undersøgelse (se faktaboks) af musiklytnings effekt gennemført på et dansk sygehus. Den vurderede, hvordan

musikterapi og musiklytning påvirker smerte i forbindelse med operation af hjertepatienter (Schou 2008).

I denne artikel fokuseres der på musikinterventioners effekt på patienters oplevelse af smerte i forbindelse med større operationer, som kræver at patienten er under fuld narkose, men også andre nært forbundne variable som stress og angst inddrages. Artiklen belyser den eksisterende dokumentation af, at musikinterventioner kan anvendes og påvirke smerte, stress og angst før, under og efter operation; hvilken dokumenteret effekt der foreligger, og endelig præsenteres teoretiske begrundelser for, at musikinterventioner kan påvirke menneskers smerteoplevelser.

Smertebehandling før, under og efter operation

Ved potentielt livstruende operationer spiller patientens angst for operationens udfald ind, og det kan i sig selv forstærke behovet for smertelindring og bedøvelse; fx i forbindelse med hjerteoperationer og andre store operationer er det medicinsk vigtigt, at der anvendes så lidt bedøvelse som muligt, hvorfor interventioner, der mindsker dette behov, er efterspurgt.

Patienter, der står foran en stor operation, møder mange nye og uventede udfordringer, og de har behov for såvel fysisk som psykisk-eksistentiel støtte. En forstående operation kan skabe angst, og angst påvirker kroppen ved at forstærke smerte (Burke 1997). Samtidig kan frygten for smerte medvirke til at øge angsten (Burke 1997). Smerte efter (hjerne)operation kan være en længere periode, hvilket kan forårsage angst og irritation (Short 2003). Efter operation er målet at holde patienten så

smertefri som muligt, så denne kan vende tilbage til sin normale hverdag så hurtigt som muligt (Schou 2008).

Et særligt problem er den støj, patienter møder i hospitalsomgivelserne – ikke mindst mekanisk støj fra medicinsk apparatur og lyden af et travlt personale, som ofte forstærkes af bygningens arkitektur. En hjertepatient kan fx høre sin egen ujævne hjerterytme forstærket af hensyn til 'sikkerheden' (Thorgaard et al. 2005; Short, Short, Holdgate, Ahern & Morris 2011). Patienterne kan via musiklytning blive afledt fra den distraherende og ofte angstfremkaldende støj, og ved at vende opmærksomheden mod harmonisk og mere eller mindre velkendt musik kan de få en fornemmelse af noget kendt og normalt i hospitalets ellers uvante omgivelser.

Musiklytning anvendes forskelligt før, under og efter operation. Iflg. Standley (2000) bruges musiklytning:

- *Før* operation til at reducere angst og til at reducere den medicinering, der er nødvendig for at opnå den ønskede bedøvelsesstilstand.
- *Under* operation (kun med lokal bedøvelse) til at dæmpe angst hos patienten.
- *Efter* operation: i opvågningen for at fremme patientens vågenhed og at reducere patientens ubehag fra smerter. Særligt i de to første dage efter operation kan musik anvendes til at reducere mængden af efterspurgt medicin og følgevirkningerne af anæstesi.

Mangfoldigheden i undersøgelserne af musikinterventioner fremgår fx af en metaanalyse af i alt 179 undersøgelser, som anvendte musik i medicinske og kirurgiske settings (Dileo & Bradt 2005). Af disse

undersøgelser var 120 musikmedicin- og 59 musikterapistudier. Af de i alt 51 undersøgelser inden for kirurgi var dog kun 2 musikterapistudier. I sammenhæng med operation er musiklytning den mest anvendte form for musikintervention (Dileo & Bradt 2005). Sådanne receptive (lyttebaserede) interventioner i en somatisk setting kan fx være lytning med vibroakustisk stimulering, dvs. massage med lavfrekvent lyd sammen med musik (Wigram & Dileo 1997), musiklytning ifm. anæstesi (Spintge 1983; Spintge & Droh 1992; Nilsson 2003), eller afspænding med musik mhp. at reducere angst (Elliott 1994; Schou 2008).

Dokumenteret effekt

En kontrolleret undersøgelse med og uden musik, mens patienterne blev gjort klar til operation, viste en signifikant større virkning af medicineringen 24 timer efter operation i undersøgelsens to musikgrupper i forhold til de to grupper, som fik normal dosis (Spintge 1983; Spintge & Droh 1992). Dette tyder på, at patienterne oplever det som en støtte at lytte til specielt sammensat angstdæmpende musik i ventetiden som forberedelse til operation og under den indledende narkose (Spintge 1983; Spintge 1985-1986). Samtidig reduceres medicineringen med 50% af den sædvanlige dosis bedøvende og smertestillende medicin, uafhængigt af patienternes psykiske eller fysiske status før, under og efter anæstesi.

Lignende resultater er siden fundet i Cochrane reviewet af Cepeda, Carr, Lau & Alvarez (2010), hvor undersøgelser viste signifikante forskelle i patienters behov for morfin mellem de, der havde lyttet til musik i forbindelse med operationen og de, der ikke havde. Behovet for mindre morfin

viste sig både 2 timer efter operation (tre undersøgelser) og 24 timer efter operation (fem undersøgelser).

En anden metaanalyse (Standley 2000) viste, at musik er mest effektiv i forhold til at reducere angst, når musikinterventionen påbegyndes forud for den kirurgiske intervention.

I en metaanalyse af 42 RCT-undersøgelser (se faktaboks) med 3936 patienter før, under og efter operation fandt Nilsson (2008), at i ca. halvdelen af undersøgelserne påvirkede musikintervention patienters angst og smerteoplevelse. Tre undersøgelser af effekten på smerte viste signifikant reduktion i smerte hos de deltagere, som lyttede til musik i fasen efter hjerteroperation (Sandelbach, Halm, Doran, Miller & Gaillard 2006; Voss, Good, Yates, Baun, Thompson & Herzog 2004; Zimmerman, Nieveen, Barnason & Schmaderer 1996).

Voss et al. (2004) undersøgte effekten af beroligende musik i forskellige genrer på angst og smerte i løbet af 30 minutters hvile (siddende) hos 61 patienter kort efter hjerteroperation. Til forskel fra den traditionelle måde at tilbyde musiklytning på opholdt forskeren sig i rummet (dog uden at engagere sig terapeutisk med patienten), mens patienten lyttede til musikken. Musiklytning blev sammenlignet med planlagt hvile og en kontrolgruppe, som fik standardbehandling. Resultaterne peger på, at patienter kan have gavn af at lytte til beroligende musik (se nedenfor) efter hjerteroperation.

Lignende positive resultater fremgår af en finsk undersøgelse (Vaajoki, Pietilä, Kankunen & Vehviläinen-Julkunen 2011) som viste, at brugen af musik mindsker smerteintensitet og smerte-ubehag under hvile,

dyb vejtrækning og skiftende stillinger efter maveoperation på anden postoperative dag.

Specifikt i forhold til hjertepatienter har et Cochrane review (Bradt & Dileo 2009) af undersøgelser af musikintervention til at reducere stress (herunder smerte) og angst hos hjertepatienter vist, at musikinterventioner resulterede i en statistisk signifikant reduktion af smerte sammenlignet med standardbehandling, men også at effekten ser ud til at hænge sammen med antallet af interventioner. I undersøgelser med to eller flere musiksessioner kunne der dokumenteres en lille effekt på patienters selvrapporterede smerte. Den enkelte patient kan sagtens have udbytte af og opleve smertelindring i en enkelt session, men da den målte effekt er lille, er den kliniske betydning af musikinterventionerne uklar, og der er ikke belæg for at hævde, at musikinterventioner (lytning) virker mere smertelindrende end den behandling, patienterne ellers tilbydes i forbindelse med en hjerteroperation (fx medicinering) (Bradt & Dileo 2009).

I en undersøgelse af effekten på bl.a. angst og smerte (Schou 2008) hos patienter efter hjerterklapoperation blev musiklytning med en tilstedeværende person samt guidet afspænding med musik sammenlignet med en kontrolgruppe, som fik planlagt hvile. Her viste resultaterne dog ingen signifikante forskelle på smerteoplevelse mellem de tre grupper. Samtidig er det værd at bemærke, at de deltagere, som fik guidet afspænding med musik, rapporterede størst udbytte af deres hvile.

I forhold til smertebehandling har forskning vist, at musikterapi-interventioner er mere effektive end musikmedicin-interventioner

inden for de fleste somatiske områder, omend 49 musikmedicinske undersøgelser inden for kirurgi (operative indgreb, hvor musikterapi ikke er muligt) påviste statistisk signifikant effekt på smerte (Dileo & Bradt 2005).

På flere hospitaler i Danmark har bl.a. læger arbejdet med forbedringer af lydmiljøet, og en gruppe læger og sygeplejersker har undersøgt patienters og personalets mening om et specialdesignet musik-miljø – afspilning af MusiCure – på fem opvågningsafdelinger (Thorgaard et al. 2005). Resultaterne viste, at 83% af patienterne oplevede musikmiljøet som meget behageligt eller behageligt, og at patienternes positive oplevelser var ensartede på alle fem hospitaler. Undersøgelsen viste desuden, at der var en stærk sammenhæng mellem en positiv holdning til det specialdesignede lydmiljø og patienternes oplevelse af at slappe af og deres tilfredshed med indlæggelsen. Patienterne havde ingen mulighed for at vælge musikken fra eller at vælge anden musik.

De fleste undersøgelser af musikinterventioner og deres effekt på smerte i forbindelse med operation involverer voksne patienter. Nogle få omhandler børn, og i Cochrane reviewet af musik og smertelindring (Cepeda et al. 2010) omtales bl.a. en undersøgelse som viste, at musikterapi havde positiv, afslappende indflydelse før og under oral kirurgi hos mindre børn (Gawronska, Zienkiewicz et al. 2002). I en nyere undersøgelse med 32 børn i en alder fra 8-18 år dokumenterer Bradt (2010), at improviseret musik (dvs. aktiv musikterapi) kan være en effektiv metode ift. at lindre postoperative smerter hos børn indlagt til ortopedkirurgi.

Begrundelse for effekt

Spørgsmålet er, hvordan musik kan påvirke patienters oplevelse af smerte? At musik kan virke terapeutisk er et faktum, og alle kulturer har musik forbundet med bl.a. ritualer og helbredelse af sygdom (Schneck & Berger 2006). Det er dog værd at understrege, at der er forskel på brug af musik som adspredelse og midlertidig afledning fra ubehag og musik som en fokuseret medicinsk intervention dvs. terapi. Når musik anvendes *som terapi* er målet at opnå længerevarende, specifikke fysiologiske og/eller psykologiske forandringer (Schneck & Berger 2006, s.136).

Receptive musikinterventioner, altså interventioner baseret på musiklytning, er udbredt i eksempelvis sygepleje og kan aflede patienten fra ubehagelige symptomer. Afgørende for musikkens virkning er balancen mellem og spændingsgraden af musikkens forskellige elementer: Melodik, harmonik, rytme, klang, form og tekstur (Bonde 2009). Derfor er det vigtigt at forholde sig kritisk til, hvilken musik, der bruges. Både ekspertvalgt og patienters egen foretrukne musik kan have gavnlig virkning, og musikterapeuter kan som musikalske eksperter tilbyde individuel vejledning i valg af afslappende musik for at opnå maksimal effekt (Chu-Hui-Lin & Young 2011). Forandringer som fx smertelindring kan opnås, når musikken udvælges med omhu (Bonde 2001). Dette valg skal tage hensyn til flere forhold, som uddybes i det følgende.

Musik, som er karakteriseret ved først og fremmest et stabilt tempo, volumen og rytme, forudsigelig melodiføring, struktur og form er potentielt beroligende (Wigram 2004; Grocke & Wigram 2007). Et langsomt tempo, simple harmoniske strukturer

og lyse klange er i litteraturen fremhævet som de vigtigste elementer til at skabe en følelsesmæssig tilstand, der er sammenlignelig med afspænding (Hevner 1937; Grocke & Wigram 2007; Gabrielsson & Lindström 2010). Mennesker reagerer ikke nødvendigvis ens på den samme musik eller oplever den som afslappende, derfor har musik med de nævnte specifikke træk kun et *potentiale* ift. en sådan effekt.

For at beskrive hvordan musik kan påvirke smerteoplevelsen i forbindelse med operation er det vigtigt at se på, hvilken funktion musikken skal have, og hvem der vælger musikken. Musik kan fungere som et auditivt middel til smertereduktion, angstdæmpning eller beroligelse (Standley 2000). Musik kan distrahere fra angst og direkte påvirke det sympatiske nervesystem (Evans 2002). Udover at aflede fra ubehag efter operation har forskning vist, at musik kan øge afspænding/afslapning og derved lindre smerte (Good et al. 1999). De mange mulige funktioner gennemgås systematisk af Grocke & Wigram (2007), som også giver eksempler på egnet musik.

For at undersøge patienters oplevelse af at lytte til musik under opvågning efter operation interviewede McCaffrey & Good (2000) otte patienter, som havde valgt musik ud fra en samling på 20 kasettebånd, som de skulle afspille mindst en gang om dagen og så mange gange de havde lyst til det. (Patienterne lyttede fra tre til otte gange om dagen). En fænomenologisk (kvalitativ) undersøgelse afdækkede tre hovedtemaer i musiklytningens funktion. Patienterne beskrev, at musiklytning i opvågningen efter operation kan opleves som:

1. Trøst i en ubehagelig situation
2. En fornemmelse af noget kendt i fremmede omgivelser (hospitalet)

3. Afledning fra frygt, smerte og angst

At musik kan virke trøstende er særlig relevant i behandlingen af patienter indlagt på hospitaler og specialiserede afdelinger, og særligt i faserne før, under og efter operation, hvor sygeplejen er koncentreret om at lindre ubehag så meget som muligt for patienten (McCaffrey & Good 2000). Fordi patienter oplever, at musikken udover at distrahere eller aflede fra smerte og ubehag kan give en oplevelse af noget velkendt og gøre det lettere at håndtere de fremmede omgivelser, foreslår disse forfattere, at patienter tilbydes muligheden for at lytte til den musik, de foretrækker.

Et andet eksempel på hvordan musik kan fungere som musikterapi i umiddelbar forbindelse med operation (før og efter) er tre case studier af Cowan (1991). Hun fremhæver, at musikterapi kan give patienten en vis kontrol ved at få tilbudt valgmuligheder, og at patienten derved kan opleve mindre angst og smerte. Ikke kun musikken, men også musikterapeutens tilstedeværelse og intervention, fx guidning og stemmeføring, har betydning for, at musikken kan fungere smertereducerende. Musikterapeuten er sammen med patienten og forbereder denne helt op til tidspunktet, hvor anæstesi virker. Umiddelbart efter operationen hjælper musikterapeuten i opvågningen patienten med at komme tilbage til normal bevidsthed og at blive afledt fra smerten gennem musik og billeddannelse for at støtte patienten i at slappe af og komme til sig selv.

Der findes ingen bestemt musikalsk genre eller stilart, som med sikkerhed er egnet til alle patienter (Bunt 1994). Patientens mulighed for at vælge og dermed kontrollere musikken har derfor betydning (Good

et al. 1999; Short & Ahern 2009). Standley (1995; 2000) understreger, at imødekomme af patientens musikpræferencer er den vigtigste faktor i forhold til, at musikken kan have en gavnlig effekt. Hun anbefaler derfor, at patientens foretrukne musik anvendes, at patienten selv kontrollerer så meget af proceduren som muligt, og at musik kombineres med behagelige verbale associationer (fokuseret tanke eller guidet billeddannelse) og afspændingsteknikker.

Individuel smag og lyttevaner har således indflydelse på, hvordan musik påvirker krop og sind (Bonny 2002). Et muligt al-

ternativ til 100% patientvalgt musik er de såkaldte "genrebaserede playlists" (Short & Ahern 2009), hvor musikterapeuter eller andre musikeksperter sammenstiller programmer inden for 4-5 egnede genrer, som patienten så vælger imellem. Et eksempel er Schous undersøgelse (Schou 2008), hvor deltagerne i de to musikgrupper valgte mellem fire programmer (easy listening, klassisk, specialkomponeret og jazz).

Der er som nævnt kun få undersøgelser af aktiv musikterapi med somatiske patienter, dvs. undersøgelser hvor patienterne selv spiller eller synger. I Bradts undersøgelse

FAKTABOKS – om RCT-undersøgelser og Cochrane Reviews

En **RCT-undersøgelse** vurderes af mange som den mest pålidelige form for forskning. RCT betyder Randomized Controlled Trial, og hensigten er at vurdere effekten af en bestemt behandling ud fra foruddefinerede objektive kriterier. En RCT-undersøgelse kunne være en effektmåling af fx musikterapi som så sammenlignes med en kontrolbehandling og/eller med daglig praksis. For at kunne vurdere om der er statistisk signifikans, defineres præcise uafhængige variable (fx i fht adfærd, tilstand eller kunnen) som er blevet 'målt' med standardiserede tests eller assessmentredskaber. De samme målinger udføres på både eksperiment- og kontrolgruppen, og de to grupper bør være helt sammenlignelige og er derfor fordelt ved lodtrækningsprincipper. Desuden bør der være så mange deltagere at tilfældige variationer udlignes.

I **Cochrane reviews** analyseres eksisterende effektundersøgelser i forhold til forskningskvalitet, hvorefter resultaterne sammenholdes. Cochrane reviews bliver internationalt regnet for højeste standard i forhold til at vurdere forskningsmæssig evidens for en given behandlings effekt. Cochrane reviews er målrettet aktører og beslutningstagere inden for sundhedsområdet med henblik på at give dem det bedst mulige grundlag for at træffe beslutninger om behandlingstiltag. Cochrane reviews er hovedsageligt baseret på RCT-undersøgelser og bliver publiceret i *The Cochrane Library*, www.thecochranelibrary.com.

(2010) af improviseret musik med børn indlagt til ortopædkirurgi skabte musikterapeuten musikken sammen med barnet sådan, at musikken først matchede barnets smerte og gradvist nærmede sig en lyd, som barnet oplevede som 'smerte-helende'. Denne fremgangsmåde er baseret på *entrainment*, dvs. rytmisk synkronisering (Bonde 2009, s.66). Musik kan fungere som et styrende system ift. kropslige processer, fx i det autonome nervesystem.

Opsummerende viser forskningen, at musikinterventionen er mest effektiv, hvis den begynder før operationen, og at særligt i de første dage efter operation kan musik, som er omhyggeligt udvalgt og sammensat til patienterne, virke smertelindrende. Patienterne har behov for en vis grad af kontrol og skal derfor tilbydes mulighed for at vælge den musik, de foretrækker. Musikinterventioner er lette at anvende som supplement til farmakologisk smertelindring. Med Schneck og Bergers formulering:

“Indeed, pain and pleasure are among the most compelling forces that drive human behavior. Thus, an ability to control these clinically through, for example, music therapy presents a significant means for medical intervention” (Schneck & Berger 2006, s. 127).

Litteratur

- Bonde, L.O. (2001). Musik og smertebehandling. U. Fasting & L. Lundorff (red.) *Smarter og smertebehandling i klinisk praksis*. København: Munksgaard.
- Bonde, L.O. (2009). *Musik og menneske. Introduktion til musikpsykologi*. København: Samfundslitteratur.
- Bonny, H.L. (2002). Summer, L. (Ed.) *Music and Consciousness: The Evolution of Guided Imagery and Music*. Gilsum, NH: Barcelona.
- Bradt, J. (2010). The Effects of Music Entrainment on Postoperative Pain Perception in Pediatric Patients. *Music and Medicine* 2(3),150-157. sagepub.com/journalsPermissions.nav DOI: 10.1177/1943862110369913 <http://mmd.sagepub.com>.
- Bradt, J. & Dileo, C. (2009). Music for stress and anxiety reduction in coronary heart disease patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. Art. No.: CD006577. DOI: 0.1002/14651858.CD006577.pub2.
- Bunt, L. (1994). *Music Therapy: An Art Beyond Words*. London: Routledge.
- Burke, M. (1997). Effects of Physioacoustic Intervention on Pain Management of Postoperative Gynaecological Patients. In Wigram, T., & Dileo, C. (Eds.) *Music Vibration*. USA: Jeffrey Books.
- Cepeda, M.S., Carr, D.B., Lau, J. & Alvarez, H. (2010). Music for pain relief. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 2. Art. No.: CD004843. DOI: 10.1002/14651858.CD004843.pub2.
- Chu-Hui-Lin, G. & Young, A. (2011). Selection of Music for Inducing Relaxation and Alleviating Pain. Literature Review. *Lippincott Williams & Wilkins*. DOI: 10.1097/HNP.0b013e3182157c64.
- Cowan, D. S. (1991). Music Therapy in the Surgical Arena. *Music Therapy Perspectives* 9, 42-45.
- Dileo, C., & Bradt, J. (2005). *Medical Music Therapy. A Meta-Analysis and Agenda for Future Research*. Silver Spring MD: Jeffrey Books.
- Elliott, D. (1994, January/February). *The effects of music and muscle relaxation on patient anxiety in a coronary care unit*. *Heart and Lung*, 27-35.

- Evans, D. (2002). The effectiveness of music as an intervention for hospital patients: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 37(1), 8-18.
- Gabrielsson, A. & Lindström, E. (2010). The Role of Structure in the Musical Expression of Emotions. In Juslin, P. & Sloboda, J. (Eds.) *Handbook of Music and Emotion: Theory, Research, Applications*. Oxford University Press.
- Gawronska SJ, Zienkiewicz J, Majkowicz M, Szwed E, Kiewlicz W, & Soroka-Letkiewicz, B. (2002). Music therapy before and during oral surgeries as positive relaxing influence on the young patients. *Annales Academiae-Medicae Gedanensis* 2002; 32,161-172.
- Good, M., Stanton-Hicks, M., Grass, J.A., Cranston, A.G., Choi, C., Schoolmeesters L.J., & Salmon, A. (1999). Relief of postoperative pain with jaw relaxation, music and their combination. *Pain*. 81(1-2), 163-72.
- Grocke, D. & Wigram, T. (2007). *Receptive Methods in Music Therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Hevner, K. (1937, October). The Affective Value of Pitch and Tempo in Music. *The American Journal of Psychology*, 49(4), 621-630. <http://www.jstor.org>.
- McCaffrey, R.G., & Good, M. (2000, December). The Lived Experience of Listening to Music While Recovering From Surgery. *Journal of Holistic Nursing*, 18(4), 378-390.
- Nilsson, U. (2003). *The effect of Music and Music in Combination with Therapeutic Suggestions on Post operative Recovery*. Academic dissertation. Sweden: Linköpings Universitet, Faculty of Health Sciences.
- Nilsson, U. (2008, April). The Anxiety- and Pain-Reducing Effects of Music Intervention: A Systematic Review. *AORN Journal*, 87(4), 780-807.
- Schneck, D.J. & Berger, D.S. (2006). *The Music Effect. Music Physiology and Clinical Applications*. London & USA: Jessica Kingsley.
- Schou, K. (2007). Musikmedicin og Musikterapi i medicin. *Psyke & Logos. Tema: Musik og psykologi*. 28(1), 525-547. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Schou, K. (2008). *Music Therapy for Post Operative Cardiac Patients. A Randomized Controlled Trial Evaluating the Effects of Guided Relaxation with Music and Music Listening on Anxiety, Pain and Mood*. Unpubl. ph.d.-afhandling, Institut for Kommunikation, Aalborg Universitet. Link: <http://www.mt-phd.aau.dk/organisation/Past+PhD+researchers/Karin+Schou/>
- Sendelbach, S.E., Halm, M.A., Doran, K.A., Miller, E.H., & Gaillard, P. (2006). Effects of Music Therapy on Physiological and Psychological Outcomes for Patients Undergoing Cardiac Surgery. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 21(3), 194-200.
- Short, A.E. (2003). *Holistic Aspects of Rehabilitation Post-Cardiac Surgery in the Bonny Method of Guided Imagery and Music*. Unpublished PhD Dissertation. Sydney: University of Technology.
- Short, A. & Ahern N. (2009). Evaluation of a Systematic Development Process: Relaxing Music for the Emergency Department. *Australian Journal of Music Therapy* 20: 3-29.
- Short, A., Short, K., Holdgate, A., Ahern, N., & Morris, J. (2011). Noise levels in an Australian Emergency Department. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 14 (1), 26-31.
- Spintge, R. (1983). Psychophysiologische Operations-Fitness mit und ohne anxiolytischer Musik. In *Angst, Schmerz, Musik in der Anästhesie; 1. Internationales Symposium Sportkrankenhaus Hellersen Lüdenscheid*. Basel, Germany: Editiones Roche.
- Spintge, R. (1985-1986). Some Neuroendocrinological Effects of Socalled Anxiolytic Music.

- International Journal of Neurology*, 19-20, 186-196.
- Spintge, R., & Droh, R. (Eds.) (1992). *Music-Medicine*. USA: MMB Music.
- Standley, J. (1995). Music as a Therapeutic Intervention in Medical and Dental Treatment: Research and Clinical Applications. In Wigram, T., Saperston, B., & West, R. (Eds.) *The Art and Science of Music Therapy: A Handbook*. London, Toronto: Harwood Academic Publications.
- Standley, J. (2000). *Effectiveness of Music Therapy Procedures: Chapter 1: Music Research in Medical Treatment*. Third edition. Silver Spring, MD: American Music Therapy Association.
- Thorgaard, P., Ertmann, E., Hansen, V., Nørregaard, A., Hansen, V. & Spanggaard, L. (2005). Designed sound and music environment in postanaesthesia care units – a multicentre study of patients and staff. *Intensive and Critical Care Nursing* 21, 220–225.
- Vaajoki, A., Pietilä, A-M., Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2011). Effects of listening to music on pain intensity and pain distress after surgery: an intervention. 2011 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Clinical Nursing*. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.03829.x.
- Voss, J. A., Good, M., Yates, B., Baun, M.M., Thompson, A., & Hertzog, M. (2004). Sedative music reduces anxiety and pain during chair rest after open-heart surgery. *Pain* 112, 197-203.
- Wigram, T. (2004). *Improvisation*. London: Jessica Kingsley.
- Wigram, T., & Dileo, C. (Eds.) (1997). *Music Vibration and Health*. Cherry Hill, NJ: Jeffrey Books.
- Zimmerman, L., Nieveen, J., Barnason, S., & Schmaderer, M. (1996). The Effects of Music Interventions on Postoperative Pain and Sleep in Coronary Artery Bypass Graft (CABG) Patients. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 10(2), 153-170.

Clive Robbins – Mindeord

D. 7. december 2011 døde Clive Robbins 84 år gammel. Herunder skriver to danske musikterapeuter hver deres personlige beretning om kendskabet til og venskabet med denne verdenskendte musikterapeut.

Specialpædagog, musikterapeut, forfatter, en sprogets mester, instruktør, inspirator, "bror" i musikterapien og en nær ven af dansk musikterapi

Claus Bang musikterapeut, audiologopæd, multimedie projektleder. Kontakt: mail@clausbang.dk, www.clausbang.com

I to uger fra d. 17.-29. marts i 1969 deltog jeg på Vartov i København i kurset "Therapy in Music" ledet af dr. Paul Nordoff & Clive Robbins efter initiativ fra dr. med. Sven Brandt. Jeg havde da i 8 år været ansat som musiklærer på Statens Tunghøre- og Døveskole, senere betegnet Aalborgskolen, nu Center for Døvblindhed & Høretab. Med på kurset var også organist og musiklærer Carlo Svendsen, Geelsgaard Kostskole.

Indtil da havde jeg betragtet mit arbejde som musik- og rytmikundervisning; men Paul & Clive gav os deltagere indblik i den terapi, som de siden slutningen af 1950'erne havde designet, centreret om musikken, som kunne hjælpe handicappede børn i at erhverve sproglige, fysiske og sociale færdigheder. Med demonstrationer og dokumentationer af individuel musikterapeutisk behandling af dem, man dengang betegnede som handicappede, åbnede de nye perspektiver for mig i mit arbejde med døde

og multi-funktionshæmmede børn og unge. Det var først og fremmest deres møde med klienten/eleven på dennes præmisser med improvisationer tilrettelagt og tilpasset efter elevens egne ytringer med stemme, tale, sang og spil på enkle instrumenter. Samtidig viste Paul & Clive interesse for mine videooptagelser af musikken i Aalborg, specielt for den musikalske stemmebehandling og taleterapi med klangstave. "That's music therapy!" udbrød de. Jeg er sikker på, at de havde sagt det samme om andre af deltagerne, hvis disse havde vist deres arbejde.

Nordoff-Robbins' "Children's Play-Songs" var som skabt til mine tale- og sprog-hæmmede elever. Det var så at sige taleterapeutiske sange med indhold af leg og bevægelse, hvorigennem eleverne kunne *lære at lære*.

Få år efter kunne jeg i samarbejde med nordiske kolleger udgive danske, norske og svenske oversættelser, bearbejdninger

og studieindspilninger af disse, samtidig med at "Fun for Four Drums", "Goldilocks & The Three Bears" og andre Nordoff & Robbins kompositioner indgik i det, som nu blev betegnet som et musikterapi-program på Aalborgskolen og ude i verden, hvor jeg fik mulighed for at demonstrere det.

Musikterapi var for mig og mange andre blevet noget konkret, som man kunne dokumentere effekten af: En udveksling mellem mennesker via musik, som også kunne berige og udvikle eleverne musik og emotionelt. I april 1969 afholdtes "1. Nordiske Konference om Pædagogisk Musikterapi" på Helgenæs på foranledning af Undervisningsministeriet. Carlo Svendsen og jeg deltog. Der blev nedsat et udvalg med Carlo som formand, der fik til opgave at forberede vedtægter for en dansk sektion og indkalde til stiftende generalforsamling. Det førte til, at "Dansk Forbund for Musikterapi" blev stiftet d.11. oktober 1969.

Paul & Clive blev overalt i Norden inspirationskilde til nye veje i den musik som terapi, der voksede frem i 60'erne og 70'erne. De arbejdede i 1967-1974 som instruktører for the American-Scandinavian Foundation. Vi mødtes på kongresser i Europa og USA, og det var en selvfølge, at jeg engagerede dem som instruktører på årskurserne i musikterapi ved DLH, Aalborg, i 1973-76, som jeg var leder af. De besøgte ved sådanne lejligheder mig og min kone, Anette i vort bjælkehus i Løkken. Paul og Clive var vore berømte og helt exceptionelle gæster. Clive hjalp til i køkkenet, og Paul improviserede på mit Blüthner Grand Piano fra 1893. Han bad mig så mindeligt, om jeg ikke nok ville testamentere mit koncertflygel til ham!

Senere fløj der mange pakker med lyd-bånd og noder mellem læremestrene i USA

og Brother Claus i Danmark. Dette materiale overdrog jeg i 2009 til Nordoff-Robbins Society for Music Therapy i London.

Efter Paul Nordoff's død i 1977 fastholdt og udbyggede jeg venskabet og samarbejdet med Clive, der sammen med sin kone, musikterapeuten Carol, fra 1975 fokuserede på hendes felt, musikterapi for døve på New York State School for the Deaf. Dette glædede mig utrolig meget, og jeg følte endnu større samhørighed med Clive, da der ikke var så mange musikterapeuter i verden, som havde valgt denne gruppe for deres virke. Clive støttede mig siden 2000 i mine bestræbelser på at samle og videreformidle mine egne oplevelser i musikken med disse børn og unge i online multimediedokumentationen "A World of Sound and Music" .

Clive stiftede Nordoff-Robbins Centre for Musikterapi i New York, London, Seoul og Kingswood, Australien, og blev bl.a.



Paul, Clive og Claus med sin døveklasse på Aalborgskolen i 1973 med "Pif-Paf-Poltrie"

æresdoktor ved Universitet Witten-Herdeke, Tyskland, og ved New York State University.

Til det sidste var Clive utrolig produktiv og nåede inden sin død at opnå høj anerkendelse i musikterapien internationalt, også i Fjern-østen, hvor han forelæste og demonstrerede den metode, han udviklede sammen med Paul Nordoff. Det var forbløffende, at han igennem fem årtier fortsat kunne inspirere og fastholde sine elever og kolleger, både med det sprog, han var en mester i, og med den vitalitet, han udstrålede med hele sin krop, til trods for, at han i Royal Air Force under 2. Verdenskrig

som 18årig mistede førligheden delvis i sin venstre hånd og arm.

For mig vil Clive altid stå som den, der anskueliggjorde, at al god pædagogik har en terapeutisk effekt, og at der er et musikmenneske i enhver menneskelig skabning uanset hvilke vilkår, denne har. Som talsmand for det globale musikterapi-fællesskab og som det på én gang karismatiske, livsbekræftende og samtidig beskedne menneske, han var i sin dybe omsorg for alle, vil han blive hårdt savnet af alle dem, han mødte på sin vej, og som nu følger i hans spor. De vil, ligesom mig, altid ære mindet om Clive Robbins.

Oplevelser fra mit år på Nordoff & Robbins Center for Music Therapy 1997-1998

Anne Steen Møller cand.mag. i musikterapi. Ansat som musikterapeut i Landsbyen Sølund i Skanderborg, et bosted for 240 mennesker med vidtgående funktionsnedsættelser. Kontakt: anne.steen@skanderborg.dk

I foråret 1997 gik jeg med spænding og ventede på at høre fra Nordoff & Robbins Center i New York, om jeg var blevet optaget på deres ét-årige certificat-uddannelse. Da jeg ikke kunne komme over til deres "audition", havde jeg lige før jul sendt et videobånd med eksempler på mine musikalske, terapeutiske og engelsksproglige færdigheder. Endelig hørte jeg fra dem, forsinkelsen skyldtes den sørgelige omstændighed at Carol Robbins, Clive's kone, døde af cancer i januar.

Først da jeg var startet på N & R gik

det rigtig op for mig, hvilket voldsomt slag det var for hele stedet at miste Carol Robbins. – Både det personlige tab af en meget afholdt person, og for Centeret tabet af en primus motor i opbygningen, driften og udviklingen af Nordoff & Robbins Centeret på N.Y. Universitet.

Clive mødte jeg allerede den første dag på uddannelsen. Han følte et slægtskab med Danmark, fordi han og Paul Nordoff havde tilbragt meget tid i vores lille land i 60-/70'erne med at holde kurser for autodi-

dakte musikterapeuter – han nævnte i den forbindelse ofte Claus Bang – så han var glad for, at der nu var en dansk studerende på holdet. Han var et varmt og humoristisk menneske og altid 100% engageret i det, som han foretog sig.

Clive var meget aktiv i undervisningen. En aften om ugen gennemgik han cases fra sit samarbejde med Paul Nordoff, hvor vi studerende sad i et lille tætpakket rum og lyttede til bånd og fik Clive's indgående beskrivelser af forløbene. Det gjorde dybt indtryk på mig, og ofte dukkede det op i mine drømme. I hans fremstilling af deres samarbejde var der en undertone af, at det var fuldstændig enestående og uopnåeligt for andre at udrette det, som de havde gjort. Ind imellem blev der en lidt snærende andægtighed, som gjorde det svært at spørge mere ind til forløbene. Samtidig var Clive meget ydmyg på sine egne vegne. Han fremhævede altid Nordoff's musikalske genialitet, men sagde meget lidt om sin egen rolle i de terapeutiske forløb med børnene. Hans personlige engagement og store hjerte fremstod dog tydeligt i det, han fortalte. Jeg spurgte nogle gange ind til, hvordan han forstod sin egen rolle som sekundær terapeut, i fht. pianisten som er den primære terapeut i denne musikterapi-tradition, med hensyn til relationen med barnet. Men han ledte altid tilbage til Nordoff's musik og undertonedede sin egen betydning i samarbejdet omkring barnet.

Al undervisning og sessionerne i klinikken blev filmet. Af og til viste Clive os filmklip fra hans musikterapier sammen med Carol Robbins, som var en fremragende musikterapeut. Han gennemførte det, selvom han blev stærkt bevæget hver gang. Det rørte mig, at han så åbenlyst viste sin sorg og sit savn. – Én dag kom jeg ud i gangen, hvor han stod fordybet i egne

tanker. Han begyndte at tale om Carol og brast i gråd, og så stod vi lidt og holdt om hinanden.

Som middelmådig pianist var det noget af en mundfuld at gå på uddannelsen. Vi var kun 5 på holdet, så det var ikke muligt at gemme sig, når vi eksempelvis skulle lave rollespil og improvisere for hinanden på klaveret. Jeg følte, at jeg var til eksamen hver dag. Engang skulle jeg improvisere til Clive's ageren som en person med halvsidig lammelse, der var til gangtræning. Jeg lagde ud med en melodi i mol, som fulgte hans trin, og gik på et tidspunkt over i noget lettere, duragtigt. Da vendte han sig om og så bebrejdende på mig: "Hvordan kan du dog finde på at slå over i dur, det er højst upassende". En anden dag orkede jeg bare ikke at spille, men så spurgte han selvfølgelig lige mig. Jeg rystede på hovedet, og han kom med sin typiske bemærkning: "Oh, come on, make the growth choice". Jeg svarede, at for mig var det et growth choice at sige nej – og så husker jeg egentlig ikke om jeg alligevel spillede? Da vi mange måneder senere havde afslutningsfest holdt Clive en tale til hver af os: "Og Anne, du sagde en dag til mig, at jeg skulle gå ad helvede til, kan du huske det?" Han blinkede til mig, mens han sagde det, og jeg vidste præcis, hvad han hentydede til.

Jeg tror ikke, man kunne lære Clive at kende uden at blive følelsesmæssigt påvirket af hans stærke personlighed. Han var på samme tid udfordrende og generøs med sit følelsesmæssige engagement i alt, hvad han gjorde, og i alle han mødte. Jeg er taknemmelig over, at jeg fik muligheden for at møde ham og være del af det meget aktive musikterapi-miljø, som kendetegner Nordoff & Robbins Center for Music Therapy.

FAKTABOKS om Clive Robbins 1927 - 2011

- 7. december 2011 døde Clive Robbins, 84 år gammel.
- Specialpædagog, musikterapeut og forfatter.
- Startede i 1961 et tæt og nært samarbejde med Paul Nordoff, amerikansk komponist og professor i musik ved Bard College.
- De startede deres arbejde i England, hvor de udviklede deres helt egen metode baseret på improvisation og komposition. De arbejdede med børn med vidt forskellige handicaps og udviklingsforstyrrelser. Fra børn med mild til alvorlig udviklingsforstyrrelse, autisme, skizofreni, afasi, indlæringsvanskeligheder, syns- og høre-forstyrrelser, samt fysiske og multiple handicaps.
- Nordoff og Robbins blev overalt i Norden inspirationskilde for den musikterapi, der voksede frem i 60'erne og 70'erne.
- Sammen udgav de mange metode- og nodebøger. Fx Children's Play-Songs, Fun for Four Drums, Goldilocks & The Three Bears, Pif Paf Poltrie.
- Efter Nordoffs død i 1977 fortsatte Robbins sit arbejde sammen med hustruen og musikterapeuten Carol Robbins.
- Fra 1975-1981 arbejdede Clive og Carol Robbins på the New York State School for the Deaf, New York.
- I 1982, efter et år på Southern Methodist University i Dallas, Texas, tog han til Australien. Han etablerede musikterapiuddannelser i Warrah Village, og Inala School i Sydney. Igennem disse år var han dybt involveret i etablering og udvikling af behandling, uddannelse og forsknings centre for Nordoff-Robbins Music Therapy i London, Tyskland og Australien.
- I 1989 grundlagde Clive og Carol Robbins The Nordoff-Robbins Center for Music Therapy på New York University, hvor han arbejdede til sin død i 2011.
- Clive stiftede Nordoff-Robbins Centre for Musikterapi i New York, London, Seoul og Kingswood, Australien, og blev bl.a. æresdoktor ved Universitet Witten-Herdecke, Tyskland, og ved New York State University.

Se også:

<http://www.nordoff-robbins.org.uk/news/memori-am-clive-robbins-1>

<http://www.facebook.com/pages/Clive-Robbins/284362218267956>

Forskning i musikterapi – voksne med skizofreni

Inge Nygaard Pedersen ph.d., professor mso ved Musikterapiuddannelsen, Aalborg Universitet. Kontakt: innp@rn.dk

Der er forskningsmæssig evidens for, at musikterapi med voksne med en skizofrenilidelse har en signifikant effekt. Cochrane review og RCT undersøgelser viser, at musikterapi hjælper i forhold til nogle generelle symptomer som nedsat opmærksomhed, depersonalisation samt manglende motivation. Musikterapi kan dog primært reducere de negative symptomer (herunder emotionel og social tilbagefald, samt svigtende evner til kontakt og kommunikation). Idet medicin og anden behandling kun i mindre grad indvirker på de negative symptomer, er det væsentligt, at musikterapi påviseligt kan reducere disse. Antallet af musikterapisessioner er dog vigtigt for effekten, idet 3-10 sessioner kun giver mindre og kortvarige ændringer, hvorimod 16-51 sessioner giver betydningsfulde og længerevarende ændringer.

For at fremme patientens motivation og evne til at være i kontakt og kommunikere med andre mennesker, tilrettelægges musikterapien, så den fokuserer på basale udtryks- og kontaktmuligheder. Gennem musikalsk improvisation er det muligt at matche den enkelte klients musikalske udtryksmønster og emotionelle tilstand og herfra følge og gradvist ændre sammenspiilsformen i et tempo, patienten kan tillade og være med i. Fælles lytning i gruppe til musik, valgt af patienten selv, kan være en vej ind til motivation for stabil deltagelse og deling af personlige oplevelser. Sammenspil og fællessang kan virke fremmende på oplevelsen af positivt samvær med andre.

Introduktion

Der har i mange år været udøvet musikterapi med voksne med skizofreni. Den første tilgængelige beskrivelse er fra 1952 (Wenger). I 90'erne viste en række case beretninger positive resultater med musikterapi med mennesker med skizofreni, men resultaterne kunne dog ikke generaliseres til patientgruppen som helhed.

Inden for de sidste 6 år er der blevet gennemført meta-analyser og randomiserede, kontrollerede studier (Cochrane review og RCT studier, se faktaboks), der viser, at musikterapi er en evidensbaseret behandlingsform for mennesker med skizofreni. I denne artikel præsenteres denne nyeste effektforskning, suppleret af anden forskning (primært kvalitativ) inden for relevante

musikterapeutiske tilgange til at arbejde med de negative og dele af de generelle symptomer ved skizofrenilidelsen hos voksne.

Skizofreni

Lige siden den diagnostiske term skizofreni blev skabt af den schweiziske psykiater Eugen Bleuler i 1911 (se Bleuler 1950) er diagnosen blevet beskrevet som en gruppe af flere sygdomme med visse typiske symptomer. Der foreligger mange forskellige måder at opdele disse symptomer på i beskrivelser af diagnosen skizofreni. Diagnostiske opdelinger søger afgrænsning og enkelhed, der gør diagnosekriterierne anvendelige internationalt, (DSM-IV, ICD-10), mens måleredskaber for symptomgradering anvendt i forskningen (PANSS, BPRS & SANS) søger bredere opdelinger, der kan indfange mange aspekter af såvel observerbare symptomer som selvrapporterede oplevelser af disse (Elsass, Ivanouw, Mortensen, Poulsen & Rosenbaum 2006). I begge internationale diagnosesystemer, DSM-IV (American Psychiatric Association 2000) og ICD-10 (World Health Organisation 2002), opdeles der i diagnosespecifikke symptomer (såkaldte positive og negative symptomer), samt generelle symptomer/dysfunktioner. ICD-10 indeholder Schneiders (1967) inddeling af symptomer i førsterangssymptomer og andre karakteristiske symptomer.

Førsterangssymptomer (eller diagnosespecifikke positive symptomer) omhandler abnorme oplevelser af tankepåvirkning, hvor patienten kan opleve at få påført tanker, frataget tanker eller at andre har adgang til at høre og læse ens tanker. I samme kategori findes såkaldte "bizarre" vrangforestillinger, hvor usandsynlige forestillinger,

som ikke kan opleves af andre, forekommer (Bertelsen, & Munk-Jørgensen 2002). Klar bevidsthed og intellektuel kapacitet er sædvanligvis bevaret, om end visse kognitive defekter kan udvikle sig i tidens løb (World Health Organisation 2002). *Andre karakteristiske symptomer* (en blanding af diagnosespecifikke negative symptomer og generelle symptomer) omhandler hallucinationer (uden depressivt eller manisk indhold), sproglige tankeforstyrrelser såsom usammenhængende tale, katatone symptomer i form af bevægelsesforstyrrelser, depersonalisation, samt negative symptomer såsom afblegede følelsesudtryk og social tilbagetrukkethed, samt svigtende evner til kontakt og kommunikation.

Ifølge ICD-10 skal der være mindst én af førsterangssymptomerne eller mindst to af de andre karakteristiske symptomer til stede i en måned eller derover, for at der foreligger en skizofrenidiagnose (Bertelsen & Munk-Jørgensen 2002). Der er i begge diagnostiske systemer en række undergrupper forbundet med diagnosen skizofreni såsom paranoid-, hebefren-, kataton-, udifferentieret-, residual- eller simpel skizofreni. I et forslag til en revidering af diagnosesystemet, i DSM-V, 2013, foreslår man undergrupperne fjernet, så der kun bliver én betegnelse for skizofreni med et spektrum af symptomer opdelt i fire sværhedsgrader. Simonsen, Lyse, Hansen, & Knudsen, (2001) påpeger at:

"De negative symptomer udgør et særligt problem i behandlingen, fordi medicin og anden behandling kun i mindre grad virker på dem. Sådanne symptomer kan være meget hindrende for kontakt med andre mennesker, for arbejde og livsudfoldelse. Der forskes derfor i dag meget med hen-

blik på at finde nye behandlingsmetoder (medicinske og socialpsykologiske) over for negative symptomer ved skizofreni” (Simonsen et al. 2001 s. 45-46).

Skizofreni består af mange forskellige sygdomme, og nyere hjerneforskning viser, at dopaminsystemet i hjernen er mere følsomt og overaktivt hos visse mennesker med skizofreni. Dette kan dog ikke identificeres gennem hjernescanning (Gerlach 2011). Der er enighed om, at både biologiske, psykologiske og sociale forhold har betydning for udviklingen af sygdommen (Stenstrøm 2011). Fra flere sider er der desuden mange, der ønsker at anvende en anden betegnelse end skizofreni (Gerlach 2011). Sygdommen betragtes ikke længere som en kronisk invaliderende sygdom, da der er et øget fokus på tidlig intervention, forbedrede medicinske og psykosociale behandlingsmuligheder, samt at man i højere grad inddrager patientens pårørende. Diagnosen stilles oftest i 20-25 års alderen¹, og der er en overvægt af mænd.

Dokumenteret effekt

I 2005 blev der lavet et Cochrane Review over effektforskning i musikterapi med mennesker med skizofreni (Gold, Heldal, Dahle & Wigram 2005) (se faktaboks). Målet var at undersøge effekten af musikterapi sammen med standardbehandling i forhold til standardbehandling alene for mennesker med skizofreni. De kliniske mål for musikterapien var beskrevet som at udvikle evnen til at indgå i relationer med andre og adressere forhold, som patienterne ikke var i stand til ved at anvende ord alene.

Reviewet viser, at musikterapi signifikant forbedrer nogle af de generelle symptomer (herunder bedring af opmærksomhed og motivation), samt at musikterapi signifikant reducerer de negative symptomer (herunder emotionel og social tilbagetrækthed og forbedring af evne til kontakt og udtryksmuligheder). Resultaterne i de enkelte RCT-undersøgelser i Cochrane reviewet er baseret på musikterapi med hospitalsindlagte mennesker med en skizofrenilidelse, og der er både anvendt individuel musikterapi (eksempelvis Yang, Li, Zhang, & Ma 1998) og gruppemusikterapi (eksempelvis Tang, Yao, Zheng 1994 og Ulrich 2004). Musikterapi har en virkning uanset antallet af sessioner, men Cochrane reviewet viser, at betydningsfuld og længerevarende virkning er afhængig af et vist antal sessioner (se nedenfor).

En signifikant effekt af gruppemusikterapi vedrørende de negative symptomer er ligeledes påvist i form af patienternes selvrapporterede subjektive oplevelse af evnen til psykosocial orientering og større motivation for kontakt og kommunikation med andre (Ulrich, Houtmans & Gold 2007). Da resultaterne her er på linje med tidligere fund, konkluderer forskergruppen, at i og med musikterapi reducerer negative symptomer og herigennem bedrer evnen til social kontakt, kan disse resultater måske gøre mennesker med skizofreni bedre egnede til at adaptere til samfundet efter udskrivning fra hospitalet. Samtidig påpeger de, at der er tale om væsentlige fund i alle undersøgelserne, da man indenfor lægeverdenen indtil videre ikke har kunnet finde en medicin, der virker tilfredsstillende på de

1 Inden for de sidste år er der kommet mere fokus på tidlige tegn på skizofreni og diagnosen er blevet stillet ned til 7-års alderen (Stenstrøm 2011).

negative symptomer (jf. citat af Simonsen et al. ovenfor).

Musikterapi som specifik behandling til reduktion af negative symptomer understøttes af en anden RCT-undersøgelse (Talwar, Crawford, Maratos, Nur, McDermott & Procter 2006), hvor der blev anvendt musikterapi sammen med standardbehandling i 12 ugers individuel behandling. Resultatet viser en bedring af såvel generelle symptomer (her defineret som depressive tankemønstre og tilstande) som en reduktion af de negative symptomer (herunder tilbagetrækning og manglende evne til kontakt og kommunikation), der ifølge forskerne er mest fremtrædende ved mennesker med kroniske skizofrene lidelser. Effekten af behandlingen var dog reduceret i en efterfølgende test en måned senere, hvilket tilskrives det korte behandlingsforløb.

I en sammenligning af alle disse undersøgelser konkluderer Gold (2007), at mennesker med skizofreni har brug for 12 eller flere sessioner, hvis der skal opnås varige resultater. Gold, Solli, Krüger & Lie (2009) har senere vist, at for musikterapi med mennesker med alvorlige psykiske lidelser, herunder skizofreni, er der større og længerevarende forbedringer ved 16-51 sessioner, hvorimod 3-10 sessioner kun viser mindre og kortvarige positive ændringer.

Musikterapiens muligheder for at afhjælpe de negative symptomer er også underbygget af to (ikke randomiserede) kontrollerede undersøgelser (se faktaboks). Den ene undersøgelse viser en signifikant forhøjelse af den tid, mennesker med skizofreni deltager i musikalsk interaktion sammenlignet med kontrolgruppen (Pavlicevic, Trevarthen & Janice 1994). Den anden undersøgelse vi-

ser forbedret motivation, mindre passivitet og bedre evne til kommunikation (Hayashi, Tanabe & Nakagawa 2002).

Begrundelse for effekt

Som det fremgår af ovenstående, kan musikterapi virke ind på manglende motivation, emotionel og social tilbagetrækning, manglende evne til kontakt og kommunikation samt nedsat opmærksomhed. Herunder præsenteres teori og forskning der kan forklare musikterapiens reducerende virkning på negative symptomer og bedring af nogle af de generelle symptomer.

Påvirkning af de negative symptomer hos mennesker med skizofreni i gruppe-musikterapi er beskrevet af flere danske musikterapeuter, der anvender terapirettet sammenspil og sangskrivning (Jensen 2011) eller musiklyttegrupper (Lund & Fønsbo 2011). I sidstnævnte metode anvendes musik valgt af musikterapeuten eller af patienterne selv, og der samtales efter musiklytningen om musikkens betydning for den patient, der har valgt musikken, samt dens betydning og indvirkning på resten af gruppen. Det giver patienterne en mulighed for at kommunikere og præsentere sig selv gennem musikvalget og ikke direkte gennem konkrete livshistorier. Det sidste kan være uoverskueligt for mennesker med skizofreni.

Ifølge patienternes besvarelser af spørgeskemaer over udbytte af gruppemusikterapiforløb med terapirettet sammenspil og sangskrivning, er der tydelige indikationer på, at begge metoder fremmer socialt engagement og nærvær, idet patienterne oplever gruppen som en tryk ramme, hvor de kan opleve fællesskab og nærhed. Patient-citater som ”jeg kunne glemme mig selv”,

”jeg kan bedre koncentrere mig”, ”musikken får stemmerne til at forsvinde” eller ”når musikken svinger, går det op i en højere enhed” er præsenterede i spørgeskemaerne (Jensen 2011, s. 120-21).

Musikkens virkning på nedsat opmærksomhed og evne til kommunikation er dokumenteret i en ph.d.-afhandling, hvor Moe (2000, 2002) viser, at mennesker med skizofreni kan forbedre deres evne til at fastholde opmærksomhed og til at associere ved at deltage i musiklytning i gruppe med fokus på indre billeder /oplevelser under lytningen. Sådanne oplevelser viste sig efterfølgende at have restituerende effekt (Moe 2000, 2002).

I en anden ph.d.-afhandling baseret på individuel musikterapi med mennesker med skizofreni, viser De Backer (2004), at disse mennesker overvinder deres tendens til tilbagetrækning og manglende evne til kommunikation. Konkret viser dette sig ved, at de fra at spille automatisk og monotont sammen med musikterapeuten, uden tilsyneladende at være i kontakt med musikken, begynder at spille intentionelt, hvor de medvirker til at udvikle melodiske og rytmiske musikalske former. Musikterapeuten følger i starten patientens spillemåde og varierer gradvist det automatiske spil i et tempo, hvor patienten kan være med i udviklingen. De Backer analyserer detaljeret, hvordan en sådan bevidst variation i en ellers synkron spillestil i individuel musikterapi skaber bevægelse fra monotoni til musikalsk form.

En anden musikterapeutisk indgangsvinkel til at løse den skizofrenes isolerede tilstand og reducere de negative symptomer dokumenteres af Jensen (1999), Lindvang (1998, 2005) og John (1995). De arbejder

bevidst med timing i musikterapeutens nærvær og distance gennem fire faser (hvor musikterapeuten bevæger sig fra at imitere, variere, skabe baggrund for patientens spil til mere autonomt samspil) i det musikalske sammenspil i individuel musikterapi. Eksempelvis kan musikterapeuten bevidst spejle og imitere patientens spil i begyndelsen af forløbet. Dette skaber tryghed for patienten, som så kan forblive i sin isolerede verden samtidig med, at en anden person (musikterapeuten) spiller sammen med ham/hende. Musikterapeuten kan via musikken gradvist komplementere patientens spil ved at lave en varieret struktur i musikken, eksempelvis lave en rytmisk eller harmonisk baggrund for patientens spil, samtidig med at sammenspillet er underordnet patientens udtryk. Herigennem kan patienten få en støtte til at starte variationer i sit eget spil. I en tredje fase spiller musikterapeuten mere provokerende, laver kontraster og adskiller sig fra patientens spil, uden krav om at patienten skal følge med. Dette giver mulighed for at begge i en fjerde fase kan skabe noget nyt sammen, og der kan udvikles mere fleksibilitet i sammenspillet. Det er vigtigt at disse fire faser udspilles i den rette timing for den enkelte patient, da det herved skaber rammer for et videre mere autonomt og kreativt skabende sammenspil.

En gentagen og langvarig, enkel rytmetræning kan virke fremmende på nedsatte evner til koncentration, hukommelse og modvirke depersonalisering i individuel musikterapi (Pedersen 1998, 1999). Fokus for det musikterapeutiske arbejde er, at patienten kommer til at kunne fastholde enkle rytmemønstre gennem at udføre bevægelser med kroppen i rytmemønstret, samtidig med at rytmen markeres med

stemmelyde. I en udførlig beskrivelse af et behandlingsforløb med et menneske med skizofreni (Pedersen 1998, 1999) gennemlever patienten at komme væk fra urealistiske forestillinger om at skulle være en professionel trommeslager til at indse, at han lige nu og her kan fastholde og udtrykke sig gennem et enkelt rytmemønster, som kan udføres både i musikalsk kontakt med en musikterapeut og alene (Pedersen 1998). Dette giver et holdpunkt for patienten og en begyndende oplevelse af, at der eksisterer et indre mentalt rum. Samtidig skaber det en spirende oplevelse af, at "jeg eksisterer – jeg kan fastholde, gentage og høre mig selv i et genkendeligt rytmemønster", hvilket modvirker depersonalisering, som er et gennemgående generelt symptom for mennesker med skizofreni.

Individuelle musikterapeutiske metoder virker i kraft af musikterapeutens evne til bevidst at anvende *modoverføring* – forstået som de sansninger og følelser musikterapeuten oplever i mødet med mennesker med skizofreni – sammen med musikkens *kvaliteter*, idet bevidstgjorte sansninger og følelser kan spilles ud og ændres i den musikalske improvisation (Pedersen 1998, 2006; Lindvang 1998, 2005; Jensen 1999; De Backer 2004; Odell-Miller 2006). En sådan bevidsthed og spilleform kan være med til at ændre kontaktformen uden at dette verbaliseres. Musikterapiimprovisation, som et egnet medie til gradvist at udspille og ændre kontaktformen (specielt overføringsforholdene) mellem mennesker med skizofreni og musikterapeuten, er systematisk undersøgt og dokumenteret i en ph.d.-afhandling af Pedersen (2006). Som forstudier til dette har Pedersen beskrevet specifikke lytteattituder som fremmer en empatisk forståelse af alle symptomer

hos patienter med skizofreni (Pedersen 1997, 1998, 1999). Disse er skrevet ind som en del af den musikterapeutiske metode i RCT-undersøgelsen af Ulrich et al. 2007 (se ovenfor).

Forholdet mellem diagnose og anvendt metode i musikterapi inden for voksenpsykiatrien er undersøgt og dokumenteret i en ph.d.-afhandling af Odell-Miller (2006). Hun gennemførte en spørgeskemaundersøgelse af fem internationale musikterapi-klinikker, og resultaterne viser også her, at det er afgørende at arbejde bevidst med musikterapeutens modoverføring i musikterapi med patienter med skizofreni. Musikterapeuten kan bruge modoverføringen som barometer for, hvordan og i hvilket tempo der bedst opbygges en god kontakt. Det betones også, at der er brug for meget rummelighed hos musikterapeuten, og at det er vigtigt ikke at få patienterne til at slappe af eller søge indad, da de netop kan være fastlåste i en tilbagetrukket tilstand. Det drejer sig om at få dem aktivt med i musikudøvelse og samtidig lytte til deres udtryk i en grad, så de føler sig hørt og forstået. Dette er en forudsætning for, at patienterne kan motiveres til at komme til behandlingen og gradvist opleve at være en del af et fællesskab. Gennem fælles handling i musikudøvelse kan det opleves, at der er nogen, der kan forstå og følge dem i en ofte langsom, begyndende udvikling af de psykosociale funktioner og dermed en reduktion af de negative symptomer.

Musikkens kvaliteter som virkemiddel i musikterapi i de ovenfor beskrevne metoder beskrives af Pedersen (1998) som:

"Musikkens basale og kropsnære udtryks-elementer (puls, rytme, bevægelse og klang) er grundlæggende for menneskers udtryks-

potentialer generelt fra livets begyndelse. Følelsesmæssige udtryk gennem sådanne basale udtrykselementer er forbundet med en oplevelse af indre bevægelse, vitale forandringer og oplevelser af kvalitet i foran-

dringen. Når en person ikke er i stand til at opleve eller udtrykke følelser kan vedkommende gennem musikalsk improvisation (som en slags forform) begynde at skabe og opleve små bevægelser i sit basale udtryk

FAKTABOKS – om RCT-undersøgelser, kontrollerede undersøgelser og Cochrane Reviews

En **RCT-undersøgelse** vurderes af mange som den mest pålidelige form for forskning. RCT betyder Randomized Controlled Trial, og hensigten er at vurdere effekten af en bestemt behandling ud fra foruddefinerede objektive kriterier. En RCT-undersøgelse kunne være en effektmåling af fx musikterapi som så sammenlignes med en kontrolbehandling og/eller med daglig praksis. For at kunne vurdere om der er statistisk signifikans, defineres præcise uafhængige variable (fx i fht adfærd, tilstand eller kunnen) som er blevet 'målt' med standardiserede tests eller assessmentredskaber. De samme målinger udføres på både eksperiment- og kontrolgruppen, og de to grupper bør være helt sammenlignelige og er derfor fordelt ved lodtrækningsprincipper. Desuden bør der være så mange deltagere at tilfældige variationer udlignes.

En **kontrolleret undersøgelse** har ligeledes til hensigt at vurdere effekten af en bestemt behandling ud fra foruddefinerede objektive kriterier. Der er her ikke tale om randomisering (tilfældig fordeling) af deltagerne, så det er forskerne bekendt, hvilken gruppe de forskellige deltagere indgår i, når de analyserer indsamlede data. En sådan undersøgelse anses derfor at være lidt mindre pålidelig end en RCT undersøgelse. Samtidig kan sådanne undersøgelser vise vigtige resultater, der både kan understøtte RCT undersøgelser og andre undersøgelser.

I **Cochrane reviews** analyseres eksisterende effektundersøgelser i forhold til forskningskvalitet, hvorefter resultaterne sammenholdes. Cochrane reviews bliver internationalt regnet for højeste standard i forhold til at vurdere forskningsmæssig evidens for en given behandlings effekt. Cochrane reviews er målrettet aktører og beslutningstagere inden for sundhedsområdet med henblik på at give dem det bedst mulige grundlag for at træffe beslutninger om behandlingstiltag. Cochrane reviews er hovedsageligt baseret på RCT-undersøgelser og bliver publiceret i *The Cochrane Library*, www.thecochranelibrary.com.

og herigennem i samspil med musikterapeuten søge at skabe basale vitale affektive forløb, hvor kvaliteter i form af ganske små variationer kan identificeres og høres i musikken. En begyndende opvågnen af den ikke tilgængelige emotionelle kapacitet kan ske gennem musikudøvelsen – i tilfælde hvor musikterapeuten gennem sin lytteattitude har formået at skabe et tilstrækkeligt trygt potentielt rum. Musikterapeuten kan meget konkret gennem den fælles handlen i musikudøvelsen træde ind og være deltagende i såvel patientens forsvarsmekanismer og i patientens ofte minutiøse forsøg på at udvikle udtryks- og relationskapacitet” (Pedersen 1998, s. 79).

Opsummerende kan musikterapi specifikt afhjælpe negative og til dels generelle symptomer hos mennesker med skizofreni. Det kræver dog et vist antal sessioner før effekten kan siges at være betydningsfuld og længerevarende. Det kræver ligeledes, at musikterapeuten er trænet i at anvende improvisation til at imitere eller matche patientens udtryk, samt trænet i at skabe tryghed omkring patienten og i at bevidstgøre sig om den måde han/hun bliver påvirket af situationen. Endelig kræver det, at musikterapeuten er trænet i at anvende særlige lyttepositioner og timing som en integreret del af musikterapibehandlingen. En sådan træning er gældende for danske kandidater i musikterapi. Musikterapi kan tilbyde en ny evidensbaseret socialpsykologisk behandling over for negative symptomer ved skizofreni, som ifølge Simonsen et al. 2001 (jf. citat ovenfor) er efterspurgt og savnet.

Litteratur

American Psychiatric Association (2000, 4th

- edt.). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2011). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Preparation of 5. Edition*. Washington DC: American Psychiatric Association. (www.dsm5.org).
- Bleuler, E. (1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. Første udgave 1911. New York: International University Press.
- Bertelsen, A. & Munk-Jørgesen, P. (2002). *De psykiatriske diagnoser*. København: PsykiatriFondens Forlag.
- De Backer, J. (2004). *Music and Psychosis – the Transition from Sensorial Play to Musical Form by Psychotic Patients in a Music Therapeutic Process*. Ph.d.afhandling. Institut for Kommunikation. Aalborg Universitet.
- Elsass, P., Ivanouw, J., Mortensen, E. L., Poulsen, S. & Rosenbaum, B. (2006). *Assessmentmetoder. Håndbog for psykologer og psykiatere*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Gerlach, J. (2011). 10 nye punkter om skizofreni. I: *Psykiatriinformation. Tema: ADHD og Borderline*. 18. årg. Nr 2, 24-25.
- 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. (<http://www.thecochranelibrary.com>)
- Gold, C. (2007). Music therapy improves symptoms in adults hospitalized with schizophrenia. *British Medical Journal*, 10(3), 77.
- 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. *Clinical Psychology Review* 29 (2009), 193-207.
- Hayasi, N., Tanabe Y., Nakagawa S. (2002). Ef-

- fects of group musical therapy on inpatients with chronic psychoses. A controlled study. *Psychiatric Clinical Neuroscience* 2002, (56), 187-193.
- Jensen, B. (1999). Music therapy with psychiatric in-patients: A case study with a young schizophrenic man. In: T. Wigram and J. D. Backer (Eds) *Clinical Applications of Music Therapy in Psychiatry*. London: Jessica Kingsley, 44-60.
- Jensen, B. (2000). Musikterapi med skizofrene – refleksioner fra en case. *Musikterapi i Psykiatrien. Årsskrift 2. Musikterapiklinikken*. Aalborg: APS & AAU, 31-48.
- Jensen, B. (2011). *Musikterapi. Socialpsykiatrien I Aarhus Kommune. Brugerundersøgelse*. s. 116-129. www.bentjensenmusikterapi.dk
- John, D. (1995). The therapeutic relationship in music therapy as a tool in the treatment of psychosis. In T. Wigram, B. Saperston and R. West (Eds) *The Art and Science of Music Therapy: A Handbook*. Chur, Switzerland: Harward Academic Publishers, 157-166.
- Lindvang, C. (1998). Musikterapeutens rolle I opbygning af psykoterapeutisk relation med skizofrene. I. N. Pedersen (red.) *Musikterapi i Psykiatrien. Årsskrift 1. 1998*. Aalborg: APS & AAU, 45-65.
- Lindvang, C. (2005). Casestudie – Musikterapi med skizofren kvinde. H. M. O. Ridder (red.) *Musikterapi i Psykiatrien. Årsskrift 4*. Aalborg: APS & AAU, 106-120.
- Lund, H. & Fønsbo, C. (2011). Musiklyttegrupper – en empirisk undersøgelse af anvendte metoder I psykiatrien. *Musikterapi i Psykiatrien 6. Årgang 2011*. Bonde, L.O. (red.) Aalborg: APS & AAU. s. 86-101.
- Moe, T. (2000). *Restituerende faktorer I gruppe-musikterapi med psykiatiske patienter-baseret på en modification af Guided imagery and Music (GIM)* Ph.d.afhandling. Institut for Kommunikation. Aalborg Universitet.
- Moe, T. (2002). Restitutional factors in receptive group music therapy inspired by GIM. *Nordic Journal of Music Therapy*, 11(2), 152-166.
- Odell-Miller, H. (2006). *The practice of music therapy for adults with mental health problems: the relationship between diagnosis and clinical method*. Ph.d.-Dissertation. Institut for Kommunikation. Aalborg Universitet.
- Pavlicevic, M., Trevarthen, C. & Duncan, J. (1994). Improvisational music therapy and the rehabilitation of persons suffering from chronic schizophrenia. *Journal of Music Therapy* 13(2), 86-105.
- Pedersen, I. N. (1997). The music therapist's listening perspectives as source of information in improvised musical duets with grown-up psychiatric patients suffering from schizophrenia. *Nordisk Tidsskrift for Musikterapi*, 6(2), 98-111.
- Pedersen, I. N. 1998. Musikterapi som det første skridt i en psykoterapeutisk behandlingsform med skizofrene/psykotiske patienter – en holdende og reorganiserende musikterapeutisk metode. I. N. Pedersen (red.) *Musikterapi i Psykiatrien. Årsskrift 1*. Aalborg: APS & AAU, 65-91.
- Pedersen, I. N. (1999). Music Therapy as holding and re-organizing work with schizophrenic and psychotic patients. T. Wigram & J. D. Backer (Eds). *Clinical Applications of Music Therapy in Psychiatry*. London: Jessica Kingsley Publishers, 24-44.
- Pedersen, I. N. (2006). *Counter transference in music therapy. A phenomenological study on counter transference used as a clinical concept by music therapists working with musical improvisation in adult psychiatry*. Ph.d.-afhandling. Institut for Kommunikation. Aalborg Universitet.
- Schneider, K. (1967). *Klinische Psychopathologie*, 8.ed. Stuttgart: Thieme.

- Simonsen, E., Lyse, H-G., Hansen, A. O., Knudsen, P. (2001). *Om og med psykoser*. København: PsykiatriFondens forlag.
- Stenstrøm, A. D. (2011). Skizofreni hos børn. I *Psykiatriinformation. Tema: børn og unge*. 18 årg. Nr 3, 26-27.
- Talwar, N., Crawford, M. J., Maratos, A., Nur, U., McDermott, O. & Procter, S. (2006). Music therapy for in-patients with schizophrenia: exploratory randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*. (189), 405-409.
- Tang, W., Yao, X., Zheng, Z. (1994). Rehabilitative effect of music therapy for residual schizophrenia: A one-month randomized controlled trial in Shanghai. *British Journal of Psychiatry* 164 (suppl. 24), 38-44.
- Ulrich, G. (2004). *A randomized study of music therapy for schizophrenia: study protocol*. Unpublished manuscript 2004. (For publication see Ulrich et al 2007).
- Ulrich, G., Houtmans, T., & Gold, C. (2007). The additional therapeutic effect of group music therapy for schizophrenic patients. A randomized study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 362-370.
- Wenger, P. (1952). The value of music in successful psychotherapy of a schizophrenic patient. *Psychiatric Quarterly Supplement*, Vol 26, 202-209.
- World Health Organisation (2002). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, Tenth Revision (ICD 10). Genova: WHO, 2002.
- Yang W-Y., Li, Z., Weng, Y-Z., Zhang, H-Y., Ma, B. (1998). Psychosocial rehabilitation effects of music therapy in chronic schizophrenia. *Hong Kong Journal of Psychiatry* 1998, 8(1), 38-40.

Vejledning som integreret element i musikterapeutisk praksis

Anne Rauff Larsen cand. mag. i musikterapi, august 2011.
Kontakt: anneraufflarsen@gmail.com

Denne artikel handler om, hvordan vejledning af forældre og pædagoger kan forstås som en betydningsfuld del af musikterapeuters arbejde i forbindelse med individuel musikterapi med børn med varige og betydelige funktionsnedsættelser. Artiklen er baseret på mit kandidatspeciale (Larsen 2011). Her foretog jeg fænomenologiske interviews med henholdsvis en forælder og en støttepædagog omkring deres oplevelse af at være med i lokalet, når det barn, de hver især ledsagede, var til musikterapi. Efterfølgende undersøgte jeg via hermeneutiske principper, hvordan disse oplevelser kunne belyse mit specialeemne – musikterapeutisk vejledning.

Min interesse i vejledning er udsprunget af overvejelser omkring omgivelsernes betydning for et individs udvikling, og hvilken plads dette skal have i terapi. I behandlingsregi har netop sådanne overvejelser i den senere tid fået stigende opmærksomhed, og det har medført et fokus på klienters kontekst og relationsbehandling (Hesketh 2008). Indenfor musikterapien afspejles dette i nogle af de relativt nyere retninger med en mere systemisk orienteret praksis, f.eks. community music therapy (Stige 2002) og familiemusikterapi (Oldfield 2008). Et systemisk orienteret fokus

finder jeg vigtigt, men samtidig kan jeg ikke afvise betydningen af den individuelle musikterapi. Derfor gik mine overvejelser på, hvordan det er muligt at forene disse behandlingsaspekter. I den forbindelse fik jeg interesse for vejledning som et musikterapeutisk arbejdsfelt, hvor terapeuten har særligt øje for de kontekstuelle faktoreres betydning for barnets udvikling, men uden dermed at gå på kompromis med individuel behandling.

Hvad er vejledning?

Begrebet vejledning bruges i mange sammenhænge og kan derfor tillægges flere forskellige betydninger. I denne sammenhæng defineres vejledning som det, *at musikterapeuten bevidst inddrager en støtteperson i forbindelse med behandlingsforløbet med det formål at styrke barnets udvikling og udbytte af terapien.* ('Støtteperson' betegner en voksen, der bruger tid med barnet i hverdagen. I mit speciale var dette henholdsvis en forælder og en støttepædagog). Af definitionen fremgår det, at vejledning har et decideret terapeutisk sigte – at styrke det enkelte barns udvikling. Dermed kan vejledning anskues som en del af selve det kliniske arbejde. I litteraturen om emnet fremhæves det, at vejledning med

fordel kan være en kombination af støttepersonens observation af musikterapien og samtale med terapeuten (f.eks. Frisk 2008; Fearn & O'Connor 2003). I praksis er dette dog ikke altid muligt, da nogle musikterapeuter kun har sparsom kontakt med barnets støtteperson. Med en forholdsvist 'bred' definition af vejledning lægges der op til, at dens konkrete udformning kan afstemmes i forhold til, hvad der er muligt i den givne situation. Twyford & Watson (2008) finder det afgørende, at musikterapeuten (uanset vejledningens udformning) får etableret en arbejdsalliance med støttepersonen, som indebærer åbenhed og en klar fornemmelse af roller og forventninger parterne imellem. Også i denne relation kan musikterapeutens terapeutiske kompetencer vise sig at være betydningsfulde, f.eks. i form af bevidsthed om de interpersonelle komplikationer en sådan relation evt. kan medføre.

Hvorfor vejlede?

Når musikterapeuten inddrager en støtteperson i forløbet, kan det betyde, at barnet i højere grad kan generalisere sin udvikling i musikterapilokalet til hverdagen (Fearn & O'Connor 2003; Woodward 2004). Vejledning behøver ikke dermed at betyde en underkendelse af den overføringsværdi, der ligger i musikterapeutens direkte arbejde med barnet. Derimod er det en mulighed for netop at forstærke barnets udbytte heraf. Iflg. Skrudland (2009) har især børn med betydelige funktionsnedsættelser svært ved at omsætte deres udvikling i musikterapien til hverdagen. Dette fordi de ikke, som f.eks. voksne klienter med verbalsprog, kan bruge reflekterende samtale med terapeuten som en del af sessionen. Netop derfor bliver et samarbejde med støtteper-

soner særligt aktuelt. Skrudland (2009) mener, at musikterapi i princippet kan indeholde de samme elementer for begge klientgrupper; forskellen ligger i, om arbejdet primært foregår indenfor rammerne af en session og terapeut-klient-relationen, eller om musikterapeuten også inddrager andre rammer og relationer i det kliniske arbejde, f.eks. ved at vejlede støttepersoner.

Det kan variere meget, hvilken konkret indflydelse vejledningen har på støttepersonens daglige samspil med barnet. I litteraturen om emnet er der dog tre gennemgående formål: 1) at støttepersonen bliver mere opmærksom på barnets kommunikative ressourcer, 2) får nye interaktionsmuligheder i sit eget samspil med barnet og 3) herved oplever fornyet selvtillid i relationen (f.eks. Frisk 2008; Allgood 2005). Disse 'delmål' for vejledningen har tilsammen betydning for, i hvor høj grad barnets udbytte af musikterapien styrkes.

Tre vejledningsformer

Gennem mit speciale fik jeg bl.a. indblik i de forskellige former og niveauer, musikterapeutisk vejledning kan bestå i. Mine interviews med de to støttepersoner pegede overordnet på tre former for vejledning:

- Observerende vejledning
- Musikalsk vejledning
- Verbal vejledning

De to første vejledningsformer er afhængige af støttepersonens tilstedeværelse i lokalet under musikterapeutens arbejde med barnet.

Observerende vejledning er, når støttepersonen aktivt overvåger musikterapeutens interventioner og barnets reaktioner herpå. Muligheden for netop at observere

musikterapien var af stor betydning for de støttepersoner, jeg interviewede. I begge tilfælde havde observationerne en klar *vejledende* karakter, fordi de fik indflydelse på støttepersonernes forståelse af børnene og samspil med dem i hverdagen. Herved adskiller observerende vejledning sig markant fra en mere passiv overværelse af musikterapien. Det er afgørende, at støttepersonen er i stand til at reflektere over sine observationer, og her kan musikterapeuten evt. igangsætte eller støtte en sådan proces gennem samtale med støttepersonen.

Musikalsk vejledning sker ved, at støttepersonen deltager aktivt i musikterapien. Ved at være opmærksom på egne reaktioner på musikken, kan støttepersonen få større indblik i barnets situation, fordi han/hun nu oplever musikterapien fra klientperspektivet. Én af de interviewede støttepersoner beskrev, hvordan hun oplevede, at det begyndte at 'summe og krible i hendes krop', når hun, som led i en bestemt aktivitet, skulle spille alene med musikterapeuten. I hverdagen havde hun endvidere af og til en fornemmelse af, at barnets krop var 'forud for hans tanker'. Den personlige musikalske oplevelse fra barnets session gav hende en dybere forståelse for, hvordan han måtte opleve denne tilstand. Oplevelsen fik også direkte betydning for støttepersonens samspil med barnet, idet hun f.eks. blev mere bevidst om ikke at stille for høje krav til ham i de pågældende situationer. Ligesom med observation er det altafgørende, at støttepersonen er i stand til at reflektere over sine musikalske oplevelser i vejledningsøjemed, evt. støttet af samtale med musikterapeuten.

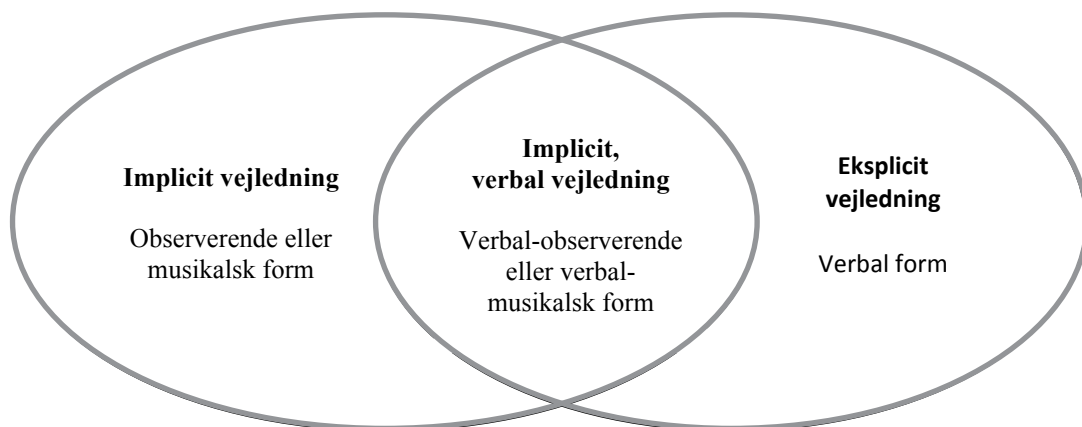
Verbal vejledning foregår som samtale mellem musikterapeut og støtteperson i eller udenfor sessionens rammer. Vejledningen kan tage udgangspunkt i hændelser fra

musikterapien eller være en mere direkte fælles refleksion over konkrete situationer fra støttepersonens daglige samspil med barnet. Med det verbale medium er der således god mulighed for at målrette vejledningen, så den modsvarer den enkelte støttepersons behov. Dette vil fremgå tydeligere i det nedenstående.

Implicitte og eksplicitte aspekter

De beskrevne vejledningsformer kan kombineres på forskellige måder, og i den forbindelse kan det være en hjælp at skelne mellem implicitte og eksplicitte aspekter. I figur 1 er den observerende og musikalske form kategoriseret som *implicit vejledning*. Dette skyldes at disse vejledningsformer kræver, at støttepersonen formår at bruge sine oplevelser fra sessionen (eller alternativt videooptagelser heraf) i vejledningsøjemed. Vurderer musikterapeuten, at støttepersonen har svært ved dette, kan det være oplagt at lægge vægt på en mere *eksplicit vejledning*. Dette foregår i samtalen med støttepersonen. Med baggrund i sin faglige forståelse og sit arbejde med barnet *ekspliterer* musikterapeuten på en håndgribelig måde sine tanker om, hvordan støttepersonen kan styrke barnets udvikling, f.eks. via konkrete anvisninger til det daglige samspil med barnet.

I min undersøgelse blev det tydeligt, at de to implicitte vejledningsformer – den observerende og musikalske – var særligt anvendelige for støttepersonerne. Det kan derfor være relevant at se på, hvordan man i samtalen med en støtteperson kan bibeholde implicitte aspekter. En *verbal-observerende* vejledningsform (midterste felt i figur 1) kan f.eks. bestå i, at musikterapeuten udelukkende beskriver sine interventioner i



Figur 1 – Vejledningens implicitte og eksplicitte aspekter

arbejdet og barnets reaktioner herpå, gerne på et konkret detaljeplan. Er støttepersonen med i sessionen (eller ser videooptagelser herfra), kan samtalen dreje sig om støttepersonens egen forståelse af barnet i terapien. Det essentielle i den verbal-observerende vejledning er, at musikterapeuten har tillid til, at støttepersonen selv overfører det, som han/hun – via samtalen med musikterapeuten – ”ser og hører” til sit eget samspil med barnet i hverdagen. Én af de interviewede støttepersoner fortalte, hvordan musikterapeuten ganske enkelt havde beskrevet, hvordan hun spejlede barnet i deres musikalske samspil i terapien. Alene dette var nok til, at støttepersonen efterfølgende blev opmærksom på, hvordan hun selv kunne spejle barnet ved hjælp af musikalske elementer. I den *verbal-musikalske vejledningsform* kan musikterapeuten gennem samtale hjælpe støttepersonen til at blive opmærksom på sine personlige reaktioner på musikken i sessionen. Pointen er igen, at musikterapeuten ikke ekspliciterer, hvordan støttepersonen kan drage nytte af disse erfaringer i vejledningsøjemed, men

derimod lader det være op til vedkommende selv. En helt anden form for verbal-musikalsk vejledning kan være, at samtalen tager udgangspunkt i én af støttepersonens private musikoplevelser fra en anden sammenhæng. På den baggrund fremstår barnets reaktioner i musikterapien muligvis mere meningsfulde for støttepersonen, fordi de således vækker genklang fra vedkommendes eget følelsesliv. Hermed skabes mulighed for, at støttepersonen på et generelt plan oplever barnet som en mere forståelig interaktionspartner.

Klinisk anvendelighed

Afslutningsvis vil jeg appellere til læserens egen ’kreativitet’ i forhold til at integrere vejledning som et element i egen musikterapeutisk praksis. For det første må vejledningen muliggøres i ydre rammer: Måske må der arbejdes på at ændre institutionelle traditioner, så vejledning efterhånden bliver mere tilgængeligt på musikterapeutens arbejdsplads. Dernæst er det afgørende at gøre potentielle støttepersoner opmærksom

på deres mulighed for at styrke barnets udbytte af terapien. I den forbindelse må musikterapeuten være åben om vejledningsforholdet frem for mere skjult at søge at påvirke vedkommendes interaktion med barnet (Twyford & Watson 2008). Når disse ydre rammer er mere eller mindre på plads, er det igen musikterapeutens ansvar at være kreativ i forhold til at tilpasse vejledningen til den enkelte støtteperson. Her ligger der store muligheder i netop tanken om at kombinere de implicite og eksplicite aspekter af vejledning, særligt hvis den verbale vejledningsform er musikterapeutens eneste reelle mulighed.

Litteratur

- Allgood, N. (2005): Parents' perception of family-based group music therapy for children with autism spectrum disorders. I: *Music Therapy Perspectives*, 23(2).
- Fearn, M. & O'Connor, R. (2003): The whole is greater than the sum of its parts: experiences of co-working as music therapists. I: *British Journal of Music Therapy*, 17(2).
- Frisk, R. S. (2008): Musikkterapeutisk rådgivning i et statlig kompetansesenter. I: Trondalen, G. & Ruud, E. (eds, 2008): *Perspektiver på musikk og helse – 30 år med norsk musikkterapi*. Norges Musikkhøgskole, Oslo.
- Hesketh, V. (2008): Foreword. I: Oldfield, A. & Flower, C. (eds. 2008): *Music Therapy with Children and their Families*. Jessica Kingsley Publishers, London og Philadelphia.
- Larsen, A. R. (2011): Musikterapeutisk vejledning: *Et perspektiv på vejledning ud fra en empirisk undersøgelse af forældres og støttepædagogers oplevelse af at være med, når et barn med betydelig funktionsnedsættelse får musikkterapi*. Institut for Kommunikation, Aalborg Universitet. Specialet kan også læses på www.projekter.aau.dk.
- Oldfield (2008): Working in Partnership and Supporting Parents: Music Therapy for Pre-school Children and their Parents at a Child Development Centre. I: Oldfield, A. & Flower, C. (eds. 2008): *Music Therapy with Children and their Families*. Jessica Kingsley Publishers, London og Philadelphia.
- Skrudland, H. (2009): Personlig kommunikation i forbindelse med udarbejdelsen af Larsen, A.R. (2009): *Musikterapeutisk vejledning: En empirisk undersøgelse af vejledning af forældre i forbindelse med musikkterapi med børn med betydelige funktionsnedsættelser*. Institut for Kommunikation, Aalborg Universitet.
- Stige, B. (2002): *Culture-Centered Music Therapy*. Barcelona Publishers, London og Philadelphia.
- Twyford, K. & Watson, T. (eds. 2008): *Integrated Team Working. Music Therapy as part of Transdisciplinary and Collaborative Approaches*. Jessica Kingsley Publishers, London og Philadelphia.
- Woodvard, A. (2004): Music Therapy for autistic children and their families: a creative approach. I: *British Journal of Music Therapy*, 18(1).

Trampeklaverer og Klatrexylofoner

Musikinstrumenter, der leger med fantasi, sanser og kommunikation

Hanne Mette Ochsner Ridder ph.d., professor mso ved Musikterapiuddannelsen og Doctoral Programme in Music Therapy, Aalborg Universitet. Kontakt: hanne@hum.aau.dk

Der står en sjov figur på legepladsen. Med dyrefigurer der logrende venter på at lege. Man kan putte græs i munden på dem, og kravle op på ryggen af løven. Fuglen kan få et brusebad af sand. Og pludselig siger det klonk. En blød, rund lyd. Man skal bare træde på kæmpetangerne. Og et andet klonk når man træder på klodsen ved siden af. Hvis man hopper frem og tilbage, bliver det til melodier. Små dybe, klukkelyde, der hurtigt klinger af. De er bundløse og sprøde på én gang. Træmandsagtige og troldede.

Hvad er en legeplads? Nogle gange er det et klatrestativ af stål og en karrusel. Eller en gynge, en sandkasse og en rutsjebane. Skal der tænkes sanser og sanseintegration ind,

skal en legeplads efter min mening være noget med sand, græs, vand, bevægelse, balance, hårdt, blødt, op, ned. Den taktile sans stimuleres af at røre i spanden med sand og mudder, og mærke græsset kildre. Den vestibulære sans pirres af at gynge, vippe, vælte og dreje, og den proprioceptive sans aktiveres af at gå på kanten af sandkassen, klatre op af et tov, sparke til en bold. Smags- og lugtesansen vil jeg ikke komme ind på, men mon ikke der især spares sammen til at komme hjem og være rigtig sulten. Nu er der syns- og høresansen tilbage, og spørgsmålet er, hvor ofte syns- og høresans tænkes med, når der bygges legepladser?

En af dem, der tænker syn og lyd med, er kulturformidler til børn, Søren Brynjolf. Hans udendørs legeredskaber er æstetiske og fantasifulde former og figurer, og som noget helt særligt, er det redskaber, der lægger op til at lege med lyd. Det kan være at udløse mekanikken i trampeklaveret, eller at finde en kæp eller en sten til at slå på xylofonen med. Instrument og legefigur er én side af samme sag. Xylofonen bliver til en farlig bro, man må liste sig over, indtil man pludselig tør trampe løs for at drille trolden. Det kan blive til kaldelyde eller





skræmmelyde, eller forvandle sig til melodierne, som vi kender fra fx Bukkebruse, hvor det ikke bare er et monotomt:

”hvem er det, der tramper på min bro”, men til gengæld en melodifrase, der bygger en spænding op og bliver til det centrale i hele eventyret.

En rigtig god legeplads opfordrer til mere end at sanse ting. Det er også at sanse hinanden og lave noget sammen med andre. Når vi skal lave noget sammen er vi nødt til at kommunikere. For børn, hvor det er svært at kommunikere med andre, kan der være behov for at lege med lyde og udtryk – at bygge lydfortællinger op og sende lyd-signaler til hinanden. Det er musik, og det er også grundlaget for at danne sprog.

Som underviser og supervisor på musikterapiuddannelsen glæder det mig, når musikterapistuderende i praktik fortæller om musikterapisessioner, der foregik i en skov, på en legeplads eller et helt andet sted, og hvor der blev leget med lyde og musik på andet end de traditionelle musikinstrumenter. Ofte skal børnene hjælpes til at eksperimentere med lydlegene, og musikterapeuten har brug for at introducere enkle spilleregler, som barnet bliver fanget af.

Når børnene først har fanget dem sammen med terapeuten, er målet, at de også prøver dem af i deres leg med andre børn. Og så er de i fuld gang med at udvikle deres kommunikative evner, fint hjulpet på vej i et musikterapeutisk forløb.

Børnene kan have brug for at afprøve legene og spillereglerne på nøjagtig de samme instrumenter, som de har brugt med musikterapeuten. Og så kan det være et problem hvis musikterapien er foregået i et adskilt rum uden mulighed for senere at lege med de samme ting med andre børn. Er det foregået på et fællesareal, er det nemmere for barnet at overføre legene og bruge dem med jævnaldrende. Mulighederne er der, når der også tænkes i utraditionelle musikinstrumenter, og her er Søren Brynjolfs et rigtig godt bud. Se de eventyrlige legepladsinstrumenter på www.brynjolf.dk

Min arbejdsdag

Hilde Skrudland cand. mag. i musikterapi. Ansat som musikterapeut på Institut for Kommunikation og Handicap, Specialrådgivningen, Region Midt. Også ansat på Hospice Djursland. Mail: hilde.skrudland@ps.rm.dk

Jeg møder ind på IKH, specialrådgivningen. Det hed for et par år siden Børn og Unge Centret, før det Småbørnscentret, før det.... Computeren starter op, mens jeg tjekker evt. telefonbeskeder, gør musikterapi rummet klar og taler med de kollegaer, der møder ind i huset denne dag. Jeg vil gerne møde en halv time før den første musikterapi session, som i dag er med Martin. Han er seks år og går i en børnehave med støttepædagog tilknyttet noget af tiden. Martin har en diagnose, infantil autisme. Hos Martin ses dette især på hans vanskeligheder ved at indgå i socialt samspil med andre børn, hans manglende evne til at afkode hvad der sker rundt om ham og hans periodevis specielle interesser.

I dag fortæller støttepædagogen Clara, at Martin er begyndt at råbe meget, især hjemme. Han kan umotiveret råbe familiemedlemmer direkte op i ansigtet. Vi starter med at synge godtdagsang, hvor vi på skift synger godtdag til hinanden. Martin synger meget højt, han råber nærmest godtdag til mig. Efter godtdagsangen taler jeg med Martin om, at der er forskel på at tale højt og råbe. Jeg viser ham eksempel ved at sige "Hej Martin", for derefter at sige det højt, og råbe det. Jeg fortæller Martin, at det ikke er rart at blive råbt til, det kan gøre ondt i ørerne.

Martin ønsker at spille på trommer efter godtdagsangen. Jeg finder en guitar frem, og vi begynder at spille. Martin spiller meget højt og kigger hen på Clara. Jeg stopper og spørger hende, hvad hun synes om musikken. Hun siger, den er flot, men at det er for højt for hende. Jeg siger til Martin, at vi kan spille til Clara og holde øje med, hvordan hun ser ud i ansigtet,

for at se om vi spiller for højt. Martin skifter mellem at have opmærksomhed på trommerne og på Clara, og han indretter sit spil efter, hvordan Clara ser ud i ansigtet. Dette er en fin træning i at aflæse andres ansigtsudtryk, og Clara kan fortsætte dette i det pædagogiske arbejde i børnehaven, og formidle det videre til Martins forældre når de henter ham.

Mange forskellige bongotrommer bliver stillet på række på gulvet, og vi spiller på skift som i en dialog med spørgsmål og svar, spiller derefter samtidig, hvorefter det udvikler sig til en fin rolleleg mellem Martin og mig. Vi spiller ikke længere på trommerne, de er blevet til huse vi bor i. Igen taler jeg med Clara om hvordan hun kan arbejde videre med rolleleg i børnehaven, måske se om det kan etableres med Martin og et andet barn. Vi når også at spille klaver, hvor der opstår øjeblikke med samspil og kontakt i musikken fra hvert vores klaver, og danser "ballet" hvor der arbejdes med bl.a. imitation, kropslig koordination og centrering, før Martin er træt, og vi synger farvelsang sammen.

Efter musikterapien skriver jeg korte notater i den elektroniske journal, derved kan fysioterapeuten, der også følger Martin, orientere sig i, hvad vi laver i musikterapi. Jeg registrerer i samme system, hvor lang tid jeg har brugt. Det er vores måde at dokumentere timeforbrug i forhold til det kommunen har bevilget.

Efter denne time pakker jeg nogle små instrumenter og en guitar ned, sætter mig i bilen og kører hjem til en pige og hendes mor. Sandra er tre år, og har haft cancer i over to

år. Hun er marvstransplanteret og lige nu i en god stabil udvikling, hvad både sygdom og generel udvikling angår. Sandra er bl.a. forsinket i grovmotorisk, sproglig og social udvikling. Hun har brug for samspilserfaringer med andre end hendes familie og sygehuspersonale, derfor er musikterapi koblet på efter et længere forløb med en af mine ergoterapeutkollegaer. Sandra må ikke udsættes for smittefare og lever derfor det meste af sit liv i hjemmet sammen med mor og to søskende. Sandra har brug for at øve sig i at være i relation, og musikken er så motiverende, at Sandra deltager sammen med mig. Hun har brug for at mor er meget tæt på, og kan i starten af forløbet ikke magte mere end få minutters kontakt med mig ad gangen. Hun er på hårdt arbejde, trættes hurtig, men der sker en god udvikling fra gang til gang, hvor Sandra bliver mere og mere robust i samspillet med mig. Jeg gør hende gradvis mere opmærksom på sine egne reaktioner, siger f.eks. "Jeg tænker, at du ikke vil tale om dette, for du vender dig væk fra mig". Musikken vi laver er tilpasset Sandras alder: små musikaktiviteter med rasleæg, spil på en lille tromme og nogle fagtesange. Efter en kort farvelsang taler jeg lidt med Sandras mor om de observationer, vi har gjort i dag, og hvad vi tænker om dem.

Tilbage i afdelingen får jeg besked på at ringe til en lærer fra et STU, et skoleforløb til unge mennesker med funktionsnedsættelser. Læreren vil høre om der mulighed for, at jeg kan give et musikterapiforløb til en af deres elever, en ung mand på 18 år med en autismediagnose. Vi taler om mulig form, indhold og mål for et forløb, vores timepris, og læreren vil vende tilbage efter en snak med sin leder.

Jeg har yderligere to musikterapi sessioner denne dag, først en dreng på 6 år med spasticitet. Hans vanskeligheder ses lige nu mest ved, at han har svært ved at koncen-

trere sig og holde fast i egne intentioner. Han har en anden dreng med fra børnehaven til musikterapi, hvilket er en god mulighed for at arbejde med koncentration samt at arbejde med at være den, han er, og ikke skulle underholde den anden dreng.

Den sidste session er med en dreng, der har tilknytningsvanskeligheder. Han er 7 år og adopteret til Danmark som fireårig. Der er et tæt samarbejde mellem hans forældre, en psykolog og mig. Vi har talt om, at drengen kan have brug for hjælp og støtte i lang tid fremover, og håber alle at kommunen er indstillet på dette.

Det musikterapeutiske arbejde, og den tværfaglige tilgang til børn og unge i IKH er meningsfyldt, og vi får rigtig gode tilbagemeldinger fra forældre, kommunerne der køber ydelser hos os og andre samarbejdspartnere. Trods det oplever vi runde efter runde med nedskæringer af personale. Hvor vi på et tidspunkt var 8 musikterapeuter, er der nu kun tre tilbage. Vi ved, at det går ud over alle faggrupper, det er ikke kun musikterapeuter. Vi ved også, at det er økonomi generelt, der giver denne udvikling. Jeg tænker ofte bekymret på min egen jobsituation, men i høj grad også på de familier der har brug for støtte i forhold til at have et barn med vanskeligheder. Terapiforløb skæres eller fjernes, aflastning er svært at få, psykologsamtaler begrænses, det er svært at få tabt arbejdsfortjeneste for møder, lægeundersøgelser osv., søskendegrupper bliver ikke bevilget etc. Jeg bliver bekymret for, at der om nogle år kan opstå større følgevirkninger, som resultat af denne udvikling.

Jeg øver mig i hver dag at gøre mit musikterapeutiske arbejde så godt som jeg formår, for på denne måde at imødegå de negative tanker, samt at fokusere på min opgave, at være en dygtig musikterapeut, og stadig udvikle mig i det faglige felt.

Søren Mühlhausen

Pionér indenfor musikterapien i Danmark
døde d. 5. feb. 2012

Tak for sangene, Søren.

For mere viden om Søren Mühlhausens store arbejde
indenfor musikterapien se Dansk Musikterapi 2005,
2(2) 'Pioner-serien – Søren Mühlhausen'.

Kom, vi rejser os op

REGGAE/BEAT

Kom, vi rejser os op. Kom, vi rejser os op. Sådan gør vi, sådan
gør vi strækker armene op, strækker armene op sådan
gør vi. sådan gør vi. Vi tar armene ned i -
gen. Og så klapper vi 1-2-3
klapper igen klapper igen 1-2-3-4-

5.

Dokumentation og forskning

august 2011 - januar 2012

Hanne Mette Ochsner Ridder ph.d., professor mso ved Musikterapiuddannelsen og Doctoral Programme in Music Therapy, Aalborg Universitet. Kontakt: hanne@hum.aau.dk

Specialeafhandlinger i musikterapi

I foråret forsvarede 9 studerende deres kandidatspeciale ved musikterapiuddannelsen, og siden har yderligere 3 bestået deres kandidateksamen:

Signe Damsgaard: *Indre kamp på metaforisk slagmark: Et single casestudium omhandlende symboliseringsprocesser i musikterapi med en patient med hoveddiagnosen paranoid skizofreni.*

Ditte Lindholm: *Mentalisering og musikterapi med udsatte familier. Et kvalitativt casestudie med mor og barn.*

Lene H. Madsen: *Genhør med musik. Kvalitativ empirisk pilotundersøgelse af oplevelser aktiveret i forbindelse med at genhøre betydningsfuld musik.*

Alle kandidatspecialer fra musikterapi er tilgængelige på nettet via AAUs hjemmeside på adressen <http://projekter.aau.dk> (eller www.musikterapiuddannelse.aau.dk/Fagbeskrivelser/10.+semester/), bortset fra enkelte som indeholder fortroligt casemateriale.



Danske kandidater, fra venstre: Aase Hyldgaard Larsen, Ulla Ladegaard, Mai Elena Song Thorn, Anne Rauff Larsen, Ursula Skou & Gitte Daasbjerg Christensen. Spanske kandidater (billede t.h.), fra venstre: Maria Peralta Fernández, Nazaret F. Gómez Roca.



Nyt fra Forskerprogrammet i musikterapi

Der er i januar 2012 tilknyttet 24 ph.d.-studerende fra 12 forskellige lande ved Forskerprogrammet i musikterapi samt 2 ph.d.-studerende fra psykologiuddannelsen ved AAU. Professor **Christian Gold**, som vejleder 4 af programmets ph.d.-studerende og har sin ekspertise inden for kvantitativ forskning, statistik og Cochrane-reviews, er blevet tilknyttet forskerprogrammet som adjungeret professor. **Tali Gottfried** fra Israel startede som ph.d.-studerende i november 2011 og forsker i hvordan forældre til børn, som har diagnoser inden for det autistiske spektrum, oplever virkningen af musik og musikterapi på social interaktion og kommunikation. Forskerprogrammet kan nu bryste sig af at have udklækket hele 25 ph.d.-studerende. De første to i 1998, og de sidste tre i 2011. De 3 ph.d.-studerende fra henholdsvis Sverige, North Carolina og Island forsvarede deres afhandlinger i november:

Märith Bergström-Isacsson: Music and Vibroacoustic Stimulation in People with Rett Syndrome – A Neurophysiological Study.

Melody Schwantes: Music Therapy's Effects on Mexican Migrant Farmworkers' Levels of Depression, Anxiety and Social Isolation: A Mixed Methods Randomized Control Trial Utilizing Participatory Action Research.

Valgerdur Jonsdottir: Music-caring within the framework of early intervention. The lived experience of a group of mothers of young children with special needs, participating in a music therapy group.

Midtvejs i efterårets ph.d.-kursus blev der afholdt et mindeseminar om musikterapiprofessor **Tony Wigram**, med gæstetalere fra hele verden samt taler/bidrag af kolleger fra AAU, herunder dekan **Lone Dirckinck-Holmfeld** og institutleder **Christian Jantzen**. Mange af talerne findes i nedskrevet form i *Voices*. Herudover er der i bl.a. *Nordic Journal of Music Therapy*, *Approaches* og *Tidsskriftet Dansk Musikterapi* skrevet mindeord eller artikler om Tony Wigram.

(In Memory of Tony Wigram (1953-2011) *Voices. A World Forum for Music Therapy*, 11 (3), Special Section, www.voices.no; A Tribute to Tony Wigram : 13 August 1953-24 June 2011. *Approaches. Music therapy and special education*, 3(2), s. 62-64.; Tony Wigram. *Tidsskriftet Dansk Musikterapi*, 8 (2), s.3-11).

Anerkendelse og forskningsbevillinger til musikterapi

Det norske forskningsråd har i 2010 og 2011 lavet en grundig evaluering af norske forskningsmiljøer, der er relateret til sundhedsområdet, dvs forskning indenfor biologi, medicin og sundhed som gennemføres på universiteter, hospitaler, University Colleges, m.m. I deres vurdering af de enkelte forskningsmiljøer har forskningsrådet ikke kun kigget på kvaliteten af forskningen, men desuden på sammensætningen af forskningsgruppen i fht alder, køn, nationalitet, uddannelse, forskningspubliceringer (hvor mange og hvor de er publiceret) og hvilke øvrige aktiviteter der er i gruppen. Hver forskningsgruppe fik en karakter fra Weak, Fair, Good, Very good til Excellent. En af de forskningsgrupper, der blev evalueret var GAMUT. I 2006 flyttede den tidligere norske musikterapiuddannelse ved Sandane til Bergen og blev tilknyttet Bergen Universitet. Således blev *The Grieg Academy Music Therapy Research Centre* (GAMUT) oprettet hvor der pt arbejder 14 forskere: to professorer, fire lektorer, to post-docs, fire ph.d.-studerende og to forskningsassistenter. GAMUT står for udgivelsen af *Nordic Journal of Music Therapy* og *Voices: A World Forum for Music Therapy*. På trods af at GAMUT kun har eksisteret siden 2006 fik de den flotte vurdering *Very good*. Forskningsmiljøet blev vurderet til at være i den internationale frontlinje, og blev rådet til at fortsætte med at kombinere kvalitative og kvantitative metoder, og udføre formelle kliniske forskningsundersøgelser.

(Evaluation of biology, medicine and health research in Norway (2011) *The Research Council of Norway*. Kan downloades fra www.forskningsradet.no/publikasjoner).

Ikke nok med denne succes – eller måske netop pga succesen – har professor **Christian Gold** og GAMUT fået en bevilling på 15 million norske kroner til et projekt om musikterapi med børn med autismespektrumforstyrrelser, det såkaldte TIME-a projekt. Projektet samarbejder med forskere verden over, bl.a. med ph.d. og lektor **Ulla Holck** fra Aalborg Universitet samt med **Monika Geretsegger**, der som ph.d.-studerende ved AAU er i færd med at indsamle data til den første pilot-undersøgelse. Den protokol, hun anvender i sin forskning, skal danne model for den kommende TIME-a-forskning.

(Geretsegger, Holck & Gold (2012) Randomised controlled Trial of Improvisational Music therapy's Effectiveness for children with Autism spectrum disorders (TIME-A): Study protocol. *BMC Pediatrics* 2012, 12:2, doi:10.1186/1471-2431-12-2).

Flere succeser: I Danmark er der bevilget sammenlagt 1 million kroner fra Kræftens Bekæmpelse og Børne-Cancerfonden til et projekt med

musikfortællinger til kræftramte børn. Ph.d.-studerende **Ilan Sanfi** står for forskningen som hovedsageligt skal foregå på Skejby Sygehus. Ph.d.-studerende **Margareta Wärja** har modtaget en forskningsbevilling på 400.000 svenske kroner fra den svenske fond Ekhaga-Stiftelsen til en randomiseret, kontrolleret undersøgelse af musiklytningsbaseret terapi til kvinder med gynækologisk cancer.

Effekt-undersøgelser

Det blev nævnt i det foregående afsnit at Geretsegger, Holck & Gold (2012) havde fået deres forskningsprotokol publiceret i et internationalt anerkendt tidsskrift. En lignende ambitiøs protokol er publiceret i *Journal of Advanced Nursing*. Protokollen er en randomiseret kontrolleret undersøgelse af 200 unge mellem 8-16 år som er diagnosticeret med adfærds- og følelsesmæssige problemer og er tilknyttet seks forskellige irske behandlingscentre. Halvdelen af de unge vil efter lodtrækningsprincipper få tilbudt 12 individuelle musikterapisessioner som udføres af en musikterapeut fra den irske musikterapiorganisation. Forskningen gennemføres med en bevilling fra *The Big Lottery Fund*.

(Porter, S., Holmes, V., McLaughlin, K., Lynn, F., Cardwell, C., Braiden, H.J., Doran, J. & Rogan, S. (2012) Music in mind, a randomized controlled trial of music therapy for young people with behavioural and emotional problems: study protocol. *Journal of Advanced Nursing*, doi: 10.1111/ j.1365-2648.2011.05936.x)

En hollandsk meta-analyse af forskningslitteraturen bekræfter at musikbaseret bevægelsesterapi har en effekt i forhold til at genoptræning af gangfunktion hos mennesker med Parkinsons sygdom. Forklaringen er at musikken på en naturlig måde kombinerer kognitive strategier for bevægelse, cueing-teknikker, balanceøvelser og fysisk aktivitet, samtidig med at der fokuseres på glæden ved at bevæge sig til musik fremfor at have fokus på patientens bevægelseshandicap.

(Dreu, M.J., van der Wilk, A.S.D., Poppe, E., Kwakkel, G. & van Wegen, E.E.H. (2012) Rehabilitation, exercise therapy and music in patients with Parkinson's disease: a meta-analysis of the effects of music-based movement therapy on walking ability, balance and quality of life. *Parkinsonism and Related Disorders*, 18 (S1), 114-119.)

Andet

Som optakt til den 4. europæiske konference om 'Public Health' i København, arrangeret af European Public Health Association (EUPHA), blev der 9. November afholdt en pre-konference om musik og 'Public Health'. Denne dagskonference blev arrangeret af **Lars Ole Bonde** fra AAU og med en række internationale foredragsholdere. **Susanne Hanser** fra Boston fortalte om forskning i musik, musikterapi og sundhed. **Raymond MacDonald** fra Glasgow Universitet gav eksempler og baggrundsmateriale om improvisation, identitet og sundhed, og endelig fortalte **Stephen Clift** fra UK om sang som en helseressource. Herudover var der foredrag fra forskningsmiljøerne i Finland, Sverige, Norge og Danmark. En kort rapport vil blive publiceret i næste udgave af Danish Yearbook of Musicology.

Cand.mag. i musikterapi, **Lise Høy Laursen**, og konservatorieuddannet sanger og musikpædagog, **Maria Blum Bertelsen**, har udgivet en bog hvor de beskriver hvordan musik kan indgå i aktiviteter og pleje med demensramte. Med bogen følger en DVD der viser eksempler på 'gang til sang', hvordan musik animerer til bevægelse, fællessang, dans og spil på instrumenter.

(Laursen, L.H., Bertelsen, M.B. (2011) *Musik i øjeblikket – en håndbog om musik i ældreplejen*. Frederiksberg: Unitas Forlag. Se link til omtale og interview på <http://www.musikterapiuddannelse.aau.dk/Nyheder/>. Se også Åse Hyldgaards boganmeldelse i dette tidsskrift).

Herudover er der i Fysioterapeuten en artikel om erfaringer med musikterapi og en særlig form for neurofysiologisk behandling der integrerer kropsarbejde og kommunikation.

(Holm, T.R. & Halskov, H. (2011) Kombinationen af musikterapi og Castillo Morales-terapi havde god effekt til barn med udviklingsforstyrrelse. Fysioterapeuten, 93(13), s. 18).

Boganmeldelse – Musik i øjeblikket

En håndbog om musik i ældreplejen



Anmeldt af **Åse Hyldgård** sygeplejerske, diplomeksamen i ledelse og sundhedsøkonomi samt cand. mag. i musikterapi. Arbejder som ledende demenskoordinator i Frederikshavn Kommune. Kontakt: a.hyldgaard@email.dk

Lise Høy Laursen og Maria Blum Bertelsen. (2011). Musik i øjeblikket – en håndbog om musik i ældreplejen. Unitas Forlag, Frederiksberg. Sider: 95. Pris: 149 kr.

'Musik lyder som følelser føles'. Så præcist kan det siges. På plejehjem er musikken således et middel til at stimulere oplevelsen af at være i live som menneske.

Sådan lyder det i forordet til Lise Høy Laursen og Maria Blum Bertelsens nye bog 'Musik i øjeblikket – en håndbog om musik i ældreplejen'. Lad mig straks slå fast: det er en dejlig bog som jeg har nydt at læse! Små 100 sider med læsevenlig tekst, delt op i korte, overskuelige afsnit, masser af dejlige billeder og en DVD med små klip fra praksis. Samlet er det både en inspirerende og nyttig læseoplevelse. I fire små kapitler kommer bogen rundt om, hvordan musik indvirker på hjernen, hvordan musik kan bruges som struktureret aktivitet for ældre med demens, små klienthistorier der

illustrerer det, samt et afsnit med konkrete anvisninger på hvordan musikaktiviteter kan gribes an af plejepersonale og pårørende. Endda et lille afsnit med gennemgang af forskellige rytmeinstrumenter er der blevet plads til.

I kapitel 1 forklares, hvorfor musik er velegnet som supplement i plejen til demensramte. Kompliceret teori om musik og hjernens fysiologi er via en planche gjort overskuelig og let forståelig. Det følges op af et afsnit, der giver en indføring i, hvordan musik kan bruges i demensplejen, og hvorfor musik er velegnet i dagligdagen med demensramte. Kapitlet slutter med to små afsnit om musikkens betydning for identitet og for bevidsthed. De sætter fint det foregående afsnit i et eksistentielt perspektiv.

Kapitel 2 fokuserer på musik som kommunikation i forskellige former, som ramme for fællesskab, reminiscensarbejde og leg, samt musik som udtryksform. Samlet giver kapitel 1 og 2 læseren en rigtig god baggrund for at forstå emnet både teoretisk og konkret, da teorien igen og igen relateres til forfatterens egne praktiske erfaringer.

Kapitel 3: 'De ældres oplevelser' består af små vignetter og cases fra et års projekt om musik og reminiscens, som forfatterne har stået for på plejehjemmet Salem i Gentofte. Der skildres både fællesaktiviteter og individuelle aktiviteter. Som inspirationskilde er dette kapitel nærmest genialt, synes jeg. Der er et væld af gode eksempler og refleksioner, der taler både til hovedet og til hjertet uden at miste sagligheden. De fine billeder i bogen og de små klip på den medfølgende dvd, gør det hele meget konkret, og tilsammen udgør det super god formidling af musik i dagligdagen med demensramte.

Bogen slutter med forslag til musikaktiviteter, som plejepersonale og pårørende selv kan stå for: fællessang, musiklytning, musikquiz, musikaktivitet ved besøg af pårørende, brug af musik i plejesituationer og brug af rytmeinstrumenter, fulgt op af et lille afsnit om forskellige instrumenter, forsynet med gode billeder. De forskellige aktiviteter er beskrevet i afsnit, der er ensartet bygget op som en håndbog, og jeg synes, de er godt og praksisnært beskrevet og velegnede som inspiration for dem, der har mod på selv at gå i gang.

Bogens enkelhed er dens store styrke, men i håndbogsdelen bliver det også til en svaghed. Jeg kunne godt have brugt, at nogle af anvisningerne var lidt mere nuancerede. Flere gange står der 'sørg for at have gode og dækkende sangbøger til rådighed' uden at forfatterne kommer ind på det faktum, at mange demensramte ikke

er i stand til at benytte en sangbog, og hvad man så kan gøre i disse situationer. Forfatterne kommer heller ikke ind på, at demensramte med afasi kan have svært ved at forholde sig til tekst og blive overstimulerede, og hvordan man kan forholde sig her.

I afsnittet: 'Musikredskaber i plejen' behandles situationer med personlig hygiejne og gang fra et sted til et andet under et. Målgruppen er beboere, der er udad reagerende, utrygge og urolige. Det bliver forkert for mig, når der længere nede i afsnittet anbefales 'vælg gerne sange, der kan stimulere'. Dette kan meget vel være godt ved gang og i andre situationer, hvor man ønsker at stimulere til aktivitet, men fx i plejesituationer med udad reagerende beboere, vil der være risiko for overstimulering. Her er der måske mere brug for stille nynnen eller musik, der beroliger.

Ideen bag bogen er, at være en inspirationsbog og et stykke konkret værktøj for pårørende og plejepersonale. Jeg synes bestemt, bogen lever op til sin ide: den er et kildevæld af inspiration, og på trods af små mangler i håndbogsdelen, er den et godt og brugbart værktøj. Den er gennemsyret af ægte engagement både for musik, demensramte, og for tværfaglighed. Sammen med godt 'boghåndværk' – et enkelt sprog, gode illustrationer og en stram disposition – er det en bog, der får sit budskab klart frem.

Alle musikterapeuter med interesse for demensområdet kan have glæde af den og kan roligt anbefale bogen til det tværfaglige omsorgs- og plejepersonale, pårørende og musikere med interesse for området. Beslutningstagere indenfor demensområdet kan bestemt også have glæde af at læse bogen. De burde nærmest få den forærende! God læse-fornøjelse.

OTTO

Anders Brønserud

