

Indholdsfortegnelse

Forord <i>Redaktionen</i>	2
Behandling af kronisk stress med modificeret Guided Imagery and Music (GIM) <i>Bolette D. Beck</i>	3
Musikterapi med svært psykotiske og udadreagerende patienter – 2.del <i>Tina Grøn Mejsner</i>	15
OTTO <i>Anders Brønserud</i>	21
Rundt om komplekse traumer <i>Dorte Salling-Poulsen</i>	22
Gruppemusikterapi i et dagafsnit for patienter med ikke-psykotiske lidelser <i>Susanne Brødsgaard Hansen</i>	29
Min arbejdsdag <i>Annette Møller Larsen</i>	35
Ny musik: Du blomstrende sommer <i>Helle Nystrup Lund</i>	38
Forskningsnyt <i>Hanne Mette Ridder</i>	40
Boganmeldelse – Musik og menneske. Introduktion til musikpsykologi <i>Kirsten Fink-Jensen</i>	44
Boganmeldelse – The Theory and Practice of Vocal Psychotherapy. Songs of the Self. <i>Sanne Storm</i>	46
MTL-klummen: Farvel til – og hurra for – Hanne Mette <i>Julie Ørnholt Bøtke</i>	48

Forord

Kære læser!

“Jeg ved at du kommer, du blomstrende sommer med glæde”. Sådan lyder første linie i en sang af Helle Nystrup Lund, som vi i denne udgave af Tidsskriftet Dansk Musikterapi har fået lov til at bringe til jer læsere. Og ja, når du, kære læser, modtager tidsskriftet er foråret sikkert i fuldt firspring på vej mod sommer. Det er dejligt at tidsskriftet også kan bruges til formidling af sange, tekster, ideer etc., så lad dette være en opfordring til at dele nogle af de kompositioner som måtte ligge i skufferne hos jer.

Som vanligt bringer vi i dette blad Otto, Forskningsnyt, boganmeldelser og MTL klummen. Som skribent af sidstnævnte kan vi byde velkommen til MTL formand Julie Bødker. Af velkendte overskrifter har vi også Min arbejdsdag, som denne gang er skrevet af Anette Møller Larsen. Anette arbejder indenfor neurorehabilitering.

Som noget nyt kan vi præsentere den første artikel, der er blevet peer-reviewed. Artiklen er skrevet af Bolette D. Beck, som i øjeblikket skriver ph.d. ved Aalborg Universitet.

Fremover er det altså muligt at få artikler, bragt i Tidsskriftet Dansk Musikterapi, peer-reviewed (se retningslinier på MTL's hjemmeside). Forfattere som måtte have ønske herom, opfordres til at kontakte redaktionen i god tid.

I denne udgave af tidsskriftet bringer vi desuden en artikel af Dorthe Salling Poulsen om musikterapi på kvindecentret i Randers samt en artikel af Susanne Brødsgaard om gruppemusikterapi i et psykiatrisk dagsafsnit. Tina Grøn Mejsner har skrevet om arbejdet med en patient på retspsykiatrisk afdeling. Denne artikel er en spændende opfølgning på en artikel om samme forløb bragt i Tidsskriftet Dansk Musikterapi 2009, 6(1).

Redaktionen skal beklage at vores mailadresse ikke har fungeret i et stykke tid. Derfor kan redaktionen nu kontaktes på følgende adresse: *dmr.redaktion@gmail.com*. Ideer og artikler kan sendes hertil, ligesom ris og ros også kan formidles til redaktionen ad denne vej.

God læselyst!

Behandling af kronisk stress med modificeret Guided Imagery and Music (GIM)

Bolette D. Beck er ph.d. studerende på musikterapiforskerskolen på Aalborg Universitet og har i forbindelse med forskningen været tilknyttet arbejdsmedicinsk afdeling på Køge Sygehus. Kontakt: bdb@lydcirklen.dk

Ph.d. projektet "MUSTRESS – musikterapi ved stress" startede i 2007 i samarbejde med arbejdsmedicinsk afdeling på Køge Sygehus og Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. Projektet drejer sig om at undersøge, om 6 modificerede GIM-sessioner kan hjælpe mennesker, der er sygemeldt med arbejdsrelateret stress. GIM står for Guided Imagery and Music og er en receptiv musikterapeutisk behandling

(se faktaboks 1). I projektet har jeg arbejdet med i alt 20 klienter i individuel GIM-terapi. I denne artikel vil jeg kort gøre rede for kronisk stress, forskning i musikterapeutisk behandling i forhold til stressreduktion, samt reflektere over temaer i behandlingen af stresspatienter i form af 8 tværgående temaer i stressbehandlingen. Den kvantitative og kvalitative databearbejdning pågår og er derfor ikke tilgængelig endnu.

Faktaboks 1. Guided Imagery and Music (GIM)

- GIM eller BMGIM (Bonny Method of Guided Imagery and Music) er oprindelig en metode til udforskning og transformation af bevidstheden, som blev udformet af den amerikanske musikterapeut Helen Bonny i 1970'erne.
- GIM er videreudviklet og modificeret til brug for støttende og indsigtsgivende psykoterapi med en lang række kliniske grupper, bl.a. i psykiatrien, palliativ care, misbrugsbehandling m.m.
- GIM-terapietoden indeholder flere elementer: samtale, guidet afspænding efterfulgt af musiklytning med indre billeddannelse, tegning af cirkelformet tegning (mandala). Under musiklytningen opretholdes en verbal dialog med terapeuten om de indre oplevelser.
- Musiklytningen er 30-45 minutter lang og der anvendes tematiske musikprogrammer, der er sammensat af udvalgte satser fra overvejende klassisk symfonisk musik.
- En modifikation af GIM: Music and Imagery (MI), benyttes til gruppebehandling, med kortere musiklytning (3-15 min.) og uden verbal dialog. Den kan også benyttes til individuel behandling med eller uden verbalisering.

Se evt. www.gimterapi.dk og Bruscia & Grocke (2002) *Guided Imagery and Music: The Bonny Method and Beyond*, Gilsum: Barcelona Publishers.

Akut stress og kronisk stress

Stress er blevet et begreb, som vi i daglig tale anvender om både det at være nervøs eller at have for travlt, men også om det, der stresser os. Stress som lidelse optræder diagnostisk i den sociale dimension af WHO's diagnosesystem ICD-10 (WHO 2007) i form af arbejdsrelateret og uspecifik stressbelastning (Z56.3 og Z73.3). I forskningen taler man om stress som et biopsykosocialt syndrom, der har med selvregulering og indre ligevægt at gøre (Zachariae, 1997). Akut stress optræder, når kroppens "fight or flight" mekanisme aktiveres for at mobilisere energi til at håndtere akutte problemer, trusler eller store livsbegivenheder. Kronisk stress optræder, når de daglige belastninger, krav og negative påvirkninger i både arbejdsliv og privatliv akkumuleres over tid uden mulighed for hvile og genopladning, hvorved der ses en forlænget aktivering af stressberedskabet ("sustained arousal"):

"Kronisk stress kan defineres som en proces, hvor vi udsættes for ændringer, trusler og krav fra omgivelserne, som overstiger vores evne til tilpasning, og hvor vi ikke har været i stand til at fjerne os eller bekæmpe den pågældende trussel" (Bobby Zachariae, 2003, s.15).

To faktorer har vist sig at være særlig determinerende for en persons reaktion på potentielt stressende situationer: den måde en person opfatter situationen, og den generelle fysiske helbredstilstand, med mere vægt på livsstil end på genetiske aspekter (McEwen, 2002). Både akut stress og kronisk stress kan have langtidsvirkninger for helbredet. Især kronisk stress har vist sig at udgøre en mulig risiko for at udløse depression, udbrændthed, hjertesygdomme, can-

cer og i sjældne tilfælde pludselige dødsfald (Perski, 2002). Ifølge stressforskeren Selye's adaptationsteori (1976), kan man klare at tilpasse sig til kronisk stressende vilkår et stykke tid, men når ressourcerne er opbrugt, indtræder der en udmattelse, som ofte medfører opblussen af stresssymptomerne. Stresssymptomer er varierende i udtryk og sværhedsgrad, jf. faktaboks 2 som er taget fra Stressforeningens hjemmeside (www.stressforeningen.dk) med enkelte markerede tilføjelser af forfatteren.

Der er forskellige syn på, hvad der skal til for at komme sig efter en periode med kronisk stress. En del mennesker må sygemelde sig helt eller delvist fra arbejde i en lang periode. Der findes desværre ingen nationale tal på omfanget af stress-sygemeldinger. Stressklinikken i Hillerød har påvist, at man kan forkorte sygemeldingsperioden indenfor de første 1-2 år gennem en flerstrengt indsats bestående af fire måneders program med stresshåndteringssamtaler, instruktion i afslapningsøvelser og motion og evt. arbejdspladskontakt eller henvisning til psykiatrisk behandling (Netterstrøm, 2007). Kognitiv baseret gruppeterapi har hjulpet stressramte, som stadig var i arbejde, med hensyn til coping og positiv reframing (Willert og kolleger, 2009). I visse kommunale jobcentre (personlig kommunikation) findes den holdning, at det er bedst for den sygemeldte kronisk stressede at komme ud og i gang hurtigt, f.eks. på stresshåndteringskurser og i arbejdspraktik, for at forebygge at den sygemeldte går i stå eller isolerer sig, mens mange indenfor behandlingsverdenen, f.eks. psykologen Prætorius, mener at det er vigtigere at få ro og hvile, skemalægge og begrænse daglige aktiviteter, samt få terapeutisk hjælp til at overkomme og ændre på den situation, der udløste stressreaktionen (Prætorius, 2007).

Faktaboks 2. Stresssymptomer

(www.stressforeningen.dk).

Fysiske stress-symptomer	Psykiske stress-symptomer	Adfærdsmæssige stress-symptomer
Hjertebanken, forhøjet puls, forhøjet blodtryk *	Ulyst	Mangel på engagement
Brystsmerter	Hele dage med kraftsløshed og træthed*	Irritabilitet
Hovedpine/migræne	Udmattelse	Ubeslutsomhed
Mavesmerter Halsbrand/sure opstød	Hukommelsesbesvær	Meget følsom overfor forstyrrelser*
Appetitløshed eller forhøjet appetit*	Koncentrationsbesvær	Reagerer stærkt på pludselige lyde*
Diarre eller forstoppelse*	Forvirring og mangel på overblik*	Øget brug af stimulanser som f. eks. kaffe, cigaretter og alkohol
Hyppige infektioner	Rastløshed	Øget brug af smertestillende medicin*
Åndedrætsbesvær	Nedsat humoristisk sans*	Øget sygefravær
Muskelsmerter/spændinger især i nakke og ryg	Søvnløshed	Undgår andre mennesker*
Svimmelhed	Anspændthed*	Utålmodighed, svært ved at vente
Flimmer for øjnene*	Uforklarlig angst	At man foretager sig flere ting på en gang og har svært ved at sætte sig ned og nyde resultatet
Tics	Nervøsitet	En konstant følelse af mangel på tid, at man skynder sig, selv om man har tid nok
Sover hele tiden, eller alt for lidt søvn*	Aggressivitet	At man taler hurtigt, afbryder andre og har svært ved at lytte til, hvad andre fortæller
Forværring af kronisk sygdom som fx psoriasis og sukkersyge	Manglende sexlyst	
	Følelse af isolation og ensomhed*	
	Lavt selvværd – følelse af utilstrækkelighed	
	Tendens til at give op	
	Manglende håb for fremtiden*	
	Depression	

* Artikelforfatterens tilføjelser fra Løkken Stress Centers spørgeskemaer om fysisk og psykiske stresssymptomer (ikke publiceret).

Musikterapi og stressbehandling

Kan musikterapi siges at have indflydelse på den forstyrrede selvregulering hos stressramte? To meta-analyser (undersøgelser af en større mængde af forskningsrapporter) viser effekten af receptiv musikterapi på stress-tilstande. Hanser (1985) undersøgte forskningsstudier med fysiologiske målinger af stress i forbindelse med musikterapi,

og fandt at musiklytning (i nærvær af en musikterapeut) i alle forskningsundersøgelserne havde en stressreducerende effekt. I en anden meta-analyse af effekten af receptiv musikterapi på stressudløst arousal viste samtlige 22 forskningsstudier en beroligende effekt, 13 af studierne omhandlede stressreduktion under medicinske procedurer. Musiklytning ledsaget af verbale instruktioner, guidet afspænding eller

vibrotaktil stimulation viste sig at være mere effektiv end passiv musiklytning, og musikterapiens effekt var større blandt yngre end ældre klienter, i individuel terapi frem for gruppeterapi, og med flere sessioner frem for færre (Pelletier, 2004). Dileo og Bradt (2007) opdelte anvendelsen af musik i forbindelse med stress-management i henholdsvis musikterapi, musikmedicin og musik som selvhjælpsmetode. I en meta-analyse der involverede 183 studier, fandt de en større behandlingseffekt af musiklytning, når musikken var valgt af patienten selv, og der var en generelt større effekt af musikterapi (musiklytning m.m. varetaget af en musikterapeut) end af musikmedicin (musiklytning igangsat af andet personale). Den danske musikterapeut Karin Schou (2008) har påvist en effekt af guidet afspænding og musik på stress i forbindelse med hjerteoperationer, hvor hun lod patienterne selv vælge musikgenre.

GIM har i flere undersøgelser haft stressreducerende effekt. Blake & Bishop (1994) refererede til brugen af GIM med PTSD patienter på en psykiatrisk afdeling. McDonald (1990) påviste en reduktion af hypertension (for højt blodtryk) efter 10 GIM-sessioner. McKinney (1997) undersøgte virkningen af 6 GIM-sessioner på en ikke-klinisk population og fandt, at der var en signifikant ændring i stemningsleje og stresshormonet kortisol hos den gruppe, der fik behandling sammenlignet med en kontrolgruppe. McKinneys undersøgelse er den første, der viser en effekt på den subjektive oplevelse af daglige stressorer: *"It may be that GIM is able to reduce the 'psychological load' so that daily stressors are perceived as less intense"* (McKinney, 1997, s. 7).

Der findes enkelte kontrollerede undersøgelser af aktiv musikterapi til behandling af arbejdsrelateret stress på arbejdspladser: grupper i "Recreational Music Making"

(henholdsvis trommesammenspil og keyboardassisteret sammenspil) udvirkede en effekt på stemningsleje, immunforsvar og sygefravær (Bittmann et al, 2003; Wachuli, 2007). I en tredje undersøgelse sammenlignedes grupper af folkeskolelærere, som modtog enten kognitiv stresshåndtering eller musiklytning med diskussion af deltagerne medbragte musiknumre. Lærerne i musiklyttegrupperne havde en signifikant lavere grad af udbrændthed efter 6 uger sammenlignet med samtalegrupperne (Cheek et al., 2003).

Ingen af de nævnte musikterapistudier involverer undersøgelsen af mennesker med langtidssygemelding forårsaget af kronisk stress. Denne klientgruppe adskiller sig fra undersøgelser med mennesker, der stadig er i arbejde, ved at isolationen er større og ved at stressbelastningen formentlig også er mere massiv.

Design for min undersøgelse

Min undersøgelse foregår i et miljø hvor forskning i psykisk arbejdsmiljø og arbejdsmedicin fortrinsvis er præget af epidemiologiske studier af helbredsrisici i større befolkningsgrupper, hvorimod mit studie er klinisk og rettet mod en lille gruppe. I tråd med anden forskning i GIM, rummer min forskning både kvalitative og kvantitative elementer, og er således et "mixed methods" studie. For at undersøge om musikterapi kan siges at have en effekt sammenligner jeg deltagere, der får behandling med deltagere, der ikke får behandling. Designet jeg bruger kaldes et "randomiseret AB/BA cross-over studie", hvilket betyder, at deltagerne anbringes på venteliste eller får musikterapi med det samme efter tilfældighedsprincippet, og at de efter en periode på 9 uger bytter. Da stress er en multifaktoriel lidelse, og der ikke findes nogen enkelte spørgeskemaer eller målinger, der opfanger alle as-

pekter, har jeg valgt at kombinere standardiserede spørgeskemaer vedrørende trivsel, søvnkvalitet, stemningsleje, coping og fysiske symptomer med måling af stressindikerende hormoner i spyt (kortisol og testosteron). Undersøgelsen af stresshormoner foretager jeg i samarbejde med Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.

De kvalitative aspekter af undersøgelsen består i en hermeneutisk analyse af udvalgte cases. Jeg vil undersøge de kinæstetiske/kropslige aspekter af musikytning og billeddannelse for at finde ud af, hvordan ændringer i forhold til stresssymptomer finder sted.

Rekruttering af deltagere er foregået via kontakt med sagsbehandlere på jobcentre, foldere udlagt på lokale lægeklinikker og fagforeninger samt ved henvisning fra den arbejdsmedicinske klinik, jeg er tilknyttet. Deltagerne meldte sig selv. Jeg har modtaget henvendelse fra ca. 35 personer, der ønskede behandling. Ved optag skulle de være helt eller delvis sygemeldte i max. 9 måneder og ikke lide af andre psykiske eller fysiske lidelser, med undtagelse af moderat depression og angst, som kan betragtes som en følgevirkning af kronisk stress. 20 personer passede med inklusionskriterierne, heraf 4 mænd og 16 kvinder i alderen 33-57 år fra en række forskellige professioner. En af deltagerne meldte sig ud af undersøgelsen efter første session, de øvrige 19 gennemførte hele forløbet. Ingen af klienterne var musikalsk udøvende, men en mindre del af dem brugte musik med eller uden guidet afspænding som stresshåndteringsredskab.

Årsagerne til deltagernes sygemelding fra arbejdet som følge af stress var meget forskellige, og blev rapporteret ved visitationen som: manglende opbakning og støtte fra ledelsen i kritiske situationer, mobning og udhængning, overvældelse med arbejdsopgaver (f.eks. i forbindelse med kommune-

sammenlægningen i 2008), problemer med at sige fra og prioritere, konflikter med kolleger, påvirkning fra farlige stoffer og støj, begivenheder i privatlivet som var vokset til at influere på arbejdslivet, eller en kombination af disse.

Modificeret GIM til stressbehandling

For at imødekomme mange af de kronisk stressede klienters umiddelbare behov for at opleve afslapning og ro, fandt jeg det gavnligt at anvende modificeret GIM i hvert fald i begyndelsen af terapiforløbene (jf. faktaboks 1). I den forbindelse har jeg lagt stor vægt på musikvalget, og har samlet ca. 30 musikstykker fra det klassiske GIM-repertoire, new age og filmmusikgenrerne. Disse stykker er karakteriseret af et roligt, ensartet tempo, forholdsvis lav grad af dynamik og variation, enkel men tydelig struktur og melodiføring, og en stemning der kan beskrives som varm, positiv eller rolig (som f.eks. *Concerto for cello, romance* af Stamitz). På den måde kunne musikken opleves som et "sikkert sted" både på det fysiologiske og det psykologiske niveau, så klienterne kunne få mulighed for at skifte til parasympatisk aktivitet og give slip på deres alarmberedskab. Musik med en tydelig solo eller melodi kunne fungere som en "ledsager" på rejsen, som klienten kunne relatere til. Nogle klienter har rejst siddende for at støtte deres oplevelse af kontrol og håndtering af stærke følelser. I guidningen af klienterne har jeg lagt vægt på at være spejlende og støttende, samt anvendt mange musikcentrerede guidninger (f.eks. "lad musikken hjælpe dig med at gå dybere ind i den fredfyldte følelse", "er der noget i musikken, der kan hjælpe dig?"). Når en grundlæggende tillid til musikken og en fortrolighed med afspændingen var opnået, brugte jeg musikstykker eller programmer med en lidt bredere dynamisk

profil (rolig-aktiv-rolig) med henblik på at træne nervesystemet hen imod større fleksibilitet mellem parasympatisk og sympatisk aktivitet. Dette gav samtidig mulighed for at få kontakt med flere indre ressourcer og for at bearbejde stressfyldte situationer med musikkens hjælp. Det viste sig at halvdelen af klienterne i projektet efter 1-2 indledende GIM-rejser kunne arbejde med GIM-musik og procedure på almindelig vis, mens halvdelen af klienterne overvejende havde behov for modificeret GIM.

Den fortløbende proces under musiklytningen i GIM kan beskrives som en aktivering af et indre oplevelsesfelt, hvor musikken stimulerer kontakt med indre bevidste og ubevidste følelser, som igen stimulerer dannelsen af imagery – f.eks. i form af indre billeder eller scenerier, og vice versa. Ved kontakt med stressende eller truende følelser og indre billeder, kan musiklytningen støtte fremkomsten af “defensive manøvrer” som er måder at håndtere

og bearbejde disse følelser på (Goldberg, 2002). F.eks. kan fremkomsten af indre hjælpende figurer eller fuldførelsen af kamp- og flugthandlinger i den imaginative verden være sådanne manøvrer. Ved at overkomme følelsen af fare og opleve større grad af kontrol, aftager oplevelsen af overvældelse og hjælpeløshed (kronisk stress) og erstattes af en oplevelse af større indre ligevægt og styrke.

Temaer i GIM-forløbene

I det følgende vil jeg præsentere en kortlægning af tematiske tendenser i mit datamateriale. Efter fuldførelsen af de 19 terapiforløb har jeg nedskrevet fokus i samtlige GIM-rejser for alle deltagerne, har inddelt emnerne i kategorier og har på den baggrund identificeret 8 tværgående temaer (se fig. 1). Jeg har inddelt de 8 temaer i tre hovedkategorier: Stabilisering, Bearbejdning og Nyorientering. I det følgende vil jeg beskrive temaerne og komme med nogle eksempler.

FASE 1: STABILISERING

1. Afspænding

2. Smertelindring

FASE 2: BEARBEJDNING

3. Kontakt med indre ressourcer

4. Bearbejdning af sygemeldingsforløb og situation

5. Relationer til nærmeste familie

FASE 3: NYORIENTERING

6. Nye forholdemåder

7. Personlig musikguidet stresshåndtering

8. Fremtidsscenarier

Fig. 1. Otte temaer i stressbehandling med modificeret GIM

1. Afspænding

De kronisk stressramte startede i terapi efter i lang tid at have oplevet forhøjet alarmberedskab med dertilhørende anspændthed og vagtsomhed. Den guide- de afspænding i GIM fik hermed en ekstra vigtig betydning. I nogle sessioner blev musiklytningen erstattet af en meget lang afspænding med musik. Nogle klienter oplevede behagelig dyb afspænding, tyngde eller enorm træthed under og efter GIM-sessionen. Andre kom i kontakt med diffusitet, spændinger eller følelsesløshed i kroppen. En oplevelse af dyb afspænding fungerede for flere som en forfriskende søvn. Anspændthed og stresshormoner betyder for mange stressramte at de sover dårligt, har mange opvågninger og ikke kommer ned i den dybe søvn. Flere deltagere berettede, at de kunne guide sig selv gennem en afspænding efter at have prøvet det i musik- terapi, og at det hjalp dem i forhold til at falde i søvn.

2. Smertelindring

Spændte muskler giver ofte stressramte mange fysiske smerter, især nakke og skuldersmerter samt hovedpine. Musikken kunne i en del tilfælde katalysere en smertelindringsproces. I arbejdet med smerte lod jeg klienterne forsøge at møde symptomerne i stedet for at trække sig væk fra dem, ved at instruere dem til “at tage musikken ind til smerten” og beskrive symptomet i farve, billede, stemning, impuls m.m. Nogle gange blev oplevelsen af musikken lindrende f.eks. i form af indre billeder af bølger af hvidt lys der blev tilført smertestedet, andre gange bevirkede den øgede opmærksomhed at de kropslige symptomer begyndte at omdannes til indre symboler eller der opstod kontakt med bagvedliggende følelser og problemstillinger, hvorefter smerten ændrede sig eller forsvandt.

Smertelindring med musik

En 58-årig kvinde var sygemeldt fra arbejdet som leder af et fritidshjem pga. stressrelaterede hjertesymptomer. I anden session arbejdede hun med en smerte i skulderen under musikken. Hun oplevede smerten som lyseblå, hård og lukket, og havde svært ved at give sig selv lov til at lukke musikken ind. Da jeg spurgte efter en stemning omkring skulderen, sagde hun, at det var vrede. Ved dette ord lettede smerten kortvarigt. Hun fandt ud af, at hun var vred på “sygdommen” (stressen), og at hun gerne ville af med den.

Jeg bad hende bevæge armen langsomt ud fra de impulser hun havde, og efter nogle minutters langsomme roterende bevægelser forsvandt smerten helt. Arbejdet med smerten klargjorde for klienten, hvor svært hun havde det med at have mistet kontrollen i forbindelse med sygemeldingen. Smerten kom ikke senere igen.

3. Kontakt med indre ressourcer

Kronisk stressede oplever for en stor dels vedkommende stor træthed og udmattelse, efter i lang tid at have brugt alle kræfter på at klare en overvældende livssituation. Mange har mistet kontakten med deres indre ressourcer, ikke mindst det faglige og personlige selvværd. Musiklytningen kunne hjælpe klienterne med at få billeder, oplevelser og kropslig kontakt med deres ressourcer (kompetencer, glæde, tro, frihed) som i sig selv fungerede som en form for stresshåndtering. En mulig forklaring kunne være musikkens stimulation af højre hjernehalvdel, hvor der er adgang til helhedstænkning og kreativitet. Klienterne rejste i naturen, fløj gennem skove, vandrede langs kilder og op på bjerge, fik kontakt med vigtige afdøde familiemedlemmer der kunne give styrke og råd, søgte efter skabende impulser, mødte engle, dansede og oplevede kropslig integration m.m. Integrationen af ressourcer så ud til at være en forudsætning for at kunne bearbejde stressforløbet og reorientere sig.

4. Bearbejdning af sygemeldingsforløbet og situationen som sygemeldt

Klienternes livssituation betød meget for det arbejdsklima terapien udfoldede sig i. I nogle tilfælde øgedes stressniveauet betydeligt pga. bekymringer i forbindelse med ansættelsesforhold, fyringer, sagsbehandling og økonomi. Når klienten fortalte om perioden op til sygemeldingen, viste det sig ofte, at der var en eller flere uafsluttede dramatiske eller konfliktfyldte situationer, som var blevet til fastlåste følelser af afmagt, frygt og nederlag. I GIM arbejdede klienten med at gå ind i disse situationer og tage dialoger med f.eks. ledere eller kolleger, eller lade kroppen guide en ny gestaltning af en situation, der kunne bibringe en følelse af positiv kontrol, tilfredshed, afrunding og fred. Ofte kunne den sygemeldte også give slip på at have hele ansvaret for at være blevet overbelastet, og kunne identificere ledelsessvigt og ydre faktorer mere klart, samt også huske de tiltag klienterne rent faktisk *havde* taget for at klare situationerne.

At genvinde følelsen af sikkerhed

En 33-årig psykologstuderende havde følt sig dårligt behandlet af ledelse og kolleger på sit studiejob på en behandlingsinstitution. Hun havde ikke fået mulighed for at sige farvel til kolleger og leder, og hun oplevede stor træthed og nedtrykthed og at hun stadig "sad fast" i situationen. I anden session arbejdede hun med at tage afsked med dem. For at føle sig tryk red hun på en løve, som tog hende med ind i en anden dimension i en slags kæmpe boble, som kun hun kunne styre. Lederen og kollegerne kom flyvende dertil. Hun afprøvede med støtte fra musikken (Pachelbell's *Kanon i D*) forskellige måder at tage afsked på, men til sidst blev de bare suget ud i universet. Hun følte sig umådeligt lettet da hun kom tilbage fra rejsen, og gav senere udtryk for at hun ikke brugte energi på at tænke på dem mere.

5. Relationer til nærmeste familie

Flere klienter arbejdede med personlige relationer til deres nærmeste. De handlemønstre, der havde ført til stressbelastningen på arbejde, kunne de begynde at identificere i forhold til deres nærmeste familiemedlemmer. Nogle arbejdede med at få omgivelserne til at forstå de behov for ro og aflastning, de havde, og med at rumme skyldfølelse over ikke at kunne være så meget for deres børn som de plejede. Musikkens dynamiske relationer (f.eks. solist/orkester, korsang) kunne bringe bevægelse ind i stivnede mønstre – nye impulser, positive følelser og fornemmelser – og kunne støtte klienten i at udtrykke sig mere klart. I mange forløb opstod behovet for at bearbejde tidligere tab, f.eks. skilsmisser og dødsfald, hvor de ubearbejdede følelser fungerede som underliggende stressfaktorer i forhold til den aktuelle overbelastning.

6. Nye forholdemåder

Nogle klienter arbejdede med at ændre de holdninger, der var med til at skabe arbejds-

stressen. Det kunne indebære at spore holdningerne til barndommen (f.eks. “du er kun noget i kraft af din præstation”), og arbejde med at udskifte dem med mere konstruktive holdninger. For mange klienter blev det betydningsfuldt at begynde at værdsætte sig selv noget mere eller at skifte en gammel hjælperolle ud, og lade det udmønte sig i en forbedret evne til at sige nej og sige fra. I GIM-rejsen skabte musikken et rum og en struktur, hvor klienterne kunne komme i kontakt med sig selv og mærke og acceptere deres egne følelser, basale behov og grænser. Dette afstedkom ofte en proces hvor klienterne kunne komme ind i en mere autentisk væren i stedet for at forsøge at leve op til egne og andres (urimelige) krav og forventninger. Mange klienter måtte tilpasse deres forventninger til sig selv og deres ydeevne og lære at passe mere på sig selv. Det krævede en større egenomsorg og skift i selvopfattelse. Ofte oplevede klienterne musikken som omsorgsfuld og forstående på et dybere plan og kunne introducere dette fra musikken.

Integration af kropslig styrke

En 42-årig pædagog havde under sammenlægning af institutioner med mange socialt belastede børn taget for meget på sig. Hun forbandt årsagerne til sygdomsmeldingen med sine opvækstvilkår, hvor hun havde savnet følelsesmæssig støtte og ikke havde lært at kunne udtrykke sin vrede og markere sine grænser. I GIM-rejserne arbejdede hun med at give slip på kropslige spændinger, og musikken bragte hende i kontakt med vrede, frygt og sorg men også håb og næring. I den 3. GIM-rejse kom et billede af en harlekindanser, hvis hoved ikke passede til kroppen. Under indflydelse fra musikken blev hun selv til danseren, som efterhånden blev mere blød, og hun oplevede at kunne begynde at få kontakt med sin krop i stedet for kun med hovedet. Til sidst strømmede rød farve op omkring kroppen med et billede af en rød granitsten som gav hende en følelse af styrke.

7. Personlig musikguidet stresshåndtering

Klienterne fandt deres egne personlige stresshåndterings-redskaber og metoder i forhold til specifikke stresssituationer gennem at tænke på de stressende situationer og lade musikken komme med ideer til at tackle dem. De klienter, der stadig var delvist i arbejde kunne finde kriterier for hvordan de kunne prioritere, planlægge

pauser, håndtere pres m.m. ud fra billeder og fornemmelser af styrke og integritet, der kom under musikken. De klienter, der var fuldtidssygemeldte kunne finde nye copingstrategier i forhold til situationer, de tidligere ikke kunne håndtere. Ved at bede klienterne om at lytte til musikken og undersøge, om den kunne give dem en løsning eller idé i forhold til et problem, opstod der mange gange overraskende værktøjer.

Musikken gav overblik og lethed

En 53-årig kvinde var sygemeldt fra arbejdet som politiassistent med administrativt arbejde. Hun opdagede i de første sessioner hvordan hendes stærke engagement havde taget overhånd, således at hun udover mange måneders overarbejde kunne blive rasende i flere timer bare hun hørte noget i radioen, der vedrørte en detalje i hendes job. Hun opdagede også at hendes frustration og vrede over svigtende ledelse fyldte temmelig meget i hendes indre verden. I løbet af sit GIM-forløb integrerede hun til sin egen overraskelse helt nye sider af sig selv, som hun fandt i musikken: at kunne være blid, overbærende, og at lade sig bære oppe og svæve. Gennem identifikation med disse nye sider af sig selv fik hun etableret en sundere distance til sit arbejde. Mens hun oplevede, at hun svævede på musikken opstod konkrete stresshåndteringsværktøjer, f.eks. at kunne tænke: "åh Herregud da, de små pus" om sine overordnede og "det er da ligegyldigt, det er bare arbejde" om sine sager. Da hun umiddelbart efter sidste session begyndte på arbejde igen, oplevede hun dels at hendes nye forholdemåde fungerede og beskyttede hende mod at overidentificere sig med sit arbejde, dels at hun følte sig mere fri til at stille krav om ændrede arbejdsbetingelser.

8. Fremtidsscenarier

En del af klienterne arbejdede med at forestille sig deres fremtid, når de skulle vende tilbage til arbejdet. Klienten lod musikken inspirere til at se og opleve fremtidsscenarier af deres drømmearbejdsplads og arbejdsglæde, hvilket ofte førte til en tydeligere fornemmelse af hvad der var vigtigt at prioritere ved tilbagevenden til arbejdsmarkedet. For nogle betød det en kontakt med gamle drømme om andre kompetencer, uddannelser eller erhverv, som de så arbejdede på at integrere i deres nuværende job. For andre betød det en er-

kendelse af at de skulle søge ind i et nyt job eller erhverv. Med musikkens hjælp kunne klienterne afslutningsvis skabe et symbol for deres arbejdsglæde eller for deres personlige oplevelse af meningsfuldhed i forhold til at arbejde.

Diskussion

De 8 temaer beskriver tendenser i mit kliniske musikterapeutiske arbejde med kronisk stressramte. Kunne der være andre temaer? Et bagvedliggende tema som ikke er medtaget kunne være knyttet til

det eksistentielle. Som sygemeldt kommer mange mennesker ud i et tomrum, hvor de forudgående måneders forsøg på at overkomme umulige arbejdsopgaver bliver absurde og meningsløse, og måske bliver selve ideen om at arbejde meningsløs. I terapien kan der ske en omarbejdning af værdier, og i nogle tilfælde en konfrontation med døden i en eller anden form – gamle holdninger, vaner og værdier må dø, og nye komme til. Et andet bagvedliggende tema er klientens relation til musikken og til musikterapeuten. Ifølge mange af klienternes evaluerende udsagn, gav musiklytningen og dialogen med musikterapeuten dem et rum, hvor de kunne mærke sig selv. De fik støtte til at mærke følelser, de ikke havde turdet gå ind i alene. Man kan opfatte stress som et fænomen der opstår i, og skaber en ond cirkel af, brudte sammenhænge og relationer. I dette perspektiv er kontakten i triaden af musik, GIM-terapeut og klient en bestræbelse på en heling af relationsoplevelsen og -kompetencen, idet både musikken og terapeutens opmærksomhed og verbalt/musiske svar udgør et resonant og følsomt gensvar på klientens væren.

De 8 temaer kan mere eller mindre genfindes i andre former for behandling af kronisk stressramte. Personligt Musikguided Stresshåndtering er det eneste tema, der helt specifikt er musikterapeutisk, og som uddyber de ovenfor beskrevne defensive manøvrer (Goldberg, 2002). Hvori består det musikterapeutiske særpræg? Modsat stresshåndtering i en terapeutisk setting med en guidende terapeut, hvor klienten undervises ud fra generelle principper, arbejdes der i Personlig Musikguided Stresshåndtering ud fra en tillid at hvert enkelt menneske selv rummer en indre viden om hvordan deres personlige udfordringer kan tackles. Metoden til at få kontakt med denne viden kan være fordybet musiklyt-

ning, fordi man her i en afspændt og drømmende tilstand får adgang til sin ubevidste kreativitet. Det musikguidedede element består endvidere i, at klienterne oplever musikken som en form for samtalepartner, som kan give empati, rådgive og komme med nye ideer. Summer (2009) beskriver dette fænomen som en projektion af den GIM-rejsendes indre viden ud på musikken, hvorefter denne viden genintrojiceres fra musikken.

Beskrivelserne af de otte temaer rummer mange ideer og metoder til det multifacetterede arbejde med alvorlig kronisk stress. Det er mit håb at andre musikterapeuter og tværfaglige kolleger kan lade sig inspirere af temaerne, når de skal arbejde med stressramte.

Afslutningsvis kunne man ønske, at musikterapi kunne blive en del af stressbehandlingen i Danmark – både den forebyggende indsats på arbejdspladser og institutioner, og den behandlende indsats på arbejdsmedicinske klinikker, i liaisonpsykiatrien (krydsfelt mellem somatik og psykiatri), på medicinske afdelinger, på stressklinikker og centre, på daghøjskoler og andre kommunale tilbud til langtidssygemeldte samt i privat regi.

Litteraturliste

- Beck, Bolette (2007). Traume og mestring – receptiv musikterapi i ungdomspsykiatrisk ambulatorium. *Psyke og Logos*, nr. 1, s. 499-524.
- Bittman, B., Bruhn, K. T., Stevens, C., Westengard, J. & Umbach, P.O. (2003). Recreational music-making: a cost-effective group interdisciplinary strategy for reducing burnout and improving mood states in long-term care workers. *Adv Mind Body Med*, 19, s. 4-15.
- Blake, R. L., & Bishop, S. (1994). The Bonny method of GIM in the treatment of

- posttraumatic stress disorder (PTSD) with adults in a psychiatric setting. *Music Therapy Perspectives*, 12, s. 125-129.
- Cheek, J., Bradley, L., Parr, G. & Lan, W. (2003). Using music therapy techniques to Treat Teacher Burnout. *Journal of mental health counselling*, 25, 3, s. 204-217.
- Dileo, C. & Bradt, J. (2007). *Music Therapy – Applications to Stress Management*. I: Lehrer, Woolfolk, Sinne: Principles and Practices of Stress management. New York: Guilford Press, s. 519-544.
- Goldberg, Frances S. (2002). *A Holographic Field Theory of The Bonny Method of Guided Imagery and Music (BMGIM)*. I: Brucia & Grocke: Guided Imagery and Music: The Bonny Method and Beyond. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Hanser, S. B. (1985). Music therapy and stress reduction research. *Journal of Music Therapy*, 22(4), s. 193-206.
- Holland, Pixie (1995). *The Role of Music Therapy in the Effective Use of Stress*. I Wigram, Sapeston & West (Ed.s): The Art and Science of Music Therapy: A Handbook.. Chur: Harwood Academic Publishers, s. 406-432.
- McDonald, R. (1990). *The Efficacy of Guided Imagery and Music as a strategy of Self-concept and Blood Pressure Change Among Adults with essential Hypertension*. Upubliceret doctordisputats, Walden University, Minneapolis.
- McEwen, B. & Lasley, E. (2002). *The End of Stress as We Know It*. Washington D.C.: National Academies Press.
- McKinney, C.; Antoni, M. H.; Kumar, M.; Tims, F. C. et al (1997). Effects of guided imagery and music (GIM) therapy on mood and cortisol in healthy adults. *Health Psychology*. 1997, Juli, Vol 16(4), s. 390-400.
- Netterstrøm, B. (2007). Effekten af et multidisciplinært stressbehandlingsprogram – erfaringer fra en stressklinik. *Tidsskrift for arbejdsliv*, 9. årgang nr. 2, s. 28-37.
- Pelletier, C. L. (2004). The Effect of Music on Decreasing Arousal due to Stress: A Meta-Analys. *Journal of Music Therapy*, XI (3), 192-214.
- Perski, Aleksander (2002). *Ur balans. Om stress, utbränthet och vägar tillbaka til ett balanserat liv*. Stockholm: Bonnier Fakta.
- Prætorius, Nadja (2007). *Stress – det moderne traume*. Virum: Psykologisk forlag.
- Schou, Karin (2008). *Musikterapi med postoperative hjertepatienter – En randomiseret kontrolleret klinisk undersøgelse af effekten af Guidet MusikAfspænding og Musik-Lytning på angst, smerte og stemningsleje*. Ph.d. afhandling, Institut for Kommunikation, Aalborg Universitet.
- Selye, H. (1976). *The stress of Life*. New York: McGrawHill.
- Summer, L. (2009). *Client perspectives on the music experience in music-centered Guided Imagery and Music (GIM)*. Ph.d. afhandling, Institut for Kommunikation, Aalborg Universitet.
- WHO (2007). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision*.
- Willert, M. et al. (2009). Changes in stress and coping from a randomised controlled trial of a three-month stress management intervention. *Scand J Work Environ Health* 35(2), s 145-152.
- Zachariae, Bobby (1997). Evnen til selvregulering i Hansen H.P., og Ramhøj, P. (red.): *Tværvideenskabelige perspektiver på sundhed og sygdom*.. København: Akademisk Forlag.
- Zachariae, Bobby (2003). Stress i biopsykosocialt perspektiv. I Damsgaard-Sørensen, Katrine & Madsen, Birgit (red.): *Stress – Når kroppen siger fra*. København: Kroghs Forlag A/S, s. 11-21.

Musikterapi med svært psykotiske og udadreagerende patienter – 2.del

Tina Grøn Mejsner *cand. phil. i musikterapi. Ansat som musikterapeut ved retspsykiatrisk afdeling Nykøbing Sjælland. Kontakt: tgm@regionsjaelland.dk*

Indledning

I Dansk musikterapi 2009, årgang 6, nr. 1, beskrev jeg, i artiklen “Musikterapi med svært psykotiske og udadreagerende patienter”, opstartsfasen af et musikterapeutisk forløb med en ekstremt farlig behandlingsrefraktær patient. Denne artikel beskriver den videre udvikling i den musikterapeutiske behandling af denne patient.

Resume

For ca. 1 år siden blev en 30 årig mand med diagnosen kataton skizofreni henvist til musikterapi. Patienten er indlagt på Sikringen på et farligheds dekret og beskrives som svært sindssyg. Patienten er konstant psykotisk – ved kontakt er han desorienteret, usammenhængende og reagerer med anspændthed og udadreagerende adfærd. Patientens tilstand svinger uden ydre årsag fra venlig og samarbejdsvillig, til svært personfarlig i løbet af få sekunder.

Den medikamentelle og miljøterapeutiske behandling af patienten er tilrettelagt med henblik på at stabilisere patientens psykotiske tilstand samt behandle patientens farlighed, hvilket er vanskeligt da patienten viser begrænset eller ingen respons på den medikamentelle behandling.

Patienten tilbydes receptiv musikterapi, i første omgang 1 gang ugentligt, af 10 minutters varighed med henblik på at under-

støtte den igangværende behandling. Den receptive musikterapi tilrettelægges således ud fra skærmende og støttende principper – med det formål at stabilisere patientens psykotiske tilstand og mindske patientens arousal niveau.

Den første artikel (Dansk musikterapi 2009, årgang 6, nr.1) beskrev sammenhængen mellem musikalsk stimuli og arousal, en sammenhæng, som der i nyere tid er skrevet en del om i takt med at forskningen i musik og hjerne vinder frem.

I det følgende vil jeg (gennem case vignets) beskrive den videre udvikling i forløbet med ovennævnte patient, med fokus på patientens udvikling målt på arousal. Indtil nu tyder alt på at patientens arousal niveau er faldende under musikterapien, som indtil videre kan observeres ved at patienten opnår en afslappet tilstand, uden motorisk uro eller anspændthed, uden talestrøm og kontaktforsøg.

Musik og arousal

Som beskrevet i den første artikel, er arousal en generel fysiologisk og psykologisk aktivering af organismen der spænder fra dyb søvn til høj aktivitet. Et menneske som er aroused, er mentalt mere aktiv, har højere hjertefrekvens, vejtrækning og udskillelse af sved. Ved en produktiv psykotisk tilstand er patienten i en aroused tilstand som

både påvirker patienten fysisk, men som samtidig kan være medvirkende til kontaktforstyrrelser, øget angst, og øget aggression-niveau.

Nyere forskning i musik og hjerne (Vuust 2007, Ridder 2007, Theilgaard 2007) omtaler erfaringer med at mindske patienters arousal niveau gennem musikken – hvor specifikt de musikalske parametre gentagelse, forudsigelighed og en langsom og stabil puls har betydning for arousal niveau og affekt regulering.

Det musikalske program som anvendes i den receptive musikterapi med denne patient, er tilrettelagt ud fra denne viden, og er valgt ud fra følgende kriterier:

- gentagne musikalske strukturer
- gentagne musikalske mønstre
- gentagne melodi fraser
- en langsom og stabil puls
- enkel instrumentering
- ingen overraskende eller invaderende lyde
- ens musikalsk start og afslutning

Status og setting

Patienten har nu modtaget receptiv musikterapi i et halvt år. I første omgang 1 gang ugentligt – på nuværende tidspunkt 2 gange ugentligt af 10 minutters varighed.

Terapien foregår på patientens værelse, hvor han er fikseret til sengen. Jeg er placeret for enden af rummet, hvor jeg sidder på hug – med siden til patienten. Til stede i rummet er endvidere et personale som dækker sikkerhed.

Ved den receptive musikterapi lytter patienten til følgende musikalske program:

Chopin	præludie op. 28 nr.7 (0:50)
Grieg	vuggevise op. 69 nr.5 fra lyriske stykker (2:11)
Satie	gymnopedie nr.1 (2:58)
Chopin	præludie op.28 nr.7 (0:50)

Patienten har på nuværende tidspunkt vænnet sig til settingen, han ved hvilke dage jeg kommer, og kender mit navn.

Der ses ikke samme forvirring hos patienten som i starten. Der er gennem gentagelsen af det samme musikalske program over en længere periode skabt genkendelse, ro og forudsigelighed hos patienten, som mindsker arousal og angstniveau.

Et halvt år inde i det musikterapeutiske forløb er patientens spændingsfelt – dvs. perioden hvor patienten går fra anspændt, høj arousal til afslappet, lav arousal, til igen at være anspændt, høj arousal på 4.30 min. Det vil sige at patienten oplever 4.30 min hvor han er afslappet, uden motorisk uro eller anspændthed, uden talestrøm og kontaktforsøg. Efter denne tidsperiode oplever patienten igen øget uro, øget aktivitet altså øget arousal.

Udvikling i arousal – 6 mdr. inde i forløbet.

Patienten laver en del kontaktforsøg i starten af sessionen. Efter de to første stykker musik falder han til ro og ligger afslappet. Patienten slapper af og nynner ved de efterfølgende to numre, bliver dog atter kontaktsøgende mod afslutningen af musikken, dog på en mere afdæmpet måde end ved opstarten.

Sideløbende med at patienten har vænnet sig til den musikterapeutiske setting, og opnår et fald i arousal under musikterapien, virker det også til at han bliver mere opmærksom på sine omgivelser. Han er ofte mere aktiv ved terapiens start, hvor han laver en del kontaktforsøg, byder mig på kaffe og chokolade. Det terapeutiske rum er gået fra at være afventende til at være i bevægelse – fra en statisk tilstand uden kontakt, til en tilstand hvor patienten bevæger sig i retning af kontakt med undertegnede. I denne periode bliver jeg ofte fristet til at være i kontakt med patienten – forstået

på den måde at jeg flere gange forsøger at tage del i den verbale kommunikation – blot for hurtigt at konstatere, at selv få sætninger forværrer patientens psykotiske tilstand. Patienten bliver mere kaotisk. Hvor kontakt ofte ses som positivt, og selve formålet med terapien, er det vigtigt at påpege, at med netop denne patient forværrer den psykotiske tilstand, når patienten er i kontakt. Det er derfor en af de terapeutiske udfordringer at være til stede, møde patienten og signalere tilgængelighed, uden at være i direkte kontakt og dialog med patienten.

Opmærksomhed – 8 mdr. inde i forløbet.

Patienten sidder op da jeg kommer ind og virker meget opmærksom, er smilende og grinende.

Jeg har indtil nu siddet på hug op af væggen, men vælger i dag at sætte mig på en stol for at matche patientens aktivitetsniveau.

Jeg vælger i starten at gentage hans navn flere gange for at skabe fokus – og svarer patienten et par gange hvor han spørger relevant. Jeg vælger dog på et tidspunkt at trække mig ud af den verbale dialog, da patienten svinger mellem en tilstand hvor hans kommunikation er relevant til en tilstand hvor han er produktiv psykotisk.

Patienten er i starten meget kontaktsøgende på en smilende lidt fjollet facon – bliver indimellem produktiv psykotisk og mumler på et tidspunkt “dumme kælling”. Patienten giver i dag udtryk for store og pludselige skift i kontakten.

I denne fase af terapien overvejer jeg, hvordan jeg i højere grad kan møde patienten – etablere en spæd kontakt som jeg oplever at han kan have brug for. Jeg tænker, at han indimellem er så opmærksom og kontaktsøgende, så det er nødvendigt at tilkendegive dette. Jeg overvejer følgende justeringer:

- en let drejning af kroppen i retning af patienten, dog uden at sidde med front mod ham

- brugen af lyd og toner
- at kalde på ham.

Sideløbende med dette øger jeg det musikalske program med Robert Schumann, Traumerei from Kinderszenen. Stykket er bygget op omkring en langsom puls, langstrakte crescendo/diminuendo, efterfulgt af en kort pause, hvilket giver oplevelsen af at musikken hele tiden finder ro/hvile. Jeg vælger at anvende denne

musik for at trække noget af tempoet,
bevægelsen ud af rummet og i stedet styrke
fornemmelsen af grounding og holding.

Brug af Robert Schumann, Traumerei from Kinderszenen – 9 mdr. inde i forløbet

Patienten ligger stille og afslappet på sengen. Jeg sidder på en stol, placeret op ad væggen. Rummet er roligt. Patienten er smilende og afslappet gennem hele forløbet – kigger op og siger tak for nu, da jeg går ud af rummet.

Ved denne og de efterfølgende sessioner er oplevelsen, at ro, grounding og holding er etableret.

Personalet på afdelingen fortæller mig at patienten er begyndt at synge sange af

Lionel Richie, når de bader ham, og vi diskuterer muligheden af atter at udvide det musikalske program – således at jeg afslutningsvis spiller et nummer af Lionel Richie.

Brug af Lionel Richie, Hallo – 10 mdr. inde i forløbet.

Patienten ligger i sengen, hovedgærdet er hævet lidt. Patienten ser vågen og opmærksom ud. Jeg sidder på en stol op af væggen. Jeg registrerer, at jeg føler mig lys, let og er meget smilende – rummet er behageligt. Patienten er glad og smilende samtidig med at han er afslappet. Han vil gerne være i kontakt og jeg må indimellem rette hans opmærksomhed på musikken. Da patienten registrerer at jeg spiller Hallo med Lionel Richie bliver han meget smilende og virker som om han har en masse han gerne vil fortælle, dog uden at det virker til at øge arousal. Patienten siger direkte henvendt til mig efter musikken – “du blev så glad”.

Patienten har nu modtaget receptiv musikerapi i lidt over et år. Fra at have modtaget receptiv musiklytning en gang ugentlig á 10 minutters varighed, modtager han på nuværende tidspunkt receptiv musikerapi 2 gange ugentligt og varigheden er øget til 20 minutter. Det musikalske program er nu:

Chopin	præludie op.28 nr. 7 (0:50)
Grieg	vuggevise op 69 nr. 5 fra lyriske stykker (2:11)

Satie	gymnopedie nr.1 (2:58)
Schumann	Traumerei from kinderszenen (2:44)
Chopin	præludie op.28 nr. 7 (0:50)
Lionel Richie	Hallo (4:07)

Patientens spændingsfelt, tilstanden mellem høj arousal og lav arousal, perioden hvor patienten er afslappet, uden motorisk uro eller anspændthed, uden talestrøm og kontaktforsøg, er nu på cirka 15 minutter.

Udvikling af arousal – 12 mdr. inde i forløbet.

Patienten ligger stille på sengen – virker opmærksom. Jeg er placeret som jeg plejer, føler ro og glæde. Kalder en enkelt gang på patienten i starten, hvilket han kommenterer med nå, nå. Patienten nynner og synger præcise melodistrofer og er smilende gennem hele sessionen. På et tidspunkt snurrer det i min krop, hvor der er mange toner i rummet og hvor min og patientens melodi/toner mødes.

Til slut siger jeg blot hej og tak for i dag.

Afslutning

Gennem hele patientens musikterapeutiske forløb har jeg haft oplevelsen af to sideløbende processer: 1) regulering af arousal, og 2) opmærksomhed på betydningen af min tilstedeværelse i rummet. Afslutningsvis i artiklen “musikterapi med svært psykotiske og stærkt udadreagerende patienter” beskriver jeg affektiv afstemning som en vigtig komponent i terapien, citat Susan Hart (2008) – “affektiv afstemning er udførelsen af adfærd der udtrykker den følelsesmæssige kvalitet i en fælles tilstand, uden at den indre tilstands nøjagtige adfærdsmæssige udtryk efterlignes”.

Hos mange af patienterne på Sikringen er evnen til kontakt og kommunikation så læderet at blot nærheden fra et andet menneske medfører at patienten bliver fragmenteret.

På nuværende tidspunkt er det oplevelsen, at musikterapi med ovenstående patient er med til at gøre det muligt for patienten at udholde nærheden af et andet menneske uden at blive fragmenteret – på grund af musikkens evne til at mindske arousal, kombineret med måden jeg, som terapeut er til stede i rummet på – herved tænker jeg specifikt på evnen til at være neutral, at holde, containe og bære patientens strøm af følelser uden at lade sig over-

strømme. Undgå at handle aktivt på det man føler, men holde, samle, være med til at styre og udholde, give retning – dette uden kommunikation, uden direkte kontakt, men ved tilstedeværelse. Vigtigheden af at bære oplevelser og stemninger til patienten indeni og signalere dem non-verbalt gennem vitalitet (Stern 2006).

I kombinationen af musik og tilstedeværelse fungerer musikken som et fælles tredje – hvor den nonverbale kontakt med patienten er mulig – og samtidig styrker musikken min evne til at være til stede og patientens evne til at udholde min tilstedeværelse.

Valg af musik ud fra kriterierne; gentagne musikalske strukturer, gentagne musikalske mønstre, gentagne melodi fraser, en langsom og stabil puls, enkel instrumentering, ingen overraskende eller invaderende lyde samt ens musikalsk start og afslutning, er med til at give rummet og tilstedeværelsen struktur, ro og holding og kan således ses som operationelle analogier til de psykologiske parametre neutralitet, holding og containment. Musikvalget må i dette forløb anses for at være grundstenen i, at det har været muligt at mindske patientens arousal niveau og øge tidsintervallet i hvilket patienten er afslap-

pet, uden motorisk uro eller anspændthed, uden talestrøm og kontaktforsøg.

Perspektivering

Indtil nu er patientens udvikling i arousal udelukkende vurderet ud fra det, der umiddelbart kan observeres i terapien – at patienten bliver mere afslappet, uden motorisk uro eller anspændthed, uden talestrøm og kontaktforsøg.

For at afprøve den nuværende hypotese, at patientens arousal niveau mindskes under musikterapien vil der i løbet af foråret blive gennemført et pilotprojekt. Over en 2 måneders periode vil patientens arousal niveau observeres under musikterapien via måling af patientens puls.

Endvidere udfyldes et spørgeskema udarbejdet af musikterapeut Britta Frederiksen (2009), før og efter hver session for at kunne vurdere og se resultaterne af pulsmålingen i forhold til det kliniske billede af patienten.

Litteratur:

- Fonagy, Schore, Stern (2006). *Affektregulering i udvikling og psykoterapi*. København, Hans Reitzels Forlag.
- Frederiksen, Britta (2009). Spørgeskema (ikke offentliggjort).

Hart, S. (2003). Selvet – fra sjæl til hjerne. *Psykolog nyt nr. 4*, s.1-3.

Hart, S. (2008). Tilknytningens betydning – et indblik i neuroaffektiv udviklingspsykologi. *Psykologinformation nr. 2, årgang 36*, s. 23-40

Mejsner, T. G. (2008). Min arbejdsdag. *Tidsskriftet Dansk Musikterapi, 5(2)*. s. 32-34

Mejsner, T. G. (2009). Musikterapi med svært psykotiske og stærkt udadreagerende patienter. *Tidsskriftet Dansk Musikterapi, 6(1)*. s. 13-18

Ridder, HMO. (2007). En integrativ terapeutisk anvendelse af sang med udgangspunkt i neuropsykologiske, psykofysiologiske, og psykodynamiske teorier. *Psyke og Logos, nr. 1 årgang 28*. København, Dansk Psykologisk Forlag

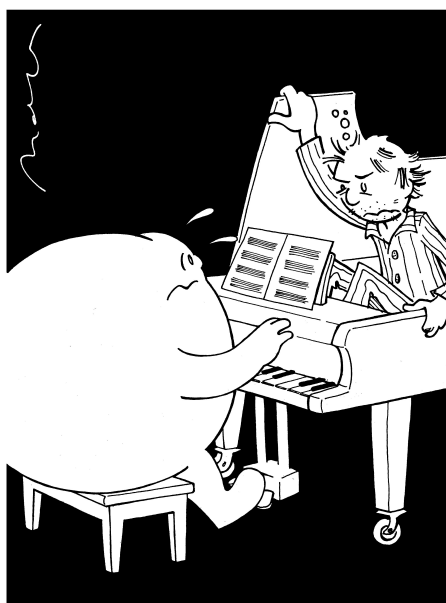
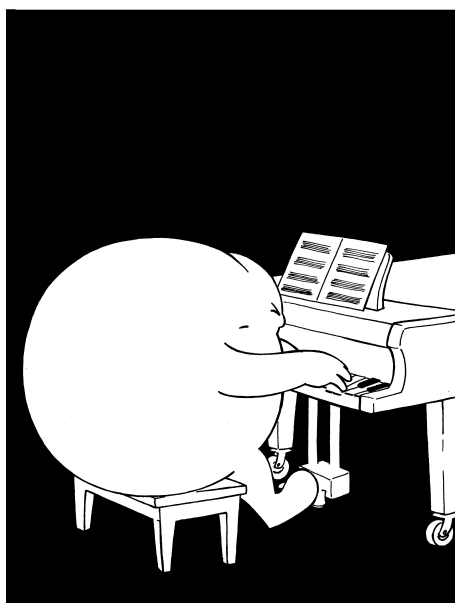
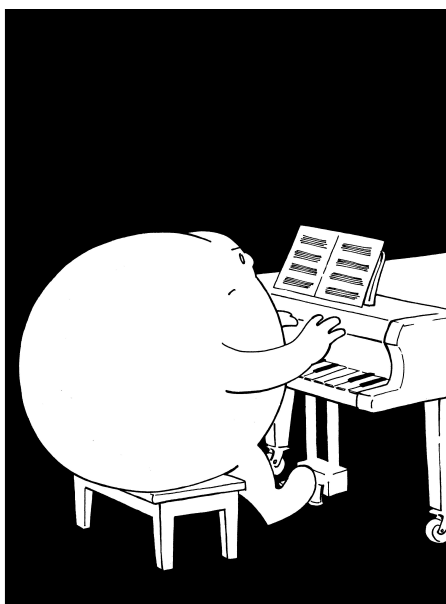
Theilgaard, A. (2007). Musik og hjerneforskning. *Psyke og logos, nr. 1, årgang 28*. København, Dansk Psykologisk forlag.

Vuust, P. (2007). Musikkens sprog. *Psyke og logos, nr. 1, årgang 28*. København, Dansk Psykologisk forlag.

Anvendt musik: Lionel Richie, Truly the love songs, Hallo, Børns Klassiske favoritter, Hvile

OTTO

Anders Brønserud



Rundt om komplekse traumer

Musikterapi med børn udsat for vold i familien.

Dorte Salling-Poulsen *cand. mag i musikterapi. Ansat som musikterapeut i 'Projekt Vold i Familien' der har til formål at forbedre og udvikle indsatsen overfor kvinder og børn, der lever med vold i familien. Kontakt: dortesalling@hotmail.com*

Rundt om mit arbejdsfelt – og et problemfelt

Siden oktober 2008 har jeg via 'Projekt Vold i Familien' tilbudt musikterapi til de indskrevne børn (og mødre) på Randers Krisecenter (RKC) samt til andre voldsramte børn i Randers kommune.

Børnenes oplevelser med vold kan være af fysisk, psykisk, materiel og/eller seksuel karakter.

Typiske kendetegn for børnene er: opmærksomhedsbesvær, manglende fornem-

melse for egne og andres grænser, stort kontrolbehov og overtilpasning.

Børnenes adfærd kan ses i lyset af de dysfunktionelle relationelle og kommunikative mønstre, der forekommer i omsorgssystemet (jf. Salling-Poulsen 2008). Ligeledes påvirkes adfærden af de traumer, en stor del af børnene bærer rundt på.

Netop traumernes indflydelse på barnet samt musikterapeutisk intervention ift. denne problematik, er omdrejningspunktet for denne artikel.

Hvad er et traume?

Ifølge Wrangsjø (2003) er et traume en ydre påvirkning, der medfører en oplevelse præget af en intensiv overstimulering af psyken.

Traumet kan indfinde sig som følge af:

1. en akut uventet og chokerende tildragelse, (f.eks. at være vidne til en fremmed mands forsøg på at kvæle far (4-årig pige fra RKC))
2. længerevarende pinefulde belastninger, (f.eks. at blive udsat for seksuelle overgreb fra en fætter, hvilket ignoreres af far (dreng, 10 år fra RKC))

Rundt om musikterapi og traumebehandling

I det følgende fortæller jeg historien om Maria, og med udgangspunkt i denne præsenterer jeg indfaldsvinkler til traumebehandling – primært fra en narrativ tilgang.

Maria var seks år og boede på RKC i et halvt år. Hendes mor var dansk, faren af an-

den etnisk herkomst. Familien kom til RKC, fordi Marias far var truende og opsøgende overfor moren.

Maria var ikke tryk ved sin far, fordi hun adskillige gange havde oplevet hans trusler overfor moren. Samtidig oplevede hun, at mor den ene dag sagde, at far aldrig skulle bo hos dem mere, og næste dag lod ham flytte ind igen. Derudover var Maria meget berørt af morfarens nylige død.

Komplekse traumer

For børn, der lever med vold i familien, kompliceres de traumatiske oplevelser af, at det er omsorgssystemet, der er *kilden til traumet*. Dette fænomen betegnes *komplekse traumer* (Blaustein & Kinniburgh, 2007). Komplexiteten består i, at de mennesker, der skal tage sig af barnet, også forvolder det skade (eller forholder sig passivt til, at andre forvolder det skade).

Børn, der lever med vold i familien, oplever, at forældrene ikke er i stand til at fungere som buffere for barnets belastende oplevelser – de har ikke de emotionelle, relationelle og kommunikative evner, der kræves for, at de kan hjælpe barnet gennem de belastninger, der kan udvikle sig til et traume. Derved sker der på sigt en negativ påvirkning af kernekapaciteter som selvregulering samt evnen til at indgå i hensigtsmæssige interpersonelle relationer og til at komme i kontakt med følelser (Cook et al., 2005).

Marias og min fælles musikalske rejse startede en sen eftermiddag. Jeg sad alene i terapilokalet og spillede en lille improvisation på klaveret. Pludselig kunne jeg se to næser trykket mod ruden. Her stod

nyankomne Maria og hendes mor og kiggede ind. Dette blev indgangen til et individuelt forløb, der strakte sig over 8 måneder med 18 afviklede sessioner.

Målsætning for musikterapien

I projekt vold i familien er den primære målsætning for musikterapien, at barnet får styrket oplevelsen af at være et handlende individ, der har kontrol over sin væren i verden. Samtidig fokuseres der på, at barnet opbygger nogle mestringsstrategier, så det kan agere i de udfordringer, det møder. Det er vigtigt, at barnet lærer at mærke sine grænser, respektere disse og markere dem på en hensigtsmæssig måde.

Den musikterapeutiske proces udfolder sig primært via improvisationsmusik med afsæt i barnets spontane udforskning af instrumenterne.

Endvidere indlægges strukturgivende elementer såsom goddag- og farvelsang, sangskrivning, komponerede sange og spilleregler.

Maria indtager langsomt rummet (1-3. session)
I forløbets start forholdt Maria sig afventende, spillede kun på instrumenter, hun kendte i forvejen og det i meget korte inter-

valler. Mine spontane indfald (f.eks. at spille utraditionelt på et instrument) blev mødt med himmelvendte øjne, mens hun sad stiv som en pind med armene over kors.

Jeg blev klar over, at min spontane indfald ikke fordrede et møde med Maria, og derfor skruede jeg ned for det utraditionelle og uforudsigelige og op for det forudsigelige og kontrollerede i musikken.

Når jeg spillede ud fra et fokus på æstetik og vellyd, lod Maria sig invitere ind i et musikalsk rum, hvor hun i korte perioder gav sig hen til musikudfoldelsen.

Der skulle dog ikke mange forkerte 'bevægelser' til fra min side, før hun brød af. Hvis jeg lukkede øjnene, mens hun spillede, ville hun straks stoppe musikken: "Hvorfor lukker du øjnene?". Jeg fortalte hende at jeg lukkede øjnene for rigtig at kunne høre hendes musik og italesatte, at jeg kunne lade være, hvis ikke hun brød sig om det.

I tredje session bad Maria mig om at spille på bestemte måder, som hun havde hørt mig gøre i de første sessioner, men som hun på det tidspunkt havde stoppet mig i. Hun begyndte stille og roligt at kunne rumme de skøre indfald – så længe *hun* bestemte, hvad der skulle ske – og hvornår det skulle ske.

Hul igennem (4. session)

Maria blev mere fortrolig med rummet og udvidede sine handlemuligheder. Dette manifesterede sig i 4. session, hvor jeg inden en improvisation, spurgte Maria, hvad musikken skulle handle om. Det vidste hun ikke, og musikken startede uden et tema. Vi spillede begge på klaveret. Efter kort tid sagde Maria, at hun ville spille selv. Snart stoppede hun med at spille, kiggede på mig, og sagde: "Skal jeg synge hvad musikken handler om – altså... med munden?" Jeg svarede hende, at det ville jeg meget gerne høre. "OK. Så skal du lukke øjnene".

Mens Maria akkompagnerede sig selv på klaveret, tale-sang hun følgende ord:

Min lillebror har kræft

Han må ikke dø

Lige som min morfar

*Gi' mig svar, gi' mig svar, gi'
mig svar Gud.*

Maria sang og spillede med variationer over disse ord i 3 minutter.

Mens jeg lyttede, blev jeg rørt over at høre denne pige åbne op for det, der fyldte i hende. Jeg valgte efter nøje overvejelse (om hvorvidt det ville være for overvældende for Maria) at give mig hen og lade tårerne stige op i øjenkrogene.

Da Maria havde afsluttet sangen, spurgte jeg, om hun kunne se, at jeg havde tårer i øjnene. Hun kiggede på mig med et undrende blik og et lille smil: "Ja. Hvorfor har du det?" Jeg svarede hende, at jeg blev rørt af, at hendes musik var så smuk, og at jeg kunne mærke hende i musikken.

"Skal jeg spille mere?"

Hun fortsatte nu:

Jeg skal dø når jeg har spist

ligesom din søn

Min familie skal dø

Min far, min mor og mig

der kommer mors bil

her kommer min bil

Her er fars bil

Han vinker til mig

Min familie skal dø

hele familien skal dø

*Så er det folk, vi ikke kender,
der skal have vores ting*

Gi' mig alt, gi' mig døden

gi' mig svar Gud, gi' mig svar.

Narrativ behandling

Indenfor den narrative metafor beskrives et traume som en begivenhed, der er så belastende, at barnet ikke er i stand til at integrere den. Hermed kommer traumet til at ligge udenfor barnet selv. Barnet mister fornemmelsen af sig selv og føler sig usikker på grundlæggende værdier. Dette medfører en følelse af isolation og en manglende tro på egen handlekraft.

I narrativ traumebehandling arbejdes der på at genetablere personens relation til – og fornemmelse af sig selv i lyset af de traumatiske oplevelser. Det har stor betydning at kunne fjerne sig fra oplevelsen af at være isoleret (Holmgren, 2008).

“Den sociale genkendelse og anerkendelse er fundamentet for en persons oplevelse af troværdighed omkring sin egen identitet.” (Holmgren, 2008 s. 10)

..

Maria tillader sig at være barn (5-10. session)

Efter 4. session fralagde Maria sig “det-kan-man-bare-ikke”-attituden.

Hun bifaldt mine spontane indfald, begyndte selv at være spontan og introducere “skøre” spilleregler. F.eks. digtede vi i fællesskab en sang om pruttesuppe, mens vi spillede på hver vores guitar.

Maria udforskede alle instrumenter, varierede dynamikken og vekslede mellem at have fokus på rytmiske og melodiske elementer i musikken. Vi var som to leg-ekammerater, der gensidigt inspirerede hinanden. Maria befandt sig tilsyneladende godt i dette rolleforhold og havde forskellige strategier for at opretholde dette, når

jeg gjorde tiltag til at indtage en anden rolle, f.eks. ved at reflektere på Marias følelsesmæssige udtryk, enten verbalt eller musikalsk. I disse tilfælde ville hun begynde at spille, mens jeg talte, eller hvis jeg reflekterede emotionelt i musikken, ville hun straks afbryde ved at råbe “Stop”.

Sessionerne var således også kendetegnet ved en høj grad af overfladiskhed, og Marias spontanitet oplevede jeg til tider som en afvæbningsmanøvre for ikke at blive overvældet af det følelsesmæssige kaos, som lå og lurede under overfladen. Jeg formoder, at hendes implicite relationelle viden sagde hende, at der ikke var nogen, der kunne hjælpe hende, hvis det blev for svært for hende at være i.

Synliggørelse af barnets handlekraft

Nogle narrative terapeuter mener, at når barnet afstår fra at udtrykke sig om de traumatiserende oplevelser, kan det skyldes frygt for retraumatisering. White understreger betydningen af at give barnet et alternativt identitetsterritorium at stå i, mens det udtrykker sig om traumet. Dette kan man gøre ved

– sammen med barnet – at udvikle ‘underordnede historier’, hvor der sættes fokus på hvad barnet gør/gjorde for at minimere eksponeringen for traumet (jf. White, 2008).

Ved at synliggøre barnets handlekraft og initiativer (i ord eller musik) styrker vi dets oplevelse af at have kontrol over dets væren i verden.

Maria bruger rummet på en ny måde (11-16. session)

Maria fraflyttede RKC og efterspurgte nu en strammere struktur i sessionerne. Hun var mere afdæmpet, men bibeholdt den kreative tilgang til musikken.

Blandt de strukturgivende elementer var børnesangene, som vi sang, mens vi begge akkompagnerede på klaveret.

Rolleforholdet ændrede sig, og jeg indtog rollen som en voksen, der definerede rummets rammer. Ofte oplevede jeg vores relation som værende i en form for parallel sameksistens.

Maria begyndte at spontansynge, mens hun akkompagnerede sig selv på guitar, xylofon eller klaver. Hun sang så svagt, at jeg ikke kunne høre indholdet af sangene; Hun gik ind i et privat rum – og min musik fungerede som en lydkulisse.

Andre gange oplevede jeg, at Maria forholdt sig meget lyttende til mig og modtog den omsorg og emotionelle refleksion, jeg gav hende gennem musikken.

De sidste toner (17. og 18. session)

I 17. session præsenterede jeg Maria for en række tegninger af et ansigt, der udtrykte forskellige sindsstemninger.

Maria udvalgte først et billede, hun ville spille: en der var ked af det. Bagefter udvalgte hun et til mig: en der var glad. Ud fra disse stemninger havde vi en dialog med tale akkompagneret på klaveret.

Det var en stor udfordring for mig at

skulle reflektere på Marias triste udspil i den glade rolle. Jeg bestræbte mig på at være tro mod Marias valg, og havde samtidig stor opmærksomhed på ikke at negligere de triste budskaber, Marias karakter kom med.

Det var interessant, at Maria havde modet til at gå ind i den triste rolle. Jeg tænker, at hun havde tildelt mig rollen som den glade for at sikre sig, at dialogen blev holdt på et emotionelt niveau, hun kunne holde ud at være i. Hun havde kontrol over situationen og over min måde at reflektere på hendes materiale. Maria tog vare på sit behov for at opleve kontrol over sin væren i verden samtidig med, at hun tog et skridt hen imod at adressere sit følelsesmæssige materiale.

I sidste session spillede vi på de instrumenter, Maria havde vist særlig stor glæde for gennem forløbet, og vi lyttede til udvalgt musik fra en CD med optagelser af den musik, vi havde spillet sammen gennem forløbet. Vi hørte et stykke musik, hvor Maria spillede kraftigt på en fløjte, mens jeg svarede hende på djembe og xylofon. Hun reagerede på musikken med et grin og himmelvendte øjne. Hernæst spurgte hun: “Er der ikke noget rigtig musik på CD’en”? Så fandt jeg en smuk klaverimprovisation, og Maria udbrød: “Ja, dét er rigtig musik”. Og med lyden af den “rigtige musik” i øregangene, løb Maria ud af terapilokalet for aller-sidste gang.

Afrunding

Gennem forløbet afsøgte Maria forskellige måder at være i verden på. Hun bevægede sig fra at være hæmmet – over i at være hæmningsløs – for til sidst at finde ind i en mere afbalanceret adfærd, hvor der var plads til spontanitet, kreativitet, æstetik og forsigtighed.

I perioder oplevede jeg en pige, som havde nogle synlige og effektive strategier for ikke at komme i kontakt med den smerte, der var forbundet med de traumer, hun bar på. Men efterhånden som oplevelser af handlekraft og kontrol blev forankret i hendes selvbillede, bevægede hun sig hen imod at forholde sig til smerten og ked af det-heden.

Maria krævede plads og havde behov for vished om, at jeg var flytbar og ikke spærrede vejen, så hun var sikker på at kunne komme ud i en fart, når hun gik ind i noget, der var vanskeligt.

Maria havde tydelige reaktioner på mine interventioner og jeg var sjældent i tvivl om, hvorvidt hun fandt mine interventioner hjælpsomme, inspirerende eller grænseoverskridende.

Således var Maria tydelig omkring hvor hun var klar til at blive mødt, så vi sammen kunne finde vejen til det sted, hvor hun var tryk og åben til at modtage den sociale genkendelse og anerkendelse fra mig.

Musikterapien igangsatte en proces, som forhåbentlig vil blive støttet op af det professionelle og private netværk, Maria har og vil få i fremtiden.

Min tro er, at efterklangene fra musikterapirummet vil lyde i Maria i mange år og bidrage til et fælles kor af erfaringer,

der bekræfter hende i, at hun er et handlekraftigt, meningsfuldt menneske. Dette vil forhåbentlig være en styrke for hende, når hun konfronteres med de belastende faktorer, der er og bliver en del af hendes liv.

Litteratur

- Blaustein, Margaret E. & Kinniburgh, Kristine M (2007) Providing the family as a secure base for therapy with children and adolescents – Intervening beyond the child: The intertwining nature of attachment and Trauma. *British Psychological Society Briefing Paper 26*, s. 48-53
- Cook, Alexandra et al. (2005) Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals 35:5*, s. 390-398
- Holmgren, Anette (2008) Forord til den danske udgave. I Denborough, David (red.) *Traumer: narrativ behandling af traumatiske oplevelser*, side 7-11. København: Dansk psykologisk forlag. Oversat fra engelsk af Søren Søgaard
- White, Michael (2008) At arbejde med mennesker, som lider under konsekvenserne af multiple traumer: et narrativt perspektiv. I Denborough, David (red.) *Traumer: narrativ behandling af traumatiske oplevelser*, side 147-167. København: Dansk psykologisk forlag. Oversat fra engelsk af Søren Søgaard
- Salling-Poulsen, Dorte (2008) *Signifikante øjeblikke i musikterapi med barnet på krisecenter*. Speciale, Musikterapiuddannelsen, Institut for kommunikation, Aalborg Universitet.
- Wrangsjö, Björn (2003) *Teorier om børne- og ungdomspsykiatri 1*. Frydenlund. Oversat fra svensk af Bodil Frederiksen.

Gruppemusikterapi i et dagafsnit for patienter med ikke-psykotiske lidelser

Susanne Brødsgaard Hansen *cand. mag. i musikterapi. Tidligere ansat på Psykiatrisk Center Amager. Nu ansat på Salem Ældreboliger i Gentofte. Kontakt: susanne@musikterapeut.info, www.musikterapeut.info*

Indledning

I ca. 2 år var jeg ansat som musikterapeut på Psykiatrisk Center Amager, som er en del af Region Hovedstadens Psykiatri. Jeg havde patienter fra hele Psykiatrisk Center, hvilket vil sige Specialiseret Enhed, sengeafsnit, Distriktpsychiatrien og Gerontopsykiatrisk afdeling. I denne artikel vil jeg beskrive en musikterapigruppe i Specialiseret Enhed, som er et dagafsnit med patienter med personlighedsforstyrrelser. Gruppe-musikterapien forløb over ca. 2 år fra 2006 til og med udgangen af 2007. Vi var to psykoterapeuter i musikterapigruppen. Jeg var gruppeleder, og min kollega fra dagafsnittet var co-terapeut. I artiklen fokuserer jeg på at beskrive musikterapien og belyser det terapeutiske arbejde med udgangspunkt i henholdsvis improvisation og musiklytning samt inddrager to vignetter¹.

Gruppemusikterapiens rammer

Musikterapi var et nyt behandlingstilbud på Psykiatrisk Center Amager, og som de øvrige musikterapi tilbud på hospitalet, blev musikterapi gruppen i Specialiseret Enhed tilpasset behovet i dagafsnittet. Det betød at gruppen blev en del af det valgfrie tilbud, hvorfor der ikke lå en egentlig henvisning til grund for deltagelse. De patienter som

havde lyst til at være med, henvendte sig til mig eller co-terapeuten, hvorefter vi havde en samtale med den enkelte. Gruppen var slow-open, hvilket vil sige at nye deltagere kom med undervejs. Det samlede antal patienter i perioden kom op på ca. 25, og der var omkring 5 patienter i gruppen af gangen. Af den grund bestod det samlede forløb af forskellige gruppekonstellationer af varierende længde afhængig af, hvor længe patienterne blev i gruppen. Nogle patienter havde ca. 12 sessioner, og nogle havde det dobbelte. Hver session varede 1½ time og fandt sted i musikterapilokalet, som jeg havde indrettet med instrumenter, musik anlæg mv.

Metoder og teknikker

Min tilgang til musikpsykoterapi er overvejende psykodynamisk og kan betegnes som analytisk orienteret musikterapi (Hansen 2004). Jeg er inspireret af nyere affektteoretikere som bl.a. Daniel Stern (Fonagy, Schore, Stern 2006; Stern 2000). I gruppen anvendte jeg både receptiv og aktiv musikterapi. Som regel arbejdede vi med improvisation den første halve time, og med musiklytning i den sidste time. Derudover benyttede vi indimellem self-listening (at lytte til sig selv). Det foregik ved, at vi efterfølgende

¹ Begge patienter er anonymiseret, og de har begge afgivet samtykke til at materialet anvendes.

de lyttede til vores improvisation, der var blevet optaget, og talte om oplevelsen. Den relativt faste struktur blev af patienterne opfattet som en fordel, fordi de i forvejen var i psykodynamisk gruppeterapi to gange ugentlig uden samme struktur.

Musikalsk improvisation

I mit musikterapeutiske virke generelt, opfatter jeg musikalsk improvisation, som en refleksion af vores måde at være i verden (Bruscia 1987). I forbindelse med improvisation er jeg særligt inspireret af Stern, fordi han er en af dem, der drager paralleller mellem præverbalitet, som den udspiller sig i mor-og-barn dyaden, og nonverbal udveksling mellem patient og psykoterapeut (Fonagy, Schore, Stern 2006). I musikalsk improvisation kan præverbale selvoplevelser og relateringsdomæner identificeres (Hannibal 2000; Hansen 2004). Musikterapeutens interventioner kan bl.a. omfatte affektiv afstemning, hvorved hun viser, at hun forstår og deler patientens følelse. Mange musikterapeuter beskriver affektiv afstemning, som en intervention de bruger i deres terapeutiske arbejde (Hansen 2004). I gruppemusikterapien oplevede jeg, at patienterne gjorde noget tilsvarende, når de ønskede at vise, at de forstod og delte den følelse, som en med-patient udtrykte.

Jeg havde fokus på intersubjektivitet og affektudveksling i forhold til denne patientgruppe. Intersubjektivitet handler om udviklingen af evnen til at dele følelser, intentioner og ønsker (Hannibal 2002). Mennesker med en personlighedsforstyrrelse kan have svært ved at forhandle i det intersubjektive felt (Hannibal 2000), og jeg mener, det har stor betydning for disse patienters

forandringsproces at blive mødt affektivt. Stern et al. siger, at meget af det der observeres som værende af blivende terapeutisk effekt, er resultatet af forandringer i det intersubjektive relationelle domæne (Stern et al. 1998). I den sammenhæng kan man tale om to typer viden. Implicit relationel viden, der omhandler oplevelsen af at være sammen med andre, og som opererer udenfor det verbalt bevidste, og eksplicit viden, der omfatter verbale tolkninger (Fonagy, Schore, Stern 2006; se endvidere Hansen 2004 for uddybning). I improvisation arbejdede jeg bevidst med denne implicitte relationelle viden ved at fokusere på kontakten og udvekslingen i musikken, og at søge at affektivt afstemme de følelsestilstande som blev udtrykt.

I gruppen brugte vi som regel referentielle improvisationer (Bruscia 1987), som er improvisationer, der for eksempel udtrykker en følelse, eller som har et relationelt fokus. Det kunne for eksempel være vrede eller at lytte til hinanden. Indimellem spillede vi også uden en formuleret overskrift, hvor gruppen forholdt sig åbent til indhold og udvikling. I forbindelse med improvisation var mange, specielt i starten af deres forløb, optaget af hvad de andre tænkte. Det var derfor naturligt for en del af dem at arbejde med præstationsangst, selvværd og selvkritik. I denne proces havde de bl.a. fokus på spontanitet og kreativitet. Jeg fandt det vigtigt at gøre opmærksom på, at der i improvisation ikke er nogen rigtig eller forkert måde at spille på, og at alle, uanset forudsætninger, kan udtrykke sig. Dette skabte tryghed. Improvisationerne varede som regel ca. 10 minutter, hvorefter vi satte ord på oplevelsen.

Christina

Christina er først i 30'erne, og en kvinde, der markerer sig stærkt i dagafsnittet. I gruppen arbejder hun med sit selvværd, og i forhold til improvisation arbejder hun med at turde "slippe hæmningerne".

I starten synes Christina, at det er svært at improvisere, og vender sig væk for at grine af sig selv og af gruppen. Hun fortæller, at hun er optaget af om nogen kan høre os ude på gangen. Christina spiller stille og laver bl.a. små fine fraser, som jeg affektivt afstemmer, ved at matche bl.a. temporal takt (puls) og harmonik. Jeg oplever, at Christina har svært ved at være i det intersubjektive felt, som opstår i improvisationerne. Det er nyt og konfronterende at udtrykke sig non-verbalt på denne måde, og det virker som om Christina indimellem trækker sig i musikken.

Som ugerne går, bliver Christina gradvist mere fri i sit udtryk, og gruppens deltagere synes at finde inspiration hos hinanden og terapeuterne. Hun er mere modig og udforsker bl.a. det at spille selvom jeg holder pause. I de sidste sessioner er Christina ret fri og kan bl.a. udtrykke vrede. Både den, som hun beskriver som udadvendt, og den, som er indadvendt. I 12. session, som er Christinas sidste, er hun alene med en med-patient, som hun har fået en tættere relation til. I gruppen vælger vi, at improvisationsoplægget skal være "At tage afsked". Vi spiller to improvisationer. Den første er melankolsk og indfølelse. Christina spiller på klaver og den anden patient bruger stemmen. Improvisationerne minder om hinanden, men den sidste har en mere kraftfuld afslutning. I den improvisation laver jeg en musikalsk ramme med en lille akkordnedgang, hvor jeg affektivt afstemmer de udtryk, som Christina tager initiativ til. Jeg forsøger at forstærke vores fælles udtryk, hvilket gør at hun spiller mere kraftfuldt. Efter improvisationen siger Christina, at det er den første improvisation, hvor hun kunne slappe af og bare give los.

Jeg opfatter Christinas udvikling som værende et udtryk for at hendes intersubjektive felt er blevet udvidet. Hun har delt følelser med gruppen, og er blevet mødt følelsesmæssigt i musikken på en non-verbal og helhedsorienteret måde. Musikterapien har givet hende værdifulde oplevelser af at være sammen med andre mennesker (jf. implicit relationel viden). Jeg tror at disse oplevelser har medført forandringer i det intersubjektive relationelle domæne.

Christina bliver efterfølgende henvist til et individuelt musikterapiforløb hos mig, hvor vi arbejder med stemmeimprovisation.

'At være i gruppen har også været fedt, fordi man skal lære at spille og lytte efter de andre og give plads til andre. Men også følelsen af, at de andre giver en plads, har været god.' Christina

Musiklytning

Ved musiklytning var min terapeutiske tilgang bl.a. inspireret af Even Ruuds (2002) arbejde med musik og identitet. Mange af patienterne i gruppen identificerede sig stærkt med deres musik, og fandt det spændende at afspille musik for hinanden og fortælle om sig selv. Gennem musikken kunne de fortælle om deres følelser, tanker og minder. For nogle patienter blev det at fortælle om minder og oplevelser fra deres liv, til det man kan kalde en musikalsk selvbiografi, som satte symbolske cirkler om forskellige betydningsfulde begivenheder i deres liv.

Musiklytningen kunne tage udgangspunkt i deres situation her-og-nu, hvor de f.eks. følte sig magtesløse og bange for fremtiden, men også i stærke oplevelser fra fortiden, som havde præget deres liv. De relationelle temaer var i fokus og kunne omhandle forladthed, kærlighed og afvisning, svigt fra familiemedlemmer, tab, følelse af splittelse

og ambivalens, glæde ved at mærke fællesskab med de andre i gruppen, trygheden i at finde støtte i hinanden mv. Musikken havde også en vigtig funktion i forbindelse med affektregulering. Både i terapien, og hjemme i tiden mellem sessionerne, brugte de musikken til at dæmpe eller forstærke følelser og tilstande, opbygge styrke, trøste og rumme, men også til at vække glæde og latter.

Musiklytningen foregik som regel ved at en patient kort introducerede sit nummer, som var medbragt på cd eller Ipod, hvorefter gruppen lyttede. Når nummeret var slut fortsatte patienten med at fortælle, og først derefter kunne de øvrige deltagere byde ind. Jeg lagde vægt på, at det var vigtigt ikke at være smagsdommere, men at respektere hinandens musik. Dette var centralt, fordi det at fortælle om sig selv gennem musik, for de fleste patienter blev oplevet som noget personligt, og til tider meget sårbart.

Thomas

Thomas er en intelligent mand først i 30'erne, som synes at være gået i stå og som har isoleret sig fra omverdenen. Han har et stort kendskab til musik og lytter meget til musik. I gruppen arbejder han med at forstå sig selv bedre, også i forhold til andre, og med at komme videre i sit liv.

Thomas bliver meget optaget af musiklytning. Han planlægger fra gang til gang, hvad han gerne vil spille. Både humor og sårbarhed er vigtige elementer i Thomas' terapeutiske arbejde. Et stykke inde i forløbet starter han for eksempel en kærlighedstrilogi, hvor første sang handler om knust kærlighed (Tindersticks: Another Night In), anden sang om at føle sig dårligt behandlet (Eminem: Kim) og den sidste om drømmekvinden (Depeche Mode: Somebody). Gennem sangen Kim udtrykker Thomas sin vrede. Sangen Somebody forestiller jeg mig giver trøst og håb, hvilket har en affektregulerende funktion. Cirka midt i forløbet fortæller Thomas, at han overvejer at sadle om i forhold til karriere og vælge en anden uddannelse. Han spiller Inheritance (New Model Army), og arbejder med identitet og den påvirkning hans forældre har haft på ham.

Gruppen reagerer som regel kraftigt på Thomas' musik. I en session, hvor

stemningen er særlig tung, vælger han at runde af med et nummer, der gør at et medlem af gruppen ikke kan stoppe med at grine igen. Hans nummer letter stemningen og skaber samhørighed i gruppen. I en anden session bliver en med-patient stærkt påvirket af et Gothic Rock nummer, som minder hende om svigt og overgreb i hendes barndom. Både Thomas og med-patienten har projektioner på hinanden, og co-terapeuten og jeg har fokus på dette. Efterhånden som Thomas fortæller mere om sig selv, og bliver mere synlig, bliver med-patientens projektioner mindre. Dette styrker Thomas relationelt.

Jeg fornemmer, at det er sårbart for Thomas at dele sine tanker og følelser med de andre patienter, men, at han i musikterapigruppen har nemmere ved det. Thomas' store viden om musik og hans gode evne til at udtrykke sig verbalt, hvilket er identitetsstærkende og opbyggende bevirker, at han markerer sig i gruppen. Musikterapigruppen synes at have haft en positiv betydning for ham relationelt.

Thomas runder sit forløb af med at samle alle de musikstykker han har spillet på en CD, med små beskrivelser af, hvad de betyder for ham. CD'en giver han til gruppens deltagere og terapeuter. Han beskriver samlingen af musik som en slags selvportræt; et monument over hans ophold i dagafsnittet.

“Det har meget været en ventil for mig efter ugens strabadser.”
Thomas

Afslutning

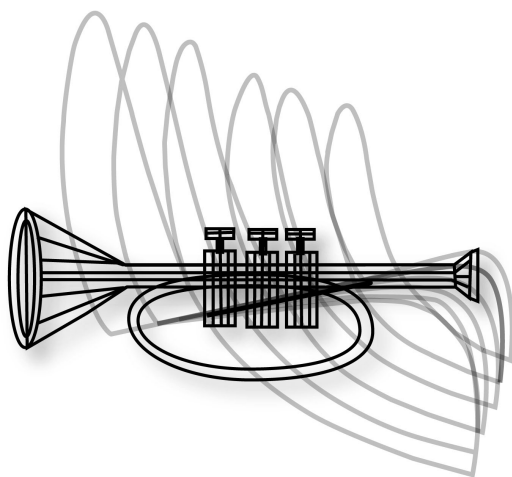
Det var spændende for mig at introducere et nyt tilbud i Specialiseret Enhed. Jeg oplevede et stort engagement fra patienternes side, og fremmødet var godt. Nogle af de patienter som havde svært ved at komme til den øvrige behandling, havde et stabilt fremmøde i musikterapigruppen. De tog musiklytning til sig fra starten, og identificerede sig meget med deres musik. Improvisation virkede som en meget relevant metode for patienterne, når de først havde vænnet sig til den. I deres evalueringsskemaer kom det bl.a. til udtryk, at de syntes det var meget meningsfyldt at kunne udtrykke sig non-verbalt gennem musik både i improvisation og i musiklytning. Nogle patienter oplevede at gruppemusikterapien ikke var så konfronterende som

de andre dynamiske grupper. Det skyldtes bl.a., at de havde mulighed for at spille et nummer og kun sige lidt, men alligevel føle at de delte meget med hinanden.

“Jeg lærte 4 mennesker at kende på en anden måde. Det har været noget jeg har set frem til hver fredag og det har for en gangs skyld ikke været en byrde for mig, men et dejligt frirum, hvor man har kunnet komme af med sorg, vrede mm. på en måde, der ikke er hel så hård som almindelig gruppe terapi.”
Christina

Litteratur

- Bruscia, K. E. (1987). *Improvisational models of music therapy*. By Charles C. Thomas Publisher.
- Bruscia, K. E. (1998). *The Dynamics of Music Psychotherapy*. By Barcelona Publishers.
- Fonagy, P., Schore A. N., Stern, D. N. (2006). *Affektregulering i udvikling og psykoterapi*. Hans Reitzels Forlag A/S, København.
- Hannibal, N. (2000). *Præverbal Overføring i Musikterapi*. Institut for musik og musikterapi, Aalborg Universitet. Ph.d.-afhandling.
- Hannibal, N. (2002). *Præverbalitet i Musikterapi*. Årsskrift 3. Musikterapiklinikken Aalborg Psykiatriske Sygehus, Aalborg Universitet. S. 139-153.
- Hansen, S. B. (2004). *Affektiv afstemning – Kvalitativ undersøgelse af affektiv afstemning i musikalsk improvisation*. Speciale. Institut for Musik og Musikterapi, Aalborg Universitet.
- Priestley, M. (1994). *Analytical Music Therapy*. By Barcelona Publishers.
- Ruud, E. (2002). *Musikk og identitet*. Universitetsforlaget A/S
- Stern, D. et al. (1998). Non-Interpretive Mechanisms in Psychoanalytic Therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, vol. 79: pp. 903-921.
- Stern, D. N. (2000). *Spædbarnets interpersonelle verden*. Hans Reitzels forlag A/S, København. 3. oplag 2003.



Min arbejdsdag

Annette Møller Larsen *cand. phil. i musikterapi. Privatpraktiserende siden 1999 og fra 2005 også ansat 25 timer pr. uge på Hvidovre Hospital, afdeling for traumatisk hjerneskade. Kontakt: aml@aml-musikterapi.dk*

Ansættelse

Musikterapi har de sidste 5 år været en fast del af behandlingstilbuddet på afdelingen for traumatisk hjerneskade på Hvidovre Hospital. Afdelingen er for nylig administrativt overflyttet til Glostrup hospital, og er nu en såkaldt udefunktion på Hvidovre. Afdelingen for traumatisk hjerneskade er et fase 1 og 2 tilbud, hvilket er en betegnelse for de mest akutte faser i rehabiliteringsbehandling. På afdelingen modtager vi patienter som overføres fra traumecentrene i regionerne på Sjælland. Overflytning er mulig så snart patienten ikke længere er i respirator og tilstanden vurderes som stabil. Patienterne er ofte svært skadet, har begrænset bevidsthed og er svækket såvel kognitivt som fysisk. Patienterne er i gennemsnit indlagte i ca. 3 mdr. men for nogle strækker det sig over 6-7 mdr.

Jeg er ansat i en pædagogstilling og arbejder pt. på at konvertere stillingen til en musikterapeutstilling. Jeg har kontor sammen med to kollegaer, der begge er pædagoger. Vi er mange faggrupper, der arbejder sammen. Personalegruppen består af plejepersonale, læger, ergo- og fysioterapeuter samt af socialrådgivere, neuropsykologer, logopæd, lærer, og kontorphersonale.

Ung mand på 30 år

I dag starter jeg min dag med et behandlermøde om en ung mand på 30 år, som er blevet kørt ned af en flugtbilist. Patienten har været indlagt i 2 1/2 måned, da jeg bliver inddraget i behandlingen. Han mod-

tager musikterapi 3 gange om ugen og skal fortsætte i de sidste 2 mdr. han er indlagt hos os. Inden ulykken var han aktiv musiker og spillede trommer i flere bands. Nu sidder han i kørestol og har ingen gangfunktion. Han kan ikke huske hvad der er sket, og ved ikke hvor han er. På behandlermødet drøftes patientens udvikling siden sidst og målene for den kommende indsats koordineres. Vi aftaler, at der i den kommende periode dels skal være fokus på at motivere patienten til at deltage i flere sociale sammenhænge og dels fokus på patientens koncentration og hukommelse. Musik er en aktivitet hvor han kan fastholdes og det besluttet, at han foruden individuel musikterapi også inddrages i vores sanggrupper 2 gange ugentligt. Patienten har før skaden kunnet mange sangtekster udenad og det skal undersøges, om det at synge sange med ham i musikterapi, kan stimulere hukommelsen. Som et delmål for musikterapien aftales desuden funktionstræning af patientens arme med særlig opmærksomhed på inddragelse og stimulering af venstre side, som er lammet. Til dette vil jeg primært anvende trommer.

Efter mødet går jeg en runde på afdelingen og hilser på kollegaerne, pårørende og patienter. I dagligstuen møder jeg 3 af de patienter, jeg arbejder med i øjeblikket. Jeg drikker en kop kaffe, og taler om stort og småt og jeg husker dem på eftermiddagens sanggruppe. Det er noget de fleste ser frem til.

Kvinde på 72 år

Herefter har jeg en session med en kvinde på 72 år, som har været indlagt i 2½ måned. Kvinden har ingen børn og får sjældent besøg. Hun har en svær skade i højrehemisfære efter et styrt på sin cykel. Lægerne har fjernet dele af hjerneskallen, så hjernen ikke bliver trykket, da den stadig er hævet efter slaget og der er en del væske som skal væk. Hun har modtaget musikterapi tre gange om ugen i en måned. Jeg har min guitar og to sangbøger med ind på hendes stue. Hun smiler da jeg kommer ind. Hun kan ikke tale, og bliver indimellem meget fjern i blikket. Jeg spørger om hun har lyst til at jeg spiller og synger for hende – hun nikker og smiler, da jeg går i gang med "Svantes Lykkelige dag". Sessionen varer ca. 25 minutter – så virker hun træt. Jeg er i mit arbejde med denne kvinde opmærksom på, om musikken kan virke voldsom i den skadede hjerne. I dette tidlige stadie af en traumatisk hjerneskade ved vi ikke meget om patientens perception og oplevelse. Observationer af patientens ansigtsudtryk, vejtrækning m.m. er derfor en væsentlig del af mit arbejde i musikterapien. Efter sessionen skriver jeg et journalnotat om terapien.

Så er det blevet frokost og jeg mødes med de andre fra "de små faggrupper". Det er altid hyggeligt. Foruden mig selv er det pædagoger, neuropsykologer, logopæd, og socialrådgivere. Vi er organiseret under den samme leder. Efter frokost er det tid til at skrive et afsluttende notat fra et forløb med en patient, som skal udskrives om et par dage.

Sanggruppe

Kl. 15 har jeg sanggruppe. Det er en åben gruppe, hvor patienter og pårørende kan komme hver onsdag og være med lige så længe de orker og ønsker. Nogle patienter

støder til senere. Jeg har lavet en sangbog med 120 sange med både danske og engelske sange, som de fleste kender. Jeg spiller på guitar og har trommer og andre percussion-instrumenter med. Sanggruppen varer ca. en time og mit terapeutiske fokus er på at patienterne og deres pårørende spiller, synger og deler en hyggelig stund sammen. Patienterne nyder ofte denne time meget.

Efter sanggruppen går jeg på kontoret og noterer hvordan hver enkelt patient, der var med, havde det og reagerede på musikken. Jeg har her særlig fokus på at notere hvor hurtigt patienterne udtrættes, deres evne til at koncentrere sig samt hvor længe og hvordan den enkelte patient fungerer i denne sociale sammenhæng.

Bagefter prioriterer jeg at deltage i plejepersonalets vagtskifte. Der er kommet en ny patient og det er vigtigt at jeg orienterer mig i den pågældende patients tilstand.

Ung mand på 23 år

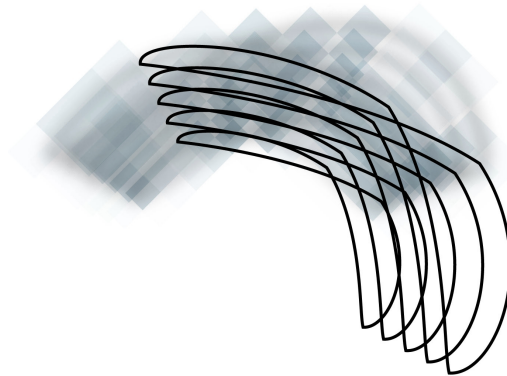
Derefter har jeg en aftale med en ung mand på 23 år. Han har været soldat og blevet ramt i hovedet af en sten efter en eksplosion. Hans forældre bor langt fra hospitalet, og kommer derfor sjældent i hverdagen. Derfor har han mange timer alene. Patienten har været indlagt i 1½ måned, da jeg tilknyttedes teamet. Med denne patient laver jeg hovedsagelig pædagogiske arbejde. Vi lytter til lydbøger sammen. Han har brug for at lytte i små sekvenser for at kunne fastholde handlingen. Derfor stopper jeg CD-afspilleren efter et kort afsnit, hvorefter vi taler om handlingen og jeg skriver de vigtigste ord ned. Han fortæller at han elsker bøger, og er meget taknemmelig over at jeg kommer. Han har en del kognitive skader, men er kun i mindre grad ramt på sin hukommelse. Når stoffet struktureres på denne måde kan han, også mellem vores møder, følge med i his-

torien. Tilbage på kontoret noteres dagens session sammen med ham.

Afslutning

Klokken er ved at nærme sig 17.30 og jeg sætter mig ind i min bil og kører hjemad, lige som mange andre. Mit arbejde giver mange tanker om skæbner, hvor livet, ofte tilfældigt, ændres på mindre end et minut. Trods de tunge skæbner er det altid

meget givende at være på arbejdet. Ikke mindst fordi musikterapi har en kæmpe berettigelse i rehabiliteringen mod at blive et helt menneske igen. Jeg er netop, i forbindelse med afsluttet GIM II, i gang med at planlægge et pilot-projekt i samarbejde med afdelingens forskerenhed. Målet er at implementere modificeret GIM som et tilbud til vores patienter.



Ny musik: Du blomstrende sommer

Helle Nystrup Lund cand. mag i musikterapi. Ansat som musikterapeut på Aalborg Psykiatriske Sygehus. Pianist i Helle Lund Jazz Trio. Modtager af Jambazzadør prisen 2009. Kontakt: hnl@rn.dk

DU BLOMSTRENDE SOMMER

TEKST OG MUSIK :
HELLE NYSTRUP LUND

Jeg ved at du kommer
du blomstrende sommer med glæde
Og i dine arme så varme er jeg fuldt tilstede
Åh hvor har jeg savnet dig
Vinteren lang har jeg sunget din sang
Åh ja – vinteren lang

Min sommer, min årstid
Jeg ser i dit ansigt du gløder
en sanselig sødme og bortgemte længsler jeg møder
Åh hvor har jeg savnet dig
Forårets dage med regn var et tegn
til mig – på at du kom

Du viser med modvillig regn
og med let kølig charme
en nedfalden stemning med hævning og halvt åbne arme
Åh hvor er det svært min ven
Snart skal vi mødes og skilles igen
Åh ja – skilles igen

Og når du er væk
kommer efterårsblegnede blade
Og vinden er pensel der maler med blød farvelade
Åh hvor vil jeg savne dig
Efterårstid giver æbler med bid
Åh ja – efterårstid

Men nu er du kommet
du blomstrende sommer med sange
som fylder mit hjerte med regnbuetoner og klange
Åh hvor er det livligt lyst
Midsommernat har fornuften forladt
Åh ja – midsommernat

Musik og tekst: Helle Nystrup Lund

Forskningsnyt

i perioden august 2009 – januar 2010

Hanne Mette Ridder lektor, ph.d., Institut for Kommunikation, Aalborg Universitet.

Kontakt: hanne@hum.aau.dk

Specialeafhandlinger i musikterapi

I december 2009 forsvarede **Immanuel Kuhrt** sit kandidatspeciale: *At spille musik i luften. Om MIDI-teknologi i aktiv musikterapi med børn med varig og betydeligt nedsat funktionsevne.*

Kandidatspecialer fra musikterapi er, med mindre de indeholder fortroligt casemateriale, tilgængelige på nettet via AAUs hjemmeside på adressen <http://projekter.aau.dk>

Nyt fra Forskerprogrammet i musikterapi

Endnu engang kan der berettes om fantastiske bedrifter på Forskerprogrammet i musikterapi. Som en stor cadeau til **Tony Wigram**, der leder programmet, er der fra Det Frie Forskningsråd og Forskningsrådet for Kultur og Kommunikation bevilget 11.000.000 kr. (du læste rigtigt: 11 mio!), i form af 5 fuldtids mobilitetsstipendier. Herudover er der fra Forskerskolen på Humanistisk Fakultet sat ekstra midler af i budgettet til Musikterapiforskerprogrammet. Der er pt. indskrevet 13 ph.d.-studerende på forskerskolen, hvoraf 3 forventes at forsvare deres afhandling i 2010.

I november 2009 deltog de fastansatte forskere fra musikterapiuddannelsen i et seminar i Melbourne i Australien. Her blev der udarbejdet konkrete forskningsprojekter som på kryds og tværs involverer de 9 partere der samarbejder i 'det internationale musikterapiforskningskonsortium' (for mere info, se forskerskolens hjemmeside www.mt-phd.aau.dk).

Forskningsartikler

Musikalsk hukommelse og Alzheimers

I en undersøgelse af musikalsk hukommelse klarede personer med Alzheimers demens (AD) sig meget dårligt i forskellige hukommelsestests. Da dette resultat modsiger forskellige beretninger om personer med demens, som har en

bemærkelsesværdig musikalsk hukommelse, blev data analyseret igen, men nu med fokus på deltagerne hver for sig. Dette gav et helt andet billede. Det viste sig at 4 deltagere (33 %) klarede sig lige så godt som kontrolgruppen ved de fleste tests, mens 3 deltagere (25%) viste et fuldstændigt tab af musikalsk hukommelse. I undersøgelsen konkluderes forsigtigt, at det ikke er *ualmindeligt*, at personer med AD har en fuldstændig bevaret hukommelse for musik, mens andre mister denne. (Vanstone, A.D. & Cuddy, L.L. (2010) Musical Memory in Alzheimer Disease. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 17, s. 108-128)

Musik, hørelse og lytteevne

Der har i slutningen af 2009 været en stime af undersøgelser, der omhandler hørelse og dét at lytte. Flere af disse undersøgelser er relevante for musikterapeutisk arbejde. Fx viser det sig at musiklytning kan dæmpe lyden af de indre ringetoner, som opleves ved tinnitus. Deltagerne i undersøgelsen skulle lytte til musik, hvor de frekvenser, som de tinnitusramte mente deres indre ringetoner lå i, var filtreret væk. Det særlige ved undersøgelsen – i forhold til lignende undersøgelser af musiklytning – er at deltagerne selv udvalgte musikken. Hjerneskanninger understøttede deltagerenes oplevelse, idet der viste sig mindre aktivitet i bestemte områder i høre cortex. På dette link fra det tyske tidsskrift *Spiegel* kan du høre forskellen på den rigtige og den filtrerede musik: <http://www.spiegel.de/wissenschaft/medizin/0,1518,669399,00.html>. (Okamoto, H, Stracke, H, Stoll, W & Pantev, C (2010) Listening to tailor-made notched music reduces tinnitus loudness and tinnitus-related auditory cortex activity. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 107, s. 1207-12)

Vi hører ikke bare med øret, men vi hører med hele kroppen, og for at forstå det, vi hører, integrerer vi, hvad vi ser og mærker. Canadiske sprogforskere viser at vi ikke kun forstår ord som vi hører dem, men tillægger dem en betydning med følesansen. I forsøget lyttede deltagerne til sproglyde samtidig med at de modtog svage (ikke hørbare) pust på deres hånd eller i nakken. De små pust fik følesansen til at blande sig, og deltagerne hørte ordlyde 'forkert'. (Gick, B. & Derrick, D. (2009) Aero-tactile integration in speech perception. *Nature*, 462, s. 502-504)

For at kunne arbejde som musiker er det nødvendigt at kunne spore sig ind på et bestemt instrument og lytte til kun det ene instrument blandt mange. Et tværfagligt forskerhold har fundet frem til at musikere kan overføre denne evne til at 'forstå' musik til evnen til at 'forstå' samtaler i mere eller mindre støjende omgivelser. (Parbery-Clark, A., Skoe, E. & Kraus, N. (2009) Musical Experience Limits the Degradative Effects of Background Noise on the Neural Processing of Sound. *The Journal of Neuroscience*, 29(45), s. 14100-14107)

Man kan sætte spørgsmålstegn ved om musikerne netop er blevet musikere,

fordi de i forvejen havde ovennævnte lytteevne, eller om det er en evne, de har fået optrænet. En amerikansk/canadisk undersøgelse viser at de særlige forandringer, som ved scanning kan ses i hjernen hos trænede musikere, også viser sig hos børn efter 15 måneders musikundervisning. Forskerne kan således slå fast at særlige færdigheder (som fx at spille på et musikinstrument) ikke er noget medfødt, men skyldes tidlig træning, dvs. at hjernen er plastisk. (Hyde, K.L, Lerch, J., Norton, A., Forgeard, M., Winner, E., Evans, A.C. & Schlaug, G. (2009) Musical Training Shapes Structural Brain Development. *The Journal of neuroscience*, 29 (10), s. 3019-3025)

Endelig er der forskere, der viser, at vi ikke skal være bange for at 'putte' god musik i ørerne, men at vi skal passe på med daglig støjbelastning. I en omfattende undersøgelse med sammenlagt 6.000 deltagere konkluderes, at vi i dag har meget bedre udsigter til at bevare vores hørelse end tidligere, trods årtier med høj transistormusik, walkmen og Ipod. Og jo yngre vi er, jo større er chancerne for en god hørelse i alderdommen. Store støjbelastninger kan give høreskader, men de er oftest 'kun' midlertidige. Den generelt bedre hørelse forklares med, at vi ikke som tidligere belastes kontinuerligt på meget støjende arbejdspladser (i fx industrien) eller får varige mén som følge af fx mellemørebetændelse. (Zhan, W., Cruickshanks, K.J., Klein, B.E.K, Klein, R., Huang, G.-H., Pankow, J.S., Gangnon, R.E. & Tweed, T.S. (2010) Generational Differences in the Prevalence of Hearing Impairment in Older Adults. *American Journal of Epidemiology*, 171(2), s. 260-266)

Af forskningsartikler der specifikt beskriver musikterapeutisk behandling er der følgende to artikler:

Lars Ole Bonde (2010) Musikterapi til kræftpatienter – en dokumenteret komplementær behandlingsform. DBO-Bladet (Dansk Brystkræft Organisation), 9(29), s. 4-5.

Hanne Mette Ridder, Tony Wigram & Anne Marie Ottesen (2009) A Pilot Study on the effects of Music Therapy on Frontotemporal Dementia – developing a research protocol. *Nordic Journal of Music Therapy*, 18(2), s. 103-132.

Forskning og dokumentation på dansk

Forskningsnyt fra Psykologi gennemgår i oktoberudgaven en undersøgelse af **Greenwood & Long** 2009, der omhandler yngre personers evne til humørregulering sat i forhold til deres brug af medier som musik, tv, film/dvd, kulørte blade og videospil. 229 yngre amerikanere deltog i spørgeskemaundersøgelsen, som også var koblet med spørgsmål om, hvordan man tackler dårligt humør. Ud af undersøgelsen konkluderes, at "det at gribe til tv, når man er i dårligt

humør kan være tegn på en uheldig måde at forholde sig til sit eget dårlige humør, mens folk, der benytter musik til at hæve humøret, tilsyneladende i gennemsnit er bedre til at regulere deres eget humør". (Nielsen, T. (2009) Om at styre humøret med musik og tv. *Forskningsnyt fra Psykologi*, 18(5), s. 22-24)

Konferencer

13. verdenskonference i musikterapi 2011

På hjemmesiden www.musictherapy2011.org er der information om den 13. verdenskonference i musikterapi i Seoul, Korea, 5.-9. Juli 2011. Der er call for papers nu, med deadline 31. august 2010. Verdensorganisationen for musikterapi (WFMT) udlover gratis deltagelse for 10 studerende der er aktive i forhold til globalt samarbejde. For mere information: http://www.wfmt.info/WFMT/World_Congress_2011.html

Konference om Musikk i Psykisk Helsearbeid med barn og unge

21. januar 2010 afholdt *Senter for Musikk og Helse* en nordisk konference i Oslo om musikterapi i psykiatrien. En stor gruppe på 25 danskere deltog i konferencen.

Andet

Karin Schou er midlertidigt ansat som post.doc. på Aalborg Psykiatriske Sygehus, hvor hun sammen med **Lars Ole Bonde** og **Inge Nygaard Pedersen** gennemfører et projekt med anvendelse af GAF (The Global Assessment of Functioning) som måleredskab i musikterapi i psykiatrien.

Boganmeldelse – Musik og menneske. Introduktion til musikpsykologi

Anmeldt af **Kirsten Fink-Jensen** cand. pæd. i musik, ph.d., lektor, Institut for Læring, DPU, Århus Universitet. Kontakt: kirstenf@dpu.dk



Bonde, Lars Ole (2009). Musik og menneske. Introduktion til musikpsykologi, Samfundslitteratur, København, 371 sider. Pris: 298 kr.

Lars Ole Bonde har i mange år været en af de drivende kræfter på musikterapiuddannelsen på Aalborg Universitet. I denne uddannelse indgår faget musikpsykologi, som forfatteren har undervist i. Musikpsykologi er et meget stort fagområde, selv om det har haft en lille eller næsten ingen placering på dansk akademisk grund. Ikke desto mindre er der en række væsentlige musikpsykologiske spørgsmål som til stadighed dukker op både indenfor og udenfor de musikfaglige kredse herhjemme. I pædagogiske sammenhænge efterspørges således ofte resultater fra musikpsykologisk forskning, bl.a. med henblik på at begrunde musikfagets relevans i skolen. I den forbindelse synes især spørgsmål om fagets kvaliteter med hen-

syn til at styrke læring i andre fag samt spørgsmål om musikalsk intelligens at indgå i løbende diskurser blandt lærere og pædagoger.

Forskning i musikpsykologi er ikke ny, men har i lighed med psykologisk forskning undergået en række forandringer fra at være laboratorieforskning inspireret af naturvidenskaben til at være forskning, der medtænker kontekstuelle forhold, og som er af mere humanistisk art. Disse forskellige retninger har hver deres at bidrage med, og det kommer da også tydeligt frem i Bondes bog.

Bogen er bygget op over en teoretisk model, som "analytisk udskiller 4 forskellige funktionsniveauer i musikkens betydning for og virkning på mennesket" (s.30).

Der skelnes mellem et fysiologisk, et syntaktisk, et semantisk og et pragmatisk funktionsniveau, som hver især præciseres med hensyn til, hvilken musikforståelse, der ligger bag, hvad der er i fokus og endelig de mulige virkninger. Modellen er inspireret af centrale forskere som John Sloboda og Even Ruud.

Først præsenteres vi for baggrunden for musikpsykologien som disciplin. Denne historiske indledning fører os frem til status for musikpsykologien i Danmark og Europa. Den teoretiske model, bogen er baseret på, tager udgangspunkt i forskellige musikforståelser.

2. del indledes med en diskussion af forholdet mellem musik og sprog, som kan føre videre til emner, der relaterer sig til de forskellige niveauer i den teoretiske model. Det fører for vidt at gå i detaljer her, men bemærkelsesværdigt er det, at Bonde med inddragelse af Even Ruud som afslutning på denne del af bogen kan sammenfatte spørgsmål fra modellens fire niveauer i den løbende debat om "sundhed i et samfundsperspektiv" (s.185). Ruuds syn på musik og musicering er, at det kan bidrage til at styrke livskvaliteten ved at:

- forstærke vitalitetsfølelsen og følelsesbevidstheden
- skabe ramme for øget udadrettet handling
- stimulere oplevelsen af at høre til i et fællesskab
- skabe en fornemmelse af mening og sammenhæng i nuet (s.186)

3. del af bogen indeholder derpå en række forskellige emner, så som musiklytning, musik og transfer, musikpræferencer, begrebet musikalitet m.m. Alt sammen emner som må være af stor aktuel interesse for såvel musiklærere som studerende på forskellige niveauer.

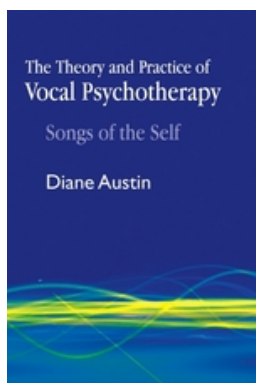
Bogen er en lærebog, dvs. en bog, som måske nok kan læses fra ende til anden, men i så fald med et sådant væld af informationer, at det kan virke uoverskueligt. Det er oplagt at benytte bogen til at dykke ned i bestemte musikpsykologiske spørgsmål, man er optaget af. Her kan man så få et overblik samt vælge at benytte de mange henvisninger, bogen giver til uddybning af de enkelte temaer. Hvis man vælger denne fremgangsmåde, vil jeg anbefale, at man i alt fald læser 2. del af bogen, hvor man dels præsenteres for præmisserne for bogens opbygning, dels får en basal viden om, hvordan musik kan forstås.

Som jeg nævnte indledningsvis, har Lars Ole Bonde været en central person i udviklingen af musikterapiuddannelsen på Aalborg Universitet. Det gennemsyrrer denne bog, at han har en særlig interesse for dette felt. Jeg ser det desuden som en styrke, at den viden, der er udviklet inden for den musikterapeutiske forskning kommer frem mange steder i bogen. Man kan fx fremhæve de musikterapeutiske forskeres interesse for spædbarnsforskning, som har bidraget til meget vigtig viden inden for det musikpsykologiske felt.

Jeg kan varmt anbefale bogen til musiklærere, musikterapeuter, pædagoger og musikstuderende af forskellige kategori.

Boganmeldelse – The Theory and Practice of Vocal Psychotherapy. Songs of the Self.

Anmeldt af **Sanne Storm** cand. mag. i musikterapi, ph.d. studerende ved Aalborg universitet, ansat ved Tórshavn Psykiatriske Hospital, Færøerne. Kontakt: stormsanne@gmail.com



Austin, Diane (2009). The Theory and Practice of Vocal Psychotherapy. Songs of the Self. London: Jessica Kingsley Publishers. 224 sider. Pris: £22.50

Diane Austin er en kendt og veletableret pioner indenfor musikterapi, ikke mindst indenfor anvendelsen af stemmen som primært instrument i musikterapi. Bogen "The Theory and Practice of Vocal Psychotherapy. Songs of the Self" er en bog jeg personligt har ventet på med stor længsel. Efter i mange år at have læst nogle af de mange artikler som Austin har publiceret i både bøger og tidsskrifter, er der nu endelig udkommet en bog, der samler hele hendes tilgang til at bruge den menneskelige stemme som et redskab i musikterapi. I 2004 skrev Austin doktor afhandlingen "When Words Sing and Music Speaks" og bogen her er en god omskrivning af denne.

Austin har haft privat praksis i mere end 20 år i New York. Hun har en bred klinisk erfaring, blandt andet med voksne, der er

blevet alvorligt traumatiserede som børn. Hun har som nævnt publiceret en række artikler i både bøger og tidsskrifter, og holdt forelæsninger og undervist internationalt. Til trods for denne store aktivitet er dette hendes første bog.

Selve bogen er inddelt i to store afsnit, hvoraf det første giver et teoretisk grundlag for hendes metode "Vocal Psychotherapy". I dette afsnit integreres ideer og teorier fra dybdepsykologi, traume- og objektrelationsteori samt intersubjektivitet som teoretisk fænomen og praktisk disciplin. Desuden introducerer hun sin anskuelse og anvendelse af overføring og modoverføring. Andet afsnit er klinisk og beskriver Austins vokale interventioner i detaljer.

Et af de mest vægtede temaer i bogen, og måske også selve kernen i bogen, er "con-

nection”, og det i enhver betydning. “Connection” som tema bliver anskuet fra mange vinkler med fokus på tilknytning til selvet, til andre, samt til indre tanker og følelser. Idet Austin fokuserer på connection som tema, har hun hele tiden fokus på den menneskelige stemme som det bærende og ledende instrument i det udforskende arbejde. *Hvordan* man arbejder med dette beskrives i mindste detalje lige fra arbejdet med naturlige lyde, åndedrættet, stemmeimprovisationer og toning, til arbejdet med sange med særlig betydning for klienten, samt Austins egne udviklede teknikker som “Vocal Holding”, “Free Associative Singing” og “Psychodramatic Singing”.

Bogen er på engelsk og skrevet i et meget let forståeligt sprog, der gør det let at sætte sig ind i hendes tanker og overvejelser, metode, teoretiske tilgang og teknikker som helhed. Hvert eneste tema, hver eneste teoretiske overvejelse, hver eneste stemmeintervention og metode beskrives omhyggeligt og bliver knyttet til klinisk praksis og psykologiske teoretiske processer med case eksempler og vignetter.

Austin sikrer i det hele taget, at vi som læser ikke glemmer klienten. Dette synes jeg personligt er et meget tiltalende træk. For hvorfor har vi valgt at blive musikterapeuter? Et spørgsmål som Austin stiller undervejs og giver sit personlige svar på.

Det er i det hele taget en personlig bog, hvor jeg oplever, at Austin er åben, direkte og ærlig. Når jeg læser, sidder jeg med en oplevelse af i teksten at “høre” Austins egen “sang” fra Selvet. Austin er nemlig ikke bange for at vedkende og stå ved, at hun er en “wounded healer”, eller at tilkendegive og stå ved sine egne meget personlige oplevelser fra livet, samt de tanker og overvejelser som har bidraget til at udvikle hendes metode “Vocal Psychotherapy”. Gennem hele bogen knytter Austin sine egne livserfaringer og sin personlige

proces til de psykologiske teorier. Personligt finder jeg denne åbne og autentiske “stemme” i bogen essentiel. Jeg fornemmer en velovervejet beslutning og begrundelse for at vælge denne personlige form som en gennemgående tone i bogen. Netop dette valg oplever jeg er med til at understrege, at vi ikke må glemme virkeligheden, rollen vi påtager os som terapeuter i mødet med klienten, den kliniske setting og mest af alt, hvad der skal til for at arbejde som musikterapeut med en metode, hvor vi selv *er* instrumentet – som vi er, når vi bruger den menneskelige stemme som det primære instrument i musikterapi.

Jeg har som sagt længe ventet på denne bog. Nu er den her, og jeg kan kun give den min bedste anbefaling. Det er en vigtig bog – den sætter fokus på et instrument, som jeg oplever musikterapien i lang tid har overset, måske fordi det er så nærliggende. Men vores stemme er et instrument, som det er meget vigtigt at vi forholder os til og er bevidste om, at vi kan anvende i terapi på lige fod med andre instrumenter. Stemmen er et instrument vi altid bærer og har med os, og som byder på et hav af mulige kliniske interventioner.

Vi har stadig meget at lære og dokumentere om den menneskelige stemme i musikterapi, om dens natur, dens muligheder og effekt som instrument. Denne bog er en vigtig brik i det arbejde. Ikke mindst set i lyset af at der endnu ikke skrevet meget om dette emne. Denne bog er en af de første, der forholder sig konkret til stemmen som instrument, men samtidig er den en introduktion til Austins metode, forståelse og tilgang. Derfor vil jeg sige, at den primært henvender sig til musikterapeuter. Dermed ikke sagt, at andre faggrupper ikke kan have glæde af den. Men jeg vil synes, at man skal have en speciel interesse i stemmen, og hvad det at synge kan aktivere af indre oplevelser.

MTL-klummen: Farvel til – og hurra for – Hanne Mette

Julie Ørnholt Bøtke formand for MTL. *Cand.mag. i musikterapi, AAU. BA i Rytmask Musik og Bevægelse, Det Jyske Musikkonservatorium* Kontakt: mtl@musikterapi.org

På det årlige MTL-landsmøde i Aalborg i september 2009 tog vi afsked med et meget aktivt og meget velanset bestyrelsesmedlem – nemlig vores formand Hanne Mette Ochsner Ridder. Hanne Mette havde på det tidspunkt været medlem af MTL's bestyrelse i 10 år, hvoraf hun de sidste 3 år havde siddet som formand... eller forkvinde, som hun ynder at kalde det.

Det var en fornøjelse at have Hanne Mette som forkvinde, for der var styr på tingene, og der blev taget hånd om sagerne med et sjældent set overskud til samtidig at være utrolig rar at samarbejde med. Hanne Mette havde som forkvinde for MTL en finger med i spillet mange steder; både gennem arbejdet på universitetet i Aalborg, gennem kontakter til forskerverdenen samt i internationalt musikterapi-regi via hendes deltagelse i EMTC-møder rundt omkring i Europa. Hun viser desuden ofte sit ansigt på adskillige konferencer og seminarer i ind- og udland, og er på den måde en fantastisk repræsentant for både det danske musikterapi-miljø generelt og for vores egen interne faglige forening.

Hanne Mette vender nu front mod nye udfordringer, idet hun starter som formand (eller måske snarere forkvinde) for EMTC (European Music Therapy Confederation) her i foråret 2010. Hendes plads som menigt medlem og repræsentant for Danmark bliver derefter overtaget af Astrid Faaborg Jacobsen. Den store udfordring i EMTC-regi er den fælles europæiske registrering af

musikterapeuter. Det er et meget vigtigt, meget svært og langsommeligt stykke arbejde, men det er ganske betryggende at vide, at Hanne Mette nu sidder i centrum af den proces.

Vi vil fra bestyrelsen gerne ønske dig – Hanne Mette – al mulig held og lykke med dit fremtidige arbejde som forkvinde for EMTC, og med hvad du ellers måtte lægge navn til af spændende projekter. Tusind tak for indsatsen, tak for god ro og orden de sidste 10 år, og tak fordi du er så dejligt nede på jorden, som du er. Vi håber bestyrelsen i EMTC bliver lige så glad for at have dig som forkvinde, som vi har været det hér i MTL.

Bestyrelsens arbejdsopgaver i dette år

I bestyrelsen sidder vi i denne periode; Lise Høj Laursen (kasserer og næstformand), Miriam Karpantschof (web-sekretær), Stine Lindahl Jacobsen (papir-sekretær), Sofie Andersen (menigt medlem) og Julie Ørnholt Bøtke (mail-sekretær og formand)

På trods af Hanne Mettes afgang fra MTL-arbejdet vil vi nu forsat have kontakt med hende for at følge med i EMTC's møjsommelige arbejde med det fælles standardregister for musikterapeuter i Europa – også kaldet EMTR (European Music Therapist Register). Der er et stort ønske i kommissionen om at holde standarderne på et akademisk niveau, dvs. svarende til BA og MA, så de på den måde nemmere kan forholdes til uddannelserne rundt

omkring i Europa. Arbejdet har været i gang i længere tid, og kommer også til at fortsætte over de kommende år inden resultatet kan forsøges implementeret ind i Europas forskellige musikterapeutiske traditioner. Helt konkret vil en sådan standardregistrering af musikterapeuters fagprofil forhåbentlig kunne stille os stærkere i arbejdet frem mod en blåstempling og eventuelt en autorisation af faget. Men det er nok stadigvæk, hvad man – med politikerretorik – ville kalde ‘på den lange bane’.

Indtil videre har arbejdet med registreringerne udmøntet sig i nogle minimumsstandarder, som blev beskrevet af Hanne Mette i Dansk Musikterapi 2006, 3(1). På EMTC's nye hjemmeside – som dog stadig er under opbygning – er der også mulighed for at læse mere om arbejdet med registreringerne: www.emtc-eu.com se under < Register >

Af andre, mere lavpraktiske, opgaver der fokuseres på i bestyrelsen lige nu, kan nævnes trykningen af det færdigredigerede etikhæfte. Det arbejde har været undervejs i flere år, og det er en sand fornøjelse at være kommet så langt nu, som til at skulle forholde sig til noget så relativt enkelt som farven på forsiden.

Vores brochure om musikterapi skal ligeledes genoptrykkes, så medlemmerne af MTL kan bruge dem i deres arbejde med at informere om og udbrede kendskabet til musikterapi hos kolleger, brugere, pårørende, nysgerrige, kommende studerende og andre interesserede.

Og så lige til noget lidt mere alvorligt: I november 2009 røg ét af vores medlemmer ud i nogle ansættelsesmæssige problemer og henvendte sig til MTL for hjælp og

opbakning. Vi formulerede i bestyrelsen en udtalelse til eventuel brug i en forhandling af ansættelsesvilkårene, men kan, som den faglige klub vi er, ikke gøre så meget andet end dét. Det er DM – som fagforening – der sidder med afgørende indflydelse i forhandlinger, og når der – som i dette tilfælde – snarere er tale om besparelser, kan ikke engang DM hjælpe med noget konkret.

Som formand for MTL, har denne situation fået mig til at tænke på, at MTL – på trods af mangel på afgørende indflydelse i sådan en situation – alligevel skal være et sted, hvor vores medlemmer kan henvende sig og få al den støtte, der er brug for, og som vi (i frivillighedens tjeneste) kan yde. Og selvom vi ikke er flere medlemmer af foreningen, end at vi kender hinanden næsten alle sammen, så er der også mulighed for at gøre denne nærhed til en styrke.

I dette konkrete tilfælde fik det pågældende medlem i hvert fald en følelse af ikke at stå helt alene i en verden, der ramlede sammen om ørerne på vedkommende. Og dét synes jeg, er en rigtig vigtig ydelse at kunne give som faglig forening. Desforuden fik medlemmet også helt konkret hjælp i form af kontakter til andre kolleger indenfor samme arbejdsområde, der kunne give både råd og vejledning samt henvise til specifikke artikler og dokumenter, der kunne støtte op om vedkommendes indsats for at bibeholde sit musikterapeutiske behandlingstilbud. Vi har i bestyrelsen stadig jævnlig kontakt til det pågældende medlem, og sagen er ikke afsluttet endnu. Men tusind tak til alle der gav en hånd med og delte ud af deres viden og støtte til hjælp for et medlem af vores faglige klub.