

RECEPTIV MUSIKTERAPI

FOKUS PÅ EMOTIONELLE BEHOV I NEUROREHABILITERING

Kandidatspeciale i Musikterapi
Institut for kommunikation
Aalborg Universitet 2008

Anette Dalmo Moltubak og Maria Mackenhauer Schmidt

Vejleder: Hanne Mette Ochsner Ridder

332.880 tegn, svarende til 138,7 normalsider

Forsidedesign: Jane Burgaard

Forord

Vi vil gerne bruge dette speciales forord til at sige tak til fru A og fru B for de oplevelser vi har haft sammen i musikterapien, og for at oplevelserne må anvendes som empirisk materiale i specialet.

Tak til Randers Centralsygehus og Glostrup Hospital for nogle lærerige praktikophold. Tak til Vejleder Hanne Mette Ochsner Ridder for støttende og udfordrende vejledning gennem specialeskrivningsprocessen.

Specialet er skabt i fællesskab, men vi har hver især nogle ansvarsområder. Anette er ansvarlig for følgende dele: kap. 2.1; 2.2; kap. 4, kap. 6.1; 6.4.

Maria er ansvarlig for følgende dele: kap. 1.1; 1.2; 1.3; 1.5; 1.7; kap. 2.3; kap. 3; kap 6.2. Den resterende del af specialet har vi udarbejdet i fællesskab.

Indholdsfortegnelse

1 Indledning	1
1.1 Undersøgelsesfeltet	1
1.2 Valg af emne	1
1.3 Målgruppe	2
1.4 Problemformulering.....	3
1.5 Begrebsafklaring.....	3
1.6 Forforståelse	5
1.7 Specialets opbygning.....	8
2 Metode	10
2.1 Kvalitativ metode	10
2.2 Hermeneutik	11
2.3 Casestudie	13
3 Musikterapi og mennesker med erhvervet hjerneskade	16
3.1 Patientgruppen – mennesker med erhvervet hjerneskade.....	17
3.2 Musikterapi og neurorehabilitering.....	20
3.3 Receptiv musikterapi.....	21
4 Litteraturgennemgang	26
4.1 Fremgangsmåde.....	26
4.2 Resultater	28
4.3 Forskning i relation til emotionelle behov	29
4.4 Psykologisk behandling efter en hjerneskade	37
4.5 Musikterapi	46
4.6 Delkonklusion.....	53
5 Ny forståelseshorisont	55
5.1 Identitet og selv billede.....	56
5.2 Livskvalitet.....	57
5.3 Sorgproces.....	57
5.4 Krise.....	58
5.5 Coping	58
5.6 Ændringer i stemningsleje og motivation	60
6 Casebeskrivelser	61
6.1 Forløbet med fru A.....	61
6.2 Forløbet med fru B.....	79
6.3 Opsamling af de to casebeskrivelser.....	103
6.4 Musikterapeutisk placering af de to caseforløb.....	108
6.5 Delkonklusion.....	113

7 Opsamling og konklusion	115
7.1 Hvad kendetegner de emotionelle behov?	115
7.2 Hvordan kan de emotionelle behov mødes i musikterapien?	116
7.3 Konklusion	117
8 Metodekritik	118
8.1 Videnskabelighed.....	118
8.2 Valg af problemformulering	119
8.3 Litteraturgennemgangen.....	120
8.4 Casebeskrivelserne	120
9 Perspektivering	122
Litteratur	123
Litteraturgennemgang:.....	123
Specialets litteratur udover litteraturgennemgangen:	126
English Summary	129
Bilag	131
Bilag nr. 1: Tabeller til litteraturgennemgang	132
Bilag nr. 2: Analysemodel	135
Bilag nr. 3: Ball of light induktion	136
Bilag nr. 4: Beskrivelse af transkriptionsmetode.....	137
Bilag nr. 5: Transskriptioner af sessionerne med fru B	138

1 Indledning

1.1 Undersøgelsesfeltet

Dette speciale handler om patienters emotionelle behov i neurorehabilitering, og hvordan disse emotionelle behov kan imødekommes i receptiv musikterapi med fokus på indre billeddannelse.

Det overordnede formål med specialet kan inddeles i to hovedområder:

1) Vi ønsker at undersøge hvad litteraturen siger om patienters emotionelle behov i neurorehabilitering og hvordan disse behov kan imødekommes. Ved hjælp af en litteraturgennemgang, som kan skabe overblik over dette specifikke interesseområde, ønsker vi at indsamle, systematisere samt afdække relevant litteratur på området. 2) Vi ønsker også at lave en analyse af udvalgt data fra vores praktikerfaringer som kan eksemplificere og belyse, hvordan receptiv musikterapi med fokus på indre billeddannelse kan møde patienter i forhold til deres emotionelle behov i neurorehabilitering.

Patienters emotionelle behov i neurorehabilitering er således specialets omdrejningspunkt. Men hvad dækker begrebet emotionelle behov egentlig over? Er det relevant at tilbyde emotionel bearbejdning eller en behandling som tilbyder fokus på emotionelle behov i neurorehabiliteringen? Disse spørgsmål vil vi forholde os til i løbet af specialet.

1.2 Valg af emne

I efteråret 2007 var Anette i 9.semesters praktik¹ på de neurologiske afdelinger og apopleksiafsnittet på Glostrup Hospital. Anette arbejdede med patienter med forskellige neurologiske sygdomme, apopleksier og traumatiske hjerneskader. Patienternes indlæggelsestid var meget varierende. Maria var i sin 9.semesters praktik på apopleksiafsnittet ved Randers Centralsygehus, som er et medicinsk afsnit, hvor specialet er pleje, behandling og rehabilitering af patienter der er blevet ramt af en apopleksi. Afsnittet har et særligt fokus på rehabilitering, hvilket betyder at patienterne på afdelingen ofte er indlagt for en periode mellem 3-6 måneder. Dog er gennemsnitlig indlæggelsesperiode på begge steder 30-40 dage.

¹ I løbet af musikterapiuddannelsen (Bachelor- og Kandidatuddannelsen) er der indlagt tre praktikforløb, hvoraf 9. semesters praktikken er studieforløbets sidste og længste praktik. Denne praktik er en 4½ måneders fuldtidspraktik, som efterfølges af det afsluttende speciale. Under praktikken er den studerende en del af et behandlingsteam som klinisk musikterapeut, og den studerende modtager supervision fra såvel institution som uddannelsen (for nærmere information; se evt.

<http://www.studieguiden.aau.dk/Uddannelser/Uddannelse/Oplysning?id=6309&oid=42266>)

Igennem vores praktikophold har vi arbejdet såvel med funktionel² genoptræning som emotionel bearbejdning i musikterapien. Ofte har vi oplevet en forandring eller en bevægelse i musikterapiens behandlingsformål. Mange patienter har som udgangspunkt haft funktionsorienteret genoptræning som behandlingsformål i musikterapien, hvilket undervejs har ændret sig til et fokus på emotionel bearbejdning. Mange gange har de to sider kunnet integreres i et og samme musikterapiforløb. Dette afspejler muligvis at vi begge har haft fokus på at give patienten et rum, hvor der gives mulighed for at mærke sig selv, og hvor det følelsesmæssige aspekt kan rummes. Det kan også fortælle os noget om, at der er et behov for at bearbejde følelser hos patienter i neurorehabilitering.

Vi tror at det at føle sig rummet og støttet i den kaotiske livssituation som patienten befinder sig i, kan være af stor betydning for patientens øvrige rehabilitering. Vi mener at det er afgørende for patienter i rehabilitering, at de holder modet oppe og er motiverede for træningen. Vi har set patienter der er overvældet af sorg over den tabte funktionsevne, og patienter som bliver opgivende. Vi har også set at en hjerneskade med dertil hørende funktionsnedsættelser fører til et "knæk" i selvtilliden og en identitetskrise. De emotionelle behov har således været knyttet til både her og nu situationen (motivation for træning), men også mod en integration af patientens nye identitet med ændrede livsvilkår.

Vi har arbejdet med patienters emotionelle behov og/eller ønske om funktionsorienteret musikterapeutisk genoptræning på forskellig vis i vores praktik (f.eks. gennem sang, sangskrivning, samtale og improvisation). Her stiftede vi begge bekendtskab med brugen af musiklytning og fantasirejser som metode i musikterapien. Vi oplevede at receptiv musikterapi er unik som metode i neurorehabilitering, bl.a. fordi det kan give en æstetisk oplevelse, uafhængigt af patientens fysiske og musikalske formåen, og pga. potentialet for positive billeddannelser. Denne erfaring har klart været en stor motivationsfaktor for at fokusere på receptiv musikterapi i dette speciale.

1.3 Målgruppe

Idéen med nærværende speciale er som nævnt at beskrive patienters emotionelle behov i neurorehabilitering, og hvordan disse emotionelle behov kan imødekommes i receptiv musikterapi med fokus på indre billeddannelse.

Koblingen mellem patienters emotionelle behov, receptiv musikterapi og neurorehabilitering vil givetvis kunne inspirere andre musikterapeuter i arbejdet med patientgruppen og deres integration i tværfaglige teams. Andre faggrupper, som eksempelvis fysioterapeuter og ergoterapeuter, som har interesse for eller ønsker viden om den emotionelle side af neurorehabiliteringen set ud

² Vi har eksempelvis arbejdet med stemme og åndedræt samt anvendt Bakers MMIT-metode i behandling af ekspressiv afasi. (Se evt. beskrivelse af Bakers MMIT-metode i Baker & Tamplin, 2006)

fra en musikterapeutisk vinkel, kan også tænkes at hente inspiration i specialet. Desuden kan andre faggrupper få et indblik i hvad musikterapi kan tilbyde denne patientgruppe.

1.4 Problemformulering

På baggrund af de indledende tanker, er vi kommet frem til følgende problemformulering og underspørgsmål:

Hvad kendetegner de emotionelle behov hos patienter med en erhvervet hjerneskade i fase 2 i neurorehabilitering, og hvordan kan disse imødekommes ved hjælp af receptiv musikterapi med fokus på billeddannelser?

- Hvilke temaer kan identificeres ud fra litteraturen, i forhold til de emotionelle behov hos patienter med en erhvervet hjerneskade?
- Er det på baggrund af litteraturen og to udvalgte casestudier muligt at imødekomme patienternes emotionelle behov ved hjælp af musiklytning med billeddannelse? I bekræftende fald, hvordan?

1.5 Begrebsafklaring

I dette afsnit vil vi lave en kort afklaring af specialets centrale begreber. Med denne begrebsafklaring gør vi vores udgangspunkt i forhold til følgende begreber eksplicit: emotionelle behov, erhvervet hjerneskade, neurorehabilitering, fase 2 af rehabiliteringen, receptiv musikterapi og indre billeddannelse.

Emotionelle behov

Vi definerer begrebet emotionelle behov ud fra vores erfaringer og oplevelser med patienterne fra vores praktik. Med dette begreb mener vi at der er tale om et fokus på det følelsesmæssige og psykologiske aspekt i rehabiliteringen. Her fokuseres der på de følelser som kan være forbundet med patientens nye, ofte forværrede, livssituation. Hvad de emotionelle behov mere specifikt består af, søger vi viden om igennem specialet.

Erhvervet hjerneskade

Begrebet ”mennesker med erhvervet hjerneskade” er for os opstået ud fra en række overvejelser omkring, hvad vi skulle kalde patientgruppen. Det har været vigtigt for os at komme frem til en betegnelse, som ikke på nogen måde kan virke nedsættende. Vi har derfor valgt betegnelsen ”mennesker med erhvervet hjerneskade”, fordi der i den betegnelse er et fokus på personen og ikke på sygdommen. Vi har fundet en enkelt og dækkende beskrivelse af patientgruppen menne-

sker med erhvervet hjerneskade på hjemmesiden www.vfhj.dk³. Her beskrives patientgruppen som raske, normalt udviklede mennesker, som pludseligt rammes af en hjerneskade, hvilket kan medføre forskellige synlige som usynlige handicaps.

Neurorehabilitering

Ifølge hvidbog om rehabiliteringsbegrebet fra 2004 (se www.marselisborgcenteret.dk) skal rehabilitering forstås som noget der foregår i samarbejde mellem den der skal rehabiliteres, deres pårørende og fagfolk. Målet er at opnå et selvstændigt og meningsfuldt liv, og hele livssituationen skal tages med i betragtning når man planlægger rehabiliteringen. Neurorehabilitering retter sig således ikke kun mod de fysiske, neurologiske følger af skaden, men er en helhedsindsats for at føre patienten tilbage til et så godt liv som muligt.

Fase 2 i neurorehabilitering

Nedenfor ses en tabel som illustrerer rehabiliteringsforløbet i tre faser. I dette speciale fokuserer vi på fase 2, hvor patienterne stadig er indlagte på sygehuset. Af denne grund har vi også valgt at anvende begrebet patient frem for klient.

Der ses i tabellen, at indlæggelsesperioden for fase 2 maksimalt strækker sig til og med den anden måned i patientens rehabiliteringsforløb. Dog gælder det i vores tilfælde at patienterne var indlagt mere end to måneder. Marias patient var indlagt i fem måneder, og Anettes patient var indlagt i fire måneder.

	Definition	Varighed
Fase 1	Den del af rehabiliteringsforløbet, som finder sted sideløbende med den akutte diagnostik og behandling	1-2 uger
Fase 2	Den del af rehabiliteringsforløbet, som finder sted under sygehusindlæggelse efter den akutte udredning	1-2 måneder
Fase 3	Den del af rehabiliteringsforløbet, som finder sted efter udskrivelsen fra sygehus	1-2 år

(Tabel 1: Oversigt over faser i rehabiliteringsforløbet⁴)

³ www.vfhj.dk: Videnscenter for Hjerneskade er en selvejende institution under Velfærdsministeriet og indgår i den Nationale Videns og Specialrådgivnings Organisation VISO. Desuden oplyses der, at videnscenteret indsamler, udvikler, bearbejder og især formidler viden om mennesker med erhvervet hjerneskade primært til behandlere i hele landet, men også til borgere og offentligheden.

⁴ Tabellen er udarbejdet af overlæge Ole Leegaard, oversygeplejerske Dorte Larsen og praksiskonsulent Per Grinsted, Neurorehabiliteringen, Sygehus Fyn Ringe. Kilde:<http://www.visinfo.fynsamt.dk/wm169248&searchWord=afdelingen>.

Receptiv musikterapi

Receptiv musikterapi er en fællesbetegnelse for metoder der anvender musiklytning til kliniske formål, både i individuel musikterapi som gruppemusikterapi (Bonde et al, 2001).

Indre billeddannelse

Dette begreb dækker over visuelle billeder som ses for det indre blik, auditive indtryk (stemmer, lyde – ud over selve musikken), lugte og smagsindtryk, kropslige fornemmelser, erindringer og ikke mindst følelser. I specialets tredje kapitel uddybes begrebet indre billeddannelse yderligere. Det skal også nævnes at vi nogle gange anvender ordet fantasirejse for at beskrive den indre billeddannelse.

1.6 Forforståelse

For at tydeliggøre hvilket fundament vi bygger vore tanker på og arbejder ud fra, vil vi i det følgende beskrive vores forforståelse. Herunder redegør vi for vores menneskesyn, sygdoms- og behandlingssyn. Desuden giver vi en beskrivelse af vores musiksyn og musikterapeutidentitet.

1.6.1 Menneskesyn

Vores valg af emne og problem hænger sammen med vores menneskesyn, hvilket uløseligt hænger sammen med vores syn på sygdom og behandling. Grundlæggende anser vi vores menneskesyn for at være humanistisk, hvilket blandt andet indebærer at mennesket er et skabende subjekt. Desuden er vores menneskesyn holistisk, hvilket modsat et reduktionistisk menneskesyn indebærer troen på at "et menneskes situation afhænger af psykiske, fysiske, kulturelle, sociale og økonomiske faktorer, som ikke kan isoleres til en enkelt forklaring el. årsag;" (Psykologisk, pædagogisk ordbog, 2001, s. 167). Alle disse faktorer indvirker på menneskets sundhedstilstand som helhed. Et humanistisk og holistisk menneskesyn indebærer desuden at mennesket anses som værende mere end summen af dets dele. Dette forstår vi som det der konstituerer personligheden.

Vores menneskesyn skal også ses ud fra den skoling vi har med os i kraft af vores uddannelse på Aalborg universitet. Her er vi uddannet med en analytisk orienteret musikterapeutisk tilgang, som inddrager en psykodynamisk tankegang i forhold til udviklingspsykologi og interaktionsprocesser. Meget overordnet, ser vi et menneskes personlige historie og tidlige relationer som vigtige i forståelsen af hvem han eller hun er i dag, men har fokus på muligheder for stadig udvikling i samspil med andre igennem livsforløbet.

1.6.2 Sygdomsbegreb

Som en følge af vores menneskesyn kan vi ikke bekende os til en mekanisk sygdomsmodel, hvor mennesket udelukkende ses som en biologisk organisme. Vi kan forholde os til en bio-psyko-social sygdomsmodel hvor man søger "at se sammenhænge mellem vor biologi og vor mentale tilstand, mellem det fysiske og det emotionelle" (Ruud, E. 1998, s. 32). En erhvervet hjerneskades årsag kan selvsagt ikke forklares ud fra emotionelle og mentale faktorer, og kan i sig selv anses som en skade i "apparatet" som må repareres og genoptrænes. Dog er en erhvervet hjerneskade som sygdom meget kompleks, da den på et biologisk, neurologisk plan kan have såvel fysiske, som kognitive og emotionelle følger. Herudover vil den rammes personlighed og oplevelse af at have fået en hjerneskade indvirke på hvordan forløbet udvikler sig, efter at hjerneskaden er opstået.

Dette syn på sygdom fører os hen til sygdommens modsætning, som er sundhed. Sundhed handler mere om subjektiv oplevelse af god livskvalitet end fravær af sygdom. Dette ser vi som meningsfuldt i en sammenhæng hvor skaden er sket, og mennesket er tvunget til at forholde sig til sig selv som påvirket af denne skade.

1.6.3 Behandlingssyn

I lighed med vores syn på sygdom, ser vi heller ikke behandling som noget der kun indvirker på ét aspekt af mennesket. Vi støtter os til musikterapeut Cheryl Dileos udsagn:

"It may be possible to delineate primary and secondary goals of therapy, for example as being primarily psychological and secondary physical, but it is not possible to say that one music therapy strategy addresses physical needs, whereas another addresses social, psychological, and/or spiritual needs. The individual cannot be compartmentalized, and neither can prevention or treatment."
(Dileo, 1999, s. 6).

Dette ser vi som særligt relevant for musikterapeutisk behandling indenfor det somatiske område, hvor musikterapi via et fokus på f.eks. det sociale og psykologiske kan indvirke på menneskets sundhedstilstand som helhed. Desuden samstemmer det med vores erfaringer af at patienters emotionelle behov kan varetages i musikterapi, samtidig med at en funktionel træning er på dagsordenen.

I tråd med vores syn på sygdom og sundhed, er behandling ikke blot reparation af fejl eller genoptræning af tabte funktioner, men også tiltag som fokuserer på en opretholdelse af raske sider af patienten, dvs. sundhedsfremmende tiltag. Dette kan foregå i relationen til plejepersonale og terapeuter eller igennem planlagte interventioner hvor sådanne sider af patienten er i fokus.

1.6.4 Musiksyn og musikterapeutidentitet

Musikterapi kan defineres som brug af musik til at "give nye handlemuligheder" (Ruud, 1998, s. 14). Det er åbenlyst at en hjerneskade kan være med til at begrænse et menneskes handlemuligheder, men i lige så høj grad kan personens reaktion på at have fået skaden, og omgivelsernes måde at forholde sig til personen på, virke begrænsende. Det overordnede mål med musikterapien er at overkomme nogle af disse forhindringer.

Vi uddannes til at udøve musikterapi med forskellige metoder indenfor et bredt spektrum af patientgrupper. Dette afspejler en eklektisk tilgang til musikterapi på såvel praktisk som teoretisk plan. Ud over den analytiske orienteret tilgang er vores terapeutiske identitet også inspireret af og funderet i person-centreret terapi og eksistentiel psykoterapi. Her har vores teoretiske base rødder i Yaloms (1989, 1996, 1998) beskrivelser af eksistentiel psykoterapi og Rogers tanker om ligeværdighed, autenticitet (kongruens), empati og ubetinget positiv accept som centrale begreber i psykoterapi. I forbindelse med tidligere projekter har vi begge arbejdet med Sterns teorier. Sterns beskrivelser af "nuværende øjeblikke" (Stern, 2004) og de terapeutiske muligheder som ligger i denne teori har især givet mening for os. Endelig har Carolyn Kennys (1989) teori om *Field of Play*⁵ haft en betydning for os i forståelsen af den kreative proces i musikterapien. Vi finder Kennys æstetiske dimension og tilgang til musikterapi meningsfuld og værdifuld i processen mod menneskelig vækst og udvikling.

Vores praktiske erfaringer spiller også en vigtig rolle i forbindelse med vores terapeutiske identitet. Det være sig de erfaringer vi har gjort os i forbindelse med egenterapi, psykodynamisk bevægelse⁶, samt i uddannelsens praktikker. Under vores lange 9. semesters praktik har vi tilstræbt at være opmærksomme og empatiske samt haft en ressourceorienteret tilgang til musikterapien. Dette er kommet til syne i vores anvendelse af og syn på musikken. Vi har brugt musikken som et æstetisk, sundhedsfremmende værktøj. Musikken har for os både været et praktisk, funktionelt værktøj, som både kan træne, støtte og udforske patientens problemområde samt ressourcestærke sider. På samme tid har musikken også fungeret som et æstetisk fænomen, hvor musikken har fungeret som en emotionel forstærkende faktor, samt indrammet patienters oplevelser og erindringer. Herved tilskriver vi os et ekspressionistisk syn, hvor musikken anses som et æstetisk fænomen, og musikkens æstetiske komponenter deler kvaliteter med grundlæggende menneskelige erfaringer – "den æstetiske oplevelse er en nøgle til en forståelse af menneskelivet – og omvendt" (Bonde et al., 2001, s.124).

⁵ *Field of Play* fokuserer på nonverbal kommunikation som et middel til at opdage implicite mønstre, som er forankret i vores psyke. Modellen udfordrer vores logiske orientering, men hjælper os til at bevæge os mod at forstå os selv som mennesker og mod helhed. Den er eksplorativ af natur og medtænker oprindelige aspekter af vores oplevelse/forståelse, hvor æstetik, ritualer og healingssystemer spiller en afgørende rolle (Schmidt, 2007).

⁶ Træningsmodul på bachelorniveau i musikterapiuddannelsen

Vi anlægger et helhedssyn i vores forståelse af diskussionen af musik som/i musikterapi⁷, hvor vi anser ord og musik som ligeværdige elementer i musikterapien. Vi er overbevist om, at musik kan fungere *som* terapi, ikke bare *i* terapi eller som udgangspunkt for samtale. Dog ser vi samtidig stor relevans i musikterapeuten Helen Odell-Millers udsagn:

”However, my concern would be that, particularly when the patients can speak, half the process is missing if there is no room for talking and thinking” (citeret fra Schmidt og Enge, 2005).

1.7 Specialets opbygning

I det følgende vil vi kort redegøre for indholdet i specialets kommende kapitler, for således at klarlægge hvad læseren kan få ud af at læse de forskellige dele af specialet.

Kapitel 2. Metode

I dette kapitel beskrives og begrundes vores valg af kvalitativ metode og vores hermeneutiske syn på videnskab. Desuden indføres læseren i casestudie som videnskabelig metode og ikke-videnskabelig metode, for at præcisere vores anvendelse af to caseforløb i specialet.

Kapitel 3. Musikterapi med mennesker med en erhvervet hjerneskade

Dette kapitel er en kort indføring i patientgruppen, musikterapi og neurorehabilitering, receptiv musikterapi og indre billeddannelse. Indføringen i disse områder tjener formålet at fungere som et rationalt bag den musikterapeutiske behandling samt som baggrundsviden, hvorved vi gør det eksplicit hvilket aksiom vi handler ud fra.

Kapitel 4. Litteraturgennemgang

I dette kapitel beskrives indledningsvis overordnede formål ved at lave en litteraturgennemgang og en beskrivelse af litteraturgennemgangens fremgangsmåde. Resultatet fra litteratursøgningen udgør 33 tekster. De 33 tekster deles op i tre hovedområder: forskning vedrørende emotionelle behov, psykologisk behandling efter hjerneskade og musikterapi med mennesker med hjerneskade. Ud fra teksterne uddrages vigtige temaer som til sidst samles op i delkonklusionen.

Kapitel 5. Ny forståelseshorisont

Dette kapitel fungerer som et bindeled mellem de temaer vi har identificeret i litteraturgennemgangen og anvendelsen af disse i vores analyse af de to caseforløb. I kapitlet uddybes vores forståelse af de temaer vi har identificeret i litteraturen. Efterfølgende anvendes disse temaer i analysen af vores to caseforløb.

⁷ Der kan henvises til Bruscia (1998): *Defining Music Therapy*, hvis læseren ønsker at læse mere om diskussionen musik som/i musikterapi.

Kapitel 6. Casedel

I dette kapitel præsenteres specialets to patienter og deres fantasirejser⁸. Først præsenteres det ene forløb med fru A, hvor der gives en beskrivelse af indsamling og bearbejdning af data. Herefter følger en præsentation af fru A, som beskrevet i journal og af personale. Så beskrives udgangspunktet og rammerne for musikterapien med fru A. Til sidst kommer en beskrivelse og analyse af fru As fantasirejser. På samme måde præsenteres forløbet med specialets andet musikterapiforløb med fru B. Dog med enkelte tilføjelser og variation af fremlæggelsen. Til sidst i dette kapitel samler vi op på hvad der kendetegner de to patienters emotionelle behov, og hvordan de kan imødekommes i musikterapien. I opsamlingen tager vi højde for at patienterne og musikterapiforløbene er forskellige på mange punkter, og vi søger at afspejle hvordan disse forskelle spiller ind på de emotionelle behov, og den måde hvorpå de mødes i musikterapien. Afslutningsvis placerer vi forløbene i en musikterapiteoretisk forståelsesramme med udgangspunkt i Bruscia (1998). Herefter følger en delkonklusion, hvor vi med baggrund i vores to caseforløb kan besvare den del af problemformuleringen, som angår den kliniske del.

Kapitel 7. Opsamling og konklusion

Her besvares specialets problemformulering.

Kapitel 8. Metodekritik

Her forholder vi os kritisk til den metode vi har anvendt. Vi diskuterer og reflekterer over konsekvensen af vores valg af problemformulering, brug af den udvalgte litteratur samt valg af case-materiale.

Kapitel 9. Perspektivering

Her gør vi os nogle tanker omkring specialets aktualitet og fremtidig forskning.

⁸ Fantasirejse: er en betegnelse for musiklytning og indre billeddannelse.

2 Metode

I det følgende vil vi beskrive specialets overordnede metode. Vi begrundet vores valg af en kvalitativ metode, og beskriver vores metode og syn på videnskab med udgangspunkt i den hermeneutiske cirkel. Endvidere vil vi afklare hvorvidt specialet kan regnes som videnskabeligt, ved en gennemgang af casestudie som videnskabelig og ikke-videnskabelig metode. Nærmere beskrivelser af datamateriale og fremgangsmåde i forhold til litteraturgennemgang og analyse af casebeskrivelser, findes i tilknytning til disse kapitler respektive.

2.1 Kvalitativ metode

Vi har defineret vores menneskesyn som holistisk, og mener således ikke at eksempelvis biologiske faktorer er irrelevante. Dog er vores fokus i nærværende speciale på psykologiske forhold og menneskelige oplevelser, hvorfor vi placerer os indenfor en humanistisk forskningstradition. En naturvidenskabelig forskningsmetode vil kunne forklare årsagsforhold, mens humanistisk videnskab søger at "forstå menneskelige ytringer og sociale fænomener ved at henvise til motiver, holdninger og normer hos de involverede personer" (Wulff og Pedersen, 1986, s. 156).

De menneskelige ytringer vi søger at forstå, er i første omgang tekster skrevet af fagfolk som kan sige os noget om emotionelle behov hos mennesker med en erhvervet hjerneskade. I vores forståelse af disse tekster, må vi tage højde for motiver, holdninger og normer hos forfatterne. Desuden søger vi at forstå de ytringer vores to patienter i casebeskrivelserne kommer med, i tilknytning til deres oplevelser af receptiv musikterapi. Vi søger her at afdække hvilke motiver og holdninger som ligger til grund for deres måde at interagere på i musikterapien, for at komme frem til en forståelse af hvad der kendetegner deres emotionelle behov.

Da vi som nævnt ikke ønsker at undersøge mennesket som biologisk organisme, bliver det oplagt at anvende en kvalitativ metode. Kvalitativ forskning karakteriseres meget overordnet ved at "a) dens formål er at skabe indsigt i eller forståelse for menneskers motiver og handlinger, og b) (...) dens data er mangfoldige, righoldige, ustrukturerede eller på anden vis vanskelige at tælle eller skalere" (ibid., s. 157). Vores valg af metode kommer altså naturligt af at vi ikke søger at *bevise* kausale årsagsforhold, men *belyse* hvilke behov der kan tolkes ud fra vores patienters motiver og handlinger i musikterapien, hvilket sker på baggrund af casemateriale.

Bruscia (2005) beskriver den kvalitative forskningsproces, som havende tre definerende karakteristikker (Bruscia, 2005,s.129)(vores oversættelse):

- Kvalitativ forskning kan betegnes som en proces som gradvist udfolder sig, snarere end en trinvis, fuldstændig planlagt procedure.

- Kvalitativ forskning er en personlig proces, grundlagt i forskerens værdier. Der er ingen skarpe skel mellem forsker og fænomen.
- Kvalitativ forskning er en interpersonel proces, en måde hvorpå mennesker studerer andre mennesker og det at være menneske.

Overordnet kan vi sige at litteratursøgningen og gennemgangen i sig selv er en proces, som udfolder sig på baggrund af vores værdier og forforståelse. Desuden er vi, i kraft af vores dobbeltroller som dem der har udført terapien og dem der også analyserer det der er foregået i terapien, i højeste grad involveret i en personlig proces, hvor der ikke er skarpe skel mellem forsker og fænomen. Specialet bliver endvidere til en interpersonel proces, idet vi i casedelen undersøger patienternes ytringer for at få en bedre forståelse af hvad deres behov er, samt hvorvidt og hvordan de bliver mødt i musikterapien.

Den type viden vi kan forvente at opnå i dette speciale, er en indsigt i emnet emotionelle behov hos mennesket med erhvervet hjerneskade i hospitalsfasen, og hvordan disse kan mødes. Denne indsigt opnår vi via andres tekster om emnet og relaterede emner og via vores fortolkning af vores patienters udsagn. Specialet skal altså ikke ses som en undersøgelse i effekten af musikterapi. Der er ikke tale om en objektiv sandhed, men en subjektiv, konstrueret sandhed. Vi kan forvente en dyberegående indsigt i de to caseforløb vi analyserer, men kan ikke forvente at finde viden som kan generaliseres til at gælde alle mennesker med erhvervede hjerneskader i hospitalsfasen. Dog kan vi forvente at eventuelle fællestræk eller modsigelser i litteraturen og casebeskrivelserne kan bidrage til en øget forståelse af emnet, og medføre nye spørgsmål, som kan åbne op for en videre udforskning af området.

Vores syn på viden og tilgang til videnskab kan beskrives som en moderat konstruktivistisk tilgang, hvor vi går ud fra at mennesker aktivt skaber viden om verden og hinanden. Med verden mener vi her den sociale virkelighed, eller diskurs, og ikke den fysiske verden i sig selv. Dette hænger sammen med vores menneskesyn, og medfører for det første at vi ser den kliniske virkelighed i musikterapien som en konstruktion skabt i fællesskab af os og vores patienter. For det andet ser vi den fortolkning vi kommer frem til i analyserne, som en konstruktion som må forstås som et sammenspil mellem den kontekst musikterapien er foregået i, den baggrund vi kommer med, samt den historie patienten repræsenterer. Dette fører os videre til en beskrivelse af specialet som en hermeneutisk proces.

2.2 Hermeneutik

Vi har et hermeneutisk syn på videnskab hvor fortolkning og forskerens egen forståelseshorisont er nødvendige og uundgåelige komponenter i forskningsprocessen. Vi forholder os til den hermeneutiske cirkel som beskrevet af Gadamer (Pahuus, 2003, s.153). Fortolkning af tekster handler hos Gadamer ikke kun om at bevæge sig mellem dele og helheder i teksterne, men også om en bevægelse mellem den forståelseshorisont man har i mødet med teksten, og tekstens helme-

ning. Tekstens helmening vil gradvist kunne virke tilbage på forforståelsen og give denne en mere åben karakter, og derved gøre at man klarere kan forstå tekstens udsagn. Desuden indebærer fortolkningen at man bevæger sig frem og tilbage mellem spørgsmål som man stiller til teksten, og de svar som teksten giver på disse spørgsmål. Denne tilgang til såvel litteraturgennemgang som casebeskrivelser medfører forhåbentlig at vi ikke blot går i ring, og finder ud af det vi allerede vidste. Tvært imod kan hver runde i den hermeneutiske cirkel således sige os noget nyt og medføre nye spørgsmål.

Forståelseshorizonten kan ses både som en forhindring for at se noget objektivt, og som en forudsætning for at have perspektiv. Når vi søger i litteraturen, udvælger vi søgeord på baggrund af vores erfaringer. Dette medfører fund som til dels er styret af vores forforståelse, men som alligevel kan bidrage til en udvidelse af vores forståelseshorizont, idet tekstens indhold er meget mere end blot et nøgleord. På baggrund af vores forståelse af teksterne som helheder, og som dele af en større helhed (litteraturgennemgangen), uddrager vi vigtige temaer. Denne proces er altså afgrænset af vores forforståelse, som danner ramme om vores vurdering af hvilke tekster som er relevante og på hvilken måde, i forhold til vores på forhånd definerede helhed "emotionelle behov":

"Horisont er det synsfelt, som omfatter og omslutter alt det, som er synligt ud fra et givent punkt. ...Omvendt betyder det at have horisont, at man ikke er indskrænket til det nærmeste, men kan se ud over det. Den, som har horisont, forstår at vurdere den relative betydning af alle ting inden for denne horisont, dvs. som nært eller fjernt, stort eller småt" (Gadamer, i Gulddal og Møller, red., 1999, s166).

Når vi undersøger oplevelser hos patienter i musikterapi hvor vi selv har været musikterapeuter, står vi i fare for at vi kun kan få øje på det vi allerede har oplevet, i stedet for at være åbne for hvad casebeskrivelserne i tekstform kan sige os nu. Når vi vælger at anvende en litteraturgennemgang, er det vores hensigt at udvide vores forståelseshorizont før vi igen "kigger på casebeskrivelserne med nye briller". Denne stadige udfordring af vores forståelseshorizont kan medføre en tydeliggørelse af hvad der kan siges at være vigtigt, hvad der hænger sammen og hvad der giver mening:

"At opnå en horisont betyder altid, at man lærer at se ud over det nære og det alt for nære, ikke for at se bort fra det, men for at se det bedre i en større helhed og i mere rigtige proportioner." (ibid., s. 169).

Da vi er to om at skrive specialet, foregår der desuden konstant en afprøvning af vores forskellige forståelseshorisonter, hvilket gør at forståelsen af vores individuelle caseforløb gennemgår flere runder i den hermeneutiske cirkel. Dette bidrager til at den musikterapeut som har gennemført forløbet, bliver tvunget til at forholde sig kritisk til sin forforståelse, hvorved en udvidelse af forståelseshorizont og nye spørgsmål muliggøres.

2.3 Casestudie

I dette speciale inddrages to caseforløb. For at kunne præcisere hvordan de to cases fremstilles og anvendes, vil vi i det følgende uddybe casestudie som metode. Til dette formål anvender vi bogen *Music Therapy Research – second edition* (Wheeler, red., 2005), hvor Smeijsters og Aasgaard behandler emnet casestudier. Indledningsvis til dette afsnit vil vi nævne at casestudie ofte anvendes som metode indenfor europæisk musikterapiforskning. Her iblandt kan nævnes Al-dridge (1996, 1998), Ridder (2003, 2005), Hannibal (2000) og Elefant (2002), som alle har brugt casestudiedesign til deres forskning.

2.3.1 Hvad er en case?

En case beskrives ifølge Smeijsters og Aasgaard som værende specifik, og en enkelt case kan ikke repræsentere en population: "Specific means that a case is something particular, it is not a sample from a population" (Smeijsters og Aasgaard, 2005, s. 440). En case beskrives også som kompleks i dens måde at fungere på og er et afgrænset system, som udfolder sig inden for et specielt tidsrum eller kontekst, differentieret fra dets omgivelser. Endvidere karakteriseres en case som værende grundet i virkeligheden ("real-life"), og som regel er den relateret til nutiden. Dvs. relateret til samtidige begivenheder (ibid., s. 440-441).

Ifølge Smeijsters og Aasgaard kan man overordnet set skelne imellem to former for casestudier: 1) Casestudier som ikke følger en foreskrevet forsknings standard, og 2) casestudier som følger foreskrevne forsknings standarder. Dog har mange casestudier som ikke følger en forsknings standard, karakteristika af casestudier som følger en forsknings standard, da de typisk er skrevet til andre fagfolk og udgives blandt fagfolk. Men disse karakteristika opfylder ikke i tilstrækkeligt omfang de krav som stilles til regulær forskning (ibid., s. 441).

Smeijsters og Aasgaard uddyber forskellen imellem de to former for casestudier. De skelner imellem ikke-videnskabelige casestudier og videnskabelige casestudier. Ikke-videnskabelige casestudier, hvilket kan dreje sig om case historier, case vignetter eller case eksempler, har alle været meget anvendt som en måde at præsentere musikterapeutisk praksis på (ibid., s. 441). En case er som regel en patient eller en patientgruppe, og studiet indebærer beskrivelse af musikterapisessionerne, hvor den musikterapeutiske proces, problemstillinger, mål, interventioner og resultater også beskrives. Et eksempel på ikke-videnskabelige casestudier er Brucias bog *Case studies in Music Therapy* (1991) hvor 42 caseeksempler præsenteres. Samtlige 42 casebeskrivelser er disponeret på samme måde, og de forskellige forfattere anvender diverse teoretiske vinkler i deres analyse af deres case. Dog betragtes disse caseeksempler som værende ikke-videnskabelige, fordi forskningsmetoden og forskningsprocessen ikke er beskrevet.

Videnskabelige casestudier karakteriseres ved at forskeren ekspliciterer sine forskningsmetoder og teknikker, og adskillige kriterier omkring troværdighed (reliabilitet og validitet) skal opfyldes.

Disse kriterier om troværdighed inddeler Smeijsters og Aasgaard i fire kategorier, som er; 1) validitet, 2) reliabilitet, 3) intern validitet og 4) ekstern validitet. Disse kriterier er med til at forhindre forskeren i at forholde sig ikke-videnskabeligt til sine egne data og fund, og derved drage tolkninger og slutninger som der ikke er belæg for. For at opfylde disse kriterier kan forskeren bl.a. lave grundige beskrivelser af data, gentagne analyser, member-checking, peer debriefing, triangulering, brug af forskellige typer data og brug af forskellige teoretiske perspektiver (ibid., s. 445). Dvs. kriterier som baseres på kvalitative forskningsmetoder.

Der er forskellige formål ved at anvende casemateriale i både forskningssammenhæng og andre sammenhænge. Man kan bruge en case til det formål at man ønsker at tilegne sig en specifik viden, lige præcis om den specifikke case, eller med det formål at udvikle mere generel viden ud fra en specifik case. Smeijsters og Aasgaard eksemplificerer med Stake, som differentierer imellem "intrinsic" og "instrumentel case study research" (ibid., s. 441). Ifølge Stake er der tale om "intrinsic case study research" når en forsker ønsker at forstå en case ud fra dets egne præmisser. "Instrumentel case study research" kendetegnes ved at forskeren som udgangspunkt har en særlig interesse eller spørgsmål til en case, og ønsker at opnå viden lige præcis om dette emne eller tema. Smeijsters og Aasgaard skriver at Stakes differentiering ikke er absolut, og der er mulighed for at overføre viden fra den ene måde at forske på til den anden måde at forske på (ibid., s. 441-442).

Knud Ramians beskrivelser af "holistisk casestudie" og "indlejret casestudie" kan minde om Stakes beskrivelser af "intrinsic" og "instrumentel case study research". Ramian beskriver et holistisk studie, som et studie af en enkelt case hvor fokus er på hele casen, hvilket på dette punkt kan sammenlignes med Stakes beskrivelse af "intrinsic case study research". Et indlejret casestudie beskrives som studiet af en enkelt case, hvor fokus er på et eller flere fænomener i casen (Ramian, 2007), hvilket på dette punkt kan sammenlignes med Stakes beskrivelse af "instrumentel case study research".

Smeijsters og Aasgaard skriver endvidere at casestudieforskning kan inkludere adskillige cases, da dette kan fremme en bedre, bredere indsigt, eller tilføje flere vinkler og facetter til det som undersøges. Denne form for casestudieforskning er både instrumentel og multiple. Vigtigt er at hver case bliver præsenteret og analyseret individuelt, og at der ikke opstår "sammenhobning" af data imellem casene ("aggregation of data").

Det som kendetegner et videnskabeligt casestudie kan opsummeres med følgende punkter:

- Forskningsmetoder anvendes systematisk
- Forskningskrav om validitet og reliabilitet opfyldes
- Der kan anvendes multiple case, men der må ikke opstå sammenhobning af data.

Det som kendetegner ikke-videnskabeligt casestudier, kan opsummeres med følgende punkter:

- Der kan være tale om casehistorier, caseeksempler og case vignetter.
- Forskningsmetode og forskningsprocessen er ikke beskrevet

- Ikke krav om diverse forskningskriterier i forhold til validitet og reliabilitet

2.3.2 Hvordan anvender vi vores casemateriale i specialet?

Med de to casestudier ønsker vi at belyse hvad der kendetegner emotionelle behov hos patienter med en erhvervet hjerneskade i fase 2 i rehabiliteringen, og hvordan disse kan imødekommes ved hjælp af receptiv musikterapi med fokus på billeddannelser. Der er altså tale om en særlig interesse for emnet emotionelle behov i dette speciale, hvorved vi læner os op ad det som Stake beskriver som "instrumentel case study research" og det som Ramian beskriver som et indlejret casestudie. Idet vi anvender to casestudier i specialet, kan vores casestudie design derfor også beskrives som multiple.

Måden hvorpå vi anvender specialets casemateriale, kan på en række punkter betegnes som videnskabelige casestudier. Dog er der også en række punkter i forhold til forskningsmæssige krav, angående validitet og reliabilitet, som vi ikke opfylder, hvilket svækker specialets videnskabelige niveau. Vi opfylder ikke krav hvad angår gentagne analyser, member-checking og brug af forskellige typer data. For i højere grad at leve op til krav om reliabilitet og validitet, følger vi nedenstående kriterier i brugen af casemateriale:

- Indsamling af data er beskrevet.
- Data fra case B er baseret på ordret transskription fra lydoptagelse af sessionerne, hvilket gør det muligt for en udenforstående at følge processen meget præcist. Data fra case A er baseret på terapeutens logbog og referater fra sessionerne, skrevet ned umiddelbart efter hver session. Her er det ikke muligt for en udenforstående at gå tilbage til transskriptioner og se nøjagtig hvad der er blevet sagt og dermed følge processen mere præcist. Dette kan ses som en svaghed.
- Hver case bliver præsenteret og analyseret individuelt, og der opstår ikke "sammenhobning" af data imellem casene ("aggregation of data").
- Intern validitet: Vi har bearbejdet og diskuteret hinandens casemateriale, for bedst muligt at forhindre at vi drager tolkninger og slutninger som der ikke er belæg for. Colin Robson beskriver denne strategi til at sikre validitet som "peer debriefing" (Robson, s.404, 2002).
- Forskningsprocessen er beskrevet i forhold til analyse af data.
- Triangulering: Ved at belyse casematerialet ud fra vores litteraturgennemgang anvender vi "teori-triangulering", som ligeledes er en strategi der sikrer validitet (Robson, s.290, 2002).

Efter denne beskrivelse af specialets metode som værende overordnet kvalitativ og hermeneutisk, samt en beskrivelse af vores måde at anvende casestudie på, går vi nu videre til specialets teoriafsnit.

3 Musikterapi og mennesker med erhvervet hjerneskade

I det følgende vil vi præsentere dette speciales teoriafsnit. Teoriafsnittet består af en kort, generel gennemgang af følgende områder:

- Patientgruppen; mennesker med erhvervet hjerneskade
- Musikterapi og neurorehabilitering
- Receptiv musikterapi
- Indre billeder

En gennemgang af disse områder tjener formålet at fungere som et rationale bag den musikterapeutiske behandling samt som baggrundsviden, hvorved vi gør det eksplicit, hvilket aksiom vi handler ud fra.

Vores primære teoretiske kilder til dette afsnit er Kenneth Bruscia⁹, Søren Hald¹⁰ Denise Grocke¹¹, Tony Wigram¹², Felicity Baker¹³, Jeanette Tamplin¹⁴ og Kjeld Fredens¹⁵.

Af deres mange værker, anvender vi i denne sammenhæng følgende bøger: *Defining Music Therapy* (Bruscia, 1998), *Indre billeder, selv og eksistens – receptiv musikterapi med senhjerneskadede* (Hald, 2004), *Receptive Methods in Music Therapy* (Grocke & Wigram, 2007), *Music Therapy Methods in Neurorehabilitation – A Clinician’s Manual* (Baker & Tamplin, 2006) og *Mennesket i hjernen – en grundbog i neuropædagogik* (Fredens, 2006). Disse bøger har indgået som litteratur på musikterapistudiet, hvoraf Hald (2004) og Baker & Tamplin (2006) er gengangere i litteraturgennemgangen i kapitel fire.

Vi vil nu starte med at beskrive patientgruppen mennesker med erhvervet hjerneskade, hvor vi forholder os til spørgsmål som angår følgende tematikker: Hvad indebærer det at få en hjerneskade? Hvilke symptomer kan medfølge en hjerneskade? Hvordan kan disse symptomer påvirke den ramte? Disse spørgsmål forholder vi os til i følgende afsnit.

⁹ Professor i musikterapi ved Temple Universitetet i Philadelphia, fagområde: er involveret i musikterapiforskning på en lang række felter og med meget forskellige musikterapeutiske metoder.

¹⁰ cand. mag i musikterapi, fagområde: mennesker med erhvervet hjerneskade.

¹¹ Professor i musikterapi ved musikterapistudiet på Universitetet i Melbourne i Australien, fagområde: er også involveret i musikterapiforskning på en lang række felter og med meget forskellige musikterapeutiske metoder.

¹² Professor ved musikterapi uddannelsen på Aalborg Universitet, fagområde: er ligeledes involveret i musikterapiforskning på en lang række områder, men kan siges at have specialiseret sig indenfor autisme og Rett’s syndrom.

¹³ Ph.d. i musikterapi, fagområde: mennesker med erhvervet hjerneskade.

¹⁴ Musikterapeut på Royal Talbot rehabilitation Hospital i Australien, fagområde: mennesker med erhvervet hjerneskade.

¹⁵ Læge og hjerneforsker, fagområde: neuropædagogik.

3.1 Patientgruppen – mennesker med erhvervet hjerneskade

Denne patientgruppe er mennesker som i voksenlivet har fået en skade i hjernen, hyppigst forårsaget af apopleksi (blodprop eller blødning i hjernen), traumatisk hjerneskade efter f.eks. ulykker eller af anden årsag. Andre årsager kan være hjerneskader opstået som følge af betændelsestilstande (f.eks. meningitis), svulster, forgiftning eller iltmangel som følge af f.eks. kvælning, drukning eller hjertestop (Baker & Tamplin, 2006, s. 25). Der skønnes at leve 60.000 mennesker i Danmark med erhvervet hjerneskade, og man regner hvert år med at der kommer 15.000 nye tilfælde af erhvervet hjerneskade i Danmark (www.vfhj.dk, 2008).

Det gælder for denne patientgruppe, at de er mennesker, som har levet et normalt liv med familie, karriere, ferier, fritidsinteresser m.m., som nu lever et liv med mange forandringer pga. hjerneskaden. Forandringerne kan indebære at personen i en længere eller kortere periode, helt eller delvist bliver ude af stand til at klare sig selv og bliver afhængig af hjælp fra systemet (Baker & Tamplin, 2006, s. 19). Det kan eksempelvis dreje sig om hjælp til personlig pleje, praktisk hjælp, fysisk genoptræning, psykologisk behandling osv.

3.1.1 Hvilke symptomer medfølger en hjerneskade?

Fredens (2006) beskriver hjernen som et ufatteligt kompliceret system, som er opbygget af nerveceller der kommunikerer indbyrdes. Overordnet set, kan hjernen beskrives som inddelt i en højre og en venstre hjernehalvdel, hvorfra en række af hjernens funktioner styres. Baseret på neurologisk forskning, kan generelt siges at venstre hjernehalvdel varetager sproget, opbevaringen af data, analysen, kodningen og logikken. For højre hjernehalvdel gælder det, at den varetager oplevelsen af helhed/sammenhæng, følelser og abstrakte indtryk (Hald, 2004, s.22-23).

Følgevirkningerne af en hjerneskade varierer alt efter skadens omfang og placering (Baker, 2005, s.36). Skader i venstre hjernehalvdel kan medføre en eller flere af følgende symptomer: Afasi (tab af sprog), apraksi (tab af evne til at udføre bestemte handlinger), agnosi (tab af genstandsgenkendelse), kropsskemaforstyrrelser, rum-/retningsforstyrrelser, topografisk agnosi (tab af evnen til orientering i vante omgivelser), motorisk apraksi og tidsopfattelses problemer. For skader i højre hjernehalvdel gælder det, at en eller flere af følgende symptomer kan fremkomme: Organisk betinget depression, neglekt (kan vise sig ved manglende sygdomsindsigt), agnosi, apraksi, kropsskemaforstyrrelser, fragmenteringstendens og tidsopfattelsesproblemer (Hald, 2004, s. 22-23). Endvidere kan en hjerneskade også give motoriske følger, mentale følger, personlighedsændringer, adfærdsmæssige følger, sanseforstyrrelser samt andre komplekse, sansemæssige, motoriske følger (www.hjernerikassen.vfhj.dk¹⁶). Disse følger kan bl.a. indebære problemer med svigtende koncentration og opmærksomhed, nedsat hukommelse, depression, svig-

¹⁶ Videnscenter for Hjerneskade står bag hjemmesiden www.hjernerikassen.vfhj.dk Denne hjemmeside er resultatet af mange års indsamling af viden og erfaringer på hjerneskadeområdet. Hjernerikassen er tænkt som en værktøjskasse for kommunale medarbejdere, der arbejder med hjerneskader.

tende styring og kontrol af følelser (labilitet), manglende hæmning og situationsfornemmelse, ubekymret og tilsyneladende ligeglad holdning til sig selv om omverden, manglende motivation, initiativ og engagement samt urealistisk adfærd.

Der er stadig megen uvished omkring hjernen og dens evne til at komme sig efter en skade (Baker & Tamplin, 2006, s. 19). De seneste års neurologisk forskning har vist at den menneskelige hjerne er plastisk, og ikke statisk som man tidligere hævdede. Det vil sige, at hjernen er foranderlig, og at den kan tilpasse sig nye vilkår og udfordringer (Fredens, 2006, s. 92). Desuden mestrer hjernen at udføre den samme opgave på mange forskellige måder, hvilket siger noget om hjernens evne til at skabe sig selv på ny. Hjernens evne til plasticitet giver derfor grund til en vis optimisme i forhold til rehabilitering (Fredens, 2006, s. 92). I forlængelse heraf kan nævnes Jakob Blichers (læge på Århus Universitets hospital) artikel om hjernens evne til spontan bedring (remission) og hjernens evne til plasticitet (fokus, 2008 nr. 2). Han skriver, at hjernens evne til plasticitet kan vare ved, også længe efter at en skade er opstået. I denne sammenhæng påpeger han vigtigheden af, at visitere patienter til det rigtige behandlingstilbud, men at det dog på samme tid stort set er umuligt på forhånd at fastslå, om en patient vil få udbytte af et specifikt behandlingstilbud. Her påpeger han vigtigheden af, at man som behandler højtuddannede, f.eks. som kandidat, master, ph.d., fordi sådanne overbygninger kan sikre større grad af evidens for den behandling som gives, men også at nye behandlinger sikres et videnskabeligt grundlag.

3.1.2 Hvad indebærer det at få en hjerneskade?

Når et menneske bliver udsat for en pludseligt opstået hjerneskade, kan virkeligheden forekomme kaotisk og skræmmende. Dog gælder det for nogle mennesker med erhvervet hjerneskade, at de faktisk ikke er beviste om at de har lidt et funktionstab. De lever deres liv aldeles uvidende om at en forfærdelig ulykke har ramt dem. Blandt de mennesker med erhvervet hjerneskade, som er bevidste om deres situation, er billedet af verden, både den indre og den ydre, forandret, og livet forekommer ikke mere så forudsigeligt og gennemskueligt som tidligere. På et sociologisk plan kan man sige at der er sket et skred i selvforståelsen, af værdi- og normsystemer, kulturelle vaner eller holdningssystemer, som den enkelte (og flere sammen) orienterer sig efter. Der er med andre ord sket et skred i det sociologen Pierre Bourdieu¹⁷ beskriver som "Habitus" (Fehler, J.O., 2001). Kort sagt, kan habitus beskrives som en slags forforståelse, som er opbygget og baseret på baggrund af vores livserfaringer, hvorigennem vi oplever verden. Vi har igennem vores praktikerfaringer oplevet patienter have en mangelfuld evne til at tolke forskellige situationer hensigtsmæssigt, hvilket kan sige noget om at patienten overordnet set kan have en manglende forståelse af sig selv og omverden. Denne situation kan opleves som meget traumatisk, og

¹⁷ Bourdieu definerer i sit sociologiske arbejde begreber, som "felt", "kapital", "habitus" og "symbolsk vold" (Fehler, J.O., 2001). Disse begreber udgør et sammenhængende kompleks, men vi har tilladt os at tage ét enkelt begreb "habitus" ud af denne sammenhæng, fordi vi har fundet begrebet velegnet, til at klarlægge nogle af de forandringer, som et menneske oplever efter en hjerneskade.

vi tænker at dette også indvirker på hvordan patienten kan forholde sig til sig selv og sine følelser, dvs. en indvirkning på et emotionelt plan. Her har vi gennem vores praktik endvidere erfaret, at det er vigtigt at være opmærksom på forskellen imellem emotionelle symptomer og emotionelle reaktioner på skaden. Det kan være svært at adskille imellem hvornår der kan være tale om et emotionelt symptom, eksempelvis grådlibilitet, og en emotionel reaktion på skaden, så som depression. Altså en skelnen imellem et biologisk betinget emotionelt symptom og en psykologisk betinget emotionel reaktion. Årsagen til at denne skelnen er vigtig, hænger for os sammen med den behandling som patienten tilbydes. Vi ser, at der kan opstå en fare for at forveksle de emotionelle reaktioner med symptomer, hvor reelle sorgprocesser symptomreguleres ved hjælp af afledning eller medicinering, uden at patienten tilbydes psykologisk behandling, eksempelvis musikterapi. Leif Mørk, som er formand for videnscenter for hjerneskade, beskriver i en artikel fra Fokus, 2005 (4), vigtigheden af at inddrage den følelsesmæssige side i behandlingen. Han skriver følgende herom:

”Ofte fokuserer vi i rehabiliteringen på de intellektuelle og motoriske færdigheder, mens vi er tilbøjelige til at overse de muligheder, der ligger i at tage udgangspunkt i det musiske og følelsesnære. Men det musiske, det intellektuelle og det emotionelle hænger tæt sammen og supplerer hinanden. Man ved for eksempel, at musikudøvelse øger det mentale tempo og koncentrationen. Derfor må det forventes, at musikterapi og andre rehabiliteringsformer med udgangspunkt i det kreative og følelsesmæssige i fremtiden vil indgå i den vifte af tilbud, som tilbydes den hjerneskadede som en hjælp til rejsen tilbage til et så normalt liv, som det er muligt, efter at skaden er sket” (Fokus, 2005(4), s. 3).

Opsummering

Der skønnes at leve 60.000 mennesker i Danmark med erhvervet hjerneskade, og man regner med at der hvert år kommer 15.000 nye tilfælde af erhvervet hjerneskade i Danmark. Følgevirkningerne af en hjerneskade varierer alt efter skadens omfang og placering. Manglende motivation og initiativ, depression, svigtende styring og kontrol af følelser (labilitet), neglekt, ubekymret og tilsyneladende ligeglad holdning til sig selv om omverden, ses som nogle af de almindelige følger efter en hjerneskade.

Nyere neurologisk forskning viser at hjernen er plastisk og foranderlig, hvilket giver grund til en vis optimisme i forhold til rehabilitering. For patienten med hjerneskade gælder det, at vedkommendes oplevelsesverden er ændret. Der er sket et skred i habitus, og pga. eventuelle kognitive funktionsnedsættelser og personlighedsændringer opfattes de indre og ydre stimuli ikke længere så strukturerede, forudsigelige og forståelige som før skaden. Disse ændringer kan give sig til udslag i et emotionelt kaos hos patienten, som både kan være biologisk og psykologisk betinget. Det er vigtigt at skelne her imellem for på bedst mulig vis at tilbyde patienten den optimale behandling. I den forbindelse skriver Leif Mørk om vigtigheden af at inddrage det følelsesnære i behandlingen, fordi det musiske, det intellektuelle og det emotionelle hænger tæt sammen og supplerer hinanden.

3.2 Musikterapi og neurorehabilitering

Eftersom dette speciales målgruppe også indbefatter øvrigt personale indenfor området (ergoterapeuter, fysioterapeuter m.fl.), vil vi indlede dette afsnit med en kort introduktion til musikterapi generelt, derefter følger en kort beskrivelse af musikterapi indenfor området med mennesker med erhvervet hjerneskade og til sidst beskrives receptiv musikterapi.

3.2.1 Kort om musikterapi generelt

I 1996 etablerer Verdensforbundet (World Federation of Music Therapy) følgende, omfattende og altfavnende definition af musikterapi, som har vundet almindelig tilslutning:

”Musikterapi er en kvalificeret musikterapeuts brug af musik og/eller musikalske elementer (lyd, rytme, melodi og harmonik/klang) med en klient eller en gruppe, i en proces der har til hensigt at støtte og fremme kommunikation, dannelsen af relationer, læring, mobilisering, udtryk, organisation og andre relevante terapeutiske mål, for at imødekomme fysiske, følelsesmæssige, mentale, sociale og kognitive behov. Musikterapi sigter mod at udvikle potentialer og/eller genetablere funktioner for den enkelte, således at han eller hun kan opnå bedre intra- eller interpersonlig integration og som følge heraf, en bedre livskvalitet gennem forebyggelse, rehabilitering eller behandling” (Bonde et al, 2001, s. 34).

Specifikke definitioner af musikterapi som fag og område varierer afhængigt af musikterapeutens overbevisning og perspektiv eller musikterapeutens ”tilhørsforhold til forskellige (behandlings) kulturer” (Bonde et al, 2001, s. 34). Definitionen af musikterapi kan også variere alt efter, hvilken klientgruppen musikterapeuten arbejder med (ibid., s. 35).

En anden definition af musikterapi, som vi anser for dækkende i et relevant omfang for specialets emne lyder som følger: ”Den målrettede brug af musik i klinisk, socialt og undervisningsøjemed til at behandle klienter eller patienter med medicinske, lærings-, sociale eller psykologiske behov” (Bonde et al., 2001, s. 34).

Denne målrettede brug af musik foregår i en terapeutisk relation, som er af stor betydning for udbyttet af terapien: ”Music Therapy is a systematic process of intervention wherein the therapist helps the client to promote health, using music experiences and the relationship that develop through them as dynamic forces of change” (Bruscia, 1998, s. 20).

Musikterapi kan opdeles i aktive og receptive metoder. I aktiv musikterapi er patienterne aktivt deltagende. Der kan i aktiv musikterapi arbejdes med komponeret musik og/eller med vokale og instrumentale improvisationer på mange forskellige slags instrumenter. Aktiv musikterapi kan også indeholde dans, sammenspil indenfor forskellige genrer, sang, bevægelse og leg med lyd. I receptiv musikterapi lytter patienten og terapeuten til musik sammen og taler om de oplevelser som musikken fremkalder.

3.2.2 Musikterapi og neurorehabilitering

Musikterapi indenfor neurorehabilitering er et relativt nyt område, og blandt den forskning som er foretaget indenfor området, kan nævnes Wendy Magee som arbejder på Royal Hospital for Neurorehabilitation i London. I sin ph.d. fra 1999 sammenligner hun sang og improvisation i klinisk musikterapi med mennesker som lever med kroniske neurologiske lidelser (Wigram & De Backer, 1999, s. 301). Endvidere kan nævnes den australske musikterapeut Felicity Baker, som i sin ph.d. fra 2005 forsker i musikterapiens muligheder for at forbedre stemmebrug og kommunikationsevne hos patienter med erhvervede hjerneskader (Bonde et al., s. 222).

Musikterapi indenfor neurorehabilitering er i disse år under udvikling i Danmark, og det kan nævnes at musikterapeut Søren Hald i efteråret 2008, med bevilling fra forskningsrådet for Kultur og Kommunikation, vil forske i effekten af musikterapi på relationelle og interaktionelle kompetencer hos mennesker med erhvervet hjerneskade.

Tidligere er musik blevet brugt som redskab i forbindelse med fællessang, stemmetræning, smertelindring, koncentrations- og kommunikationstræning og andre aktiviteter (Fokus, 2005, (4)). Dog blev disse aktiviteter som regel ledet af personale, som ikke nødvendigvis har været uddannet som musikterapeuter eller med anden terapeutisk/musisk baggrund. I dag varetages disse aktiviteter af musikterapeuter som har akademisk baggrund, og arbejder ud fra videnskabelige funderede studier. Her i blandt Søren Hald, som arbejder på "Høskoven"¹⁸ i Viby, som er et af de første steder i Danmark, der har taget musikterapien til sig som et fast tilbud til mennesker med hjerneskade (Fokus, 2005 (4)).

Vi vil i det følgende beskrive receptiv musikterapi, da vi fokuserer på denne metode som en mulig måde at imødekomme patienters emotionelle behov i fase 2 af rehabiliteringen.

3.3 Receptiv musikterapi

I Bruscia (1998) bog *Defining Music Therapy* gives følgende definition af receptive oplevelser i musikterapi:

"In receptive experiences, the client listens to music and responds to the experience silently, verbally or in another modality. The music used may be live or recorded improvisations, performances or compositions by the client or therapist, or commercial recordings of music literature in various styles (e.g. classical, rock, jazz, country, spiritual, new age). The listening experience may be focused on physical, emotional, intellectual, aesthetic or spiritual aspects of the music and the client's responses are designed according to the therapeutic purpose of the experience" (Bruscia 1998, s.120-121).

¹⁸ "Høskoven" er et rehabiliteringscenter for mennesker med erhvervet hjerneskade i aldersgruppen 15 år til ca. 65 år

Bruscia definerer en række variationer af disse receptive oplevelser, hvoraf "music relaxation" (musisk afspænding) og "imaginal listening" (lytning med billeddannelse) er relevant i denne sammenhæng. Musisk afspænding indebærer reduktion af stress, anspændthed og angst. Det indebærer endvidere en kropslig bevidstgørelse og afspænding samt fascilitering af en ændret bevidsthedstilstand (Bruscia, 1998, s. 122). Lytning med billeddannelse indebærer en vækkelse og støtte af billedlige/visuelle processer og indre oplevelser under en let ændret bevidsthedstilstand (Bruscia, 1998, s. 125).

Vigtigt er at nævne, at vores fokus på receptiv musikterapi og anvendelse af billeddannelse adskiller sig fra "The Bonny Method of Guided Imagery and Music"¹⁹ (herefter nævnt som GIM), som blev udviklet af Helen Bonny i 1970'erne. I traditionel GIM lytter patienten til specielt udvalgt klassisk musik, mens denne befinder sig i en let ændret bevidsthedstilstand. Sessionen er individuel, og patienten er undervejs i dialog med terapeuten omkring sine fysiske, mentale eller eksistentielle problemer i billedlig, metaforisk form (Bonde et al, 2001). En GIM session varer ca. 1,5 time. I vores receptive tilgang adskiller vi os fra GIM, fordi vi ikke anvender specielt udvalgt klassisk musik²⁰, sessionens længde varer maksimum en time (og ikke 1,5 time som i traditionel GIM) og vi fører endvidere ikke en dialog med patienten under billeddannelsen (dog med undtagelse af en enkelt session med fru B, hvor det at samtale undervejs afprøves)

I bogen *Receptive Methods in Music Therapy* (Wigram & Grocke, 2007) beskrives i bogens femte kapitel en række metoder med musik, visualisering og indre billeddannelse. Udfra Wigram og Grockes beskrivelser kan vi placere vores anvendelse af musiklytning med indre billeddannelse inden for følgende to metoder; "Directed music imagining" (vores oversættelse: direktiv guidede fantasirejse) og "Unguided music imagining" (vores oversættelse: ikke-direktiv guidede fantasirejse). Under den direktive guidede fantasirejse følger patienten terapeutens instrukser. Terapeuten indleder sessionen med en afspændingsøvelse, som glider over i en guidet fantasirejse. Den guidede fantasirejse udføres med et fast tilrettelagt manuskript. Udvalgt musik spilles i baggrunden, mens terapeuten guider patienten gennem fantasirejsen. Patienten beretter ikke om sine oplevelser fra fantasirejsen undervejs (ibid., s. 131). Denne metode egner sig særligt til patienter, som har brug for at følge en struktur. Metoden kan foregå individuelt eller i gruppe. Under den ikke-direktive guidede fantasirejse genererer patienten indre billeder udelukkende på baggrund af musiklytningen, uden at billeddannelsen er inspireret af terapeutens guidelines, da terapeuten ikke er aktiv imens patienten lytter til musik. Metoden egner sig i individuel musikterapi (Grocke & Wigram, 2007, s. 127-129).

¹⁹ Som GIM-terapeut uddannes man i at arbejde med patienters personlige og transpersonlige bevidsthedsniveauer. Uddannelsen til GIM-terapeut består af tre trin, hvoraf trin 1, kan vælges som valgfag på kandidatdelen af musikterapistudiet på Ålborg Universitet. Trin 2 og 3 strækker sig over en periode på 3 år. Her arbejdes i dybden med bevidsthedsteorier, musikkundskab og musikkens oplevelses-potentialer. (se evt. www.gimterapi.dk).

²⁰ Musikvalg til de to forløb beskrives under hver casebeskrivelse.

I det næste afsnit, vil vi redegøre for indre billeder med udgangspunkt i Denise Grockes beskrivelser heraf.

3.3.1 Indre billeddannelse

Grocke har ud fra sit kliniske arbejde udarbejdet en liste, hvor 16 forskellige typer af indre billeder beskrives. Disse forskellige typer indre billeder er alle billeder som er oplevet af patienter, mens de har lyttet til musik i en afspændt og afslappet tilstand. Skemaet nedenfor viser disse 16 typer indre billeder:

Typer af indre billeder	Beskrivelse
Visuelle oplevelser	Farver, former, brudstykker af en scene, hele scener, figurer, mennesker, dyr, fugle, vand (sø, vandløb, have, pools)
Minder	Barndoms minder, signifikante begivenheder, signifikante mennesker og følelser, erindringer.
Emotioner og følelser	Det fulde spektrum af emotioner og følelser, inkluderende; tristhed, lykke, glæde, sorg, angst, frygt, overraskelse
Kropslige sansninger	Dele af kroppen kan føles lettere, eller tungere, dele af kroppen kan føles følelsesløs og føles afspaltet fra kroppen. Der kan være kropslig fornemmelse af at være flydende eller faldende, kropslig fornemmelse af at dreje rundt, fornemmelse af at kroppen på en eller anden måde forandrer sig.
Kropslige bevægelser	Patienten kan lave bevægelser med sin krop i relation til det indre billede som opleves. Eks. hænder eller arme som rækker ud, en næve der knyttes i reaktion på følelser af vrede.
Somatiske sansninger	Patienten kan opleve forandringer i de indre organer, eksempelvis smerter i hjertet. Der kan også være tale om en udforskning af kroppens indre organer, hvor patienten undersøger et organs form og farve.
Ændret auditiv perception	Musikken kan høres ud, som om den kommer meget langt væk fra, at den er meget tæt på, eller at et enkelt instrument høres tydeligere end andre.
Ren musisk overføring	Patienten er fuldt ud engageret i musikken
Associationer og overføringer til	Patienten mindes da han/hun sidst hørte musikken (f.eks.

musikken	begravelse, bryllup), patienten mindes da han/hun selv spillede musikken eller at musikken bliver spillet helt for hende, eller at patienten spiller samme musik som bliver spillet for hende.
Abstrakte billeder	Tåge, dug, geometriske figurer, skyer etc.
Spirituelle billeder og spirituelle oplevelser	Patienten tiltrækkes af et lys, føler et stort nærvær, være i en katedral, være en spirituel person: en munk, præst.
Transpersonlige oplevelser	Kroppen opleves som værende mindre, større eller patienten kan opleve en dybtfølt kropsforandring (at cellerne forandrer sig, dele af kroppen ændrer form eller at man oplever sig selv som en fugl eller bliver ét med en signifikant følelse eller begivenhed).
Arketyperiske figurer	Figurer fra legendariske historier eller film karakterer kan optræde; eksempelvis Kong Arthur, Robin Hood, Vikingerne, en heks, supermand, E.T., Mickey Mouse, Darth Vader, Homer og Marge Simpson.
Dialog	Signifikante figurer fra patientens liv kan dukke op under billeddannelsen og ofte have en besked til patienten. Der kan eksempelvis opstå en dialog med forældre, men også aspekter af patientens selv kan være symboliseret i form af eksempelvis en baby eller et dyr.
Aspekter af "skyggen" af selvet	Patienten kan opleve at få indre billeder af en person, som patienten ikke kan lide. Det er centralt at finde frem til hvilke aspekter af personen som patienten reagerer overfor, da disse aspekter kan repræsentere dele hos patienten, som denne ikke kan lide at konfronteres med eller anerkende eksistere hos sig selv.
Symbolske former	En lang tunnel, et sort hul, et frø som åbner sig etc. Disse symboler eller billeder kan symbolisere forandring eller transformation. Symbolske billeder såsom en gammel bog kan ofte have en særlig mening for patienten.

(Tabel 2: Viser de 16 forskellige typer af indre billeder samt dertilhørende beskrivelser. Efter Wigram & Grocke, 2007, s. 134-135, vores oversættelse).

Der ses, at Grockes liste rummer et bredt spektrum af forskellige typer indre billeder, bl.a. indre billeder i form af minder, kropsfornemmelser, spirituelle oplevelser, arketypefigurer og emotionelle oplevelser.

Grocke refererer til Summer (1988), som har udviklet nogle retningslinjer for hvornår musiklytning og billeddannelse er egnet som metode for en patient. Musiklytning og billeddannelse som metode er egnet til patienter som; 1) er i stand til symbolsk tænkning, 2) kan differentiere mellem symbolsk, abstrakt tænkning og virkeligheden, 3) kan fortælle om sin oplevelse til terapeuten og 4) kan opnå positiv vækst som et resultat af musiklytningen og billeddannelsen (ibid., s. 136). Det fjerde kriterium beskrives som særligt vigtigt, eftersom nogle patienter kan blive konfronteret med negative indre billeder, hvilket kan opleves som overvældende og eventuelt have en negativ betydning for patientens proces i terapien (ibid., s. 136).

Vi kan genkende vigtigheden af disse kriterier i forhold til vores erfaringer gennem praktikken. I tilføjelse hertil oplever vi det som vigtigt at patienten først og fremmest må finde personlig mening i at arbejde med indre billeder og musiklytning. Endvidere er det vigtigt at patienten må have en god hørelse, for at kunne høre musikken og hvis terapeutens giver verbale guidelines til patienten undervejs. En selvsagt pointe, men ikke desto mindre vigtig.

Opsummering

Musikterapi er en videnskabelig funderet behandlingsform der tager udgangspunkt i musikkens evne til at skabe kontakt og kommunikation, og musikterapi indenfor neurorehabilitering er i disse år under udvikling i Danmark. Receptiv musikterapi er en fællesbetegnelse for metoder der anvender musiklytning til kliniske formål, og kan anvendes i både individuel terapi såvel som gruppeterapi. I vores receptive tilgang til musikterapi adskiller vi os på en række punkter fra traditionel GIM. Derimod kan vi placere vores anvendelse af musiklytning med indre billeddannelse indenfor Wigram og Grockes beskrivelser af direktiv guidet fantasirejse og ikke-direktive guidede fantasirejser.

Grocke opstiller ved hjælp af Summer (1988) fire kriterier for hvilke forudsætninger patienten nødvendigvis må have, for at kunne deltage i receptiv musikterapi med fokus på billeddannelse. Disse kriterier stemmer endvidere overens med vores egne oplevelser af hvilke forudsætninger patienten må have, for at kunne deltage i receptiv musikterapi med fokus på indre billeddannelse.

Efter denne beskrivelse af patientgruppen og musikterapi som behandlingsform, bevæger vi os nu videre til litteraturgennemgangen hvor emotionelle behov kommer i fokus.

4 Litteraturgennemgang

Som beskrevet, vælger vi at foretage en systematisk litteraturgennemgang som del af dette speciale. I det følgende beskrives baggrunden for at lave en litteraturgennemgang, fremgangsmåden og resultater af litteratursøgningen.

Musikterapiforsker Cheryl Dileo opstiller fire punkter som beskriver hvad litteraturgennemgangen kan bruges til (Dileo, 2005, s. 105). Disse fire punkter støtter vi os til. For det første skaber litteraturgennemgangen en kontekst, hvor det bliver tydeligt hvordan dette projekt passer ind i eksisterende teori og forskning, om der er overensstemmelse mellem den eksisterende litteratur og vores hypoteser, og om vores projekt indeholder noget nyt eller ej. For det andet kan litteraturgennemgangen identificere huller i litteraturen og give et rationale for projektet. Den tredje dagsorden bagved litteraturgennemgangen er at den kan bidrage til en klarere definition af undersøgelsesspørgsmålet. Spørgsmålets omfang kan blandt andet blive tydeligere, og en indsigt i problemet opnås. Til sidst kan litteraturgennemgangen bruges til at sammenligne egne fund med andres. Udover Dileos (2005) fire punkter, anvender vi litteraturgennemgangen i sig selv til at besvare problemformuleringen. Vi ser således litteraturgennemgangen som en runde i den hermeneutiske cirkel som bidrager til en ny forståelseshorisont. Denne nye forståelseshorisont opsummeres i delkonklusionen og tydeliggøres efterfølgende i kapitel fem.

4.1 Fremgangsmåde

Dileo (2005) beskriver processen med at foretage en litteratursøgning og skrive en litteraturgennemgang i otte trin (ibid., s. 106). Vores fremgangsmåde er inspireret af disse otte trin. Det første trin går ud på at identificere nøgleord samt synonymmer. Da vi gerne vil finde litteratur både om de emotionelle behov, samt musikerapi og billeddannelse i forhold til mennesker med hjerneskade, har vi fire grupper af nøgleord. Søgeordene vælger vi på baggrund af vores forforståelse og begrebsafklaring, og de fund vi gør vil være farvet heraf. Dog bruger vi også brede termer som "emotion" og "psyko", for at få et søgeresultat som er så upåvirket af vores forforståelse som muligt. Vi vælger følgende nøgleord, på dansk og engelsk:

<p>1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hjerneskade, apopleksi, slag • Neurorehabilitering, neurologi • TBI (Traumatic brain injury), ABI (Acquired brain injury), CVA (Cerebral Vascular Accident), Stroke, Brain damage, Brain injury • Neurorehabilitation, Neurology 	<p>2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emotion(el), Følelse(smæssig), (+Bearbejdning, Håndtering, tilpasning) • Psyko(logi) • Emotion(al), (Coping, Adjustment)
<p>3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Musik, Musikterapi • Music, Music therapy 	<p>4)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Billeddannelse, visualisering, Indre billeder • Imagery, Visualizing/zation

(Tabel 3: Oversigt over søgeord i litteraturbaserne).

Det andet trin i processen, at søge i litteraturen, gøres således: Søgeordene i gruppe 1) kombineres med de øvrige grupper af søgeord. På denne måde gør vi vores søgning fokuseret på den aktuelle patientgruppe.

Vi søger i udvalgte databaser, som indeholder tekster om patientgruppen samt om musikterapi. Vi søger i:

- psychinfo
- academic search premier
- medline
- Aalborg universitetsbiblioteks base, auboline
- GIM ressourcecenter: <http://www.musikterapi.aau.dk/gim-resource-center/GIMANNOT.PDF>

Desuden søger vi i følgende musikterapi-tidsskrifter: Nordic Journal of Music Therapy, British Journal of Music Therapy, Music Therapy Perspectives og Journal of Music Therapy.

Søgningen er foretaget i februar 2008, og i denne periode er det ikke muligt for os at komme ind i www.musictherapyworld.net hvor der er en musikterapispecifik database.

Inklusionskriterier for tekster er:

- Teksten er ikke mere end 20 år gammel

- Patientgruppen er voksne mennesker med erhvervet hjerneskade
- Teksten siger noget om emotionelle behov hos patientgruppen
- Teksten siger noget om psykologisk behandling.
- Tekster som siger noget om billeddannelse eller musik skal være relevante i forhold til ovenstående.
- Sproget er på engelsk, dansk, svensk eller norsk

Eksklusionskriterier:

- Forskningsartikler som omhandler psykologi, men som ikke har de emotionelle behov i fokus.
- Teoretiske tekster uden beskrivelse af patienters oplevelser eller casebeskrivelser. (F.eks. om hvordan læger skal diagnosticere depression efter en apopleksi).
- Forskningsartikler som udelukkende handler om patienters oplevelser i senere faser af rehabiliteringen.

Ved læsning af teksterne gennemgår vi litteraturlisterne, hvilket ifølge Dileo (2005) er et nødvendigt trin i litteraturgennemgangen (ibid., s. 108). På grund af specialets tidsbegrænsning har vi dog ikke mulighed for at indhente alle referencer, som kan være relevante, men begrænser os til at indhente eventuelle referencer, som specifikt rammer specialets problemformulering.

4.2 Resultater

Efter at have frasorteret tekster, jf. in- og eksklusionskriterier, står vi tilbage med 33 tekster. I bilag nr. 1 findes en tabel med essentielle informationer til hver tekst. Teksterne står opført i tabellen i den rækkefølge som de bliver beskrevet i litteraturgennemgangen. Tidsmæssigt spænder artiklerne fra 1988-2007. Over halvdelen er skrevet i løbet af 2000-tallet og kun ni tekster er ældre end ti år. På baggrund af det indhentede tekstmateriale kan vi således se, at der har været en stigning i antal artikler i den psykologiske litteratur i tilknytning til hjerneskader og emotionelle behov i senere tid.

Artiklerne er primært hentet fra amerikanske og britiske tidsskrifter, men forfatterne kommer også fra Sverige (1)²¹, Finland (1), Norge (1), Danmark (4), Tyskland (2), Australien (3) og Canada (1). Der er således en overvægt af amerikanske (10) og britiske (10) tekster.

De fleste tekster er tidsskriftsartikler, med nogle undtagelser (5) i form af bogkapitler og afhandlinger. Tidsskrifterne fordeler sig på lidt forskellige områder; fra diverse mere generelle tidsskrifter (8), til ergoterapi (1), sygepleje (4), neurologi og hjerneskade specifikt (10) samt musikterapi (5).

²¹ Antal angives i parentes.

Teksterne er altså blandede med hensyn til formål og målgruppe, og adskiller sig således også fra hinanden i forhold til hvilken type tekst der er tale om. Overordnet set er der tale om kvantitativ forskning (11), kvalitativ forskning (7), og beskrivelser af praksis, evt. med inddragelse af teori (13). Desuden er der i forbindelse med musikterapi inddraget litteraturgennemgange (2). Forskellige typer tekster er inkluderet på baggrund af vores ønske om at belyse emnet fra så mange vinkler som muligt.

De 33 tekster deler vi op i tre hovedområder: 1) forskning vedrørende emotionelle behov, 2) psykologisk behandling efter hjerneskade og 3) musikterapi med mennesker med hjerneskade. I vores forståelse af teksterne, søger vi at uddrage temaer med udgangspunkt i teksternes eget ordvalg og med samme vægt som forfatterne giver teksternes forskellige temaer. Disse opsummeres løbende og samles til sidst op i delkonklusionen.

4.3 Forskning i relation til emotionelle behov

Vores søgning har ført til et udvalg af 12 forskningsartikler, som berører temaet emotionelle behov hos mennesker med erhvervet hjerneskade (Anson & Ponsford, 2006a; Eccles et al., 1999; Gillen, 2006; Glass & Maddox, 1992; Howes et al., 2005 a,b; Kvigne et al., 2004; Nilsson et al., 1997; O'Callaghan et al., 2006; Pilkington, 1999; Sisson, 1998; Wallace & Bogner, 2000). Syv af disse er kvantitative og fem kvalitative undersøgelser. Desuden inddrager vi en doktorafhandling (Teasdale, 2007).

De 13 tekster er samlet i kap. 4.3 fordi de alle er forskningsartikler og beskæftiger sig med temaer i relation til emotionelle behov. Vi uddrager fra teksterne det som vi anser for at være relevant i forhold til vores fokus på emotionelle behov. Samtidig søger vi at afspejle den vægtlægning som forfatterne giver forskellige temaer i teksterne. På denne baggrund er vi kommet frem til følgende overordnede temaer: Patienters egen oplevelse af hjerneskaden, behovet for emotionel støtte og betydningen af copingstrategier samt indsigt i egen situation.

4.3.1 Patienters oplevelse af at få en hjerneskade

I fire af de førnævnte kvalitative studier er fokus på hvordan patienter oplever det at få en apopleksi. Teksterne beskriver alle tidlige faser i forløbet, og én inddrager hele det første år efter apopleksien (Kvigne et al., 2004).

Nilsson et al. (1997) belyser med sin kvalitative interviewundersøgelse apopleksiramtes oplevelser i løbet af den akutte fase af sygdommen og de første måneder efter udskrivelse. Ti patienter (ni mænd og en kvinde) i alderen 53 til 81 år som for nylig har fået sin første apopleksi, er med. Interviewene finder sted ca. en måned efter udskrivelse og anden gang ca. to måneder senere.

Den første interviewrunde fokuserer på deltagerens oplevelse af at være blevet ramt af en apopleksi, oplevelser fra tiden på hospitalet og efter hjemkomsten, inklusive hvilke behov og problemer som opstod. Desuden er der fokus på den mentale tilpasning og fremtidsprospektet hos deltagerne (Nilsson et al., 1997, s. 954). Anden interviewrunde tager udgangspunkt i de første interviews.

På baggrund af en fænomenologisk hermeneutisk analysemodel, bliver Erikssons kriseteori brugt. Der er tegn på alle kriser i Erikssons teori, selv om nogle er mere udtalte end andre (ibid., s. 955). Forfatterne siger at oplevelsen af at få en apopleksi indebærer meget mere end blot at takle situationen:

”It rather seems to embrace and challenge the whole of the individual’s ”being”, which is more than the sum of its parts, and gives rise to questions incident to the existential dimension” (ibid., s. 962).

For at komme igennem krisen på en vellykket måde og opleve integritet, dvs. helhed og mening, må individet møde alle de essentielle problemer som dukker op i menneskets udvikling (ibid., s. 962).

Et andet interviewstudie med fokus på patienters oplevelser beskrives af Sisson (1998). 11 mennesker i alderen 33 til 70 år, med højresidig apopleksi, interviewes efter en uge, en måned, tre måneder og seks måneder²². Artiklen beskriver hvilke kognitive og emotionelle problemer som fylder for patienterne, og giver ikke et klart billede af hvad de emotionelle behov består af. Dog henstiller Sisson (1998) til at der kommer fokus på patienternes kognitive og emotionelle status, da disse indvirker på det udbytte patienterne får af rehabiliteringen (Sisson, 1998, s. 202). Depression nævnes i alle faser. Efter tre og seks måneder bliver patienterne mere bevidste om de langsigtede konsekvenser af hjerneskaden, og efter seks måneder udtrykker de behov for at tale med nogen om hvordan de skal klare situationen²³ (ibid., s. 201).

Et tredje interviewstudie beskrives af Pilkington (1999). 13 apopleksi patienter i alderen 40-91 år interviewes i den akutte fase, efter en måned og efter tre måneder. Her er fokus på livskvalitet. Det teoretiske perspektiv er Parses ”Human becoming theory” som fokuserer på sundhed som levet oplevelse (Pilkington, 1999, s. 337).

Ifølge Pilkington (1999) støtter fundene anden forskning, og de giver en oplevelsesmæssig dimension til depression i tilknytning til livskvalitet efter en apopleksi. Desuden belyser studiet hvordan patienters livskvalitet kan forbedres gennem en ny værdsættelse af det ordinære, håb og drømme om nye muligheder, samt trøstende, opmuntrende relationer (ibid., s. 345). Pilking-

²² Denne artikel beskriver resultater som var sekundære i et studie som fokuserede på forholdet mellem funktionel status og mental status hos mennesker med højresidig apopleksi. Udover de spørgsmål patienterne blev stillet, ud fra en struktureret guide, fortalte patienterne om hvad apopleksien betød for dem. Disse beretninger udgør data i denne artikel (Sisson, 1998, s.199).

²³ Engelsk: How to cope.

ton (1999) gør opmærksom på at kvaliteten af relationen til plejepersonale kan påvirke patienternes livskvalitet. At føle sig lyttet til, at der er omsorg og forståelse kan forbedre livskvaliteten. Plejepersonale må være indstillede på at høre hvad det betyder at opleve de pludselige ændringer som følger med apopleksien (ibid., s. 346).

I en fænomenologisk undersøgelse af Kvigne et al. (2004) interviewes 25 apopleksiramte kvinder i alderen 31-80 år, med moderate til alvorlige fysiske skader²⁴. Interviewene foretages tre gange: seks uger og seks måneder efter apopleksien, samt et år efter udskrivelse. Fokus er hvorledes de oplever livet efter en apopleksi. Kvinderne har generelt vanskeligt ved at fortsætte livet på almindelig vis, og de har svært ved at bevare deres selvfølelse. Vanskelighederne kommer til syne både i praktisk henseende og ved eksistentielle aspekter. Kvinderne er domineret af en stærk vilje til at ville leve, og er meget positive og engagerede som et forsøg på at føle og skabe kontrol over deres liv. På samme tid oplever kvinderne sorg, tab og følelse af forringet livskvalitet. Kvinderne har også problemer med at deres liv efter apopleksien påvirker deres identitet som mødre, hustruer, bedsteforældre og husmødre, især den del af identiteten som knytter sig til at tage sig af andre og give omsorg. Samlet set drejer det sig om at finde nye måder at være i verden på:

“A major aspect of the struggle of these women encompassed finding new ways of interacting with the world. This entailed negotiations with themselves and significant others in order to continue their positions and roles in new ways, finding a reasonable balance between their own needs and those of others, and maintaining dignity and control of their lives” (Kvigne et al., 2004, s. 383).

Opsummering

Disse fire kvalitative undersøgelser af patienters oplevelser af at få en apopleksi, beskriver forskellige temaer, som kan relateres til emotionelle behov:

- At gennemgå kriser (Nilsson et al., 1997)
- At opnå en ny identitet og integritet (Nilsson et al., 1997; Kvigne et al., 2004)
- At opnå indsigt i konsekvenserne af hjerneskaden (Sisson, 1998)
- Livskvalitet (Kvigne et al., 2004; Pilkington, 1999)
- Sorg og tab (Kvigne et al., 2004)

Specifikt i forhold til hvad der viser sig af behov hos patienterne, kan nævnes behovet for at have nogen at tale med om hvordan situationen skal klares, efter at indsigten i de langsigtede konsekvenser er begyndt at komme (Sisson, 1998). Det at blive lyttet til, sammen med omsorg og forståelse fremhæves som noget patienterne har behov for i de første tre måneder (Pilkington, 1999). Mere overordnet kan vi se et behov for at finde en måde at forholde sig til den ændrede livssituation på, og at finde en ny måde at være i verden på, som giver livskvalitet.

²⁴ Nogle få stykker opnåede at vende tilbage til samme funktionsniveau, som de havde inden de blev ramt af deres apopleksi, men langt de fleste havde varige mén og varig funktionsnedsættelse pga. apopleksien.

4.3.2 Behovet for emotionel støtte

Seks studier beskriver de mulige emotionelle følger og/eller behov efter en hjerneskade, hvor emotionel støtte kan ses som et fælles tema.

Glass og Maddox' (1992) kvantitative undersøgelse fokuserer på den direkte indvirkning af forskellige typer social støtte på funktionel uafhængighed i løbet af de første seks måneder efter en apopleksi. 46 personer som er ramt af apopleksi for første gang, deltager i undersøgelsen. Sværhedsgraden af apopleksien og funktionel status bliver målt²⁵. Desuden bliver mængden af modtaget social støtte i form af emotionel, instrumentel og informativ støtte målt²⁶. Alle tre relateres signifikant til forbedring i funktionel kapacitet, men på forskellige måder.

Glass og Maddox (1992) beskriver rehabilitering efter en apopleksi som en psykosocial overgang, hvor patienten må genetablere funktionel uafhængighed, samtidig med at vedvarende mangler må inkorporeres i en ny personlig identitet og en ny forståelse af verden²⁷ (ibid., s. 1250). Forfatterne konkluderer at den apopleksiramte har behov for så meget emotionel støtte som muligt. Det lader desuden til at der er et vigtigt tidspunkt omkring 30-60 dage efter apopleksien, hvilket kædes sammen med at 30 dage er typisk indlæggelsestid (Glass & Maddox, 1992, s. 1257).

Eccles et al. (1999) undersøger hvorvidt der er forskel i de psykologiske reaktioner og copingstrategier hos apopleksipatienter, henholdsvis med og uden emotionel labilitet, indenfor en måned efter apopleksien. 65 patienter er med, hvoraf 19 betegnes som emotionelt labile. Forskellige selvrapporteringskemaer anvendes²⁸ og signifikante resultater viser, at patienter med følelsesmæssig labilitet har flere symptomer relateret til stemningsleje. Desuden ses der påtrængende tanker lignende det man finder hos mennesker med PTSD. Større følelser af håbløshed og hjælpeløshed samt undvigelse ses også. Eccles et al. (1999) påpeger at undvigende coping kan være en faktor, som er med til at opretholde labilitet, da det kan føre til tilbagetrækning, hvilket igen kan føre til at patienten får mindre social støtte og flere problemer med stemningsleje (Eccles et al., 1999, s. 124). Dette studie er ifølge forfatterne ikke stærkt nok metodisk, men antyder at videre forskning på de psykologiske faktorer i forbindelse med labilitet er relevant.

²⁵ Sværhedsgrad målt med Oxbury Level of Consciousness Scale. Funktionel status målt med Barthel Index of Activities of Daily Living

²⁶ Denne måde at definere social støtte på, bygger på forskning som siger at social interaktion i forbindelse med apopleksi er hjælpsom, når der er støtte tilgængelig, som tager sig af patientens emotionelle behov (emotionel støtte), når patienten får hjælp med daglige gøremål (instrumentel støtte) og når patienten får adgang til information om hvilke tilbud der er tilgængelige (informativ støtte) (Glass & Maddox, 1992, s.1253). De tre typer social støtte måles v.h.a. "inventory of socially supportive behaviour".

²⁷ A new assumptive world, dvs. Verden som man er vant til at den er, alt hvad man tager for givet. Jf. habitusbegrebet.

²⁸ (GHQ -12, recovery locus of control scale, impact of events scale (intrusion subscale og avoidance subscale), MASS (Fighting spirit subscale og anxious preoccupation subscale, avoidance subscale og helplessness/hopelessness subscale)

I tråd med Eccles et al. (1999) gør Teasdale (2007) i sin doktorafhandling opmærksom på at sekundære, emotionelle reaktioner lader til at være almindelig hos mennesker med apopleksi eller traumatisk hjerneskade. Teasdales (2007) populationsstudier beskæftiger sig med langsigtede konsekvenser af hjerneskader. Dog mener vi at følgende konklusioner og anbefalinger også kan være relevante for nærværende speciale: Personlighedskaraktistikker fra før skaden spiller en vigtig rolle når man vurderer udfaldet af skaden, og udfaldet kan ikke kun forudsiges ud fra placering og grad af hjerneskade. Desuden kan negative emotionelle reaktioner på de kognitive funktionsforstyrrelser efter en hjerneskade være ganske ekstreme, og alle aspekter af patientens liv kan påvirkes (Teasdale, 2007, s. 25). Teasdale (2007) anbefaler at emotionelle og bredere psykosociale konsekvenser af en hjerneskade ikke ignoreres, blot fordi de er sekundære i forhold til kognitive konsekvenser. Konsekvenser bør ses fra patientens og dennes families perspektiv (ibid., s. 27).

Ét eksempel på sekundære emotionelle konsekvenser af en hjerneskade drejer sig om ændringer i kropsbilledet. To studier af Howes et al. (2005a og 2005b) undersøger henholdsvis mandligt og kvindeligt kropsbillede efter erhvervet hjerneskade. Deltagerne er enten ramt af en apopleksi eller en traumatisk hjerneskade, minimum seks måneder tidligere. Howes et al. (2005a) beskriver et studie hvor 25 mænd med erhvervet hjerneskade sammenlignes med en kontrolgruppe på 25 mænd uden hjerneskade. Konklusionerne er at mænd med erhvervet hjerneskade er mindre tilfredse med deres fysiske og seksuelle funktion, og har et lavere selvværd end kontrolgruppen²⁹ (Howes et al., 2005a, s. 145). Kropsbillede og psykologisk sundhed ser ud til at hænge sammen (ibid., s.146). I det andet studie (Howes et al., 2005b) sammenlignes 13 kvinder med erhvervet hjerneskade med 13 raske kvinder³⁰. Resultater viser at kvinder med en hjerneskade har et ringe kropsbillede, og særligt ses der en utilfredshed med egen sundhedstilstand (Howes et al., 2005b, s. 413). Sammenlignet med de raske kvinder i studiet er kvinderne med hjerneskade mere deprimerede og har et lavere selvværd. Forfatterne påpeger vigtigheden af at møde disse kvinder med en holistisk tilgang, og foreslår at de kan have brug for hjælp til at finde mening og til at evaluere sig selv realistisk og positivt (ibid., s. 413).

Opsummering

Forskningsartikler som siger noget om emotionelle behov hos patienten med hjerneskade, gør opmærksom på at psykologiske faktorer kan være ligeså vigtige som biologiske, for hvordan patienterne har det (Eccles et al., 1999, Teasdale, 2007). Dette finder vi interessant bl.a. i forhold til hvordan depression behandles. Vigtigheden af emotionel støtte understreges (Glass & Maddox,

²⁹ Følgende skalaer blev brugt: The mini mental state examination, The brain injury community rehabilitation outcome scales, Rosenberg self-esteem scale, The hospital and anxiety and depression scale, The body dissatisfaction index og male body image questionnaire.

³⁰ Følgende skalaer blev brugt: The mini mental state examination, The brain injury community rehabilitation outcome scales, Rosenberg self-esteem scale, The hospital and anxiety and depression scale, The body dissatisfaction index og The eating disorders inventory.

1992). De fund vi har gjort, om end beskedne i omfang, støtter os i vores forforståelse af, at det kan være relevant at tilbyde et rum hvor der er fokus på de emotionelle behov i neurorehabilitering (Glass & Maddox, 1992; Eccles et al., 1999 og Teasdale, 2007). I forbindelse med specifikke emotionelle problemer som lavt selvværd (Howes et al., 2005a og b) efterfølgende en hjerne-skade, påpeges behovet for at blive mødt med empati og behovet for hjælp til at vurdere sig selv realistisk.

4.3.3 Coping og selvindsigt

Coping har allerede været nævnt, men hos de følgende to kilder er dette i fokus.

Anson og Ponsford (2006a) undersøger i et kvantitativt studie sammenhængen mellem "coping style" og emotionel tilpasning efter en traumatisk hjerneskade³¹. 32 patienter er med, og tid fra skaden varierer fra 1,5 måneder til 7 år. Coping defineres her som "constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific internal and external demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the individual." (Anson & Ponsford, 2006a, s. 248) Det vil sige at copingstrategier kan ses som de kognitive og adfærdsmæssige strategier individet bruger, i mødet med krav som opleves som værende store, muligvis endda for store, i forhold til individets ressourcer.

Anson og Ponsford (2006a) beskriver to typer copingstrategier, hvor den problemfokuserede strategi beskriver en aktivt handlende holdning, mens den emotionelle strategi går ud på at forsøge at ændre på de følelser som er forbundet med situationen, og ikke situationen selv. Emotionel coping kan komme til udtryk som positiv tænkning og accept eller undvigelse og fornægtelse (ibid., s. 249).

Resultater af Anson og Ponsfords (2006a) studie viser at strategier som karakteriseres som aktive, interpersonelle og problemfokuserede, kan forbindes med et godt selvværd og positive følelser. Copingstrategier hvor flugt og undvigelse dominerer, hænger sammen med høj tendens til depression og angst (Anson & Ponsford, 2006a, s. 256). Desuden beskriver Anson og Ponsford (2006a), at patienter som er meget bevidste om sine problemer i relation til hjerneskaden, har større tendens til uhensigtsmæssige³² copingstrategier (ibid., s. 256). Ifølge Anson og Ponsford (2006a) står dette i modsætning til litteraturen, som viser at en ringe bevidsthed om egen livssituation er associeret med fornægtelse og undvigende copingstrategier. Undersøgelsen peger på at emotionel tilpasning muligvis kan forbedres ved at fokusere på hensigtsmæssige copingstrategier. Omvendt er det muligt at en bedre emotionel tilpasning kan skabe hensigtsmæssige copingstrategier. Anson og Ponsford (2006a) foreslår en opmærksomhed på patienter med kognitive skader og patienter med en stor bevidsthed om egen livssituation, da begge disse grupper kan

³¹ Følgende skalaer blev brugt: Coping Scale for Adults (CSA), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Rosenberg Self-esteem Scale, State-trait Anger Expression Inventory og Sickness Impact Profile.

³² Engelsk: nonproductive

have tendens til ringe emotionel tilpasning samt stor tendens til uhensigtsmæssige copingstrategier (ibid., s. 257).

Et kvantitativt caseseriestudie af Gillen (2006) undersøger copingstrategier hos 16 apopleksiramte på 5.-7. dag efter indlæggelse³³. Alle deltagere anvender flere hensigtsmæssige end uhensigtsmæssige strategier. Deprimerede patienter anvender uhensigtsmæssige strategier hyppigere end ikke-deprimerede patienter. Dette er i overensstemmelse med Anson og Ponsfords (2006a) fund, som siger at uhensigtsmæssige strategier kan hænge sammen med depression og angst.

Allerede syge patienter anvender ifølge Gillen (2006) flere strategier og flere hensigtsmæssige strategier (Gillen, 2006, s.141). Gillen (2006) fremhæver at personale må være opmærksomt på patienternes forskellige måder at anvende copingstrategier på, både når de vurderer patienterne og i mødet med dem (ibid., s. 142). Dog påpeger Gillen (2006) at terapeuter i neurorehabilitering, grundet en mangel på forskning på området, ikke har nok viden om de psykologiske sider af en apopleksi (ibid., s. 142).

Hvilke copingstrategier patienterne anvender, hænger blandt andet sammen med patientens bevidsthed om egen situation og grad af depression. Disse aspekter belyses hos O'Callaghan et al. (2006), hvor fokus er på patienters oplevelse af at få indsigt i egne mangler efter en hjerneskade. O'Callaghan et al. (2006) interviewer ti patienter som deltager i postakut, tværfaglig hjerneskaderehabilitering, med adgang til psykologiske interventioner individuelt og i gruppe. Deltagerne er mellem 21 og 60 år, tid fra skaden er seks måneder til 5 år, og deres skader regnes som moderate til svære. Fokus er på deres oplevelse af at opnå indsigt i egne mangler som følge af den traumatiske hjerneskade.

Forfatterne opstiller en model, som viser processen fra at få indsigt, over at håndtere følelser, til at komme til accept (O'Callaghan et al., 2006, s. 589). De trækker også paralleller til sorgprocesser (ibid., s. 590). O'Callaghan et al.(2006) fremhæver at det er svært for personer med hjerneskade at blive klar over og anerkende deficits, hvis de ikke har haft muligheden for at opleve dem, hvilket de primært kommer til udenfor rehabiliteringsstedet. Desuden påpeges der at deltagerne beskriver fornægtelse som en aktiv proces, snarere end en ubevidst mekanisme.

Det er ifølge O'Callaghan et al. (2006) vigtigt at patienten får information og forklaringer, da dette kan mindske stress, bl.a. fordi det bidrager til en følelse af at blive normaliseret. En følelse af trykthed er endvidere vigtig for tilpasningen, og personale må møde patienten med respekt og accept (ibid., s. 591).

³³ Målt vha.the brief COPE, 14 strategier, kategoriseret som enten adaptive eller maladaptive, (hvilket vi oversætter til henholdsvis hensigtsmæssige og uhensigtsmæssige) (Gillen, 2006, s.138).

En anden vinkel på betydningen af indsigt beskrives hos Wallace og Bogner (2000). De undersøger, i et kvantitativt studie, forholdet mellem indsigt i egne mangler og de følelsesmæssige problemer for patienten med hjerneskade og en pårørende. 50 mennesker med mindst moderat hjerneskade deltager. De er rekrutteret fra et rehabiliteringscenter hvor de tidligere har været indlagt, og hvor de på undersøgelsestidspunktet kommer ambulantly. De har hver en ven eller et familiemedlem med som kender patienten godt.

Relevante fund for nærværende speciale er at de er som rapporterer færre symptomer på angst og depression, er mere tilbøjelig til at beskrive sig selv som mindre handicappet end deres pårørende gør³⁴. Modsat beskriver de med flere symptomer på depression og angst sit funktionsniveau i overensstemmelse med den pårørende, eller dårligere (Wallace & Bogner, 2000, s. 556). Det er muligt at disse resultater afspejler den proces som beskrives hos O'Callaghan et al. (2006), hvor indsigt i egne mangler fører til svære følelser og et behov for at bearbejde disse. Hvis vi følger O'Callaghan et al. (2006) videre, kan manglende indsigt være udtryk for fornægtelse i form af et aktivt forsvar mod f.eks. angst og depression. Dette kan yderligere synes at være i overensstemmelse med Anson og Ponsfords (2006a) resultater, hvor en større bevidsthed om egne problemer forbindes med en større tendens til uhensigtsmæssige copingstrategier som for eksempel flugt og undvigelse.

Wallace og Bogner (2000) mener at deres studie, sammen med tidligere studier, understreger vigtigheden af at tilbyde tjenester som sigter mod de psykologiske behov hos både patienter og pårørende. Når man arbejder med at forbedre indsigten i egne mangler hos patienten, må man videre have lige stort fokus på de emotionelle problemer, efterhånden som indsigten øger (ibid., s. 559).

Opsummering

Copingstrategier betegner den måde hvorpå patienten håndterer den vanskelige situation det er, at have fået en hjerneskade. Betydningen af copingstrategier sættes i forbindelse med blandt andet depression og angst, og kan se ud til at hænge sammen med hvordan patienten oplever processen af at få indsigt i sin nye livssituation. Denne proces kan bevæge sig fra at man opnår indsigt og konfronteres med svære følelser, før en accept kan finde sted (O'Callaghan et al., 2006).

Det er ikke tydeligt ud fra litteraturen, om der er specifikke temaer, som er kendetegnende for patienter som er indlagte på hospitalet i flere måneder efter en hjerneskade. Dog er der nogle temaer som ser ud til at kunne være relevante, for patienter såvel i denne fase som tidligere og senere i forløbet. Disse er som nævnt i forbindelse med patienternes oplevelse af at få en hjerneskade:

- Krise

³⁴ Anvendte skalaer: Beck depression inventory, Beck anxiety inventory, samt Patient Competency Rating Scale

- Ny identitet og integritet
- At opnå indsigt i egne mangler
- Livskvalitet
- Sorg og tab

Desuden er følgende også vigtige temaer i tilknytning til patientens emotionelle velvære:

- Coping
- Depression og angst

Konkrete behov som nævnes i dette afsnit er at blive mødt med empati og respekt, behovet for at opleve tryghed samt behovet for at få information om den erhvervede hjerneskade.

4.4 Psykologisk behandling efter en hjerneskade

I det følgende er fokus på behandling og hvordan emotionelle behov mødes herigennem. Tre forskningsartikler beskriver effekten af psykologisk behandling (Anson & Ponsford, 2006b; Tiersky et al., 2005, Vickery et al., 2006) og en praksisbeskrivende artikel beskriver en uformel evaluering af et gruppeforløb (Barton et al., 2002). Seks referencer beskriver typer af psykologisk behandling, eller typer af rehabiliteringsprogrammer hvor psykologisk behandling indgår (Coetzer, 2006, 2007; Delmonico et al., 1998; Klonoff & Lage, 1993; Pickett, 1991; Sarajuuri & Koskinen, 2006).

Ni af de ti artikler beskriver en behandling i form af samtaleterapi og/eller kognitiv træning, (Anson & Ponsford, 2006b; Barton et al., 2002; Coetzer, 2006, 2007; Delmonico et al., 1998; Klonoff & Lage, 1993; Sarajuuri & Koskinen; 2006, Tiersky et al., 2005; Vickery et al., 2006), mens én beskriver en anderledes tilgang til psykologisk behandling (Pickett, 1991).

4.4.1 Undersøgelser i effekten af behandling

Barton et al. (2002) beskriver et projekt ved et daghospital i Storbritannien som de kalder "tilpasningsgruppen". Teoretisk grundlag er psykologiske modeller for tab og sorgprocesser. Deltaerne er tre kvindelige og tre mandlige patienter, seks til otte måneder efter en apopleksi, med et fysisk eller kommunikativt handicap, men ingen tydelige kognitive skader. Deres alder er 57-84 år, og de har problemer med at tilpasse sig følelsesmæssigt.

En klinisk psykolog, en talepædagog samt andre medlemmer af personalet står for gruppen. Målet med gruppen er at hjælpe patienterne med at håndtere eftervirkningerne af apopleksien psykologisk, tilbyde en mulighed for at dele og følelsesmæssig bearbejde oplevelsen af apopleksien, og arbejde mod større accept af deres handicap og ændrede sundhedsmæssige tilstand i en

gruppe. Desuden er det et mål at øge individuel kontrol og selvværd og opfordre patienterne til at udvikle en positiv attitude (Barton et al., 2002, s. 33).

Gruppen mødes i 90 minutter en gang ugentlig i syv uger. I løbet af de syv uger fortæller de om deres oplevelser af at få en apopleksi, om at vende hjem efterfølgende og om tanker og følelser omkring rehabiliteringen. Forskelligt fagpersonale informerer om hvad en apopleksi er, om rehabiliteringsprocessen og om forskellige problemer som følge af apopleksi. Endvidere er der fokus på coping og på livet efter apopleksien.

Undervisning og information viser sig at være vigtigt for nogle patienter, for at gøre dem i stand til en emotionel bearbejdning. Gruppeformatet bidrager med muligheden for at udvikle nye roller (ibid., s. 34). En uformel evaluering foretaget af deltagerne i sidste session viser at det har været:

- Vigtigt at opleve at være i en gruppe og dele oplevelser, da det hjælper mod følelser af isolation og ensomhed.
- Værdifuldt at fortælle sin egen og høre andres historie.
- Godt at have gruppen som et trygt sted hvor negative følelser og tanker kan få plads.
- Værdifuldt at give støtte til hinanden, at føle at man kan give noget til andre og ikke kun modtage hjælp. Det har en positiv virkning på selvværdet (ibid., s. 34).

Gruppeterapi undersøges også i et kvantitativt studie af Anson og Ponsford (2006b). Virkningen af kognitiv adfærdsterapi på copingstrategier og emotionel tilpasning hos mennesker med traumatisk hjerneskade er undersøgelsens fokus. 31 patienter deltager i undersøgelsen, 46 dage til syv år efter skaden. Ingen af dem er indlagte på hospitalet længere. Behandlingen består af 10 sessioner over fem uger, to gange om ugen, hvor der er fokus på at udvikle hensigtsmæssige copingstrategier i håndteringen af emotionelle problemer og tilpasningsproblemer. Som et minimumskrav skal alle 31 patienter deltage mindst fire gange ud af de i alt 10 sessioner³⁵.

Deltagerne bliver undervist i forholdet mellem kognition, stemningsleje og adfærd. Desuden bliver de undervist i problemløsende teknikker og i hvordan de kan genkende og forandre uhenigtsmæssige tanker. Endeligt bliver deltagerne opfordret til at forholde sig aktivt handlende til deres problemer, eksempelvis ved at søge information eller tale med andre, frem for at isolere sig med sine problemer (Anson & Ponsford, 2006b, s. 172).

Resultatet af undersøgelsen viser ingen signifikante forandringer i forhold til angst, depression, selvværd og psykosociale funktioner³⁶. Dog beretter 67-80 % af deltagerne at deres forståelse for hvordan tankemønstre kan have indflydelse på følelser, er forbedret. 50-63 % af deltagerne be-

³⁵ To forskellige grupper med henholdsvis 15 og 16 deltagere.

³⁶ The coping scale for adults (CSA), The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), The Rosenberg Self Esteem Scale (RSE) og The Sickness Impact Profile (SIP).

retter om en forbedring i at implementere adaptive copingstrategier i deres håndtering af problemer³⁷ (Anson & Ponsford, 2006b, s. 174).

Ligesom hos Barton et al. (2002) ser deltagerne det som en stor fordel at deltage i gruppeterapi, da de her kan udveksle erfaringer og udfordringer med ligesindede, og give hinanden personlig støtte. Ensomhed som følge af at have fået en hjerneskade kan således mindskes.

Coping er også i fokus hos Tiersky et al. (2005), men her er behandlingen individuel. I et kontrolleret studie undersøges effekten af neuropsykologisk rehabilitering, hvor deltagerne er mennesker som har erhvervet en mild til moderat hjerneskade, et til 20 år tidligere. Behandlingsgruppen består af ni personer, og en kontrolgruppe består af elleve. Overordnet mål for behandlingen er at forbedre neuropsykologiske funktioner, emotionelt velvære og funktionel status, via en behandling bestående dels af kognitiv træning og dels af kognitiv psykoterapi (Tiersky et al., 2005, s. 1566). Deltagerne får en time af hver type behandling, tre gange om ugen i elleve uger³⁸.

Målet er at øge brugen af effektive copingstrategier, at reducere stressniveau, at lære færdigheder for at undgå tilbagefald og hjælpe deltagerne med at håndtere følelser af tab i relation til de nedsatte kognitive og fysiske færdigheder (ibid., s. 1569). Sammenlignet med kontrolgruppen viser behandlingsgruppen signifikant forbedret emotionel funktion, inklusive mindre depression og angst³⁹. Tiersky et al. (2005) konkluderer med at rehabiliteringsprogram bestående af psykoterapi og kognitiv træning kan virke positivt ind på depression og angst hos mennesker med hjerneskade (ibid., s. 1573).

Kognitiv terapi undersøges også i et pilotstudie af Vickery et al. (2006). Her er fokus på ændringen i selvbilledet hos mennesker med hjerneskade efter et psykoterapeutisk gruppeterapiforløb. Målet med gruppen er at udvide viden om selvet og lære at genkende og værdsætte positive selvegenskaber i en gruppe af patienter i den post-akutte fase.

18 deltagere, med blandede erhvervede hjerneskader, i alderen 18-57, deltager i undersøgelsen. De er med i et rehabiliteringsprogram og refereres til gruppen pga. emotionelle problemer eller tilpasningsvanskeligheder. Gennemsnitlig tid fra hjerneskaden er knap to år.

Selvbillede kan forstås som:

“A collection of beliefs about an individual’s own functioning in various life dimensions, such as physical self-concept and social self-concept, and is seen as an apparatus that permits self-reflection, allows individuals to regulate their behaviour by providing motivation to select and work toward

³⁷ Ifølge spørgeskema hvor patienterne skulle rate deres oplevelse af de emner som de arbejdede med i gruppen, og rate deres evne til at implementere nye copingstrategier (Anson & Ponsford, 2006b, s. 170)

³⁸ Behandlingen refereres til Mateer, Ben – Yishay og Prigatano. Selve psykoterapien baseres på Beck og Hawton med kolleger.

³⁹ som målt i Coping Response Inventory og SCL-90R

goals, and underlies all perceptions, beliefs, and feelings about oneself.” (Leary and Tangney, 2003, Markus & Wurf 1987 | Vickery et al., 2006, s. 30)

Specifikke mål baseret på selvbilledeteori er at a) opfordre en udforskning af selv-kompleksitet og b) udøve differentiering i vigtighed. Dvs. at forbinde flere sider af selvet til ens selvbillede og differentiere hvor vigtige forskellige sider er (ibid., s. 31).

Fire forskellige grupper med tre til syv deltagere får en semistruktureret gruppesession ugentlig i seks uger. De vigtigste punkter fra hver session noteres og gemmes i patienternes personlige mapper, for at kunne se tilbage til sidste session ved starten af den næste.

Resultater indikerer en signifikant forøgelse i patienternes opfattelse af egen attråværdighed, håbefuldhed, selvtillid og samarbejde samt formindsket kedsomhed⁴⁰ (ibid., s. 32). Dog er der ingen kontrolgruppe at sammenligne med, og ingen andre funktionelle ændringer er blevet målt. Vickery et al. (2006) mener at det også vil være nyttigt at undersøge forholdet mellem selvbillede, deltagelse i behandling og funktionelle resultater blandt indlagte patienter tidligere i forløbet. Et direkte fokus på ændringer i selvbillede kan muligvis hjælpe patienter med erhvervet hjerneskade til at maksimere deres tidlige rehabilitering (ibid., s. 34).

Opsummering

Ifølge vore fund er der ikke tydelig evidens for at lave psykologisk behandling med mennesker med hjerneskade, men en begyndende interesse i at udforske feltet viser sig. Barton et al. (2002) beskriver psykoterapi med patienter som ikke længere er indlagte, 6-8 måneder efter skaden, og Anson og Ponsford (2006b) har deltagere med helt ned til 47 dage efter skaden, men heller ikke disse deltagere er indlagte patienter. Vickery et al. (2006) og Tiersky et al. (2005) undersøger behandling noget senere i forløbet. Alle anvender en kognitiv tilgang, og de søger at møde patienternes behov ved at arbejde med deres tanker samt gennem undervisning eller træning. Desuden beskrives selve deltagelsen i en gruppe som noget der møder patienternes behov.

4.4.2 Beskrivelser af praksis med psykoterapi i neurorehabilitering

Seks tekster beskriver neurorehabilitering hvor psykoterapi indgår, eller specifikke psykoterapiformer indenfor neurorehabilitering. Ingen af disse beskriver behandling som foregår med indlagte patienter, og i de fleste tilfælde foregår behandlingen lang tid efter hjerneskaden. Alligevel vælger vi at inkludere disse tekster, da de muligvis kan sige noget generelt om det at have fået en hjerneskade.

Coetzer (2006) beskriver i bogen *Traumatic Brain Injury Rehabilitation, a psychotherapeutic*

⁴⁰ Måling: ved starten af første og sidste session udfyldte deltagerne the Head Injury Semantic Differential Scale (HISDS, Tyerman and Humphrey, 1984). Tyve adjektivpar f.eks. dum-klog gives point på en 7-tals skala fra negativ til positiv.

approach to grief and loss en psykoterapeutisk tilgang til sorg og tab efter traumatisk hjerneskade. Coetzer (2006) betegner sin tilgang som holistisk, og hans psykoterapeutiske praksis er influeret af humanistiske, oplevelsesorienterede terapier. Coetzer (2006) lægger vægt på at man også må se personen bagved skaden. Han påpeger at alle menneskers hjerner er lidt forskellige, og at en skade et sted vil kunne påvirke to mennesker forskelligt, men måske endnu vigtigere, at mennesker har forskellige historier og personligheder. Mennesker har forskellige mål i livet og oplever derfor skadens påvirkning forskelligt (Coetzer, 2006, s. 29).

Coetzer (2006) beskriver at rehabiliteringen i de tidlige stadier efter skaden kan være mest medicinsk eller fysisk af natur. Senere bliver psykologiske og sociale temaer måske vigtigere, og til sidst kan arbejds- eller uddannelsesmæssige temaer blive dominerende (ibid., s. 31). Der findes forskellige modeller af rehabilitering, og ifølge Coetzer (2006) passer psykoterapi ind i en holistisk model⁴¹ hvor det ses som meningsløst at separere de kognitive, funktionelle og psykiatriske konsekvenser fra de affektive følger efter hjerneskaden (ibid., s. 36).

Coetzer (2006) beskriver at vigtige temaer for en patient med traumatisk hjerneskade, er indsigt, tab, sorg og ny mening. Psykoterapi egner sig i de postakutte faser, og problemer med indsigt må overkommes før man kan sørge over et tab. Videre må man sørge over tabet før man kan finde ny mening og acceptere sin nye situation (ibid., s. 53).

I en artikel fra 2007 viser Coetzer (2007) hvordan psykoterapi med mennesker med traumatisk hjerneskade kan ses i lys af en overordnet psykoterapimodel (af Orlinsky og Howard 1995, i Coetzer, 2007, s. 40). Modellen beskriver seks facetter af psykoterapi, og tilpasset til mennesker med traumatisk hjerneskade, mener Coetzer (2007) disse facetter kan give en retning for terapien (ibid., s. 40-42). De seks facetter er som følger:

- **Den terapeutiske kontrakt.** Her må tages højde for patientens evne til udholdenhed, hukommelse og koncentration. Nedskevne resumeer og korte sessioner kan være en del af den særlige kontrakt med en patient med hjerneskade.
- **Terapeutiske operationer.** Interventioner vælges ud fra den information patienten giver om sig selv. Når patienten har en hjerneskade, inddrages i tillæg information fra tests og evalueringer fra andet personale. Stadig reassessment er vigtig for at sørge for at de rigtige interventioner anvendes efterhånden som patienten udvikler sig. Selvindsigt og problemer med denne må også tages med i betragtning når terapeuten vurderer information fra patienten.
- **Det terapeutiske bånd.** Adfærdsmæssige problemer kan komme i vejen for alliancen, og terapeuten må inddrage både biologiske og psykologiske faktorer i sin forståelse af hvordan relationen er og udvikles.
- **Patientens selvrelatering.** Selvindsigtsproblemer kan stå i vejen for terapien. For nogle er det vigtigt at få en forståelse af deres situation, for andre vil det kun føre til værre pro-

⁴¹ Coetzer (2006, s.37) henviser til en beskrivelse af holistisk neurorehabilitering hos Ben-Yishay (2000)

blemer som depression. Set fra et sorgteoretisk perspektiv kan en øget forståelse føre til følelsesmæssig lettelse og hjælpe patienterne med at fatte omfanget af deres skade.

- **"In-sessions impacts"**. Her lægges vægt på emotionelt udtryk i psykoterapi. Dette kan hjælpe personer med at blive afklaret med deres tab. Det er vigtigt at der skabes en forbindelse mellem de svære følelser og personens historie (hjerneskaden og tabet).
- **Faserne i terapien**. Over tid kan der ses ændringer i selvindsigt, følelser associeret med tab og forandring, og i nogle tilfælde tilpasning og en følelse af mening. Ben-Yishay opstiller ifølge Coetzer (2007) selvindsigt som det første og accept som det sidste trin.

Der er altså hos Coetzer (2006, 2007) et fokus på at se mennesket bagved hjerneskaden, samtidig med at man må tage højde for konsekvenserne af skaden for at kunne behandle med psykoterapi. Emotionelt udtryk og en god relation er centrale aspekter i behandlingen.

En ganske særlig måde hvorpå en forståelse af personligheden inddrages i vurderingen af de emotionelle problemer, ses hos Klonoff og Lage (1993). Her beskrives katastrofereaktioner⁴² hos fire patienter med traumatisk hjerneskade. De deltager i et miljøorienteret rehabiliteringsprogram, mellem fire og 13 måneder efter skaden. Ved hjælp af Kohuts selvpsykologiske teori, viser Klonoff og Lage (1993) at hjerneskaden kan ses som en narcissistisk fornærmelse, og eksemplificerer med de fire patienter en fælles problematik omkring skam og angst.

Katastrofereaktionen kan komme til udtryk på forskellige måder (Klonoff & Lage, 1993, s. 240): Psykisk tilbagetrækning, voldeligt raseri samt fornægtende og urealistisk forholdemåde til sig selv og sin situation. Klonoff og Lage (1993) beskriver katastrofereaktion som en følge af at patienterne inden skaden ikke har udviklet et sammenhængende, sundt selv, hvilket medvirker at de ikke er i stand til at takle konfrontation med sine mangler (ibid., s. 228). Klonoff og Lage (1993) vægtlægger således, i tillæg til neuropsykologisk vurdering, en forståelse af patientens personlige historie og familieforhold i deres tolkning af uhensigtsmæssig adfærd.

I psykoterapi med disse patienter er det vigtigt at være empatisk lyttende og anerkende den underliggende angst og skam. De overordnede opgaver for en terapeut i arbejdet med katastrofereaktion, er at hjælpe patienterne med at acceptere deres mangler og sætte realistiske mål for fremtiden. For at opnå det, må patienten først opleve en tryk alliance, hvorefter han kan blive klar til at modtage information og undervisning som kan øge forståelsen for egne reaktioner og fremme en accept af egne mangler (ibid., s. 240). Som beskrevet hos Coetzer (2006, 2007), kan vi se at patientens personlighed er afgørende, at den terapeutiske relation er meget vigtig og at problemer i forhold til indsigt må overvindes for at patienten skal kunne bearbejde sit tab og komme frem til en accept.

⁴² Katastrofereaktion: overdreven, inkonsekvent, ikke formålstjenlig reaktion på en uventet choklignende hændelse. (Psykologisk pædagogisk ordbog, s. 205.)

Delmonico et al. (1998) beskriver flere typer gruppeterapi for mennesker med traumatisk hjerneskade som fokuserer på emotionelle og psykosociale problemer. I lighed med Coetzer (2006) beskrives Delmonico et al. (1998) akut rehabilitering under indlæggelse som en fase hvor fokus typisk er på det fysiske (Delmonico et al., 1998, s. 11). Vigtige kognitive og psykosociale temaer for mennesker med en traumatisk hjerneskade er dårlig hukommelse, impulsivitet, frustration, vrede, depression, angst, social isolation, død, sorg, misbrug og dårlige problemløsnings/copingstrategier (ibid., s. 12).

Gruppeterapi fremhæves her, ligesom hos Barton et al. (2002) og Anson og Ponsford (2006b), som havende mange fordele i forhold til individuel terapi i de senere faser af gen⁴³(ibid., s. 12). Terapien er tilrettelagt således at der tages højde for de kognitive problemer, som skaber ekstra udfordringer i behandlingen (ibid., s. 14). Modeller for behandling af vrede og misbrug er kognitivt/adfærdsterapeutiske (ibid., s. 15).

Delmonico et al. (1998) fokuserer på det psykosociale, forstået som evnen til at begå sig sammen med andre. Patienternes behov kan ses som behovet for at forstå egen og andres adfærd, kunne regulere egen adfærd, og herigennem undgå social isolation. Selve gruppeformatet bidrager også til en følelse af tilhørighed (ibid., s. 20).

Sarajuuri og Koskinen (2006) beskriver et rehabiliteringsprogram for mennesker med traumatisk hjerneskade i Finland⁴⁴. De definerer postakut som værende minimum et år efter skaden. Dette program ser ud til at være meget kognitivt baseret.

Ifølge Sarajuuri og Koskinen (2006) har patienterne brug for hjælp til:

- At få forståelse af deres neuropsykologiske forstyrrelser,
- at kompensere for funktionelle fejl forårsaget af hjerneskaden,
- at foretage valg som vil øge deres livskvalitet (Sarajuuri & Koskinen, 2006, s. 363).

Hovedelementerne af holistiske programmer er at skabe et terapeutisk miljø hvor individuelle og gruppeinterventioner følges op af arbejdsstræning og udslusning til arbejdslivet (ibid., s. 363). Der lægges vægt på en tværfaglighed og på at møde både fysiske, psykologiske og kognitive sider af personerne, såvel som den sociale. Deltagerne får neuropsykologisk psykoterapi både i gruppe og individuelt. Psykoterapiprocessen er meget vigtig i arbejdet med at hjælpe patienterne til at opnå identitetsfølelse, lære dem at handle på en konstruktiv måde og rekonstruere deres liv efter en hjerneskade (ibid., s. 365).

⁴³ Delmonico et al. (1998) refererer til Yalom, 1975, og Ben-Yishay, 1979, i forhold til deres gruppeterapeutiske tilgang.

⁴⁴ Ligesom Coetzer(2006) og Delmonico et al. (1998), referer de til Ben-Yishay, og desuden Prigatano og Cicero-
ne.

Holistiske, neuropsykologiske rehabiliteringsprogrammer sigter ifølge Sarajuuri og Koskinen (2006) mod at hjælpe patienter med at forstå deres underliggende kognitive mangler, og lære dem at håndtere manglerne. De hjælper også patienterne med at forholde sig til deres lidelser og reetablere mening i deres liv (ibid., s. 368).

Udover disse beskrivelser, hvor samtale og undervisning i grove træk udgør terapien, har vi fundet en henvisning til psykoterapi som inddrager indre billeddannelse. Pickett (1991) beskriver brugen af indre billeder⁴⁵ i gruppeterapi, en metode han kalder "imagery psychotherapy" (IP). Dette foregår en gang om ugen som del af et 12 ugers rehabiliteringsprogram i USA.

Ifølge Pickett begynder problemer med angst, depression og signifikante relationer 6 måneder efter traumet, pga. social isolation, og problemer med at håndtere vrede begynder at forårsage seriøse, sociale handicaps. Mennesker som har oplevet hovedtraume, er i en stresset situation og gennemgår personlighedsforandringer direkte relateret til hjerneskaden. De oplever angst, frygt, hjælpeløshed, vrede og sorg. Dette lider både selvværd og relationer med andre under (Pickett, 1991, s. 35) Disse problemer søges mødt i rehabiliteringen.

Ifølge Pickett (1991) er billeddannelse anvendelig i rehabiliteringen efter et hovedtraume på fire forskellige måder (ibid., s. 34, vores oversættelse):

1. Det er en basal og enkel præsentation af komplekse processer, som kan undersøges i dybden.
2. Det kan bruges til at fremme områder af hjernen som er forblevet upåvirket af traumet, til at hjælpe de skadede områder.
3. Fordi billeddannelse er en mere fyldig repræsentation af oplevelse, vil det afdække udeladelser, generaliseringer og forvrængninger, og det kan forbedre hukommelsen.
4. Selve imaginationsprocessen kan anvendes til at udvikle specifik ny adfærd.

Som vi har set i de øvrige kilder, kræver psykoterapi med indenfor neurorehabilitering ofte en tilpasning metodisk set, og voksne med hovedtraumer regnes ifølge Pickett (1991) ikke som gode kandidater til traditionel psykoterapi. Pga. problemer med korttidshukommelsen kan de blive overvældet af detaljer og har svært ved at bevare et overblik. Indre billeder forenkler mening ned til sanseoplevelser. Strukturerede øvelser kan hjælpe patienter med at identificere deres indre oplevelser med friske, klare og direkte billeder, uden at blive forvirret af sproget. Når patienter beskriver og udforsker deres billeder, vil de ofte opnå større indsigt i deres oplevelse. IP kan forbigå problemer med hukommelse, sprog, abstrakt tænkning og almindeligt psykologisk forsvar, som kan gøre traditionel psykoterapi vanskelig med denne patientgruppe (ibid., s. 34).

⁴⁵ Indre billeder defineres her som oplevelsen af noget som ikke er tilstede på nuværende tidspunkt i virkeligheden. Indre billeder er nonverbale og vækker ofte følelsesmæssige og kropslige reaktioner. Ofte forbigår billeddannelsen forsvarsmekanismer som kan stå i vejen for psykoterapi (Pickett, 1991, s.33).

Pickett (1991) beskriver sin metode i ti trin (ibid., s. 40). De dækker følgende: Aller først introduceres deltagerne til indre billeddannelse og dens anvendelighed. Herefter gennemgår deltagerne forskellige, strukturerede øvelser hvor billeddannelse anvendes til at komme i kontakt med følelser og tanker. Deltagerne kan arbejde både på et intrapsykisk plan og med interpersonelle temaer. Et eksempel på en billeddannelsesopgave er at patienterne skal forestille sig at de tager ud at fiske, og undersøge undervejs hvad de fanger. En mere udtalt gruppeopgave går ud på at deltagerne skal forestille sig at de bryder ud af et fængsel, enten symbolsk eller konkret. De skal i fællesskab finde frem til hvordan det kan lade sig gøre. Temaer som tages op er gode og dårlige følelser, identitet og sorg.

De indre billeder anvendes i terapien til at udforske tanker og følelser. IP kan give patienterne mulighed for at bevidstgøre ubevidste eller fortrængte oplevelser, som kan være væsentlige i bearbejdningen af eksempelvis vrede.

IP er en alternativ måde hvorpå psykoterapi tilpasses mennesker med hjerneskade. Tilpasningen består først og fremmest i anvendelsen af indre billeddannelse som redskab. Fokus er på sorgbearbejdning og på at mærke og give udtryk for følelser. Gruppeformatet beskrives som en stor ressource (ibid., s. 35), da den enkelte har stor glæde og gavn af at dele sine oplevelser, sorger og glæder med andre mennesker som er i samme situation. Det angives ikke hvor lang tid der er gået fra skaden fandt sted hos alle de deltagere som Pickett (1991) arbejder med, men rehabiliteringsprogrammet foregår efter hospitalsudskrivelse, og Pickett (1991) beskriver at der typisk kommer store problemer efter seks måneder. De emotionelle behov imødekommes ved hjælp af fokus på psykosociale problemer som kan føre til social isolation, og ved en emotionel bearbejdning igennem oplevelsesorienteret psykoterapi med billeddannelse.

Opsummering

Vi har fundet undersøgelser af effekten af psykoterapi og beskrivelser af praksis primært i forhold til mennesker med traumatisk hjerneskade. Vi kan ikke på baggrund af disse fund lave en skelnen mellem hvilke behov der er ens eller forskellige hos patienter med henholdsvis apopleksi og traumatisk hjerneskade.

Psykologisk behandling beskrives som noget der finder sted efter et stykke tid. Det er dog ikke tydeligt hvordan betegnelsen akut rehabilitering defineres hos alle kilder, og vi ved ikke om indlæggelsestiden er meget varierende i forskellige lande. Det nævnes at den første tid er præget af fysisk og medicinsk behandling (Coetzer, 2006; Delmonico et al., 1998), hvilket kan forklares med at det foregår på hospitaler hvor specialet netop er medicin. Rehabilitering i fase tre, hvor psykoterapi indgår, er præget af et holistisk syn på mennesket. Dette er måske også i højere grad muligt at dyrke i denne fase, da der ikke længere er behov for et stærkt fokus på det medicinske. De modeller som beskrives i fase tre, lægger for en stor del vægt på gruppeformatets betydning. Det kan tænkes at dette hænger sammen med den isolation som kan opstå i hjemmet efter udskrivelse, hvor man ikke længere er omgivet af mennesker som er i samme situation.

Temaer som viser sig er:

- Coping
- Selvværd
- Selvbillede og identitet
- Sorg og tab
- Accept

Coetzer (2006, 2007) beskriver en proces i terapi som bevæger sig fra opnåelsen af indsigt, til sorgen over tabet, frem til at finde en ny mening med livet. Denne proces er parallel med den beskrivelse O'Callaghan et al. (2006) giver af oplevelsen af at opnå indsigt, hos mennesker med hjerneskade. O'Callaghan et al. (2006) gør opmærksom på at erfaringer "ude i virkeligheden" er nødvendige for at opnå indsigt, og Coetzer (2006, 2007) beskriver indsigten som nødvendig før man kan sørge. Der kan altså se ud til at der er en sammenhæng mellem at være blevet udskrevet, at have fået erfaringer med hvordan man fungerer eller ikke fungerer i sit vante miljø, og graden af indsigt. Dette kan også give en forklaring på hvorfor litteraturen indikerer at psykoterapi først er nyttig i senere faser af rehabiliteringen. Dog kan vi ikke udelukke at de temaer som kommer til syne i litteraturen også er relevante for mennesker som stadig er indlagte på hospitalet. Som Coetzer (2006) også påpeger, er alle mennesker forskellige og har derfor også forskellige reaktioner på at få en hjerneskade.

Meget overordnet søger de psykologiske behandlinger at imødekomme de emotionelle behov gennem at forbedre patienternes psykosociale færdigheder, dels ved at give dem en øget forståelse af sig selv og sygdommen ved hjælp af undervisning, og dels ved at hjælpe dem til at ændre tanke og handlemønstre. Desuden er der hos nogle kilder et fokus på en emotionel bearbejdning igennem at fortælle sin historie (Barton et al., 2002), dele oplevelser med ligesindede (Barton et al., 2002; Delmonico et al., 1998) og mærke og udtrykke sine følelser (Coetzer, 2007; Pickett, 1991). Betydningen af en terapeutisk relation fremhæves desuden (Coetzer, 2007; Klonoff & Lage, 1993).

Endvidere kan indre billeder anvendes som redskab for at møde de emotionelle behov som kan være svære at nå via det verbale pga. kognitive problemer (Pickett, 1991). Indre billeder kan imødekomme de emotionelle behov ved at de er en fyldig form for oplevelse, som skaber adgang til følelser og tanker på en overskuelig måde. Herigennem kan tankerne og følelserne komme til udtryk og efterfølgende blive bevidstgjorte og bearbejdet.

4.5 Musikterapi

I denne tredje og sidste del af litteraturgennemgangen retter vi blikket mod musikterapilitteraturen. Vi har fundet tre tekster om aktiv musikterapi, hvor fokus er på mennesker med erhvervet

hjerneskade og emotionelle behov⁴⁶ (Jochims, 1995 Magee, 1999, Purdie & Baldwin, 1994). Fire tekster beskæftiger sig med receptiv musikterapi med mennesker med erhvervet hjerneskade (Goldberg et al., 1988; Hald, 2004; Moe & Thostrup, 1995,1999). Udover disse forskningsartikler og beskrivelser af klinisk praksis har vi inkluderet to litteraturgennemgange (Purdie, 1997⁴⁷ og Gilbertson, 2005) samt en musikterapimanual⁴⁸ indenfor neurorehabilitering (Baker & Tamplin, 2006), for at belyse musikterapiens nuværende rolle i arbejdet med de emotionelle sider af neurorehabilitering.

Gilbertson (2005) har foretaget en systematisk litteraturgennemgang om musikterapi generelt i rehabiliteringen af mennesker med traumatisk hjerneskade. Gilbertson (2005) identificerer brug af 19 forskellige musikterapeutiske teknikker. Receptiv musikterapi med fokus på billeddannelse er ikke nævnt. Gilbertson (2005) præsenterer generelle temaer og emner i litteraturen hvoraf følgende er relevante i forbindelse med emotionelle behov (Gilbertson, 2005, s. 133, vores oversættelse):

- Følelsesmæssigt udtryk
- Ændringer i stemningsleje
- Niveau af involvering i rehabiliteringen
- Interpersonelle aspekter af menneskelig oplevelse
- Identitet

Følelsesmæssigt udtryk beskrives primært som noget man arbejder med gennem forskellige musikterapeutiske sangskrivningsteknikker. Sanglytning nævnes desuden som en receptiv teknik. **Ændringer i stemningsleje** er et område hvor både aktive og receptive metoder nævnes. Nayak et al. (2000) finder positive tendenser i stemningsleje fra uge til uge, og musiklytning er her en af mange musikterapeutiske aktiviteter. Baker (2001) finder statistisk signifikante positive ændringer i reduktionen af uro hos mennesker med posttraumatisk amnesi når de lytter til kendt musik, live eller optaget. Magee og Davidson (2002) beskriver et pilotstudie med aktiv musikterapi med patienter med blandede diagnoser, heriblandt hjerneskade. Der bliver fundet signifikante positive ændringer i tre af fire "mood"skalaer. Carlisle (2000) undersøger om brugen af receptiv musik og afspænding er mere effektivt end verbal afspændingsterapi i angstreduktion, men finder ingen statistisk signifikante ændringer (Gilbertson, 2005, s. 128) Forskellige teknikker beskrives i forhold til **niveau af engagement i rehabiliteringen**. Ingen af disse er receptive. **Interpersonelle**

⁴⁶ Emotionelle behov kan være i fokus på mange måder med mennesker som eksempelvis ikke har sprog, har kontaktvanskeligheder etc. Men dette falder udenfor projektets rammer.

⁴⁷ Selv om Purdie (1997) er en litteraturgennemgang, kritiseres denne i Gilbertson (2005) for manglende systematik, og egner sig bedst i nærværende projekt som en beskrivelse af praksis.

⁴⁸ Baker og Tamplin (2006) beskriver hvordan musikterapeuter kan arbejde med patienter i ændrede bevidsthedstilstande, fysisk rehabilitering, kognitiv og adfærdsmæssig rehabilitering, kommunikationsproblematikker og emotionel tilpasning.

aspekter af menneskelig oplevelse beskrives ikke med metoder og caseeksempler eller forskningsprojekter, men her påpeges problemer i at undersøge disse fænomener, samt vigtigheden af at musikterapi kan tilbyde noget på dette område. Ifølge Gilbertson (2005) nævnes **identitet** flere steder i litteraturen som noget musikterapi kan bidrage til, men uden at det beskrives hvordan (ibid., s. 132).

Der er altså stort set ingen referencer til receptiv musikterapi og emotionelle behov indenfor neurorehabilitering ifølge Gilbertson (2005), og forskningen på området er meget begrænset i omfang, hvad enten det gælder aktiv eller receptiv musikterapi. I det følgende vil vi gennemgå de kilder vi har valgt at tage med, som ikke er inkluderet i Gilbertsons (2005) litteraturgennemgang.

4.5.1 Aktiv musikterapi

I arbejdet med patienters emotionelle behov foreslår Baker og Tamplin (2006) sangskrivning og improvisation som aktive musikterapi-metoder. Ved sangskrivning kan patienter bearbejde deres sorg og arbejde på at få en bedre forståelse af sig selv og den nye livssituation (Baker og Tamplin, 2006, s. 200). Improvisation beskrives som en god intervention når der i terapien er brug for at forløse nogle følelser hos patienten. Improvisationen kan bevidstgøre følelser og tanker hos patienten som så kan bearbejdes i musikken eller evt. i den verbale del af musikterapien (ibid., s. 214). Følelsesmæssigt udtryk og sorgbearbejdning ser ud til at være de overordnede temaer her.

Purdie og Baldwin (1994) redegør for begrebet selvværd og påpeger vigtigheden af at opretholde dette hos mennesker med en apopleksi, både med henblik på at opretholde deres motivation i rehabiliteringen og for at bevare livskvaliteten. Forfatterne hævder at aktiv musikterapi hvor musikterapeuten og patienten spiller sammen, kan give succesoplevelser idet patientens bidrag anerkendes og værdsættes (Purdie & Baldwin, 1994, s. 23). Videre beskriver Purdie (1997) at depression og lavt selvværd kan resultere i lav motivation og dårlig selvtillid (Purdie, 1997, s. 46). Purdie (1997) påpeger at mange finder det vanskeligt at acceptere sine nye begrænsninger. Deltagelse i musikalske aktiviteter kan ifølge Purdie (1997) hjælpe dem til at genfinde selvtillid samtidig med at det er en behagelig, motiverende oplevelse. Musikkens ekspressive kvaliteter kan endvidere frigøre følelser og berøre personlige følelser på en nonverbal måde (ibid., s. 46). Her kan vi se nogle af de temaer som beskrives hos Gilbertson (2005), navnlig ændringer i stemningsleje, emotionelt udtryk og motivation, hvilket vi forstår som parallelt med niveau af engagement. Desuden er livskvalitet et tema.

Livskvalitet og motivation er også et tema hos Magee (1999), som påpeger nødvendigheden og vigtigheden af musikterapeuters fleksibilitet i neurorehabilitering. I medicinsk regi er der fokus på effekten af behandlingen, hvilket ifølge Magee (1999) ikke må fjerne musikterapeuters fokus fra kvalitative aspekter. Magee (1999) finder det vigtigt at musikterapeuter ikke blot er optagede af musikken som et værktøj i den funktionelle og fysiske rehabilitering, men at emotionelle ople-

velser inddrages og prioriteres, da dette kan motivere og fremme interaktion og kvalitative aspekter som livskvalitet (Magee, 1999, s. 25-26).

Jochims (1995) understreger nødvendigheden af at støtte patienters emotionelle proces allerede i den akutte fase af rehabiliteringen. Jochims (1995) beskriver tre caseeksempler, som rammer udenfor vores afgrænsning af patientgruppe. Dog beskriver hun også nogle generelle aspekter i forhold til patienters emotionelle behov efterfølgende en hjerneskade.

I lighed med Magee (1999) påpeger Jochims (1995) at musikterapeuten må sørge for også at tilbyde et fokus på de emotionelle behov og oplevelser. Der er ofte fra patientens side en overvejende interesse og motivation for at genoptræne fysiske og kognitive færdigheder, mens de psykologiske behov enten undertrykkes eller negligeres. Et udeblivende fokus på de psykologiske behov kan give udslag i en depression hos patienterne på et senere tidspunkt i rehabiliteringsforløbet (Jochims, 1995, s. 21). Det centrale for Jochims (1995) er dog at der ifølge forskning er sammenhæng imellem patientens evne til emotionel coping og succesfuld funktionel rehabilitering (ibid., s. 22). Dvs. at patienten får størst muligt udbytte af den fysiske og kognitive rehabilitering, når der også arbejdes med de psykologiske behov. Her kan vi se en parallel til Vickery et al. (2006) som foreslår et fokus på at styrke patienters selvbillede allerede tidligt i rehabiliteringen. Da de første seks måneder af rehabiliteringen kan være afgørende for udviklingen i rehabiliteringen, mener Jochims (1995) at tidlig støtte ved at følge patienterne igennem sorgprocessen, er nødvendigt (ibid., s. 22).

Jochims (1995) beskriver at patienten i genoptræningen konfronteres med sine funktionelle og kognitive tab igen og igen, hvilket kan påvirke patientens selvværd, selvtillid og identitetsfølelse. Dette er i tråd med f.eks. Wallace og Bogner (2000), som påpeger vigtigheden af at have fokus på de emotionelle behov efterhånden som indsigten øger. Dog adskiller Jochims (1995) sig fra den psykologiske litteratur i vore fund som hævder at en konfrontation udenfor rehabiliteringsstedet er nødvendig, for at patienterne får indsigt i deres funktionstab. Jochims (1995) fokuserer på de tidlige faser af rehabiliteringen, og påpeger at den pludselige overgang fra at være et voksent, selvstændigt individ, til at være hjerneskadet og afhængig af hjælp, kan opleves som en identitetskrise og en narcissistisk fornærmelse (ibid., s. 22).

De emotionelle behov kan ifølge Jochims (1995) mødes med musik eller med lyd fordi man herigennem kan henvende sig til nogle intakte dele i patientens hjerne. Gennem musik kan patienten opleve en relation baseret på et fællesskab, hvor terapeut og patient kommunikerer på lige fod (ibid., s. 22). Da musikken opererer på et konkret, præverbalt niveau, kan sammenspillet med terapeuten åbne op for en emotionel bearbejdning af sorg og tab, til trods for kognitive forhindringer (ibid., s. 26).

4.5.2 Receptiv musikterapi

Af de fem referencer vi har fundet til receptiv musikterapi med mennesker med en erhvervet hjerneskade, handler ingen om fase 2. Moe & Thostrup (1995) evaluerer et musikterapeutisk gruppeforløb på 9 sessioner, med fem personer med højresidig apopleksi. De undersøger hvorvidt musikterapi med vægt på oplevelser under musiklytning kan lade sig gøre med mennesker som har en højresidig hjerneskade, da den højre hjernehalvdel ifølge Moe & Thostrup (1995) er hovedansvarlig for egenskaber som helhedsopfattelse, billeddannelse, rum og retningssans, intuition, kreativitet, abstrakt tænkning, musikalitet og tolkning af følelser. Nuancer i emotionelle områder og abstraktionsevnen kan desuden ofte være skadet ved højresidig hjerneskade (Moe & Thostrup, 1995, s.15).

Deltagerne sidder op under lytningen, og musikstykkerne varer fra fem til ti minutter. Det lykkes for alle deltagere at følge forløbet, danne indre billeder og få nuancerede emotionelle reaktioner. Nogle har svært ved at danne abstrakte fantasibilleder. Nogle deltagere lader til at udvikle forestillingsevnen både episodisk og abstrakt under terapiforløbet, og det nævnes at musikken virker inspirerende (ibid., s. 20).

Moe & Thostrup (1999) påpeger at musik kan skabe stemninger og vække lytteren emotionelt, hvilket kan bidrage til øget koncentration og opmærksomhed samt indvirke på hukommelsen (Moe & Thostrup, 1999, s. 4). Moe & Thostrups (1999) erfaring er at kombinationen af musiklytning og visualisering har en positiv effekt på langtidshukommelsen, evnen til detaljeret beskrivelse samt fastholdelse af koncentrationen (ibid., s. 9). Deltagerne overraskes ofte over at opdage skjulte ressourcer, men Moe & Thostrup (1999) går ikke nærmere ind i hvad dette indebærer. Hos Moe & Thostrup (1995 og 1999) er patienterne i fase tre af rehabiliteringen og fokus er ikke på emotionelle behov, men de emotionelle virkninger af musikken udnyttes i træningen.

Afspænding med musiklytning foreslås hos Baker og Tamplin (2006) som en receptiv metode for at møde emotionelle behov. Afspændingsøvelsen kan anvendes til patienter som har brug for at bearbejde angst. Her anvendes typisk klassisk musik. Patienten ligger ned og guides til at trække vejret langsomt og dybt. Musikterapeuten kan vælge at lave en afspændingsøvelse for patienten, hvorefter patienten guides til at fokusere på musikken og give slip på angstfulde tanker eller følelser som fremtræder i bevidstheden. Der fokuseres som sådan ikke på indre billeddannelse, men hvis patienten er meget angst kan musikterapeuten beskrive et indre billede som kan have en beroligende og tryk effekt (Baker & Tamplin, 2006, s. 216-217). Denne teknik kan siges at forholde sig til Gilbertsons (2005) tema "ændringer i stemningsleje", da anspændthed kan hænge sammen med stemningsleje eller sindstilstand.

Goldberg et al. (1988) beskriver et receptivt musikterapiforløb med en 41-årig kvinde som er indlagt på psykiatrisk afdeling to år efter en hjerneskade. Patienten oplever meget vrede, angst og sorg, bl.a. over tabet af sit tidligere selv. Hun har forskellige kognitive problemer samt dårlig indsigt i egen situation, og hun deltager ikke i den almindelige behandling på hospitalet (Gold-

berg et al., 1988, s. 42). Forfatterne eksemplificerer med denne case at kognitive forhindringer for at gå i psykoterapi kan forbigås, ved at bruge receptiv musikterapi som behandling. De begrundet dette med at billeddannelse kan være en følelsesmæssig, rig og fri form for tænkning, som medfører begrebslige, emotionelle og adfærdsmæssige forandringer, uafhængigt af verbal indsigt (ibid., s. 45). Dette er i overensstemmelse med Picketts (1991) beskrivelse af rationalet bagved psykoterapi med billeddannelse. Patientens billeddannelse består hos Goldberg et al. (1988) primært af erindringer, og patienten ser ud til at anvende disse til at skabe følelser af tryghed og accept samt til at rekonstruere sit selv billede (ibid., s. 44). Musikken beskrives hos Goldberg et al. (1988) som en container for patientens følelser, og den skaber en struktur for patientens billeder og tanker (ibid., s. 44).

Ingen af de ovenfor nævnte referencer rammer både vores patientgruppe og emotionelle behov som defineret indledningsvis. Vi kommer lidt tættere på med Søren Hald (2004) som i sit speciale undersøger hvad der kendetegner mennesker med erhvervet hjerneskades intrapsyriske oplevelse i musikterapi, hvor fantasirejser er metoden. Dog befinder disse patienter sig i en senere fase af rehabiliteringen. Hald (2004) undersøger hjerneskadens placerings indflydelse på patientens deltagelse i musikterapi og indsigtsoverret arbejde samt musikkens funktion. Igennem to kvalitative casestudier undersøges desuden en evt. forandring i patienternes selvoplevelse og eksistentielle temaer.

Fantasirejserne foregår i gruppeformat og er en modificeret form af Guided Imagery and Music inspireret af Torben Moe (Hald, 2004, s. 7). Efterhånden udvides arbejdskontrakten fra udelukkende at arbejde med hukommelsen til også at arbejde med eksistentielle problemstillinger. Temaer for terapien kommer dermed også til at omhandle indsigt med henblik på bl.a. at øge selvværdet, acceptere "dårlige" sider, finde en mening med livssituationen, og bearbejde oplevelsen af at være handicappet i en verden af ikke-handicappede (ibid. s. 7). Temaer er altså selvverd, selvoplevelse og identitet, samt sorgproces som beskrevet af Coetzer (2007), hvor ny mening netop er det sidste trin.

Hald (2004) finder frem til at musik påvirker en lang række områder i hjernen. På baggrund af at fantasirejserne opleves på et præ-verbalt stadie, kan musikken skabe dynamiske bevægelser under fantasirejserne. Halds (2004) analyse af to caseforløb viser at der finder en forandring sted i patienternes subjektive selvoplevelse, i retning af større selvkonstans, handlekraft og sociale færdigheder. Yaloms teori om eksistentiel psykoterapi og de fire eksistentielle grundvilkår (døden, friheden, isolation og meningsløshed) anvendes desuden som teoretisk forståelsesramme. Hald (2004) konkluderer at de to patienter relaterer sig til de fire grundvilkår i fantasirejserne og under samtalerne, hvorfor det er sandsynligt at der er sket en ændring på disse områder (ibid., s. 108).

Opsummering

Musikterapi anvendes med både apopleksiramte og mennesker med traumatisk hjerneskade. Der er ifølge vore fund ingen begrænsninger for hvornår man kan starte med aktiv musikterapi

med fokus på emotionelle behov. Vi finder ingen beskrivelser af receptiv musikterapi med patienter i fase to af rehabiliteringen. Ifølge musikterapilitteraturen kan der dog være brug for en behandling med fokus på det emotionelle så snart patienten er i stand til at deltage. Dette kan være afgørende for udbyttet af den øvrige rehabilitering (jf. Jochims, 1995).

Aktiv musikterapi møder de emotionelle behov hos patienterne bl.a. ved at tilbyde en alternativ udtryksform og ligeværdig samværsform som forbigår de kognitive og kommunikative forhindringer. Det at udtrykke sig kreativt og emotionelt kan således ses som et konkret behov hos patienterne.

De receptive metoder som beskrevet af Moe og Thostrup (1995, 1999), fokuserer ikke på at arbejde emotionelle problematikker, men bruger musik for at vække deltagerne emotionelt og herigennem påvirke deres kognitive funktioner positivt. Hos Hald (2004) bliver indholdet i terapien udvidet fra blot at møde kognitive, funktionelle mål, til at handle om eksistentielle temaer. Her kan vi se musikterapien som parallel til psykoterapi som beskrevet hos f.eks. Coetzer (2007), hvor patienten kan nå frem til en accept og ny mening. Bearbejdning af følelser og tanker omkring identitet og selvbillede træder her frem som et konkret behov.

Receptiv musikterapi kan ifølge litteraturen imødekomme emotionelle behov ved at forbigå kognitive forhindringer for at gå i psykoterapi. Dette skyldes at billeddannelse kan være en form for tænkning, som medfører begrebslige, emotionelle og adfærdsmæssige forandringer, uafhængigt af verbal indsigt (jf. Goldberg et al., 1988). Desuden kan musikken fungere som en emotionelt forstærkende faktor, som container for patientens følelser og som en struktur eller ramme for patientens billeder og tanker.

De overordnede temaer vi kan finde i musikterapilitteraturen, som relaterer sig til emotionelle behov, er følgende:

- Ændringer i stemningsleje
- Motivation
- Identitet
- selvværd
- selvbillede
- livskvalitet
- Sorgproces

Vi kan også se at følgende konkrete behov beskrives:

- Behovet for at udtrykke følelser
- Behovet for at opleve fællesskab og kommunikation
- Behov for støtte til at mærke og udtrykke følelser

4.6 Delkonklusion

Vi har nu gennemgået litteraturen og skabt en kontekst for fortsættelsen af nærværende speciale. Det ser ud til at vores fokus på fase 2 i rehabiliteringen er relativt uudforsket. Hvad dette skyldes, kan vi ikke på nuværende tidspunkt fastslå. Nogle steder i litteraturen gøres der ikke noget ud af at skelne mellem faser, andre steder påpeges betydningen af tid fra hjerneskaden. I følge vore fund gøres der ikke meget ud af at beskrive de emotionelle behov hos patienter med hjerneskade under hospitalsindlæggelse. Der er dog en begyndende interesse op igennem halvfemserne og 2000-tallet for at undersøge patienters oplevelser og reaktioner i forbindelse med at have fået en hjerneskade. Den tilsyneladende mangel på forskning på området mener vi tydeliggør behovet for at undersøge dette område nærmere.

I behandlingslitteraturen bliver det tydeligt at "de emotionelle behov" er et komplekst begreb. Disse skal ikke blot mødes ved hjælp af interventioner som fokuserer på emotioner, men også på kognitive problemer, psykosociale problemer og problemer med forståelsen af sygdommen. Ifølge den psykologiske litteratur kan det se ud som om emotionel bearbejdning kun er nødvendig når der er opnået en indsigt i egne begrænsninger. Emotionelle behov er dog ikke lig med behov for bearbejdning, og fokus på det at udtrykke sig ser vi meget tidligt i rehabiliteringen i musikterapilitteraturen. Her kan vi ane en tilgang til emotionelle behov som er forebyggende, ikke blot behandlende.

Vi kan ikke på denne baggrund komme med et svar som er specifikt for fase to, på problemformuleringens første spørgsmål: "Hvilke temaer kan identificeres ud fra litteraturen, i forhold til de emotionelle behov hos patienter med en erhvervet hjerneskade?" Dog kan vi nævne de temaer, som vi har identificeret, og som muligvis også gør sig gældende for patienter i fase to:

- Ændringer i stemningsleje (f.eks. depression og angst eller anspændthed)
- Coping
- Krise
- Ny identitet og integritet
- Indsigt
- Livskvalitet
- Sorg og tab
- Selvværd
- Selvbillede
- Accept
- motivation

Nogle steder beskrives konkrete behov i tilknytning til disse temaer:

- Emotional støtte og fokus på emotionelle behov generelt

- At blive mødt med empati
- At få hjælp til at vurdere sig selv realistisk
- At blive lyttet til
- At give udtryk for følelser
- At opleve fællesskab
- At blive informeret
- At blive bevidst om egne reaktioner og handlemønstre i forbindelse med hjerneskaden og evt. ændre disse i positiv retning.
- At blive afspændt.
- At holde humøret oppe.
- At bevare håb, finde en ny værdsættelse af det ordinære og have trøstende relationer.

Vi har kun fundet én reference til receptiv musikterapi med fokus på indre billeddannelse, som sigter mod at arbejde med temaer i tilknytning til emotionelle behov i neurorehabilitering (Hald, 2004). Her bearbejdes eksistentielle temaer og selvoplevelser via musiklytning og billeddannelse. Dette er med patienter i fase tre, og vi kan således ikke give et overbevisende svar på problemformuleringens andet spørgsmål på baggrund af litteraturen: "Er det på baggrund af litteraturen og to udvalgte casestudier muligt at imødekomme patienternes emotionelle behov, ved hjælp af musiklytning med billeddannelse? I bekræftende fald, hvordan?" Dog kan vi påpege at de former for behandling vi har fundet i litteraturen, søger at møde de emotionelle behov hos mennesket med hjerneskade, ved at arbejde kognitivt, adfærdsorienteret, eller med fokus på emotionelt udtryk. Billeddannelse kan være en måde at få adgang til tanker og følelser på, samt en måde at bearbejde disse på (Pickett, 1991; Hald 2004; Goldberg et al., 1988). Musikken kan virke inspirerende for billeddannelse (Moe & Thostrup, 1995; Hald, 2004; Goldberg et al., 1988), samt fungere emotionelt forstærkende (Hald, 2004), tilbyde en containerfunktion for følelser og en struktur for tanker og billeder (Goldberg et al., 1988).

5 Ny forståelseshorisont

Efter at have identificeret en række temaer i litteraturen, vil vi nu tydeliggøre vores forståelse af disse temaer, med henblik på at kunne anvende dem til analyse af vores casemateriale. Vi har i litteraturgennemgangen identificeret 11 temaer i relation til emotionelle behov. På baggrund af at vi anvender forskellige typer tekster, som ikke nødvendigvis er skrevet med henblik på at beskrive emotionelle behov, nævnes temaerne flere steder i litteraturgennemgangen, under forskellige overskrifter. Her vil vi derfor give en kort, samlet beskrivelse af hvordan vi forstår hvert enkelt tema. Således vil vi tydeliggøre den forståelseshorisont vi nu har fået. De 11 temaer fra litteraturgennemgangen er som følger:

- Ændringer i stemningsleje (f.eks. depression og angst eller anspændthed)
- Coping
- Krise
- Ny identitet og integritet
- Indsigt
- Livskvalitet
- Sorg og tab
- Selvværd
- Selvbillede
- Accept
- Motivation

Vi ser en stærk sammenhæng mellem nogle af disse temaer, og da vi ønsker at anvende dem som udgangspunkt for analyse af caseforløbene, samler vi temaerne fra litteraturgennemgangen i følgende seks punkter:

- Identitet og selvbillede
- Livskvalitet
- Sorgproces
- Krise
- Coping
- Ændringer i stemningsleje og motivation

Disse seks punkter vil vi nu uddybe hver for sig. Nogle temaer er beskrevet tydeligt i teksterne, mens andre nævnes uden at forklares. I det følgende vil vi med baggrund i teksterne, og om nødvendigt, ved hjælp af anden litteratur, tydeliggøre vores forståelse af de forskellige temaer.

5.1 Identitet og selvbillede

Disse to begreber knytter sig til patientens måde at vurdere eller opleve sig selv på. De hænger meget nøje sammen, og en adskillelse vil indebære en forenkling. Begrebet selvværd hører også med her. Vi kan tale om at det drejer sig om personens indre oplevelse af sig selv på et følelsesmæssigt plan, især når vi bruger ordet selvværd. Det refererer til en følelse og oplevelse af at være værdsat som den man er, og have ret til at være den man er (Psykologisk Pædagogisk ordbog, s. 368). Selvværd er, som vi ser det, noget der ligger til grund for de muligheder der er for at udvikle et godt selvbillede, men vi ser det som en indre tilstand som ikke nødvendigvis er bevidst for personen, og som kan være svær at vurdere eller fortolke for en udenforstående. Dog mener vi at eksempelvis udtalelser som knytter sig til selvbillede og selvtillid kan være udtryk for et godt eller dårlig selvværd.

Selvtillid handler om personens selvvurdering, hvor egne egenskaber og præstationer vurderes i forhold til de krav og forventninger personen oplever (Psykologisk Pædagogisk Ordbog, s. 368). Dette kan igen ses i sammenhæng med selvbilledet, som også indeholder personens egen vurdering af sig selv. Hos Vickery et al. (2006) ser vi en beskrivelse af selvbillede som noget der ligger til grund for hele ens måde at opfatte sig selv på, reflektere over sig selv, og styre sin adfærd ud fra:

”A collection of beliefs about an individual’s own functioning in various life dimensions, such as physical self-concept and social self-concept, and is seen as an apparatus that permits self-reflection, allows individuals to regulate their behaviour by providing motivation to select and work toward goals, and underlies all perceptions, beliefs, and feelings about oneself (Leary & Tangney, 2003; Markus & Wurf, 1987 i Vickery et al., 2006, s. 30).

Arbejde med selvværd, selvbillede og selvtillid ser vi i litteraturen som noget der forbindes med at hjælpe patienterne til at evaluere sig selv realistisk (F.eks. Howes et al.2005b; Klonoff & Lage, 1993) og acceptere sine mangler. Hos Vickery (2006) er der desuden et fokus på at komme til at inddrage flere sider af personligheden i selvbilledet, og ikke lade mangler i ét område dominere hele selvbilledet. I musikterapi beskrives deltagelse i musikalske aktiviteter som noget der kan bidrage til selvtillid og selvværd, idet personen oplever at føle sig mødt og oplever at bidrage med noget til sammenspillet (Purdie & Baldwin, 1994).

Identitet er nødvendigvis også forbundet til hvordan personen ser sig selv, men for adskillelsens skyld, kan vi se identitet som noget der i endnu højere grad forbinder sig til hvordan personen ser sig selv *i en kontekst*. Identiteten er både det omgivelserne forbinder med personen, som gør at de behandler og modtager personen på samme måde fra gang til gang⁴⁹, men det er også et udtryk for personens subjektive selvpfattelse af kræfter og træk i sig selv samt en bevidst følelse af indre sammenhæng og samhørighed med andre mennesker⁵⁰. Identitet er et tema flere

⁴⁹ Egoidentitet, PPO, s.94

⁵⁰ Selvidentitet, PPO, s.367

steder i litteraturgennemgangen, men et eksempel hvor det er tydeligt at begrebet knytter sig til sociale roller, finder vi hos Kvigne et al. (2004), hvor kvinderne kæmper med at finde nye måder at være omsorgsfigurer på, efter deres apopleksi. Identitet er også et centralt tema hos Nilsson et al. (1997), hvor Erikssons teori belyser at mennesker med en erhvervet hjerneskade skal igennem en række udviklingskriser, for at finde frem til en ny identitet og integritet. Her bliver det for os at se tydeligt at udvikling af selvværd, selvfølelse, selvtillid og selvbillede hænger uløseligt sammen med udviklingen af en identitet. På denne baggrund, og for anvendelighedens skyld, samler vi de forskellige begreber under temaet "Identitet og selvbillede".

5.2 Livskvalitet

Livskvalitet nævnes flere steder i litteraturgennemgangen uden at begrebet uddybes. Hos Pilkington (1999) anvendes en forståelse af begrebet livskvalitet som tager udgangspunkt i personens egen oplevelse. Livskvalitet kan ifølge Pilkington (1999) forbedres efter hjerneskaden, ved at personen kommer til at værdsætte det ordinære på en ny måde, ved hjælp af håb og drømme om fremtiden og ikke mindst ved hjælp af trøstende relationer. Hos Purdie & Baldwin (1994) beskrives det at selvtillid og selvværd kan styrkes gennem musikterapi, og således bidrage til øget livskvalitet.

Livskvalitet kan defineres som et mål på menneskets totale eksistens, hvor der tages hensyn til 1) ydre forhold som økonomi, bolig og uddannelse, 2) mellemmenneskelige forhold, og 3) indre personlige forhold som aktivitet, selvbillede og emotionel grundstemning. Endvidere beskrives en sammenhæng mellem høj livskvalitet og aktivitet, gode interpersonelle forhold, god selvfølelse, og "rige og intense oplevelser af skønhed, af indsigt i el. af samfølelse med naturen." (Psykologisk Pædagogisk Ordbog, s.244). Alle aspekter af livskvalitet kan påvirkes efter en hjerneskade. Det der er i fokus for nærværende speciale, er knyttet til personens emotionelle behov, og således læner vi os op ad en lignende tilgang til begrebet som Pilkington (1999) gør: Det drejer sig om hvordan personen selv oplever sin livskvalitet, og ikke om et mål som er sammenlignelig på tværs af befolkningen i forhold til uddannelse og økonomi. Dog vil personens måde at forholde sig til ændringer på, også på disse områder, indvirke på hvordan personen oplever sin egen livskvalitet.

5.3 Sorgproces

I litteraturgennemgangen tegnes der et billede af en sorgproces som bevæger sig fra indsigt, over til svære følelser og bearbejdning af disse, for så at føre til en accept. Indsigt, forstået som bevidsthed om sin egen formåen og egne begrænsninger, beskrives flere steder som noget der kommer efter noget tid. Hvornår indsigten kommer, og hvorfor den kommer når den gør, kan tilsyneladende variere. Dette ser ud til at være betinget både af personens hjerneskade, kognitive problemer og ydre omstændigheder, som udskrivelse fra hospital eller rehabiliteringscenter

(Coetzer, 2007; O'Callaghan et al., 2006). Coetzer (2007) placerer sorg og tab som et trin i processen fra at opnå indsigt på vej til accept og muligvis ny mening. Ifølge Coetzer (2007) er patienten nødt til at opleve tabet bevidst, før han kan sørge over det og således komme videre i en ny tilværelse. Tilsyneladende har Jochims (1995) en anden tilgang til sorg, da hun mener sorgen kan være der fra starten af sygdomsforløbet efter en hjerneskade.

Vi forestiller os at en person som har været velfungerende og lige pludselig oplever sig selv som funktionshæmmet både fysisk og kognitivt, vil kunne have følelser af sorg, selv om vedkommende ikke endnu kan have indsigt i de langsigtede konsekvenser. Fælles for vore kilder er at sorg er noget som følger med oplevelsen af funktionstab, og personen må igennem sorgen, for at kunne komme videre og skabe sig et nyt liv.

5.4 Krise

Krise kan beskrives som en truende forstyrrelse i et menneskes livssituation (Psykologisk pædagogisk ordbog, s. 245). En kriseramt oplever tidligere erfaringer og handlemåder som utilstrækkelige til at forstå og beherske den aktuelle situation. Patienter som får en hjerneskade, kan opleve situationen som en krise (Nilsson et al., 1997) som udfordrer hele individets væsen og giver anledning til eksistentielle spørgsmål. For at komme igennem krisen, må individet møde alle de essentielle problemer som dukker op i menneskets udvikling. Herved kan mennesket opleve integritet, helhed og mening.

Krise kan oftest beskrives som et forløb med fire faser: 1) akutfasen og chokstadiet (varighed fra timer og til nogle dage), 2) reaktionsfasen (varighed fra uger til flere måneder), 3) bearbejdningsfasen (varighed op til et halvt år), 4) nyorienteringsfasen (Psykologisk Pædagogisk Ordbog, s. 245).

Kriseforløbet ligner umiddelbart den sorgproces som foregår når patienten bevæger sig fra indsigt til accept. Dog er de ikke identiske, og vi forestiller os at de to processer foregår sideløbende, og kan være svære at adskille. Kriseteori inddelt i faser finder vi ikke i litteraturgennemgangen, hvilket kan tyde på at dette ikke anvendes i den nyere litteratur på området. Dog beskrives coping flere steder. Behovet for at arbejde med copingstrategier forstår vi som en følge af at være blevet ramt af en pludselig skade, hvorefter de hidtidige, kendte handlemåder bliver udfordret.

5.5 Coping

Coping er et begreb som igennem litteraturgennemgangen beskrives som de strategier og fremgangsmåder patienterne anvender, for at klare deres nye livssituation efter en hjerneskade. Hos Anson og Ponsford (2006a) defineres coping som de stadig forandrende kognitive og adfærdsmæssige forsøg på at håndtere en situation, som personen oplever som meget krævende. Mere

overordnet kan vi se at coping handler om hvordan patienten kan finde en måde at forholde sig til den ændrede livssituation på, og finde en ny måde at være i verden på.

Der beskrives hvorledes patienters coping kan være betinget af skadens placering, personlighedskarakteristika, livserfaringer og forsvarsstrategier. Eksempelvis nævner Gillen (2006), at deprimerede patienter i højere grad anvender uhensigtsmæssige strategier end ikke-deprimerede patienter og patienter som i forvejen lever med sygdom og rammes af apopleksi eller traumatisk hjerneskade anvender flere strategier samt flere hensigtsmæssige strategier. Der nævnes forskellige typer af copingstrategier, hvilke beskrives i skemaet nedenfor:

Copingstrategi	Reaktionsmønster	Mulige udfald/symptomer
Uhensigtsmæssig/ Ikke-produktiv	Flugt og undvigelse; isolation; fornægtelse;	Depression og angst; ringe emotionel tilpasning
Hensigtsmæssig/ Produktiv	Aktiv og handlende; søge information, få undervisning eller tale med andre om sine problemer.	Formindsket ensomhedsfølelse og isolationsfølelse; muligt at forbedre emotionel tilpasning; Dog kan indsigt om egne problemer i relation til hjerneskaden resultere i depression
Problemfokuseret strategi	Aktiv og handlende	Godt selvværd, positive følelser
Emotionel fokuseret strategi	Patienten forsøger ikke at ændre på situationen, men en forsøger at ændre på de følelser som er forbundet til situationen (eks. Undgåelse, fornægtelse, accept eller positiv holdning overfor situationen).	Ved undgåelse eller fornægtelse ses lavt selvværd og negative følelser. Når patienten er i stand til at acceptere sin situation, ses større selvværd og positive følelser.

(Tabel 4: Typer af copingstrategier samt deres reaktionsmønstre og mulige symptomer).

Der er ifølge Anson og Ponsford (2006a) en sammenhæng imellem patienters copingstrategier og deres selvbillede, selvværd og positive/negative følelser. Anson og Ponsford (2006a) påpeger at emotionel tilpasning muligvis kan forbedres ved at fokusere på hensigtsmæssige copingstrategier. Det er også muligt at en forbedring af emotionel tilpasning kan skabe hensigtsmæssige copingstrategier.

5.6 Ændringer i stemningsleje og motivation

Depression, angst og katastrofereaktion nævnes i litteraturen som faktorer der kan skabe ændringer i stemningslejet. Depression og angst synes at være mest almindeligt. Der påpeges også en række sammenhænge mellem depression og indsigt i egen livssituation (Anson & Ponsford, 2006a; O'Callaghan et al., 2006). Ligeledes påpeges der en række sammenhænge mellem depression og manglende motivation og dårlig selvtillid (Purdie, 1997).

Ændringer i stemningsleje kan også opstå hos patienter som eksempelvis har en undvigende, uhensigtsmæssig coping. Labilitet kan være noget som hænger sammen med såvel psykologiske som biologiske faktorer. Det er muligt at undvigelse kan være en faktor som er med til at opretholde labilitet, da undvigelse fører til tilbagetrækning, hvilket igen kan føre til at patienten får mindre social støtte og flere problemer med sit stemningsleje (Eccles et al., 1999).

Ifølge litteraturgennemgangen kan "ændringer i stemningsleje" pege på de ændringer, der er sket for patienten biologisk eller psykologisk efter hjerneskaden, men det kan også handle om at der i behandlingen er fokus på at ændre negative følelser, stemningsleje og sindstilstand. Dette hænger efter vores erfaring sammen med et behov for at opretholde motivation, med henblik på at patienterne skal få størst muligt udbytte af rehabiliteringen.

Vi har nu gennemgået de overordnede temaer fra litteraturgennemgangen, og i det følgende vil vi bringe disse videre med i specialets casedel. Vores forståelse af de seks overordnede temaer danner udgangspunkt for analysen af to caseforløb, og disse beskrives nærmere i næste kapitel.

6 Casebeskrivelser

I det følgende vil vi forsøge at finde svar på problemformuleringen ved hjælp af udvalgte caseforløb, som vi vil analysere med udgangspunkt i temaerne fra litteraturen, som beskrevet i kap. 5. Materialet til denne del af specialet er hentet fra vores to praktikforløb, hvor vi hver især har arbejdet med forskellige former for aktiv og receptiv musikterapi. De to forløb er valgt fordi de er de eneste forløb, hvor vi har arbejdet med receptiv musikterapi med fokus på billeddannelse. Vi vælger at inddrage de to forløb fordi de repræsenterer to forskellige typer hjerneskade, to forskellige typer patienter og to forskellige slags musikterapiforløb. Dette mener vi kan give flere perspektiver, og bidrage til at tegne et mere nuanceret billede af emotionelle behov og brug af den musikterapeutiske metode. Nærmere beskrivelse af data og hvordan de er blevet behandlet indledningsvis, er beskrevet ved hver case, da de første trin i indsamling og bearbejdning er foregået på ret forskellig vis. Efter disse første trin er materialet fra begge caseforløb blevet analyseret på samme måde. Se analysemodel i bilag nr. 2.

6.1 Forløbet med fru A

I det følgende beskrives forløbet med fru A. Først kommer en beskrivelse af indsamling og bearbejdning af data. Herefter følger en præsentation af fru A, som beskrevet i journal og af personale. Så beskrives udgangspunktet og rammerne for musikterapien med fru A. Til sidst kommer en beskrivelse og analyse af fru As fantasirejser.

6.1.1 Indsamling af data

Forløbet med fru A fandt sted i slutningen af august og starten af september 2007, helt i starten af musikterapeutens 9.semesterspraktik. På daværende tidspunkt var samtykkeerklæringer i forbindelse med brug af materiale ikke kommet i orden, ej heller optageudstyr. Data fra dette forløb består derfor af musikterapeutens egne notater, som blev lavet umiddelbart efter hver session. Notaterne beskrev hvad som blev lavet, vigtige udsagn fra patienten, terapeutens egne refleksioner over sessionen samt planlægning af næste session. Disse notater blev ikke forelagt patienten og er således ikke blevet udsat for "membercheck". De beskrivelser som patienten gav af sine fantasirejser, blev dog repeteret kort fra gang til gang. I den sidste session dikterede patienten hvilke stikord som skulle vedhæftes hvert af de musikstykker, som havde været anvendt til fantasirejserne, på en CD terapeuten lavede til hende. Det billedmæssige indhold kan derfor siges at være blevet udsat for "membercheck".

Data fra journalen består også kun af terapeutens notater fra august/september 2007, og disse afspejler at formålet har været at sætte sig ind i patientens daværende tilstand og situation, ikke at fremstille patienten som en case. Derfor er eksempelvis scoringer på Glasgow Coma Scale og

varighed af posttraumatisk koma ikke inkluderet. Detaljer om hjerneskadens placering er ligeledes heller ikke kommet med.

Da det blev besluttet at anvende forløbet med fru A til nærværende speciale, blev en samtykkeerklæring sendt pr post, som fru A underskrev og returnerede. Hun gav her tilladelse til at musikterapeutens notater fra musikterapiforløbet kunne anvendes i specialet. Notaterne er blevet bearbejdet således at korte referater fra hver session gengiver hvad der foregår på et ydre plan, og hvad patienten giver udtryk for, primært verbalt, i sessionen. Desuden angives relevante hændelser udenfor musikterapien, når disse bliver inddraget i musikterapien. Terapeutens refleksioner over den terapeutiske relation etc. er således udeladt, da fokus er musiklytningen, billeddannelsen og patientens forhold til dette.

6.1.2 Information fra journalen og personalet

Fru A er en kvinde i slutningen af fyrrerne, som før skaden arbejdede indenfor sundhedsvæsenet i en stilling med en del ansvar. Hun er samlevende med en mand, men har ingen børn.

Fru A bliver kørt ned af en flugtbilist på vej hjem fra arbejde, fire måneder før musikterapien starter. Efter at have været i koma, og efter at have været igennem flere operationer med efterfølgende genoptræning, kan hun nu gå og fysisk set er hendes genoptræning i hospitalsregi færdig. Hun har tinnitus på det ene øre, er blind på det ene øje og er udseendemæssigt præget af det hun har været igennem. Korttidshukommelsen er påvirket, således at hun f.eks. har svært ved at huske navne og er afhængig af at bruge en kalender for at huske aftaler.

Udover medicinsk behandling (eksempelvis kvalmestillende og smertelindrende medicin), træner hun stadig læsning, skrivning og brug af computer med audiologopæden. Fra ergoterapeuten bliver der givet udtryk for at hun mest har behov for at tale, og at hun er kriseram. Hun bliver desuden beskrevet af andet plejepersonale som en der har indsigt i sin situation, men som ikke kompenserer. Fru A er blevet vurderet i trafikken af ergoterapeuten og har fået grønt lys til at færdes til fods og med det offentlige på egen hånd. Dette er hun dog ikke tryk ved, og hun tager taxa hvis hun skal nogen steder hen.

Der er sat gang i en proces i forhold til fru As fremtid, og hun forventer at komme til at gå på pension, da hun ikke vil være i stand til at varetage et arbejde. Da musikterapien starter, er hun stadig indlagt, og venter på at få besked om hvorvidt hun skal genopereres i hovedet eller udskrives til eget hjem. Det skal desuden nævnes at fru As samlever er henvist til psykologisk behandling, da han har det meget svært efter det som er sket med fru A.

6.1.3 Musikterapien med fru A

Fru A bliver foreslået at komme i musikterapi af audiologopæden. Da det er uvist hvornår der vil komme svar på Fru As prøver, er det hele tiden en mulighed at hver musikterapisession er den sidste. Dette gør det vigtigt at hver session giver mening for patienten, og at der ikke sættes gang i en proces som ikke kan afrundes indenfor en session.

Musikterapien foregår i et lille kontor hvor der er en ghettoblaster og et lille udvalg af stavspilsinstrumenter, keyboard, guitar og trommer. Hver gang har fru A en time til rådighed, men afhængig af hendes behov kan sessionerne godt være kortere.

Den første session med fru A foregår som en assesment, hvor vi taler om hvad jeg kan tilbyde og hvad hun føler behov for, samt prøver forskellige musikterapeutiske aktiviteter af. Jeg nævner bl.a. hukommelsestræning som en mulighed. Hendes respons er at hun "ikke har de store behov", da hendes hoved er fuldt af tanker om fremtiden. Omkring hendes forhold til musik siger hun at hun som barn har spillet harmonika. Desuden fortæller hun at hun dagen i forvejen havde hørt "Scarborough Fair" i radioen, og da vi synger et vers af den, bliver hun meget berørt. Vi taler om at musik kan berøre os mennesker følelsesmæssigt.

Vi laver en improvisation sammen, hvor det kommer frem at fru A bedre kan lide melodiinstrumenter end rytmeinstrumenter, at hun har svært ved at holde koncentrationen i længere tid i en ustruktureret improvisation og at hun hurtigt får indre billeder som associationer til instrumenternes lyde. At spille på xylofon giver hende association til vand, og dette fører hende videre til tanker om hvad der er vigtigt for hende nu (efter skaden). Hun siger at hun ønsker sig en dam med fisk i, og at de materielle ting ikke betyder noget længere. Hun er desuden glædelig overrasket over at "de få lyde kunne give hende sådan nogle billeder af vand".

Vi synger sange som fru A vælger. Her oplever hun at blive meget berørt. Hun begynder at græde, og taler om hvordan teksten taler til hende i hendes nuværende situation. Hun oplever også at vi synger en sang sammen som ikke berører hende på samme måde, men hvor hun bagefter udbrøder "Vi er jo gode!". Hun udtrykker overraskelse over at kunne synge, og udtaler at hun "troede ikke hun kunne synge, hun troede bare hun var så hjerneskadet!"

I den første session taler vi desuden om at Fru A kunne have brug for at lytte til noget musik som afspænding. Vi aftaler derfor at jeg finder noget musik frem til næste gang, som hun skal prøve at slappe af til. Hun vil gerne høre noget musik som kan give hende nogle billeder, noget som er "lidt dybt". Dette sætter hun i sammenhæng med temaet "hvad der er vigtigt i livet nu" og hun giver udtryk for at hun gerne vil introduceres for noget klassisk musik, eller noget andet som er nyt for hende. Hun nævner i den første session at hun har mange "dumme tanker".

Da det især er sang som appellerer til fru A og virker til at egne sig i forhold til hendes kognitive kapacitet, kommer fokus til at ligge på denne aktivitet frem for f.eks. improvisation. Da hun har

meget behov for at tale, bliver sangene udgangspunkt for samtale. Da hun tilsyneladende har nemt ved at danne billeder og associationer, og ønsker at lytte til musik, bliver musiklytning med fokus på billeddannelse desuden centralt. Musikterapien kommer efter den første session i de fleste tilfælde til at bestå af både sang, samtale og musiklytning. Nedenstående tabel illustrerer forløbet:

1.session	2.session	3.session	4.session	5.session	6.session
Assessment	Aflyst/samtale	1.fantasirejse kun musiklytning	2.fantasirejse blandet session	3.fantasirejse blandet session	4.fantasirejse blandet session

(Tabel 5: Oversigt over forløbet med fru A)

6.1.4 Beskrivelse og analyse af fantasirejserne

I det følgende er fokus på fantasirejserne som bliver beskrevet og derefter tolket med udgangspunkt i kerneemaerne fra litteraturen⁵¹:

- Identitet og selvbillede
- Livskvalitet
- Sorgproces
- Krise
- Coping
- Ændringer i stemningsleje og motivation

Første fantasirejse

Anden session aflyses pga. at fru As mor er på besøg, men vi får dog talt om fru As oplevelse af den første session og hvor overrasket hun var blevet over at blive så berørt. Vi mødes igen en uge efter første session. Fru A venter stadig på svar på den prøve som skal sige om hun skal genopereres, og er meget frustreret over det. Det gør hende "depri".

Hun sidder på en stol og jeg foreslår hende at lukke øjnene, mærke at fødderne rører jorden, mærke stolen under sig og støtten fra ryglænet. Så beder jeg hende forestille sig et sted, f.eks. ved vandet, ude i naturen, hvor hun sidder. Det er et sted, hvor der kun kan ske hende gode ting. Lidt inde i musikken beder jeg hende tage en dyb vejtrækning. Guidningen gentages med ganske små variationer tilpasset den aktuelle session hver gang herefter.

⁵¹ I beskrivelsen af caseforløbet anvendes 1.person, mens analysen er i 3. person. Dette skyldes at analysen ikke kun har involveret den musikterapeut der har forestået terapien.

Musikken jeg har valgt er "Cream", spillet af Niels Henning Ørsted Pedersen på bas og Palle Mikkelborg på klaver og keyboard. Det varer 3:32 (minutter:sekunder). Musikken er valgt, fordi det indeholder få ændringer i volumen og tempo og min subjektive mening er, at det virker beroligende.

Efter musikken spørger Fru A mig om hun må give mig et billede? Hun fortæller at hun var ved Østersøen, hvor der er nogle svalelignende fugle som bor i nogle små huler. Dette er et sted hun tidligere har været, i en periode da hun sejlede. Hun sad på stranden og kiggede op på fuglene som fløj ind og ud af deres huler. Hun kom også selv op at flyve og kiggede ned på fuglene ovenfra. Billedet var meget dejligt og smukt, og hun taler om at det er sådan et liv hun vil leve nu: Ud i naturen og tage det med ro.

Hverken hun eller hendes samlever vil nogensinde blive de samme igen, siger Fru A. Jeg kommenterer at det lyder som om hun er i gang med at finde ud af hvem det er hun er nu, eller skal til at være. Fru A taler om at hun tidligere har været stærk, haft styr på alting og nu er der bare mange mangler. Jeg påpeger at hun også har ressourcer, bl.a. at hun kan give sig selv noget i kraft af hendes evne til at få disse billeder til musikken. Hun taler om at samleveren også er god, tager sig af hende og er den stærke nu.

Fru A vil ikke lave andre aktiviteter denne gang. Hun er tilfreds med at have fået et godt billede som hun vil tage med.

Analyse

Identitet og selvbillede

Fra den første session (assessmentsessionen) kommer fru A med udsagn om hvordan hun oplever sig selv. Hun bliver overrasket over at hun kan synge, da hun troede hun "bare var hjerneskadet". Dette udsagn vidner om et selvbillede som er blevet indsnævret til kun at indebære fru A som patient, eller som skadet og handicappet. Efter den første fantasirejse spørger fru A om hun må give terapeuten et billede? Hendes oplevelse med musikken og billedannelsen er noget hun kan dele med terapeuten. Da hun oplever at billederne kommer fra hende selv, og hun er i stand til at beskrive dem og således give dem videre, indebærer fantasirejsen en udvidelse af selvbilledet. Således kan udsagnet "må jeg give dig et billede?" forstås som en lille ændring i hendes begrænsede selvbillede: Det er muligt at hun kan have noget at byde på. Denne tolkning af bevægelsen i fru As selvbillede knytter sig til en formodning om at der kan ske noget på et implicit plan. I kraft af en positiv oplevelse af sig selv, hvor patienten oplever at bidrage med noget, vil selvtillid og selvværd kunne styrkes. Dette er i overensstemmelse med musikterapilitteraturen, hvor en patients deltagelse i improvisation formodes at gøre det samme (jf. kap.4.5).

I samtalen efterfølgende er temaet "fru A før, og fru A nu". Dette knytter sig eksplicit til hendes identitet og selvbillede. Hun har tidligere set sig selv som stærk, og nu ser hun kun mangler. Det

at være stærk er noget hendes samlever kan nu, ikke fru A. Hun er ikke bevidst om hvilke ressourcer hun selv har.

Selve fantasirejsen gør fru A afspændt, men samtidig stimuleret. Hun har nemt ved at danne og genfortælle billeder. Hun knytter billederne an til nogle erindringer hun har fra tidligere, fra det samme sted, samtidig som hun oplever drømmeagtige billeder af at flyve med fuglene og kigge ned på dem. I forhold til identitet er fantasirejsen en måde hvorpå fru A kommer i kontakt med gode erindringer fra tidligere i livet. Disse oplevelser forbindes i samtalen til hvordan fru A ønsker at livet skal blive. Dette står i kontrast til en identitet som er forbundet med at være patient, at være indlagt og at være begrænset. Det lader til at når fru A oplever dette visuelt, understøttet af musikken, bliver oplevelsen livagtig for hende, i tråd med Picketts (1991) udsagn om at billeddannelse er "en mere fyldig repræsentation af oplevelse" (jf. kap. 4.4).

Oplevelsen af at befinde sig i en ubegrænset situation, hvor hun ikke er hæmmet af et handicap, men tvært imod kan flyve, kan muligvis også have en symbolsk betydning i forhold til fru As selv-billede og identitet, for eksempel som et billede på at se muligheder og at turde drømme.

Livskvalitet

Både ydre og indre forhold er påvirket som følge af fru As skade. Hun skal ikke arbejde mere, hun befinder sig på hospitalet, og hun gruer for at komme hjem. Hendes relationer er ligeledes påvirket, og indre forhold som selv-billede og grundstemning kan også se ud til at lide under det lange hospitalsophold og de skader hun har pådraget sig. Fru A bliver ikke interviewet om hendes subjektive oplevelse af livskvalitet under hospitalsindlæggelsen, men generelt giver hun udtryk for at hun ikke har det godt.

Oplevelsen af de smukke billeder fra Østersøen kan i sig selv tænkes at bidrage til fru As livskvalitet. Både i kraft af at hun oplever sig selv på en positiv måde, og fordi hun har en "rig og intens oplevelse af skønhed eller samfølelse med naturen" (jf. kap.5.2). Denne oplevelse er i sig selv så stærk for fru A at hun ikke ønsker at få mere ud af sessionen og mener hun kan tage oplevelsen med sig ud. Når fru A efterfølgende taler om hvad for en slags liv hun skal leve nu, taler hun om hvad livskvalitet kan være for hende: Ro og fred, ude i naturen.

Sorgproces

Der kan ses tegn på at fru A er i en sorgproces i kraft af hendes indsigt i de fysiske og kognitive følger af skaden. Da hun stadig er meget usikker på hvem hun skal være og hvordan livet bliver, er det tale om følelser af sorg fordi hun fornemmer og ser delvist hvilke mangler hun har. Hun er samtidig i gang med at forsøge at acceptere disse mangler. Dog er hendes udtalelser noget ensidige; Hun ser nemlig kun sine egne mangler og ikke et realistisk billede af hvad hun kan og hvem hun kan være.

Krise

Krisebegrebet egner sig muligvis bedre til at forstå fru As situation. Fru As temaer om at ikke være eller blive den samme igen kan ses som tegn på identitetskrise, og hendes manglende fornemmelse af egne ressourcer samt hendes klyngen sig til at samleveren skal tage sig af hende kan ses som tydelige tegn på at hun befinder sig i en krisesituation.

Selve rejsen står i kontrast til krisetemaet, da hun i rejsen oplever noget stik modsat, hvor hun er ubekymret og ubegrænset i sin formåen.

Coping

Fru A taler med terapeuten om hvordan hun har det, hvilket kan være tegn på en aktiv holdning. Hun tager guidningen og musikken til sig og bruger således musikterapien til at blive mere afspændt og få noget godt ud af sessionen. Hun forholder sig til sin ændrede situation, men er ikke parat til at tage ansvar for sig selv, da hun lægger det over på sin samlever at være den stærke. Dette kan ses som en undvigende copingstrategi, da hun ikke aktivt og handlende går til problemerne og prøver at finde ud af hvordan hun bedst muligt kan komme til at klare sig til trods for sine handicaps.

I selve rejsen kan vi se tegn på emotionel coping, da hun bruger accept og positiv tænkning til at forestille sig et godt liv i ro og fred og kontakt med naturen.

Stemningsleje og motivation

Fru As stemningsleje kan overordnet beskrives som præget af tristhed og angst, og hun er plaget af destruktive tanker. Fru A er anspændt og bruger rejsen til at finde et trygt sted. Hun bliver afspændt af musikken og billederne. Hendes humør bliver løftet da hun fortæller om rejsen, og hun tager den stemning med sig ud.

Anden fantasirejse

Fru A venter stadig på at få prøveresultatet. På baggrund af at hun ønsker at blive præsenteret for noget som er nyt for hende, vælger jeg endnu et jazznummer, og da hun gerne vil opleve billeddannelse, ikke blot afspænding, vælger jeg et nummer som har flere dynamiske ændringer og er mere kompliceret end musikken fra første rejse. Nummeret er "Blue in Green" fra Miles Davis' "Kind of Blue", med klaver, trompet og bas, og det varer 5:37.

Efter musikken fortæller fru A at hun var ude på armitageslottet, hvor hun sad og kiggede på en masse forskellige dyr som legede og sloges i skovkanten. Der var meget aktivitet, og hun nød at sidde og kigge på, men der var også mange mennesker som sad og snakkede omkring hende, hvilket var forstyrrende. Hun kunne dog godt lukke dem ude af sin opmærksomhed. Da jeg spørger ind til musikken, siger hun at det ikke var afslappende, men at hun godt kunne tillade at han (Miles Davis) var der, samtidig med at hun nogle gange lukkede trompeten ude når hun syntes den blev irriterende. Vi taler om sammenhængen mellem at lukke musikken ude, at lukke de

forstyrrende mennesker i billedet ude, og at kunne lukke tinnitus ude. Denne lytning oplever Fru A som et eksperiment, som hun gerne ville prøve af, men det er ikke afslappende for hende.

Analyse

Identitet og selvbillede

Den anden fantasirejse adskiller sig fra de øvrige, ved at fru A forstyrres af trompetens lyd, som hun synes er irriterende. Dette kan tænkes at påvirke hele hendes billeddannelse, da hun i billedet oplever at der sidder mennesker og snakker ved siden af, på en forstyrrende måde. Denne rejse kan stadig tænkes at bidrage til fru As selvbillede, idet hun i samtalen bagefter kan relatere til temaet om "at lukke noget ude" af bevidstheden. Heri ligger en formodning om at fru A er i stand til at vælge til og fra, at hun kan holde noget hun ikke bryder sig om ude af bevidstheden og fokusere på det hun gerne vil tage ind. Igen er selvbillede et begreb som kan tolkes på ud fra materialet, og ikke nødvendigvis noget som opleves bevidst for fru A.

Livskvalitet

Igen oplever fru A smukke billeder og nærhed til naturen. Dog er forstyrrelserne noget der kan ses som forstyrrende for hendes naturoplevelse og dermed for hendes udbytte i forhold til livskvalitet. Det kan tænkes at en forstyrrelse som tinnitus kan gå ud over en persons livskvalitet, hvilket vi taler om i forbindelse med denne rejse. Rejsen fungerer i dette henseende som en træning i at lukke forstyrrende stimuli ude, hvilket vil kunne være en forudsætning for god livskvalitet.

Coping

I forbindelse med denne rejse kan vi se tegn på at fru A anvender en emotionel copingstrategi, idet hun prøver at ændre på sine egne følelser overfor musikken. I stedet for f.eks. at åbne øjnene og bede terapeuten skifte musik, prøver hun at lukke trompeten ude af sin bevidsthed, acceptere at den er der, men ikke lade sig påvirke negativt. En vis grad af emotionel coping er sandsynligvis nødvendig for at lære at leve med handicaps. Der er dog givetvis en flydende overgang, fra en hensigtsmæssig emotionel tilpasning til et punkt hvor manglende handling og overdreven ændring på egne følelser dominerer.

Stemningsleje og motivation

Musikken virker ikke afspændende, og fru A bliver lidt irriteret på musikken og menneskerne i billedet. Hun håndterer det dog på en konstruktiv måde ved at lukke noget ude og tage andet ind. Hun viser en motivation i forhold til at ville prøve at få så meget ud af det hun bliver tilbudt i musikterapien som muligt.

Tredje fantasirejse

Sessionen starter med samtale om at det har været en hård weekend, med mange "dumme tanker", hvor Fru A har gået ude på græsset og været vred og tudet. Tankerne er destruktive og

hænger sammen med at hun ikke kan holde sin situation ud. Nu (i musikterapien) har hun det dog bedre. Vi taler om at have fokus på ressourcer, og jeg foreslår at vi kan bruge musikterapien til at lave en "madpakke med gode ting" som hun kan tage med ud fra hospitalet. Dette takker Fru A for.

Denne gang har jeg valgt at vi skal lytte til et lyrisk stykke af Grieg, da hun gerne vil høre noget mere afslappende, gerne klassisk, og da Grieg er noget hun kender lidt til. Jeg vælger "Cradle song" fra opus 68, som varer 4:34. Valget af en vuggesang gøres også baggrund af en formodning om at den kan udtrykke omsorg og tryghed. Jeg siger at hun kan vælge at have vores snak om ressourcer i baghovedet hvis hun vil det, under musiklytningen.

Hun fortæller om et billede af at være ude og løbe på skøjter på en sø. Bagefter sidder hun og kigger på. Små dyr leger i skovbrynet, der er børn og glade mennesker på isen. Bagefter bliver det aften, stjernerne kommer frem, og hun går ud og lægger sig på isen og kigger op. Stjernehimmelen er bare så smuk, og hun bliver slet ikke kold. Hendes beskrivelse og måde at fortælle på er meget malerisk. Hun begynder at græde mens hun fortæller, og jeg spørger om det er fordi hun bliver berørt af det smukke, eller om hun er ked af det? Fru A svarer at det er begge dele. Hun er ked af at hun måske ikke kommer til at stå på skøjter igen. "Men det gør jo ikke noget, jeg kan jo alligevel kigge på og se de smukke ting". Det er et godt billede, og hun forbinder skøjtøbet med barndom. Vi afslutter igen med at snakke om ressourcer, og jeg spørger om hun kan sætte ord på noget hun mærker som en ressource. Hun siger at hun kan se billederne som en ressource.

Analyse

Identitet og selvbillede

Den tredje rejse er følelsesladet og fru A oplever billeder både visuelt og mere fysisk idet hun oplever at ligge på isen, men uden at blive kold. Fru A oplever det som en meget smuk rejse som berører hende, men samtidig gør hende ked af det. Selve rejsen forstår terapeuten som en ubetinget positiv oplevelse for fru A, men da hun bagefter genfortæller hvad hun har oplevet, bliver hun bevidst om at hun har skader i benene som kan forhindre hende i at udfolde sig fysisk. Hun forbinder oplevelsen af at stå på skøjter med barndom og gode barndoms minder. Heri ligger igen temaet om identitet, da fru A får fat i noget som har været vigtigt for hende en gang, og noget hun har været en gang. Idet fru A kommer i kontakt med oplevelser fra barndommen som har været vigtige for hende (f.eks. nærhed til naturen, leg, glæde over enkle ting), kommer hun i kontakt med værdier som hun kan tage med sig ind i sit nye liv. Samtidig bliver hun konfronteret med sin identitet som handicappet. Hun bliver ked af det, idet hun bliver konfronteret med sine begrænsninger, men forsøger at vende tankerne positivt og påpeger at hun stadig kan kigge på alt det smukke. Det, at hun i fantasirejsen oplever at have stor glæde af at kigge på, bidrager muligvis til at hun ikke lader sig overvælde af tristhed idet hun på ny bliver bevidst om sine begrænsninger.

Livskvalitet

Denne rejse er medrivende for fru A. Hun oplever virkelig at være i naturen og en del af noget smukt, og hun er meget aktivt oplevende og tilstedeværende i rejsen, ved at hun både kigger på, er aktiv, og har mere fysiske oplevelser. Ligesom i den første rejse, kan det tænkes at disse oplevelser i sig selv kan bidrage til livskvalitet. Også efter denne rejse taler fru A om hvordan hun kan have livskvalitet nu, når hun taler om at hun godt kan se på, selv om hun ikke kan stå på skøjter.

Sorgproces

Tegn på at fru A oplever sorg kan ses når hun bliver ked af at tænke på at hun ikke kommer til at stå på skøjter igen. Processen fra indsigt til sorg hen imod accept er i gang, men muligvis er det for tidligt at virkelig komme til en accept, da hendes situation stadig er uafklaret, og da hun ikke endnu kender det fulde omfang af skadens konsekvenser for resten af hendes liv.

Krise

Selve rejsen er ikke krisepræget, men bagefter taler fru A ud fra både en reaktion på sit funktionstab og et forsøg på at nyorientere sig, når hun taler om at hun stadig kan have glæde af at se på.

Coping

Emotionel coping ses igen her, idet fru A ændrer på sine tanker for at lindre følelsen af sorg over at ikke kunne stå på skøjter.

Stemningsleje og motivation

Rejsen er både en smuk og opløftende oplevelse, men fru A bliver også trist over at blive konfronteret med sine handicap. Dog kan der ses en motivation og en vilje til at holde modet oppe, knyttet til fru As positive tænkning. Det kan endvidere se ud til at den smukke oplevelse hun lige har haft, gør hende bedre i stand til at møde konfrontationen med sit handicap, da hun ikke bliver overvældet af de svære følelser konfrontationen medfører.

Fjerde fantasirejse

Det er nu blevet klart at fru A skal udskrives til eget hjem. Dette gør hende meget utryk, også efter at hun har prøvet at være hjemme på weekend. Hun har desuden mødt med en person fra blindesamfundet, som har gjort stort indtryk på hende ved at vise hende at det er muligt at klare sig til trods for handicap.

Samtalen inden lytningen drejer sig om at hun skal udskrives, og om at hun skal klare sig selv nu. Hendes bekymringer handler om den usikre fremtid. Hun har opdaget at det ikke duer at lade samleveren være den stærke og at hun er nødt til at kunne klare meget selv. Samleveren skal ikke være hendes "støttepædagog", udtrykker hun det. Derfor ved hun heller ikke om de kommer til at forblive sammen. Hun er også bekymret for en forestående neuropsykologisk vurdering, da hun er bange for at neuropsykologen skal vurdere hende til at være bedre end hun er.

Vi taler om temaet at være stærk og svag, og hun kan ikke formulere hvad det er hun har brug for, for at kunne klare den kamp hun skal kæmpe nu hvor hun bliver udskrevet.

Jeg har valgt J.S. Bachs koncert i D-mol, for to violiner, largo ma non tanto, med en varighed på 6:25. På samme baggrund som de andre musikstykker er dette valgt for at introducere hende for noget nyt, og med udgangspunkt i min subjektive vurdering af at dette stykke musik ikke er for dystert stemningsmæssigt, samtidig som det kan tænkes at spejle noget af det hun føler. Desuden er min tanke at de to violiner kan identificeres med to personer, eller to sider i personligheden.

Jeg foreslår inden guidningen at hun kan have et tema i baghovedet, og jeg foreslår omsorg. Da tænker jeg på selvomsorg, at kunne gøre gode ting for sig selv, at række ud til andre osv. Hun får ikke umiddelbart nogen billeder, men siger at det kan da være hun kan bruge det til noget.

Bachs koncert for to violiner spiller. Da den slutter, siger hun at hun ikke kom så langt omkring som hun gerne ville, og at hun ikke helt kunne lægge tankerne væk. Hun fortæller at hun gik rundt i byen og hørte musikken komme ud af folks vinduer. Hun gik op i en lejlighed som hun forestillede sig som sit mulige nye hjem, ud på altanen, og kiggede ned på børn som legede og var glade, i solskinet. Så blev det aften og hun kiggede på solnedgangen. Hun får tårer i øjnene til sidst i fortællingen og siger "det var flot". Hun siger at hun var tilskuer, men mener at hun kunne række ud til menneskene hvis hun ville, men at hun havde det fint med at være alene. Hun siger om musikken at det var smukt, men den gjorde hende til tilskuer.

Da hendes fortælling er ovre, spørger jeg hvad som kan gøres for at undgå at hun afslutter musikterapien med fornemmelsen af at blot være en tilskuer? Fru A svarer hertil at hun så skal lave noget aktivt deltagende, hvilket resten af tiden bruges til. Temaet at være tilskuer versus at være deltagende og i fællesskab bliver herefter behandlet gennem sammenspil, sang og samtale, og vi afslutter forløbet.

Fru A siger at hun har oplevet det som trygt at komme i musikterapi, at hun er blevet overrasket over at hun kan synge, få billeder og at musikken berører så meget. Desuden siger hun at det har været med til at give hende et skub i "rigtig retning". Muligvis mener hun med "rigtig retning", det hun for audiologopæden har formuleret som, at musikterapien er det eneste sted hvor hun får gang i nogle positive tanker.

Analyse

Identitet og selvbillede

Fru A står i en situation hvor hun skal til at give slip på sin patientidentitet og fungere "ude i virkeligheden". Rejsen bærer præg af hendes situation, og det lader til at hun bruger den til at afprøve hvordan det mon vil være at komme ud, måske skulle finde et nyt sted at bo og endda muligvis være enlig. I rejsen er fru A tilskuer og deltager ikke rigtig i den verden hun går rundt i.

Selv om hun ser smukke billeder, er det mest fremtrædende at hun er alene og at hun ikke er deltagende. Hun ser muligheden for at række ud til andre mennesker, men gør det ikke.

Rejsen viser en fru A som ikke længere er patient, som ikke længere er i et forhold, og som går rundt blandt menneskerne uden at relatere til dem. Det er muligt at fru A ser sig selv som den stærke person hun har været en gang, som kunne klare det hele selv. Der kan også være elementer af en stor uvished, både omkring hendes identitet, og omkring hvad der konkret kommer til at ske når hun udskrives. Til sidst er det også muligt at rejsen afspejler en ensomhed hun føler i sin situation, i forhold til at være blevet anderledes fra andre mennesker.

Fru A foreslår selv at vi laver noget aktivt sammen bagefter, hvilket kan afspejle en bevidsthed fra hendes side om at hun har behov for at være aktiv, deltagende og i kontakt med medmennesker.

Livskvalitet

Utrygheden dominerer, og rejsen afspejler ikke et billede af hvad høj livskvalitet er for fru A. Dog ser hun glade børn lege, en smuk solnedgang og et billede af sig selv hvor hun ikke længere er patient. Det at være aktiv og have en god selvfølelse er ikke afspejlet i rejsen, men bliver afdækket som noget hun har behov for, for ikke at komme til at være blot en tilskuer. Denne rejse i sig selv ligner ikke noget som bidrager til øget livskvalitet, men her bliver afspejlet noget af det som fru A har behov for, som hun så kan få dækket i her og nu situationen sammen med musikterapeuten i aktiv musikerterapi. Sandsynligvis afspejler rejsen en mangel på livskvalitet som kan tænkes at stamme fra utrygheden ved ikke at have en stærk selvfølelse og en stærk identitet, i en situation hvor fru A befinder sig midt i en overgang. Hidtil har hun været patient, denne rolle skal hun ikke mere have, men hun ved ikke hvad hendes rolle i nære relationer eller i verden i det hele taget skal være.

Sorgproces

En underliggende sorg over at være blevet anderledes kan tolkes ud fra fru As isolation i rejsen.

Krise

Fru A er præget af bekymring, angst og tristhed. Dette kan være tegn på at fru A befinder sig i en krise i forbindelse med udskrivelsen. Sådant set er der ikke kun tale om et kriseforløb forårsaget af den traumatiske ulykke hun oplevede flere måneder forinden, men også en ny krise fordi hun nu skal ud fra hospitalet. Hun oplever i hvert fald at hun ikke ved hvad hun har brug for, for at kunne klare den kamp hun skal kæmpe nu hvor hun bliver udskrevet. Selve fantasirejsen kan ses som udtryk for denne krise. Hun er ikke-handlende, går rundt i en verden af uvished og beskriver sig selv som tilskuer.

Coping

Fru A giver eksplicit udtryk for problemer med coping, da hun ikke kan benævne hvad det er hun har brug for, for at klare den forestående udfordring om at blive udskrevet fra hospitalet. Den

tilbagetrækning og isolation som kan ses i rejsen, kan være udtryk for uhensigtsmæssig coping. Efter rejsen kan hun godt sætte ord på sit behov for at være sammen med andre og deltage aktivt (specifikt sammen med musikterapeuten i terapien). Sådan set er rejsen med til at gøre fru A bevidst om et behov som knytter sig til hvordan hun skal mestre situationen.

Stemningsleje og motivation

Denne rejse afspejler utryghed og måske ensomhed og angst. En ændring i stemningsleje ses ikke i samme grad som i 1. og 3. rejse. Fru A er heller ikke ligeså følelsesmæssigt forbundet til billederne denne gang, muligvis blandt andet fordi de ikke forbinder sig til erindringer, men til et hypotetisk fremtidsprospekt. Det kan også tænkes at musikvalget bidrager til en manglende følelsesmæssig forbindelse. Motivation for at komme videre i tilværelsen på en ny måde kan ses i rejsen, til trods for at stemningslejet er præget af angst for fremtiden. Dog er det måske mere nærliggende at se rejsen som billede på en manglende motivation for at skulle tilbage til sin egen lejlighed og konfronteres med relationen til samleveren, da hun foretager en rejse hvor hun slipper for at forholde sig til dette.

6.1.5 Samlet tolkning af forløbet med fru A

Fru A beskrives af personalet som værende "kriseramt," og som en der "har indsigt, men ikke kompenserer". Beskrivelsen kriseramts passer godt overens med den definition vi læner os opad, hvor en person oplever at de hidtil kendte handlemåder ikke er tilstrækkelige til at håndtere situationen. Fru As sundhedsfaglige baggrund kan tænkes at bidrage til at hun forstår meget af sin situation, men forståelse er tilsyneladende ikke nok til at sætte hende i stand til at kompensere. Der er ikke tale om en manglende indsigt på grund af skadens placering, da hun er meget bevidst om sine mangler. Det kan dreje sig om en frygt for at tage ansvar for sig selv, i en ny og truende tilværelse, hvor hendes hidtidige kendte handlemåder ikke er tilgængelige pga. de erhvervede skader.

Igennem de uger fru A er i musikterapi sker der meget i hendes situation. Hun er i en overgang fra at være hospitalsindlagt i lang tid, til at skulle udskrives. Desuden er der igennem flere uger en uvished omkring en genoperation, hvilket i sig selv er skræmmende. Når dette så endelig bliver afkræftet, skal fru A ud fra hospitalet og hjem. I løbet af denne periode får hun kontakt til blindesamfundet, og begynder at erkende at hun kan komme til at klare meget selv, hvilket får hende til at stille spørgsmålstegn ved de roller hun har haft i sine nære relationer, efter skaden. Dette er på samme tid både positivt for fru A, fordi det er med til at give hende nogle positive tanker om sig selv, og negativt fordi det er utrygt.

De mange tanker og bekymringer gør at hun har svært ved at overskue f.eks. at skulle arbejde med hukommelse i musikterapien, og ergoterapeuten beskriver ligeledes at de ikke laver genoptræning længere da fru As behov er at tale. Sådan set påvirker fru As lave stemningsleje hendes motivation til at lave kognitiv træning, men på den anden side er hun meget motiveret for at

prøve noget nyt i musikterapien, og deltager aktivt i alt hvad hun bliver foreslået. Fokus i musikterapien er på hvad hun har behov for på et følelsesmæssigt plan, og dette er hun meget motiveret for.

Musikterapiforløbet med fru A kan illustreres ved skemaet nedenfor, hvor fokus for rejsen, de vigtigste temaer i tilknytning til hvilke emotionelle behov som kommer til syne, samt typer af billeder fremgår:

	1.rejse	2.rejse	3.rejse	4.rejse
Fokus	" find et sted hvor der kun kan ske gode ting"	At blive stimuleret, inspireret	Ressourcer	At skulle ud fra hospitalet/ (Omsorg)
Billedets indhold	Fantasibilleder om at flyve, med tilknytning til erindringer	Fantasibilleder, natur og dyr, forstyrrende snak	Fantasibilleder knyttet til erindring; leg, dyr, natur	Fantasibilleder, hypotetisk forestilling om fremtiden
Type billeder (jf. Grocke i kap.3.3)	Visuelle oplevelser (fugle, natur), Erindring	Visuelle oplevelser (dyr, natur), ændrede auditive indtryk (trompet, snak)	Visuelle oplevelser (natur, dyr, børn), følelser, erindring	Visuelle oplevelser, (scener fra byen), ændrede auditive indtryk, følelser
Primære tema	Livskvalitet Stemningsleje Identitet og selvbillede	Livskvalitet	Livskvalitet Identitet og selvbillede Sorgproces	Identitet og selvbillede Krise Livskvalitet
Sekundære tema	Sorgproces Krise Coping	Identitet og selvbillede Coping Stemningsleje	Krise Coping Stemningsleje	Sorgproces Coping

(Tabel 6: Oversigt over temaer og typer billeder i fru As fantasirejser).

Af de temaer som vi har identificeret i litteraturen, er identitet og selvbillede, samt livskvalitet, de mest fremtrædende i forløbet med fru A. Desuden lader det til at begreberne coping og krise er relevante for at forstå fru As situation og behov. Mere indirekte kan stemningsleje og motivation også ses som temaer i fru As forløb, men dette fylder ikke meget i materialet tilknyttet fantasirejserne. Sorgprocessen kan siges at være i gang, men i tråd med litteraturen (Jf. f.eks. Coetzer, 2006, 2007), kan det se ud som om fru A ikke er kommet tilstrækkelig langt i forløbet til at gå

ind i en egentlig bearbejdning af sorg som kan føre til accept. Sorg er alligevel et tema for fru A, hvilket er i tråd med musikterapilitteraturen (jf. Jochims, 1995), som påpeger vigtigheden af at følge patienten igennem sorgen lige fra begyndelsen af forløbet.

Livskvalitet kan ses som et overordnet begreb som bliver påvirket af alle de øvrige kernetemaer. Mangelen på livskvalitet er tydelig fordi fru A ikke har det godt, og musikterapien kan tilbyde oplevelser som kan bidrage til hendes livskvalitet. Vi kan se en cirkel hvor identitetsproblemer, lavt stemningsleje, problemer med copingstrategier, sorg og krise fører til en dårlig livskvalitet. Oplevelser som direkte kan bidrage til livskvalitet, vil givetvis påvirke i hvert fald nogle af disse områder. På den måde kan en positiv cirkel komme i gang. Livskvalitet knytter sig både til fru As evne til at holde hospitalstilværelsen ud og hendes evne til at se fremad og bevare håb om et værdifuldt liv. Som beskrevet af Pilkington (1999), i forbindelse med apopleksiramte, kan det se ud til at fru As livskvalitet kan forbedres gennem en ny værdsættelse af det ordinære, håb for fremtiden, og trøstende relationer eller oplevelsen af at blive lyttet til.

I forhold til identitet og selvbillede ser det ud til at fru A er i en krise, pga. hendes identifikation med sin skade og sin patientrolle. I musikterapien begynder fru A at få kontakt til nogle sider af sig selv som ikke knytter sig til at være hjerneskadet eller patient. Samtidig sker der en begyndende bearbejdning af identitetskrisen, hvor hun forsøger at skabe sammenhæng mellem sin tidligere identitet og den identitet hun skal til at forme efter at hun bliver udskrevet. Vi kan uddrage af analysen, at fru A har behov for at bearbejde sit selvbillede og sin identitet. Dette kan dreje sig om at få øje på positive egenskaber hos sig selv, og omdefinere hvilke sider af selvet som kan have værdi, som beskrevet af Vickery (2006).

På baggrund af litteraturgennemgangen og analysen af fru As forløb kan vi desuden tolke at de emotionelle behov i fru As tilfælde kendetegnes ved at hun er i krise og har behov for at arbejde med sine copingstrategier. Tilsyneladende anvender fru A emotionel coping, hvilket kan medvirke til et billede af en person som "erkender, men ikke kompenserer." Copingstrategier har ikke været i fokus i musikterapien, men set i retrospekt, ville musikterapien kunne bruges til at synliggøre hvilke copingstrategier fru A anvender, og arbejde med at udvikle disse. Fru A kan karakteriseres som en person i krise, og en uddybelse af krisebegrebet er derfor nødvendig for at komme nærmere hvad der kendetegner de emotionelle behov og hvordan de kan mødes.

Krisebegrebet i tilknytning til fru As forløb

Krisebegrebet bliver kun behandlet eksplicit hos én af kilderne i litteraturgennemgangen (Nilsson et al., 1997). Her anvendes Erikssons udviklingsteori, hvor en række udviklingskriser skal gennemleves for at en sund personlighedsudvikling kan finde sted. Selve oplevelsen af at få en apopleksi betegnes ikke som en udviklingskrise, men det forløb patienten efterfølgende skal igennem kan ifølge Nilsson et al. (1997) ses som en proces hvor alle de almindelige udviklingskriser gennemleves.

I nudansk ordbog (1996) defineres ordet krise som en vanskelig situation, som indebærer et vendepunkt, og som kræver en afgørende beslutning eller handling (s. 658). En traumatisk krise defineres hos Cullberg (1999) som "Individets psykiske reaktion i forbindelse med en ydre hændelse, der har en sådan karakter, at den pågældende oplever en alvorlig trussel imod sin fysiske eksistens, sociale identitet og tryghed eller andre livsmål" (Cullberg, 1999, s. 39).

Til forskel herfra betegnes en udviklingskrise som udløst af noget der må regnes som en almindelig del af livet, men som en person alligevel oplever som overvældende.

Det, at blive kørt ned af en flugtbilist er bestemt ikke nogen almindelig del af livet, og kan betegnes som en traumatisk oplevelse. Desuden kommer de langsigtede konsekvenser af denne hændelse. Cullberg (1999) beskriver tre faktorer som kan udløse en traumatisk krise:

- Tab
- Krænkelser
- At bevidne eller være med i en katastrofe

Tab af noget konkret eller abstrakt som har betydning for en person kan føre til en krise. I fru As tilfælde kan det umiddelbart dreje sig om fysiske og kognitive funktioner. En trussel om tab kan desuden også føre til en krise (ibid., s. 40), noget fru A kan tænkes at opleve i sin venten på at finde ud af om hun skal igennem en ny, risikofyldt operation i hjernen, eller i sine overvejelser om sit parforhold. Det at få en diagnose indebærer desuden en stillingtagen til fremtidige tab (ibid., s. 40), hvilket for fru A kan se ud til at dreje sig om tab af bl.a. social rolle.

En krænkelse kan være resultat af at være kommet i en situation som vækker skamfølelse. Cullberg beskriver hospitalsindlæggelse som noget der kan opleves krænkende. Det at skulle finde sig i at være "hvem som helst" og være afhængig af personalets forgodtbefindende, kan give en følelse af magtesløshed som kan opleves krænkende (ibid., s. 40). Selv om dette ikke er noget som er eksplicit i fru As forløb, kan det tænkes at en sådan følelse af magtesløshed har været tilstede. Dette kan muligvis forklare hendes identifikation med patientrollen og manglende fornemmelse af egne ressourcer.

At blive arbejdsløs kan ligeledes virke som en krænkelse, fordi man ikke længere har den værdifuldhed som ligger i at kunne yde en arbejdsindsats. Dette medfører også tab, og der er ikke nogen skarp grænse mellem krænkelse og tab, da de fleste krænkelse indebærer i hvert fald et symbolsk tab (ibid., s. 40). I fru As tilfælde kan vi se dette at blive uarbejdsdygtig som noget der kan opleves krænkende, og samtidig medfører tab i tilknytning til f.eks. økonomi og identitet.

Selve det at være hjerneskadet kan tænkes at opleves som skamfuldt, hvilket vi kan se beskrevet i forbindelse med katastrofereaktioner hos Klonoff & Lage (1993). For fru A ser det ud til at diagnosen hjerneskade i sig selv associeres med ikke at kunne noget, og med at være afhængig af andre, og det er nærliggende at tro, at dette opleves krænkende og skamfuldt, selv om disse ord

ikke bruges af fru A. Her bliver det tydeligt hvordan tab af fysiske og kognitive funktioner kan opleves som en krænkelser.

Kriseforløbet bevæger sig gennem fire faser (jf. kap. 5.4). Reaktionsfasen er ifølge Cullberg (1999) der hvor den psykiske smerte bryder igennem med fuld kraft. Efterhånden kan der komme perioder hvor den kriseramte kan holde smerten på afstand, og en glidende overgang til bearbejdningsfasen kan finde sted. Først når smerten over tabet eller krænkelseren er helt borte eller helt under kontrol, er der ifølge Cullberg (1999, s.42) tale om en nyorienteringsfase. Dog er det muligt at komme til en nyorientering selv om sorgen ikke bliver fuldstændig gennemlevet, hvis tabet ikke fører til blokering eller bitterhed hos den kriseramte (ibid., s. 42).

Fru A ser ud til at være ramt af flere kriser på en gang, og det kan se ud til at hun befinder sig i forskellige stadier af kriseforløbet. Chokket over ulykken har lagt sig, og hun kan begynde at arbejde tabet og krænkelseren som skaderne har medført. Hospitalsindlæggelsen kan se ud til at indebære en krænkelser og tab, hvilket kan ses som en anden krise. Samtidig medfører patientrollen og hospitalsopholdet en form for tryghed som hun ved udskrivelsen skal give slip på, hvilket kan se ud til at medføre en ny krise. Pointen med at anskue fru As forløb på denne måde er ikke at fastslå hvor hun befinder sig i et faseinddelt kriseforløb, men snarere at påpege at fru As situation er meget kompliceret og krævende.

Cullberg angiver nogle retningslinjer for hvordan en kriseramte person har behov for at mødes. Ifølge Cullberg (1999, s. 45) må der findes en spontan helbredelsestendens, ellers ville vi bukke under på et meget tidligt stadium. Kriseinterventionen indebærer ifølge Cullberg ikke nogen specifik behandling. Den har til hensigt at "gøre det lettere for personen at leve videre, mens såret læges, selv om tilværelsen ser ud til at have mistet sin mening, og selvfølelsen har fået et knæk". (ibid., s. 45).

Helbredelsen, som kan finde sted i et kriseforløb, indebærer at jeget styrkes, og tabet, krænkelseren eller truslen fra omgivelserne bliver mindre dominerende. Den kriseramte bliver i stand til at genopbygge sin selvfølelse ud fra andre forudsætninger. Det er dette der kan ske i bearbejdningsfasen. En terapeut som møder en kriseramte må sikre at processen ikke bremses, men indse at han ikke kan give det tabte tilbage eller benægte det der har fundet sted. En anden vigtig opgave for den der lytter, er at have "et vikarierende håb" (ibid., s. 46). Håbet må repræsenteres på en realistisk måde og uden at være påtrængende. Det er endvidere vigtigt at sørge for at følelser kan få lov til at komme til udtryk, men ligeså vigtigt er det at ikke presse en person som har et meget svagt forsvar til at komme i kontakt med sine følelser.

De behov som her beskrives i tilknytning til krise, kan vi genkende som behov i tilknytning til at bevare livskvalitet ifølge litteraturen og caseanalysen. I lys af dette, giver det god mening at behov i tilknytning til livskvalitet fylder så meget for fru A, og musikterapien kan således anskues som en form for uspecifik kriseintervention, som kan gøre det lettere for patienten at leve videre.

Opsummering

Ovenover kan vi se at Cullberg beskriver nogle emotionelle behov hos den kriseramte, som vi kan genkende i forløbet med fru A, og i det følgende opsummerer vi hvad der kendetegner fru As emotionelle behov, på baggrund af analysen af den receptive del af musikterapien:

- Behovet for at blive lyttet til, af en som kan rumme de svære følelser
- At bevare et håb
- At få fat i positive tanker
- Muligheden for at give udtryk for følelser
- Genopbygge identitet og selvfølelse
- At have oplevelser som kan bidrage til livskvalitet
- Endvidere kan vi se et behov for at bevidstgøre og udvikle copingstrategier

6.2 Forløbet med fru B

I det følgende præsenteres specialets andet musikterapiforløb med fru B. Ligeledes i denne præsentation beskrives først datamaterialet, valg af musik, dernæst klinisk metode efterfulgt af en præsentation af fru B, som beskrevet i journal, af andet personale og af musikterapeuten. Så beskrives udgangspunktet og rammerne for musikterapien med fru B. Til sidst beskrives og analyseres fru Bs fantasirejser.

6.2.1 Datamaterialet

Musikterapiforløbet med fru B starter som gruppeterapi, men ender med at være et individuelt forløb. Jeg ønsker som udgangspunkt at lave et gruppeterapiforløb, da patienterne herved kan gives mulighed for at dele sine følelser, tanker og oplevelser med andre medpatienter i samme livssituation. I den første session deltager Fru X, som efter denne session ønsker at fravælge musikterapien pga. koncentrationsbesvær. I den femte session deltager fru Y, som må fravælge sin deltagelse i musikterapien pga. nedsat hørelse. Efter disse to forsøg på at etablere en gruppe, vælger fru B og jeg at fortsætte musikterapien som individuel terapi.

Musikterapiforløbet med fru B strækker sig over perioden d. 13. september til d. 20. november 2007 med 10 sessioner i alt. Skemaet nedenfor giver et overblik af de 10 sessioner, hvoraf det fremgår at fem sessioner er individuelle og to sessioner foregår sammen med andre medpatienter. Tre sessioner aflyses og der eksisterer lydoptagelse af seks sessioner samt optagelse af forløbets slutevaluering. Udover lydoptagelserne har jeg noteret nogle observationer umiddelbart efter hver session. Noterne består af mine egne refleksioner over sessionen samt planlægning af næste session. I forbindelse med slutevalueringen giver fru B en verbal tilladelse til, at lydoptagelser og notater fra musikterapiforløbet kan anvendes i specialet.

Session	Individuel	Gruppe	Aflyst	Lydoptagelse
1		x		
2	x			x
3			x	
4	x			x
5		x		x
6	x			x
7			x	
8	x			x
9			x	
10	x			x
Slutevaluering	x			x

(Tabel 7: Oversigt over forløbet med fru B).

Forløbet med fru B strækker sig som nævnt over 10 sessioner, hvoraf tre sessioner aflyses. Dvs. det egentlige datamateriale består af syv musikterapisessioner, hvoraf der er lydoptagelser af de seks sessioner, hvilke er blevet transskriberet (se bilag nr. 4 for transskriptionsmetode og bilag 5 for selve transskriptionerne). På baggrund af disse transskriptioner er referaterne dannet. Referatet fra den session (1.session), som ikke er blevet optaget, er sket umiddelbart efter sessionens afslutning og er baseret på min subjektive erindring om fru Bs fantasirejse.

Processen i at danne referaterne ud fra transskriptionerne af de seks sessioner er foregået ved en gennemlæsning, hvor betydningsfulde ord, meninger og sætninger er udtaget, som til sidst i sammensat form udgør de præsenterede referater. Referaterne er sammensat således at fantasirejsernes indhold bevares.

6.2.2 Valg af musik til fantasirejserne

Jeg vælger både at støtte mig op ad de musikvalg, som Søren Hald (2004) anvender til sine patienter, hvilket primært er klassisk musik, som er inspireret fra GIM metodens musikprogrammer. Jeg udvælger også musik på baggrund af fru Bs musikpræference. Fru B nævner for mig, at hun holder meget af klavermusik, hvilket der tages højde for i musikvalget. Endvidere foretages der to gange musikvalg på baggrund af min egen lyst til at afprøve anden musik end klassisk musik. Jeg afprøver eksempelvis et nummer af Sigur Ros (melodisk eksperimenterende pop/rock) og numre af Thomas Koppel (improvisatorisk musik). Dog foretages disse valg stadigvæk med udgangspunkt i fru Bs behov og musikpræference. Alle numre vælges på baggrund af deres dynamik og meget stemningsfulde passager. Numre som både kan opleves som udfordrende og som understøttende (se de uddybende kommentarer om musikken under hver enkelt session).

6.2.3 Præsentation af klinisk metode

I terapien med fru B anvendes fantasirejser som klinisk metode, som er inspireret af Søren Halds kliniske metode i forbindelse med hans arbejde med mennesker med erhvervet hjerneskade på "Høskoven" (Hald, 2004). Endvidere har jeg gennemført GIM1⁵², hvilket også har været en inspirationskilde. Metoden som er udgangspunktet for musikterapiforløbet med fru B, inddeles i seks trin og ser således ud:

1. Genkaldelse af sidste sessions fantasirejse (hukommelse, struktureringsevne og koncentrationen bliver trænet ved, at fru B skal genfortælle det, hun kan huske fra den forrige session. Samtidig får hun ved at genfortælle sine oplevelser sat sit liv ind i en historisk og narrativ sammenhæng).
2. Samtale om de emner som optager fru B (de emner, som bringes på banen, kan

⁵² GIM1 er første trin ud af tre trin i uddannelsen som GIM-terapeut. For nærmere information om GIM-uddannelsen se www.gimterapi.dk

enten relatere sig til fru B umiddelbart levede liv eller handle om eksempelvis eksistentielle temaer).

3. Klarlægning af fantasirejsetema på baggrund af samtalen (vi finder et rejsetema, som bliver fokus og startbillede for rejsen.)
4. Induktion (inden fantasirejsen starter, laver jeg en induktion som er en fokuserings- og afslapningsøvelse. Her anvendes induktionsøvelsen "Ball of light"⁵³ hver gang.)
5. Selve fantasirejsen (jeg lader afslapningsøvelsen glide over i fantasirejsen, ved at opfordre fru B til at lade musikken ledsage hende over i det aftalte startbillede. Undervejs i rejsen spørger jeg ind til den emotionelle oplevelse, og beder fru B bemærke og huske de ting hun ser, mærker, dufter, føler eller hører. Det er min opgave som musikterapeut at få guidning til at passe sammen med bevægelserne i musikken og de tilstande, som fornemmes hos fru B. Endvidere er det min opgave, at få rejsen til at slutte på en måde, som bringer klienten tilbage i rummet).
6. Samtale om fantasirejsen. (Her fortæller fru B om sin fantasirejse og min opgave er, at hjælpe fru B med at sætte oplevelsen ind i en meningsfuld kontekst for hende).

Det kliniske arbejde udvikler sig undervejs, hvilket ændrer strukturen i metoden. Fru B har ikke problemer med sin hukommelse, struktureringsevne og koncentrationsevne. Dette gør det første trin i den kliniske metode irrelevant, hvorfor dette trin udgår efter første session. Dog opsummeres, i relevant omfang, oplevelser fra den foregående rejse, for at skabe et "link" eller en "rød tråd" til den aktuelle fantasirejse.

Under fantasirejsen guider jeg fru B eksempelvis ved at sige: "giv dig selv god tid til at opleve"; "læg mærke til hvordan det er at være der, hvor du er lige nu" m.m. (se evt. transskriptionerne i bilag 5).

Efter rejsen stilles eksempelvis følgende eksplorative spørgsmål til fru B:

- Hvad står hvad står frem for dig fra rejsen/oplevelsen?
- Hvad lagde du mærke til?
- Kan du beskrive det?
- Kan du sige mere om det?
- Lagde du mærke til hvordan du følte undervejs?
- Hvad er det vigtigste du tager med dig fra denne sessions fantasirejse?

Disse guidelines og spørgsmål har jeg bestræbt mig på at anvende efter hver fantasirejse hele forløbet igennem, for at sikre at fru B får støtte til at sætte oplevelsen i en meningsfuld kontekst.

⁵³ Induktionsøvelsen "Ball of light" er oversat til dansk, og kan ses i bilag nr. 3

6.2.4 Præsentation af fru B - Information fra journalen, personalet og musikterapeuten

Fru B er 74 år, er pensioneret sygehjælper og har en stor familie, bestående af tre børn og børnebørn, som hun er i tæt kontakt med. Hendes mand døde for adskillige år siden, og hun har siden da boet for sig selv.

Fru B indlægges⁵⁴ d. 9. juli 2007 pga. apopleksi⁵⁵ (højre sidig medialinfarkt), som forårsager nedsat kraft i venstre side og neglect mod venstre side. Fru B sidder pga. sin nedsatte kraft i venstre side i kørestol. Til trods for sin neglect har fru B en realistisk sygdomserkendelse og forståelse af sin egen livssituation. Under de fem måneder som fru B er indlagt på apopleksiafsnittet, gør hun store fremskridt i sin rehabiliteringsproces. Jeg oplever fru B mestre at kunne gå en distance på 15-20 meter ved hjælp af en rollator. I starten af fru Bs rehabiliteringsforløb "*kunne hun ingenting*", som hun selv beskriver det. Jeg kender ikke prognosen for fru Bs videre rehabilitering.

Jeg har gennem min praktik etableret fællessang på afdelingen, med åben invitation til alle patienter, som et fast tilbud to gange ugentligt. Herigennem lærer jeg og fru B hinanden at kende, hvilket givetvis har betydning for det videre forløb i musikterapien med fru B. Fru B deltager i fællessangen på en aktiv og handlende måde. Hun ønsker ofte sange og fortæller gerne om erindringer, som hun forbinder med sangene vi synger. Ofte sætter disse erindringer gang i en samtale mellem de deltagende patienter. Dette samstemmer med den beskrivelse, som findes i journalen, hvor fru B beskrives som meget udadvendt og med en rigtig god social kompetence. Hun beskrives også som en person, der er meget nem at komme i kontakt med og som gerne tager initiativ til samtale med både personalet såvel som de andre patienter på afdelingen.

Endvidere beskrives fru B af personalet som en person, der gerne samarbejder og som er meget meddelsom og velorienteret i egne data m.v. Desuden beskrives fru B også som en person med stor humoristisk sans og en god indfølelse, som blandt andet ses i hendes måde at udvise stor empati og omsorg for de andre patienter.

⁵⁴ Det er første gang at fru B rammes af en apopleksi

⁵⁵ Apopleksi: Ni af ti apopleksier skyldes blodpropper, resten skyldes hjerneblødninger. Sygdommen er alvorlig og 30-40 % dør, inden der er gået et år, hvilket placerer apopleksi, som den tredje hyppigste dødsårsag i Danmark. Alle kan rammes af apopleksi, dog er sygdommen hyppigst hos ældre, da 85 % af de ramte er over 60 år. Hvert år rammes ca. 10.000 danskere af apopleksi. Apopleksien kommer som oftest pludseligt og uvarslet. Hos nogle kan den starte med træthed, hovedpine, og måske et øget behov for hvile og søvn. Symptomerne på en apopleksi varierer både i sværhedsgrad, og de typiske konsekvenser efter apopleksi er afhængig af, hvor skaden rammer ("*orientering om blodprop og blødning i hjernen – apopleksi*", 2005, s. 5)

Selvom fru B er indlagt igennem fem måneder, fortæller hun til mig og andet personale at hun ikke er "sygehus-træt" og at hun ønsker at genoptræne så længe det er muligt. Med andre ord ses der ikke tegn på depression hos fru B.

Følgerne fra apopleksien (nedsat funktion i venstre side) medfører at fru B ikke kan flytte tilbage i egen bolig. Der er derfor sat gang i en proces i forhold til fru Bs boligsituation og fremtid, hvor hun forventes at komme til at bo på et plejecenter. Da musikterapien starter venter fru B på, at få besked om, hvor hun skal flytte hen efter udskrivelse.

6.2.5 Musikterapien med fru B

Udgangspunktet for musikterapien med fru B opstår på en lidt atypisk måde. Terapien opstår på baggrund af, at jeg tilbyder fantasirejser som et tilbud på afdelingen og metodevalg er dermed taget på forhånd inden forløbets opstart. I samråd med min kontaktperson og det øvrige personale på apopleksiafsnittet, findes i fællesskab frem til, hvilke patienter, der ville kunne drage nytte af musikterapi, hvor fantasirejser er den udvalgte metode. Her i blandt nævnes fru B⁵⁶, da flere blandt personalet oplever, (til trods for den positive fremtoning) at fru B kan have behov for et rum, hvor hun kan bearbejde tanker og følelser omkring sin boligsituation og livssituation generelt. Det er en stor omvæltning for fru B at skulle flytte fra egen bolig til et plejecenter, og personalet oplever at det fylder en del for fru B samt giver fru B mange svære tanker og gør hende ked af det. Ydermere oplever personalet også et mere generelt behov hos fru B for at have et rum, hvor hun kan dele sine tanker og følelser, uden at hun føler et (ubevidst/bevidst) ansvar for at hun skal drage omsorg for andre end sig selv. Et rum, hvor der er et primært fokus på hendes følelsesmæssige behov.

Jeg henvender mig da til fru B og spørger hende, om hun har lyst til at prøve musikterapi, mens hun er indlagt på apopleksiafsnittet. Jeg og fru B samtaler om fantasirejser som metode og hvad man eksempelvis kan arbejde med i musikterapien⁵⁷. Fru B er meget interesseret i at starte et forløb og siger ja til tilbuddet om musikterapi. Der aftales derefter en dato for den første session.

Musikterapien foregår i et stort træningslokale med briks, puder, tæpper og anlæg til rådighed. Træningslokalet er placeret på apopleksiaafdelingen og lydene fra afdelingen høres for det meste under fantasirejserne. Fru B har hver gang en time til rådighed, men for det meste bruger fru B maks. 35-45 min. af sin musikterapisession.

⁵⁶ Receptiv musikterapi vil i fru Bs tilfælde være at foretrække fremfor aktiv musikterapi pga. den nedsatte kraft i venstre side og generelt luftbesvær. Fru B har eksempelvis ikke kraft til at synge sange, da hun plages af luftbesvær.

⁵⁷ Jeg nævner eksempelvis at hun kan bruge musikterapien, som et sted, hvor hun kan afspænde, lytte til musik, tale om emner som fylder i hverdagen.

6.2.6 Beskrivelse og analyse af Fru Bs fantasirejser

I det følgende præsenteres fantasirejserne i kronologisk rækkefølge og udsagn fra fru B markeres med kursiv. Når (...) fremgår, betyder dette, at nogle ord i sætningen fra transskriptionen er udeladt, dog uden at påvirke meningen eller indholdet af sætningen og sammenhængen. Fantasirejserne bliver tolket med udgangspunkt i kernetemaerne fra litteraturen, hvilke er som følger:

- Identitet og selvbillede
- Livskvalitet
- Sorgproces
- Krise
- Coping
- Ændringer i stemningsleje og motivation

Første fantasirejse (1.session)

Den første session med fru B (hvor fru X også deltager), introducerer jeg fantasirejser som metode og sessionens forløb. Der er til denne session på forhånd valgt et rejsetema og startbillede for rejsen, da jeg tænker dette kan støtte og introducere metoden for fru B (og fru X). Jeg tilbyder startbilledet; "forstil dig at du er på en gårdsplads", som er inspireret fra Søren Hald (2004). Dette synes fru B (og fru X) er en god idé og første fantasirejse påbegyndes. Under fantasirejsen ligger fru B ned på en briks, med et tæppe over sig.

Sessionens udvalgte musikstykke er, Beethovens 5. klaverkoncert, 2.sats, som varer 7:34 minutter. Musikken er valgt, da den gennemgående har et roligt tempo og indeholder en klart fremtrædende solopart, mens orkestret danner baggrund. Min subjektive mening er, at musikken virker lys og rolig og kan formidle tryghed. Ved at soloparten er klart fremtrædende kan der lægges op til identifikation med soloinstrumentet.

Fru B oplever at være i sine forældres slagterbutik (hun kan ikke relatere sig til at være på en gård) og ser indre billeder af sine forældre i butikken. Hun ser sig selv stå bag disken sammen med sin mor og betjente byens kunder. Hun har det "*sjovt*". Dernæst oplever fru B, at vende tilbage til det første hus, som hun boede i sammen med sin afdøde mand. Det er i deres unge dage, hvor børnene stadig bor hjemme. Hun får et gensyn med sin mand og det liv de havde sammen dengang. Desuden oplever fru B det som "*spændende*" at gå på opdagelse i det gamle hus, og få et gensyn med gamle ting og sager. Efter hun har været en tur i huset, får hun billeder af sin mands gravsted. Nu er hun hos sin mand på hans gravsted. Hun taler lidt med ham og synes det er "*dejligt*" at slå et smut forbi kirkegården på sin fantasirejse.

Analyse

Identitet og selvbillede

Fru B får en række indre billeder, som vedrører hendes fortid. Der igangsættes en erindringsproces hos Fru B, hvilket kan hænge sammen med musikterapeutens direkte guidning⁵⁸. Med dette in mente oplever jeg, at fru Bs indre billeder kan tolkes som en slags "identitetsstatus", hvor hun i kraft af erindringsprocessen kan placere sig selv i en kontekst både i fortid og nutid.

Livskvalitet

Fru B beskriver sine erindringer fra fortiden med positive ord (sjovt, spændende, dejligt), hvilket kan sige noget om, at fru B har en god ballast at hvile på, hvilket kan ses som livskvalitet.

Sorgproces

Endvidere kan fru Bs gensyn med sine afdøde forældre og mand tolkes som en del af hendes sorgproces som kan være forbundet med tabet af sine forældre og mand. En sorgproces som ikke vedrører den sorgproces som relaterer sig til fru Bs følger af sin apopleksi.

Coping

Fru B oplever under sin fantasirejse, at hun ikke kan relatere sig til de givne guidelines fra terapeuten om, at danne indre billeder om gårdspladsen. Trods den direkte guidning, formår fru B at skabe en meningsfuld ramme for sig selv, hvor hun følger indre billeder om sin forældres slagterbutik. Denne håndtering kan vidne om, at fru B er i stand til at finde en ny alternativ måde at forholde sig til situationen på, hvilket kan sige noget om en hensigtsmæssig copingstrategi.

Anden fantasirejse (2.session)

Da fru B møder op til dagens session har hun tænkt over, hvad hun vil bruge sessionen til. Hun fortæller, at hun er ked af, at hun ikke kan komme tilbage og bo i sin gamle lejlighed og spørger om det er muligt at arbejde med dette i terapien. Hun fortæller, at hun er ved at acceptere sin situation, men at hun "*jo stadigvæk er meget ked af det*". Vi aftaler da, at vi vil bruge musikterapien til at bearbejde dette faktum. Dvs. Målsætningen for musikterapien bliver da, at bearbejde de problematikker og sorger, som er forbundet med fru Bs nye livssituation.

Vi kommer i fællesskab frem til, at hun har brug for at sige farvel til sin gamle lejlighed og det liv hun har haft der, inden hun rammes af sin apopleksi. Ud fra den indledende samtale finder vi frem til følgende startbillede for fantasirejsen: "*Forestil dig at du er tilbage i din gamle lejlighed*".

Jeg vælger at afspille J. Haydns cellokoncert i C-dur, adagio, som varer 9:43 minutter. Musikken vælges pga. et roligt tempo, skift imellem mol og dur, bevæger sig dynamisk i $p < f >$ området og

⁵⁸ Da dette var fru Bs første fantasirejse, valgte jeg at lave en direktiv guidning, som en introduktion til metoden. Se beskrivelse af den direkte guidning i bilag nr. 3.

crescenderende overgange. Dette tænker jeg kan tilbyde fru B en container-funktion og have en holding-effekt.

Det skal nævnes at fru B, som den eneste gang i forløbet, i denne session afprøver, hvordan det er for hende at foretage en fantasirejse, hvor hun sidder i sin kørestol fremfor at ligge ned samt at vi samtaler undervejs fremfor at samtale efter endt fantasirejse. Konsekvensen af denne metode variation, fravælger vi at gå nærmere ind i, dog er det væsentligt at nævne.

På denne rejse fortæller fru B, at hun går rundt i sin gamle lejlighed og ser sig omkring. Hun er på et tidspunkt i køkkenet for at smøre sig et par håndmadder, hvorefter hun dækker et smukt bord med en smuk, hvid dug og stearinlys. Hun kan godt lide at dække et smukt bord. Bagefter fortæller hun, at hun tager opvasken og tager sig en lur på sofaen. Hun fortæller om, hvordan lejligheden ser ud, beskriver dens udseende og de ting og sager hun har. Hun ser for sig hvilke ting hun gerne vil have med sig i den nye lejlighed. Hun fortæller: *" jeg har en lampe blandt andet, som har været mine forældres. Den vil jeg meget gerne have med. Chatollet, sofabordet – sofaen, - jeg har lige fået nye møbler og dem vil jeg gerne have med mig. Og det jeg har nede i kælder-rummet, det skal børnebørnene dele og det ved de godt"*. Hun fortæller endvidere, at hun ser sig selv købe blomster nede i byen og at det er vigtigt for hende, at den nye lejlighed har en central placering i byen: *" fordi jeg gerne vil ned i byen, skyldes, at jeg da kan komme op på torvet og selv hente mine blomster (...) og jeg vil også få mange besøgende dernede, sådan som jeg har det nu. For jeg bor faktisk lige som på Fredericia banegård. Så mange besøgende har jeg. Og det vil jeg også få dernede, fordi det er nede i byen"*. Rejsen ender med at hun ser nogle flyttemænd flytte hendes sager.

Endvidere fortæller fru B, at det er *"sært"* skæbnen skulle være sådan for hende og hun tænker på sin kernefamilie(børn, svigerbørn og børnebørn). Hun fortæller at hun under induktionen oplevede kuglen som værende hvid og fortæller:

"Altså jeg ved ikke rigtigt med lyskuglen. Mon ikke det var månen jeg havde fat i?(...) ja – sidste gang var det solen, men nu var det faktisk månen, jeg havde fat i den her gang".

Endeligt er det vigtigt at nævne, at fru B i denne session fortæller mig, at hun har en oplevelse af, at det at samtale om sin situation har en positiv indvirkning for hende. Hun fortæller herom: *" jeg kan godt lide den måde, at man snakker sammen undervejs. Så kommer du af med det"*.

Til sidst spørger jeg, hvad fru B oplever som det vigtigste for hende fra denne rejse, og hun svarer: *"Det var jo nok lejligheden. Og jeg kunne faktisk se, hvordan de slæbte møblerne ned af trappen"*.

Analyse

Identitet og selvbillede

Under induktionen oplever fru B kuglen fra "ball of light" induktionsøvelsen, som værende hvid og fortæller at den symboliserer månen. Under den forrige session symboliserede kuglen solen. Solen og månen kan tolkes som to modsætninger (dag og nat, mandligt og kvindeligt, kærlighed og had, bevidst og ubevidst, livet og døden, osv.). Disse to modsætninger kan afspejle en psykisk udviklingsproces, hvor processen kan tænkes at bestå i at rumme, integrere og acceptere modsætninger, som muligvis kan opleves som konfliktfyldte. Det kan tænkes, at fru B med sine indre billeder af solen og månen søger at skabe mening og sammenhæng mellem to (evt. konfliktfyldte) modsætninger. Dette kunne evt. handle om integration af nye sider af sig selv, at kunne rumme den forandring som apopleksien generelt har medført (bl.a. tab af funktionsevne, flytte i et nyt hjem).

Livskvalitet

Fru B fortæller fra rejsen, at det er vigtigt for hende, at komme til at bo centralt, da hun ønsker at få besøgende. Desuden kan hun godt lide at købe blomster, hvilket vil være let tilgængelig for hende, hvis hun kommer til at bo centralt. Dette indre billede kan tolkes som et udtryk for et personligt behov, noget som kan give fru B livskvalitet. Det at fru B kan *komme af med det*, dvs. dele sine tanker og følelser med en anden person (her musikterapeuten), som er i stand til at rumme dette, kan også bidrage til en god livskvalitet.

Sorgproces

Musikterapeuten oplever at fru Bs indre billeder primært omhandler en sorgproces (indsigt, sorg og tab, accept), som er relateret til følgerne af fru Bs apopleksi. Fru B bruger denne rejse til at komme tilbage til sin gamle lejlighed, hvor hun boede indtil hun blev ramt af sin apopleksi, og tager afsked med det liv, som hun førte der. Hun forestiller sig også, hvilke møbler hun vil beholde og hvilke møbler hun vil skille sig af med. Denne oprydning kan helt konkret tolkes i retning af, at fru B forholder sig til, hvad hun rent praktisk har brug for i sin nuværende livssituation og hvad hun ikke længere har brug for. I symbolsk forstand kan oprydningen af diverse møbler symbolisere en psykisk oprydning, som muligvis kan være med til at skabe overblik, indsigt og afklaring og dermed en bevægelse mod accept af (sig selv som menneske og) livssituationen.

Krise

Selve fantasirejsen er ikke krisepræget, (hvilket fru B heller ikke er gennem forløbet) men rejsen kan anskues som en del af et kriseforløb, som beskrevet i kap. 5.4, bevæger sig gennem fire faser. Fru Bs rejse kan tolkes i retning af, at hun er i gang med en bearbejdningsfase.

Coping

Måden fru B håndterer sin livssituation på er aktiv og handlende, hvilket kan indikere at fru B anvender hensigtsmæssige copingstrategier.

Stemningsleje og motivation

Fru Bs stemningsleje kan overordnet beskrives som præget af positivitet og engagement, dog med en underliggende tristhed over det faktum at hun skal flytte fra sit hjem. Hun fortæller i starten af sessionen at hun er ked af sin situation og bruger fantasirejsen til at sige farvel til sin gamle lejlighed og det liv hun førte der. Fru Bs humør bliver løftet da hun fortæller om rejsen, og hun tager den stemning med sig ud.

Tredje fantasirejse (4.session)

Efter en samtale vælger vi, at dagens rejsetema skal handle om, at fru B forbereder sig selv på en ny tilværelse i sin nye lejlighed på plejecentret. Startbilledet for rejsen bliver den foregående rejses slutbillede, hvor hun ser flyttemændene flytte sine sager ud af sin gamle lejlighed. Nu skal hun prøve at forestille sig at se sine ting og sager blive flyttet ind i sin nye lejlighed. Fantasirejsens startbillede bliver: "Forestil dig at du er i din nye lejlighed".

Musikken til denne rejse er klaver koncert nr. 2 (andante) af Shostakovich, som har en varighed på 7:36 minutter. Musikstykket vælges på baggrund af dynamikken, som kan opleves som støttende og udfordrende. Musikken kan virke lys og let og kan give en fornemmelse af glæde blandet med dramatiske oplevelser, som dog føres tilbage til mere fredsfyldte passager. Dette dynamiskifte kan tænkes at sætte tanker, billeder i gang.

Fru B fortæller fra denne rejse, at hun møblerer sin lejlighed, at hun er til fællesspisning med de andre beboere, som også bor på plejecentret, hvor hun kommer til at bo. Hun fortæller: "*Jeg havde møbleret min nye lejlighed og så ønskede jeg mig, at jeg fik min el-scooter igen, som jeg har fået – at jeg kan få den igen, så jeg kan køre op i byen (...) Og om, hvordan forholdene var nede i spisesalen (...) Jeg havde også købt mig en ny måtte til badeværelset og et nyt forhæng, et badeforhæng og et rødt tæppe til at lægge under spisebordet (...)*". Fru B fortæller også om, hvordan hun oplever musikken fra denne rejse. Hun fortæller: "*(...) og det er så sjov, hvad skal jeg sige – det var som om det trykkede én over brystet (klapper sig selv på brystet) (...) ja, jeg var meget afslappet og helt tung i kroppen. Og det er jo det der er godt ved det (...) det var lige som om at det strammede over brystkassen"*.

Da jeg spørger fru B, hvad det vigtigste er, som hun kan tage med sig fra denne fantasirejser, svarer hun: "*det vil jo selvfølgelig være hvis jeg kunne komme til at gå og kunne komme til at bruge min arm (venstre) lidt mere (...) ja, og det er det jeg arbejder på. Jeg har heldigvis fået lov til at blive her. Om end ikke hele tiden, så som dagpatient"*.

Det skal nævnes at vi under denne fantasirejse afbrydes af en fysioterapeut, som kommer ind i lokalet og henter nogle sager. Det opleves frygteligt afbrydende, men fru B formår at abstrahere fra afbrydelsen, fortsætter rejsen uden at kommentere afbrydelsen og bringe sig selv tilbage til sin indre oplevelse. Efter sessionen beskriver fru B, at hun blev irriteret over afbrydelsen, fordi hun blev revet ud af sin let ændrede bevidsthedstilstand og sine indre billeddannelse.

Analyse

Livskvalitet

Det vigtigste som fru B tager med sig fra denne rejse, drejer sig om ønsket, håbet og troen på at hun kan komme til at gå igen samt ønsket om forbedret funktionsniveau i sin venstre arm. Det vil sige, at det som fylder mest for fru B i denne session (og evt. i denne fase af hendes rehabilitering), handler om fokus på forbedring af funktionsniveau. Det kan af den grund tænkes af fru B forbinder et vist funktionsniveau med livskvalitet.

Sorgproces

I denne session fortsætter fru B med at bearbejde, rumme og acceptere det faktum at hun skal flytte fra sin gamle lejlighed til en ny lejlighed i plejecentret. Af den grund kan det overordnede tema for denne session kategoriseres som sorgproces.

Coping

Musikterapeuten oplever også, at det bliver tydeligt, at fru B anvender en hensigtsmæssig copingstrategi, hvilket kan tolkes ud fra, at:

- hun anvender fantasirejsen som en konstruktiv metode i sin bevægelse mod accept af sin situation
- hun kan se sig selv som aktiv og handlende (positivt selvbillede), eksempelvis ved at hun forestiller sig selv møblere sin nye lejlighed og købe pynteting
- hun ønsker at fortsætte i rehabilitering efter sin udskrivelse, hvilket kan ses som et udtryk for motivation og vedholdenhed samt som en positiv indstilling overfor sin fremtid.

Desuden kan fru Bs håndtering af afbrydelsen sige noget om hendes hensigtsmæssige copingstrategi. Hun viser herigennem (implicit), at hun kan rumme afbrydelsen og bringe sig selv tilbage til et hensigtsmæssigt og relevant fokus.

Ændringer i stemningsleje og motivation

Fru B oplever irritation under denne rejse, fordi vi undervejs afbrydes. Dog formår fru B at bringe sig selv tilbage til en afslappet og afspændt tilstand. For første gang i forløbet beskriver fru B, hvorledes musikken påvirker hende på et kropsligt og sansende plan. Hun oplever at musikken giver hende en tung og afslappet kropsfornemmelse samt at hun mærker en "trykken" for brystet ("*det var som om det trykkede én over brystet*"). Dette udsagn kan tolkes i retning af, at musikken sætter nogle følelser i gang hos fru B.

Fjerde fantasirejse (5.session)

Her har fru B på forhånd planlagt, hvad hun ønsker at "*fantasere*" om (fru Bs eget ord) på sin fantasirejse. Hun ønsker at fantasere om, at hun ser sig selv få nye venner på plejecentret, hvor

hun har fået sin nye lejlighed. Startbilledet for denne rejse bliver derfor: "Forestil dig at du er på plejecentret og du møder nye mennesker".

Beethovens 5. klaverkoncert, 2.sats anvendes igen til denne rejse med samme begrundelse som beskrevet i forløbets første session.

Rejsen starter med at hun ser sine børn og svigerbørn gøre sin lejlighed smuk. De sætter nye gardiner op. Gamle og nye venner kommer forbi og hilser på. De drikker kaffe sammen. *"Min dårlige arm, havde jeg også med – jeg forestillede mig at den skulle blive rask. Jeg brugte kuglen (i induktionen) til at give min arm noget liv. Men min arm kunne ikke love mig at blive god igen. Det ville ellers være rart hvis den kunne det"*. Fru B fortæller endvidere: *"Musikken var dejlig – den går helt ind"*.

Det vigtigste for fru B i denne rejse handler om at komme på plads i sin nye lejlighed, og at hun kan rejse dertil og se sig omkring.

Analyse

Livskvalitet

Fru B ønsker at bruge denne fantasirejse til at forestille sig, at hun får nye venner på plejecentret, hvilket musikterapeuten oplever som et udtryk for, at det sociale aspekt spiller en vigtig rolle ifht. fru Bs livskvalitet. Ønsket om at møde nye venner kan også tolkes som et udtryk for en dybereliggende eksistentiel angst for isolation og ensomhed. Dog virker fru B ikke udpræget angst, men fru Bs ønske om at få nye venner kan bære præg af bekymring.

Sorgproces

I tråd med anden og tredje fantasirejse, fortsætter fru B i denne rejse med at bearbejde, rumme og acceptere sin livssituation og de forandringer som denne indebærer ved at visualisere om sin kommende tilværelse på plejecentret.

Fru Bs indre billeder udvikler sig også til at omhandle fru Bs venstre arm, som har nedsat funktionsniveau. Under fantasirejsen forestiller fru B sig, at hendes venstre arm "bliver rask" og hun bruger kuglen fra induktionsøvelsen ("ball of light") til at tilføre armen noget liv. Fantasirejsen får karakter af en slags bøn, hvor hun målretter sin bevidsthed på et område (armen) og håber på at denne bevidsthed, tro og fokuseret opmærksomhed kan tilføre armen noget liv. Endvidere fortæller fru B om en indre dialog med sin arm, hvor hun fortæller: *"Men min arm kunne ikke love mig at blive god igen. Det ville ellers være rart hvis den kunne det"*. Denne indre dialog kan tolkes i retning af, at fru B bearbejder det faktum, at der er mulighed for at hun ikke kan genoptræne og genvinde sin fulde førlighed i sin arm. Med andre ord fortæller fru B om en indsigt i skadens omfang, som er en del af bearbejdningsprocessen, hvor det endelige mål handler om accept af situationen.

Krise

Det vigtigste for fru B handler i denne rejse om, at hun via fantasirejsen har mulighed for at rejse til sin nye lejlighed og se sig omkring. Dette udsagn kan sige noget om, at fru B bevæger sig i retning af en nyorienteringsfase i forhold til kriseforløbet fire faser (se evt. afsnit om krise).

Coping

En mulig tolkning af fru Bs måde at håndtere sin sorgproces over sin nedsatte funktion i venstre arm kan være følgende: Det kan se ud som om, at fru B ændrer på sin sorgfølelse ved at tænke positivt. Denne tolkning læner sig op af beskrivelsen af emotionel coping.

Femte fantasirejse (6.session)

Fru B ønsker at bruge denne fantasirejse til at se sig selv gå igen og forestille sig, at der bringes mere førlighed i sin arm. Hun fortæller: *"Jeg vil gerne kunne gå herfra, når jeg engang udskrives – og have min arm med (fru B mener her, at hun har et ønske om at få mere førlighed i sin arm igen), (...) især min arm. Den trænger til lidt hjælp i drømmen"*.

Fru B lytter i denne session til Bachs suite no. 3, (air), som varer 7:12 minutter. Musikken vælges, fordi den kan virke lys, "bølgende" og let. Tempoet er gennemgående roligt og der er få dynamiske og harmoniske forandringer. Musikken kan deraf tænkes at have en effekt, som kan tænkes at lægge op til en form for syntese/harmoni.

På rejsen oplever fru B følgende:

"Jeg går ned af en lang gang – og så håber jeg og tror på at den her arm kan blive bedre. Jeg kan mærke at der sker noget, der er liv ude i fingerspidserne. Der er en glasdør forenden af gangen. Der er lys for enden af gangen. Jeg lægger mærke til lyset forude. Jeg tror jeg får mere liv i min arm. Det tror jeg på (...) ja, jeg vil tro på det. Det bliver nok aldrig rigtigt godt. Men jeg håber. Jeg VIL tro det. (...) det ligger mig virkelig meget på sinde.(...) det kan godt være at jeg tuder, men det gør mig heller ikke noget".

Til slut i samtalen fortæller fru B: *"(...) dejligt, jeg kom helt ned. Helt ned forenden af gangen til lyset"*. Fru B fortæller, at hun føler sig tung og afslappet i kroppen, og at hun kan sanse det i sin brystkasse. Hun siger: *"Og helt heroppe fra (banker på sin brystkasse) - her er det ligesom det presser"*. Sessionen slutter med, at fru B siger: *"Næste gang vi ses, så vil jeg gerne en tur til Spanien"*, hvorefter hun griner. Hun vil gerne mærke sol og varme på sin krop.

Analyse

Livskvalitet

Fru Bs slutbemærkning i denne session *"Næste gang vi ses, så vil jeg gerne en tur til Spanien"*, kan tolkes som en humoristisk manøvre, som på et ubevidst plan kan have til formål at afværge en konfrontation med nogle af de følelser som "presser" sig på. Omvendt kan det også afspejle

en følelse af livskvalitet og frihed, som fru B muligvis har oplevet under sin fantasirejse, hvor hun ser sig selv gå.

Coping

Musikterapeuten oplever det som karakteristisk og interessant, at fru B anvender denne fantasirejse som en slags "mental træning", hvor hun kan forestille sig selv udføre netop det som er fysisk krævende for hende, styrke sin tro på gode genoptrænings resultater og bevare samt stimulere sin motivation for genoptræning. Det vil sige, at der er sket en forandring i fru Bs tilgang til fantasirejserne. I sessionerne hidtil har fru B brugt fantasirejserne til at imødekomme tanker og følelser, som har været forbundet det faktum, at hun skal flytte fra sin gamle lejlighed til en ny lejlighed på plejecentret. Altså et fokus på de (praktiske, fysiske, psykiske) forandringer som er sket i forbindelse med apopleksien og de emotionelle behov, som relaterer sig dertil.

Trods denne forandring i fru Bs tilgang, oplever musikterapeuten at det overordnede tema for terapien stadig handler om fru Bs sorgproces. "Mental træningen" bærer præg af positive tanker, tro og håb, hvilket kan sige noget om, at fru B muligvis herigennem ændrer på sin sorgfølelse ved at tænke positivt. Dvs. der kan være tale om emotionel coping.

Det er også en mulighed at fru Bs "mental træning" kan tolkes som en uhensigtsmæssig coping strategi, hvor fornægtelse af fru Bs fysiske funktionsniveau kommer til syne. Dog fornemmer jeg ikke fornægtelse hos fru B, men snarere en stor bekymring for, hvorvidt det er muligt at genoptræne venstre side af kroppen, hvor der er nedsat førlighed. Desuden beskrives fru B af det resterende personale som en patient med relevant sygdomsindsigt, hvilket kan tale imod en eventuel uhensigtsmæssig copingstrategi. Musikterapeuten oplever endvidere fru Bs behov for at planlægge sine indre billeder på fantasirejserne i form af "mental træning" som et udtryk for styring og kontrol. På den måde kan fru B (ubevidst/bevidst) styre og kontrollere store dele af det som sker i terapien. Dette forestiller musikterapeuten sig, kan spille en vigtig rolle ifht. fru Bs psykisk velbefindende, da mange andre aspekter (bl.a. følger fra apopleksien) i hendes livssituation ikke kan kontrolleres.

Stemningsleje og motivation

Den positive "mental træning", som er præget af en stærk vilje, tro og håb siger også noget om fru Bs stemningsleje og motivation. Generelt set oplever musikterapeuten fru B med et (naturligt) løftet stemningsleje og hun fremtræder for det meste ved godt mod samt motiveret for genoptræning. Dette positive stemningsleje og gode motivations evne ses også beskrevet hos andre kvindelige apopleksipatienter i en undersøgelse udført Kvigne et al.(2004)(jf. kap. 4). Her optræder der hos 25 apopleksiramte kvinder en stærk vilje til at ville leve samt engagement, hvilket i undersøgelsen tolkes som et forsøg på at føle og skabe kontrol over deres liv. Det er muligt at fru B oplever en følelse af kontrol over sit liv ved at være positiv, viljefast og engageret.

Fru B fortæller at hun føler sig tung og afslappet undervejs og at det "presser" ved brystkassen. Musikterapeuten oplever ordet "presser", som et specielt ordvalg og tænker der muligvis kan

ligge flere betydninger bag dette ord. Måske det kan tænkes at der er nogle følelser hos fru B, som "presser" sig på, når hun oplever sig selv i en let ændret bevidsthedstilstand? Det kan også tænkes blot at være fru Bs måde at beskrive sin afslappede kropsfornemmelse på.

Sjette fantasirejse (8.session)

Fru B ønsker i denne session at forestille sig selv køre på en "crosser". I fysioterapien øver hun sig i at køre på "crosser" og hun ønsker at "fantasere" om dette i fantasirejsen.

Musikvalget til denne session er et nummer af den islandske gruppe Sigur Ros, som hedder "von". Nummeret varer 9:15 minutter. Musikken vælges til dels fordi jeg ønsker at afprøve denne type musik (melodisk eksperimenterende pop/rock) i denne sammenhæng. Musikken vælges også på baggrund af dets (elektroniske) lydbillede, som kan appellere til storlået følelser. Endvidere kan nummerets trommelyd virke udfordrende, konfronterende og fremadgående. Særligt ved musikvalget er, at det ikke blot er et instrumentalt nummer, men også rummer en mandlig sangstemme. Sangstemmen er lys, sproget er islandsk⁵⁹ og udtrykket er stemningsfuldt, følsomt, intenst og inderligt.

Efter fantasirejsen starter fru B med at sige: *"skøn musik – sikke en stemning. Jeg tror nok at jeg har gjort noget dumt. Jeg blandede to ting sammen. Jeg er ved at øve mig i at køre på "Crosser" og det ønsker jeg mig sådan virkelig at blive god til. Det er jeg bange for at jeg aldrig bliver god til pga. min arm og mine ben (nedsat førlighed). Men så skete der det, at jeg rejste mig op og så rejste jeg en tur til Nordkap. Midt i det hele og det dur jo ikke. Så blandede jeg det sammen med "crosseren".*

Fru B fortsætter med at fortælle: (...) *"Det er fordi jeg havde en veninde, der døde for ikke så længe siden, hende og jeg vi tog en luksusrejse derop. Vi så solen danse. Det var skønt. Vi startede rejsen i København og sejlede til Oslo. Og så gik det ellers bare derop ad".*

Jeg spørger fru B, om hun kan fortælle mig noget om, hvad der fik hende til at danne indre billeder om Nordkap. Hun svarer herpå: *"jamen det startede jo med crosseren, så gik jeg fra det - og det var jo nok næsten da han begyndte at synge (...) jeg blev forført af stemmen. Jeg kunne bedre koncentrere mig om det andet ("fantasere" om Nordkap). Jeg kunne ikke blive ved med at koncentrere mig om at øve mig i at køre på crosser da manden begyndte at synge. Så forførte hans stemme mig til Nordkap. Musikken lavede mig om (...) jeg troede at det var musikken der gjorde, at jeg slog over i det andet (...) fordi den musik passede bare ikke til det første (at køre på crosser). Til Nordkap passer den godt nok, men ikke til at træne crosser".*

⁵⁹ Umiddelbart tænker jeg at det er en fordel at sproget er islandsk, så teksten ikke fjerner eller styrer fru Bs fokus på billeddannelsen. I og med at sproget er islandsk og er et sprog som fru B ikke forstår, kan det tænkes at vokalen blot opleves som en lyd, et udtryk, en følelse.

Fru B fortæller endvidere, at hun først føler sig afslappet, da hun følger de spontane indre billeder om Nordkap: *"da følte jeg mig mere afslappet, så passede tingene sammen – altså musikken og det jeg havde i tankerne"*.

I sin beskrivelse af fantasirejsen fortæller fru B videre, at hun så bjerge, at hun ser solen danse samt hun fortæller om et stort skib, som de skulle sejle med: *"Og så det store skib vi skulle med. Det var et kæmpe skib vi skulle med og så, så jeg solen danse på Nordkap, og så sejlede vi fra Nordkap til Honningsvåg nedad. Så ventede rutebilen på os og så kørte vi videre med den. Det så jeg lige et lille glimt af. Ja, jeg så sandelig solen danse. Det er smukt deroppe"*.

Analyse

Identitet og selvbillede

Temaet for denne rejse kan relatere sig til flere begreber. Helt konkret kan fru Bs indre billeder være et udtryk for en sorgproces som relaterer sig til venindens død. Billederne kan også relatere sig til kategorien identitet og selvbillede. Det kan de i den forstand, at fru B forholder sig til sig selv før hun rammes af sin apopleksi, hvilket kan tænkes at konfrontere fru B med sin nuværende identitet; "hvem var jeg inden jeg fik min apopleksi?" Og "hvem er jeg nu efter jeg har fået min apopleksi?" Musikterapeuten tænker dermed at fru Bs indre billeder kan være en del af en identitetsproces i at finde frem til en ny identitet og integritet, hvilket primært foregår på et implicit plan.

Livskvalitet

Det er også en mulighed at begrebet livskvalitet er et aktuelt tema for denne fantasirejse. Fru B fortæller, at hun uventet i sin billeddannelse rejser sig op og rejser en tur til Nordkap. Dette billede kan symbolisere en følelse af frihed og en følelse af at være ubegrænset, hvilket kan tænkes at bidrage til en overordnet følelse af livskvalitet. Fru B tillægger også sine rejser (i virkeligheden) til Nordkap stor værdi og fortæller herom med stor glæde, hvilket kan indikere at disse rejser kan forbindes med livskvalitet for fru B. Måske de indre billeder om Nordkap og samværet med veninden minder fru B om noget essentielt for hende. I givet fald vil dette være i overensstemmelse med, hvorledes livskvalitet beskrives (jf. kap.5.2):

"Endvidere beskrives en sammenhæng mellem høj livskvalitet og aktivitet, gode interpersonelle forhold, god selvfølelse, og "rige og intense oplevelser af skønhed, af indsigt i el. af samfølelse med naturen." (PPO, s.244)".

Coping

Fru B ønsker igen på denne rejse at bruge fantasirejsen som "mental træning" og hun ønsker at forestille sig selv køre på en "crosser". Noget som er vanskeligt for fru B og noget som hun inderligt ønsker at kunne mestre. Dog opstår der en række "ufrivillige" og spontane indre billeder, som gør det svært for fru B at fastholde idéen om at "træne med crosseren" under denne fantasirejse. I stedet opstår der en række indre billeder fra en tur på Nordkap, hvor fru B rejser sammen med en veninde, som for nylig er død. Dette kan afspejle en hensigtsmæssig coping strategi

hos fru B, fordi hun formår at vige fra sin oprindelige plan og være fleksibel og rummelig overfor sig selv ved at følge de indre billeder om Nordkap. Hun kan så at sige "sadle om" og skabe en ramme for sig selv, som passer til situationen, uden eksempelvis at afbryde sig selv, give op, blive frustreret, irriteret, være bebrejdende overfor sig selv pga. fokusskifte osv.

I og med at disse ikke-planlagte indre billeder bliver bevidste og tilgængelige for fru B, kan tolkes i retning af, at hun ikke i samme udtrækning som tidligere kan (eller har behov for at) styre og kontrollere, hvilke indre billeder hun danner. En anden mulighed er også at fru B på dette tidspunkt i musikterapiforløbet er blevet det mere "dus" med metoden og dermed måske mere afslappet, hvilket kan tænkes at indvirke på billeddannelsesprocessen. Vigtigt er at fru B fortæller, at musikken er årsagen til, at hun "*forføres til Nordkap*", hvilket også stemmer overens med musikterapilitteraturen, hvor musikken beskrives som virkende inspirerende for billeddannelsen (Moe og Thostrup, 1995; Hald, 2004; Goldberg et al., 1988).

Stemningsleje og motivation

Fru B oplever en anspændthed i starten af fantasirejsen, fordi musikken ikke passer sammen med de indre billeder, som fru B på forhånd har planlagt hun vil danne. Da hun følger de spontane ikke-planlagte billeder om Nordkap oplever hun igen en afslappethed.

Syvende fantasirejse (10.session)

Denne session er forløbets sidste session og da fru B kommer til terapien fortæller hun: "*Jeg ved lige hvad jeg har lyst til at bruge den sidste gang til. Jeg forestiller mig her om julen, her hvor sneen daler ned (...) det synes jeg det skulle handle om her til slut (...) Jeg elsker julen*". Startbillede til fantasirejsen bliver da: "*Forestil dig at sneen daler ned*".

Musikken til denne rejse er tre numre af Thomas Koppel fra Cd'en "*improvisationer for klaver*". De tre numre er "*Lower Ninth ward*" (4:28 min.), "*Freedom Blues*" (4:02 min.) og "*Universal woman*" (4:39 min). Musikken varer i alt 13:09 minutter. De tre numre bidrager tilsammen med dynamiske og harmoniske skift, som kan tænkes at virke udfordrende og understøtte en vækstproces.

Efter endt fantasirejse fortæller Fru B, at hun startede sin rejse med at spole tiden tilbage til julen i sin barndom. Noget hun aldrig vil glemme. Hun fortæller, hvordan der var utrolig meget sne dengang, så meget at hendes bedstefar huggede store blokker ud af sneen. Dengang var det rigtigt jul, synes fru B og hun fortæller videre om, hvordan hendes forældre havde en tradition med at dække juletræet til med et tæppe. Træet blev dækket med et tæppe, for at skabe en forventnings glæde og fru B og hendes søskende måtte som børn først se det smukke pyntede træ selve juleaften. Dette husker hun med stor spænding.

Fru B fortsætter med at fortælle følgende: "*Min søster og jeg hjalp min mor i køkkenet med at vaske op. Så var der en jul, hvor der stod en stor pakke inde i stuen, som var skjult med et gråt*

tæppe. Det skulle vise sig at være et klaver til mig og min søster. Der var et år, hvor der var to store pakker derinde. Det var en rød og en grøn dukkevogn. En dukkevogn til mig og min søster. Drengene fik et tog. Der blev gjort meget ud af julen derhjemme. Jeg kunne godt lide den måde mine forældre holdte jul på og den måde at træet var gemt på. Min far tændte lysene på juletræet mens min søster og jeg stod i køkkenet. Så stod vi ved døren og ventede på at vi måtte komme ind og se træet. Mine forældre havde jo slagterbutikken og havde såmænd dårligt tid til det, – men de holdte fast på traditionerne”.

Under Fru Bs fantasirejse, mindes hun en anden jul, hvor hendes onkel og faster kom og holdte jul med dem: *”Nu er de desværre døde. De havde 9 børn. De holdte jul sammen med os. Sådan var min mor og far. De børn de sad på ræd og række og ventede på, at min far skulle komme og hente dem. Når min far kom så råbte børnene ”nu kommer han – nu kommer han – nu kommer han”. Der sad de klar i deres stiveste puds. Selvom de var fattige så var de rene”.*

Fru B oplever til sidst under denne fantasirejse endnu et gensyn med sin afdøde mand. Her oplevede hun, hvordan de to sammen med deres børn fejrede julen sammen. Hun fortæller herom: *”Dernæst førtes jeg videres til min egen jul sammen med mine egne børn. Jeg forsøgte at efterligne den jul, som jeg oplevede sammen med mine egne forældre, men det var aldrig det samme. Jeg har prøvet at overføre det med at skjule træet for mine egne børn. Men det faldt lidt til jorden. Det var bare ikke det samme, men vi har altid holdt hyggelige jul. Altid. Jeg så også min mand, han var der også og jeg oplevede mine børn som små. Nu er de jo for længst voksne”.*

Til sidst i sessionen fortæller fru B, at hun skal holde jul hos sin datter, da *”jeg kan ikke være med til alt det tumlen mere. Min hverdag er jo blevet anderledes, end den har været, men det er der ikke noget at gøre ved, og det skal ikke slå mig ud, det har jeg bestemt mig for, at det ikke skal. Om jeg så skal bruge hele dagen til at få mit tøj på, for det er næsten mit det værste. Jeg regner med at komme hjem inden jul og så efter jul, så vil jeg gerne kunne komme herop og træne. Det har jeg fået lov til”.*

Analyse

Identitet og selvbillede

Fru B oplever i denne fantasirejse minder om jul med sin familie i forskellige faser i sit liv. De indre billeder danner en historisk tidslinje, hvor minder fra barndom (fortid), ungdom (fortid), årene som midaldrende (fortid) og alderdom (nutid og fremtid) præsenteres. De indre billeder, som forløber over en historisk tidslinje, fortæller konkret noget om fru Bs livshistorie, tilknytning til tid og sted og relationer til andre mennesker. Gennem disse minder og fortælling herom, kan det tænkes, at fru B så at sige skaber sig selv og derved kan have en oplevelse af at eksistere på et bestemt sted, i et bestemt øjeblik, indenfor en tid som udfolder sig samt oplevelsen af livet som en bane indenfor en bestemt tidshorisont. Disse dimensioner kan relatere sig til begreberne identitet og selvbillede. Endvidere kommer fru Bs forskellige roller som

barn/voksen/forælder/gift/gammel til syne. Disse roller kan repræsentere en (identitets) proces, som kan handle om "hvem har jeg været igennem livet" og frem mod "hvem er jeg nu".

Sorgproces

En anden overvejelse om fru Bs erindringer angår, hvorvidt fru B kan bearbejde sin nutid og fremtid gennem fortiden. Når man ser de indre billeder igennem dette lys, kan de indre billeder handle om bearbejdning af livssituationen og den sorgproces som relaterer sig til de forandringer apopleksien har medført fru B.

Coping

I slutningen af sessionen fortæller fru B, at hun skal holde jul hos sin datter og fortæller på en realistisk og indsigtfuld måde, at hendes hverdag er forandret nu og at hun ikke kan være med til alt det "tumlen mere". Fru Bs måde at håndtere denne forandring på tydeliggøres også, idet hun fortæller at forandringen ikke skal komme til at "slå hende ud". Dette udsagn vidner om en hensigtsmæssig coping strategi, hvor positive tanker, vedholdenhed, ihærdighed, vilje og handlekraft er i fokus.

6.2.7. Samlet tolkning af analyse

Fru B beskrives i journalen og af andet personale som en patient, som på mange måder er en velfungerende patient, da hun både på et personligt og socialt plan har et stort overskud trods sin ændrede livssituation. Fru B er humoristisk, imødekommende, omsorgsfuld, positiv, samarbejdsvillig, udadvendt og har en rigtig god social kompetence. Trods dette umiddelbare psykiske overskud skønnes fru B at have behov for et rum, hvor hun kan bearbejde tanker og følelser omkring sin boligsituation og livssituation generelt, hvorfor hun starter i musikterapien.

Musikterapiforløbet med fru B kan illustreres ved skemaet nedenfor. Her inddrages forløbet i fem faser, hvor bl.a. fru Bs fokus i terapien og centrale temaer illustreres. De fem faser er som følger:

	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4	Fase 5
Session	1	2, 4, (5)	(5), 6	8	10
Fokus	"barndom, ungdom og nutid"	"Afsked med lejlighed – goddag til ny lejlighed"	"Jeg øver mig i det jeg har svært ved"	"Musikken forfører mig til Nordkap"	"Jeg mindes Julen"
Billedets indhold	Minder	Sorgbearbejdning/ Version af Mental træning,	Mental træning	Minder/fri association	Minder
Type billede (jf. Grocke, i kap.3.3)	Minder	Visuel oplevelse/ emotioner og følelser	Visuel oplevelse/ somatiske sansninger	Visuel oplevelse	Minder
Primære Tema	Identitet og selvbillede, coping	Identitet og selvbillede, livskvalitet, sorgproces, coping	Livskvalitet, sorgproces og coping	Identitet og selvbillede, livskvalitet og coping	Identitet og selvbillede, coping
Sekundære tema	Sorgproces	Krise, stemningsleje og motivation	Krise, stemningsleje og motivation	Stemningsleje og motivation	

(Tabel 8: illustration over forløbet med fru B, hvor fokus for terapien, type billede, primære og sekundære tema for terapien illustreres).

Ud fra de temaer som vi har identificeret i litteraturen, er identitet og selvbillede, livskvalitet, sorgproces og coping de mest fremtrædende i forløbet med fru B.

Fru B påbegynder fra anden session af musikterapiforløbet at bearbejde sin sorg over at hun ikke kan vende hjem til egen bolig efter udskrivelse fra sygehuset. Måden hun bearbejder denne sorgproces på foregår primært gennem billedannelsen, hvor hun visualiserer om ud/indflytningen af ny bolig. Det kan se ud til at fru B i en vis udstrækning dækker nogle emotionelle behov ved at give sig selv mulighed for at visualisere om denne proces. Fru Bs håndtering af den sorg, som hun forbinder med ud/indflytningen, vidner om en hensigtsmæssig copingstrategi, fordi hun synliggør en evne til at bevare og styrke sin tro på, at de problemer og udfordringer

hun står overfor kan løse sig på bedst mulig måde. Dette foregår vel og mærket på en relevant måde, da hun eksempelvis ikke forholder sig unuanceret eller fornægtende til sin situation. Sorgbearbejdningen kan siges at have karakter af at fungere som en form for "mental træning", fordi hun i sin bearbejdning af ind/udflytningen af sin bolig netop styrker sin tro på lige præcis det, som er krævende, problematisk og udfordrende for hende. I den efterfølgende fase præges sessionerne af "mental træning", i så at sige mere "ren form". Her bliver "mentaltræningen" mere udtalt, fordi hun bruger fantasirejserne til at øve sig i de fysiske udfoldelser, som hun har svært ved. Her tydeliggøres det at temaet "det at være i fysisk rehabilitering" fylder meget for fru Bs rehabiliteringsproces. Dvs. at vi ud fra analysen kan udlede emotionelle behov hos fru B for at bevare/styrke troen på at "noget" kan lade sig gøre, et behov for at styrke håbet om sit udviklingspotentiale (at hun kan blive bedre) samt behov for positive tanker om fremtiden. Disse emotionelle behov kan hænge sammen med begrebet livskvalitet. Ifølge Pilkington (1999) kan patienters livskvalitet forbedres gennem en ny værdsættelse af det ordinære, håb og drømme om ny muligheder, samt trøstende, opmuntrende relationer.

Livskvalitet kan som tidligere beskrevet ses som et overordnet begreb, som bliver påvirket af alle de øvrige kernetemaer. Fru Bs positive stemningsleje, evne til at holde modet oppe, evne til ikke at blive "sygehus-træt", hensigtsmæssige copingstrategier, måde at håndtere sin sorgproces samt arbejde med sin identitet og selvbillede afspejler en positiv cyklus, som tilsammen kan føre til en god livskvalitet. Musikterapien kan tilbyde oplevelser som bidrager til fru Bs gode livskvalitet, fordi hun i musikterapien kommer i kontakt med netop begreber som tro, håb og drømme. Desuden udtaler fru B, at det er betydningsfuld for hende at blive lyttet til samt have oplevelsen af "at komme af med det"(dvs. dele tanker og følelser), hvilket også kan have effekt på en god livskvalitet.

Mere indirekte kan krise og stemningsleje og motivation ses som sekundære temaer i fru Bs forløb. Dog fylder disse temaer ikke meget i fantasirejserne, fordi fru B generelt set er ved godt mod og har en god motivation. Det er muligt at mentaltræningen er en måde, hvorpå fru B kan styrke/stimulere sit stemningsleje og være en måde at holde modet oppe.

Identitet og selvbillede er også centrale temaer for fru Bs forløb. Disse behandles primært gennem minder, hvor hun kan forholde sig til sig selv som person i fortid, nutid og fremtid. I denne sammenhæng bliver det tydeligt for os, at begrebet erindring/reminiscens er meget kendetegnende igennem hele forløbet, hvilket kan hænge sammen med fru Bs alder. Det kan se ud til at begrebet reminiscens kan være relevant for at forstå fru Bs situation og behov og af den grund vil vi kort give en uddybelse af reminiscensbegrebet, for endeligt at kunne komme nærmere, hvad der kendetegner fru Bs emotionelle behov og hvordan de kan mødes.

Reminiscensbegrebet i tilknytning til fru Bs forløb

Igennem vores litteraturgennemgang er vi ikke stødt på artikler som behandler emnet reminiscens ifht. mennesker med erhvervet hjerneskade. I det følgende vil vi inddrage Hanne Mette

Ochsner Ridder (musikterapeut, Ph.d.), Kjeld Fredens (hjerneforsker og læge) og Antonio Damasio (hjerneforsker og neurolog) for at belyse begrebet reminiscens.

Reminiscens beskrives af musikterapeut og Ph.d. Hanne Mette Ochsner Ridder i bogen *Musik og demens* (2005, s. 69-77), hvor hun forholder sig til begrebet reminiscens ifht. demensramte⁶⁰. Ridder refererer til Wylie (1990), som beskriver reminiscens som en proces, som især ældre personer oplever. Under en reminiscensproces erindres eller genopleves oplevelser og begivenheder fra tidligere, hvilke kan fremme en bearbejdning af forandringer, omskift eller stress (Ibid., s. 72). Set ud fra dette lys er det muligt at fru B gennem sin erindringsproces på et implicit plan kan fremme en bearbejdning ifht. de forandringer som apopleksien har medført. Dette kan sige noget om fru Bs emotionelle behov, som kan handle om, at fru B har behov for at erindre tidligere oplevelser for at fremme en bearbejdning af de forandringer som har fundet sted.

En erindringsproces eller reminiscens beskrives også "*som en måde at 'validere' ens levede liv på hvor de enkelte erindringsbrudstykker anerkendes og får mening*" (ibid., s. 72). Når erindringsbrudstykkerne 'valideres' og anerkendes kan dette give en følelse af selvværd, en følelse af identitet, men også en genoplevelse af tidligere styrkeområder og personlige ressourcer.

I forbindelse med fru Bs bearbejdning af det faktum at hun skal flytte fra egen bolig til et plejecenter, oplever fru B at komme i kontakt med tidligere styrkeområder og personlige ressourcer. Fru B fortæller (efter sin rejse), at hun er god til at hygge om sig selv (og andre) samt at hun har en god evne til at komme i kontakt med andre mennesker.

Kjeld Fredens skelner i bogen *Mennesket i hjernen – en grundbog i neuropædagogik* (2004), mellem to former for opmærksomhed: selektiv⁶¹ og receptiv opmærksomhed (Fredens, 2004, s. 126). Fredens påpeger, at den kognitive rehabilitering primært beskæftiger sig med den selektive opmærksomhed fremfor den receptive opmærksomhed. Den receptive opmærksomhed kan opøves i kunstneriske aktiviteter og anden kreativ aktivitet samt gennem leg. Han skriver videre om æstetisk oplevelse som en følelsesmæssig indføling, som bygger på den receptive opmærksomhed og positive følelser (ibid., s. 132-133). Under en æstetisk oplevelse oplever man ting og begivenheder mere, som de er, end som vi er og opleverens egne meninger og projektioner træder i baggrunden i den æstetiske oplevelse. Når opleverens meninger og projektioner træder i baggrunden står en mere umiddelbar og levet erfaring frem, som er rig på nye indtryk. Fredens fortsætter med at sige: "*Livet kommer til os i den æstetiske oplevelse, hvor tingene så at sige taler til os*" (ibid., s. 133). Udover at Fru B har beskæftiget sig med den receptive opmærksomhed i musikterapien, kan det tænkes at musiklytningen er blevet oplevet som en æstetisk ople-

⁶⁰ Selvom begrebet reminiscens er beskrevet ifht. målgruppen demensramte, mener vi at referencen kan anvendes til målgruppen mennesker med erhvervet hjerneskade, fordi der ved mildere grader af demens kan trækkes mange paralleller til erhvervet hjerneskade, trods det degenerative aspekt ved demens.

⁶¹ selektiv opmærksomhed: handler om evnen til at kunne holde fast ved noget og se bort fra noget andet. Man kan eksempelvis være visuelt afledelig, hvor man kigger ud i luften, ser sig omkring uden et egentligt mål og bemærker noget som ingen andre kan se. Der fokuseres ofte på irrelevante ting. (Fredens, 2004, s. 126).

velse for fru B, hvor hun som beskrevet af Fredens kan have haft mulighed for at opleve en mere umiddelbar og levet erfaring rig på nye indtryk. Det kan også tænkes at receptiv musikterapi i det hele taget kan være befordrende for at arbejde med emotionelle behov, set i lyset af, at æstetiske oplevelser beskrives som en følelsesmæssig indføling.

Fru B bruger som sagt musikterapien til at erindre og Fredens forholder sig også til, hvad det vil sige at huske noget. Han skriver om hukommelse som en rekategoriseringsproces, som er en *"proces der forandrer eksisterende kategorier, så de stemmer overes med de aktuelle forhold"* (ibid., s. 165). Det er muligt, at Fru B med sine erindringer skaber en rekategoriseringsproces, som implicit kan støtte hende i, at hun kan forholde sig til aktuelle forhold. Hukommelse beskrives endvidere som en *"proces, hvormed tidligere erfaringer påvirker den aktuelle adfærd, enten med det resultat at ens viden og færdigheder forbliver uforandret, eller at de rekategoriseres"* (ibid., s. 166). Dette synspunkt stemmer overens med Fru Bs positive minder om fortiden og generelle gode ballast, hvilket kan have indflydelse på hendes aktuelle adfærd, som er præget af hensigtsmæssige copingstrategier, motivation og løftet stemningsleje.

Fru Bs minder fletter sig ind i andres livshistorier samt tid og sted, hvilket afspejler Fredens pointe om, at hukommelse ikke kan adskilles fra sociale og kulturelle sammenhænge. Fredens betragter hukommelse og det sociale samt kulturelle aspekt som værende komplementære og hukommelsens betydningsindhold kan derfor ikke reduceres til biologiske alene (ibid., s. 166).

Fru Bs erindringer afspejler også en neurologisk proces, som finder sted i den episodiske hukommelse, som *"rummer vore personlige oplevelser om hvem vi gik i skole med, hvad vi lavede sidste sommerferie"* (ibid., s. 173). En hukommelse der også kaldes for den personlige viden (autobiografiske hukommelse), hvilket også er knyttet til tid og sted og ikke mindst til den stemthed og de følelser, der er forbundet til en given situation. Således bliver eksempelvis fru Bs erindring om sin barndomsjul ikke bare en fortælling, men i høj grad noget som kan handle om den stemthed og de følelser som hun forbinder hertil, som er centrale i formidlingen til terapeuten.

I bogen *"The feeling of what happens - body, emotion and the making of consciousness"* (1999), skrevet af Antonio Damasio, beskrives hvordan minder og identitet hænger sammen med hinanden. Damasio skriver følgende herom:

"I have indicated that identity and personhood, the two notions that first come to mind when we think of the word self, require autobiographical memory and its actualization in the autobiographical self. The repository of records in autobiographical memory contains the memories that constitute identity along with the memories that help define our personhood" (ibid., s. 222).

Den samling af minder som lagres i den autobiografiske hukommelse (den personlige viden), rummer minder, som tilsammen med de minder som definerer vores personlighed, udgør vores identitet. I forlængelse heraf fortsætter Damasio:

“The idea each of us constructs of ourself, the image we gradually build of who we are physically and mentally, of where we fit socially, is based on autobiographical memory over years of experience and is constantly subject to remodelling” (ibid., s. 224).

Damasio siger med dette udsagn, at vi konstruerer vores identitet ud fra de minder som er lagret i den autobiografiske hukommelse og at denne konstant kan omformes. Dette perspektiv kan fortælle os noget om, at vores identitet har rødder i den måde vi konstruerer fortællingen om os selv. Dvs. de livshistorier som vi fortæller, er alle med til at skabe et samlet billede af os selv som person. Ud fra denne forståelse kan fru Bs fortællinger (minder) anskues som en måde hun konstruerer sin identitet på. Endvidere er det muligt at fru B deraf opnår en øget forståelse af sig selv og kan skabe en mening.

Opsummerende kan reminiscens ifølge Ridder, Fredens og Damasio handle om følgende aspekter:

- reminiscensprocesser kan fremme en bearbejdning af forandringer, omskift eller stress
- reminiscensprocesser kan være en måde at 'validere' ens levede liv
- reminiscens og hukommelse kan ses som en rekategoriseringsproces, som er en "proces der forandrer eksisterende kategorier, så de stemmer overes med de aktuelle forhold"
- hukommelse, det sociale og det kulturelle aspekt står i et komplementært forhold til hinanden
- reminiscensprocesser kan ses som værende identitetsskabende, fordi vi igennem fortællinger konstruerer vores identitet

Opsummering

Efter en uddybelse af reminiscensbegrebet og den øvrige del af analysen kan vi i det følgende opsummere, hvad der kendetegner fru Bs emotionelle behov:

- styrke troen på at "noget" kan lade sig gøre
- styrke håbet om et (konstant) udviklingspotentiale, at hun kan blive bedre
- positive tanker og indre billeder om fremtiden
- at blive lyttet til og muligheden for "*at komme af med det*"
- at holde modet oppe
- at erindre, at mindes med henblik på at styrke og konstruere identitetsfølelse og selvfølelse (reminiscens)

6.3 Opsamling af de to casebeskrivelser

I det følgende vil vi samle op på de to forløb, for at komme nærmere hvad der kendetegner de emotionelle behov, og hvordan de kan mødes. Patienterne og musikterapiforløbene er forskellige på mange punkter, og vi søger i denne opsamling at afspejle hvordan disse forskelle spiller ind på de emotionelle behov og den måde hvorpå de mødes i musikterapien.

6.3.1 Patienterne

Fru A har fået en traumatisk hjerneskade, er 47 år gammel, og indtil ulykken stadig i arbejde. Fru A er præget af ulykken både fysisk og kognitivt, og har problemer med syn og hørelse. Hun kommer ikke til at vende tilbage til arbejdslivet, men skal dog flytte hjem til egen bolig. Fru A ser ud til at være kriseram, og kæmper med at finde gode copingstrategier. Hendes samlever er også kriseram, og hendes familie bor ikke i nærheden, hvilket gør at hun har et ustabil netværk.

Fru B har fået en apopleksi, er 74 år gammel og er pensionist. Hendes fysiske handicap er det som er mest fremtrædende af følger efter hjerneskaden. Hun sidder i kørestol og kommer til at skulle flytte til et plejecenter. Fru B kendetegnes ved at have gode copingstrategier og et grundlæggende godt stemningsleje. Hendes sociale netværk er stort og stabilt.

6.3.2 Rammerne for musikterapiforløbene

Fru A starter i musikterapi i slutningen af sit lange hospitalsophold, og forløbet varer nogle få uger. Pga. usikkerhed omkring udskrivelsestidspunkt er musikterapien tilrettelagt på en måde hvor der tages højde for at hver session kan være den sidste. Fru B er i musikterapi igennem 2½ måned, og dette tidsperspektiv ved musikterapeuten fra starten at hun kan forholde sig til. Da forløbet med fru A starter, er hun ikke længere i intensiv genoptræning og befinder sig i en venteposition. Fru B er hele vejen igennem i gang med fysisk genoptræning, hvilket fylder meget for hende.

Fru As fantasirejser er del af et forløb hvor der også indgår andre, aktive musikterapiteknikker. Der er desuden fokus, fra terapeutens side, på at hun skal bevare en vis kontrol under fantasirejsen, hvorfor en siddende stilling og en kort induktion vælges. Fantasirejserne har som udgangspunkt til formål at virke afspændende og give positive oplevelser. Fru Bs fantasirejser foregår som del af en struktureret metode, hvor hun ligger ned, får en dybdegående, afspændende induktion, og nogle gange hører længere eller flere stykker musik. Den receptive metode står her alene. Fantasirejserne har til formål at arbejde med de temaer som fylder meget for fru B følelsesmæssigt.

6.3.3 Hvad kendetegner de emotionelle behov?

På baggrund af forskellene i patienternes sygdomsforløb, deres måde at håndtere hjerneskaden på samt rammerne for musikterapiforløbet, er der også forskelle i de emotionelle behov som kommer til syne.

Vi kan se at der for fru A er et overordnet tema som handler om at være indlagt på hospitalet. Fru B pointerer at hun ikke er "sygehustræt", og hospitalsindlæggelsen ser ikke ud til at påvirke hende på en sådan måde at det bliver et tema i terapien. Dog er hun til forskel fra fru A i gang med intensiv genoptræning, og således er det at være i fysisk genoptræning et tema som fylder meget for fru B. "At være i fysisk genoptræning", og "at være indlagt på hospitalet" er temaer som kan ses som specifikke for patienter med hjerneskade i fase to af rehabiliteringen, hvorfor vi finder det relevant at tage udgangspunkt i disse overskrifter.

Fru As overordnede tema "at være indlagt på hospitalet" knytter sig særligt til temaerne livskvalitet samt identitet og selvbillede. Som vi ser det, er stemningsleje og motivation uløseligt forbundet med disse temaer. Desuden har vi set hvordan hospitalsindlæggelsen i sig selv kan føre til en krise, hvor problemer med coping kan dukke op. Det vil sige at vi hos fru A ser hospitalsindlæggelsen som noget der kan påvirke alle kernetemaer fra litteraturen. Forringet livskvalitet kan knyttes til det at være blevet revet ud af sin vante dagligdag og sit privatliv samt at være placeret i en situation som kan føre til ændringer i selvfølelse, almindelig aktivitet og interpersonelle forhold. Som vi har set, kan høj livskvalitet desuden knyttes til oplevelser med natur og skønhed, hvilket ikke er tilgængelig for fru A under hospitalsopholdet.

Ændringer i selvfølelse og interpersonelle forhold drejer sig hos fru A til dels om en identifikation med patientrollen. Hospitalsopholdet kan ses som en slags limbo, et ingenmandsland, hvor fru A ikke længere er den hun var, men heller ikke ved hvem hun skal være. Det at være indlagt indebærer muligheden for at være nogen, nemlig en patient. Vi kan tale om faren for at en patient som oplever dette bliver institutionaliseret, og herigennem fralægger sig ansvar, opgiver at forsøge at have kontrol over sit liv og overgiver sig til systemet. Dette ser vi som et problem, hvor patienten igennem et langt hospitalsophold ikke bliver rustet til at "komme ud på den anden side", men tilpasser sig institutionen og herigennem bliver afhængig af den. Her ser vi et behov for fru A om at holde fast i en identitet til trods for de udfordringer hospitalsopholdet medfører. En hjerneskade kan påvirke mange sider af identiteten, hvorfor vi ser det som ekstra relevant at være opmærksom på faren for en identifikation med patientrollen lige netop i forhold til patienter med erhvervet hjerneskade.

Det er kendetegnende for fru A at hun har behov for at have oplevelser som kan bidrage til livskvalitet, og oplevelser som kan sætte i gang positive tanker, særligt i tilknytning til hendes selvbillede og identitet. Disse behov ser vi som en følge af at hun er i krise. Fokus på livskvalitet i her og nu situationen kan desuden ses som en følge af rammerne for terapien, hvor hver session skal kunne give mening uden nødvendigvis at blive fulgt op. De behov som ellers kommer til syne i

analysen af fru As forløb, er behovet for at udvikle en sund, emotionel coping, i form af positiv tænkning, behovet for at give udtryk for følelser af blandt andet sorg samt behovet for at blive afspændt og positivt stimuleret.

Fru Bs overordnede tema ”at være i fysisk genoptræning” kan ligeledes forbindes til nogle af temaerne fra litteraturen. Fru B kan ses som et eksempel på en patient som har gode copingstrategier, kan holde motivationen og stemningslejet oppe og fokusere på det arbejde som ligger foran hende. Hun formår således at bevare et niveau af livskvalitet. Dette ser vi som noget der kan lade sig gøre, på baggrund af at hun har en høj livskvalitet i forvejen, bl.a. pga. et godt netværk og positivt selvbillede. Med fru B som eksempel kan det se ud til at gode emotionelle og sociale forhold er vigtige for patientens oplevelse af at være på hospitalet og ikke mindst at være i genoptræning. Helt konkret udmønter temaet ”at være i fysisk genoptræning” sig hos fru B i musikterapien, ved at hun inddrager en form for mental træning hvor hun arbejder med at forestille sig at blive bedre til det hun træner i fysioterapi, samt at hun arbejder med at indstille sig på en accept af et varigt handicap.

Udover at fru B er meget optaget af at blive bedre til de fysiske færdigheder, er temaet identitet og selvbillede også meget aktuelt for fru B, hvilket afspejles i fru Bs reminiscensproces. Selvom følgerne af apopleksien og den forestående flytning fra egen bolig indebærer et stort omskifte for fru B, tolker vi at fru B ikke har de samme omfattende identitetsproblematikker som fru A. Dette tænker vi først og fremmest er baseret på hendes evne til at håndtere situationen, på baggrund af hendes sunde, gode selvværd, godt socialt netværk og generelle emotionelle velvære. Trods fru Bs gode måde at håndtere sin situation på, ser vi identitet som et vigtigt tema, og vi ser hos fru B et behov for at arbejde med sin identitet gennem en reminiscensproces.

Fru B har også behov for at give udtryk for sin sorg og bekymring, at blive lyttet til samt styrke en positiv tænkning om fremtiden. Vi ser hos fru B at en sorgproces påbegyndes, hvor tabet af det gamle, selvstændige liv i egen bolig bearbejdes.

Den reminiscensproces og den sorgbearbejdning som kan ses i forløbet med fru B, kan til dels være udtryk for at fru B ikke er i krise, dels at hun befinder sig på et sted i rehabiliteringen, hvor hun kan begynde at overskue de langsigtede konsekvenser af skaden på en realistisk måde. Desuden kan visheden om terapiens længde muliggøre et forløb, hvor en bearbejdningsproces kan sættes i gang.

6.3.3 Hvordan bliver de emotionelle behov mødt i musikterapien?

I det følgende vil vi kort opsummere hvordan musikken og billedannelsen overordnet set anvendes og således bidrager til at møde de emotionelle behov hos kvinderne. Dernæst vil vi opsummere hvordan de emotionelle behov, i tilknytning til temaerne fra litteraturgennemgangen, mødes i musikterapien med fru A og fru B.

Musikkens rolle

Musiklytningen bidrager til at møde de emotionelle behov på en række måder. Overordnet set kan vi sige at fru A og B bliver afspændte, stimulerede, og inspirerede til at danne billeder. Desuden fremkalder musikken følelser, som kan rummes under lytningen. Det vil sige, at musikken har en containerfunktion (Jf. Goldberg et al., 1988). Vi kan ikke sige noget sikkert om, hvordan musikkens forskellige egenskaber bidrager til forskellige former for billeddannelse på baggrund af vores casemateriale.

Billeddannelsens rolle

Forskellene i den musikterapeutiske metode bidrager til at kvindernes billeddannelse arter sig forskelligt. Fru A har et mindre styret fokus og danner spontane billeder, mens fru B de fleste gange tager ud på mere planlagte, målrettede fantasirejser. Fru As billeddannelse har en overvægt af fantasi, hvor fru B i højere grad oplever erindringer. Billeddannelsen består primært af visuelle oplevelser, minder, emotioner og kropslige sansninger (jf. Grockes liste, kap. 3). Det lader til at begge kvinder oplever billederne som stærke og tydelige, og som værende del af et struktureret forløb som de er følelsesmæssigt engageret i. Med andre ord er billeddannelsen righoldig og adskiller sig fra en almindelig tankerække. De kan begge genfortælle billederne bagefter og giver udtryk for at de kan tage dem med sig ud fra musikterapien.

Generelt gør billederne tanker og følelser konkrete og tydelige samt mulige at rumme, hos både fru A og fru B. De giver adgang til erindringer, oplevelser af skønhed og natur samt forestillinger om fremtiden.

Identitet og selvbillede

Fru As emotionelle behov handler her om at danne positive tanker og billeder i forhold til hvem hun er. Der ses især nogle behov i forhold til fru As identifikation med patientrollen og det at være hjerneskadet. Hos fru B handler de emotionelle behov i forhold til temaerne identitet og selvbillede om en reminiscensproces. Der ses her et emotionelt behov for at erindre, muligvis med henblik på at skabe identitetsfølelse og selvbillede.

Musiklytningen kan i sig selv forbindes til identiteten, idet musikken kan minde om noget velkendt fra tidligere (f.eks. klaveret hos fru B.) eller repræsentere noget nyt, som der tages stilling til. Selve billeddannelsesprocessen ser ud til at bidrage til fru As selvbillede, idet musiklytningen på denne måde kommer til at opleves som en aktivitet hvor hun udover at tage imod musikken, også selv er skabende. Musiklytning med fokus på billeddannelse kan møde kvindernes emotionelle behov i tilknytning til identitet, ved at tilbyde visuelle oplevelser af fantasi og erindring som kan forbindes til aspekter af identiteten og selvbilledet. Billeddannelsen kan hos fru A tilbyde visuelle og følelsesmæssige oplevelser, som står i kontrast til hendes livssituation og bidrage positivt til hendes selvbillede på et symbolsk plan. Hos fru B bidrager de mange erindringer til en reminiscensproces, som kan bidrage til identitetsfølelse.

Livskvalitet

Der ses ved fru A et emotionelt behov for at have oplevelser som bidrager til livskvalitet i "her og nu situationen", samt oplevelser hvor håb og tro på et værdifuldt liv i fremtiden er i fokus. Der ses også emotionelle behov hos fru B i forbindelse med livskvalitet. Behovet for fru B ser ud til at dreje sig om at bevare tro og håb på fremtiden, i forbindelse med at etablere et godt hjem, have gode sociale relationer og et bedst muligt fysisk funktionsniveau. Musiklytningen kan i sig selv bidrage til livskvalitet i kraft af at det er en æstetisk oplevelse, og sammen med billeddannelsen ser vi især hos fru A, at lytningen giver forestillinger om at være i nærhed med naturen. Den visuelle oplevelse ser ud til at være tydelig og livagtig for kvinderne, hvilket gør det muligt at verbalisere om den og i samtalen forbinde billederne til ønsker og håb om fremtiden på et bevidst plan.

Sorgproces

Fru A kan siges at befinde sig helt i starten af en sorgproces, hvor indsigt medfører svære følelser. Fru B er tilsyneladende kommet lidt længere i sorgprocessen, og kan begynde at bearbejde de tab hjerneskaden medfører. Hos fru A bidrager musiklytningen og billeddannelsen til en bevidstgørelse og tydeliggørelse af sorgfølelser, som bliver rummet i situationen. Hos fru B anvendes musiklytningen og billeddannelsen som et redskab til at tage en konkret afsked med det gamle liv og vende blikket fremad mod en accept af den nye situation, via positive forestillingsbilleder om fremtiden.

Krise

Fru B er som nævnt ikke krisepræget, mens fru A kan betegnes som kriseramt. De emotionelle behov som knytter sig til krise, handler om at kunne få mulighed for at udtrykke sine følelser, bevare et håb, og genopbygge selvfølelse. Musikken kan give ro og afspændthed og hjælper tilsyneladende kvinderne til at være i kontakt med sig selv, uden at de bliver overvældet af sine følelser. Billederne giver fru A et konkret forløb som hun kan genfortælle og knytte mening til, og på den måde give udtryk for sine følelser. Desuden kan vi som nævnt se at musikken og billedannelsen kan bidrage til livskvalitet og genopbygning af identitet og selvbillende, hvilket kan være del af en form for uspecifik kriseintervention (jf. Cullberg, 1999).

Coping

I analyserne kan vi se at kvindernes copingstrategier kommer til syne i rejserne og i samtalerne. Copingstrategier har ikke været et eksplicit fokus i musikterapien. Fru A ser ud til at have behov for at få sat gang i nogle positive tanker, hvilket kan ses som udvikling af en sund emotionel copingstrategi. Fru B ser ud til at have gode copingstrategier, som hun kan have behov for at holde ved lige og styrke. Musikken og billedannelsen kan bruges som en træningssituation, hvor copingstrategier bevidstgøres og udvikles.

Ændringer i stemningsleje og motivation

Der ses behov hos fru A for at blive afspændt og få tilgang til positive tanker. Fru B ser ud til at have behov for at styrke sine positive tanker og følelser omkring genoptræning og fremtiden.

Induktionen og musikken kan bidrage til afspænding, og billedannelsen, inspireret af musikken, er med til at starte og opretholde positiv tænkning hos de to kvinder.

Vi har nu samlet op på hvordan fru A og fru Bs behov i relation til de forskellige temaer, i mødes i musikterapien. Inden vi går videre til delkonklusionen, vil vi nu tilføje et musikterapeutisk perspektiv til spørgsmålet om hvordan de emotionelle behov mødes.

6.4 Musikterapeutisk placering af de to caseforløb

Efter at have analyseret de to caseforløb med udgangspunkt i temaerne fra litteraturgennemgangen, og efter en opsamling hvor vi har fremhævet forskellene mellem de to forløb, vil vi nu forsøge at placere caseforløbene i en musikterapeutisk forståelsesramme. Herved ønsker vi at belyse mere præcist, hvilken niche af musikterapien vi beskæftiger os med i nærværende speciale. Dette kan sige os noget om musikterapiens rolle i rehabiliteringen, om hvilken type behandling musikterapiforløbene med fru A og fru B repræsenterer, og dermed på hvilken måde musikterapien er med til at møde de emotionelle behov.

Indledningsvis til dette speciale har vi redegjort for vores syn på behandling, musik og musikterapi. Vi beskriver også hvordan vi i vores praktikperioder har oplevet, at der har været behov for at musikterapien kan indeholde såvel træning som fokus på følelsesmæssige aspekter. Musikterapi som behandlingsform kan have mange forskellige formål og består af mange forskellige teknikker. Ved hjælp af litteraturgennemgangen og de to casebeskrivelser, har vi nu belyst hvordan receptiv musikterapi med fokus på billedannelse kan være med til at møde de emotionelle behov, som knytter sig til temaer som identitet og selvbillede, sorgproces, stemningsleje og motivation samt krise og coping. I det følgende vil vi forsøge at se på de to caseforløb med udgangspunkt i dele af Bruscias (1998) bog *Defining Music Therapy*.

6.4.1 Musikterapiens praksisområder og niveauer

Bruscia (1998) beskriver blandt andet musikterapiens forskellige praksisområder og forskellige niveauer af musikterapeutisk behandling. Både praksisområder og niveauer kan overlape. Et praksisområde betegner det primære kliniske fokus for behandlingen (Bruscia, 1998, s. 157), og Bruscia har identificeret seks hovedområder (vores oversættelse):

- Didaktisk praksis, hvor læring af færdigheder er i forgrunden (ibid., s. 159).
- Medicinsk praksis, hvor det primære fokus er på at hjælpe patienten med at forbedre, genvinde eller opretholde fysisk sundhed (ibid., s. 159).
- "Healing", hvor brugen af de universelle egenskaber ved vibration, lyd og musik anvendes for at genoprette harmoni i individet og mellem individet og universet (ibid., s. 160).

- Psykoterapeutisk praksis, inkluderer al anvendelse af musik eller musikterapi hvor fokus er på at hjælpe klienten med at finde mening, f.eks. via et fokus på individets følelser, indsigt og relationer (ibid., s. 161).
- Det rekreative område, hvor fokus er på personlig fornøjelse, afledning eller deltagelse i sociale og kulturelle aktiviteter (ibid., s. 161).
- Det økologiske praksisområde, inkluderer terapi hvor fokus er på familien, arbejdspladsen, samfundet osv.

Det giver umiddelbart mening for os at relatere musikterapien med fru A og fru B til det didaktiske, det medicinske, det psykoterapeutiske og det rekreative praksisområde.

Hvert praksisområde varierer i forhold til niveau. Bruscia (1998) har identificeret fire forskellige niveauer (ibid., s. 163, vores oversættelse):

- Hjælpeniveauet (auxiliary): Funktionel brug af musik eller musikalske komponenter til ikke-terapeutiske, men relaterede formål.
- Forstærkende niveau (augmentative): Musikterapien bruges til at forstærke udbyttet af anden behandling og støtte den overordnede behandlingsplan.
- Intensivt niveau: Musikterapien tager en central og uafhængig rolle i forhold til vigtige mål i patientens behandlingsplan, og terapien medfører signifikante ændringer i patientens nuværende situation.
- Primært niveau: Musikterapien har en uundværlig eller enestående rolle i forhold til det primære terapeutiske mål for patienten, og terapien medfører omfattende ændringer i patientens liv.

Niveau drejer sig om bredden, dybden, vigtigheden og selvstændigheden af den musikterapeutiske behandling og udbyttet af terapien. Dertil kommer at det har betydning hvilken rolle musikken spiller, i forhold til f.eks. om dens fulde potentiale udnyttes.

6.4.2 Det medicinske og det didaktiske praksisområde

Begge vore patienter har været indlagt i en medicinsk kontekst, hvor behandlingen som helhed primært har været rettet mod fysisk sundhed og genoptræning af færdigheder. I en rehabiliteringskontekst mener vi at det didaktiske fylder meget og overlapper med det medicinske. Desuden er rehabilitering, som defineret indledningsvis, en helhedsindsats for at føre patienten tilbage til et så godt liv som muligt. Vi har oplevet at de psykosociale sider af patientens tilværelse også tages med i betragtning i rehabiliteringen på hospitalerne. Vi anskuer således den kontekst vore to caseforløb har fundet sted indenfor, som en sådan helhedsindsats.

Musikterapi indenfor det medicinske område, som defineret af Bruscia (1998), kan virke på to måder. Enten ved at ændre de mentale, emotionelle, sociale eller spirituelle faktorer som bidra-

ger til det biomedicinske problem, eller ved at bidrage med psykosocial støtte til patienten igennem behandlingsforløbet (jf. Bruscia, 1998, s. 193). Når målet er psykosocial støtte, uden at patientens biomedicinske problemer egentlig har nogen betydning, er det ifølge Bruscia (1998) tale om musikpsykoterapi.

Musikterapien med fru A og fru B bidrager til fysisk afspænding, løftet stemningsleje og forøget livskvalitet. Sættes dette i sammenhæng med forebyggelse af depression og motivation for genoptræning, mener vi at musikterapien kan placeres indenfor det medicinske område. Det gælder især for forløbet med fru B, som strækker sig over længere tid og bl.a. anvendes til at opretholde en motivation for den fysiske træning, at musikterapien kan nærme sig det intensive niveau, som en form for "rehabiliterende" musikterapi (jf. Bruscia, 1998, s. 198).

Rehabiliterende musikterapi søger at hjælpe patienter som er ramt af sygdom eller skade, til at genvinde tidligere funktionsniveau eller tilpasse sig så godt som muligt (ibid., s. 198). Rehabiliterende musikterapi på et intensivt niveau kan assimilere talepædagogiske, ergo- og fysioterapeutiske mål, såvel som psykoterapeutiske mål (ibid., s. 199). Dette har kun til en vis grad gjort sig gældende i forløbet med fru B, i de tilfælde hvor den mentale træning har været i fokus. Hos fru A ser vi muligheden for at musikterapien kan anvendes til kognitiv træning, for eksempel af selektiv opmærksomhed, i den fantasirejse hvor den irriterende trompet, de forstyrrende mennesker i billedet og tinnitus bliver et tema. Musikterapien med fru A og fru B har ikke haft fokus på at være en altomfattende behandlingsform, men vi ser potentiale i at udnytte musiklytning med billeddannelse til at arbejde med såvel kognition, motivation og emotionelle behov.

Bruscias definition af rehabiliterende musikterapi mener vi ligger tæt op ad hans beskrivelse af det didaktiske område, hvilket giver mening i forhold til at det medicinske og det didaktiske overlapper i rehabiliteringen. I didaktisk praksis, som defineret af Bruscia, er der et primært fokus på at hjælpe patienten med at opnå kundskab, adfærd og færdigheder som vedkommende har brug for, for at kunne tilpasse sig socialt, fungere og leve selvstændigt. Når musikterapien primært er didaktisk, er læring i forgrunden af den terapeutiske proces (ibid., s. 175). Dog vil læringen i terapi ses som et middel som direkte kan føre til en sundhedsmæssig ændring. Det er således forskelligt fra undervisning, hvor læringen i sig selv er målet (ibid., s. 176). Et mere udtalt fokus på copingstrategier ville eksempelvis være en måde at anvende musikterapien med fru A og fru B på det didaktiske område.

Bruscia (1998) beskriver fem forskellige tilgange til læring i musikterapi, hvoraf en kan være relevant for at belyse terapien med fru A og fru B. Denne tilgang går ud på at udvikle musikalsk kundskab og evner som specifikt relateres til ikke-musikalske funktionsområder, som patienten har brug for at forbedre (ibid., s. 175). Dette har vi set beskrevet i forbindelse med kognitive færdigheder i musikterapilitteraturen (Moe & Thostrup, 1995, 1999). Vi kan se elementer af didaktisk praksis i terapien med fru A og fru B, men mener ikke at denne placering er den mest meningsfulde, da læring jo ikke har været i forgrunden i musikterapien.

De to musikterapiforløb kan placeres indenfor det medicinske område, og til dels det didaktiske, som følge af at vi anskuer rehabiliteringen som en helhedsindsats, hvor det ikke er muligt helt at adskille den fysiske side af behandlingen fra de psykologiske sider. Musikterapien kan bedst placeres på et forstærkende niveau. Vi kan også argumentere for at musikterapien kan have en rolle på et intensivt niveau, hvis musikterapien er det eneste sted i behandlingen hvor der er fokus på de emotionelle behov, og hvis dette er afgørende for rehabiliteringen som helhed. Dog kan vi ikke i fru A og fru Bs tilfælde tale om at musikterapien i særlig høj grad arbejder på et biomedicinsk eller didaktisk område, selv om terapien foregår indenfor en medicinsk og didaktisk kontekst. Set ud fra en holistisk synsvinkel ville musikterapien kunne møde de emotionelle behov via både fysiske, kognitive og emotionelle faktorer.

6.4.3 Det psykoterapeutiske område

Det primære fokus for musikterapien med fru A og fru B har som beskrevet været de emotionelle behov, og terapien kan ses som en form for psykosocial støtte. Derfor tager vi i det følgende udgangspunkt i definitionen af musikterapi som psykoterapi.

Det psykoterapeutiske område defineres hos Bruscia (1998) bredt som en behandling hvor fokus er på at hjælpe klienter med at finde mening og tilfredshed i deres liv. Mål kan være større selvindsigt eller selvbevidsthed, opløsning af indre konflikter, emotionel frigørelse, selvudtryk, ændringer i følelser og holdninger, forbedrede interpersonelle færdigheder, løsning af interpersonelle problemer, udvikling af sunde relationer, at hele emotionelle traumer, realitetsorientering, kognitiv rekonstruktion, adfærdsændring, større mening og tilfredsstillelse eller spirituel udvikling (ibid., s. 213).

Vi placerer musikterapien med fru A og fru B på det psykoterapeutiske område, på et forstærkende niveau som en form for støttende psykoterapi. I støttende psykoterapi bruger musikterapeuten musik for at stimulere eller støtte emotionel vækst, med udgangspunkt i klientens eksisterende ressourcer (ibid., s. 216). Dette kan vi genkende i vores tilgang til terapien med fru A og fru B.

Videre beskrives klient-terapeutrelationen som vigtig for at øge musikoplevelsernes terapeutiske værdi (ibid., s. 216). Det er klart vores opfattelse at vores tilstedeværelse som terapeuter gør en forskel i arbejdet med musiklytning og billeddannelse, selvom relationen ikke har været i fokus i beskrivelserne af caseforløbene. Især i forløbet med fru A er der dog tale om et kort forløb, og dette kan ifølge Bruscia (1998) medføre at relationen ikke udvikles tilstrækkelig i dybden, til at være det primære middel til forandring (ibid., s. 216). Fokus i nærværende speciale er da også på musikken og billeddannelsen som de primære terapeutiske middel.

Målet med støttende psykoterapi er at bringe patienten til psykologisk ligevægt så hurtigt som muligt. Dette kan indebære f.eks. at styrke forsvar og ressourcer samt udvikle bedre copingstra-

tegie (ibid., s. 216). Det drejer sig ikke om at ændre klientens personlighed. Disse mål kan vi genkende fra begge vore forløb. Støttende psykoterapi kan desuden være en form for kriseintervention for mennesker som har oplevet traume, sygdom eller tab (ibid., s. 217). Især for fru A kan dette siges at have gjort sig gældende i musikterapien.

Hvis musikterapien skal kunne placeres på et intensivt niveau, drejer det sig ifølge Bruscia (1998) bl.a. om indsigtsorienteret og transformerende musikterapi. Vi har ikke arbejdet indsigtsorienteret med vore patienter, i betydningen at gøre noget ubevidst bevidst, for så at ændre på det. Det kendetegner som nævnt også den støttende psykoterapi at fokus ikke er på at skabe ændringer i personligheden. Dog kan vi tale om en form for transformation, måske især i forløbet med fru B, hvor musikterapien anvendes i en sorgbearbejdning og konstruktion af ny identitet. Transformerende musikterapi bygger på den formodning at musikoplevelsen i sig selv er forandrende, uafhængig af en eventuel verbal indsigt (ibid., s. 219).

Overordnet set er der fire tilgange til brugen af musik i psykoterapi (ibid., s. 214, vores oversættelse):

1. Arbejdet gøres gennem musikken uden at en verbal samtale er nødvendig.
2. Arbejdet gøres primært gennem musikken, med en verbal samtale som blot handler om at guide, tolke eller forstærke musikoplevelsen og dens betydning for den terapeutiske proces.
3. Arbejdet gøres lige meget i musikken og verbalt, enten skiftende eller samtidigt, hvor musik bruges pga. sine unikke, nonverbale fordele, og ord bruges for at øge indsigten.
4. Arbejdet gøres primært gennem verbal samtale, og musikken bruges til at lette eller berige processen.

De to første punkter beskriver en transformerende tilgang, hvor musikken selv medfører forandring (musik som terapi). Indsigtsorienteret betyder derimod at den verbale indsigt er det som fører til forandring (musik i terapi), som i de to sidste punkter. Vi har i vores casebeskrivelser argumenteret for at en forandring kan finde sted på et implicit plan, gennem billeddannelsen. Selv om billederne genfortælles, fortolkes de ikke nødvendigvis verbalt. Der er således ikke tale om en verbal indsigt, men muligvis om en billedlig, oplevelsesmæssig bevidstgørelse, inspireret og understøttet af musikken. I musikterapien med fru A og fru B afspejles en transformerende tilgang til musik, som beskrevet punkt nr. 2.

Musikterapien med fru A og fru B som psykoterapi er først og fremmest støttende og befinder sig således på et forstærkende niveau. Vi ser dog at musiklytning og billeddannelse har potentiale til at kunne være en transformerende form for terapi, og mener også til dels forløbene kan placeres her. Denne form for terapi kan vi desuden genkende fra litteraturgennemgangen i forbindelse med "Imagery Psychotherapy" (Pickett, 1991) og receptiv musikterapi (Goldberg et al., 1988; Hald, 2004).

6.4.5 Det rekreative praksisområde

Et aspekt af musikterapien som ikke er blevet belyst i denne musikterapiteoretiske kontekst, er betydningen af livskvalitet. Dette har været vigtigt, især i forløbet med fru A, og derfor ser vi også det rekreative område som interessant. På det rekreative område er fokus på afledning, adspredelse, leg, rekreation, aktivitet eller underholdning. Målet er at opmuntre klienten til at deltage i musikalsk aktivitet som fritidsaktivitet med henblik på at øge livskvaliteten, samtidig som det er et middel til terapeutisk forandring (ibid., s. 225).

Niveauer på dette område inddeles efter hvor terapeutisk orienteret målene er. Kontinuumet bevæger sig fra det mindst intense, hvor sporadiske musikaktiviteter bruges til at give klienterne glæde, til det mest intense, hvor musikaktiviteter bruges på en systematisk måde, over en længere periode, for at opnå sundhedsrelaterede mål (ibid., s. 225). Rekreativ terapi er på et primært niveau når arbejdet medfører signifikante og omfattende ændringer i patientens livskvalitet, og når målene og processerne går ud over fokuset på afledning og inkluderer andre områder, som f.eks. det psykoterapeutiske og det medicinske (ibid., s. 227). Vi har med fru A og fru B eksemplificeret hvordan musikterapi kan bidrage til en øget livskvalitet. Vi har med fru A og fru B belyst at livskvalitet kan være afgørende for rehabiliteringen som helhed, og at musikterapien har potentiale til at forøge livskvaliteten, bl.a. også ved at arbejde på det medicinske område, i kraft den fysiske afspænding og den mulige indvirkning på stemningsleje, og i forhold til psykoterapeutiske mål som emotionel støtte og genopbygning af identitet. Musikterapien set som en rekreativ aktivitet, er en terapiform hvor fokuset på livskvalitet kommer i forgrunden, samtidig med at de øvrige mål og virkeområder er afgørende for hvor bredt og dybt terapien kan siges at bevæge sig.

Opsummering

Vores fokus på det emotionelle gør at musikterapien først og fremmest er en form for støttende psykoterapi, som på sit mest intensive niveau kan virke transformerende. Desuden er det rekreative aspekt, hvor fokus er på livskvalitet, i kombination med psykoterapien afgørende for hvordan terapien opleves og udfoldes. Det medicinske og didaktiske er i baggrunden, og musikterapien ville givetvis kunne inddrage disse områder i større grad, og stadig have et primært fokus på livskvalitet og støttende, psykoterapeutiske mål. På baggrund af musikterapiforløbenes varighed og rammer samt patienternes behov, er dette ikke blevet gjort. Som del af rehabiliteringen mener vi at fru A og fru Bs musikterapiforløb bedst kan placeres på et forstærkende niveau, hvor terapien bidrager til at styrke og støtte behandlingen som helhed.

6.5 Delkonklusion

Med baggrund i analyserne af de to caseforløb (kap. 6.1 og 6.2), opsamlingen af disse i forhold til de forskellige temaer (kap. 6.3) og den musikterapiteoretiske placering (kap.6.4), vil vi her besvare spørgsmålet om hvad der kendetegner de emotionelle behov hos patienter med en erhvervet

hjerneskade i fase 2 af rehabiliteringen, samt spørgsmålet om hvordan disse behov kan imødekommes ved hjælp af receptiv musikterapi med billeddannelse.

Vi kan se at forskelle i patienternes personlighed, alder og livssituation indvirker på hvordan de forskellige temaer gør sig gældende i forløbene, samt hvad de to kvinder konkret har behov for. Vi ser fru As reaktioner på at være blevet hjerneskadet som noget der hænger sammen med og forstærkes af hendes oplevelse af at være indlagt. Vi ser her et stærkt behov for at holde fast i en identitet som ikke er reduceret til at være "en hjerneskadet patient", samt et behov for at have oplevelser som bidrager til livskvalitet. Hos fru B kan vi se gode copingstrategier og gode sociale forhold som noget der bidrager til godt stemningsleje og motivation, samt en god evne til at håndtere omskift. Vi ser alligevel et behov for at bearbejde identitet og selvbillede samt sorg over at sige farvel til det gamle liv. Det at være i fysisk genoptræning, medfører et behov for at styrke motivationen og troen på et godt resultat af træningen.

Musikken bidrager til at møde de emotionelle behov primært gennem dens afspændende virkning, gennem dens evne til at inspirere til billeddannelse og dens evne til at vække samt rumme følelser.

I billeddannelsen kommer de emotionelle behov til udtryk på forskellige måder, og billeddannelsen møder de emotionelle behov på forskellige måder. Billedernes vigtigste funktion hos fru A ser ud til at være deres potentiale til at give oplevelser som kan bidrage direkte til livskvalitet under hospitalsindlæggelsen og bidrage til opbyggelse af identitet på et mere symbolsk plan. Hos fru B fungerer billederne både som udtryk for en bearbejdning af sorg, en reminiscensproces som kan styrke hendes identitet og en form for mental træning.

Receptiv musikterapi med fokus på billeddannelse kan anvendes til at imødekomme de umiddelbare behov under hospitalsindlæggelse som en af flere interventioner i et kort forløb, hvor tidsperspektivet er uforudsigeligt og forløbet dermed må tilrettelægges med udgangspunkt i patientens behov fra gang til gang. Det kan også anvendes som en struktureret metode, som kan stå for sig selv og danne et forløb som strækker sig over længere tid. Musikterapien kan således både fungere som en slags kriseintervention, idet den bidrager til at gøre en svær situation lettere at udholde, og som en støttende metode der følger patienten gennem sorgproces, identitetsbearbejdning og temaer knyttet til fysisk genoptræning.

Med udgangspunkt i Bruscias (1998) inddeling af praksisområder og niveauer, kan musikterapien med fru A og fru B siges at møde de emotionelle behov ved at være en form for støttende psykoterapi på et forstærkende niveau, med elementer af rekreativ terapi, pga. fokuset på livskvalitet. Det er også muligt at musikterapien kan betragtes som værende på et intensivt niveau, i kraft af den mulige transformation knyttet til billedlig bearbejdning af temaer som identitet og sorg.

7 Opsamling og konklusion

Efter en systematisk litteraturgennemgang, har vi nu analyseret to casebeskrivelser og placeret disse i en musikterapeutisk forståelsesramme, med henblik på at besvare problemformuleringen. I det følgende præsenteres en endelig opsamling og konklusion, hvor fundene fra litteraturen og casebeskrivelserne samles.

7.1 Hvad kendetegner de emotionelle behov?

Vi har fundet frem til at identitet og selvbillede, livskvalitet, sorgproces, coping, krise, og ændringer i stemningsleje og motivation ifølge litteraturen er vigtige temaer på tværs af faser af rehabiliteringen, for mennesker med hjerneskade. Vi ser en mangel på beskrivelser som specifikt beskæftiger sig med fase to af rehabiliteringen. De konkrete behov som knytter sig til de forskellige temaer, kan ifølge litteraturen mødes generelt igennem medmenneskelig kontakt, eller specifikt igennem psykoterapeutisk og/eller musikterapeutisk behandling. Overordnet kan vi se at det drejer sig om alment menneskelige behov for omsorg og støtte, samt behov for hjælp til at håndtere den pludselige omvæltning. Der kan desuden være et behov for særligt tilpassede interventioner som tager højde for kognitive og fysiske følgevirkninger af hjerneskaden.

Vi kan se det som kendetegnende i vores to caseforløb at identitet og selvbillede, livskvalitet og sorgproces er fremtrædende temaer, hvortil der knytter sig forskellige emotionelle behov. Disse behov er knyttet direkte til oplevelsen af at have fået en hjerneskade og være indlagt på hospitalet, samt at være i fysisk genoptræning. Krise og coping ser vi som begreber som kan belyse hvordan de to kvinders personlighed, reaktionsmønstre, livssituation og alder spiller ind på deres oplevelse af skaden og hospitalsindlæggelsen. Den måde hvorpå temaerne gør sig gældende i vores to caseforløb, skal ses på baggrund af at begge patienter har indsigt i deres skader, og er i stand til at reflektere, samt verbalisere over deres situation.

I caseanalyserne ser vi mange sammenhænge mellem de forskellige temaer som vi har identificeret i litteraturen. Overordnet kan vi se at livskvalitet i høj grad afhænger af kvaliteten af selv-billede og identitet, samt stemningsleje. Disse påvirkes af patientens copingstrategier, sorgproces og krise. Det vil sige, at ændringer i negativ retning i hvert af de øvrige temaer kan bidrage til en forringet livskvalitet, og en forbedring i hvert af de øvrige temaer kan omvendt bidrage til øget livskvalitet. Oplevelser som bidrager til en god livskvalitet, vil endvidere kunne indebære, at krisen, eller situationen, bliver lettere at udholde, hvilket kan bidrage til et forbedret stemningsleje. Dette ser vi som afgørende for patienter som er hospitalsindlagte, og i rehabilitering, for at de kan få mest muligt ud af deres genoptræning og reintegreres i samfundet.

Temaet identitet og selvbillede ser vi ligeledes som værende meget relevant for patienter med hjerneskade, da hjerneskaden kan påvirke mange sider af patientens identitet, fysisk såvel som psykologisk. Der kan således være et stort behov for en omdefinering af identiteten. For en patient som er indlagt igennem lang tid, ser vi det som vigtigt at der opretholdes en fornemmelse af identitet, som ikke kun knytter sig til patientrollen og sygdommen. De emotionelle behov i tilknytning til identitet og selvbillede vil givetvis afhænge af blandt andet skadens omfang og patientens livssituation. Vi har inddraget en forståelse af reminiscensbegrebet, som kan belyse de emotionelle behov i tilknytning til identitet. Reminiscensprocessen kan være en måde at validere ens levede liv på, hvilket kan give en følelse af selvværd, identitet samt en genoplevelse af tidligere styrkeområder og personlige ressourcer. Reminiscens er muligvis særligt relevant for ældre mennesker, og det kan tænkes at behovene i tilknytning hertil er kendetegnende for gruppen apopleksiramte, da mange af disse har en højere alder (Jf. fodnote 55).

En sorgproces som bevæger sig fra indsigt, over bearbejdning af sorg og svære følelser, hen imod accept og ny mening, kan ses allerede i hospitalsfasen. Der kan være behov for at bearbejde de svære følelser som en indsigt i egne begrænsninger medfører, selv om den fulde forståelse af de fremtidige konsekvenser ikke er opnået.

7.2 Hvordan kan de emotionelle behov mødes i musikterapien?

På baggrund af litteraturen mener vi at receptiv musikterapi med fokus på billeddannelse kan imødekomme emotionelle behov hos patienten med hjerneskade, ved at skabe adgang til tanker og følelser, som kan bearbejdes i billedlig form og verbalt, med musikken som ramme. Vi kan i casematerialet se at musikken inspirerer og understøtter billeddannelse. Vi forstår billeddannelsen som udtryk for patienternes behov, samt som et udtryk for det fokus der er i terapien. Fælles for alle de i analysen anvendte temaer er, at billeddannelsen kan bruges til at bevidstgøre følelser, tanke- og handlemønstre.

Receptiv musikterapi med fokus på billeddannelse kan bidrage direkte til livskvalitet i kraft af at det kan indebære en æstetisk oplevelse, auditivt og visuelt. Når der er fokus på positive billeder og tanker, kan musikterapien endvidere fremme håb for fremtiden og en ny værdsættelse af det ordinære. At blive lyttet til og få mulighed for at give udtryk for følelser i en terapeutisk relation kan desuden bidrage til livskvalitet. Indirekte kan livskvalitet desuden forbedres ved et fokus på de øvrige temaer.

Musikken kan knyttes direkte til identiteten ved at patienten forbinder den med noget velkendt, eller ved at den repræsenterer noget nyt som patienten forholder sig til og vælger til og fra. Billeddannelsesprocessen kan gøre at patienten oplever sig selv som skabende, hvilket er positivt for selvbilledet. Billeddannelsen kan tilbyde patienten oplevelser af sig selv som værende andet end patient og hjerneskadet, samtidig som en konfrontation med patientens begrænsninger kan forekomme. Således kan fantasirejserne være del af en bearbejdningsproces i skabelsen af en ny

identitet. Musikken kan også sætte gang i en reminiscensproces, som kan bidrage til identitetsfølelse. Desuden kan musikken understøtte en sorgproces, ved at bevidstgøre følelser og muliggøre at følelserne bliver rummet. Stemningsleje og motivation kan påvirkes positivt som følge af det ovennævnte. Desuden kan musikken tilbyde afspænding, og billeddannelsen kan starte og opretholde positive tanker og følelser.

Den receptive musikterapi kan også ses som en kriseintervention, i kraft af at musikterapien kan gøre situationen lettere at udholde for patienten, gennem et fokus på emotionelle behov og livskvalitet i her og nu situationen.

Vi ser ligeledes den receptive musikterapi med fokus på billeddannelse som en mulig træningssituation, hvor copingstrategier tydeliggøres og bearbejdes.

7.3 Konklusion

På baggrund af nærværende speciales litteraturgennemgang og analyse af to casebeskrivelser kan vi konkludere følgende: De emotionelle behov hos patienter i fase to af neurorehabiliteringen, kendetegnes ved at de knytter sig til ændringer i identitet og selvbillede. Disse ændringer kan medføre sorg, samt nedsat stemningsleje og motivation. Oplevelsen af at være indlagt på hospitalet kan endvidere bidrage til en forringet livskvalitet, og yderligere problemer med stemningsleje, motivation og identitet. Der ses behov for at opretholde et godt stemningsleje og motivation for rehabilitering, samt behov for at fastholde og genopbygge en identitet, baseret på patientens styrkesider og muligheder.

Receptiv musikterapi med fokus på billeddannelse kan imødekomme disse behov i kraft af at musikterapien tilbyder oplevelser, som kan bidrage til livskvalitet, afspænding og løftet stemningsleje. Musikterapien fungerer her som en kombination af støttende psykoterapi og rekreativ musikterapi. Musikken og billeddannelsen kan desuden rumme og fordre udtryk af følelser af for eksempel sorg. Det på forhånd valgte fokus, sammen med musikken, inspirerer til positive indre billeder. De indre billeder er sammensat af følelser, visuelle og fysiske oplevelser af fantasi og erindring, hvilket gør fantasirejserne til livagtige oplevelser, som patienterne kan huske og tage med sig videre. Billeddannelsen kan herigennem på et symbolsk plan bidrage til en genopbygning af selvbillede og identitet, og mere konkret anvendes til at styrke troen på en god rehabilitering.

8 Metodekritik

Vi har nu besvaret vore spørgsmål omkring hvad der kendetegner de emotionelle behov hos mennesker med en erhvervet hjerneskade i fase 2 af neurorehabiliteringen, samt hvordan disse behov kan mødes i receptiv musikterapi med fokus på billeddannelse. I det følgende vil vi rette et kritisk blik mod den metode vi har anvendt, og de trin som har ført os frem til denne konklusion. Desuden vil vi tilkendegive vores refleksioner om hvilke konsekvenser vores valg af problemformulering, brug af den udvalgte litteratur og casebeskrivelser har medført. Herigennem søger vi at belyse hvilken form for viden konklusionen er udtryk for og tydeliggøre med hvilke forbehold den skal forstås, samt hvilke mangler vi ser når vi nu kigger tilbage.

8.1 Videnskabelighed

Som beskrevet i specialets metodeafsnit, har vi søgt at opfylde så mange krav som muligt for at gøre specialets brug af casebeskrivelser videnskabelig. Vi har beskrevet hvad data består af, og hvordan de er blevet behandlet. Vi har anvendt "peer - debriefing" i analyserne, og teoritrianglering gennem brug af litteraturen, for at opnå størst mulig validitet. I casen med fru B er det muligt for en udenforstående at gå tilbage i de ordrette transskriptioner, og således følge processen, hvilket bidrager til at der ikke drages slutninger og tolkninger som der ikke kan findes belæg for i fru Bs udsagn. Dog er dette ikke blevet gjort som et led i analysen. I casen med fru A er der i forbindelse med terapiens afslutning sørget for at fru A kan genkende indholdet i fantasirejserne, hvilket indebærer en form for "memberchecking". Alligevel mener vi ikke at fru As forløb kan regnes som et videnskabeligt casestudie, da udenforstående ikke kan gå ind i referaterne og vurdere om vore tolkninger af hendes udsagn giver mening i forhold til en transskription.

Vi mangler specifikke data omkring hjerneskaderne og sygeforløb. Vi har heller ikke inddraget detaljer omkring de neuropsykologiske følger og virkninger af hjerneskaden. Dette gør at det kan være svært for udenforstående at sammenligne patienterne i casebeskrivelserne med andre patienter. Dog mener vi at vores beskrivelser af hvordan patienterne fremtræder, kan give et billede som gør det muligt for andre at genkende denne type patient, eller person, samt hvordan de er påvirket af skaden. I det hele taget mener vi at casebeskrivelserne er anvendelige til at belyse emnet "emotionelle behov", selv om de ikke lever op til krav om videnskabelighed i så høj grad som vi ville ønske at de gjorde.

8.2 Valg af problemformulering

8.2.1 Begrebet ”de emotionelle behov”

Behovet for at få en bedre forståelse af hvad begrebet ”emotionelle behov” indebærer, har ligget til grund for at stille spørgsmålet ”hvad kendetegner de emotionelle behov hos mennesker med hjerneskade i fase 2 af rehabiliteringen?” Således indebærer spørgsmålet ikke kun en undersøgelse af hvordan patienterne oplever deres tilværelse, men også i høj grad en undersøgelse af hvad emotionelle behov er for en størrelse. Det er kendetegnende for en kvalitativ metode at processen udfolder sig gradvist, og dette har gjort sig gældende for os, blandt andet fordi vi ikke har haft et klart defineret fokus, men har været nødt til at lade fokuset blive defineret undervejs.

Set i retrospekt ville det være en mulighed at tage udgangspunkt i ét af de begreber vi har fundet i litteraturen, som for eksempel identitet eller livskvalitet. Brugen af flere begreber giver til tider en følelse af at vi er så at sige overfladiske eller opererer for meget i bredden frem for i dybden. Dog er vores bredde et udtryk for at vi forsøger at komme i dybden med begrebet ”emotionelle behov”. Vi mener at vi har tegnet et billede af at begrebet emotionelle behov er komplekst, og at mange faktorer påvirker hinanden, og bidrager til at forme hvordan de emotionelle behov er. Hvis tidsrammen for dette speciale tillod det, ville en mere dybdegående undersøgelse af et enkelt begreb dog kunne bidrage yderligere til at definere de emotionelle behov. Det vil vi overlade til fremtidige projekter.

8.2.2 Spørgsmålet om hvordan de emotionelle behov kan imødekommes

I spørgsmålet om hvordan de emotionelle behov kan imødekommes, har vores udgangspunkt været at svaret ville kunne findes i litteraturgennemgangen og casebeskrivelserne. Den litteratur vi har fundet, beskæftiger sig ikke med den specifikke fase i forhold til emotionelle behov, og vi finder ikke i litteraturen svar på hvordan receptiv musikterapi kan møde behovene. I og med at vi kun kan komme nærmere et svar på baggrund af vores fortolkning af patienternes udsagn omkring musikken og billeddannelsen, og da deres udsagn herudover er sparsomme, ser vi dog en svaghed i specialet i forhold til at svare på denne del af problemformuleringen.

Specialet kunne være blevet styrket, ved at inddrage teoretiske perspektiver på dette. Vi kunne have valgt en neurologisk tilgang til hvordan musik og billeddannelse udformer sig, og hvordan dette kan siges at indvirke på patienterne emotionelt set. En analyse af musikken ville kunne give en musikvidenskabelig vinkel til specialets fokus. En musikpsykologisk forklaringsramme ville også kunne tilbyde forklaringer på hvilke mekanismer som er involveret i at møde de emotionelle behov. Her kunne forholdet mellem musik og følelser med fordel have været inddraget. Således ville vi kunne få en bredere forståelse af hvordan receptiv musikterapi kan møde emotionelle behov, og hvordan denne måde at møde emotionelle behov på, er anderledes fra for eksempel almindelig samtaleterapi.

”Hvordan” kommer i nærværende speciale til at dreje sig om tidsperspektiv og fokus for terapien. ”Hvordan” går således på til hvilke patienter, i hvilke situationer, og på hvilken måde musiklytning med fokus på billeddannelse kan anvendes. Dette er et klinisk anvendelig perspektiv, som til trods for mangel på teoretisk grundlag, er meningsfuldt.

8.3 Litteraturgennemgangen

En stor udfordring i litteratursøgningen har været at tage stilling til hvilke tekster som kunne sige noget om emotionelle behov, og hvilke som ramte ved siden af. Der er yderst få tekster som anvender begrebet ”emotionelle behov” ifølge vores søgning. Dette har medført at vi har været nødt til at uddrage noget om emotionelle behov, i tekster som ikke bruger det begreb, og dermed ikke har været ment som en beskrivelse af emotionelle behov. En mulighed for at omgå dette problem, kunne være at søge efter litteratur som fokuserer på psykologi og emotionelle behov i forbindelse med rehabilitering generelt og hospitalsophold generelt. Dog har det været vores formål at belyse hvilke behov som kan være kendetegnende for patienter som har fået en hjerneskade, og er i rehabilitering og er indlagt på hospitalet. Det er muligt at denne opgave er for stor for et projekt som dette. Dog har det været et formål at afdække hvad litteraturen siger på området, og vi kan kun opfordre til at de huller vi mener at have fundet i litteraturen bliver fyldt af fremtidig forskning.

Et kritikpunkt i forhold til litteraturgennemgangen er overvægten af udenlandsk litteratur, da hospitalsvæsenet i udlandet givetvis ikke er det samme som i Danmark. Dog er alle tekster hentet fra vestlige lande, som vi kulturelt set kan sammenligne os med.

8.4 Casebeskrivelserne

Vi har allerede fastslået at den type viden vi er ude efter, og mener vi har fået, ikke er en objektiv sandhed, men en konstruktion baseret på vore fortolkninger. Alligevel forsøger vi at komme frem til noget som kan give mening for andre musikterapeuter og andre interesserede. Dette kan givetvis kun lade sig gøre, hvis den fortolkning vi laver ud fra vore to caseforløb i en eller anden forstand kan overføres til andre mennesker med hjerneskade i fase 2 af rehabiliteringen. Ved hjælp af litteraturen, har vi fundet frem til temaer som kan tænkes at være aktuelle for mennesker som er blevet ramt af en hjerneskade, på tværs af faser. I analysen af casebeskrivelserne har vi søgt at uddrage hvordan disse temaer udfolder sig, for to udvalgte patienter i den aktuelle fase. Da disse to patienter repræsenterer to ret så forskellige forløb, er det vores formodning at specialet som helhed kan anvendes til at belyse aspekter som kan være kendetegnende også for andre i lignende situationer. Dette er en formodning som også hænger sammen med den måde, hvorpå vi anvender casematerialet som ”instrumentelt” casestudie (Jf. Smeijsters & Aasgaard, 2005), hvor vi søger at undersøge et bestemt emne via casen.

Dette får også nogle konsekvenser for hvordan casematerialet kommer til sin ret, især i forhold til fru As forløb, som er reduceret for at kunne komme med i specialet. Vores fokus i specialet er ikke først og fremmest på fru As forløb som helhed, men på anvendelsen af fantasirejser. Det er muligt at dette giver et mangelfuldt billede af processen. Det er også muligt at en beskrivelse af hele musikterapien, med de aktive dele inklusive, kunne give et andet billede af hvilken rolle den receptive del havde. Dog er fravalget af dette en måde at afgrænse os på, hvilket vi håber på bidrager til at specialet bliver så fokuseret som muligt.

I vores brug af to casebeskrivelser, har vi haft et ønske om at belyse emnet emotionelle behov og receptiv musikterapi fra flere sider. Casen med fru B har været udfordrende at forholde sig til, da hendes grundlæggende gode emotionelle velvære gør det svært for os at sige specifikt, hvad der er hendes emotionelle behov. Det ville givetvis være lettere at beskrive emotionelle behov eksempelvis hos en dybt deprimeret apopleksipatient. Da fru B blev foreslået at komme i musikterapi, var det på baggrund af at personalet kunne se, at hun havde behov for at bearbejde nogle temaer. Vi kan ikke udelukke at musikterapien har haft noget at gøre med, at hun formåede at opretholde et godt stemningsleje og en god livskvalitet. Desuden kan fru B stå som et eksempel på at emotionelle behov varierer afhængig af patienten, at eksempelvis en sorgproces kan påbegyndes allerede tidligt i forløbet hos visse patienter, og at behov for at bearbejde sin identitet kan være til stede, selv hos en patient som ikke er kriseram.

I casedelen har vi fravalgt at fokusere på betydningen af relationen. Dette er en reduktion af musikterapi som metode, fordi kvaliteten af det terapeutiske forhold hænger sammen med terapiens forløb og udbyttet af denne. Ved at gå mere ind i relationens rolle og betydning, kunne vi i højere grad placere os i forhold til psykoterapeutisk behandling, og for eksempel sammenligne vores metode med den overordnede terapimodel som vi finder hos Coetzer (2007). Desuden ville vi ved at gå ind i relationens rolle, kunne give et mere dækkende billede af hvad musikterapi er og hvilke kompetencer en musikterapeut besidder.

9 Perspektivering

Musikterapi som fag er i disse dage i vækst indenfor neurorehabilitering i Danmark. I hospitalsfasen er der os bekendt dog kun en enkelt musikterapeut ansat. I løbet af vores praktikophold har vi oplevet at musikterapi kan være en relevant behandlingsform for mennesker som er indlagte i kortere og længere tid efter en hjerneskade. Med specialet har vi belyst ét fokuspunkt, emotionelle behov, hvor vi mener musikterapi er særligt velegnet i hospitalsfasen. Musikterapi kan som beskrevet her fungere som en form for psykoterapi, og som en faktor der bidrager til livskvalitet. Samtidig ser vi potentiale i at anvende musikterapi til kognitive og fysiske formål, som også kan påvirke emotionelt velvære hos patienterne. Et mere eksplicit fokus på copingstrategier, som beskrevet i litteraturgennemgangen, kunne desuden inddrages i musikterapien. Vi har set at musiklytning med billeddannelse kan afspejle patienternes coping, og vi ser derfor et potentiale i at anvende metoden på en mere kognitivt orienteret måde, hvor patientens strategier bevidstgøres og bearbejdes.

Et spørgsmål vi har stillet os selv, drejer sig om hvorvidt musikterapi "passer ind" på det neurologiske område i hospitalsvæsenet i Danmark. I specialet har vi eksemplificeret brug af musikterapi med patienter som har været indlagt i en længere periode end den gennemsnitlige indlæggelsesperiode på 30 dage. Dog har vi samtidig eksemplificeret at musikterapi kan bruges i et kort forløb, tilpasset patientens behov fra gang til gang. Således kan vi se at musikterapien kan tilpasses patienternes indlæggelsestid. Med den stadig igangværende omrokering af hospitalsvæsenet i forhold til struktureformen, er det svært at gennemskue hvordan musikterapi som fag kan etablere sig indenfor denne del af neurorehabiliteringen. I forhold til emotionelle behov, hvor fokus kan være på livskvalitet, ser vi dog et hul som musikterapi kan fylde, uanset tidsrammer for indlæggelse.

Når en faggruppe kommer ind på et nyt felt er det vigtigt at definere hvilken rolle som skal udfyldes af denne faggruppe. Musikterapeuter kan gå ind i neurorehabiliteringen og samarbejde med de forskellige andre behandlere og tilføje et musikalsk element til assesment og behandling, men musikterapeuter kan også tilbyde selvstændig behandling. I nærværende speciale har vi belyst én måde hvorpå musikterapeuter kan arbejde støttende psykoterapeutisk. Det unikke med musikterapien i denne sammenhæng, er den oplevelsesmæssige dimension, og muligheden for en billedlig transformation.

I nærværende speciale har vi belyst aspekter af emotionelle behov og hvordan disse kan mødes i receptiv musikterapi med fokus på billeddannelse. På baggrund af vore fund ser vi det som vigtigt at få undersøgt sammenhængen mellem livskvalitet samt andre temaer i relation til emotionelle behov, og udbytte af fysisk og kognitiv rehabilitering. Desuden ville mere forskning i de forskellige aspekter af emotionelle behov være relevant, med henblik på at øge indsigten i hvilke tiltag og behandlingsformer som egner sig bedst. Forskning i effekten af musiklytning på patienternes emotionelle, kognitive og fysiske funktioner vil endvidere kunne bidrage til udviklingen af musikterapeutisk praksis indenfor neurorehabilitering.

Litteratur

Litteraturgennemgang:

Bøger og bogkapitler:

Baker, F. og Tamplin, J. (2006): *Music therapy methods in neurorehabilitation, a clinicians manual.* (kap.6) London, Jessica Kingsley Publishers

Coetzer, R. (2006): *Traumatic Brain Injury Rehabilitation. A psychotherapeutic approach to grief and loss,* New York, Nova Science Publishers

Dileo, C. (2005): *Reviewing the literature,* i Wheeler, B. ed. (2005): *Music Therapy Research. Second edition, kap. 9,* Gilsum, NH, Barcelona Publishers

Gilbertson, S.(2005): Music therapy in neurorehabilitation after traumatic brain injury: A literature review (s. 83 – 137), i Aldridge, D. (2005): *Music therapy in neurologic rehabilitation: Performing Health.* Kap.5: London, Jessica Kingsley Publishers

Artikler og afhandlinger:

Anson K, Ponsford J.(2006a): *Coping and emotional adjustment following traumatic brain injury.* Journal of Rehabil. 2006 May-Jun;21(3):248-59.

Anson K, Ponsford J.(2006b): *Evaluation of a coping skills group following traumatic brain injury.* Brain Inj. 2006 Feb;20(2), s. 167-178.

Barton, J. et al. (2002): *Emotional adjustment to stroke: a group therapeutic approach.* Nursing Times, June 4 2002, Vol 98, no23, s.32 -35

Coetzer, R (2007): *Psychotherapy Following Traumatic Brain Injury: Integrating Theory and Practice.* Journal of Head Trauma Rehabilitation. 2007 Jan-Feb Vol 22(1), s. 39-47

Delmonico, R. L., Hanley – Peterson, P., Englander, J. (1998): *Group psychotherapy for persons with traumatic brain injury: Management of frustration and substance abuse.* Journal of Head Trauma Rehabilitation. 1998 Dec Vol 13(6), s. 10-22

Eccles, S., House, A., Knapp, P. (1999): *Psychological adjustment and self reported coping in stroke survivors with and without emotionalism*. Journal of Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 1999 Jul; 67(1), s. 125-126.

Gillen, G. (2006): *Coping during inpatient stroke rehabilitation: an exploratory study*. American Journal of Occupational Therapy. 2006 Mar-Apr;60(2), s.136-145.

Glass, T.A., Maddox GL. (1992): *The quality and quantity of social support: stroke recovery as psycho-social transition*. Soc Sci Med. 1992 Jun;34 (11), s.1249-1261.

Goldberg, F.S., Hoss, T.M., Chesna, T. (1988): *Music and imagery as psychotherapy with a brain damaged Patient: a case study*. Music therapy perspectives vol. 5 1988, s.41-45

Hald, Søren (2004): indre billeder, selv og eksistens – receptiv musikterapi med senhjerne-skadede. Speciale, Musikterapi, Aalborg universitet, 2004

Howes, H., Edwards, S & Benton, D. (2005a): *Male body image following acquired brain injury*. Brain Injury, 2005 Feb. Vol. 19(2), s. 135-147

Howes, H., Edwards, S. & Benton, D. (2005b): *Female body image following acquired brain injury*. Brain Injury. 2005 Jun Vol 19(6), s. 403-415

Jochims, S. (1995): Emotional processes of coping with disease in the early stages of acquired cerebral lesions. The arts of Psychotherapy, vol. 22, 1995, s. 21 -30

Klonoff, P.S., Lage, G.A.(1993): *Varieties of the catastrophic reaction to brain injury: a self psychology perspective*. Bull Menninger Clin., 1993, Spring; 57(2), s. 227-41.

Kvigne, K., Kirkevold, M. & Gjengedal, E. (2004): *Fighting back--struggling to continue life and preserve the self following a stroke*. Health Care Women Int. 2004 Apr;25(4), s. 370-387

Magee, W (1999): Music therapy within brain injury rehabilitation, to what extent is our clinical practice influenced by the search for outcomes? Music Therapy Perspectives. 1999 Vol 17(1), s. 20-26

Moe, T og Thostrup, C. (1995): *Musikterapi med højresidigt hjerneskadede, er det muligt?* Musik og Terapi 22 (2), s.14 -21

Moe,T og Thostrup,C (1999): *Mennesker med erhvervede hjerneskader – brug af musik*. Specialpædagogik 1, 1999, s.3-10

- Nilsson, I., Jansson, L. og Norberg, A. (1997): *To meet with a stroke: patients' experiences and aspects seen through a screen of crises*. Journal of advanced Nursing. 1997 May;25(5), s. 953-963
- O'Callaghan, C., Powell T, Oyeboode, J. (2006): *An exploration of the experience of gaining awareness of deficit in people who have suffered a traumatic brain injury*. Neuropsychol. Rehabil. 2006 Oct;16(5), s. 579-593.
- Pickett, E. (1991): *Programme developments: Imagery psychotherapy in head trauma rehabilitation*. Brain Injury, 1991, Jan-Mar;5(1), s.33-41.
- Pilkington, F. B. (1999): *A qualitative study of life after stroke*. Journal of Neuroscience Nursing. 1999, Dec;31(6), s.336-347
- Purdie, H & Baldwin, S. (1994): *Music therapy: Challenging low self esteem in people with a stroke*. British journal of music therapy, Vol. 8, No 2, 1994, s. 19 -24
- Purdie, H (1997): *Music Therapy with Adults who have Traumatic Brain Injury and Stroke*. British Journal of Music Therapy Vol 11 No 2, 1997, s.45-49
- Sarajuuri, J.M.; Koskinen, S.K. (2006): *Holistic neuropsychological rehabilitation in Finland: The INSURE program—a transcultural outgrowth of perspectives from Israel to Europe via the USA*. International Journal of Psychology, Oct2006, Vol. 41 Issue 5, s. 362-370
- Sisson, R. A. (1998): *Life after a stroke: coping with change*. Rehabilitation Nursing 1998 Jul-Aug;23(4), s.198-203.
- Teasdale, T.W. (2007): *Cognitive, emotional and psycho-social consequences of acquired brain injury: population studies*. Afhandling, Department of Psychology, University of Copenhagen.
- Tiersky, L.A., Anselmi V, Johnston MV, Kurtyka J, Roosen E, Schwartz T, Deluca J. (2005): *A trial of neuropsychologic rehabilitation in mild-spectrum traumatic brain injury*. Arch Phys Med Rehabil. 2005 Aug;86(8), s.1565-1574
- Vickery, C. D., Gontkovsky, S.T., Wallace, J.J, & Caroselli, JS. (2006): *Group Psychotherapy Focusing on Self-Concept Change Following Acquired Brain Injury: A Pilot Investigation*. Rehabilitation Psychology. 2006 Feb Vol 51(1), s. 30-35
- Wallace, C.A.; Bogner, J(2000): *Awareness of deficits: emotional implications for persons with brain injury and their significant others*. Brain Injury, Jun2000, Vol. 14, Issue 6, s. 549-562

Specialets litteratur udover litteraturgennemgangen:

Bøger og bogkapitler:

Baker, F. & Tamplin J. (2006): *Music Therapy Methods in neurorehabilitation – A Clinician's Manual*, London, Jessica Kingsley publishers

Bonde, L.O, Pedersen, I. N, Wigram, T (2001): *Når ord ikke slår til – en håndbog i musikterapiens teori og praksis i Danmark*, 1. udgave, Århus, forlaget Klim

Bruscia, K.E. (1998): *Defining Music Therapy, second edition*, USA, Barcelona Publishers
Bruscia, K.E. (2005): *Designing Qualitative Research*, i Wheeler red. (2005), *Music Therapy Research*, Second edition, kap.11, Gilsum, NH, Barcelona Publishers

Cullberg, J. (1999): *Dynamisk psykiatri*. København, Hans Reitzels Forlag

Damasio, A. (1999): *The feeling of what happens – body, emotion and the making of consciousness*, England, Cox & Wyman Limited, Reading, Berkshire

Dileo, C. (1999): *Introduction to "Music Therapy and Medicine": Definitions, Theoretical Orientations and Levels of Practice*. I: Dileo, C., red. (1999): *Music Therapy & Medicine: Theoretical and Clinical Applications*. AMTA, Silver Springs, MD, s.1-10.

Fredens, K. (2006): *Mennesket i hjernen – en grundbog i neuropædagogik*, 1. udgave, 2. oplag, Århus, Academica

Gadamer, H.G. (1999): *Forståelsens historicitet som det hermeneutiske princip* (Oversat af Jesper Gulddal), i Gulddal, J., Møller, M., red. (1999): *Hermeneutik: En antologi om forståelse*, s.127 – 182 Viborg, Nordisk Forlag A.S

Grocke, D. & Wigram, T. (2007): *Receptive Methods in Music therapy*, kapitel 5, London, Jessica Kingsley Publishers

Hald, S. (2004): *Indre billeder, selv og eksistens – receptiv musikterapi med senhjerneskedede*, Speciale i musikterapi fra Aalborg Universitet

Pahuus, M. (2003): *Hermeneutik*. I Colin og Køppe red.(2003): *Humanistisk videnskabsteori*, Kapitel 5, s.139-169,Viborg, DR multimedie

Ramian, K. (2007): *Casestudiet i praksis*, 1. udgave, Academica

Robson, C. (1993): *Real World Research – A Resource for Social Scientists and Practitioner Researchers*, Oxford, Blackwell Publishers

Schmidt, M. og Enge, K. (2005): *Mærk Verden! En fænomenologisk undersøgelse om musik-
kens terapeutiske potentialer for et stresset menneske*, Bachelor projekt i musikterapi fra Aalborg Universitet

Schmidt, M. (2007): *"Field of Play i neurologisk musikterapeutisk behandling – kan men det?"*, Projekt i musikterapiteori og forskning 2, 8.semester, institut for kommunikation, Aalborg universitet

Smeijsters, H. & Aasgaard, T (2005): *Qualitative Case Study Research*, i Wheeler red. (2005), *Music Therapy Research, Second edition*, kapitel 35, Gilsum, NH, Barcelona Publishers

Wigram, T & De Backer, J. (1999): *Clinical Applications of Music Therapy in Developmental Disability, Paediatrics and neurology*, London, Jessica Kingsley Publishers

Wulff, H.R. og Pedersen, S.A. (1986): *Medicinsk filosofi*. Munksgaard, København 1990

Artikler:

Blicher, J. (2008): *Hjernens plasticitet efter en hjerneskade*, Fokus, 2008, nr. 2.

Fehler, J.O. (2001): *Pierre Bourdieu – Habitus*, fra teorier.dk

Hald, S. (2005): *Musikterapi som instrument til ny selverkendelse*, Fokus, 2005, nr. 4

Mørck, L. (2005): *Musisk og kreativ rehabilitering*, Fokus, 2005, nr. 4

Ruud, E., (1998): *Musik, helse og livskvalitet*. Musik og Terapi, 25.årgang, 1998, nr.1. Oversat af Elisabeth Schwartz.

Anvendte internetsider:

www.vfhj.dk

www.hjernekasen.dk

www.teorier.dk

www.marselisborgcenteret.dk

www.visinfo.fyns-amt.dk

www.gimterapi.dk

Opslagsbøger:

Oxford Advanced Learner's Dictionary, Oxford University Press, 1995

Politikens Store Nye Nudansk Ordbog, Politikens forlag A/S, Danmark, 1996

Hansen, Thomsen og Varming (2001): Psykologisk-pædagogisk ordbog, Gyldendalske boghandel, Nordisk Forlag A.S. Copenhagen.

English Summary

This master's thesis titled Receptiv Musikterapi: Fokus på emotionelle behov i neurorehabilitering (Receptive Music Therapy: Focus on emotional needs in Neurorehabilitation) examines the characteristics of emotional needs in neurorehabilitation with hospitalized persons with acquired brain injury, and how Receptive Music Therapy can meet these emotional needs.

The purpose of the study is to get a general picture of patients' emotional needs and to find out if Receptive Music Therapy is a way to meet these emotional needs. The study applies a hermeneutic method and applies also a structured literature review as a method. Moreover we use two case studies in our way to answer our question about how Receptive Music Therapy can meet patients' emotional needs in neurorehabilitation. The two case studies are from our practicum at Glostrup Hospital and Randers Central Sygehus, Denmark.

In our problem formulation we state that we want to examine what characterizes patients' emotional needs in the second phase of neurorehabilitation, and how these emotional needs can be met by using music listening and imagery. Our examination of this question is divided in two: 1) we seek to identify themes in relation to emotional needs as described in the literature, 2) Based on the literature and a qualitative analysis of two case studies we examine if it is possible to meet patient's emotional needs by using music listening and imagery.

During the literature review we find following themes:

- Identity and self-concept
- Quality of life
- Grief and sorrow
- Crisis
- Coping
- Change in mood and motivation

We use these themes in our analysis of the two case studies and find that particularly changes in identity and self-concept are in focus. Therefore we suggest in our conclusion that the patients' emotional needs particularly are connected with changes in identity and self-concept. These changes can lead to grief and sorrow, reduced mood and motivation. Furthermore the experience of being hospitalized can reduce quality of life, which also can lead to reduced mood and motivation. Therefore we see a need to sustain an appropriate and positive mood and motivation for the rehabilitation and a need for rebuilding the identity based on the patients resources.

We suggest in our conclusion that Receptive Music Therapy with a focus on imagery can meet these needs, because Music Therapy can offer experiences which contribute to quality of life, relaxation and enhanced mood. The music and imagery can contain different feelings, for instant feelings of grief and sorrow. Furthermore it seems like that the imagination contributes on a symbolic level to a reconstruction of self-concept and identity and on a concrete level it might strengthen the belief in a good rehabilitation.

Bilag

Bilag nr. 1: Tabeller til litteraturgennemgang**Bilag nr. 1a: Tabel over Forskningsartikler i relation til emotionelle behov**

Forfatter	År	Land	Type forskning	Type skade	Tid fra skaden
Nilsson et al.	1997	Sverige	Kvalitativ	Apopleksi	Akut –første mdr.
Sisson	1998	USA	Kvalitativ	Apopleksi	en uge- seks mdr
Pilkington	1999	Canada	Kvalitativ	Apopleksi	Første tre måneder
Kvigne et al.	2004	Norge	Kvalitativ	Apopleksi	Seks uger - halvandet år
Glass & Maddox	1992	USA	Kvantitativ	Apopleksi	Første seks måneder
Eccles et al.	1999	UK	Kvantitativ	Apopleksi	I løbet af første måned.
Teasdale	2007	Danmark	Kvantitativ	Blandet	Fem -15 år
Howes et al.	2005 (a)	UK	Kvantitativ	Blandet	?
Howes et al.	2005 (b)	UK	Kvantitativ	Blandet	Min. seks mdr.
Gillen	2006	USA	Kvantitativ	Apopleksi	Fem – syv dage
Anson & Ponsford	2006 (a)	Australien	Kvantitativ	Traumatisk	Varierende, 1½ md – syv år
O'Callaghan et al.	2006	UK	Kvalitativ	Traumatisk	Varierende, ½ - fem år
Wallace & Bogner	2000	USA	Kvantitativ	Traumatisk	Uklart, senere faser

Bilag nr. 1b: Tabel over artikler i relation til psykologisk behandling

Forfatter	År	Land	Type tekst	Behandling	Type skade	Tid fra skaden
Barton et al.	2002	UK	Praksis-beskrivelse	Kognitiv, samtale, gruppe	Apopleksi	Seks – otte måneder
Anson & Ponsford	2006 (b)	Australien	Kvantitativ forskning	Kognitiv terapi, gruppe	Traumatisk	Varierende, 46 dage –syv år
Tiersky et al.	2005	USA	Kvantitativ forskning	Kognitiv træning og terapi, individuelt	Traumatisk	1 - 20 år
Vickery et al.	2006	USA	Kvantitativ forskning	Kognitiv terapi, gruppe	Blandet	Varierende, 3 mdr – 10 år
Coetzer	2006	UK	Praksis-beskrivelse, teori	Samtale-terapi	traumatisk	Ikke specificeret
Coetzer	2007	UK	Praksis-beskrivelse, teori	Samtale-terapi	Traumatisk	Ikke specificeret
Klonoff & Lage	1993	USA	Praksis-beskrivelse, teori	samtaleterapi	Traumatisk	Varierende, 3 mdr -13 mdr
Delmonico et al.	1998	USA	Praksis-beskrivelse	Kognitiv og eksistentiel gruppeterapi	Traumatisk	Uspecifik, senere faser
Sarajuuri & Koskinen	2006	Finland	Praksis-beskrivelse	Holistisk rehabilitering	Traumatisk	Min. Et år
Pickett	1991	USA	Praksis-beskrivelse	Psykoterapi med billeddannelse, gruppe	Traumatisk	Uklart, min. Seks mdr.

Bilag nr. 1c: Tabel over musikterapitekster

Forfatter	År	Land	Type tekst	Type musik- terapi	Type skade	Tid fra skaden
Gilbertson	2005	Tyskland	Litteratur- gennemgang	Generelt	Traumatisk	blandet
Baker & Tamplin	2006	Australien	Metodebog	Aktiv	Blandet	Hele forløbet
Purdie & Baldwin	1994	UK	Praksis- beskrivelse	Aktiv	Apopleksi	uspecifikt
Purdie	1997	UK	Litteratur- gennemgang	Generelt	Blandet	uspecifikt
Magee	1999	UK	Praksis- beskrivelse	Aktiv	Uspecifikt	Uspecifikt
Jochims	1995	Tyskland	Praksis- beskrivelse	Aktiv	Traumatisk	Fra akut fase
Moe & Thostrup	1995	Danmark	Praksis- beskrivelse	Receptiv	Apopleksi	Flere år
Moe & Thostrup	1999	Danmark	Praksis- Beskrivelse	Receptiv, kognitiv træning	Blandet	Fase 3
Goldberg et al.	1988	USA	Praksis- beskrivelse	Receptiv, psykiatri	Andet (ilt- mangel)	2 år
Hald	2004	Danmark	Kvalitativ forskning	Receptiv	Traumatisk, Andet (ilt- mangel)	6 år og 15 år

Bilag nr. 2: Analysemodel

Beskrivelsen af hvordan data er blevet til og hvad de består af, kan ses under hver casebeskrivelse, da der er relativt store forskelle i dataindsamling og indledende bearbejdning. Når beskrivelserne er blevet bearbejdet, således at de fremstår som læsevenlige referater af musikterapiforløbene og fantasirejserne, gennemgår de en hermeneutisk analyse i følgende trin:

Den terapeut, som har forestået musikterapien, gennemlæser casebeskrivelsen, og analyserer hver session med udgangspunkt i hvert kerne tema og begreb fra litteraturgennemgangen, for om muligt at identificere disse temaer i casematerialet.

Casebeskrivelsen og analysen af hvilke temaer som identificeres i hver session, gennemlæses af den anden terapeut, som forholder sig kritisk til analysen og stiller spørgsmål til den første terapeut omkring casebeskrivelse og udvalgte temaer.

Analysen gennemgås igen af den første terapeut, med den andens spørgsmål.

En tabel fremstilles, hvor musikterapiforløbene placeres horisontalt, og temaerne placeres vertikalt. Dette giver os et overblik over hvilke temaer som findes i hvilke sessioner, hvilke som går igen, hvilke som mangler, og hvilke sessioner som evt. ikke indeholder temaerne fra litteraturen. Eventuelle temaer som ikke er med fra litteraturen identificeres i casematerialet, og vurderes i forhold til hvorvidt de relaterer sig til emotionelle behov.

Ny teori inddrages hvis nødvendigt, i den udstrækning specialets tidsramme tillader det, for at uddybe punkter i analysen.

En samlet tolkning af det enkelte musikterapiforløb som helhed foretages. Herunder fremstilles en tabel over typer billeder, fokus for sessionerne, samt hvilke temaer fra litteraturen som fremstår som primære og sekundære i tilknytning til patienternes emotionelle behov.

På baggrund af den samlede analyse søges problemformuleringens spørgsmål besvaret i delkonklusionen.

Bilag nr. 3: Ball of light induktion

(Dansk oversættelse af Ball of light induktionen (Hald, 2004) samt direktiv guidning, som anvendes i første session med fru B).

Sæt dig godt til rette, så du sidder i en for dig behagelig stilling. Ret evt. på tøjet. Luk øjnene og lad dem vende sig til mørket - lad uvedkommende lyde komme og gå samtidig med at du bliver mere og mere afslappet. Tag et par dybe vejertrækninger..... forestil dig at når du trækker vejret ind samler du dine bekymringer og spændinger sammen - når du puster ud slipper du dem ud. Din opmærksomhed rettes nu gradvist indad. Saml dine tanker omkring dine fødder og ben. Tænk kun på dine fødder og ben. Når du trækker vejret ind samler du dine spændingerne i fødder og ben- og slipper dem fri på udåndingen. Samler sammen..... og slipper fri. Trækker vejret ind..... og slipper fri. Lad tankerne vandre til enden og maven. Saml dine spændinger her..... og slip dem fri. Ånd ind ..ånd ud Lad tankerne vandre videre til brystkassen. Saml dine spændinger og slip dem fri. Ånd ind og slip dem fri. Lad tankerne vandre videre til skuldre og arme. Saml sammen og slip fri.....Lad tankerne vandre videre op til hovedet . Saml samme og slip friånd ind og ud. Forestil dig nu en lysende kugle begynder at tage form i mørket foran dig. Tillad dig selv at give den opmærksomhed og fokuser på den. Lad den vokse til den størrelse...og farve du ønsker. Kuglens lys har lige den kvalitet og styrke, som du syntes den skal ha'.

Lad nu kuglen vandre op over dit hovedNår kuglen er over dit hoved lader du lyset fra kuglen risler ned over dig som et brusebad så din krop til sidst er omgivet af lys. Du har også mulighed for at tage lyset ind og lade din krop fylde af det. Forestil dig at du går på en sti som fører hen til en bondegård. Om et øjeblik vil musikken komme til dig og den vil ledsage dig hen til din bondegård. Musikken starter..... Du står nu i gårdspladsen på din bondegård Giv dig tid til at opleve gården.....Hvor mange længer har gården..... er det en ny eller gammel gård..... er der dyr.....er planter..... Hvis der er nogen du har lyst til at invitere ind i dit billede, så kan du også vælge at gøre det.Beslut dig nu for hvilke af bondegårdens husene du har lyst til at undersøgegå hen til det hus du har valgt.....læg mærke til om der er døre og vinduer.....eller andre ting.....hvis du kan så gå ind i huset..... læg mærke til hvordan der er inden i huset.....er der dyr, andre mennesker eller noget andet.....Undersøg detaljerne..... hvilken form og farve.....hvilke dufte...hvilke følelser..... Er der noget andet du lægger mærke til?..... så giv dig selv lov til at undersøge det..... Mærke efter om du kan mærke noget i din krop. Musikken vil om ikke så lang tid være til vejs ende, så du kan overveje at finde tilbage til gårdspladsen..... Giv dig nu god tid til at ta' afsked med din gård.... inden du i dit eget tempo vender tilbage til rummet her.

Bilag nr. 4: Beskrivelse af transkriptionsmetode

Transskriptionerne fremstår så reelt som muligt. Der er fjernet forstyrrende gentagelser; sproget er forfinet fra talesprog til et mere læsevenligt sprog – dog uden at det får betydning for helhedsmeningen. Tænkepauser er markeret med (...), længerevarende pauser er markeret ved (pause). Handlinger som ikke siges med ord, eksempelvis det at smile, græde, grine, knibe sig i armen osv. – sættes også i parentes, så læseren bedst muligt får et helhedsbillede af stemningen undervejs i sessionerne. "M" er en forkortelse af Maria og "B" er en forkortelse af fru B.

Bilag nr. 5: Transskriptioner af sessionerne med fru B

Transskription af 2. session

NB: Denne session er atypisk, fordi vi her samtaler undervejs i rejsen. Eftersom fru X ikke er tilstede, har vi andre muligheder, og vi aftaler at vi vil prøve at samtale undervejs i billeddannelsen for at afprøve, hvordan dette vil være for fru B. Desuden sidder fru B også op under denne fantasisrejse, hvilket også er atypisk for forløbet.

Efter vi har aftalt at samtale undervejs i denne session, laver jeg "Ball of light" induktionsøvelsen for Fru B, som udmunder i det følgende startbillede:

M (Maria); forestil dig at du er tilbage i din gamle lejlighed. Du finder et sted, hvor du har lyst til at starte din rejse. Om et øjeblik vil musikken komme til dig og musikken vil ledsage dig på din rejse i din gamle lejlighed. (Musikken starter (Beethovens 5. klaverkoncert, 2. sats)). Giv dig god tid til at opleve lejligheden. Når du er parat, så kan du begynde at fortælle noget om, hvor du er og hvad du oplever, der hvor du er.

Efter 3. min og 23 sek. Spørger jeg fru B, hvordan det ser ud der hvor hun er?

B (fru B): I øjeblikket er jeg inde i stuen. Meget hyggelig stue har jeg. Derfra går jeg ud i køkkenet og smørrer 3 halve, og et stykke franskbrød og går ind og dækker bord inde i stuen, fordi jeg helst vil sidde derinde og spise. Og når jeg er færdig med det, så går jeg ud for at vaske op og derefter lægger jeg mig og tager en lille middagslur.

M: det lyder dejligt.

B: og så skal jeg ned med skrallespanden, ned ad bagtrappen.

M: ja..

B: der har jeg haft lidt besvær med at komme op og ned ad, lige før jeg blev syg.

M: er det en stejl trappe?

B: ja, den er meget stejl.

M: men du klarede den?

B: ja, det gik, ja.

M: er du alene?

B: ja, jeg er alene, men jeg har alle tiders underboer, som vil stå på hovedet for mig. Det er guld værd, når man er sådan et sted. Når man er alene. Derfor har jeg også ønsket at komme dertil igen, men det kan altså ikke lade sig gøre og det har jeg også accepteret.

M: mmm.

B: så må man jo tage det næstbedste. Sådan er det.

M: mmm. Har du accepteret det? Eller er du i gang med at acceptere din situation?

B: nej, jeg har accepteret det.

M: mmm, du har accepteret det.

B: ja, men jeg kan selvfølgelig ikke have alle mine ting og sager med mig i min nye lejlighed. Det ved jeg godt.

M: hvad vil du gerne have med dig?

B: jeg har en lampe blandt andet, som har været mine forældres. Den vil jeg meget gerne have med. Chatollet, sofabordet – sofaen, - jeg har lige fået nye møbler og dem vil jeg gerne have med mig. Og det jeg har nede i kælderrummet, det skal børnebørnene dele og det ved de godt.

M: det er de sikkert meget glade for.

B: der er der både, hvad hedder det – røremaskine, gryder – sådan flere ting – potter og pander

M: mange gode ting og sager.

B: ja, og mange glas, har jeg også. Og det har jeg heller ikke plads til sådan et sted.

(lille pause)

B: fordi jeg gerne vil ned i byen, skyldes, at jeg da kan komme op på torvet og selv hente mine blomster.

M: mmm.

B: og jeg vil også få mange besøgende dernede, sådan som jeg har det nu. For jeg bor faktisk lige som på Fredericia banegård. Så mange besøgende har jeg. Og det vil jeg også få dernede, fordi det er nede i byen.

M: det lyder vigtig for dig.

B: ja, men det er det også.

(lille pause)

M: kan du forestille dig at du, hvis du er parat til det, at du siger farvel til din lejlighed? At du tager dig god tid til at gå rundt og sige farvel.

B: ja, det kan jeg godt. Men den er ikke så stor, men det tager tid at sige farvel, fordi jeg snakker med dem alle sammen i opgangen.

M: ja. Måske er det mere et på gensyn?

B: ja ja, fordi jeg er sikker på at der er mange som vil komme og besøge mig dernede. Når de er inde i byen og handle. Det er jeg sikker på.

M: så kigger de lige forbi til en tår kaffe?

B: det tror jeg på.

(lille pause)

M: hvordan føles det?

B: det er lidt sært. Men sådan blev min skæbne.

M: ja.

(lille pause)

M: er du stadig alene?

B: ja.

M: kan du fortælle noget om, hvad du oplever lige nu?

B: jeg sidder og tænker på min kernefamilie – alle sammen, både store som små.

M: er der mange?

B: 5 børnebørn, og så har jeg to piger og deres mænd. De (mændene) er lige så gode ved mig, som var de mine egne.

M: det lyder som en dejlig kernefamilie.

B: helt sikkert. Og de har mig hjemme skiftevis hver anden søndag.

M: lyder hyggeligt. Bor de tæt på dig?

B: ja, det gør de faktisk begge to. Og børnebørnene også. De to af dem er flyttet hjemmefra.

M: det må være dejligt at have dem tæt på dig?

B: ja helt sikkert. Det er det også.

M: kan du forestille dig at du går videre op i din nye lejlighed?

B: ja. Men jeg kan ikke forestille mig hvordan den ser ud.

M: nej..?

B: for det ved jeg jo ikke. Men jeg ved bare at der er 40 lejligheder ned af X-gade (gadenavnet er censureret), så chancen skulle være lidt større for mig end de andre to steder.

M: ja?

B: og så har jeg også bestemt med mig selv at jeg vil købe den varme mad dernede, så jeg ikke skal til at stå og bakse med det.

M: mmm, det lyder godt. Det er jo vigtigt at være god ved sig selv.

B: ja helt sikkert.

(lille pause)

M: det varer ikke så længe inden vi skal til at slutte denne rejse af, men vi kan snakke videre sammen bagefter. Du må gerne så småt begynde at afrunde og afslutte der hvor du er.

(Musikken slutter og der går nogle få sekunder inden fru B åbner sine øjne og samtalen imellem os fortsætter)

B: fik du det du synes?

M: vigtigst er, om du fik det du synes?

B: ja, jeg fik jo luft for ting. Ikke?

M: ja.

B: det synes jeg, at jeg gjorde. Det har nemlig pint mig lidt at jeg er nødt til at rejse væk derfra hvor jeg bor nu. Eftersom min gamle lejlighed er på første sal, så kan det jo ikke lade sig gøre. Og det har jeg accepteret.

M: mmm. Ja. Derfor kan det jo godt være svært alligevel.

B: Ja, jeg er ked af at sige farvel til alle dem jeg kender, men som jeg også sagde, dem får jeg også besøgt af dernede (nye lejlighed).

M: ja, det er godt at tænke på.

B: ja. Det er det nemlig. Og også mine tidligere kollegaer fra Langå, - de har også besøgt mig derinde. Og det vil de stadigvæk gøre. Men bliver det ude på X-vænget (det oprindelige gadenavn er censureret) – det ligger langt ude – så bliver det ikke så tit. Det ved jeg godt.

M: ja, det kan betyde noget.

B: ja, det har indvirkning, sådan noget. Det skal man jo også tænke over.

M: det lyder som om der er gode chancer for at du kan komme til at bo, der hvor du aller helst vil bo – på X-plejecenter (navn på plejecenteret er censureret væk).

B: ja. Fordi visitatoren sagde at der er en lang venteliste for at komme til at bo på X-vænget. Og der var størst chance for at komme til at bo på X-plejecenteret, da der er flere lejligheder der.

M: det er godt at vide.

B: Så det er det vi arbejder mest på.

M: jeg kunne levende forestille mig stå i din gamle lejlighed og smøre dig nogle håndmadder.

B: ja, det gjorde jeg altid. Og jeg havde stearinlys på bordet hver dag. Ikke noget med at jeg stod ude i køkkenet og proppede maden i mig. Jeg satte mig ind i stuen og gjorde noget ud af det.

M: ja?

B: og fredag, lørdag og søndag fik jeg en øl og en snaps til maden. Og jeg har dug på. Det er ikke bare sådan noget tilfældigt noget. Fordi det kan ikke nytte noget. Fordi man er alene, så kan man jo godt hygge.

M: bestemt. Og det lyder også til at du er rigtig god til det.

B: ja, jeg er god til at hygge.

M: det er en vigtig evne at have.

B: ja. Det er dejligt.

M: jeg er helt sikker på, at når du flytter ind i din nye lejlighed, at du kan overføre nogle af de ting, som du har gjort i din gamle lejlighed.

B: ja, det vil jeg helt sikkert gøre. Og de siger at der er sådan et stort køkken-al-rum, og eget soveværelse og et dejligt stort badeværelse. Det er det der er. Mere har jeg jo heller ikke brug for. Ikke nu. Nu har jeg jo ikke de her 10-12 stykker til at spise mere.

M; det er også mange.

B: det havde jeg gerne, når jeg samlede familien. Det gør vi meget i – traditioner.

M: ja?

B: for at holde det i hævd. Ja det gør vi meget.

M: Ja, det er godt at mødes.

B: ja det er.

M: hvordan var det for dig at sidde i din stol på denne rejse? Sidste gang lå du og fru X ned på briksen. Der er jo forskel på de to ting...

B: Jeg tror at jeg bedre kan lide at ligge ned. Du kan bedre koncentrere dig.

M: nååå....?(jeg bliver i situationen tvivl om fru B tænker at jeg bedre kan koncentrere mig, eller om hun taler om sig selv)

B: altså, hvad skal man sige – det er sommetider at lysglimtet, du kan få udefra (skinner i øjne), ikke? Jeg synes det er bedre at ligge derovre.. (på briksen).

M: Det er meget fint, at prøve og se hvordan det var for dig at sidde i sin stol under en fantasirejse. Så fik vi prøvet det af – og fik prøvet forskellen.

B: ja, - jeg er også længere væk derovre..

M: ja, - mmm. Det er på en måde måske også nemmere at komme til at slappe af, og ligge godt på briksen?

B: ja. Nemlig. For her sidder jeg og holder ved. Jeg kunne bedre lide at ligge ned på briksen. Men så fik vi jo prøvet det her af.

M: ja, det gjorde vi. En anden ting, som vi også fik prøvet af, var, at vi under denne rejse talte sammen undervejs. Det gjorde vi ikke sidste gang, fordi når I er to der rejser på samme tid, så kan vi ikke samtale.

B: nej, det er rigtigt.

M: hvordan oplevede du forskellen?

B: jeg kan godt lide den måde, at man snakker sammen undervejs. Så kommer du af med det, ikke?

M: er det når jeg udspørger dig undervejs?

B: ja, så kommer man af med det.

M: hvad var det vigtigste for dig på denne rejse?

B: det var jo nok lejligheden. Og jeg kunne faktisk se, hvordan de slæbte møblerne ned af trappen.

M: Ja?

B: ja, for de skulle flyttes. Det kunne jeg også forestille mig.

M: jeg tror det er med til at gøre det nemmere for dig når det så sker.. i virkeligheden. Så har du måske vænnet dig mere til tanken om at flytte, når du her forestiller dig, hvordan det kommer til at være.

B: ja.

M: var der noget der var vanskeligt for dig?

B: nej, det synes jeg ikke der var. Altså jeg ved ikke rigtigt med lyskuglen. Mon ikke det var månen jeg havde fat i?

M: ja?

B: ja det tror jeg.

M: den var måske mere hvid den her gang?

B: ja – sidste gang var det solen, men nu var det faktisk månen, jeg havde fat i den her gang.

M: det er tit, at billederne er forskellige fra gang til gang.

B: ja?

M: også farverne kan være forskellige. Det er spændende at høre om.

B: det er godt. Jamen, det var månen, der lyste på mig.

M: mmm – var den varm lige som sidste gang?

B: nej, den var også over i det rødlige også. Det havde den også.

M: varmede den dig? Eller gjorde den noget helt andet?

B: nej, det synes jeg ikke den gjorde. Jeg synes bare ligesom der var noget rødt udenom den. Et rødtligt skær.

M: ja. –

B: men det er meget sjovt at prøve – jeg tror på det.

M: giver det mening for dig? – at dykke ned og ind i dig selv?

B: ja det gør det. Du spænder total fra.

M: Det er det dejligt.

B: ja.

M: er det noget at du har lyst til at vi gør evt. en gang om ugen?

B: ja, det gør ikke mig noget. Det vil jeg gerne være med til. Skulle vi ikke have en mere med?

M: jo, det skal vi. Vi kan desværre ikke få 'AL' med, da hun har middagshvil på dette tidspunkt af dagen. Men fru X kommer jo med igen, når hun kommer tilbage. Det er jo lidt spændende at høre om hinandens rejser, og man kan også bruge hinanden til at sætte nogle ting i perspektiv.

B: ja, det kan man. Tror også at fru X snart kommer tilbage. Det håber jeg for hende. Du kan tro, at jeg har tænkt på hende i dag.

M: det har jeg også. Det er en stor operation hun skal igennem i dag.

B: ja, det er en stor omgang. Uha.

M: ja, det er det. Så vi må se, hvornår hun er klar igen.

B: men jeg vil gerne være med igen.

M: er der en bestemt dag på ugen som er bedst for dig?

B: nej, jo – tirsdag måske, der har jeg ikke så mange besøgende.

M: fint, så kan vi sige, at vi ses hver tirsdag kl. 14, når du kommer op fra dit middagshvil.

B: ja, det siger vi.

B: det vigtigste jeg tager med mig i dag, er at jeg sådan ønsker mig at jeg får den lejlighed derude – på kloster. Det er vigtigt for mig at jeg får den.

M: det er måske blevet mere klart for dig?

B: ja. Det gør det i hvert fald.

M: det kan også hjælpe dig til, kan jeg forestille mig, at give bedre slip på den gamle lejlighed, når der er en lejlighed i sigte, som du rigtig gerne vil have?

B: ja. Og jeg ved i hvert fald, at dem der bor der, de vil stadigvæk komme og besøge mig. Det er jeg helt sikker på.

M: det er jeg også.

B: det er fordi Maria, jeg har altid haft meget let ved at gå ind i folk –

M: ja, det har du.

B: også med at snakke med dem. Også når der kommer nye her. Det er også mig, som snakker til dem (nye patienter).

M: du er omsorgsfuld..omsorgsfuld overfor andre mennesker.

B: ja, det har jeg altid fået ord for.

M: folk knytter sig til dig.

B: ja, sådan en som Fru R (95-årig medpatient), hun gør i hvert fald. Også 'AL' (medpatient) . Hun gør også. Altså, jeg kan godt lide hendes måde at være på. Hun spytter det lige ud – det kan jeg godt lide.

M: ja?

B: uuuh, jeg er tør i halsen, jeg skal op og have noget at drikke.

M: lad os slutte af – tak for nu.

B: det siger jeg også

M: vi ses næste tirsdag, samme tid og samme sted.

B: det gør vi i hvert fald.

Transskription af 4. session (Sessionen varer i alt 33: 17 min).

M: Hej B! kom indenfor

B: Hej M. Jeg har fået den lejlighed, som jeg så gerne ville have!

M: Fantastisk. Det kunne lade sig gøre.

B: Jeg synes bare at det var underligt at jeg lige havde drømt om det her hos dig og dagen efter så kom beskeden. Dagen efter så kom min datter for at fortælle mig det, og så begyndte jeg at grine... (griner).

M: (Griner)

B: det var et ønske der gik i opfyldelse..

M: ja, nogen gange er det næsten mærkeligt når et fantastisk stort ønske går i opfyldelse. Og så havde du endda lige "drømt" om det på din fantasirejse sidste gang. Det var dejligt for dig. Hvor når kan du se lejligheden?

B: jeg har noget jeg skal ned at skrive under på snart. Jeg har nemlig bestemt med mig selv, at jeg vil spise sammen med de andre dernede.

M: er der mulighed for fællesspisning?

B: Ja, der er mulighed for fællesspisning – ellers kan jeg sidde og spise oppe ved mig selv, og det vil jeg ikke. Jeg vil spise sammen med de andre, jeg vil ikke sidde for mig selv og spise. Hvorfor skulle man dog det?

M: næ....det lyder rart med selskab. Så har du mulighed for at lære nogle at kende, og der er mulighed for at gode snakke kan opstå.

B: ja , nemlig.

M: Det samme sker jo her på afdelingen...under spisningen kan jeg se i samles og hygger jer.

B: ja, lige præcis, det er en helt anden atmosfære, ikke?

M: ja

B: og jeg har også bestemt mig for at alle de ture de tager på, dem vil jeg også med på.

M: ja?

B: Jeg vil ikke bare sidde derhjemme og... nej det vil jeg ikke. Det er ikke mig.

M: nej, det er ikke dig. Jeg forestiller mig dig som én der simpelthen bare vil noget...

B: ja – og lave sjov med de andre også! Det kan du jo høre eksempelvis på Fru AL (en patient som også er indlagt på afd.)

M: ja, I to har virkeligt noget sammen (griner)

B: (griner) Ja, det har vi godt nok. Der er masser af "ping-pong"

M: det er der.

B: ja, nå, vi skal til at i gang, hvis jeg nu får gæster...

M: ja, vi skal, - hvordan ser det ud i dag ifht. at du skal fra din kørestol og over på sengen? Kan du selv? Eller skal jeg kalde på en der kan hjælpe os?

B: nej, det er ikke nødvendigt. Med en smule hjælp fra dig, så går det fint.

M: du må guide mig og fortælle mig, hvordan jeg skal gøre...

B: jamen jeg tror sagtens du kan – du må bare ikke lægge mig på gulvet...(griner)

M: det prøver jeg så lige at lade værre med! (griner)

B: det er godt

(Jeg hjælper derefter fru B over på en briks, så hun ligger ned under fantasirejsen)

B: så er vi klar – jeg må hellere lige få mine briller af.

M: nu skal jeg ta´ dem. Ligger du godt?

B: jeg ku godt bruge en hovedpude mere – jeg ku´ jo godt få fru X's hovedpude, nu hvor hun ikke kommer i dag.

M: jeg finder lige en hovedpude mere..

B: tak, hvad skulle fru X?

M: hun havde kommet til at lave en dobbeltaftale

B: nå?

M: hun skulle ned at træne i fysioterapien. Jeg finder lige et tæppe til dig, vil du ikke gerne have det?

B: jo tak

M: Sidste gang vi var sammen, da havde du på forhånd planlagt, hvad du ville bruge sessionens fantasirejse til – hvad kunne du tænke dig i dag? Har du noget i tankerne, har du et startbillede for denne sessions rejse?

B: Nej, det har jeg faktisk ikke. – det er jo lykkedes. Ikke andet end at det bliver godt dernede (i den nye lejlighed) – og det er jo op til mig selv...

M: ja...?

B: jeg har ikke lige noget i tankerne....

M: jeg har nogle forslag..

B: ja?

M: man kunne forestille sig, at du skulle prøve at forestille dig, at du er nede i din nye lejlighed – og at du på din fantasirejse undersøger, hvordan det vil være at være der.

B: ja, - godt. Det gør vi.

M: ja?

(pause)

M: ligger du godt fru B?

B: ja, det gør jeg.

M: godt. Prøv du at lukke dine øjne, når du er klar til det. Vær opmærksom på dit åndedræt. Tag nogle dybe vejrtrækninger. Slap rigtig godt af. Mærk at – nu er du her. Kom til stede så godt du kan og prøv om du kan lade lydene udenfor komme og gå som de skal. Og begynd at fokuser på det vi sammen skal lave her. Lad dine øjne vende sig til mørket mere og mere. Giv dig selv lov til at slappe af og bare tage imod. Træk nogle gode dybe indåndinger og pust ud...Prøv engang at have din opmærksomhed på dine ben og fødder. De spændinger du end måtte have – saml dem sammen på indåndingen og når du puster ud – så giv slip for dem. Mærk hvordan det føles for dig. Lad dine tanker gå videre op til din ende og din mave. Saml dine spændinger som end måtte være her på indåndingen – og giv slip på dem på din udånding. Træk vejret godt ind engang. Lad dine tanker gå videre til brystkassen. Prøv også her og gør dig så afslappet som du kan. Giv slip på de spændinger og bekymringer der kunne være der. Lad dine tanker gå videre til dine arme og skuldrer. Og igen, fokuser på de spændinger og bekymringer, der end måtte være der – saml dem sammen på indåndingen og giv slip på dem ved udåndingen. Prøv om du kan forestille dig en kugle over dit hoved og giv den lige præcis den farve, kvalitet og styrke som du synes den skal have. Og lad den give dig noget rigtigt godt – lige det du har brug for. Lad kuglens stråler eller

energi -stråle ned på dig. En god og varm energi. Hvis du har lyst så kan du tage energien fra kuglen ind i dig og lade dig opfylde af det. Sidste gang var du på rejse i din gamle lejlighed. Du fik set den igen. Smurte dig et par madder og gik lidt rundt omkring. Du så flyttemændene flytte dine ting. Prøv at forestille dig, at flyttemændene, flytter dine møbler ind i din nye lejlighed. Lige om lidt, så starter musikken – lad musikken ledsage dig på din rejse og føre dig de steder du ønsker.

(musikken starter):

(undervejs siger jeg følgende:

efter 2 min: giv dig god tid til at opleve – og vær i det du er lige nu.

Efter 2,5 min afbrydes sessionen ved at der bankes på døren. En fysioterapeut kommer ind i lokalet og henter nogle sager. Det var frygteligt afbrydende, men fru B formår at abstrahere fra afbrydelsen og fortsætter rejsen uden at kommentere afbrydelsen. Det samme gør jeg.)

Efter 3,5 min siger jeg: læg mærke til dine tanker... dine følelser...læg mærke til hvordan det er at være der hvor du er...

Efter 7 min siger jeg: du skal så småt begynde at afslutte din rejse og give dig tid til at komme tilbage til rummet.

Musikken stopper efter 7:36 min.

Efter 50 sekunders stilhed starter vores samtale om rejsen.

M: hvor var du henne?

B: Jeg havde møbleret min nye lejlighed og så ønskede jeg mig, at jeg fik min el-scooter igen, som jeg har fået – at jeg kan få den igen, så jeg kan køre op i byen. Det var det jeg fantaseret om. Og om, hvordan forholdene var nede i spisesalen.

M: var der nogle andre mennesker tilstede?

B: ja, der var mange, for der var nemlig fælles kaffebord dernede..

M: ja?

B: Jeg havde også købt mig en ny måtte til badeværelset og et nyt forhæng.. et badeforhæng.. og et rødt tæppe til at lægge under spisebordet.

M: mmm...?

B: jeg har et under sofabordet, og så ville jeg også gerne have et til at lægge under spisebordet. Der er nemlig kun sådan ... institutionsgulve dernede.. og det er også godt nok, når man har kørestol...ikke?

M: Jo, det er praktisk.. Men derfor er det jo også rart med et tæppe til at....

B: til at bryde..

M: til at bryde ja. Og gøre det lidt personligt.

B: nemlig, - det var min rejse i dag.

M: ja. Vi blev lidt afbrudt undervejs.

B: ja og det er irriterende! Ikke?

M: ja det er! Kom du ud af din oplevelse?

B: ja det gjorde jeg – man kan faktisk ikke lade være med at lige at se...

M: det var ærgerligt,

B: ja, for man er virkelig lang væk inde i sig selv og det blev jeg revet ud af.

M: jeg har endda sat et stort skilt op på døren om at vi under ingen omstændigheder må forstyrres!

B: ja det så jeg godt.

M: det dur ikke at vi afbrydes.

B: det er irriterende

M: ja. Lykkes det dig at komme tilbage til en let ændret bevidstheds tilstand?

B: ja, det gjorde det faktisk – jeg var lige midt i at lukke mit køleskab op...

M: ja?

B: Men jeg kunne ikke placere tøjet, jeg kunne ikke huske hvor skabene var..

M: var du ved at lægge ting på plads i din nye lejlighed?

B: ja, det gjorde jeg nemlig.

M: ja?

B: og det som jeg ikke kan have, de ting som jeg ikke får plads til – det skal mine børnebørn have. Og det som de ikke vil have – det skal kirkens korshær have.

M: mmm. God måde at gøre det på.

B: ja, sådan gør jeg det.

M: du ved allerede noget om, hvad du skal have med dig?

B: ja, ja, - det gør jeg.. Jeg vil have de pæneste ting. Og så har jeg nogle kolo-mægtige store malerier – jeg ved ikke hvad jeg skal gøre ved dem. Dem kan jeg tage med mig.

M: nej? – måske en af børnebørnene kan få glæde af det?

B: ja, og hvis ikke, så ryger det hen til kirkens korshær.

M: ja. Hvordan var musikken?

B: den var dejlig.

M: du kunne godt bruge den?

B: ja, jeg synes den var rigtig dejlig.

M: kan den hjælpe dig til at holde et fokus?

B: ja det kan den.

M: eller guide dig på din rejse?

B: ja, men også holde én – og det er så sjov, hvad skal jeg sige – det var som om det trykkede én over brystet (klapper sig selv på brystet).

M: mmm, var det fordi du var meget afslappet?

B: ja, jeg var meget afslappet og helt tung i kroppen. Og det er jo det der er godt ved det.

M: ja?

B: det var lige som om at det strammede over brystkassen.

M: var der andre steder du kunne mærke en fysisk reaktion?

B: nej det synes jeg ikke.

M: ok. Hvad er det vigtigste, som du tager med dig fra denne fantasirejse?

B: Altså i dag?

M: ja, fra i dag.

B: det vil jo selvfølgelig være hvis jeg kunne komme til at gå og kunne komme til at bruge min arm (venstre) lidt mere.

M: ja..

B: ja, og det er det jeg arbejder på. Jeg har heldigvis fået lov til at blive her.

M: ja.

B: om end ikke hele tiden, så som dagpatient.

M: Da vi lavede afspændingsøvelsen (induktionen) har du så prøvet at give din arm noget opmærksomhed? Noget energi fra kuglen?

B: nej, det har jeg ikke gjort. Det vil jeg gøre næste gang. Det er jo den jeg kæmper for nu.

M: tænkte du på noget tidspunkt på din arm under fantasirejsen?

B: nej, ikke i dag. Jeg håber selvfølgelig bare på, at det bliver så godt som muligt.

M: ja. Det kan jeg godt forstå. Lad os slutte af for nu fru B.

B: ja, lad os det. Nu må vi se om du kan få mig op herfra! (griner)

M: ja!

B: herved kom jeg da, så kan vi vil også den anden vej!

M: (jeg hjælper fru B op i sin kørestol og vi aftaler at ses ugen efter, hvor fru Y inviteres med (fru Y er også indlagt på afdelingen og fru Y bliver spurgt om hun kunne tænke sig at deltage i musikterapien sammen med fru B, da musikterapien oprindeligt var tiltænkt som gruppeterapi).

Transskription af 5. session (4. gang for fru B og 1. gang for fru Y) sessionen varer 38: 42 min.

M: I dag er den 5 session med fru B.

Y: den 5. gang?

M: ja, Og så har vi haft Jette med, inden hun blev udskrevet.

Y: åh ja.

M: Det vi laver her i musikterapien er fantasirejser. Vi plejer at starte hver session med en kort samtale, for at finde frem til et fokus for fantasirejsen. Dernæst laver jeg en induktion, - en afspændingsøvelse, som så glider over i selve fantasirejsen. Under rejsen lytter I til musik. Efter rejsen taler vi sammen om, hvad I har oplevet på jeres rejse.

Y: ja?

M: Så det handler altså om at slappe af, nyde noget musik og lægge mærke til hvilke tanker, følelser eller kropslige reaktioner, du får undervejs. Jeg har fået lov af Fru B til kort at give et eksempel på, hvad hun har brugt dette rum til.

Y: ja?

M: Det har været svært for Fru B, at hun skal flytte fra sin gamle lejlighed over i sin nye lejlighed.

Y: selvfølgelig.

M: Fru B har brugt fantasirejserne til at acceptere sin situation - at hun ikke længere kan bo i sin lejlighed og må flytte et nyt sted hen.

Y: lyder vigtigt.

M: ja. – under selve fantasirejsen lytter vi til klassisk musik. Musikken kan betragtes som en form for ledsager, som fører jer til de steder i jeres fantasi, som I ønsker...jeg siger enkelte ord til jer under musiklytningen, men det primære fokus er musikken. Der er ingen samtale imellem os under fantasirejsen.

Y: her lader vi bare tankerne flyde?

M: ja. Er der noget du vil spørg om Fru Y? Eller skal vi bare Kaste os ud i det?

Y: lad os bare starte.

M: Fru B du fortalte mig tidligere at du havde tænkt over, hvad din rejse skal handle om i dag?

B: ja. Men det er sådan noget jeg har gået og forberedt. Her i formiddag.

M: ja?

B: det handler om at jeg er flyttet og at jeg ønsker at jeg kommer til at lære en masse nye mennesker at kende... på den måde...ikke?

M: Ja? – du ønsker at fantasere om din kommende hverdag i din nye lejlighed, og at du kommer til at lære nogle nye mennesker at kende?

B: ja, det er det, jeg vil fantasere om.

Y: det er jo noget dig og mig har let ved, fru B. Det er jeg klar over. Så det skal nok gå fint. Ikke?

B: jo.

Y: vi to var de første der snakkede sammen her på afdelingen.

B: ja. Det var vi.

M: så det handler om mødet med nye mennesker.

B: ja, det gør det.

M: fru Y, jeg ved ikke om du allerede på forhånd har en idé om, hvad du vil bruge din fantasirejse til? Eller om du vil se, hvad der opstår undervejs?

Y: Jeg ser hvad der sker...

M: godt. Lad os starte. Det musik vi skal høre varer ca. små 8 minutter. Det er Beethoven vi skal lytte til i dag.

B: dejligt.

Y: hvad var det du sagde? Jeg hører ikke så godt?

M: musikken som vi i dag skal høre varer 8 min og det er Beethoven, som vi skal lytte til.

Y: ok.

M: så har I en fornemmelse af, hvor lang tid rejsen tager.

Y: fint.

M: lad os starte. Sørg for at I lægger godt. At der ikke er noget som føles generende for jer. Luk gerne jeres øjne og prøv engang og vend jer til at være til stede her i rummet. Lad lydene ude på gangen komme og gå. Tag et par dybe vejtrækninger – og slap rigtigt godt af. Forestil dig, at når du trækker vejret ind, så samler du de bekymringer og spændinger, som du end måtte have. Når du puster ud – så giver du slip for dem. Træk vejret rigtig godt ind – og pust ud. Prøv om du kan rette din opmærksomhed mere og mere indad. Lad øjnene vende sig mere og mere til mørket. Lad dine tanker vandre ned til dine fødder. Når du trækker vejret ind, så samler du dine spændinger og bekymringer. På udåndingen giver du slip. Træk vejret godt igennem – og pust ud. Lad dine tanker gå videre op til dine ben og lår. Igen så samler du de bekymringer og spændinger, som kunne være forbundet med det område. På udåndingen, da giver du slip. Træk vejret rigtig godt ind. Og pust ud. Tillad dig selv at være til stede i rummet. Lige præcis sådan som du bedst kan. Lad tankerne gå et skridt videre op til enden og maven. Saml spændinger og bekymringer på indåndingen og giv slip på dem, på udåndingen. Mærk din brystkasse – træk vejret godt ind. Igen, saml dine spændinger og bekymringer på indåndingen og giv slip på dem på udåndingen. Lad dine tanker vandre videre til dine skuldre og arme. Saml spændingerne sammen og giv slip på dem igen. Ånd ind, ånd ud. Prøv engang at forestil dig, at der er en kugle over dit hoved. En kugle, hvis form, farve og kvalitet er lige netop på den måde, som du ønsker det. Kuglen giver dig noget godt. Forestil dig, at kuglen stråler over dig med dens gode energi. Ned over ansigtet, armene, din overkrop, ben, fødderne. Måske kan du forestille dig at du tager kuglens energi ind, som en god energi. Eller at du lader dig bruse i kuglens gode energi. Lige som et brusebad. Om et øjeblik, så starter musikken. Den vil ledsage jer på jeres rejse. Læg mærke til hvad du oplever på din rejse, og hvad der er vigtigt for dig.

(musikken starter)

efter 1, 5min siger jeg: giv dig god tid til at opleve. Læg mærke til hvad der optager dig. Måske du er alene, måske du mødes med andre.

Efter 3 min siger jeg; læg mærke til hvad der optager dig – hvad du ser, eller hører, eller mærker.

Efter knap 7 min siger jeg: musikken er ved at være ved vejs ende. Du kan overveje at finde en måde at komme tilbage på, og afrunde din rejse. Giv dig god tid til at komme tilbage.

M: fru B det kan være du vil starte med at fortælle, hvad der står frem for dig efter din rejse?

B: ja. Jeg startede med i lørdags, nej i fredags, da var mine piger nede i lejligheden og pakke alting sammen. Lørdag kom svigerbørnene og hjalp med at flytte mine ting derned. Og så hentede de mig lørdag aften, så jeg kunne se hvordan det hele så ud dernede i den nye lejlighed. Jeg skulle selv bestemme hvor mine billeder skulle hænges op. Og så skal vi have fat på gardinmanden. Der er nemlig store vinduer dernede og det kræver altså nye gardiner. Dem jeg havde de duede ikke. Jeg oplevede, hvordan mine venner, dem jeg kender fra min gamle lejlighed, de kommer på besøg hos mig i min nye lejlighed.

M: ja?

B: vi fik kaffe sammen

M: ja?

B: det var min drøm.

M: mmm

B: jo, og min dårlige arm, den havde jeg også med. Jeg bad til at den skulle blive rask. Det var der med kuglen – jeg brugte kuglen til at give den noget godt, en god energi, så den kan blive rask.

M: kunne du forestille dig at den gav dig noget god energi?

B: ja det kunne jeg sagtens. Men den lovede mig desværre ikke om den kunne blive rask

M: det ville da være rart, hvis den kunne love dig det..

B: ja, det ville det.

M: ja.

B: kunne du li' det fru Y?

Y: ja, men jeg er jo bare så døv, så jeg ku slet ikke høre hvad du sagde.

M: nej?

Y: overhovedet ikke. Jeg var spændt på om jeg kunne høre musikken, da den skulle komme..

M: kunne du det?

Y: ja, det kunne jeg heldigvis.

M: men jeg var for svag for dig at høre?

Y: ja, det var du. Men ellers synes jeg det var meget afslappende.

M: ja?

Y: ja

B: ja, det går helt ind.

Y: ja, det gør det.

M: kunne du slappe af, selvom du ikke kunne høre mig?

Y: det synes jeg.

M: det var det dejligt, det var da godt at du eksempelvis ikke lå og blev frustreret...

Y: det gjorde jeg ikke. Jeg lå godt, og jeg følte mig dejligt afslappet.

M: ja?

Y.: og der skete det for mig, at jeg hele tiden vendte tilbage til mine tanker, at da jeg kom til jer i torsdags, så natten til fredag, da sov jeg ikke. Men jeg lå alligevel og tænkte på, hvor godt jeg havde det. Fordi når jeg ligger ned, så føles det som om at jeg er rask og at der ikke er noget der er forandret. Det er først, når jeg skal bevæge mig, at jeg kan mærke den forandring blodproppen har givet mig. Jeg følte mig slet ikke syg.

M: nej?

Y: det var akkurat som om jeg ikke var syg. Det var som om jeg bare lå hjemme i min egen seng.

M: disse tanker optog dig også nu?

Y: ja, det startede den nat, fra torsdag til fredag, - men det har så hængt meget siden da.

M: hvordan var det og blive bragt tilbage til den tilstand?

Y: selvfølgelig er det vanskeligt at tænke på, at man har det så vanskeligt som man har det. Men jeg har hele tiden fået at vide at jeg bliver bedre. Jeg gør hele tiden fremskridt. Men ikke det der med at gå.. det synes jeg er noget jammerligt noget...

M: mmm

Y: men nu kan jeg da rejse mig og stå op..

B: fru Y, du må tænke på, at du ikke har været her så længe.

Y: nej, det har jeg ikke.

B: du kan være sikker på at det kommer til at blive bedre.

Y: nej, jeg har kun været her i en 14 dages tid.

B: du skulle have set, hvor syg jeg var lige i starten, da jeg kom. Jeg kunne intet. Og det er bare gået så meget fremad hele tiden. Der sker hele tiden fremskridt.

Y: jamen jeg tænker også tit på det og jeg tænker ikke negative tanker.. det er jeg ikke slem til.

M: derfor kan det man jo godt være bekymret over sin situation.

Y: alligevel så tænker jeg... guud.. hvornår kommer jeg mon til at kunne gå ordentligt på benene igen, ikke?

M: mmm

Y: men man lærer jo hele tiden noget nyt. Jeg har f.eks. lige lært at hæve og sænke min seng i dag. Alene det, det er en stor hjælp.

M: helt sikkert. Hvordan var det at lytte til musikken?

B og Y: dejligt.

Y: det var så dejligt. Helt sikkert.

B: afstressende

M: kunne du høre det jeg sagde mens du lyttede til musikken?

Y: nej slet slet ikke.

M: ordene druknede helt i musikken?

Y: ja, det gjorde de.

M: det gør heller ikke så meget. At du hørte musikken var det aller vigtigste. Var der noget der var vanskeligt for dig?

Y: næ, det var der ikke.

M: er der mere I kan fortælle fra jeres rejse?

Y: næ

B: nej, det synes jeg ikke.

Y: nu er det jo så nyt for mig...

M: ja, det er det. Men nu har du prøvet at være med. Hvis du får lyst til at være med igen, så har du en fornemmelse af, hvad du kan bruge musikterapien til.

Y: ja

M: hvad er det vigtigste i tager med jer fra jeres rejse?

Y: jeg tror mine tanker har hvirvlet for meget rundt, til at jeg lige kan sætte nogle ord på det.

B: mit, det handler om at jeg er kommet på plads nede i lejligheden. At jeg kan rejse dertil og se mig omkring.

M: ja, det er en milepæl...

B: ja det er det. Og det kan ikke være anderledes. Så enkelt er det. Kan du ikke få det bedste, så må du nøjes med det næstbedste.

Y: ja.

M: mmm

B: nu skal jeg bare have fundet mig nogle flotte gardiner (griner)

Y: (griner) jeg synes de har nogle meget flotte gardiner her på afdelingen.

M: ja, de er ret flotte med den grønne farve. Vi skal til at slutte nu.

B: hvordan får du os mon op herfra nu (griner)

M: ja, det er lige det! (griner) ah – det klarer vi!

B: ja, det tror jeg.

M: fru Y, du kan tænke over om du har lyst til at komme igen næste tirsdag.

B: er det ikke bare dejligt fru Y?

Y: jo, det vil jeg gøre.

M: Vi kan tales ved i løbet af ugen.

Y: ja, lad os det.

B: det er bare så dejligt.

Y: er det hver tirsdag I mødes?

M: ja, det er det.

Transskription af 6. session

(inden sessionen går i gang taler fru B om en ny hånd-forbinding, som hun er ved at afprøve. Hun fortæller at hun har den på hver dag og er spændt på at se, om den kan hjælpe hende)

B: Jeg har prøvet mange ting af imens jeg har været her.

M: Ja, det har du. Du er jo meget åben som person, det kommer dig også til gode her, hvor du har overskud til at tage imod forskellige tilbud..

B: Jeg har aldrig været træt af at været her. Jeg er ikke sygehus-træt.

M: det er faktisk lidt imponerende, da du har været her længe fru B.

B: det er jeg overhovedet ikke og det er jo fordi det går fremad.

M: ja.

(Pause)

M: jeg tænkte på – kan du for resten holde til at snakke, når du lægger ned?

B: Ikke ret godt.

M: jeg vil nemlig gerne evaluere vores forløb her sammen med dig, men lad os gøre det næste tirsdag.

B: ja, lad os gøre det næste tirsdag.

M: har du planer for i dag, fru B? Har du tænkt over hvad du vil bruge sessionen til i dag?

B: Ja! Jeg har! Jeg har bestemt mig for, at jeg ikke tager herfra førend jeg kan gå! Og – så vil jeg jo også gerne have min arm med. Det er det jeg kunne tænke mig at fantasere om i dag.

M: ja?

B: især min arm. Den trænger til lidt hjælp i drømmen.

M: Så du kunne tænke dig at visualisere eller fantasere om, at du ser dig selv gå? Og at du forestiller dig at din arm bliver bedre?

B: ja.

M: ja. Spørgsmålet er, hvordan vi skal gøre det? Har du lyst til at vi taler sammen mens musikken spiller? Eller skal vi vente med at samtale når musikken er sluttet?

B: ja, det vil jeg gerne.

M: samtale undervejs?

B: ja

M: ok. Jeg finder lige noget musik og så er vi ved at være klar til afspændingsøvelsen og fantasirejsen.

B: ja. – du er da forkølet Maria?

M: ja, det er jeg, men det går med det.

B: ja, men det er næsten værst med det hosteri.

M: det har jeg heldigvis ikke noget af..

B: når man kommer i seng, så er det helt tosset..

M: så kan det være svært bare at få luft...

B: ja

M: ja. Fru B prøv du at lægge dig godt til rette og gør dig klar til afspændingsøvelsen. Inden vi starter rejsen er det vigtigt at vi lige kommer til stede her i rummet og at du kan slappe rigtig godt af. Du har allerede lukket dine øjne, det er godt. Prøv en gang at trække vejret rigtigt godt

ind. Og pust ud. Ånd ind, ånd ud. Lad dine øjne vende sig til mørket. Lad uvedkommende lyde komme og gå – samtidig med, at du bliver mere og mere afslappet. Træk vejret dybt engang – ånd ind, ånd ud. Forestil dig at du på indåndingen samler de spændinger og bekymringer – det kunne være bekymringer ifht. din arm, som du gerne vil af med. Eller benene. Samler sammen og give slip igen på udåndingen. Prøv at rette din opmærksomhed mere og mere indad. Saml dine tanker nede ved dine fødder. Her samler du dine bekymringer og spændinger på indåndingen og giver slip på dem igen på udåndingen. Trækker vejret ind – og puster ud igen. Lad dine tanker vandre op til dine ben – samler bekymringer og spændinger på indåndingen og på udåndingen, da giver du slip for dem. Ånd ind og slip fri. Lad dine tanker vandre videre til enden og maven. Samle sammen – og giv slip. Lad dine tanker vandre videre op til dine skuldre, brystkassen. Samle sammen – og giv slip på dine bekymringer eller spændinger på udåndingen. Så lader du dine tanker gå videre ud til dine arme. Prøv igen, at samle dine spændinger og bekymringer på indåndingen og giv slip på dem igen ved udåndingen. Og træk vejret ind... og pust ud. Lad tankerne vandre videre op til dit hoved og igen samler du spændinger og bekymringer på indåndingen... pust ud og giv slip på alle bekymringer og spændinger. Forestil dig nu at der er en lysende kugle, som lige så stille begynder at tage form foran dit hoved – der foran dig i mørket. Tillad dig selv at giv kuglen opmærksomhed. Lad kuglen vokse til den størrelse, form og farve, du synes den skal have. Kuglens lys eller energi – har lige den kvalitet og styrke som du synes den skal have. Lad nu kuglen vandre op over dit hoved – når kuglen er over dit hoved, så lader du lyset fra kuglen risle over dig, som et brusebad. Sådan at din krop til sidst er omgivet af lys og varme. Du har også mulighed for at tage lyset ind og lade din krop fylde af det. Om et øjeblik starter musikken. Og den vil ledsage dig på din rejse. Når du er klar til det, så kan du begynde at fortælle noget om, hvad du oplever, der hvor du er.

Efter 5:30 sek. Fortæller fru B at hun oplever sig selv gå ned af en lang gang.

B: jeg går ned af den lange gang, det ser ud som om, at min arm har det bedre. Jeg kan mærke det bliver bedre.

M: du ser dig selv gå?

B: ja, jeg går ned mod lyset.. Der er en glasdør forenden af gangen, det er der lyset kommer fra.

M: og din arm har det bedre?

B: (jeg kan ikke høre hvad fru B fortæller her, men for mig lyder det som om hun siger at hun mærker lidt liv i fingrene. Dette giver også mening for samtalen efterpå, hvor hun fortæller at hun mærker liv i fingerspidserne)

B: ja, jeg vil tro på det. Det bliver nok aldrig rigtigt godt. Men jeg håber. Jeg VIL tro det.

M: mmm

B: det ligger mig virkelig meget på sinde.

M: mmm

B: det kan godt være at jeg tuder...men det gør mig heller ikke noget.

M: nej. Er der andet du lægger mærke til mens du går ned ad gangen?

B: mens jeg går derned ad?

M: mm

B: ikke andet end lyset forude.

M: lyset for enden af gangen, ved glasdøren?

B: ja, nemlig.

M: ja.

(musikken slutter efter godt 7 minutter)

B: men jeg tror altså på, at jeg får mere liv i den arm her, det tror jeg på.

M: mmm, det var mange vigtige informationer, og du kunne mærke liv i din hånd under rejsen...?

B: ja, det var lige ude i fingerspidserne. Så bliver den rød heroppe, hvor den ikke er lam, når den er i isvand.

M: ja?

B: ja, jeg er nærmest ved at være vinterbader (griner)

M: ja.

B: jeg håber og tror på at den bliver bedre, så jeg bare kan bruge den en lille smule. Men det gør den. Når jeg skal have børstet tænder, så sætter jeg tandpastaen ned mellem mine fingre og det gør jeg også med det creme, som jeg skal have i ansigtet.

M: så træner du din hånd, fingre på den måde?

B: ja, så sætter jeg tuben ned mellem fingrene, ikke også?

M: og det har du måske ikke kunnet gøre bare for en måned siden?

B: nej, det har jeg ikke. Jeg var lammet hele vejen ned. Jeg kunne slet ingenting.

M: nej.

B: det har jeg. Og derfor er det flot at benene er kommet så godt med.

M: ja, det er det.

B: men altså, benene – det er altid noget af det første som kommer med. De er hurtigst til at reagere på genoptræningen.

M: ja?

B: ja, det siger de.

M: benene er vel også noget af det vigtigste at få gang i igen, er det ikke?

B: jo det er. Du kan klare dig utrolig godt, når bare du har benene med. Og du kan klare mange ting bare med én hånd.

M: ja, helt sikkert. Men det er stadig en stor omvæltning.

B: helt sikkert.

M: dejligt for dig du er blevet så mobil. Hvordan var det at se dig selv gå ned af gangen under din fantasirejse?

B: dejligt, jeg kom helt ned. Helt ned forenden af gangen til lyset.

M: var du afslappet?

B: ja helt utrolig meget.

M: det så også sådan ud. Det så ud til at være dejligt, der hvor du var.

B: det var det også.

M: det er vigtigt med afspændingsøvelsen. Der er du god til at give dig selv lov til at slappe af. Man bliver helt tung i kroppen

B: Ja, det er nemlig helt rigtigt. Og helt heroppe fra (banker på sin brystkasse)

M: ja?

B: her er det ligesom det presser..

M: her ved brystkassen?

B: ja

M: du er helt tung der?

B: ja

M: er musikken med til at gøre dig afslappet?

B: ja, og derfor er det en skøn musik til det.

M: ja.

B: og næste gang da, vil jeg gerne en tur til Spanien. Jeg har været der engang.

M: ja? En tur til Spanien. På ferie?

B: ja

M: så må jeg finde noget godt musik som egner sig til en tur til Spanien.

B: ja

M: der er sol og varme.

B: nemlig. Jeg vil gerne helt ned hvor det er.

M: ja. Har du mere du kan sige til det du oplevede – hvad du mærker i din krop når du bliver så afslappet? Eller er der noget du sådan tænker over, mens du er på din fantasirejse?

B: jeg tænker bare – uh, slap godt af, slap godt af.

M: ja.

B: bare armen ligger tungt, så slapper jeg af.

M: ja

B: men min arm lå faktisk ikke helt ordentlig... så bliver Maria fyret (griner)

M: jamen altså! Hvad skal være anderledes?

B: min arm skal ligge opad

M: så må vi huske at have en pude under din arm næste gang. Det er godt du fortæller mig det.

B: ja, enten en pude eller så kan den lægge på min brystkasse.

M: ja. Generede det dig undervejs, at din arm ikke lå ordentligt?

B: nej, det gjorde det ikke, for den hviler jo selvom den lægger ned. Men den skal helst lægge opad.

M: det husker vi til næste gang.

B: ja. Det er godt.

M: Ok? Er der mere til i dag?

B: nej, det synes jeg ikke.

M: jeg vil lige til sidst nævne at jeg ventede med at spørge ind til dig, fordi jeg tænkte at det måske bare var rart for dig, bare at ligge og lytte til musikken uden at jeg brød ind?

B: det var det også - det var dejligt. Skøn musik.

M: lytter du til klassisk musik i din hverdag?

B: det sker. I radioen.

M: ja? Det er meget dejligt musik.

B: ja det er helt sikkert.

M: det kan noget som populær musik...

B: ikke kan!

M: netop. Ok, fru B, lad os få dig op igen.

B: ja, sku' vi ikke?

Transskription af 8. session

M: så er vi her igen.

B: ja.

M: jeg har taget noget helt nyt musik med til dig i dag.

B: det lyder godt.

M: det er noget, hvor der er nogle violiner.. og så er der en mand der synger..

B: ja?

M: så ved du lidt på forhånd hvad du kommer til at høre.

B: Ja

M: musikken er Islandsk.

B: ok.

M: lad os bare gå i gang, så kan vi tale om dine oplevelser efter rejsen.

B: ja. Det gør vi.

M: ligger du godt?

B: ja, det gør jeg.

M: ingenting som føles generende?

B: nej, overhovedet ikke.

M: det er godt.

(lille pause)

M: når du er klar til det, så luk dine øjne.

B: ja

M: Lad uvedkommende lyde komme og gå. Samtidig med at du bliver mere og mere afslappet. Tag et par dybe vejrtrækninger..... Og forestil dig, at når du trækker vejret ind, så samler du dine bekymringer og spændinger – og når du puster ud, så giver du slip på dem igen. Ret din opmærksomhed mere og mere indad. Og lad lydene komme og gå. Prøv engang og lad din opmærksomhed gå ned til dine fødder. Mærk efter om du har spændinger eller bekymringer her. Saml dem sammen på indåndingen og giv slip på dem på din udånding. Lad dine tanker gå videre op til dine ben. Saml dine bekymringer eller spændinger sammen - og giv slip på dem igen på udåndingen. Sale sammen – og slip fri. Træk vejret dybt og giv slip. Lad tankerne vandre videre til enden og maven. Saml dine spændinger her – og slip dem fri. Ånd ind og ånd ud. Lad tankerne vandre videre op til din brystkasse. Saml dine spændinger og slip dem fri igen. Træk vejret ind – og pust ud. Lad tankerne vandre videre op til dine skuldre og til dine arme. Saml dine spændinger sammenog slip dem fri igen... lad tankerne vandre videre op til dit hoved. Og saml de spændinger og bekymringer du har på indåndingen og giv slip på dem på udåndingen. Ånd ind, og pust ud...Forestil dig at der er en kugle, en lysende kugle, som begynder at tage form i mørket, foran dig. Tillad dig selv at give den opmærksomhed. Fokuser på den. Lad den vokse til den størrelse og farve, som du ønsker den skal have. Kuglens lys har lige den kvalitet og styrke du synes den skal have. Lad kuglen vandre op over dit hoved. Når kuglen er over dit hoved, så lader du lyset fra kuglen risle ned over dig som et brusebad. Sådan at din krop til sidst er omgivet af lys. Du har også mulighed for at tage lyset ind, og lade din krop fylde af det. Om et øjeblik så starter musikken. Den vil ledsage dig på din rejse, lige præcis der hvor du ønsker at tage hen i dine tanker.

Musikken starter

Efter 30 sek. siger jeg:

Giv dig god tid til at opleve og mærke hvordan det er at være dig lige nu – og hvad der fylder. Og hvad der er vigtigt.

Under resten af fantasirejsen har jeg ingen indvendinger. Jeg siger først noget til fru B, da musikken er ved at være ved vejs ende. Her guider jeg hende tilbage med følgende ord:

M: musikken er snart ved vejs ende, så du skal så småt begynde at tage afsked der hvor du er.

Giv dig god tid til at tage afsked og kom tilbage i dit eget tempo.

B: skøn musik.

M: det kunne du godt lide?

B: ja, stemmen især.

M: ja?

B: men jeg tror nok jeg gjorde noget dumt. Jeg har blandet to ting sammen.

M: nå da – hvad da?

B: først havde jeg været ude at køre på crosseren og så ønskede jeg sådan at jeg virkelig skulle blive god til det.

M: mmm

B: og det er jeg bange for at jeg ikke gør. Både pga. mine ben og min arm...

M: mmm

B: men så skete der det, at jeg rejste mig op og så rejste jeg en tur til Nordkap.

M: ja?

B: midt i det hele. Det dur jo ikke.

M: gjorde det ikke?

B: Det synes jeg ikke..

M: hvorfor synes du ikke det?

B: fordi jeg synes jeg blandede det sammen.

(pause)

B: det er fordi jeg havde en veninde, der døde for ikke så længe siden...

M: mmm

B: hende og jeg vi tog en luksusrejse derop... til Nordkap, og så.. det har vi faktisk gjort to gange, men anden gang det var ikke en luksusrejse, det var med fodslaget fra Silkeborg.

M: ja?

B: ja, første gang var en dyr tur anden gang var det – ganske enkelt på vandrehjem

M: ja?

B: vi så solen danse. Det var skønt.

(pause)

B: nu lever hun desværre ikke mere.

M: nej..var hun med på din fantasirejse til Nordkap i dag?

B: ja, det var hun. Vi startede rejsen i København og sejlede til Oslo. Og så gik det ellers bare derop ad.

M: en lang rejse

B: ja, det var det. Men hvor var det flot. Det var så skønt.

M: hvad oplevede du på din fantasirejse?

B: jamen det startede jo med crosseren...så gik jeg fra det.. og det var jo nok næsten da han begyndte at synge.

M: ja? Hvad skete der?

B: jeg blev forført af stemmen. Jeg kunne bedre koncentrere mig om det andet.

M: mmm... kunne du godt tillade dig selv at glide med på rejsen til Nordkap, selvom du ikke havde planlagt det skulle ske?

B: ja

M: det lyder dejligt.

B: ja, det synes jeg.

M: hvordan føles det at følge din fantasi og tage til Nordkap?

B: det føles dejligt.

M: mmm, ja?

B: altså hun var jo med, ikke også?

M: ja?

B: hun var sådan et livstykke... ikke også. Hun var en kollega fra min gamle arbejdsplads.

M: ja?

B: hun havde ingen mand, og det havde jeg jo heller ikke.

M: så tog i af sted på rejser sammen måske?

B: ja, det gjorde vi. Jeg havde en gammel campingvogn. Den solgte jeg.

M: mmm

B; og så 17.000. kr., det gav vi for den første tur derop... det var en 14 dages tur. Den næste tur var det kun 10 dage og det kostede næsten ingen penge, fordi det var på en hel anden måde. Vi havde f.eks. det meste af maden med.

M: ja, så kan man rejse for en helt anden pris.

B: ja, men det var en oplevelse.

M: ja. Hvad.. du siger du godt kunne bruge musikken... hvad skete der...

B: jeg tror faktisk at det var den der lavede mig om!

M: ja?

B: ikke?

M: du siger noget om, at det var stemmen som forførte dig til Nordkap..

B: ja, jeg tror virkelig at det var den der lavede mig om

M: ja? Musikken fik dine tanker på andre tanker...?

B: ja. Det gjorde den nemlig.

M: hvad så du på Nordkap på fantasirejsen? Så du solen danse igen?

B: uh ja, og bjerge.. sådan hen over sletten deroppe. Og så det store skib vi skulle med...

M: ja?

B: det var et kæmpe skib vi skulle med. Det var det der kom frem.

M: ja?

B: og hvad skal jeg nu finde på til næste gang?

M: det kommer nok helt af sig selv.

B: jeg tror...

M: selvom du havde planlagt at du ville øve dig i at køre på crosser i dag på din fantasirejse, så opstod der noget helt andet..

B: ved du hvad jeg troede?

M: nej?

B: jeg troede at det var musikken der gjorde, at jeg slog over i det andet...

M: ja, det tror jeg også.

B: ikke?

M: mmm

B: fordi den musik passede bare ikke til det første (at køre på crosser)

M: nej?

B: synes jeg ikke.

M: det gav dig noget andet?

B: ja det gjorde det bestemt.

M: tror du at det har noget med at gøre, at jo mere afslappet du bliver, jo mere åben bliver man for at følge andre, måske mere, ubevidste impulser?

B: ja det tror jeg. Vi må se at finde på noget til næste gang.

M: ja. Det kommer helt af dig selv, ser du.

B: ja, det gjorde det her i hvert fald.

M: spændene at høre om dine tanker om musikken

B: det er godt til en tur til Nordkap, men den er ikke god i kælderens.. (her træner fru B på sin crosser)

M: nej

B: men til Nordkap var den god.

M: ja, og musikken er jo væsentlig anderledes end det vi tidligere har lyttet til. Der er en mand der synger...

B: til Nordkap passer den godt nok, men ikke til at træne crosser...

M: nej, der duede det ikke...

B: nej, jeg kunne ikke holde dem samlet om det..

M: nej.. så måtte du..

B: finde på noget andet.

M: og det kom jo bare til dig

B: ja det gjorde – og faktisk hurtigt. Jeg skulle ikke først ud at lede efter nogle nye tanker.. det kom bare.

M: følte du dig mere afslappet?

B: ja, da jeg slog om...

M: ja?

B: da følte jeg mig mere afslappet.. så passede tingene sammen – altså musikken og det jeg havde i tankerne.

M: flot du kunne slå om... det kan jo være svært at skifte gear, når man først har bestemt sig for en ting og så skal ændre på det.

B: ja, men jeg kunne simpelthen ikke få det til at passe med musikken.. og crosseren..

(pause)

B: de siger det er snevejr?

M: gør de det?

B: det har vist drysset lidt.

M: er der mere fra rejsen som du ønsker at fortælle om?

B: færgen og rutebilen som vi fortsatte med opad...til Nordkap. En luksus rutebil, for det var jo en luksustur.

M: lyder dejligt.

B: og så, så jeg solen danse på Nordkap, og så sejlede vi fra Nordkap til "Honningsvåg" nedad.. så ventede rutebilen på os og så kørte vi videre med den. Det så jeg lige et lille glimt af...Ja, jeg så sandelig solen danse.

M: mmm

B: det er smukt deroppe.

M: ja –tak for det.

B: ja, nu skal vi op og have vores kaffe.

Transskription af den 10. og sidste session

M: hej Fru B, så er det vores sidste gang sammen i dag!

B: ja, og jeg ved lige hvad jeg har lyst til at bruge den sidste gang til.

M: ja?

B; jeg forestiller mig her om julen, her hvor sneen daler ned..

M: ja?

B: altså på den måde.

M: ja, det lyder rigtig rart.

B: ja, ikke også, det synes jeg det skulle handle om her til slut.

M: ja. Det lyder rigtig dejligt og fredsfyldt.

B: og jeg har pyntet – jeg skal nok sige hvor det står

M: dejligt – så du er jule-klar?

B: ja, og jeg elsker julen

M: det er en skøn årstid.

B: ja, det synes jeg.

M: skal vi prøve?

B: ja.

M: ja. Og du ligger godt fru B?

B: jeg ligger så dejlig.

M: det er godt.

(pauser)

M: når du er klar til det, så luk gerne dine øjne. Lad øjnene vende sig til mørket...lad uvedkommende lyde komme og gå, samtidig med, at du bliver mere og mere afslappet...og tag et par dybe vejrtrækninger.. godt ned i maven...og forestil dig at når du trækker vejret ind, så samler du dine bekymringer og spændinger sammen og når du puster ud, så slipper du dem fri....og din opmærksomhed den rettes gradvist mere og mere indad... saml dine tanker nede ved dine fødder og ben...tænk kun på dine fødder og ben...og når du trækker vejret ind, så samler du dine spændinger i fødder og ben og slipper dem fri på udåndingen....samler sammen...og slipper fri....og træk vejret ind...og pust ud.....og lad dine tanker vandre op til enden og maven og saml dine spændinger her.....og slip dem fri....ånd ind... pust ud...og lad dine tanker vandrer videre op til brystkassen og saml dine spændinger og slip dem fri....og lad dine tanker vandre videre til dine skuldre og arme og igen samler du dine bekymringer og spændinger og når du ånder ud, så giver du slip for det hele...alle spændinger frigives...lad tankerne vandre videre op til dit hoved....saml de spændinger eller bekymringer du end måtte have... og slip dem fri på din udånding...forestil dig nu en lysende kugle ved dit hoved, som begynder at tage form foran dig i mørket....tillad dig selv at give den opmærksomhed og fokuser på den...lad den vokse til den størrelse og farve du ønsker den skal have...og kuglens lys har lige den kvalitet og styrke som du synes den skal have....lad kuglen vandre op over dit hoved og når kuglen er over dit hoved, så lader du kuglens lys og energi risle ned over dig som et brusebad....så din krop til sidst er omgivet af lys....du har også mulighed for at tage lyset ind og lade din krop fylde af det....forestil dig at du er lige det sted hvor du ønsker at være.... Og du ser sneen falde...om et øjeblik.... Så vil musikken komme til dig og den vil ledsage dig lige præcis der hvor du skal hen på din rejse...

(musikken starter) Jeg giver ingen guidelines under denne fantasirejse. Først da musikken er ved vejs ende, da siger jeg følgende:

M: musikken er lige straks ved vejs ende og giv dig god tid til at komme tilbage hertil igen – og sig farvel til det sted, hvor du er nu...og luk dine øjne op, når du er parat til det...

M: hvordan var det?

B: det var dejligt... jeg startede min rejse med at komme tilbage til julen, da jeg selv var barn..

M: ja?

B: og jeg glemmer aldrig.. og da var der snevejr dengang... og da skar min bedstefar blokker ud i sneen... de skulle skovle sig frem dengang.

M: ja..

B: og så...og da var det virkelig jul dengang....derhjemme havde vi sådan en hvælvning... hos mine forældre...og da var der altid hængt et tæppe op, der var ingen der måtte se juletræet før...før at det var jul.

M: ja..?

B: og så skulle vi to piger... mig og min søster hjælpe mor med at vaske op.. og så var der en jul, hvor der også var spærret af.. det var der i øvrigt altid som barn.. spærret af derinde..

M: ja?

B: sådan at øjnene rigtigt lyste, ikke også?

M: det kan jeg forestille mig..

B: og så, stod der en stor stor pakke derinde, hvor der var et gråt tæppe over.. og det var et klaver til min søster og jeg...og engang var det på samme måde..

M: har du spillet på klaver Fru B?

B: ja, jeg har..

M: så er det jo derfor du er så glad for klaver musik..

B: ja, jeg elsker lyden af et klaver.. elsker klaver musik...så var der et år, hvor der var to store pakker derinde... det var en grøn og en rød dukkevogn.. en til os hver.. og drengene fik noget med noget tog.. det kan jeg ikke rigtig lige huske..

M: nej..

B: og så synes jeg altså at julen i dag ikke er som dengang..

M: nej, det har forandret sig..

B: ja,. Det er alt for stressende nu. Den er for moderne. Synes jeg.

M: ja...

B: men jeg elsker selv at pynte op til jul og det har jeg også gjort i år.

M: mmm

B: og så det her sne... det kommer lige så langsomt ned..

M: åh ja...

B: Den daler...ja, Maria... det var min jul..

M: det lyder som en dejlig jul, og som en dejlig rejse tilbage i tiden..

B: ja, det var det nemlig...og de gjorde meget ud af det derhjemme, og det er nok derfra at jeg har det....ikke også..

M: ja, det kan man sagtens forestille sig. Det lyder også til at julen har været forbundet med meget glæde for dig?

B: Ja, også det. Der var masse af varme. Jeg kunne godt lide den måde at træet var gemt på..

M: ja?

B: og så tændte min far lysene mens vi var henne at vaske op.. og så stod vi henne ved døren og ventede på at vi måtte komme ind og se træet..

M: sikke en spænding, der blev bygget op..

B: ja, mon ikke....den var helt bygget op.. og de havde såmænd dårligt tid til det, for de havde en slagterbutik, mine forældre..

M: havde de travlt i hverdagen i butikken?

B: ja, det havde de nemlig..

M: ja

B: men det holdt de fast på det der...traditionerne... og en jul da, - jeg har en onkel, - ja, nu er de desværre døde, men de havde 9 børn. De var ude ved os og holde jule aften. Sådan var min far og mor.

M: det var en stor flok besøgende.

B: først skulle han selv ud at hente dem, ikke også -...

M: ja?

B: og så have dem hjem..

M: så I har været mange?

B: ja, - og de børn de sad på rad og række – hjemme i deres stue ved deres forældre, og ventede på at min far skulle komme og hente dem.

M: ja?

B: og da han endelig kom, så råbte de; "nu kommer han – nu kommer han – nu kommer han"!

M: de glædede sig...?

B: ja, og så sad de der i deres stiveste puds – selvom de var fattige, så var de rene...

M: ja, det måtte have betydet noget.

B: ja, helt sikkert.

M: den fantasirejse du var på nu – var den, øh.. bevægede den sig fra...

B: den startede med klaveret....

M: og så kom du tilbage til julen i din barndom hos dine forældre...?

B: ja. Og dernæst førtes jeg videres til min egen jul sammen med mine egne børn... jeg forsøgte at efterligne den jul, som jeg oplevede sammen med mine egen forældre... men det var aldrig det sammen..

M: ja? Hvad mener du med det?

B: altså efterligne, at mine børn heller ikke måtte se træet før om aften...

M: nå....ok..

B: men det blev ikke... forholdene var ikke lige til det..

M: nej, ok. Det er ikke altid det er muligt at overføre tingene på den måde...

B: nej, men vi har altid holdt hyggelige jul. Altid.

M: ja. Var der en tids linje i det?

B: ja det kan man sige... jeg så også min mand...han var der også og jeg oplevede mine børn som små.. nu er de jo for længst voksne..

M: ja.

B: ja, så det gjorde jeg. Men som jeg siger, det var meget mere moderne med julen nu.. også med mig selv dengang, jeg holdte jul for mine egne børn.

M: mmm

B: men NU juler jeg igen!

M: ja da. Hvor skal du holde jul henne i år?

B: hos min datter - Og nytårs aften vil jeg holde dernede.. jeg kan ikke være med til alt det tum-len mere.

M: mmm

B: jeg skal til at have vendt noget om.. min hverdag er jo blevet anderledes..end den har været...

M: ja..

B: men det er der ikke noget at gøre ved.. og det skal ikke slå mig ud....

M: det er en god indstilling...

B: det har jeg bestemt mig for at det ikke skal..

M: ja..

B: om jeg så skal bruge hele dagen til at få mit tøj på... for det er næsten mit det værste...

M: det er at få tøjet på?

B: ja det er det.

M: det må kræve noget tålmodighed...?

B: ja det gør..

M: ja...

B: men jeg regner med at komme hjem inden jul...

M: ja? Har du fået en udskrivelsesdato?

B: nej, jeg har ikke fået en dato, men det regner jeg med, og så efter jul.. så vil jeg gerne kunne komme herop og træne.. Det har jeg fået lov til..

M: ja..

B: nå...

M: nå.... Tak for i dag og tak for nu fru B.

B. du får også tak Maria.