

# **MUSIKTERAPI OG NEUROREHABILITERING**

Etnografisk undersøgelse af kliniske metoder og teknikker i arbejdet med personer med kommunikationsvanskeligheder

Kandidatspeciale i Musikterapi

Institut for Kommunikation

Aalborg Universitet, maj 2010

Anja Faurschou Hastrup

Vejleder: Hanne Mette Ochsner Ridder

179.467 tegn, svarende til 74,8 normalsider

Forsidebillede er fundet på en opslagstavle på neuropsykologisk afdeling, Glostrup Hospital, efteråret 2008.

## Indholdsfortegnelse

1 Indledning .....	3
English Summary.....	3
1.1 Introduktion til specialet.....	3
1.2 Specialets læsermålgruppe .....	6
1.3 Problemformulering.....	6
1.4 Specialets opbygning .....	7
1.5 Min musikterapeutiske position i neurorehabiliteringsfeltet.....	8
1.6 Begrebsafklaring .....	12
2 Metodologi og etnografi .....	22
2.1 Metodologi – Forskningsdesignets videnskabsteoretiske grundlag.....	22
2.2 Etnografi.....	24
2.3 Det etnografiske felt .....	27
2.4 De etnografiske teknikker .....	29
2.5 Empirisk materiale .....	34
3 Forskning og teori .....	42
3.1 Definition på musikterapi.....	43
3.2 Forskning i musikterapi og neurorehabilitering.....	44
4 Egen erfaring og interview .....	52
4.1 Praktikkerne .....	53
4.2 Netværket .....	55
4.3 Interview som metode .....	57
4.4 Interviewene .....	62
4.5 Uddrag fra interviewene .....	64
4.6 Fund fra transskriptionerne .....	68
4.7 Del-konklusion fra praktik, netværk og interview .....	70
5. Analyse og syntese .....	72
5.1 Analyse .....	72
5.2 Syntese .....	75
5.3 Opsamling af analyse og syntese .....	80

6. Konklusion .....	81
6.1 Opsamling af konklusionen .....	84
7. Diskussion og metodekritik .....	85
7.1 Diskussion af analysefund og konklusion .....	85
7.2 Neuro-musikterapeutisk terminologi .....	87
7.3 "Børn har behov for kærlighed" .....	88
7.4 Metodekritik .....	89
7.5 Etnografi som videnskab .....	90
7.6 Afasi versus kommunikationsvanskeligheder .....	91
7.7 Informationskildernes relevans for undersøgelsen .....	92
8. Perspektivering .....	92
Litteraturliste .....	95
Bilag .....	98

## 1 Indledning

### English Summary

*This thesis presents an ethnographic exploration in the use of clinical methods and techniques by danish music therapists in the field of neurorehabilitation. I refer to clinical work of people who have lost communication abilities due to severe apoplexy and consequently acquired brain injury, such as aphasia, dysarthria and apraxia of speech. Further, I explore how music therapists understand the coherence between therapeutic objectives, patient needs and clinical methods and techniques. Through ethnographic research techniques, I collect empiric material in order to answer research questions. Findings suggest that clinicians, who have experience in the field, focus on patient needs but attach less importance to the terms methods and technique in their clinical work than music therapists lacking clinical experience. Last-mentioned use clinical methods and techniques, but pay less attention to patient needs. Patient needs can be understood either from a therapeutic perspective or from the patient. Further, the conclusion indicates, hence the fact that music therapy in the field of neurorehabilitation in particular health service areas are in need of thorough explanation when it comes to clinical music therapeutic methods and techniques. I suggest music therapists consider the development of a unifying and common neuro-music therapeutic language, in order to endorse music therapy as a new profession in the field.*

#### 1.1 Introduktion til specialet

Dette speciale handler om musikterapi i neurorehabilitering - mere specifikt musikterapeutiske metoder og teknikker i arbejdet med kommunikationsvanskeligheder hos personer med senhjerneskode. Overordnet undersøger jeg, hvilke kliniske metoder og teknikker der anvendes af danske musikterapeuter, herunder hvordan disse stemmer overens med patientbehov. Desuden ser jeg nærmere på, hvordan musikterapeuter opfatter kliniske metoder og teknikker samt sammenhængen mellem patientbehov og den målsætning, der ligger til grund for opbygningen af musikterapisessioner i arbejdet med personer med kommunikationsvanskeligheder.

Mit valg af emne udspringer af uddannelsens niende semesters praktik, som for mit vedkommende fandt sted på apopleksiafdelingen på Glostrup Hospital i efteråret 2008. De patienter jeg arbejdede med, var alle personer med senhjerneskode og heraf efterfølgende kommunikationsvanskeligheder. Jeg arbejdede med personer der var blevet ramt af afasi

(ekspressiv og impressiv afasi), dysartri og tale-apraksi. Patienterne var i aldersgruppen 60 - 80 år. Diagnoserne bliver nærmere beskrevet i kapitel 3.

I mit musikterapeutiske arbejde fik jeg erfaring i brugen af sang, fællessang med og uden guitarakkompagnement, musiklytning, vokal- og konsonantøvelser, stemmetræningsøvelser, vejtrækningsøvelser og afslapningsøvelser. Disse fremgangsmåder er hovedsageligt baseret på den australske musikterapihåndbog i neurorehabilitering 'Music Therapy Methods in Neurorehabilitation – A Clinician's Manual' af musikterapeutforskerne Felicity Baker og Jeanette Tamplin (2006) og studienoter fra min undervisning i sangtræning samt kurset krop og stemme med sangpædagog Britta Kvist og musikterapeut Sanne Storm<sup>1</sup>. Nævnte undervisere arbejder ikke specifikt inden for neurorehabiliteringsområdet.

Erfaringer fra studiepraktik på sjette semester arbejdede jeg med en kvinde der var ramt af afasi på grund af apopleksi. Praktikken gav mig indsigt i, at der var visse udfordringer for mig ved at arbejde med denne patientgruppe. En af de væsentligste udfordringer bestod konkret af frustrationer over ikke at kunne verbalisere mit arbejde med patienten, og på denne måde evaluere mit musikterapeutiske arbejde og formidle musikterapi. Jeg var i færd med at definere egen musikterapeutidentitet, og med et ønske om at praktikken kunne tydeliggøre det for mig, blev jeg blot mere forvirret.

Arbejdet som musikterapipraktikant på Glostrup Hospital med samme kliniske patientgruppe, krævede herudover også overvindelse af frustrationer over den uklarhed om faget musikterapi der hersker blandt det tværfaglige personale. Jeg oplevede, at praktikken blev lettere for mig som studerende, hvis jeg talte et sprog tilpasset det sundhedsfaglige område. Et sprog som for mig var tydeligt i forhold til diagnoser og metoder, og som kunne forstås af det tværfaglige personale ud fra den terminologi de brugte.

---

<sup>1</sup> I forbindelse med studiet på Aalborg Universitet modtog jeg fra første til sjette semester undervisning i kurserne 'sangtræning' og 'krop og stemme'. Jeg fik undervisning i vejtrækning, sangteknik og holdning med fokus på stemmens og kroppens funktioner og egne tekniske samt musikalske udtryksmuligheder (For nærmere information se eventuelt: <http://www.mt-uddannelsen.aau.dk/Fagbeskrivelser/>).

Som eneste repræsentant for musikterapi på Glostrup Hospital, følte det trygt at arbejde ud fra Baker og Tamplins kliniske håndbog. Bogen gav mig en systematisk tilgang til musikterapeutiske kliniske metoder og teknikker i neurorehabilitering. Som person matcher den specifikke og strukturerede arbejdsstil godt til mig. Desuden harmonerede min musikterapeutiske 'stil' også med den behandlingskontekst jeg befandt mig i på Glostrup Hospital, hvor dokumentation og evaluering af behandlingen er i højsædet. Dog oplevede jeg i refleksioner over arbejdet med ovenstående metoder og teknikker, at jeg fik en følelse af at have været begrænset og upersonlig i min måde at udføre musikterapi på. Jeg oplevede samtidig under en tilfældig samtale med en fra det tværfaglige personale på apopleksiafdelingen, at jeg blev overrasket over mit behov for at besvare og forklare musikterapi ud fra konkrete metoder og teknikker. Jeg svarede vedkommende prompte, ud fra den viden jeg havde fået ved at læse Baker og Tamplins håndbog, helt uden at tænke nærmere over svaret. I mine refleksioner over at have svaret vedkommende på en nærmest automatisk facon gik det op for mig, at følelsen af begrænsethed måtte have sine rødder i egne urealistiske forventninger til mig som musikterapeutpraktikant, en manglende klinisk erfaring inden for neurorehabilitering og i sær den behandlingskontekst jeg arbejdede i.

Motiveret af mine praktikerfaringer ønsker jeg at undersøge og derved blive klogere på danske musikterapeuters kliniske arbejde, og hvad der gør sig gældende i arbejdet med ovenstående patientgruppe. Jeg er nysgerrig på deres brug af kliniske metoder og teknikker og vil undersøge hvad de tænker om kliniske metoder og teknikker, og hvordan de bygger deres musikterapisessioner op, for at undersøge hvordan de inddrager begreberne patient behov og målsætning.

Inden jeg går videre med problemformuleringen, giver jeg nedenfor i afsnit 1.2 et bud på, hvem dette speciale retter henvendelse til.

## 1.2 Specialets læsermålgruppe

Jeg har siden september 2008 deltaget i et fagligt musikterapeutisk netværk 'Neuronetværket', som består af danske musikterapikandidater fra Aalborg Universitet, der arbejder inden for neurorehabiliteringsområdet. Medlemmerne er repræsenterede i neurorehabiliteringsfaserne 1-3<sup>2</sup>. Netværket fungerer som et fagligt debatforum, hvor vi bl.a. drøfter de problemstillinger, vi hver især oplever i vores arbejde. Netværket består af 12 danske musikterapeuter, hvoraf et enkelt medlem har været ansat i neurorehabiliteringsområdet i 4½ år som det længste. Derfor anser jeg dette felt for at være et forholdsvist nyt fagfelt for musikterapeuter i Danmark. I specialets kommende kapitler omtaler jeg også musikterapi i neurorehabilitering som 'undersøgelsesfeltet'. Specialet retter sig primært mod denne faggruppe af musikterapeuter, da specialet koncentrerer sig om musikterapeutiske metoder og teknikker og virkningsforholdet mellem på den ene side brugen af kliniske metoder og teknikker og på den anden side behov og målsætninger hos den enkelte patient.

Gennem praktikken på Glostrup Hospital oplevede jeg, som nævnt i introduktionen, et manglende kendskab til og viden om musikterapi som fag blandt det tværfaglige personale. Det er derfor tænkeligt, at specialet kunne være interessant for faggrupper som fx neurologopæder, fysio- og ergoterapeuter. Faggrupper som alle var repræsenterede på apopleksiafdelingen, hvor jeg var i praktik.

## 1.3 Problemformulering

På baggrund af min undren over hvordan jeg anvendte og opfattede kliniske metoder og teknikker i en behandlingskontekst, undersøger jeg i dette speciale hvordan danske musikterapeuter anvender kliniske metoder, teknikker og sammenhængen mellem disse og patientbehov, samt

---

<sup>2</sup> **Fase 1** er den *akutte, intensive hospitalskrævende fase* hvor man udreder patienterne, **fase 2** beskæftiger sig med rehabilitering på hospitalet mens patienten stadig er indlagt, og **fase 3** er den del af rehabiliteringen, som finder sted efter udskrivelsen fra hospitalet (Moltubak og Schmidt, 2008).

målsætning. Jeg er kommet frem til følgende problemformulering, og det første punkt udgør hovedspørgsmålet:

- **Hvilke kliniske metoder og teknikker anvender danske musikterapeuter i arbejdet med kommunikationsvanskeligheder hos personer med senhjerneskode?**
  - Hvordan stemmer brugen af kliniske metoder og teknikker fundet hos danske musikterapeuter overens med behov hos personer med kommunikationsvanskeligheder?
  - På hvilken måde er der en sammenhæng mellem patientbehov og den musikterapeutiske målsætning, der ligger til grund for de enkelte musikterapiforløb?
  - Hvordan opfatter musikterapeuter generelt begreberne kliniske metoder og teknikker, og hvordan forholder de sig til dem i praksis?

## 1.4 Specialets opbygning

I de to følgende og sidste afsnit i kapitel 1 præsenteres som en del af indledningen til specialet min musikterapeutiske position i neurorehabiliteringsfeltet samt en begrebsafklaring. Min musikterapeutiske position kan have betydning for min analyse og mine konklusioner og kan derfor med fordel præsenteres her i indledningen til specialet. Det samme gælder begreber af gennemgående betydning for specialet, der derfor præsenteres i afsnit 1.6.

I kapitel 2 redegør jeg for specialets videnskabsteoretiske grundlag. Der redegøres endvidere for den etnografiske metode og de etnografiske teknikker, som jeg har anvendt ved indsamling og behandling af det empiriske materiale samt for afgrænsningen og præsentationen af det etnografiske felt.



I kapitel 3 gennemgår jeg litteratur og forskningsmateriale af betydning for specialets teoretiske grundlag. Materialet benyttes endvidere ved fortolkningen af analysens fund i et synteseafsnit i specialets analysedel. Herefter beskriver jeg i kapitel 4 min fremgangsmåde ved bearbejdningen af det empiriske materiale samt de fund, som det etnografiske felt har givet anledning til. Min behandling af materialet udmønter sig i en række del-analyser.

Kapitel 5 indeholder specialets samlede analyse. Kapitlet indeholder endvidere en syntese med en fortolkning og teoretisk perspektivering af mine analysefund. Fortolkningen sigter mod at bringe dele fra analysen til en anden forståelse af helheden. I kapitel 6 findes specialets konklusioner. Heri besvares problemformuleringens spørgsmål. Kapitel 7 indeholder en diskussion af analysefund og konklusioner samt en metodekritik.

Endelig indeholder specialets kapitel 8 en samlet perspektivering. Dette kapitel indeholder en række ideer til nye emner og tanker, der er opstået under specialeprocessen i forhold til en videreudvikling og eventuelt videre forskning inden for undersøgelsesfeltet.

## **1.5 Min musikterapeutiske position i neurorehabiliteringsfeltet**

For at tydeliggøre det fundament jeg bygger specialet på, gør jeg i følgende afsnit rede for min opfattelse af sygdomsbegreb, mit menneskesyn, behandlingssyn, musiksyn og min musikterapeutiske identitet.

### **1.5.1 Sygdomsbegreb og menneskesyn**

Ud fra mit valg af problemformulering hænger mit menneskesyn og tilgang til sygdomsbegrebet sammen. Jeg betragter mennesket som et individ, der på en gang er et biologisk væsen og et selvbevidst, reflekterende væsen. Jeg forklarer først min opfattelse af sygdomsbegrebet, dernæst mit menneskesyn.

Inden for det naturvidenskabelige medicinske paradigme taler man om den biologiske sygdomsmodel, apparatfejlsmodellen (Wulff et al., 2003, p.63ff). Efter min opfattelse er denne

tankegang baseret på en reduktionistisk tænkning, idet sygdommen forsøges lokaliseret til et enkelt organ og forklares som fejl eller mangler heri ligesom fx i en motor. Denne model kan jeg ikke tilslutte mig isoleret set, men jeg vil ikke afvise tilstedeværelsen og nødvendigheden af et kendskab til både neurologi og biologi i forhold til at arbejde med personer, som har en senhjerneskode.

Jeg er inspireret af den bio-psyko-sociale sygdomsmodel, hvor jeg ser sygdom og sundhed som produkter af dynamiske vekselvirkninger mellem menneskets biologiske, psykologiske og sociale omstændigheder. Jeg betragter ikke blot mennesker med en senhjerneskode som patienter, men som en helhed af kropslige, psykologiske og sociale elementer ud fra den begrundelse, at personer, som følge af en senhjerneskode, ikke blot oplever de biologisk neurologiske skader, men også emotionelle, sociale og kognitive. En eksplicitering af mit menneskesyn skal derfor ses ud fra en humanistisk tankegang, hvor jeg mener, at krop, sind og ånd ikke kan skilles ad. Jeg opfatter mennesket som mere end summen af dets dele og mener desuden, at den personlige livshistorie, som vedkommende har med sig er vigtig i forståelsen af det hele menneske.

Jeg har gennem praktikkerne arbejdet med vægt på det ressource- og oplevelsesorienterede, da jeg vælger at se på muligheder frem for begrænsninger hos den enkelte. Jeg arbejder ud fra den betragtning, at musikken i sig selv er med til at fremme ressourcerne hos den enkelte patient, således at jeg som musikterapeut gennem denne kanal har mulighed for at arbejde på et emotionelt, relationelt og funktionelt musikterapeutisk plan på samme tid.

### **1.5.2 Behandlings- og musiksyn**

”Kommunikation udvikles og udvides, når der er mulighed for at komme af med sine budskaber, blive hørt og få svar” (Videnscenter for hjerneskode, 2009).

Det giver mening for mig at lave musikterapi med mennesker, der som følge af en apopleksi har mistet evnen til at udtrykke sig verbalt. At give patienterne mulighed for kommunikation, at få lov

at udtrykke gennem musik, hvad de føler, tænker og har behov for, er altafgørende for min måde at opfatte mig selv som behandler på og måden at omgås patienter og deres pårørende.

Mit behandlingssyn bygger først og fremmest på følgende ord; kommunikation, relation og tillid mellem patienten som ekspert på sin sygdom, og jeg som ekspert på mit arbejde. Jeg er inspireret af Antonovskys salutogenetiske model, hvor man fx ikke ser sundhed og sygdom som dikotomier, men som begreber der ligger på et kontinuum (Antonovsky, 2000, p.21f). For mig handler det om at delagtiggøre patienterne i mit arbejde og give dem en oplevelse af at blive mødt på et ligeværdigt niveau. Jeg går videre med en definition på mit musiksyn.

Musikterapeut og lektor ved Aalborg Universitet Lars Ole Bonde illustrerer forholdet mellem musik og menneske ud fra tre forskellige syn (Bonde, 2009, p. 16). Jeg tilslutter mig det 3.

*konstruktivistiske musiksyn*, som grundlæggende hævder, at mening i musikken ikke er nedlagt i musikken selv, men opstår i *mødet* mellem musikken og lytteren. Musik er et æstetisk fænomen, men musikkens æstetiske komponenter er beslægtet med og deler kvaliteter med menneskelige erfaringer, og disse er altid præget af den sociale og kulturelle kontekst (Ibid. p. 17).<sup>3</sup> I musikterapi med personer med kommunikationsvanskeligheder sker det ofte, at musikken som æstetisk fænomen fungerer som det primære i relationen mellem mig som behandler og patienten, mens samtaler fungerer som det sekundære. Jeg bruger musikken som non-verbal kommunikation, som den opstår og udvikler sig i relationen. Dette stemmer overens med min opfattelse af det konstruktivistiske musiksyn.

### 1.5.3 Min musikterapeutiske identitet

På musikterapiuddannelsen bliver vi introduceret for forskellige musikterapiretninger. Mest almindeligt i Danmark er musikterapiretningen Analytisk Orienteret Musikterapi (AOM), hvor fokus er på relationen og overføringsforhold. Dette skal ses i lyset af terapiretningens rødder fra

---

<sup>3</sup> I Bonde, Lars ole et al. (2001): *'Musikterapi: Når ord ikke slår til'*, bliver samme fremstilling af musiksyn på side 124, kaldt; *Det ekspressionistiske musiksyn*. Det konstruktivistiske og ekspressionistiske musiksyn er identiske i indhold og forståelse.

bl.a. psykoanalysen, metoder fra udviklingspsykologien og teorier vedrørende personlighedsdannelse. Jeg anvender musikterapietningen Analytisk Orienteret Musikterapi som ressourcefokuseret musikterapi. Herved skal forstås, at jeg i arbejdet lægger hovedvægten på patienternes iboende kræfter og psykiske ressourcer. Jeg anvender AOM til at opnå kontakt og kommunikere på et basalt plan. Jeg har fx anvendt prosodi som en art improvisationsteknik. Min musikterapeutiske identitet er bl.a. inspireret af musikterapeutforsker Mary Priestley og analytisk musikterapi (Priestley, 1994) I min sjette semesters praktik blev jeg opmærksom på, hvilke kræfter fænomenet modoverføring, især empatisk modoverføring, indeholder og undersøgte i bachelorprojektet modoverføringsoplevelser i musikterapi med en afasiramt kvinde<sup>4</sup>. Jeg har gennem denne undersøgelse, fået en betydelig viden om hvordan terapeutisk sensitivitet kan blive forstærket og særdeles brugbart, når man arbejder med non-verbale patienter.

Jeg har gennem studiet lært at benytte musik som et redskab til kommunikation, bruge musikken til at opnå kontakt og indgå som terapeut i en verbal og musikalsk relation med patienterne, hvor musikoplevelserne er med til forandring i dynamisk retning.

Gennem egenterapi på bachelordelen og kurset interterapi på uddannelsens overbygning, har jeg gennem egne processer fået viden omkring min terapeutiske identitet. I sidstnævnte modul bliver vi overordnet trænet i terapeutrollen, klientrollen og trænet i udarbejdelse, gennemførelse og evaluering af et individuelt musikterapeutisk forløb med en medstuderende. Det har givet mig en vigtig træning i at kunne 'afkode' og fange signaler om det vigtige i processen mellem mig som terapeut og klienten. Musikterapiforsker Inge Nygaard Pedersen underviser i dette kursus og var desuden min supervisor under hele forløbet. Inge N. Pedersen har i 2007 skrevet doktorafhandling i modoverføring som klinisk begreb anvendt af musikterapeuter som arbejder med musikalske improvisationer i voksenpsykiatrien.

---

<sup>4</sup> Se eventuelt bachelorprojekt: "Modoverføring og senhjerneskeade – en kvalitativ undersøgelse af modoverføringsoplevelser i musikterapi med afasiramt senhjerneskeade klient", Hastrup, Anja Faurshou, 2007.

Jeg har gennem studiet haft stor interesse i og ladet mig inspirere af musikpsykologi som fag<sup>5</sup> (se eventuelt Hastrup, 2006). Jeg kan i den forbindelse nævne den nyligt publicerede bog der introducerer musikpsykologi, af musikterapeut og professor II ved Senter for Musikk og Helse, Norges Musikhøgskole, Lars Ole Bonde. Musikpsykologi handler grundlæggende om, hvordan musik påvirker mennesker, og hvordan mennesker oplever og bruger musik – i et psykologisk perspektiv mere end et sociologisk (Bonde, Lars Ole, 2009, p. 12).

I musikpsykologien inddrages teorier, der har deres oprindeelse i natur-, samfunds- og humanvidenskabelige traditioner. Som musikterapeut i på Glostrup hospital i feltet neurorehabilitering, oplevede jeg at befinde mig i spændingsfeltet mellem de paradigmer, der understøttes af alle tre traditioner. Det medførte mange tanker og refleksioner, hvoraf nogle vil blive tydeliggjort senere i specialet. Jeg bevæger jeg mig videre til en begrebsafklaring.

## 1.6 Begrebsafklaring

I specialet har jeg fokus på det kliniske arbejde i neurorehabilitering, og mine nøglebegreber er klinisk metode, klinisk teknik, patientbehov og målsætning. I det følgende vil jeg afklare disse nøglebegreber, som jeg igen vender tilbage til i kapitel 2. Da musikterapi i neurorehabilitering er et relativt nyt fænomen og befinder sig på pionerstadie (Baker et al, 2006, p. 13), mener jeg desuden, at det er nødvendigt med en gennemgang af min forståelse af og overvejelser omkring begreberne personer med senhjerneskade og kommunikationsvanskeligheder, neurorehabilitering og patienter.

Jeg starter med en musikterapeutisk definition af, hvad man forstår ved klinisk metode og teknik, og herefter giver jeg min egen vurdering af, hvad jeg forstår ved klinisk metode og teknik. Jeg benytter den amerikanske musikterapi professor ved Temple University, USA, Kenneth E. Bruscias

---

<sup>5</sup> På musikterapiuddannelsens 1. semester havde jeg kurset 'Musikpsykologi' med tilhørende projektarbejde. Her blev jeg introduceret til bl.a. kognitiv psykologi og musikpsykologiske teorier.

definition af både metode og teknik som beskrevet i bogen 'Improvisational Models of Music Therapy' (1987).

### 1.6.1 Klinisk metode

Ifølge Bruscia (1987) bruger terapeuten en metode til at engagere klienten i et specifikt aspekt af den terapeutiske proces eller at fremme et metodisk formål. Metoder kan indeholde en serie af handlinger eller interaktioner og bliver skabt gennem en række forskellige teknikker. En metode er en del af en model/tilgang (Bruscia, 1987, p.16).

Jeg anvender begrebet klinisk metode som en overordnet term for en handling, der kan udføres i praksis. Fx forstår jeg metoden MMIT (modificeret melodisk intonationsterapi) som en term, der dækker over en metode, der rummer forskellige teknikker, der skal udføres i praksis, før man kan tale om, at man *bruger* den såkaldte MMIT-metode. Jeg anvender ligeledes termene receptiv og aktiv musikterapi som kliniske metoder. Ved receptiv musikterapi som metode forstår jeg musiklytning, som den term der udgør teknikken.

Jeg forestiller mig, ud fra min forholdsvis sparsomme erfaring med klinisk praksis, at metoder udvikles, når der opstår et behov for at kunne beskrive og forklare, *hvad* man har gjort og *hvorfor*.

### 1.6.2 Klinisk teknik

Bruscia definerer teknik som følger:

Teknikker bruges til at opnå øjeblikkelig respons/reaktion fra klienten, for derefter at opnå terapiens formål. En teknik er designet til at have en øjeblikkelig effekt. En teknik er fx en del af en metode (Ibid. p. 18).

Et eksempel på en teknik ud fra Bruscias fremstilling af 64 kliniske teknikker er fx

'imitation' (at reproducere klientens respons) = empati-teknik og 'rytmisk grounding' (terapeuten holder en fast puls hen over klientens improvisation) = en struktur-teknik (Ibid. p. 535).

Ved klinisk teknik afviger min forståelse ikke fra Bruscias definition. En klinisk teknik er det musikterapeutiske arbejde, der rent faktisk udføres i sessionen for at opnå en reaktion fra patienten, fx når man indgår i en relation og interagerer. Jeg tænker, at teknikker i høj grad er noget man udvikler på grundlag af sin personlighed som musikterapeut og selve den behandlingskontekst, man befinder sig i.

Ved nærmere eftertanke opfatter jeg klinisk metode og teknik som værende abstrakte og konkrete i deres væsen. Begrebet metode er abstrakt og begrebsmæssig i sin form, hvor teknik er konkret. Termerne abstrakt og konkret, kan i denne sammenhæng forstås ud fra følgende eksempel. I en forklaring over for fx ikke-musikterapeuter omkring *hvad* man *gør* i sessionen for at opnå et mål for den respektive patient – omtaler man metoden, men når den udføres i praksis, er det teknikkerne, der får den begrebsmæssige metode til at være konkret og håndgribelig.

Jeg går videre med en definition på behov og målsætning.

### 1.6.3 Behov

På studiets femte semester modtog jeg undervisning i faget Kliniske Gruppe-Musikterapi Færdigheder (KGMF). Professor ved Aalborg Universitet og musikterapeut Tony Wigram stod for den del af undervisningen, der bl.a. uddanner os i opbygning af musikterapisessioner med forskellige klientgrupper. I dette speciale tager jeg udgangspunkt i den musikterapeutiske forståelse og definition af begreberne behov og målsætning. I mine studienoter fra faget KGMF i efteråret 2006, har jeg fundet den i det følgende beskrevet af behov.

Wigram skelner mellem tre behov:

1) Generelle behov

Eksempel a: *'skabe et trygt terapeutisk miljø'* og

Eksempel b: *'give klienten et rum hvor hun kan udtrykke sig'*.

Disse er almene behov, som kan generaliseres til næsten enhver musikterapi situation. De er dog ikke tilstrækkelige, når man skal tilrettelægge sine sessioner, og derfor anbefaler Wigram at se nærmere på det næste punkt.

## 2) Behov relateret til patologiske problemstillinger

Eksempler med autistiske klienter

Eksempel a: *'vanskeligheder i forhold til social interaktion'*, og

Eksempel b: *'svært ved at håndtere forandring'*.

Ved at opstille behov der har relevans for klienternes patologi, indkredser man sine musikterapeutiske rammer for arbejdet med denne specifikke klientgruppe. Men inden for klientgruppen eksisterer individuelle personer med individuelle behov, og derfor er det nødvendigt i opbygningen af en session også at se på punkt 3.

## 3) Individuelle behov

Eksempel a: *'assessment på klientens personlighed, deres historie, personlige identitet, musikalske identitet og musikalske adfærd'* og

Eksempel b: *'personkarakteristika i relationen til terapeuten'* (Kilde: Studienoter fra faget KGMF, september 2006).

Med Wigram's fremstilling af de tre behov, forstår jeg de to første som behov patienten ikke selv har været en del af, hvorimod 3. definition modsat de to første tager udgangspunkt i patientens personlighed, dennes ønsker for rehabiliteringen. Sidstnævnte behovsdefinition tager udgangspunkt i personen bag skaden og ikke i patienten. Dette vender jeg tilbage til i analyse og synteseafsnittene.



Eftersom begrebet målsætning er et af specialets nøgleord, giver jeg en kort præsentation af Wigrams definition her. I specialet vil jeg referere til behov som patientbehov, da det er patientens behov undersøgelsen retter sig mod.

#### 1.6.4 Målsætning

Wigram taler om 'objectives of the session' = sessionens målsætninger. Han taler ikke om nogen specifik fremgangsmåde for, *hvordan* man definerer målsætninger, men nævner at:

"there is no 'recipe' for a music therapy session. Each session will develop in the way that most appropriately meets the needs of the clients (...) the direction of the therapeutic process can be understood best from the perspective on the *needs* of the clients. Students (and some therapists) can propose quite vague or general aims in therapy work" (Min kursivering, noter fra KGMF, efterår 2006).

I citatet taler Wigram om '*aims*', som det engelske ord for målsætning. Ved at slå op i Gyldendals engelsk-dansk ordbog finder jeg de danske ord *hensigt, formål, mål og målsætning*, når jeg søger en oversættelse af de engelske ord '*objectives*' og '*aims*' (Gyldendals Engelsk-Dansk ordbog, 2003). Wigram siger yderligere i citatet, at nogle terapeuter kan fremsætte uklare, svævende mål- (sætninger) for terapien. Herved forstår jeg definitionen af målsætning således, at den ikke kan stå alene, men skal tage udgangspunkt i patientens behov. Som Wigram også skriver, kan processen bedst forstås ud fra patientens behov.

Ovenstående definition af behov og målsætning er baseret på opbygning af gruppemusikterapisessioner, men ud fra egne erfaringer, og i særdeleshed et fokus på definitionen af de individuelle behov beskrevet i punkt 3, mener jeg definitionerne også er relevante for opbygningen af individuel musikterapi.

### 1.6.5 Kommunikationsvanskeligheder og senhjerneskode

Dette er begreber der er blevet til i specialet efter mange overvejelser. En senhjerneskode kan ligestilles med en erhvervet hjerneskode. Begge betegnelser dækker over en hjerneskode, der er opstået efter mange års normal tilværelse. Jeg bruger betegnelsen sen-hjerneskode, da mine musikterapi-patienter på Glostrup Hospital alle gennemsnitlig var over 65 år, og det er et term jeg også har anvendt under min praktik på sjette semester. Kommunikationsvanskeligheder er en paraplybetegnelse, der dækker over specifikke diagnoser som afasi, dysartri og tale-apraksi. Jeg stiftede bekendtskab med alle diagnoser under praktikken på Glostrup Hospital. Jeg begrundet i det følgende, hvorfor jeg har valgt at benytte paraplybetegnelsen frem for en specifik diagnose. Ifølge den kliniske musikterapeutiske metodebog af Baker og Tamplin refererer de i deres kapiteloverskrift 'Interventions for communication rehabilitation' til samme paraplybetegnelse dækkende over musikterapi med forskellige kommunikationsvanskeligheder (Baker og Tamplin, p. 138). I min søgen efter en generel terminologi besøgte jeg Videnscenter for hjerneskaedes hjemmeside ([www.vfhj.dk](http://www.vfhj.dk)). Her omtales samme patientgruppe som 'personer med tale- og sprogsvanskeligheder' (Videnscenter for hjerneskode, 2010).

Den danske hjerneforsker og læge Kjeld Fredens (tidligere ansat som hjerneforsker ved Århus Universitet) skriver i neuropædagogikbogen '*Mennesket i hjernen*' (2008) om 'sproglig adfærd', hvor sprog skal forstås som kommunikation. De tre ovenstående kilder henviser henholdsvis til sprog, kommunikations og tale-(vanskeligheder).

Jeg går ikke ind i en filosofisk vurdering af, om det skal hedde forstyrrelser eller vanskeligheder. Disse ord kan for mig sidestilles.

### 1.6.6 Neurorehabilitering og patient

Neurorehabilitering er sammensat af ordene 'neuro' og 'rehabilitering'. Jeg har set nærmere på rehabilitering som ord, og har i Gyldendals fremmedordbog fundet følgende definition på rehabilitering:

”**rehabili’tere:** (...) afhjælpe invaliders vanskeligheder, *revalidere*, **rehabili’tering**” (Gyldendals fremmedordbog, 2003, p.534).

Ud fra denne definition, som er fra 2003<sup>6</sup>, bliver jeg mest af alt i tvivl om, hvorvidt rehabiliter/rehabilitering som begreb overhovedet er blevet revurderet siden den første udgave af ordbogen i 1960. Definitionen synes kun at sigte til fysiske lidelser og er på ingen måde dækkende for begrebets indhold i neurologisk arbejde. Begrebet må være dynamisk og få sit indhold på tværs af forskellige faggruppers arbejde. Jeg har derfor valgt at tage udgangspunkt i Glostrup Hospitals definition af rehabilitering, der i ’Den lille guide til rehabilitering - fokus på rehabilitering, 2009’<sup>7</sup> beskrives således:

”Rehabilitering er alle de aktiviteter, der sigter mod at øge patientens mulighed for selvstændigt at deltage i relevante hverdagsaktiviteter. Formålet med denne definition er at styrke personalets kendskab til rehabilitering, samt styrke deres faglige kompetencer og viden herom. Desuden er det målet, at pårørende og patienter oplever, at rehabilitering er en naturlig del af så mange hverdagsaktiviteter som muligt” (Kilde: Noter fra min praktik på Glostrup Hospital, efterår 2008).

Denne definition af rehabilitering tillægger det væsentlig værdi, hvordan man bliver behandlet og opfattet som menneske, patient og personale på et hospital. Derfor er det også vigtigt, at Glostrups definition er fra 2009, hvilket viser de indlagte patienter og deres pårørende, at det sundhedsfaglige personale løbende tager stilling til begrebets indhold ud fra egne værdier og ideologier.

Jeg fortsætter med mine tanker og overvejelser i forhold til begrebet patientgruppe

---

<sup>6</sup> Gyldendals Fremmedordbog, 2003, 11. udgave, 9. oplag

<sup>7</sup> Brochure til personalet på Glostrup Hospital udfærdiget i efteråret 2008 i forbindelse med projekt om integration af rehabilitering på apopleksiafdelingen.

## Patient

Jeg har valgt at tilføje et kort afsnit om begrebet patient da jeg, som kommende musikterapeut, mener man bør overveje sit valg af terminologi, når man er i et behandlingsforhold og her arbejder med enten klienter, brugere, patienter eller borgere. I specialet har jeg valgt at anvende begrebet patient, og det gør jeg udelukkende på baggrund af overvejelser, som udspringer af min praktik på Glostrup Hospital. Her arbejdede jeg udelukkende med fase 2 patienter<sup>8</sup>. Jeg adapterede terminologien der anvendtes på Glostrup Hospital for at kunne kommunikere med det tværfaglige team inden for sundhedsområdet. Min kontekst bestod af sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter samt plejere og læger. Lægerne var specialiseret indenfor neurologi og det resterende personale på apopleksiafdelingen havde alle modtaget kursus i neuropædagogik og neuropsykologi som led i videreuddannelse inden for neurorehabilitering. For mig giver det mening at anvende begrebet patient, så længe patienterne var indlagt på hospitalet. I alle andre kliniske musikterapeutiske sammenhænge bruger jeg klienter.

Sluttelig præsenterer jeg en demografisk information om personer med senhjerneskode.

Oplysninger stammer fra en undersøgelse foretaget af Videnscenter for hjerneskode.

### 1.6.7 Demografisk information om personer med senhjerneskode

Personer med senhjerneskode er som ovenfor beskrevet mennesker, der i deres voksenliv bliver ramt af en hjerneskode. Det drejer sig oftest om apopleksi (hjerneblødning eller blodprop i hjernen), traumatiske hjerneskoader forårsaget af trafikuheld, eller andre hjerneskoader opstået pga. fx iltmangel ved hjerteslag, nærdrukneulykker, lynnedslag eller forgiftning (Baker og Tamplin, 2006, p. 25). Ifølge Sundhedsstyrelsen rammes mere end 12.000 danskere af en apopleksi hvert år. Apopleksi er således en af de store folkesygdomme i Danmark. Det er den tredje hyppigste dødsårsag og den almindeligste årsag til alvorlig funktionsnedsættelse hos voksne. I løbet af den

---

<sup>8</sup> Fase 2 defineres af Videnscenter for hjerneskode 2010, som *behandling og rehabilitering i hospitalsfasen*.

De livsvigtige funktioner er stabiliseret, og patienten modtager intensiv og tværfaglig genoptræning. Apopleksi patienter gennemgår fase 2 på apopleksiafdelinger, mens traumatisk hjerneskodede modtager behandling på neurorehabiliteringshospitaler, senere eventuelt i amtslige rehabiliteringstilbud ([www.vfhj.dk](http://www.vfhj.dk)).

første måned efter er der en dødelighed på under 20 procent, og omkring 70 procent af de overlevende udskrives til eget hjem (Videnscenter for hjerneskade, 2010).

Apopleksi er mest udbredt blandt ældre. Ældre, der bliver ramt af en apopleksi, oplever primære skader i enten venstre eller højre hjernehalvdel. Skader i venstre hjernehalvdel fører til store sproglige vanskeligheder og motoriske lammelser i højre side af kroppen. Der ses i særdeleshed lammelser omkring mund, læber, svælg og tunge. Når man rammes i højre hjernehalvdel bliver helt almindelige dagligdagsopgaver vanskelige. Der ses bl.a. personligheds- og adfærdsændringer, nedsat sygdomsindsigt, neglekt<sup>9</sup> af objekter til de skadedes venstre side, indlæringsvanskeligheder og problemer med korttidshukommelsen (Baker og Tamplin, 2006, p. 27f).

De patienter som jeg har arbejdet med i mine praktikker, har alle haft forskellige grader men primære skader i venstre hjernehalvdel, deraf kommunikationsvanskeligheder, herunder diagnoser som afasi, dysartri og tale-apraksi. Jeg uddyber nedenfor diagnoserne for at give læseren en forståelse af, hvad kommunikationsvanskeligheder i dette speciale dækker over.

## **Afasi**

Afasi hører under den neurologiske kategori tale- og sprogvanskeligheder. Afasi opstår ofte på baggrund af en skade i venstre hjernehalvdel. Ved afasi kan man have svært ved at finde ordene, danne sætninger, læse, stave (ekspressiv Brocas afasi eller ikke-flydende afasi) og i andre tilfælde besvær med at forstå andres tale (impressiv Wernickes afasi eller flydende afasi). I sidstnævnte tilfælde er sproget intakt, og man er i stand til tale, idet man dog ikke forstår hvad der bliver sagt. Deraf betegnelsen impressiv afasi (Baker og Tamplin, p. 144ff.).

---

<sup>9</sup> Neglekt betyder overordnet problemer med orientering og reaktion i venstre side. En person med neglekt vil som eksempel efterlade mad, der ligger til venstre på en tallerken, men vil være overbevist om, at vedkommende har spist det hele op.

### **Dysartri**

Dysartri er en motorisk talevanskelighed, som opstår fordi det kontrolcenter der i hjernen styrer taleorganerne – læber, tunge, kæbe, gane og stemmebånd, er blevet ramt under fx en apopleksi. Udover nedsat kraft i læber, tunge, kæbe og gane bliver også vejrtrækning, fonation, artikulation og prosodien ramt hos den enkelte (Baker og Tamplin, 2006, p. 155).

### **Tale-apraksi**

Tale-apraksi stilles som diagnose, når patienten har vanskeligheder med udtalen. Tale-apraksi er som dysartri beslægtet med skader i det motoriske område vedrørende talen. Patienten har svært ved at få sproglydene sagt og svært ved at skifte fra en sproglyd til den næste. Patienterne lyder som om de kæmper med at udtale ordene, men oftest er der ikke tegn på nedsat muskelstyrke i strube og svælg (Ibid. p. 151).

### **Opsamling**

I dette kapitel har jeg først været rundt om min musikterapeutiske position, hvor mit behandlingssyn i det musikterapeutiske arbejde med personer med kommunikationsvanskeligheder bl.a. handler om ligestilling mellem mig og patienten. Jeg redegør videre for mit musiksyn som værende konstruktivistisk i sin form. Jeg forstår mening i musikken som noget der sker i mødet mellem musikken og den der lytter. I mit begrebsafklaringsafsnit opfatter jeg begreberne klinisk metode som noget abstrakt og klinisk teknik som noget konkret. Jeg har fundet og defineret tre former for patientbehov, hvor jeg ser de to første baseret på andres meninger om behov og de individuelle behov som nogle der stammer fra patienten og den person der eksisterer bag skaden. Jeg har efterfølgende beskrevet at målsætning som begreb bedst giver mening, når målsætning bliver udfærdiget på baggrund af patientbehov. De har forskellige funktioner, men er afhængige af hinanden.

## 2 Metodologi og etnografi

I dette kapitel præsenterer jeg først det metodologiske grundlag for undersøgelsen. Jeg giver et indblik i de videnskabsteoretiske overvejelser for undersøgelsens etnografiske metode. Herefter præsenteres den etnografiske metode og de tilhørende underafsnit, der er med til at give læseren et overblik over det etnografiske feltarbejde samt indsamlingen af empirisk materiale ved hjælp af fire etnografiske teknikker.

### 2.1 Metodologi – Forskningsdesignets videnskabsteoretiske grundlag

Musikterapiuddannelsen er indplaceret på et humanistisk fakultet. Jeg har skrevet mit speciale med inspiration fra denne humanistiske videnskabstradition, selvom jeg bevæger mig ind i en hospitalsverden, der er præget af en naturvidenskabelig tradition. Humanvidenskaben beskæftiger sig, som ordet i sin etymologiske forstand siger, med mennesket og dets kultur (Collin og Køppe, 2003, p. 12). Jeg har valgt en kvalitativ tilgang til undersøgelsen, da jeg søger at opnå en forståelse af den oplevede og levede verden i et klinisk felt bestående af musikterapeuter og deres subjektive beskrivelser af klinisk praksis, herunder brug af kliniske metoder og teknikker og hvordan de forholder sig til behov og målsætninger. Den kvalitative fremgangsmåde er ifølge den norske musikterapi professor Even Ruud holistisk, empirisk og naturalistisk, deskriptiv, fortolkende, empatisk og lægger vægt på direkte observationer og spontan fortolkning (Ruud 1998, i Wheeler & Kenny, 2005, p. 63). I modsætning til den kvantitative forskning, hvor formålet er at give en præcis, talmæssig beskrivelse med fokus på effektmålinger, fokuserer det kvalitative design på *processer* og hele fænomener, der ikke skal reduceres til specifikke variabler.

Det metodiske udgangspunkt for specialets undersøgelse er etnografisk orienteret. Metodisk gør jeg brug af tekster af henholdsvis lektor i pædagogik ved Danmarks Pædagogiske Universitet, Ulla Ambrosius Madsen og musikterapi professor ved Bergen Universitet, Norge, Brynjulf Stige samt få betragtninger fra professor i antropologi ved Københavns Universitet, Kirsten Hastrup om feltarbejde.

Jeg har valgt den etnografiske metode, fordi jeg finder den bedst egnet i forhold til at nærme mig den viden jeg gennem de seneste 3 år har opnået omkring musikterapi i neurorehabilitering. Den etnografiske metode anvender nogle specifikke forskningsteknikker, som jeg kommer nærmere ind på nedenfor. Disse teknikker giver mulighed for dels at sætte undersøgelsen i et bredere perspektiv i forhold til hvilke metoder og teknikker, der anvendes i klinisk praksis af musikterapeuter, der arbejder med kommunikationsvanskeligheder blandt senhjerneskede personer, og dels at forsyne mig med empirisk materiale gennem halvstrukturerede interviews.

Valget af etnografisk metode kan begrundes epistemologisk ved at ville lære noget om klinisk praksis gennem sansning i form af egen erfaring, feltarbejde og interviews. Vægten i specialet er lagt på det empiriske materiale, og ved at tage udgangspunkt i K.B. Madsens grafiske model af en videnskabelig fremstilling, som består af tre abstraktionsplaner, bevæger jeg mig fra det nederste dataplan (fra praksis) og opad til metaplan (teori). Denne bevægelse kaldes også induktiv (Handouts fra undervisning i videnskabsteori, 13 marts, 2006 ved Lars Ole Bonde). Jeg tager udgangspunkt i mit feltarbejde og den viden om undersøgelsesfeltet, jeg besidder i kraft heraf. Kombineret med empiri arbejder jeg mig op fra databehandling til metaplan. Normalt ville den induktive proces, som den anvendes i metodologien Grounded Theory (Madsen, 2003, p. 81), være teorigenererende og resultere i udviklingen af en teori. Dette tilstræber jeg ikke her, men betragter den induktive fremgangsmåde som væsentlig for forståelsen af den indsigt, den etnografiske metode kan give mig.

Videnskabsidealet for undersøgelsen er idiografisk i sit væsen. Det idiografiske har fokus på det unikke og specifikke i undersøgelsesemnet i modsætning til det nomotetiske, hvor der fokuseres på årsags-/virkningsforhold og det lovskabende. Begrundelsen for et idiografisk videnskabsideal for denne undersøgelse understøttes af problemformuleringens spørgsmål, der efterspørger specifikke kliniske metoder og teknikker, og hvordan behov og målsætning stemmer overens i forhold dertil. I fortsættelse af dette går jeg videre med en præsentation af den etnografiske metode.



## 2.2 Etnografi

Etnografi i praksis kan forstås som et detaljeret studie af et afgrænset socialt miljø. Etnografer blander sig og 'hænger ud' med andre medlemmer i feltet. Stige mener, at etnografen deltager i og observerer andres aktiviteter, for at kunne forstå mere omkring deres virkelighed.

Overordnet kan etnografi beskrives som feltarbejde og fortolkning, det vil sige indsamling af empirisk materiale gennem længerevarende deltagelse over tid, der suppleres af analyse og fortolkning i lyset af relevant teori. Ved at 'hænge ud' med andre medlemmer i feltet, opnås der bredde og dybde i observationerne. Over tid opnås der efter min opfattelse indsigt i konteksten for det, der bliver observeret. Dette er relevant for en senere fortolkning.

Ulla Ambrosius Madsen skriver, at etnografi er:

"teorier og metoder til beskrivelse af, hvordan mennesker lever og skaber mening og betydning i deres sociale og kulturelle kontekst" (Madsen, 2003, p. 11).

Etnografer forsøger at beskrive mønstre ved processerne set i menneskeligt socialt liv. Jeg er i min undersøgelse interesseret i, hvordan der bliver talt om musikterapeutiske metoder, teknikker, behov og målsætninger, og hvad der bliver sagt, samt hvilken kontekst disse meninger skal ses (Stige, 2005, p. 395). Som jeg omtalte i forrige afsnit, tilstræber jeg ikke udvikling af teori, men anser specialet som en pragmatisk måde hvorpå jeg gennem resultaterne kan opnå indsigt i klinisk praksis.

### 2.2.1 Lille og stor etnografi

Inden for etnografi taler man om lille og stor etnografi. Lille etnografi fokuserer på hvilke etnografiske teknikker, der er mest hensigtsmæssige at anvende til belysning af forskningsspørgsmålene og hvordan disse anvendes. Den store etnografi fokuserer på hvorfor, og

refererer til videnskabsteoretiske problemstillinger, der rejser sig i forbindelse med udforskningen af kulturer, sociale sammenhænge og felter.

I et forsøg på at kombinere den lille og den store etnografis praksis, har jeg ladet mig inspirere af Madsens udtalelse omkring, hvilke krav der gør sig gældende i forskningsarbejde. Hun skriver:

”Det stiller krav til forskningsarbejdet, til den helt konkrete forskningspraksis og til de metoder og teknikker, der udvikles, og til begrundelserne for dem” (Ibid. p. 22).

Madsen påpeger, at der stilles krav til, hvordan sammenhængen er mellem den lille og den store etnografi. Madsen taler i forbindelse hermed om et udtryk kaldet *etnografisk fantasi*, som er udviklet af Paul Willis (Professor i social/kulturel etnografi ved Keele Universitet, England). Willis opererer med to trin i den etnografiske forskning: det første trin handler om at bruge velkendte brede etnografiske teknikker til produktionen af data fra det virkelige liv. Det næste trin handler om at bringe disse data *i kontakt* med begreber, der repræsenterer mere almene generelle teorier. På den baggrund er det ambitionen i etnografisk fantasi, at skrive 'min historie' om 'deres historie', så deres historie bliver så fyldestgørende som muligt. Etnografisk fantasi bruges til at udvikle forståelsen og fortolkningen af de meninger, der produceres i forskellige kontekster, i mit tilfælde konteksten i beskrivelserne af den kliniske praksis (Madsen, 2003, p. 23). Med figur 1 illustrerer jeg, hvordan jeg ser den trinvis proces i det etnografiske arbejde inspireret af tankerne

bag etnografisk fantasi.



Figur 1. Fra undersøgelsesfelt til analyse og fortolkning.

I ovenstående figur 1. illustrerer jeg en bevægelse fra erfaring (undersøgelsesfeltet) til tekst (analyse og fortolkning). Professor i antropologi ved Københavns Universitet, Kirsten Hastrup, skriver følgende om erfaring og den kreative proces, der finder sted i feltarbejdet:

”Erfaringen er feltarbejdets erfaring, som dog udelukkende knytter sig til det personlige feltarbejde (...) feltarbejde som sådan er en del af etnografiens kollektive erfaring, og det er den, der skal omsættes i en form for tekst. Erfaringen i sig selv er jo ikke kreativ; det er den kun hvis den omsættes og formidles” (Hastrup og Ramløv, 1988, p. 15).

Metodisk og empirisk lader jeg mig inspirere af Hastrup og Ramløvs tanker omkring begrebet erfaring i feltarbejde og ser nærmere på mine tanker omkring dette speciales feltarbejde. Som etnograf i denne undersøgelse er jeg klar over, at jeg slår mig ned i et felt som ikke er fremmed for

mig. Over længere tid bevæger jeg mig ind i et felt og lærer det at kende gennem mange forskellige former for deltagelse i feltet. Undersøgelsesfeltet, musikterapi i neurorehabilitering, er det felt jeg gennem de sidste tre år har beskæftiget mig med, både i form af praktikker, læsning af forskningsartikler og udarbejdelse af større skriftlige opgaver på universitetet. Mit engagement og den holdning jeg har til det felt, jeg undersøger, kan have indflydelse på det færdige resultat, her menes konklusionen. Hastrup og Ovesen (1995) skriver:

”Man kan ofte med vis ret sige, at etnografen kommer til at ligne det folk han studerer gennem sin indlevelse i det pågældende samfund” (Hastrup og Ovesen, 1995, p. 58).

Jeg har ikke til hensigt, at *blive* ligesom det samfund og de folk jeg studerer. I specialeskrivningsprocessen forsøger jeg at distancere mig til feltet i en vis forstand, men har min forståelse og erfaring med for at kunne anvende denne indsigt i feltet. Den erfaring, jeg tager med mig fra feltet, bliver tilgængelig og brugbar for andre i samme felt, hvis den vel at mærke omsættes til tekst.

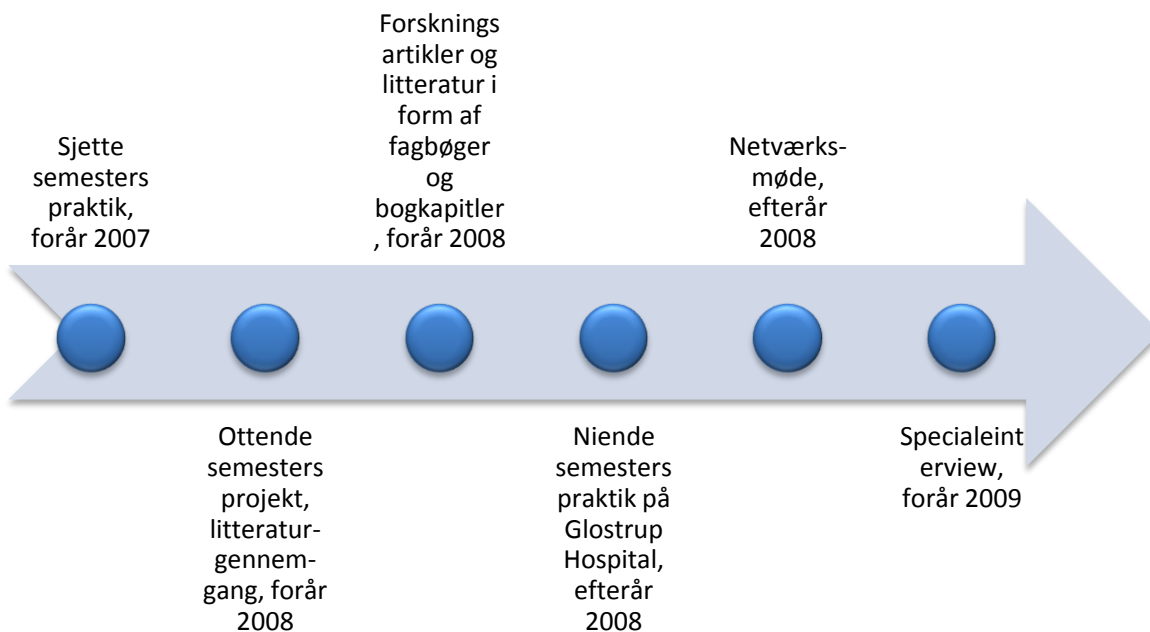
Jeg viser i følgende afsnit, hvordan jeg ud fra forskellige informationskilder har valgt forskellige etnografiske teknikker – alt efter konteksten til indsamling af data. Før jeg præsenterer det etnografiske materiale og fire etnografiske teknikker til indsamling, analyse og fortolkning, giver jeg et overblik over det etnografiske felt i nedenstående.

## 2.3 Det etnografiske felt

Som jeg nævnte tidligere, er valget af etnografi som undersøgelsesmetode truffet på baggrund af det væsentlige hensyn, at jeg i en periode på over tre år, gennem praktikerfaringer, som medlem af netværket og i skriftlige opgaver har bevæget mig i og omkring undersøgelsesfeltet. Som

resultat heraf har jeg erhvervet mig en erfaring, personlig faglighed og gennem fagrelateret litteratur og forskningsartikler<sup>10</sup>, en teoretisk forståelse.

Før jeg fortsætter med præsentation af de fire etnografiske teknikker, vil jeg her præsentere den tidslinje som jeg har udviklet for at danne et overblik over, hvordan det etnografiske landskab eller felt tager sig ud:



Figur 2. Tidslinje over min tilstedeværelse i det etnografiske felt.

Som det fremgår af tidslinjen, startede mit feltarbejde i foråret 2007, og jeg befinder mig i skrivende stund i feltet både som musikterapeutstuderende og specialeskriver. De seks punkter på tidslinjen udgør undersøgelsens informationskilder valgt af mig, da de alle, på hver deres facon, berører undersøgelsesfeltet musikterapi i neurorehabilitering. Informationskildernes indhold består overordnet af forskning og teoretisk litteratur (Ottende semesters litteraturgennemgang samt forskningsartikler og litteratur), egen erfaring fra klinisk praksis (Sjette og niende semesters

---

<sup>10</sup> Se eventuelt Hastrup, Anja F. 2008: "Assessment, musikterapi og neurorehabilitering – en kvalitativ litteraturgennemgang og undersøgelse af assessmentmetoder i neurorehabilitering". Projekt i videregående musikterapeutteori- og forskning 2, 8. semester.

praktik og deltagelse i netværket) og specialeinterviews med særligt fokus på problemformuleringen (interview). Med informationskildernes forskellige videnskabelige 'form' og relevans for undersøgelsesspørgsmålene, er det min opgave at systematisere, strukturere og dele ud af den etnografiske viden, jeg som undersøger nu besidder. Med viden skal forstås, at jeg aktivt har bevæget mig i og omkring musikterapi i neurorehabilitering. Det være sig læsning af forskningsartikler, fagrelaterede bøger og specialer samt deltagelse i netværket. Jeg vil med følgende citat beskrive en af udfordringerne ved at lave feltarbejde.

"This world does not present itself for the ethnographer in ready-made concepts. Rather, what the researcher usually has is a messy heap of empirical material, such as field notes, interview transcripts, and recordings of various arts. To some degree, ethnography may be understood as the textual construction of reality" (Stige, 2005, p. 398).

Som citatet siger, består det empiriske materiale ofte af en bunke af feltnoter, transskriptioner og optagelser af forskellig art. Jeg kan konstatere, at mit empiriske materiale foreligger i en stor bunke af bøger, tekster, notesbøger og diverse ringbind. Dog indeholder mit empiriske materiale ikke hverken lyd- eller videooptagelser, kun tekster. Med denne konstatering er det nødvendigt at redegøre for hvad de forskellige informationskilder indeholder, hvad der er relevant at trække ud, og hvorfor jeg har valgt, som jeg har gjort. Dette vender jeg tilbage til senere i nærværende kapitel, idet jeg først koncentrerer mig om de fire etnografiske teknikker.

## 2.4 De etnografiske teknikker

"One ideal sometimes conveyed is that ethnographers do not study people but rather try to learn from them (...) ethnographers learn from what people do, what they say and sing, and what they make and use" (Stige, 2005, p. 396).

På grundlag af dette vil jeg understrege, at jeg ikke ved at udføre feltarbejde som sådan bliver en *del* af en fremmed kultur, men jeg forholder mig åben til undersøgelsesfeltet med henblik på at lære. For at kunne lære på en systematisk måde har jeg valgt at søge information og beskrivelser om kliniske metoder, teknikker, behov og målsætninger og deres indbyrdes sammenhæng ved hjælp af fire etnografiske teknikker.

Etnografien arbejder med forskellige teknikker til indsamling og analyse af empirisk materiale. Ifølge Stige findes der fire hovedteknikker. Disse præsenteres nedenfor i overblikksform.

Efterfølgende uddyber jeg, hvordan jeg har anvendt teknikkerne i forhold til indsamling af empirisk materiale og analyse og fortolkning af informationskilder nævnt i figur 2. De 4 etnografiske teknikker er som følger:

- deltager-observation gennem længerevarende deltagelse og observation i undersøgelsesfeltet
- interview
- fortolkning af tekst og (kultur-)genstande
- Noter fra felten

I det følgende uddyber jeg teknikkerne, ved at se på deres egenskaber. Sideløbende redegør jeg for, hvordan jeg anvender dem set i lyset af informationskilderne.

### **Deltager-observation gennem længerevarende deltagelse og observation i undersøgelsesfeltet**

Jeg har oversat teknikken fra det engelske '*participant observation through prolonged participation and observation*' (Stige, 2005, p. 396). Med denne teknik mener Stige, at etnografi udmærker sig ved at inkludere konkrete observationer og passende citater fra spontane dialoger

fra diverse situationer. Deltager-observationsteknikken drejer sig om at foretage hyppige besøg i 'feltet' og at 'hænge ud' med og være tilstede i feltet over længerevarende tid. Etnografen kan indtage forskellige observationsroller, og her skelner Stige mellem at være hel observatør eller hel deltager – dette er meget skarpt stillet op (engelsk: *complete observer/participant*, min oversættelse). Madsen tilføjer følgende om observationer:

”Det er i praksis sådan, at etnografer hver for sig udvikler deres personlige måde at observere på” (Madsen, 2003, p. 59).

Hvordan anvender jeg teknikken?

Jeg anvender teknikken i modificeret form. Jeg vælger at se på deltagelse og observation som to individuelle måder at indsamle viden fra informationskilderne på. Grunden hertil skal findes i refleksioner over min aktive deltagelse i fx netværket, hvor jeg som deltager og ved at hænge ud med andre i samme felt, er med til at påvirke processen. Når jeg ikke anvender observation i forhold til netværksmøder, skyldes det, at jeg ikke retrospektivt kan påtage mig observatørrollen i netværksmøder, der allerede er afholdt. På samme måde vælger jeg at bruge teknikken i modificeret form i forhold til at indsamle viden ikke bare fra netværksmøder men også fra informationskilderne sjette og niende semesters praktikker. Yderligere stammer min viden om undersøgelsesfeltet fra ottende semesters skriftlige litteraturgennemgang og læsning af forskningsartikler, som jeg tidligere har nævnt også er indsamlet over en periode på tre år – altså over længerevarende deltagelse i feltet. Jeg vælger derfor, om end i modificeret form, at betragte denne sidstnævnte informationskilde som samlet ind ved hjælp af ovenstående teknik.

## **Interviews**

Ifølge Stige er interview en måde at få adgang til såkaldt 'insider viden'. I mit tilfælde opnår jeg 'insider viden' fra danske musikterapeuter i praksis. Stige gør desuden opmærksom på vigtigheden af, hvilken rolle interviewet har i feltarbejde. Spørgsmålet er, om det skal være struktureret eller



fungere mere som en spontan dialog/samtale, hvor det nærmer sig en identifikation med teknikken deltager-observation (Stige, 2005, p. 397). Interviews har den egenskab, at de både giver information om de fænomener der er genstand for undersøgelsen og information om de informanter, der giver beskrivelser herom.

Hvordan anvender jeg teknikken?

I denne undersøgelse har jeg valgt at udføre interviews med danske musikterapeuter, der arbejder og har erfaring med personer med kommunikationsvanskeligheder. Jeg ønsker at lære af deres beskrivelser om klinisk praksis, herunder især brugen af kliniske metoder, teknikker og hvordan behov og målsætning ses i denne sammenhæng.

Jeg vender i kapitel 4 tilbage med en udførlig redegørelse og bearbejdelse af interviewmetoden.

### **Fortolkning af tekst og (kultur-)genstande**

Den tredje teknik der anvendes i etnografisk arbejde er fortolkning af tekst og (kultur-)genstande. Ifølge Stige er denne teknik velegnet til analyse og fortolkning af fx dagbøger og sangtekster. Fortolkningerne skal studeres i lyset af forskerens for-forståelser, som typisk har indflydelse på fortolkningen. Et musikterapeutisk eksempel kan være fortolkning og analyse af musikoptagelser. Denne betragtning kaster lys over, hvorfor etnografi er relateret til fortolkningskunstens videnskabelige disciplin hermeutikken (Stige, 2005, p. 397).

Hvordan anvender jeg teknikken?

Teknikken fortolkning af tekst beskrevet af Stige, betragtes ikke af mig som en teknik til *indsamling* af viden fra feltet, men som en måde at gøre sig overvejelser i forbindelse med at finde mening med det erfaringsmateriale, der indsamles over tid i feltarbejdet. Jeg supplerer den her beskrevne teknik med et koncept, der ifølge Stige hedder '*thick description*' (Ibid., p. 398). Det er et koncept beskrevet af Geertz (forfatter til antropologiske forskningstekster) som illustrerer *interaktionen* mellem *beskrivelser* og *fortolkning* i etnografisk metodik. Med '*thick description*' forstår jeg i danske termer en *fyldig beskrivelse*, hvor der koncentrerer om mere end blot beskrivelsen af hvad man ser, hører og læser i det etnografiske arbejde. Ved at tilføje detaljer om beskrivelserne øges

forståelsen af beskrivelser *ikke* automatisk. Men med fyldig beskrivelse gives der beskrivelser af *konteksten*, så man derved opnår en forståelse af situationen for hvor, hvem og hvad beskrivelserne siger om undersøgelsesfeltet (Stige, 2005, p. 398). Stige skriver:

”Contexts of use, must be added in order to make a sound interpretation” (Ibid. p. 398).

Med *sound interpretation* mener Stige en fornuftig og velfunderet fortolkning.

Med fortolkning forstår jeg, at man går bagom de fund analysen har reduceret sig frem til, og finder ud af hvilke betydninger, der kunne ligge i materialet. Madsen (2003) skriver om fortolkning, at:

”Udfordringen er at fortolke materialet og begrunde relevansen i de teoretiske positioner, der inddrages” (Madsen, 2003, p. 101).

Med teoretiske positioner menes der i dette speciale en præsentation af informationskilden ’litteraturgennemgang, litteratur og forskningsartikler’. Denne informationskilde indeholder overordnet en teoretisk perspektivering og er samtidig kontekstualiserende for det analysearbejde, der senere skal afklare mønstre og ligheder såvel som forskelle i forskningsspørgsmålene. I en senere fortolkning gør jeg brug af konceptet *fyldig beskrivelse*, da resultaterne fra interviewanalysen ikke kan forstås isoleret fra den mening som det teoretiske perspektiv giver.

### **Feltnoter**

Dette er den sidste teknik beskrevet af Stige. Feltnoter bliver beskrevet som indeholdende en blanding af forskerens indtryk fra feltarbejdet, ideer og foreløbige fortolkninger skitseret heri.

Generelt beskriver Stige, at feltnoter typisk inkluderer en blanding bestående af personlig information, rådata og udkast til undersøgelsens retning (Stige, 2005, p. 397).

Hvordan anvender jeg denne teknik?

Jeg vælger at kalde teknikken noter fra feltet, og jeg forstår den som et begreb, der kan dække over et bredt udvalg af empirisk materiale. Jeg anvender teknikken som 'container' for mine refleksioner, der er opstået i forbindelse med, hvad jeg har set og hørt ved at have deltaget og været en aktiv del af undersøgelsesfeltet. Det involverer refleksionsnoter opstået og nedfældet i forbindelse med undersøgelsesprocessen, som jeg bl.a. gør brug af i kapitel 4. Jeg forklarer nærmere herom i afsnit 2.5.

Med en viden om de etnografiske teknikker og deres relevans for denne undersøgelse er jeg nået videre til et indblik i, hvilket etnografisk materiale de forskellige informationskilder består af. Jeg anser deltagelse gennem længerevarende tid i undersøgelsesfeltet og interview som denne undersøgelses etnografiske hovedteknikker til indsamling af empirisk materiale.

## 2.5 Empirisk materiale

Hastrup og Ramløv skriver om empiriske data:

"Det empiriske materiale i etnografien er i høj grad et selvhentet stof, som siden må udsættes for videnskabelig eftertanke (...) eftersom livet i det fremmede jo ikke umiddelbart lader sig hente hjem på samme måde som bjergkrystaller, men må opleves og dermed 'skabes' af etnografen selv, så stilles der umiddelbart et spørgsmål om, hvad vi overhovedet skal forstå ved etnografiske data" (Hastrup og Ramløv, 1988, p. 11).

Citatet angiver, hvor kompliceret det empiriske materiale i etnografi kan være at definere og formidle, når det opleves og skabes af etnografen selv. Dette afsnit har derfor til formål at skabe et overblik og struktur over mit empiriske materiale, og hvad jeg som forsker har haft og har af

tanker i den henseende. Informationskilderne nedenfor er identiske med de præsenteret i tidslinjen i figur 2 på side 28. Jeg har i dette afsnit tilføjet en præsentation af det empiriske materiale ud fra hver informationskilde. Herefter giver jeg en udførlig indføring i feltarbejdets proces, her mener jeg processen fra indsamling til analyse.

- Sjette semesters praktik på bostedet, Syrenbakken, Nørresundby → Viden stammer fra standardnotat<sup>11</sup> udfærdiget af mig efter praktikken.
- Ottende semesters projekt (Litteraturgennemgang) → Viden består af erfaring om musikterapi og neurorehabilitering generelt gennem læsning af artikler og bøger der er fundet i forbindelse med projektet.
- Forskningsartikler og litteratur i form af fagbøger og bogkapitler med relevans for undersøgelsen → David Aldridge (2005) Felicity Baker (2006), Jeanette Tamplin (2006/2008<sup>12</sup>), Gottfried Schlaug (2008<sup>13</sup>), Michael Thaut (2005), Simon Gilbertson (2005/2008), Søren Hald (2008), Marly R. Hobson (2006<sup>14</sup>), Betsy King (2007<sup>15</sup>), Monika Jungblut<sup>16</sup>.
- Niende semesters praktik (Glostrup Hospital) → Viden beskrevet i behandlingsoplæg<sup>17</sup> udfærdiget af mig i praktikken.

---

<sup>11</sup> Et standardnotat udfærdiges efter endt praktik. Det er praktikantens egne beskrivelser af den klient de har arbejdet med, hvilke kliniske metoder og teknikker der er brugt samt hvilke overvejelser man i øvrigt har gjort sig i evalueringen af arbejdet.

<sup>12</sup> Artikel skrevet af senior musikterapeut Jeanette Tamplin

<sup>13</sup> Artikel skrevet af neurolog Schlaug, G, Marchina, S & Norton, A.

<sup>14</sup> Artikel skrevet af musikterapeut Marly Rychener Hobson, Illinois, USA.

<sup>15</sup> Artikel skrevet af assisterende professor i musikterapi, New York, Betsy King

<sup>16</sup> Kapitel 8 fra Aldridge (2005).

<sup>17</sup> Behandlingsoplæg udfærdiges af musikterapipraktikanten som dokumentation. I mine behandlingsoplæg skulle jeg redegøre for følgende otte punkter: *generelle oplysninger om patienten, grundlaget for behandlingsoplægget, subjektive indtryk, observationer, målsætninger i terapien, terapeutiske overvejelser, metodiske overvejelser og andre behandlingstilbud.*

- Netværket for danske musikterapeuter der arbejder inden for neurorehabilitering → Viden stammer fra mødereferater.
- Specialeinterviews (forår 2009) → Viden er indeholdt i interviewtranskriptioner.

Min proces i denne undersøgelse bevæger sig fra indsamling af empirisk materiale fra feltet til analyse. Processen indeholder følgende elementer:

**Indsamling fra feltet → udvælgelse af empirisk materiale → fremgangsmåde for behandling af det udvalgte materiale → datakasser og refleksion → horisontal og vertikal analyse**

Proceselementer.

I det følgende forklarer jeg ovenstående elementer, for at uddybe hvordan jeg kommer fra indsamling til analyse.

### **Indsamling fra feltet**

Som jeg tidligere har nævnt, består det empiriske materiale ofte af en bunke af papir. Jeg har oplevet, at der er nogle udfordringer forbundet med indsamling af empirisk materiale gennem forskellige teknikker. Ovenstående informationskilder er indsamlet og udvalgt af mig både med og uden forskningsspørgsmålene og nøglebegreberne for øje. Indsamlingen er i praksis udført på mere eller mindre avancerede måder, nogle ud fra teknikkerne og andre med reference dertil. Hvad alle informationskilderne har til fælles er, at de er oplevet og skabt af mig som forsker enten ved at transformere mundtlige udsagn fra interview til tekst i form af transskriptioner eller nærlæsning af litteratur med fokus på musikterapi og neurorehabilitering. Med andre ord, lader indsamlingen af empirisk materiale sig ikke gøre ud fra en bestemt etnografisk teknik eller metode.

### **Udvælgelse af empirisk materiale**

I udvælgelsen af empirisk materiale har jeg lagt vægt på, *hvad* der fra min længerevarende deltagelse og tilstedeværelse i feltet musikterapi og neurorehabilitering kan give mig beskrivelser af kliniske metoder og teknikker samt en beskrivelse af, hvordan disse forholder sig til behov og målsætninger i samme kontekst. Jeg har i den forbindelse udfærdiget følgende inklusionskriterier for at få så præcise kilder/informanter som muligt:

- Empirisk materiale skal beskrive musikterapeutisk arbejde eller undersøgelse af den kliniske patientgruppe kommunikationsvanskeligheder hos personer med senhjerneskade.
- Empirisk materiale kan være forfattet af såvel musikterapeuter som ikke musikterapeuter
- Empirisk materiale skal være på engelsk eller dansk

### **Fremgangsmåden for behandling af det udvalgte materiale**

Jeg kan bedst forklare min egen fremgangsmåde som inspireret af det etnografiske arbejde i modificeret form. Specialets undersøgelse adskiller sig fra traditionel etnografi, i det jeg på forhånd kender genstandene for forskningen. Jeg er altså bevidst om, at jeg skal lokalisere beskrivelser af nøglebegreberne klinisk metode, teknik og behov og målsætning i tekstmaterialet. Med udgangspunkt i dette, har jeg valgt en systematisk og logisk fremgangsmåde, som drager fordel af ovennævnte inklusionskriterier og herefter nærlæse det tekstmateriale, som er udvalgt. Læsningen er sket med en opmærksomhed rettet mod specialets nøglebegreber klinisk metode, teknik, behov og målsætning. Helt konkret har jeg overstreget mine fund med en gul overstregningstusch og trukket disse beskrivelser om mine fund af nøglebegreberne ud fra teksten. Jeg går i dybden med mit etnografiske felt men nu med undersøgelsens spørgsmål for øje. På denne måde, er det empiriske materiale oplevet og skabt af mig som etnograf. Jeg inddrager min egen forståelse af metode og teknik.

### **Datakasser og refleksion**

For at holde styr på mine fund i diverse tekster, og for at bevare en vis systematik, har jeg rubriceret de fundne data i skematisk form. Jeg har døbt rubriceringen 'datakasser'. Datakasserne indeholder kun fund om hvilke kliniske metoder og teknikker, der benyttes i klinisk praksis, i det disse med fordel kan rubriceres skematisk, mens fund vedrørende den øvrige del af problemformuleringen lettere lader sig beskrive i almindelig tekst. Datakasserne følges således af en redegørelse for fund vedrørende beskrivelser af behov og målsætninger. Denne fremgangsmåde stemmer med problemformuleringens hovedspørgsmål, der overordnet søger fakta om kliniske metoder og teknikker og ikke omkring begreberne behov og målsætninger isoleret set. Datakasserne skal læses således, at informationskilderne er repræsenteret i vertikal retning (Y-akse) og kliniske metoder og teknikker i horisontal retning (X-akse).

De respektive datakasser afrundes hver med et refleksionsafsnit som består af tanker opstået i forbindelse med nærlæsning af empirisk materiale i søgningen efter nøglebegreber. Jævnfør den etnografiske teknik jeg kalder noter fra feltet. Disse refleksioner vender jeg tilbage til i slutningen af kapitel 4, hvor jeg præsenterer en del-konklusion på baggrund af disse refleksioner. Jeg betragter de respektive datakasser som en art del-analyser. Del-konklusionen kan umiddelbart opfattes som værende placeret for tidligt i undersøgelsen, men den er uundværlig i forhold til at strukturere de fund, der fortæller noget om de bagvedliggende opfattelser i udtalelser omkring begreberne behov og målsætning fra alle tre informationskilder.

### **Horisontal og vertikal analyse**

Jeg vurderer mit etnografiske materiale til at være omfattende i mængde, og for at skabe struktur over mit analysearbejde har jeg ladet mig inspirere af musikterapiforsker Charlotte Lindvangs brug af begreberne horisontal og vertikal analyse, jf. hendes nylige publicerede doktorafhandling: "A Field of Resonant Learning - Self-experiential Training and the Development of Music Therapeutic Competencies", Lindvang, 2010. For at kunne forklare formålet med horisontal og vertikal analyse har Lindvang et kort indledende afsnit om kreativitet i kvalitativ forskning. Jeg begynder derfor

med en kort indføring i Lindvangs tanker om kreativitet i kvalitativ forskning som også er en forudsætning for hendes beskrivelser om horisontal og vertikal analyse. I sin doktorafhandling giver hun ikke en decideret definition heraf, men beskriver horisontal og vertikal analyse ud fra tanker og inspiration om kreativitet i kvalitativ forskning.

Lindvang blev under et seminar med den danske psykolog og forsker Claus Elmholtts foredrag om kreativitet i kvalitativ forskning inspireret til at bruge horisontal og vertikal analyse. Ud fra filosofen Arthur Koestler skriver Lindvang følgende om kreativitet:

“We are creative when we create a new whole from something that was not related until then” (Lindvang, 2010, p. 104).

Kreativitet er når man kombinerer forskellige måder at tænke på, med forskellige bevidsthedsniveauer. Fra at tale om kreativitet, går Lindvang videre med introduktion af tre vidensniveauer<sup>18</sup>. Lindvang bruger første niveau til at sige noget om den vertikale behandling af datamateriale og second-order som en horisontal analyse, som hun også kalder 'second-order-analysis' i det hun bevæger sig til et andet niveau, hvor hun undersøger med teoretiske briller på (Ibid. p. 109).

For at forklare hvordan jeg bruger Lindvangs fremstilling af horisontal og vertikal analyse, er det nødvendigt med følgende forklaring på informationskildernes forskellige funktioner i undersøgelsen.

Med henvisning til informationskildernes opstilling med empirisk materiale på side 35 opdeler jeg disse i tre kategorier ud fra deres forskellige funktioner i forhold til undersøgelsen.

---

<sup>18</sup> Lindvang kalder dem 'first-order knowledge', 'second-order knowledge' og 'third-order knowledge'. First-order er det vidensniveau der beskriver almindeligheder, second-order er et niveau højere og består af reflekterende viden og third-order er viden om meta-refleksioner (Lindvang, 2010, p. 105ff.).



### **1) Teori**

Denne overskrift dækker over informationskilden litteraturgennemgang, litteratur og forskningsartikler, og hvad de måtte indeholde af empirisk materiale. Jeg har valgt overskriften teori, da informationskilden i denne undersøgelse ikke fungerer som empirisk materiale til analysen, men har til formål at give en generel indføring i musikterapeutisk forskning i neurorehabilitering. Teori bliver præsenteret i kapitel 3.

### **2) Egen erfaring**

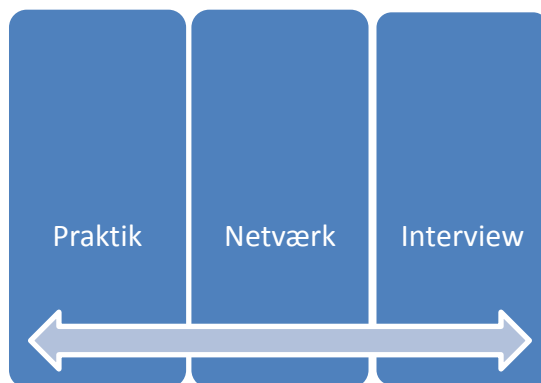
Denne overskrift henviser til min egen erfaring, som jeg har fået gennem sjette og niende semesters praktikker. Desuden vælger jeg at se mit medlemskab i netværket som en form for egen erfaring, da jeg her har mulighed for gennem dialog med andre i samme felt at blive klogere på og udvikle ideer til klinisk praksis. Empirisk materiale bliver indsamlet fra netværksmødereferater og studiepraktikkerne fra sjette og niende semester, som jeg overordnet betegner kategorien egen erfaring. De bliver præsenteret i kapitel 4.

### **3) Interviews**

Ved at udforme spørgsmål der retter sig mod problemformuleringen, er det mit mål gennem interviews at få så tydelige og udførlige beskrivelser af nøglebegreberne, klinisk metode, teknik, behov og målsætning. Specialet henter på denne baggrund sit grundempiri herfra. Interview som metode er også med til at opnå den i den etnografiske metode benævnte 'insider viden' fra danske musikterapeuter, der arbejder inden for undersøgelsesfeltet.

Det skal for god ordens skyld nævnes, at når mine interviews er foretaget i marts 2009 skyldes det en barselsorlov mellem to specialeskrivningsperioder på hver tre måneder og ikke et usædvanligt langt specialeskrivningsforløb på over et år.

Med udgangspunkt i ovenstående, kan jeg illustrere, hvordan jeg anvender den horisontale og vertikale analyse:



Figur 3. Horisontal og vertikal bevægelse.

Ovenstående figur skal illustrere en vertikal retning i alle tre blå firkanter. Den vertikale analyse indbefatter det empiriske materiale fra egen erfaring (praktik, netværk) og interview. Den tværgående pil med retning i begge ender, viser den horisontale analyse, som har indflydelse på den vertikale analyses samlede fremstilling i kapitel 5.

I denne undersøgelse betyder det konkret, at de enkelte datakasser fra del-analyserne i kapitel 4 (vertikal) bliver samlet i analysen og udgør et samlet fund af kliniske metoder og teknikker (horisontal) i kapitel 5.

De bagvedliggende meninger (fyldige beskrivelser af konteksten) henter jeg fra teoriafsnittet i kapitel 3 og refleksionerne, som jeg efter hver del-analyse i kapitel 4 noterer. Disse bliver samlet i en del-konklusion og sammen med det teoretiske perspektiv danner disse elementer tilsammen de bagvedliggende meninger og betydningsstrukturer, som belyser analysefundene i en syntese.

### **Opsamling**

Efter gennemgangen af de fire etnografiske teknikker kan jeg konkludere, at teknikken længerevarende deltagelse i undersøgelsesfeltet over tid fungerer som hovedteknik i forhold til indsamling af empirisk materiale. Eftersom empirisk materiale ofte består af en rodet bunke papirer, vælger jeg at foretage del-analyser efter hver informationskildes bearbejdning med

efterfølgende refleksionsafsnit for sluttelig i kapitel 4, inden den samlede analyse, at præsentere en del-konklusion, som er baseret på refleksionerne. I min måde at opfatte, udføre og opstille min analyse, har jeg ladet mig inspirere af Lindvangs beskrivelse af horisontal og vertikale analyse.

### 3 Forskning og teori

Dette kapitel danner rammen om en præsentation af den forskning, der findes på området inden for musikterapi og neurorehabilitering. Eftersom præsentationen af forskningen udgør baggrundsviden om musikterapi og neurorehabilitering, skal kapitlet også betragtes som en teorigennemgang. Teorien præsenteres ud fra den betragtning, at for at forstå danske musikterapeuters brug af metoder og teknikker i forhold til behov og målsætninger, er det nødvendigt, at jeg forholder mig til hvad udenlandsk litteratur og forskningsartikler siger om dette. Informationskilden litteraturgennemgang, litteratur og forskningsartikler har til formål at fungere som kontekstualiserende teori til den egentlige analyse og fortolkning. Som Kvale (2003) skriver på side 206:

”Det er undersøgelsens teoretiske grundlag, der skaber konteksten for beslutninger om, hvorledes interviewene skal analyseres” (Kvale, 2003, p. 205).

Jeg har valgt følgende teoretikere:

David Aldridge (2005), Felicity Baker (2006), Jeanette Tamplin (2006/2008), Gottfried Schlaug et al. (2008), Michael Thaut (2005), Monica Jungblut (in Aldridge, 2005), Simon Gilbertson (2005/2008) og kort introduktion til Halds Ph.D- forskning.

Indledningsvis giver jeg en kort definition på musikterapi, eftersom specialet ikke kun henvender sig til musikterapeuter men også fysio-, ergoterapeuter og logopæder, der arbejder inden for neurorehabilitering.

### 3.1 Definition på musikterapi

World Federation of Music Therapy (WFMT) etablerede i 1996 en international definition af musikterapi:

”Musikterapi er en kvalificeret musikterapeuts brug af musik og/eller musikalske elementer (lyd, rytme, melodi og harmonik/klang) med en klient eller gruppe, i en proces der har til hensigt at støtte og fremme kommunikation, dannelse af relationer, læring, mobilisering, udtryk, organisation og andre relevante terapeutiske mål, for at imødekomme fysiske, følelsesmæssige, mentale, sociale og kognitive behov. Musikterapi sigter mod at udvikle potentialer og/eller genetablere funktioner for den enkelte, således at han eller hun kan opnå bedre intra- eller interpersonlig integration og, som følge heraf, en bedre livskvalitet gennem forebyggelse, rehabilitering eller behandling” (Bonde, Lars Ole et al., 2003, p. 34).

Denne definition gør sig stadig gældende og har vundet almindelig tilslutning blandt musikterapeuter. At give en definition på musikterapi er dog ikke så enkelt. Som musikterapiprofessor Kenneth Bruscia skriver:

”We are and we will always be in the process of defining, for the answers to the diverse issues and questions raised here will always vary according to the definer and the context in which the defining takes place” (Bruscia, 1998, p. 19).

WFMTs definition er bred og derfor også dækkende for definitionen af den musikterapi, jeg har praktiseret i mine praktikker inden for neurorehabilitering. Jeg forstår citatet således, at definitionen på musikterapi afhænger af hvem vi er, hvor vi arbejder, og med hvilken klinisk patientgruppe vi arbejder med. Personligt bruger jeg musikken som et redskab til kommunikation i en terapeutisk alliance og ser musikterapi som en styrke i videreudvikling af ressourcer hos patienterne.

## 3.2 Forskning i musikterapi og neurorehabilitering

Dette afsnit går i dybden med informationskilden litteratur, forskningsartikler og litteraturgennemgang, som jeg i forrige kapitel definerede som teoretisk i sin form og funktion og i den forstand ikke empirisk. Jeg beskriver endvidere forskning i musikterapi og neurorehabilitering på et generelt plan.

### 3.2.1 Litteraturgennemgang, litteratur og forskningsartikler

Jeg har gennem de seneste år modtaget forskningsartikler bl.a. fra netværket sendt på mail. Jeg har endvidere fundet en række artikler på internettet, herunder på hjemmesiderne [www.google scholar.dk](http://www.google scholar.dk) og Aalborg Universitets onlinedatabaser ([www.aub.aau.dk](http://www.aub.aau.dk)). I et forsøg på at strukturere og systematisere artiklerne, begyndte jeg i 2008 at samle alle artikler i et artikelkompendium. Foruden forskningsartikler er jeg i besiddelse af en del bøger inden for området og kopier af bogkapitler, som er relevante for en forståelse af forskningen på området musikterapi og neurorehabilitering. I forbindelse med specialets opstart foretog jeg i januar 2009 en kædesøgning. Kædesøgning betyder, at man lader forfatterne anbefale hinanden, og søgemetoden har den fordel, at den fører fra en god reference til en anden. På denne måde lykkedes det mig at få et indblik i litteratur som jeg på tidspunktet ikke havde stiftet bekendtskab med. De aktuelle søgeord for et år siden var 'afasi', 'musik', 'musikterapi' og 'neurorehabilitering'. Jeg gør ikke brug af resultaterne fra kædesøgningen, men mener det er en god øvelse, når man søger anden litteratur som har udgangspunkt i en kendt kilde.

Jeg fortsætter med en fremstilling af specialets teoriafsnit, først med en kort præsentation af forfatterne bag de kilder jeg løbende refererer til undervejs og dernæst deres bidrag til et teoretisk perspektiv på undersøgelsesfeltet.

Felicity Baker er leder af musikterapiuddannelsen ved University of Queensland, Australien. Hun har skrevet en doktorafhandling i musikterapiens muligheder i forbedring af stemmebrug og kommunikationsevne hos patienter med erhvervet hjerneskader. Afhandlingen har særligt fokus

på modificeret melodisk intonationsterapi-metoden (Bonde et al., 2001, p. 222). Baker har mange års erfaring med forskning samt klinisk arbejde i neurorehabilitering. Jeg anvender bogen "Music Therapy Methods in Neurorehabilitation – A Clinician's Manual" (Baker og Tamplin, 2006).

Jeanette Tamplin er senior musikterapeut ved Royal Talbot Rehabiliterings Hospital i Australien. Hendes primære kliniske målgruppe er traumatisk hjerneskadede voksne og unge. Sideløbende med dette arbejde har Jeanette udført og forsket i effekten af musikterapi i neurorehabiliteringen af erhvervede neurologiske kommunikationsvanskeligheder. Jeg anvender artiklen "A pilot study into the effect of vocal exercises and singing on dysarthric speech" (Tamplin, 2008).

Som jeg i specialets indledning skriver, har jeg et godt kendskab til den kliniske metodebog skrevet af Baker og Tamplin (2006). Bogens formål er at give studerende såvel som erfarne musikterapeuter en viden om brugen af musikterapeutiske metoder i neurorehabilitering. Baker og Tamplin koncentrerer sig i bogen foruden kommunikationsvanskeligheder, om personer i ændret bevidsthedstilstand, fysisk rehabilitering, kognitiv og adfærdsrehabilitering, rehabilitering til facilitering af emotionel ændring og pædiatrisk rehabilitering. I forbindelse med forfatternes fremstilling af kommunikationsvanskeligheder og kliniske metoder, gør de - foruden en række mere eller mindre sjældent forekommende tale- og sprogsvanskeligheder - rede for de typiske afasi-typer (Brocas og Wernickes – ikke-flydende og flydende afasi), dysartri og tale-apraksi og de metoder, der anvendes her og baggrunden herfor.

I deres opbygning af sessioner med ovenstående patientgruppe, stiller de følgende punkter op: patient behov, terapeutiske målsætninger, sessionens længde, beskrivelse af interventionen<sup>19</sup>, valg af musik, specifikke strategier, variationer, kontraindikationer og evaluering (Baker og Tamplin, 2006, p. 149f., min oversættelse fra engelsk). Af metoder nævner de modificeret melodisk intonationsterapi (MMIT) for musikterapi med patienter ramt af afasi (ikke-flydende som flydende). De nævner ikke nogen specifik metode i arbejdet med tale-apraksi men derimod en række teknikker i arbejdet med to interventioner for patienter med tale-apraksi (Baker et al. p.

---

<sup>19</sup> Intervention betyder at handle på noget eller nogen for at ændre den eksisterende situation og derved ændre begivenhedens omstændighed. Det kræver at der før interventionen allerede eksisterer en tilstand som skal ændres (Bruscia, 1998, p. 37).

152ff). Når de beskriver deres arbejde med dysartriske patienter, kan jeg af Tamplins (2008) behandlingsprotokoller for dysartriske patienter finde følgende musikterapeutiske elementer i en såkaldt intervention: opvarmningsøvelser<sup>20</sup>, mundtlig motorisk træning og vejtrækningsøvelser<sup>21</sup>, rytmisk betoning og melodisk artikulationsøvelser<sup>22</sup>, vokal intonationsterapi<sup>23</sup> og sang af velkendte sange (Tamplin, 2008, p. 209). I Baker og Tamplin (2006, p. 165) giver de foruden en grundig beskrivelse af øvelserne, også eksempler på ovenstående teknikker. Tamplin (2008) refererer til brugen af teknikkerne mundtlig motorisk træning og vejtrækningsøvelser, rytmisk og melodiske artikulationsøvelser, promptende tale-kor<sup>24</sup>, vokal intonationsterapi og sang af velkendte sange (Tamplin, 2008, p. 209).

Monika Jungblut er tysk freelance musikterapeut med praksis på Universitetet i Witten-Herdecke, Tyskland. Her modtog hun i 2003 sin doktorgrad i kvalitativ forskning inden for medicin. Hendes musikterapeutiske arbejde involverer klinisk praksis i det psykoterapeutiske og psykiatriske felt samt inden for neurorehabilitering af ambulante afasipatienter (Aldridge, 2005, p. 291). I Aldridge, 2005 har Jungblut skrevet et kapitel med denne overskrift: "Music Therapy for People with Chronic Aphasia: A Controlled Study"

Kapitlet drejer sig om udviklingen af den såkaldte SIPARI metode (Jungblut kalder SIPARI for en procedure, Aldridge, 2005, p. 196), og hvordan den virker på ambulante personer med afasi, som ikke længere er en del af fase 3 rehabilitering. SIPARI blev udviklet baseret på en handicap-relateret brug af stemmen. SIPARI anvendes inden for det tonale spekter, hvor metoden består af: Sang til Intonation til fyldestgørende tale-Prosodi bl.a. med fokus på vejtrækningen. Fokus er yderligere på Aktivering af de tilbageværende sprogfærdigheder lokaliseret i højre hjernehalvdel. I tilknytning hertil bruges der Rytmske øvelser for at fremhjelpe fonologisk kapacitet i venstre

---

<sup>20</sup> Oversat fra det engelske 'Vocal exercises' (Tamplin, 2008, p. 209).

<sup>21</sup> Oversat fra det engelske 'Oral motor respiratory exercises' (Ibid.).

<sup>22</sup> Oversat fra det engelske 'Rhythmic and melodic articulation exercises' (Ibid.).

<sup>23</sup> Oversat fra det engelske 'Vocal intonation therapy' (Ibid.).

<sup>24</sup> Min oversættelse af det engelske 'Rhythmic speech cuing'.

hjernehalvdel. Improvisationer bliver ud fra et holistisk perspektiv brugt i form af musikalske rollespil og ledsagende improvisationer, der inkluderer såvel lingvistisk-kognitive som socio-emotionelle læringsprocesser (Jungblut i Aldridge, 2005, p. 195). Testmålinger viser, at SIPARI giver signifikante forbedringer i taleevne i 75 procent af de kronisk ramte afatikere, der bliver behandlet. Kontrolgruppens taleevne forbliver stor set uændret.

Simon Gilbertson er trænet musiker og musikterapeut. Han er lektor i musikterapi ved The Irish World Academy of Music and Dance, Universitetet i Limerick, Irland. Hans kliniske ekspertise ligger inden for neurorehabilitering, og i marts 2005 erhvervede han sin doktorgrad i musikterapi i tidlig rehabilitering med personer der havde været udsat for en traumatisk hjerneskade. Jeg anvender dele af Gilbertsons kapitel 5 i Aldridge (2005) og information fra bogen "Music Therapy and Traumatic Brain Injury – A light on a Dark Night" fra Gilbertson og Aldridge, (2008).

I Aldridge, 2005 bidrager Gilbertson med en omfattende oversigt over litteraturen om musikterapi, og personer der har været udsat for traumatisk hjerneskade. Gilbertson redegør her for forfattere, publiceringsår, data omkring de skadede personer, alder, køn, selve skaden, diagnose, kliniske symptomer, tidsforløb (oversat fra engelsk: *timescale*), assessment, musik-teknik, sideløbende terapi, musikalsk biografi og resultater. Han deler litteraturgennemgangen op i tre dele, hvor sidste del giver et overblik over musikterapeutiske teknikker udover improvisation med personer udsat for traumatisk hjerneskade. Jeg har set nærmere på de musikteknikker, der er brugt ved afasi, hvor afasi er anført som kliniske symptomer. Her nævner Gilbertson et samarbejde med talepædagog ved fx syngning af sange, instrumental improvisation, modificeret melodisk intonationsterapi (MMIT), musisk intonation i verbalisering og vokalisation, syngning af sange og rytmiske taleøvelser (Gilbertson i Aldridge, 2005, p. 115f).

Gilbertson skriver ydermere, at musikterapeuter stadig ikke kan vide noget om effekten af forskellige musikterapeutiske metoder, og basisundersøgelser af eksisterende strategier er nødvendige, før vi kan udføre komparative studier (Gilbertson og Aldridge, 2008, p. 32).



Michael H. Thaut er amerikansk professor i musik og neurovidenskab ved Colorado Statsuniversitet, USA. Thauts forskningsfokus ligger på hjernefunktioner i musik især den temporale proces i hjernen relateret til rytmisk og biomedicinsk anvendelse i musik, til neurologisk rehabilitering af kognitive og grovmotoriske funktioner. Han er manden bag betegnelsen neurologisk musikterapi (Neurologic Music Therapy, NMT) og afholder bl.a. kurser i neurologisk musikterapi på universitetet i Colorado. I bogen "Rhythm, music, and the brain – Scientific foundations and clinical applications", 2005 diskuterer Thaut hvorfor musik som æstetisk medium og kunstform over de sidste to årtier har vundet så meget opmærksomhed inden for hjerneforskning. Interessant er det bl.a. at forskningen på området peger på, at musik er en biologisk dybt rodfastet funktion i den menneskelige hjerne. Hjernen har således et neuralt kredsløb, som er dedikeret til musik (Thaut 2005, p. viii). I neurologisk musikterapi i tale- og sprog rehabilitering anvender Thaut følgende metoder og teknikker (Thaut, p. 165): melodisk intonationsterapi (MIT) til behandling af Brocas afasi, musikalsk talestimulation<sup>25</sup> som en teknik brugt til behandling af afasi. Teknikken bruger musik og musik-relateret materiale fx sange, rim, salmer (oversat fra engelsk: chants), eller musikalske fraser spillet på et musikinstrument. I neurologisk musikterapi med dysartriske patienter nævner Thaut promptende tale-kor (Engelsk 'Rhythmic Speech Cuing' - RSC) og mundtlig motorisk træning og vejrtrækningsøvelser (Engelsk 'Oral Motor and Respiratory Exercises' - OMREX). Hovedsagelig ses lyd vokalisering og brugen af blæseinstrumenter med henblik på at forøge artikulatorisk kontrol og vejrtrækningsstyrke (Ibid. p. 172). Endelig taler Thaut om terapeutisk sang<sup>26</sup>, som refererer til den uspecifikke brug af sang-aktiviteter, enten i gruppe eller mellem terapeut og klient. Den bruges til at facilitere initiativ, udvikling og artikulation i tale og sprog og til forøgelsen af funktioner i vejrtrækningsmekanismerne. Jeg har ikke fundet at Thaut anvender det engelske ord 'methods', men taler i stedet om model og teknikker (Engelsk 'techniques'). Jeg henviser til Bruscias definition på metode, hvor han skriver at metode er en del af en model/tilgang.

---

<sup>25</sup> Oversat fra det engelske 'Musical Speech Stimulation'(MUSTIM) (Thaut, 2005, p. 168).

<sup>26</sup> Oversat fra det engelske: 'Therapeutic Singing' (TS) (Ibid., p. 175).

David Aldridge er formand for kvalitativ forskning i medicin på det medicinske fakultet på Universitetet i Witten-Herdecke, Tyskland. Hans speciale er udvikling af forskningsmetoder i adskillige terapeutiske henseender herunder kreativ kunstterapi, alternativ medicin og plejesektoren. I sine bestræbelser på at udbrede den kreative kunstterapi, har han udviklet og oprettet webstedet [www.musictherapyworld.net](http://www.musictherapyworld.net). I bogen "Music Therapy and Neurological Rehabilitation – Performing Health" fra 2005, drøfter Aldridge bl.a. udfordringen ved at være musikterapeut hvad angår forskning inden for neurologisk rehabilitering og evidens for musikterapiresultaterne. Han anbefaler, at musikterapeuter begynder at anvende identiske assessmentredskaber, da han mener musikterapi som felt har en ny generation af trænedede forskere, som bør 'tale' sammen med praktikere. Ved at anvende tværfagligt kendte redskaber i vores forskning, gør vi dokumentationen af musikterapi lettere forståelig for andre faggrupper (Aldridge, 2005, p. 18f.).

Betsey King er assisterende professor i musikterapi på New York Nazareth College. I artiklen fra 2007 "Language and Speech: Distinguishing Between Aphasia, Apraxia, and Dysarthria in Music Therapy research and Practice" redegør hun for vigtigheden af som musikterapeut at kende både den anatomiske og etymologiske forskel på tale og sprog. Foruden en grundig definition på afasi, dysartri og apraksi giver hun information omkring musikterapeutiske interventioner og musikrelaterede behandlingsformer i arbejdet med personer med kommunikationsvanskeligheder. King nævner melodisk intonationsterapi (MIT) som en behandlingsform til ikke-flydende afatikere, som kan afhjælpe basale behov hos patienter det kan fx være at give udtryk for smerter eller ønsket om at få ro. Ifølge King bruger musikterapeuter MIT metoden i forskellige variationer. Nyere udvikling i behandlingen af tale-vanskeligheder gennem musik er brug af promptende tale-*kor*<sup>27</sup> (King, 2007, p. 16). Hun refererer til den som værende en teknik. Udover ovenstående nævner King sangskrivning og sang. De typiske målsætninger for patienter med dysartri, afasi eller apraksi er ifølge King at fremme social interaktion, sænke stress og angst og øge deres personlige udtryk

---

<sup>27</sup> Fra engelsk 'Rhythmic Speech Cuing' – se tidligere oversættelse.

(dette især hos dysartripatienter som pga. problemer med artikulationen bliver forhindret i at udtrykke sig).

Musikterapeut Marly Rychener Hobson arbejder på Highland Park Hospital i Illinois, USA. I sin artikel "The collaboration of Music Therapy and Speech-Language Pathology in The Treatment of Neurogenic Communication Disorders: Part I – Diagnosis, Therapist Roles, and Rationale for Music" (2006) giver hun først en definition på neurogene kommunikationsforstyrrelser (oversat fra engelsk: 'neurogenic communication disorder'), hvor diagnoser som afasi, dysartri og tale-apraksi hører under. Hobson drøfter musikterapirollen set i lyset af samarbejdet med talepædagoger. Det sker ofte, at patienter diagnosticeret med tale- eller sprogvanskeligheder henvises til en talepædagog, men hvor behandlingsmålene kan nås af både musikterapeut og talepædagog. Af specifikke teknikker og metoder refererer hun til Thauts neurologiske musikterapeutiske model, hvor teknikken terapeutisk sang gennem sang giver sproget et naturligt udtryk (Hobson, 2006, p. 62). Hun nævner tale-stimulation der som teknik sigter mod en mere funktionel talerespons. Yderligere i arbejdet med neurogene kommunikationsforstyrrelser nævner Hobson teknikkerne vokal intonationsterapi (VIT) og mundtlig motorisk træning og vejrtrækningsøvelser (engelsk forkortelse: OMREX) Herudover beskriver Hobson brugen af (modificeret) melodisk intonationsterapi i arbejdet med patientgruppen og promptende tale-kor (Engelsk forkortelse: RSC). De i artiklen nævnte teknikker stemmer overens med de fra Thauts (2005) neurologiske musikterapi model.

Hobson taler også om musikterapeutens rolle i arbejdet med denne patientgruppe. Hun mener, at rollen varierer afhængigt af forstyrrelsen, behandlingsfasen og de individuelle behov hos patienten. Hun drøfter i hvilken grad musik yder et unikt terapeutisk værktøj, som komplimenterer talepædagogik (Hobson, 2006, p. 63). Hobson understreger vanskeligheden ved at fastsætte generelle teknikker for de neurogene kommunikationsforstyrrelser pga. individuelle behov hos patienterne. Hun foreslår derfor, at musikterapeuter i udarbejdelsen af behandlingsprotokoller gør sig overvejelser omkring en eventuel modificering af de teknikker/interventioner, som er baseret på individuelle patientbehov. Yderligere foreslår Hobson, i en anvisning til

musikterapeuter i arbejdet med nævnte patientgruppe, at behandlingsmålene bør omfatte domæner som fx social/emotionel som tilføjelse til kommunikation som målsætning.

Gottfried Schlaug er professor i neurologi ved 'Music and Neuroimaging Laboratory', Beth Israel Medicinske Center og Harvard Medicinske skole, Boston (<http://www.musicianbrain.com/#schlaugbiblio>). I sin artikel "From Singing to Speaking: Why Singing May Lead to Recovery of Expressive Language Function in Patients with Broca's Aphasia", 2008 mener Schlaug og hans kolleger, at metoden melodisk intonationsterapi (MIT) er særdeles velegnet til patienter med store læsioner i venstre hjernehalvdel. I deres undersøgelse gennemgår patienter med brocas afasi behandlinger med MIT. Forskerne har til formålet oprettet en kontrolgruppe, som ikke modtager MIT. Efter-behandlingsresultaterne afslører signifikante forbedringer i benævnelse af udsagnsord (fra engelsk: propositional speech). Det viser sig imidlertid, at gevinsten hos patienten, som modtog MIT behandling, langt overstiger gevinsten hos patienten i kontrolgruppen. Behandlings-associeret visualiseringsændringer indikerer at MITs unikke engagement i højre hjernehalvdel, både gennem sang og ved at banke let med venstre hånd for at påvirke sensor- og præmotorisk artikulations-kortex, forklarer dens effekt over ikke-intoneret tale-terapi (Schlaug et al., 2008, p. 321).

Ganske kort kan jeg nævne, at musikterapeut og medlem af Netværket for musikterapeuter Søren Hald i øjeblikket er Ph.D. studerende ved Aalborg Universitet. Her forsker han i effekten af musikterapi på interpersonelle kompetencer hos mennesker i neurologisk rehabilitering<sup>28</sup>. Hald stiller de primære mål op for neurorehabilitering med reference til 1) funktionelle mål og 2) psykoterapeutiske mål. I de funktionelle har Hald bl.a. medtaget tale, stemme, vejtrækning og ud fra de psykoterapeutiske nævner han social interaktion, kommunikation og validering af følelser (Powerpoint præsentation modtaget fra Søren Hald i forbindelse med netværksmøde den 3. november 2008). Han forventer at afslutte sin forskning i 2011.

---

<sup>28</sup> På engelsk: 'The Effect of Music Therapy on Interpersonal Skills of People in Neurological Rehabilitation'.

## Opsamling

Ved at explicitere etnografisk materiale bestående af litteraturgennemgang, litteratur og forskningsartikler, som jeg har indsamlet gennem længerevarende deltagelse i undersøgelsesfeltet, er jeg blevet klogere, på hvilken forskning der foreligger på undersøgelsesfeltet musikterapi og neurorehabilitering. Monika Jungblut har udviklet proceduren SIPARI udviklet til kroniske afasipatienter. SIPARI er ikke en metode/procedure jeg kender til, og ved nærmere undersøgelse af de musikterapeutiske elementer den indeholder, finder jeg frem til, at den består af forskellige teknikker bl.a. sang, tale-prosodi, en teknik til aktivering af tilbageværende sprogfærdigheder i højre hjernehalvdel, improvisation og rytmiske øvelser. Gennemgangen af de teoretiske kilder har efterfølgende vist at informationskilden litteraturgennemgang fra mit ottende semester, ikke indeholder relevant teoretisk materiale som er relevant at nævne her. Jeg vender tilbage til teorien i mit synteseafsnit i kapitel 5, hvor teorien fungerer som kontekstualiserende på mine analysefund.

## 4 Egen erfaring og interview

I kapitel 4 redegøres for min indsamling af empirisk materiale vedrørende informationskilderne egen erfaring fra praktikerne, deltagelse i netværket og interview. Det skal nævnes, at det empiriske materiale fra interviewene, bliver fremstillet mere detaljeret end de øvrigt nævnte informationskilder. Dette kan begrundes i, at interviewmetoden fortjener en uddybende forklaring, da metoden indebærer mange personlige overvejelser og tankevirksomhed om bl.a. udvælgelse af informanter, udfærdigelse af interviewspørgsmål og forklaringer på interviewtransskriptioner.

For nuværende går jeg trin for trin gennem de på side 36 beskrevne proceselementer. Proceselementerne viser processen fra informationskilde til analyse. Nedenfor fører processen i første omgang til del-analyser som i kapitel 5 alle bliver samlet.

## **4.1 Praktikkerne**

Dette afsnit beskriver indsamlingen af empirisk materiale fra informationskilderne sjette og niende semesters praktik. Informationskilderne består af et standardnotat fra sjette semester og et behandlingsoplæg fra niende. Med udgangspunkt i mine to studiepraktikker på henholdsvis sjette semester på 'Syrenbakken' i Nørresundby, et bosted for personer med senhjerneskode, og apopleksiafdelingen på Glostrup Hospital på niende semester, ekspliciterer jeg i det følgende måden, hvorpå jeg har fået adgang til mit empiriske materiale.

### **4.1.1 Fremgangsmåde og bearbejdning**

Det empiriske materiale består som nævnt af et standardnotat fra mine studienoter fra sjette semester og behandlingsoplæg fra niende semester. Disse praktik-redskaber var med til at fremme mine overvejelser om opbygningen af mine sessioner for den respektive patientgruppe.

Jeg har systematisk gennemlæst begge tekster og understreget nøgleordene metoder, teknikker og behov og målsætninger når de optrådte. Jeg benytter mig af samme enkle logiske fremgangsmetode i behandlingsoplagene fra niende semester i indsamlingen af beskrivelser om kliniske metoder, teknikker og behov og målsætninger. I niende semesters praktik skal vi som en del af praktikken udfærdige behandlingsoplæg for hver enkelt patient, vi lavede musikterapi med. Både standardnotat og behandlingsoplæg fungerer som dokumentation for musikterapien i praktikkerne.

### **4.1.2 Sjette og niende semesters praktik**

Ud fra systematisk søgning af beskrivelser om klinisk metode og teknik, har jeg fundet følgende kliniske metoder og teknikker fra informationskildens empiriske materiale. Disse fremstilles i datakassen nedenfor.

	Metoder	Teknikker
<b>Sjette semester</b> Bostedet Syrenbakken, Nørresundby	Fællessang og receptiv musikterapi	Musiklytning, stemmeimprovisation, rytmisk turtagning, grounding, musikalsk spejling og kropslig bevægelse til sang
<b>Niende semester</b> Apopleksiafdelingen, Glostrup	Modificeret melodisk intonationsterapi med dysartripatient (MMIT) og sanggruppe med patienter og deres pårørende	Vejrtrækningsøvelser, samtale, stemmetræningsøvelser herunder vokal- og konsonantøvelser, gentagelser, kropsafspænding

Datakasse 1: Sjette og niende semesters praktikker.

**Målsætninger** (sjette semester):

Opbygge tillidsfuld relation, styrke koncentrationsevne og udvikle sproglige funktioner

**Patientbehov:** ingen registreret.

**Målsætninger** (niende semester):

Støtte emotionelt, give mulighed for succesoplevelse gennem musikalske udtryk, give mulighed for erkendelse af, at ordene stadig eksisterer, øge selvværd i arbejdet med ordproduktion og artikulation, forbedre vejrtrækning og muskelkontrol, øge lungekapacitet, forhøje livskvaliteten, sætte fokus på selvfornemmelse, tilbyde et musikalsk rum, tilbyde musikalsk samvær uden verbal interaktion.

**patientbehov:** ingen registreret.

## Refleksioner

Behov som begreb bliver hverken nævnt i behandlingsoplæg eller standardnotatet. Det er målsætningerne for patienten, der lægges vægt på. Jeg forestiller mig, at grunden hertil er, at vi som kommende musikterapeuter gennem disse praktik-redskaber skal øve os i at tage stilling til, hvad vi kan gøre for den respektive patientgruppe, ved fx at tage stilling til målsætningerne. Men egentlig ser jeg det som en anelse problematisk, at vi tager stilling til målsætningen for patienten ud fra behov, som umiddelbart ikke er defineret af patienten selv. I behandlingsoplæggenes udformning (jf. side 36) fra Glostrup Hospital er der ikke noget punkt med overskriften 'behov'. Der tales om 'observationer'. Når jeg ser nærmere på målsætningen 'støtte emotionelt' nedfældet under niende semesters målsætninger, har jeg med al sandsynlighed formuleret denne målsætning med *udgangspunkt* i et behov som jeg har observeret hos patienten, men ikke gjort denne tanke eksplicit for mig selv. Jeg har i behandlingsoplægget haft nogle overskrifter som jeg skulle tage stilling til – og deri er behov som begreb ikke inklusiv. Jeg undrer mig over, hvorfor vi i faget KGMF (omtalt i begrebsafklaringsafsnittet) bliver gjort særlige opmærksomme på begrebet behov (needs), når jeg ikke har taget stilling eller forholdt mig til det, når det for mig i retrospekt er så vigtigt at medtage i arbejdet med denne patientgruppe. Jeg går videre med en gennemgang af netværkets proceselementer.

## 4.2 Netværket

Dette afsnit redegør for indsamlingen af fund fra netværksmødereferater, som i denne indledende analyse også bliver placeret i en datakasse.

### 4.2.1 Fremgangsmåde og bearbejdning

Mit medlemskab i netværket har siden efteråret 2008 gennem diverse netværksmøder bidraget med en forståelse af den kliniske verden, som den ser ud for erfarne musikterapeuter i feltet. Jeg kan her trække på de erfaringer som de uddannede musikterapeuter der arbejder inden for



neurorehabiliteringsområdet deler i netværket. Data fra denne informationskilde består som tidligere nævnt af mødereferater.

Mødereferaterne er fundet frem fra mine ringbind, hvor jeg gennem tiden har arkiveret disse. Ved en systematisk gennemlæsning med henblik på at identificere nøglebegreber, der kunne give mig en beskrivelse af kliniske metoder, teknikker og hvordan de stemmer overens med beskrivelser af behov og målsætninger, har jeg benyttet en gul overstregningstusch. Hver gang jeg - ud fra egen forståelse af klinisk metode og teknik, behov og målsætning - har identificeret beskrivelser heraf, er disse indsat i datakassen nedenfor. Jeg har som første led i min analyse kunnet identificere følgende fund:

	Metoder	Teknikker
<b>Mødereferater fra netværket</b> Dateret: 5. september 2008 3. november 2008 26. januar 2009 29. juni 2009 23. november 2009 8. februar 2010 (har intet referat fra netværksmøde 17. september 2009)	Sangskrivning, receptiv musikterapi, modificeret GIM (Guided Imagery and Music), fantasirejse, MMIT, "livslinjen" og sammenspil	Stemmetræningsøvelser, hukommelsestræning, sang akkompagneret af guitar, samtale, nærvær, fløjte, brug af kazoo, kombinere håndbevægelser med stemmetræningsøvelser, pushing/pulling teknik (ved for slap tonus), xylofonsolo, lave sangmappe med eksistentielle temaer, bugstøttet træning, synge en oktav på en vejtrækning, gentagelser, spilleregler og improvisation

Datakasse 2: Netværket

### **Målsætninger:**

Skabe kontakt, stabilisere luftstrøm, fremme udholdenhed, opnå følelse af synlighed, livskvalitet.

### **Behov:**

Kommunikation, bryde isolation, kontakt, meningsfuldt samvær, arousal, stemmen som personligt udtryk.

### **Refleksioner**

I referatet af 3. november 2008 gennemgår vi videoklip af tre personer med erhvervet hjerneskade. Dette med henblik på udviklingen af en DVD som bl.a. har til hensigt at gøre kendskabet til musikterapi i neurorehabilitering større. Inden videoklippene vises, bliver alle netværkets medlemmer præsenteret for klienternes baggrund, skadens omfang og klienternes nuværende behov. Ved gennemgangen af videoklippene bliver vi bedt om at observere både klient og musikterapeut. Når musikterapeuterne har interesse i at sætte os ind i de respektive klientbehov, fortæller det mig, at de omtalte musikterapeuter i dette tilfælde har fokus på behov som begreb. I samme kontekst bliver målsætning ikke nævnt. Teknikken 'kombinerer håndbevægelser med stemmetræningsøvelser', giver mig associationer til Schlaugs artikel fra 2008, jf. teoriafsnittet, med beskrivelsen af MIT og effekten af netop denne fremgangsmåde i forhold til MITs engagement i højre hjernehalvdel, når man bl.a. banker let med venstre hånd.

## **4.3 Interview som metode**

Interviewafsnittet præsenterer interview som etnografisk teknik. Jeg kalder i dette afsnit interview for en metode, hvilket begrundes i, at jeg anvender Steinar Kvaales (2003) fremstilling og ikke Brynjulf Stige (2005) som kilde.

Jeg redegør herefter for, hvordan jeg har fundet og udvalgt mine interviewdeltagere (informanter), og hvordan interviewspørgsmålene er udviklet og med hvilke formål.

Ved at anvende interview som metode, kan jeg opnå *beskrivelser* af undersøgelsesfeltet, som den ser ud for danske musikterapeuter i neurorehabiliteringsarbejdet. Med andre ord, gennem beskrivelser komme så tæt på musikterapeuternes virkelighed, i arbejdet med personer med kommunikationsvanskeligheder.

Jeg har valgt at udføre halvstrukturerede forskningsinterview ud fra Steinar Kvaales bog "Interview – En introduktion til det kvalitative forskningsinterview", 2003. Halvstruktureret forskningsinterview har til formål at indhente beskrivelser af den interviewedes livsverden med henblik på at fortolke betydningen af de beskrevne fænomener (Kvale, 2003, p. 19).

Jeg har valgt at foretage interviewet i samtaleform frem for et forskningsinterview. Kvale skriver:

"Mindre uformelle interview er vigtige kilder til information i etnografiske undersøgelser" (Ibid. p. 105).

Gennem samtale lærer jeg musikterapeuterne at kende, får noget at vide om deres oplevelser, følelser og håb og om den verden, de arbejder i. Formålet med interviewformen er yderligere at undersøge deres selvforståelse og at afklare og uddybe deres perspektiv på deres livsverden. Jeg opfatter, interviewet som et intersubjektivt foretagende mellem to personer, der taler om emner af fælles interesse. Derfor er det også vigtigt, at interviewet betragtes som en samtale, da jeg som person har en subjektiv indsigt i undersøgelsesfeltet, og som aktiv medlem af netværket på den baggrund ikke kan være objektiv som forsker.

#### **4.3.1 Udvælgelse af interviewinformanter**

I udvælgelsen af danske musikterapeuter med erfaring i neurorehabilitering var det oplagt, at jeg henvendte mig til netværket for musikterapeuter inden for neurorehabilitering. Inden et planlagt netværksmøde den 26. januar 2009, sendte jeg en mail til alle i netværket, hvor jeg forklarede, at jeg skulle i gang med mit speciale og i den forbindelse søgte danske musikterapeuter med klinisk

erfaring inden for den kliniske målgruppe (som på dette tidspunkt var) afasipatienter. Jeg modtog ingen respons på min mail, men under netværksmødet den 26. januar 2009, drøftede jeg faglige emner med bl.a. Annette Møller Larsen og Maja Frommelt, og de endte med at blive mine interviewinformanter. Begge opfyldte mine krav til undersøgelsen. Som bilag vedlægges kopier af e-mailkorrespondance mellem mig og netværket og mig og mine informanter.

#### **4.3.2 Præsentation af interviewinformanter**

Annette Møller Larsen (AML) arbejder på Hvidovre Hospitals afdeling 123. Det er afdelingen for traumatisk hjerneskadede. AML har været ansat siden 2004. Udover dette deltidsarbejde driver hun privat praksis. Maja Frommelt (MF) er ansat på dagcentret Karetmagergården i Avedøre, hvor stedets brugere kommer på daglig basis og modtager træning og behandling. MF har været ansat siden 2007.

#### **4.3.3 Interviewdesign**

Under et netværksmøde i en samtale med erfarne musikterapeuter blev jeg overrasket over en iagttagelse, jeg gjorde mig i snakken omkring metoder og teknikker. Jeg fik opfattelsen af, at der blandt erfarne musikterapeuter kan eksistere en form for 'angst for det fremmede' i forhold til snakke omkring og brug af begreberne metode og teknikker i musikterapi som fag. Denne diskussion er ikke specialets omdrejningspunkt, men nævnes her, da det er en væsentlig motivation for at lave interviewet.

I udformningen af interviewet har jeg valgt at lade mig inspirere af Kvaales beskrivelse af interviewforskningens 7 metodestadier (Kvale, 2003, p. 94). Dette for at give interviewet (samtalen) en vis struktur. De stadier, der har relevans for udformningen af interviewet, er nævnt her.

- Tematisering og formulering af spørgsmål
- Design af interviewet

- Gennemførelse af interview
- Transskribering (fra mundtlig tale til skreven tekst)

I det følgende redegør jeg for min anvendelse af de nævnte stadier. Redegørelserne følger ikke nødvendigvis stadiernes kronologiske placering ovenfor. Som tidligere nævnt, er tematisering det at definere formålet med interviewet. Selve designet består af to informanter. Dette er tilstrækkeligt til specialets formål, eftersom målet er at forstå undersøgelsesfeltet, som den opleves af individuelle personer. Jeg er klar over, at det med så få informanter ikke er muligt at foretage statistik eller generalisere. Dette er ej heller formålet med specialet. Jeg går i næste afsnit videre med design af interviewet, hvor bl.a. en forklaring på udformning af spørgsmål hører under denne stadietkategori.

#### **4.3.4 Udformning af spørgsmål**

Mine interviewspørgsmål er udelukkende udfærdiget på baggrund af problemformuleringen. Dette afsnit beskriver, hvilke overvejelser jeg har gjort mig i udformningen af spørgsmålene. Interviewspørgsmålene er vedlagt som bilag.

Interviewet skal betragtes som en samtale, og derfor har jeg, for at opnå så åbne beskrivelser af undersøgelsesfeltet, i udformning af mine spørgsmål lagt vægt på hvilke spørgeteknikker jeg skulle bruge i interviewet. Om dette skriver Kvale:

”Det halvstrukturerede interview er baseret på muligheden for at forfølge uventede spor og stille spørgsmål der ikke er forberedt på forhånd” (Kvale, 2003 p. 119).

Jeg har benyttet mig af følgende teknikker i interviewsamtalen:

- **Indledende spørgsmål:** hvad skete der, og hvordan skete det, hvad oplevede du?  
Indledende spørgsmål udløser spontane beskrivelser.
- **Opfølgende spørgsmål:** gentagelse af betydningsfulde ord, der lige er sagt af interviewpersonen. Det giver anledning til uddybning af deres svar.
- **Sonderende spørgsmål:** kan du give en detaljeret beskrivelse af, hvad der skete? Har du flere eksempler på det?
- **Specificerende spørgsmål:** Hvad tænkte du så? Har du selv oplevet det?
- **Direkte spørgsmål:** Når du taler om ..., tænker du så på en (...) eller (...) tilgang?
- **Tavshed:** ved at tillade pauser i samtalen, får informanten rigelig tid til at associere og reflektere og derefter selv bryde tavsheden med betydningsfuld information (Kvale, 2003, p. 137f.).

Jeg besluttede mig for at give interviewet nogle rammer. Jeg designede således 10 spørgsmål der er vedlagt som bilag, og tidsbegrænsede selve interviewet til 45 minutter. Min rolle som interviewer bestod i at *være velinformeret* (have en omfattende viden om emnet), *være venlig* (tilkendegive at det er acceptabelt at fremsætte ukonventionelle og måske provokerende synspunkter), *være sensitiv* (lytte aktivt og empatisk, lægge mærke til det der ikke siges) *være klar* (stille klare, enkle lette og uakademiske spørgsmål), *være åben* (give plads), *være styrende* (fortrolig med formålet og hvad der er vigtigt at få med fra interviewet), og *huske* hvad der tidligere var blevet sagt samt stille *kritiske* spørgsmål (Ibid. p. 152f.). I forlængelse af interviewspørgsmålene ekspliciteres begrundelserne for disse.

## 4.4 Interviewene

Begge mine interviews er foretaget i marts 2009. Interviewet med MF foregik privat, og interviewet med AML foregik på arbejdspladsen, afdeling 123 på Hvidovre Hospital. Jeg startede interviewet med en kort *briefing*, hvor jeg fortalte informanterne, hvad formålet med interviewet var, og nævnte at interviewet blev båndet. Jeg forklarede endvidere definitionen på henholdsvis (klinisk) metode og teknik med udgangspunkt i Bruscias definition. Herefter foretog jeg interviewet med øje på tiden for efter 45 minutter at slukke handyrecorderen<sup>29</sup> og lave en debriefing. Debriefing bruges til at trække de hovedpunkter frem, som jeg gennem interviewet mente, jeg var blevet klogere på. Informanterne gav mig feedback herpå. Efterfølgende og uden informanternes tilstedeværelse, brugte jeg ti minutter på at reflektere over vigtige informationer fra interviewene.

### 4.4.3 Transskription og membercheck

Transskriptionerne blev foretaget i februar 2010, et år efter interviewene, og det er vigtigt at nævne, at disse ikke skal betragtes som undersøgelsens grunddata, de er blot kunstige konstruktioner af de mundtlige udsagn, jeg optog på min handy-recorder. Transskriptionen transformerer udsagnene fra mundtlig til skriftlig kommunikation. Enhver transskription fra en kontekst til en anden indebærer en række vurderinger og beslutninger (Kvale, 2003, p. 163). Derfor forklarer jeg her, hvilke overvejelser jeg har gjort mig om, hvad transskriptionerne skal bruges til, og hvem teksten henvender sig til.

Transskriptionerne skal give et almindeligt indtryk af informanternes synspunkter og deres beskrivelser af deres arbejde. Jeg beskæftiger mig ikke med sociolingvistiske analyser og har ikke valgt at transskribere ordret i detaljer med pauser anført i millisekunder, dog har jeg transskriberet på en så ordret måde, at alle ord er repræsenteret i transskriptionen, som de kronologisk er sagt i

---

<sup>29</sup> En handyrecorder er en lille håndholdt (eller sat på stativ) mp3-lydoptager.

interviewet. Jeg har udeladt transskribering af gentagelser (fx hele sætninger og ord), mimik (kun grin som mimik er transskriberet), gestik, pauser og fyldord som fx øh, nå og hmm.

Transskriptionerne er primært udfærdiget til mig som forsker til brug ved analysen og til membercheck hos de respektive informanter for bekræftelse af indhold. Membercheck af transskriptioner blev foretaget i marts 2010. Membercheck sørger for en vis grad af validering af undersøgelsens data og sørger for at informanternes synspunkter og udsagn er dækkende gengivet i interviewet (Ibid. p. 171). Informanterne har ikke haft kommentarer til transskriptionerne.

Mine transskriptioner fylder samlet 19 A-4 sider, og ud fra mit valg af transskriptionsmåde, vurderer jeg, at de som tekster ikke egner sig til læsning, men udelukkende som dokumentation for mine interviews. Transskriptionerne er derfor ikke vedlagt som bilag<sup>30</sup>.

Nedenfor redegøres for transskriptionernes fund, men forinden præsenterer jeg en række uddrag fra interviewene. Herved bringes interviewinformanternes egen forståelse frem, og man får en fornemmelse af interviewets form før den endelige analyse præsenteres i kapitel 5.

#### 4.4.4 Bearbejdning af transskriptioner

Jeg har først gennemlæst begge transskriptioner med det formål at danne mig et helhedsindtryk af, hvad der er blevet sagt, og hvad der kunne være blevet sagt mere om. Dernæst har jeg rettet opmærksomheden mod undersøgelsens nøgleord, som er kliniske metoder, teknikker, behov og målsætninger. Jeg har igen gjort brug af understregning af fx hele sætninger, når begreberne viste sig i beskrivelser, og en direkte understregning af de enkelte ord klinisk metode eller teknik, når de fremstod mere tydelige. De fremstod især ud fra besvarelser fra interviewspørgsmål 9, hvor jeg har kunnet understrege og trække fund af kliniske metoder og teknikker over i datakassen. Datakassefundene består af informanternes *egne* forståelser af kliniske metoder og teknikker, og ikke af hvad *jeg* opfatter som metoder og teknikker fra deres virkelighed.

---

<sup>30</sup> Transskriptionerne er udleveret til censor og eksaminator og kan rekvireres på [anjahastrup@gmail.com](mailto:anjahastrup@gmail.com), hvis en nærmere indsigt i interviewet som helhed ønskes.



#### **4.4.1 Analysemetoden meningsfortolkning**

Denne analysemetode bliver af Kvale beskrevet som meningsfortolkning, der går videre end en strukturering af tekstens manifesterede betydninger til dybere og mere eller mindre spekulative fortolkninger af teksten. Fortolkeren går ud over, hvad der siges direkte med henblik på at udarbejde betydningsstrukturer og –relationer, der ikke umiddelbart fremtræder i en given tekst. Dette forudsætter en vis afstand til det, der er sagt, hvilket opnås gennem en metodisk eller teoretisk holdning, der rekontekstualiserer det sagte i en specifik begrebskontekst (Kvale, 2003, p. 199).

Jeg har valgt analysemetoden meningsfortolkning, da jeg, ud fra Kvales definition og mit kendskab til specialets problemformulering, kan konkludere, at udfordringen for mig ikke bliver at lokalisere mine nøglebegreber, da jeg kender deres væsen. Udfordringen er at komme bagom beskrivelserne af begreberne i interviewet således, at meningen med disse kommer frem i lyset. Jeg har valgt at gøre brug af analysemetoden meningsfortolkning lokalt i synteseafsnittet, som har til formål at samle dele til helhed, fortolke på de refleksioner der er opstået i undersøgelsesprocessen gennem udarbejdelse af del-analyser konstitueret i del-konklusionen i kapitel 4 og min analyseopsamling i kapitel 5.

#### **4.5 Uddrag fra interviewene**

I dette afsnit går jeg bagom beskrivelserne fra interviewet ved at kigge nærmere på uddrag af informanternes udtalelser. Disse fremstilles i citatform. Jeg har valgt at dele dem ind i de primære nøglebegreber, fordi disse indgår i problemformuleringens spørgsmål.

##### **AML om målsætning og behov**

AML definerer genoptræningsbehovene for sine klienter ud fra tværfaglige mål på stedet, hun siger til dette: "der er et grundteam, der tager imod en patient, og når patienten så har restitueret (...), så bliver resten inviteret ind i teamet – så er det mig der bestemmer på mit område men ud

fra tværfaglige mål (...) måske kan det være støttende, det er oftest sådan en henvendelse, fordi folk typisk ikke ved så meget om musikterapi". AML udarbejder ikke en skriftlig musikterapeutisk målsætning for sine klienter i sit arbejde. "Nej, jeg gør det ikke skriftligt (...), jeg gør det inde i mit hoved". AML starter hvert nyt forløb op med en assessmentrunde, hvor hun ud fra observationer i sit assessment "stikker vejen ud (...) for det skal ligge i journalen hvad vi foretager os".

I spørgsmål 6 spørger jeg ikke direkte til behov, målsætning, metode eller teknik men ved at få AML til at beskrive opbygningen af en session, beskriver hun et case eksempel, hvor "jeg havde en fyr her som havde alle ord (...), han havde et meget intakt sprog inde i hovedet". Hun forklarer, hvordan hun spiller sange for ham, så han kan vælge de sange, han kan lide til sin personlige sangbog. AML siger "min indføring og strategi blev dels at finde nogle sange, som han kendte for derigennem at håbe at få en tilgang til den hukommelsesflade, han jo har til tekster – få lov til at få en åbning der".

AML svarer ja til spørgsmålet, om der er en sammenhæng mellem patientens behov, og den måde hun bygger sessionerne op for denne. Når jeg konkret spørger ind til specifikke behov hos patienterne, svarer AML ved at beskrive endnu et case-eksempel. Behov som begreb ekspliciteres ikke specifikt, men som en del af en beskrivelse af denne her patient og hans væremåde i en bestemt setting. AML tilpasser sine sessioner til den enkelte patients behov og de målsætninger, hun har inde i sit hoved for den enkelte patient fx ved at konstruere sanggruppe til en-mands-session. Det sker, når kun en deltager dukker op til fællessang med sanggruppen.

### **AML om kliniske metoder og teknikker**

AML's svar på spørgsmålet, om der af de teknikker/fremgangsmåder hun tidligere har nævnt, er nogle hun vil kalde metoder, er: "Metoder.. ja, det ved jeg sku ikke, Anja (...), jeg tænker jo så forfærdelig lidt konkret fagligt. Ja, i virkeligheden synes jeg meget opstår i situationen. Så igen, patienten ejer sin virkelighed, jeg kan ikke komme med mine fine tanker, hvis patienten ikke synes, det er en fed idé. Selve sanggruppen er vel en metode, at der er trykt nogle sangbøger, som jeg har besluttet, hvad der er i (...), altså det kan man vel godt kalde en metode – på den måde, at

setup'et, at jeg laver gruppen fuldstændig steady ens hver gang". AML nævner i interviewet Bakers modificerede melodiske intonationsterapi metode, hun svarer: Jeg føler mig ikke så hjemme i den, men jeg har læst om den og brugt den et par gange – Mere er jeg altså ikke gået ind i det. Det er bare derudaf – ikke. Jeg bruger ekstremt meget sanggrupper (...), sanggruppe er et fantastisk velvalgt værktøj for denne patientgruppe".

Til spørgsmålet om mulige inspirationskilder til den arbejdsmåde AML anvender, svarer hun: "i starten var det noget med at gå ind og afprøve tingene som de var, som jeg nu tænkte om det (...), så jeg synes sku egentlig, det er meget pionerarbejde".

AML bruger nettet eller musikterapeut og Ph.D-studerende Søren Hald til at erhverve sig artikler inden for området. Efter hun stoppede på universitetet, er det ikke længere så lige til at læse engelske forskningsartikler. AML allierer sig med fagpersonalet. Fx fysioterapeuter og deres ABC-koncept (genoptræningsteknikker inden for fysio- og ergoterapien). AML er glad for at være med i netværket. Der lytter man til, hvad andre har at sige om samme klient-gruppe.

### **MF om målsætninger og behov**

Når der skal defineres genoptræningsbehov for patienten, er det kontaktpersonen, der udarbejder disse. MF svarer: "altså man laver sådan en målsætningssamtale". Dette gøres i fællesskab med brugeren og dennes kontaktperson. MF er blandt det tværfaglige personale selv kontaktperson. Som eksempel nævner hun følgende: "Men kommunikation, de der er ramt af sproget, de vil altid have det som et mål at arbejde med det". "Jeg fører nogle noter løbende. Det er ikke noget, der er nedfældet, altså der er et mål, jeg kan gå ind og sætte specifikke mål sådan i perioder – der arbejder vi også med det der GAS (Goal Attainment Scale). Men ellers mål - jeg tager noter som regel efter hver gruppe, jeg har haft, hvis der er et eller andet, jeg har lagt mærke til. Er der muligheder i det og det område for den og den person (...) alt er refleksion (...) det er mere sessionsnoter med spørgsmål i, vil jeg kalde det".

I det interviewspørgsmål, hvor jeg spørger til om der er sammenhæng mellem patienternes behov og den måde MF bygger sine sessioner op, svarer hun: "ja, det er der i høj grad (...), og ham som

jeg fortalte om, som snakker sådan (MF hvisker helt stille), han sidder jo og falder i søvn indimellem, så er vi oppe at danse pardans, for så vågner han (...), så kan jeg se, at der opstår et behov for, at jeg kan øge arousal niveauet (...) Behov? Jamen så er det meget sådan noget med, at når man har afasi, så er det en tilstand med fare for meget stor isolation (...) det er noget med at gøre sig synlig, for man kan meget hurtigt gøre sig usynlig, når man er sproglig handikappet". Hun tilføjer yderligere til spørgsmålet.. "Men det der med at træde frem og få gruppens opmærksomhed, det er noget af det, jeg synes er vigtigt (...) give tid til dem der har afasi, finde ud af hvordan man kan gøre det på en måde, så resten af gruppen ikke føler sig helt hængt af (...) noget med at opbygge kulturer – at ting går på omgang".

#### **MF om kliniske metoder og teknikker**

MF svarer ja til om der af de teknikker/fremgangsmåder hun har nævnt, er nogle af dem hun vil kalde metoder. Hun svarer følgende til spørgsmålet:

"Musikrejser er jo en modificeret GIM, og så er der jo en hel del improvisation, og hvad var det nu Tony kaldte det dengang (...) extended et eller andet". Vi finder frem til at MF mener ekstemperering.

"Jeg nævnte det der music assisted speech, det ved jeg i øvrigt ikke særlig meget om, det er ligesom bare noget, jeg har hørt, man kan gøre, og synes det giver mening – jeg ved jo ikke ret meget om det, så om det er en metode eller teknik, det bliver jeg lidt i tvivl om. Andre metoder, ja så er der sangskrivning, det er vel også en metode? (...) altså der er noget med de livsfortællinger, det er vel mere en teknik – det ved jeg ikke – er det en metode?"

MF har fundet inspiration til sit arbejde gennem praktik hos musikerapeut og Ph.D. studerende Søren Hald. "(...) og så har jeg egentlig bare kastet mig ud i det, uteoretisk funderet og dejligt eksperimenterende (...) og Søren (Hald), som jeg også besøgte, inden jeg startede på det her job. Der lavede jeg min egen lille praktik hos ham. Det er i høj grad meget egne erfaringer".

MF giver i svaret på spørgsmålet, om hun finder inspiration i noget bestemt litteratur hun har læst, udtryk for, at: "ja, det kan jeg ikke prale ret meget af. Jeg ville utrolig gerne, jeg falder bare i søvn om aftenen, hvis jeg ikke bliver holdt ved godt selskab".

I forhold til det spontane der tit kan opstå i sessionerne (der er bl.a. "en af brugerne, der er fantastisk til at idéudvikle") kan MF mærke, at hun alligevel har fået en del erfaring. "Jeg synes det er lettere for mig at gå med på det spontane, det er lettere for mig at sige, vi laver musik, men gad vide hvad vi skal lave – et eller andet med musik".

#### 4.6 Fund fra transskriptionerne

I en besvarelse af hvilke kliniske metoder og teknikker danske musikterapeuter bruger i arbejdet med personer med senhjerneskrade med kommunikationsvanskeligheder, er følgende kliniske metoder og teknikker fundet i transskriptionerne ved fx i spørgsmål 9 direkte at spørge informanterne om, hvad de ud fra foregående besvarelser opfatter som kliniske metoder i deres arbejde.

	Metoder	Teknikker
AML	Sanggruppe, (M)MIT	
MF	Sanggruppe, musikrejser (modificeret GIM <sup>31</sup> ), improvisation, music assisted speech, sangskrivning, ekstemporering	Livsfortællinger

---

<sup>31</sup> GIM er forkortelsen for Guided Imagery and Music, en metode udviklet af musikterapeut Helen Bonny. Hun siger om GIM, at 'GIM er en proces, hvor indre billeder fremkaldes under musiklytning' (citat fra Bonde et al. 2001, p. 88).

Datakasse 3: Interview.

### **Målsætninger fra transskription AML:**

Få tilgang til hukommelsesflade gennem sang, skabe tillid mellem terapeut og patient, udvikle sproget, social interaktion, fokus på rolig vejtrækning, fokus på socialisering, skabe et nu, fokus på grounding, få kanaliseret følelser ind i patient.

### **Behov AML:**

Bare at synge derudaf, et meningsfuldt her og nu som giver ro, behov for at synge viser.

### **Målsætninger fra transskription MF:**

Udvikle sproget, arbejde med volumen, styrke koncentration, øge arousalniveau, styrke motorik, skabe mulighed for sociale rammer for patienten, skabe fokus og opmærksomhed på den enkelte, give tid til patienter med kommunikationsvanskeligheder, opbygge kulturer i grupperne fx "at ting går på omgang". MF bruger måleredskabet GAS<sup>32</sup> til sine målsætninger.

### **Behov MF:**

patienten kan godt lide at synge, kommunikation, være sammen med andre mennesker, undgå isolation, blive synlig især som sprogligt handikappet, få gruppens opmærksomhed.

### **Opsamling af refleksioner fra praktik, netværk og interview**

Nu har jeg set på indsamling af empirisk materiale fra og bearbejdning af informationskilderne egen erfaring, herunder netværk og praktik og interview. Tilsammen udgør del-analyserne den vertikale analyse. Inden jeg fortsætter med den samlede analyse, den horisontale analyse, hvor jeg

---

<sup>32</sup> GAS forkortelse af 'Goal Attainment Scale' anvendes i rehabilitering i bred forstand. Metoden er udviklet af amerikaneren T.J. Kiresuk i tresserne. Benyttes både internationalt og i Danmark. Primært på beslægtede områder, fx i socialpsykiatrien og i genoptræningen af mennesker med erhvervet hjerneskade. Skærper fokus på, at målene både er tydelige og realistiske, giver et systematisk overblik over målene og viser i hvor høj grad målene bliver opnået (<http://www.kc-hil.dk/nyt/nyhedsbrevearkiv/nyhedsbreve2006/nyhedsbrev4april2006/brugafgoalattainmentscalingpaakommunikationscentret/>)

samler alle datakassernes indhold og gennem teori fra kapitel 3, i syntesen ser på bagvedliggende meninger og kontekstrelaterede betydningsstrukturer, afslutter jeg kapitel 4 med en del-konklusion. Del-konklusionen samler op på datakassernes efterfølgende refleksionsnoter fra praktikker og netværk samt refleksioner opstået gennem læsning af udtræk fra interviewene. Del-konklusionen har især til hensigt at sætte fokus på beskrivelser og udtalelser om begreberne behov og målsætning.

#### **4.7 Del-konklusion fra praktik, netværk og interview**

Hos begge interviewinformanter gives der udtryk for, at der er en sammenhæng mellem patientbehov og opbygningen af musikterapisessionerne. MF fortæller fx, at hun ser et behov for at øge arousal niveauet, når en af patienterne pludselig falder i søvn midt under musikterapien. Hun gør sig tanker omkring fare for følelse af isolation, når man lider af afasi, det handler om at gøre sig synlig. Jeg opfatter MF's beskrivelse af behovet for at øge arousalniveauet, som udsprunget af en iagttagelse og observation af patienten under musikterapien. Jeg tænker i forbindelse hermed, at der er forskellige måder at opfatte begrebet behov på. For MF reagerer hun på en iagttagelse, men uden at vide om patienten egentlig havde brug/behov for at sove og ikke danse. For mig giver behov mening, når det er et ønske der kommer fra patienten selv. AML beskriver for mig et case-eksempel hvor der under en sang-gruppe opstår et behov hos en af patienterne for at synge 'derudaf'. Hun reagerer på behovet, ved at konstruere en en-mands-gruppe for denne ene patient. De respektive svar og beskrivelser giver mig et indtryk af, at en generel viden om metoder eller teknikker ikke gøres eksplicit i det kliniske arbejde i forhold til at imødekomme specifikke behov hos patienterne. Som de udtaler, så består målsætningsarbejde fx af refleksionsnoter, det gøres ikke skriftligt eller også er det noget de "gør inde i hovedet". Når der tales om genoptræningsbehov og målsætninger som for mig er to vidt forskellige aspekter i opbygningen af en session, mener jeg ud fra deres besvarelser, at informanterne ikke tillægger disse begreber en særlig forskellighed i væsen. Der bliver både talt om genoptræningsbehov og målsætningssamtale, når der gøres rede for spørgsmålet om genoptræningsbehov i deres besvarelser.

Jeg er blevet bevidst om, at den etnografiske undersøgelsesproces viser sig ret tydeligt i mine refleksioner, når jeg gennemlæser uddragene fra interviewene. Jeg opdager fx, at jeg i interviewspørgsmål 4 bruger ordet 'genoptræningsbehov' i stedet for behov som neutralt ord. Kan dette ord have farvet besvarelsene, idet jeg sætter begrebet i en bestemt ramme? Jeg vender tilbage til denne refleksion i mit diskussionskapitel.

Ud fra overskriften 'egen erfaring' er det blevet mig bekendt, at jeg ikke eksplicit anvender begrebet behov, hverken i behandlingsoplæg eller standardnotat. Jeg bruger derimod begrebet målsætning, som det pejlemærke hvorfra jeg har bygget mine sessioner op. Behandlingsoplæg og standardnotat er fra studiet opstillet således, at musikterapipraktikanterne skal tage stilling til og forholde sig til metodiske overvejelser. I mit tilfælde bruger jeg begrebet *observation* i behandlingsoplæg i stedet for behov. Ved nærmere eftertanke omkring hvorfor begrebet behov ikke er registreret, tror jeg ikke det er ensbetydende med, at jeg ikke har tænkt på hvad patienten kunne have brug for, men mere at behov som begreb ligger implicit i de målsætninger, jeg har stillet op for det musikterapeutiske arbejde. En anden forklaring, kan også være den, at jeg ved at bruge Baker og Tamplin som metodisk grundbog gennem praktikken, ikke selv har skullet tage stilling til patientbehovene, da de allerede var defineret og tydeliggjort af forfatterne. Jeg havde her en klar musikterapeutisk 'opskrift' at følge. Baker og Tamplin (2006) redegjorde bl.a. for de patologiske patientbehov (Jf. Wigrams tre definitioner på behov p. 14f).

Fra netværksreferater har jeg lokaliseret en enkelt dialog omkring patientbehov taget ud fra en kontekst omkring et DVD-projekt der skal formidle musikterapi i neurorehabilitering. Jeg er klar over, at der hos deltagerne i netværket eksisterer viden om kliniske metoder, teknikker som ikke er nævnt under netværksmøderne, ud over de jeg har fundet i mødereferaterne. De fund jeg har gjort mig ud fra den mængde, jeg havde adgang til, giver et billede af musikterapi i neurorehabilitering generelt. Det har ikke været muligt at skelne mellem diagnoser i konteksten af det læste. Det empiriske materiale herfra giver mig adgang til forskellige synsvinkler beskrevet af musikterapeuter i neurorehabiliteringsområdet, men ikke konkret til beskrivelse af kliniske metoder, teknikker, behov og målsætninger.



## 5. Analyse og syntese

I kapitel 4 har jeg redegjort for fund af kliniske metoder og teknikker fra empirisk materiale fra informationskilderne praktik, netværk og interview. Disse fund er opstillet i datakasser, hvor de i fællesskab udgør den vertikale analyse. Del-konklusionen ovenfor redegør for beskrivelser om patientbehov og målsætninger og hvilke refleksioner jeg som forsker har fået i den forbindelse.

I nedenstående analyse er formålet at samle fund fra datakasserne præsenteret tidligere, så de tilsammen kan give et overblik over samlede fund af kliniske metoder og teknikker. Efter analysen samler jeg op på analysefundene, og fortsætter med synteseafsnittet, hvor syntese som overskrift dækker over et fortolkningsarbejde afledt af analysefund og beskrivelser om patientbehov og målsætninger fra del-konklusionen.

### 5.1 Analyse

”En analyse er (...) i reglen ikke interessant i sig selv, det er til gengæld det man bruger analysen til i fortolkningen af analysens resultater” (Rienecker og Jørgensen, 2005, p. 181).

Jeg skal nævne, at det ikke er specialets formål at søge kvantificeringer af, fx hvor mange kliniske metoder og teknikker mine informationskilder hver især har bidraget med. Undersøgelsen går derimod i dybden med, hvilke metoder og teknikker der bruges af danske musikterapeuter, hvordan de opfatter metoder og teknikker, og hvilke overvejelser de gør sig i brugen af dem i forhold til behov og målsætninger for patienterne.

Samlede analysefund af kliniske metoder og teknikker:

	<b>Metoder</b>	<b>Teknikker</b>
<b>Sjette semesters praktik</b>	Fællessang og receptiv musikterapi	Musiklytning, stemmeimprovisation, rytmisk tur-tagning, grounding, musikalsk spejling, kropslig bevægelse til sang
<b>Niende semesters praktik</b>	Modificeret melodisk intonations terapi (MMIT med dysartripatient) og sanggruppe med patienter og deres pårørende, receptiv musikterapi	Vejrtrækningsøvelser, samtale, stemmetræningsøvelser herunder vokal- og konsonantøvelser, gentagelser, kropsafspænding
<b>Netværket</b>	Sangskrivning, receptiv musikterapi, livshistoriefortælling, modificeret GIM (Guided Imagery and Music), fantasirejse, MMIT, "livslinjen" og sammenspil	Stemmetræningsøvelser, hukommelsestræning, sang akkompagneret af guitar, samtale, nærvær, fløjte, brug af kazoo, kombinere håndbevægelser med stemmetræningsøvelser, pushing/pulling teknik, xylofonsolo, lave sangmappe med eksistentielle temaer, bugstøttetræning, synge en hel oktav på én vejrtrækning, gentagelser, spilleregler og improvisation
<b>Interview AML</b>	Sanggruppe, MMIT	
<b>Interview MF</b>	Sanggruppe, musikrejser (modificeret GIM), improvisation, music assisted speech, sangskrivning, ekstemperering	Livsfortællinger

Datakasse 4: Samlede fund fra praktikker, netværk og interviews.

### 5.1.1 Opsamling af datakassens resultater

Med udgangspunkt i de i datakasse 4 rubricerede fund kan jeg nu konkludere, hvilke kliniske metoder og teknikker danske musikterapeuter gør brug af i deres musikterapeutiske arbejde med personer med kommunikationsvanskeligheder. Jeg mener dog, at en grundig forklaring og undersøgelse af de enkelte kliniske metoder og teknikker er på sin plads.

Alt i alt har jeg fundet 14 forskellige kliniske metoder og 24 forskellige kliniske teknikker. Der viser sig nogle sammenfald i både metode- og teknikfelterne. Jeg standser fx op ved musikrejser som metode i interviewkassen ud fra MF og netværkets udtalelse om fantasirejse her også som metode. Jeg tænker, om disse metoder i stedet er teknikker, der udgør GIM metoden, eftersom de er nævnt i umiddelbar forlængelse af samtaler om GIM? MF taler om musikrejser som en modificeret GIM, er musikrejse det samme som fantasirejse? I denne sammenhæng kan jeg nævne, at jeg ikke selv har erfaring med alle de i datakasse 4 nævnte metoder og teknikker. Jeg vender tilbage til betydningen heraf i diskussionen.

Ved at kigge nærmere på de samlede fund af kliniske teknikker, kan jeg i alt identificere 24 teknikker samlet set. Af disse er der fire forskellige teknikker, som alle er repræsenteret i de tre første datakasser ud fra: sjette, niende og netværket. Der er tale om stemmetræningsøvelser, samtale, gentagelser og (stemme-)improvisation. De er alle repræsenteret i tre ud af fem datakasser, og jeg vurderer, at dette enten kan skyldes en tilfældighed, eller at fællesnævneren for disse teknikker skyldes undervisningen på musikterapiuddannelsen. Er de nævnte teknikker gennem undervisning blevet tilstrækkelige integreret i os som musikterapeuter og derfor også integreret i det musikterapeutiske arbejde. Figurerer de derfor som fund ud fra egen erfaring og netværket? For mit eget vedkommende har jeg anvendt alle fire teknikker, hvor (stemme-)improvisation er baseret på Tony Wigrams undervisning i kurset KGMF. Stemmetræningsøvelser er i mit tilfælde baseret på Britta Kvists sang-undervisning. Samtale som teknik indgik som element i kurset læreterapi<sup>33</sup> på uddannelsens bachelor-del. Gentagelser er en teknik, jeg fandt særlig

---

<sup>33</sup> Læreterapi er et kursusmodul, der omfatter basal praktisk-terapeutisk træning i gruppeterapi som læreterapi. Det strækker sig fra 1. til 3. semester (for mere info se følgende hjemmeside: [http://www.mt-uddannelsen.aau.dk/digitalAssets/0/481\\_laereterapi-gruppeterapi-1\\_1-og-3-sem\\_26-08-09.pdf](http://www.mt-uddannelsen.aau.dk/digitalAssets/0/481_laereterapi-gruppeterapi-1_1-og-3-sem_26-08-09.pdf)).

anvendelig i det kliniske arbejde med personer med afasi og dysartri i min praktik på Glostrup. Det være sig gentagelser af melodi-strofer eller dele af ord. Jeg bemærker, at improvisation fremstår under både klinisk metode hos MF, og teknik hos netværket. I mit eget arbejde opfatter jeg improvisation som teknik, da jeg har anvendt den med et bestemt formål – nemlig stemmebrug i min sjette semesters praktik. Desuden kan jeg konkludere, at der i samtalen med AML ikke viste sig nogle beskrivelser eller udtalelser om kliniske teknikker. Med tanke på, at et af interviewspørgsmålene, nemlig spørgsmål 9, var designet til at opnå beskrivelser af metoder og teknikker, tænker jeg, at det tomme felt i datakassen kan skyldes et anden sprogbrug hos AML. Fx taler hun om *strategier* og *indføringer* i sine beskrivelser af sessionsopbygninger. Disse ord er ukendte for mig i denne kontekst, men i hendes virkelighed og behandlingskontekst, giver det mening for hende.

## 5.2 Syntese

Det indledningsvise citat i analyseafsnittet fortæller, at analysen i sig selv ikke er interessant. Interessant er det, hvad fortolkningen af analysens resultater fører til. I dette afsnit kommer den horisontale retning på analysen frem, idet jeg rent praktisk kombinerer del-konklusionen som siger noget om fund af tanker omkring patientbehov og målsætning og, ovenstående fund af kliniske metoder og teknikker med teoretisk viden fra kapitel 3 omkring undersøgelsesbegreberne. På denne måde kan jeg komme bag om beskrivelser af og tanker omkring specialiets nøglebegreber klinisk metode, teknik, behov og målsætning. Jeg stiller synteseafsnittet op i kategorierne klinisk metode og klinisk teknik, patient behov og målsætninger for at skabe en vis struktur heri.

### Klinisk metode og klinisk teknik

De teoretiske kilder kan fortælle mig noget om, hvordan de taler om, bruger og opfatter kliniske metoder og teknikker ud fra deres kontekst, som varierer fra artikler med fokus på musikterapeutens rolle i arbejdet med neurogene kommunikationsforstyrrelser (Hobson, 2006) til et ønske om at bruge identiske assessmentredskaber i kapitel 1 i Aldridge (2005).

Jeg trækker nogle betragtninger frem, som jeg anser for ny viden i forhold til det udgangspunkt, jeg startede med i specialets indledning om begreberne kliniske metoder og teknikker.

Et af fundene om kliniske teknikker fra analysens datakasse, der kommer fra netværket siger: *'kombinere håndbevægelse med stemmetræningsøvelser'* – teknikken giver mig associationer til beskrivelsen af MIT og effekten af denne fremgangsmåde i metoden nævnt i Schlaug et al. (2008). Med andre ord er MIT metoden kendt i netværket enten fra klinisk praksis eller ud fra teori.

Når jeg ser nærmere på de respektive fund af kliniske metoder brugt af danske musikterapeuter, slår det mig, at nogle kliniske metoder er fremstillet i forkortet form, fx MMIT, MIT og GIM. Som det fremgår af det teoretiske afsnit, tales der ved beskrivelser af musikterapeutisk arbejde, om teknikker som fx OMREX<sup>34</sup>, RSC<sup>35</sup>, MUSTIM<sup>36</sup> og TS<sup>37</sup>. Disse teknikker bliver i forkortet form omtalt i flere af de musikterapeutiske artikler i teori afsnittet. Forfatterne karakteriserer alle de nævnte behandlingsmetoder som teknik og ikke metode. Forkortelserne findes også i kapitel 8 hos Thaut (2005), og eftersom de viser sig i andre artikler af andre forfattere med anden faglig baggrund, giver det mig en forståelse af, at disse til en vis grad må være standardiserede. Jeg forstår og oplever forkortelserne som en måde, hvorpå der på en enkel facon kan opnås en fælles terminologi og forståelse af teknikker i et behandlingsområde med tværfaglige baggrunde.

I forhold til hvordan de teoretiske kilder bruger begrebet klinisk metode, har jeg fået indsigt i, at mange af artiklerne og Baker og Tamplins kliniske håndbog (2006) ikke benytter begrebet (klinisk) metode, når der tales om musikterapeutisk arbejde, men i stedet det engelske ord 'intervention'. Ligeledes bliver det engelske ord 'methods' brugt, når der tales om forskningsmetode (på engelsk 'research methods'). Jeg har også fundet, at der tales om 'procedure' (Bruscia, 1998/Jungblut,

---

<sup>34</sup> Jeg har oversat det engelske 'Oral Motor and Respiratory Exercises' (OMREX) til mundtlig motorisk træning og vejrtrækningsøvelser (Thaut, 2005, p. 172).

<sup>35</sup> Oversat fra det engelske 'Rhythmic Speech Cuing' (RSC) til promptende talekor (Thaut, 2005, p. 170/Tamplin, 2008)

<sup>36</sup> Oversat fra det engelske 'Musical Speech Stimulation' (MUSTIM) til musikalsk talestimulation (Thaut, 2005, p. 168).

<sup>37</sup> Oversat fra det engelske 'Therapeutic Singing' (TS) til terapeutisk sang (Ibid., p. 175).

2005) eller 'strategi' (fundet i interviewtransskription med AML), når der tales om opbygningen af musikterapisessioner. I forbindelse hertil tænker jeg, at det forhold at der benyttes forskellige ord for noget, der har det samme formål, vidner det, at brugen og valget af ord afhænger meget af den person, der udfører arbejdet, og hvilken (musikterapeutisk) setting og kontekst, der er tale om. I disse tanker er der en vis sammenhæng til King (2006), der i sin artikel gør opmærksom på, hvor vigtigt det er at kunne skelne mellem den anatomiske og etymologiske definition af tale og sprog, når man som musikterapeut fx samarbejder med talepædagoger. Ud fra denne opfordring, mener jeg, King befinder sig på fagligt mikro-niveau i forhold til det musikterapeutiske arbejde.

I min del-konklusion konkluderer jeg bl.a., at danske musikterapeuter med erfaring inden for feltet ikke eksplicit fokuserer på, hvordan kliniske metoder og teknikker bruges i det kliniske arbejde. Jeg tænker med reference til begrebsafklaringsafsnittet, hvor jeg skriver, at jeg forstår og opfatter metode som noget abstrakt og teknik som noget konkret, at det generelle billede der viser sig er at, der ofte ikke eksisterer viden om bestemte metoder og teknikker, men at teknikker og metoder udvikles på stedet på baggrund af fx observation af patienterne (jf. egen praktik og AMLs observationer og assessment af patienterne før hendes musikterapeutiske arbejde påbegyndes).

Ved at kaste et blik på den samlede analysedatakasse konstateres det, at der er næsten dobbelt så mange teknikker som metoder. Det kan være et resultat af, at man generelt opfatter begrebet metode som noget abstrakt og teknik som noget konkret. I interviewtransskriptionerne ses der hos begge interviewinformanter en forvirring om, hvordan begreberne og forskellen på dem skal forstås. Ud fra Thauts neurologiske model, hvor han udelukkende taler om teknikker, eksempelvis OMREX, RSC etc. som i øvrigt er baseret på diagnostiske funktioner (Thaut, 2005, p. 166), giver det mening, at teknikker er noget konkret, noget man *gør* i sit arbejde.

Metarefleksioner over at befinde sig så dybdegående i dette felt og undersøge data indgående, får mig til at spørge, om vi som musikterapeuter skal tilpasse os vores arbejdssteder/institutioner, eller skal vi definere et fælles musikterapeutisk klinisk sprog, som er velegnet og designet til at

indgå på alle arbejdspladser? Jeg mener, vi som musikterapeuter kan positionere os selv og fremme betydningen af vores arbejde, ved fx at definere egne musikterapeutiske teknikker og metoder i fælles forståelse blandt musikterapeuter og videreformidle det musikterapeutiske arbejde til det tværfaglige personale. Jeg mener, det kan være svært at formidle hvad musikterapi er, når der bruges forskellige ord for noget der oprindeligt har samme formål.

### **Patientbehov og målsætninger**

Når jeg i undersøgelsen gerne vil se nærmere på begreberne patientbehov og målsætning, skyldes det nogle oplevelser og frustrationer min seneste praktik medførte. Jeg anvendte Baker og Tamplins kliniske metodebog (2006), hvor jeg kunne læse mig frem til, hvilke patientbehov de forskellige diagnoser fremsatte. Herudover anvendte jeg observationer og udfærdigede målsætninger på baggrund heraf. Efter praktikken stillede jeg spørgsmål ved den måde, jeg havde arbejdet på, og hvem arbejdsmåden tilgodeså? Jeg følte mig ensporet og begrænset, og ved nærmere undersøgelse viste det sig, at jeg som person ikke havde taget stilling til patientens behov, fordi jeg i tidligere praktik oplevede, hvor svært det var at arbejde med non-verbale klienter. Med et ønske om at komme denne frustration til livs banede det vejen for at, fordybe mig i, hvordan patientbehov og målsætninger hænger sammen hermed.

I del-konklusionen er jeg kommet frem til at begge interviewinformanterne beskriver, at de opfanger behov hos patienterne ved at observere, hvad der sker under musikterapisesessionerne. De fortæller begge, at de er opmærksomme på patientbehov og inddrager viden herfra i deres opbygning af de enkelte musikterapiforløb. Derimod, som jeg også nævner i forrige afsnit, ser det ikke ud til, at deres viden om patientbehov giver dem anledning til at søge efter passende kliniske metoder eller teknikker for at imødekomme disse behov. Her tænker jeg, at for overhovedet at kunne benytte sig af metoder og teknikker, er det nødvendigt at kende til patientens individuelle behov. Ellers kan der, som det skete for mig i min praktik, opstå frustrationer over ikke at vide, hvorfor de kliniske metoder og teknikker anvendes. Min oplevelse er, at erfarne musikterapeuter

arbejder ud fra gennem tiden selv lærte færdigheder, som de bærer med sig på 'rygraden'. De har derfor blik for patienternes behov. Jeg tænker, at med en erfaring på 'rygraden', er der fare for ikke at have øje for andre vigtige aspekter i opbygningen af det musikterapeutiske. Selvom jeg stadig er studerende, kunne jeg ikke huske, at i kurset KGMF blev undervist i brugen af tre definitioner på behov (jf. begrebsafklaringsafsnit p. 14). Behov er ikke bare *en* definition. Der er for det første tre forskellige niveauer, hvor jeg mener at alle er lige vigtige i opbygningerne af de enkelte musikterapiforløb med personer med kommunikationsvanskeligheder. For det andet viser undersøgelsen, at mine to interviewinformanter havde to forskellige opfattelser af patientbehov. Disse blev beskrevet ud fra korte case-eksempler fra musikterapisessioner. Patientbehov kan identificeres ud fra terapeutens iagttagelser, hvorpå der reageres, og patientbehov kan opstå ud fra patienternes egne ønsker om at ville noget bestemt i musikterapien, som det skete hos AML. I begrebsafklaringsafsnittet identificerede jeg de tre behov hvor punkt 1 og 2 opfattes som værende opstået fra terapeutens side, og punkt 3 som værende et ønske om forandring (et behov) fra patientens side. Den sammenhæng der ses mellem behov og målsætning viser sig ved, at målsætninger er blevet til på baggrund af observationer af patientens behov hvor denne handling blot ikke er blevet gjort eksplicit. Målsætninger og genoptræningsbehov bliver af informanterne ikke tillagt nogen egentlig væsensforskellighed, og jeg tænker, at de målsætninger der sættes af terapeuterne mange gange er et patientbehov, men set gennem terapeutiske øjne. Disse målsætninger kunne passe fint med Wigrams definition af de i begrebsafklaringens punkt 1. - generelle behov.

Den i kapitel 3 beskrevne teori nævner stort set ikke betragtninger om eller klare beskrivelser af patientbehov og målsætninger. Dog kan jeg nævne, at Baker og Tamplin (2006) som de eneste bruger begrebet patientbehov i deres tekster. Jeg har fundet, at King (2007), drøfter hvordan MIT som behandlingsmetode kan opfylde patienters basale behov, fx at kunne give udtryk for et ønske om ro. King taler om behov opstået hos patienten og ikke hos terapeuten.

Hobson (2006) har fat i noget rigtigt, når hun i sin artikel drøfter musikterapeutens rolle i rehabiliteringen af personer med neurogene kommunikationsforstyrrelser. Hobson beretter, at musikterapeuternes rolle ofte varierer, fordi patienternes skader kan være så komplekse og



individuelle. Deraf også individuelle behov. Musikterapeutrollen varierer bl.a. alt efter, hvilket stadie klienterne er på, og på grund af de individuelle behov, er det vanskeligt at fastsætte modificerede teknikker/interventioner baseret på individuelle klientbehov, når personalet udfærdiger hensigtsmæssige behandlingsoplæg for klienter med kommunikationsforstyrrelser.

Med direkte reference til indledningen, hvor jeg oplever en upersonlig kontakt med personalet i beskrivelser om det musikterapeutiske arbejde, tænker jeg, at vi som musikterapeuter rammer noget essentielt, hvis vi i vores opbygning af de enkelte musikterapisessioner tager fat i de individuelle patientbehov defineret af patienterne selv, i det omfang de er i stand til det. Efter praktikken gik det op for mig, at godt nok havde jeg en 'opskrift' at følge, det passede godt i behandlingskonteksten, men jeg var aldrig helt klar over, hvad patienterne havde brug for og havde energi og lyst til.

### **5.3 Opsamling af analyse og syntese**

Analysen fremstår meget konkret med fund af kliniske metoder og teknikker. Analyseopsamlingen stiller spørgsmål ved nogle af metodernes beskaffenhed. Disse spørgsmål tager jeg op i diskussionen. Syntesen betragter ved hjælp af teoretisk viden mine analysefund og delkonklusioner samt danske klinikers bagvedliggende beskrivelser om nøglebegreberne. Jeg er overrasket over, hvilke refleksioner analyse- og synteseprocessen har ført med sig, og hvor detaljerede nøglebegreberne kan være i deres egenskaber, når de bringes i kontakt med perspektiverende teori.

Syntesen viser, hvordan begrebet klinisk metode opfattes forskelligt alt efter, hvilket sprog man benytter. Især i forskningsartikler bruges begrebet metode oftest om forskningsmetode og ikke som klinisk metode. Yderligere anvender forskningsartikler og bøger begreberne teknik, procedure, intervention og en enkelt interviewinformant benytter begrebet strategi i beskrivelser om musikterapeutisk opbygning. Det viser sig, at informationskilderne udtrykker sig forskelligt om nogle metoder der kan have samme formål. Forskellen kan ses ud fra stedet vi arbejder, hvilken

rehabiliteringsfase den enkelte arbejder med og befinder sig i, og hvilket klinisk sprog eller sprogtradition der bruges på de enkelte arbejdspladser.

Det er endvidere min vurdering, at erfarne musikterapeuter i feltet adskiller sig fra musikterapeuter med mindre erfaring i brugen og måden at opfatte kliniske metoder, kliniske teknikker, behov og målsætninger. Fokus på patientbehov ses hos erfarne musikterapeuter men med mindre fokus på kliniske metoder og teknikker, og hvor fokus er på kliniske metoder og teknikker hos mig som musikterapeut med mindre erfaring, mangler der her en imødekommelse af patientens behov.

Det er vanskeligt at sige noget almengyldigt/universelt ud fra mine fund om forståelsen af sammenhængen mellem behov, målsætning og kliniske metoder og teknikker, så jeg vælger at placere konklusionen før en diskussion. Spørgsmål der undervejs har meldt sig i undersøgelsen bliver samlet op efter konklusionen. Jeg vil gerne understrege, at det ikke er undersøgelsens formål at finde rigtige eller forkerte svar. Undersøgelsen har til hensigt at give mig mulighed for at udvide min kliniske musikterapeutiske 'værktøjskasse' og i særdeleshed forme min identitet.

## 6. Konklusion

Musikterapeutisk klinisk arbejde med kommunikationsvanskeligheder hos personer med senhjerneskeade er et område i neurorehabilitering, som jeg gennem mine praktikker fik mulighed for at stifte bekendtskab med. Både under og især efter praktikken forsøgte jeg at få svar på de frustrationer, jeg havde mødt i forbindelse med at formidle det musikterapeutiske arbejde på et hospital. Samtidig stillede jeg spørgsmål vedrørende min brug af kliniske metoder og teknikker. Disse spørgsmål og min undren ledte mig til at undersøge, hvordan danske musikterapeuter bruger kliniske metoder og teknikker i arbejdet med patientgruppen, og hvordan musikterapeuter generelt tænker om disse kliniske begreber.

Problemformuleringens hovedspørgsmål lyder således:

- Hvilke kliniske metoder og teknikker anvender danske musikterapeuter i arbejdet med kommunikationsvanskeligheder hos personer med senhjerneskade?

Mine fund af kliniske metoder og teknikker tæller samlet 14 kliniske metoder og 24 teknikker beskrevet af danske musikterapeuter enten gennem interview, egen erfaring eller netværksreferater. Der er sammenfald i brugen af de kliniske metoder ved receptiv musikterapi, sanggruppe, GIM, MMIT og sangskrivning. Ikke alle er repræsenteret i alle informationskilderne. Der ses ligeledes sammenfald i fund af kliniske teknikker, hvor stemmetræningsøvelser, samtale, gentagelser og (stemme)-improvisation kan lokaliseres ud fra de øverste tre datakasser. Besvarelsen af dette spørgsmål bliver ikke yderligere behandlet. Jeg konkluderer, at fundet ikke har ligeså stor vigtighed som jeg i første omgang forudsatte.

Foruden hovedspørgsmålet stiller jeg følgende underspørgsmål:

- Hvordan stemmer brugen af kliniske metoder og teknikker fundet hos danske musikterapeuter overens med behov hos personer med kommunikationsvanskeligheder?

Med udgangspunkt i de informationskilder jeg har haft adgang til, tegner der sig ikke et entydigt billede af, hvordan patientbehov stemmer overens med brugen af musikterapeutiske metoder og teknikker. Undersøgelsen peger i retning af, at der er forhold som gør, at de bestanddele, der udgør musikterapi med personer med kommunikationsvanskeligheder, også tager udgangspunkt i patienternes behov. Blandt danske musikterapeuter viser undersøgelsen, at erfaringen med den konkrete patientgruppe udmærker sig ved følgende to måder at forholde sig til brugen af musikterapeutiske metoder, teknikker og behov:

- 1) Fokus er på kliniske metoder og teknikker, men ikke på begrebet patientbehov.
- 2) Fokus er på patientbehov, men en egentlig stillingtagen til kliniske metoder og teknikker finder ikke sted.

Første punkt gør sig gældende for mig selv (mindre klinisk erfaring), og næste punkt er fundet ud fra danske musikterapeuter, der har været i feltet i en årrække. Undersøgelsen viser, at sidstnævnte giver udtryk for, at det er vanskeligt at definere og se forskellen på metode og teknik. Jeg kan konkludere, at en egentlig viden og målrettet brug af metoder og teknikker, der kan imødekomme specifikke behov hos den enkelte, ikke synes at forekomme hos danske musikterapeuter med erfaring. Jeg vender tilbage til denne konklusion i diskussionen.

- På hvilken måde er der en sammenhæng mellem patientbehov og den musikterapeutiske målsætning, der ligger til grund for de enkelte musikterapiforløb?

I forlængelse af ovenstående besvarer jeg dette underspørgsmål med direkte henvendelse til mine interviews. Her har jeg designet spørgsmål, som direkte spørger til sammenhængen mellem behov og målsætning. Undersøgelsen viser sammenhængen ud fra interviewbeskrivelser, hvor begge informanter taler om genoptræningsbehov, som de begge udarbejder, dog ud fra tværfaglige mål som det ses hos AML og gennem målsætningsamtaler som det ses hos MF. Jeg konkluderer, at de målsætninger der sættes ofte gøres på baggrund af observationer af patienten. Det er terapeutens iagttagelser af et behov for noget, som bliver til en målsætning. Dette kunne stemme overens med Wigrams definition af de 'generelle behov', som udspringer på baggrund af terapeutens observationer.

- Hvordan opfatter musikterapeuter generelt kliniske metoder og teknikker, og hvordan forholder de sig til dem i praksis?

Ud fra mine fund kan jeg konkludere, at i opfattelsen af kliniske metoder og teknikker skal man være opmærksom på, at metoder og teknikker for det første ikke betyder det samme i dansk og engelsk/amerikansk terminologi. I litteratur med oprindelse i andre lande end Danmark, tales der om 'research methods', hvor 'methods' ikke skal forstås som kliniske metoder men som

forskningsmetoder. Endvidere viser litteraturen og interview, at når musikterapeutiske metoder og teknikker omtales, bliver begreber som 'intervention', 'teknik', 'procedure' og 'strategier' brugt som betegnelser for det, der udgør musikterapeutiske forløb.

Interviewcitater beretter, at det er vanskeligt overhovedet at definere, hvad der er metode og hvad der er teknik. Noget tyder på, at begreberne ikke er så åbenbare, som jeg havde en opfattelse af, inden jeg gik i gang med undersøgelsen. Jeg konkluderer, at erfarne musikterapeuter har indlærte metoder og teknikker på 'rygraden', som de trækker ind i det kliniske arbejde ud fra de behov, de møder hos patienterne, men uden en 'forholden-sig-til' hvilke kliniske metoder og teknikker, de møder patienterne med. Efter min opfattelse opnås oplærte færdigheder gennem erfaring, og det kliniske arbejde der udføres i musikterapi i neurorehabilitering er for ungt til at kunne referere til deciderede indarbejdede og gennemprøvede metoder og teknikker. Musikterapi er nyt i neurorehabiliteringsområdet, og eftersom jeg ingen erfaring havde med mig i min praktik, opstod der et behov for at eksplicitere de kliniske metoder og teknikker, jeg anvendte i det musikterapeutiske arbejde inden for hospitalsverdenen.

## 6.1 Opsamling af konklusionen

En kombination af tidligere praktikerfaring med den kliniske patientgruppe vedrørende det non-verbale, hvor arbejdet syntes meningsløst og ikke særligt fordrende for identiteten, og uklarhed om musikterapi som fag, førte mig til at foretage denne undersøgelse. Undersøgelsen har beriget mig med en indsigt i, at fund af kliniske metoder og teknikker ikke i sig selv udgør det vigtigste i denne undersøgelse. Undersøgelsen har vist, at begreberne klinisk metode og teknik ikke virker så åbenbare, som jeg før undersøgelsen umiddelbart havde en opfattelse af. Ved at gå i dybden med nogle for mig meget essentielle musikterapeutiske begreber, har mine resultater givet mig et personligt og terapeutisk holdepunkt og givet mig mulighed for at optimere mine musikterapeutiske kliniske muligheder i neurorehabiliteringsarbejde. Selvom de faktiske kliniske metodefund og teknikker som sådan ikke beriger mig yderligere i forhold til mit udgangspunkt, har det sat tanker i gang om, at det er muligt at øge og formidle kendskabet til musikterapi som fag på

fx hospitaler ved at handle ud fra resultaterne. Jeg mener, dette gøres ved at musikterapeuter forholder sig til begreberne klinisk metode og teknik både som person og musikterapeut. Dette skal ske dels for at gøre grundlaget for musikterapi mere systematisk og håndgribeligt på hospitalerne, dels for at undgå som musikterapeut at blive fastholdt i en rutinepræget handlemåde/arbejdsgang. Det at følge med i hvad der bliver sagt og skrevet inden for forskningen på området fordrer en stillingtagen til det musikterapeutiske arbejde, herunder måske begreberne klinisk metode og teknik. Jeg mener, at det kan give resultater/eftervirkninger for det respektive musikterapeutiske arbejde, der bliver udført ved løbende at forholde sig til og reflektere over sit kliniske arbejde. Desuden er jeg kommet frem til, at en brug af kliniske manualer ikke forhindrer mit fremtidige musikterapeutiske arbejde. Fremadrettet vil jeg supplere denne fremgangsmåde ved også at koncentrere mig om behov som udspringer af patienternes ønsker. Jf. Wigrams definition af de tre behovstyper.

## **7. Diskussion og metodekritik**

Formålet med diskussionen er at kigge nærmere på, hvad jeg har fundet i analysen og konkluderet ovenfor. Jeg kigger bl.a. nærmere på nogle af de kliniske metoders egenskaber og diskuterer dem ud fra et personligt og fagligt synspunkt. Desuden forholder jeg mig kritisk til etnografi som videnskabelig undersøgelsesmetode.

### **7.1 Diskussion af analysefund og konklusion**

I analyseopsamlingen stiller jeg spørgsmål til, hvad forskellen på fantasirejse og musikrejse er. Jeg er af den opfattelse, at de respektive informationskilder taler om det samme, men eftersom jeg ikke selv har erfaring i brugen af de omtalte metoder, er det vanskeligt for mig at give noget endegyldigt svar. Skulle det være tilfældet, at metoderne og deres betydning er identisk, mener jeg, man bør overveje en mere ensartet brug af musikalske udtryk for at undgå misforståelser. En eventuel standardisering af musikalske udtryk kunne efter min opfattelse gavne kendskabet til

musikterapi som fag. Jeg tænker yderligere, om de respektive metoder er et resultat af musikterapeutens individuelle opfattelse af metoden eller en udvikling af egne metoder eller skyldes forskellen i betegnelsen den kontekst hvori metoden anvendes? Musikterapeut og forsker Lars Ole Bonde skriver følgende om musikterapi som pionerarbejde i kapitel 1.2 'Musikterapiens historie i Danmark' (2001):

"Et særkende ved dansk musikterapi var - og er - nok, at den enkelte musikterapeut lader sig inspirere af andre og udvikler sin egen metode i den arbejdssammenhæng, den enkelte kommer til at arbejde i" (Bonde et al, 2001, p. 26).

Ovenstående citat understøtter fund fra interviewmaterialet. Her har MF fx ladet sig inspirere af musikterapeut Søren Hald og sin praktik på Sørens tidligere arbejdsplads, inden hun startede på sit musikterapeutiske arbejde inden for neurorehabilitering. AML har i starten afprøvet tingene, som det faldt hende naturligt og fornuftigt, og mener i øvrigt at meget af arbejdet er pionerarbejde. Det er i specialet blevet slået fast, at musikterapi i neurorehabilitering er et forholdsvist nyt fænomen (Baker og Tamplin, 2006) og ud fra den litteratur, som jeg henviser til i specialet, er størstedelen af litteraturen publiceret inden for de seneste ti år. Med andre ord er forskning og tanker på området foretaget inden for relativ kort tid, og jeg tænker det kunne tyde på, at man gennem forskning forsøger at finde en måde for musikterapeuter at navigere i feltet. Jeg kan på mange måder tilslutte mig det standpunkt, at man som nævnt i citatet udvikler sine egne metoder og teknikker undervejs i sit arbejde, ud fra den betragtning, at der fra musikterapiuddannelsens side bliver lagt op til, at vi udvikler vores egen terapeutidentitet ud fra egne erfaringer. Jeg tænker dog, om tankegangen i citatet kan sløre grundlaget for musikterapi inden for neurorehabilitering? Hvor meget forskning skal der til, før musikterapi stopper med at være nyt i neurorehabilitering?

## 7.2 Neuro-musikterapeutisk terminologi

På grundlag af dette, mener jeg, det er vigtigt at have et fagrelateret 'holdepunkt' nemlig at vi som minimum bør tale samme sprog og dele konsensus om nogle grundlæggende værdier, vi ønsker at varetage inden for neurorehabiliteringsområdet. Det er på baggrund af min opfattelse af undersøgelsens resultater, at der eksisterer for lidt konkret viden om kliniske metoder og teknikker, og det er min vurdering, at man bør overveje en form for fælles terminologi bestående af danske musikterapeutiske termer for kliniske musikalske værktøjer. Aldridge (2005) taler om, at der stræbes efter identiske assessmentredskaber blandt musikterapeuter med det formål at strukturere den viden, der stammer fra klinisk praksis med et ønske om at kunne tale det tværfaglige sprog. Jeg har i litteraturen fundet udtalelser som fx:

"Presenting music therapy goals and outcomes in interdisciplinary team meetings was at times uncomfortable (...) such assessment batteries and a common language are needed in music therapy in the area of neurorehabilitation" (Baker & Tamplin, 2006. p. 16).

"To do this we need a step by step approach. We can take our different research approaches, but what we need are common goals and a unifying strategy" (Gilbertson & Aldridge, 2008, p. 35).

Baker og Tamplin (2006) skrev bogen ud fra begivenheder, hvor fremlæggelse af deres musikterapeutiske arbejde ikke kunne formidles til og forstås af det tværfaglige personale. De taler om nødvendigheden af et fælles sprog, hvor jeg forstår det som et fælles neuro-musikterapeutisk sprog. Gilbertson og Aldridge (2008) taler om, at musikterapi som profession mangler, at terapeuter og forskere tilstræber en sammenhæng, hvor man kan kombinere disse individuelle initiativer i en fælles retning og gøre assessmentværktøjer identiske for praktikere såvel som forskere.



Jeg bevæger mig væk fra ovenstående emne og ser nærmere på, hvordan patientbehov bliver inddraget i det kliniske arbejde ud fra besvarelsen i konklusionen.

### **7.3 "Børn har behov for kærlighed"**

Dette citat er fundet i Politikens Nudansk med etymologisk forklaring under 'behov' (1999). Jeg går ikke ind i en filosofisk diskussion af dette citat, men kan ikke undgå at reflektere over hvem der har defineret dette? Jeg er absolut enig i citatet og bruger kun denne overskrift, som et eksempel på hvor vanskeligt, jeg tænker det er at bestemme behov. I refleksioner over at jeg i praktikken ikke spurgte mine patienter, hvad de havde behov for i deres rehabilitering, men i stedet tog udgangspunkt i patologiske patientbehov som defineret af Baker og Tamplin (2006), tænker jeg, om jeg i egne frustrationer over ikke at kunne verbalisere mit arbejde med personer med kommunikationsvanskeligheder oplevede en form for parallelproces? Blev jeg som musikterapeut verbalt lammet i arbejdet med kommunikationsvanskeligheder hos personer med senhjerneskeade? Ud fra undersøgelsen og konklusionen er jeg nu i stand til at tage en viden med mig i mit kommende arbejde, om vigtigheden af på trods af verbale udfordringer, at give patienten mulighed for at udtrykke behov. Det er vigtigt at spørge ind til patienternes behov og tage udgangspunkt i disse for at kunne foretage målsætningsarbejde og opbygge sessionerne. Der vil være behov, som patienten som følge af skaden ikke er i stand til at give udtryk for. Ved apopleksi i højre side af hjernen ses der ofte kognitive forstyrrelser som fx mangelfuld sygdomserkendelse og –indsigt hos patienten. Her vil det være oplagt at søge viden om patientens generelle behov gennem journallæsning og samtale med pårørende og tværfagligt personale. Jeg tænker dog, at terapeuten med tiden vil kunne opfange de individuelle patientbehov, efterhånden som der opbygges en relation, og man øger sit kendskab til patienten. I forbindelse hermed, reflekterer jeg over min rolle som behandler på et hospital. Som jeg skriver i introduktionen i afsnittet 'mit behandlingssyn', er ligeværdighed for mig noget helt grundlæggende ved det musikterapeutiske arbejde. Grundholdningen fostrer et vist dilemma, når man befinder sig på et hospital. Jeg mener, det kan være svært at føle ligeværdighed, når en er patient og en anden er behandler. Hvordan opnås ligeværdighed, når personen man arbejder med ofte ikke er i stand til at tale? Dilemmaet

består i, at jeg på den ene side har fokus på relationen, mens man på den anden side som musikterapeut på et hospital har brug for at behandle. En måde at komme ligeværdigheden til livs kunne være at delagtiggøre patienten i sit arbejde. Man kunne over for patienten præcisere det område, man er ekspert på fx forklare de kliniske metoder og teknikker i arbejdet. Ved at lade patienten udtrykke ønsker om behov og målsætninger for sin rehabilitering giver man patienten mulighed for at være ekspert på sit område. Som terapeut kan jeg kun have indsigt i de generelle og patologiske behov (punkt 1 og 2 i Wigrams definition), men jeg kan ikke vide noget om patientens individuelle behov, når jeg møder hende første gang. De individuelle behov vil i arbejdet med personer med kommunikationsvanskeligheder dukke frem efterhånden som relationen udvikler sig. Jeg tænker endvidere, at når man ikke kan verbalisere sit arbejde og på den måde afstemme behov og målsætninger beror en stor del af det musikterapeutiske arbejde med personer med kommunikationsvanskeligheder, på musikken i sin rene form og det kropslige i samværet med patienterne. Hvor jeg før undersøgelsen følte mig usikker på min egen musikterapeutiske identitet, dels fordi jeg havde stor trang til at evaluere mit arbejde, men ikke fik mulighed herfor grundet den kliniske målgruppe, dels ikke brugte mig selv som redskab men 'hægtede' mig på Baker og Tamplins kliniske manual, føler jeg nu, at ved at undersøge disse begreber i dybden har fået personlige og terapeutiske holdepunkter, som for mig giver mening i mit kliniske arbejde inden for neurorehabilitering med denne patientgruppe.

Jeg bevæger mig videre til en diskussion af den etnografiske metode.

## 7.4 Metodekritik

Mine tanker omkring brugen af etnografi som metode stemmer godt med nedenstående citat:

"Ethnography is, however, hardly a welldefined and prescriptive set of techniques for collection and analysis of empirical data" (Stige, 2005, p. 396).

Jeg har før undersøgelsen gik i gang ikke været klar over, hvor vanskeligt det ville være at kombinere en undersøgelse af fire nøglebegreber med den etnografiske metode. Ved at inddrage etnografisk materiale i undersøgelsen samlet ind med forskellige etnografiske teknikker, er mit empiriske materialegrundlag blevet bredere og belyser undersøgelsesfeltet fra forskellige vinkler. Jeg har imidlertid også mødt udfordringer i forhold til at finde vej i det etnografiske landskab. Den etnografiske metode har krævet, at jeg undervejs har udviklet egne begrebsapparater/ideer, fx proceselementerne og deres relevans, betegnelsen informationskilder og datakasser i analysen. I forhold til spørgsmålet om, hvorvidt den etnografiske metode kunne have været erstattet af andre videnskabelige metoder, mener jeg svaret er nej. Jeg må erkende, at jeg i min frygt for ikke at 'høste' nok viden om kliniske metoder og teknikker og sammenhængen med patientbehov og målsætning har gabt over for stort et etnografisk felt. Med andre ord har jeg brugt for mange informationskilder med for meget materiale til min undersøgelse, og dette har ført til vanskeligheder i mit feltarbejde. Manglende overblik over en stor bunke empirisk materiale er grunden til, at jeg i specialet taler om empirisk materiale og ikke (felt)-data.

## 7.5 Etnografi som videnskab

Den etnografiske metode har gennem tiden været under angreb og er især blevet kritiseret af den positivistiske tradition for i produktionen af data og viden ikke at kunne karakteriseres for videnskab, da krav om validitet, reliabilitet og objektivitet ikke indfries (Madsen, 2003, p. 15). Det er her vigtigt at gøre opmærksom på, at min produktion af data og viden i det etnografiske feltarbejde er min konstruktion af virkeligheden som den ser ud for danske musikterapeuter år 2010. Med andre ord repræsenterer resultaterne altså ikke andet eller mere end det, jeg som forsker projicerer og læser ind i feltet. Den etnografiske metodes egenskaber lægger op til, at feltet *opleves* og efterfølgende *skabes* af etnografen. Dette lader sig ikke gøre uden subjektivitet, og der ville uden subjektivitet ikke kunne opnås det ønskede. Jeg har undervejs som forsker i undersøgelsen forsøgt at distancere mig en smule fra undersøgelsesfeltet, men ikke mere end at min egen forståelse og indsigt er indeholdt i resultaterne. Dette har været min hensigt, idet jeg

indgår som informant under overskriften 'egen erfaring' ud fra informationskilder, der refererer til praktikkerne og min deltagelse i netværket.

## 7.6 Afasi versus kommunikationsvanskeligheder

Jeg vil gerne kommentere designet på mit interview ved at se nærmere på mine interviewspørgsmål. Mine interviews blev foretaget for et år siden, og grundet en naturlig undersøgelsesproces og udvikling i det etnografiske arbejde måtte jeg undervejs foretage en ændring af betegnelsen for den kliniske patientgruppe. I udvælgelsen af interviewinformanter søgte jeg informanter, der kunne fortælle noget om arbejdet med afasipatienter. Mine erfaringer udvidedes i takt med det etnografiske feltarbejde og især med gennemlæsningen af mine transskriptioner. Her erfarede jeg, at informanterne i deres besvarelser ikke besvarede mine spørgsmål med særligt fokus på personer med afasi. Deres besvarelser omfattede beskrivelser af musikterapeutisk arbejde med demensramte personer til blandede kommunikationsvanskeligheder hos patienterne. Jeg tog en beslutning om at udvide speciallets patientgruppe fra i første omgang kun at tælle personer med afasi også til at omhandle personer med kommunikationsvanskeligheder. Undersøgelsen er baseret på de interviewspørgsmål, jeg udfærdigede sidste år, på grundlag af den retning jeg på det tidspunkt havde på speciallet og betegnelsen afasi fremstår derfor som den kliniske patientgruppe og ikke den bredere betegnelse kommunikationsvanskeligheder (se bilag for interviewspørgsmål). Det er klart, at resultaterne fra interviewmaterialet kan være anderledes, end dem jeg ville have fået, hvis jeg havde bibeholdt den oprindelige kliniske patientgruppe og alene havde inddraget litteratur med relevans for afasi som kommunikationsvanskelighed.

Jeg vil gøre opmærksom på, at jeg har arbejdet som musikterapeut inden for det somatiske område, og at min problemformulering formentlig ville se anderledes ud, hvis jeg havde arbejdet inden for andre rammer. Jeg tænker, at der ligger vigtig viden i, hvilke inspirationskilder man har omkring sig i sit arbejde, og hvilke man ikke har, og i høj grad også hvilken rehabiliteringsfase personen med senhjerneskade befinder sig i.

## 7.7 Informationskildernes relevans for undersøgelsen

Eftersom jeg tidligere har defineret mine interviews som værende bærere af undersøgelsens grundempiri, tager jeg i dette afsnit kun fat i de informationskilder, som har vist sig mindre egnede i forhold til bidrag af empirisk materiale til undersøgelsen. Det drejer sig om netværket og litteraturgennemgangen fra mit ottende semesters projekt.

I forhold til de informationskilder der indgik i mit etnografiske felt, har det efterfølgende vist sig, at netværket kun har bidraget med ganske lidt i forhold til undersøgelsens nøglebegreber. Jeg tænker, at netværket kunne have været involveret på en mere aktiv måde, hvis jeg havde lavet et pilotstudie enten gennem spørgeskemaer eller små uformelle interviews inden påbegyndelsen af specialet. Mine fund herfra blev for unuancerede og det viste sig vanskeligt for mig at gøre rede for konteksten for udtalelserne.

Desuden har jeg ikke kunnet finde relevant empirisk materiale fra min litteraturgennemgang på ottende semester til denne undersøgelses formål. Litteraturgennemgangen indgår som personlig teoretisk dokumentation for, at jeg har en stor entusiasme i forhold til musikterapi inden for neurorehabilitering.

## 8. Perspektivering

I specialet har jeg undersøgt og set nærmere på begreberne klinisk metode, teknik, behov og målsætning. Mine fund peger overordnet på, at der har vist sig visse forvirringer i brugen og forståelsen af klinisk metode og teknik. Jeg har fordybet mig i de processer som den etnografiske undersøgelse har fordret, og herigennem fået et personligt musikterapeutisk holdepunkt inden for arbejdet med personer med kommunikationsvanskeligheder. Dette skyldes i særdeleshed bearbejdningen af Wigrams definition af behov og litteratur, der ekspliciterer klinisk metode med udgangspunkt i et patientbehov. Hvad er næste skridt for denne undersøgelse?

Der er ingen tvivl om, at jeg som person og kommende musikterapeut, er interesseret i at have en 'opskrift' at følge i opbygningen af musikterapisessioner. Det er håndgribeligt og systematisk. Jeg

siger dermed ikke, at jeg ikke tillader det spontane, intuitive og uventede at opstå. Jeg ser et dilemma i, at jeg på en side ønsker at varetage det individuelle i de enkelte musikterapisessioner, og jeg på den anden side, ønsker at standardisere og 'tale samme sprog' – hvordan kan disse to grundholdninger forenes? Er jeg ene om at tænke disse tanker, hvad ønsker andre musikterapeuter i samme felt for fremtiden? En aktuel handleanvisning kunne indebære et pilotprojekt i form af fx spørgeskema til musikterapistuderende og færdige kandidater i undersøgelsen af interessen for en mulig etablering af valgfag til studerende med interesse i feltet eller efteruddannelse til musikterapeuter med ønske om at få indsigt i neuro-musikterapi på teoretisk niveau. Jeg tænker, at det kunne være relevant at inddrage dele af fag som neuropædagogik, -fysiologi, neuropsykologi og musikperception. Argumentet for ikke at deltage i Michael Thauts neurologiske musikterapeutiske kurser, skal findes i de vanskeligheder, som jeg i specialet har mødt ved at skulle oversætte engelske teknikkers indhold til dansk. Kunne valgfag med særlig neuro-musikterapeutisk indhold øge grundlaget for musikterapi i neurorehabilitering? Forskningsstudier om musik og hjernen er oppe i tiden som aldrig før. Der er meget vi endnu ikke ved på trods af fx mange timers klinisk praksis og mange siders litteratur læst. Undersøgelsesfeltet er mangfoldigt på alle niveauer, og skal vi gøre os forhåbninger om at komme til at forstå patienternes behov og udvikle vores metoder og teknikker i undersøgelsesfeltet, er det nødvendigt, at vi tager stilling til vores fag og kompetencer ud fra en personlig fordybelse i kliniske musikterapeutiske begreber og egne processer.

Jeg blev under et af mine interviews opmærksom på, at der under musikterapisessioner med den omhandlede patientgruppe ofte opstår situationer, som kræver en ekstra opmærksomhed. Der gives i forbindelse hermed udtryk for, at tanken om en co-terapeut ville give nye muligheder for eventuel assessment og udvikling heraf. Det kliniske musikterapeutiske arbejde beskrives ofte af musikterapeuter som værende eklektisk. De lader sig ikke kun inspirere af en retning, men inddrager forskellige dele fra fx klassisk psykoanalyse, jungiansk retning, adfærdsterapi, kognitiv psykologi, medicinske metoder og psykodynamisk retning i form af støttende terapiformer. På baggrund af dette hensyn forestiller jeg mig, at der er visse udfordringer i at standardisere og tale

samme sprog. Pilotprojekter og større undersøgelser med udgangspunkt i de tanker, som kommer til udtryk i diskussion og perspektivering er nødvendige for at se om behovet er til stede.

## Litteraturliste

- Aldridge, David** (2005): *Music Therapy and Neurological Rehabilitation – Performing Health*. Jessica Kingsley Publishers, London.
- Antonovsky, Aaron** (2000): *Helbredets mysterium*. 1. udgave, 9. oplag. København: Hans Reitzels Forlag.
- Baker, Felicity & Tamplin, Jeannette** (2006): *Music Therapy Methods in Neurorehabilitation – A Clinician’s Manual*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Bonde, Lars Ole, Pedersen, Inge Nygaard & Wigram, Tony** (2001): *Når ord ikke slår til – en håndbog i musikterapiens teori og praksis i Danmark*, 1. udgave, Århus, forlaget Klim.
- Bonde, Lars Ole** (2009): *Musik og menneske – Introduktion til musikpsykologi*. Århus. Forlaget Samfundslitteratur.
- Bruscia, Kenneth E.** (1998): *Defining Music Therapy – Second Edition*. Gilsum NH: Barcelona Publishers.
- Bruscia, Kenneth E.** (1987): *Improvisational Models of Music Therapy*. Charles C. Thomas, Publisher, Illinois, USA
- Collin, Finn & Køppe, Simo** (2003): *Humanistisk videnskabsteori*. Nørhaven book, Viborg, DR Multimedie.
- Fredens, Kjeld** (2008): *Mennesket i hjernen – en grundbog i neuropædagogik*. 1. udgave, 3. oplag 2008, Kjeld Fredens og Academica, Århus, 2004.
- Gilbertson, Simon K.** (2005): *Music therapy in Neurorehabilitation After Traumatic Brain Injury: A literature Review*. In Aldridge, 2005. p. 83-138.
- Gilbertson, Simon K. & Aldridge, David** (2008): *Music Therapy and Traumatic Brain Injury – A light on a Dark Night*. Jessica Kingsley Publishers, London
- Glostrup Hospital** (2009) Lille guide til rehabilitering – fokus på rehabilitering, foråret 2009.
- Gyldendals Engelsk-Dansk ordbog** (2003), 13. udgave, 3. oplag. Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag A/S, Copenhagen.



- Gyldendals Fremmedordbog**, (2003), 11. udgave, 9. oplag. Printed in Denmark, Nordisk Forlag A/S, Copenhagen
- Hastrup**, Kirsten & Ramløv, Kirsten (1988): *Feltarbejde – oplevelse og metode i etnografien*. Akademisk Forlag, Special-Trykkeriet Viborg A/S.
- Hastrup**, Kirsten & Ovesen, Jan (1995): *Etnografisk grundbog*. 2. rettede udgave, 3. oplag. Printed in Denmark, Gyldendals forlag.
- Hobson**, Marly Rychener (2006): The Collaboration of Music Therapy and Speech-Language Pathology in the Treatment of Neurogenic Communication Disorders: Part I – Diagnosis, Therapist Roles, and Rationale for Music. *Music Therapy Perspectives*; 24, 2; Academic Research Library, p. 58.
- Jungblut**, Monika (2005): *Music Therapy for People with Chronic Aphasia: A Controlled Study*. In Aldridge, 2005. p. 189-210.
- King**, Betsey (2007): Language and Speech: Distinguishing Between Aphasia, Apraxia, and Dysarthria in Music Therapy research and Practice. *Music Therapy Perspectives*; 25, 1; Academic Research Library, p. 13.
- Kommunikationscentret**, internetkilde: [www.kc-hil.dk](http://www.kc-hil.dk) (citat fundet den 14 marts, 2010)
- Kvale**, Steinar (1997): *Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. 1. udgave, 12. oplag. Hans Reitzels Forlag. København 1997. Narayana Press, Gylling, Danmark.
- Lindvang**, Charlotte (2010): *A Field of Resonant Learning – Self-experiential Training and the Development of Music Therapeutic Competencies*. Doktorafhandling, Department of Communication and Psychology, Aalborg University, 2010.
- Madsen**, Ulla Ambrosius (2003): *Pædagogisk etnografi – forskning i det pædagogiske praksisfelt*. Forlaget Klim, Narayana Press, Gylling, Danmark.
- Moltubak**, Anette Dalmo & Schmidt, Maria Mackenhauer (2008): *Receptiv Musikterapi – Fokus på emotionelle behov*. Kandidatspeciale i musikterapi, Aalborg Universitet 2008
- Music-musicianbrain**, søgt på [www.google.dk](http://www.google.dk) med søgeordet 'Gottfried Schlaug', og fundet [www.musicianbrain.com](http://www.musicianbrain.com), den 15. april, 2010.
- Politikens Nudansk med etymologi**, (1999), Printed in Denmark. Politikens Forlag.

- Rienecker**, Lotte & Jørgensen, Peter Stray (2005): *Den gode opgave*. 3. udgave, Forlaget Samfundslitteratur, Narayana Press, Gylling.
- Schlaug**, G. Marchina, S & Norton, A. (2008): From Singing to Speaking: Why Singing May Lead to Recovery of Expressive Language Function in Patients with Broca's Aphasia. *Music Perception*, vol. 25, issue 4, pp.315-323.
- Stige**, Brynjulf (2005): *Kapitel 31 – Ethnography and Ethnographically Informed Research*. In Music Therapy Research. Second Edition, Wheeler, Barbara L., Barcelona Publishers, Gilsum NH.
- Tamplin**, Jeanette (2008): A pilot study into the effect of vocal exercises and singing on dysarthric speech. *NeuroRehabilitation*, 23 (2008) 207-216 – IOS press.
- Thaut**, Michael H. (2005): *Rhythm, Music and the Brain – Scientific Foundations and Clinical Applications*. Taylor & Francis Group 270 Madison Avenue, New York, NY 10016
- Videnscenter for hjerneskade**, internetkilde: [www.vfhj.dk](http://www.vfhj.dk), citat fundet den 4 april, 2009.
- Wheeler**, Barbara L., & Kenny, Carolyn (2005): *Kapitel 5 - Principles of Qualitative Research*. In Music Therapy Research. Second Edition, Wheeler, Barbara L., Barcelona Publishers, Gilsum NH.
- Wulff**, Henrik R., Pedersen, Stig A., & Rosenberg, Raben (2003) *Medicinsk filosofi*. 1. udgave, 8. oplag 2003. Munksgaard, København 1990.

## **Bilag**

## Bilag 1 kopi af mail vedrørende udvælgelse af interviewinformanter

Quoting Annette Møller Larsen <[aml@aml-musikterapi.dk](mailto:aml@aml-musikterapi.dk)>:

> Hej Anja.  
> Tak for igår -- dejligt!  
> Jeg har et par forløb med mennesker med afasi.  
> Men sådan rigtig klinisk erfaring vil jeg måske ikke lige kalde det.  
> Men hvis du kan bruge mig er det ok.  
>  
> Hilsen  
> Annette  
>  
> Den 22/01/2009 kl. 16.12 skrev Anja Faurschou Hastrup:  
>  
>> Kære Alle,  
>>  
>> I forbindelse med mit kommende speciale får jeg i første omgang  
>> brug for alles hjælp fra neuronetværket. Det er ikke sikkert I alle  
>> arbejder med den målgruppe, jeg specifikt skal skrive om. Se  
>> nedenstående:  
>>  
>> Målgruppen er afasi-klienter, og det jeg skal vide er hvor mange af  
>> jer der arbejder med denne gruppe/har arbejdet med/har klinisk  
>> erfaring som musikterapeut?  
>>  
>> I må meget gerne melde tilbage inden mandagens møde. De af jer som  
>> har erfaring og måske stadig arbejder med denne klientgruppe,  
>> bliver kontaktet af mig for eventuelt interview.  
>> Det skal siges, at specialet stadig er i støbeskeen. Synopsis er  
>> endnu ikke godkendt....  
>>  
>> På herligt gensyn  
>> Anja  
>>

Quoting Maja Frommelt <[majafrommelt@gmail.com](mailto:majafrommelt@gmail.com)>:

> Kære Anja  
>  
> Her en sen meldning. Desværre nåede jeg (vist) ikke at få svaret dig  
> på din første forespørgsel).  
> En hel del af mine brugere har ekspressiv/impresiv afasi. Faktisk  
> har jeg netop i år tænkt mig at udvide min viden om afasi og indlede  
> mere samarbejde med logopæd. Jeg er meget interesseret i at følge  
> hvad du finder ud af....  
>  
> Vi ses imorgen

>  
> Kærlig hilsen  
> Maja

## **Bilag 2. Interviewspørgsmål og begrundelser herfor**

### **1. Hvordan er din interesse for musikterapi med personer med hjerneskade opstået? Hvor mange år har du arbejdet som musikterapeut med denne klientgruppe?**

Spørgsmålets begrundelse (med reference til PF 1)

Jeg ønsker at vide noget om deres oplevelse af at arbejde som musikterapeut inden for sen-hjerneskade-området.

### **2. Hvordan vil du beskrive dit musikterapeutiske syn?**

Spørgsmålets begrundelse

En tydeliggørelse af deres musikterapeutiske faglighed i arbejdet med personer med hjerneskade.

### **3. Hvordan vil du beskrive dit behandlingssyn?**

Se ovenstående begrundelse

### **4. Hvem definerer klienternes genoptræningsbehov på din arbejdsplads?**

Spørgsmålets begrundelse (PF 2)

Jeg ønsker at vide, om musikterapeuterne selv definerer behovene, definerer dem i samarbejde med tværfaglige grupper, i samarbejde med patienterne eller slet ikke er med i behandlingsplanen?

**5. Udarbejder du en musikterapeutisk målsætning for hver af dine afasipatienter i dit arbejde?**

Spørgsmålets begrundelse (PF 2)

Jeg ønsker, at indhente viden omkring *planlægningen* af deres musikterapeutiske arbejde med afasipatienterne.

**6. Kan du beskrive opbygningen af en individuel musikterapeutisk session med en afasipatient?**

**Hvis gruppemusikterapi, hvordan ser sessionen ud?**

Spørgsmålets begrundelse (PF 1)

Jeg ønsker, at indhente viden om deres musikterapeutiske fremgangsmåde i arbejdet med afasipatienterne. Er det receptiv eller aktiv musikterapi, er det individuel/gruppe, hvor ligger deres fokus, bruger de opvarmning af kroppen, stemmetræningsøvelser etc.? Jeg skal her benytte mig af *sonderende spørgsmål* og gentage nøgleord for en uddybning af deres svar (Se ovenstående).

**7. Gør du dig overvejelser i forbindelse med fx melodivalg? Hvis ja, hvilke overvejelser?**

Spørgsmålets begrundelse (PF 1)

Jeg antager, de bl.a. benytter sig af fællessang med patienterne, og søger en detaljeret beskrivelse af deres fremgangsmåde og tanker bag fx valg af sange. Jeg skal også her gøre brug af *sonderende spørgsmål* for en uddybning af svaret, da jeg tror mange af deres teknikker og metoder findes i dette spørgsmål.

**8. Er der en sammenhæng mellem patientens behov og den måde du bygger dine sessioner op for denne? I så fald, kan du beskrive hvordan?**

Spørgsmålets begrundelse (PF 3)

Jeg ønsker at vide hvad de lægger vægt på i deres opbygning af sessionerne.

**9. Af de teknikker/fremgangsmåder du har nævnt her, er der nogle af dem du vil kalde metoder?**

**I alle tilfælde, hvor har du dem fra?**

Spørgsmålets begrundelse (PF 1+2+3)

Det er vigtigt for mig at vide, hvordan de selv *opfatter* deres måde at arbejde med afasipatienterne på, og hvor de eventuelt søger (mer)-viden omkring musikterapi og personer med hjerneskade.

**10. Hvordan har du fundet frem til at arbejde på den måde du gør? Er det fra session til session (egen-erfaring), inspiration fra andre musikterapeuter eller personale og/eller ud fra noget bestemt litteratur, du har læst?**

Spørgsmålets begrundelse (PF 1+2)

Jeg ønsker at vide, om en eventuel usikkerhed i brugen af *metoder* inden for sen-hjerneskadeområdet, har noget at gøre med manglende opdateret viden?