

# Musikterapiens indflydelse på mestringsstrategier hos pædiatriske patienter

---

**Et kvalitativt casestudie af musikterapeutisk praksis med en dreng med  
traumatisk stress som følge af gentagne medicinske procedurer**



Kandidatspeciale af Ann-Maria Holde Nielsen

# Musikterapiens indflydelse på mestringsstrategier hos pædiatriske patienter

---

**Et kvalitativt casestudie af musikterapeutisk praksis med en dreng med traumatisk stress som  
følge af gentagne medicinske procedurer**

**Kandidatspeciale i musikterapi**

**Institut for kommunikation, Aalborg Universitet.**

**Vejleder: Hanne Mette Ochsner Ridder**

---

**Udarbejdet af: Ann-Maria Holde Nielsen**

**Antal normalsider: 79,5**

**Antal anslag: 190.711**

**Afleveringsdato: 16. august 2013**

## Forord

Dette speciale har bidraget til en lang, lærerig, udfordrende og spændende rejse. Flere personer har været en kæmpe støtte på vejen. Jeg vil derfor sige tusind tak til:

- ❖ Hanne Mette Ochsner Ridder - for utrolig hjertevarme, støtte, forståelse, tålmodighed og god faglig vejledning.
- ❖ Ilan Sanfi - for entusiasme, opbakning, nærvær og inspirerende supervision under mit praktikforløb på Børneafdelingen, Roskilde Sygehus.
- ❖ Min kontaktperson Laila Nielsen, afdelingssygeplejerske; Lis Dueholm, ledende oversygeplejerske samt det øvrige personale på Børneafdelingen på Roskilde Sygehus - for den varme velkomst, åbenhed, interesse og det gode samarbejde under mit praktikforløb i august-november 2012.
- ❖ Børn og forældre på børneafdelingen - for deltagelse og indlevelse i musikterapeutiske interventioner.
- ❖ Elliot, Emil og deres forældre - for deltagelse, åbenhed, samarbejdsvillighed og rørende mindeværdige oplevelser i et farverigt musikterapeutisk forløb.
- ❖ Familiemedlemmer: I ved hvem I er. TAK!

## Abstract

Preschool children have, as a result of their level of cognitive and psychological development, difficulty coping with the stress of hospitalisation. Using a qualitative case study design with hermeneutic elements, this thesis examines the influence of music therapy in relation to coping strategies employed by a 4-year old traumatised boy who participated in music therapy sessions with his family. Suffering from a chronic disease, he had gone through several operations, one of which particularly provoked his anxiety. Followed by additional unpleasant procedures, this event led to the development of traumatic stress symptoms, negatively affecting the boy's functionality in his everyday life. In order to obtain insight and knowledge of the boy's reactions, the theoretical research focused on the field of paediatric medical traumatic stress and coping among preschool children. Knowledge of how age, coping style and cognitive development relates to the traumatised preschool child's perceptions of hospitalisation and illness is important in developing effective music therapy strategies. As such, the therapist can help children gain mastery of the unfamiliar environment related to hospitalisation.

Summarising the music therapy research from theory, it was discovered that music therapy can be relevant in multiple ways when working with hospitalised preschool children who suffer from paediatric medical traumatic stress (PMTS):

- 1.** As environmental support in the hospital setting: The music therapist is able to facilitate a structure wherein the child's active coping strategies are strengthened due to increased engagement, independence and the feeling of being in control.
- 2.** As a tool for preventing anxiety, this being an important goal as anxiety is a significant predisposing factor in developing PMTS.
- 3.** As a tool for treating PMTS: By establishing relational contact, the music therapist is able to meet the child's need to be embraced while helping the child regain the feeling of comfort, strength, control, physical sensation and self-esteem. These goals are meaningful because it is common for the child to develop regressive behaviour along with feelings of extreme helplessness due to the traumatic event.

A hermeneutic process of analysis with four steps is used to examine the clinical practice with the boy mentioned above. One goal of the music therapy sessions was to develop the boy's coping strategies in order to give him a feeling of control by counterbalancing the internal and external chaos that he was experiencing because of the traumatic event.

According to author's assessment, the following factors were conducive to the boy's coping strategies:

- **The relation between the music therapist and the patient:** Importance of trust, positive interactions and successful interventional experiences.
- **The family's participation:** This was found relevant in respect to his psycho-social and cognitive level of development; moving between comfort zones and new surroundings.
- **Music therapy and structure:** The therapy contributed support and predictability in chaotic surroundings such as the hospital environment.
- **The music:** As a "hidden companion", the music was able to support and enhance emotional processing while facilitating both engagement and pleasure.
- **The interventions:** music and play therapy, song writing and guided imagery using music and scripts are all interventions significant for behavioural reframing and diversion of coping strategies. According to trauma theory, some of the interventions influence the fight-or-flight responses which can cause the release of excess energy linked to traumatic experiences. Likewise, play therapy can be an important element in working with traumatised children because exposure can lead to new solutions and contribute to the trauma treatment.

Music therapy was found conducive to the boy's coping strategies in both a behavioural and an interpersonal perspective.

## INDHOLDSFORTEGNELSE

FORORD .....	3
ABSTRACT .....	4
<b>DEL 1 INTRODUKTION.....</b>	<b>10</b>
1 INDLEDNING .....	10
1.1 Mestring under hospitalsindlæggelse .....	11
1.2 Traumatiske oplevelser hos pædiatriske patienter som følge af medicinske hændelser.....	11
1.3 Præsentation af problemfelt .....	12
1.4 Problemformulering.....	12
1.5 Disposition .....	13
2 METODOLOGISKE OVERVEJELSER .....	14
2.1 Metaplan .....	15
2.1.1 Menneskesyn.....	15
2.1.2 Behandlingssyn .....	15
2.1.3 Sundhedssyn.....	18
2.1.4 Musiksyn .....	18
2.2 Overordnet videnskabelig indplacering.....	18
2.2.1 Kvalitativt casestudie .....	20
2.3 Dataplan .....	21
2.4 Litteratursøgning.....	22
2.5 Analysemetode .....	22
2.6 Ethiske overvejelser .....	23
3 FORFORSTÅELSE.....	23
3.1 Børneafdelingen, Roskilde Sygehus .....	23
3.2 Case.....	24
3.3 Anamnese.....	24
4 OPSUMMERING AF DEL I .....	27
<b>DEL II TEORI .....</b>	<b>28</b>
5 TRAUMER .....	28
5.1 Hvad er traumer?.....	28
5.2 PMTS (Pediatric Medical Traumatic Stress) .....	29
5.3 Hvorfor den medicinske kontekst kan forårsage traumer .....	30
5.4 PMTS-modellen.....	31
5.4.1 Fase 1. Tidligt traumestadie: Under/umiddelbart efter PTE (potentielt traumatisk hændelse).....	32
5.4.2 Fase 2 - Efterfølgende reaktioner .....	32

5.4.3 Fase 3 - Længerevarende PMTS.....	33
5.5 Pædiatriske behandling i dag.....	33
5.6 Hvordan reagerer kroppen under traumatiske hændelser?.....	33
5.6.1 Fastfrysning .....	34
5.7 Traumer hos små børn .....	34
5.7.1 Traumers indflydelse på neurologisk udvikling .....	35
5.7.2 Når hjernen husker traumet .....	35
5.8 Forebyggelse og behandling af PMTS.....	36
6 MESTRING .....	37
6.1 Mestringsstrategier hos førskolebørn.....	38
6.2 Førskolebørns kognitive og psykosociale udvikling.....	38
6.2.1 Kognitiv udvikling.....	39
6.2.1.1 Det præoperationelle udviklingsstadiet .....	39
6.2.2 Førskolebarnets psykosociale udvikling.....	40
7 OPSUMMERING .....	41
8 DISKUSSION .....	42
8.1 Elliots oplevelser og reaktioner på den traumatiske hændelse .....	42
9 MUSIKTERAPEUTISK BEHANDLING MED PÆDIATRISKE PATIENTER .....	46
9.1 Musikterapiens relevans i forhold til forebyggelse af angst hos pædiatriske patienter.....	46
9.2 Musikterapeutisk traumearbejde med familier .....	47
9.3 Contextual Support Model of Music Therapy.....	48
9.3.1 Det støttende/truende miljø .....	48
9.3.2 Struktur .....	49
9.3.2.1 Musik og struktur .....	49
9.3.3 Selvstændighed.....	49
9.3.3.1 Musik og selvstændighed.....	50
9.3.4 Engagement.....	50
9.3.4.1 Musik og engagement.....	50
9.4 Musikterapistrategier, baseret på førskolebarnets mestring samt kognitive og psykosociale udviklingsniveau .....	51
10 TEORETISK FUNDAMENT FOR ANVENDTE MUSIKTERAPIINTERVENTIONER MED ELLIOT OG HANS FAMILIE .....	52
10.1 Musik og legeterapi.....	52
10.2 Sangskrivning .....	52
10.3 Musikrejser .....	53
10.4 Kropsbevidsthed - Interventioner ved traumer .....	53
11 OPSUMMERING OG REFLEKSION VEDRØRENDE MUSIKTERAPIENS RELEVANS .....	54
<b>DEL III EMPIRI .....</b>	<b>56</b>

12 TERAPEUTISK PROCES MED ELLIOT OG HANS FAMILIE .....	56
12.1 Indledende mål- og interventionsforslag.....	56
12.2 Fysiske rammer i terapilokalet.....	58
<b>DEL IV ANALYSE.....</b>	<b>58</b>
13 ANALYSEMETODE OG DATA.....	58
13.1 Hermeneutisk procesanalyse.....	59
13.1.2 Grafisk illustration af faser, interventioner og styreform .....	62
13.2 Fasebeskrivelse og integration af kliniske og teoretiske fund .....	64
13.2.1 Fase 1 (1.+2. session).....	65
13.2.1.1 Musikkens betydning - emotionel respons.....	66
13.2.1.2 Teoretisk indfaldsvinkel .....	66
13.2.1.3 Omsorgsgiverens betydning.....	67
13.2.1.4 Teoretisk indfaldsvinkel .....	67
13.2.2 Fase 2 (3.+4.+5.+6. session) .....	67
13.2.2.1 Relation og tillid til terapeut.....	67
13.2.2.2 Teoretisk indfaldsvinkel .....	68
13.2.2.3 Interventionernes betydning.....	68
13.2.2.4 Teoretisk indfaldsvinkel .....	69
13.2.2.5 Stopdans .....	69
13.2.2.6 Teoretisk indfaldsvinkel .....	70
13.2.2.7 Sangskrivning.....	71
13.2.2.8 Teoretisk indfaldsvinkel .....	71
13.2.2.9 Relation og tillid - tryk og modstand .....	72
13.2.3 Fase 4 (7.+8.+9.+10. session) .....	72
13.2.3.1 Struktur - ændring af styreform.....	73
13.2.3.2 Musikrejser.....	73
13.2.3.3 Teoretisk indfaldsvinkel .....	74
13.2.3.4 Legeterapi .....	74
13.2.3.5 Teoretisk indfaldsvinkel .....	75
14 OPSUMMERING AF ANALYSE - ELLIOTS MESTRINGSPROCES .....	75
15 DISKUSSION: MUSIKTERAPIENS BETYDNING IFT. ELLIOTS MESTRINGSSTRATEGIER .....	77
15.1 Kan udvikling af mestringsstrategier i musikterapi bidrage til regulering af traumatiske symptomer?.....	80
15.2 Ny forståelse af musikterapiens relevans i arbejdet med pædiatriske patienter i lyset af traumeteoretiske indfaldsvinkler .....	82
16 VURDERING AF SPECIALET I ET VIDENSKABSTEORETISK OG METATEORETISK PERSPEKTIV .....	83
<b>17 DEL V KONKLUSION .....</b>	<b>85</b>
18 PERSPEKTIVERING.....	87



18.1 Viden om diagnosticering og behandling af traumatisk stress indenfor dansk hospitalspædiatri.....	87
18.2 Assessment af pædiatriske patienter .....	88

<b>REFERENCELISTE .....</b>	<b>89</b>
-----------------------------	-----------

## **BILAG**

BILAG 1: Overblik af musikterapeutiske tilgange (Sanfi 2012:55).....	96
BILAG 2: Litteratursøgning .....	97
BILAG 3: PTSD-diagnosens kriterier .....	99
BILAG 4: Musikterapeutiske faktorerers indflydelse på angstproblematikker hos pædiatriske patienter .....	100
BILAG 5: (1 af 3) Skematisering af forskningslitteratur .....	102
BILAG 6: Overblik af faser ifm. musikterapi ved nålestikprocedurer (Sanfi 2012:198).....	105
BILAG 7: (1 af 5) Foranalyse i skemaformat.....	106
BILAG 8: Brorsang .....	111
BILAG 9: Musikterapiens indflydelse på Elliots mestringsstrategier, (inspireret af Robb, 2003:33) .....	112
BILAG 10: (1 af 2) Musikterapiforløb med Elliot - i et traumeteoretisk perspektiv.....	113
BILAG 11: Indlæggelser, statistik, børn i alderen 1-4 år .....	115
BILAG 12 Læringsportefølge .....	116

Forside: Foto taget og redigeret af forfatteren

# DEL 1 INTRODUKTION

## 1 Indledning

Vi har sandsynligvis alle oplevet de virkninger som lyd og musik kan have på vores sindsstemning, vores kropslige reaktioner og det omgivende sociale rum. Mange mennesker vil i dag alligevel rynke på næsen hvis de bliver stillet spørgsmålet: Kan musik virke helbredende? Som Audun Myskja (2005) påpeger, kan vi i ældre skrifter se hvor tæt musik og medicin er knyttet sammen:

Guden for lægekunst og guden for musik var én og samme person i så forskellige kulturer som den græske og den indiske. Dette afspejler den nære forbindelse mellem musik og lægekunst gennem flere kulturepoker. Musikken er måske et af de "børn som er blevet smidt ud med badevandet" i lægevidenskabens bestræbelser på at være nøjagtig og målelig. Men vent lidt: Har lyd og musik ikke målelige indvirkninger på os? Hvis vi mærker efter, kan vi føle, at musikstykker kan forandre vor psykiske tilstand i løbet af et par sekunder (Myskja 2005:21).

Med dette citat ledes læseren ind på specialets overordnede genstandsfelt; musikterapi med børn indenfor den somatiske kontekst. Afhandlingen er spiret frem på baggrund af min stigende interesse for hvordan musikterapi kan forbedre børns oplevelser og livskvalitet, når de hospitalsindlægges på et sygehus.

Mit kendskab til musikterapi med hospitalsindlagte børn opstod i forbindelse med kandidatuddannelsen i musikterapi på Aalborg Universitet. Som led i uddannelsen skal den studerende på 9. semester indgå i en fire måneders praktik hvilket indebærer udøvelse af musikterapeutisk praksis med jævnlige supervisionsmøder. Inden begyndelsen på min praktik udarbejdede jeg to skriftlige studieprojekter som omhandler musikterapi indenfor det pædiatriske område<sup>1</sup>. Med disse projekter bag mig, samt spændende og nyttige vejledningstimer fra min supervisor Ilan Sanfi (som har skrevet en ph.d.-afhandling om musikterapi med børn som gennemgår nålestiksprocedurer), bevægede jeg mig ud i min 9. semesters praktik på Roskilde Sygehus for at praktisere musikterapi med pædiatriske patienter.

I min praktik arbejdede jeg bl.a. med en fireårig dreng ved navn Elliot, hans seksårige bror Emil og deres forældre. Elliot blev henvist til musikterapi efter at have oplevet flere ubehagelige og angstprovokerende hændelser i forbindelse med gentagne operationer, som medførte at han efterfølgende udviklede en række posttraumatisk lignende symptomer og problematikker. Elliots proces vil senere indgå som omdrejningspunkt for specialets udarbejdelse (jf. afsnit 3.2, 8.1 og 12).

---

<sup>1</sup> Pædiatri indbefatter ifølge sundhedsstyrelsen "forebyggelse, diagnostik, behandling og palliation af patienter med medfødte misdannelser, sygdomme og funktionsforstyrrelser i barnealderen, dvs. fra fødsel til overstået pubertet." (Sundhedsstyrelsen 2013).

## 1.1 Mestring under hospitalsindlæggelse

Undervejs i mit praktikforløb blev det tydeligt for mig at hospitalsindlæggelse i en del tilfælde kan have en belastende virkning på pædiatriske patienter og deres familier. Når børn indlægges på hospitaler, er det sjældent muligt for det enkelte barn selv at bestemme dagsordenen. Som regel er det nødvendigt at ligge helt stille ved en undersøgelse eller behandling hvilket i sig selv er en stor udfordring for barnet. Under mine observationer fornemmede jeg som regel tydeligt hvis et barn udviste tegn på frygt. Frygten udsprang ofte af det ukendte og ukontrollerbare ved en medicinsk undersøgelse/behandling hvilket kunne komme til udtryk allerede under ventetiden forinden. Barnets verbale eller nonverbale signaler indikerede tydeligt når barnet oplevede, at der var "fare på færde". Når "faren" nærmede sig (f.eks. i form af et måleinstrument eller en sprøjte), gav nogle børn på aktiv vis udtryk for modstand ved at skrigte og demonstrativt kæmpe imod. Andre trak sig passivt ind i sig selv og nærmest stivnede for at "lukke situationen ude". Børn kan i forbindelse med medicinske procedurer<sup>2</sup> opleve ubehag, angst eller smerte blot ved synet af en hvid kittel, når et fremmed apparat skal i berøring med kroppen, når en ildelugtende maske skal sidde foran munden eller idet en nål skal stikke igennem huden. Børn reagerer på forskellig vis, udviser hver sin mestringstil og har forskellige mestringstrategier. Blot forventningen om hvad der skal ske når proceduren går i gang, kan for nogle børn være så angstprovokerende at barnet tror at det skal dø<sup>3</sup>.

Min erfaring med Elliots proces i musikterapi og den viden som blev udledt af studieprojekterne forinden, inspirerede mig til at udforske hvorledes musikterapi kan anvendes i arbejdet med nogle af de angst- og traume-problematikker, som kan opstå hos børn i forbindelse med somatiske behandlingsprocedurer.

## 1.2 Traumatiske oplevelser hos pædiatriske patienter som følge af medicinske hændelser

Der er indenfor de seneste årtier blevet udgivet en række undersøgelser og kliniske publikationer med fokus på børn der oplever traumer forårsaget af medicinske hændelser<sup>4</sup>. Barnet kan opleve smerte, angst og andet ubehag i forbindelse med medicinsk undersøgelse/behandling som i sig selv kan forårsage dybe traumer, men har forud for dette måske også oplevet en ulykke eller har fået nyheden om en alvorlig sygdom. "The National Child Traumatic Stress Network" (NCTSN) retter fokus på denne målgruppe og betegner traumatiske reaktioner indenfor den medicinske kontekst ud fra definitionen *Pediatric Medical Traumatic Stress* (PMTS) (NCTSN 2013a). En nærmere redegørelse af PMTS-begrebet fremgår i afsnit 5.2.

---

<sup>2</sup> Medicinske procedurer betegner jeg som: medicinsk behandling/undersøgelse inde og/eller udenfor kroppen.

<sup>3</sup> Denne oplysning angav en mor om sin søns angstoplevelser som følge af gentagne medicinske procedurer.

<sup>4</sup> "Medicinske hændelser" er oversat fra Kazak et al.s (2006) "medical events" og betegner situationer hvor barnet er kommet ud for en ulykke, har fået en alvorlig sygdom, hospitalsindlægges, undersøges eller behandles medicinsk.

Fremadrettet anvendes betegnelsen PMTS til beskrivelse af traumer hos børn forårsaget af medicinske hændelser.

Hidtil har læseren i grove træk fået indblik i baggrunden for specialets begyndelse. I følgende afsnit præsenteres specialets problemfelt, hvorunder grundlaget for Elliots henvisning til musikterapi i korte træk gengives.

### **1.3 Præsentation af problemfelt**

Baggrunden for Elliots henvisning til musikterapi beskrives hermed for at give indblik i den problematik som specialet beror på. I afsnit 3.3 præsenteres en dyberegående anamnese.

Mit arbejde med den fireårige dreng Elliot var et længere musikterapeutisk forløb som strakte sig over 10 sessioner. Hans forældre og seksårige bror Emil deltog ligeledes i sessionerne.

Elliot er født med to kroniske sygdomme som igennem hans liv har krævet gentagne operationer. En dag opstod der i forbindelse med en operation en utilsigtet hændelse hvor Elliot blev angst og gik i panik. Ifølge morens opfattelse har oplevelsen haft en traumatiserende virkning på Elliot og har resulteret i, at han har nægtet at skulle igennem yderligere operationer. Som en konsekvens af sin medfødte kroniske sygdom har det gentagne gange været nødvendigt at operere ham efter den traumatiske hændelse hvilket Elliots mor mener, har haft en retraumatiserende effekt.

I tiden efter har Elliot udvist forskellige tegn på stress hvilket har været en stor udfordring for familien at forholde sig til. I det terapeutiske forløb satte jeg det mål at støtte Elliots mestringsstrategier for at han potentielt set kunne håndtere de traumatiske stresssymptomer på en mere konstruktiv måde og ligeledes blive bedre forberedt på de kommende operationer.

Efter at have afsluttet forløbet med Elliot og hans familie har jeg som led i nærværende speciale valgt at belyse traumatiske reaktioner, som følge af medicinske hændelser (PMTS) hos førskolebørn, med det formål at opnå bredere indblik i hvordan traumet kan have indvirket på Elliots liv og mestringsproces. Via musikterapeutisk materiale vil jeg endvidere undersøge hvilken relevans musikterapi har for børn med PMTS. Jeg vil med dette som baggrundsmateriale samt min kliniske viden fra musikterapiforløbet vurdere hvilken betydning musikterapiforløbet på Roskilde Sygehus havde for Elliots mestringsstrategier og proces.

### **1.4 Problemformulering**

Ovenstående problemfelt kan således afgrænses i form af følgende problemformulering:

1. **Hvilken relevans har musikterapi for udvikling af mestringsstrategier hos børn i førskolealderen med PMTS?**

#### **Underspørgsmål**

2. **Hvilken betydning har det for børn i førskolealderen at have PMTS, og hvordan kan denne viden bidrage til forståelse af Elliots reaktioner på hans traumatiske oplevelse?**
3. **Hvilken indflydelse havde det musikterapeutiske forløb på Elliots mestringsstrategier i lyset af udviklingspsykologiske samt mestrings- og musikterapiteoretiske fund?**

Fremefter anvendes forkortelsen PF for problemformulering.

Mestring benævnes synonymt med coping i dette speciale og refererer til den måde, som mennesket administrerer stressende livsbetingelser på (Lazarus 2006). Mestringsstrategier forstås indenfor nærværende undersøgelse som de bestræbelser personen gør sig i forsøget på at håndtere indre eller ydre stressfaktorer. Modsat en *mestringsstil*, kan mestringsstrategier tillæres ift. at *håndtere* en stressende livssituation (Ibid.). Yderligere definition af mestringsbegrebet afklares i afsnit 6.

## **1.5 Disposition**

Følgende afsnit illustrerer hvorledes specialets dele er bygget op og hvordan de kronologisk fremstår.

Specialet består af 5 overordnede dele og omfatter:

**Del I) Introduktion og empiri**

**Del II) Teori**

**Del III) Empiri**

**Del IV) Analyse**

**Del V) Konklusion**

**Del I** giver indblik i baggrunden og motivationen for specialets udarbejdelse. Endvidere gennemgås metodologiske overvejelser; metaplan, videnskabsteoretisk orientering og forskningsmetode, samt valg af teoretisk litteratur og empirisk data. Herefter følger min forforståelse; en præsentation af Elliots anamnese, som afklarer hvordan en almindeligt forekommende medicinsk hændelse blev til en traumatisk oplevelse.

Dette leder videre til **del II** som er en teoretisk gennemgang, idet der refereres til traumeteori, mestringssteori og musikterapiteori. Herunder fokuseres på de risikofaktorer som er gældende ift. udvikling

af PMTS, og det afklares, hvorledes børn i førskolealderen oplever og mestrer medicinske procedurer, sygdom og hospitalets rammer.

Afsnittet følger derpå læseren videre til en beskrivelse af modellen "Contextual Support Model of Music Therapy", musikterapeutiske strategier ift. terapeutisk arbejde med hospitalsindlagte børn samt børn med PMTS. Endvidere refereres udvalgte musikterapeutiske metoder som blev taget i brug i det musikterapeutiske forløb med Elliot.

Det teoretiske materiale vil blive sammenholdt med nogle udvalgte temaer fra anamnesen, og udgøre en diskussion mhp. at afklare Elliots proces og reaktioner på den traumatiske hændelse. Heraf frembringes en integrering af såvel teoretiske som klinisk observerede indtryk, hvilket giver et traumeteoretisk, mestringsteoretisk, og udviklingspsykologisk perspektiv på Elliots problematik.

**Del III**, det empiriske kapitel, indebærer en gennemgang af de indledende målsætninger for musikterapiforløbet. Herpå følger **del IV; Analysen**. De kliniske indtryk af Elliots proces i musikterapi beskrives og analyseres mhp. at vurdere hvorledes musikterapien bidrog til at støtte Elliot i sin udvikling af mestringsstrategier.

Som afslutning på analysen diskuteres hvorledes musikterapiforløbet havde betydning for Elliots ressourcer og mestringsstrategier samt hvilken indflydelse forløbet kan have haft i lyset af traumeteoretiske behandlingsvinkler. Denne diskussion har således til formål at udforske relevant klinisk musikterapibehandling af børn med traumatiske reaktioner som følge af medicinske procedurer.

Herpå følger min vurdering af specialet i et videnskabsteoretiske og metateoretisk perspektiv.

I **del V**, konklusionen, vil jeg forholde mig til hvordan PF's undersøgelsesspørgsmål kan besvares.

Afslutningsvist perspektiveres til kilder som indbefatter viden om traumer og mestring hos førskolebørn på landets pædiatriske afdelinger. I tråd med dette anskuer jeg musikterapien i forhold til et tværfagligt miljø mhp. at yde professionel hjælp til børns udvikling af mestringsstrategier ifm. medicinske hændelser.

## 2 Metodologiske overvejelser

I dette afsnit gennemgår jeg afhandlingens metodologiske overvejelser, heraf metaplan, videnskabelig metode, det valgte forskningsdesign, indsamling af data samt etiske overvejelser.

## 2.1 Metaplan

### 2.1.1 Menneskesyn

Mit menneskesyn er inspireret af humanismens idé om at mennesket skiller sig ud fra sin øvrige natur som følge af særlige egenskaber som bevidsthed, sprog, ansvarlighed og vilje (Hougaard 2009). For at forstå mennesket finder jeg mening i at man til en vis grad forstår dennes handlinger, da disse afspejler menneskets forståelse af sig selv, sit liv og sin verden (Gadamer, forelæsning v. Ridder 2009). Ligeledes betragter jeg mennesket som værende underlagt naturens lovmæssigheder, men at mennesket i kraft af vilje og frihed kan håndtere disse og hæve sig over determinerende vilkår.

I mit musikterapeutiske arbejde med hospitalsindlagte børn oplevede jeg flere dimensioner af børnenes liv på hospitalet. Jeg så *patienten* og jeg så *barnet* i én person. Jeg betragtede barnet interagere i en hospitalskultur som omgav barnet med såvel ukendte som kendte rammer. Barnets *selv* anser jeg som et komplekst organiseret fænomen, influeret af medfødte egenskaber ligeså vel som at det formes af de interaktioner og den kultur som det omgives af gennem opvækst og livsførelse. Som Stern fremhæver, udgør fornemmelsen af et selv og en anden universelle fænomener som i høj grad influerer på vores sociale oplevelser (Stern 2000). Ved længerevarende hospitalsindlæggelse pointerer Aasgaard (2006) at nogle børn udvikler et *fremmed selv* og risikerer at tilpasse sig en "ny" identitet - en identitet som patient - pga. de følgevirkninger som kronisk sygdom eller en ulykke kan resultere i.

### 2.1.2 Behandlingssyn

Musikterapi er af Bruscia (1998) beskrevet ud fra nedenstående definition, hvilket meget vel svarer til det musikterapeutiske arbejde med Elliot og hans familie:

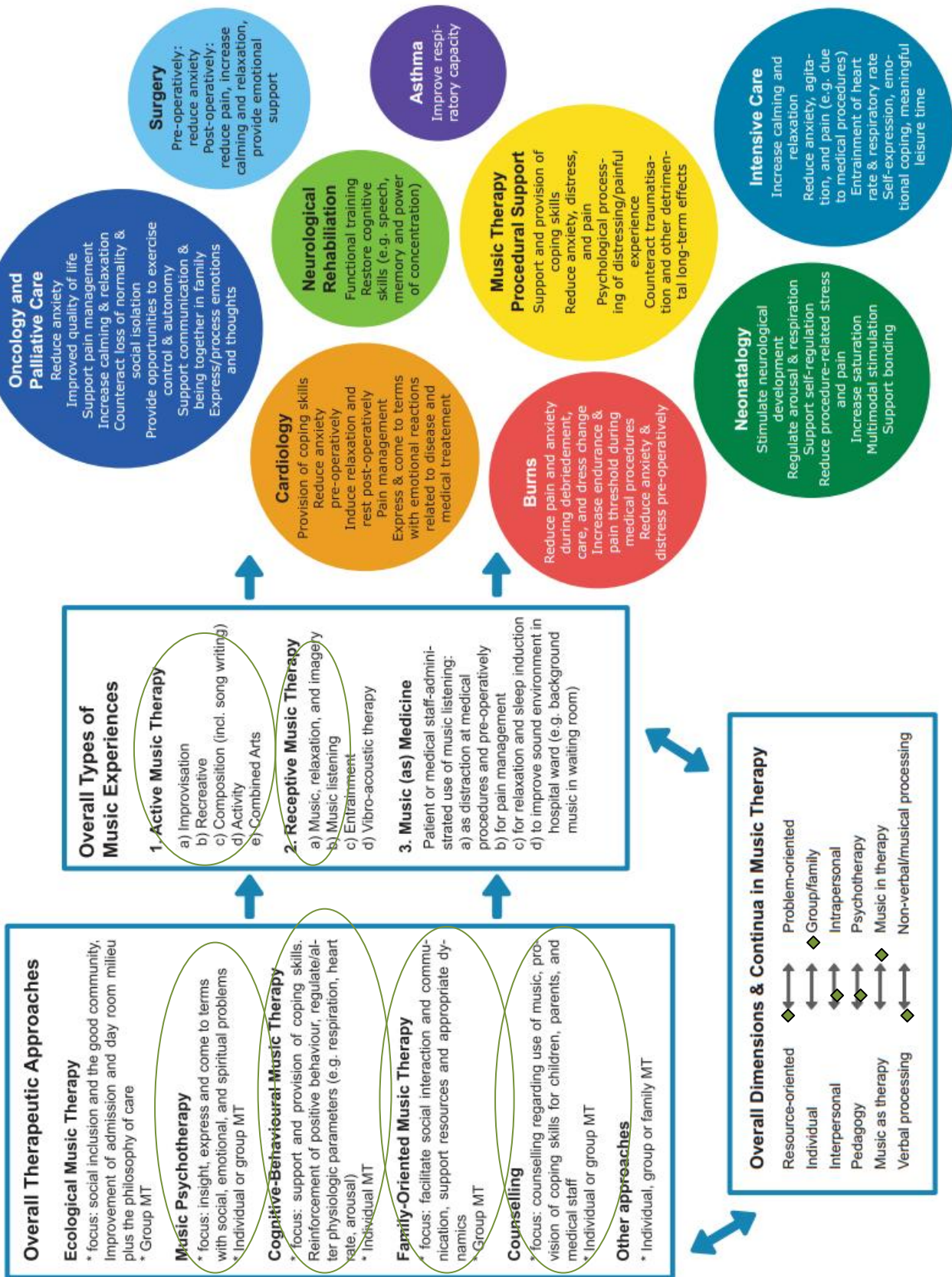
"Music therapy is a systematic process of intervention wherein the therapist helps the client to promote health, using music experiences and the relationship that develops through them as dynamic forces of change" (Bruscia 1998:20).

Jeg anskuer relationen, den terapeutiske alliance og musikken for at have været essentielle terapeutiske faktorer i musikterapiforløbet med Elliot (Hougaard 2009). Jeg vil mene at forløbet fungerede indenfor det som Bruscia (1998) kalder et *intensivt behandlingsniveau*. Dette beror på at det terapeutiske forløb foregik over en længerevarende proces, og at relationerne i terapien var lige så højt proportioneret som musikken. Elliot og familien deltog ikke i andre behandlingstilbud end musikterapi, hvorfor musikterapien ikke blot fungerede som støtte, men som intensiv behandling. Indenfor den medicinske kontekst kaldes musikterapi som intensiv behandlingsform for "*Music Therapy and Medicine*" (Bruscia 1998:197).

I figur 1 angives Ilan Sanfis model (2012) som illustrerer overordnede terapeutiske metoder og retninger indenfor musikterapi i pædiatri. Her anvender jeg modellen for at demonstrere hvorledes musikterapiforløbet med Elliot og familien på et overordnet plan kan indplaceres ift. terapeutisk orientering, metode og overordnede kontinua (dette har jeg angivet vha. de grønne omrids og de små grønne rhomber). De farvede cirkler i højre side indikerer de pædiatriske specialer hvori musikterapeutisk behandling er integreret de seneste årtier.

Som det af figuren ses, har jeg i arbejdet med Elliot ladet mig inspirere af flere terapeutiske retninger, heraf en psykoterapeutisk, kognitiv-behavioristisk, familieorienteret og en rådgivende funktion. Under rubrikken med kontinua afspejles endvidere min vurdering af hvor det terapeutiske arbejde indenfor de forskellige yderpoler kan placeres. Sanfis model fremgår på bilag 1 i sin oprindelige form.





Figur 1: Sanfi (2012:55), relateret til forløbet med Elliot og hans familie

### 2.1.3 Sundhedssyn

Min indfaldsvinkel til sundhed er til en vis grad inspireret af Antonovskys salutogenetiske idé (Weide 2009). Frem for udelukkende at rette fokus på det *mindre sunde* hos Elliot (hans sygdom og symptomer) har jeg i det musikterapeutiske arbejde vægtet at arbejde med, hvordan hans livskvalitet kunne forbedres i forsøg på at styrke nogle af hans positive ressourcer og fremme hans mestringsstrategier. Ifm. de terapeutiske målsætninger fandt jeg mening i at forøge hans handlemuligheder i terapien i takt med at styrke hans kontrolfølelse (Ruud 1998 i Holck 2002). Undersøgelsen af hvorledes traumatet har påvirket Elliots liv, udføres med udgangspunkt i den biopsykosociale sygdomsmodel. Denne models indfaldsvinkel til sundhed udspringer af et biologisk, psykologisk og socialt perspektiv (Beck 2012).

### 2.1.4 Musiksyn

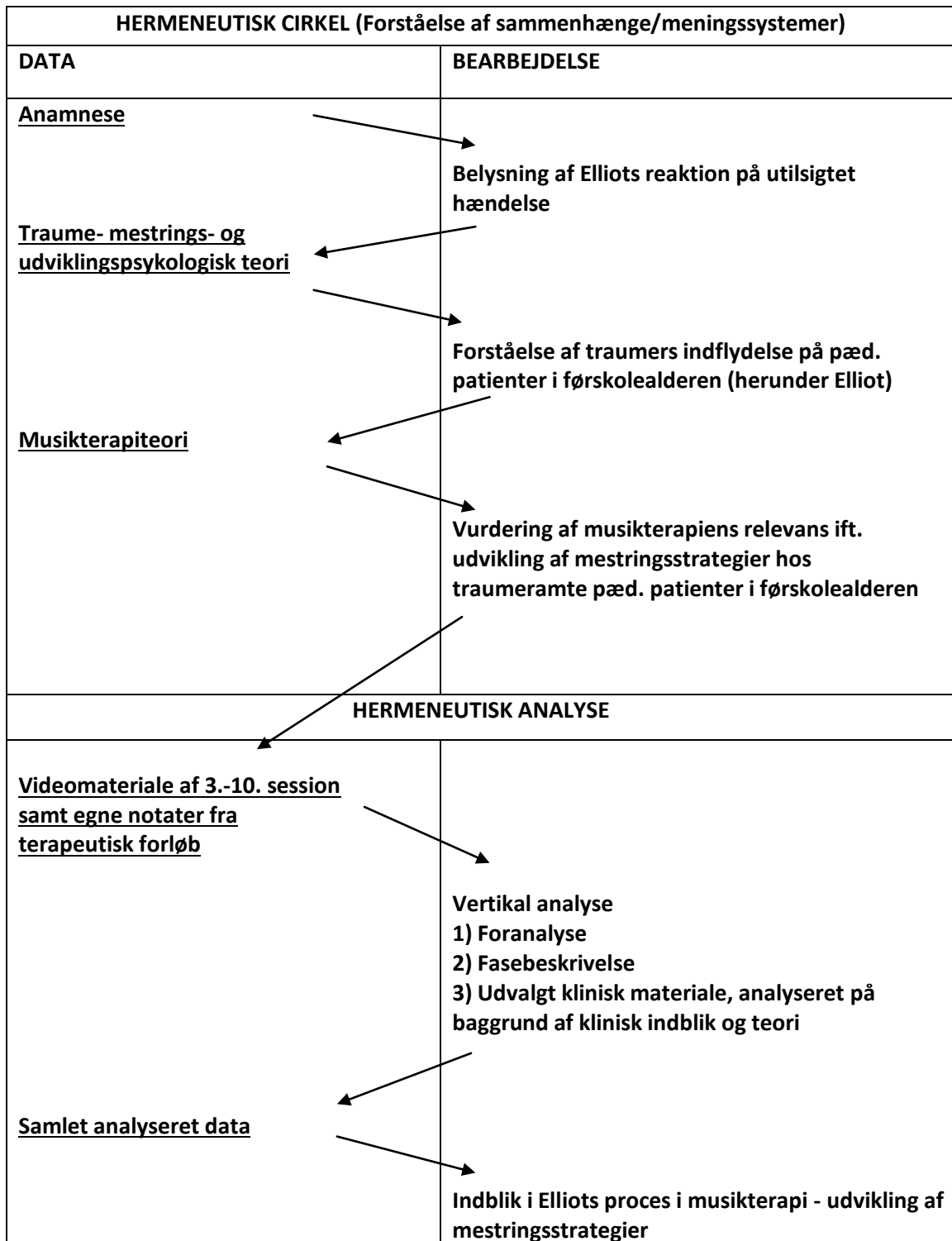
I sessionerne med Elliot og hans familie oplevede jeg musikken som et vigtigt interaktivt medie - et fælles tredje. Udover de elementer som musikken i sig selv kunne udtrykke, mener jeg at den kunne repræsentere/symbolisere idéer, følelsesmæssige oplevelser eller historier som udsprang af det fællesskab vi befandt os i (svarende til Bondes beskrivelse af det *referentielle musiksyn*) (Bonde 2009:11). Jeg mener, parallelt med det som Bonde kalder det *konstruktivistiske musiksyn*, at familiens oplevelse af musikken i høj grad var influeret af deres sociale/kulturelle kontekst. Således finder jeg at musikken *mening* opstod i mødet mellem dem og musikken som følge af deres livserfaringer. *Musik som mening og som interaktionsform* er inspireret af et humanistisk perspektiv på musik, hvilket indebærer at mit syn på musikken elementer i høj grad er influeret af den *mening* som det enkelte individ finder i musikken (ibid.).

## 2.2 Overordnet videnskabelig indplacering

Indenfor en forskningsmæssig kontekst forekommer der i dag flere videnskabsfilosofiske tilgange i undersøgelsen af hvad der virker i musikterapeutisk behandling, og hvordan det virker. Musikterapi omfatter medicinske, psykologiske og humanistiske discipliner og tilgås i forskningsøjemed via såvel kvalitative som kvantitative metoder. Musikterapeuten må dermed som behandler og musiker indgå i en interdisciplinær profession og være i stand til at anvende både fleksible forskningsmetoder og forhåndsdefinerede forskningstilgange (Ruud 2005:33).

Overordnet set betragter jeg specialets genstandsområder ud fra det humanistiske paradigme med hermeneutik som den primære videnskabsmetodiske tilgang. Der søges i specialet viden om førskolebørns (herunder Elliots) reaktioner på traumer og hospitalsindlæggelse samt musikterapiens relevans for mestring hos denne målgruppe. Min tilgang er procesorienteret i og med at genstandsfelterne undersøges og præsenteres i en beskrivende form. Der indgår forskellige *meningssystemer* indenfor de enkelte kapitler,

som undersøges med henblik på at forstå betydning, struktur og sammenhæng i disse (Hougaard 2009:85). For at "gribe" den viden som udspringer i løbet af afhandlingen integreres løbende kliniske indfaldsvinkler i det teoretiske stof. I henhold til den hermeneutiske tradition vedrørende *mening*, foregår processen i form af en vedvarende spiralbevægelse, hvori de enkelte dele kontinuerligt iagttages og udvider forståelsen af helheden. Min forståelse og tolkning af Elliots udvikling og mestringsstrategier kan således betragtes som en proces hvori nye belysninger fra teorien samt min analyse af musikterapiforløbet har udvidet min forståelse af, hvordan hans mestringsproces har udviklet sig. Heri har en konstant "reproducerende handling" fundet sted idet ny mening er udledt af undersøgelsesfeltet (Ruud 2005:33). Anvendelsen af den hermeneutiske cirkel ift. specialets problemfelt er illustreret i figur 2.



Figur 2: Specialets undersøgelsesfelt og bearbejdning af data illustreret vha. den hermeneutiske cirkel

### 2.2.1 Kvalitativt casestudie

Jeg har fundet et kvalitativt casestudiedesign anvendeligt mhp. at opnå forståelse af de mønstre som findes i specialets empiriske undersøgelse. Casestudiet: "er en empirisk undersøgelsesform som udforsker et

gældende fænomen indenfor dets egen virkelige kontekst, især når grænserne mellem fænomenet og konteksten ikke er helt tydelige" (min oversættelse af citat af Yin 1994, i Aldridge 2005:11). I denne afhandling betragter jeg Elliot som værende *casen* og til denne case er knyttet et fænomen; *Elliot's mestringsstrategier*. Jeg undersøger dette på baggrund af processen i musikterapiforløbet, dvs. ud fra den virkelige kontekst. Jeg ser undersøgelsesfænomenet (Elliot's mestring) som værende influeret af flere faktorer. Min hypotese er at forskellige terapeutiske faktorer i musikterapiforløbet havde indflydelse på hans mestringsstrategier, og at disse faktorer må betragtes i deres enkelthed, men også i forhold til helheden. Dette forholder jeg mig til på forskellige måder i del III, empirien.

Afhandlingen søger ikke at generalisere de meningssammenhænge der udledes i forståelsen af Elliot's mestring. Jeg formoder at den mening der findes, fortolkes afhængigt af den subjektive forskers personlige baggrund (Ruud 2005). Ruud påpeger endvidere at patientens personlighed, forudsætninger og profit af behandling altid vil variere fra andre patienter, hvilket begrænser muligheden for at generalisere behandlingens resultater til andre patienter. Dvs. at konteksten i casen opfattes som unik og ikke repræsentativ. Der søges således mening, ved at jeg som "subjektivt redskab" interagerer og er i dialog med delbeskrivelserne af fænomenet i casen som løbende fortolkes efter bedste evne (Ramian 2007). Casen indebærer en ideografisk tilgang ift. lokale lovmæssigheder - dvs. at det unikke tilfælde undersøges og fungerer som sin egen målestok - det være sig Elliot's unikke karakter og den hændelse han blev udsat for indenfor den medicinske kontekst (Ibid.). Alligevel finder jeg mening i at undersøge aspekter rettet mod førskolebørns udviklingsniveau, reaktioner på traumer og mestringsredskaber, i og med at dette kan understøtte mine kliniske indtryk af Elliot's udvikling. Casestudydesignet finder jeg relevant som dokumentation for det musikterapeutiske forløb, i og med at undersøgelsen af Elliot's mestring som *forandringsproces*, kan være relateret mange terapeutiske processer og faktorer hvilket forudsætter dybdegående kendskab til terapiforløbets indhold, interventioner, målsætninger og udvikling (Hougaard 2009).

## 2.3 Dataplan

Undersøgelsen af fænomenerne i afhandlingen har befundet sig indenfor et "åbent system" hvori den løbende indsamling af data ikke har været planlagt efter en nøje udvalgt plan. Som led i den hermeneutiske cirkel har der i skriveprocessen konstant været udvikling i forståelsen af hvert delelement, som undervejs har givet anledning til nye spørgsmål og udforskning af nye undersøgelsesområder. Der er derved lagt vægt på opnåelse af viden i en proces over tid uden at føre kontrol med de enkelte variable (genstandsfelter).

Vha. en litteratursøgning har jeg indsamlet relevant teoretisk materiale som led i besvarelsen af spørgsmålene i PF. Desuden har jeg anvendt videooptagelser af 3. til 10. session af terapiforløbet med Elliot og hans familie. 1. og 2. session er udeladt pga. tekniske komplikationer. Ligeledes har jeg anvendt detaljerede notater fra hver session, hvorfor 1. og 2. session stadig indgår i form af skriftligt datamateriale.

## 2.4 Litteratursøgning

Det teoretiske materiale som er anvendt i specialet er udvalgt vha. søgning i elektroniske databaser, ved kædesøgning og ved gennemgang af musikterapeutiske tidsskrifter på Aalborg Universitetsbibliotek.

Kilderne som er anvendt til teoretisk belysning består af forskningsartikler, beskrivelser baseret på klinisk praksis og hjemmesider som angiver epidemiologiske informationer. Nærmere redegørelse for litteratursøgningsprocessen fremgår på bilag 2.

## 2.5 Analysemetode

Analyseprocessen er udarbejdet med det formål at besvare PF3. Jeg har valgt at kalde analysen for en *hermeneutisk procesanalyse*. Analysens forløb har omfattet følgende analysetrin:

- 1) Foranalyse i skemaformat**
- 2) Fasebeskrivelse**
- 3) Grafisk faseillustration**
- 4) Integration af kliniske indtryk og teoretiske fund**

Trin 1, foranalysen, blev udarbejdet løbende fra jeg begyndte min litteratursøgning i februar 2013 og blev færdigudviklet efter udarbejdelsen af mit teoriafsnit. På dette trin bar min analyse primært præg af en induktiv tilgang i og med at jeg analyserede musikterapiforløbet ud fra en række fokuspunkter som jeg på forhånd havde fundet relevante at fremhæve. Samtidig lod jeg mig inspirere af Sheri Robbs (2003) model "Contextual Support Model of Music Therapy" ift. at observere enkelte fokuspunkter omhandlende Elliots mestringsproces. Robbs model belyses nærmere i afsnit 9.3. Anvendelsen af Robbs model til inspiration i analysen bærer i højere grad præg af en deduktiv metode i og med at jeg anvendte hendes teori som belysning på undersøgelsesfeltet.

Analysetrin 2 og 3 er udarbejdet på baggrund af skemaformatet, mens trin 4 integrerer det teoretiske fundament i opgaven med de kliniske indtryk fra trin 1, 2 og 3. Analysen fremgår i sin fulde form i del IV.

## 2.6 Ethiske overvejelser

Som medlem af MTL (Musikterapeuternes landsklub) følger jeg som musikterapeut et sæt etiske principper. Den komplette liste af etiske principper findes på MTL's hjemmeside på følgende link:

[http://musikterapi.org/?MTL:Etiske\\_principper](http://musikterapi.org/?MTL:Etiske_principper).

Elliot og Emils forældre gav under min praktikperiode skriftligt samtykke til at sessionerne måtte videooptages og anvendes til udarbejdelse af dette speciale. Endvidere har moren gennemset og godkendt specialets anamnese vedrørende Elliots og Emils proces.

I forbindelse med det terapeutiske arbejde modtog jeg individuel supervision og gruppesupervision. Dette gav mulighed for vejledning ift. formulering af målsætninger og hertil valgte metoder og teknikker. Det bidrog ydermere til støtte mht. min egen terapeutiske proces.

## 3 Forforståelse

I henhold til den hermeneutiske metode må forskeren altid være opmærksom på sin forforståelse som ligger til grund for undersøgelsesprocessen, da denne i høj grad spiller ind på de meningssystemer som fremhæves (Ruud 2005:37).

Nogle børn udvikler traumatiske symptomer i forbindelse med hospitalsindlæggelse på trods af at forældre/personale gør hvad de kan for at yde støtte. Elliots oplevelser, som jeg tidligere kort har beskrevet og som i det følgende vil være omdrejningspunkt for specialets fokus, viste at han på trods af at have klaret sig igennem mange undersøgelser og operationer, blev traumatiseret som følge af en enkelt uforudset hændelse. Som led i min forforståelse vil jeg herunder kort introducere praktikstedet, hvorefter baggrunden for casen præsenteres.

### 3.1 Børneafdelingen, Roskilde Sygehus

Jeg var som led i min uddannelse i praktik på Roskilde Sygehus' børneafdeling fra august til november i 2012. Børneafdelingen varetager undersøgelse, pleje og behandling af børn og unge indenfor et bredt medicinsk område, heriblandt medicinske, plastik-, urologiske – eller kirurgiske lidelser, børn til MR-scanning i anæstesi, børn til observation/undersøgelser og behandling i dagtimer. Afdelingen søger at fremme sundhed og at forebygge sygdomme hos børn hvilket gælder det for tidligt fødte barn til den næsten voksne teenager på 18 år.

Mit musikterapeutiske arbejde fandt hovedsageligt sted på afsnit C30 (korttidsafsnit) og C10 (hvor børn indlægges i mere end 24 timer).

Størstedelen af sessionerne i mit praktikforløb bestod af enkelte møder med børnene - fra 15 min. til 2 timer ad gangen. Det indebar at hver session med børnene som regel var den første og sidste session. Sessionerne med Elliot og hans familie var undtagelsesvist et planlagt forløb som fandt sted i en stue på afsnit C30.

Undervejs i praktikforløbet var jeg i dialog med følgende samarbejdspartnere ifm. integrering af musikterapeutisk behandling; sygeplejersker, læger, anæstesilæge, operationspersonale, pædagog og hospitalsklovn.

### 3.2 Case

Herunder gives indblik i Elliots henvisning til musikterapi samt Elliots oplevelser af de behandlingsforløb, han har gennemgået de seneste år.

I den indledende fase i mit praktikforløb blev jeg via min kontaktperson informeret om at der var et forældrepar, som var interesseret i at høre mere om et musikterapeutisk forløb for deres søn Elliot. Som den første musikterapipraktikant på børneafdelingen var jeg i færd med at etablere musikterapi, som ikke tidligere havde været tilbudt, hvorfor det var vigtigt for mig at tydeliggøre min interesse for denne mulighed. Jeg aftalte derfor et møde med min kontaktperson og overlægen på afdelingen som orienterede mig om Elliots historie. Overlægen oplyste at forældrene var tilknyttet en psykolog, men at der på daværende tidspunkt ikke var tilbudt nogen specifik terapeutisk behandling for Elliot. Under samtalen med min kontaktperson og overlægen var der enighed om at musikterapi muligvis kunne være et egnet behandlingstilbud for Elliot, og at jeg herefter kunne tage kontakt til forældrene. Det første møde med moren havde til formål kort at afdække familiens livssituation samt undersøge motivationen og formålet med et potentielt musikterapiforløb. Moren fortalte uddybende om baggrunden, og vi fandt sammen ud af, at der i musikterapeutisk behandling var potentiale for at tilgodese nogle behov hos begge hendes sønner Elliot og Emil.

### 3.3 Anamnese

Følgende redegørelse er en sammenfatning af samtaler med Elliots mor og overlægen på børneafdelingen. Elliots mor har via en mail korrespondance bekræftet at nedenstående beskrivelse stemmer overens med de faktuelle oplysninger samt hendes oplevelse af Elliots proces.

Elliot er ved henvisningen til musikterapi fire år gammel og er en veludviklet og fint fungerende dreng såvel kognitivt, emotionelt, socialt som fysiologisk. Han og hans seksårige bror Emil bor hos deres forældre som



begge er selvstændigt erhvervsdrivende. Elliot går dagligt i børnehave og Emil er startet i børnehaveklasse. Brødrenes bedsteforældre som de er tæt knyttet til, bor indenfor kort rækkevidde og aflaster ind i mellem forældrene ved at passe drengene.

Moren beskriver i en samtale før musikterapiforløbets start Elliots sygdomme og de forskellige hændelser som Elliot tidligere har været udsat for ifm. hospitalsindlæggelse. Elliot er født med to kroniske sygdomme; syringomyeli og hydrocephalus. Syringomyeli er en nervesygdom i ryggen og hydrocephalus er en sygdom som forårsager forstørrede ventrikelkamre i hovedet. Når ventrikelkamrene er forstørrede medfører de et øget tryk i hovedet, hvilket kan være meget smertefuldt. Dette problem blev behandlet ved at indoperere et dræn i Elliots hoved hvorefter at kamrene blev reguleret til normal størrelse. Drænoperationen skulle også sikre at de væskefyldte syrinxer i Elliots ryg ikke vokser og begynder at forårsage nerveskader. Elliot var 2 år gammel da drænet første gang blev indopereret. Det har til dags dato været nødvendigt at operere ham 9 gange for at justere drænet siden den dag sygdommen blev opdaget, og han har sammenlagt været i narkose 16 gange i forbindelse med undersøgelser, scanninger og operationer.

Igennem Elliots opvækst har familien været nødt til at forholde sig til de udfordringer som sygdommen har medført, men har alligevel haft ressourcer til at støtte Elliot under procedurerne fra gang til gang. Med denne støtte har Elliot klaret sig igennem de første operationer og accepteret situationen trods flere ubehagelige hændelser ved indlæggelserne.

En dag opstod der en uventet og uforudset hændelse for Elliot i forbindelse med en operation. Overlægen på børneafdelingen beskrev hændelsen som værende utilsigtet - at proceduren ikke forløb som planlagt. Elliot skulle opereres under fuld narkose og blev bedøvet via en narkosemaske. Meningen med en narkosemaske er at den føres op til barnets hoved og lægges således, at mund og næse omsluttet. Masken er tilsluttet en slange som skal lede bedøvelsesmidlet hen til masken. Ved en fejl blev bedøvelsesmidlet og ilten ikke ført hen i masken, så idet masken omsluttede Elliots mund og næse, havde den ikke den tiltænkte virkning. Personalet var i første øjeblik ude af stand til at registrere fejlen hvilket skabte forvirring i rummet. Som et resultat af at masken ikke fungerede, og at der ikke var ilt i masken, oplevede Elliot ifølge overlægen en ubehagelig kvælningsfølelse, hvilket oven i personalets forvirring medførte, at han i høj grad blev angst og panikslagen. Da personalet endelig havde fundet fejlkilden fik Elliot masken på igen og blev bedøvet, men det på trods af at han stadig var i en angstpræget og panisk tilstand. Denne hændelse fandt sted da Elliot var 2,5 år gammel.

Elliot har siden denne oplevelse i høj grad haft modstand ift. at skulle opereres igen. Som moren fremhæver, har det desværre været nødvendigt at operere ham flere gange siden, da drænet til tider ikke

har fungeret ordentligt. Da Elliot skulle opereres igen gangen efter den ovennævnte operation, nægtede han at sove natten før operationen, ville ikke med i bilen og stivnede da han og moren kom ind på operationsgangen. Han fik noget beroligende medicin som ikke havde den tiltænkte effekt; han blev mere urolig og skidt tilpas. Operationen han her skulle igennem blev derved endnu en ubehagelig oplevelse for Elliot.

Da han skulle opereres igen anden gang efter den utilsigtede hændelse, ville han ikke sidde hos sin mor som han ellers plejede, men ville gå ved siden af hende på operationsgangen. Idet moren og lægen et øjeblik kiggede væk, forsøgte Elliot at flygte fra hospitalsgangen. De fandt ham før han nåede langt væk, og han blev bragt til operationsafdelingen. Dette var således tredje gang at han blev opereret efter den fejlslagne bedøvelsesprocedure. I forbindelse med denne operation blev personalet nødt til at afbryde operationen pga. af for dårligt røntgenmateriale. Dagen efter måtte de CT scanne Elliot (hvilket indebærer narkose) og på tredjedagen lægge ham i narkose igen og gennemføre operationen.

Den utilsigtede hændelse og de efterfølgende behandlingsforløb har tilsyneladende haft en retraumatiserende virkning på Elliot idet han modsatte sig de efterfølgende operationer og senere hen har udviklet traumatiske symptomer. Elliots mor antager at de efterfølgende operationer har været retraumatiserende, idet han mod sin vilje blev ført til operationsgangen og hver gang er blevet bedøvet via narkosemasken igen, hvilket han flere gange udtrykte at han ikke ville udsættes for.

I tiden derefter har Elliot overfor sine forældre generelt forsøgt at overbevise dem om at han ikke er syg og dermed ikke behøver at komme på hospitalet igen. Moren mener at han ikke tør sige til hvis han har ondt i hovedet, fordi han er overbevist om at det medfører indlæggelse. Dette kan blive et stort problem hvis drænet begynder at miste sin funktion og skal justeres, og han ikke fortæller, at det gør ondt.

Elliot har i perioder haft søvnproblemer som hans mor mener, kan skyldes to årsager. Det kan skyldes traumet som forårsager at han har angst for ikke at vågne igen - en angst for at dø idet han lægger sig til at sove. Søvnproblemerne kan ligeledes skyldes sygdommen, f.eks. som følge af at han har smerter i hovedet pga. øget tryk i ventrikelkamrene.

Moren fortæller at drænet angiveligt skal sidde permanent i Elliots hoved, og at flere operationer sandsynligvis bliver nødvendige for at vedligeholde drænets funktion. Herudover skal Elliot gennemgå løbende MR skanninger, som for et barn i den alder foretages i fuld narkose. På nuværende tidspunkt skal skanningen foretages en gang om året for at sikre at drænet virker, og at syrinxerne i ryggen ikke vokser.

Elliot's bror Emil har ifølge moren i perioder haft vanskeligt ved at håndtere Elliot's sygdom. Dette har f.eks. været gældende i de tilfælde hvor Emil skulle passes, mens Elliot var indlagt på sygehuset. Emil har ikke kunnet forstå hvad der foregik når Elliot skulle på hospitalet. Emil har givet udtryk for at han troede at de skulle ind og lave noget sjovt uden ham. Selvom Emil er blevet taget med til sygehuset og derved har "opdaget" hvor kedeligt det var at sidde med til samtaler og vente, mener moren, at Emil i høj grad har ønsket sig at få den opmærksomhed, som Elliot har fået pga. sin sygdom. Moren beskrev en episode hvor Emil ved et uheld faldt ned af en trappe og fik hjernerystelse og kraniebrud. Da Emil vågnede på hospitalet var han utrolig stolt af at være indlagt, fordi moren nu skulle sove hos ham om natten på hospitalet. Det var jo Elliot som plejede at være i denne situation. Emil var meget begejstret for at det nu var hans tur til at være syg og få opmærksomhed.

Anamnesen som nu er gennemgået i grove træk illustrerer baggrunden for, at Elliot's forældre blev henvist til musikterapi på Roskilde Børneafdeling. Overlægen på Roskilde Børneafdeling henviste til musikterapeutisk behandling pga. de belastningsreaktioner som Elliot var begyndt at udvise, samtidig med at Emil ligeledes var begyndt at forandre sig adfærdsmæssigt - angiveligt som følge af Elliot's sygdom. Jeg fandt det relevant at starte et forløb op med henblik på at tilgodese nogle af de behov som var opstået som følge af de traumatiske oplevelser.

Elliot, Emil og forældrene deltog i et musikterapeutisk forløb på Roskilde Sygehus en gang om ugen. Elliot gennemgik ikke nogen anden behandlingsform, hverken terapeutisk eller medicinsk i forbindelse med den musikterapeutiske behandling.

Musikterapiforløbet med Elliot og familien redegøres i del III i forbindelse med specialets empiridel. Efter nedenstående opsummering vil teoriafsnittet blive gennemgået og danne baggrund for en bredere forståelse for Elliot's traumatiske oplevelser og reaktioner.

## 4 Opsummering af DEL I

I del I er baggrunden for specialets udarbejdelse blevet beskrevet. Første skridt i min tilegnelse af viden og forståelse af musikterapi i pædiatri drejede sig om musikterapi som støttende intervention ved medicinske procedurer, hvilket har udviklet sig til en nysgerrighed efter at opnå viden om hvordan musikterapi støtter den traumatiserede pædiatriske patient (herunder Elliot). Dette genstandsfelt har jeg valgt at lade undersøge via et kvalitativt casestudiedesign med hermeneutik som primær metode. Baggrunden for casen er præsenteret mhp. at belyse hvilken indflydelse Elliot's hospitalsindlæggelse har haft på ham og hans familie de seneste år. I næste kapitel vil jeg afdække traumbegrebet og belyse dette ift. hospitalsindlæggelse af børn i førskolealderen.

## DEL II TEORI

### 5 Traumer

I dette kapitel er hensigten at nå frem til bredere viden om hvad traumebegrebet indebærer – hvad er traumer? – Og hvordan kommer de til udtryk hos førskolebørn som udsættes for hospitalsindlæggelse og medicinske procedurer? Formålet med kapitlet er at nå omkring besvarelsen af PF2:

**Hvilken betydning har det for børn i førskolealderen at have PMTS, og hvordan kan denne viden bidrage til forståelse af Elliots reaktioner på hans traumatiske oplevelse?**

I den indledende fase i specialearbejdet udvalgte jeg på baggrund af en litteratursøgning nogle primærkilder til at anskueliggøre traumebegrebet. Bl.a. anvendes forfatterne Peter Levines og Maggie Klines bog *"Traumer set med barnets øjne – Heling af traumer hos børn og unge"* til at beskrive en række fænomener, som er knyttet til traumer hos børn og unge. Levine er ph.d. i medicinsk biofysik og har skrevet adskillige bøger om hvordan traumet opstår og indvirker på menneskets fysiologiske og psykologiske mekanismer, og ligeså hvordan traumer kan forebygges og helbredes. Kline har i sit arbejde som familie- og børnerapeut arbejdet i mange år med børn og unge med traumer.

#### 5.1 Hvad er traumer?

Ordet traume stammer oprindeligt fra det græske begreb trauma: "sår". Det kan forstås som fysisk eller psykisk beskadigelse som følge af ydre påvirkninger (Den store danske 2013a). I Dyregrov (2011) defineres psykiske traumer hos børn med: "overvældende, ukontrollerbare hændelser, der indebærer en ekstraordinær psykisk belastning for det barn eller unge menneske, der udsættes for hændelsen" (Dyregrov 2011:14). Traumatiske hændelser opstår som regel pludseligt og uventet mens der i andre tilfælde kan være tale om gentagne traumatiske hændelser i løbet af hele barnets opvækst. Ofte vil hændelserne medføre at barnet føler sig ekstremt hjælpeløst og sårbart (Ibid.).

Levine og Kline betragter traumer som en lammelse af kroppen som opstår i kraft af en hvilken som helst begivenhed. Traumet ligger i nervesystemet og *ikke* i selve begivenheden selvom begivenheden kan være nok så frygtelig. Dvs. at barnets oplevelse og fortolkning af begivenheden i høj grad er med til at afgøre, hvor traumatiserende begivenheden er (Dyregrov 2011; Levine & Kline 2012; NCTSN 2012).

Ved traumatisering kan barnet udvikle længerevarende stressproblematikker og reaktioner som svarer til nogle af de symptomer, som er kategoriseret under PTSD (posttraumatisk stresslidelse). Elliot er som tidligere nævnt præget af enkelte symptomer, som samlet set ikke kan kategoriseres indenfor den fulde

PTSD-diagnose. Dog har jeg til læserens orientering gengivet PTSD-diagnosens kriterier på bilag 3 da de symptomer som lettere traumer forårsager, ofte vil minde om enkelte af de kriterier som PTSD-diagnosen er baseret på. Det er ifølge Dyregrov ikke blot typen af reaktioner som karakteriserer diagnosen, men varigheden, omfanget og kombinationen af symptomer der afgør, om der er tale om en PTSD-lidelse.

## 5.2 PMTS (Pediatric Medical Traumatic Stress)

Levine og Kline angiver at medicinske/kirurgiske indgreb er en af de mest almindelige årsager til traumatiske reaktioner udover fald og uheld (Levine & Kline 2012:42). De påpeger at den medicinske kontekst måske er den mest oversete baggrund for dannelsen af traumer, bl.a. pga. moderne medicinsk teknologi som synes at have spillet en positiv rolle i barnets liv eftersom at barnet jo blev reddet, men hvor man hurtigt glemmer de givne stressfaktorer der fandt sted, *i forbindelse med* at barnet blev reddet (Levine og Kline 2012:44).

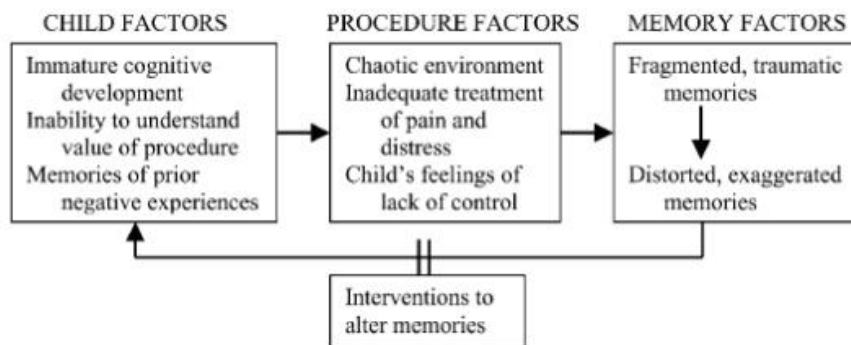
Der er en vis risiko for at der opstår traumatiske reaktioner i medicinske "settings", hvilket The National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) retter fokus på. NCTSN er et amerikansk center som samarbejder med Duke Universitetshospital og det neuropsykiatriske institut i Los Angeles. Centerets hjemmeside omfatter viden og oplysning om traumer hos børn og unge og bidrager med rådgivning til plejepersonale og forældre. Det fremgår her at op til 80% af pædiatriske patienter og deres familier informerer om traumatisk stress som følge af en eller flere stressorer indenfor den medicinske kontekst i USA. Denne form for traumatisk oplevelse defineres i NCTSN's center som "Pediatric Medical Traumatic Stress" (PMTS):

Pediatric medical traumatic stress refers to a set of psychological and physiological responses of children and their families to pain, injury, serious illness, medical procedures, and invasive or frightening treatment experiences. These responses may include symptoms of arousal, re-experiencing, and / or avoidance. They may vary in intensity, are related to the subjective experience of the event, and can become disruptive to functioning (NCTSN 2013a, 1. afsnit).

Ifølge Kazak et al. (2006) beror PMTS-begrebet på klinisk og forskningsmæssig bestræbelse efter at forstå de reaktioner som børn og deres familier oplever indenfor den medicinske kontekst. Definitionen vidner om at selve traumet grundlægges i den subjektive oplevelse af begivenheden. Traumet kan komme til udtryk i form af både psykologiske og fysiologiske reaktioner og kan opstå som følge af forskellige stressorer relateret til smertefulde eller angstprovokerende procedurer/behandlinger, sygdom eller ulykker (Kazak et al. 2006).

### 5.3 Hvorfor den medicinske kontekst kan forårsage traumer

Når et barn bliver indlagt mødes det af en fremmed verden, ukendte mennesker, mærkværdige højteknologiske apparaturer og i mange tilfælde smertefulde procedurer og behandlinger. Risikoen for at barnet udsættes for traumatiske oplevelser i hospitals-settingen er bl.a. gældende når barnet bliver adskilt fra forældre, bliver skræmt, fastholdes mod dets vilje og er uforberedt på hvad der skal ske (Levine og Kline 2012).



Figur 3: Traumatisering ved medicinsk procedure (Young 2005:161 i Sanfi 2012:77)

Ovenstående figur illustrerer en række faktorer som kan have betydning for om en medicinsk hændelse bliver oplevet traumatisk. Barnets kognitive udvikling og tidligere erfaringer med medicinske procedurer spiller en væsentlig rolle. Ligeledes har selve miljøet en vis betydning, f.eks. ro/kaos, om barnet lider af smerte eller ubehag eller oplever manglende kontrolfølelse.

På NCTSN's hjemmeside angives nogle bud på hvorfor den medicinske kontekst kan forårsage traumer:

- Medicinsk behandling udfordrer troen om verden som et trygt sted; det minder om ens egen og barnets sårbarhed
- Der kan opstå en realistisk eller subjektiv følelse af at være truet på livet
- Avanceret teknisk og intens medicinsk behandling kan være angstfremkaldende, og barnet og omsorgsgiveren kan føle sig hjælpeløse
- Der kan herske usikkerhed vedrørende årsagssammenhænge og udsigter for sygdom/operation
- Smerte eller observeret smerte finder ofte sted
- Udsættelse for ulykker eller oplevelsen af nogens død kan forekomme
- Familien er ofte nødsaget til at foretage vigtige beslutninger under stressende omstændigheder

(Min oversættelse: NCTSN 2013b:15)

Barnet er i en række tilfælde nødsaget til at blive indlagt på en hospitalsafdeling i en længerevarende periode hvis der er tale om alvorlig sygdom eller ved alvorlig tilskadekomst pga. en ulykke. Foruden oplevelsen af selve ulykken eller den alvorlige sygdom, som i sig selv kan være traumatisk, vil omgivelserne og procedurerne under hospitalsindlæggelsen muligvis forstærke barnets traumatiserende oplevelse (Neugebauer & Neugebauer 2003).

Hvis barnet ikke har redskaber til at mestre en potentielt angstprovokerende situation og forældrene er ude af stand til at give støtte pga. usikkerhed eller frygt for sygdommens udsigter/indlæggelsens udfald, kan barnet risikere at blive angst og blive så overvældet at der opstår risiko for traumatisering (Ibid.) Levine og Kline belyser at flere forældre har fortalt hvordan deres børn har isoleret sig, været fortvivlede og i længerevarende perioder ændret sig adfærdsmæssigt som følge af helt almindelige medicinske procedurer. Ifølge Levine og Kline kan børn som har traumer pga. lægebehandling blive "bange, hyperaktive, klæbende, tilbagetrukne, sengevædere eller impulsivt aggressive og endda voldelige" (Levine og Kline 2012:191).

#### 5.4 PMTS-modellen

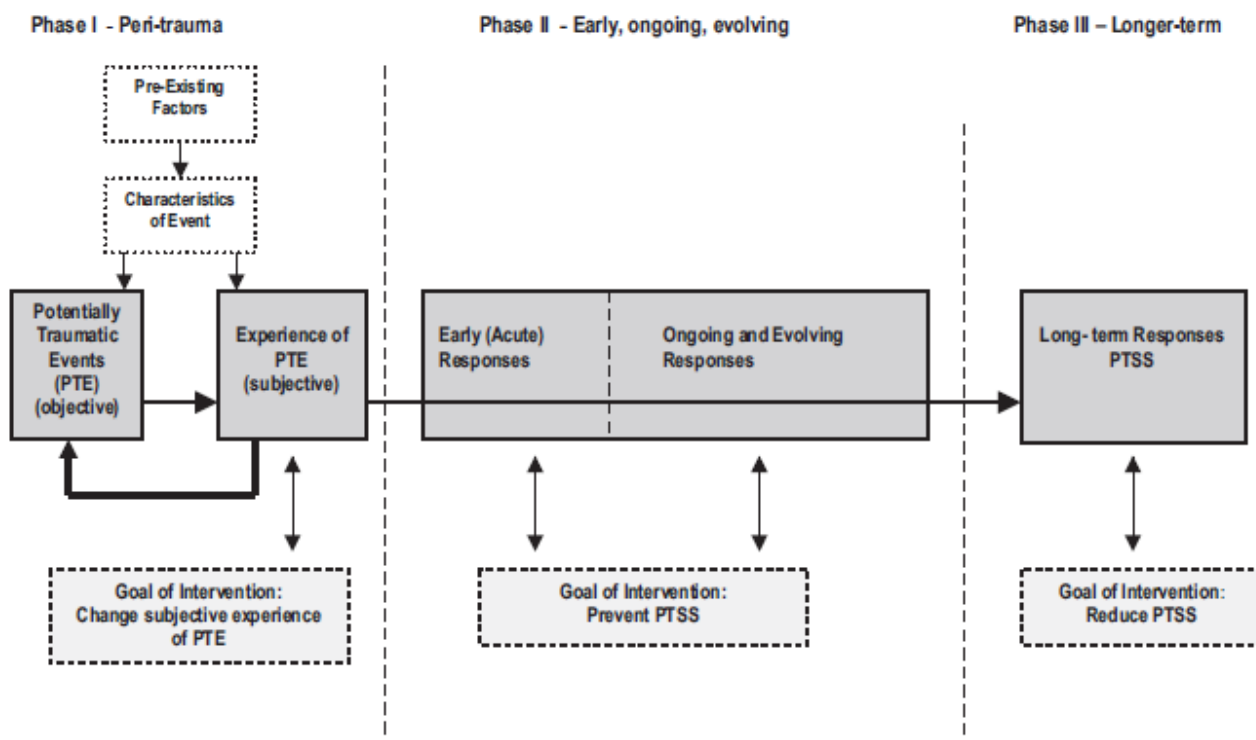
PMTS omfatter traumerelaterede stressreaktioner tilsvarende de der fremgår i PTSD-diagnosen; *forøget arousal, genoplevelse og/eller undgåelse af traumet*. PMTS er udviklet med afsæt i pædiatrisk psykologi og undersøgelser af traumatisk stresslidelse. Selvom PMTS er relateret til traumatisk stresslidelse, herunder ASD (Acute Stress Disorder)<sup>5</sup> og PTSD, er PMTS ifølge Kazak et al. ikke afgrænset ift. et nærmere bestemt diagnostisk system. De reaktioner som barnet eller familien oplever som følge af den medicinske kontekst kan ikke altid karakteriseres under ASD og PTSD. PMTS kan således siges at omfatte et symptomsæt, hvad der svarer til betegnelsen PTSS (posttraumatic stress symptoms), inspireret af de symptomer der er angivet i PTSD-diagnosen (forøget arousal, genoplevelse og/eller undgåelse af traumet).

Kazak et al. præsenterer i deres artikel fra 2006 en *PMTS-model* (belyst i figur 4) som jeg i det følgende vil gennemgå. Modellen omfatter tre faser som er knyttet til generelle tidsperioder som barnet og familien gennemgår i forbindelse med traumatiske medicinske hændelser.

---

<sup>5</sup> Acute Stress Disorder indebærer at barnet udviser PTSD-symptomer som ikke forekommer i længere tid end en måned.

Figur 4: PMTS-model (Kazak et al. 2006:345)



#### 5.4.1 Fase 1. Tidligt traumestadie: Under/umiddelbart efter PTE (potentielt traumatisk hændelse)

I den første fase kan forskellige faktorer være medvirkende til at PTE bliver oplevet traumatisk af barnet. Bl.a. viser flere undersøgelser at stress hos forældre i høj grad sandsynliggør, at PTSS (posttraumatisk stresssyndrom) viser sig hos barnet nogle måneder senere. Ligeledes er tidligere psykopatologiske lidelser såsom angst i forbindelse med kronisk sygdom prædisponerende faktorer ift. udvikling af PTSS. Der ses ydermere en forhøjet risiko når spæd-/småbørn hospitalsindlægges, ved gentagen indlæggelse, ved længerevarende indlæggelse i intensivafsnit og når barnet er ramt af meget alvorlig sygdom. Endvidere spiller forældrenes generelle attitude overfor sundhedssektoren en rolle samt deres subjektive oplevelse og mestring ift. barnets helbred. Kazak et al. beskriver at der *under* den traumatiske hændelse forekommer reaktioner som kan forudsige sandsynligheden for udvikling af PMTS, f.eks. hvis hændelsen skaber en subjektiv opfattelse af livsfare, fremprovokerer frygt, rædsel og hjælpeløshed (Ibid.). Undersøgelser bekræfter denne sammenhæng da der er påvist en tendens til længerevarende stresstilstande, jo højere stressniveauet er i den akutte choksituation (Rzucidlo & Campbell 2009).

#### 5.4.2 Fase 2 - Efterfølgende reaktioner

I perioden efter 1. fase må patienten og familien forholde sig til de udfordringer som vedrører barnets helbred og behandling. De efterfølgende/sekundære psykologiske reaktioner som opstår i denne fase kan forekomme i en længere periode og have betydning for behandlingens effekt, barnets reaktioner på



procedurer, smerte eller andre helbredsmaessige symptomer. Angst hos forældre grundet bekymring for om barnet er risiko for at dø, klarer behandlingen eller at sygdommen vender tilbage er ifølge Kazak et al. disponerende faktorer ift. udvikling af PTSS hos barnet/familien. Sandsynligheden for efterfølgende varig PTSS bør undersøges nøje og tages særdeles alvorligt mht. til de konsekvenser som PTSS har for barnets og forældrenes hverdagsliv og generelle funktion.

#### 5.4.3 Fase 3 - Længerevarende PMTS

Undersøgelser som retter fokus på længerevarende PMTS viser at traumatiske reaktioner hos børn ikke nødvendigvis aftager med tiden trods behandling ved den akutte hændelse. PMTS kan fortsætte i flere år hvilket er set hos børn med kræft, transplantationer og forbrændingsskader, samt hos børn som har lidt skade ved en enkelt hændelse, såsom en ulykke. For alle disse medicinske hændelser viser undersøgelser at PTSS ikke blot er gældende hos barnet, men at familiemedlemmer også lider af PTSS-symptomer - i enkelte tilfælde i højere grad end barnet.

### 5.5 Pædiatriske behandling i dag

Det er vigtigt at nævne at der er sket en gennemgribende udvikling i almen viden om børns grundlæggende personlige udvikling, behov og mulige reaktioner på hospitalsindlæggelse. Børn bliver ifølge Robb forberedt mere grundigt på hospitalsindlæggelse eller daglige procedurer og har mulighed for at have deres forældre med sig i et helt andet omfang end tidligere (Robb 1999). Gode levevilkår, støtte fra omsorgspersoner og personale samt en iboende evne til at mestre udfordringer konstruktivt kan hjælpe barnet til at gennemføre hospitalsindlæggelse uden nogen betydelige problemer. Nogle børn finder det endda spændende at komme på hospitalet og ser det som en lærerig oplevelse (Dyregrov 2011; Levine og Kline 2012).

### 5.6 Hvordan reagerer kroppen under traumatiske hændelser?

Hvis traumet opstår ved et enkelt tilfælde og ikke igennem længere tids misbrug eller svigt, vil den ramte person ifølge Levine og Kline oftest reagere mere fysiologisk end psykologisk i selve choksituationen. Idet den traumatiske hændelse finder sted, bliver vi overvældede af lammelsen, og som Levine og Kline beskriver det, står vi tilbage uden forbindelse til kroppen ude af stand til at mestre situationen. Alle mestringsstrategier som man måske havde før begivenheden trådte ind, er svækket, og tilbage er en følelse af hjælpeløshed og mistet håb. Idet der ikke er tid til at tænke når der pludselig opstår en trussel, vil reaktionen umiddelbart være instinktiv, og i personen aktiveres en enorm mængde energi, ligesom et adrenalinsus, mener Levine og Kline. Dette er hjernens måde at aktivere en parathed for at kunne overleve

- noget som ligger i vores 280 millioner år gamle arv. Aktivering bliver trigget dybt i krybdyrhjernen, når personen oplever farer og aktiverer derpå nogle fysiologiske mekanismer for at klargøre kroppen til at reagere på truslen. Hjertet begynder at hamre og blodstrømmens retning ændres og ledes ind i de store tværstribede muskler som derved bliver styrket og klar til flugt. Muskelfibrene stimuleres, åndedrættet bliver overfladisk og hurtigt, sproglige færdigheder formindskes og pupillerne udvides for at forbedre synet. Disse mekanismer hører til de aktive responstyper (ofte benævnt kamp/flugt-impulser), mens kroppen alternativt kan *fastfryse*, hvis personen bliver overvældet og ikke har mulighed for at kæmpe eller flygte. Da vil musklerne i frygt blive lammet og resultere i at kroppen står stiv af skræk (Levine & Kline 2012).

### 5.6.1 Fastfrysning

Levine og Kline beskriver at fastfrysning af kroppen er den sidste udvej, når der ikke er mulighed for flugt eller kamp. Kroppen kan stadig, på trods af at den er ubevægelig, være aktiveret af nogle fysiologiske mekanismer som forbereder kroppen på at undslippe. Levine og Kline forklarer hvordan truslen igangsætter det sansemotoriske neurale plan, som paradoksalt nok bliver forvandlet til en choktilstand, hvor kroppen fryses fast, huden bliver bleg, øjnene virker tomme samtidig med at tidsfornemmelsen er forvrænget. I denne tilstand oplagres en stor mængde energi som venter på at fuldende kroppens forsøg på at undslippe truslen.

## 5.7 Traumer hos små børn

Helt små børn tenderer til at reagere passivt ved at fastfryse da deres evner til at forsvare sig er begrænsede. De er derfor afhængige af deres omsorgsgivere til at give dem tryghed og vejledning for igen at kunne vende tilbage til "den normale tilstand". Mange børn vil på trods af at de godt kan flygte væk sjældent vælge denne udvej, men derimod søge tryghed hos en voksen. Derudover kan det være nødvendigt at tvinge barnet til at forholde sig roligt som det kan være tilfældet ved kirurgiske indgreb. Da børn er særligt udsatte for den sidste udvej, fastfrysning, er de ifølge Levine og Kline mere eksponeret for at opleve hændelser som værende traumatiske. Den enorme mængde energi som ophobes til at undslippe faren, bliver ikke frigivet ved fastfrysning, men "fanges i barnet" og skaber risiko for traumer. Det er her traumet opstår på et fysiologisk grundlag. Det er derfor af afgørende betydning at mængden af det som Levine og Kline kalder "overlevelsesenergi" bliver omsat (Levine & Kline 2012:32).

Der er i dag stadig mange som tror, at yngre børn nok er for små til at blive påvirket af voldsomme begivenheder, fordi de ikke kan huske hændelsen. Paradoksalt nok er det især "fostre, nyfødte og småbørn som er i størst risiko for at få stress og traumer, fordi deres nervesystem, motoriske system og perceptuelle system endnu ikke er udviklet" (Levine & Kline 2012:33). Sandsynligheden for at et barn bliver påvirket af et

traume pga. almindelige hændelser, er større, jo yngre barnet er. En begivenhed som kan virke traumatiserende for et yngre barn, vil derfor som regel ikke have samme virkning for større børn og voksne (Levine & Kline 2012).

### **5.7.1 Traumers indflydelse på neurologisk udvikling**

I de seneste årtier er der i stigende grad blevet forsket i hvordan der opstår skadelige ændringer i barnets udvikling som følge af gentagne traumatiske oplevelser. Undersøgelser påviser at vedvarende stress i barndommen resulterer i en række følgevirkninger, fordi det sker under en tid, hvor hjernen undergår en større forandring (Perry et al. 1995). Plasticiteten i barnets hjerne er i de første leveår meget stor hvorfor barnet er særlig modtageligt for ydre stimuli, som direkte påvirker organisering og lagring af informationer i hjernen (Perry 1995:276). F.eks. viser neuroradiologiske studier af børn med traumer anomaliteter i hjernens frontallab, reduktion af intrakranie- og cerebralt omfang og skader på hippocampus sammenlignet med kontrolgrupper (Carrion et al., 2001; Carrion et al. 2007). Skader på hippocampus kan have afgørende konsekvenser for barnets hukommelses- og koncentrationsevner (Shore 2001 i Kleive 2009). Risikoen for at der opstår skadelige ændringer i barnets neurologiske funktioner korrelerer ifølge Perry et al. (1995) positivt med graden af den traumatiske oplevelse.

### **5.7.2 Når hjernen husker traumet**

Selvom truslen er forbi, kan barnet blive mærket af den og på længere sigt opleve truslen på ny, på trods af at der ikke er nogen aktuel fare. Levine og Kline beskriver at følelser bogstavelig talt har et anatomisk kort i hjernen som hjælper os til at overleve. Dette indebærer f.eks. at følelsen af frygt har et specifikt kredsløb i hjernen, som svarer til de fysiske følelser som eksisterer i vores forskellige legemsdele. Når den traumeramte person sansemæssigt husker (via hørelse, lugt, smag eller følelser) noget der har med truslen at gøre, hjælper oplevelsen af frygt det autonome nervesystem til at aktivere en flugt eller frys-impuls, så personen kan undgå truslen. Levine og Kline henviser til Bessel van der Kolk's forskning og forklarer at frygtresponser kan observeres vha. af MRI skanninger. Det er her påvist at amygdala - et lille mandelformet område i hjernen - aktiveres, når en trussel registreres, og at den især reagerer på synsindtryk og lyde. Den kan sammenlignes med et varslingsystem som vækker hjernen og kroppen for at håndtere en trussel. Den frontale cortex som er placeret forrest i hjernen bruges kognitivt til at vurdere, om der er en real fare eller ej, og kan regulere frygtresponsen, hvis fornuften hjælper til at indikere, at der ikke er nogen trussel. Hos en traumeramt person vil den frontale cortex være ude af stand til at sende signaler til amygdala i forbindelse med frygtresponser om der er en real trussel eller ej. Truslen kan således ikke tænkes væk, og personen må følelsesmæssigt håndtere oplevelsen. Personen får måske brug for følelsesmæssigt at

afreagere på andre eller at reagere ved at lukke sig inde med de overvældende følelser (Bessel van der Kolk 2004 i Kline og Levine 2012).

## 5.8 Forebyggelse og behandling af PMTS

Levine og Kline er overbeviste om at sundhedsfagligt personale kan lære at forebygge traumer. Først og fremmest er undervisning vedrørende dynamikken i det autonome nervesystem nødvendig. I og med at de traumatiske symptomer skyldes immobilitet, hjælpeløshed og den energi som er bundet i mislykkede kamp/flugt responser, spiller det en betydelig rolle at sikre, at barnet ikke holdes fast og bedøves i en tilstand præget af rædsel eller panik. I forbindelse med operationer eller anden lægefaglig behandling rådgiver Levine og Kline til at følge hensigtsmæssige retningslinjer, som hjælper sundhedsfagligt personale og forældre til at støtte barnet. (Levine og Kline 2012:193).

Levine og Kline beskriver at forskellige kreative udtryksmidler og fysiske aktiviteter er med til at genoprette tryghed, tilhørsforhold og kompetencer efter traumatiske hændelser. Aktiviteterne inddeles således:

- Kreative aktiviteter, f.eks. musik og skriveaktiviteter: opbygning af tillid, ressourcer og bevidsthed om sansninger
- Fysiske aktiviteter: fremmer sunde forsvarsreaktioner, grænsesætning og gruppesammenhæng
- Balanceaktiviteter: genopretter beskyttelsesreflekser, tillid og modstandskraft

(Levine og Kline 2012:362)

Jeg vil herunder fremhæve Levine og Klines argumentation for hvorfor musik og fysiske aktiviteter er velegnede ift. heling af traumer.

Som følge af at traumet overvælter nervesystemet, har det traumeramte barn svært ved at bevæge sig mellem varierede aktivitetsniveauer i nervesystemet. Alle velkendte fysiske lege kan tilpasses og facilitere en vekslen mellem aktivering og deaktivering. Ved at vække begejstring og konkurrencelyst vha. fysisk aktivitet eller musik er det muligt at vække barnets kamp-flugt responser. Levine og Kline anbefaler at aktiviteterne struktureres således, at der forekommer højt energiniveau lige såvel som afspænding og rolige tilstande. I begge faser bliver overskydende overlevelsesenergi automatisk udløst. "Når børnene 'jager hinanden', 'flygter', 'undslipper', 'sætter grænser', 'løber til et trygt sted' og 'føler styrke og kraft i kroppen', danner de nye nervebaner, som understøtter modstandskraft og evne til selvregulering" (Levine og Kline 2012:373). Levine og Kline peger på at sansning gennem leg effektivt opbygger neurale netværk og reparerer traumer idet disse input direkte indvirker på krybdyrhjernens anlæg til overlevelse. Aktiviteter

som skal forebygge og hele traumer bør rumme følgende elementer: rigeligt med tid til at genoprette parathedsfornemmelse, en række valgmuligheder og muligheden for at opdage og opbygge nye færdigheder.

Indtil nu er forskellige traumeteoretiske begreber blevet belyst. En opsamling af dette følges op efter næste kapitel. I det følgende vil jeg gennemgå *mestringsbegrebet* og kaste lys over hvilke mestringsstrategier førskolebørn ofte benytter sig af. I tråd med dette vil der indgå et afsnit om førskolebørns kognitive og psykosociale udvikling.

## 6 Mestring

Mestring refererer til den måde hvorpå mennesket imødegår stressende livsbetingelser og kan ifølge Lazarus betragtes ud fra et processuelt perspektiv (Lazarus 2006). Lazarus definerer mestring som "kognitive og adfærdsmæssige bestræbelser, som er under konstant forandring og søger at håndtere specifikke ydre og/eller indre krav, der vurderes at være plagsomme eller at overskride personens ressourcer" (Lazarus & Folkman 1984:141 i Lazarus 2006:139).

*Mestringsstrategier* kan som nævnt i afsnit 1.4 tillæres ift. at håndtere en stressende livssituation modsat en *mestringsstil* som relaterer til menneskets iboende karakterer som adfærd og temperament (Robb 1999).

Mestring er et elementært aspekt af vores følelses- og stressreaktioner og afviger fra ordet *håndtering*, idet at det ikke er muligt at håndtere alle stresskilder. Der foreligger ikke altid nogen løsningsmuligheder for den givne stresskilde, hvilket f.eks. gælder uundgåelige tab, at blive ældre eller ifm. sygdom (Lazarus & Folkman 1984). Mestring drejer sig om hvorledes man bestræber sig på at ændre enten ydre eller indre forhold for nemmere at kunne leve med en stressende betingelse eller begivenhed.

Lazarus peger på nogle afgørende hovedpunkter angående mestringsbegrebet:

- Der findes ikke universelt effektive eller ineffektive mestringsstrategier. Effekten af mestringen må måles uafhængigt af sit resultat - kun derved kan den enkelte mestringsstrategis virkning vurderes på rette vis. Hvordan mestringen virker afhænger af personlighed, truslens karakter, stressfaktorens grad, den subjektive trivsel, den sociale funktion og det fysiske helbred. Dvs. at den processuelle mestring altid må forstås indenfor en given kontekst og løbende kan forandre sig som følge af vekslende levevilkår.
- Mestringsens to hovedfunktioner omfatter en *problemfokuseret* og en *følelsesfokuseret* funktion. *Den problemfokuserede funktion* indebærer at personen søger information om, hvad der må gøres

og griber til handling i forsøget på at ændre den problematik, der finder sted mellem personen og miljøet. Personen foretager da en handling som er rettet mod sig selv eller det omgivende miljø. *Den følelsesfokuserede funktion* beskrives som regulering af de følelser der er forbundet med den stressende situation. Personen vil da forsøge at ændre sit forhold til den truende situation ved enten at undgå den og distancere sig eller ved på den anden side at revurdere situationen og forsøge at tænke optimistisk og forhåbningsfuldt når det drejer sig om stressfaktoren.

## 6.1 Mestringsstrategier hos førskolebørn

Robb (2003) fremhæver at børn i førskolealderen primært anvender adfærdsrelaterede mestringsstrategier, heraf:

- Gryende sprogfærdigheder, men aspekter af logik og perspektiv forårsager ofte misforståelser vedr. sygdom/behandling
- afledningsteknikker
- adfærdsregulering
- undgåelse
- selvudslettende adfærd
- tydelige signaler for følelsesmæssige oplevelser
- Interpersonel støtte fra familie eller personale
- Aktiv observation af deres omgivelser

(Robb 2003:35)

I et review af 32 undersøgelser fandt Ryan-Wenger at kognitive mestringsstrategier sjældent tages i brug hos mindre børn (Ryan-Wenger 1996:134). Ofte vil deres verbale sprog være udviklet nok til at de i et vist omfang kan udtrykke sig og kommunikere, men ofte vil deres logiske sans og opfattelsesevne medføre misforståelser vedrørende sygdom og medicinsk behandling (Robb 1999, 2003). I og med at førskolebørn ofte bearbejder oplevelser og indre processer via leg og som følge af deres begrænsede evne til at tænke abstrakt, mener Robb at interventioner som er konkrete og aktive er at foretrække.

## 6.2 Førskolebørns kognitive og psykosociale udvikling

Dannelsen af barnets indre strukturer er en dynamisk proces som må betragtes i lyset af en kontekstuel og udviklingsmæssig sammenhæng (Robb 2003). Udvalgte dele af Jean Piagets kognitive udviklingsteori<sup>6</sup> og

---

<sup>6</sup> Piaget hævdede at barnet udvikles som følge af modning og erfaring gennem faste livsstadier (Piaget 1977).

Erik Erikssons teori om psykosocial udvikling<sup>7</sup> vil i det følgende blive gennemgået mhp. at give indblik i nogle af de udviklingsmæssige faktorer som kan have haft indflydelse på Elliots opfattelse og mestring af hans sygdom. Piaget og Eriksson belyses med det formål at fremhæve det som Daniel Stern (2000) kalder *kliniske temaer*. Kliniske temaer er ikke knyttet til bestemte aldersbestemte kritiske livsfaser, men livsforløb, og skal dermed ikke forstås sådan at de spiller en altafgørende rolle ift. en bestemt aldersgruppe (Stern 2000). Temaerne som f.eks. kan dreje sig om selvstændighed og kontrol, er ifølge Stern nogle temaer som igennem hele livet potentielt set kan være aktuelle. Jeg tager således ikke udgangspunkt i at barnets udvikling bør betragtes ud fra determinerende principper i henhold til traditionel livsstadietænkning, hvor bestemte ting skal-eller ikke skal gå i opfyldelse indenfor en kritisk aldersbestemt fase. Dog hersker der stadig enighed om sensitive faser i barndomsårene (Den store danske 2013b). Jeg anser Piaget og Erikssons teorier som relevante at skildre ift. at fremhæve nogle af de temaer som Robb hæfter sig ved, bl.a. barnets behov for autonomi, engagement og struktur.

### 6.2.1 Kognitiv udvikling

Som nævnt tidligere er børn jo yngre de er, mere udsatte ift. at udvikle stresssymptomer på indlæggelse, hvorfor Robb (1999) mener at der er et særligt behov for viden om hvilke faktorer der har betydning for mindre børns hospitalsoplevelse. Kognitiv udvikling er bl.a. en af de faktorer som efter hendes antagelse har indflydelse på barnets sygdomsopfattelse og mestringskapacitet.

Piagets kognitive udviklingsteori omfatter fire stadier: Den sensorisk-motoriske periode fra fødslen til 24 måneder; den præoperationelle periode fra 24 mdr. til 7 år; den konkret-operationelle periode fra 7 år til 11-12 års alderen og den formelt-operationelle periode fra 12 år og opefter (Robb 1999; 2003). Da målgruppen for specialet drejer sig om førskolebørn i alderen 3-6 år vil følgende afsnit omhandle den præoperationelle periode.

#### 6.2.1.1 Det præoperationelle udviklingsstadie

I den tidlige barndom, 2-7 år, er det muligt at iagttage en ændring i intelligensens form, som udvikler sig til en egentlig tænkning frem for udelukkende senso-motorisk eller praktisk intelligens. Tænkningen udvikles under indflydelse af sproget og sociale forhold, men tilpasser sig ikke på en gang til den virkelighed som opdages (Piaget 1970:20). Barnet betragter fænomener ud fra et egocentrisk perspektiv, og har svært ved at se fænomenet igennem andres øjne. Dette betyder dermed sagt ikke at barnet bevidst er egoistisk, men at barnet som regel går ud fra at andre deler dets følelser, reaktioner og perspektiver (Robb 1999; 2003).

---

<sup>7</sup> Erikssons teori fremhævede at mennesket under hele livsforløbet gennemgår udvikling og derved altid har potentialet til at forandre sig (Den store danske 2013c, afsnit 7 i midterspalte)

Tre grundlæggende opfattelsesevner gør sig gældende hos det præoperationelle barn; *magisk tænkning*, *animisme* og *primitive årsags- virkningsforhold* (Ibid.). *Magisk tænkning* indebærer at barnet tror at ønsker og tanker kan påvirke virkeligheden. Barnet modificerer således virkeligheden gennem leg og fantasi, særligt hvis barnet ikke bryder sig om virkelig objektivitet (Piaget 1977:38). Med *animisme* mener Piaget at barnet tillægger naturfænomener og genstande bevidste hensigter og intensioner; f.eks. mener barnet at en sky godt ved at den bevæger sig, fordi den jo bevæger sig. Den sidste opfattelsesevne vedrører barnets umodne forståelse af *årsags- og virkningssammenhænge*. Når barnet bemærker forekomsten af to fænomener på en gang eller lige efter hinanden, tenderer barnet til at forbinde de to fænomener med hinanden, således at det opfatter det ene fænomen som forudsætning for at det andet fænomen opstod.

Forskningslitteratur dokumenterer at førskolebørn har den opfattelse at medicinske procedurer bevidst er fjendske. Små børn frygter skade på kroppen og adskillelse fra deres forældre og fantasierer som følge af deres magiske tænkning om procedurer og kan misforstå årsagen til at proceduren skal foretages. Ydre stimuli fra medicinske apparater bliver af barnet opfattet som en trussel og et overgreb på kroppen. I kraft af barnets kognitive udvikling kunne barnets opfattelse antageligvis være at hospitalsindlæggelse er en straf for noget barnet har gjort, og at barnet selv har ansvar for sygdommen og den efterfølgende behandling (Robb 2003).

### 6.2.2 Førskolebarnets psykosociale udvikling

Udvalgte teoridele af Erik Eriksons psykosociale udviklingsteori vil herunder blive belyst. Robb henviser til Erikson mhp. at afdække og diskutere den psykosociale proces som førskolebarnet gennemgår ved hospitalsindlæggelse. De første stadier inden førskolealderen har stor betydning for barnets udvikling og vil herunder først blive skildret kort.

- Tillid/mistro (spædbørnsperioden, fødsel til slutningen af første leveår)
- Autonomi/skam (småbørnsperioden, andet til tredje leveår)
- Initiativ/skyld (førskolealderen, tredje til sjette leveår)

I spædbarnsalderen (det første stadie) gennemgår barnet en grundlæggende konflikt, hvilket kategoriseres *tillid* versus *mistillid*. I og med at barnet lærer at det er adskilt fra sin omverden bliver det mere tydeligt for barnet hvor afhængigt det er af forældrene for at få opfyldt sine behov. En sund tilknytning mellem barnet og omsorgsgiverne forudsætter at barnets primære behov bliver opfyldt, at barnet udvikler tillid gennem plejende omsorg, og at der jævnlige er kontakt mellem barnet og dens omsorgsgivere.

I det andet stadie, som benævnes *autonomi* versus *skam* begynder barnet at udvikle evnen til at håndtere nye færdigheder. Processen indebærer udvikling af kontrol og tillid, hvor det er af afgørende betydning at



omsorgsgivere faciliterer muligheden for at barnet gør så meget som muligt på egen hånd med det formål gradvist at opbygge selvstændighed hos barnet. Barnet er især i nye situationer afhængigt af den trygge base som deres omsorgsgivere repræsenterer, i takt med at barnet bevæger sig ud og udforsker sin omverden.

Erikssons tredje stadie fremhæver konflikten *initiativ* versus *skyld* hos barnet indenfor andet til sjette leveår. Der er konstant aktivitet og bevægelse i barnets væren i verden på, idet barnet tager initiativ, afprøver og påtager sig nye opgaver. Barnet lærer dog i dette stadie at der også er forbudte områder, hvilket ofte vil skabe udfordringer for både barnet og den voksne. Der må findes en balance mellem at støtte barnets energi til at udforske aktiviteter, samtidig med at barnet må lære at kontrollere sine impulser. Barnet i denne alder profiterer, ifølge Robb, af muligheden for at kunne foretage egne beslutninger ud fra et sæt valgmuligheder, at være aktivt involveret og at kunne udtrykke sig igennem leg. Robb påpeger at barnets initiativer i høj grad opstår gennem leg. Forestillingslege er typiske idet barnet i en fiktiv verden udlever forskellige roller.

## 7 Opsummering

Flere kilder belyser at almindelig medicinsk rutinebehandling hos yngre børn kan opleves ekstremt overvældende og medføre udvikling af PMTS (Pediatric Medical Traumatic Stress).

Jeg fandt at traumer kan være karakteriseret ved, at kroppens fysiologiske mekanismer reagerer, idet nerve- og sansesystemet aktiveres og medfører en kamp-, flugt- eller fryserespons. Mindre børn er særligt udsatte for den sidste udvej, fastfrysning, og risikerer i høj grad, at en stor mængde energi ophobes og bliver fanget i kroppen, hvormed der opstår et grundlag for dannelsen af traumer. De fysiologiske frygtresponser kan blive genvagt af sansestimuli som kun indirekte er forbundet med den tidligere trussel, hvilket resulterer i uhensigtsmæssige frygtresponser hos den traumatiserede person.

Jeg har gennemset PMTS-modellen som omfatter tre stadier, hvori forskellige potentielle risikofaktorer tages i betragtning mhp. traumatisering hos pædiatriske patienter og deres forældre. PMTS er ikke afgrænset ift. et bestemt diagnosesystem, men fremhæver, at et eller flere af følgende symptomer gør sig gældende ved forekomsten af PMTS: forøget arousal, genoplevelse og/eller undgåelse af traumet.

*Under* PTE kan der forekomme reaktioner som må iagttages for at vurdere sandsynligheden for udvikling af PMTS, f.eks. hvis hændelsen skaber en subjektiv opfattelse af livsfare, fremprovokerer frygt, rædsel og hjælpeløshed. Traumereaktioner kan forekomme i en længere periode og have negativ indflydelse på den

medicinske behandlings effekt, barnets reaktioner på medicinske procedurer, smerte eller andre helbredsmæssige symptomer.

For at forebygge traumer i forbindelse med hospitalsindlæggelse synes det særligt vigtigt at barnet så vildt muligt får støtte fra en voksen og forberedes på kommende medicinske procedurer. I tilfælde af at barnet bliver traumatiseret, fandt jeg, at forskellige kreative udtryksmidler og fysiske aktiviteter på længere sigt kan hjælpe det traumatiserede barn til at føle tryghed, tilhørsforhold og kompetence.

Ligeledes har jeg belyst mestringsbegrebet samt udviklingspsykologiske aspekter relateret til førskolebørn. Dette anskuer jeg som grundlæggende elementer ifm. at forstå deres måde at cope med hospitalsindlæggelse på.

Den samlede teori som hidtil er belyst vil i specialet danne grundlag for forskellige forståelseshorisonter. Bl.a. vil dele af den gennemgåede teori blive anvendt til at diskutere paralleller der kan drages ind og belyse Elliots reaktioner på den utilsigtede hændelse (som fandt sted i forbindelse med en af mange bedøvelsesprocedurer, jf. afsnit 3.3). Desuden vil noget af det teoretiske grundlag blive inddraget senere ifm. at understøtte mine kliniske fund i det musikterapeutiske forløb med Elliot og hans familie. Dette fremgår i del IV og del V.

## 8 Diskussion

I dette afsnit vil jeg sammenholde Elliots anamnese med nogle af de teorier som hidtil er blevet gennemgået, med det formål at diskutere hvordan hændelsen har påvirket ham, i lyset af det udviklingsniveau han havde da hændelsen fandt sted, og på baggrund af hvordan traumer på et fysiologisk og psykologisk plan kan have indvirket på hans proces.

### 8.1 Elliots oplevelser og reaktioner på den traumatiske hændelse

Som nævnt i afsnit 5.7 er det især "fostre, nyfødte og småbørn som er i størst risiko for at få stress og traumer, fordi deres nervesystem, motoriske system og perceptuelle system endnu ikke er udviklet" (Levine & Kline 2012:33). Elliot var i forbindelse med den utilsigtede hændelse 2,5 år gammel og oplevede en uventet og chokerende situation da narkosemasken ikke havde den tiltænkte virkning. Hændelsen vakte en kropslig chokreaktion idet han ikke kunne trække vejret. I kraft af at han blev holdt fast af personalet, i forsøg på at give ham masken på igen, blev hans paniske chokreaktion formentlig forstærket.

I betragtning af Levine og Klines udsagn om at mindre børn i større udstrækning bliver traumatiserede af en chokerende hændelse end større børn, som følge af at de på flere måder ikke er fuldt udviklede, må situationen som Elliot oplevede i en alder af 2,5 år antages at have været særdeles risikabel. Perry et al.

(1995) forklarer som tidligere nævnt at plasticiteten i barnets hjerne er meget stor; at børn derfor er særligt modtagelige for ydre stimuli, og at organisering og lagring af informationer i hjernen nemt lader sig påvirke. Elliot havde tilsyneladende en subjektiv oplevelse af at være truet på livet samtidig med oplevelsen af angst og hjælpeløshed. Disse oplevelser er vigtige prædisponerende faktorer ift. efterfølgende udvikling af PMTS ifølge Kazak et al. På baggrund af de teoretiske udsagn samt morens beskrivelser antager jeg at hændelsen kan indplaceres i PMTS-modellens første fase (jf. 5.4.1), idet 1: en angstprovokerende hændelse opstod (potentielt traumatisk hændelse - PTE) og 2: hændelsen blev oplevet som værende traumatisk.

I den efterfølgende tid gennemgik Elliot og hans familie det som efter min antagelse svarer til anden fase i PMTS-modellen; Elliot skulle opereres igen. Som moren fortalte, stivnede Elliot idet han så døren ind til operationsgangen. Døren havde en bestemt farve som Elliot kunne huske fra sidste operation. Denne reaktion kunne tilsyneladende svare til den reaktion som Levine og Kline kalder fastfrysning. Elliots krop blev lammet ved synet af døren. Dette var således en sanseneurologisk reaktion som formentlig genvakte en stor mængde energi og forberedte hans kamp-flugt impulser (jf. 5.6.1). I henhold til definitionen af PMTS samt PTSD-diagnosens kriterier mener jeg at dette kan karakteriseres som *genoplevelse* af traumat - overensstemmende med "intense ubehag/uro i kroppen ved situationer der minder om hændelsen" (se bilag 3 under punktet "Den traumatiske hændelse bliver vedvarende genoplevet"). Ligeledes er dette symptom angivet ved et af de tre symptomer i PMTS (*arousal, re-experiencing, and/or avoidance*).

Som følge af sin sygdom blev Elliot indlagt hele 16 gange hvorunder 9 indlæggelser fandt sted i forbindelse med operationer af drænet. Som Kazak et al. (2006) beskriver, er der forhøjet risiko for PMTS når spæd/- småbørn hospitalsindlægges samt ved gentagne hospitalsindlæggelser. Jeg vil mene at der er belæg for at antage, at indlæggelserne efter den traumatiske hændelse har haft en retraumatiserende effekt (*genoplevelse* af traumat). De efterfølgende operationer har antageligvis forstærket traumatet i og med at han skulle genopleve den samme kontekst; den samme setting med narkosemasken, hvor han ifølge moren hver gang modsatte sig situationen. Ingen af disse gange har han fået mulighed for at agere ud fra sin kamp-flugt impuls for at undgå situationen og har tilsyneladende ikke fået omsat den indre oplagrede energi. Levine og Klines teori, angående traumets oprindelse, beskrives som værende betinget af at personens kamp-flugt forsøg mislykkes. Denne teori kunne her danne baggrund for en antagelse om at det netop er i hvert af de mislykkede flugtforsøg, at traumatet har sat sig i Elliots krop - en ubrugt overlevelseseenergi som siden traumets begyndelse har siddet i hans nervesystem, klar til at følge kamp-flugt impulsen.

Som 2,5 årig har han, som en konsekvens af sit kognitive udviklingsniveau, formentlig ikke kunnet forstå at personalet lavede en fejl i forbindelse med narkosemaskens funktion og har ikke kunnet ræsonnere sig

frem til at fejlen snart ville blive rettet op. Som Piaget skriver, er det præoperationelle barns tænkning til dels karakteriseret ved animisme og simple opfattelser af årsags-virkningsforhold (jf. 6.2.1.1). På grundlag af denne teori finder jeg det sandsynligt at Elliot fik indtryk af, at masken var årsag til kvælningssymptomerne, og at den var blevet en "ond maske". Ubehaget kan have vækket mistillid til masken hvilket forårsagede hans frygt i forbindelse med de næste operationer.

I den efterfølgende periode, som jeg finder sammenlignelig med 3. fase af PMTS modellen (jf. 5.4.3), begyndte Elliot at fornægte sin sygdom. Han kan her siges at have gjort brug af en undgående mestringsstrategi, i og med at han distancerede sig fra det stressende vilkår: at få narkosemasken på igen. Undgående mestringsstrategi er som nævnt en hyppigt anvendt mestringsstrategi hos førskolebørn (jf. 6.1). Undgåelse indgår ydermere i et af de tre symptomer i PMTS-definitionen samt i PTSD-diagnosen (jf. 5.2). Elliot valgte sandsynligvis at forestille sig at han ikke længere var syg, for at få problematikken til at forsvinde. Denne tankegang stemmer overens med førskolebørns magiske tænkning samt opfattelse af årsags- og virkningssammenhænge idet Elliot måske mere eller mindre bevidst tænkte: "hvis jeg er rask, så skal jeg ikke på sygehuset for at få maske på". Derved distancerede han sig fra stresskilden og fik "neutraliseret" de stressende følelser, hvilket midlertidigt gav forøget velvære. Denne form for strategi finder jeg sammenlignelig med den mestringsstrategi som af Lazarus og Folkman kaldes for *den følelsesfokuserede funktion* "flugt-undgåelse" (Lazarus og Folkman 1991). Ifølge Folkman & Lazarus kan flugt-undgåelses strategier medføre succesrige udfald og være til fordel for personen som ved at distancere sig oplever følelsesmæssigt forbedret tilstand og øget fysisk velvære. På den anden side kan en sådan strategi ligeledes medføre u hensigtsmæssige konsekvenser idet strategien afleder personens opmærksomhed fra et alvorligt problem, som nødvendigvis skal løses. Midlertidigt kan strategien altså virke brugbar og give personen en kort pause fra den stressende tilstand. Dog indikerer mange undersøgelser at "flugt-undgåelse" ofte forekommer samtidigt med symptomer på angst, depression og psykosomatiske lidelser (Lazarus og Folkman 1991:215).

Idet Elliot tilsyneladende har anvendt en undgåelsesstrategi (fornægtet sin sygdom), har han samtidig haft vanskeligheder ved at sove. Morens hypotese vedrørende søvnevanskelighederne forklarede hun således at Elliot har angst for ikke at vågne igen, hvis han lægger sig til at sove, dvs. en form for dødsangst. Jeg antager på baggrund af morens udsagn at dette viser sig som en form for hyperarvågenhed, som er relateret til traumat (det som kaldes for øget *arousal* i PMTS' symptomsæt og "Vedvarende symptomer på øget aktivering af nervesystemet" i PTSD-diagnosen). Søvnproblemerne kunne ifølge moren ligeledes skyldes sygdommen, f.eks. som følge af smerter i hovedet pga. øget tryk i ventrikelkamrene.

Som Levine og Kline angiver, resulterer traumer ofte i, at den gamle trussel opleves på ny, på trods af at der ikke er nogen aktuell fare. Sansindtryk spiller en afgørende rolle som det var tilfældet, da Elliot stivnede, idet han så farven på døren til operationsgangen. Hvis Elliot oplevede andre sansindtryk under den chokerende hændelse, kunne det tænkes, at også de har forplantet sig i hans hukommelse. Angiveligt kan følelsen af en seng med et lagen på forbindes til den traumatiske hændelse i og med at Elliot skulle ligge på en hospitalsseng, inden han skulle bedøves med narkosemasken. Hvis de taktile sanser kan kobles til den traumatiske hændelse, er der sandsynlighed for, at Elliots hukommelse vækkes hver aften når han skal i seng. Sansestimulien (sengen) forbindes til den traumatiske hændelse, amygdala aktiveres i hans hjerne, og via sanseneurologiske forbindelser aktiverer hans krop en kamp-flugt impuls.

Der er en vis sandsynlighed for at Elliot i forbindelse med bedøvelsesproceduren har fået at vide at han blot skal ligge og sove, når han har fået narkosemasken på. Ordet "sove" kan hypotetisk være blevet forbundet til den traumatiske hændelse som en sansemæssig erindring. Når han derhjemme er blevet bedt om at lægge sig til at sove, kunne der således være en risiko for, at ordet "sove" frembringer minder, som vækker traumat og medfører en hyperarvågen tilstand. Dette mener jeg ikke at der kan konkluderes noget om, men jeg finder det relevant at anskue sådanne sammenhænge som sandsynlige, Levine og Klines teorier taget i betragtning.

Carrion et al. (2001; 2007) beskriver at traumer kan forårsage anormaliteter i hjernen og have en skadelig virkning på hippocampus (jf. 5.7.1.). Dette kan have afgørende konsekvenser for barnets hukommelses- og koncentrationsevner. Ifølge moderens udsagn lod sådanne skader ikke til at være aktuelle hos Elliot da han kognitivt syntes at svare til sine jævnaldrende.

På baggrund af den netop beskrevne proces hos Elliot sammenholdt med de teoretiske indfaldsvinkler vil jeg mene at der er et vist belæg for at indplacere hans reaktioner under definitionen på PMTS i form af:

- *Arousal*: hans tilsyneladende hyperarvågne adfærd inden han skal sove
- *Re-experiencing*: genoplevelse af traumat (stivnen ved dør til operationsgang samt gentagende kamp-flugt impulser i forbindelse med de efterfølgende operationer)
- *Avoidance*: undgåelse, at han benægter sin sygdom

På trods af Elliots sygdom og mange hospitalsindlæggelser har forældrene ud fra mine observationer ikke udvist tegn på PTSS-lignende symptomer hvilket jeg anser for en vigtig faktor. Hvis de reagerede med posttraumatisk stress som følge af hans kroniske sygdom, ville dette højne risikoen for udvikling af traumer hos Elliot (kazak et al. 2006). Jeg anser Elliots familie som værende en essentiel ressource idet han er tæt knyttet til sine forældre, Emil og bedsteforældre. Mine iagttagelser af Elliots samvær med familien gav mig

indtryk af at han her finder tryghed, omsorg og nærvær. Det står efter min betragtning klart at familiens støtte har haft en særdeles positiv betydning for Elliots liv overordnet set.

Som tidligere nævnt er der i USA op til 80% pædiatriske patienter og deres familier som informerer om traumatisk stress forårsaget af en eller flere stressorer indenfor den medicinske setting. I mange tilfælde kan barnet støttes af sine forældre samt det sundhedsfaglige personale, men der forekommer alligevel utilsigtede hændelser, hvor der ikke er de nødvendige ressourcer, som skal til for at barnet konstruktivt mestrer PTE (Levine & Kline 2012; NCTSN 2012). Jeg vil i følgende afsnit give læseren indblik i musikterapiens relevans for pædiatriske patienter og patienter med PMTS.

## **9 Musikterapeutisk behandling med pædiatriske patienter**

Der findes i dag en del litteratur som definerer musikterapiens rolle indenfor en række pædiatriske områder, særligt ift. at beskrive/dokumentere hvorledes musikterapeutisk behandling kan forebygge og regulere stress, angstproblematikker eller smerte (Chetta 1981; Micci 1984; Brodsky 1989; Dun 1995, 2001; Daveson 1999, 2001; Edwards 1999, 2005; Presner et al. 2001; Fratianne 2001; Barrera 2002; O'Neill & Pavlicevic 2003; Whipple 2003; Robb 2003a, 2003b; Kain et al. 2004; Whitehead-Pleaux et al. 2006; O'Callaghan et al. 2007; Bradt 2010; Ghetti 2012 og Sanfi 2012). Disse nævnte forfattere har udarbejdet forskellige litterære publiceringer; bl.a. kliniske redegørelser af musikterapeutens rolle, litteraturreviews, RCT-undersøgelser, kvalitative undersøgelser samt mixed-method undersøgelser.

### **9.1 Musikterapiens relevans i forhold til forebyggelse af angst hos pædiatriske patienter**

I min litteraturgennemgang på 8. semester rettede jeg fokus på musikterapi og angstproblematikker hos pædiatriske patienter ved medicinske procedurer (Nielsen 2012). Jeg fandt flere forskningsundersøgelser som peger på, at musikterapi kan forebygge forskellige former for angst ved at imødekomme nogle basale problemstillinger, som mange pædiatriske patienter møder ved indlæggelse, procedurer og ventetid. Jeg anser det som særdeles relevant og nødvendigt at intervenere i de situationer hvor angsten kan forebygges bl.a. med det formål at mindske risikoen for potentielle traumatiske oplevelser.

Som følge af at musikterapeutisk arbejde med angstproblematikker kan anskues som en indirekte del af specialets fokus (idet angst kan være en prædisponerende faktor ift. udvikling af traumer), har jeg valgt at vedlægge en opsummering af fund fra min litteraturgennemgang på bilag 4. Vidensfeltet er relevant ift. børn med PMTS mhp. forebyggelse af angst og potentielt set som et vigtigt mestringsredskab ift. at mindske risikoen for udvikling af traumer.

Bilag 5 bidrager med et overblik af de musikterapeutiske undersøgelser som er beskrevet på bilag 4. Heraf indgår en enkelt klinisk baseret artikel, nemlig Robb (2003) som i afsnit 9.3 belyses nærmere.

Som det af bilag 4 fremgår, peger forskning på at musikterapi kan regulere fysiologiske parametre, facilitere engagement, skabe et støttende miljø og imødekomme psykosociale behov. Musikterapeutens opgave i forbindelse med regulering af angst vil først og fremmest være at tilpasse behandlingen til barnets behov, personlighed og interesser på forsvarlig og etisk vis. Det er oplagt at terapeuten kan tage forskellige metoder i brug, være fleksibel og tage hensyn til den enkelte situation som jo i høj grad kan variere, i og med at den enkelte pædiatriske patient har individuelle behov, og som følge af den store aldersbredde som det pædiatriske spektrum indebærer (Walworth 2005).

Sanfis RCT-undersøgelse (2012) var ikke publiceret da jeg udarbejdede litteraturgennemgangen på 8. semester, men er særligt relevant at inkludere, i og med at han i sin forskning undersøgte 16 outcomes hos pædiatriske patienter i forbindelse med nålestiksprocedurer på Skejby Sygehus. Patienterne som modtog musikterapeutisk behandling viste en signifikant forskel ift. angstreducering, sammenlignet med en kontrolgruppe som fik standardbehandling. Nålestiksproceduren for musikterapigruppen varede i kortere tid end hos kontrolgruppen. Han fandt mange vigtige resultater som af pladshensyn i specialet ikke beskrives yderligere (Sanfi 2012). I sit arbejde vægtede han hver eneste fase i det musikterapeutiske møde med barnet og foretog målinger før, under og efter nålestiksproceduren. For læserens orientering er de 5 faser illustreret på bilag 6.

## 9.2 Musikterapeutisk traumearbejde med familier

Laura McDonell (1984) beskriver at børn med traumer ofte lider under mangel på basale behov såsom at blive holdt/rummet. Hun mener at musikterapeutiske sessioner på kompenserende vis kan skabe et holdende/rummende miljø ved at anvende instrumental/vokal lyd, rytme og elementer fra velkendte sange. Mindre børn kan således genfinde en følelse af tryghed og sikkerhed hvilket kan reducere følelsen af angst. Oplevelser som giver en fornemmelse af indre styrke og kontrol reducerer ifølge McDonnell følelsen af hjælpeløshed og regressiv adfærd. Udtryk via nonverbal og verbal kommunikation kan hjælpe til at mestre traumet og reducere modvillig samt negativ adfærd. I takt med denne udvikling er der sandsynlighed for at barnets kropsfornemmelse og selvværd lige såvel styrkes (McDonell 1984).

McDonell retter ikke blot sin opmærksomhed på barnet, men også barnets familie. Når forældre involveres i musikterapeutisk behandling, mener McDonell, at børnene har lettere ved at tilpasse sig et normalt liv igen, samtidig med at forældrenes stressniveau aftager. I familiesessionerne oplever barnet og forældrene ofte for første gang en behagelig og fornøjelig tid sammen siden at indlæggelsesproceduren satte ind. Den

fornøjelige stemning som opstår i sessionen hjælper forældrene til at genvinde ressourcer hvilket letter forældrenes anspændthed. Der kan potentielt set opbygges en positiv relation mellem terapeuten og forældrene hvilket kan medføre, at mestring af situationen bliver mere håndgribelig og acceptabel for forældrene. Barnet kan i kraft heraf blive beroliget ved at observere forældrene i en mindre presset og anspændt tilstand.

### 9.3 Contextual Support Model of Music Therapy

Amerikanske Sheri Robb er ph.d.-uddannet i musikterapi og har bidraget med væsentlig viden via en række forskningsprojekter, som har dokumenteret musikterapiens indflydelse på bl.a. angst og copingrelateret adfærd hos pædiatriske patienter indenfor en medicinsk kontekst.

Robb (2003) har bl.a. med udgangspunkt i Skinner og Wellborn samt Piaget og Erikson udviklet sin musikterapeutiske model "Contextual Support Model of Music Therapy". Overordnet set klarlægger modellen hvorledes musikterapeutisk behandling kan anvendes som facilitator for at skabe et støttende miljø og fremme barnets aktive mestringsstrategier (Robb 2003). Robb fremhæver i særdeleshed hvorledes musikterapi kan skabe struktur i hospitalsmiljøet og derved fremme barnets engagement og selvstændighed. Modellen kan i klinisk praksis anvendes som et vejledende redskab i udviklingen af musikterapeutiske interventioner. Ifølge Neugebauer & Neugebauer (2003) kan modellen anvendes til at hjælpe børn indenfor den medicinske setting, mhp. at mestre traumatiske oplevelser og ift. at forebygge psykosociale problematikker.

Robbs anvendelse af Ellen Skinner og James Wellborns model "Motivational Theory of Coping" er særlig interessant da hun sammenfatter modellen med de omstændigheder, som hospitalsmiljøet kan være præget af. Modellen fremhæver to hovedsagelige faktorer som værende afgørende for menneskets stressoplevelse:

- 1) Forekomst eller mangel på miljømæssig eller kontekstuel støtte
- 2) Psykologiske ressourcer hos individet, eller indre psykiske systemer (self-system processes)

#### 9.3.1 Det støttende/truende miljø

Skinner og Wellborn beskriver at miljøet indenfor en given kontekst enten kan virke støttende eller truende på menneskets behov for kompetenceudvikling, selvstændighed og tilknytning. For at et givet miljø har en støttende funktion, må omgivelserne være præget af en vis struktur, kunne støtte individets selvstændighed og fordr engagement. Modsat betragter Skinner og Wellborn at kaos, tvangshandling og svigt udgør almene stressfaktorer som karakteriserer et stressende miljø (Robb 2003).



### 9.3.2 Struktur

Et af elementerne indenfor *det støttende miljø* er relateret til *struktur*, dvs. at der indenfor miljøet kommunikeres og er overensstemmelse mellem forventninger og konsekvenser, er plads til passende udfordringer, og at der bliver responderet positivt på individets kompetencer.

Hospitalsindlæggelse kan for barnet virke kaotisk pga. ukendte rammer, uforudsigelige medicinske procedurer og som følge af at barnet ofte må forholde sig passivt uden fornemmelse af aktivt at kunne handle. De skemalagte procedurer er med jævne mellemrum forsinkede og kan medføre lang ventetid. Dette forstærker den manglende følelse af struktur og forlænger en potentielt angstpræget tilstand, hvis barnet er bange, for det ukendte der venter. Indlæggelsen kan på disse måder udfordre barnets kontrol-/kompetencefornemmelse. Mangel på kontrol er en typisk kilde til oplevelsen af stress og kan medføre følelsen af hjælpeløshed og håbløshed. Robb mener i denne forbindelse at det kan være hensigtsmæssigt at facilitere en struktur, for at mindske den effekt som et kaotisk miljø kan medføre (Ibid.).

#### 9.3.2.1 Musik og struktur

Musikterapiinterventioner kan skabe en forandring i hospitalsrummet ved at facilitere interaktioner i den sociale kontekst. I takt med at de aktive deltagere frit kan respondere på hinandens udtryk, skabes et positivt emotionelt miljø for barnet og dets familie. Struktur er et vigtigt støttende element hvis formål er at mindske stress forårsaget af kaotiske omgivelser. Musik har en naturlig struktur og orden hvilket ifølge Robb er et af de mest værdifulde faktorer i det terapeutiske redskab. I et kaotisk miljø kan en allerede kendt sang i form af dens rytmer, melodi og harmoni skabe en forudsigelig struktur, hvori patienten kan få et fast holdepunkt, som en tryk ø hvor ingen kan forstyrre. Aktiv musikterapi kan indeholde et sæt aktiviteter som barnet frit kan vælge rækkefølgen for, hvilket udover musikken i sig selv skaber forudsigelighed og kontrolfornemmelse.

### 9.3.3 Selvstændighed

En anden forudsætning for et støttende miljø vedrører *selvstændighed*. Selvstændighed indebærer en ramme hvori barnet frit kan udtrykke sig og mestre elementer i sine omgivelser. På hospitalsmiljøer er en fastlagt og relativt tvunget dagsorden gældende. Barnet har i dette miljø ofte meget lidt kontrol og kun få valgmuligheder. Når børns muligheder for aktivt at interagere med deres omgivelser er begrænsede og når de ikke kan vælge til eller fra, kan deres udvikling af autonomifornemmelse og selvværd forekomme passiv. Adfærdsmæssige reaktioner på mistet selvstændighed inkluderer ifølge Robb kedsommelighed, depression, regression, afhængighed og trodsighed.

### 9.3.3.1 Musik og selvstændighed

Ifølge Robb er det muligt at støtte op om barnets selvstændighedsfølelse ved at vække barnets naturlige motivation, evne til selvregulering og til at knytte forbindelser mellem værdier, mål og handling.

I musikterapi kan barnet på selvstændig vis tage beslutninger vedrørende hvilken musik der skal lyttes til, om den skal spilles med instrumenter og hvilke instrumenter/materialer der evt. skal tages i brug. Robb beskriver at musikkens fleksibilitet endvidere giver mulighed for at barnet kreativt kan udfolde sig via improvisation eller i form af sangskrivning. Derved kan musikkens parametre, tempo, dynamik og rytme, og en teksts indhold bestemmes af barnet og på den måde blive formet unikt.

### 9.3.4 Engagement

*Engagement*, det tredje vigtige element som forudsætter et støttende miljø, omfatter at barnet har mulighed for at dyrke interesser og opleve fornøjelse indenfor sine omgivelser. Ligeledes pointeres det som en afgørende faktor at barnet bliver behandlet med accept og omsorg af nære relationer. Små børn er afhængige af deres omsorgsgivere for at blive støttet emotionelt og for at få tilgodeset behov og interesser. I forbindelse med hospitalsindlæggelse kan nogle forældre ifølge Robb blive ramt af stress i en sådan grad at de ikke formår at varetage barnets behov, hvor barnet risikerer at føle sig isoleret og svigtet. Den emotionelle støtte som barnet har brug for kan i nogle tilfælde tilgodeses af sundhedsfagligt personale, men vil dog være af et begrænset omfang, hvis personalet har travlt. Musikterapeuten kan identificere og afklare misforståelser hos barnet i førskolealderen hvilket under hensyn til barnets udvikling med fordel kan gøres i form af korte, konkrete forklaringer ledsaget af visuelle redskaber og praktiske øvelser (Robb 1999).

#### 9.3.4.1 Musik og engagement

Musik og engagement opfatter Robb som muligheden for at varetage barnets interesser, at barnet føler sig accepteret, kan udtrykke glæde og fornøjelse samt at barnets følelse af tryghed og selvværd styrkes.

Musikterapeutens rolle er at imødekomme barnets emotionelle behov, rumme barnets følelser og hjælpe med at udvikle mestringsstrategier under svære perioder. Musikalske samspil involverer flere personer og kan skabe en støttende, tryk og velkendt ramme for barnet, f.eks. når barnet kender sangene/musiklegene hjemmefra. Musikalske interaktioner kan skabe en ramme hvori barnet, familiemedlemmer, medicinsk personale og terapeut kan deltage. Heri faciliteres turtagning, udtryk for følelser og samarbejdende interaktioner som alle er forskellige former for aktiv deltagelse hvilket støtter og fremmer motivation og engagement. Opfattelsen/sansningen af musikalske elementer og associationer som herved skabes, kan inducere arousal og affektive former for respons.

## 9.4 Musikterapistrategier, baseret på førskolebarnets mestring samt kognitive og psykosociale udviklingsniveau

Robb (2003) illustrerer i sin artikel nogle musikterapeutiske interventioner som hun har fundet egnet ift. forskellige aldersgrupper. Nedenstående figur er valgt ud af hendes artikel for at belyse egnede musikterapistrategier med førskolebørn i lyset af udviklingsniveau og de mestringsstrategier som de ofte benytter.

<p><b>Piagets kognitive udviklingsteori</b></p> <p>Præoperationelle stadie 2-7 år</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gryende sprogudvikling og evne til at tænke i symbolsk form</li> <li>• Evne til at tænke via envejslogik</li> <li>• Begrænset evne til at se synsvinkler ud fra andres perspektiv</li> </ul>	<p><b>Eriksons psykosociale udviklingsteori</b></p> <p>Initiativ/skyld, 2-6 år</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eftertragter aktiviteter baseret på egne interesser. Lærer at acceptere at bestemte handlinger ikke er tilladte, uden at føle skyld. Forestillingslege, udforsker voksenroller via leg.</li> </ul>
<p><b>Mestringsstrategier</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gryende sprogfærdigheder, men aspekter af logik og perspektiv forårsager ofte misforståelser vedr. sygdom/behandling</li> <li>• Søger interpersonel støtte fra familie eller medicinsk personale som barnet har tillid til</li> <li>• Adfærdsmæssige mestringsstrategier: Afledning, adfærdsregulering, undgåelse, selvudslettende adfærd og udtryk for følelsesmæssige signaler</li> <li>• Søger information vha. aktiv observation af miljøet</li> </ul>	<p><b>Musikterapeutiske strategier for førskolebørn</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anvende musik som er aldersrelevant og kendt af barnet</li> <li>• Give barnet en aktiv rolle under interventionen</li> <li>• Give barnet mulighed for at øve og udvikle færdigheder</li> <li>• Facilitere valgmuligheder og kontrol</li> <li>• Facilitere succesoplevelser ift. mestring og dagligdagsbaserede færdigheder, fremme selvtillid og selvværd</li> <li>• Fremme selvstændighedsfølelse</li> </ul>

Figur 5: Udviklingsniveau, mestring og musikterapeutiske strategier, førskolebørn (Robb 2003, s.33) (min oversættelse)

Robbs teorier vil blive inkluderet i undersøgelsen af mestring i det musikterapeutiske forløb med Elliot og hans familie, jf. afsnit 13.1.

## 10 Teoretisk fundament for anvendte musikterapiinterventioner med Elliot og hans familie

I dette afsnit belyses de overordnede metoder som blev anvendt i musikterapiforløbet med Elliot og hans familie. Interventionsbeskrivelserne henviser til musikterapeutisk praksis, udført af erfarne musikterapeuter som arbejder indenfor hospitalspædiatri.

### 10.1 Musik og legeterapi

En af de overordnede strategier som blev anvendt i terapiforløbet med Elliot og hans familie relaterer til den metode, som af Bruscia (1998) betegnes "Music and Play Therapy". Min oversættelse af Bruscias definition beskriver i nedenstående citat hvad "Music and Play Therapy" indebærer:

...når terapeuten anvender musik, spil, spontan leg, og kunst som en del af en systematisk proces, med henblik på at hjælpe et barn eller en gruppe børn til at udforske og arbejde med terapeutiske problemstillinger. Målet i Musik og Legeterapi varierer afhængigt af miljøet/settingen. Når det bruges i en medicinsk setting, er fokus ofte at hjælpe barnet til at forstå og cope med hans/hendes sygdom, hospitalsindlæggelse eller behandling... Legeterapi kan inkludere forskellige traditionelle lege (f.eks. tittebøh) såvel som spil og aktiviteter specielt udviklet af barnet og terapeuten. Det kan også omfatte leg med legetøj, genstande, bamser, historiefortælling, kunst, bevægelse, drama, at skrive ord ned, eller visualiseringslege (Bruscia 1998:227).

### 10.2 Sangskrivning

Sangskrivning som intervention er hyppigt anvendt af musikterapeuter verden over. Trygve Aasgaard, norsk musikterapeut, udarbejdede i 2002 en ph.d.-afhandling om hvordan sangskrivning kan fremme forskellige sundhedsmæssige aspekter i pædiatriske kræftpatienters liv. Ifølge Aasgaard kan komponering og musikalsk udøvelse bidrage til at øge barnets livskvalitet og velvære, selv når barnets liv er alvorligt truet.

Song 'creations' consist of several activities that are often both enjoyable and deeply meaningful to the individual. It is one way of temporarily expanding the role repertoire of a child who seems to be 'stuck' in his or her role as a patient (one who is patiently suffering) (Aasgaard 2005:155).

Aasgaard har observeret at børn som hyppigt indlægges i løbet af flere år, eller er i isolation i flere måneder, kan have vanskeligt ved at undgå at deres selvopfattelse til en vis grad præges af rollen som patient. Sangskrivning, som et procesorienteret projekt med vægt på proces frem for resultat, kan med musikterapeutens hjælp fremme barnets motivation til at være aktiv deltager, selv når barnet befinder sig i et hospitalsmiljø, hvor mulighederne for kreativitet og kompetenceudvikling er begrænsede. Musikaktiviteter såsom sangskrivning faciliterer automatisk sociale interaktioner og fremmer fornemmelsen af en "normal" ramme. Følelsen af normalitet er ifølge Aasgaard ikke altid nem at finde indenfor et højteknologisk hospitalsmiljø, hvorfor det i høj grad kan give mening for det individuelle barn at

kunne udtrykke sig via sange, at arbejde sig frem efter egne målsætninger, i takt med at kunne mærke glæden som musik og tekstskrivning potentielt set kan skabe (Aasgaard 2005).

### 10.3 Musikrejser

Min praktiske tilgang i anvendelsen af musikrejser til mindre børn er inspireret af bogen *"Receptive Methods in Music Therapy - Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students"*, s. 61-72. Receptive metoder indebærer i denne sammenhæng lytning til velkendte sange, guidet afspænding og udvalgte visualiseringsøvelser, og kan for hospitalsindlagte børn give redskaber til at tilgodese følgende terapeutiske mål:

- At mindske smerte
- At håndtere frygt og angst
- At reducere ubehag og stress før operationer
- At regulere vejtrækning
- At skabe en ramme hvori barnet mentalt kan fantasere sig væk
- At skabe muligheder for kreativ tænkning og visualisering
- At skabe positive oplevelser indenfor et stressende hospitalsmiljø

(Grocke & Wigram 2007)

Kilden som herover omtales giver endvidere vejledning i hvorledes terapeuten med sin egen stemme og vejtrækning kan støtte barnet i at mindske spændinger og nervøsitet. Musikkens stil og genre bør være nøje afstemt med barnets alder og præferencer, og ligeledes må terapeuten tage stilling til, hvorvidt musikken bør være kendt af barnet.

Kendte sange kan virke dragende på barnets opmærksomhed og være et velegnet redskab mhp. at aflede barnet fra en potentielt angstprovokerende procedure. Børn ned til tre år kan ifølge Grocke & Wigram deltage i korte musikrejser. Musikrejser kan eksempelvis anvendes til at facilitere visualisering, kreativitet og til at skabe en magisk verden for barnet.

### 10.4 Kropsbevidsthed - Interventioner ved traumer

Musikterapeuten og psykologen Mette Kleive (2009) beskriver i en artikel hvordan stemme- og bevægelsesleg kan skabe sammenhæng og mening hos det traumatiserede barn (Kleive 2009). Idet hun retter fokus på Shores (2001) forskning, bemærker hun, hvordan traumer kan forårsage ændrede tilstande i det limbiske system og forandring i kommunikationen mellem dele af det limbiske system og

højre frontallap. Det limbiske system har særlig betydning for regulering af affekter, og ifølge Shore forårsager ændringer i dette system svækket evne til affektregulering (Shore 2001 i Kleive 2009).

Shore angiver at denne manglende egenskab kan forbedres vha. tilpassede interventioner. Vekslede brug af højre og venstre side i rytmiske aktiviteter, anvendelse af sproglige metaforer som affektivt stimulerer barnet, samt varierende taktil berøring er alle meget vigtige redskaber i forhold til at fremme udvikling i hippocampusområdet – det område hvor der tydeligt ses organiske forandringer ved langvarig traumatisering, og som er afgørende for hukommelses- og koncentrationsegenskaber. Interventionerne bør forstærke op- og nedadgående neurale netværk hvilket sikrer en vertikal og horisontal kommunikation i hjernen og en udveksling af informationer mellem højre og venstre hjernehalvdel. Ligeså bør alle sanser tages i brug, hvilket samlet set danner grundlag for ny erfaringsbaseret læring og begrebsdannelse. Således støttes kombinationen af sensomotorik, affekter og kognition.

Levine og Klines teori vægter at traumatiserede børn trænes i at genkende sensomotoriske fornemmelser og reaktioner i kroppen (Levine og Kline:185). De mener at musik blandt flere interventionsformer er velegnede netop til dette formål. Musikkens tempo og rytmer kan stimulere og vække barnets energiniveau hvorefter tempoet kan sænkes og facilitere en rolig tilstand. Over tid træner dette barnets nervesystem i at deaktivere og selvregulere (Kleive 2009).

## 11 Opsummering og refleksion vedrørende musikterapiens relevans

Jeg er hermed nået til en delbesvarelse af PF1:

### **Hvilken relevans har musikterapi for udvikling af mestringsstrategier hos børn i førskolealderen med PMTS?**

Følgende besvarelse er udformet på baggrund af det teoretiske materiale fra kapitel 9 og 10. Et skridt videre bliver at supplere besvarelsen med mine kliniske indtryk fra musikterapiforløbet med Elliot (dette fremgår senere i del IV og V).

Jeg har i de seneste afsnit belyst at musikterapi anvendes med pædiatriske patienter (indenfor flere medicinske specialer), som i en eller anden grad er i risikozonen for at udvikle PMTS eller allerede kan siges at være karakteriseret af PMTS' kriterier. Første del af afsnittet henviser til forskning, publiceret indenfor de seneste 15 år, som på enten kvalitativ eller kvantitativ metodisk vis (eller via mixed-method) dokumenterer, at musikterapi kan mindske angstniveauet hos pædiatriske patienter (jf. bilag 4 og 5). Jeg har tidligere i

specialets teori afsnit fundet at angst udgør en væsentlig disponerende faktor for udvikling af PMTS, hvorfor jeg finder det relevant at forebygge forekomsten af angsttilfælde så vidt muligt. Af litteraturen fremgår det at musikterapeuten kan bidrage til at regulere angst hos barnet som følge af terapeutiske faktorer, såsom regulering af fysiologiske parametre, facilitering af et støttende miljø, facilitering af engagement og varetagelse af psykosociale behov.

Selve mestringsstrategien kan siges at være gældende hvis barnet kan støttes til eller endda tillære sig at regulere indre forhold for at håndtere den stressende situation (såsom en angstprovokerende medicinsk procedure). Jeg vil antage at førskolebørn med PMTS som hovedregel har brug for en støtteperson (i dette tilfælde musikterapeuten) ift. at mestre en given stressor.

Ifølge McDonell har børn med traumer ofte basale behov for at blive holdt/rummet hvilket hun fremhæver, at musikterapeuten på kompenserende vis kan tilgodese ved at anvende instrumentel/vokal lyd, rytme og elementer fra velkendte sange. På sådan vis kan barnet genfinde følelsen af tryghed og sikkerhed. Ligeså pointerer hun musikterapiens bidrag ift. at styrke barnets indre fornemmelse af styrke og kontrol samt kropsfornemmelse og selvverd, som modvægt til de traumatiske symptomer som hjælpeløshed og regressiv adfærd.

Ydermere har jeg gennemgået dele af Robbs model "Contextual Support Model of Music Therapy". Jeg anser hendes model som et egnet redskab i forbindelse med udvikling af musikterapeutiske interventioner for hospitalsindlagte børn, idet den beror på hendes mangeårige erfaring indenfor dette virkefelt. Den er sammenhængende idet den inddrager den kontekst, som hospitalsmiljøet indebærer og ligeledes tager udviklingspsykologiske samt mestringssteoretiske teorier i betragtning. Robb fremhæver i særdeleshed hvorledes musikterapi via musikken og vha. relationen mellem barnet og terapeuten kan skabe en struktur i hospitalsmiljøet, hvormed barnets engagement og selvstændighed øges. I hendes model er jeg dog ikke faldet over hvordan hun anskuer traumatiske symptomer, såsom hyperårvågenhed, genoplevelse og undgåelse (symptomer i PMTS og PTSD) indenfor en musikterapeutisk kontekst. Neugebauer og Neugebauer (2003) beskriver at modellen er relevant mhp. behandling af traumeramte pædiatriske patienter, men de beskriver ikke hvordan. Dette vil jeg inddrage og diskutere i afsnit 15, 15.1 og 15.2.

Afslutningsvist har jeg i afsnit 10 orienteret læseren om det teoretiske fundament som underbygger de anvendte interventioner i musikterapiforløbet med Elliot og hans familie. Heraf indgik musik og legeterapi, sangskrivning, musikrejser og kropslige interventioner. Disse interventionsbeskrivelser trækkes ind i min analyse, jf. 13.1 hvori jeg forholder mig til interventionernes indflydelse på Elliots mestringsproces.

## DEL III EMPIRI

### 12 Terapeutisk proces med Elliot og hans familie

I del III vil det musikterapeutiske forløb med Elliot, Emil og deres forældre blive gennemgået. Første afsnit redegør for det indledende behandlingsgrundlag hvorefter læseren introduceres for analysemetoden og de analysetrin, som den samlede analyse består af.

#### 12.1 Indledende mål- og interventionsforslag

Som anført i anamnesebeskrivelsen i afsnit 3.3 blev Elliot som 2,5 årig udsat for en særligt chokerende hændelse før en operation, hvor en fejl i proceduren forårsagede, at han ikke kunne trække luft ind gennem narkosemasken. Flere operationer var nødvendige for at vedligeholde drænet i Elliots hoved hvilket tilsyneladende har medført retraumatiserende oplevelser for ham. Elliot viste sig senere at udvikle posttraumatisk lignende stresssymptomer, og hans bror havde ifølge lægens og morens udsagn ligeledes vist adfærdsmæssige forandringer som følge af Elliots behandlingsproces.

I samarbejde med moren planlagde jeg at brødrene skulle deltage i et musikterapeutisk forløb sammen med hende og faren. Dette valg beroede på en vurdering af at brødrene, som følge af deres alder og udviklingsniveau, ville profitere af den tryghed, som forældrene kunne give dem - særligt i begyndelsen hvor jeg og rummet, hvor terapien skulle foregå, var helt fremmed for dem. Ved terapiens start var Elliot fyldt fire år mens Emil var seks år gammel. I forbindelse med den indledende samtale med moren noterede jeg hvilke superhelte, bamser og andre interesser drengene var grebet af.

I det terapeutiske forløb med Elliot og hans familie var min vurdering at musikterapien potentielt set kunne være anvendelig som facilitator ift.

- 1) opbygning af tillid og relation, mig og dem imellem, hvilket ønskværdigt kunne skabe større tillid til hospitalsmiljøet
- 2) at fremme Elliots og Emils ressourcer, at de så vidt muligt oplever succesoplevelser sammen på sygehuset og oplever fornøjelige stunder i familien
- 3) at styrke brødrenes samhørighedsfølelse
- 4) at udvikle Elliots mestringsstrategier ved at fremme engagement via sociale interaktioner samt styrke hans selvstændigheds- og kontrolfølelse.

1) *Tillid til hospitalsmiljøet*: Et overordnet og afgørende mål var at skabe relationsdannelse, mig og familien imellem, bl.a. for at styrke tillid til mig som terapeut og derigennem til hospitalsmiljøet. Idet jeg på



Børneafdelingen bar hvid uniform og derved lignede det sundhedsfaglige personale, var jeg forberedt på, at det måske ville tage lidt længere tid for drengene at blive trygge ved mig, sammenlignet med hvis jeg bar almindeligt hverdagstøj. Hvis det alligevel blev muligt at skabe tillid hos dem, havde jeg en hypotese om at der muligvis ville forekomme en transfererende effekt, således at tilliden til det øvrige sundhedspersonale/hospitalsmiljøet til en vis grad også ville blive øget.

2) Jeg fandt en *ressourceorienteret tilgang* hensigtsmæssig i og med at drengenes associationer med hospitalet sandsynligvis bar et negativt præg, bl.a. som følge af Elliots angst- og panikoplevelse og som følge af den distance der blev skabt imellem Elliot og Emil ifm. Elliots indlæggelser. I et forsøg på ligeså vel at tilegne sig positive minder og succesoplevelser på hospitalet fandt jeg at en ressourceorienteret tilgang måtte være at foretrække. Min overbevisning var at fornøjelige stunder kunne bidrage til at fremme brødrenes indre ressourcer. Jeg mente at drengene i en alder af fire og seks år sandsynligvis ikke ville profitere af en problemfokuseret tilgang i - hvert fald ikke til at begynde med.

3) At fremme brødrenes *samhørighedsfølelse* under hospitalets rammer ville ønskværdigt give Elliots sygdomsproces mindre præg af kun at vedrøre Elliot. Som nævnt i anamnesen følte Emil at Elliots indlæggelser var mystiske og udelukkede ham fra en del opmærksomhed. Ydermere kunne han ikke forstå at han alene skulle passes af bedsteforældrene. Målet i musikterapi var derfor at Elliot og Emil ville få et fælles opmærksomhedsfelt indenfor den musikterapeutiske ramme på hospitalet, hvilket forhåbentlig kunne medføre at sygdomsprocessen blev mere afmystificeret for Emil, og at han endvidere kunne opleve et samvær indenfor hospitals-settingen med Elliot og forældrene hvor han ikke følte sig udenfor.

4) *Udvikling af mestringsstrategier*: I forbindelse med de indlæggelser som er nævnt i anamnesen, oplevede Elliot flere situationer som pludselig var kaotiske, hvor hans mestringsstrategier tilsyneladende var meget begrænsede. Elliot har tilsyneladende oplevet både indre og ydre kaos i disse situationer, har haft minimeret kontrolfølelse og har trods sin flugtimpuls ikke haft mulighed for at flygte, men er med jævne mellemrum blevet holdt fast og bedøvet via narkosemasken.

For at skabe en form for modvægt til disse oplevelser fandt jeg at en hensigtsmæssig strategi måtte være at anvende nogle interventioner, hvori Elliot kunne få mulighed for at opleve en form for kontrolfølelse ved at bestemme og styre nogle konkrete øvelser under en struktureret ramme. Ønskværdigt ville dette afbalancere oplevelsen af at have været udsat for de omtalte indlæggelser og forhåbentlig bidrage til øget selvstændighedsfølelse og selvværd.

Moren angav i den indledende samtale at Elliot har en idé om, at hospitalet er et sted hvor man skal dø, i og med begge hans bedsteforældre døde på Roskilde Sygehus. Ønskværdigt kunne musikterapien nuancere

Elliot's opfattelse af sygehuset, ved at skabe en ramme hvori der kunne indgå musik, leg, kreativitet og relationsdannelse.

Jeg formulerede den hypotese at Elliot's traume til en vis grad kunne bearbejdes/lindres, hvis det var muligt at oparbejde kontrolfornemmelse og større selvværd hos ham under sygehusets rammer. Ønskværdigt kunne musikterapien således hjælpe til at udvikle mestringstrategier ift. søvnproblemerne og potentielt set give ham redskaber til at håndtere at få masken på igen.

Jeg udfærdigede inden første session et udkast til nogle relevante musikterapeutiske strategier, dels baseret på morens angivelser om brødrenes interesser, dels på baggrund af rådgivning fra min supervisor. Meningen med udkastet var at kunne tage afsæt i nogle relevante interventioner med åbenhed for at strategierne kunne ændres løbende afhængigt af drengenes behov og interesser.

## 12.2 Fysiske rammer i terapilokalet

Sessionerne med familien foregik på afsnit C30 (afsnit for korttidsindlæggelse) i en enkelt sengsstue.

I rummet stod en hospitalsseng, en grøn stol, forskellige medicinske måleinstrumenter og apparater, en tavle med papir for børn, et dukkehus, sæbebobler samt andet legetøj. Jeg medbragte til hver session følgende musikinstrumenter: Guitar, lille metallofon for børn, bongotromme for børn, regnstok, ocean-drum, ukulele og små rytmeinstrumenter i en kasse. Derudover satte jeg en computer og højttaler op til at afspille musik fra samt videokamera på et stativ til at filme hver session.

# DEL IV Analyse

## 13 Analysemetode og data

Til specialets empiriske del har jeg valgt at foretage en analyse som led i besvarelsen af tredje spørgsmål i PF:

**Hvilken indflydelse havde det musikterapeutiske forløb på Elliot's mestringstrategier i lyset af udviklingspsykologiske samt mestrings- og musikterapeutiske fund?**

Undersøgelsen af hvordan musikterapibehandlingen havde betydning for Elliot's mestringstrategier har omfattet en længerevarende proces som jeg har valgt at kalde en hermeneutisk procesanalyse (jf. afsnit 13.1).

Analysens data omfatter videooptagelser fra 3. til 10. session. 1. og 2. session er pga. tekniske komplikationer blevet slettet, men er inkluderet i analysen på grundlag af detaljerede notater, som jeg udarbejdede efter hver session. Notaterne er, udover videooptagelserne, ligeledes anvendt i min analyse af de resterende sessioner.

Jeg har i min litteratursøgning undersøgt om der findes et standardiseret analyseredskab ift. at undersøge mestringsstrategier hos børn med PMTS. Jeg fandt ikke noget redskab som rettede sig mod netop denne målgruppe og har derfor anvendt mine kliniske betragtninger og refleksioner vedrørende mestring samt Robbs (2003) model "Contextual Support Model of Music Therapy" som afsæt ift. at orientere mig i analysen.

Sheri Robb har i forskningsøjemed undersøgt hvorledes musikterapiinterventionen "Active Music Engagement" (AME) har betydning for *mestringsrelateret adfærd* hos børn med kræft i alderen 4-7 år. Hun undersøgte følgende typer adfærd: *positive ansigtsudtryk, aktivt engagement og initiativ* (Robb 2007). Disse *outcomes* kan ifølge Robb indikere vigtige mønstre i barnets mestringsproces (Skinner & Wellborn 1994 i Robb 2003). Jeg anser Robbs undersøgelse af mestringsrelateret adfærd som tæt sammenlignelig med hvordan jeg har observeret Elliot og hans familie via videooptagelserne (dvs. ift. hvilke parametre jeg kiggede efter i familiens adfærd). På trods af at jeg først fandt Robbs undersøgelse af mestringsrelateret adfærd efter udarbejdelsen af min analyse, fandt jeg at mit fokus i et relativt stort omfang var rettet på mestringsrelateret adfærd (*ansigtsudtryk, engagement og initiativ*).

### 13.1 Hermeneutisk procesanalyse

Analyseprocessen er udarbejdet ved at følge 4 trin i nedenstående rækkefølge:

#### **Trin 1) Foranalyse i skemaformat**

#### **Trin 2) Fasebeskrivelse**

#### **Trin 3) Grafisk faseillustration**

#### **Trin 4) Integration af kliniske indtryk og teoretiske fund**

Jeg vil herunder beskrive den metodiske tilgang for hvert trin.

##### **1) Foranalyse i skemaformat**

Første trin er foregået ved at jeg vha. af videoobservation og sessionsnotater har noteret forskellige processer fra terapiforløbet (session 1 til 10). Jeg har skrevet notaterne ind i et skema fordelt under en række fokuspunkter. Disse punkter består af:

- Indhold/interventioner
- Elliots mestringsproces
- Udsagn/udtryk for Elliots traume
- Elliot og Emils roller
- Forældrenes roller
- Egne refleksioner ift. om sessionen bidrog til udvikling af mestringsstrategier
- Min rolle som terapeut, verbalt og musikalsk

Jeg har observeret alle videooptagelser og har for hver session noteret mine indtryk under hvert af de fokuspunkter som er nævnt ovenfor. Som observatør af videoklippene har jeg været bevidst om at jeg deltager som terapeut i sessionerne. Jeg har bestræbt mig på at adskille objektive iagttagelser fra subjektive refleksioner. Skemaet har været et vigtigt redskab som har bidraget til at give overblik over essentielle temaer i terapiforløbet, anvendte interventioner, familiens adfærd samt egne refleksioner og proces. På bilag 7 vises trin 1: foranalyse i skemaformat.

## **2) Fasebeskrivelse**

Trin to omfatter en fasebeskrivelse som er udformet ved, at skemaets indhold er blevet opsummeret, hvormed der har tegnet sig nogle mønstre af bestemte terapeutiske kernetemaer i forløbet. Endvidere beskrives forskellige faktorer som jeg har fundet essentielle for Elliots mestring. Fasebeskrivelsen bærer utvivlsomt præg af en vis fortolkning da den er udarbejdet på baggrund af egne refleksioner vedrørende de terapeutiske temaer, gruppedeltagernes adfærd, relationer og Elliots mestring.

Der indgår i fasebeskrivelsen enkelte udvalgte vignetter, "eksemplificerede øjeblikke", som jeg finder betydningsfulde som dokumentation for at Elliots mestringsstrategier kunne støttes/udvikles.

## **3) Grafisk faseillustration**

Vha. skemaformatet har jeg kunnet skitsere sessionerne grafisk (jf. figur 6 og 7). I skitseringerne får læseren overblik af

- Antal sessioner
- Møder med forældre
- Interventionernes varighed
- Temaer for hver fase i punktform
- Styreform
- Udvikling af tillid og relation, engagement og selvstændighed

Jeg henviser løbende til disse grafiske illustrationer.

#### 4) Integration af kliniske indtryk og teoretiske fund

Analysen i fjerde trin er udarbejdet i form af en integrering af de kliniske indtryk fra fasebeskrivelsen og det teoretiske materiale fra teorikapitlet.

I min teoretiske gennemgang fandt jeg forskellige faktorer som jeg anser for at have en væsentlig betydning for førskolebørns mestringsstrategier. Jeg fandt at disse kan relateres og sammenstilles med det kliniske forløb, hvilket således understøtter målsætningen om at støtte og fremme Elliots mestringsproces. Jeg vælger at betegne dette som terapeutiske faktorer hvilket er illustreret i Tabel 1.

**Tabel 1: Terapeutiske faktorer som kan have haft betydning for Elliots mestringsstrategier**

<b>Terapeutiske faktorer, udledt af teoretiske fund</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Struktur (Robb 2003)</li><li>• Den enkelte interventions betydning<ul style="list-style-type: none"><li>- sangskrivning (Aasgaard 2002, 2005)</li><li>- korte musikrejser (Grocke &amp; Wigram 2007)</li><li>- musik, leg og fysisk udfoldelse (Bruscia 1998, Kleive 2009, Levine &amp; Kline 2012)</li></ul></li><li>• Musikkens betydning (Robb 2003; McDonell 1984)</li><li>• Omsorgsgivers betydning (Levine &amp; Kline 2012; Robb 2003)</li><li>• Min relation til Elliot (Robb 2003; McDonell 1984)</li></ul>

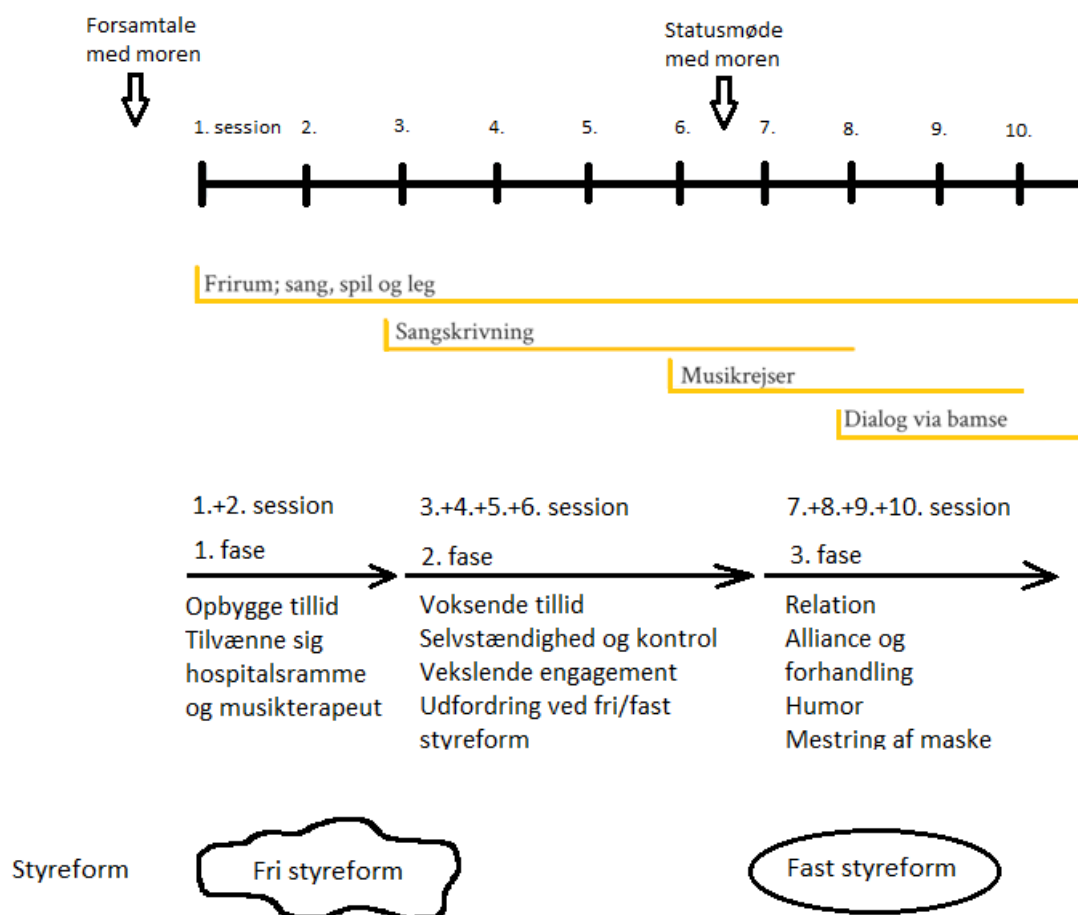
Disse terapeutiske faktorer har jeg fundet relevante at inddrage i analysetrin 4, da de på baggrund af det teoretiske grundlag potentielt set kan have været befordrende for at Elliot fik muligheden for at opleve: en form for struktur, tillid, engagement samt en følelse af kontrol og selvstændighed, dvs. de outcomes som Robb fremhæver som konstruktive mestringsstrategier hos hospitalsindlagte børn. De terapeutiske faktorer fremgår i afsnittene under fasebeskrivelsen som er kaldet: "Teoretisk indfaldsvinkel". Perspektivet er således omfattet af flere vidensplaner; et klinisk og et teoretisk.

Overordnet set kan denne metode kaldes en vertikal analyse idet den sammenholder interaktioner på tværs af materiale indenfor en proces over tid med henblik på at afdække gennemgående

mønstre/udvikling (Holck 2002:269). Inden fasebeskrivelsen (analysetrin 2) gennemgås, præsenteres først et overblik af sessionerne (analysetrin 3).

### 13.1.2 Grafisk illustration af faser, interventioner og styreform

I nedenstående figur fremgår et kronologisk overblik af sessionerne, herunder interventioner, terapeutiske faser og møder som fandt sted.



Figur 6: Grafisk faseillustration af det musikterapeutiske forløb

Af figur 6 fremgår det hvornår og hvor længe de forskellige interventioner fandt sted i forløbet. De gule linjer indikerer hvornår interventionen blev sat i gang og viser ligeledes, hvornår de blev afsluttet. Under hele forløbet fra første til sidste session blev der vekslet mellem aktiviteter med plads til spontanitet og leg og aktiviteter som havde mere faste strukturer og forudbestemt indhold. Den gule linje som af figuren er benævnt "frirum; sang, spil og leg" indbefatter de aktiviteter som indebar plads til spontanitet, leg og frie indfald. Som det ses var denne intervention gennemgående under hele forløbet. I tillæg til "frirummet", introducerede jeg familien for mere strukturerede aktiviteter såsom sangskrivning, musikrejser og

legeterapi (dialog med bamse) som kan siges at være mere retningsbestemte og procesorienterede interventioner.

Som illustreret i figuren fremgår der under hver fase nogle overskrifter som giver indblik i hovedtemaerne. Disse temaer uddybes nærmere i gennemgangen af de terapeutiske faser (jf. 13.2).

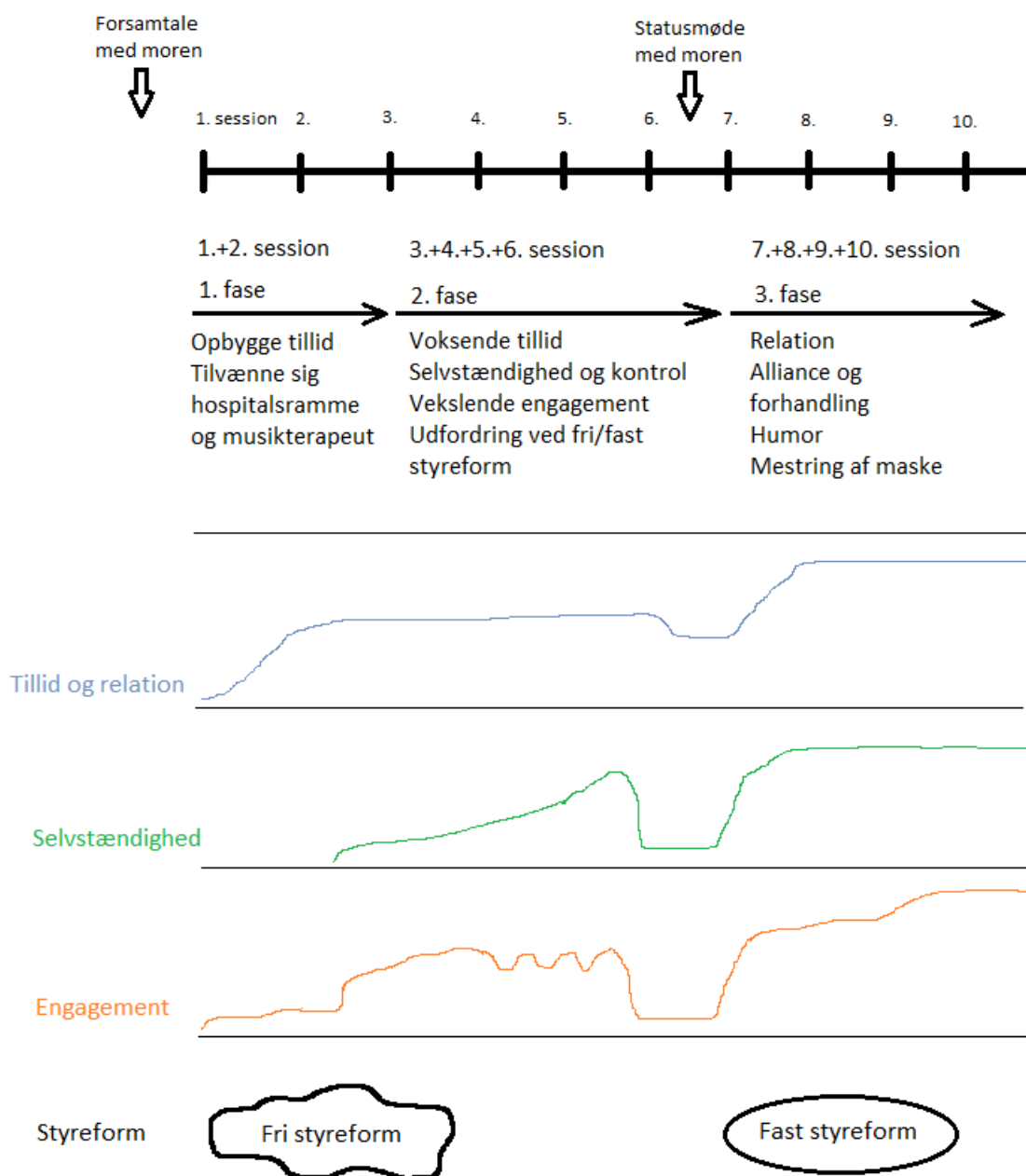
På baggrund af mine iagttagelser af Elliots adfærd i terapiforløbet har jeg grafisk skitseret min oplevelse af:

- 1) *Elliots tillid og relation til mig og hospitalstuen*
- 2) *Observeret selvstændighed hos Elliot*
- 3) *Observeret engagement hos Elliot*

Jeg har fundet disse faktorer relevante at skitsere mhp. at kortlægge Elliots adfærd i og med at dette kan give et billede af musikterapiens indflydelse på hans mestringsproces (Robb 2003). De illustrerede faktorer "tillid og relation", "selvstændighed" og "engagement" viser hver især hvornår der efter min vurdering har fundet en udvikling eller retning sted på et overordnet plan.

I næste afsnit henvises løbende til figur 7 for at illustrere udviklingens forløb.

Figur 7: Udvikling af tillid og relation, engagement og selvstændighed



### 13.2 Fasebeskrivelse og integration af kliniske og teoretiske fund

I følgende afsnit vil jeg sammenfatte analysetrin 2: *Fasebeskrivelse* med analysetrin 4: *Integration af kliniske indtryk og teoretiske fund*. I takt med denne samlede beskrivelse analyseres udvalgte øjeblikke i form af vignetter, som jeg ud fra teoretiske perspektiver har fundet relevante at rette fokus på.



### 13.2.1 Fase 1 (1.+2. session)

Fase 1 forløber som anført på figur 7 over 1. og 2. session. Her var strukturen i høj grad præget af en fri styreform bortset fra at sessionerne startede og sluttede med en valgfri sang. Ritualer med en start- og slutsang fortsatte vel at mærke igennem resten af sessionerne i forløbet. Med en fri styreform menes at der ikke var en fast rækkefølge for de aktiviteter jeg havde i tankerne til sessionen. Denne form valgte jeg at anvende, dels for at vise drengene at de i musikterapi kunne være med til at bestemme dagsordenen, dels fordi at jeg gerne ville give plads til leg og spontanitet og dermed indirekte give en fornemmelse af, at der her ikke var nogen skjulte dagsordener f.eks. mht. medicinske procedurer. Mit ønske var først og fremmest at opbygge en relation imellem os, og at vise dem at jeg, på trods af at bære hvid kittel, ikke skulle foretage nogen medicinsk undersøgelse eller behandling med nogen af dem.

Jeg lod i de første par sessioner drengene se mig og rummet an og gav dem mulighed for at se og afprøve instrumenterne i deres eget tempo. Jeg gennemgik ind i mellem nogle genkendelige aktiviteter med det formål gradvist at lade dem opbygge tillid til mig og rummet. I første fase oplevede jeg hvordan deres tillid til mig og det at være i rummet voksede og fornemmede hvordan en gryende relationsdannelse opstod. Dette har jeg skitseret i figur 7 (jf. *tillid og relation*).

Vi fandt nogle helt konkrete interesseområder som for dem vakte fornøjelige og trygge oplevelser.

Herunder fremgår enkelte af dem:

- kendte rim og remser
- at synge velkendte sange (f.eks. børnesange/vuggeviser)
- stopdans
- instrumentlege
- simple improvisationssange
- sæbebobelfægtning med improviseret instrumentspil til

Det blev hurtigt tydeligt hvordan fireårige Elliot i høj grad så op til sin seksårige bror Emil, og hvordan han især i starten lod sig påvirke af Emils tilstand og humør. Dermed fulgte de ad på flere måder, både når det drejede sig om hvad Emil havde lyst til, i forhold til at mene noget og ligeledes når det gjaldt om at finde sin rolle i sessionerne. I de første faser kunne de ind i mellem fremstå forholdsvist generte og tilbageholdende ligeså vel som at de ofte udviste nysgerrighed og aktiv deltagelse. Dette har jeg afspejlet i figur 7 under *engagement* som i de første faser vekslede mellem indad- og udadvendt adfærd.

### 13.2.1.1 Musikkens betydning - emotionel respons

I nedenstående vignette beskrives en personlig reaktion hos Elliot som pludselig opstod i slutningen af første session. Jeg sad sammen med hele familien på gulvet:

*I afrundingen af første session fik Elliot lov til at vælge en afslutningssang. Han fik tre valgmuligheder (Ole Lukøje, Bjørnen sover og Puff) og valgte sangen om dragen Puff. Jeg spillede på guitaren og sang. De andre deltog og sang med noget af tiden. Efter at have sunget næstsidste vers begyndte Elliot at græde og satte sig hen til sin mor. Han kom i tanke om at han savnede sin farfar og sagde: "Det var ikke meningen at farfar skulle dø". Elliots far så overrasket ud over denne reaktion. Moren trøstede og sagde at smukke sange nogle gange kan gøre at man kommer i tanke om sådan nogle ting.*

*Efter sessionens afslutning oplyste moren at farfaren for nyligt døde på Roskilde Sygehus og at det i Elliots øjne er "farfars sygehus". Farmoren døde også på et sygehus og moren fortalte at hendes formodning er at Elliot tror, at sygehuset er et sted, hvor meningen er, at man skal dø.*

Jeg antager at sangens modalitet medførte en melankolsk stemning hvilket frembragte mindet om Elliots farfar. Der er et væsentligt aspekt af denne hændelse som jeg finder relevant; det emotionelle aspekt - at Elliot allerede under første session udviste en så stærk emotionel reaktion. Hans mors udsagn vidnede om Elliots forhold til sygehuset, hvilket jeg anså som en vigtig oplysning. Reaktionen viste en personlig side af Elliot, som var trådt frem uafhængigt af Emils måde at være til stede på i rummet. Jeg ser således reaktionen som Elliots "eget" personlige udtryk.

### 13.2.1.2 Teoretisk indfaldsvinkel

Som tidligere nævnt beskrives *musik og engagement* i Robbs (2003) model som en vigtig støtte for barnets mestringsstrategier (jf. 9.3.4.1.). Bl.a. indebærer musik og engagement at musikterapeuten kan varetage barnets interesser, at barnet føler sig accepteret, kan udtrykke glæde og fornøjelse, og at terapeuten kan rumme barnets følelser. Opfattelsen/sansningen af musikalske elementer og associationer som herved skabes, kan inducere arousal og affektive former for respons.

*Da Elliot begyndte at græde, fortsatte jeg sangen for at anerkende at det ikke gjorde noget at han blev ked af det. Jeg tænkte først kort over om jeg burde afslutte sangen da han reagerede på den måde, men jeg fortsatte alligevel, da det måske ellers ville indikere at der var noget galt i at han græd. Jeg mente derfor at jeg med sangens fortsættelse kunne rumme hans emotionelle reaktion.*

I sessionen var der plads til at Elliot kunne give udtryk for sit savn. Således blev hans personlige følelsesmæssige reaktion imødekommet og der blev udvist respekt for de associationer/følelser, som opstod hos ham i kraft af musikkens virkning. McDonnell peger ligeledes på den terapeutiske forholdemåde

ift. at rumme det traumeramte barn vha. af vokal/instrumental lyd og rytme i velkendte sange. Denne forholdemåde stemmer meget vel overens med den situation som opstod da Elliot græd under sangen.

### 13.2.1.3 Omsorgsgiverens betydning

*I anden session var Elliot i første halvdel af timen meget tilbageholdende og passiv. Han sagde fra når jeg introducerede ham og Emil for en idé og ville ikke deltage. Først da Elliots mor foreslog at han måske var usikker på, hvorfor de egentlig skulle til musikterapi på sygehuset, skete der en forandring. Jeg forklarede derpå Elliot at vi bare skal lege, og at der ikke kommer til at ske andet - at det herinde (i terapirummet) er tilladt at sige vrøvlord og at synge vrøvlesange, og at man må lave fjollelyde på instrumenterne.*

### 13.2.1.4 Teoretisk indfaldsvinkel

Som det er beskrevet af Robb (1999) må musikterapeuten være forberedt på at identificere og afklare misforståelser hos barnet i førskolealderen. Dette må håndteres vha. korte og konkrete forklaringer af hensyn til barnets kognitive udviklingsniveau. Som følge af morens relation til sin søn, kunne hun let spore at der var noget som Elliot var nervøs for. Hun ydede således en støtte som hjalp mig til at opnå en større forståelse for Elliots tilbageholdenhed. På den måde fungerede hun som en samarbejdspartner hvilket medførte, at vi sammen fik beroliget Elliot, som derefter blev mere åben og deltagende i sessionen. Som Robb (2003) og Levine og Kline (2012) angiver, spiller omsorgsgiveren en afgørende rolle, når barnet er psykisk presset. I Robbs henvisning til musikterapeutiske strategier fremhæves forældrenes tilstedeværelse og deltagelse i terapien som en vigtig støttende faktor for den pædiatriske patient i førskolealderen (jf. 9.4) Jeg anser, i overensstemmelse med Robbs model, begge forældres tilstedeværelse som særdeles betydningsfuld for den terapeutiske proces hos Elliot, hvilket kom til udtryk i hans adfærd (i form af større engagement og åbenhed).

## 13.2.2 Fase 2 (3.+4.+5.+6. session)

### 13.2.2.1 Relation og tillid til terapeut

I 3. session var Emil og faren forhindret i at møde op hvorfor Elliot deltog sammen med sin mor og bedstemor. Elliot var meget glad og spændt og snakkede om nogle helt bestemte aktiviteter, som han kunne huske fra de sidste sessioner. Disse aktiviteter ville han gerne have at vi skulle i gang med.

Jeg bemærkede hvordan Elliot havde fået mere tillid til mig. I denne session fortalte han om sine vanskeligheder med at falde i søvn om natten. Ydermere fortalte han hvordan hans bamse Puff kan hjælpe ham når der er noget han ikke vil se og høre.

*Elliot forklarede mig at Puffs ører kan klappes ned og lukke for ørerne eller øjnene. Han sagde: "Så kan han ikke se det han ikke vil se, og så kan han ikke høre det han ikke vil høre på".*

*Jeg foreslog om vi kunne lege at Puff havde et horn som kunne vokse. Hvis nu der var nogen, som Elliot og Puff ikke kunne lide, så kunne man forestille sig at hornet kunne vokse to meter ud og stange dem. Det sagde han, at den ikke kan, men jeg fortsatte, og forklarede at man bare kan tænke det, selvom det i virkeligheden ikke sker. Han tænkte lidt over dette og smilte.*

### 13.2.2.2 Teoretisk indfaldsvinkel

Som beskrevet tidligere er det præoperationelle barns tænkning til en vis grad karakteriseret af det som Piaget kalder *animisme* idet barnet tillægger ting/naturfænomener bevidste hensigter og intensioner (såsom at Puff selv kan vælge hvad han vil se og høre). I arbejdet med børn i førskolealderen mener jeg at man på baggrund af deres kognitive udviklingsniveau med fordel kan samstemme med den verden, som barnet befinder sig i. Jeg anser ovenstående interaktion som en form for legeterapeutisk samspil hvor det "fælles tredje" drejer sig om hans kæledyr, dragen Puff, som i analytisk forstand kan siges at udgøre et vigtigt overgangsobjekt<sup>8</sup> for Elliot, i og med at Puff ledsager ham og beskytter ham. Jeg forsøgte i dialogen at foreslå en form for løsningsmodel (Puffs horn). Elliot som på daværende tidspunkt var fire år gammel vidste godt, at dette ikke kunne lade sig gøre i virkeligheden men lod alligevel til at tænke over idéen.

### 13.2.2.3 Interventionernes betydning

Generelt for alle sessioner bestod en særlig opgave i at skabe et rum hvori begge brødre, på trods af deres forskellige kognitive udviklingsniveauer, kunne mestre nogle opgaver og herigennem erfare nogle positive succesoplevelser. I sessionerne lykkedes det ofte at skabe nogle rammer som gav drengene mulighed for at bevæge sig mellem forskellige roller. Elliot kunne f.eks. vælge at lede en given musikaktivitet mens de andre lod sig instruere, hvorefter Emil overtog lederrollen. Nedenfor illustreres enkelte af de interventioner som var gennemgående i forløbet fra start til slut.

- Valg af start/slutsang i hver session
- Dirigent: I denne leg brugte "dirigenten" en pind til at styre orkesteret (familien sad med hver sit instrument). Når pinden blev ført op mod loftet måtte orkesteret spille hurtigt, og når pinden blev ført ned på gulvet skulle orkesteret være helt stille.
- Instrumenthilsen: Der blev sendt en instrumental hilsen rundt blandt deltagerne, en for en. Denne "hilsen" var således en lille fri improvisation til den man ønskede at sende en hilsen til.

---

<sup>8</sup> Winnicot har formuleret en teori om barnets skabelse af en mellemliggende zone (særligt i 4-12 måneders alderen), hvor fantasiens og virkelighedens verden er gældende på samme tid. I denne zone hører overgangsobjektet til - et primitivt symbol som repræsenterer moderen og barnet selv, og som understreger både adskillelse og relationen mor og barn imellem (Den store danske 2013d).

- Sæbebobbelsang: Denne leg indebærer at en sæbebobbelsang blev sunget, mens den ene af drengene pustede sæbebobler. En anden deltager fægtede boblerne væk med et sværd. Sangen handler om at drømme sig væk og at fange sæbebobler højt oppe i luften.

#### 13.2.2.4 Teoretisk indfaldsvinkel

De ovennævnte aktiviteter havde en struktureret ramme hvilket i høj grad faciliterede:

- selvstændighed: at vælge blandt en række valgmuligheder, at tage initiativ, at kunne styre aktiviteterernes retning.
- engagement hos både Elliot og Emil: aktiv deltagelse, samarbejde, positive ansigtsudtryk.

Mine observationer af deres engagement og måder at være selvstændige på har jeg ladet afspejle i figur 7 (jf. *engagement* og *selvstændighed*). Jeg iagttog at de begyndte at blive mere selvstændige i slutningen af første fase, hvilket muligvis hang sammen med, at de gradvist blev mere trygge, lærte rummet og mig at kende samt at de efterhånden blev mere vant til styreformens og de aktiviteter som vi udførte. I takt hermed anså jeg deres engagement for at være stigende op mod anden fase.

Som Robb (2003) beskriver, har musik en naturlig struktur og orden hvilket kan bidrage til at modvirke effekten af et kaotisk miljø (jf. 9.3.2.1) En allerede kendt sang kan skabe en forudsigelig struktur, et fast holdepunkt, som en tryk ø hvor ingen kan forstyrre. Forskellige aktiviteter kan, udover musikken i sig selv, skabe forudsigelighed og kontrolfølelse.

#### 13.2.2.5 Stopdans

Jeg vil herunder beskrive interventionen *stopdans*, som, udover den ovennævnte teori, kan belyses ud fra en traumeteoretisk vinkel. Stopdans var en af de aktiviteter som både Elliot og Emil ofte så meget frem til.

- Stopdans/Spejldans: Stopdans indebærer at alle deltagere på nær en person dansede frit til noget musik. Den ene person som ikke dansede, styrede musikken og havde til opgave at sætte musikken på pause en gang i mellem hvilket signalerede at de andre deltagere skulle stå helt stille. "Musikstyreren" viste deltagerne ud af legen hvis de ikke stod stille nok. I spejldans gjaldt de samme regler mht. når musikken blev sat på pause. Dog var det ikke fri dans. Det var en imitationsdans hvor en person (spejlstyreren) med sin krop viste hvordan de andre skulle bevæge sig/danse. Elliot var i starten af forløbet meget forsigtig mht. at bevæge sig, både når det gjaldt om at danse frit eller når han skulle være spejlstyrer. Ofte bevægede han blot foden op og ned. Selvom forældrene mindede ham om at han derhjemme godt kunne danse helt vildt, så ville han ikke

bevæge andet end sin fod. Først senere i forløbet blev Elliot mere fri i sine bevægelser, og brugte hele kroppen til at danse med.

#### 13.2.2.6 Teoretisk indfaldsvinkel

Levine & Kline belyser at børn med traumer ofte har svært ved at veksle mellem varierede aktivitetsniveauer fordi traumet har overvældet deres nervesystem. Forfatterne gør opmærksom på, at det er vigtigt at vække begejstring og konkurrencelyst hos barnet, da det hjælper til at vække barnets kamp/flugt-impulser. De fremhæver at der er brug for en vekslen mellem højt energiniveau og afspændte tilstande, da denne vekslen er befordrende ift. at udløse overskydende energi i kroppen. Idet børn undslipper noget eller føler styrke og kraft i kroppen "danner de nye nervebaner, som understøtter modstandskraft og evne til selvregulering" (Levine og Kline 2012:373).

I stopdans opbygges automatisk en indre energi hos barnet i kraft af de bevægelser, som kroppen udfører til dansens rytmer. Samtidig opbygges en indre spænding, da barnet ofte vil være opmærksomt på at musikken snart stopper. Pludselig stopper musikken og barnet fryser fast (tilsvarende den mekanisme som opstår når et barn overvældes og oplever en chokreaktion), men som følge af at dansen foregår indenfor en tryk, legende og fornøjelig ramme, mærker barnet sansningen af fænomenet *fastfrysning*, uden at der er fare på færde, samtidig med at barnet frit kan kæmpe sig ud af denne fastfrysning via dansen til musikken. Belyst ud fra Levine og Klines teori anskuer jeg en mulighed for, at der hos Elliot var en form for overskydende energi som blev forløst i stopdans i kraft af den vekslen, der foregik i dansen mellem en tilstand der frøs (passivitet) og en tilstand der indebar høj energi i dansen til musikken (aktivitet).

Kleive (2009) fremhæver ligeledes betydningen af at kropslig bevægelse indgår blandt interventionerne i terapeutisk arbejde med traumeramte børn. Kropslig bevægelse kan, som tidligere nævnt, relateres til Shores forskning (2001 i Kleive 2009), mhp. at fremme udvikling i hippocampusområdet; det område som er i risiko for at blive skadet i forbindelse med traumer.

Jeg anskuer Kleive og Levine og Klines teori som relevant baggrundsviden i denne forbindelse. Taget Elliots begrænsede fysiske aktivitet i starten af sessionerne i betragtning kunne en hypotese være, at der i Elliot var en form for fastlåst energi. Måske denne energi var relateret til hans traume, idet han blev stimuleret af indtryk i hospitalsrummet, som kunne vække erindringer om masken? Efterhånden blev han som nævnt mere fri i sine bevægelser. Denne udvikling kan sandsynligvis have været relateret til helt normal generthed i starten, som pga. øget tryk og tillid blev løst op. Jeg finder dog iagttagelsen af Kleives samt Levine & Klines teorier interessant i relation til Elliots traumatiske oplevelse.

### 13.2.2.7 Sangskrivning

I slutningen af 1. fase introducerede jeg Elliot og Emil for et sangskrivningsprojekt, som vi, udover de andre aktiviteter, arbejdede på i løbet af 3.-8. session. Formålet med denne sang var orienteret omkring processen - at fremme deres ressourcer, samtidig med at arbejdet ville resultere i et færdigt produkt som potentielt set kunne være genstand for et fælles opmærksomhedsfelt og som en støtte i forbindelse med medicinske procedurer fremover.

Tekstskrivningen var baseret på familiens og mine idéer og tanker. Deres indfald blev anvendt i versene, mens jeg bidrog til at lave omkvædet og et enkelt vers. Jeg skrev musikken til sangen før vi begyndte at skrive teksten.

Drengene besvarede mine spørgsmål vedrørende deres interesseområder, f.eks. hvad de godt kan lide at lave/lege i børnehaven/skolen og om de havde nogen yndlingssuperhelte. Processen resulterede i en færdig sang (kaldet "brorsang"), som blev brændt ned på en cd med et billede af Emil og Elliot iklædt Spiderman-tøj. Sangen fremgår på bilag 8. Sangens vers handlede bl.a. om drengenes yndlingssuperhelte, om at være brødre, og om hvordan man kan tænke på hinanden hvis den ene ikke er til stede.

Sangskrivningen vakte i høj grad deres interesse, hvilket jeg iagttog i form af et stadigt stigende engagement hos dem begge.

*I femte session optog vi "brorsangen". Elliot var forinden meget optaget af selv at ville bestemme, hvad han ville være med til, og ofte ville han gerne have at tingene skulle foregå på en anden måde, end hans bror Emil kunne tænke sig.*

*Idet vi skulle til at synge brorsangen sad vi på gulvet i en rundkreds med diktafonen imellem os. Jeg tændte for diktafonen, og både Elliot, Emil og deres mor sang med. Elliot bukkede sig ned over diktafonen, sang højlydt og vuggede i takt til ordene som han sang. Han smilte i det øjeblik vi havde sunget færdigt og ville gerne høre det vi havde indspillet.*

*Elliot og Emil virkede generelt til at være meget stolte over sangen og sang flere gange aktivt med når vi gennemgik den. Ifølge forældrene sang Elliot med jævne mellemrum brorsangen i bilen når de var ude at køre.*

Idéen bag sangen som færdigt produkt var, at drengene evt. kunne have sangen hos sig hver især som minde om, at den anden stadig kan være i tankerne, når Elliot skulle opereres igen.

### 13.2.2.8 Teoretisk indfaldsvinkel

Aasgaard fremhæver at sangskrivning kan fremme barnets velvære og livskvalitet, selv når barnet er alvorligt truet af sygdom. Han pointerer at barnet efter længerevarende tids sygdom kan risikere at indtage rollen som "den syge patient", hvilket sangskrivning ifølge Aasgaard kan være med til at modvirke. Som han

beskriver, fremmer sangskrivning barnets normalitetsfølelse, faciliterer social interaktionsdannelse og i takt med tekst- og musikudførelsen skabes glædelige stunder (Aasgaard 2005). Disse ord finder jeg særligt meningsgivende og passende på sangskrivningsprocessen med Elliot og Emil.

Fra Elliot var 2 år gammel og til han var 4 år havde han hele 16 gange oplevet at blive lagt i narkose i forbindelse med scanninger eller operationer, og var herudover med til en del lægesamtaler og undersøgelser. Disse medicinske situationer har med stor sandsynlighed haft indflydelse på Elliots liv og kommer muligvis til at præge hans identitet fremover. Jeg anser, på baggrund af Aasgaards forskning og mine egne kliniske iagttagelser, sangskrivning som en særligt egnet intervention og mener, at processen skabte en struktur som styrkede Elliot og Emils ressourcer og havde en positiv indflydelse på deres identitetsfølelse.

#### 13.2.2.9 Relation og tillid - tryghed og modstand

Jeg oplevede at drengene blev mere trygge, efterhånden som forløbet skred frem. Ligeledes fornemmede jeg at deres tryghedsfølelse gav dem mere lyst til at bestemme, hvordan aktiviteterne skulle forløbe. Trangen til at bestemme resulterede af og til i nogle konflikter brødrene imellem og medførte ligeledes, at deres forældre i en vis udstrækning mente, at de skulle lytte mere efter mine instruktioner. Undervejs i 2. fase opfattede jeg Elliots adfærd som værende mere selvstændig, i og med at han helst ville agere i de givne aktiviteter på sine egne betingelser og ud fra bestemte forestillinger. Proportionelt med denne adfærd blev han mere irettesat af sine forældre. Det skabte en modstand i Elliot når andre prøvede at fortælle ham, hvordan han skulle agere, hvilket på videoklippene har kunnet iagttages i form af en vekslen i hans engagement. Hans modstand kulminerede i 6. session hvor jeg fandt, at han i højere grad havde trukket sig tilbage og kun ville handle ud fra sine egne præmisser. Jeg har her skitseret en nedgang i figur 7 for alle tre parametre. Jeg fandt et dilemma i denne udvikling, og jeg fornemmede at forældrene syntes, at jeg hellere måtte sætte flere grænser, således at Elliot ikke blev for viljefast. Et paradoks var således gældende, i og med at jeg ikke mente at strukturen skulle være for fastlåst, da jeg havde et ønske om at Elliot skulle få mulighed for at erfare en modsatrettet oplevelse af de tidligere ubehagelige erfaringer med hospitalsindlæggelserne - og dermed opleve et frit rum og opleve øget selvstændighed. Samtidig var mit ønske at familien kunne samarbejde i de forskellige aktiviteter, og at alle deltog i fællesskab. Jeg tog problematikken op med moren inden 7. session og vi diskuterede, hvorledes styreformen kunne balanceres på konstruktiv vis.

#### 13.2.3 Fase 4 (7.+8.+9.+10. session)

Mødet med moren havde en tydeligt positiv indvirkning på hvordan forløbet videreudvikledes. Vi afstemte forudindtagede forventninger om drengenes tilstedeværelse og talte om, hvad moren og faren kunne



tænke sig ift. deres roller i de resterende sessioner. Jeg oplevede at samtalen fremefter havde en positiv virkning i form af en mere rolig og afslappet stemning blandt os alle, som følge af at vores roller var mere afklarede og forventningerne mere afstemt.

#### 13.2.3.1 Struktur - ændring af styreform

Efter flere overvejelser fandt jeg mening i at ændre styreformen, hvilket kom til at træde i kraft fra 7. session (jf. figur 7). Dette indebar brug af piktogrammer med billeder på, som svarede til de aktiviteter, drengene efterhånden havde været igennem nogle gange i musikterapi. Det viste sig at være hensigtsmæssigt at sætte disse piktogrammer i værk. Implementeringen af piktogrammerne gav tilsyneladende drengene mere ro, fordi det gav mulighed for at følge en række aktiviteter, som vi hver især havde valgt, og som sikrede dem at deres valg på et tidspunkt ville blive taget op.

I 3. fase syntes det således at Elliot og Emil begyndte at samarbejde og forhandle i højere grad frem for selv at ville bestemme styreformen i aktiviteterne. Der kunne stadig opstå diskussioner, hvilket jeg fandt naturligt som følge af deres alder og relation som søskende, men de var sædvanligvis villige til at foreslå forskellige løsningsmodeller og var mere engagerede og frie i deres udtryk, når vi først var i gang med en aktivitet. Dette har jeg ladet afspejle i figur 7, hvor *tillid og relation, selvstændighed og engagement* når det højeste niveau i det samlede forløb. I tredje fase blev Elliot og Emil introduceret for to nye interventioner; *musikrejser og legeterapi*.

#### 13.2.3.2 Musikrejser

I slutningen af 2. fase introducerede jeg hvordan man med korte musikrejser kan leve sig et andet sted hen, hvis man har brug for sit eget indre fantasiunivers. Musikrejserne var tilpasset Elliot og Emils alder, både hvad angår musikken og visualiseringsøvelserne. Formen på denne intervention indebar en afspændende induktion til musik, hvorefter jeg læste en kort visualiseringsøvelse op for dem. Visualiseringsøvelserne var knyttet til nogle billeder, så drengene skiftevis kunne vælge, hvilken rejse de kunne tænke sig at opleve. Både Elliot og Emil fandt musikrejserne spændende, men især Elliot levede sig ind i dem. Drengene var vågne under hele rejsen, liggende eller siddende med åbne øjne. Elliot fortalte gerne om hvad han oplevede, mens musikken blev afspillet, og det samme gjorde Emil, hvis han blev opmuntret til det.

Musikrejserne blev integreret med henblik på at støtte Elliots indre ressourcer og fantasi, for potentielt at kunne anvendes som konkret redskab ifm. fremtidige operationer. Forældrene fik i den sidste session nogle billeder, der kan være udgangspunkt for korte musikrejser, som de selv kan anvende med Elliot fremover i forbindelse med operationer. Til dette fik de nogle musikreferencer som jeg fandt passende til hvert

billede. Musikken, som indgik i rejserne, blev spillet via bluetooth-højtalere og bestod primært af roligt harmonisk klaverspil samt lette klassiske symfonier.

### 13.2.3.3 Teoretisk indfaldsvinkel

I forhold til et mestrings-teoretisk perspektiv mener jeg at musikrejser kan relateres indenfor Robbs teori om *musik og struktur*, *musik og engagement* og *musik og selvstændighed* (Robb 2003). Guidningen og musikken kan skabe en struktur, hvori barnet får plads til at skabe sig sit eget fantasiunivers (heri opstår automatisk engagement samt selvstændighed, idet fantasien opstår som følge af egne kreative påfund). Jeg fandt det hensigtsmæssigt at skabe en ramme, hvori Elliot kunne opleve at visualisere - særligt i kraft af at sessionen fandt sted i en hospitalsstue. Hvis Elliot kunne opøve en evne til at fantasere sig væk til musikken i dette rum, angav jeg at han muligvis kunne lære at bruge musikken som et redskab til visualisering i forbindelse med forestående operationer, netop som Grocke og Wigram beskriver om musikrejser til børn (jf. 10.3).

### 13.2.3.4 Legeterapi

Et af formålene med Elliots deltagelse i musikterapi var at undersøge, hvorledes det var muligt at hjælpe Elliot til at mestre tanken om at få narkosemasken på igen. For at tilgodese dette mål mente jeg at Elliot muligvis kunne profitere af at arbejde indirekte med temaet via rollespil med en tøjbamse.

*Jeg anvendte en bamse med hul i som man kunne stikke hånden ind og derved styre hoved og arme. Bamsen forestillede en tiger og jeg forklarede Elliot og Emil, at den på trods af at kunne løbe lige så langt som de andre tigre, desværre ikke var helt rask og nu skulle på sygehuset for at få en narkosemaske på. Historien handlede om at tigreren ikke vidste, hvad en maske er, hvilket gjorde den meget nervøs. Elliot blev grebet af denne historie og ville gerne fortælle tigreren om, hvad en maske er.*

*Med hjælp fra Elliots mor indgik Elliot i en dialog med mig og bamsen. Vi talte først om de faktuelle forhold, eksempelvis hvor masken skal sidde, hvordan den lugter, hvor Elliot plejer at sidde når han får masken på, og ligeledes kom vi ind på at det ikke er så rart at få den på, men at det er nødvendigt for at blive rask.*

*Vi sad nogle minutter i 9. session og satte masken på bamsens hoved. Jeg fortalte Elliot at Simba (tigreren) ikke så godt kan lide det. Følgende citat er fra denne legeterapeutiske situation:*

*Jeg sagde: "Han er lidt bange, ikk' også?"*

*Elliot: "Jamen det' ikk' farligt".*

*Jeg: "Er det ikke farligt?"*

*Elliot: "Nej".*

*Jeg: "Nå, ok. Behøver han ikke være bange, så?"*

*Elliot: "Nej".*

*Jeg: "Gør han ikke det?"*

*Elliot: "Nej".*

*I denne dialog talte vi videre om at bamsen ikke behøvede at være bange for masken.*

Umiddelbart efter dette rollespil gennemgik vi en kort musikrejse.

*I forbindelse med musikrejsen "legede vi" at bamsen slappede af og faldt i søvn med masken på. Elliot visualiserede til musikken en skov hvor han legede med tigreren. Pludselig blev skoven fyldt med hans legekammerater og familie som også legede med.*

#### 13.2.3.5 Teoretisk indfaldsvinkel

Jeg mener at det ovennævnte rollespil kan indplaceres under Bruscias betegnelse: "Music and Play Therapy" (jf. 10.1). Når Music and Play Therapy bruges i en medicinsk setting, kan et mål ifølge Bruscia være at hjælpe barnet til at forstå og cope med sygdom, hospitalsindlæggelse eller behandling.

I legeterapien med Elliot og bamsen bemærkede jeg at Elliot fik en ny rolle. Han viste sig i legen at være klogere end bamsen, som ikke vidste hvad en maske var, eller hvordan en procedure foregår (jeg antager at dette gav Elliot en form for kontrolfølelse). Jeg styrede bamsen og viste Elliot at den var bange for masken. Bamsen viste sig nu at have rollen som "den der var skræmt og hjælpeløs". Dette fungerede således som en spejling af Elliots angst for masken. Elliot tog derpå rollen som den stærke og "voksne", som nu skulle hjælpe bamsen. Han fortalte bamsen om proceduren, og overbeviste den om at der ikke er grund til at være bange, da masken ikke er farlig.

Dette var et vigtigt skridt i processen, da Elliot tilsyneladende fik et andet perspektiv på situationen. Formentlig har dette rollespil haft indflydelse på Elliots oplevelse og tankegang vedrørende masken. Dog antager jeg at det ville have været en fordel at forlænge terapiforløbet og fortsætte rollespillet nogle gange endnu for yderligere at støtte og fremme Elliots indre styrke, i håb om at reducere hans angstniveau når han skal opereres igen.

## 14 Opsummering af analyse - Elliots mestringsproces

Robbs model (2003), samtalen med moren samt supervisionsmøder med Sanfi har siden begyndelsen af det musikterapeutiske forløb inspireret mig til at udvikle musikterapeutiske strategier, som ønskværdigt kunne være befordrende for Elliots mestringsstrategier. I observationerne af videoklippene har jeg med inspiration fra Robbs model "Contextual Support Model of Music Therapy" lagt vægt på at undersøge øjeblikke hvor musikterapibehandlingen bidrog til at skabe en struktur, hvori Elliot og Emil fik mulighed for at udvise det som Robb kalder aktive mestringsstrategier: engagement og selvstændighed. Ligeledes bed jeg mærke i øjeblikke hvor drengene angiveligt havde opbygget mere tillid i deres relation til mig og rummet.

Nedenfor opsummeres mine observationer af engagement og selvstændighed hos Elliot. Jeg har valgt at udelade mine observationer af Emil, da fokus i opgavens problemfelt er rettet på Elliots mestringsstrategier. Dog vil jeg pointere at Emil i mange sammenhænge har haft positiv indvirkning på Elliots adfærd.

### **1) Engagement:**

Jeg fandt at musikterapiforløbet kunne skabe engagement idet følgende typer observeret adfærd var gældende:

#### ➤ *Aktiv deltagelse*

- at følge instruktioner: deltage i overensstemmelse med en given aktivitet; følge spilleregler eller turtagning (herunder synge eller spille på et instrument)
- indgå i sociale samspil
- lede en aktivitet
- bevæge sig fysisk til musik
- udvise emotionel respons (smile/grine/græde/udvise vrede osv.)
- tage initiativ (Elliot havde allerede i starten af 3. session idéer om hvilke aktiviteter vi skulle i gang med)

#### ➤ *Udvis interesse/opmærksomhed*

- at følge interesseret med i en aktivitet: følge aktivitet eller et objekt med øjnene (Elliot havde ofte behov for at observere en aktivitet som de andre i gruppen udførte, før han selv ville være med).

#### ➤ *Udvis tillid*

- situationer hvor Elliot angav personlige oplysninger vedr. hans symptomer
- at han gradvist deltog i flere aktiviteter i gruppen
- at han delte sine oplevelser ift. masken med tigerbamsen i rollespillet

Jeg fandt at følgende situationer øgede selvstændig adfærd hos Elliot: (nogle eksempler er ligeledes placeret under engagement).

### **2) Selvstændighed:**

#### ➤ *Udtrykke sig frit/kreativt*

- spille egne udtryk på instrumenter eller med stemmen
- danse frit i stopdans

- udtrykke egen fri fantasi i musikrejser
- *Beslutningstagen*
  - beslutte hvilke instrumenter der skulle spilles på
  - beslutte hvilke sange der skulle synges
  - beslutte hvilken tekst der skulle indgå i "brorsangen"
- *At lede en aktivitet*
  - at lede gruppen og have indflydelse på dynamiske parametre i musikken som de skulle spille
- *Initiativ*
  - På egen hånd at foreslå en aktivitet

Hermed afrundes specialets analyse, hvori læseren er blevet ført igennem "bidder" af Elliot og familiens deltagelse i musikterapisessionerne. Afsnittet har belyst en proces i form af et indledende behandlingsoplæg, overordnede faser samt enkelte vignetter fra terapien som ønskværdigt har illustreret hvorledes det musikterapeutiske forløb kunne danne en struktureret ramme, facilitere udvikling af mestringsstrategier og åbne mulighed for at udforske fantasi, kreativitet og engagement på en pædiatrisk afdeling.

## 15 Diskussion: Musikterapiens betydning ift. Elliots mestringsstrategier

Jeg vil i dette kapitel nå omkring besvarelsen af PF3.

**Hvilken indflydelse havde det musikterapeutiske forløb på Elliots mestringsstrategier i lyset af udviklingspsykologiske samt mestrings- og musikterapiteoretiske fund?**

Besvarelsen af dette spørgsmål leder ligeledes læseren på sidste delbesvarelse af PF1:

**Hvilken relevans har musikterapi for udvikling af mestringsstrategier hos børn i førskolealderen med PMTS?**

Jeg har i undersøgelsen af Elliots reaktioner fundet at han som følge af sit traume har udviklet PTSS-lignende symptomer. Når de traumatisk lignende symptomer er opstået hos Elliot har han været nødt til at mestre disse på forskellige måder. Jeg ser i denne forbindelse at hans måde at håndtere og "ændre" den stressende livsbetingelse har været præget af *undgåelse*, idet han har benægtet at have en sygdom og har

ment at være rask og derfor ikke skal opereres igen. Mestringsstrategier er et vigtigt aspekt af stressreaktioner og kan som tidligere nævnt være foranderlige; de kan tillæres idet udefrakommende støtte kan hjælpe til at barnets mestringsstrategier udvikles på konstruktiv vis. Hvordan menneskets mestringsstrategier virker, afhænger som tidligere angivet af personlighed, truslens karakter, stressfaktorens grad, den subjektive trivsel, den sociale funktion og det fysiske helbred (jf. afsnit 6). Den givne mestringsadfærd har ikke altid en konstruktiv virkning, men kaldes mestring ved selve *forsøget* som personen gør sig for at ændre stressfaktoren.

I og med at Elliot har en kronisk sygdom og sandsynligvis skal indlægges gentagne gange fremover, er det umuligt for ham at undgå at blive konfronteret med den stressende livsbetingelse igen. Som hans mor angav skal han MR-scannes en gang årligt, hvilket indebærer bedøvelse med narkosemasken igen. Dette faktum, samt hans alder taget i betragtning, bevirker at han ikke kan håndtere den stressende betingelse direkte og ikke kan gøre brug af en problemfokuseret mestringsfunktion (jf. afsnit 6).

Jeg har i denne forbindelse vurderet at musikterapi har kunnet komplementere for dette dilemma på en række måder. Som det er angivet i Lazarus og Folkmans definition er mestrings karakter angivet som kognitive og adfærdsmæssige bestræbelser, der kan være under konstant forandring i forsøg på at håndtere indre eller ydre stressorer. I Elliots tilfælde var min overbevisning at det ikke gav mening at anvende kognitive strategier som primær intervention hans alder taget i betragtning.

Her finder jeg at PF3 nu er relevant at rette fokus på. Som led i besvarelsen af dette spørgsmål vil jeg gengive nogle af de mestringsstrategier, som førskolebørn ofte gør brug af, og knytte dem til de musikterapeutiske faktorer og strategier, som blev fremhævet i analysen. På bilag 9 fremgår denne sammenfatning i en tabel, inspireret af Robbs model (2003). Tabellen illustrerer at terapiforløbet på flere måder indebar befordrende elementer ift. at udvikle Elliots mestringsstrategier, hans udviklingsniveau taget i betragtning. Som det er angivet i tabellen er mestringsstrategierne overordnet set præget af adfærdsmæssige- og interpersonelle strategier samt udtryk for følelsesladede signaler/oplevelser.

Vi befandt os i en hospitalsstue, dvs. en ramme som sandsynligvis kunne have givet Elliot associationer til den traumatiske hændelse. Jeg ser et vigtigt aspekt i dette, jf. et af de indledende behandlingsoplæg; at skabe en form for modvægt til det indre/ydre kaos, som han oplevede i forbindelse med den utilsigtede hændelse. Jeg anskuer musikterapi processen for at have været "båret" af mange terapeutiske faktorer, hvilket jeg illustrerer i bilag 9. Jeg vurderer at jeg som terapeut har anvendt interventioner som i et udviklingspsykologisk og mestringsteoretisk perspektiv har været befordrende for processuelle forandringsprocesser hos Elliot, i og med at han i en alder af 4 år sandsynligvis har profiteret af en

overordnet struktur; enkle og konkrete interventioner såsom start/slutsang og konkrete spilleregler i de enkelte interventioner. Dette profiterede Elliot af idet der heri opstod en familiær ramme og en kontekst, som han kognitivt formåede mestre. Jeg fornemmede at hans families deltagelse vakte tryghed og øget motivation til at deltage aktivt på selvstændig vis. I Erikssons stadieteori *autonomi/skam* (andet til tredje leveår) beskrives at barnet udforsker sin omverden og udvikler sin evne til selvstændigt at udføre ting på egen hånd, i kraft af at barnet har en tryk base at vende tilbage til (jf. 6.2.2). Forældrene fungerede som denne trykke base, særligt i de første sessioner, hvilket jeg anser som afgørende for, at Elliot og Emil så hurtigt udviklede tillid til mig og rummet. Den trykke base betragter jeg derfor som et afgørende element. Herved kunne især Elliot bevæge sig frem og tilbage mellem det trykke (forældrene) og det nye (mig og den ramme som blev skabt omkring rummet).

Ligeledes anså jeg de forskellige forestillingslege som befordrende for Elliot idet der som en naturlig del af hans udviklingstrin indgår denne form for leg, hvori der bearbejdes ydre indtryk af omverdenen (jf. 7.2.2). I leg er fantasi et selvskrevet fænomen; førskolebarnet har en evne til at fantasere sig til en anden virkelighed, hvorfor jeg finder det nyttigt at der i forløbet indgik visualiseringsøvelser som redskab i de korte musikrejser. Dette kunne potentielt set være et mestringsredskab ifm. næste operation.

Som nævnt i analysen blev sangskrivningsprocessen et vigtigt element idet Elliots identitet trådte frem i sangen. Som det ses i sangteksten og på billederne var Elliot og Emil vilde med superhelte. Elliot ville gerne have Batman ind som sin helt. Dette ser jeg som et vigtigt symbol for en dreng, der flere gange i sit liv har mistet en vis grad af styrke som følge af de indlæggelser, han har været igennem. Han sang denne sang med en kraft og styrke som om Batman pludselig var blevet en del af ham. Jeg betragter dette som en vældig betydningsfuld ressource som forhåbentlig følger ham de næste gange han skal ind bag operationsdøren igen.

Som følge af relationen imellem Elliot og mig var der endvidere plads til at han kunne give udtryk for personlige følelser samt fortælle om de traumerelaterede temaer (symptomerne og hans erindringer med narkosemasken). I min tilgang til forløbet har jeg kontinuerligt iagttaget familiens adfærd - deres dynamiske interaktioner mellem hinanden - og overvejet, om interventionerne havde de elementer der skulle til for at kunne skabe forandringsprocesser og dermed tilgodese nogle af de på forhånd definerede målsætninger. Jeg reflekterede ligeledes over hvordan min egen adfærd og forholdemåde indvirkede på den enkelte i gruppen - og på gruppen som helhed. Jeg betragter interpersonelle dynamikker i en gruppe som værende meget betydningsfulde for de forskellige processer, der finder sted, hvilket jeg i specialet ikke har nået omkring som følge af specialets begrænsede omfang. Dog vil jeg fremhæve at jeg har været meget opmærksom på sådanne elementer undervejs i terapiforløbet.

En terapifaktor, jeg ligeledes vil komme ind på, vedrører musikkens rolle i forløbet. Som jeg har belyst i afsnit 2.1.4 har musikken på mange måder afspejlet vigtige elementer fra gruppedeltagerens kontekst. Musikken havde adskillige funktioner; den kunne strukturere og facilitere en ramme (start/slutsang). Den kunne vække emotionel respons (Elliot's reaktion i forbindelse med sangen Puff). Den kunne vække højt energiniveau i fysiske aktiviteter og bruges til afspænding samt visualisering. Den kunne i sangskrivningsprocessen bære Elliot og Emils tekster frem. Og den kunne bruges som et kommunikativt sprog i en hilsen eller indgå som dynamisk indhold i et improvisatorisk "orkester" med en 4-årig dirigent.

### **15.1 Kan udvikling af mestringsstrategier i musikterapi bidrage til regulering af traumatiske symptomer?**

I min gennemgang af Robb (2003) har jeg fundet at hendes model ikke redegør for musikterapi med traumatiserede pædiatriske patienter. Det har vakt min undren at den ikke angav nogen tydelige afklaringer omkring dette felt, eftersom at Neugebauer og Neugebauer (2003) henviser til modellen mhp. at udvikle musikterapeutiske strategier til netop børn med traumer. Robbs model har i høj grad bidraget med nyttig viden vedrørende udviklingspsykologiske, mestringssteoretiske samt musikterapeutiske perspektiver ift. pædiatriske patienter, men tager ikke et traumeteoretisk perspektiv i betragtning. Jeg antager at hendes model i høj grad kan være egnet ift. støtte og udvikling af mestringsstrategier hos børn med stres som følge af medicinske hændelser, men har fundet det nødvendigt at supplere hendes model med traumeteorier af Levine og Kline, McDonell samt Kleive. Mit indblik i disse teorier har bidraget til en bredere forståelse af Elliot's traume. I tråd med den hermeneutiske cirkel har jeg kredset omkring delelementerne (Elliot's anamnese - traumeteori - mestringssteori - musikterapeuti samt det musikterapeutiske forløb). Undervejs samt i afslutningen af musikterapiforløbet angav Elliot's mor at hans traumatisk lignende symptomer stadig var gældende, hvilket vakte bekymring hos hende. Dette udsagn vidnede om at musikterapien ikke havde direkte indflydelse på hans symptomer, men at den bidrog til at styrke andre kvaliteter i hans liv som angivet i bilag 9.

Traumeteorien som er gennemgået, mener jeg kan bidrage med væsentlig viden, ift. hvordan musikterapien potentielt set havde en indirekte virkning på Elliot's traumesymptomer, og ligeledes hvordan musikterapien kunne være suppleret med yderligere tiltag.

Som nævnt skal Elliot sandsynligvis opereres adskillige gange endnu hvorfor jeg fandt det utrolig vigtigt, at hans associationer med hospitalet fremover ikke er overskygget af de situationer, hvor han har oplevet følelsen af hjælpeløshed og tab af kontrol. Eksempelvis ser jeg, udover musikterapiaktiviteterne, legeterapien med tigerbamsen som en vigtig faktor i denne forbindelse. Elliot's håndtering af masken



vendte fra at være undgående (ifølge hans mors udsagn om deres forsøg på at lege med en maske derhjemme) til at han havde fuld kontrol og styring med den, idet han i 8. session viste bamsen, hvordan masken skulle på. Jeg antager at en form for følelsesfokuseret mestringsfunktion herved blev aktiveret hos Elliot (jf. afsnit 6). Hans forhold til den stressende situation forandrede sig som følge af at følelserne som var forbundet til situationen blev reguleret (fra undgående/angstpræget til kontrollerende og styrende).

I Levine og Kline (2012) har jeg efterfølgende fundet en beskrivelse af hvordan dukker/legetøjsfigurer kan tages i brug til hjælp i arbejdet gennem traumer forårsaget af hospitalsindlæggelse. Levine og Kline foreslår at rammerne i rummet gengives således, at der f.eks. indgår en seng, en operationsmaske, lægeinstrumenter osv. til brug i legen. I legen skal der gerne indgå figurer som repræsenterer et barn, omsorgsgivere og sundhedsfagligt personale. Den observerende rollespilsdeltager må iagttage barnets reaktioner. Barnet kan her blive opmuntret til at sanse kroppens reaktioner og blive guidet til at forløse indestængt energi ved hjælp af bevægelse. Hvis barnet f.eks. var spændt fast i forbindelse med den traumatiske oplevelse, må rollespilsdeltageren hjælpe barnet til at fortælle sine ønsker om, hvordan han/hun gerne ville have bevæget sig, hvis der var mulighed for at bevæge sig på en anden måde. Dernæst må barnet opmuntres til at vise hvordan man udfører den bevægelse i praksis, nu hvor det er sikkert at gøre det. Netop idet barnet får mulighed for at forestille sig at et andet og bedre udfald af hændelsen, frigives energien fra den ubehagelige følelse, som er forbundet med den traumatiske situation. Der skal ofte kun enkelte gentagelser af denne slags legeterapi til at frigive overskudsenergien (Levine og Kline 2012:185). Levine og Kline kalder også denne metode for eksponering. Denne fremgangsmetode kunne muligvis have været egnet som supplerende strategi i legeterapien med Elliot.

Ifølge Levine og Kline; Kleive; McDonell kan traumer på forskellige måder forebygges eller behandles. Forskellige kreative udtryk, fysiske aktiviteter og relationen mellem barnet og terapeuten er angivet af disse forfattere mhp. at genoprette tryghed, tilhørsforhold, kompetencer og ift. at forløse overskudsenergi hos børn efter traumatiske hændelser. De fremhæver i denne forbindelse forskellige terapeutiske målsætninger, som har relevans i arbejdet med traumatiserede børn. Jeg mener at et musikterapeutisk forløb kan tilgodese flere af disse målsætninger, hvilket jeg på bilag 10 illustrerer i en tabel. Heri har jeg sammenfattet terapeutiske målsætninger, på baggrund af det traumeteoretiske materiale i afhandlingen (Levine og Kline, Kleive og McDonell) På sådan vis er min forforståelse blevet udvidet, hvilket jeg i følgende afsnit belyser.

## 15.2 Ny forståelse af musikterapiens relevans i arbejdet med pædiatriske patienter i lyset af traumeteoretiske indfaldsvinkler

På et overordnet plan betragter jeg min nytilegnede viden vedrørende traumeteori som et vigtigt supplement til Robbs model "Contextual Support Model of Music Therapy" og det øvrige musikterapiteoretiske grundlag, som denne afhandling hviler på. Min nye forståelseshorisont indebærer viden om, hvorledes musikterapeutisk behandling kan hjælpe til at udvikle mestringsstrategier samt bidrage til forløsning af *traumesymptomer* hos pædiatriske patienter i førskolealderen.

Sammenstillingen af disse teoretiske fagområder har udviklet min faglige forståelse af musikterapiforløbet med Elliot. Den nye viden (angivet på bilag 9 og 10) indikerer, at flere elementer i musikterapiforløbet med Elliot har indgået som vigtige terapeutiske faktorer i et såvel mestrings- som traumeteoretisk behandlingsperspektiv. Disse faktorer kan betegnes ved:

- Musikterapeutens og patientens relation: betydning for tillid, positive interaktioner og for succesoplevelser i forbindelse med interventioner.
- Familiens deltagelse: Relevant ift. hans psykosociale og kognitive udviklingsniveau - at bevæge sig mellem en tryk base og nye omgivelser.
- Musikterapi og struktur: terapien kan virke støttende og skabe forudsigelighed i kaotiske omgivelser hvilket et hospitalsmiljø kan være præget af.
- Musikken: Musikken kunne som "skjult ledsager" støtte og fremme emotionel bearbejdning, skabe engagement og fornøjelse.
- Interventionernes betydning: Musik og legeterapi, sangskrivning, korte musikrejser: havde betydning for adfærdsrelaterede og interpersonelle mestringsstrategier. Nogle interventioner havde i et traumeteoretisk lys indflydelse på kamp-flugt responser hvilket kan forløse overskydende energi forbundet med traumatiske oplevelser. Ligeledes kan legeterapi være en vigtig ingrediens i arbejdet med traumeramte børn i og med at eksponering kan udvikle nye løsningsmodeller og virke behandlende på barnets traumeoplevelser.

I retrospekt og i lyset af min nye forståelseshorisont finder jeg at behandlingsforløbet med Elliot og familien med fordel kunne være blevet forlænget. Som følge af at musikterapiforløbet blev afviklet i forbindelse med min 9. semesters praktik, indgik der en afgrænset behandlingsperiode på 10 sessioner. Hvis jeg havde haft mulighed for at fortsætte forløbet, ville jeg fortsat have inddraget musikterapeutiske interventioner mhp. udvikling af mestringsstrategier, samtidig med at jeg ville centrere behandlingen yderligere ift. reduktion af Elliots traumesymptomer.

Jeg er opmærksom på at jeg ikke er nået omkring alle traume- og mestringsteoretiske indfaldsvinkler, da dette fagfelt rækker langt ud over specialets begrænsede omfang. Alligevel anskuer jeg mit nye indblik i undersøgelsesfeltet som en vigtig udvikling i min viden ifm. musikterapeutisk behandling af hospitalsindlagte børn med PMTS eller sågar PTSD. Jeg anser processen for at have udvidet min videnshorisont - tilsvarende en ny drejning i den hermeneutiske cirkel - som hele tiden vil springe frem og tilbage mellem enkelte vidensdele i forståelsen af det hele menneske - og for dette speciales genstandsfelt - *det hele barn*.

Indenfor en sundhedsorienteret ramme betragter jeg musikterapiforløbet med Elliot som betydningsfuldt mhp. psykosociale aspekter såsom udvikling af ressourcer og mestringsstrategier. I et hermeneutisk og holistisk perspektiv finder jeg denne proces meget meningsgivende. Mit salutogenetiske perspektiv på sundhed har i et stort omfang præget tilgangen i behandlingsforløbet, i og med at Elliots ressourcer frem for hans symptomer primært blev vægtet. I denne sammenhæng anser jeg at forløbet i høj grad viste sig befordrende for Elliots livskvalitet, hvilket efter min vurdering er et helt væsentligt og afgørende element ift. at fremme sundhed.

## 16 Vurdering af specialet i et videnskabsteoretisk og metateoretisk perspektiv

I dette afsnit vurderer jeg specialets videnskabsteoretiske, metodiske og metateoretiske orientering.

Det kvalitative casestudie kan vurderes på baggrund af følgende kvalitetskriterier:  *troværdighed* (credibility), *konsistens* (dependability), *overførbarhed* (transferability) og *transparens* (confirmability) (Smeijsters og Aasgaard 2005:445).

### Troværdighed

Jeg har vha. datatriangulering undersøgt fænomenet *mestring* og *PMTS* indenfor hospitalspædiatri, i og med at jeg har anvendt videooptagelser, terapinotater, egne erindringer fra praktikforløbet på Roskilde Sygehus, samtaler med Elliots forældre samt teoretiske kilder, som belyser dette felt. Beskrivelsen i anamnesen er gennemset, suppleret op og godkendt af Elliots mor. Teorien er afgrænset ift. *PMTS*, *mestring* og *udviklingsteori* hos gruppen *førskolebørn* for at lede mig på sporet af et tilnærmelsesvist realistisk billede af Elliots livsproces de seneste år samt hans deltagelse i det musikterapeutiske forløb.

Jeg vurderer at man godt kunne have anvendt flere metodiske tilgange i undersøgelsen af mestringsstrategier hos Elliot. Havde specialets omfang været større kunne mikroanalyser af hans adfærd

ligeledes have været at foretrække. I afslutningen af specialeskrivningen gennemså jeg Robbs undersøgelse af mestringsrelateret adfærd (Robb 2007). Denne undersøgelse kunne bidrage til oplysninger om relevante måleredskaber vedrørende Elliots adfældsrelaterede mestringsstrategier. I min optik bør måling af mestringsstrategier udover et adfærdsmæssigt fokus dog suppleres med flere fokus for at opnå et meningsfuldt billede af mestring. Mestringsens virkning er som tidligere nævnt afhængig af adskillige faktorer såsom relationer i barnets liv, tilknytningsmønstre, selvværd, og tidligere erfaring med stressende livsbetingelser som ligeledes bør indgå i undersøgelsen af mestringsstrategier.

### **Konsistens**

Et kritikpunkt af min analyse som *hermeneutisk procesundersøgelse* kan være at den, idet den favner bredt, mister noget dybde, f.eks. mht. hvordan de musikterapeutiske interventioner virkede, indflydelsen af den terapeutiske relation eller familiens indbyrdes relationer. Dette ser jeg dog som en betingelse af specialets omfang, hvilket ofte vil være en udfordring i arbejdet med den hermeneutiske cirkel, hvori forskeren let kunne "svinge rundt" på ubestemt tid.

Mit mål var at undersøge de faktorer som kunne have betydning for Elliots mestringsstrategier. I og med at mestring hos børn er betinget af så mange forhold - livssituation, personlighed, kultur mm. - har jeg valgt at se overordnet på flere lag i musikterapiforløbet og at få indblik i processen frem for effekten af behandlingen.

### **Transparens**

I forskningsmæssigt øjemed erkender jeg at min tilgang i specialet har været relateret til forskellige roller; studerende, praktikant, terapeut, observatør og forsker. Jeg ser en videnskabelig kvalitet i at jeg som terapeut over en relativt lang periode har interageret med Elliot og familien, hvorfor mine observationer, indtryk og fortolkninger hviler på et dyberegående grundlag. Dog har jeg som følge af musikterapiuddannelsens rammer set mig nødsaget til at begrænse perioden for forløbet, i og med at arbejdet med specialet skulle påbegyndes umiddelbart efter praktikforløbet. Som følge heraf måtte jeg strukturere musikterapiforløbet efter realistiske behandlingsmål, som jeg mente at kunne facilitere indenfor den gældende periode og på etisk forsvarlig vis.

En måde hvorpå specialets pålidelighed kunne være blevet styrket, ville være at få specialet vurderet af en udenforstående fagperson (peer-debriefing), hvilket i denne sammenhæng sandsynligvis ville være en musikterapeut. Dette ville give mulighed for at be- eller afkræfte mine kliniske indtryk og fortolkninger af det inddragede dataplan.

## Overførbarehed

Min forholdemåde til undersøgelsens data har været skiftevist åben og fokuseret i min søgen efter meningsgivende elementer i det såvel kliniske som teoretiske materiale. Indledningsvist forholdt jeg mig åbent ift. at udforske hvorledes musikterapeutisk behandling er relevant for børn med PMTS (induktion), hvorefter jeg med et mestrings- traume og musikterapeutisk perspektiv undersøgte, hvordan musikterapien havde indflydelse på mestringsstrategier i den specifikke kontekst med Elliot (deduktion).

I Smeijsters og Aasgaard (2005) finder jeg at designet for min metode indebærer paralleller med betegnelsen: *Qualitative-naturalistic hypothesis-generating single-case design* (Smeijsters og Aasgaard 2005:443). Min hypotese om at musikterapien havde indflydelse på Elliots mestringsproces blev genereret over tid i behandlingsprocessen og blev ikke testet i forløbet. Dvs. at konteksten, hvori terapien foregik, ikke blev manipuleret i henhold til mine undersøgelsesspørgsmål i specialet.

I udarbejdelsen omkring specialeafhandlingens problemstillinger har jeg via et casestudiedesign søgt mening og sammenhæng i specialets data og fundet frem til nedenstående konklusion på mine fund.

## 17 DEL V Konklusion

**PF 2:** Pediatric medical traumatic stress (PMTS) relaterer til psykiske og fysiske reaktioner hos børn og deres familier i forbindelse med medicinske hændelser (tilskadekomst, alvorlig sygdom samt smerte- og angstprovokerende medicinske procedurer). Barnet eller familiens reaktioner inkluderer udvikling af PTSS-lignende symptomer i form af hyperarvågenhed, genoplevelse og/eller undgåelse. Symptomerne kan variere og vise sig i forskellige grader og vil oftest være forbundet til den subjektive oplevelse af hændelsen. Elliots reaktioner på flere angstprovokerende behandlingsprocedurer (heriblandt en traumatisk oplevelse ifm. en operation) har i lyset af et traume-, mestringssteoretisk og udviklingspsykologisk perspektiv sandsynligvis haft indflydelse på efterfølgende symptomudvikling i form af hyperarvågenhed, genoplevelse samt undgående adfærd. Disse reaktioner har efter min vurdering mødt kriterierne for PMTS' symptomsæt.

**PF1:** I en sammenfatning af musikterapeutisk forskning og teori fra klinisk praksis fandt jeg at musikterapi på følgende måder kan være relevant for udvikling af mestringsstrategier hos pædiatriske patienter i førskolealderen med PMTS:

1: Som miljømæssig støtte indenfor hospitalets rammer: Musikterapeuten kan facilitere en struktur hvori barnets aktive mestringsstrategier styrkes, bl.a. i form af øget engagement, selvstændighed og kontrolfølelse.

2: Som redskab til at forebygge angst hvilket er et vigtigt mål idet angstreaktioner er en væsentlig prædisponerende faktor ift. udvikling af PMTS.

3: Som redskab til behandling af PMTS: Musikterapeuten kan vha. relationel kontakt og musikalske elementer imødekomme barnets behov for at blive rummet og hjælpe barnet til at genfinde følelsen af tryghed, styrke, kontrol, kropsfornemmelse og selvværd. Disse mål for terapien giver mening, i og med at barnet som følge af den traumatiske hændelse ofte udvikler regressiv adfærd og følelsen af ekstrem hjælpeløshed.

**PF3:** I det musikterapeutiske forløb med drengen Elliot, hans bror Emil og deres forældre fandt jeg at musikterapibehandlingen indebar væsentlige kvaliteter/faktorer som havde betydning for Elliots ressourcer og mestringsstrategier:

- **Musikterapeutens og patientens relation:** Havde betydning for tillid, positive interaktioner og for succesoplevelser i forbindelse med interventionerne.
- **Familiens deltagelse:** Relevant ift. hans psykosociale og kognitive udviklingsniveau - at bevæge sig mellem tryk base og nye omgivelser
- **Musikterapi og struktur:** Terapien kan virke støttende og skabe forudsigelighed i kaotiske omgivelser hvilket et hospitalsmiljø kan være præget af
- **Musikken:** Musikken kunne som "skjult ledsager" støtte og fremme emotionel bearbejdning, skabe engagement og fornøjelse
- **Interventionernes betydning:** Musik og legeterapi, sangskrivning, korte musikrejser - havde betydning for adfærdsregulerende og afledende mestringsstrategier og havde i et traumeteoretisk lys indflydelse på kamp-flugt responser, hvilket kan forløse overskydende energi forbundet med traumatiske oplevelser. Ligeledes kan legeterapi være en vigtig ingrediens i arbejdet med traumeudsatte børn, i og med at eksponering kan udvikle nye løsningsmodeller og virke behandlende på barnets traumeoplevelse.

Mine videoobservationer og refleksioner over Elliots adfærd indikerede, at der i den musikterapeutiske proces fandt en udvikling sted mhp. øget engagement, selvstændighed, kontrolfornemmelse og succesoplevelser. Jeg fandt musikterapiforløbet befordrende for Elliots mestringsstrategier i et adfærdsmæssigt såvel som interpersonelt perspektiv, samtidig med at der i forløbet indgik interventioner som potentielt set kunne have haft indirekte betydning for hans traumatiske symptomer.

## 18 Perspektivering

### 18.1 Viden om diagnosticering og behandling af traumatisk stress indenfor dansk hospitalspædiatri

Karsberg, Rønholt & Elklit 2012 belyser at der på pædiatriske afdelinger er en stor kløft imellem teori og praksis mht. traumer hos mindre børn i Danmark, og at vurdering og identificering af traumer hos denne målgruppe er et nyt fokusområde i international sammenhæng (overblik af indlæggelser af børn i alderen 1-4 år på danske sygehuse fremgår på bilag 11). Ifølge Karsberg et al. er der et helt basalt behov for systematisk screening, behandling og generel viden om traumer hos mindre børn. Forfatterne angiver at området er præget af "tavs viden" - at der ikke foreligger nogen standardiserede undersøgelsesmetoder. Den enkelte fagperson har dermed intet redskab til at undersøge traumatiske oplevelser og symptomer hos barnet og må vurdere den enkelte sag efter eget skøn. I Jensen og Storvik (2012) beskrives et praktikophold på pædiatrisk afsnit på Aarhus Universitetshospital hvor observatørerne oplevede at der ikke var en egentlig mestringskultur på afdelingen. Ofte var der fokus på børnenes indlæggelsesårsag hvormed barnets og familiens håndtering af indlæggelsen i mindre grad blev tilgodeset. Sørensen, Goul og Jensen (2012) iagttag i deres kliniske observationer på pædiatriske afdelinger, at børn ofte udsættes for fastholdelse ifm. forskellige medicinske procedurer. Disse forfattere oplevede at procedurerne kan medføre rædsel og smerte hos børnene, specielt fordi børnene ikke ved hvad de skal indgå i. Angsten opstår således ofte som følge af det ukendte, hvorfor Sørensen et al. søger en løsning på mere samarbejde mellem barnet og sygeplejersken, samt alternativer til fastholdelse.

Som Levine og Kline skriver, skyldes traumatiske symptomer ofte immobilitet, hjælpeløshed og den energi, som er relateret til mislykkede kamp/flugt responser. Derfor bør det så vidt muligt undgås at barnet ikke fastholdes og bedøves i en tilstand præget af rædsel eller panik. Jeg antager på baggrund af de ovennævnte kilder samt mine egne observationer af børns reaktioner ved indlæggelse, at der i et relativt stort omfang er behov for det, som Jensen og Storvik kalder en mestringskultur samt øget viden vedrørende den betydning som rædsel, smerte og hjælpeløshed ved fastholdelse har, ift. prædisponerende faktorer for udvikling af traumatisk stress hos pædiatriske patienter. I denne afhandling har jeg med en forløbsundersøgelse taget udgangspunkt i et klinisk musikterapeutisk forløb i lyset af et udviklingspsykologisk og traume-/mestringsteoretisk fundament. På baggrund heraf ser jeg et bredt spekter af terapeutiske faktorer, som potentielt kan støtte og udvikle pædiatriske patienters mestringsstrategier, psykosociale velbefindende og livskvalitet.

## 18.2 Assessment af pædiatriske patienter

I situationer hvor den pædiatriske patient har brug for hjælp til at mestre traumatiske oplevelser må interventionen ifølge Neugebauer & Neugebauer (2003) sættes tidligt ind. Indledningsvist gennemgår musikterapeuten en assessmentprocedure som indbefatter observation og notering af barnets udviklingstrin, barnets alder, forældrenes involvering, barnets mestringsstil og mestringsstrategier, herunder evne til at tage beslutninger, evne til at kommunikere interpersonelt, at udtrykke sig på et følelsesmæssigt plan, synlige traumereaktioner såsom tendens til let at blive forskrækket og hyperårvågenhed (Neugebauer og Neugebauer 2003; Robb 2003). Faglig vurdering bør i Robbs optik foretages af såvel sundhedsfagligt personale som af musikterapeuten.

Evidensbaseret dokumentation samt viden om klinisk musikterapi praksis underbygger min vurdering af at terapeutens rolle og funktion kan integrere terapifaglig relevant viden i et tværfagligt team hvor sigtet gælder at udvikle pædiatriske patienters mestringsstrategier og hermed mindske risikoen for vidtgående traumer.



## Referenceliste

- Aasgaard, T. (2002). *Song creations by children with cancer - process and meaning*. Ph.d.-afhandling. Institute of Music and Music Therapy. Aalborg University.
- Aasgaard, T. (2005). Assisting Children with Malignant Blood Disease - to Create and Perform their Own Songs. I: Baker, F. & Wigram, T. *Songwriting - Methods, Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. Jessica Kingsley Publishers: London.
- Aasgaard, T. (2006). Musikk i arbeid med barn på sykehus. In: T. Aasgaard (Ed). *Musikk og helse*. Oslo. Cappelen Akademisk forlag s. 75-106.
- Aldridge, D. (2005). *Case Study Designs in Music Therapy*. Jessica Kingsley Publishers: London.
- Baker, F. & Wigram, T. (2005). *Songwriting - Methods, Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. Jessica Kingsley Publishers: London.
- Barrera, M. E.; Rykov, M. H. & Doyle, S. L. (2002). The Effects of Interactive Music Therapy on Hospitalized Children with Cancer: A Pilot Study. *Psycho-Oncology 11*, 379–388.
- Beck, B. D. (2012). *Guided Imagery and Music (GIM) with adults on sick leave suffering from work-related stress – a mixed methods experimental study*. Ph.d.-afhandling. Institut for Kommunikation. Humanistisk Fakultet. Aalborg Universitet.
- Bonde, L. O. (2009). *Musik og menneske - Introduktion til musikpsykologi*. Samfundslitteratur: Frederiksberg.
- Bradt, J. (2010). The Effects on Music Entrainment on Postoperative Pain Perception in Pediatric Patients. *Music and Medicine, Vol. 2, No. 3*, 150-157.
- Brodsky, W. (1989). Music Therapy as an Intervention for Children with Cancer in Isolation Rooms. *Music Therapy, Vol. 8, No. 1*, 17-34.
- Bruscia, K. E. (1998). *Defining Music Therapy*. 2<sup>nd</sup> ed. Barcelona Publishers: Gilsum.
- Carrion, V. G.; Weems, C. F.; Eliez, S.; Patwardhan, A.; Brown, W.; Ray, R. D. & Reiss, A. L. (2001). Attenuation of Frontal Asymmetry in Pediatric Posttraumatic Stress Disorder. *Biol Psychiatry, 50*, 943–951.

- Carrion, V. G.; Weems, C. F. & Allan, L. R. (2007). Stress Predicts Brain Changes in Children: A Pilot Longitudinal Study on Youth Stress, Posttraumatic Stress Disorder, and the Hippocampus. *Pediatrics*, Vol. 119, No. 3, 509-516.
- Chetta, H. D. (1981). The Effect of Music and Desensitization on Preoperative Anxiety in Children. *Journal of Music Therapy*, Vol. 18, No. 2, 74-87.
- Daveson, B. A. (1999). A model of Response: Coping Mechanisms and Music Therapy Techniques During Debridement. *Music Therapy Perspectives*, Vol. 17, No. 2, 92-98.
- Daveson, B. A. (2001). Music Therapy and Childhood Cancer: Goals, Methods, Patient Choice and Control During Diagnosis, Intensive Treatment, Transplant and Palliative Care. *Music Therapy Perspectives*, Vol. 19.
- Den store danske (2013a). Traume. Lokaliseret d. 10.02.2013: på [http://www.denstoredanske.dk/Krop, psyke og sundhed/Sundhedsvidenskab/Sundhedsvidenskabernes\\_terminologi/traume?highlight=traume](http://www.denstoredanske.dk/Krop,_psyke_og_sundhed/Sundhedsvidenskab/Sundhedsvidenskabernes_terminologi/traume?highlight=traume)
- Den store danske (2013b). Udviklingspsykologi. Sensitive faser. Lokaliseret på d. 05.06.2013 [http://www.denstoredanske.dk/Krop, psyke og sundhed/Psykologi/Psykologiske\\_terminologi/udviklingspsykologi?highlight=udviklingspsykologi](http://www.denstoredanske.dk/Krop,_psyke_og_sundhed/Psykologi/Psykologiske_terminologi/udviklingspsykologi?highlight=udviklingspsykologi)
- Den store danske (2013c). Udviklingspsykologi. Erik H. Eriksson. Lokaliseret d. 05.06.2013 på: [http://www.denstoredanske.dk/Krop, psyke og sundhed/Psykologi/Psykologiske\\_terminologi/udviklingspsykologi](http://www.denstoredanske.dk/Krop,_psyke_og_sundhed/Psykologi/Psykologiske_terminologi/udviklingspsykologi)
- Den store danske (2013d). Overgangsobjekt. Donald W. Winnicott. Lokaliseret d. 28.07.2013 på: [http://www.denstoredanske.dk/Krop, psyke og sundhed/Psykologi/Psykodynamik, terapiformer og begreber/overgangsobjekt?highlight=overgangsobjekt](http://www.denstoredanske.dk/Krop,_psyke_og_sundhed/Psykologi/Psykodynamik,_terapiformer_og_begreber/overgangsobjekt?highlight=overgangsobjekt)
- Dun, B. (1995). A Different Beat: Music Therapy in Children's Cardiac Care. *Music Therapy Perspectives*, Vol. 13, 35-39.
- Dyregrov, A. (2011). *Børn og traumer (2. udgave)*. Hans Reitzels Forlag: København.
- Edwards, J. (1999). Music Therapy with Children Hospitalised for Severe Injury or Illness. *British Journal of Music Therapy*, Vol. 13, No. 1, 21-27.
- Edwards, J. (2005). A Reflection on the Music Therapist's Role in Developing a Program in a Children's Hospital. *Music Therapy Perspectives*, 23, 1, 36-44.

- Fratianne, R. B.; Presner, J. D.; Huston, M. J.; Super, D. M.; Yowler, C. J. & Standley, J. M. (2001). The Effect of Music-Based Imagery and Musical Alternate Engagement on the Burn Debridement Process. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, Vol. 22, No. 1, 47-53.
- Ghetti, C. M. (2012). Music therapy as procedural support for invasive medical procedures: toward the development of music therapy theory. *Nordic Journal of Music Therapy*, Vol. 21, No. 1, 2012.
- Grocke, D. & Wigram, T. (2007). Receptive methods in Music Therapy - Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, educators and students. Jessica Kingsley Publishers: London.
- Holck, U. (2002). 'Kommunikalsk' samspel i musikterapi - Kvalitative videoanalyser af musikalske og gestiske interaktioner med børn med betydelige funktionsnedsættelser, herunder børn med autisme. Ph.d.-afhandling. Institut for Musik og Musikterapi. Humanistisk Fakultet. Aalborg Universitet.
- Hougaard, E. (2009). *Psykoterapi - Teori og forskning*. Forfatteren og Psykologisk Forlag A/S: Denmark.
- Jensen, V. M. & Storvik, M. K. (2012). *Førskolebarnets mestring under indlæggelse*. Bacheloropgave. VIA University College. Campus Aarhus N.
- Kain, Z. N.; Caldwell-Andrews, A. A.; Krivutza, D. M.; Weinberg, M. E.; Gaal, D.; Wang, S. & Mayes, L. C. (2004). Interactive Music Therapy as a Treatment for Preoperative Anxiety in Children: A Randomized Controlled Trial. *Anesthesia & Analgesia*, 98, 1260-1266.
- Karsberg, S.; Rønholt, S. & Elklit, A. (2012). *Hvordan vurderer vi småbørnstraumer? - En sammenfatning af en tværfaglig arbejdsgruppes overvejelser*. Syddansk Universitet. Videnscenter for Psykotraumatologi.
- Kazak, A. E.; Kassan-Adams, N.; Schneider, S.; Zelikovsky, N.; Alderfer, M. A. & Rourke, M. (2006). An Integrative Model of Pediatric Medical Traumatic Stress. *Journal of Pediatric Psychology* 31(4), 343-355.
- Kleive, M. (2009). Strukturert stemme- og bevegelseslek som intervensjon ved traumerelaterte dissociative lidelser hos barn og unge. i: Ruud, E. (red.). *Musikk i psykisk helsearbeid med barn og unge*. Skriftserie fra Senter for musikk og helse. NMH-publikasjoner 2009:5.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1991). Coping and Emotion. I: Monat, A. & Lazarus, R. *Stress and Coping: An Anthology* (3<sup>rd</sup> ed.). New York: Columbia University Press.
- Lazarus, R. (2006). *Stress og følelser - en ny syntese*. Akademisk forlag.

Levine, P. A. & Kline, M. (2012). *Traumer set med barnets øjne - heling af traumer hos børn og unge*. Dansk Psykologisk Forlag.

McDonnell, L. (1984). Music Therapy with Trauma Patients and Their Families on a Pediatric Service. *Music Therapy, Vol. 4, No. 1, 55-63*.

Micci, N. O. (1984). The Use of Music Therapy with Pediatric Patients undergoing Cardiac Catheterization. *The Arts in Psychotherapy, Vol. 11, 261-266*.

Myskja, A. (2005). *Musik som medicin*. Borgens Forlag: Valby.

National Center for PTSD (2013). ASD. Lokaliseret d. 04.03.2013 på:  
<http://www.ptsd.va.gov/public/pages/acute-stress-disorder.asp>).

NCTSN (2013a). Medical Trauma. Lokaliseret d. 10.02.2013 på: <http://www.nctsn.org/trauma-types/medical-trauma>

NCTSN (2013b). Medical Events & Traumatic Stress in Children and Families. Lokaliseret d. 10-02.2013 på:  
<http://www.nctsn.org/sites/default/files/assets/pdfs/MedicalTraumaticStress.pdf>

NCTSN (2013c). Pediatric Medical Traumatic Stress Toolkit for Health Care Providers. Lokaliseret d. 06.06.2013 på: <http://www.nctsn.org/trauma-types/pediatric-medical-traumatic-stress-toolkit-for-health-care-providers>

Neugebauer, C.T., & Neugebauer, V. (2003). Music therapy in pediatric burn care. In Robb, S. L. (Ed.). *Music therapy in pediatric healthcare: Research and evidenced-based practice*. Silver Spring, MD: AMTA.

Nielsen, A. H. (2012). *Musikterapi og angstproblematikker hos pædiatriske patienter ved medicinske procedurer -Et litteraturreview*. 8. semesters projekt. Institut for Kommunikation. Aalborg Universitet.

O'Callaghan, C.; Sexton, M. & Wheeler, G. (2007). Music therapy as a non-pharmacological anxiolytic for paediatric radiotherapy patients. *Australasian Radiology, 51, 159-162*.

O'Neill, N. & Pavlicevic, M. (2003). Exploring a role for music therapy with children undergoing bone marrow transplantation at Great Ormond Street Hospital. *British Journal of Music Therapy, Vol. 17., No. 1*.

Perry, B. D.; Pollard, R. A.; Blakley, T. L.; Baker, W. L. & Vigilante, D. (1995). Childhood Trauma, the Neurobiology of Adaptation, and "Use-dependent" Development of the Brain: How "States" Become "Traits". *Infant Mental Health Journal, Vol. 16, No. 4, Winter 1995*.

Piaget, J. (1977). *Barnets psykiske udvikling*. Hans Reitzels Forlag: København.

Portland State University (2013). Ellen Skinner, Ph.D., Professor of Human Development and Psychology Interim Chair, Department of Psychology. Lokaliseret d. 05.06.2013 på: <http://www.pdx.edu/psy/ellen-skinner-phd-professor-of-human-development-and-psychology-interim-chair-department-of>

Presner, J. D.; Yowler, C. J.; Smith, L. F.; Steele, A. L. & Fratianne, R. B. (2001). Music Therapy for assistance with pain and Anxiety management in Burn Treatment. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, Vol. 22, No. 1, 2001.

Ramian, K. (2007). *Casestudiet i praksis*. Academica: København.

Ridder, H. M. O. (2009). Gadamer. Forelæsning - september 2009. Institut for Kommunikation. Aalborg Universitet.

Robb, S; (1999). Piaget, Erikson, and Coping Styles: Implications for Music Therapy and the Hospitalized Preschool Child. *Music Therapy Perspectives*, Vol. 17, 14-19.

Robb, S.; Nichols, R. J.; Rutan, R.L.; Bishop, B. L. & Parker, J. C. (1995). The Effects of Music Assisted Relaxation on Preoperative Anxiety. *Journal of Music Therapy*, Vol. 32, No. 1, 2-22.

Robb, S. (2003a). *Music Therapy in Pediatric Healthcare - Research and Evidence-Based Practice*. The American Music Therapy Association, Inc: Silver Spring.

Robb, S. (2003b). Designing Music Therapy Interventions for Hospitalized Children and Adolescents Using a Contextual Support Model of Music Therapy. *Music Therapy Perspectives*, Vol. 21, 27-40.

Robb, S. & Ebberts, A. G. (2003). Songwriting and Digital Video Production Interventions for Pediatric Patients Undergoing Bone Marrow Transplantation, Part I: An Analysis of Depression and Anxiety Levels According to Phase of Treatment. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, Vol. 20, No. 1.

Robb, S.; Clair, A.; Watanabe, M.; Monahan, P.; Azzouz, F.; Stouffer, J.; Ebberts, A.; Darsie, E.; Whitmer, C.; Walker, J.; Nelson, K.; Hanson-Abromeit, D.; Lane, D. & Hannan, A. (2007). Randomized controlled trial of the active music engagement (AME) intervention on children with cancer. *Psycho-Oncology*.

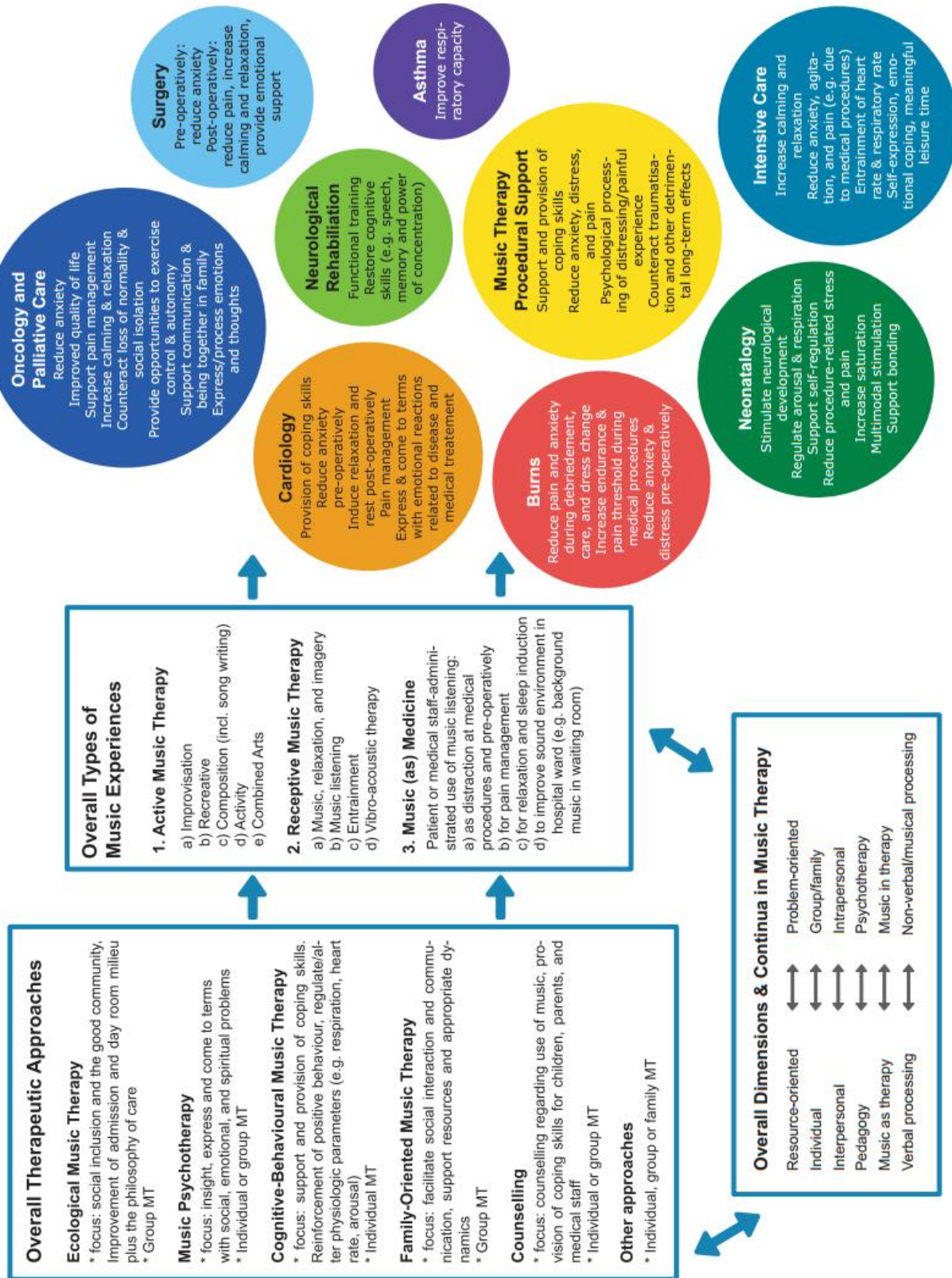
Ruud, E. (2005). Philosophy and Theory of Science. I: Wheeler, B. *Music Therapy Research (2nd ed)*. Gilsum: Barcelona Publishers.

- Ryan-Wenger, N. A. (1996). Children, Coping, and the Stress of Illness: A Synthesis of the Research. *JSPN Vol. 1, No. 3, 126-138.*
- Rzucidlo, S. E. & Campbell, M. (2009). Beyond the Physical Injuries: Child and Parent Coping With Medical Traumatic Stress After Pediatric Trauma. *Journal of Trauma Nursing. Vol.16, No. 3, 130-135.*
- Sanfi, I. (2012). *Music Therapy as procedural Support under Peripheral Intravenous Access involving Young Children*. Ph.d.-afhandling. Department of Communication and Psychology. The Faculty of Humanities. Aalborg University.
- Smeijsters, H. & Aasgaard, T. (2005). Qualitative Case Study Research. I: Wheeler, B. *Music Therapy Research (2nd ed)*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Standley, J. M. & Whipple, J. (2003). Music Therapy With Pediatric Patients: A Meta-Analysis. I: Robb, S. L. *Music Therapy in Pediatric Healthcare and Evidence-Based Practice*. Silver Spring: The American Music Therapy Association, Inc.
- Statistikbanken (2013). Indlæggelser, indlagte patienter og sengedage efter alder, område, nøgletal og tid. Lokaliseret d. 01.08.2013 på:  
<http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/default.asp?w=1920>
- Stern, D. (2000). *Spædbarnets interpersonelle verden*. Hans Reitzels Forlag: København.
- Sundhedsstyrelsen (2013). Pædiatri. Lokaliseret d. 04.03.2013 på:  
[http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Specialeplanlaegning/Specialeplan\\_2010/Paediatri.aspx](http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Specialeplanlaegning/Specialeplan_2010/Paediatri.aspx)
- Sørensen, A. N.; Goul, J. K. & Jensen, M. T. (2012). *Hvad børn ikke ved, får de ondt af. What children don't know, will hurt them*. Bachelorprojekt. Professionshøjskolen University College Nordjylland.
- Walworth, D. D. (2005). Procedural-Support Music Therapy in the Healthcare Setting: A Cost-Effectiveness Analysis. *Journal of Pediatric Nursing, Vol. 20, No. 4.*
- Weide, R. M. W. (2009). *Den salutogenetiske modell - Mestring, livskvalitet og sammenheng i familier med funksjonshemmede barn*. Masteroppgave i profesjonsetikk og diakoni. Det teologiske fakultet. Universitetet i Oslo.
- Wellborn (2013). Dr. James G. Wellborn. About. Lokaliseret d. 05.06.2013 på:  
<http://drjameswellborn.com/about-dr-wellborn/>

Whipple, J. (2003). Surgery Buddies: A Music Therapy Program for Pediatric Surgical Patients. *Music Therapy Perspectives, Vol. 21, 77-83.*

Whitehead-Pleaux, A.; Baryza, M. & Sheridan, R. (2006). The effects of Music Therapy on Pediatric Patients Pain and Anxiety During Donor Site Dressing Change. *American Music Therapy Association, Vol. 43, No. 2, 136-153.*

# BILAG 1: Overblik af musikterapeutiske tilgange (Sanfi 2012:55)





## BILAG 2: Litteratursøgning

I forbindelse med min litteraturgennemgang på 8. semester fandt jeg 40-50 artikler som omhandler musik og musikterapi i hospitals- og ambulans pædiatri. Enkelte kilder derfra har været brugbare til denne afhandling. Størstedelen af den fundne musikterapeutiske teori stammer fra søgning i musikterapeutiske tidsskrifter i AUB's kælder. I min kædesøgning anvendte jeg bl.a. følgende musikterapeutiske tidsskrifter: Nordic Journal of Music Therapy, British Journal of Music Therapy, American Music Therapy Association og Australian Journal of Music Therapy.

Ikke mindst har jeg via kontakt til Ilan Sanfi fået henvisninger til en del relevant forskningslitteratur.

### Søgeord

Dansk: Psykisk traume, pædiatri, hospital, musikterapi, procedurer, mestring, mestringsstrategier, angst, stress

Engelsk: Trauma, PMTS, pediatric, medical symptoms, effects of hospitalization, child, stress symptoms, stress, anxiety, repeating procedures, coping, copingstrategies

Følgende elektroniske databaser blev anvendt i forbindelse med litteratursøgningen, foretaget i forbindelse med 8. semesters litteraturgennemgang samt den indledende litteratursøgning i specialeforløbet (henholdsvis i marts-april 2012 og januar-marts 2013):

*Academic Search Library (ProQuest)*

*Academic Search Premier (EBSCOhost Research Database)*

*Article First*

*Bibliotek.dk*

*Cochrane Library*

*Infomedia*

*Google scholar*

*Medline*

*Music Therapy Perspectives*

*NJMT*

*Primo*

*Music & Medicine*

*RILM*

*SAGE journals*

*ScienceDirect*

I forbindelse med indtastning af søgeord har jeg som regel anvendt stjernen \* for at søgningen kunne finde forskellige orddannelser, således at f.eks. child\* både resulterer i ordet "child" og "children". Jeg anvendte primært de engelske søgeord.

På Århus statsbibliotek fandt jeg at deres elektroniske database har adgang til en del af de tidsskrifter jeg skulle bruge. F.eks. gav "stress symptoms medical pediatric trauma" 17.630 søgehits med mange relevante kilder.

Jeg har primært udvalgt traume-, mestrings- og udviklingspsykologisk teori mhp. at undersøge de omstændigheder som har haft indvirkning på Elliots proces. Søgningen er således i videst muligt omfang afgrænset til førskolebørns oplevelser og mestring af hospitalsindlæggelse.

Min søgen efter litteratur vedrørende musikterapi og børn med PMTS (pediatric medical traumatic stress), gav meget få resultater. Jeg har valgt at udelade litteratur som omhandler musikterapi og børn som har traumer forårsaget af andre hændelser end medicinske hændelser. Det kan diskuteres hvorvidt denne litteratur burde have været inkluderet, da traumet siges at være forbundet til selve den *subjektive oplevelse* af den traumatiske begivenhed, og at selve begivenheden i sig selv ikke nødvendigvis har betydning for de traumatiske symptomer. Den medicinske setting har dog særlige lokale miljømæssige forhold som jeg anser for relevante at afgrænse og undersøge nærmere mhp. risikofaktorer ift. traumeoplevelser (Levine og Kline 2012).

Der findes i dag en del litteratur som redegør for musikterapiens rolle indenfor det pædiatriske område, særligt ift. at forebygge og regulere stress, angstproblematikker og smerte i forbindelse med medicinske procedurer. Jeg har gjort mig forskellige overvejelser om hvorvidt musikterapi og stress forbundet med hospitalsindlæggelse burde have været inkluderet i specialet, men som følge af specialets omfang og genstandsområde, har jeg valgt at afgrænse det teoretiske udvalg til at omfatte musikterapi og børn med PMTS. I og med at traumer i mange tilfælde er forårsaget af angstprovokerende hændelser, har jeg inkluderet et udvalg af kilder som belyser hvorledes musikterapi kan regulere angst hos pædiatriske patienter.

### BILAG 3: PTSD-diagnosens kriterier

I de senere år har en række undersøgelser vist at børn kan reagere med posttraumatiske stresslidelser tilsvarende dem man ser hos voksne (Dyregrov 2011; Terr 1991). Betegnelsen posttraumatisk stresslidelse er en diagnose, som indenfor psykiatrien anvendes til at definere en gruppering af posttraumatiske symptomer. En række kriterier er opstillet i DSM-4.0 (Diagnostic Statistic Manual) som skal være gældende hos barnet i et vist omfang for at der kan peges på en PTSD-diagnose. Barnet skal have oplevet selv at erfare eller have været vidne til en belastende livshændelse eller begivenhed af et usædvanligt truende eller katastrofalt omfang. Endvidere skal barnet have reageret med angst, hjælpeløshed eller rædsel i situationen. Pga. at mennesket instinktivt beskytter sig selv i selve choksituationen, forskydes den traumatiske reaktion, som således opstår efter den voldsomme hændelse (Levine & Kline 2012; Dyregrov 2011). Efterreaktionerne skal finde sted hos barnet i mindst en måned og i et sådant omfang at det hæmmer barnet i sociale sammenhænge blandt familie, venner eller i skolen. PTSD-diagnosen omfatter følgende kriterier:

➤ ***Den traumatiske hændelse bliver vedvarende genoplevet.***

Mindst et af følgende kriterier skal være gældende: gentagne erindringer om hændelsen; repeterende leg om hændelsen; mareridt; følelse af at hændelsen finder sted på ny; intenst ubehag/uro i kroppen ved situationer der minder om hændelsen.

➤ ***Vedvarende undgåelse af indtryk som associeres med traumet samt mindsket følelsesspektre.***

3 af følgende symptomer skal være gældende: Undgåelse af associerede tanker, følelser eller samtaler; undgåelse af aktiviteter, steder eller mennesker der minder om hændelsen; hukommelsesbesvær ift. vigtige aspekter ved hændelsen; væsentlig mindsket interesse for vigtige aktiviteter; følelse af distance til andre; begrænset følelsesspektre; forkortet fremtidsperspektiv.

➤ ***Vedvarende symptomer på øget aktivering af nervesystemet.***

Barnet må ved denne kategori være præget af mindst to af følgende symptomer: Søvnforstyrrelser; Irritabilitet; vrede; koncentrationsvanskeligheder; øget årvågenhed; tendens til at fare sammen ved overraskende stimuli (Dyregrov 2011).

## BILAG 4: Musikterapeutiske faktorerers indflydelse på angstproblematikker hos pædiatriske patienter

Som NCTSN angiver kan der opstå situationer indenfor den medicinske setting som forhøjer risikoen for at barnet udvikler traumer, f.eks. hvis barnet føler sig truet på livet og mærker smerte/angst som følge af teknisk og intens medicinsk behandling og derved føler sig hjælpeløst.

Standley & Whipples (2003) metaanalyse indbefatter 29 undersøgelser med pædiatriske patienter i alderen 0-21 år, som blev undersøgt eller behandlet med medicinske invasive<sup>9</sup>/noninvasive procedurer. I nedenstående skema har jeg inkluderet de undersøgelser fra metaanalysen, som målte musikterapiens effekt på angst i forbindelse med medicinske procedurer (børn i alderen 0-12 år).

### Uddrag af Standleys og Whipples (2003) skematisering: musikterapiens effekt på pædiatriske patienter

Forfatter	Målemetode ved angst-rating	Præsentation af musik	Musikinteraktion	<i>d</i>	<i>p</i>
Aldridge 1993	Selvrapportering af angst (udfyldt af forældre)	Live-musik	Aktiv musikinteraktion	<i>d</i> =0,84	<i>p</i> =.03
Froelich 1984	Observation af angstniveauer	Live-musik	Aktiv musikinteraktion	<i>d</i> =0,68	<i>p</i> =.04
Robb 1995	Selvrapportering af angst	Musik via elektronisk afspiller	Aktiv musikinteraktion	<i>d</i> =0,99	<i>p</i> =.04
Scheve 2002 (Ikke publiceret)	Selvrapportering af angst	Live-musik	Aktiv musikinteraktion	<i>d</i> =0,98	<i>p</i> =.00

Standley og Whipple fandt at musikterapi blev anvendt for at reducere angst i forbindelse med:

- Præoperativ angst
- Præ-behandling eller gentagne smertefulde invasive procedurer

Følgende musikterapiteknikker blev anvendt:

- Aktiv musikterapi - som giver patienten forskellige valgmuligheder
- Afspænding med musik
- Optaget musik med instruktion vedrørende fokus på musikken

<sup>9</sup> Invasiv procedure defineres således: "A procedure requiring insertion of an instrument or device into the body through the skin or a body orifice for diagnosis or treatment" (Stedman's Medical Dictionary 2000 i Ghetti 2012).

Metaanalysen demonstrerede at musikterapeutisk behandling resulterer i en stor effekt<sup>10</sup> med statistisk signifikant reduktion af angst, både ved selvrapporeret og observeret angst.

### Musikterapeutiske faktorerers indflydelse på angstproblematikker - indblik i forskningslitteratur

Musikterapeutisk arbejde med angstproblematikker kan bestå i at regulere fysiologiske parametre (puls, blodtryk, respirationsfrekvens og temperatur). Dette kan foregå ved at patienten lytter til musik som skaber ro, eventuelt i takt med at terapeuten guider patienten til at spænde af i kroppen og visualisere indre billeder (Presner et al. 2001; Whitehead-Pleaux et al. 2006). En anden metode kan have til formål at facilitere engagement hos patienten i form af spil på instrumenter, sang, dans eller guidning i at lytte efter bestemte elementer i et musikstykke (Presner et al. 2001; Robb 2003; Walworth 2005; Kain et al. 2004; Whitehead-Pleaux et al. 2006).

I min litteraturgennemgang fandt jeg endvidere et vigtigt miljømæssigt perspektiv ift. at regulere eller forebygge angst. Musikterapi kan i høj grad bidrage til at skabe en ramme som virker støttende hvori tiden struktureres på en konstruktiv og meningsfuld måde. Dette kan facilitere et mere dynamisk miljø for patienten og familien (Robb 2003; Robb & Ebberts 2003; O'Neill & Pavlicevic 2003).

Ved længerevarende kronisk sygdom med gentagen hospitalsindlæggelse eller flere ugers isolation fremgår det af en række undersøgelser at musikterapi er en relevant og egnet behandling til at imødekomme psykosociale problematikker, såsom længerevarende stress, angst og depression. Musikterapeuten kan i disse tilfælde fremme barnets normalitetsfølelse ved en øget opmærksomhed på barnets indre ressourcer, individualitet og selvstændighed. Endvidere kan behandlingen facilitere social interaktion og emotionel bearbejdning (Robb & Ebberts 2003; Robb 2003; Whitehead-Pleaux et al. 2006; Presner et al. 2001; O'Neill & Pavlicevic 2003; Kain et al. 2004).

---

<sup>10</sup> Effektstørrelse ved  $d$ :  $d=0,20$  - lille effekt,  $d=0,50$  - mellemstor effekt, og  $d=0,80$  - stor effekt (Dileo & Bradt 2005).

## BILAG 5: (1 af 3) Skemativering af forskningslitteratur

Titel	Forfatter, år og kilde	Litteratur type	Medicinsk kontekst/ alder	Musikterapiens påvirkning/behandlingsniveau	Procedure	Musikterapi-metode	Terapeutens rolle
Music Therapy With Pediatric Patients: A Meta-Analysis	Standley & Whipple 2003 Bog: Robb 2003	Metaanalyse med 29 undersøgelser	Hospitals-indlæggelse og ambulant afsnit /0-21 år	-Preoperativ angst -Støttende niveau, supplement til medicinsk behandling	-Invasive/noninvasive procedurer Præbehandling eller gentagne smertefulde procedurer	-Aktiv musikterapi med forskellige valgmuligheder -Afspænding med musik -Optaget musik med instruktioner om at fokusere på musikken	-Ikke anført
The effects of Music Therapy on Pediatric Patients' Pain and Anxiety During Donor Site Dressing Change	Whitehead-Pleaux et al. 2006 <i>Journal of Music Therapy</i>	Kvantitativt effektstudie Eksperiment-gruppe: Musikterapi Kontrolgruppe: Verbal intervention	Brandsårs afdeling /6-16 år	-Fysiologiske variable -Engagement -Psykosociale behov -Støttende niveau, supplement til medicinsk behandling	-Hudtrans-plantationer og skifting af brandsårs bandage	-Musikterapeut spiller og synger for pt. (aldersrelevante sange og improvisation) -Tp. opfordrer til at deltage	-At skabe et trygt rum -Facilitere afledning -Hjælpe pt. til at mestre -Støtte verbalt og anerkende pt.
Interactive Music Therapy as a Treatment for Preoperative Anxiety in Children: A Randomized Controlled Trial	Kain et al. 2004 <i>Anesthesia &amp; Analgesia</i>	Kvantitativt effektstudie Tre grupper: 1: Musikterapi 2: Ingen intervention 3: Midazolam-beroligende medicin	Ambulant afsnit /3-7 år	-Fysiologiske variable -Psykosociale behov -Miljø/kontekst -Støttende niveau, supplement til medicinsk behandling -Specifikt niveau, på linje med medicinsk behandling	-Før narkose	-Interaktiv musikterapi; Brug af instrumenter, kendte sange og improvisation -Aktivt og passivt	-Musik-terapeuts erfaring og kvalifikationer er afgørende

BILAG 5: (2 af 3)

Music Therapy for assistance with pain and Anxiety management in Burn Treatment	Presner et al. 2001 <i>Journal of Burn Care &amp; Rehabilitation</i>	Mixed Method: Pilotstudie - Kvantitativ og kvalitativ undersøgelse	Brandsårs afdeling /børn og voksne	-Fysiologiske variable -Engagement -Psykosociale behov -Støttende niveau, supplement til medicinsk behandling -Avanceret, primær behandlingsform	-Behandling af brandsår	-Blandede teknikker: SPCR, APMR, MBI, RRE -Entrainment	-Tilpasse teknikker efter pt.'s fysiske og psykiske behov -Støtte styrkeområder -Udvælge musik ift. pt.'s præferencer
Procedural-Support Music Therapy in the Healthcare Setting: A Cost-Effectiveness Analysis	Walworth 2005 <i>Journal of Pediatric Nursing</i>	Kvantitativ undersøgelse - Komparativ analyse	Hospitals-ind-læggelse og ambulans afsnit /1 mdr.-13 år	-Fysiologiske variable -Engagement -Miljø/kontekst -Støttende niveau, supplement til medicinsk behandling -Avanceret, primær behandlingsform	-Blandede medicinske procedurer	-Blandede teknikker: Livemusik, aktivt+ passivt	-Facilitere trygt rum -Facilitere kontakt -Administrere valg af musik -Være fleksibel ift. fremgangs-metode
Songwriting and Digital Video Production Interventions for Pediatric Patients Undergoing Bone Marrow Transplantation Part I	Robb & Ebberts 2003 <i>Journal of Pediatric Nursing</i>	Mixed Method: Deskriptiv casestudie, med kvantitative målinger	Hospitals-ind-læggelse /9-17 år	-Psykosociale behov -Specifikt niveau, på linje med medicinsk behandling	-Benmarvs transplantation	-Sangskrivning og video produktion	-Ikke anført

## BILAG 5: (3 af 3)

Designing Music Therapy Interventions for Hospitalized Children and Adolescents Using a Contextual Support Model of Music Therapy	Robb 2003 <i>Music Therapy Perspectives</i>	Teoretisk beskrivelse baseret på forfatters egen kliniske praksis og forskning	Hospitalsindlæggelse /0-15 år	-Psykosociale behov -Engagement -Miljø/kontekst -Specifikt niveau, på linje med medicinsk behandling	-Invasive og noninvasive procedurer	-Forskellige former for aktiv musikterapi	-Imødekomme pt.'s emotionelle behov -Hjælpe pt. til at udvikle <u>mestringsfærdigheder</u> -Støtte pt. under stressende situationer
Exploring a role for music therapy with children undergoing bone marrow transplantation at G.O.S. Hospital	O'Neill & Pavlicevic 2003 <i>British Journal of Music Therapy</i>	Kvalitativ undersøgelse	Hospitalsindlæggelse /alder ikke anført	-Psykosociale behov -Miljø/kontekst -Engagement -Specifikt niveau, på linje med medicinsk behandling	-Benmarvs transplantation	-Musikcentreret improvisation	-Skabe frirum -Imødekomme behov i samarbejde med personale -Rumme pt.'s følelser -Være fleksibel ift. fremgangs metode

Pt.: Patient

Th.: Terapeut



# BILAG 6: Overblik af faser ifm. musikterapi ved nålestiksprocedurer (Sanfi 2012:198)

## Phases 1 & 2

### 1. Introduction and Information

Presentation to the family

Possible questions and additional information

Explanation:

- MT will be offered in all 4 phases, and can be paused/stopped on request
- No expectations for the child: Let's see how (the child) reacts to the music without expecting that he/she shall act in a specific way.
- The important thing is that your child feels safe, and senses that he/she is not expected to participate or react in a certain way when I begin to play

### 2. Establishing rapport

- Establishing rapport with emphasis on security and trust
- Gain insight in the child's live-world, family, interests, wishes & personality

### 3. Establishing resources

Relationship to music/music preferences

• Which songs/what music do you like?

Identify interests, preferences and leisure activities

- What makes you happy?
- What do you like the very best?

Relationship to favourite pets, teddy bears & transitional objects:

- Discussion about the qualities that they contain (faithful, power, wildness, comfort etc.).

• How do you notice that it/he loves you?

Ability to demonstrate boundaries between power and wildness

- Identification with hero icons e.g. Superman
- Fencing, karate etc.

Identify favourite physical activities:

- Dance, play, playground, sucker etc. regarding establishment of joint references focusing on vigour, possibilities, joy and power in using ones body freely.

Possible current special occasions:

- Important events, birthdays, feasts, vacations etc.

### 4. Establishment of a musical relation

- Singing, musicmaking, improvising on instruments

### 5. Identifying the child's feelings/thoughts

- Have you tried to be stuck (in the hand) before?
- How do you feel about getting stuck - are you nervous or scared?!
- Know you are to be stuck, and so I will be here to help you
- Are there particular songs you would like to hear during the procedure

### 6. Offering help

- I will accompany you in the treatment room
- If we help each other everything will be easier
- When the physician asks you your role will be to focus on me and/or to the music.

## Phase 3

### 1. Draw on resources established in phase 1 & 2

Refer to music, songs, pets, stuffed bears, family members etc.

e.g.:

- Do you remember that you liked the X-song?
- Let's play it again shall we?/Would you like to play it again?
- Can you think of a song that can comfort you/make you feel better?

### 2. Create calmness and counterpoise

Create calmness as counterpoise to possible changes of pace and in interpersonal dynamics (child, parents & staff).

### 3. Re-orientation

Support the child in re-orientating in time and place in connection to positioning on the hospital bed:

- Look, now you will be sitting/lying on the bed.
- Mom and dad are right beside you.
- I would like to sing a song for you while you are in the bed.

### 4. Regulation of emotions and arousal level

Use of ISO principle to regulate emotions, arousal level and respiration via the structure, rhythm and pace of the music.

### 5. Explanation of the necessity of the procedure

- It is necessary that you are stuck so the physicians can help your kidneys feel better
- Nu, you will get a tap in your hand so the kidneys can drink some water.

### 6. Containment and validation of the child's experience

Mirroring and containment of the child's emotions verbally and musically with an eye to support and empathy:

- Year, it is strenuous, but necessary.
- Yes, we'll know that it hurts but/so I will try to make it more pleasant for you.

### 6. Refocusing

- Many children here in the hospital find it helpful to watch me or to listen to the music during the procedure.
- Try to look at your mother/father/bear (and listen to the music) until it is over.

### 7. Promotion of control

Information about the course of the procedure:

- I'll inform you when the physician is finish with the procedure.
- In a moment every thing will be just fine (again).
- In a moment there will be no more sticking.

### 8. Reassurance & comfort

- Shouldn't we ask the physician to stick as gentle as possible?
- Do you want mom/dad to comfort/hug you now?

## Phases 4 & 5

### 1. Placing the procedure in the past

- Now it is completely over
- Now the physician is completely done
- Now you will not be stuck anymore.
- Now it will not hurt anymore.

### 2. Create calmness, regulation of emotions & arousal

Singing songs associated with safety:

- Do you remember the for X-song that you liked?
- Shall we sing it again (before I have to go in a while)?

Use of ISO to regulate emotions, arousal & respiration.

### 3. Comfort & praise

- Do you know how you could feel glad again/better again?
- Would you like mom/dad to comfort you?
- Is there a song that can comfort you
- Is there a song that you would like to hear now?
- You made it so good (even though it was hard/difficult).
- You are just brave/cool (even though it was hard/difficult).
- If someone asked me to make a song about you it would be about how brave you were. For even though it hurt you made it so good. I think it would be/sound like this.....

### 4. Re-orientation in time and place

- Now it is over-with the sticking part.
- Now the needle is placed in the yellow box
- Now the physician says goodbye.
- Now there will only be us in the room.
- You can stay here until you go to the other unit in the hospital.

### 5. Re-integration of senses

- How is the arm now?
- Is it better/good again?
- Does it still hurt?

### 6. Re-framing & processing of the procedure

About the necessity and goal of the procedure:

- I know it was hard/annoying for you. But it was necessary in order to the physician to help your kidneys feel better.
- Encourage the parents to debrief about the process of the procedure with the child after arrival to home.
- And ask the child when he/she began to relax/realised that the procedure ended.

### 7. Restoration of safe relation to parents

- Would you like mom/dad to comfort/hug you now?
- Would it be pleasant for you if mom/dad joined singing now?

### 8. Finally restoration of resources

Refer to resources (songs, pets, bears, family members etc.):

- Do you remember that you liked the X-song?
- Would you like to sing it again (before I will/shall go to another child at the hospital in a while)?
- What are your plans for today after you finish at the hospital?
- Do you look forward to go home after the kidney scanning?

## BILAG 7: (1 af 5) Foranalyse i skemaformat

Sessioner Overskrift til session	Session 1 At spore sig ind	Session 2 Grænser	Session 3 Tillid mellem Puff og Elliot	Session 4 Frimur/struktur	Session 5 Frimur/struktur, tillid mellem Puff og Emil
<b>Vigtigt tema</b>	At spore sig ind på drengenes interesser - et åbent rum	Fra modstand til engagement	Elliot; Jeg kan ikke sove, Puff som overgangsobjekt	Balance mellem frimur og struktur	Balance mellem frimur og struktur. Brorsang skrevet færdigt
<b>INDHOLD</b>	-Startsang -Afrøvning af instrumenter og sange -Navnesang - "Her har vi - navn -" -Stopdans -Slutsang	-Startsang -Der er ingen så seje som os (ikke gennemført) -Elliot's fortælling om dag i børnehaven -Snak om vrøvlord -Navnesang -Intro til sangskrivning; snak om superhelte -Spejldans -Sæbeboblesang og fægtning af bobler -Slutsang med instrumenter	(Kun far mor og mor der er med) -Startsang -Synge sange og spille til -Sæbeboblesang -Navnesang ->Snak om Puff og om ikke at kunne sove -Stopdans/Spejldans -Brorsang, Elliot finder på at Batman skal være med i sangen -Musikhijsen	-Drengene viser musikfilm -Startsang (ballonsang) -Sæbebobler (show med musik og bobler) -Brorsang (første gang at Emil hører den) der bliver lavet flere ord til den	(Far ikke med) -Stor snakkelest om forskellige ting, bl.a. om at de havde slået hovedet -Får klistermærker på hænderne -Udvælgelse af sange, 4 sange i alt -Instrumenthijsen -Stopdans -Brorsang blev skrevet færdigt
<b>Elliot's mestingsproces</b>	Lod til at være nysgerrig, men virkede ambivalent - var afprøvende og samtidigt undvigende i starten. Blev musikstyret i stopdansen hvilket gav ham kontrol. Blev rørt af Puffisangen, blev mindet om sin farfar som døde på Roskilde Sygehus	Første 20 min.: Modstand/tilbageholdende Han fik at vide at vi ikke skal andet end at lege og at vi gerne må sige vrøvlord -> løsnede op og skabte engagement. Elliot fortalte at han aldrig skal på sygehuset mere modstand lift, maske Havde taget hans sovebarmse Puff med -> Behov for tryghed Elliot kæmpede mod sæbebobler -> kontrol Gav udtryk for aldrig at skulle på sygehuset mere, at han er rask	Elliot fortalte at han og Puff ikke sover. Siger at Puff kan lukke sine ører ned for øjnene og ørerne. Elliot sagde her: Så kan han ikke se det han ikke vil se, og så kan han ikke høre det han ikke vil høre på. Elliot var helt vild med at lave sæbebobler og at lytte på musikhijsener.	Temaet var ikke omkring hans traume eller angst. Mere var det tydeligt hvordan Elliot ikke ville lade sig styre, men at han selv ville bestemme hvordan han skulle gøre forskellige ting. Han ville ikke være med til ballonsang. Ville kun være med til bubbleshow på hans præmisser. Sang ikke med på Brorsang selvom han efter sigende skulle have sunget den hele vejen i bilen på vej til sygehuset. Ville hest lave sæbebobler igen.	Elliot viste ligeledes i denne session hvordan han helst selv ville have tingene gjort på en bestemt måde. F.eks. ville han ikke have at Emil sku sende ham en hijsen, og han ville kun spille så stille så man ikke kunne høre hans hijsen. I stopdansen viste han mere entusiasme, og ville gerne både styre musikken og danse. Var ivrig da vi skulle optage brorsangen. Sang med høj stemme.
<b>Traume: (vedr. sygehus og maske)</b>	Farfar døde på sygehus	Gav udtryk for aldrig at skulle på sygehuset mere, at han er rask	Kan ikke sove om natten	Det blev ikke bragt op.	Drengene fortalte om hvordan de hver især har prøvet at slå hovedet, men ikke på en følelsesladet måde, tværtimod meget ivrigt og entusiastisk. Emil fortalte at han var på sygehuset pga. uheldet med hovedet.

## BILAG 7: (2 af 5)

<p><b>Ellots og Emil's roller, indflydelse på hinanden/ Adfærd hver især</b></p>	<p>Jeg opj. at Emil påvirkede Elliot til ikke at ville spille i starten. Emil legede død i stopdansen hvor Elliot skulle styre fordi Emil ikke gad at danse, han ville kun styre.</p>	<p>Emil havde fået at vide på forhånd at forløbet primært handlede om Elliot. Han var (måske derfor) meget passiv i starten af sessionen. Senere blev han meget engageret da temaet blev "superhelte".</p>	<p>Emil var ikke med.</p>	<p>Elliot viste mere tilbageholdenhed, selvstændighed og virkede uafhængig af hvad de andre gjorde. Emil spillede meget på starten af sessionen. Senere blev bobbleshovet. Viste sig noget neutral ift. brorsang.</p>	<p>Elliot var på samme måde som i 4. session mere tilbageholdende, og ville ikke lade sig styre. Han ville gerne være med så snart han kunne styre tingene på sine præmisser. Emil var meget på og engageret under hele sessionen.</p>
<p><b>Forældre</b></p>	<p>Tine som rollemodel; spillede aktivt med når jeg opfordrede til at spille med på improvisation. "Aktive medspillere".</p>	<p>Vigtig verbal intervention for at skifte fra modstand til engagement. Tine prøvede at forklare Elliot at han måske skal på sygehuset igen.</p>	<p>Tine prøvede at opfordre Elliot til at danse i stopdansen /spejldans men han ville helst vippe med foden</p>	<p>Tine og Peter var deltagende i aktiviteterne og lod til at have det ok med strukturen. De prøvede at opfordre Elliot til at synge (fortalte at han havde sunget den i bilen)</p>	<p>Tine guidede dem "tilbage" når de snakkede for meget i munden på hinanden, eller ikke gjorde som de fik besked på.</p>
<p><b>Refleksion</b></p>	<p>I stopdansen som er velkendt for dem var de aktivt med og virkede trygge. Emil kun ville styre. Jeg tænkte at det ville være godt hvis Elliot også kunne få "leder-rollen" og dermed få kontrol.</p>	<p>I den første halve time, nej. Det havde ingen virkning at jeg og forældrene instruerede og demonstrerede en leg. Da der var løst op, ja. Sangskrivning gav stort engagement. Sæbebobler (kontrol med sværd)</p>	<p>Frirum, flere af aktiviteterne gav Elliot plads til <u>mestring</u>. Paradoks ift. mors pressen på ift. at skulle gøre som man <u>bor i en given</u> aktivitet. Puff er et vigtigt overgangsobjekt for Elliot. Tror at Elliot mærker beskyttelse ved at beskytte Puffs øjne og ører med ørerflapperne, hvilket giver tryghedsfølelse.</p>	<p>Efter sessionen havde jeg en fornemmelse af at den vekslen der var mellem frirummet og mere struktur var god i forhold til de fik en masse plads. De sang ikke med, men var med til at finde på ord. Vidste ikke om det vi sang ville give nogen særlig mening for dem og om det ville styrke deres ressourcer.</p>	<p>Der gik måske lidt meget hat og briller i den i stopdansen og det fyldte måske lidt rigeligt. Men min fornemmelse var at det var godt for Emil, fordi han var så entusiastisk, fyldt med energi og viste sit legende selv frem. Dette fornemmede jeg som et udtryk for at han havde fået mere tillid til mig og var blevet mere vant til sætningen. Elliot var mest "på" i stopdansen og i brorsangen.</p>
<p><b>Min rolle som terapeut i faserne, verbalt og musikalsk</b></p>	<p>Samarbejde med forældre. Frirum: Facilitere rum hvor leg, spil, kreativitet og improvisation kan afprøves. At skabe musikalske rammer omkring interaktion.</p>	<p>Samarbejde med forældre. Fortsat som sidst – frirum +Introducere sangskrivning</p>	<p>At igangsætte aktiviteter At spørge ind til soveproblemer og at foreslå billede på løsning (at Puff kunne få sit horn til at vokse)</p>	<p>Første del af session: Være tilstede og skabe ramme til frit bare at være der og vælge selv. Anden del: Fortsætte brorsang, syng den for dem, og opfordre til at koble flere ord på sangen.</p>	<p>At bevare tilliden mellem mig og drengene. Forsøge at finde balance mellem frirum og struktur.</p>

## BILAG 7: (3 af 5)

Sessioner Overskrift	Session 6 Stærk modstand	Session 7 Spjov og ballade	Session 8 God alliance og forhandling med hinanden	Session 9 God relation	Session 10 Turbulens, men god relation
<b>Vigtigt tema</b>	Elliot passiv, forældre opfordrede Elliot til at deltage mere	Hvem skal hvad? Hvem skal styre?	Afslappet atmosfære og stemning.. Trykthed. Introduktion til bamsen Zimba.	Zimba bliver igen inddraget. Snak om det svære. Plads til mere fordybelse i musikrejse..	Farvel til Zimba - evaluering ift. at vide hvad brorsangen kan bruges til.
<b>INDHOLD</b>	-Snak om at det er hårdt at starte op efter efterårsferie -Snak om aktiv deltagelse -To sange -Instrumenthilsen -Gul spillemaskine -Musikrejse, "Alfahave"	-Før 7. session, statusmøde med Tine -Startsang -Sværdsang -Talstyrer (2 - 3,30) -Lyskræds (2 - 7,55) -Brosang som starter med at snakke om helteene (3 - 1,30) Snak om at sangen kan bruges når det er svært at være på hospitalet (3 - 8,0) -Sæbebobler -Slutsang	-Snakke om guldmærker i bog fra skolen -Sæbeboblesang (1 - 16,30) -Første snak om maske (2 - 17,00) Zimba får masken på, Elliot siger med hjælp fra mor at det lugter, men at det ikke er farligt. - Fri dans (valgt af Emil) Stoppdans (valgt af Elliot) -Drømmerejse, Islandskab (4 - 11,00)	-Lang udvælgelse af sange -Snak om bjørnen fra "Bjørnen sover". Om at den sover på hospitalet, og om den er sur/glad. -Sæbeboblekamp, sang efterfulgt af xylofonspil, til (1 - 18,00) Emil spiller med til sæbeboblemusik (2 - 2,50) - Snak om at han ikke sover. Zimba med (2 - ca. slutningen) -Ekstra sang - Rejse til skoven - Elliot fortæller historie, Emil er træt og urolig. (3 - 8,00)	-Gav mig tegninger -Startsang -Læge med guitar -Kattejammerrock -Snak om forløbet -Snak om masken, hvordan det foregår (2 - 7,00) -Lille hund -Talstyrer -Ekstra sang (3 - 12,00) (Snak inden) -Skattejagt (3 - 18,30) -Sæbebobler -Afrunding, snak med forældre, drengene leger -Fri dans, gangnam style
<b>Elliot's mestrings proces</b>	Tilbageholdende, ville i starten gerne vise noget legetøj, men ville ikke vise hvordan det virkede. Var igennem meget af sessionen passiv. Lod sig ikke opfordre til at være med.	Status: Elliot sover stadig ikke ifølge Tine. Elliot overbevist om at han er rask. Ifølge Tine er han bange for at komme på sygehuset hvis han siger der er noget galt. Elliot kæmpede med sværdet mod sin far og blev meget stolt da han fik sværdet til at falde ud af hånden på faren (selvtillid). Elliot styrede tallene i tal-legen (kontrol)	Flere situationer i starten hvor han har kontrol skiftevis med Emil. Takler masken rigtig fint, prøver at give sig selv den på, giver Zimba den på, og snakker med hjælp fra mor om hvordan forløbet er fra at man skal have den på, skal sove og så vågner op. Elliot lever sig lidt ind i legen; siger: "og nu vågnede han".	Elliot vil gerne have at vi skal have masken frem igen, og vil gerne snakke om forløbet med hvordan det foregår med masken. Vigtigt sted (2 - 10,20) snak om at de kan bruge sangen når Elliot er på sygehuset. Danser igenem til sidst (4 - 4,00)	
	Elliot sagde at brorsangen jo kun er på hospitalet, men hertil fik han så at vide at han kunne få den med hjem.	Elliot sagde at brorsangen jo kun er på hospitalet, men hertil fik han så at vide at han kunne få den med hjem.	Han viser endnu engang Zimba hvordan man tager masken på. Jeg spørger Elliot om hvad Zimba skal gøre og Elliot viser det. Jeg siger at Zimba er bange, og Elliot siger at det ikke er farligt.	Han viser endnu engang Zimba hvordan man tager masken på. Jeg spørger Elliot om hvad Zimba skal gøre og Elliot viser det. Jeg siger at Zimba er bange, og Elliot siger at det ikke er farligt.	

BILAG 7: (4 af 5)

<p><b>Traume:</b> (vedr. sygehus og maske)</p>	<p>Blev ikke bragt op</p>		<p>Fokus på maske på <u>Zimba</u>.</p>	<p>Søvnvanskeligheder. Fokus på maske</p>	<p>Kom ikke ind på noget svært..</p>
<p><b>Ellots og Emils roller, indflydelser på hinanden/ adfærd hver især</b></p>	<p>Emil har tilsyneladende lyttet til hvad Tine og Peter har sagt ift. at deltage i sessionerne. Han prøver at "opdrage" og fortæller Elliot at han skal gøre som de siger.</p>	<p>Emil var fuld af energi og bevægede sig i højt gear meget af tiden. Han ville gerne lege vildt med sværdet, hvilket var for meget for Elliot som trak sig tilbage. Emil styrede lyskrydset og bevægede sig ud af legen ved at gå som en gammel mand. Kreativt og sjovt. Han dansede med en maracas med "stive ben". Emil fungerede tilsyneladende som rollemodel i lyskryds, hvorefter Elliot gerne ville styre legen. Det gik godt for Elliot med at styre indtil han begyndte at drille med at tage to farver op af gangen i lyskrydset (tillid nok til at lave sjov). Emil lavede sjove vokale lyde til musikken, Snakker om hvad deres superhelte kan. De var ok gode til at lytte da vi snakkede om brorsangen. Og var gode til at øve den. Var fyldt med energi da de skulle fægte. Sæbebobler med sværd samtidig med at have spældermandrætter på.</p>	<p>Emil prøver at opdrage på Elliot igen, fordi Elliot først ikke vil være med til sæbebobler. Efter Elliot har fået lov til at kigge på bliver han igen ivrig efter at slå dem efter han har sidet og kigget lidt. De går begge på kompromis og skiftes til at styre at puste boblerne. Emil er kreativ og finder på en "prutte" lyd som han siger til mit spil på kalimbaen. Emil er god til at være med til at snakke om masken, holder sig lidt tilbage når Elliot skal prøve at lege med masken.</p>	<p>Da jeg prøver at føre en dialog med Elliot om hvordan bjørnen har det, spørger han Emil om hvad han siger til spørgsmålet. Emil har ikke noget at sige - derfor har Elliot heller ikke noget at sige. Emil virker træt og passiv her. Elliot vil bestemme, han synes at Emil skal starte med at blæse bobler, hvilket Emil gerne vil gå med til. Emil lægger sig ved sin mors imens Elliot fortæller om soveproblemet. Under fantasirejsen vil Emil gerne lege. Da jeg læser om at de møder et dyr i skoven vinker de til hinanden. De lever sig dermed ind. Jeg vælger alligevel at sige til Emil at han ikke skal kigge på Elliot da jeg tænker at det forstyrrer musikrejsen.</p>	<p>Elliot og Emil skiftes til at spille på guitaren imens jeg holder akkorderne. Der igennem sessionen meget engagerede og glade, men Elliot bliver ked af det jfm. Skattejagten da Emil finder flere chokolade smarties end Elliot. Emil er igennem sessionen ret træt, men er meget på i halvdelen af sessionen til og med slutningen.</p>
<p><b>Forældrenes roller/md flydelse</b></p>	<p>Tine og Peter fortæller at de efter sidste gang har haft en snak om at de synes drengene skal høre efter noget mere. De har snakket om at jeg i dag (6. session) helst skulle bestemme programmet.</p>	<p>Faren holdt sig i baggrunden i starten, kom med enkelte forslag. Holdt sværdet. Mor foreslog forskellige ting, gearede Emils tempo ned i starten. Generelt mere passive og ventende, men irttesættende på en passende måde.</p>	<p>Tine var der første halvdel, Peter kom sidste halvdel. Tine er lidt utålmodig, vil gerne have Emil til at være lidt hurtigere til at puste sæbebobler. Tine hjalp Elliot med at snakke om masken. Peter var aktiv deltager i "Dans", "Lille hund" og forholdt sig i</p>	<p>Forholder sig afventende og støtter drengene. Under sæbebobbelkampen hygger de sig, arbejder sammen om at være i det.. Hjælper Elliot til at snakke med Zimba om masken. Forholder sig i baggrunden under rejsen..</p>	<p>Mor hjælper og støtter Elliot til at snakke om maske. Far holder sig lidt i baggrunden..</p>

## BILAG 7: (5 af 5)

<p><b>Refleksioner vedr. om terapien gav et rum til mestring</b></p>	<p>Jeg tænker at forældrenes snak med Emil og Elliot tilsyneladende var udfordrende for Elliot, da han virkede meget tilbageholdende.</p>	<p>Masser af tidspunkter hvor de begge havde styring og kunne kontrollere hvordan musikken skulle spilles. Idet vi snakker om superhelte fortæller jeg at de kan forestille sig at være lige så stærke som dem. Prøvede at foreslå at bruge sangen når det er svært at være på hospitalet. Brug den når man er væk fra hinanden.</p>	<p>De går på kompromis og lade hinanden styre aktiviteterne. Har begge "kontrolfølelse", bortset fra da Emil lægger flere tal sammen så det bliver svært at spille til tallene. Der var god tid til at snakke om Zimba, de lyttede og var med til at snakke om masken. Fin forhandling mellem alle parter. Lidt diskussioner ind imellem, men nok meget naturligt ift. at det jo er børn og at de er søskende. Under musikrejsen lyttede de i starten. Da jeg lod musikken køre begyndte vi at snakke om hvad der skete i snelandskabet. Det virkede hyggeligt.. Til sidst på rejsen bliver brødrene uenige om hvad Elliot må ønske sig, og Elliot siger ti stille til alle som snakker.</p>	<p>De går på kompromis og lade hinanden styre aktiviteterne. Har begge "kontrolfølelse", bortset fra da Emil lægger flere tal sammen så det bliver svært at spille til tallene. Der var god tid til at snakke om Zimba, de lyttede og var med til at snakke om masken. Fin forhandling mellem alle parter. Lidt diskussioner ind imellem, men nok meget naturligt ift. at det jo er børn og at de er søskende. Under musikrejsen lyttede de i starten. Da jeg lod musikken køre begyndte vi at snakke om hvad der skete i snelandskabet. Det virkede hyggeligt.. Til sidst på rejsen bliver brødrene uenige om hvad Elliot må ønske sig, og Elliot siger ti stille til alle som snakker.</p>	<p>Plads til sjov, leg, fordybelse. Gode forhandlinger imellem os. Fornemmer god relation imellem os. Fornemmer at Elliot var tryk under fantasirejsen. Vakte tryghed hos ham i og med at de mennesker han kender var med i fantasien. Det virkede lidt svært for ham da han ikke vidste hvad han skulle svare til hvorfor at han og Zimba ikke sover.. Ved ikke om dette rykkede noget.. men i hvert fald var jeg der bare til at rumme det..</p>	<p>Derv var lidt meget turmulet. Emil var træt i starten.. Vi havde nogle hyggesnakke hvor der ikke var helt klare eller faste regler. Blev lidt overfladisk, men var også hyggeligt. Det der var ret relevant var da vi havde snakken om hvad der har været bedst i musikterapi, om hvordan man giver Zimba maske på, og hvordan brorsangen kan bruges når drengene er væk fra hinanden..</p>
<p><b>Min rolle som terapeut i faserne, verbalt og musikalsk</b></p>	<p>Jeg blev passiv ift. Elliots adfærd. Vidste ikke hvordan jeg skulle forholde mig, så forholdt mig lidt neutralt, men mest til forældrenes side. Tog rollen som den energiske/optimistiske for at muntre stemningen op</p>	<p>Introducerede dem for kortene, og lagde dem i rækkefølge. Fik korrigeret start/slut sang. Fik dem til at vise hvordan fingersangen er (fik dem til at lyde som dem der var de kloge). Integrerede Emils rytme (we will rock you) ind i sværdsang. Indspiller brorsangen ind i diktafon. Snakker først om superhelte sammen.</p>	<p>Jeg skyndte lidt på Elliot og bad ham om hurtigere at tage et tal, hvilket gjorde at han skyndte sig lidt mere. Jeg lagde tallene ud for ham så han bedre kunne se dem.</p>	<p>Dialog med Elliot om hvorfor han ikke kan sove. Tager Zimba frem og fortæller at den heller ikke kan sove. Snakker om at det kan opstå pga. smerter i maven eller i hovedet.</p>	<p>Dialog med Elliot om hvorfor han ikke kan sove. Tager Zimba frem og fortæller at den heller ikke kan sove. Snakker om at det kan opstå pga. smerter i maven eller i hovedet.</p>	

## Brorsang



Elliot kan li' batman

For han er blå og sort

Han kan kravle op af huse

Og flyve over dem

*Vi er brødre og vi kan  
li' at lege sammen,  
når jeg er her og du er der  
så tænker vi på hinanden*



Emil kan godt li' spiderman

Han er rød og blå

Han svinger sig rundt i byen

Og kæmper mod de onde mænd



*Vi er brødre og vi kan  
li' at lege sammen,  
når jeg er her og du er der  
så tænker vi på hinanden*



Slappegris og fjumregøi

Er ord vi godt kan li'

Vi vrøvler lidt og fjoller rundt

På hospitalet her



*Vi er brødre og vi kan  
li' at lege sammen,  
når jeg er her og du er der  
så tænker vi på hinanden*



## BILAG 9: Musikterapiens indflydelse på Elliots mestringsstrategier, (inspireret af Robb, 2003:33)

Mestringsstrategier hos førskolebørn (herunder Elliot)	Musikterapeutiske faktorer/strategier i forløbet med Elliot
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gryende sprogfærdigheder, men aspekter af logik og perspektiv forårsager ofte misforståelser vedr. sygdom/behandling</li> </ul>	Tp'ens støtte - Kan afklare misforståelser Anvendelse af sange og materiale som var aldersrelevant og kendt af Elliot
<ul style="list-style-type: none"> <li>Afledningsteknikker</li> </ul>	Rette fokus på interaktioner, instrumentspil, sangskrivning, musiklege, fantasi mm.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Adfærdsregulering</li> </ul>	Mulighed for at øve og udvikle færdigheder - faciliterer: engagement, selvstændighed, succesoplevelser, øget selvtillid, selvværd og kontrolfølelse
<ul style="list-style-type: none"> <li>Interpersonel støtte fra familie, terapeut eller overgangsobjekt (bamse)</li> </ul>	Tilstedeværelse i terapirummet: Tp, Emil og hans forældre - familien vakte ro og tryghed hos Elliot Relation blev oparbejdet mellem Tp og Elliot. Tp hjalp Elliot til udvikling af forskellige adfærdsregulerende teknikker Sovebamsen "Puff" - vakte tryghed
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tydelige signaler for følelsesmæssige oplevelser</li> </ul>	Musikken som "skjult ledsager" - kunne fremme emotionel bearbejdning Tp og familie rummede følelser I legeterapi med tigerbamsen udviste Elliot indre styrke og kontrol
<ul style="list-style-type: none"> <li>Aktiv observation af omgivelser</li> </ul>	Der var ingen tvang til at deltage - plads til at observere inden deltagelse

Tp: Terapeut

Mt: Musikterapi



## BILAG 10: (1 af 2) Musikterapiforløb med Elliot - i et traumeteoretisk perspektiv

<b>Terapeutiske målsætninger for børn med traumer, (Levine og Kline 2012:362; McDonell 1984 og Kleive 2009)</b>	<b>Musikterapeutisk ramme ift. traumeteoretisk perspektiv</b>
<b><u>Levine og Kline</u></b>	
<i>Opbygning af tillid</i>	} Relationer imellem Elliot, familien og terapeut - familiære rammer
<i>Opbygning af ressourcer</i>	} Udvikling af kompetencer i forbindelse med musikinterventioner
<i>Bevidsthed om sansninger</i>	} Hørelse, visuelle og taktile sanser var i høj grad gældende- dog uden at Elliot blev opmuntret til at registrere dem direkte
<i>At fremme sunde forsvarsmekanismer og modstandskraft (vække kamp/flugt-respons, forløse overlevelsesenergi og udvikle redskaber til selvregulering)</i>	} Bevægelseslege; stopdans, spejldans, fri dans, sæbebobelfægtning - disse lege faciliterede aktivering af Elliots energiniveau efterfulgt af rolige tilstande - har ifølge Levine og Kline betydning for at overlevelsesenergi bliver omsat og hjælper barnet til selvregulering
<i>Grænsesætning</i>	} Frihed til at vælge til eller fra ifm. deltagelse i musikaktiviteter
<i>Grupesammenhæng</i>	} Sociale interaktioner mellem gruppedeltagerne og terapeut
<i>Genoprettelse af beskyttelsesreflekser</i>	} Styrkelse af kroppen ifm. fysisk aktiviteter
<i>Opbygning af neurale netværk via sanselige input - indvirker direkte på krybdyrhjernens anlæg til overlevelse</i>	} Sansning gennem leg og musik, tid til at udøve parathedsfornemmelse i stopdans/spejldans, mulighed for at opdage og opbygge nye færdigheder.
<i>Eksposering via leg (betydning for at forløse overskydende energi forbundet med traumet)</i>	} Rollespil med tigerbamse
<b><u>Kleive</u></b>	
<i>Udvikling i hippocampusområde - afgørende for hukommelses- og koncentrationsegenskaber og for regulering af frygtresponser</i>	} Brug af højre og venstre side af kroppen (spil på instrumenter og sæbebobelfægtning) } Varierende taktil berøring (brug af instrumenter og legetøj)

## BILAG 10: (2 af 2)

<i>Følelse af sammenhæng og mening</i>	} Musikterapien faciliterede struktur - engagement - fornøjelse - selvstændighed - kontrol - selvtillid - selvværd (meningsfuldt ift. mestring og livskvalitet)
--	---

### McDonell

Følelse af at blive holdt/rummet	} Musikkens lyd, rytme og velkendte sange. Familiens og musikterapeutens relation til Elliot
----------------------------------	--

Oplevelse af indre styrke og kontrol som modvægt til hjælpeløshed og regressiv adfærd	} Udvikling af kompetencer i forbindelse med musikinterventioner
---	--

Øget livskvalitet ift. samvær mellem forældre og barn	} Fælles deltagelse i musikinterventioner for hele gruppen
---	--

## BILAG 11: Indlæggelser, statistik, børn i alderen 1-4 år

### Indlæggelser, indlagte patienter og sengedage efter alder, område, nøgletal og tid

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>1-4 år</b>						
Hele landet						
Indlæggelser	49 346	51 223	48 048	53 528	56 463	55 738
Sengedage	114 159	116 973	109 748	113 192	111 437	108 316
Indlagte patienter	30 377	31 892	29 943	33 395	34 284	33 620

(Statistikbanken 2013)

## BILAG 12 Læringsportefølge

I forbindelse med flere af musikterapiuddannelsen semestre har udarbejdelse af problembaserede projekter været en vigtig ingrediens i de musikterapiteoretiske fag.

Et tilbagevendende tema i mit arbejde med disse projekter har omhandlet afgrænsning. Jeg oplever en udfordring i at kredse om et problemfelt idet jeg hurtigt kommer dybt ned i nogle "kløfter" som synes meget interessante og relevante, men så alligevel ligger udenfor grænsen ift. projektets omfang. Idet jeg søgte viden om stress og traumer oplevede jeg eksempelvis at lade mig fange ind i medicinske tidsskrifter som forudsatte dybdegående fagligt kendskab til menneskets biologiske/neurologiske mekanismer i hjernen. Jeg husker at jeg i denne periode fandt mig selv i en utopisk situation i og med at jeg eftertragtede at vide mere om dette felt (det er jo i hjernen at de traumerelaterede mekanismer aktiveres!) samtidig med at jeg kunne mærke at det var for udfordrende at begive sig ud i. Min vejleder hjalp mig til at indse at jeg måtte bevæge mig uden om denne "fælde", og komme på rette spor igen. Heri fandt jeg at min erkendelsesinteresse nærmere drager paralleller til et psykologisk og terapeutisk perspektiv hvilket jeg hurtigt fandt mere realistisk at arbejde videre med.

Mit terapeutiske arbejde på Roskilde Sygehus har været en fantastisk lærerig proces som specialet her har båret videre. Mange problemstillinger kunne være bragt op; f.eks. har jeg oplevet hvorledes børn vha. korte musikrejser kan forestille sig et indre visuelt univers mens de i mange minutter ligger krumbøjjet med en smertefuld nål i ryggen som udtager spinalvæske til små glas (dette kaldes lumbalpunktur). Flere børn lod tilsyneladende at lade fantasien og musikken føre sig væk til andre himmelstrøg hvilket jeg så som en særligt relevant mestringsstrategi f.eks. ift. at nedsætte risikoen for angstreaktioner. En spændende problemstilling heri kunne vedrøre hvordan dette redskab ville blive oplevet af samarbejdspartnere; sygeplejersken/lægen som har en særdeles essentiel rolle ifm. at udføre selve indgrebet så præcist som muligt. Dette og andre lignende spørgsmål kan jeg stille mig selv - forhåbentlig kommer jeg snart til at få mulighed for at stille dem til sygeplejersken, lægen og/eller laboranten.

Undervejs i det musikterapeutiske behandlingsforløb med Elliot og hans familie gjorde jeg mig forskellige overvejelser angående min egen terapeutiske proces. Som praktikant var dette mit første behandlingsforløb med et barn med traumer som følge af en medicinsk hændelse. Heri lå et etisk og tværfagligt spørgsmål; ville mit musikterapeutiske arbejde med Elliot stille skarpt på *den utilsigtede hændelse* og hvilken betydning ville dette i så fald have for min rolle iblandt det sundhedsfaglige personale? Jeg oplevede at der på afdelingen var åbenhed og interesse for min tilgang til Elliots problematik (hvilket ligeså var tilfældet mht. de andre pædiatriske patienter på afdelingen). Jeg fandt således en gryende

"plads" og rolle iblandt personalet og oplevede heri et gensidigt, inspirerende og fagligt relevant samarbejde.