

Brug af melodiske sætninger i musikterapi med patienter med ekspressiv, ikke-flydende afasi

Speciale i Musikterapi, Institut for kommunikation,
Aalborg Universitet, 2009

Af Kirsti Øibakken Pedersen

Vejleder Ulla Holck

Antal tegn: 190554, svarende til 79,4 normalsider

ABSTRACT

This master thesis goes through three speech and language rehabilitation methods: Melodic Intonation Therapy (MIT) (Sparks & Deck, 1986), Modified Melodic Intonation Therapy (MMIT) (Baker, 2000; Baker & Tamplin, 2006) and Speech Music Therapy for Aphasia (SMTA) (De Bruijn et al., 2005), which are all methods applying the use of melodic sentences in the speech and language rehabilitation programme with patients with expressive, non-fluent aphasia (Brocas' aphasia). The knowledge gained from the review of these three methods and complementary knowledge gained from other texts describing similar or other song based techniques used in music therapy programmes sheds a new light on my clinical experiences (gained from my dissertation internship) from the music therapy sessions with a 81 year old male patient suffering from expressive, non-fluent aphasia (Brocas' aphasia).

The literature I found confirms that the melody in the melodic sentences has an important role to play in the patients ability to learn, memorize and recall the melodic sentence: The exaggerated rhythm and stress of the melodic sentence play an important role in the patients' learning of the melodic sentence and often it is these musical elements that are the first elements of the melodic sentence that he/she will be able to reproduce. Exaggeration of the stress and rhythm of the melodic sentence will increase the patients' ability to articulate the words of the melodic sentence.

Melodic sentences which build on the speech prosody of the spoken sentence and resemble the patients' habitual way of speaking, seem to stimulate the patient in the ability to produce (habitually used) words, sentences and expressions.

The melody of the melodic sentence seems to have the ability to act as an extra cue for the patient in his/her ability to learn and generate it.

Unison singing of the melodic sentences by the patient and the music therapist helps the patient to better articulate the words of the melodic sentence, as the therapists' voice works as a support and the patient thereby simultaneously can imitate the words that she/he hears. The unison singing obviously also provides visual and psychological support for the patient.

The literature does not provide clear explanations on the relationship between the patients' ability to learn and reproduce the melodic sentence compared with his/her ability to use the melodic sentence propositionally in communication. The music therapist or other professionals who use melodic sentences in the speech and language rehabilitation should therefore pay attention to this dilemma. Further research in this area is needed.

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. Introduktion	3
1.1 Forord	3
1.2 Problemformulering	4
1.3 Metode	4
1.3.1 Data	5
1.3.2 Videnskabsideal, menneske-og terapisynd	5
1.3.3 Målgruppe	6
1.3.4 Begrebsafklaring	6
1.3.5 Fremgangsmåde	7
1.4 Litteratursøgning	7
1.4.1 Litteraturgennemgang	9
2. Lidt om kommunikationsforstyrrelser samt præsentation af case med L	10
2.1 Kommunikationsforstyrrelser som samlet begreb	10
2.1.2 Afasi	11
2.1.3 Taleapraksi	11
2.1.4 Dysartri	12
2.2 Præsentation af case med L	12
2.2.1 Assessment & målsætning samt metode	14
2.2.2 Udarbejdelse af de melodiske sætninger til L	15
2.2.3 Om sangaktiviteten i sessionerne	16
2.2.4 Om indlæring og træning af de melodiske sætninger	17
2.2.5 L's evne til at høre og forstå sit egen tale	21
2.2.6 Tanker om L's kognitive forståelse	21
2.2.7 Inddragelsen af arbejde med cues	22
2.2.9 Visuelle cues	23
2.2.10 Objekter og miljø som cue	23
2.2.11 Pictogrammer som cues	23
2.2.12 Afslutning af musikterapiforløbet med L	24
2.2.13 Resultater af musikterapiforløbet med L	25
3. Præsentation af tre metoder	26
3.1 Melodic Intonation Therapy (MIT)	26
3.1.1 Teorier bag MIT	27
3.1.2 Patientgruppe	28
3.1.3 Komponering af de melodiske sætninger	29
3.1.4 MIT proceduren	31
3.1.5 Erfaringer og forskning som understøtter MIT	33
3.1.6 Diskussion af MIT	35
3.2 Modified Melodic Intonation Therapy (MMIT)	36
3.2.1 Teorier bag MMIT	37
3.2.2 Patientgruppe	37

3.2.3	Komponering af melodiske sætninger	37
3.2.4	MMIT proceduren	39
3.2.5	Erfaringer og forskning som understøtter MMIT	40
3.2.6	Diskussion af MIT og MMIT i forhold til hinanden	40
3.3	Speech Music Therapy for Aphasia (SMTA)	42
3.3.1	Teorier bag SMTA	43
3.3.2	Patientgruppe	44
3.3.3	Komponering af melodiske sætninger	45
3.3.4	SMTA proceduren	46
3.3.5	Erfaringer og forskning som understøtter SMTA	49
3.3.6	Diskussion af samtlige tre præsenterede metoder: MIT MMIT og SMTA	50
4.	Diskussion af litteratur og kliniske erfaringer via tre omdrejningsakser	55
4.1	Melodiens betydning	55
4.1.1	Betydningen af de melodiske sætningers afsæt i taleprosodi	55
4.1.2	Diskussion af forløbet med L og betydningen af de melodiske sætningers udgangspunkt i taleprosodi	55
4.1.3	Melodien som ”knag for hukommelsen”	58
4.1.5	Melodien som en strukturerende ramme for udtale	60
4.1.6	Diskussion af forløbet med L i forhold til fænomenet melodien som talens ramme	61
4.1.7	Tilbagevenden til normal taleprosodi	63
4.1.8	Diskussion af forløbet med L og tilbagevenden til normal taleprosodi	64
4.2	Unison sang	65
4.2.1	Diskussion af betydningen af unison sang i forløbet med L	65
4.3	Tale versus sprog	66
4.3.1	Diskussion af tale versus sprog i forløbet med L	70
5.	Diskussion, konklusion og perspektivering	72
5.1	Afsluttende diskussion af melodilinjens betydning	72
5.2	Afsluttende diskussion af tale versus sprog	73
5.3	Afsluttende diskussion af brug af MIT og / eller melodiske sætninger	74
5.4	Afsluttende diskussion om betydningen af unison sang	75
5.5	Mine forbehold	75
5.6	Konklusion	76
5.7	Refleksion	77
5.8	Perspektivering	77
6.	Bilag	81
6.1	Bilag 1	81
6.2	Bilag 2	82
7.	Litteraturliste	83

1. Introduktion

1.1 Forord

Baggrunden for emnevalget for dette speciale, bunder i mit møde og musikterapeutiske arbejde med en patient (L)¹ under min 9.semesters praktikperiode, hvor jeg var tilknyttet neurologisk afdeling på Glostrup hospital. L var på dette tidspunkt 81 år og diagnosticeret med ekspressiv, ikke flydende afasi, forårsaget af en blodprop i venstre hjernehalvdel.

Jeg så stor frustration hos L og hans familie, eftersom hans evne til at kommunikere med ord var helt ødelagt. Hvem er vi, hvis vi ikke kan kommunikere hvad vi vil, hvad vi tænker, hvad vi ønsker, hvad vi savner? Hvis vi ikke kan kalde på vores ægtefælle eller børn /børnebørn, men alle tanker og ord vi ønsker at sige klinger i vores tanker, men bliver til meningsløse, usammenhængende lyde i forsøget på at udtale dem?

Musikterapeuten Marly Rychener Hobson² beskriver konsekvenserne af tale- og sprogskaade sådan:

”Because language is so vital to human functioning, impaired language affects one’s ability to interact with others and can result in an extremely altered sense of self or loss of identity; feelings of disappointment, hostility of denial; and loneliness or social isolation. A speech or language disorder can impede so many aspects of everyday life that treatment must take into account the individual as a whole and help individuals to compensate or cope using intact capabilities. Recognition of the psychological and emotional effects of treatment for individuals with neurogenic communication disorders and incorporating these psychosocial aspects into overall treatment is imperative” (Hobson, 2006:63).

I mødet med L blev det tydeligt, hvordan hans nye virkelighed, uden evne til at producere ord eller sætninger begrænsede ham i mange af de aspekter som Hobson nævner. Via brug af L’s bevarede evne til at synge uden det ”hakkede” og usammenhængende karakteristika som sås ved taleproduktion, blev jeg optaget af at afprøve, hvorvidt det var muligt at udnytte denne bevarede evne til at forbedre hans

¹ Af hensyn til min tavshedspligt beskrives denne patient som L. L og hans pårørende har invilliget i, at jeg kan bruge materiale fra musikterapisessionerne i min specialeskrivning. På grund af tavshedspligten kan lydseksemplerne tilhørende specialet dog ikke offentliggøres.

² Marly Rychener Hobson er uddannet musikterapeut, tilknyttet The University of Iowa, og ansat på Highland Park Hospital i Illinois, USA.

kommunikationsmuligheder. Udgangspunktet for dette arbejde blev brug af en slags mellemting mellem sang og tale - kaldet melodiske sætninger, altså specielt komponerede sætninger som synges i stedet for at tales. Dette speciale tager udgangspunkt i, hvordan L og jeg forsøgte at synge os tilbage til en talende virkelighed ved hjælp af disse melodiske sætninger. Jeg ønsker at undersøge hvordan og ved hjælp af hvilke mekanismer de melodiske sætninger virker, samt samle viden omkring andre lignende metoder for at sammenligne disse med den anvendte.

1.2 Problemformulering

På baggrund af mine erfaringer i praktikken, kan jeg konstatere at anvendelsen af melodiske sætninger kunne understøtte til flydende tale hos en patient (L) med ekspressiv, ikke-flydende afasi.

Omvendt var det i løbet af de ti uger som musikterapien varede ikke muligt, at lære L at igangsætte de melodiske sætninger på egen hånd og i andre situationer uden for musikterapien.

I mit speciale ønsker jeg at undersøge følgende spørgsmål:

- 1) Hvad er faglitteraturens forklaring på den rolle som melodien synes at have for L's evne til at indlære og synge de melodiske sætninger?
- 2) Findes der i faglitteraturen kliniske erfaringer med og forklaringer på betydningen af vokal opbakning (unison sang) som en støtte for denne slags patienter i tale/sang produktionen?
- 3) Hvad er forholdet mellem erhvervelse af de melodiske sætninger og evnen til at bruge disse intentionelt?

1.3 Metode

Udgangspunktet for dette speciale er en induktiv undren i forhold til betydningen og konsekvenserne af det musikterapeutiske arbejde med L, hvor brug af melodiske sætninger i tale- og sproggenoptræningen indgik som en del af det musikterapeutiske behandlingsoplæg. Via inddragelse af tre forskellige metoder, der alle inkluderer brug af melodiske sætninger i tale- og sproggenoptræningsarbejdet med voksne patienter med ekspressiv, ikke-flydende afasi, belyser jeg casen med L med den hensigt at sætte det empiriske materiale i perspektiv. Jeg vil med udgangspunkt i dette diskutere betydningen af brug af melodiske sætninger i arbejdet med genoptræning tale- og sprogforstyrrelser med patienter med ekspressiv, ikke-flydende afasi.

For at skabe mig et solidt overblik over fagfeltet, har jeg valgt at foretage en litteratursøgning og en tilnærmet litteraturgennemgang. En litteraturgennemgang i sig selv er en deduktiv metode, eftersom den generaliserer fra teori- hvilket vil sige fra en generel regel til enkelttilfældet, men i dette tilfælde, hvor litteraturen bruges til at belyse empirien sker en bevægelse i ”forskningsretningen”. Denne metode, med en slags kombination af induktion og deduktion kaldes abduktion (Alvesson & Sköldbberg, 1994). Abduktion som metode muliggør altså en vekslen mellem teori og empiri, hvor teorien kan bruges som inspirationskilde til at opdage mønstre i empirien og hvor begge disse to elementer fortløbende kan tolkes i forhold til hinanden. Abduktion muliggør at teorien kan fungere som inspirationskilde for opdagelse af gennemgående tendenser eller mønstre fra empirien. Abduktion som metode minder om en hermeneutisk cirkelbevægelse, hvor meningsdannelse foregår i en kontinuérlig bevægelse mellem den, der undersøger og det materiale som undersøges, eller også beskrevet som en cirkelbevægelse mellem forståelse af enkelte dele til forståelse af helheden. Ingen bestemt forståelse betragtes derfor som endegyldig eller sand, eftersom en ny cirkelbevægelse opstår ved hjælp af den nyindsamlede viden, som fører videre til en *ny* forståelse af helheden.

1.3.1 Data

Min fremstilling casen med L bygger på logbogsnoter og audiooptagelser fra sessionerne med L under selve musikterapiforløbet. Dertil kommer supervisionsnoter, noter fra tværfaglige konferencer og med andre relaterede faggrupper på afdelingen, samt noter fra formidlingseksamen, hvor forløbet med L indgik som caseeksempel. Allerede på dette tidspunkt havde jeg i tankerne, at anvende casen med L som tema for mit speciale. Fremstillingen af casen med L er men er primært forfattet retrospektivt i den form den fremstår i nu.

Min præsentation af casen er det tætteste læseren kommer L og hændelserne i dette musikterapiforløb, og selv om jeg selvfølgelig præsenterer casen så ”neutralt” og virkelighedsnært som jeg kan, så kan jeg ikke komme udenom det faktum, at det er umuligt at sætte mig selv i parentes. Det er med andre ord umuligt at separere kundskaben fra kundskaberen (Steedman, 1991) i Alvesson & Sköldbberg, (1994). ”Rene” eller neutrale fakta og data eksisterer ikke, men er konstruktioner eller tolkningsresultater af virkeligheden.

1.3.2 Videnskabsideal, menneske-og terapisynd

I kraft af det konstruktivistiske ståsted er det ikke muligt at den viden, jeg genererer i dette speciale på nogen måde kan give entydige svar eller objektive sandheder i forhold til, hvilken betydning det

musikterapeutiske arbejde med L havde for ham i tale- og sproggenoptræningen eller for ham som individ.

Dette videnskabsideal udspringer af et konstruktivistisk livs- og menneskesyn der også afspejler sig i mit (musikterapi)syn: at terapeutens opgave først og fremmest er at være autentisk tilstede i mødet med den enkelte patient, blandt andet ved at have faglig kundskab samt personligt og terapeutisk mod til at kunne improvisere og betragte hvert eneste øjeblik som et ”her og nu” og dermed åbne muligheden for en fælles konstruktion af relationen og den fælles virkelighed. At bemøde patienten med det han/hun bringer med sig i relationen og lade dette tage del i den fælles konstruerede virkelighed.

1.3.3 Målgruppe

Specialet henvender sig til behandlere som arbejder med genoptræning af patienter med kommunikationsproblematikker (logopæder, musikterapeuter og så videre) samt andre, som ønsker at få et indblik i mulighederne ved at inddrage musikterapi og / eller melodiske sætninger i tale- og sproggenoptræningen - først og fremmest med patienter med ekspressiv, ikke-flydende afasi. Specialet giver en indføring i de tre mest anvendte og vel-beskrevne metoder, som gør brug af melodiske sætninger i sådant genoptræningsarbejde (Melodic Intonation Therapy (MIT), Modified Melodic Intonation Therapy (MMIT) samt Speech Music Therapy for Aphasia (SMTA).

1.3.4 Begrebsafklaring

Jeg har i specialet valgt konsekvent at anvende betegnelsen patient, i beskrivelsen af personer, som lider af de beskrevne kommunikationsproblematikker fordi min egen kliniske erfaring, som ligger til grund for specialet stammer fra et hospital. Derimod betyder det ikke at jeg i mødet med det enkelte menneske kun betragter personen, som et resultat af en indlæggelse (hvem gør det?), men som et menneske med en et liv, som såvel i fortid som i fremtid bevæger sig udenfor rammerne af hospitalet. Mit valg af betegnelsen patient er altså gjort på baggrund af behovet for en samlebetegnelse for fænomenet ”person som har den pågældende tale-sprogproblematik og modtager nogen form for behandling”.

Jeg har ligeledes valgt konsekvent at bruge begrebet *terapeut* som en samlebetegnelse for personen som *behandler* patienten i tale- og sproggenoptræningen, på trods af, at det ikke nødvendigvis er (musik)terapeuter som kan stå for denne behandling, men lige så gerne logopæder med mere

1.3.5 Fremgangsmåde

Med udgangspunkt i en litteratursøgning ønsker jeg at søge efter uddybende materiale om den metode jeg anvendte i forløbet med L samt supplerende litteratur om andre metoder som bruger melodiske sætninger, sang eller musikterapi i arbejdet med tale- og sproggenoptræning af patienter med ekspressiv, ikke-flydende afasi. Jeg vil ikke foretage en systematisk litteraturgennemgang efter litteratursøgningen, men istedet bruge mine fund til, at sætte mig ind i andre lignende metoder for at belyse mine kliniske erfaringer og besvare min problemformulering. Anden relevant litteratur bruges ligeledes som supplerende kilder for svar.

I næste afsnit præsenterer jeg derfor min litteratursøgning og en kort præsentation af, hvordan jeg har inddelt mine fund i forskellige litteraturgrupper.

1.4 Litteratursøgning

Litteratursøgningen blev foretaget i marts 2008 og gennemgår flg databaser:

Google Scholar

Academic Research Library

Academic Search Premier

Cairss

RILM

Artikelbasen.dk

Voices.no³

Samt kædesøgning i litteraturlister i diverse identificerede tekster.

Søgeord

I søgningen efter relevant musikterapilitteratur, har jeg valgt konsekvent at medtage søgeordet ordet Music Therapy for at være sikker på at de tekster jeg fandt, virkelig handlede om musikterapeutisk anvendelse af og litteratur om metoden. I kombinationen med det gennemgående søgeord Music therapy, anvendte jeg følgende andre søgeord, opdelt i tre kategorier:

a) ord omhandlende skaden: aphasia, stroke, neurological / neurologic

³ Det har under hele litteratursøgningsperioden været umuligt at få kontakt til databasen Music Therapy World, som ellers havde været en relevant database at gennemse.

b) ord omhandlende kommunikation: language, speech, communication, propositional
language, propositional speech,

c) ord omhandlende metode: modified melodic intonation therapy
melodic intonation therapy
melody /melodic
intonation /singing
speech therapy.

d) andre søgeord non fluent aphasia / non-fluent / nonfluent
expressive aphasia
Broca's
flow of speech
fluency
social speech

e) danske søgeord melodisk intonations terapi
musikterapi og afasi
musik og sprog

Inklusionskriterier:

Tekster der handler om anvendelse af og teorier bag metoden Modified Melodic Intonation Therapy (MMIT).

Tekster, der handler om anvendelsen af og teorier bag metoden Melodic Intonation Therapy (MIT) i arbejdet med personer med ikke-flydende, ekspressiv afasi.

Tekster, der handler om anvendelse af andre lignende sang assisterede talegenoptræningsmetoder i arbejdet med personer med ikke-flydende, ekspressiv afasi.

Tekster som handler om kombinationen musikterapi og tale-sprog genoptræningsarbejde.

Tekster som handler om neurologiske forklaringer om sang- og taleprocesser i hjernen.

Tekster, som er skrevet på engelsk og dansk.

Eksklusionskriterier:

Tekster, der præsenterer metoder, som ikke betragtes som klinisk relevante i dag, - hvilket betyder:

Tekster, som præsenterer en metode, der ikke beskrives andensteds i litteraturen / er mangelfuldt refereret til.

1.4.1 Litteraturgennemgang

Efter at have foretaget en litteratursøgning og læst den indsamlede litteratur (i alt 57 tekster) har jeg, på baggrund af teksternes indhold og disses relevans for min problemformulering, grupperet den indsamlede litteratur i til tre grupper. De samme tekster kan forekomme i flere litteraturgrupper.

Litteraturgruppe a) består af 8 tekster, som i følge inklusionskriterierne er primærlitteratur og indeholder udviklernes egne beskrivelser af hver sine respektive metoder: Melodic Intonation Therapy (MIT) af Albert et al., (1973) Sparks et al.(1974); Sparks & Holland (1976); Sparks & Deck (1986). Modified Melodic Intonation Therapy (MMIT) af Baker (2000); Baker & Tamplin (2006) samt Speech Music Therapy for Aphasia (SMTA) af De Bruijn et al. (2005) og De Bruijn (2007).

Litteraturgruppe b) består af 30 tekster, som beskriver brug af metoderne i enten klinisk eller forskningsmæssig sammenhæng, eksempelvis: Magee (1999); Hobson, (2006); Racette et al. (2006); Wilson et al. (2006); King (2007); Schlaug et al. (2008). I denne

Litteraturgruppe c) består af 29 tekster, som handler om brug af musik / sang eller elementer af disse i genoptræning af sprog- og taleforstyrrelser, eksempelvis: Lucia (1987); Cohen (1992); Cohen & Masse (1993); Cohen & Ford (1995); Jungblut (2005); Racette & Peretz (2007)

Anvendelse af litteratur

Litteraturgruppe a vil jeg bruge til at skabe mig et solidt kendskab til de tre metoder, MIT, MMIT og SMTA. De resterende litteraturgrupper (b og c) vil jeg løbende konsultere for supplerende svar i forhold til min problemformulering.

2. Lidt om kommunikationsforstyrrelser samt præsentation af case med L

For at kunne forstå kompleksiteten af L's diagnose vil jeg begynde dette kapitel med en mindre introduktion til emnet kommunikationsforstyrrelser, herunder L's diagnose, ekspressiv, ikke-flydende afasi (Brocas afasi). Derpå følger selve casepræsentationen med L.

2.1 Kommunikationsforstyrrelser som samlet begreb

I forståelsen af forskellige kommunikationsforstyrrelser er det vigtigt at skelne mellem tale- versus sprogforstyrrelser. Fænomenet sprog kan beskrives som et codesystem der indeholder regler om, hvad ord betyder, hvordan man laver ord, hvordan ord kan sættes sammen og om hvilke ordkombinationer som er bedst anvendelige i den givne situation. Tale er en oral produktionsform hvormed vi kan formidle sprog (King, 2007).

Overordnet findes der tre former for kommunikationsforstyrrelser; afasi, taleapraksi og dysartri.

Afasi er i modsætning til taleapraksi og dysartri en *sprogforstyrrelse*, hvor de to sidste er betegnelser for *taleforstyrrelser* (Cohen, 1994; Baker, 2000; King, 2007). Nogle går så langt som at beskrive afasi som en kognitiv kommunikationsproblematik (Helm-Estabrooks, 2000). Musikterapeuten Betsey King⁴ (2007) pointerer det væsentlige i, at musikterapeuter kender forskel på de forskellige former for kommunikationsforstyrrelser

Ofte eksisterer de forskellige sprog-og taleforstyrrelser side om side- fx forekommer taleapraksi ofte i forbindelse med afasi (King, 2007). Dette gør det vanskeligt at diagnosticere patienterne rigtigt.

Ofte sker det, at en patient skifter afasiform, som bedringsprocessen skrider frem. Op mod 40 % har så usædvanlige konstellationer af sproglige vanskeligheder, at det er umuligt at klassificere hvilken afasiform de hører under (Gade, 1997).

Terminologien indenfor kommunikationsforstyrrelser ikke er ensartet forstået på den måde, at en forstyrrelse både kan beskrives i forhold til hvor læsionen befinder sig – som det ses i benævnelsen patient med Brocas afasi⁵, eller i forhold til, hvordan lidelsen udarter sig - hvilket i dette eksempel ville blive ”patient med ekspressiv, ikke-flydende afasi”. Jeg har valgt at bibeholde logopædens beskrivelse af L, - ”patient med ekspressiv, ikke-flydende afasi”.

⁴ Betsey King er uddannet musikterapeut og ph.d. og underviser på Nasareth College, New York, USA.

⁵ En patient med brocas afasi har en skade i brocas område i frotallappen (Brodmanns område 44) (King, 2007). Se bilag 1 og 2.

2.1.2 Afasi

Afasi er en samlebetegnelse for *sprogforstyrrelser*, som både kan give problemer med at forstå og / eller udtrykke sprog. Afasi er mest udtalt ved komplekse og bevidste og intentionelle sproglige konstruktioner, hvilket kan kaldes propositionel tale⁶ (Gade, 2004).

Ikke-flydende afasi medfører en hakket, afbrudt og usammenhængende talestrøm, med forkortede ikke færdiggjorte sætninger og forstyrrelser i taleprosodien, herunder rytmemæssigt, betoningsmæssigt og intonationsmæssigt (King, 2007, Cohen, 1994, Gade, 1997, Jungblut, 2005). På trods af dette, ses det ofte denne type patienter derimod ubesværet kan udtale ord og sætninger i velkendte remser eller sangtekster. Når en patient med ekspressiv, ikke-flydende afasi forsøger at rette sig selv i sine forsøg på formulering er dette ofte forgæves eller ligefrem forværende for patientens taleproduktion. Der findes tre former for ikke-flydende afasi;

Brocas afasi, som forårsages af læsion i Brocas området- nærmere bestemt i venstre side af frontallappen (Cohen, 1994; King, 2007). Denne afasiform beskriver patienter som, udover det ikke-flydende karakteristiske præg i udtalen, også lider af anomi samt manglende evne til repetition. Dog er den auditive forståelse- det vil sige evnen til at forstå andres tale og fx instruktioner, velbevaret ved Brocas afasi.

Transkortikal motorisk afasi er beskrivelsen på den anden ikke-flydende afasiform, der i modsætning til Brocas afasi ikke karakteriseres af bevaret auditiv forståelse, derimod er evnen til benævnelse samt repetition bevaret.

Global afasi er navnet på den sidste af de tre ikke-flydende afasiformer, som beskriver en sprogforstyrrelse, som indebærer at en patient med denne diagnose, ikke har bevaret evne i nogen af de tre kategorier; hvilket betyder manglende auditiv forståelse, anomi samt nedsat eller manglende evne til at repetere.

2.1.3 Taleapraksi

Taleapraksi er en taleforstyrrelse, der forårsages af manglende evne til at planlægge de motoriske mundbevægelser som skal bruges ved produktionen af tale. Patienten besidder altså de nødvendige

⁶ Modsætningen til propositionel tale er ikke-propositionel tale som er mere automatisk /mindre intentionelt genereret. Eksempler på ikke-propositionel tale kan være sang af overindlærte sangtekster, remser som fx ugedagene eller brug af dagligdagsudtryk som fx hilsener eller bandeord. I nogen dansk (Gade, 2004) samt næsten al engelsk litteratur anvendes dette begreb. Derimod har mange af de audiologopæder som jeg har mødt i forbindelse med præsentation af forløbet med L, ikke kendt til begrebet (propositionel / ikke-propositionel tale). Det er muligt, at danske logopæder bruger en anden mere dansk-klingende beskrivelse for dette fænomen, hvilket jeg desværre ikke har fået afklaret.

sproglige kundskaber og den fysiske evne- (det vil sige ingen lammelser, manglende koordinering eller slaphed), til at foretage disse bevægelser, men kan ikke gøre dette viljemæssigt.

Taleapraksi skyldes læsioner i frontallappen, tæt på Brocas området (Hobson, 2006) og forekommer måske derfor ofte i forbindelse med Brocas afasi. Taleapraksi og dysartri forekommer også ofte sammen (Baker & Tamplin, 2006; Hobson, 2006; King, 2007).

En patient med taleapraksi har, på grund af de planlægningsmæssige motoriske vanskeligheder, problemer med ”timingene” og dermed vanskeligt ved at igangsætte tale og ved at bibeholde et ”flow” i talestrømmen (King, 2007). Neutralisering af betoningsmønstrene og manglende rytmik samt ensartet intoneringskontur gør talen aprosodisk. Patienten vil typisk tale langsomt og gør mange forsøg for at kunne artikulere ordentligt og i modsætning til patienter med ikke-flydende afasi vil gentagne forsøg og træning kunne forbedre det verbale output hos patienter med taleapraksi (Baker & Tamplin, 2006). Der forekommer inkonsistente artikulationsfejl, forstået på den måde, at patienten det ene øjeblik ikke kan udtale en vis lyd og i næste øjeblik kan (Baker & Tamplin, 2006; Hobson, 2006).

En patient med taleapraksi kan have vanskeligt ved at synge med på teksten i en ellers velkendt sang, på grund af manglende evne til at planlægge den mundmotoriske sekvens, som kræves for at producere ordene i sangen.

2.1.4 Dysartri

Dysartri er en taleforstyrrelse der medfører muskelsvagheder eller lammelser i respirationsmuskler, strube, tunge, læber og kæber. Følgerne af dette er problemer med alle de grundlæggende taleproduktions elementer; respiration, fonation (lydgivning), resonans, artikulation og prosodi. En patient med dysartri kan lyde som om han /hun er beruset; fonemer (sproglyde) og hele sætninger er dårligt artikuleret, og stavelser er ofte forlænget, derfor kan det være vanskeligt at skelne de forskellige stavelser og dermed ord fra hinanden i forsøget på at forstå en patient med dysartri.

2.2 Præsentation af case med L

I dette afsnit følger casebeskrivelsen med L. Læseren vil undervejs støde på såkaldte ”refleksionskasser” som er tekst markeret med gråt, og indeholder beskrivelser af tanker og overvejelser, som jeg har gjort mig undervejs eller senere i forløbet med L.

En af de første patienter jeg mødte i min praktikperiode var L. En 81- årig mand, som cirka seks uger tidligere blev indlagt som følge af en venstresidig blodprop. Denne forårsagende højresidig hemiparese (nedsat kraft i højre side af kroppen), som gjorde at L nu sad i rullestol. Den venstresidige

blodprop havde også forårsaget en ekstrem grad af ikke- flydende afasi som førte til, at L havde store problemer med at udtrykke sig verbalt.

Efter det første møde, cirka seks uger efter indlæggelse L's indlæggelse, vurderede hospitalets logopæd, at L led af Broca afasi som er en ekspressiv, ikke-flydende afasi, hvilket blev den gældende diagnose i L's journal. Når L forsøgte at tale blev det usammenhængende, uforståelige, hakkede lyde. Af igenkendelige ord hørtes stortset kun ”ja” og ”nej ”, hvilke L, i følge logopædens vurdering, ikke kunne bruge adekvæt. L kunne ikke redegøre for egne data, han kunne ikke benævne genstande, ikke eftersige ord, ikke læse ord eller sætninger. Logopæden beskrev i tillæg, at L's auditive forståelse var dårlig og cirka 1 ½ måned senere udtalte logopæden at blodproppen også muligvis havde ramt Wernickes område, hvilket kan forklare den nedsatte auditive forståelse.

Til trods for de udtalte ekspressive problematikker kunne L, med nogen hjælp, sige forskellige remser som ugedagene, måneder osv. L var meget bevidst om, hvor begrænset hans tale var og i forsøg på at kommunikere verbalt, opgav han ofte, eftersom han forstod at det var vanskeligt, om ikke umuligt, for andre at forstå ham. L stoppede med at initiere til verbal dialog med andre omkring ham, men deltog alligevel ofte i samtaler ved at sidde med og høre på og kommentere med gestik og ansigtsudtryk. Andre gange holdt han sig helt for sig selv. En patient, som L delte stue med, fortalte mig, at L ofte sad ved vinduet på stuen og sang, og at hans udtale af ord i disse situationer var uhindret og klar.

For eksempel på L's tale, lyt til lydeksempel 1⁷. Denne optagelse er fra musikterapiforløbets sidste halvdel og er måske ikke repræsentativ for hvor dårligt L's sprog var ved logopædens vurdering cirka syv uger tidligere. Desværre er dette den eneste optagelse jeg har af L's tale, men den siger (alligevel) en del om hans kommunikationskapacitet. Under lydeksemplet holdt jeg et ark med pictogrammer frem for L og han forsøger at beskrive disse. Han ser på mig mens han taler og er tilsyneladende ikke bevidst om, at jeg umuligt kan forstå ham.

Logopæden foreslog at jeg skulle mødes med L for at se om det var muligt at lokke flere ord ud af L ved at synge med ham. L's hustru havde fortalt at L var glad for musik og gerne sang, og L selv havde lyst til at give musikterapi en chance.

⁷ Bemærk: tilsidste i eksemplet siger L “det ik' let”. Jeg opfatter denne udtalelse som en slags repetition af lyden af ordene, som vi præcis inden har øvet i en øvelse som indeholder et tegn og ordet “LET” (for forkortelsen for toalet). Jeg gentager L's udtalelse, for at helgardere mig, i tilfælde af, at han faktisk mener at det ikke er let, men jeg tror at dette er et eksempel på en slags parafasi, hvilket er betegnelsen på fejl i udvælgelse af ord eller orddele (Gade, 2004).

2.2.1 Assessment & målsætning samt metode

Ved de første 2-3 sessioner med L, var mit fokus at undersøge, om han når han sang ville kunne overvinde den ”hakkede” og ikke-flydende udtale. Dette var sandsynligt, eftersom jeg fra logopæden vidste, at L med hjælp kunne udtale remser uden de store problemer. Jeg havde jeg forberedt 4-5 sange, som jeg forestillede mig, at han kendte og sikkert ville kunne teksten til udenad som med remserne. Disse sange var bl.a. ”Det var en lørdag aften”, ”Ole sad på en knold og sang” og ”Jeg er havren”. Det viste sig at L sang uhindret med på de vers han kunne udenad og jeg nøjedes derfor med at synge med i det omfang han havde brug for at støttes. Jeg blev overrasket af at høre L synge ordene så uhindret og med en sådan iørefaldende lethed i forhold til den udprægede hakkede og tøvende ekspressive udtale han ellers havde ved tale. Ved hver gentagelse af et vers syntes jeg, at jeg for hver gang, kunne høre en mere tydelig udtalelse af ordene. L virkede glad og tilfreds med, at ordene kom til ham, med en usammenlignelig lethed.

Set i bakspejlet kunne jeg ønske at jeg havde været mere systematisk i assessmentsammenhængen med L. Fra logopædens vurdering vidste jeg at L ikke kunne gentage talte sætninger og det ville have været interessant at foretage en musikalsk version af denne test for at undersøge, hvorvidt han havde kunnet *gensynge* de samme sætninger- med andre ord; om en hvilken som helst sætning, som blev sunget, ville kunne fremføres uden de karakteristiske ekspressive vanskeligheder. På denne måde havde jeg kunne se, hvor meget udtalen afhang af, at sætningen blev sunget på en melodi. Ligeledes ville en sådan test måske kunne give et fingerpeg om, hvorvidt evnen til at synge skyldtes en ”overindlærthed” af den enkelte sang.

Eftersom L ved sang af velkendte sangtekster kunne producere ord uden de store problemer som viste sig ved produktion af ord til tale, blev min nysgerrig vækket efter at finde ud af, hvorvidt dette kunne bruges til at udvide hans (begrænsede) kommunikationskapacitet. Måske ville L kunne synge de ord og sætninger, som han ønskede at kommunikere? En slags mellemting mellem tale og sang?

Jeg satte to mål for musikterapien:

- a) At via sang støtte L's til at opleve et andet verbalt udtryk end hans tale, med andre ord et verbalt udtryk som havde en større grad af lethed og flow⁸ modsat hans ikke-flydende tale.
- b) At lære L melodiske sætninger som han ville kunne anvende i sin dagligdagskommunikation.

⁸ Jeg har valgt at beholde og bruge det engelske ord ”flow” som betegnelse for modsætningen af begrebet ”ikke-flydende”. Flow er vanskeligt oversat til dansk.

Til målsætning a) tog jeg hjælp af L's kone og døtre til at danne mig et overblik over, hvilke sange og musikpræferencer L havde. Jeg ønskede at bruge sange i musikterapien som han kendte udenad og som han kunne li'. Til målsætning b), valgte jeg at tage udgangspunkt i metoden Modified Melodic Intonation Therapy (MMIT)⁹. Denne metode er udarbejdet til patienter med høj grad af ikke-flydende afasi, og sigter mod at lære patienterne itonesatte, sungne sætninger, som kan bruges i dagligdagskommunikation (Baker & Tamplin, 2006). Brug af velkendte sange bl.a. som motivering samt træning af udtale af enkeltlyde indgår også i MMIT og inkorporerer dermed begge målsætninger for musikterapien med L.

Efter at have læst mere litteratur om metoden Melodic Intonation Therapy (MIT) som ligger til grund for Baker's modificerede udgave, bliver det klart at denne *oprindelige* metode (MIT) har flere og "strengere" egnethedskriterier for, hvilke patienter som er egnede til en MIT behandling end hvad Baker præsenterer for MMIT-metoden. På grund af sin nedsatte auditive forståelse, ville L *ikke* have været egnet til MIT. Baker præsenterer ikke samme strenge egnethedskriterier, men beskriver derimod at MMIT henvender sig til den del af afasipopulationen, som ikke er egnede til MIT-metoden (Baker, 2000) og med baggrund i dette passede valget af MMIT-metoden umiddelbart godt til L

2.2.2 Udarbejdelse af de melodiske sætninger til L

For at vide, hvilke ord og sætninger som kunne være vigtige for L i hans dagligdag, vendte jeg mig til hans familie samt plejepersonalet omkring ham. Jeg dannede sætninger som fungerede som hilsener til hustru eller familie eller udtrykte forskellige behov eller ønsker (fx "Hej ___" [konens navn, red.] Jeg hedder ___" [L's rigtige navn, red.] "Skal vi gå en tur?" eller "Jeg er tørstig").

I komposition af sætningernes melodier tog jeg udgangspunkt i hvordan denne sætning ville lyde, hvis den blev talt – altså sætningens taleprosodi, men gjorde samtidig melodilinjen til en lille melodisk og sangbar strofe. Jeg så til, at placere melodien indenfor L's stemmeregister og fulgte Bakers råd om, at melodien rent toneomfangsmæssigt skal holde sig indenfor en oktav, at melodierne skal være væsensforskellige fra hinanden og fra andre eksisterende melodier, så patienten ikke forveksler de forskellige melodier med hinanden (Baker & Tamplin, 2006).

⁹ Metoden er udviklet af musikterapeut og ph.d Felicity Baker, University of Queensland, Australien. Nærmere beskrivelse af MMIT følger i kapitlet 3 som præsenterer de tre udvalgte metoder mere indgående.

I mit arbejde med dannelse af de melodiske sætninger, tog jeg udgangspunkt i Bakers MMIT metode, men ved nærmere læsning af MMIT præsentationen kan instruktionerne opfattes selvmodsigende i forhold til, hvorvidt de melodiske sætninger skal tage udgangspunkt i den talte sætnings prosodi eller ej. Mere om dette i præsentationen af MMIT i kapitel 3. Uanset hvordan instruktionerne skal opfattes dannede jeg, som beskrevet, melodiske sætninger som havde udgangspunkt i taleprosodien og samtidig gjordes mere melodisk som en lille sangstrofe.

Jeg noterede de melodiske sætninger med tekst og melodilinje så jeg kunne huske dem, og rette dem til undervejs og betragtede dem aldrig som mere færdige, end at de kunne ændres, hvis L selv kom med andre bud på melodi eller ordvalg eller melodien behøvedes at transponeres. Jeg betragtede min rolle som L's hjælper til at (gen)etablere et verbalt sprog.

2.2.3 Om sangaktiviteten i sessionerne

L og jeg mødtes herefter cirka tre gange ugentligt til sessioner med op til 30 minutters varighed, dog nogle gange kortere, hvis L var træt, eller havde et hårdt genoptræningsprogram den pågældende dag. Vi startede altid med at synge sange sammen, som var velkendte for L. Min rolle under denne indledende sangaktivitet var at akkompagnere L med guitar eller keyboard og tilpasse min deltagelse i sangen alt efter L's behov. Under nogle passager behøvede L min vokale støtte i forhold til udtale af ordene, under andre passager, som han mestrede selv, sang han alene – dog akkompagneret af musikken. I lydeksempel 2 synger L og jeg ”Der var en lørdag aften”. På dette lydeksempel kan man høre, hvordan min medsang og det musikalske akkompagnement støtter L og hvordan hans produktion af ord ved sang er markant bedre i forhold til hans produktion af ord ved tale.

Min vokale opbakning under sangen hjalp L til udtale af ordene og jeg mener at dette, i tillæg til det musikalske akkompagnement, havde en tryghedsskabende indvirkning på L og gjorde at han kunne afprøve brug af talen i en anden men tryk sammenhæng. Jeg har samtidig tænkt, at det at synge sammen – at dele et vokalt udtryk, skiftes til at ”være på” med ordene i teksten, måske fungerede som en slags erstatning for de samtaler som L ikke længere kunne føre. Et verbalt samvær – men ikke en samtale i ordets sædvanlige betydning.

Jeg sørgede for at repetoiret af sangene i sangaktiviteten bestod af sange som jeg var sikker på, at L kendte godt og samtidig udvidede jeg løbende repertoiret med andre sange han kendte teksten til, så det fortsatte med at være stimulerende at synge sammen. I situationer, hvor L følte sig sikker på teksten, sang han højt og med overbevisning i stemmen samtidig med, at han med det raske ben skubbede rullestolen frem og tilbage i takt til musikken. Han så virkelig ud til at nyde disse stunder.

2.2.4 Om indlæring og træning af de melodiske sætninger

Den første melodiske sætning, som jeg præsenterede for L og som han lærte sig var en hej-hilsen til hans kone. Ved introduktion af en ny melodisk sætning præsenterede jeg altid først melodien på det akkompagnerende instrument 2-3 gange. Derefter sang jeg melodien med tekstlinje. Når L var klar til at synge med, istemte han. Ved indlæring af nye melodiske sætninger startede L ofte med at indlære sætningen ”bagfra”, det vil sige at han startede med at synge det sidste ord i sætningen. Derefter ”fyldte han ordene på” og arbejdede sig igennem sætningen til han kunne udtale alle ordene. Jeg kunne da langsomt trække mig tilbage og ”overlade” sætningen til ham, eventuelt med mit akkompagnerende guitar-spil.

Efterhånden som L lærte sig de melodiske sætninger behøvede jeg derimod kun at synge den melodiske sætningens *første par ord* og derefter kunne L fuldføre den på egen hånd.

I en session optaget cirka halvvejs i musikterapiforløbet, øver vi den melodiske frase ”Jeg er tørstig”, (som vi dette tidspunkt, har arbejdet med i cirka fem uger). Her kunne jeg nøjes med at synge den melodiske sætningens første par ord og derefter fuldførte L den.



Figur 1: Den melodiske sætning ”Jeg er tørstig”

Lyt til lydeksempel 3:

Lydeksempel 3, transkriberet til tekst (MT = musikterapeut, L er patient L)

MT: ”Jeg er...” L: [tøver...]”*tøf te tenne...*”

MT: ”Jeg er...” L: ”øh,”

MT: ”*tø...tø...tørs*.[synger denne gang stavelsen på den næste tone- durtertsen].*jeg er...*” L: [ler og færdiggør ordet på melodien] ”*tørstig*”

MT: ”*ja! sådan!*” L ler videre.

MT: ”OK, *een gang til: ” jeg..*”: L: [istemmer syngende sammen med MT] ”*er tørstig*”

L: [uden min igangsætning eller medvirken] ”*Jeg er tørstig*”

Det er min opfattelse at melodien leder flowet i L's verbale udtale i dette eksempel. Fra starten har han vanskeligheder med at sige ordet, men da jeg cuer ham flere gange med den første stavelse og tilsidst også med selve tonen til den pågældende stavelse, fanger han den musikalske ledetråd og kan færdiggøre den melodiske sætning, samt selv initiere og synge hele sætningen derefter. Melodien synes at fungere som den melodiske sætnings ledetråd.

Undervejs lærte jeg mig at være meget opmærksom på tilpasning af det musikalske akkompagnement til L's sang. Akkompagnementet skulle være tydeligt og enkelt, fx ved at holde samme akkord over længere tid. At akkompagnementet kunne være en støtte for L blev tydeligt, når han fx tilpassede sin vejrtrækning til et anslag eller en betoning. Sådanne ideer kunne jeg derefter anvende mere bevidst i indlæringen og øvelsen af de melodiske sætninger.

Jeg udarbejdede løbende nye sætninger til L og introducerede og tilpassede dem efterhånden. I en session, hvor jeg netop skulle introducere en ny sætning for L startede jeg med at følge proceduren med først at spille melodien for L og derefter synge ordene også. Da L begyndte at synge med, intonerede han konsekvent opad mod en durterts på tredje tone, selvom den nye sætnings melodi ikke lød sådan. Derefter begyndte han at kludre i udtalelsen af ordet som skulle synges på denne tone. L kunne selv høre, at han sang forkert, han sagde "nej" og forsøgte at rette sig selv flere gange, ved at starte forfra. Uundgåeligt kom han til at synge forkert (og jeg med!) og med et smil på læben, som om han faktisk var bevidst om hvad der skete (eller måske ligefrem gjorde det med overlæg?) begyndte han at synge melodien og teksten til en allerede indlært melodisk sætning. Derefter forstod jeg, at de to sætninger mindede utroligt meget om hinanden. Lyt til lyd eksempel 4.



Figur 2: Den melodiske sætning "Jeg er sul-ten"

Som jeg allerede havde læst om i Bakers instruktion af MMIT vidste jeg, at melodierne til de melodiske sætninger ikke skal baseres på allerede kendte eller sangmelodier, da man uundværligt vil komme til at synge den originale tekst, samt at de melodiske sætninger skal være væsensforskellige fra hinanden, så patienten de ikke forveksler med hinanden (Baker & Tamplin, 2006). Alligevel var jeg

kommet til at komponere to meget enslydende melodier til to forskellige sætninger, og dette lydeksempel 4 viser ret klart at den lignende melodi nærmest automatisk førte ordene med sig.

For mig var dette med til at skabe idéen om, at melodien må have en vigtig og unik rolle i indlæring og hukommelse af sange og melodiske sætninger. I den følgende session forsøgte jeg igen, at lære L denne nye melodiske sætning, dog med mere udtalt betoning på stavelserne, men det melodiske aspekt mindede stadig for meget om den tidligere indlærte sætning, og han skiftede til den allerede indlærte melodi. Jeg droppede derfor arbejdet med denne melodiske sætning helt.

I de to næste lydeksempel er der flere eksempler på vigtige hændelser, som skete i forløbet med L, - hændelser som lægger grund til flere af mine antagelser: At L lærer sig melodien *inden* den korrekte udtale af ordene, og at han kan synge melodien uden problemer, mens udtalen af ordene kan ”kludre sig til”. I sådanne tilfælde behøvede han min vokale opbakning (det vil sige at vi sang den melodiske sætning unisont). Derudover syntes en tydelig pulsmarkering og nedsætning af tempoet (jeg sætter tempoet ned og tramper takten i gulvet med fødderne), at spille en vigtig rolle for L’s evne til at udtale ordene korrekt.

Lyt til lydeksempel 5, hvor vi træner den melodiske sætning ”Jeg hedder L”¹⁰



Figur 3: Den melodiske sætning ”Jeg hedder L”

Næste lydeksempel er optaget fjorten dage senere. Her har L fået mere styr på udtalelsen af den melodiske sætning: Lyt til lydeksempel 6

Melodien og min medsang af den melodiske sætning fungerede som ledetråden for L’s evne til at synge den melodiske sætning. Når L behøvede det, sang jeg sammen med ham i hele sætningen, herefter kunne jeg begynde at trække min vokale støtte tilbage og L kunne ”overtage” flere og flere af ordene selv, for tilsidst at synge hele sætningen alene.

Undervejs fik jeg en oplevelse af, at melodien fungerede som en ledetråd for L og at ordene var som perler, som L trådte på en snor.

¹⁰ Vi sang naturligvis ikke ”L”, men L’s rigtige navn.

En dag, cirka midtvejs i forløbet kom L til at tilføje et ”sgu” i en sætning så den kom til at lyde: ”Jeg’ sgu tørstig!”. Det lød som om at denne sætning med det tilføjede sgu, kunne have været en sætning som L kunne have sagt en hvilken som helst dag inden blodproppen. Som om sætningen ”passede ham” - som om noget” faldt i hak”. L (og jeg!) blev overraskede og L kunne gentage sætningen med dette ”sgu”. Vi grinede! Det var utroligt at se og høre L og hans overraskelse og glæde ved denne oplevelse. Lyt til lydeksempel 7

I efterkant har jeg overvejet, om denne melodiske sætning måske stimulerede L’s habituelle¹¹ tale – måske var de melodiske elementer i sætningen var så tæt på L’s stemmeleje og naturlige intoneringsmønster at den ”fremprovokerede” en tidligere anvendt sætning? Det ærger mig, at jeg ikke greb chancen og konsekvent ændrede sætningen til konsekvent at indeholde dette ”sgu”. L’s tilpasning af den melodiske sætning var måske udtryk for at vi havde ”genfundet” noget af hans personlige talebrug? Desværre vidste jeg ikke dengang, under forløbet, hvad jeg ved i dag, om brug af sætninger som afspejler patientens personlige, habituelle talebrug. Jeg vil komme nærmere ind på dette emne senere i kapitel 3.

Undervejs i sessionerne skiftede L og jeg mellem at træne indlæringen og repetitionerne af de melodiske sætninger med at synge sange. Jeg ville typisk foreslå at synge en sang, hvis for L havde gentagne problemer med udtalen af ord i en melodisk sætning eller hvis han virkede træt eller opgivende. Baker forslår at musikterapeuten kan inddrage sang af velkendte sange, for at give patienten mulighed fra at abstrahere fra noget der er vanskeligt, eller for at belønne patienten, (Baker & Tamplin, 2006). Mit formål med at veksle mellem disse to aktiviteter var ikke inspireret af Bakers belønningstankegang, da jeg ikke tror at L havde brug for belønning fra mig, men mere brug for en pause, for at høre at han faktisk kunne producere ord uhindret og at dette kunne fungere som et håb og motivation i den krævende tale- og sproggenoptræning.

L og jeg udviklede undervejs en bestemt måde at ”synge-tale” små dagligdagshilsener på (*farvel, vi ses, tak for i dag* o.s.v.), som vi brugte når vi mødtes til musikterapi eller mødtes tilfældigt på hospitalsgangene. Som med de melodiske sætninger, viste det sig at sang af disse dagligdagshilsener (med let overdrevet taleprosodi) gjorde, at L havde lettere ved at gentage disse hilsener og dermed indgå i en ”minidialog”. Det lod til at den langsomme sang af ordet og den overdrevne taleprosodi gjorde det lettere for L at kunne kopiere og dermed svare adekvæt tilbage, hvilket han ikke havde kunne gøre, hvis hilsenen til ham ikke blev sunget.

¹¹ Med habituel tale, mener jeg den form for tale-og sprogbrug som L havde inden han fik en blodprop.

I den sidste fase af musikterapiforløbet, skete det flere gange, at L uopfordret *udtalte* en melodiske sætning, efter at have startet med at synge den. L fjernede altså selv det syngende melodilinje-præg og udtalte simpelthen sætningen med en mere normal tale-prosodi, uden at vi havde arbejdet med i musikterapien.

2.2.5 L's evne til at høre og forstå sit egen tale

Jeg har undervejs i forløbet med flere gangs spurgt mig selv, om L selv kunne høre, når han sang forkerte ord og lyde i en sætning. I lydeksempel 1, som er et eksempel på, hvordan L lød, når han talte "frit" er det umuligt at forstå L. Eftersom L ikke forsøger at rette sig selv, men fortsætter "ufortrødent" med den uforståelige snak, lyder det i dette eksempel som om, han ikke selv kunne høre at lydene ikke blev til rigtige ord. Derimod er det helt klart at L, i lydeksempel 4 ("melodi-ombytte-eksemplet") og i lydeksempel 5, var bevidst om sine fejl i udtalelserne -at han kunne høre og forstå sig selv, eftersom han forsøgte at rette sig selv, når han sang de forkerte ord. I audioeksempel 4 hører man blandt andet, at han siger "nej, nej" flere gange, når han forsøger at rette sig selv, men uundværgeligt kom til at synge den forkerte melodi og de forkerte ord.

2.2.6 Tanker om L's kognitive forståelse

Min grundlæggende opfattelse omkring af L's forståelsesevne har været, at han forstod langt mere, end han kunne give udtryk for med sit verbale sprog. Ved indlæggelsen blev L i journalen beskrevet som at være globalt afatisk¹² og seks uger senere testede logopæden L's auditive forståelse til stadig at være dårlig. Derimod, konstaterede hun, var hans situationsfornemmelse rigtig god. På tværfaglige konferencer gav plejepersonalet ofte udtryk for en oplevelse af, at L forstod langt mere end hvad logopæden kunne påvise via sine tests. Jeg selv agerede ud fra den opfattelse, at L forstod alt -han svarede oftest adekvæt, grinede og sagde "nå" på de rigtige tidspunkter i en samtale eller "nej" når noget var vanskeligt for ham.

Når jeg efter forløbets afslutning, lytter mine lydoptagelser fra forløbet igenne, slår det mig, at jeg måske har overvurderet L's hans auditive (såvel som kognitive?) forståelse. Selvom jeg fx forsøgte at tilpasse mine instrukser til ham, kan jeg nu på disse lydoptagelser høre, at jeg ofte taler for meget og giver for vanskelige instrukser, og L synes af og til under disse lydoptagelser at have vanskeligheder ved at forstå mig og følge mine instrukser.

¹² Lægernes umiddelbare vurdering ved L's indlæggelse, inden logopædens vurdering af L.

Samtaler med L's kone gjorde at jeg fik et bedre indblik i L's kognitive forståelse og hukommelsesevne. Hun fortalte mig at det efter skaden var blevet utrolig vanskeligt at være sammen med L, vanskeligt ikke at kunne tale sammen. Mange misforståelser opstod og L blev ofte forvirret og utrolig såret, hvis hun ikke kom på det faste besøgstidspunkt hver dag – selv om hun dagen forinden havde fortalte ham, at hun ville blive forsenet eller ikke skulle kunne komme. Det er muligt, at L måske egentlig aldrig havde forstået hvad hun fortalte ham om udsættelsen / ændringen af besøgstiden. Det er muligt at L's gode situationsfornemmelse og brug af mimik og kropssprog har gjort, at jeg troede at han forstod mere, end han egentlig gjorde. I den sidste del af forløbet med L blev dette stillet på en prøve, da det blev tid for at begynde at arbejde med selve cuingen af de nu indlærte melodiske sætninger.

2.2.7 Inddragelsen af arbejde med cues

Efter at have arbejdet med L i knapt en måned begyndte jeg at introducere forskellige slags cues til at igangsætte L's egen initiering og anvendelse af de melodiske sætninger. På dette tidspunkt havde L lært fire melodiske sætninger og kunne synge med på disse (mere eller mindre fejlfrit) når jeg forinden først havde spillet melodien og den melodiske sætning igennem 2-3 gange.

2.2.8 Verbale cues

I tillæg til de musikalske cues, som jeg brugte undervejs i hele forløbet med L begyndte jeg i tillæg at beskrive / kommentere den pågældende melodiske sætnings indhold inden vi øvede den. For eksempel sagde jeg *"Hvis du er tørstig kan du sige..."* - og lod muligheden stå åben for at L kunne svare med den melodiske sætning. Gjorde han ikke det (hvilket han oftest ikke gjorde eller forsøgte på) gav jeg ham et musikalsk cue som sædvanligt – starttonen eller sang af de sætningens første par ord og han kunne da oftest synge den melodiske sætning.

Jeg gik et skridt længere og forsøgte med verbal cuing i form af brug af spørgsmål. Dette var inspireret af Baker, som arbejder med spørgsmål og brug af den melodiske sætnings sidste (nøgle)ord, som patienten kan vælge at svare med (Baker & Tamplin, 2006). Spørgsmål som *"Jeg hedder Kirsti, hvad hedder du?"* førte til at L svarede med lyde og gestik, men ikke med den passende melodiske sætning (*"Jeg hedder ___"*).

2.2.9 Visuelle cues

Eftersom L syntes at have vanskeligt ved at forstå de verbale cues inddrog jeg eller i tillæg visuelle cues for at få L til at generere de melodiske sætninger. Jeg brugte billeder (tegninger), som illustrerede indholdet i de melodiske sætninger. Jeg fik en opfattelse af, at L ”forstod” billedet når jeg viste ham det, derimod førte fremvisning af billedet ikke, at L selv initierede igangsætningen af den melodiske sætning. Jeg fortsatte alligevel med at bruge billederne i kombination med de musikalske cue for at give flere forskellige slags input, for at hjælpe L til at forstå og generere de melodiske sætninger.

2.2.10 Objekter og miljø som cue

Efter at have prøvet med såvel verbale som visuelle cues fik jeg ideen at forsøge med mere håndgribelige forsøg for at få L til at forstå og anvende de melodiske sætninger. Jeg medbragte derfor forskellige genstande som sætningerne handler om – for eksempel en kaffekop, en tallerken eller et glas. Ved at lade L se og holde genstandene og samtidig synge de melodiske sætninger sammen, var det mit håb at han skulle forstå sammenhængen mellem sætningens indhold genstanden og senere kunne starte sætningen selv. Det var min opfattelse at L havde nogen form for forståelse for sammenhængen mellem fx kaffekoppen og sang af den melodiske sætning om kaffen. Derimod var det stadig, som med de andre cue-forsøg, langt fra nok til, at han selv kunne gøre koblingen og starte den relevante melodiske sætning.

Jeg forsøgte også i et par sessioner at mødes med L ved morgenbordet i afdelingens dagligstue og dér bruge de indøvede melodiske sætninger. For eksempel pegede jeg på en kaffekop og spurgte ham ”*Vil du drikke...*”. L svarede med uforståelige lyde og gestik.

2.2.11 Pictogrammer som cues

I samråd med min supervisor blev brug af pictogrammer med tilhørende bevægelse som passer til ordets indhold, et sidste forsøg på at give L mulighed for at bruge bare et par enkelte ord eller tegn i hverdagskommunikationen. Jeg udvalgte tre ord, som synes at være vigtigst for L; ”Kaffe”, ”Øl” (!) og ”Toilet”. L og jeg nåede at arbejde med disse tegn i knapt en uge inden han blev udskrevet. I denne tid fortsatte vi også sangaktiviteten og sang af de melodiske sætninger. Jeg indså også at en egentlig overføring af L’s evne til at bruge de melodiske sætninger i sammenhænge udenfor musikterapien ikke ville finde sted inden L’s udskrivelse.

Set i bakspejlet forstår jeg, at et ni ugers musikterapiforløb er kort tid, for både indlæring og overføring af brug musikalske sætninger til andre situationer. Sammenholdt med L’s alder og svære

ekspressive afasi virker chancerne for at dette skulle kunne finde sted indenfor denne korte tidsramme, endnu mindre. Det er muligt, at længere tids arbejde med generering af de musikalske sætninger via musikalske og andre cues, med tiden havde gjort L mere klar til en egentlig overføring af brug af sætningerne i andre situationer.

2.2.12 Afslutning af musikterapiforløbet med L

Cirka to uger inden det viste sig, at L skulle blive udskrevet, fik han et ”psykisk knæk”. På dette tidspunkt havde L været indlagt i tre måneder uden at vide, hvornår han kunne udskrives og hvor han vil komme til at bo efter udskrivelse. Ved den ugentlige, tværfaglige konference blev det klart at han allerede i ugen op til havde afslået at deltage i al anden rehabiliteringsvirksomhed, end musikterapien som han indtil dette punkt har mødt frem til og her ikke vist tegn på nedstemthed eller manglende motivation. Dog prægede hr L’s nedtrykthed ham efterhånden så meget, at det også fik indvirkning på hans deltagelse i musikterapisessionerne.

Jeg opsøgte derfor istedet L på hans rum. Aldrig tidligere havde jeg set et (ellers så levende) menneske fremstå så livløst og i den grad have opgivet alt håb. Det blev virkelig klart for mig, hvad en begyndende depression kan indebære - for et individ såvel som for dennes rehabiliteringspotentiale. L mistede al motivation og energi og glemte alle de nyligt indlærte teknikker fra de forskellige terapier (som fx forflytning fra rullestol til seng osv.) Når det gik op for L at han (heller ikke) længere beherskede disse nye kundskaber, blev han yderligere forstærket i sin oplevelse af rehabiliteringens manglende fremskridt og situationens håbløshed.

Jeg ændrede musikterapiaktiviteterne så de blev mindre krævende. Jeg besøgte L i hans rum -10-15 minutter af gangen. Enten lå han i sengen med ryggen til rummet eller sad i stolen med hængende hovede. Jeg forsøgte i endnu højere grad at forme et samvær, som ikke var betinget af det talte sprog, men et samvær som kunne rummes og deles i musikken. Jeg medbragte musik, som ud fra situationen og mit kendskab til ham, kunne passe ham at høre på og jeg sang og / eller spillede for ham. Han hilste mig velkommen men så oftest væk. På trods af dette var min oplevelse at vi var sammen på trods af, at han ikke sang med eller så på mig. Det var min oplevelse, at musikken og dette ordløse samvær ramte alligevel en bund i ham. Han var ikke ”bundløs” eller ukontaktbar. Når en sang eller musikken ikke passede ham, sagde han fra.

Efter en uge havde L fået mere mod tilbage, måske hjulpet på vej af antidepressiv medicin og en længe ventet besked om udskrivelse og overflytning til et rehabiliteringssted.

2.2.13 Resultater af musikterapiforløbet med L

I alt nåede L og jeg at have 26 musikterapisessioner sammen fordelt på ni uger. På denne tid lærte han syv melodiske sætninger. L kunne synge disse melodiske sætninger forståeligt og med en tydelig artikulation af ordene, forudsat at han igangsattes af et musikalsk cue, som fx at jeg først sang hele den melodiske sætning for ham eller de første toner eller stavelser i sætningen. L kunne ikke igangsætte nogen melodiske sætninger udelukkende på baggrund af verbale eller visuelle cues. Det blev ikke muligt for L at initiere igangsætning af de melodiske sætninger på egen hånd og derfor heller ikke muligt for ham at bruge de indlærte melodiske sætninger propositionelt.

Flere gange skete det, at de melodiske sætninger tilsyneladende ”vækkede” noget af L’s habituelle tale. Dette kunne fx ske ved at han pludselig tilføjede et ord (fx ”sgu”) i en sætning og derefter udtalte den med påfaldende lethed og normal taleprosodi. I en anden situation, under øvelsen af den melodiske sætning ”kaffe, kaffe kaffe” sagde L pludselig ”Kulsort kaffe”.

Efter L blev udskrevet sammensatte jeg en trænings-cd til ham med indspilninger af de melodiske sætninger og sange som vi havde sunget sammen. På denne måde ville L kunne fortsætte med at øve på egen hånd og / eller min sine pårørende. Præsentationen af de forskellige melodiske sætninger på trænings-cd’en foregik på samme måde som i musikterapisessionerne – d.v.s. først præsentation af melodi, derefter melodi med ord og derefter tilbagetrækning af min medsang stavelse for stavelse/ ord for ord. Nogle af øvelserne med de melodiske sætninger på træningscd’en er indspilninger fra musikterapisessionerne og L kan på denne måde høre sig selv synge (med god artikulation og flow i udtalelsen) og praktisk tale øve med sig selv, hvilket måske kan fungere som en opmuntring i træningen. Som i musikterapisessionerne er trænings-cd’en også ”krydret” med forskellige sange som er velkendte for L og som kan fungere som motivation og afveksling i træningen samt vores mest brugte synge-tale-hilsen ”Farvel, vi ses” (lydeksempel 8).

3. Præsentation af tre metoder

I dette kapitel vil jeg præsentere de tre metoder Melodic Intonation Therapy (MIT), Modified Melodic Intonation Therapy (MMIT) samt Speech Music Therapy for Aphasia (SMTA). Efter hver præsentation af en metode følger en kort diskussion, hvor jeg lufter undringer i forhold til metodens teknikker og eventuelle ligheder / modsætninger i forhold til de andre præsenterede metoder.

3.1 Melodic Intonation Therapy (MIT)

MIT skabtes i 1973 af logopæderne Robert Sparks, Nancy Helm & Martin Albert, i forsøget på at skabe en metode som kunne hjælpe de patienter med afasi som ikke gavtede af de daværende talegenoptrænings teknikker (Sparks et al., Helm & Albert, 1974; Cohen, 1994). I mange år havde disse tre logopæder arbejdet med patienter med tale- og sprogforstyrrelser og havde observeret, hvordan mange af patienterne kunne synge og klart artikulere ordene i sange de kendte og havde sunget meget, udtale remser eller andre fremsige ”automatisk generede” ord og sætninger uden problemer. Paradoksalt nok, kunne samme patienter ikke udtale eller udtrykke et ønske eller den mest enkle tanke.

“There is often a dramatic contrast between the efficient lip-service production of the non-propositional language of well memorized popular songs and the inefficient quality of propositional language which requires encoding of even the most basic thoughts” (Sparks et al., 1974:303).

Inspireret af disse observationer skabte de en metode hvor sætninger synges istedet for tales (Sparks & Deck, 1986).

Udviklerne af MIT-metoden kalder disse sætninger for ”intoned phrase”, ”melodic intonations” eller ”(sung) utterances”(Sparks & Deck, 1986). Jeg har valgt at oversætte dette begreb til melodisk sætning, vel vidende at det kun tilnærmelsesvis er en rigtig oversættelse. Valget af denne benævnelse bunder mere i en slags ”konsensus” imellem benævnelsen på de forskellige slags ”melodiske sætninger” som bruges i de tre metoder som præsenteres i dette speciale.

Sammenlignet med den normale taleprosodi *simplificeres* intonationskonturen i den melodiske sætning til kun at indeholde to tonetrin ”høj” eller ”lav” og to varigheder; ”lang eller kort”(Sparks & Deck, 1986; Lowey, 2004). Tempoet sættes ned i fremførelsen af den melodiske sætning og rytme og betoningerne markeres.

Sparks & Holland pointerer at MIT-metoden ikke retter sig mod genoptræning af motoriske aspekter af taleproduktionen men mod at forbedre patientens evne til at formulere sig propositionelt (Sparks & Holland, 1976)

En del musikterapeuter, har fundet MIT-metoden interessant og beskriver metoden som et struktureret sprogrehabiliteringsprogram (Schaefer et al., 2006), eller som ”a shaping procedure towards functional speech recovery” (Lucia, 1987: 35).

3.1.1 Teorier bag MIT

MIT udviklerne præsenterede i 1974 en egen forklaring på virkningsmekanismerne bag metoden, nemlig at den uskadte højre hjernehalvdels særegne kompetence for musik og prosodiske aspekter af tale samt dennes højre hjernehalvdels uskadte homologe sprogområder vil kunne inddrages i tale- og sproggenoptræningen og at højre hjernehalvdel med tiden vil kunne delvist overtage eller støtte den skadede venstre hjernehalvdel i kommunikationen (Sparks et al, 1974; Sparks & Holland, 1976; Sparks & Deck, 1986; Schaefer et al., 2006; Schlaug et al., 2008). Denne teori er i følge Schlaug endnu ikke påvist (Schlaug et al., 2008). Derimod påpeger Schlaug at det er via samtidig stimulering af begge hjernehalvdele at MIT opnår sin effekt:

”MIT may exert its effect by either unmasking existing music/language connections in both hemispheres, or by engaging preserved languagecapable regions in either or both hemispheres. Since MIT incorporates both melodic and rhythmic aspects of music [...]it may be unique in its potential ability to engage both hemispheres” (Schlaug et al., 2008:317).

Det understreges at den venstre hjernehalvdel fortsætter med at være sprogdominant og at den sidste og samlede integration af alle tale- og sprogkomponenter (stadig) finder sted i den venstre hjernehalvdel (Sparks et al., 1974; Sparks & Deck, 1986).

Via en forstærkelse af de prosodiske karakteristika i en melodisk sætning er det tanken, at højre hemisfære kan yde denne støtte til den skadede venstre sprogdominante hemisfære (Sparks & Deck, 1986).

3.1.2 Patientgruppe

I mange tekster der er forfattet af andre end udviklerne bag MIT-metoden, er de strenge egnethedskrav til kandidater til metoden ikke gengivet. Ofte beskrives kandidater til metoden i disse tekster, som patienter der lider af Brocas afasi (Adamek et al., 2000; Baker, 2000, Baker & Tamplin, 2006) hvilket er en forenkling af de kandidatkrav som opstilles af udviklerne bag MIT.

Sparks & Deck præsenterer strenge kriterier for kandidater til metoden, af hvilke jeg *kort* vil gengive de vigtigste her. For at få et fuldstændigt indblik i kriterierne henviser jeg til Sparks & Deck (1986). Det vurderes at MIT er en effektiv metode for cirka ¼ af patienter med afasi og at 75 % af disse nøje udvalgte patienter vil opnå en forbedring i kommunikationsevnen efter MIT behandling (Sparks & Deck, 1986). Patienter som gavner af MIT behandling lider af ikke-flydende afasi og har bibeholdt auditiv forståelse som vidner om at han/hun forstår talt sprog og også kan høre de fonologiske og morfologiske fejl i sin egen udtale. Patientens forsøg på at rette sine fejl i udtalelsen lykkes ofte ikke, men bliver kun forværret i forhold til antal forsøg. Patienten skal være følelsesmæssig stabil og være parat til at indgå i behandlingen.

Sparks & Deck understreger at MIT ikke egner sig til patienter, som lider af Wernickes afasi, idet disse i følge Sparks & Deck ikke har indsigt i, at deres tale er uforståelig. Ofte vil en patient med Wernickes afasi kunne kopiere og gengive den melodiske kontur i en sætning, men derimod vil han /hun hurtigt udbytte de rigtige ord med uforståelige lyde (Sparks & Deck, 1986). Eftersom denne slags patienter også ofte er følelsesmæssigt ustabile og / eller afviser behovet af kommunikationsgenoptræning gør det dem heller ikke egnede til MIT-metoden (Sparks & Deck, 1986). Patienter diagnosticeret med transkortikal afasi¹³ er heller ikke velegnede kandidater til MIT. Disse kan ellers ofte også, som i tilfældet med patienter med Wernickes afasi, problemfrit tilegne de melodiske intonationsmønstre, men der forekommer ingen overføring til propositionelt sprogbrug. Patienter med global afasi betragtes som en patientgruppe der er umulig at kunne hjælpe med at genetablere funktionel kommunikation og er derfor også udenfor MIT's målgruppe (Sparks & Deck, 1986).

Logopæden Nancy Helm-Estabrooks, som har været med til at udvikle MIT-metoden, har sammen med sin kollega Margeret A. Naeser gjort et studie af forholdet mellem placeringen af patienters læsion og disses respons på MIT. Helm-Estabrooks og Naeser CT scannede 25 personer med ikke-flydende afasi efter deltagelse i et MIT behandlingsprogram og det viste sig at de kliniske erfaringer

¹³ Transkortikal afasi er også en ikke-flydende afasi men patienter med denne diagnose har bevaret evne til at repetere og manglende auditiv forståelse (begge dele i modsætning til patienter med Brocas afasi) (Baker & Tamplin, 2006).

som MIT udviklerne tidligere havde gjort i sine casestudies i forhold til egnethedskriterier (Sparks et al., 1974) stemte overens med scanningsresultaterne. Blandt andet blev det tydeligt at det var afgørende for patienternes gavn af MIT at der ikke forekom bilaterale læsioner, eller læsioner i højre hjernehalvdel (Naeser & Helm-Estabrooks, 1985; Adamek et al., 2000).

Sparks & Deck (1986) anbefaler, at patienter deltager i to individuelle behandlingssessioner med MIT dagligt af ialt 1 ½ times varighed (Schlaug et al., 2008) og at ingen anden form for tale- og sproggenoptræning gennemføres samtidig som et MIT program (Sparks & Deck, 1986; Baker, 2000).

På trods af vigtigheden af familien og pårørendes engagement i patientens rehabilitering anbefaler udviklerne af MIT-metoden ikke, at familien træner de melodiske sætninger med patienten på egen hånd uden terapeutens medvirken. Derimod opfordres familien til at bruge teknikken ”sprechgesang” for at afhjælpe ordfindingsbesvær samt til at synge-tale dagligdagssætninger (Sparks & Deck, 1986).

MIT har vist effektivt for patienter, som modtager daglig, individuel træning i gennemsnitlig tre måneder (Sparks et al., 1974). I en tidligere tekst anbefaler Sparks et al (1974) at patienterne i tillæg til den daglige individuelle terapi også deltager i såkaldt ”choir practice”, hvillket er en mindre struktureret form for gruppe- MIT, hvor målet er at patienterne spontant interagerer verbalt, uanset hvor begrænsede de måtte være rent verbalt.

Det angives ikke entydigt i nogen tekster, hvornår MIT kan tages i brug efter en patients skade / indlæggelse. Der beskrives cases, hvor en patient modtager MIT behandling to måneder efter ulykken og en anden 18 måneder efter (Albert et al., 1973).

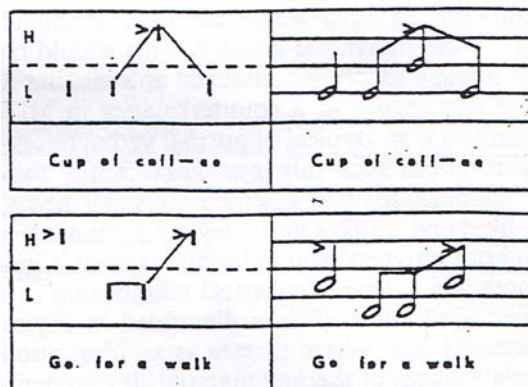
Der er ligeledes heller ikke beskrevet nogen tidsgrænse for hvornår behandlingen med MIT *senest* kan igangsættes efter patientens skade.

3.1.3 Komponering af de melodiske sætninger

MIT tager udgangspunkt i patientens bevarede evne til at synge og producere og remselignende verbaliseringer uden nogle talemæssige forstyrrelser på trods af tale, som ellers er karakteriseret af ikke-flydende afasi. Melodiske sætninger med dannes med udgangspunkt i den talte sætnings normale ”naturlige musikalske karakteristika”, kaldet prosodi (Sparks et al., 1974; Sparks & Deck, 1986; Schlaug et al., 2008). Det er afgørende for metodens effektivitet, at den melodiske sætning tager nøje afsæt i prosodien i den pågældende sætning når den tales eftersom dette vil forenkle overgangen tilbage til normal taleprosodi på de senere trin i metoden (Sparks & Deck, 1986). Med de tre elementer af prosodi; melodisk linje (tonefald), tempo og rytme / betoning foretages en ændringer af disse

elementer i udformningen af den melodiske sætning. Den konstant varierende tonehøjde som bruges ved tale, reduceres til kun at omfatte to forskellige tonehøjder (høj /lav), rytme og betoning overdrives og tempoet sænkes (Sparks & Deck, 1986). Fokus på de prosodiske elementer i sprog-og talegenoptræningen er i følge Sparks & Holland en fordel for patientens artikulationsevne ved blandt andet at kunne reducere parafasier (Sparks & Holland, 1976).

Udviklerne af MIT beskriver at toneomfanget i de melodiske sætninger ikke bør overstige fire heltoner, eftersom dette er indenfor det tonemæssige omfang normal tale foregår indenfor og fordi personer med ikke-trænede stemmer finder dette toneomfang mest behageligt (Sparks & Holland, 1976; Sparks & Deck, 1986). Indenfor disse fire heltoner foregår en veksling mellem to tonehøjder ”høj” og ”lav” (Sparks & Deck, 1986; Lowey, 2004; Schlaug et al., 2008). Det er uanset ikke vigtigt, om terapeuten ved instruktionen for patienten synger disse melodiske sætninger helt rent, eftersom der lægges større vægt på den melodiske linjes op- eller nedgang end at ramme den eksakte tone.



Figur 5: Eksempel på melodiske sætninger fra MIT metoden (Sparks & Deck, 1986:324).

I dannelsen af de melodiske sætninger skal der bruges såkaldte ”nonlinguistically loaded melodi patterns” (Albert et al., 1973:130) og der advares mod brug af kendte melodier eller melodier som kan minde om populære sange (Albert et al., 1973; Sparks et al., 1974; Sparks & Holland, 1976; Sparks & Deck, 1986). Erfaringer viser nemlig at patienten da automatisk vil komme til at bytte den nye MIT-tekstlinje ud med den kendte, originale tekst til melodien. Således dette charmerende eksempel (!):

The familiar melody will stimulate recall of the nonpropositional words of that song. Sparks et al. (1974) were embarrassed by their sample melody pattern for the intoned phrase, ”Meat and potatoes”. The melody used closely resembled a popular song, ”I

love my baby, my baby loves me”. When the target phrase was presented and the aphasic was asked to join in, he altered it to, ”Meat and potatoes, my baby loves me” (Sparks & Deck, 1986:320).

Ordvalget til de melodiske sætninger skal tage udgangspunkt i den enkelte patients behov og være relevante i forhold til dennes individuelle livssituation (Sparks & Holland, 1976; Sparks & Deck, 1986). Terapeuten må tage patientens familie og venner til hjælp for få et indblik i, hvilke ord og sætninger som er vigtige for patienten at kunne anvende.

Terapeuten bør også skabe sig et indblik i patientens habituelle sprogbrug så de melodiske sætninger kan afspejle dette. Det er nemlig muligt at brug af udtryk, som patienten har anvendt tidligere inden skaden, vil kunne fremkalde sproglige ytringer fra tiden inden patienten blev ramt af afasi (Sparks et al., 1974; Sparks & Deck, 1986; Schaefer et al., 2006). Dette kaldes af Sparks & Deck for ”high-probability utterances” (Sparks & Deck, 1986:321).

På de første niveauer i MIT-metoden bruges kun melodiske sætninger, som består af to-stavelsesord (”brødet”) eller sætninger med kun to til tre stavelser (”på gensyn”). Derefter øges antal stavelser og ord (Schlaug et al., 2008).

Sparks & Deck foreslår at melodiske sætninger med relateret tematisk indhold trænes sammen så de derved opnår en sammenhæng. For eksempel ”godmorgen”, ”nu står vi op”, ”tid til et bad”. (Sparks & Decks, 1986)

3.1.4 MIT proceduren

Der er ialt fire niveauer i MIT-metoden, underdelt i hver tre trin¹⁴. Tankegangen bag denne opbygning er, at patienten skal hjælpes til en gradvis fremgang og sværhedsgraden stiger trin for trin. MIT-metoden er nøje struktureret og der pointgives efter et specifikt pointsystem (Schaefer et al., 2006).

På de første niveauer synger terapeuten først de melodiske sætninger for patienten et par gange, derefter signaleres til patienten om at deltage og derefter trænes sætningen unisont nogle gange. Under sang af den melodiske sætning holder terapeuten patientens venstre hånd med sin egen højre og klapper rytmen¹⁵ i den melodiske sætning på patientens venstre hånd. Det er ikke specificeret i nogen tekster om MIT, hvorvidt terapeuten klapper *takten* i den melodiske sætning eller det *rytmiske mønster* i den melodiske sætning.

¹⁴ Se Sparks & Deck (1986) eller Schaefer et al, 2006 for en nøje præsentation af de forskellige niveauer i MIT.

¹⁵ I originaltekster bruges ordet ”hand tapping” (Sparks & Deck, 1986). Jeg har valgt at oversætte det med ordet klappe.

Terapeutens markering af rytmen / takten af den melodiske sætning ved klap på patientens venstre hånd, bliver beskrevet som en vigtig og effektiv støttende stimulus, der kan være bedre end verbale cues. Disse klap kan også hjælpe med igangsætning (*cueing*) sammen med brug af de visuelle tegn, som for eksempel terapeutens ansigtsudtryk (Sparks & Deck, 1986).

I takt med at patienten ”rykker op i niveauerne”, trækker terapeuten sig gradvist tilbage i forhold til sin deltagelse af sang af de melodiske sætninger: først stopper terapeuten med sin medsang af sætningerne, dog under skal terapeuten være klar til synge sammen med patienten igen hvis patienten har vanskeligheder ved at repetere den melodiske sætning på egen hånd. Terapeuten skal begrænse sin medsang, hvis det viser sig at patienten overhovedet ikke viser noget tegn på at kunne producere de melodiske sætninger på egen hånd (Sparks & Holland, 1976; Sparks & Deck, 1986). Terapeutens støtte i form af klap af rytmen på patientens hånd fortsætter længere, end den unisone medsang, nemlig -helt frem til sidste niveau (niveau IV).

I takt med at patienten bevæger sig gennem de forskellige niveauer, forlænges tidsrummet med nogle sekunder, fra terapeutens præsentation af den melodiske sætning, til patienten tillades at gentage den. Når patienten er nået cirka halvvejs igennem niveauerne forsøger terapeuten at få patienten til at bruge den melodiske sætning adekvæt, for eksempel som et svar på et itonesat spørgsmål som terapeuten stiller.

Patienten skal svare med den melodiske sætning men ikke på en måde så det bare er en simpel gentagelse af denne. Sparks & Holland uddyber dette:

”The patient is encouraged to be specific in his reply rather than simply repeating again the sentence in its entirety. He should not be penalized if such a repetition is given as the response but the clinician should explain that briefer and more specific responses are better” (Sparks & Holland, 1976:293).

På de sidste trin i MIT-metoden arbejdes med en fading af den melodiske intonation via teknikken ”sprechgesang” som betyder ”talt sang” (Sparks et al., 1976). Her bibeholdes de rytmiske og tempomæssige karakteristika i den melodiske sætning, mens melodilinjen, (der frem til nu har bestået af et reduceret tonefald /melodilinjje i forhold til den normale taleprosodi) erstattes af den mere *variereede tonehøjde* som findes i normal tale (Sparks & Deck, 1986). Denne mellemting mellem sang og tale sammenlignes med recitative passager i operaer (Sparks & Holland, 1976; Sparks & Deck,

1986). Hen mod slutningen af MIT-metoden er det meningen at patienten skal kunne repetere og bruge disse sætninger med normal taleprosodi.

I tilfælde, hvor patienten har vanskeligheder med indlæringen og / eller igangsætningen af en melodisk sætning kan terapeuten på niveau III og IV gøre brug af en ”backupstrategi”. Denne indebærer at terapeuten stopper træningen af den bestemte melodiske sætning og istedet går et trin tilbage i proceduren hvor patienten havde en succesfuld oplevelse og produktion af en melodisk sætning. Efter succesfuld produktion af den melodiske sætning på dette pågældende tidligere trin, kan terapeuten igen gå et trin ”op” for igen at træne den vanskelige melodiske sætning. Denne backupstrategi kan være en effektiv måde at få patienten til at producere den korrekte respons uden at distrahere patienten eller gøre denne direkte opmærksom på han/hun fejlede (Sparks & Deck, 1986).

Der hersker uenighed omkring hvorvidt de forskellige niveauer og trin i MIT-metoden skal følges slavisk. Ophavsmændene til MIT beskriver proceduren så detaljeret er for at give et så nøjagtigt billede som muligt af den kliniske metode, samtidig øjner de faren for at en sådan detaljeret fremlægning kan mislede andre terapeuter til at tro, at denne procedure altid skal følges til punkt og prikke. Det understreges derfor at den kliniske sensitivitet ikke må lide under de forskellige fremlagte retningslinjer for fremgangsmetoden: terapeuten har ret til at modificere metoden for at møde den enkelte patients behov og for at udnytte de specifikke evner som terapeuten selv måtte besidde (Sparks & Holland 1976; Sparks & Deck, 1986).

3.1.5 Erfaringer og forskning som understøtter MIT

I den første tekst om MIT fra 1973, præsenteres tre cases med patienter som alle gavner af deltagelse i MIT træning. De beskrives alle som havende ”svær” afasi, god auditiv forståelse, men begrænset verbalt output. Patienternes skader var mellem to og atten måneder gamle og de havde alle tidligere modtaget tale- og sprogtræning i op til tre måneder, uden fremgang. MIT behandlingen viste sig virkningsfuld efter få dage eller uger i form af ordproduktion, deltagelse i korte samtaler med propositionelle ordvekslinger, og i forhold til evnen at svare meningsfuldt samt grammatisk korrekt på spørgsmål. I alle tre cases var der trods disse forbedringer stadig dysartriske problematikker (Albert et al., 1973; Cohen, 1994).

Sparks & Deck beskriver at de ikke længere, som i MIT-metodens tidligere dage, satser på at påvise effektiviteten af MIT-metoden for afasipatienter via ”traditionelle forskningsmetoder” som for eksempel gør brug af tilnærmelsesvis ens forsøgsgrupper, da dette vil betyde at nogle patienter som søger hjælp for kommunikationsforstyrrelser, vil blive afvist. Dette mener de ville være uetisk. Istedet

evalueres MIT-metoden via brug af forskningsdesign som anvender forsøgspersonen som dens egen kontrol (Sparks & Deck, 1986). To studier påviste MIT-metodens effektivitet via sådanne studier. Her blev evalueringstesten Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE) brugt før og efter forsøgspersonernes deltagelse i MIT træningsprogrammet. I studiet fra 1974 fremgår det, at de otte forsøgspersoner blev vurderet i forhold til testkategorierne ”Responsive Naming”, Confrontation Naming” samt “Phrase Length in Conversation” og i seks af otte tilfælde konstateres en forbedring af propositionelt sprog, som kan tilskrives MIT-behandlingen (Sparks et al., 1974; Adamek et al, 2000). I det andet forsøg, hvor forsøgspersonerne er persisktalende, gøres brug af samme forskningsdesign og resultat viser signifikant forbedring efter MIT behandlingen (Schlaug et al., 2008).

I et case studie af Wilson et al., (2006), hvor en MIT forsøgsgruppe sammenlignes med en kontrolgruppe blev det påvist at MIT har en faciliterende effekt på forsøgspersonernes artikulationsevne og at forsøgspersonerne bedre husker og genererer melodiske sætninger sammenlignet med sætninger uden et melodisk element. Wilson et al. antager at det melodiske element tilføjer et aspekt i forhold til lagring og fremkaldelse af den pågældende frase (Schlaug et al., 2008, Wilson et al., 2006). I Wilsons et al.’s studie producerer patienterne de pågældende melodiske sætninger ved hjælp af cuing af terapeuten, men det beskrives ikke, *hvordan* terapeuten cuer eller hvorvidt disse forsøgspersoner opnåede en propositionel anvendelse af de melodiske sætninger (Schlaug et al., 2008).

De strenge egnedetskriterier som bruges for at afgøre, hvilke patienter som er kandidater til at modtage MIT behandling, bygger på erfaringer og på information fra CT scanninger af patienter, som har deltaget i et MIT træningsprogram (Naeser and Helm-Estabrooks, 1985).

MIT-metoden har fået blandet kritik i forhold til sin effekt, skriver musikterapeut Joanne Lowey¹⁶ (2004), som citerer kilden ”Evidence is” (2003). MIT kritiseres også for ikke at lære patienten den korrekte udtale af de enkelte fonemer (speech sounds) og beskrives som en terapi som ikke kan erstatte andre terapier, men som derimod kan supplmentere og forstærke andre terapier (Lowey, 2004). Sparks & Deck beskriver derimod at MIT ikke bør bruges samtidig med anden tale- og sproggenoptræning (1986).

¹⁶ Joanne Lowey er musikterapeut og ph.d.og tilknyttet Hahnemann University samt Beth Israel Medical Center (New York, USA).

3.1.6 Diskussion af MIT

På baggrund af, at MIT-metoden bygger på at inddrage den højre hjernehalvdels kompetence for musik og prosodiske aspekter af propositionelt sprog (Sparks et al., 1974; Sparks & Deck, 1986; Hobson, 2006) eller af Jungblut beskrevet som de melodiske og emotionelle komponenter i tale (Jungblut, 2005) finder jeg det tankevækkende at man vælger at *reducere* den melodiske linje i dannelsen af de melodiske sætninger, mens de to andre dele af prosodi; tempo og rytme/betoninger overdrives. Som Naeser og Helm-Estabrooks konkluderer, er det netop patienter som har bibeholdt evnen til at håndtere melodiske funktioner der gavner af MIT behandlingen. Efter CT scanning af 25 patienter som har gennemgået et MIT træningsprogram bliver det klart at netop patienter med højresidige eller bilaterale læsioner er dårlige kandidater til deltagelse i MIT. Naeser & Helm-Estabrooks mener at kan skyldes at højre hjernehalvdel er dominant for melodiske funktioner og eftersom MIT-metoden netop gør brug af melodi til at facilitere tale har disse patienter dårligere odds for at profitere af MIT behandlingen:

”Given the evidence that the right hemisphere is dominant for melodic functions, however one might assume that a treatment method which uses melody to facilitate speech production might not benefit patients with compromised right hemispheres”
(Naeser & Helm-Estabrooks, 1985).

Kunne man ikke have forestillet sig at melodilinjens i de melodiske sætninger var bibeholdt? Hvorfor vælger Sparks og kolleger at reducere den melodiske linje og samtidig kalde metoden *melodisk intonations terapi*?

Det er vanskeligt at forstå, hvordan de melodiske sætninger lyder når teknikken ”sprechgesang” anvendes i forhold til, hvordan den melodiske sætning normalt fremføres under MIT-metoden. Beskrivelsen lyder at ”sprechgesang” udvider den melodiske linje til igen at omfatte hele toneregisteret i taleprosodien (Sparks & Deck, 1986). I læsningen af andre beskrivelser af MIT-metoden er denne teknik ofte ikke beskrevet eller helt misforstået: Baker sammenligner alle MIT-melodiske sætninger med sprechgesang (Baker & Tamplin, 2006) og andre indbefatter slet ikke denne teknik i deres beskrivelse eller anvendelse af metoden (Schlaug et al., 2008; Thaut, 2009¹⁷) med den forklaring at patienten af sig selv, foretager en tilbagevenden til normal taleprosodi (Thaut, 2009).

¹⁷ Undervisning af Corene Thaut ved 24th International Training Institute in Neurologic Music Therapy, London 2009.

Med MIT-metodens udgangspunkt i patientens velbevarede evne til at producere ikke-propositionel tale er det tankevækkende at denne evne kan bruges til at genoptræne *propositionel* tale. Kan der være en fare for, at de melodiske sætninger blot bliver nyt ikke-propositionelt materiale som en velkendt sang, som patienten lærer sig udenad og automatisk kan generere, lig en hvilken som helst anden tidligere ”habituel indlært slager”? MIT-metoden præsenterer ikke mange teknikker for at teste patientens evne til at overføre brug af sætningen fra en situation til en anden (overføringseffekt).

På niveau III introducerer terapeuten (intonerede) spørgsmål, som patienten skal besvare med brug af den melodiske sætning. Sparks & Holland (1976) giver en beskrivelse af, hvordan patienten skal svare ved at bruge den melodiske sætning, dog uden at dette foregår som en simpel gentagelse. Ud over denne ”spørgsmåls-teknik” gives ingen andre beskrivelser af træning af patientens evne til at bruge de melodiske sætninger propositionelt og det er vanskeligt at forstå, hvordan en egentlig propositionel anvendelse af de melodiske sætninger skal kunne finde sted.

Lowey understreger, er MIT ikke en musikterapeutisk metode:

”MIT is not music therapy as it does not encompass the utilization of auditory aesthetic aural organization. It is ordered according to melodic and rhythmic characteristics of speech itself, without particular attention drawn to dynamics, harmonic phrasing, sequencing, lyrical style, or relationship (collaborative play)”(Lowey, 2004:8).

Lowey's udtalelse er interessant og jeg ønsker at vende tilbage til hendes vurdering senere i specialet. Nu videre til en musikterapeuts modificering af MIT.

3.2 Modified Melodic Intonation Therapy (MMIT)

I en tekst fra 2000 præsenterede Felicity Baker en modificeret udgave af MIT, kaldet Modified Melodic Intonation therapy (MMIT). I arbejdet med en patient, som ikke havde gavn af det oprindelige MIT-program, blev det nødvendigt for Baker at modificere og videreudvikle MIT-metoden. Baker beskriver at MMIT henvender sig til de 25 % af diagnosticerede patienter med afasi, som i følge Sparks & Deck, (1986) ikke opnår nogen forbedring efter et MIT træningsprogram (Baker, 2000). MMIT-metoden sigter mod at kunne lære en afasipatient at initiere mindre sætninger, der er relevante i forhold til den pågældende kontekst og at gøre dette uafhængigt af verbale, visuelle eller musikalske cues (Baker & Tamplin, 2006).

3.2.1 Teorier bag MMIT

MMIT tager udgangspunkt i MIT's grundidé om anvendelse af intonerede sætninger, men sætter tvivl ved effekten af MIT (Baker & Tamplin, 2006).

I MMIT-metoden fungerer de melodiske sætninger som en slags huskehjælp ('a mnemonic aid) , (Baker, 2000: 111). Afgørende for, hvorvidt metoden skal virke er, at patienten kan internalisere de melodiske sætninger så de kan fungere som en igangsætter (trigger) af det verbale sprog. De melodiske sætninger kan sammensættes, så de udgør en hel sang, der kan hjælpe patienten til at lagre og huske sætningerne (en sætningssang), eller patienten kan nøjes med at svare med den melodiske sætningens sidste ord, kaldet nøgleordet. Formålet med MMIT er, via disse melodiske sætninger, at skabe adgang til de musikalske centre i hjernen (Baker & Tamplin, 2006).

3.2.2 Patientgruppe

MMIT henvender sig til patienter med høj grad af ikke-flydende afasi (Baker & Tamplin, 2006) og retter sig mod de 75 % af patienter diagnosticeret med afasi, som ikke gavner af MIT-metoden (Baker, 2000). Baker beskriver ikke, hvor tidligt en patient kan begynde med MMIT behandling, ej heller nogle entydige beskrivelser af, om man kan vente for længe efter patienten er blevet skadet.

3.2.3 Komponering af melodiske sætninger

MMIT-metodens karakteristiske musikalske fokus og specielt musikalskt udarbejdede sætninger, nødvendiggør i følge Baker en musikterapeuts deltagelse i MMIT træningen (Baker, 2000), men Baker beskriver ikke, hvorvidt hun betragter MMIT som musikterapi.

Sætningerne i MMIT udarbejdes for at kunne bruges i dagligdags kommunikation og tager derfor udgangspunkt i den patientens individuelle situation og sætningerne kan indeholde ord som handler om individuelle behov og ønsker, familienavne med mere.

Baker arbejder med begrebet nøgleord, som er sætningens vigtigste ord og skal altid placeres tilsidst i sætningen (fx "Gå i seng"). Når patienten har indlært sætningerne og der arbejdes med generering af disse, kan patienten vælge at svar med enten hele sætningen, eller med sætningens sidste nøgleord.

MMIT sætningerne skal komponeres så de holder sig indenfor en oktav, eftersom det er indenfor dette omfang en persons vokale register normalt spænder. Derefter gælder to kriterier for dannelsen af de melodiske sætninger: For det første skal sætningerne være væsensforskellige fra hinanden i såvel rytmisk som melodisk struktur så patienten ikke forveksler sætningerne med hinanden. Sætningerne må heller ikke minde om andre allerede kendte og eksisterende sange /melodier, da dette vil kunne føre til uhensigtsmæssig fremkaldelse af ikke-propositionel tale i form af den pågældende sangs

originaltekst. Det andet kriterie for dannelsen af de melodiske sætninger er, at de skal være lette at huske og lette at genkalde (Baker & Tamplin, 2006).

Baker udtaler sig modsætningsfyldt i forhold til, hvorvidt de melodiske sætninger skal afspejle sætningens normale taleprosodi eller ej. Hun beskriver, hvordan den melodiske sætningens melodilinje skal afspejle rytme, betoning og melodilinje fra den talte version men samtidig også at den naturlige melodilinje fra den talte variant ofres for at kunne skabe en mere musikalsk struktur, som lettere kan huskes af patienten (Baker & Tamplin, 2006). Det er derfor uklart, hvad Baker egentlig mener i forhold til, hvor stor en rolle det prosodiske element spiller i dannelsen af de melodiske sætninger. Betragter man de tre eksempler på melodiske sætninger, som indgår i præsentationen af MMIT (Baker & Tamplin, 2006) er det tydeligt at disse tre sætninger alle lyder som små sangstrofer men den taleprosodiske inspiration er ikke altid lige let at spore.

The image shows three musical staves, each with a different time signature and chord progression. The first staff is in 4/4 time, the second in 6/8 time, and the third in 4/4 time. Each staff includes a melody line and a corresponding chord progression. The lyrics are: 'I want a two hou - r tic - ket_ zone .one and two', 'I want an all day tic -ket zone one and two', and 'I want to take mo - ney out of my ac -count'. Chord diagrams for C, F, and G are provided above the notes.

Figur 6: Eksempel på melodiske sætninger fra MMIT metoden (Baker & Tamplin, 2006:147).

De forskellige melodiske sætninger skal komponeres så de kan passe ind i en akkordgang. Dermed kan de melodiske sætninger samles i en sang (sætningssang), hvor hver sætning udgør en strofe i sangen. Dette tilføjer en ekstra musikalsk dimension som kan have betydning for patientens evne til at lagre og genkalde sig de melodiske sætninger:

Baker omtaler ikke sammensætning af de melodiske sætninger i sin seks-trinspræsentation af fremgangsmåden, men i en enklere oversigtspræsentation af metoden fremgår det at de enkelte melodiske sætninger, allerede efter den første introduktion, kan sammensættes og synges som en hel

sang af terapeuten. Derefter kan terapeuten opmuntre patienten til at deltage. Hvis patienten har problemer med udtalen, kan de enkelte melodiske sætninger øves individuelt. Derefter skal patienten synge sangen af de samlede melodiske sætninger selv, mens terapeuten akkompagnerer. Tilsidst skal patienten kunne synge den melodiske sætnings-sang på egen hånd (Baker & Tamplin, 2006).

3.2.4 MMIT proceduren

Arbejdet med MMIT-træningen opdeles i seks trin.

Trin 1 starter med sangaktivitet, med sange som patienten kender. Denne aktivitet har flere fordele: Patienten kan ved at synge velkendte sange, få muligheden for at opleve at et umiddelbart, verbalt output faktisk er muligt, i modsætning til oplevelsen af at forsøge at tale. At opleve det verbale output ved sang kan være en motiverende faktor for mange patienter og giver et godt udgangspunkt for MMIT træningen (Baker, 2000; Baker & Tamplin, 2006).

Sang af velkendte sange kan også bruges som motivering på de senere trin i træningen, hvis patienten oplever vanskeligheder i indlæringen af de melodiske sætninger eller de kan bruges som belønning. Et lille afbrud i træningen med sang af velkendte sange kan også bruges til at aflede patientens opmærksomhed, så terapeuten kan teste om patienten efter færdigsunget sang, stadig kan huske den pågældende melodiske sætning, som blev trænet præcis inden sangen. Dette beskriver Baker som en form for overførings-test. Endelig kan sang bruges til at træne udtale og forbedring af artikulation af bestemte ord eller lyde. Med henvisning til hjerneforskning nævner Baker at muligheden for at kunne producere et flydende verbalt output (modsat patientens karakteristiske ikke-flydende præg ved normal tale) måske vil resultere i udvikling af nye nervebaner – hjerneplasticitet (Baker & Tamplin, 2006).

Trin 2 involverer præsentation af de melodiske sætninger for patienten. Optil 10 sætninger kan introduceres og præsenteres først via højtlesning, derefter synger og spiller terapeuten de melodiske sætninger gentagne gange mens patienten lytter.

Trin 3 giver patienten mulighed for at synge med på sætningerne, når han/hun føler sig klar. Sætningerne skal synges flere gange sammen. Det er afgørende at sætningerne trænes ofte. De melodiske sætninger skal indspilles (kasettebånd /cd etc.) så patienten kan øve på egen hånd mellem sessionerne.

Trin 4 indebærer terapeutens begyndende tilbagetrækning og stiler mod at lade patienten synge de melodiske sætninger på egen hånd. Sang af de melodiske sætninger skal afveksles med sangaktivitet af kendte sange for at teste patientens evne til uafhængigt at kunne generere de melodiske sætninger.

Trin 5 handler om at træne og teste patientens *egen uafhængige generering* af ord og sætninger, eventuelt med hjælp af musikalske cues, som kan være at spille den foregående melodiske sætning i ”sætningssangen”. Dog skal patienten med tiden kunne generere sætningerne uden de musikalske cues. Terapeuten kan stille et spørgsmål som passer til den indøvede melodiske frase for at teste hvorvidt patienten har internaliseret sætningen (Baker & Tamplin, 2006).

Først når trin 5 er fuldført, skal der indøves nye ord i nye melodiske sætninger.

Trin 6 er sidste trin, og bruges til arbejdet med sætningerne udenfor musikterapi konteksten. Her skal patienten kunne gøre brug af hele sætninger eller nøgleord i en samtale, for eksempel på en café. (Baker & Tamplin, 2006; Schaefer et al., 2006). Baker understreger at dette triner vigtigt, eftersom det afgør, hvorvidt der er en overføringsværdi fra MMIT træningen, det vil sige, om patienterne kan bruge de melodiske sætninger propositionelt (Baker & Tamplin, 2006).

Baker foreslår at en session maks varer 30 minutter, og afholdes så ofte som muligt.

3.2.5 Erfaringer og forskning som understøtter MMIT

Jeg har ikke i min søgning efter materiale om MMIT fundet nogen tekster som viser forskningsresultater vedrørende MMIT og effekten af denne. Den første tekst om metoden blev udgivet i 2000, så det kan skyldes at metoden stadig er forholdsvis ny. Baker præsenterer oversigtsgrafer som viser to patienters fremgang under og efter MMIT træning, sammenholdt med vurdering inden igangsætning af MMIT (Baker, 2000).

Baker efterlyser selv forskning som kan undersøge MMIT-metoden, og nævner idéen om at undersøge, hvilke områder af hjernebarken som aktiveres under henholdsvis MIT og MMIT for at se, hvilke forskelle og overlapninger der findes. En sådan undersøgelse ville give information om, hvilke patienter som vil kunne gavne af den traditionelle form for MIT og hvilke patienter som har brug for MMIT versionen (Baker, 2000).

På baggrund af, at Baker stiller sig kritisk til effektiviteten af MIT-metoden kan det være lidt tankevækkende, at hun ikke selv har igangsat forskning, som søger at påvise effektiviteten af MMIT.

3.2.6 Diskussion af MIT og MMIT i forhold til hinanden

En af de mest karakteristiske forskelle mellem MIT og MMIT synes at være det faktum at de melodiske sætninger enten afspejler prosodien i en normal talt sætning (MIT) eller gøres ”mere musikalske” som små sangstrofer for at fungere som en ”musikalsk knag” for hukommelsen. Imidlertid giver Baker modstridende instruktioner om, hvorvidt den melodiske sætning skal afspejle

prosodien i den talte sætning. Noget som naturligvis gør metoden vanskelig at forstå. Måske mener hun, at det melodiske motiv skal være en slags mellemting mellem talt prosodi og en interessant sangstrofe?

MMIT-metoden følger mange af MIT's anbefalinger, for eksempel i forhold til advarslen om ikke at komponere de melodiske sætninger på en allerede kendt melodi eller på en melodi som hører til en anden melodisk sætning. Det er også i MMIT-metoden afgørende, at de melodiske sætninger er væsensforskellige.

MMIT-metoden bruger sang af velkendte sange i træningen, af flere årsager: for at vise patienten at han/hun faktisk evner at producere ord og sætninger, som motivation, som belønning, som begyndende test af overføringsevne samt træning og finpudsning af artikulation af bestemte lyde og ord. Inddragelse af sang af velkendte sange i træningen synes derfor at være en aktivitet med mange fordele og det kan undre, hvorfor MIT-metoden ikke gør brug af dette.

I såvel MMIT-metoden som i MIT arbejdes der med sammensætning af melodiske sætninger, som har ligheder i tematisk indhold. I MMIT-metoden tilføjes et yderligere aspekt, eftersom de forskellige individuelle melodiske sætninger er komponeret så de kan indgå som melodilinjen i en sang og passe til dennes akkordgang. MMIT forklarer idéen med sammensætning af de melodiske sætninger til en sang med, at dette vil øge patientens evne til at lagre og fremkalde disse sætninger- individuelt som samlet (Baker & Tamplin, 2006).

I forhold til, at udviklerne af MIT-metoden beskriver at MIT kan bruges til at forbedre propositionel tale, er der kun en teknik (terapeut stiller spørgsmål til patienten, som skal besvares med den melodiske sætning) i metoden, som træner denne færdighed. I MMIT-metoden, er et helt trin- netop det sidste trin 6, tilegnet træning af de melodiske sætninger udenfor musikterapi konteksten. På dette trin, vil man i følge Baker kunne afgøre, hvorvidt patienten egner at bruge sætningerne propositionelt. MMIT virker på denne måde at være mere seriøs i sit forsøg på at hjælpe patienten til at anvende de melodiske sætninger propositionelt.

En afgørende forskel mellem MIT og MMIT er at patienten i MIT træningen skal ende med udtale de melodiske sætninger med normal taleprosodi, modsat en patient som deltager i MMIT træning, der bibeholder den syngende karakter af den melodiske sætning- også udenfor musikterapien. Taget i betragtning af, at evnen til at synge uhindret, på trods af ikke-flydende verbalt output, er udgangspunktet for både MIT og MMIT virker det logisk at *bibeholde* den melodiske linje samt de andre musikalske elementer i fremførelsen af den melodiske sætning som MMIT-metoden gør.

I MMIT-metoden er de melodiske sætninger sammensat så det sidste ord er nøgleordet for den pågældende sætning. På denne måde kan patienten arbejde med enten indlæring og produktion af hele sætningen eller kun det sidste ord, og uanset har ytringen kommunikerende relevans.

Bakers forklarer at funktionen bag MMIT er at de melodiske sætninger fungerer som en trigger for det verbale sprog og at MMIT stimulerer de musikalske centre i hjernen. Det er uvist, hvad Baker mener med de musikalske centre i hjernen, eftersom perception og bearbejdning af musik er fordelt over hele hjernen og ikke afgrænset til enkelte eller specifikke hjerneområder (Wallin et al., 2000; Kenelly et al., 2001; Hobson, 2006).

3.3 Speech Music Therapy for Aphasia (SMTA)

I 2005 udgav den hollandske musikterapeut Madeleen De Bruijn sammen med sine kolleger, logopæderne Tea Zielman og Joost Hurkmans, en instruktions DVD med en sangassisteret tale- og sprogrehabiliteringsmetode kaldet Speech-Music Therapy for Aphasia (SMTA)¹⁸. Metoden er et træningsprogram som kombinerer tale- og sproggenoptræning med musikterapi i behandlingen af mennesker med afasi og /eller taleapraksi.

Formålet med brug af SMTA er at øge flowet i det verbale output og at fremkalde, stimulere og / eller bibeholde verbal produktion (De Bruijn et al, 2005).

Udviklingen af metoden er foregået over flere år og bygger udover de Bruijn et al.'s egne erfaringer af klinisk anvendelse af SMTA og også på erfaringer fra fire andre rehabiliteringscentre i Holland, der ligeledes har anvendt SMTA. SMTA-metoden henvender sig til logopæder og musikterapeuter, som ønsker at anvende med sangassisteret tale- og sproggenoptræning i arbejdet med patienter med afasi og / eller taleapraksi.

Jeg hørte om SMTA via en kollega, som deltog på 7th European Music Therapy Congress i Holland (2007), hvor Madeleen De Bruijn præsenterede metoden. Det har dog været vanskeligt at finde supplerende litteratur om metoden eller at finde musikterapeuter, som har erfaringer fra brug af SMTA. Jeg har via diskussionsforummet i det musikterapeutiske nettidsskriftet www.voices.no efterlyst musikterapeuter, som har kendskab til eller erfaringer fra brug af SMTA, men uden resultat. Musikterapeuter i den danske netværksgruppe for musikterapeuter som arbejder indenfor neurologien, kendte heller ikke til metoden. Måske kan SMTA's "ukendthed" skyldes at metoden aldrig er blevet præsenteret i nogle internationale, musikterapeutiske tidsskrifter. Modsat findes en del artikler om SMTA i hollandske logopædtidsskrifter.

¹⁸ Instruktionsdvd'en i den engelske oversættelse blev færdig i januar 2008.

Præsentationen af SMTA bygger derfor udeulkkende på den tidligere omtalte instruktionsdvd samt en overheadpræsentation om SMTA fra 7th European Music Therapy Congress (De Bruijn, 2007)¹⁹.

3.3.1 Teorier bag SMTA

SMTA bygger på den idé at musik og i særdeleshed de musikalske elementer som melodi og rytme kan fungere som støtte og stimulering af taleproduktionen og dermed øge flowet i en det verbale output (De Bruijn et al., 2005; De Bruijn, 2007). De Bruijn et al. henviser til andre lignende sang-assisterede tale- og sprogrehabiliteringsmetoder som MIT og MMIT samt relaterede artikler omhandlende emnet (fx. S. Brown 2000, Lucia, 1987 Kenelly, Hamilton & Cross, 2001, Cohen, 1992, Cohen & Masse, 1993 samt Cohen & Ford, 1995) for at gøre opmærksom på at denne idé og lignende teorier allerede er velkendte og anvendte.

I følge De Bruijn et al., 2005, tilføjer SMTA et nyt aspekt i til de eksisterende sang-assisterede tale- og sprogrehabiliteringsmetoder idet såvel logopæden og musikterapeuten begge deltager *samtidigt* i træningen med patienten.

De Bruijn et al. gør klart at SMTA ikke bygger på fænomenet automatisk sprogbrug (altså non-propositionelt materiale, formoder jeg) som de beskriver typisk er tilfældet ved brug af sang af velkendte sange (De Bruijn et al., 2005). Derimod, understreges det, sigter SMTA mod at støtte og forbedre selve sprogproduktionen (language production) og bruger som et eksempel på dette flow i ordproduktionen (De Bruijn et al., 2005: Introduction).

De Bruijn et al. nævner at SMTA, i modsætning til MIT og SMTA er unik i det SMTA bygger på alment accepterede og vedtagne logopædiske principper om trinvis opbygning af tale-sprogøvelser, fra lyd til ord- og sætningsniveau. Disse niveauinddelte øvelser støttes med musikalsk akkompagnement (De Bruijn et al., 2005).

Metoder, som retter sig mod behandling af afasi kan, i følge De Bruijn et al. 2006, inddeles i to kategorier; deficiitorienterede terapier og funktionelle terapier²⁰.

¹⁹ Citater som præsenteres løbende er hentet fra SMTA instruktionsdvd'en. Eftersom denne tekstfil på dvd'en ikke indeholder sidenumre, henviser jeg istedet til det pågældende kapitel / afsnit, hvor citatet er hentet fra.

²⁰ Med deficit orienteret terapi tror jeg at De Bruijn et al. mener terapier, som arbejder med genoptræning af skaden ("deficitten") på en sådan måde så den mistede evne generhverves via genoptræning. Dette kan medføre reorganisering af nervebaner (hjerneplasticitet). Den anden tilgang, funktionel terapi refererer til en genoptræning som arbejder med kompenserende løsninger og med større fokus på at give patienten muligheden for at generhverve sig den tabte funktion på andre kompenserende måder (Se Baker & Roth, 2004 for uddybende beskrivelse).

SMTA beskrives som både en deficitorienteret såvel som en funktionel terapi. I rehabiliteringsfasen (fra skadens indtræffen og op til 6 måneder derefter) bruges SMTA deficitorienteret og i den kroniske fase (fra 6 måneder efter skadens indtræffen og frem), arbejdes funktionsorienteret (De Bruijn, 2007).

”Through therapy targeting the linguistic level of deficit, the severity of the aphasia is reduced by processes of reorganisation. Functional therapy is aimed at resporing daily communication. [...] SMTA scan be applied in both a deficit-oriented and a functional manner, as it provides the oppurtunity to treat speech fluency as well as boost verbal production” (De Bruijn et al., 2005, Introduction).

3.3.2 Patientgruppe

Afasipatienter som kan gavne af deltagelse SMTA, beskrives som patienter med fonologiske problematikker, der vanskeliggør et flow udtalen. Som eksempel på dette nævnes Brocas afasi og konduktionsafasi²¹ (De Bruijn et al., 2005). Med denne patientgruppe vil der primært arbejdes med at skabe et bedre ”flow” i patientens udtale. Den anden patientgruppe, som SMTA henvender sig til er patienter med global afasi. Med denne målgruppe er formålet med træningen at arbejde med patientens generelle evne til at kommunikere i dagligdagen (De Bruijn et al., 2005, De Bruijn, 2007).

SMTA kan med fordel bruges til patienter med taleapraksi, som ved gentagen træning opnår udtale af ord, som følge af SMTA’s samtidige fokus på både ordlyd og melodi.

Det frarådes at anvende SMTA til patienter med hypersensitivitet overfor eksterne stimuli, patienter med auditive forstyrrelser samt patienter med manglende interesse og sans for musik²². SMTA skal heller ikke anvendes til patienter, som har manglende motivation eller patienter, der har kognitive problematikker, som kan indvirke på behandlingen (De Bruijn et al., 2005).

SMTA-metoden kan tages i brug allerede i den tidlige rehabiliteringsfase af patienter (seks uger efter skadens indtræffen) eller i den senere rehabiliteringsfase, her kaldet den kroniske fase, som strækker fra sig seks måneder efter skadens indtræffen og frem.

Alt efter den pågældende situation samt den enkelte patient og terapeut, kan det være nødvendigt at tilpasse anvendelsen af SMTA (De Bruijn et al., 2005).

²¹Konduktionsafasi er i modsætning til Brocas afasi en flydende afasi, så De Bruijns beskrivelse kan her virke lidt forvirrende. Måske mener De Bruijn et al, de via SMTA arbejder med konduktionsafatikerens parafatiske udtale som kan forekomme ved for eksempel benævning.

²²”lack of affinity for music” - som de Bruijn et al (2005) beskriver det.

3.3.3 Komponering af melodiske sætninger

De Bruijn et al. fremlægger retningslinjer for såvel valg af ord til de melodiske sætninger som retningslinjer for den musikalske komposition af disse.

For at undgå perseveration er det vigtigt at undgå at bruge ord, som har en enslydende begyndelseslyd (fx ”kaffe med mælk og sukker). I stedet skal ordet undlades og en pause sættes ind.

Eftersom der er en risiko for, at patienten gentager en tidligere indlært sætning, hvis en ny-indlært starter med samme begyndelsesord skal sætningerne konstrueres så dette undviges. Derfor kan man forsøge at placere det afgørende ord (nøgleordet) i starten af sætningen. Ligeledes skal det undviges at sætninger slutter med det samme ord. Dette kan skabe forvirring eftersom sætningerne da bliver for enslydende.

Figur 7: Eksempel på melodiske sætninger fra SMTA metoden (De Bruijn et al.2005:2.1.3, musical example 6 og 7).

De Bruijn et al. pointerer at sætningerne skal synges på en måde så de *helt afspejler* den talte variation. Derfor skal man ikke gentage ord i den melodiske sætning, hvis ikke dette også er tilfældet i den talte variation.

I komponeringen af melodi til de melodiske sætninger fraråder De Bruijn et al. at bruge allerede kendte melodier og opfordrer til at komponere melodier som er væsensforskellige fra hinanden, for at undgå aktivering af disse allerede velkendte tekstlinjer. Den melodiske linje skal fungere som et cue til patienten og dennes association til det enkelte ord eller den enkelte sætning (De Bruijn et al., 2005).

Selvom det kan være fristende at komponere musikalsk interessante melodier skal det tilstræbes at melodierne er korte, enkle og målrettede. Melodiens formål er at støtte teksten og skal tage udgangspunkt i den naturlige taleprosodi. Af samme grund frarådes brug af synkoper, da sådanne rytmiske variationer ikke forekommer i det talte sprog. I melodien skal der være én tone pr stavelse, og fordobling af antal toner pr stavelser er altså ikke tilladt (Judith- bliver til Ju-hu-dith, eller Ma- ma-Marie). Gentagelse af dele af hele eller dele af ord må ikke forekomme blot fordi det ville lyde bedre i melodien. At melodien netop afspejler den talte prosodi forenkler overgangen fra sang til tale via rytmisk tale.

Melodierne skal være letsungne (easy on the ear) og komponeres hellere i dur-toneart, der beskrives som velkendte tonearter. Mol-tonearter skal helst undgås, eftersom de ofte kan lyde sørgelige og måske en vække emotioner, hvilket helst skal undgås²³.

Melodiens dynamik, betoning og tonalitet anvendes til at afspejle det specifikke indhold i sætningen (fx noget emotionelt kontra noget mere forretningsagtigt). Intervaller som indeholder specifikke signalgivende karakteristika tages gerne i brug, fx når melodilinjen stiger en kvart og via denne stigende karakter maner til opmærksomhed.

Toneomfanget i melodien skal holde sig indenfor afstanden en kvint (3 ½ heltoner), hvilket passer de fleste menneskers stemmeregister. Melodier som ikke opfylder dette krav vil umuliggøre øvelsen (De Bruijn et al., 2005). Kombination af rytme og ord kan være vigtige at overveje, eftersom fx rytmen lang-kort- kort opleves som vanskeligere end kort- kort- lang, ide der i førstnævnte rytme er kortere tid at forberede sig på gentagelse af sætningen (De Bruijn et al., 2005).

3.3.4 SMTA proceduren

De Bruijn et al. præsenterer udførligt, hvordan de forskellige musikalske elementer, tempo, taktart, rytme og dynamik kan bruges i arbejdet med indøvning af de musikalske sætninger.

²³ Jeg antager at De Bruijn et al mener at man skal forsøge at undgå at patienten bliver sørgeligt til mode

Eftersom rytmen i den melodiske sætning er komponeret så den afspejler den naturlige prosodi vil man ikke foretage variationer i rytmen af denne. Derimod kan rytmiske variationer bruges i arbejdet på første niveau, lydniveau, hvor der arbejdes med træning af forskellige lyde og lydkombinationer.

Variationer af taktart kan i følge De Bruijn et al. give muligheder for at arbejde med øvelsesmaterialet på nye måder og vil bidrage til at patienten kan opnå en beherskelse over dette materiale.

Forskellige taktarter tilfører forskellige oplevelser for patienten: 4/4-dele og 2/4-dele beskrives som støttende, med henvisning til march musik, er enkelt at synge og velkendt af de fleste hvorimod valsetakt og 6/8 fremkalder andre reaktioner som fx afslapning eller opmuntring til øgning af tempo (De Bruijn et al., 2005).

Undervejs i træningen af sætningerne kan forskellige dynamikker bruges til at hjælpe patienten med indøvningen. Således kan fx staccato bruges til at øge koncentrationen i starten af melodien eller til at markere et ords eller en sætnings endelse. Brug af staccato medfører en kort lille pause for enden af hver øvelse, hvilket forenkler genopstarten af melodien. Legato stimulerer til en mere flydende udtale (De Bruijn et al., 2005).

SMTA-metoden er sammensat af to spor - det logopædiske og det musikterapeutiske, som begge er tæt sammenknyttet og foregår simultant. Arbejdsproceduren, tager udgangspunkt i almene logopædiske principper, og er trinvis sammensat ved at arbejde fra lydniveau (soundlevel), hvor der arbejdes intensivt med fonemiske problematikker. Herfra kædes de trænede lyde og lydkombinationer sammen til ord i arbejdet i træningen på ordniveau (wordlevel). På sidste niveau, sætningsniveau (sentencelevel) arbejdes der med træning af længere sætninger, og prioriteten ligger på forbedring af flowet i udtalen.

Denne niveaudelte måde at arbejde på er i følge De Bruijn et al. ny, i forhold til andre eksisterende sang-assisterede tale- og sprogrehabiliteringsmetoder. De Bruijn et al. drager i denne sammenhæng paralleller til MIT, der, som de beskriver, kun anvender sang af sætninger eller MMIT hvor sætninger synges og nøgleord tales (De Bruijn et al., 2005).

På alle niveauer gælder det, at øvelserne først synges. Derefter ”rytme-tales” (rhythmically spoken) sætningerne kun støttet af en rytme som enten trampes let eller klappes (her: ”normal” klap- det vil sige klap i hænderne). Tilsidst taler patienten uden hverken musikalsk eller rytmisk akkompagnement. For at overgangen fra sang af de melodiske sætninger til almen tale skal være mulig, skal de enkelte melodier nøje afspejle den talte prosodi. Denne overgang fra at synge de melodiske sætninger til normal tale af disse, beskrives ikke nærmere. Eventuelt kan man tilføje et fjerde element i træningen,

hvor udvalgte ord eller sætninger bruges i en slags semi-spontan kommunikation. En sådan øvelse introduceres først, når patienten har opnået en korrekt udtale af det pågældende ord, hvilket vil sige efter at have trænet ordet via sang og dernæst rytmisk tale og ikke behøver nogen musikalsk støtte. Øvelsen træner patienten i at svare på egen hånd det vil sige både fremkalde og udtale det korrekte svar. Terapeuten kan for eksempel spørge ”hvad hedder du?” eller ”Hvis telefonen ringer, hvad svarer du så?” (De Bruijn et al., 2005).

For yderligere at styrke patientens evne til at overføre brug af sætninger til andre situationer, er det afgørende at patienten har mulighed for at træne disse i andre sammenhænge, for eksempel på afdelingen eller derhjemme. De Bruijn et al. foreslår at de melodiske sætninger skrives ned og indspilles så patienten kan træne selv, med familie eller plejepersonalet (De Bruijn et al., 2005).

Lydniveau

Ved hver øvelse starter patienten med at træne sang af bestemte lyde og lydcombinationer. Udvalget af de lyde og lydcombinationer som trænes hænger nøje sammen med de følgende niveauers træning af hele ord og sætninger. Lydene kan bestå af enkeltvokaler (fx a-i-o), diftonger (fx æy-EI aU) eller sammensætning af vokaler og konsonanter (fx ma-ma-ma). Enkeltstående konsonanter synges aldrig, da sang på disse lyde af disse ikke giver noget flow. Sang af lyde og lydcombinationer giver en fordel, eftersom flow i udtalen stimuleres på denne måde.

Øvelserne synges som skalaøvelser holdt indenfor toneomfanget en kvint. De fleste mennesker kan uden problemer med omfang i toneregisteret synges med på øvelser som holder sig indenfor dette omfang. De Bruijn et al. foreslår at begge terapeuterne synger sammen med patienten, da dette vil undgå en konfronterende atmosfære.

Træning af lydene på lydniveau sammensættes efterhånden til lydcombinationer. I SMTA-metoden har man udarbejdet syv forskellige kategorier med lyd-kombinationer som øger i sværhedsgrad alt efter variationer af vokal og konsonantcombinationer. Disse syv kategorier tester patientens evne til at huske rækkefølgen af lydene samt grad af flow og vælges ud fra patientens evner og mål for terapien (Se De Bruijn et al., 2005).

Ordniveau

På dette niveau trænes ord, som patienten i samarbejde med terapeuten har defineret som relevante som fx navne på familiemedlemmer eller dagligdagsudtryk. På denne måde, skriver De Bruijn et al., er

træningen på ordniveau fra starten sat ind i en funktionel sammenhæng (De Bruijn, 2007). Hvis en patient viser følelsesmæssige reaktioner²⁴, i forhold til det valgte træningsord, anbefales det, at begynde med et mere neutralt træningsord (De Bruijn et al., 2005).

De Bruijn et al. fraråder at synge enstavelsesord, som ender på konsonanter fordi konsonantendelsen afbryder luftstrømmen. Er sådanne ord alligevel vigtige at træne, fx fordi det er et vigtigt familienavn for patienten er det vigtigt at træningen af ordet efterfølges af en pause eller at fastholde et langsomt tempo. Enstavelsesord som ender på vokaler er velegnede at synge, eftersom de minder om soundsequences og kan trænes som sådanne.

Ordene synges på en skalamelodi, som holder sig indenfor en kvint. Hvis et ord har mere end en stavelse skal den naturlige intonation afspejles i den lille melodi som komponeres til ordet. På denne måde faciliteres en enkel overgang fra sang til træning ved sang til udtale af ordet. Øvelsen videreudvikles i det musikterapeutiske spor, for at træne taleflow via gentagelse og øget tempo.

Træningen af ordet foregår *bagfra* – dvs. fra ordets sidste lyde og ”bygges derefter op” i takt med at patienten lykkes med udtale af de forskellige lyde.

De Bruijn et al. (2005) gør opmærksom på at ord, som har været trænet i tidligere sessioner, af og til præsenteres for patienten i form af den pågældende melodi. Jeg formoder at De Bruijn på denne måde beskriver, hvordan de tester, hvorvidt patienten har opnået en sådan god indlæring, så præsentationen af melodien i sig selv får patienten til at huske ordet.

Sætningsniveau

De ord, som indtil nu er blevet trænet på de tidligere niveauer, sættes på dette niveau sammen til melodiske sætninger. Sætningerne behøver ikke være i nogen grammatisk form men være opremsninger, som for eksempel navnene på patientens børnebørn. Det afgørende er at de melodiske sætninger er relevante for patienten og kan bruges i hverdagen.

3.3.5 Erfaringer og forskning som understøtter SMTA

Erfaringer fra anvendelse af SMTA bekræfter, at netop melodien og rytmen støtter sprogevn og det verbale flow:

”The experiences gained thus far with SMTA strengthen therapists in their conviction that melody and rhythm can support language capacities and verbal

²⁴ Jeg antager her igen, at De Bruijn et al. mener *sorgfulde* følelsesmæssige reaktioner, eftersom patienten vel gerne må blive glad (!).

fluency. [...] The therapists that have worked with SMTA so far find that in addition to having all the advantages listed above, SMTA truly improves language production as well” (De Bruijn et al., 2005: Introduction).

De Bruijn et al. (2005) beskriver at såvel patienter som terapeuter oplever, at SMTA er en behagelig måde at træne på: musikken bidrager til en afslappet stemning under træningen og ved hjælp af de variationer som musikterapeuten gør i sit musikalske akkompagnement bliver repetitionen af øvelserne mindre ensformige og opfattes af patienterne mere som musikalske varianter end som egentlige trænings øvelser. Dette er motiverende for såvel patient som terapeut og bevirker at det er muligt for patienten at arbejde med øvelsen i længere tid af gangen, når de synges fremfor når de blot udtales. I tillæg er sang stimulerende for stemmen. De Bruijn et al. præsenterer ikke nogle forskningsmæssige resultater i forhold til SMTA’s effekt.

3.3.6 Diskussion af samtlige tre præsenterede metoder: MIT MMIT og SMTA

I sammenligningen af tre præsenterede metoder, er udviklerne af MIT mest præcise i forhold til beskrivelsen af, hvilken patientgruppe metoden henvender sig til. Specielt vigtigt i denne sammenhæng er kriteriet for patientens velbevarede auditive forståelse, som er afgørende for, hvorvidt patienten vil kunne anvende de melodiske sætninger propositionelt (Sparks & Deck, 1986). King sætter spørgsmålstegn ved, hvorvidt MIT-metoden måske i virkeligheden retter sig mod talepraksi og ikke, som udviklerne af metoden selv beskriver til patienter med ikke flydende afasi (King, 2007).

MMIT-metoden henvender sig til patienter med høj grad af ikke-flydende afasi, og blev udviklet til de sidste 25 % af patienter med afasi, som er for dårlige til eller af anden grund ikke gavner af den traditionelle form for MIT (Baker, 2000). Dette er det nærmeste vi kommer en beskrivelse af målgruppen for MMIT. Baker fremsætter ønsket om, at undersøge hvilke områder i hjernen som akviteres af henholdsvis MIT versus MMIT. Ved at sammenligne ligheder og forskelle i disse resultater ville klinikere få et fingerpeg om, hvilke patienter som vil gavne af den traditionelle MIT og hvilke patienter som kan behøve en modificeret version (Baker, 2000).

Hvor brug af MIT frarådes til brug på personer med begrænset auditiv forståelse, er denne patientgruppe ikke ekskluderet fra målgruppen ved brug af MMIT. Dette er tankevækkende, eftersom auditiv forståelse i følge Sparks & Deck (1986) er afgørende, hvis patienten skal kunne anvende de melodiske sætninger propositionelt. På denne måde synes målgrupperne fra MIT-metoden og MMIT-metoden at skelne sig markant fra hinanden.

I beskrivelsen af målgruppen for SMTA-metoden gives ingen advarsel mod anvendelse af metoden til personer med nedsat/manglende auditiv forståelse. Dog advares der mod at anvende metoden med patienter, som har kognitive problematikker, der kan indvirke på behandlingen. Man skulle mene, at en sådan advarsel burde omfatte patienter med manglende auditiv forståelse, men sammenholdt med at SMTA samtidig har patienter med global afasi, som er af hovedmålgrupperne i SMTA-metoden, synes denne logik at falde til jorden, netop fordi patienter med global afasi har manglende auditiv forståelse og i følge Sparks & Deck oftest ikke vil gavne af nogen form for tale- og sproggenoptræning (Sparks & Deck, 1986).

De Bruijn et al. beskriver at det primære formål med brug af SMTA til patienter med global afasi, er mere at arbejde med træning af udtale af ord og udtryk (evt brug af indspilning af patientens stemme på kommunikationshjælpemiddel), som kan bruges i dagligdagen. MIT og SMTA's indstilling til arbejdet med sprog- og talegenoptræning af patienter med global afasi står således i kontrast til hinanden.

I forhold til resten af målgruppen for SMTA-metoden, hvilket er patienter med taleapraksi / og eller patienter med fonologiske problematikker i forhold til manglende flow i udtalen, ligger behandlingsfokus på at arbejde med at øge flowet i patientens udtale. Man kan derfor få den opfattelse, at SMTA først og fremmest er en metode, som retter sig mod at træne patienternes flow i udtalen (speech fluency) fremfor en rehabilitering af en egentlig propositionel anvendelse af sproget.

I ingen af de tre præsenterede metoder gives der retningslinjer for, hvor lang tid efter patientens skade, en behandling med melodiske sætninger kan igangsættes. Dette kan undre, da denne faktor må have betydning for hvor virkningsfuld metoden er for patienten.

Af de tre præsenterede metoder har MIT og SMTA mange ligheder, men mest afgørende er deres pointering af, de melodiske sætninger skal tage afsæt i taleprosodien. Men hvor MIT foretager en reducering af den melodiske linje ved udarbejdelsen af den melodiske sætning, bibeholder eller nærmere "forstærkes" melodilinjens i SMTA-metoden – sætningerne her lyder mere som små prosodiklingende sætninger der synges. MMIT-metoden tager mindre afsæt i taleprosodien, og lægger større vægt på, at den melodiske sætning er sangbar og speciel så den kan huskes, lagres og genfremkaldes af patienten. Alt efter, hvor "melodisk og sangbar" de melodiske sætninger komponeres i de forskellige metoder, eksisterer der retningslinjer for hvor stort toneomfang melodilinjens skal bevæge sig indenfor: I MIT-metoden arbejdes med to forskellige tonehøjder – lav og høj, hvilke bevæger sig indenfor fire heltoner. I MMIT er melodilinjens omfangsmæssige råderum en

oktav, hvilket afspejler denne metodes vægtning af interessante og sangbare melodier. SMTA-metoden foreslår at de melodiske sætninger holder sig indenfor en kvint. I både MIT og SMTA er det en del af metoden, at patienten skal kunne ende med at udtale sætningen med normal taleprosodi.

SMTA er den metode, som bærer mest præg af, at være blevet udviklet i samarbejde med logopæder og skal jo også betragtes som et kombinationsbehandlingsprogram (musikterapi og tale- og sproggenoptræning). For eksempel gives udførlige beskrivelser af, hvordan stavelses – og ordsammensætninger skal gøres, eller hvordan produktion af en melodisk sætning med en bestemt rytme kan opleves som vanskeligere at producere for patienten end en anden rytme. Kun SMTA-metoden udpeger retningslinjer i forhold til ordbrug i de melodiske sætninger. Disse retningslinjer har høj grad af relevans og det kan virke besynderligt at der ikke i de andre metoder forekommer lignende råd. Måske har dette igen at gøre med, at SMTA-metoden til dels er udviklet af logopæder, som kan have mere viden om forskellige vanskeligheder ved udtale af specifikke ord og stavelseskombinationer. Hvor De Bruijn et al., taler for at man i SMTA skal placere det vigtigste ord først i sætningen, understreger Baker at nøgleordet skal placeres tilsidst i sætningen (Baker & Tamplin, 2006). Man kan undre sig over disse modstridende anbefalinger. Samtlige tre præsenterede metoder komponerer melodiske sætninger, som er individuelt formede til den enkelte klient. De Bruijn påpeger²⁵ at dette er en speciel egenskab i SMTA-metoden, som skiller sig fra fx MIT, som i følge hende bruger standardiserede sætninger. De Bruijn's udtalelse må bero på en misforståelse af MIT, der jo som bekendt ikke bruger standardiserede sætninger, men også komponerer individuelt tilpassede sætninger til den enkelte patient (Sparks & Deck, 1986).

Rent æstetisk synes de melodiske sætninger som komponeres i SMTA og MMIT at ligge nær hinanden. I disse to metoder minder de melodiske sætninger om musikalske sangstrofer og akkompagneres af musikterapeuten. SMTA-metoden understreger dog samtidig at musikterapeuten ikke må forledes til at lave for musikalsk interessante melodier og dermed ændre på de taleprosodiske karakteristika som først og fremmest skal præge den melodiske sætning. I såvel SMTA som MMIT beskrives musikken som havende en motiverende egenskab, og denne egenskab anvendes i begge metoder. Måske skyldes disse ligheder i forhold til det musikalsk æstetiske og motiverende at begge disse metoder (tildels) er udviklet af musikterapeuter.

Samtlige tre metoder fraråder at foretage komposition af de melodiske sætninger på en allerede eksisterende og velkendt melodi.

²⁵ Fra mailkontakt med De Bruijn, september 2007.

Af de tre metoder er MIT den mest kendte og mest afprøvede i forhold til påvisning af effekt og forklaring bag virkningen, men MIT udviklernes egen teori, er endnu ikke påvist (Schlaug, 2008), ej heller synes der at være nogen bred enighed om effekten bag metoden (Baker & Tamplin, 2006). De nyeste teorier peger på MIT's evne til en samtidig stimulering af begge hjernehalvdele og måske afdækning af nye (homologe) eller velbevarede sprogområder i den ikke sprogdominante højre hjernehalvdel (Schlaug et al., 2008). Baker metoden kritiserer MIT-metodens for ikke have forskningsmæssig validitet bag sig, men har endnu ikke selv afprøvet MMIT i nogen forskningsmæssig sammenhæng. Baker efterlyser muligheden for, at kunne sammenligne akviteringsområder ved brug af henholdsvis MIT og MMIT for at se, hvilke patienter de respektive metoder er mest relevante for.

SMTA er den nyeste af de tre præsenterede metoder og er, ligesom MMIT endnu ikke blevet testet i forhold til effektivitet eller relevant patientgruppe. SMTA henviser til andre lignende metoder (bl.a. MIT og MMIT) der bygger på at musikken og musikalske interventioner kan spille en afgørende rolle efter hjerneskader. Hvordan denne virkning sker, er ikke nærmere beskrevet. Denne noget mangelfulde beskrivelse af funktionen bag SMTA-metoden står i kontrast til den omfangsrige beskrivelse af, hvordan metoden skal anvendes korrekt - specielt i forhold til de logopædiske principper, som fx trinvis opbygning af et træningsprogram med først træning af lyde, lydsammensætninger og tilsidst ord og hele sætninger. Tilsyneladende bygger teorien omkring virkningen af SMTA mere på logopædisk funderede principper end på viden om hjernens funktion ved sproghåndtering og tale- og sprogforstyrrelser. Det havde været interessant at få mere viden om enten de logopædiske virkningsmekanismer eller se forskningsresultater af de hjernemæssige aktiveringsområder og virkningsmekanismer bag SMTA-metodens virkning.

I alle tre metoder understreges det, at træning af de melodiske sætninger er afgørende for effektiviteten, og i to af metoderne (MMIT og SMTA), anbefales det at patienten træner de melodiske sætninger på egen hånd eller med familie. Udviklerne af MIT-metoden fraråder patienten at træne de melodiske sætninger uden terapeutens medvirken og samtidig anbefales det at patienten modtager to behandlingssessioner pr dag, sammenlagt 1 ½ times varighed. I kombination med resten af en patients behandlingsprogram (fysioterapi, ergoterapi m.m.) efter fx apopleksi lyder dette næsten umuligt at få tid til. Baker anbefaler at man ved brug af MMIT har sessioner på maksimum 30 minutter eller så ofte som muligt. Hun beskriver ikke hvor mange sessioner patienten skal have i pr uge. Jeg har ikke kunne finde nogen oplysninger om SMTA terapiens anbefalede hyppighed og varighed.

Hvor de fleste musikterapeuter, som arbejder indenfor neurorehabilitering med kommunikationsrehabilitering, kender til MIT-metoden og hvor de fleste har hørt og / eller læst om Bakers MMIT, er det tankevækkende at SMTA-metoden ikke har opnået større opmærksomhed (jf. indledningen til SMTA præsentationen). Det manglende kendskab til metoden kan skyldes at metoden stadig er at betragte som forholdsvis ny samt at ingen artikler om SMTA endnu er trykt i nogen musikterapitidsskrifter.

4. Diskussion af litteratur og kliniske erfaringer via tre omdrejningsakser

I dette kapitel vil jeg diskutere de tre præsenterede metoder med de kliniske erfaringer fra forløbet med L samt inddrage anden relevant litteratur (litteraturgruppe b og c). Omdrejningsakserne i diskussionen er de tre udvalgte temaer fra problemformuleringen: melodiens betydning, unison sang, samt tale versus sprog.

4.1 Melodiens betydning

4.1.1 Betydningen af de melodiske sætningers afsæt i taleprosodi

Under gennemgangen af de tre præsenterede metoder blev det klart at to af dem -MIT og SMTA begge baserer kompositionen af de melodiske sætninger ud fra taleprosodien. Baker giver modstridende instruktioner i forhold til, hvorvidt de melodiske sætninger i MMIT skal tage udgangspunkt i sætningens taleprosodi eller ej (Baker, 2000; Baker & Tamplin, 2006) men hovedsageligt kendetegner det MMIT, at de melodiske sætninger er mere melodiske i sin struktur end de er inspireret af taleprosodien og lyder mere som små sangstrofer sammenlignet med de melodiske sætninger brugt i MIT og tildels SMTA. De to metoder, som pointerer vigtigheden af, at de melodiske sætninger skal afspejle den naturlige taleprosodi begrundes dette med, at overgangen fra sunget til talt udtale af sætninger dermed bliver enklere. I MMIT bibeholdes den melodiske sætning musikalske karakter – det vil sige at patienten fortsætter med at synge den melodiske sætning under hele metoden. Melodilinjens karakteristika i de tre metoder synes at have forskellige funktioner i de forskellige metoder.

4.1.2 Diskussion af forløbet med L og betydningen af de melodiske sætningers udgangspunkt i taleprosodi

I min udarbejdelse af melodiske sætninger til L valgte jeg at lade sætningernes melodilinje tage udgangspunkt i den naturlige taleprosodi samt afpasse placeringen af melodien i forhold til L's stemmeregister. Det er min erfaring fra forløbet med L at der var klare fordele ved, at de anvendte melodiske sætninger udgangspunkt i taleprosodien: Flere gange under forløbet med L skete det at øvelsen af de melodiske sætninger førte til en aktivering af hans habituelle talebrug og at dette ikke var grundet i en viljemæssig akt, men at han når det skete var sig det bevidst, blev overrasket og meget glad. Jeg mener dette skyldes, at den melodiske sætning var så lig taleprosodien i en sætning, som L kunne have sagt en hvilken som helst dag i hans liv, inden blodproppen og at den på denne måde i melodilinje og i ordvalg ”skabte en genvej” til hans personlige habituelle talebrug.

I lydseksemplet 7 kan man høre, hvordan øvelsen af den melodiske sætning ”Jeg er tørstig”, pludselig og overraskende ændres til ”jeg er sgu tørstig”, med en helt anden naturlig, og flydende karakter, i form af naturlig intonation, tonefald, volumestyrke og tilhørende ansigtsudtryk i form af smil og latter. Det kan (selvfølgelig) diskuteres, hvilken grad af kommunikerende budskab et sådant udbrud har. Jeg mener, at L’s habituelle tale blev ”vækket” af den melodiske sætning og at han dermed ikke bevidst forsøgte at frembringe denne sætning/kommentar. Derfor er det måske mest rigtigt at betragte dette som ikke-propositionel tale. Derimod så det samtidig ud som om at L i det øjeblik han udbrød sætningen, var / blev klar over betydningsindholdet i sit udsagn og situationen fik en karakter af en øjeblikspræget ”falden på plads”. Jeg mener, at sådanne situationer var stærkt identitetsforstærkende for L.

At melodiske sætninger kan fremkalde sproglige ytringer fra tiden inden afasiens udbrud er ikke ukendt. I en af de senere præsentationer af MIT proceduren (Sparks & Deck, 1986), er det ligefrem et af principperne at de melodiske sætninger ud over at kunne bruges funktionelt, også skal være ”sandsynlige” (high probability utterances) på den måde, at patienten sandsynligvis kunne have brugt disse ord/denne sætning inden skadens indtræffen. Terapeuten skal rådføre sig med patientens familie og andre pårørende for at få et indblik i, hvilke slags ord og sætninger dette skulle kunne være og derefter danne de melodiske sætninger på baggrund af denne information. Brug af ”sandsynlige sætninger” vil måske kunne genkalde (noget af) af patientens habituelle tale i følge Sparks & Deck (1986).

Tanken bag brug af sandsynlige sætninger og forventningen om at det kan have en afgørende effekt i rehabiliteringen minder om den stimuleringsstrategi som neuropsykologerne Basso, Capitani og Vigolo præsenterede i 1979 og sidenhen er blevet refereret en del til:

”Aphasic patients, while unable to produce a given language response when they intend to do so, can sometimes produce it automatically in response to facilitating stimuli, that is, stimuli that trigger deeply rooted verbal habits. If an aphasic cannot bring forth an intended response by himself, it is sometimes possible to lead him to do so by eliciting a response first in a more automatic way and then more and more voluntary ways by gradually withdrawing the facilitations (e.g., MIT) incorporated in the stimuli” (Lucia, 1987:35).

Musikterapeuter gør brug af dette princip i tale- og sproggenoptræning ved at bruge sange, melodier eller anden musik, som patienten kender godt og dermed stimulere patienten til en automatisk respons. Eksempler på sådanne teknikker ses i metoden Musical Speech Stimulation (MUSTIM) (Thaut, 2008) og i dele af musikterapi metoden Music Therapy Vocal Skills Group (Lucia, 1987). Her bruges teknikker som komplementering og initiering af sangtekster, hvor musikterapeuten fx spiller introduktionen til en sang eller starter med at synge verset i en sang og gør derefter et ophold for at få patienten til at fortsætte teksten eller udfylde med det rigtige ord. Musikterapeuten kan også spille sange og musik som er associationsvækkende og måske vil fremkalde minder og en automatisk, verbal respons fra patienten. På samme måde anvendes stimulitilgangen ofte i tale- og sproggenoptræningsprogrammer og indgår i Alexandr Lurias²⁶ rehabiliteringsmodel for patienter med afasi (Helm-Estabrooks, 2000).

Det er interessant at automatisk fremkaldte sætninger af habituel tale måske kan bane vejen til et intentionelt brug af sætningen, men beskrivelsen af, hvordan denne udvikling får fra at være automatisk genereret til viljemæssigt styret er ikke beskrevet hos hverken Basso et al. (Helm-Estabrooks, 2000) i Thaut, (2008) eller Lucia, (1987).

Ved undervisning i tale- og sprogforstyrrelser afholdt på Hvidovre Hospital²⁷ beskrev traumeafdelingens audiologopæd hvordan det er vigtigt at ”køre på”, hvis man (terapeuten/logopæden) opdager at der er en funktion i noget af patientens talebrug. Det anses mindre vigtigt, hvorfor eller hvordan det virker. Måske kan dette sammenlignes med stimuleringsaspektet: hvis brug af sandsynlige sætninger fører til at patienten virkelig ”genfinder” og pludselig kan udtale habituelle udtryk og sætninger, så er dette en stor fremgang i forhold til patientens ellers karakteristiske ikke-flydende verbale output og kan måske fungere som et af flere udgangspunkter for tale- og sproggenoptræningen, som det ses anvendt i Lurias rehabiliteringsmodel.

Tilfælde, hvor de melodiske sætninger fører til at patienten pludselig udtaler ord eller hele sætninger fra dennes tidligere sprogbrug vil jeg beskrive som en *udvidelse* af den mekanisme, der træder i kraft når patienter med ikke-flydende afasi, evner at synge med på velkendte sangtekster eller sige remser. I sådanne eksempler oplever patienten ikke kun det verbale flow i en sang af en velkendt sangtekst, men kan pludselig udtale et tidligere anvendt ord eller sætning fra hans/ hendes *personlige sprogbrug*.

²⁶ Alexandr Luria (1902-1977) var læge og neuropsykolog fra Sovjetunionen.

²⁷ Denne undervisning foregik i januar 2009, på traumeafdelingen på Hvidovre Hospital i forbindelse med et neuronetværksmøde for musikterapeuter, arrangeret af afdelingens musikterapeut. Afdelingens audiologopæd stod for undervisningen.

Arbejdet med melodiske sætninger, som tager udgangspunkt i den naturlige taleprosodi, øger chancen for automatisering af patientens eget, tidligere verbale sprog. Sådanne oplevelser vil jeg beskrive som identitetsstærkende for patienter, som L, som ellers finder det umuligt at sammensætte og fremsige en hvilken som helst intentionel sætning, ønske eller kommentar til omverdenen. Det er muligt at brug af specielt komponerede melodiske sætninger med udgangspunkt i patientens habituelle sprogbrug kan stimulere til begyndende generhvervelse af dele af patientens tale og/eller sprogbrug. Derudover giver oplevelsen patienten mulighed for at genetablere forbindelsen til et kommunikerende jeg, hvilket må være stærkt motiverende for patienten i tale- og sprogoptræningen. Om dette skriver Hobson:

”The ability to produce even automatic responses as a means towards producing more intentional speech can create a sense of success or achievement during difficult language rehabilitation and can contribute to patients’ overall motivation” (Hobson, 2006:62).

4.1.3 Melodien som ”knag for hukommelsen”

I MIT-metoden kaldes melodien i de melodiske sætninger i de tidligste tekster, for stimulusmelodien (Sparks & Holland, 1976; Thaut, 2008), hvilket indikerer at melodien er den stimuli, som patienten reagerer på. Melodien og udformningen af melodilinjen synes altså, at have stor betydning. De tre præsenterede metoder advarer alle mod brug af for ens eller allerede velkendte melodier til arbejdet med melodiske sætninger da dette kan fremkalde ikke-propositionel tale og således ikke assistere med en generhvervelse af propositionelt sprogbrug.

I SMTA understreges det at melodien skal fungere som et signal til patienten og at patienten skal associere netop denne melodi med det pågældende ord/sætning. Derfor må melodien ikke ligne andre allerede indlærte melodier. Melodilinjen synes altså at have en *associerende egenskab* for patienten.

De Bruijn et al. (2005) beskriver også, at man i SMTA-metoden træner patienten i at associere melodi til ord, ved udelukkende at spille det pågældende ords melodi først. Dette ses også eksemplificeret i SMTA’s instruktionsvideo, hvor terapeuten først stiller patienten et spørgsmål, og når denne ikke evner at svare, bliver præsenteret for melodien i den pågældende svar-sætning. I adskillige tilfælde synes patienten at blive hjulpet af den assisterende melodi og derefter kunne forme startlyden og starttonen i det pågældende svar²⁸. De Bruijn et al. beskriver ikke melodilinjens funktion som lig en

²⁸ Se SMTA instruktionsdvd, videoklip fra ”Wordlevel”, eksempel 2,3 og 4.

huskeremse som Baker (Baker & Tamplin, 2006) beskriver den melodiske sætnings funktion i MMIT-metoden, men mekanismen synes at være den samme; melodilinjen kan fungere som en ”knag for hukommelsen”.

Grundlaget for MMIT-metoden bygger på ideen om at de den melodiske linje i de melodiske sætninger skal fungere som et cue, til patienten så denne kan huske og fremsige den pågældende sætning. I denne metode er patientens evne til at kunne fremsige en sætning, altså afhængig af, hvor godt melodilinjen er komponeret og indøvet og eventuelt sammensat med flere melodiske sætninger og dermed fungerer melodilinjen som en huskeremse. Denne funktion kan nærmest sammenlignes med en cykel, hvor melodien er det første ”kick” på den ene pedal og derefter foregår bevægelsen frem ved at de to pedalers indbyrdes interaktion. Interaktionen mellem melodi og ord driver bevægelsen frem.

Baker forklarer, at virkningen bag MMIT er at melodien underletter produktionen af ord; melodien synes at drive værket – til og med for patienter med ekspressiv afasi er dette tilfældet.

4.1.4 Diskussion af fænomenet Melodien som knag for hukommelsen og erfaringer af dette med L

Under arbejdet med L blev det tydeligt at introduktion af ny melodisk sætning med for stor lighed med allerede en allerede indlært melodisk sætning, fremkaldte ordene fra den tidligere indlærte sætning (lydeksempel 4). Netop den lignende melodi synes at lede L til at synge de ”forkerte ord”. Melodiens funktion som en knag for hukommelsen kan altså, (som det ses i de tre metoders advarsler) være a) en ”fælde”, som leder patienten til udtale af andre ord end tiltænkt, eller b) bruges til patientens fordel i form af velkomponerede, let-indlærte og indbyrdes forskellige melodier i melodiske sætninger, som trigger produktion af tale.

Når patienter reagerer med at synge de forkerte ord, fordi melodi i en melodisk sætning fx er for lig en allerede indlært melodi tyder det på, at netop melodilinjen har en afgørende betydning i indlæring og evnen til at genkalde og fremføre ord. En mulig forklaring er, at når en sang indlæres, foregår der en indlæring af ord og melodi samtidig, og melodien giver måske derfor tilgang til ordene, netop fordi de er indlært sammen. Brug af sang til produktion af tale har derfor en fordel i forhold til brug af fx remser og ordsprog netop fordi melodien fungerer som et *ekstra* cue, der hjælper patienten til at genkalde og producere ordene (Racette et al, 2006). Derudover kan patienter også bedre huske disse *melodiske* sætninger sammenlignet med normale ikke-melodiske sætninger, eftersom sætninger som

synges på en melodi er lagret to steder, som tekst og som tekst med melodi (sang) (Wilson et al., 2006).

4.1.5 Melodien som en strukturerende ramme for udtale

Alle de tre præsenterede metoder bruger melodiske sætninger i tale- og sproggenoptræning af patienter med sprog-og taleforstyrrelser, netop fordi disse patienter synes at forbedre taleproduktionen ved hjælp af sang af sætninger fremfor normal udtale af samme sætning. Men hvad er mekanismen bag dette? Mere eller mindre specifikt forklarer udviklerne af metoderne, hvorfor dette er tilfældet. I udarbejdelsen af den melodiske sætning i MIT-metoden overdrives nogle taleprosodiske elementer som rytme og betoningers mens den melodiske linje reduceres og tempoet nedsættes. Kombinationen af disse tre elementer i den melodiske sætning i MIT beskrives som værende indbyrdes afhængige og har en afgørende effekt for patientens evne til udtale af den melodiske sætning. Dette understreges af Sparks & Holland (1976) og bliver af nogle betragtet som et være forklaringen på mekanismen bag MIT (Wilson et al., 2006).

At sænkt tempo er af afgørende betydning for patientens evne til at udtale de melodiske sætninger beskrives af alle de tre præsenterede metoder (Sparks & Holland, 1976; Baker, 2000; De Bruijn et al., 2005; Baker & Tamplin, 2006; Wilson et al., 2006). Når tempoet nedsættes sker en forenkling af den motoriske kompleksitet (Wilson et al., 2006). Ordproduktionen i sang er sammenlignet med tale nedsat med op til 50 %, hvilket gør at patienten bedre kan fokusere på rytmer og betoningers og derigennem forbedre sin udtale (Cohen, 1994; Racette et al., 2006).

MIT-metoden er den eneste metode, som indeholder anvendelse af klap (på patientens hånd)²⁹. Under næsten hele MIT-metoden bruges klap som en fast del af terapeutens præsentation af den melodiske sætning samt under patientens svar og fortsætter som den sidste støtte til patienten, når terapeuten fader sin deltagelse i sang af den melodiske sætning.

I anvendelsen af MIT er det ofte det den melodiske sætnings rytme og betoningers, som patienten først tilegner sig, inden der opnås korrekt artikulation af ordene (Thaut, 2008).

²⁹ I SMTA's instruktionsvideo klapper terapeuterne også (det rytmiske mønster) i den melodiske sætning mens patienten fremsiger den melodiske sætning, men de beskriver ikke dette som en særskilt teknik i deres instruktion. Eftersom "klappen i takt" ofte er noget man gør uden at tænke så meget over det – fx for at støtte et tempo når der synges og / eller vise entusiasme og opbakning er det måske sandsynligt at de fleste terapeuter vil klappe i takt / rytmisk mønster for at støtte sin patient i træningen af de melodiske sætninger. Det er muligt, at Baker også ville gøre dette i anvendelsen af MMIT, men ikke betragte dette som en vigtig teknik, som behøver at beskrives særskilt.

4.1.6 Diskussion af forløbet med L i forhold til fænomenet melodien som talens ramme

I arbejdet med L blev det tydeligt at sang af sætninger bidrog til en fuldstændig anderledes udtale og forbedret ord og sætningsproduktion sammenlignet med det karakteristiske ikke-flydende præg som dominerede L's udtale uden sang. Men hvad er det, der giver den melodiske sætning dens særegne fordele i tale- og sproggenoptræningen?

Wendy Magee³⁰ beskriver, hvordan hun anvender sang og melodiske sætninger i tale- og sproggenoptræningen med en patient med ekspressiv afasi, og hvordan sangen og sangmelodien, med dens særegne musikalske karakteristika i form af melodiske, rytmiske, strukturerende og verbale elementer udgør en slags ramme indenfor hvilken patienten kan strukturere sin produktion af ord. Uden denne musikalske ramme, forblev patienten ude af stand til at producere ord og enkle sætninger (Magee, 1999). Det samme synes at være tilfældet i arbejdet med L:

Sammenlignet med "normal tale" medførte sang af den indlærte, melodiske sætning at L fik en oplevelse af rytmisk struktur og melodisk, konturmæssig forudsigelighed, hvilket kan være kodeord i tale- og sprogrehabiliteringen med patienter med ekspressiv, ikke flydende afasi.

Eftersom en melodi jo består af såvel melodisk linje, tempo og rytme / betoning er det vanskeligt at gøre en eksakt opdeling af disse elementer i forsøget på at forstå *eksakt hvad* disse specifikke elementer står for, og hvilken betydning de har for patientens evne til at fremsige den melodiske sætning. Måske er det netop helheden og samspillet af disse elementer som giver den optimale effekt? Alligevel er det interessant at forsøge at "isolere" disse musikalske elementer, netop fordi der (som vi også ser i præsentationen af de tre teorier), er mange idéer om betydningen af enkelte elementer i den melodiske sætning og fordi det virker som, at fokus eller forstærkning på nogle af de musikalske karakteristika i den melodiske sætning kan medføre visse fordele i patientens evne til at producere den melodiske sætning.

I forhold til tempoaspektet er det sandsynligt at netop nedsat tempo samt tydelig pulsmarkering (som når jeg trampede takten i gulvet) hjalp L til bedre at kunne producere de melodiske sætninger. Et tydeligt eksempel på dette kan høres i lyd eksempel 5.

Et andet eksempel på betydningen af en tydelig pulsmarkering -her som igangsætter, ses i et eksempel som præsenteres af Magee, der bruger en modifikation af MIT i arbejdet med en patient med ekspressiv og receptiv afasi som følge af en venstresidig hjerneskade. Patienten i denne case indlærer flere melodiske sætninger, men kan ikke igangsætte disse på egen hånd, indtil man ved hjælp af

³⁰ Wendy Magee er musikterapeut og ph.d. og ansat på The Royal Hospital for Neuro-disability i London

forskellige musikalske tests, opdager at patienten, ved at klappe et taktfast tempo på låret, kan initiere den melodiske sætning på egen hånd. Uden dette musikalske cue var patienten ude af stand til selv at igangsætte de melodiske sætninger (Magee, 1999; Schaefer et al, 2006).

Den amerikanske musikterapeut Concetta Tomaino³¹, beskriver ligeledes i en artikel, hvordan en taktfast pulsmarkering bruges til at hjælpe en patient til at kunne *bibeholde produktionen* af en tone over længere tid, end uden brug af denne ”pulsmarkering”. Denne patient har problemer med koordination af åndedrættet og evnen til at vokalisere, men når hun banker en taktfast puls med fingeren mens hun forsøger at vokalisere, viser det sig at denne pulsmarkering gør, at hun vedholder produktionen af tonen længere. I samme musikterapiforløb opfordrer Tomaino patienten til at synge korte sætninger med overdreven taleprosodi. Denne teknik gør at patienten får en større udholdenhed og derfor kan udtale sætningerne tydeligere. Tomaino mener at det er den overdrevne rytme i den ”melodiske sætning” som tilfører en naturlig timing-mekanisme for patientens åndedrætsfunktion (Tomaino, 2002).

I metoden Rhythmic Speech Cuing (RSC) bruges det rytmiske element også – enten via metronom eller via musik til at igangsætte tale. RSC har vist sig effektiv i behandling af patienter med taleforstyrrelser med ikke-flydende karakteristika, som fx stammeproblematik og til at træne orduddtale hos dysartriske patienter samt til at facilitere opdeling (sequencing) af talen hos patienter med talepraksi. Pulsmarkeringerne, som anvendes i metoden kan enten tage udgangspunkt i taktmæssig rytme (metric cuing) eller i det rytmiske talemønster (patterened cuing) (Thaut, 2008). Ligeledes bruges pulsmarkering som stimulering af bevægelses i metoden Rhythmic Auditory Stimulation (RAS) for patienter med bl.a. Parkinson og andre degenerative sygdomme eller til patienter med erhvervede hjerneskader. Thaut beskriver at den pulsmæssige markering og stimulering har en afgørende effekt på patientens evne til at koordinere og time sin motoriske kontrol af såvel gang som tale. Forklaringen på dette er, at netop pulsmarkeringen bidrager med en specifik organiserende struktur i form af den metriske/taktmæssige forudsigelighed:

”Much research and clinical evidence shows that rhythmic stimulation has profound effects as coordinative sensory input to entrain timing functions, especially in motor control and speech. Rhythm provides temporal structure through metrical organization, predictability, and patterning. Rhythm regulates physiological and

³¹ Concetta Tomaino er musikterapeut på Beth Abraham Family Health Services i New York, samt leder af The Institute for music and Neurologic Function, N.Y.

behavioral functions via entrainment mechanisms. Rhythmic entrainment provides immediate time regulation but also can be accessed to enhance long-term training effects” (Thaut, 2008:83).

I forsøget på at komme nærmere en forståelse af melodiens betydning som strukturerende ramme for patienters evne til forbedret artikulation, synes betydningen af den *melodiske kontur* at være mindre beskrevet i litteraturen. En undtagelse er Baker & Wigram, som i en artikel beskriver det muskiterapeutiske arbejde med patienter med monoton stemmeproblematik. Her kan musikterapeutens brug af familiære sange med enkle, forudsigelige og velkendte melodier hjælpe patienten at udtale en sætning (her i form af en tekstlinje i en sang). Forklaringen er, i følge Baker & Wigram, at patienten har lettere ved at relatere til og synge sætningerne i en melodi, hvor de musikalske elementer er forudsigelige, sammenlignet med at skulle formulere og udtale en propositionel sætning, hvor den melodiske kontur med de iboende intonerings- og rytmiske karakteristika ikke i samme grad er forudsigelig (Baker & Wigram, 2004a).

I et studie med en patient med Brocas afasi, hvor man i rehabiliteringsoplægget bruger en modificeret form for MIT, konkluderes at de tonale elementer af MIT havde *mindre* betydninger for patientens evne til artikulation, men derimod *større* betydning for lagring og hukommelse af sætninger på et mere kognitivt plan (Wilson et al., 2006). En lignende iagttagelse er gjort af Racette et al., (2006), som mener at den rytmiske støtte i MIT-metoden er nøgleordet bag mekanismen og viser til, at metoder med fokus på forstærkning af den rytmiske støtte (som fx brug af betoning, klap osv) giver bedre resultater end metoder som fokuserer mere på den melodiske intonation.

Andre påpeger, at hver enkelt patient kan have individuelle præferencer i forhold til, hvorvidt de er mest hjulpet af melodiske sætninger som er mere rytmiske i sin struktur versus melodiske sætninger som er mere melodiske i sin struktur (Lowey, 2004; Baker & Tamplin, 2006).

Endelig synes der at være en forskel i måden at komponere melodiske sætninger på ved brug af MIT-metoden, alt efter hvilket sprog metoden anvendes til. I den amerikanske brug af MIT er der således større vægt på det melodiske element, hvor der i den franske anvendelse er større fokus på rytme, i overensstemmelse med det franske sprogs rytmiske karakteristika (Racette et al., 2006).

4.1.7 Tilbagevenden til normal taleprosodi

I to ud af de tre præsenterede metoder (MIT samt SMTA) arbejdes der med en form for tilbagevenden til den normale taleprosodi. I MIT-metoden, hvor melodilinjen som del af dannelsen af de melodiske

sætninger, allerede er reduceret en gang, sker der via teknikken sprechgesang en tilbagevenden til den mere varierede melodilinje som kendetegner tale. I SMTA-metoden, som arbejder med en *overdrivelse* af melodilinjen i de melodiske sætninger, går denne modsat vej, fra højere melodilinjevariation til mindre melodilinjevariation- en slags ”afmelodisering”. Det kan virke ulogisk at SMTA-metoden vælger at foretage en afmelodisering af deres melodiske sætninger, når de samtidig beskriver, hvordan melodien kan fungere som et cue til patienten, og samtidig er en afgørende faktor ved indlæring, lagring og genkaldelse af sætningen. SMTA-metoden giver ikke nogen forklaring på, hvorfor der skal foregå en afmelodisering til normal taleprosodi, måske fordi en normal taleprosodi vil vække mindre opsigt, sammenlignet med en person som synger en sætning.

I MMIT-metoden har den melodiske linje i den melodiske sætning en speciel betydning, eftersom denne ikke hovedsageligt er komponeret ud fra sætningens taleprosodi, men mere som en lille musikalsk strofe. Som tidligere beskrevet er funktionen bag den melodiske sætning i MMIT at assistere patienten til at tilegne sig, lagre og genkalde en sætning. Derfor er den melodiske linje af en mere musikalsk (æstetisk) karakter, sammenlignet med sætningerne i MIT og SMTA for at patienten bedre skal kunne huske den. Funktionen bag den melodiske sætning i henholdsvis MIT og SMTA skiller sig fra funktionen bag de melodiske sætninger i MMIT, og dette må være grunden til, at en ”afmelodisering” ikke finder sted i MMIT. Det er netop de enkelte melodiske sætnings musikalske karakter, som gør at patienten kan tilegne sig sætningen, - hvilket vil sige indlære og lagre tilsidst på egen hånd kunne genkalde sig denne og anvende den i den rigtige situation (Baker & Tamplin, 2006).

4.1.8 Diskussion af forløbet med L og tilbagevenden til normal taleprosodi

I arbejdet med L blev det flere gange åbenbart at han, efter tilegnelse og lang træning af de melodiske sætninger, på eget initiativ udtalte disse med normal taleprosodi uden, at dette var igangsat eller trænet i musikterapisessionerne. Samme fænomen synes at gælde for flere patienter med ekspressiv afasi. Jeg har tidligere nævnt at Corene Thaut bruger en (form for) MIT i tale-og sprognoptræningen med denne patientgruppe uden at inddrage sprechgesang-teknikken. Hun begrundet sit valg med, at patienterne ofte af sig selv og uden at dette er et tema i træningen, begynder at udtale de melodiske sætninger med normal taleprosodi.

Måske forholder det sig sådan, at patienterne behøver en musikalsk støtte i form af distinkt (reduceret eller overdrevet) melodilinje, temponedsættelse, distinkt rytme og betoning for *i starten* at kunne producere og tilegne sig en melodisk sætning, men at denne musikalske støtte efter indlæring bliver mindre vigtig for patienten og derfor til og med ofte selv ”sløjfes” af patienten.

4.2 Unison sang

I samtlige tre præsenterede metoder anvendes unison sang i mere eller mindre grad: Unison sang bruges på alle de første trin på hvert niveau i MIT-metoden, hvor patienten og terapeuten sammen repeterer den melodiske sætning de første par gange. Derefter trækker terapeuten sig tilbage i sin auditive støtte til patienten, men er på plads igen, med sin unisone medsang, hvis viser sig ikke at være klar til at gensynge sætningen på egen hånd (Sparks & Deck, 1986).

I MMIT-metoden omtales terapeutens medsang ikke som noget eksplicit fænomen med en speciel betydning, men i kraft af den præciserende nedtrapning af terapeutens medvirken i repetitionen af de melodiske sætninger, synes der at være en bevidsthed om at terapeutens medsang og akkompagnement har en vigtig rolle i patientens evne til succesivt at producere den melodiske sætning på egen hånd.

I SMTA beskrives unison sang som en måde at støtte og stimulere patientens evne til artikulation (De Bruijn, 2007) i tillæg vil logopæden og musikerterapeutens deltagelse i repetition af øvelser og melodiske sætninger hjælpe til at undgå en konfronterende stemning. Patienten kan i tillæg bruge terapeuternes mundbevægelser som visuel støtte.

For alle de præsenterede metoder gælder det at unison sang bruges i forhold til at støtte patienten i den tekniske produktion, inklusive artikulation af den melodiske sætning. I tillæg til dette beskriver SMTA-metoden, hvordan unison sang også kan yde en psykologisk støtte til patienten. Det er med andre ord, muligt at unison sang fungerer som en støtte for patienten i at producere den melodiske sætning, - en støtte som fungerer på forskellige måder.

4.2.1 Diskussion af betydningen af unison sang i forløbet med L

Unison sang samt nedsat tempo af de melodiske sætninger, virkede til at ”stabilisere” L’s evne til at igangsætte og bedre artikulere ordene i melodiske sætninger. I tilfælde, hvor jeg først havde startet med at synge den melodiske sætning unisont med L, kunne jeg ofte gradvist trække min vokale støtte tilbage, stavelse for stavelse, ord for ord og ”overlade” sætningen til L som tilsidst kunne synge den alene og uden min støtte (lydeksempel 5 og 6). Det kunne ske, at L fik problemer med at udtale ordene, når jeg ikke sang med ham, og jeg kunne da synge med ham igen for at støtte ham. Derimod havde han aldrig problemer med at producere melodien når han sang alene.

I et forsøg af Racette et al. (2006) blev det tydeligt, at personer med ikke-flydende afasi har langt bedre artikulation af ord ved unison sang sammenlignet med unison tale, hvilket de kalder en *singing-along advantage*. Fordelene ved dette kan ikke udelukkende forklares med den kendsgerning at tempo i

sang er nedsat sammenlignet med tempo i tale. Derimod gjorde de via flere slags forsøgsopsætninger den opdagelse, at ”modellen” som forsøgspersonen støtter sig til, ikke behøver at være visuelt præsenteret, men at det derimod er muligheden for at *imitere synkront* med en *auditiv* model, som er det afgørende³². Man må dog formode at en visuel tilstedeværelse vil give en yderligere støtte for patienten. Forsøgspersonerne var alle skadede i venstre hemisfære i områder som var involveret i et auditorisk-vokalt matchningssystem, hvilket taler for, at denne øvelse egentlig burde være umulig for disse personer. Dog: eftersom der er en større aktivering af den højresidige planum temporale³³ i forhold til perception og produktion af sang jævnført med tale, og at denne højre side af forsøgspersonernes hjerner netop ikke var skadede, kan dette være forklaringen på, hvorfor de netop kunne synge unisont men ikke tale unisont:

”...the greater activation of the right planum temporale for sung over spoken perception and production of songs may reflect the contribution of a distinct auditory vocal interface recruiting the right side of the brain. [...] Right-lateralized brain regions are generally more activated by singing than by speaking. Thus, the left-sided lesions that produced the observed speech disorders in our aphasic patients might have spared to some extent the auditory-vocal interface involved in singing” (Racette et al., 2006:2582).

Racette et al. (2006) peger på at unison sang (choral singing) via dette forsøg, viste sig som en effektiv terapi for flere forskellige taleforstyrrelser. Forfatterne skriver også, at unison sang måske er mekanikken som står bag MIT’s effekt – ihvertfald på de tidligste niveauer, hvor unison sang bliver brugt som distinkt støtteteknik.

4.3 Tale versus sprog

At kunne skelne mellem tale og sprog er afgørende for de faggrupper, herunder musikterapeuter som arbejder med tale- og sproggenoptræning af patienter med kommunikationsvanskeligheder. Ved brug af metoder, som inkluderer melodiske sætninger er det vigtigt at musikterapeuten har kendskab til de

³² Mekanismen bag denne “singing along-advantage”, forklares at have at gøre med spejlneuroners funktion (Racette et al., 2006). Desværre er dette speciale ikke den rigtige sammenhæng at gå yderligere ind i en sådan afklaring.

³³ Planum temporale er placeret bag det auditoriske cortex i temporal loben og spiller en vigtig rolle i den auditoriske bearbejdning af sprog og musik. Planum temporale er normalt mere veludviklet i venstre hemisfære, sammenlignet med højre (McPherson, 2009)

forskellige kommunikationsformer for at kunne bedømme, hvorvidt disse metoder virkelig retter sig mod forbedring af patientens kommunikationsevne det vil sige propositionel tale *eller* om de skal betragtes som taletræningsøvelser med fokus på forbedring af fx artikulation.

Udviklerne af MIT beskriver at man ved hjælp af MIT (og under forudsætning af, at man følger patientkriterierne) kan genoptræne patientens evne til propositionel kommunikation og ikke blot de motoriske aspekter af taleproduktionen (Sparks & Holland, 1976). Sparks et al. forklarer at de melodiske sætninger i MIT er ”sung intonation of propositional sentences” (Sparks et al., 1974:314) - men er dette muligt? Kan en melodisk sætning i sig selv være propositionel? Er det ikke en risiko, at netop *træningen* af de melodiske sætninger gør disse til ikke-propositionelle sætninger så den melodiske sætning bliver endnu en ”overindlært sang”, hvis tekst ikke kan betragtes som en bevidst, valgt kommunikation men blot et nyt ”ikke- propositionelt sangvers” uden et kommunikerende budskab? Er det ikke netop i kraft af patientens *intentionelle* anvendelse af den melodiske sætning (og eventuelt udenfor den den træningsmæssige sammenhæng) at sætningen kan betragtes som værende propositionel?

Mange musikterapeuter deler den opfattelse, at MIT-metoden kan bruges til at hjælpe patienter med ekspressiv afasi til at generhverve evnen til propositionel kommunikation. MIT-metoden beskrives af musikterapeuter som bl.a. ”en struktureret sprogrehabiliteringsmetode for mennesker med ekspressiv afasi, som er en sprogforstyrrelse” (Schaefer et al., 2006:75, min oversættelse). Som en ”*procedure som sigter mod at genetablere funktionale talebrug*” (Lucia, 1987:35, min oversættelse) eller som en ”*kraftfuld teknik som faciliterer sprogproduktion når den [metoden, red.] anvendes korrekt og på den korrekte klientgruppe, hvilke kan være patienter med ekspressiv afasi og i mindre grad også apraksi som følge af sprogudviklingsforstyrrelse*” (Thaut, 2008:168, min oversættelse).

Inden vi skal se nærmere på, hvorvidt dette er muligt vil skal vi se på, hvordan udviklerne bag de to andre metoder udtale sig om formålet med metoden:

MMIT beskrives som en metode der kan bruges til at generere propositionelt sprog eftersom tale ”cues” frem via de melodiske sætninger, der er indlært som en slags huskeremse (Baker, 2000).

Denne beskrivelse af MMIT som havende en ”huskeremse-lignende funktion (mnemonic aid) er ikke medtaget i den senere præsentation af metoden fra 2006. Det er muligt at netop denne beskrivelse beskrivelse har givet forkerte associationer i forhold til at de melodiske sætninger blot blev en form for ny slags overindlært materiale som en remse eller andet ikke-propositionel tale. I den senere

beskrivelse af MMIT (2006) beskrives de melodiske sætninger som havende evnen til at ”trigge” verbalt sprog.

De Bruijn et al, beskriver SMTA-metoden som en form for tale- og sproggenoptræning, der kan genoprette patientens evne til funktionel kommunikation:

”SMTA is aimed at important elements of the language production process itself, such as the fluency of word production (De Bruijn et al., 2005: Introduction).

(min understregning)

I litteratur som omhandler tale-sprogrehabilitering er anvendelsen af de forskellige begreber ikke altid gennemgående (King, 2007). Dette kan skabe store problemer i forståelsen af, hvad de forskellige metoder *egentlig* kan afstedkomme: skal metoden betragtes som en genoptræningsmetode, som arbejder med træning af tale, eller kan metoden virkelig bidrage i rehabiliteringen af patientens sprog-anvendelse - propositionel tale. Formuleringen ”language production” i ovenstående citat kan misforstås, jævnfør tidligere begrebsafklaring af tale versus sprog. ”Speech is the oral form of language” (King, 2007), og derfor havde det måske været mere korrekt at anvende ordet ”speech production”. Er der imidlertid De Bruijn et al.’s hensigt at understrege at SMTA-metoden henvender sig til selve den propositionelle sprog-rehabilitering, og dermed bruger begrebet ”language production” bevidst er næste uoverensstemmelse i citatet, at netop arbejdet med ”fluency of word production” ikke nødvendigvis kan ligestilles med forbedring af den propositionelle tale. Det er muligt at løfterne bag MIT og MMIT også delvist kan forklares ved ”terminologiforvirring”.

En måde at sikre sig, at patienten evner at anvende de melodiske sætninger propositionelt, er at træne og teste patienten i egengenerering af sætningerne samt træning i anvendelse af de melodiske sætninger fra træningssituationen til andre situationer, så en overføring (carry over effect) finder sted.

MIT-metoden introducerer på trin III spørgsmål til patienten, som denne skal svare på, med den indøvede sætning. Spørgsmålet skal stilles umiddelbart efter det færdiggørelsen af det foregående trin og patienten må ikke blot svare med en *simpel gentagelse* af sætningen i sin helhed, men skal være mere ”specificeret” i sit svar. Patienten skal altså svare med den indøvede sætning på en måde så det ikke blot lyder som en simpel gentagelse eller ”liren af”- jeg antager at dette kan sidestilles med et ”ikke-propositionelt svar”. Dog virker det vanskeligt for patienten at han skal svare med selve sætningen, men på en ”speciel måde”. En anden måde at sikre sig, at patienten giver et bevidst,

intentionelt svar er ved at stille uddybende spørgsmål til patienten i forhold til dennes svar (Sparks & Deck, 1986). Dette mener jeg er en bedre måde, at teste patientens evne til at anvende den melodiske sætning propositionelt.

Neurologen Gottfried Schlaug har indenfor de sidste par år fået meget opmærksomhed omkring sin anvendelse af MIT-metoden med personer med ekspressiv, ikke-flydende afasi. I et videoklip fra netavisen The Boston Channel.com³⁴ gives et eksempel på, hvordan Schlaug og hans kollega Andrea Norton træner MIT med manden Georg som lider af ikke-flydende afasi.

De træner en melodisk sætning som lyder "I'm going to watch The Patriots". Der vises klip af George, optaget umiddelbart efter han fik sin blodprop, hvor han forsøger at beskrive hvad der foregår på et billede som vises for ham. Det er ikke muligt at vide for seeren, hvad billedet forestiller³⁵, men George svarer, langsomt og møjsommeligt: "Mess, yeah, mess". Schlaug beskriver at George på dette tidspunkt højst kunne udtale 2-3 stavelser. Efter at have set et par klip med situationer, hvor Georg træner den pågældende melodiske sætning, stiller Norton tilsidst spørgsmålet "Hey, George, what are you going to do on Sunday?" og George svarer med næsten normal taleprosodi, og med markant nedsat tempo: "OK...I'm going to watch the patriots". Hvorvidt Nortons spørgsmål og Georges måde at svare på svarer til MIT-metodens anvisninger om, hvordan anvendelse af den melodiske sætning skal trænes, er uklart. Jeg mener at Nortons spørgsmål for enkelt lægger op til, at Georg blot kan "lire sætningen af", uden egentlig at være klar over, hvad han svarer på, det vil sige uden at svaret er propositionelt.

Ovenstående eksempel viser den problematik, der kan opstå ved anvendelse af MIT-metoden og andre lignende metoder i forhold til overføringseffekten af patientens evne til at anvende de melodiske sætninger propositionelt. En problematik som behøver mere opmærksomhed:

"The ability of MIT to affect a transfer of learning to everyday speech is an important issue that warrants further investigation through the use of an experimental paradigm of sufficient length directly targeting this issue" (Wilson et al., 2006:33).

³⁴ <http://www.thebostonchannel.com/video/5393886/index.html> (sidst set 24.5.2009)

³⁵ Muligvis fremviser Schlaug et billedet fra Boston Diagnostic Aphasia Exam (BDAE, Goodglass & Kaplan, 1972), som kaldes Cookie Theft (kagetyveriet) hvilket ofte bruges som udgangspunkt for vurdering af en afasipatientens evne til sammenhængende at kunne beskrive en given situation med ord (og evt. skriftligt) (Gade, 1997).

I MMIT-metoden introduceres brug af spørgsmål omkring slutningen af trin 4 / starten af trin 5. Først testes patientens evne til *uafhængig generering* af den indlærte sætning / nøgleordet. Jeg vil umiddelbart mene at generering af blot nøgleordet, fremfor hele sætningen, kræver en højere grad af forståelse og bevidst valg fra patientens side, og dermed mindsker risikoen for en ikke-propositionel anvendelse af den melodiske sætning. Sjette og sidste trin i MMIT tester overføringseffekten af metoden, hvor den praktiske anvendelse af de melodiske sætninger / nøgleord testes i en kontekst udenfor musikterapisessionen, som for eksempel på en café.

I SMTA-metoden, er det *ikke* en fast indbygget del, at teste patientens evne til at anvende de indøvede sætninger i en spørgsmål-svar øvelse. En sådan tillægsøvelse *foreslås* kun som et muligt element at tilføje. For eksempel kan man efter træning på Trin 2 (Ordniveau), hvor patienten har opnået en ”flydende” udtale af ordet, udvide øvelsen med en spørgsmål-svar øvelse. Et spørgsmål kan fx være ”hvad hedder du?” eller ”Hvis telefonen ringer, hvad svarer du så?”. Jeg finder det tankevækkende at De Bruijn et al. (2005) beskriver at SMTA retter sig mod at genoprette evnen til daglig funktionel kommunikation, hvis det ikke er en fast del af metoden, at teste, hvorvidt patienterne kan anvende de melodiske sætninger propositionelt.

4.3.1 Diskussion af tale versus sprog i forløbet med L

I forløbet med L havde jeg store forventninger til arbejdet med de melodiske sætninger. Jeg havde forventet mig, at L mindst havde kunnet lære at anvende et par sætninger propositionelt. Siden er jeg blevet i tvivl om, hvorvidt indlæringen af de melodiske sætninger måske bare blev indlæring af nyt ikke-propositionelt materiale – lig med en remse. Om dette skriver King:

”Music therapists must be aware of the distinction between these two types of speech so that they do not incorrectly assume that a client has recovered speech while singing; most likely, the client is exhibiting nonpropositional, or automatic speech, rather than volitionally producing words to communicate specific information” (King, 2007:16).

I forløbet med L inddrog jeg i sidste halvdel anvendelse af forskellige cues (udover de musikalske) for at lære ham, at igangsætte den melodiske sætning på egen hånd og dernæst at kunne bruge de melodiske sætninger i de rigtige sammenhænge – det vil sige propositionelt. Jeg forsøgte med verbale og visuelle cues samt brug af genstande og træning udenfor musikterapisætningen. L forblev afhængig

af de musikalske cues for at kunne igangsætte de melodiske sætninger og kunne derfor ikke bruge sætningerne i situationer udenfor musikterapisammenhængen. Det blev med andre ord ikke muligt at lære L at bruge de melodiske sætninger propositionelt.

Det er muligt at L med tiden havde kunnet lære, at generere de melodiske sætninger på baggrund af verbale cues (fx spørgsmål), men forløbet var kort sammenlignet med lignende cases, hvor fx MIT-metoden eller andre tale- og genoptræningsmetoder anvendes.

Sandsynligvis spillede L's nedsatte auditive forståelse en afgørende rolle i den manglende evne til at bruge de melodiske sætninger propositionelt. Eftersom min viden om tale versus sprogforstyrrelser var begrænset havde jeg nok urealistiske forventninger til mulighederne for at lære L at anvende de melodiske sætninger propositionelt. Dertil kommer at jeg først og fremmest fulgte MMIT-metoden, som ikke angiver nogen forbehold i mod at den bruges med patienter med nedsat auditiv forståelse. Endelig overvurderede jeg muligvis også L's auditive og kognitive forståelse.

Havde jeg haft større viden om konsekvenserne af nedsat auditiv forståelse og forskellen mellem tale- og sprogforstyrrelser er det muligt, at jeg ikke havde inddraget brug af melodiske sætninger i arbejdet med L, da disse jo højst sandsynligt ikke ville kunne bruges propositionelt. Modsat førte inddragelsen af de melodiske sætninger i arbejdet med L bragt andre fordele og vigtige aspekter af tale- og sproggenoptrænings arbejdet frem i lyset.

5. Diskussion, konklusion og perspektivering

I dette sidste kapitel følger den endelige diskussion af specialets problemformulering og konklusion. Derefter følger en refleksion over den anvendte metode samt en perspektivering.

5.1 Afsluttende diskussion af melodilinjens betydning

De tre forskellige metoder præsenterer mange forskellige anvisninger på, hvordan de melodiske sætninger skal udformes, både i forhold til ordvalg og komposition af melodien. Hvordan skal kliniker orientere sig i de til tider modsigelsesfulde instruktioner og skal disse forskellige prioriteringer og anvisninger tolkes som at ”hvad som helst” vil fungere? Der synes umiddelbart at åbenbare sig to slags muligheder i forhold til betydningen af melodilinjens udformning. At melodilinjens, alt efter hvordan den er udformet i den melodiske sætning, kan have to forskellige funktioner: Den ene funktion, kræver at melodilinjens tager afsæt i taleprosodi og i den individuelle patients habituelle sprogbrug (”sandsynlige sætninger”). Dermed er det muligt at indlæring og sang af den melodiske sætning kan ”vække” dele af patientens habituelle talebrug. Kliniske erfaringer fra forløbet med L viser et eksempel på dette. Litteraturen benævner fænomenet stimulitilgangen (stimuli approach) og flere (musikterapeutiske) tale- og sprogoptræningsmetoder (Thaut, 2008; Lucia, 1987) gør udover MIT brug af teknikker som er inspireret af denne tankegang.

Den anden funktion af melodilinjens i den melodiske sætning ses i MMIT, hvor den melodiske sætning ikke i samme grad tager udgangspunkt i taleprosodi, men istedet komponeres så den er musikalsk interessant – som en sangstrofe, hvis specielle musikalske karakteristika gør, at patienten lettere kan lære sætningen, lagre og genfinde den i situationer, hvor den skal anvendes. Baker (Baker & Tamplin, 2006) beskriver, at melodien i de melodiske sætninger fungerer som en trigger for det verbale sprog, hvilket underbygges af fund i litteraturen som peger på at de tonale elementer har betydning for patientens evne til at lagre og genkalde sig de melodiske sætninger på et mere kognitivt niveau. En interessant melodilinjens hjælper altså patienten med at huske, lagre og genkalde sig den melodiske sætning. Advarslerne, som ses i samtlige tre præsenterede metoder om, ikke at bruge allerede velkendte melodier til komponering af de melodiske sætninger har højest sandsynligt også at gøre med denne melodilinjens egenskab som trigger.

Spørgsmålet om, hvilken form for melodiske sætninger man som musikterapeut skal vælge at komponere til sine patienter- taleprosodisk inspirerede eller sangstrofe-inspirerede er vanskelig at

besvare. Førstnævnte har fordele i forhold til at patienten muligvis genfinder og genopdager dele af sit personlige sprogbrug, hvilket kan indikere en ”åbning” i forhold til potentialet i tale- og sproggenoptræningen og ikke mindst er motiverende for patienten (og musikterapeuten!). Derimod har den sang-strofe-inspirerede tilgang, i kraft af den interessante melodilinje og muligheden for at sammensætte flere melodiske sætninger til en hel sang, måske en mere æstetisk karakter og kan måske på denne måde være tiltalende og motiverende. Afklaringen omkring, at der findes flere måder at komponere de melodiske sætninger på, giver musikterapeuten flere valgmuligheder og chancen for at tilpasse det musikterapeutiske behandlingsoplæg bedre til patienten.

5.2 Afsluttende diskussion af tale versus sprog

Afasi er ikke en taleforstyrrelse, men en sprogforstyrrelse. Nogle går så langt som at klassificere afasi som en kognitiv kommunikationsproblematik (Helm-Estabrooks, 2000). Man kan da stille sig det spørgsmål, om det da overhovedet er muligt, at arbejde med genoptræning af *sprog* - om patienter med ekspressiv, ikke-flydende afasi nogensinde vil kunne lære at anvende melodiske sætninger propositionelt. Udviklerne bag MIT og SMTA fremstiller de mest ”præcise” patientkriterier (inklusive inklusion-og eksklusionskriterier) for deltagelse i de respektive metoder (Sparks & Deck, 1986; De Bruijn et al., 2005). MMIT-metoden henvende sig blot til patienter med svær grad af ekspressiv afasi og til de patienter som ikke har gavn af MIT-metoden (Baker, 2000; Baker & Tamplin, 2006). I SMTA-metoden er der flere uoverensstemmelser eller mangelfulde beskrivelser af patientkriterierne, hvor fx Brocas afasi beskrives som et eksempel på en afasi med fonologiske problematikker, hvilket må betegnes som en underdrivelse sammenlignet med den tidligere nævnte fremstilling af (Brocas) afasi som en *sprogforstyrrelse* (King, 2007) eller en kommunikationsproblematik (Helm-Estabrooks, 2000). De Bruijn et al. (2005) beskriver, hvordan patienter med global afasi ved hjælp af SMTA vil kunne opnå en forbedret kommunikationsevne og adekvæt brug af kommunikation i deres dagligdag. Spørgsmålet er, hvor meget i denne fremstilling (oversættelse fra hollandsk til engelsk) der er begrebsforvirring og misforståelse og i hvilken grad De Bruijn et al. bør kritiseres for deres fremstilling af mulighederne med brug af SMTA.

Udviklerne bag de præsenterede metoder hævder alle, at netop deres metode kan afstedkomme generhvervelse af propositionel tale hos den enkelte patient (Sparks & Deck, 1986; Baker, 2000; De Bruijn et al., 2005; Baker & Tamplin, 2006). Hvor Baker fremlægger de dårligst formulerede patientkriterier for MMIT, er denne metode til gengæld den eneste metode som indeholder reelle teknikker for at træne patienten i at anvende de melodiske sætninger propositionelt (som fx træning af

patientens egen-generering af de melodiske sætninger i sammenhænge udenfor musikterapisessionerne m.m.). Disse teknikker er inspirerende og nødvendige at tage i brug, hvis de melodiske sætninger skal kunne bruges propositionelt.

5.3 Afsluttende diskussion af brug af MIT og / eller melodiske sætninger

Lowey (2004) udtaler at MIT ikke er musikterapi (se kapitel 3 om MIT) fordi forklarer hun, at metoden bl.a. ikke inkorporerer brug af auditive æstetiske elementer, ikke arbejder med de musikalske elementer som fx dynamikker, harmonisering og ikke har opmærksomhed på relationen mellem terapeuten og patienten. Lowey kan have ret i, at MIT *ikke i sig selv* er musikterapi men det mest interessante er vel ikke at diskutere, hvorvidt en metode er det ene eller det andet, men *hvordan* den bliver brugt? At MIT ikke er musikterapi bør vel ikke forhindre musikterapeuter i at inddrage og anvende metoden i musikterapi? Anvendelsen af metoden kan meget vel virke og i tillæg have en terapeutisk værdi i kombinationen med musikterapeutens opmærksomhed på relationen, musikken og brug af improvisation (såvel musikalsk som improvisation i form af variationen af udvalg af teknikker).

De relationelle aspekter i musikterapien har stor betydning i arbejdet med patienter der, som L i høj grad er under et psykisk belastning som følge af blodproppen og alle dens begrænsende følgevirkninger som invaliditet, manglende kommunikationsevne, adskillelse fra familie og usikre fremtidsudsigter og så videre. I forløbet med L var der flere ting ”på spil” end hvorvidt han tilegnede sig evnen til at bruge de melodiske sætninger propositionelt eller ej. Det er muligt, at min specifikke indgangsvinkel til arbejdet med L – min musikterapeutiske baggrund med en psykoterapeutisk vægtning, havde en indflydelse på hans glæde, lyst og motivation til at arbejde med blandt andet de melodiske sætninger i musikterapisessionerne. Måske var det netop disse faktorer som gjorde, at L motiveredes til at fortsætte i musikterapien, selv efter han i andre rehabiliteringsterapier havde givet op og udviste depressive tegn. Ofte inddrages musikterapi som et alternativ eller som en kombinationsmulighed i tale- og sproggenoptræningen, når en patient fx ikke er motiveret og/eller ikke gør fremskridt i de andre terapier, som fx logopædisk træning. Dette var også tilfældet med de to patienter, til hvem Baker udviklede MMIT-metoden. Følgende citat beskriver mulighederne ved brug af musik(terapi) i rehabiliteringen

”Music experiences that facilitate self-expression and positive interactions can reduce frustration and address the social/emotional needs sometimes overlooked due

to rigorous rehabilitation in other domains following neurological trauma” (Hobson, 2006:63).

5.4 Afsluttende diskussion om betydningen af unison sang

I forhold til betydningen af terapeutens vokale støtte under patientens sang af de melodiske sætninger, viser mine kliniske erfaringer og fund fra litteraturen, at der er flere grunde til, at terapeuten med sin medsang kan fungerer som en støtte for patienten til forbedret artikulation af ordene i de melodiske sætninger. Unison sang giver patienten en visuel og psykologisk støtte men ikke mindst giver unison sang patienten muligheden for at synkront imitere lydene med terapeuten og dermed forbedre sin artikulation. Forskere, som har påvist dette (Racette et al., 2006), har til og med opnået samme effekt ved at udelukkende bruge en auditiv model (altså udelukkende afspilning af en lydoptagelse af det materiale som forsøgspersonen synkront skal imitere). Skal dette betyde at et tale- og sproggenoptræningsprogram udelukkende kan bestå af et ”selvtræningsprogram”, hvor patienten på egen hånd træner de melodiske sætninger til en lydoptagelse? Svaret er selvfølgelig nej. Resultaterne fra Racette et al.’s forskning (2006) kan støtte op omkring værdien af, at patienten træner de melodiske sætninger på egen hånd udenfor den musikterapeutiske tale- og sproggenoptræning, men en sådan ”solo-træning” vil ikke være tilstrækkeligt for patienten. Genoptræning af tale og sprog skal foregå i en social og relationel kontekst, hvor verbal kommunikation hører hjemme. Træning af de melodiske sætninger i musikterapi giver (i tillæg til muligheden for en propositionel anvendelse af sætningerne) også patienten mulighed for at være en del af en mere grundlæggende form for kommunikation, hvor ordene ikke nødvendigvis er afgørende. Det er muligt, at patienten ved unison sang ikke bare oplever at ordene lettere ”formes” når terapeuten synger med, men at han/hun også i tillæg oplever et verbalt samvær som måske kan fungere som en slags ”erstatning” for de samtaler, som han/hun på grund af tale og/eller sprogforstyrrelse, ikke længere evner at deltage i. Et verbalt samvær eller fællesskab, hvor to eller flere mennesker kan have nogen form for meningsfuldt, verbalt samvær.

5.5 Mine forbehold

I dette speciale har jeg først og fremmest søgt efter viden om brug af melodiske sætninger i arbejdet tale- og sproggenoptræning af patienter med ekspressiv, ikke-flydende afasi. Mit speciale har primært haft en undersøgende karakter og de kilder jeg har fundet, er deduktive, eftersom de fremstiller viden

gjort på baggrund af generaliseringer, som fx litteratur om tale- og sprogforstyrrelser og om de tre præsenterede metoder. Denne viden har ofte båret præg af at forfatterne enten ikke anvender begreber på samme måde eller helt modsætningsfuldt -blandt andet er dette tilfældet i forhold til musikalske begreber og terminologi indenfor kommunikationsforstyrrelser. Forvirringen kan skyldes at den fundne litteratur er international og ofte (mangelfuldt) oversat fra forskellige sprog men det kan også skyldes at jeg bevæger mig i et fagområde som er et andet end mit eget og at jeg derfor ikke er "hjemme i" denne begrebsverden på samme måde som jeg ville have været indenfor mit eget felt. Det er til og med muligt, at musikterapi rent faktisk kan assistere i tale- og sproggenoptræningen på langt flere måder og have langt flere funktioner end jeg indtil nu har forstået.

5.6 Konklusion

På trods af de ovenstående, nævnte forbehold i den anvendte metode i specialet kan jeg konkludere at...

1) Faglitteraturen bekræfter at *rytmiske og betoningsmæssige elementer* af melodien fungerer som en støtte for patienten i indlæringen af de melodiske sætninger og at det netop er de rytmiske og betoningsmæssige karakteristika som patienten med ikke-flydende afasi først vil tilegne sig. Fokus på de rytmiske og betoningsmæssige elementer i indlæringen af de melodiske sætninger vil føre til forbedret evne til repetition af stavelser og dermed forbedret artikulationsevne.

Melodilinjen i den melodiske sætning kan fungere som en kognitiv støtte for patienten idet melodien tilføjer en ekstra dimension til det verbale materiale og dermed er et ekstra cue, som kan assistere patienten i at indlære, huske samt generere den melodiske sætning. Litteraturen peger også i retning af, at melodilinjen i den melodiske sætning kan stimulere til fremkaldelse af habituelte ofte anvendte ord/sætninger hos patienten, så fremt melodilinjen tager udgangspunkt i den talte sætnings prosodi og i udformningen er inspireret af den individuelle patients typiske, habituelle måde at tale på. En sådan funktion havde melodilinjen i de melodiske sætninger for L.

2) Faglitteraturen bekræfter at vokal opbakning i form af unison sang fører til forbedret artikulation hos patienter med ikke-flydende afasi.

3) Den gennemgåede litteratur giver ikke nogen entydige svar på forholdet mellem patientens indlæring af de melodiske sætninger og dennes propositionelle anvendelse af disse. Derimod

understreger flere kilder i litteraturen at netop *overføringen* fra patientens evne til produktion af de indlærte melodiske sætninger til en propositionel anvendelse af disse er kritisk. Det er med andre ord nødvendigt at der forskes yderligere i denne problematik.

5.7 Reflektion

Brug af deduktiv litteratur i forhold til en enkeltcase – her med L kan være risikofyldt eftersom en enkeltcase hurtigt skal ”leve op til ” en masse indsamlet viden fra den anvendte litteratur, hvilket let kan sætte patienten og hele casen lidt ”i klemme”. Det ”klemmer” i tilfælde, hvor jeg måske forsøger at indpasse L i disse forståelsesrammer af virkeligheden. En del af den viden som jeg har fundet, svarer til mine erfaringer med L, men der findes også en del uoverensstemmelser. Hvad der er vigtigt at huske i denne sammenhæng er, at uanset hvilke retninger litteraturen end måtte pege i (og den peger som bekendt i flere) så kan forståelsen og oplevelsen af forløbet, det terapeutiske arbejde og relationen ikke beskrives eller rummes i nogen enkelt teori. Casen er udgangspunktet for undringen og er forundringsfuldt virkeligt. Deduktive litteratur og alverdens teorier er forsøgsvis modeller af aspekter af virkeligheden.

Det er muligt at præsentationen af de tre metoder som beskrives i specialet, forholdsmæssigt fylder for meget i forhold til hvor meget jeg egentlig har formået at diskutere al den præsenterede viden. Denne (skæv)fordeling kan skyldes, at jeg selv har været i en tilegnelsesproces i forståelsen af metoderne, samtidig med at jeg har skrevet specialet og som interesseret kliniker naturligvis har fundet utrolig mange aspekter af metoderne interessante.

5.8 Perspektivering

Under specialeskrivningen har jeg samlet mig en mængde viden, som jeg naturligvis gerne ville have kendt til under forløbet med L. Hvis jeg istedet skal skue *frem* i tiden er det naturlige næste skridt naturligvis at gå mere i dybden med de uenigheder som hersker på feltet i forhold til hvad man kan afstedkomme med melodiske sætninger og hvorvidt og hvordan de kan bruges propositionelt. Dette kunne blive stof til en ph.d.

Som følge af, at jeg i dette speciale inddrager materiale fra andre fagområder (fx neurologi og logopædi), har en naturlig del af udfordringen været, at erhverve sig forståelse af disse områder og deres terminologi. Jeg har oplevet gennemgangen af denne slags litteratur som meget berigende og vigtig for min studie, hvor næste udfordring ville kunne være at øge mit kendskab til disse områder.

At få betydningen af terapeutens vokale støtte i forhold til unison sang af de melodiske sætninger bekræftet af litteraturen er spændende. Et andet interessant tema er stimulitilgangen (det vil sige hvorvidt melodiske sætninger kan bruges mere systematisk i forhold til aktivering af patientens habituelle talebrug). Det ville være interessant, at arbejde videre med begge disse temaer, som er relevante for musikterapeuter i arbejdet med tale- og sproggenoptræning i neurorehabiliteringen. I et eventuelt næste projekt ønsker jeg at inddrage flere audio-/videoeksempler fra musikterapisessionerne. De kliniske erfaringer fra forløbet med L førte til et behov for at afklare og diskutere begreberne propositionel versus ikke-propositionel tale. Forståelse og diskussion af disse to begreber er vigtig i forhold til, hvilke forventninger og realistiske mål musikterapeuten kan stille for musikterapien. Når dét er sagt er faren samtidig, at en forenkling og fokusering på disse to modsætninger kan medføre at ”blinde pletter” i forhold til andre betydninger og muligheder som brug af de melodiske sætninger kan føre med sig i musikterapeutisk tale- og sproggenoptræning. Forløbet med L kan betragtes og vurderes ud fra den opfattelse at han enten tilegnede sig propositionel anvendelse af de melodiske sætninger eller ikke. Samtidig er der en fare for at, forståelsesrammen for betydningen af musikterapiforløbet bliver for snæver. På grund af, at L brugte de melodiske sætninger på en måde som (litteraturen beskriver) som ikke intentionel/ikke havende en propositionel betydning er det så korrekt at betragte L’s anvendelse af den melodiske sætning som værende uden betydning? Og hvilken betydning havde det for L at han flere gange, pludselig helt fejlfrit og naturligt kunne udtale habituel anvendte sætninger?

Det er muligt at inddrage et tredje felt i forståelsen af betydningen af forløbet med L og i det hele taget i forhold til mulighederne ved brug af musikterapi og melodiske sætninger i tale- og sproggenoptræning. I dette felt – som måske kan placeres mellem dikotomierne propositionel versus ikke-propositionel tale, træder andre vigtige emner frem: Musikterapien gav L mulighed for at indgå i en social interaktion i et omfang han ellers er afskåret fra på grund af sit manglende verbale sprog.

Hvor logopæder er eksperter i at arbejde med genoptræning af patientens tale og sprogbrug er musikterapeuter i Danmark uddannet³⁶ til at bemøde patienten på et langt mere basalt/grundlæggende kommunikativt niveau, hvor træning af tale/sprog ofte ikke er fokus for terapien, men derimod samvær og forstærkning af patientens generelle kommunikative potentialer udover de ”teknisk talemæssige”. Arbejdet med disse grundlæggende kommunikative potentialer kan være nødvendige med patienter

³⁶ Musikterapiuddannelsen i Danmark er en 5-årig kandidatuddannelse ved Aalborg Universitet, institut for kommunikation.

som har vanskeligheder med det verbale sprog, det kan bruges som et springbræt til at arbejde med genoptræning af verbalt sprog, eller som en måde at udvikle kommunikation i en relationel kontekst når dette er umuligt med ord.

I musikterapi kan en indgangsvinkel i mødet med patienten være at tage udgangspunkt i samme former for før-sproglige kommunikationselementer som fx ses i et forældre-barn sammenspil. Spædbarnets medfødte sans for timing, puls og tone-/stemmekvalitet -samlet kaldet ”kommunikativ musikalitet” er knyttet til spædbarnets behov for at kunne indgå i sociale samspil fra starten, og er grundlæggende for al kommunikation (Malloch refereret fra Holck, 2008). Disse kommunikative aspekter – den kommunikative musikalitet følger med os som en hjørnesten i al kommunikation og fortsætter med at være en del af vores måde at kommunikere med andre på, også selvom vi erhverver os et verbalt sprog (og nogle af os mister det igen, som fx L). Når man beskriver at førsproglige kommunikative elementer kan inddrages i musikterapi skal det selvfølgelig ikke forstås på den måde, at musikterapeuten vil sidde og ”pludresnakke” med en voksen patient med afasi, men forstås som at musikterapeuten har en indgangsvinkel til kommunikation som er langt mere ”basal” eftersom den tager udgangspunkt i det tidlige forældre-barn sammenspil. Dermed har musikterapeuten en anden slags opmærksomhed på de kommunikative udspil fra patienten, ud over bare ordene i sig selv, og kan gøre brug af disse i den musikterapeutiske interaktion og improvisation.

Aldridge³⁷ foreslår at man i mødet med patienter, der har mistet evnen til at bruge det verbale sprog, flytter ansvaret og opfattelsen af patienten som den ikke-kommunikerende til at opfatte os omkring dette menneske, som ”medkommunikatører” der har medansvar i, at kommunikation og kontakten ikke brister.

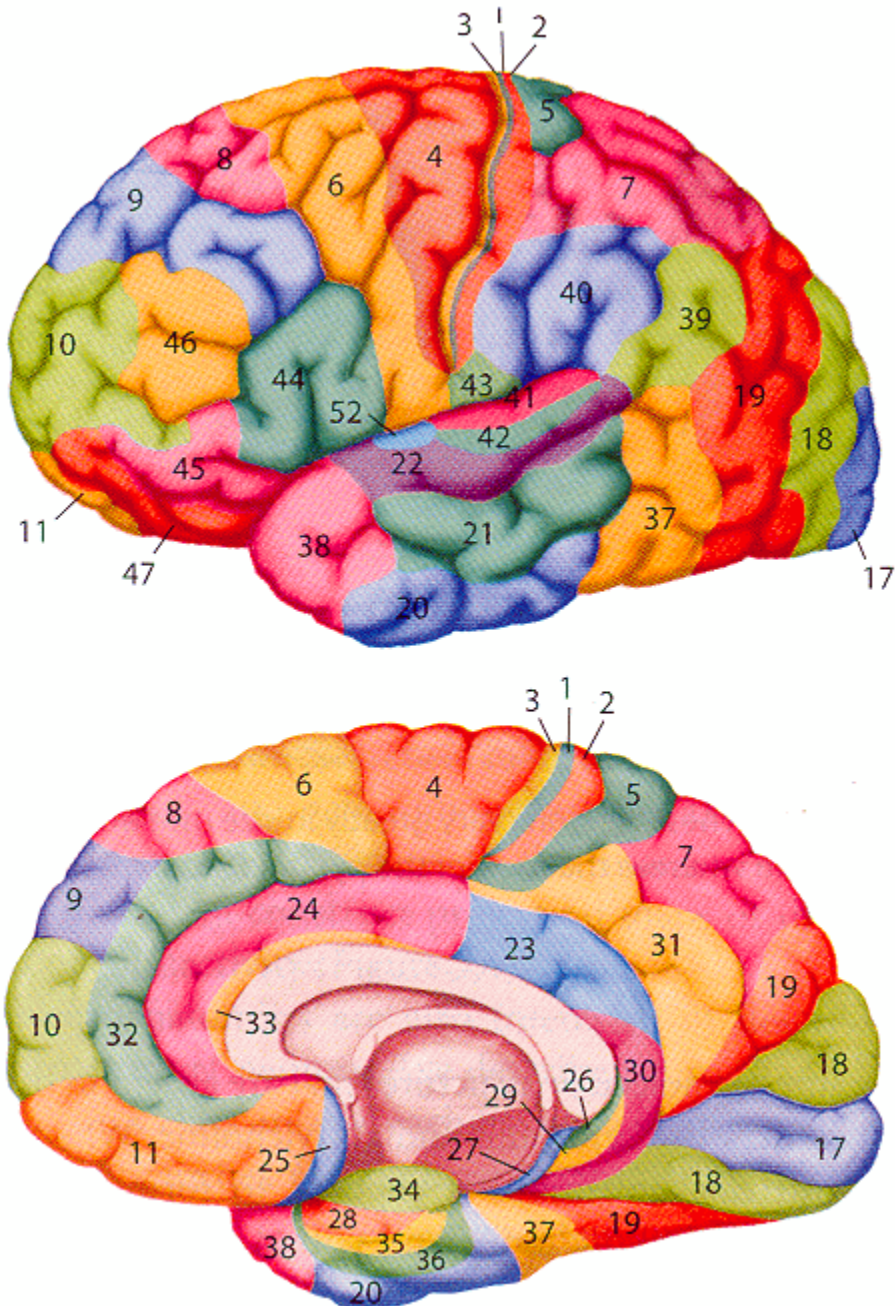
”Meaning and understanding are embedded in living. We have to be engaged in the play of understanding, and that is performance -understanding achieves form that can then be recognized and completed by the self and others. This also moves the centre of responsibility away from the other person alone, the non-communicator, and places the emphasis on us as communicators. Rather than label the other solely as unable or disabled, we must take a part in how we fail them in their communicative needs or how we disable them from their contact with us” (Aldridge, 2005:28).

³⁷ David Aldridge er musikterapeut og ph.d samt leder af ph.d skolen i musikterapi ved Universitetet i Witten/Herdecke, Tyskland.

Brug af melodiske sætninger i musikterapien med patienter med ekspressiv, ikke-flydende afasi kan være med til at imødekomme ”ordløse” patienter som L og på trods af denne ”ordløshed” bevare muligheden for at indgå i en dialog – at være i en kommunikerende relation.

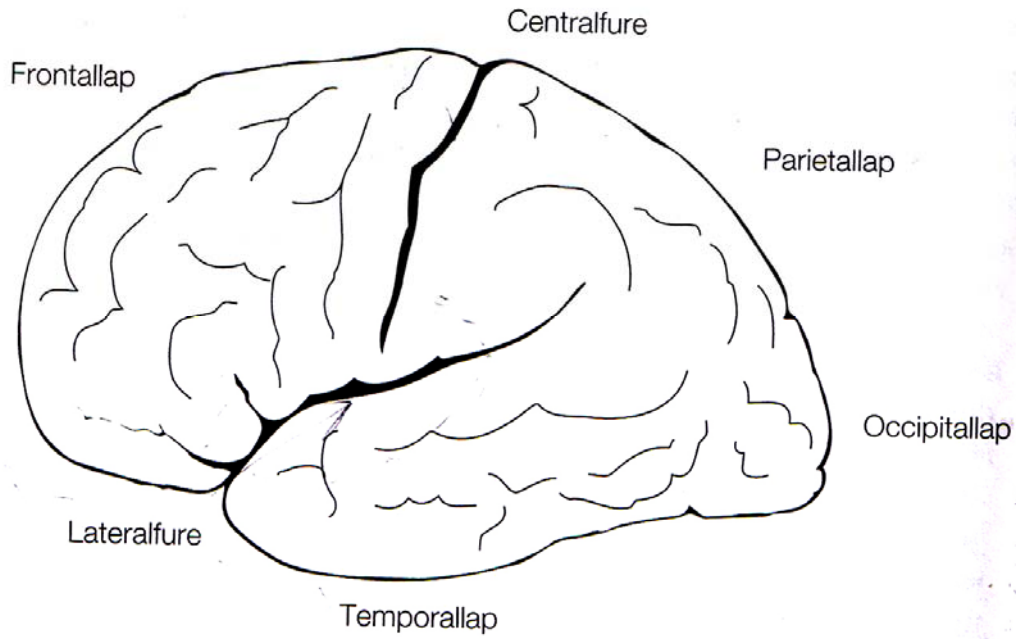
6. Bilag

6.1 Bilag 1

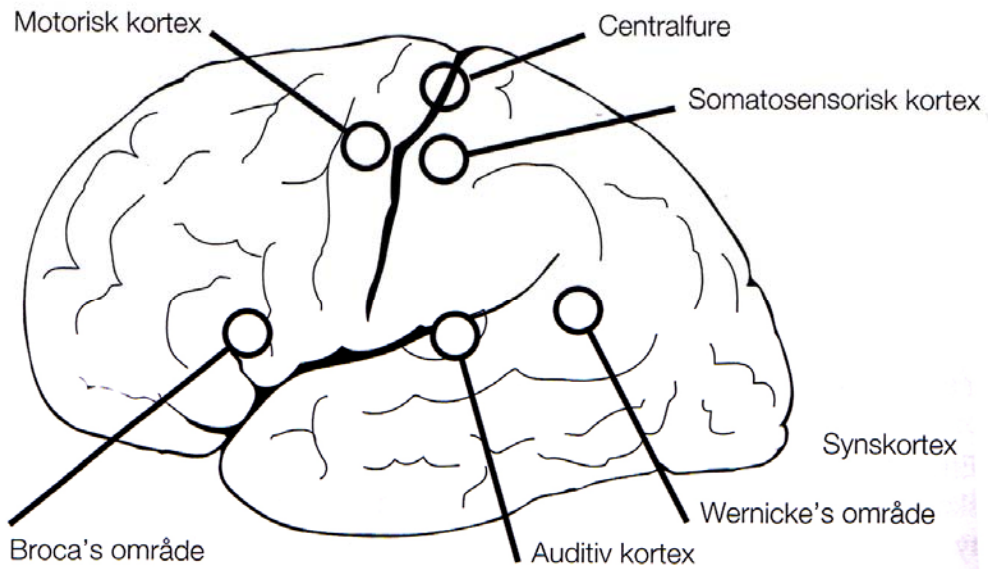


Fra: Jessica Grahn: Jessica's neuroanatomy tutorial for imagers,
<http://www.mrc-cbu.cam.ac.uk/people/jessica.grahn/neuroanatomy.html>

6.2 Bilag 2



Fra Gade (2003): 40



Fra Gade (2003): 34

7. Litteraturliste

- Adamek, M.S, Gervin, A.P, Shiraishi, I.M. (2000). Music Therapy and Speech Rehabilitation With Brain-Injured Patients: Research, Intervention Models, And Assessment. *Effectiveness of Music Therapy Procedures*, side 113-143. Silver Spring, USA. American Music Therapy Association, Inc.
- Albert, M.L., Sparks, R.W, og Helm, N.A. (1973) Melodic Intonation Therapy for Aphasia. *Archives of Neurology* 29, side 130-131
- Alvesson, K. og Sköldbberg, K. (1998) *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund. Studentlitteratur.
- Baker, F. (2000). Modifying the Melodic Intonation Therapy Program for Adults With Severe Non-fluent Aphasia. *Music Therapy Perspectives* 18(2) side 110-114
- Baker, F. & Roth, Edward, A. (2004) Neuroplasticity and Functional recovery: Training Models and Compensatory Strategies in Music Therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 13 (1) side 20-32
- Baker F. og Tamplin, J. (2006). *Music Therapy Methods in Neurorehabilitation. A Clinician's Manual*. London og Philadelphia. Jessica Kingsley Publishers.
- Baker, F. & Wigram, T. (2004a) Finding Climax and Cadence in the Uninflected Voice. *Music Therapy Perspectives*, 22 (1) side 4-10
- Baker, F. & Wigram, T. (2004b). The immediate and long-term effects of singing on the mood states of people with traumatic brain injury. *British Journal of Music Therapy*, 18 (2)
- Baker, F., Wigram, T. & Gold, C. (2005) The effects of song-singing programm on the affective speaking intonation of people with traumatic brain injury. *Brain Injury*, 19 (7) side 519-528
- Berlin, C.I. (1976) On: Melodic intonation therapy for aphasia by R.W.Sparks and A.L. Holland. *The journal of speech and hearing disorders*, 41 side 298-300
- Berlin, P. Van Eeckhout, Ph. Zilbovicius, M., Remy, Ph., Francois, C.,Guillaume, S., Chain, F., Rancurel, G., Samson, Y.(1996) Recovery from nonfluent aphasia after melodic intonation therapy: A Pet study. *Neurology*, 47 side 1504-1511
- Brown, S. (2001) Are Music and Language Homologues? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 930, side 372-374
- Clayes, S., M., Miller, Angela C., Dalloul-Rampersad, R. og Kollar, M. (1989) The Role of music and Music Therapy in the Rehabilitation of Traumatically Brain Injured Clients. *Music Therapy Perspectives*) 6 side 71-77

- Cohen, N., (1992) The effect of singing instruction on the speech production of neurologically impaired persons. *Journal of Music Therapy*, 29, side 87-102
- Cohen, N & Masse, R. (1993) The application of singing and rhythmic instruction as a therapeutic intervention for persons with neurogenic communication disorders. *Journal of Music Therapy* 30 side 81-89
- Cohen, N., (1994) Speech and Song: Implications for Therapy. *Music Therapy*, 12 (1) side 8-12
- Cohen, N., & Ford, J. (1995) The effect of musical cues on the nonpurposive speech of persons with aphasia. *Journal of music therapy*, 32, (1) side 46-57
- De Bruijn, M., Zielman, T. og Hurkmans, J. (2005). *SMTA Speech Therapy and music therapy combination treatment programme*. Revalidatie Friesland, Holland. (Kan lånes ved henvendelse til mig).
- De Bruijn, M. (2007) Speech –Music Therapy for Aphasia (SMTA): A new dialogue for aphasia. *Power point slides fra præsentation af SMTA ved 7th European Music Therapy Congress i Holland*.
- Fagius, J. (2001) *Hemisfärernas musik. Om musikanteringen i hjärnan*. Göteborg. Bo Ejeby Förlag
- Gade, A. og Bruhn, P. (2004): Neuropsykologiske dysfunktioner. Fl. Gjerris, Per S. Sørensen & Olaf Paulson (ed.) "*Klinisk neurologi og neurokirurgi*". FADL's forlag.
- Gade, A. (2003) *Hjerneprocesser. Kognition og neurovidenskab*. København K. Frydenlund Grafisk.
- Holck, U. (2007). Musikterapi i lyset af musikalske træk i tidlige dialoger. Bonde, L.O. et al. (red.): *Psyke & Logos nr. 1, 2007, 28, 408-426*. Dansk Psykologisk Forlag.
- Holck, U. (2008) Kommunikativ musikalitet. *Kognition & Pædagogik*, 18 (70). Tema: *Musikalitet og Læring*. Virum: Dansk Psykologisk Forlag.
- Graziano, A.B. og Johnson, J.K.(2006) Richard Wallaschek's nineteenth-Century Contributions to the Psychology of Music. *Music Perception*, 23 (4) side 293-303
- Hebert, S., Racette, A., Gagnon, L., Peretz, I. (2003). Revisiting the dissociation between singing and speaking in expressive aphasia. *Brain* 12, side 1838-1850
- Helm-Esbabrooks, N. (2000) Neurobehavioral models for aphasia rehabilitation. Connor, L.T (ed.) *Neurobehavior of Language and Cognition: Studies of Normal Aging and Brain Damage Honoring Martin L. Albert*. Hingham, MA, USA: Kluwer Academic Publishers
- Hobson, M. R. (2006). The Collaboration of Music Therapy and Speech Language Pathology in the Treatment of Neurogenic Communication Disorders: Part I- Diagnosis, Therapist Roles, and Rationale for Music. *Music Therapy Perspectives* 24(2) side 58-65

- Hobson, M. R. (2006). The Collaboration of Music Therapy and Speech Language Pathology in the Treatment of Neurogenic Communication Disorders: Part II- Collaborative Strategies and Scope of Practice. *Music Therapy Perspectives* 24(2) side 66-72
- Jochims, S. (2004) Music Therapy in the Area of Conflict between Functional and Psychotherapeutic Approach within the Field of Neurology / neurorehabilitation. *Nordic Journal of Music Therapy*, 13 (2)side 161-171
- Jungblut, M. (2005) Music Therapy for People with Chronic Aphasia: A Controlled Study. Aldridge. D. (ed.) (2005) *Music Therapy in Neurological Rehabilitation. Performing Health*. London og Philadelphia. Jessica Kingsley Publishers.
- Kenelly, J., Hamilton, L., Cross, J. (2001) The interface of music therapy and speech pathology in the rehabilitation of children with acquired brain injury. *The Australian Journal of Music Therapy*, 12, side 13-20
- Kim, M. og Tomaino, C.M. (2008). Protocol Evaluation for Effective Music Therapy for Persons with Nonfluent Aphasia. *Top Stroke Rehabilitation* 15(6), 555-569
- King, B. (2007). Language and Speech: Distinguishing Between Aphasia, Apraxia and Dysarthria in Music Therapy Research and Practice. *Music Therapy Perspectives* 25(1) side 13-18
- Krauss, T., Galloway, H. (1982) Melodic Intonation Therapy with Language Delayed Apraxic Children. *Journal of Music Therapy*, XIX (2) side 102-113
- Lowey, J. (2004). Integrating Music, Language and the Voice in Music Therapy. *Voices: A world Forum for Music Therapy*. <http://www.voices.no/mainissues/mi40004000140.html>
- Lucia, C.M. (1987) Towards developing a model of music therapy intervention in the rehabilitation of head injured clients. *Music Therapy Perspectives*, 4, 34-37
- 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* 17, 20-26
- Magee, W., Brumfitt, S.M., Freeman, M. og Davidson, J.W. (2006). The role of music therapy in an interdisciplinary approach to address functional communication in complex neuro-communication disorders: A case report. *Disability and Rehabilitation* 28(19), 1221-1229
- Magee W. og Wheeler, B. (2006) Music Therapy for Patients With Traumatic Brain Injury. Murrey, Gregory J. (ed.) *Alternate Therapies in the treatment of brain injury and neurobehavioral disorders*, side 51-74. Binghamton, N.Y. Haworth Press.
- Magee, W. og Andrews, K. (2007) Multi-disciplinary perceptions of music therapy in complex neuro-rehabilitation. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, vol. 14 (2) side 70-75.

- Marshall, N. og Holtzapple, P. (1976) Melodic Intonation Therapy: Variations on a theme. *R.H. Brookshire (Ed.), Clinical Aphasiology, Proceedings of the Conference*, Minneapolis, Minn. BRK Publishers
- McPherson, F. (2009) Planum Temporale, i Brain Structures, http://www.memory-key.com/Neurology/glossary_brain.htm#P (19.7.09)
- Molnar-Szakacs, I. og Overy, K. (2006) Music and mirror neurons: from motion to ‘e’motion. *Scan*, 1, side 235-241
- Naeser, M.A., og Helm-Estabrooks, N.(1985) CT scan lesion localization and response to melodic intonation therapy with nonfluent aphasia cases. *Cortex*, 1985, 21, (2) side 203-223.
- Peretz, I. og Zatorre, R.J. (2005). Brain Organization for Music Processing. I *Annual Review of Psychology* 56 side 89-114
- Peretz, I., Gagnon, L., Hébert, S. og Macoir, J. (2004). Singing in the Brain: Insights from Cognitive Neuropsychology. *Music Perception*, 21(3) side 373-390
- Racette, A., Bard, C. og Peretz, I. (2006). Making non-fluent aphasics speak: Sing along! *Brain* 129 side 2571-2584
- Racette, A. og Peretz, I. (2007). Learning lyrics: To sing or not to sing? *Memory & Cognition* 35(2) side 242-235
- Rogers, A.og Fleming, P.L.(1981) Rhythm and Melody in Speech Therapy for the Neurologically Impaired. *The Journal of the American association for Music Therapy* 1(1) side 33-38
- Sacks, O. (1998) Music and The Brain. Tomaino C. (ed.) *Clinical applications of music in neurologic rehabilitation* MMB Music Inc., Saint Louis, USA
- Sacks, O. (2007) *Musicophilia. Tales of Music and Brain*. New York. Toronto. Knopf Publishing Group.
- Schaefer, S., Murrey, A.M., Wendy, M. og Wheeler, B. (2006). Melodic Intonation Therapy with Brain-Injured patients. Murrey, Gregory J. (ed.) *Alternate Therapies in the treatment of brain injury and nerurobehavioral disorders*, side 75-87. Haworth Press, Binghamton, N.Y.
- Schlaug, G., Marchina, S. og Norton, A. (2008). From Singing to Speaking: Why Singing May Lead to Recovery of Expressive Language Function in Patients With Broca’s Aphasia. *Music Perception* 25(4) side 315-323
- Schön, D., Gordon, R.L., Besson., M. (2005) Musical and Linguistic Processing in Song Perception. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1060 (1), side 71-81

Sparks, R., Helm, N., Albert, M. (1974) Aphasia rehabilitation resulting from melodic intonation therapy. *Cortex*, 10, side 303-316.

Sparks og Holland, (1976) Method: Melodic Intonation Therapy for Aphasia. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 1976, 41 side 287-297

Sparks, R.W. og Deck, J.W. (1986). Melodic intonation therapy. R. Chipley (ed.) *Language Intervention Strategies in Adult Aphasia*, side 320-332. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

Stanley, P & Ramsey, D. (2000) Music Therapy in Physical Medicine and Rehabilitation. *Australian Occupational Therapy Journal*, 47 side 111-118

Thaut, M. (1999). *Training manual for Neurologic Music Therapy*. Fort Collins, CO: Centre for Biomedical Research in Music

Thaut, M (2008). *Rhythm, Music and the Brain. Scientific Foundations and Clinical Applications*. New York and London. Routledge

Tomaino, C. (1998) Music and Memory: Accessing Residual Function. *Clinical Application of Music in Neurologic Rehabilitation*. Tomaino, C. (ed.) MMB Music Inc., Saint Louis, USA

Tomaino, C.M. (2002) How Music Can Reach the Silenced Brain. *Cerebrum. The Dana Forum on Brain Science*, 4 (1) side 1-12

Wallin, N., Merker, B., og Brown, S. (2000) *The origins of music*. Cambridge, Massachusetts. London, England. The MIT Press.

Wilson, S.J., Parsons, K. og Reutens, D.C. (2006). Preserved Singing in Aphasia: A Case Study of the Efficacy of Melodic Intonation Therapy. *Music Perception* 24(1), 24-36

Özdemir, E., Norton, A., Schlaug, G. (2006) Shared and distinct neural correlates of singing and speaking. *Neuroimage* 33, side 628-635