
At Spille på Forskellige Tangenter

Et kvalitativt studie af musikterapi og
dialektisk adfærdsterapi i
misbrugsbehandling



Kandidatspeciale

Birna í Hjøllum Hentze

Titelblad	4
Forord	5
Abstract	6
1.	7
Introduktion	7
Indledning.....	7
Problemfelt.....	7
Problemformulering.....	9
Besvarelse af problemformulering.....	9
Begrebsafklaring.....	10
Læsevejledning	10
2.	10
Musikterapi og dialektisk adfærdsterapi med mennesker i misbrugsbehandling ..	10
Klientgruppen.....	10
Årsager til misbrug	12
Behandling.....	12
Musikterapi og misbrugsbehandling	12
Dialektisk adfærdsterapi.....	16
Forskning	18
3.	20
Metodologi	20
Kvalitativ metode	20
Videnskabsteori.....	20
Fænomenologi.....	21
Det semistrukturerede livsverdensinterview	21
4.	23
Design.....	23
De syv faser	23
Tematisering.....	24
Epoché	24
Etiske overvejelser	25
Informeret samtykke og fortrolighed	25
Forskerens rolle	25
Interviewdeltagere.....	26
Deltagerantal og inklusionskriterier.....	26
Rekruttering	26
Iscenesættelse af interview	27

Interviewguide	27
Transskription	29
Validitet	30
Analysemetode	30
Analyseprogram.....	32
5.	33
Analyse	33
Del 1.....	33
T1 – DAT-terapeut.	33
T2 – DAT-terapeut.....	39
MT3 – Musik- og DAT-terapeut	48
MT4 – Musikterapeut	55
Del 2:	61
DAT-terapeuter.....	61
Musikterapeuter.....	66
Fund	73
DAT vs. musikterapi.....	77
Opsamling af resultater.....	80
Delkonklusion	81
6.	83
Diskussion.....	83
Musikterapeuter	84
DAT-terapeuter	84
Psykodynamiske og kognitive terapiretninger	85
Kritik af kognitiv adfærdsterapi	88
Terapeutisk alliance	90
Neuroaffektiv psykologi i musikterapi.....	92
Kritik af undersøgelsen	96
Validitet og reliabilitet	96
Generalisering	97
Kritik af litteraturgennemgang.....	98
Vurdering af musikterapis rolle i misbrugsbehandling.....	98
6.	100
Konklusion	100
.....	101
Perspektivering	102
7.....	103
Litteraturliste	103

Titelblad

Musikterapi
Institut for Kommunikation,
Aalborg Universitet
11. juni 2018



Titel: **At Spille på Forskellige Tangenter - Et kvalitativt studie af musikterapi og Dialektisk adfærdsterapi i misbrugsbehandling**

Semester: 10. Semester

Fag: Speciale

Vejleder: Niels Hannibal

Referencestil: APA 6th edition

Antal tegn (med mellemrum): 178.783

Antal normal sider: 74.5

Birna í Hjøllum Hentze

Forord

En særlig tak til alle medvirkende informanter for at give af jeres tid og bidrage med vigtig viden til denne undersøgelse. Medvirkende informanter var Oda Bjørke Dypvik, Arni Zachariassen og Maja Frommelt. Fjerde medvirkende informant ønsker at være anonym.

Tak til Blákrossheimið for at danne ramme for min praktik og give mig plads og inspiration til at udfolde og udvikle mine terapeutiske kompetencer.

Tak til Niels Hannibal for god og konstruktiv vejledning.

Tak til medstuderende! Uden jer havde processen ikke været nær så sjov.

Tak til moster for al den tid du har brugt for at hjælpe mig sikkert i mål.

Abstract

This master thesis examines dialectical behavioral therapy and music therapy in relation to treatment for substance abuse. In particular, this project examines the therapist's theoretical understanding of issues and skills that need to be treated or enhanced in order to reduce substance abuse, the therapist's view on which significant issues or skills should be focused on in treatment, and how these are treated or enhanced in practice.

Furthermore, the thesis discusses the importance of central differences between dialectical behavioral therapy and music therapy. Finally, the role of music therapy in treatment for substance abuse is evaluated.

The thesis uses a qualitative approach with a foundation in phenomenology. Data was collected through four semi-structured interviews with two music therapists and two dialectical behavior therapists with working experience in treatment for substance abuse. The study includes therapists from Denmark, Norway, and the Faroe Islands. The analysis consists of three components: open coding, commonsense analysis, and a theoretical analysis which functions as a part of the discussion.

The results of this study reveal five central differences between dialectical behavioral therapy and music therapy. Dialectical behavioral therapy uses structured therapy sessions and teaching skills with a predetermined goal. The alliance between therapist and client is defined as a teacher/student relationship. Furthermore, the alliance between therapist and client is perceived as less important and the clients gain new experiences through worksheets outside the therapy setting. Music therapy, on the other hand, uses flexible therapy sessions and musical activities without a predetermined goal. The alliance between music therapist and client is characterized as a friendly relationship. Also, the alliance is perceived as crucial and the client gains new experiences through musical interaction with the therapist.

In the light of the study's results and theoretical discussion, this thesis argues that music therapy can be used as complementary treatment to dialectical behavioral therapy, but to a higher extent, can also be used as central and independent therapy in treatment for substance abuse.

Introduktion

Dette speciale omhandler henholdsvis dialektisk adfærdsterapi og musikterapi som behandlingstilgange i misbrugsbehandling. Nærmere beskrevet undersøger nærværende speciale terapeuters teoretiske forståelse, hvilke færdigheder/problemstillinger terapeuterne behandler, og hvordan disse udføres i praksis.

Indledning

Misbrugsproblematikken er kompleks og rammer en del af den danske befolkning af en række forskellige årsager. Da kompleksiteten af misbrugsproblematikken er stor, er der ligeledes mange tilgange, hvordan disse skal behandles. I Norge er en af de tilgange, der anvendes i behandlingen af misbrugsproblematikker, musikterapi. Dette er en nyere og for mange ukendt behandlingstilgang. I Danmark er der indtil videre kun få musikterapeuter inden for feltet.

Derudover har dialektisk adfærdsterapi de seneste år vundet indpas i misbrugsbehandling, efter igen og igen at have vist sig som effektiv behandling, især for borderline-patienter.

Udgangspunktet for nærværende speciale er, at musikterapi og dialektisk adfærdsterapi er to vidt forskellige behandlingstilgange, men anvendes begge indenfor misbrugsbehandling. Derfor søger dette speciale at undersøge, hvilke forskelle og ligheder der egentlig gør sig gældende i behandlingstilgangene musikterapi og dialektisk adfærdsterapi i misbrugsbehandling, og hvordan disse forholder sig til misbrugsproblematikker.

Problemfelt

Som forberedelse til niende semesters praktik på et behandlingshjem for voksne med stof- og/eller alkoholmisbrugsproblematikker, skrev jeg en litteraturgennemgang for at få en dybere forståelse af de mennesker, jeg skulle ud at arbejde med. Det blev hurtigt tydeligt for mig, at misbrugsbehandling er kompleks, da der er mange problemstillinger, der knytter sig til misbrug fysisk, psykisk og socialt, og endnu flere tilgange til behandlingen af disse problemstillinger. Da jeg startede min praktik, var jeg forvirret, da jeg stadig ikke havde en tydelig forståelse af, hvad jeg som musikterapeut egentlig skulle behandle. På praktikstedet blev jeg introduceret for en ny tilgang til misbrugsbehandling – dialektisk adfærdsterapi (DAT). DAT har en klar struktur, der er delt op i fire moduler, 1. Opmærksomhed, 2. Krisefærdigheder, 3. Relationer og 4. Følelsesregulering. Indenfor de fire moduler er der omkring 25 færdigheder, klienterne skal undervises i og derudover løse tilhørende opgaver. DAT har altså en meget tydelig opsætning af,

hvilke områder der arbejdes med. I begyndelsen var jeg meget fascineret af denne struktur og tydelighed, som jeg ellers ofte kunne længes efter i musikterapi og begyndte derfor også selv at implementere elementer af DAT i musikterapien. Efterhånden som jeg lærte mere om DAT, blev jeg mere opmærksom på, hvor forskellige tilgange musikterapi og DAT har. Jeg observerede også, hvordan flere klienter ikke virkede modtagelige for DAT, og hvor store forandringsprocesser jeg oplevede med de samme klienter i musikterapien. Dette undrede mig, for hvad var det, musikterapien havde, som hjalp klienterne? Derudover begyndte jeg at observere terapeuterne og observerede, at der var stor forskel på deres terapi, selv om de alle var DAT-terapeuter. Dette fik mig til at reflektere over sammenhængen mellem terapeutens teoretiske forståelse, behandlede problemstillinger og praksis. Det endte ud i følgende model.

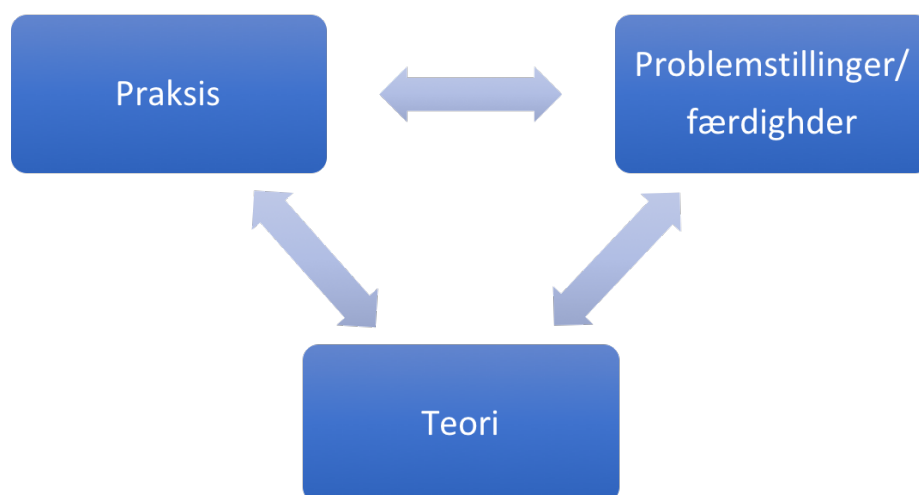


Illustration 1

Modellen er udviklet ud fra en formodning om, at terapeutens teoretiske forståelse har indflydelse på, hvad terapeuten vælger at behandle, og hvordan dette behandles i praksis. Som illustreret med pilene betragtes disse dog som en dynamisk proces og kan påvirke hinanden i alle retninger.

Disse refleksioner og observationer har ledt til en undren omkring, hvilke forskelle og ligheder, der er i musikterapi og dialektisk adfærdsterapi i misbrugsbehandling. Hvad er det, musikterapi kan bidrage med i misbrugsbehandling? Hvad ser terapeuterne som væsentligt at behandle, og hvordan ser dette ud i praksis, samt hvordan terapeuternes teoretiske forståelse påvirker disse.

Problemformulering

Følgende problemformulering danner ramme for specialet:

Med udgangspunkt i fire interviews med henholdsvis to misbrugsbehandlere med uddannelse i DAT og to musikterapeuter inden for misbrugsbehandling vil følgende spørgsmål blive undersøgt:

- 1. Hvilken teoretisk forståelse har henholdsvis DAT-terapeuter og musikterapeuter af væsentlige problemstillinger, der knytter sig til misbrug hos klienter i misbrugsbehandling?*
- 2. Hvilke problemstillinger/færdigheder, der knytter sig til misbrug, opfattes som væsentlige arbejdsområder hos klienter i misbrugsbehandling ifølge dialektisk adfærdsterapi og musikterapi?*
- 3. Hvordan behandler/udvikler henholdsvis DAT og musikterapi væsentlige problemstillinger/færdigheder i misbrugsbehandling?*

Diskussionsspørgsmål:

- 1. Hvilken betydning har evt. forskelle/ligheder for klientens udbytte i misbrugsbehandling?*
- 2. Hvilken rolle kan musikterapi spille som behandlingstilgang i misbrugsbehandling?*

Besvarelse af problemformulering

Nærværende speciale forsøger at besvare problemformuleringen gennem fire semistrukturerede interviews med henholdsvis to musikterapeuter og to dialektiske adfærdsterapeuter med erhvervserfaring indenfor misbrugsbehandling. Transskriptionerne af terapeuternes udsagn analyseres for at undersøge, hvilke forskelle og ligheder der er i terapeuternes teoretiske forståelse, syn på hvilke problemstillinger/færdigheder er væsentlige at behandle/udvikle, og hvordan disse behandles i praksis. Formålet er at undersøge, hvordan behandlingstilgangene dialektisk adfærdsterapi og musikterapi udspiller sig i misbrugsbehandling.

Begrebsafklaring

I undersøgelsen refereres der gentagne gange til **færdigheder**. Når færdigheder omtales i dette speciale, er der primært tale om færdighedsbegrebet fra dialektisk adfærdsterapi. Dette handler i grove træk om, at klienten mangler færdigheder og derfor skal lære nye færdigheder for at klare sig bedre. Færdighederne, der henvises til, er opmærksomhed, krisefærdigheder, relationsfærdigheder og følelsesregulering. Hvad disse færdigheder indebærer, er beskrevet i kap. 2. i afsnittet “Dialektisk adfærdsterapi” (se s.17).

Derudover omtales regulering på det autonome nervesystems niveau og det limbiske emotionelle niveau. Disse begreber kommer fra neuroaffektiv psykologi (Hart, 2017), hvor regulering på det autonome nervesystems niveau bl.a. handler om at regulere arousal niveauet gennem det autonome sansende niveau, mens regulering på det limbiske emotionelle niveau handler om at nedregulere højt aktiverede følelser eller frembringe følelser hos klienter, der ellers ikke er i kontakt med egne følelser. Reguleringen sker i denne sammenhæng gennem musik. Begreberne uddybes i kap. 5.

Læsevejledning

Nærværende speciale er delt op i 7 kap. I kap. 2. redegøres for klientgruppen mennesker med misbrugsproblematikker, hvorefter musikterapi som behandling og relevant forskning præsenteres. Til sidst præsenteres dialektisk adfærdsterapi. Kap.3 beskriver undersøgelsens videnskabsteoretiske fundament, samt anvendte metoder. I kap. 4 præsenteres undersøgelsens design. Kap 5 indeholder analysen af de indsamlede interviews, samt en delkonklusion. I 6 kap. præsenteres og diskuteres relevant teori ift. analysens fund og problemformuleringens spørgsmål. Kap.7 er en konklusion på undersøgelsens fund og diskussion.

2.

Musikterapi og dialektisk adfærdsterapi med mennesker i misbrugsbehandling

I dette kapitel beskrives klientgruppen mennesker med misbrugsproblematikker. Derefter belyses musikterapi i misbrugsbehandling igennem relevant litteratur og forskning. Til sidst beskrives dialektisk adfærdsterapi, hvorefter relevant forskning præsenteres.

Klientgruppen

Først og fremmest har dette afsnit til formål at belyse, hvilken klientgruppe dette speciale beskæftiger sig med. Fokus for undersøgelsen er terapeuternes teoretiske forståelse, terapeuternes

syn på væsentlige problemstillinger/færdigheder og hvordan disse behandles i praksis i behandlingstilgangene dialektisk adfærdsterapi og musikterapi. Derfor er det relevant at se på, hvilken klientgruppe terapeuterne beskæftiger sig med, hvilke problematikker klientgruppen har, samt omfanget af problematikkerne.

I Danmark skønner Sundhedsstyrelsen, at omkring 200.000 danskere har et helbredsskadeligt forbrug af alkohol, samt at ca. 27.000 danskere har et stofmisbrug, og derfor kræver det en indsats fra samfundets side at behandle denne udsatte gruppe af mennesker (Sundhedsstyrelsen, 2017).

WHO definerer misbrug som følgende:

”Et forbrug af rusmidler, der har et omfang og sker på en måde, at det medfører legemlige, psykologiske og/eller sociale skader for den misbrugende eller dens omgivelser” (”ICD-10 Version:2016,” n.d.).

Misbrug af rusmidler medfører altså skade fysisk, psykisk og socialt og medfører en række problemstillinger, både for den misbrugende og dens pårørende. I dette speciale er der særligt fokus på de psykiske og sociale skader. Derfor uddybes der i dette afsnit de psykiske og sociale skader, misbrug af rusmidler medfører.

Psykiske problemstillinger ses ofte i form af søvnforstyrrelser, koncentrationsbesvær, angst, depression, demens, delirium tremens og andre psykoser (Videbech, 2016). Socialt ses der ofte konsekvenser i forhold til familierelaterede forhold, såsom brudte familier, hustruvold og børnemishandling. Derudover opstår der ofte problemer relateret til arbejdspladsen, da det kan være svært at forvalte arbejdet tilfredsstillende. Ydermere er der større risiko for kriminalitet (Videbech, 2016b). Ligeledes medfører psykoaktive stoffer, såsom cannabis, heroin og kokain skader fysisk, psykisk og socialt. F.eks. ved misbrug af cannabis, som er det mest anvendte illegale rusmiddel, både i Danmark og internationalt, ses der psykiske sygdomme og gener, såsom angstsymptomer, paranoia, depression, psykoser og forandret personlighed (Straszek, 2015). Afhængighed kan være både fysisk, da kroppen tilvænnes stoffet og bliver abstinent, da stoffet ikke tilføres længere, og psykisk, idet stoffet kan fremme en form for velvære eller dulmen af smerte. Ydermere ses der ofte komorbiditet i denne klientgruppe, da en stor del af mennesker med misbrugsproblematikker også har andre psykiske lidelser (Karterud, Wilberg, & Urnes, 2013).

Denne undersøgelse har hovedsageligt fokus på de psykiske og sociale problemstillinger, og der omtales både klienter med og uden dobbeltdiagnoser.

Årsager til misbrug

Der findes ikke en entydig årsag til, at mennesker udvikler alkohol- og/eller stofmisbrug, men årsagen hænger sammen en række disponerende faktorer, såsom belastende livshændelser, psykiske sygdomme, vedvarende stress og genetisk eller socialt betinget disposition (Videbech, 2016b).

Behandling

Generelt er der flere tilgange til behandling af misbrugsproblematikker, f.eks. kognitiv adfærdsterapi, MI (motivationel interviewing), anonyme alkoholikers 12 trins program etc.

Ifølge sundhed.dk er målet med behandling af stof- og/eller alkoholmisbrug følgende (Videbech, 2016a):

- Reducere eller standse alkoholforbruget/stofforbruget
- Forhindre videreudvikling af medicinske, psykologiske og/eller sociale problemer
- Opdage og behandle eventuelle samtidige psykiske lidelser

Misbrug er altså en kompleks problematik, der medfører skader fysisk, psykisk og socialt. Der er ingen entydig årsag til udviklingen af misbrug, men kan skyldes flere forskellige disponerende faktorer. Ydermere er der flere forskellige behandlingstilgange med forskellige mål. Følgende afsnit vil se nærmere på behandlingstilgangene musikterapi og DAT.

Musikterapi og misbrugsbehandling

Dette afsnit har til formål at belyse musikterapi som behandlingstilgang, samt at præsentere relevant litteratur og forskning for musikterapi i misbrugsbehandling.

Danmark er musikterapi som behandlingstilgang af misbrugsproblematikker endnu ikke særlig udbredt. Vores naboland, Norge, er derimod langt fremme på dette område og har endda fået musikterapi skrevet ind i de offentlige retningslinjer for misbrugsbehandling. I retningslinjerne står der følgende:

Anbefaling: ”Det foreslås at det tilrettelegges for bruk av musikkterapi til pasienter/brukere som ønsker dette. Musikkterapi vil være relevant i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, i kriminalomsorg og i kommunale tjenester.” (Helsedirektoratet, 2017a, s.33).

Begrundelse: ”Musikkterapi gir muligheter for utvikling og endring gjennom et musikalsk og mellommenneskelig samarbeid mellom terapeut og pasient. Musikk kan skape gode muligheter for kommunikasjon og personlig uttrykk, og for å arbeide med sosial angst, motivasjon, selvforståelse, rusfrihet og annen personlig vekst. Mestringsopplevelser er sentrale i musikkterapien, og kvalitativ forskning viser at med god tilrettelegging og oppfølging kan mange brukere ta musikken med seg ut av terapirommet og inn som en mestringsressurs i hverdagslivet. (Helsedirektoratet, 2017a, s.33).

Retningslinjene legger her vekt på at musikkterapi kan anvendes i misbrugsbehandling til at fremme kommunikation, personlig uttrykk, samt arbeide med sosial angst, motivation, øge selvforståelse, rusfrihet og personlig vekst.

I Danmark definerer Dansk musikkterapeutforening musikkterapi således:

”Musikkterapi er en videnskabeligt funderet behandlingsform, som bygger på musikkens evne til at skabe kontakt og kommunikation. Musikken anvendes i proces, der har til hensigt at støtte og fremme fx kommunikation, personlig udvikling, dannelse af relationer, læring, genoptræning, fysisk stimulation eller afspænding samt følelsesmæssige oplevelser, udtryk og erkendelser” (Dansk musikkterapeutforening, 2016).

Musikkterapi defineres her som en behandlingsform, hvor musikken kan anvendes som støtte og utvikling af klientens problematikker både fysisk, psykisk og sosialt.

En mindre supplerende litteratursøgning etter norsk litteratur på søgeordene ”musikkterapi” og ”rusbehandling”, gav i alt 12 hit (se tabel 1).

Tabel 1						
Databaser	Hits med keywords: "musikterapi" AND "rusbehandling"	Artikler	Afhandlinger	Bøger	Eksl. pga. dublikat eller irrelevans	Inkluderet i alt
Primo	12	5	5	2	5	7

Iblandt den norske litteratur er der flere kandidatopgaver (Førsund, 2017; Johnsen, 2016; Kristiansen, 2014; Myklebust, 2017;). Myklebust undersøgte klienternes oplevelse af mestring og resultaterne viste musikterapi som en god arena for klienterne at opleve mestring (Myklebust, 2017). Kristiansens studie (Kristiansen, 2014) viste, at klienterne havde en oplevelse af, at musikterapi bidrog med motivation, rekreation, mestring, selvforståelse og mening. Johnson (Johnsen, 2016) påpegede at der mangler forskning inden for musikterapi med kvinder i misbrugsbehandling og effekten af musikterapi ud fra klienternes perspektiv. Førsund (Førsund, 2017) fandt, at musikterapi giver klienterne meningsfulde oplevelser. Fælles for ovennævnte kandidatopgaver er, at de har fokus på klientens oplevelse. Ligeledes har Overå (Overå et al., 2013) skrevet en bog omkring klienternes oplevelse af musikterapi. Flere af de fundne artikler omhandler, hvordan musikterapi går en ny æra i møde i Norge inden for misbrugsbehandling, nu hvor musikterapi er skrevet ind retningslinjerne for misbrugsbehandling (Kielland, Stige, & Trondalen, 2013; Skotland, 2016). Disse artikler er inddraget i denne opgave for at give et overblik over den eksisterende litteratur, og hvad den beskæftiger sig med. Ovenstående litteratur understøtter retningslinjerne om, at musikterapi kan give oplevelsen af mestring, selvforståelse og motivation. Fælles for en stor del af den inddragne litteratur, er at den fokuserer på klientens oplevelse i modsætning til denne undersøgelse, hvor fokus ligger i terapeuternes forståelse og praksis.

En integrativ litteraturgennemgang, udarbejdet af Hentze (Hentze, 2017), af international litteratur, undersøgte, hvilke metoder musikterapeuter anvender i misbrugsbehandling, samt hvilke problemstillinger musikterapeuter har fokus på i misbrugsbehandling. Albornoz (Albornoz, 2011) undersøgte i et RCT-studie, hvilken effekt improvisation har på depressionssymptomer hos unge og voksne med misbrugsproblematikker. Resultaterne viste ikke nogen signifikant effekt, men deltagerne scorede betydeligt lavere i depressionstesten efter at have fået musikterapi (Albornoz, 2011). Et pilotstudie af Baker et. Al (Baker, Gleadhill, & Dingle, 2007) undersøgte, hvilken effekt analyse af sangtekster, sangskrivning, improvisation og musiklytning som musikterapeutiske

metoder havde på regulering af følelser hos voksne med misbrugsproblematikker. Studiets resultater viste, at deltagerne oplevede at være bedre til håndtere egne følelser uden at være påvirket af psykoaktive stoffer (Baker et al., 2007). Cevalco et al. (Cevalco, Kennedy, & Generally, 2005) undersøgte, hvilken effekt musikterapi havde på depressionssymptomer, angst, stress og vrede hos kvinder i misbrugsbehandling. Deltagerne oplevede mindre depressions symptomer, angst, stress og vrede (Cevalco et al., 2005). Et systematisk review af Mays et al. (Mays, Clark, & Gordon, 2008) med fokus på musikterapi som behandling af voksne med rusrelaterede lidelser konkluderede, at der stadig mangler kvantitativ evidensbaseret forskning for at kunne argumentere for musikterapi i misbrugsbehandling (Mays et al., 2008). Silverman (Silverman, 2003) undersøgte i et pilotstudie, hvilken effekt musikterapi havde på kvinder i misbrugsbehandling. Pilotstudiet viste ingen signifikant effekt, men deltagerne gav udtryk for, at musikterapien virkede motiverende, og de nød at deltage (Silverman, 2003). Winkelman undersøgte i et kvalitativt studie, hvilken effekt trommecirkler har på voksne i misbrugsbehandling. Studiet indikerede, at trommecirkler kan være med til at bryde isolation, virker afspændende, forløse traumer og fremmer opmærksomhed. Yderligere undersøgte Silverman (Silverman, 2010) i et randomiseret effektstudie, hvilken effekt musikterapi havde på abstinenssymptomer og "locus of control" havde på voksne med misbrugsproblematikker. Studiet viste ikke nogen signifikant effekt, men deltagerne havde færre abstinenssymptomer og en højere oplevelse af "locus of control". Til sidst inddrager litteraturgennemgangen en deskriptiv analyse af en survey (Silverman, 2009) undersøgelse med musikterapeuter med arbejde i misbrugsbehandling. Den deskriptive analyse belyser, hvilke musikterapeutiske metoder og teknikker samt hvilke problemstillinger musikterapeuterne anvender og behandler i deres praksis. Musikterapeuterne anvendte analyse af sangtekster, afspænding til musik og improvisation til at behandle problemstillingerne kommunikation, coping strategier, emotionelt udtryk, beslutningstagning, selvtillid, selvindsigt, socialisering (Silverman, 2009). For overblik over den inkluderede litteratur, se bilag. Overordnet viste litteraturgennemgangen ikke nogen tydelige retninger ift. anvendte metoder eller behandlede problemstillinger. Dog blev problemstillingerne depression, vrede, regulering af følelser, isolation, angst, kommunikation, abstinens og "locus of control" tydeligt beskrevet. Ingen af studierne viste signifikant effekt, men indikerede, at musikterapi har en positiv virkning på depression, angst, regulering af følelser, isolation og kan virke motiverende for klienter med misbrugsproblematikker (se tabel 1). Dette understøtter yderligere de norske retningslinjer om musikterapi som behandlingstilgang i misbrugsbehandling.

Overordnet er der relativt lidt forskning og litteratur om musikterapi og misbrugsbehandling, dog indikerer den litteratur, der er, at musikterapi har en positiv virkning på misbrugsproblematikker, samt at musikterapi virker motiverende og bidrager med meningsfulde oplevelser for klienterne.

Dialektisk adfærdsterapi

Dette afsnit har til formål at præsentere dialektisk adfærdsterapi, samt forskning der er relevant for opgavens tema

Dialektisk adfærdsterapi er udviklet af Marsha N. Linehan først i 80'erne og er oprindeligt udviklet til suicidale patienter diagnosticeret med borderline, men har senere vist sig at være effektiv på flere klientgrupper, heriblandt mennesker med misbrugsproblematikker. Dialektisk adfærdsterapi er en modifikation af kognitiv adfærdsterapi og har på den ene side fokus på forandring, og på den anden side accept, som er inspireret af østerlandsk mindfulness (M. M. Linehan, 1998). DAT balancerer altså imellem forandring og accept, hvorfra navnet ”dialektisk” kommer. ”Dialektisk” betyder at integrere modsætninger. F.eks. accepterer terapeuten klienten, men anerkender også, at der er brug for forandring (”What is Dialectical Behavior Therapy (DBT)? – Behavioral Tech,” n.d.). DAT bygger på en forståelse af, at klienterne gør det bedste, de kan, men mangler færdigheder på visse områder. Derfor er det afgørende at lære nye færdigheder for at opnå et liv som er værd at leve (”What is Dialectical Behavior Therapy (DBT)? – Behavioral Tech,” n.d.).

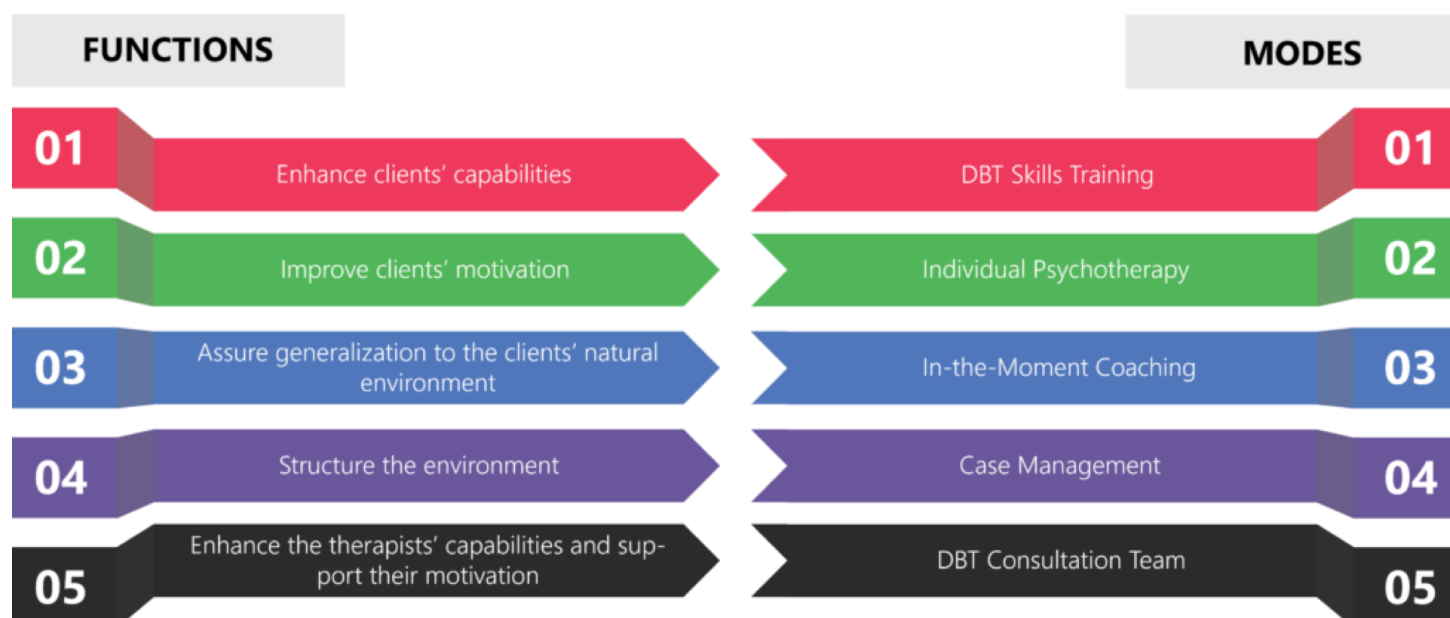


Illustration 1: (”What is Dialectical Behavior Therapy (DBT)? – Behavioral Tech,” n.d.)

DAT er bygget op omkring fem komponenter, som alle har et specifikt formål (“What is Dialectical Behavior Therapy (DBT)? – Behavioral Tech,” n.d.). Nedestående illustration viser funktioner eller formål på venstre side, og måden, hvorpå formålet opnås, i højre side. For at have den fulde DAT-behandling inddrages alle fem komponenter.

Det første formål handler om at styrke klienternes færdigheder. Færdighederne læres igennem undervisning i følgende fire moduler:

1. **Opmærksomhed** (mindfulness): Øvelsen i at være bevidst og til stede i nuet.
2. **Krisefærdigheder** (distress tolerance): tolererer svære situationer uden at forandre dem.
3. **Relationsfærdigheder** (interpersonal effectiveness): At bede om det, du vil have, og sige nej samtidig med at have selvrespekt og bevare relationen til andre.
4. **Følelsesregulering** (Emotion regulation): At ændre følelser, du ønsker at ændre.

Opmærksomhedsmodulet handler om at være til stede i nuet uden at dømme. Målet er kunne observere, beskrive og deltage uden at dømme, om situationen er rigtig eller forkert og igennem det kunne løsrive sig fra tanker om fortid eller fremtid og være til stede i nuet uden at ændre emotionel smerte. Krisefærdigheder drejer som at kunne håndtere kriser ved hjælp af distraktion og accept. Distraktion kan f.eks. være at holde hovedet under koldt vand i nogle sekunder for at påvirke nervesystemer. Følelsesreguleringen består af flere dele. Emotionel sårbarhed kan forbedres f.eks. bedre søvn og spisevaner, motion, mindre medicin osv. Emotionsudløsende hændelse kan forebygges og mestres ved at forbedre evnen til problemløsning og realitetsteste hændelser. Derudover er der fokus på at identificere og sætte ord på følelser (Karterud et al., 2013). Således er modulet bygget op med flere øvelser som tilsammen skal styrke færdighederne opmærksomhed, krisefærdigheder, relationsfærdigheder, følelsesregulering. Disse færdigheder omtales særligt i denne opgave, da informanterne lægger vægt på færdighederne, men ikke inddrager de andre 4 komponenter. Andet formål handler om at styrke klientens motivation og hjælpe klienten til at anvende de ny lærte færdigheder. Dette sker igennem ugentlig individuel psykoterapi. Tredje formål er at støtte klienten i sin hverdag ved hjælp af telefon-coaching. Klienterne har altså mulighed for at ringe til sin terapeut og få øjeblikkelig coaching i svære situationer. Fjerde formål er at hjælpe klienten med at håndtere andre områder af sit liv, både fysisk og socialt. Femte og sidste formål er at støtte terapeuten gennem et team for at styrke terapeutens kompetencer og forebygge, at terapeuterne brænder ud (“What is Dialectical Behavior Therapy (DBT)? –

Behavioral Tech,” n.d.). Da en stor del af borderline-patienter også har misbrugsproblematikker, har Linehan senere udviklet en DAT metode særligt for misbrugsproblematikker (Dimeff & Linehan, 2008). Denne omtales dog ikke i denne undersøgelse, da informanterne ikke anvender denne, men tager udgangspunkt i standard DAT som beskrevet i dette afsnit.

Forskning

Forskningen indenfor DAT er stor og har fundet gode resultater som behandlingstilgang, især for borderline-patienter. The Linehan Institute, Behavioral Tech er funderet af Marsha Linehan og uddanner faggrupper i DAT. Derudover har de samlet forskning indenfor området og opdaterer løbende med ny forskning. Stor del af forskningen omhandler bl.a. borderline-patienter, binge eating disorder og depression. Forskningen inddrager misbrugsproblematikker som en sekundær problemstilling, men der inddrages relativt lidt litteratur omkring misbrug og DAT. Derfor inddrages der i dette afsnit forskning, der har relevans for opgavens tema.

I denne opgave omtaler informanterne færdighedstræning som del af misbrugsbehandlingen, men undlader de andre fire komponenter. Derfor er det relevant at se på, hvad forskningen siger om færdighedstræning som enkelt stående behandling. Et systematisk review af Valentine et Al. (Valentine, Bankoff, Poulin, Reidler, & Pantalone, 2015) undersøgte effekten af færdighedstræning fra DAT som enkelt stående behandling. De fandt i alt 17 studier, der har undersøgt færdighedstræning alene. Resultaterne viste, at otte ud af 17 tilpassede færdighederne til deres klientel og fulgte ikke standardmodulerne fra DAT. F.eks. justerede fire studier sproget i undervisningsmaterialet til klienter, hvis kognition lå under gennemsnittet. Længden af sessioner varierede, og mængden af sessioner lå under, hvad der er anbefalet i DAT. Effekten af færdighedstræningen ift. depressionssymptomer, angst, BED (binge eating disorder), BPD (borderline personality disorder) og følelsesregulering varierede. Ligeså var der variationer i terapeuternes uddannelse og i undervisningen, hvor der blev inddraget materiale uden for standardmodulerne. Klientgruppen varierede ligeledes og inddrog bl.a. borderline-patienter, spiseforstyrrelser, ADHD, personlighedsforstyrrelser, misbrug og suicidale patienter (Valentine et al., 2015). Det systematiske review konkluderer, at der ikke kan drages konklusioner om effekten af færdighedstræning som enkelt stående behandling på trods af, at forskningen indikerer, at færdighedstræningen reducerer psykiske og adfærdsmæssige symptomer (Valentine et al., 2015). Linehan et al. (Marsha M Linehan et al., 1999) fandt i deres studie DAT ift. ”treatment as usual” (TAU) med kvinder diagnosticeret med borderline og stofmisbrug, at kvindernes misbrug i

DAT-gruppen var signifikant mindre end kvinderne, der havde fået TAU (Marsha M Linehan et al., 1999). Axelrod et al. (Axelrod, Perepletchikova, Holtzman, & Sinha, 2011) undersøgte DAT's effekt på følelsesregulering og misbrug hos 27 kvinder diagnosticeret med borderline. Studiet viste, at kvinderne blev bedre til at regulere deres følelser, og deres misbrug var reduceret efter 20 uger med DAT (Axelrod et al., 2011). Begge disse studier omhandler misbrug som sekundær problematik og borderline som den primære sygdom. Dog indikerer begge studier, at DAT kan reducere misbruget samt udvikle følelsesregulering.

DAT er altså en modifikation af kognitiv adfærdsterapi, som på den ene side vægter accept og på den anden forandring. Der er grundlæggende forståelse af, at mennesker mangler nogen færdigheder for at klare sig bedre, og derfor lægger DAT vægt på at undervise i færdighederne opmærksomhed, krisefærdigheder, relationsfærdigheder og følelsesregulering. DAT er oprindeligt bygget omkring fem komponenter, men i dette speciale omtales hovedsageligt komponent 1, færdighedstræning og de fire sidste komponenter undlades. DAT har generelt gode forskningsresultater, især som behandling af borderline-patienter. I dette afsnit blev der inddraget forskning vedrørende færdighedstræning som enkelt stående behandling, samt to studier vedrørende DAT som behandlingstilgang med voksne med misbrug som sekundær problematik. Forskningen indikerede at DAT kan hjælpe til at reducere misbruget samt udvikle følelsesregulering hos mennesker med misbrugsproblematikker.

3.

Metodologi

I dette afsnit præsenteres det videnskabsteoretiske udgangspunkt for denne undersøgelse samt de anvendte forskningsmetoder og etiske retningslinjer.

Kvalitativ metode

Dette speciale undersøger forholdet mellem terapeuters teoretiske skoling, syn på væsentlige problemstillinger/færdigheder og deres kliniske praksis eksemplificeret i dels DAT og musikterapi og disses påvirkning på klientens udbytte af terapien. Undersøgelsens fokus er således de respektive terapeuters terapiforståelse og subjektive refleksioner over praksis. Dette fokus kan bedst undersøges under et kvalitativt paradigme, hvor en systematisk undersøgelse af disse subjektive udsagn kan gøres til genstand for systematisk analyse og bearbejdning.

Kvalitativ forskning fokuserer på, hvordan noget opleves, fremtræder, udvikles og på at fortolke for at opnå en dybere forståelse af et fænomen eller emne (Brinkmann & Tanggaard, 2015). Den kvalitative forskning søger ikke at generalisere, men tager udgangspunkt i enkelte tilfælde. Frem for at dele forskning op i kvalitative eller kvantitativ metode, kan forskning også deles op i tre forskningsområder - eksplorativ, deskriptiv og kausal. Disse tre forskningsområder belyser, hvordan forskeren indsamler viden fremfor, om det er kvalitative eller kvantitative data, der indsamles (Ridder & Bonde, 2014).

Denne undersøgelse har fokus på at få viden omkring DAT og musikterapi som behandlingsformer i misbrugsbehandling. Undersøgelsen søger ikke at måle eller veje, men at få en dybere forståelse af disse behandlingstilgange gennem subjektive beskrivelser. Slutningsmetoden er induktiv, da der tages udgangspunkt i data, og undersøgelsens retning ikke er afgjort på forhånd. Undersøgelsens metode karakteriseres derfor som eksplorativ.

Videnskabsteori

Ontologi er læren om det værende og beskæftiger sig med, hvad der forstås som virkeligheden (Wheeler og Kenny, 2005). I dette speciale er det ontologiske fokus informanternes subjektive oplevelse og refleksion af egen praksis undersøgt ud fra et fænomenologisk perspektiv. Det er altså menneskets oplevelse af virkeligheden, der er specialets ontologi. Virkeligheden er derfor ikke entydig, men afhænger af den, der oplever, og af konteksten, den bliver oplevet i. Det

epistemologiske udgangspunkt for dette speciale er derfor, at mennesker kan kommunikere deres viden igennem sproget, og derfor er det nødvendigt at tale med dem, hvis viden er relevant for denne undersøgelse.

Fænomenologi

Fænomenologien blev grundlagt som filosofi af Edmund Husserl omkring år 1900, men er senere videreudviklet af filosoffer såsom Heidegger, Sartre og Ponty (Kvale og Brinkmann, 2015).

Fænomenologi er oprindeligt en filosofisk retning og ikke en forskningsmetode, men bliver også anvendt som en ikke-filosofisk tilgang indenfor kvalitativ forskning (Kvale & Brinkmann, 2015).

Her forstås fænomenologien som en interesse i at forstå et fænomen ud fra, hvordan det opleves af et subjekt med den antagelse at *“den vigtige virkelighed er det mennesket opfatter den som”* (Kvale og Brinkman, 2015, s.48). Forinash og Grocke beskriver, at fænomenologien undersøger den oplevede livsverden. De beskriver, at menneskers oplevelse hverken er sand eller falsk, men at menneskets oplevelser blot eksisterer og derfor er værd at undersøge (Forinash & Grocke, 2005, s. 321). Når et fænomen undersøges i fænomenologien, er det nødvendigt at forholde sig åbent og tilsidesætte egne forudfattede holdninger, dette kaldes med andre ord *Epoché* (Kvale & Brinkmann, 2015). Epoché hentyder altså til forskerens evne til at tilsidesætte egen forforståelse og holdninger til det undersøgte og derved lade det, der er, udfolde sig (Fornash & Grocke, 2005). Målet er at finde frem til essenser af det undersøgte altså fænomenets væsen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 49). At finde fænomenets væsen opnås ved fænomenologisk reduktion, som er at *“sætte den almindelige og videnskabelige forhåndsviden om fænomenerne i parentes for at nå frem til en fordomsfri beskrivelse af fænomenernes væsen”* (Kvale & Brinkmann, 2015, s.49).

I denne undersøgelse vil disse forhold anvendes ved at jeg som forsker først beskriver min egen epoché (se afsnit ...) for at bevidstgøre min forforståelse og derved forsøge at få en mere objektiv tilgang til undersøgelsen, med andre ord tilsidesætte mine egne forudfattede holdninger.

Derudover søger denne undersøgelse at finde frem til essensen af det undersøgte ved hjælp af fænomenologisk reduktion, som i dette tilfælde opnås igennem undersøgelsens analyse, herunder kodning og kategorisering af interviewene.

Det semistrukturerede livsverdensinterview

Som tidligere beskrevet omhandler denne undersøgelse forholdet mellem terapeuternes teoretiske forståelse, syn på væsentlige problemstillinger/færdigheder og praksis i misbrugsbehandling med

udgangspunkt i behandlingsformerne DAT og musikterapi. For at indhente data til denne undersøgelse anvendes det semistrukturerede livsverdensinterview, som beskrives på følgende måde: *“Et semistruktureret livsverdensinterview forsøger at forstå temaer fra den levede hverdagsverden ud fra subjekternes egne perspektiver”* (Kvale & Brinkmann, 2015, s.49). Denne form for interview forsøger altså at få beskrivelser fra interviewpersonernes oplevelser eller levede verden og gennem fortolkning nå frem til betydningen af de undersøgte fænomener. Et semistruktureret interview kræver en særlig tilgang, da det hverken er en hverdagssamtale eller et fastlåst skema af spørgsmål (Kvale & Brinkmann, 2015). Kvale og Brinkmann (2015) karakteriserer det semistrukturerede interview vha. tolv aspekter ud fra et fænomenologisk synspunkt:

1. *Livsverden – Den levede hverdagsverden som den opleves.*
2. *Mening – Intervieweren søger at fortolke betydning af både hvad og hvordan interviewpersonen udtrykker sine beskrivelser.*
3. *Kvalitativt – Nuancerede redegørelser af givne fænomener med ord fremfor tal.*
4. *Deskriptivt – Præcise beskrivelser der skildrer den kvalitative forskellighed.*
5. *Specifikt – Beskrivelser af specifikke situationer og handlinger.*
6. *Bevidst naivitet – Åbenhed overfor nye og uventede fænomener.*
7. *Fokus – Fokus på forskningstemaet vha. åbne spørgsmål.*
8. *Flertydighed – Opmærksomhed på flertydighed og hvad flertydigheden skyldes, såsom miskommunikation eller ambivalens ift. livsverdenen.*
9. *Forandring – Der kan opstå forandring i interviewpersonens beskrivelser og holdninger undervejs i interviewet.*
10. *Sensitivitet – Interviewpersonens beskrivelse kan variere alt efter interviewerens sensitivitet over for viden om interviewets emne.*
11. *Interpersonel situation – Interview er en interpersonel situation, hvor viden konstrueres i samspillet mellem interviewer og interviewpersonen.*
12. *Positiv oplevelse – Interviewpersonen kan opnå ny indsigt igennem interviewet.*

Omformulering af de tolv aspekter (Kvale 1938-2008 & Brinkmann 1975-, 2015).

4.

Design

I dette afsnit beskrives undersøgelsens design herunder undersøgerens epoché, etiske overvejelser, rekruttering, dataindsamling, transskriptioner og analysemetode.

De syv faser

Ifølge Kvale og Brinkmann (Kvale og Brinkmann, 2015) kræver et godt interview forberedelse. De foreslår at holde sig til syv følgende trin:

- 1. Tematisering** – formålet med undersøgelsen afklares og formuleres i denne fase. Undersøgelsens *hvad og hvorfor* klarlægges inden metoden (*hvordan*) afgøres.
- 2. Design** – undersøgelsen planlægges med hensyn til alle syv faser, inden interviewene foretages. Designet afgøres med henblik på at opnå den tilsigtede viden og tager samtidig hensyn til moralske implikationer.
- 3. Interview** – interviewene gennemføres vha. en interviewguide. Interviewsituationens interpersonelle relationer overvejes.
- 4. Transkription** - interviewet transskriberes fra talesprog til tekst og forberedes derved til analyse.
- 5. Analyse** – analysemetoden afgøres på baggrund af interviewets karakter samt undersøgelsens emne og formål.
- 6. Verifikation** – validiteten, reliabiliteten og generaliserbarheden af undersøgelsen pointeres. Rapportering – Undersøgelsens resultater og metoder kommunikeres i en form, der lever op til videnskabelige kriterier og med hensyn til etiske aspekter.
- 7. Rapportering** – undersøgelsens resultater og metoder kommunikeres i en form, der lever op til videnskabelige kriterier og tager hensyn til etiske aspekter.

Omformulering af De syv faser i Kvale & Brinkmann (Kvale & Brinkmann, 2015 s.154).

Denne undersøgelse følger ovenstående syv faser, som uddybes i de følgende afsnit. De ovenstående syv faser er ikke en lineær proces, men en dynamisk proces, hvor det er muligt at vende tilbage til forskellige trin i løbet af undersøgelsen. Denne undersøgelse anvender ovenstående syv faser som retningslinjer for undersøgelsens udførelse.

Tematisering

Undersøgelsens tema og formål er afklaret i undersøgelsens første fase og er formuleret i opgavens tidlige afsnit, problemfelt og problemformulering. Som tidligere nævnt i problemfelt og problemformulering er formålet med denne undersøgelse at undersøge, hvordan henholdsvis DAT og musikterapi forholder sig til misbrugsbehandling. Nærmere beskrevet undersøger dette speciale DAT-terapeuter og musikterapeuters teoretiske forståelse, syn på væsentlige problemstillinger/færdigheder, og hvordan disse behandles i praksis.

Epoché

Min interesse for dette problemfelt udspringer fra min praktikperiode, hvor jeg har gjort mig observationer og erfaringer, som sammen med min viden fra musikterapiuddannelsen former min forforståelse af emnet. Jeg har i min praktik observeret DAT-sessioner over fire måneder og har derfor over længere tid haft mulighed for at reflektere over denne behandlingstilgang. Min opfattelse af DAT er, at de 25 færdigheder, der opstilles, i sig selv er relevante og brugbare, men jeg er skeptisk overfor formen, hvorpå klienterne forventes at tilegne sig disse færdigheder.

Denne skepsis medfører også en tvivl ift. klienternes reelle udbytte af dialektisk adfærdsterapi. Omvendt har jeg en opfattelse af, at strukturen i DAT giver en klarhed og overskuelighed, som er gavnlig for både terapeuterne og klienterne, da det skaber målrettethed.

Ift. musikterapi er min erfaring, at musik virker motiverende for klienter i misbrugsbehandling, og at musikken giver mulighed for at arbejde psykodynamisk på en mindre konfronterende måde, som klienterne har stort udbytte af. Musikken giver bl.a. mulighed for at eksternalisere egne følelser, være i en relation, hvor musikken agerer som fælles tredje, spejle og bearbejde følelser, ændre adfærdsmønstre og virke angstdæmpende. På den anden side er musikterapi et bredt felt og har i modsætning til DAT ikke lige klare strukturer. Det giver i høj grad mulighed for at tilpasse terapien til den enkelte, men kan samtidig også medføre, at terapien virker ufokuseret.

Min skepsis ift. DAT og min erfaring med musikterapi driver i høj grad min interesse for denne undersøgelse. Jeg er dog opmærksom på, at jeg min skepsis også gør mig mere tilbøjelig til at søge det, der bekræfter min kritik af DAT og min forkærlighed for musikterapi. Disse forudfattede holdninger skal, som tidligere beskrevet, tilsidesættes for at lade det, der er, udfolde sig, uden at

påvirke interviewene med egne subjektive holdninger (Kvale & Brinkmann, 2015).

Bevidstgørelsen af min egen epoché styrker min evne til at forholde mig åbent og objektivt.

Derudover har jeg lavet en interviewguide efter objektive retningslinjer, samt sparret med vejleder og medstuderende for at blive gjort opmærksom på, hvor jeg er tilbøjelig til at lade mine egne holdninger stå i vejen for at være åben. Disse, oplever jeg, styrker min evne til at forholde mig åbent og sætte mine holdninger i parentes.

Etiske overvejelser

Denne undersøgelse følger de etiske retningslinjer anbefalet i Kvale & Brinkmann (2015, s.13).

For uddybelse se bilag (bilag 3) Derudover overholder denne undersøgelse databeskyttelsesforordningen og al personhenførbare data anonymiseres.

Informeret samtykke og fortrolighed

Informanterne har underskrevet en samtykkeerklæring og frivilligt givet sit samtykke til at deltage i undersøgelsen. Derudover er deltagerne blevet informeret om undersøgelsens formål, design, risici og fordele samt om offentliggørelse af materialet.

Informanter har i samtykkeerklæringen også fået mulighed for at vælge, om de ønsker at være anonyme, eller om de ønsker at blive krediteret med navns nævnelse i specialet. Informanter, der ønsker at krediteres med navns nævnelse, nævnes i specialet, men selve interview udtalelser anonymiseres af hensyn til personhenførbare data. Dvs. at navne anonymiseres i analysen, så det ikke er muligt at genkende mulige personhenførbare data.

Forskerens rolle

Ifølge Kvale & Brinkmann (2015) er det vigtigt at være opmærksom på det interpersonelle samspil i forbindelse med interview, når man gør sig etiske overvejelser. Som undersøger har jeg kendskab til alle informanter gennem praktik og praktikobservation, derfor kan der være en venskabelig tilbøjelighed i det interpersonelle samspil, som kan påvirke interviewet. F.eks. ved at informanterne eller interviewer kan komme til at tilbageholde meninger, oplysninger eller spørgsmål for at opretholde den venskabelige relation.

Som forsker har jeg derfor forsøgt at have tydelige rammer omkring interviewet for at skelne mellem venskabelig samtale og interview. Dette har jeg gjort ved bl.a. at give tydelige retningslinjer for, hvordan processen omkring interviewet foregår før, under og efter. Derudover har jeg fulgt det på forhånd udarbejdede script som hjælp til at holde rammen for interviewet.

Interviewdeltagere

Deltagerantal og inklusionskriterier

Undersøgelsens data består af fire interviews med fire forskellige informanter. Deltagerantallet er valgt ud fra, hvad der vurderes passende for undersøgelsens rammer, varighed og ressourcer. Da undersøgelsen har fokus på DAT og musikterapi i misbrugsbehandling, har jeg valgt informanter, der har uddannelse og erfaring indenfor disse. Informanterne er valgt ud fra følgende inklusionskriterier:

- Der skal indgå informanter i undersøgelsen med uddannelse i henholdsvis DAT og musikterapi eller begge dele.
- Informanterne skal have erhvervserfaring inden for misbrugsbehandling.
- Musikterapeuter skal være uddannet fra Aalborg Universitet.

Informanterne med uddannelse i musikterapi består af en musikterapeut uddannet i 2005 fra Aalborg Universitet samt uddannelse i DAT, og en specialestuderende fra Aalborg Universitet med deltidsstilling inden for misbrugsbehandling.

Da der er mange definitioner af og tilgange til musikterapi, har jeg bevidst valgt musikterapeuter uddannet fra Aalborg Universitet, da jeg er interesseret i at undersøge psykodynamisk musikterapi, fremfor f.eks. samfundsmusikterapi, som er kendt fra misbrugsbehandling i Norge. Undersøgelsens to sidste informanter er ansat som misbrugsbehandlere og har uddannelse i DAT. Informanterne i undersøgelsen kommer henholdsvis fra Færøerne, Danmark og Norge, derfor tages der højde for sprog og andre kulturelle forskelle.

Rekruttering

Rekrutteringen af interviewdeltagere foregik ved, at jeg tog kontakt til tre musikterapeuter og to DAT-terapeuter, hvis arbejde jeg har kendskab til og har haft mulighed for at observere. Fire af disse havde mulighed og interesse i at deltage i undersøgelsen.

Isenesættelse af interview

Da informanterne kommer fra Færøerne, Danmark og Norge, er alle interview foregået over Skype. Interviewene blev afholdt med få dages mellemrum: d. 3/4, d. 6/4, d. 8/4 og d. 11/4 2018. Alle interviewdeltagere fik tilsendt overordnede informationer vedrørende interviewets tema samt en samtykkeerklæring, hvor deltagerne er blevet informeret om interviewets formål, design, fortrolighed og offentliggørelse.

Interviewguide

Da informanterne kommer fra henholdsvis Danmark, Færøerne og Norge, er interviewguiden udformet på både dansk og færøsk. Selvom der er mulighed for at udføre alle interview på dansk, vurderes det, at det giver mere autentisk viden igennem interviews på informanternes eget modersmål. Derfor er interview med færøske informanter foregået på færøsk og med danske informanter på dansk. Da norsk ligger tæt op ad det danske sprog, og den norske informant forstår og taler dansk, er interviewet med den norske informant foregået på dansk. Dette er muligt, da jeg som forsker både taler og skriver flydende færøsk og dansk, og forstår og taler norsk på øvet niveau.

Selve interviewguiden består af forskningsspørgsmål (venstre kolonne), og dertil hørende interviewspørgsmål på henholdsvis Dansk og Færøsk (højre kolonne), se tabel 20. Yderligere er der på baggrund af interviewguiden udformet et script, bl.a. med foreslag til uddybende spørgsmål og overgange mellem interviewfaserne (Se bilag 2). Scriptet er afprøvet ved et pilotinterview med medstuderende som informant.

Tabel 20

<i>Forskningspørgsmål</i>	<i>Interviewspørgsmål – Dansk</i>	<i>Interviewspørgsmål – Færøsk</i>
Hvordan behandles problemstillinger i praksis?	1. Kan du beskrive, hvordan en (DAT/ MT) session ser ud ? 2. Hvad tænker du om formen på DAT/MT ? 3. Kan du huske en situation, hvor en klient har haft gavn af DAT/MT? 4. Kan du huske en situation, hvor en klient ikke har været modtagelig for DAT/MT ?	1. Kanst tú greiða frá, hvussu ein DAT-sessi3n gongur fyri seg? 2. Hvat hugsar tú um hendan mátan at hava terapi uppá? 3. Minnist tú eina støðu, har ein klientur hevur haft gagn av DAT? 4. Minnist tú eina støðu, har ein klientur ikki hevði gagn av DAT?
Hvilke problemstillinger/ færdigheder, der knytter sig til misbrug, opfattes som væsentlige arbejdsområder hos klienter i misbrugsbehandling ifølge dialektisk adfærdsterapi og musikterapi?	1. Hvilke færdigheder/ problemstillinger mener du er vigtige at udvikle/behandle hos klienter i misbrugsbehandling? 2. Tænker du at de 25 færdigheder, der præsenteres i DAT, er fyldestgørende? 3. I hvor høj grad tænker du, at musikterapi kan udvikle/behandle disse problemstillinger?	1. Hvørjar førleikar/trupulleikar eru umráðandi at menna/ viðgera hjá klientum við rústrupulleikum? 2. Heldur tú, at teir 25 førleikarnir í DAT eru nøktandi?
Hvilke kompetencer skal klienterne have for at få udbytte af terapien?	1. Hvad skal klienterne bidrage med for at have udbytte af terapien?	1. Eru nøkur krøv til klientin fyri at fáa ágóða av DAT? 2. Skal klienturin koma við einum íkasti fyri at fáa ágóða av DAT?

<i>Forskningsspørgsmål</i>	<i>Interviewspørgsmål – Dansk</i>	<i>Interviewspørgsmål – Færøsk</i>
Hvilken betydning har terapeuternes teoretiske forståelse i henholdsvis dialektisk adfærdsterapi og musikterapi for behandlingen af klienter i misbrugsbehandling ?	1. Hvilke teorier bruger du ift. at forstå klientens misbrug, behandlingen og problemstillinger? 2. Hvordan bruger du din teoretiske forståelse i dit daglige arbejde? 3. DAT har en teoretisk ramme, hvordan hænger den sammen med den teoretiske forståelse, du havde, inden du blev uddannet i DAT? 4. Hvilket menneskesyn har du – hvilken betydning har det i dit daglige arbejde?	1. Hvørjar teorier brúkar tú í mun til at skilja bundni, misnýtslu, rúsviðgerðina og trupulleikar hjá klientinum? 2. Hvussu brúkar tú tína teoretisku fatan í viðgerðini? 3. DAT hevur eina teoretiska fatan. Hvussu samsvarar hon við ta teoretisku fatanina, tú hevði, áðrenn tú bleivst útbúgvín í DAT ? 4. Hvørja áskoðan hevur tú á menniskja? Ella: 5. Hvørja mannaáskoðan hevur tú? 6. Kanst tú greiða frá hvørja ávirkan áskoðanin hevur í tí dagliga arbeiðnum ?
Evt. til sidst	Ser du fordele/ulemper ved DAT/MT?	Hvørjir fyrimunir/vansar eru við DAT/MT?

Transskription

Efter indsamlingen af interviews påbegyndte transskriptionerne. Interviewene er transskriberet efter følgende retningslinjer:

- Pauseord som ”øøh”, ”ehm” og lignende udelades.
- Originale formuleringer beholdes så vidt muligt. Dog kan mindre ændringer forekomme, såsom rækkefølge af ord, hvis det gør sammenhængen lettere forståelig. I så fald er det markeret med (red.) i teksten.
- Ved små pauser, hvor informanten begynder en sætning og efterfølgende forsætter med en anden sætning indsættes (...).
- Kropssprog og nonverbale cues sættes i ().
- Færøske interviews oversættes til dansk før analyse.

- Interviewene sendes tilbage til informanterne til membercheck.

Da der er stor forskel på tale- og skriftsprog, er formålet med ovenstående retningslinjer at præsentere informanternes udsagn så præcist og anstændigt som muligt. Interviewene er først transskriberet på originalsproget, og derefter er de færøske interviews oversat. I oversættelsen af interviews fra færøsk til dansk er man allerede et lag fra originalteksten, og der er fare for at indholdet ændres eller fortolkes undervejs i oversættelsesprocessen. Derfor er membercheck yderst vigtigt i denne sammenhæng. Interviewene er derfor sendt tilbage til informanterne, på dansk, for at give dem mulighed for at tilføje rettelse og godkende interviewet.

Validitet

I dette speciale forsøges der at sikre validiteten af undersøgelsen ved at vælge fremgangsmåder og metoder, der bedst kan belyse undersøgelsens emne og formål. Undersøgelsens proces og valg beskrives nøje for at give undersøgelsen gennemsigtighed. Derudover beskriver forskeren sin epoché for derved at tilsidesætte egne forudfattede holdninger, der kan have indflydelse på undersøgelsens validitet. Yderligere sikres validiteten igennem membercheck, og alle transskriptioner sendes tilbage til informanterne for godkendelse og evt. rettelser (Kvale & Brinkmann, 2015).

Analysemetode

Ifølge Kvale & Brinkmann findes der ikke nogen facitliste over, hvordan interview skal analyseres. Der findes dog en række værktøjer, der kan hjælpe forskeren at skabe overblik og finde frem til den ønskede information ift. undersøgelsens fokus. Analysen af interviewtekster kan både have fokus på interviewenes mening eller på selve sproget i interviewet. Denne undersøgelse søger at finde meningen i informanternes udsagn fremfor selve sproget. Derfor er analysemetoden i denne undersøgelse, inspireret af hermaneutisk meningsfortolkning (Kvale & Brinkmann, 2015).

Hermaneutisk meningsfortolkning er ikke en trin-for-trin metode, men følger en række principper (Kvale & Brinkmann, 2015). Nogle af de hermaneutiske principper er, at fortolkning er en kontinuerlig proces mellem dele og helhed, meningsfortolkning slutter, når der er opnået en indre enhed i teksten, *“teksten skal forstås ud fra sin egen referenceramme gennem en udlægning af, hvad teksten selv siger om et tema”* (Kvale & Brinkmann, s.275), en fortolkning er ikke forudsætningsløs, og fortolkeren er bundet af den forståelsestradition, han eller hun lever i

(Kvale & Brinkmann, 2015). Kvale og Brinkmann beskriver et eksempel på en analysemetode ud fra de hermeneutiske principper, der består af følgende tre trin: Selvførelstæelse, commonsense analyse og teoretisk forståelse. Analysemetoden i denne undersøgelse er inspireret af disse tre trin, men inddrager også den åbne kodning fra grounded theory for at nå frem til informanternes selvførelstæelse. Analysemetoden for denne undersøgelse følger følgende analyseproces:

1. Åben kodning/selvforståelse – forskeren analyserer data med henblik på at dele data op i koncepter og kategorier. For denne undersøgelse betyder det, at alle fire interview først kodes hver for sig og i første omgang deles op i individuelle koder og kategorier. Den åbne kodning kan både være induktiv og deduktiv. I den induktive tilgang har forskeren ikke på forhånd bestemt koder og kategorier, men skaber dem undervejs i analyseprocessen. I den deduktive tilgang har forskeren på forhånd bestemt en del af koderne baseret på forskningsspørgsmålet (Amir, 2005). Tilgangen i denne undersøgelse er delvis deduktiv, da der er udviklet forskningsspørgsmål inden indsamling af data med fokus på terapeuternes teoretiske forståelse, færdigheder/problemstillinger og praksis. Derved er der på forhånd skabt kategorierne: Teori, problemstillinger/færdigheder og praksis. Tilgangen er samtidig også delvis induktiv, da det semistrukturerede interview lægger op til spontane fortællinger og udsagn, som sandsynligvis skaber andre kategorier udover de på forhånd bestemte. Koderne og kategorierne fra den åbne kodning præsenteres i skemaer suppleret med citater for at præsentrere informanternes udsagn med en så præcis omformulering som muligt. Den åbne kodning har altså til formål at præsentrere informanternes egen forståelse af undersøgelsens tema.
2. Commonsense analyse - efter den åbne kodning udføres en commonsense analyse af koderne og kategorierne fra den åbne kodning. Commonsense analysen rækker udover en omformulering af informanternes udsagn og tolker inden for en commonsense ramme (Kvale & Brinkmann, 2015). Denne tolkning inddrager altså også forskerens forståelse af informanternes udtalelse og kan styrkes ved at inddrage almen viden (Kvale & Brinkmann, 2015). For denne opgave betyder det, at koder og kategorier fra den åbne kodning i analysens 2. del bliver analyseret ud fra en commonsense analyse for at finde forskelle og ligheder mellem DAT-terapeuternes udsagn og musikterapeuternes udsagn for til sidst at kunne samle DAT-terapeuterne i en gruppe og musikterapeuterne i en gruppe.
3. Teoretisk forståelse – Kvale og Brinkmann forklarer, at den tredje del af analysen kan være en teoretisk forståelse, hvor der anlægges en teoretisk ramme, som rækker udover informanternes egen forståelse og forskerens commonsense tolkning (Kvale & Brinkmann, 2015). I denne undersøgelse anvendes den teoretiske forståelse som en del af diskussionen, hvor der først inddrages relevante teorier og derefter diskuteres analysens fund i lyset af relevante teorier.

Analysen af undersøgelsens indsamlede data består altså af tre analysetrin – åben kodning/selvforståelse, commonsense fortolkning og teoretisk analyse. De to første trin, åben kodning/selvforståelse og commonsense fortolkning præsenteres i analysens del 1 og 2. Efter analysen inddrages relevant teori og derefter diskuteres fundene fra analysens del 1 og 2. Den teoretiske analyse er altså ikke en del af selve analysen, men bliver i denne opgave anvendt som en del af diskussionen.

Analyseprogram

I analysen anvendes analyseprogrammet NVIVO hovedsageligt for at skabe overblik i data. Data importeres i NVIVO, hvorefter teksten kodes og deles op i kategorier. På nedenstående billede af NVIVO ses, hvordan teksten er kodet og overstreget med gul (markeret med orange pil). Koderne er inddelt i kategorier (markeret med grøn pil).

The screenshot shows the NVIVO software interface. On the left, there is a sidebar with a tree view of sources and nodes. The 'Nodes' section is expanded, showing a list of nodes. A green arrow points to the 'Klientens udbytte' node. The main window displays a text document titled 'DAT2'. The text is highlighted in yellow, and an orange arrow points to one of the highlighted segments. The text in the document is as follows:

kan man sige, nye klienter og mere rutinerede klienter. Vi har ført statistik i et halvt år og det ligger mellem 15 og 20 mennesker, der er med i gruppen og da er vi oftest som underviser. Vi begynder tit med en opmærksomhedssøvelse og det er en stor del af DAT, så det er også noget vi lægger vægt på hver gang vi mødes. Vi prøver at gøre det så naturligt, fordi det kan virke ret "hokus pokus" for nogen og vi prøver at lægge vægt på, og det har vi også erfaret, at prioritere at give dem plads til at fortælle hvordan det er gået og ikke snakke for meget selv, fordi det gør at de ved at de kommer til at være på i den første time. Den anden time prøver vi at gøre færdigheden, vi underviser i, så simpel som muligt fordi det er træningen der er svær. Det skal ikke være for teoretisk. Og det er det heller ikke, det styrken ved DAT.

F: Træner i inde til timen eller forgår det udenfor?

I2: Det er lidt forskelligt. Det er mest mig og så en psykolog der underviser og vi har hver vores stil. Jeg kan godt lide at gennemgå undervisningsmaterialet rimelig hurtigt og måske gennemgå hjemmearbejdet som de får med, så de ved hvad de skal gøre og har mod på at gøre det. Og de kan stille spørgsmål og så videre. Det er det vigtige og det er det vi lægger vægt på igen og igen, altså at man tager behandlingen med ud og øver, ja.

F: Hvordan ved de hvad de skal øve?

I2: DAT er... på den måde synes jeg det er fantastisk... en ny bog udkom i 2014, sådan en manual som... vi har ikke hele DAT pakken på BKH, men vi underviser i de her færdigheder. Hvis man har hele DAT pakken, så får man også en til en samtaler, plus at man kan ringe til os. Vent, hvor

5. Analyse

Del 1

Efter transskriptionerne er interviewene kodet hver for sig i kategorier i NVIVO. Derefter er kategorierne yderligere delt ind i koder og opstillet i nedenstående skemaer. Hvert interview er inddelt i overordnede temaer – teori (gråt skema), problemstillinger/færdigheder (gult skema) og praksis (rødt skema). Derefter er kategorierne fra NVIVO opstillet i venstre kolonne med tilhørende koder i højre kolonne. Efter hvert skema følger en opsamling med citater fra interviewet for at give læseren et mere nuanceret billede af kategorierne og koderne. Citaterne kildehenvises på følgende måde: (interviewnummer:linjenummer), eksempel (2:461). DAT-terapeuterne kaldes for henholdsvis T1 og T2, mens musikterapeuterne kaldes for henholdsvis MT3 og MT4.

T1 – DAT-terapeut.

Tabel 2	
<i>Teori – terapeutens teoretiske forståelse</i>	
<i>Menneskesyn</i>	1. Kristent menneskesyn – realistisk og anerkendende syn på mennesket, idet mennesker både er ofre for onde ting og gør onde ting mod hinanden, men at alle mennesker også har fortjent omsorg, tilgivelse og en chance til (1:419-432).
<i>Teori</i>	1. Kontrol – hvad har du kontrol over, og hvad har du ikke kontrol over (1:319-328). 2. Værdier – at leve i henhold til sine værdier (1:342-358). 3. Dialektisk adfærdsterapi – mennesket gør det så godt, det kan, men mangler nogle færdigheder. Derfor skal man lære nogle færdigheder for at klare sig bedre (1:311-319). 4. Kognitiv adfærdsterapi (1:311-319).

Terapeuten forklarer at han har et kristent menneskesyn, som han oplever som realistisk og positivt. "...et menneskesyn, som er utrolig positivt i virkeligheden. Det er realistisk,

idet at mennesker er ufuldkomne og gør en masse dumme ting" (1:421-422). "Både at mennesker er ofre for utrolig onde ting, som de fortæller om her. Men også, at mennesker gør onde ting mod andre." (1:425) "Og jeg tænker, at hvis man snakker om et kristent menneskesyn, så er det en side af det, denne her skyggeside. Men også meget anerkendende, som du siger, at alle mennesker kan blive bedre, alle mennesker har fortjent omsorg og en chance til, tilgivelse og så videre" (1:429-431).

Ift. terapeutens teoretiske forståelse beskriver han, at han ikke har en dyb forståelse af forskellige teorier, da han ikke er uddannet til det, men lægger vægt på kontrol (locus of control?), værdier, den teoretiske ramme for DAT og kognitiv adfærdsterapi. *"Det her med, i det her arbejde, hvor spørgsmålet er, hvad du har kontrol over, og hvad du ikke har kontrol over. Hvad kan du ændre i dit liv, og hvad bliver du bare nødt til at acceptere? Rigtigt meget handler om, altså vi bruger utrolig meget tid på ting, som vi slet ikke kan ændre." (1:323-325).*

""Du gør det bedste du kan, men du har brug for nogen nye færdigheder for at gøre det bedre". Det er en super enkel idé, men som er meget effektivt. Jeg tror ikke, at jeg var så bevidst om lige præcis det, før vi fik uddannelsen i DAT, så på den måde er det...og det gav også god mening, da jeg først fik kendskab til det...til den forståelse. Ja, det giver faktisk super god mening, at folk gør det så godt, de kan, men problemet er, at de i virkeligheden ikke kan finde ud af nogen ting, som f. eks. det at have en god, konstruktiv relation til et andet menneske, som ikke degenerer i konflikt og vold osv." (1:466-471).

Om arbejdet med værdier fortæller terapeuten således: *"Den frustration er meget ofte det som...det her med, at man forventede at få noget, som man så ikke får alligevel. Det er tit i det frustrerede øjeblik, at du falder i igen. Hvis du flytter fokus over på dine værdier, hvor du siger: "Okay, uanset om jeg får noget ud af det, om jeg når i mål eller ej, så handler det ikke så meget om det, så handler det mere om, hvordan jeg gør det, jeg gør, hvorfor jeg gør det. Altså, jeg vil være en person som er styret af mine værdier, så må resultaterne være det, de er, men uanset, så kan jeg forsvare det, som jeg gjorde"" (1:353-359).*

Tabel 3

**Problemstillinger/
færdigheder****Syn på misbrug**

1. **Flugt** – misbrug er en flugt fra de ubehagelige ting i livet, såsom traumer, dårlige minder eller stressende livssituationer (1: 185-187).

**Problemstillinger/ færdigheder
terapeuten ser som relevant at
behandle/udvikle**

1. **Opmærksomheds** – at lære at være med sig selv (1:180-185).
2. **Mening** – at finde noget, der gør livet meningsfuldt (1:204-217).
3. **Værdier** – at leve efter egne værdier, så uanset om man når i mål eller ikke, kan man være tilfreds med den måde, man har gjort tingene (1:342-358).
4. **Kontrol** – at bruge sin energi på det, der er muligt at have kontrol over og acceptere det, der ikke kan kontrolleres (1:322-333).
5. **Accept** – (1:329-338).
6. **Relationsfærdigheder** – at være i og opretholde sunde relationer, men også at bevæge sig ud af usunde relationer (1:192-195).
7. **Følelsesregulering** – at regulere egne følelser og ikke være styret af eller nødvendigvis handle på sine følelser (1:195-198, 259-26).

Terapeuten beskriver i interviewet, at han ser misbrug som en flugt fra de ubehagelige ting i livet, og at de problemstillinger og færdigheder, han oplever som relevante at have fokus på i misbrugsbehandling, er mindfulness, mening, værdier, kontrol, accept, relationsfærdigheder og følelsesregulering. ”I denne her sammenhæng med at beruse sig selv, men ellers med rigtig mange med psykiske problemer eller problemer på det punkt, er det her med at være sammen med sig selv. At være bevidst om sine følelser og at forholde sig til dem. Jeg mener, jeg ser misbrug som en flugt

fra de ubehagelige ting i livet, om det så er et traume, eller om det er dårlige minder om noget, eller om det bare er fra. hvor stressende livet er lige nu” (1:183-187).

Terapeuten påpeger, at det er individuelt fra klient til klient, hvad der er brug for at arbejde med, men at de ovenstående problemstillinger ofte hænger sammen. ”Alle de her ting hænger sammen, altså hvor kommer kriserne fra? Ofte fra relationer. Hvorfor er relationerne så svære? Fordi jeg ikke er i stand til at regulere mine følelser..ja, du ved. Så jeg mener, at de forskellige områder er super relevante; mindfulness, opmærksomhed er måske det, der er vigtigt for så at sige alle, mens det er lidt mere individuelt, hvad af de andre tre der mest relevant” (1:197-200).

Tabel 4

Praksis**Struktur af session**

1. **Ugentlige sessioner** - 2 x 45 minutter en gang om ugen (1:38).
2. **Opbygning af session** – sessionen er delt op i følgende dele (1:38-44):
 - 1 time er en gennemgang af arbejdsark fra ugen før
 - 2 time er undervisning i en ny færdighed
3. **Moduler** - forløbet er delt op i 4 moduler (1:62-66):
 - Opmærksomhed
 - Krisefærdigheder
 - Relationsfærdigheder
 - Følelsesregulering
4. **Rækkefølge af moduler** (1:62-66):
 - Opmærksomhed
 - Krisefærdighed
 - Opmærksomhed
 - Relationsfærdigheder
 - Opmærksomhed
 - Følelsesregulering
 - Opmærksomhed
5. **Manualbaseret undervisning** – undervisningen er baseret på DAT-manual (1:86-88).
6. **Varighed** - ca. 30 uger (1:101).

Tillid mellem klient og terapeut

1. **Tillid** - på den ene side opfattes tillid som utrolig vigtigt, og på den anden side er det mindre vigtigt, fordi DAT i princippet ”kun” er undervisning (1:387-415).
2. **Selfdisclosure** – terapeuten bruger sig selv for at skabe tillid til klienterne (1:393-394).

Klientens engagement

1. **Engagement i terapien** - nogle klienter går højt op i behandlingen, mens andre ikke gør (1:140-145).

<i>Praksis</i>	
<i>Klientens udbytte</i>	1. Forståelse af terapien - oplevelse af, at DAT enten giver mening eller slet ikke giver mening for klienterne (1:133-135).
<i>Krav til klienten</i>	1. Øvning – det er nødvendigt at øve færdighederne for at få udbytte af terapien. ”Du kan ikke lære at spille klaver ved bare at lytte til nogen, som fortæller dig, hvordan man spiller, du er nødt til at prøve det” (1:289-292). 2. Koncentration – klienten må kunne koncentrere sig om undervisningen (1:268-272). 3. Engagement – klienten må vise en form for engagement (1:162-170,270,286-292).
<i>Interaktivitet</i>	1. Interaktivitet – terapeuten foretrækker at interagere med klienterne. At give plads til, at klienterne kan dele og spørge i undervisningen (1:48-51).
<i>Terapeutens holdning til DAT</i>	1. Evidensbaseret metode – terapeuten ser det som en fordel, at DAT-metoden er evidensbaseret (1:485-487). 2. Basale færdigheder – terapeuten ser det som en fordel, at færdighederne er basale, men også en ulempe, da det skaber modstand i klienterne (1:240-254).

Strukturen på DAT-sessionerne er fastlagt (se ovenstående skema). Terapeuten fortæller, at han foretrækker undervisningen er interaktiv, så klienterne har mulighed for at stille spørgsmål og fortælle om deres oplevelser med opgaverne (1:48-51). Tillid mellem klient og terapeut er vigtig, men i DAT sammenhæng er det mindre vigtigt da det hovedsageligt er undervisning. ”*der er også forskel på den almindelige gruppebehandling, hvor vi er fire, fem, seks mennesker og så DAT-undervisningen, hvor alle i huset kommer, der hvor der kan være op til 20 mennesker. Der er ikke den samme tillid, og det er heller ikke meningen.*” ”*du må have en vis tillid for at kunne dele det, men på en måde er det også bare undervisning. Det kunne i princippet være i en skole eller lignende. Det er ikke den samme tillid, du behøver ikke at åbne dig lige så meget som i en terapeutisk sammenhæng, og derfor er det ikke så frygtelig vigtigt i DAT, men lidt*” (1: 406-408, 412-415).

Ift. klienternes engagement og udbytte af DAT fortæller terapeuten, at det er forskelligt, hvor meget klienterne går op i undervisningen og opgaverne. Enten giver DAT god mening for klienterne eller slet ikke. Men det viser sig ofte at være i begyndelsen, at klienterne ikke oplever, at terapien giver mening. *”det er typisk, at når folk lige er kommet i behandling, måske mænd i 50’erne, 60’erne, som normalt slet ikke snakker om følelser, siger, at de ikke forstår en skid af det, der foregår. Det er som om, det forstår de ikke noget af, men ofte begynder det at give mening med tiden. Folk siger: ”Nåja, det som han sagde til DAT i dag, det var rigtig godt” (1:124-128).* Terapeuten bruger sig selv (self disclosure) i terapien for at skabe tillid mellem klient og terapeut (1:393-394).

For at få udbytte af terapien er det nødvendigt, at klienten kan koncentrere sig og vise en form for engagement. Det er også nødvendigt at øve sig. *”Du kan ikke lære at spille klaver ved bare at lytte til nogen, som fortæller dig, hvordan man spiller, du er nødt til at prøve det” (1:289-292).*

T2 – DAT-terapeut

Tabel 5	
Teori – terapeutens teoretiske forståelse	
Menneskesyn	1. Menneskesyn fra relationel teologi - <i>Perichoresis</i> er en treenighedsdans, som stammer fra skabelsesberetningen i Bibelen hvor der står: ”Lad os skabe mennesket i vores (treenighedens) billede”. Mennesket er sådan skabt til at relatere og at leve i <i>Perichoresi</i>, treenighedsdansen. <i>”Det er det, mennesket er skabt til, at relatere, at danse sammen. Og den dans er gået i stykker, og derfor er heling i relation, når man kommer tættere på dansen.” (2:421-436).</i>

Teori – terapeutens teoretiske forståelse

Teorier

1. **Relation** - mennesket er formet i relation og heles derfor også i relation (2:336 – 343, 347-350).
2. **Praktiske faktorer** - såsom bopæl og arbejde er vigtige for at komme sig (2:223 – 226).
3. **Adfærd** – det at lære nye adfærdsmønstre. Lære nye tilknytninger, hvor alkohol eller stoffer ikke sættes i forbindelse med bestemte situationen (2:351-360, 344-346).
4. **Tredje bølge af kognitiv terapi** - ”jeg er ikke mine tanker” og ”jeg er ikke mine følelser” og ”det her en følelse, jeg har for en tid” (2:360-364).
5. **Diagnoser** - at differentiere terapien efter, hvilken diagnose en person slår ud i (2:364-369).
6. **Personcentreret terapi** - at arbejde fænomenologisk og bruge ens nysgerrighed for at se forskellige vinkler af personen. Arbejde med det, der sker her og nu (2:223 – 226, 344-346).
7. **Integrativ psykoterapi** – at integrere forskellige terapiretninger og teorier i psykoterapien (2:378-390).
8. **”Jeg – det”- og ”Jeg – dig”-relationer** – Martin Bubers teori om ”Jeg-det”- og ”Jeg-dig”-relationer (2:387-390).

Terapeutens menneskesyn bygger på relationel teologi og tager udgangspunkt i skabelsesberetningen fra bibelen. Terapeuten siger således: *”Lad os skabe mennesket i vores billede”. Der bruger han flertal. Og det er vigtige for mig, at Gud er relationel, og inden for kristendom finder du treenigheden. Og vores billede, Guds billede, er relationelt, og det er blevet skævt i historien om syndefaldet, og det er ikke perfekt. Og som børn bliver vi alle misforstået i større eller mindre grad og får sjælesår den vej. Det hænger også sammen med teorien om*

tilknytning og attachment osv”” (2:422-427). ”Og det som sker i treenigheden, at tre personer er helt overgivet til hinanden og giver sig helt hen i relationen. Så de giver hele sig og siger, hvis vi snakker om følelser, er vrede når, de er vrede og kede af det, når de er kede af det. Men de er også fuldstændig til rådighed for de andre, og lige præcis det kalder man for en treenighedsdans, Perichoresis hedder det. Det tror jeg er opskriften til at leve et liv i Guds billede. Det er det, mennesket er skabt til, at relatere, at danse sammen. Og den dans er gået i stykker, og derfor er heling i relation, når man kommer tættere på dansen” (2:430-436).

Terapeuten er uddannet i integrativ psykoterapi og har en forståelse af, at det er vigtigt at inddrage flere teorier i sit arbejde. De teoretiske forståelser, der nævnes i interviewet, som terapeuten inddrager i sit arbejde er: **Relation, praktiske faktorer, adfærd, tredje bølge af kognitiv terapi, diagnoser, personcentreret terapi.**

Terapeutens forståelse af relation er, at mennesket bliver formet i relation og derfor også heles i relation. Han siger således: *”Vi bliver formet i relationen og ofte, hvis vi har fået sjælesår og ikke får dem helet i relation, så isolerer vi os, og jeg tror, det at indtage alkohol eller stoffer er en måde at isolere sig på” (2:337-339). ”Og derfor mener jeg, det er vigtigt for en person, der kommer i misbrugsbehandling, at forsøge at relatere for at åbne op for sårene, så de kan hele” (2:340-341).*

Dog mener terapeuten ikke, at løsningen kun er at relatere. *”Jeg tror heller ikke, det er løsningen bare at relatere. Jesus sagde: ”Kast ikke perler for svin”. Og det er vigtigt at finde trygge relationer, og mange af disse mennesker har ikke nogen” (2:348-350).* Terapeuten påpeger, at praktiske faktorer, såsom bopæl, arbejde og noget meningsfuldt at stå op til er vigtige rammer for at komme sig (2:223 – 226).

”Og så synes jeg, at det adfærdsmæssige er utrolig vigtigt også, der er mange indlærte ting, der bliver associeret med det at være beruset: Når mit fodboldhold har vundet, så skal jeg være beruset, eller i bussen på vej til fodboldkamp, eller når jeg er til fødselsdag, eller når jeg er sammen med en ven, eller når jeg er ked af det. Altså, hvis du har været misbruger over længere tid, så er der virkelig mange af sådan nogle ting, ”connections” eller sådan, som gør, at det bliver en kæmpe udfordring.” (2:351-355).

Terapeuten nævner også mindfulness, som er en del af den tredje bølge af kognitiv terapi, som handler om at lade sine følelser være ved at sige: *”jeg er ikke mine tanker” og ”jeg er ikke mine følelser” og ”det her en følelse, jeg har for en tid” (2:360-364).*

"Jeg blevet mere bevidst om på det sidste at arbejde mere med diagnoser. At hvis der er en person, som har socialfobi, og måske fordi jeg skolet mere relationelt, er ofte i opposition til det mere psykiatriske, har stor betydning, når jeg ser på det i dag. At du differentierer efter, hvilken diagnose en person slår ud i" (2:364-369). Terapeuten arbejder også personcentreret og arbejder fænomenologisk ved at være nysgerrig og behandle klienten som en ny person hver gang for at se, hvad sker her og nu (2:223 – 226, 344-346). Denne nysgerrighed er med til at skabe et miljø, hvor klienten kan føle sig tryk til at sætte ord på ting, men kræver også mod fra terapeutens side. "...det kræver også mod fra min side, jeg ved ikke, om det kræver mod for alle, men det at sætte ord på hvordan jeg oplever relationen og at spørge det spørgsmål. Ofte sætter det gang i en relationel dynamik, som man ikke er vant til, og som ofte skaber indblik i en selv, så der...nu bliver det måske lidt filosofisk, men Martin Buber snakker om: "jeg-det"- og "jeg-du"-relationer, så selv om han nok aldrig vil gå med til en at en "jeg-du"-relation var til stede mellem klient og terapeut, det er for professionelt, så prøver jeg at skabe sådan nogle øjeblikke for klienten. Ja."

F: "Kan du også gøre det, når du underviser i DAT?". T2: "Nej. Jo, jeg bruger elementer af det, når jeg snakker med dem, når de fremlægger sin opgave osv. Men nej, det er ikke rigtig gearet til det." (2:378-390).

Tabel 6

***Problemstillinger/
færdigheder***

Syn på misbrug

1. **Kompleksitet** – årsag til misbrug kan være svær barndom, omsorgssvigt, ADHD eller et spørgsmål om at være mere genetisk disponeret for afhængighed etc. (2:202-206)
2. **Isolation** – misbrug er en måde at isolere sig for ikke at relatere.

Problemstillinger/ færdigheder

Problemstillinger/ færdigheder terapeuten ser som relevant at behandle/udvikle

1. **Hvad er misbrugsfunktionen?** – hvorfor beruser klienten sig. (2:202-206).
2. **Regulering af følelser** – misbruget bliver ofte brugt til at dulme angst, sorg eller andre stærke følelser, og derfor er det vigtige at lære at regulere sine følelser uden stoffer eller alkohol (2:206-210).
3. **Medafhængighed** – man er del af et system i form af familie, venner etc., som kan være med til at opretholde klientens misbrug. Derfor er det vigtigt at behandle familien parallelt (2:210-217).
4. **Opmærksomhed** – første skridt for at praktisere andre færdigheder, og er til at nuancere klientens tankegang (2:217-222).
5. **Forbyggende faktorer i form af praktiske ting** – såsom bopæl, arbejde og mening i dagligdagen samt gode relationer (2:223-228).
6. **Krisefærdighed** – krisefærdigheder for at holde sig ædru (2:232-234).
7. **Relationsfærdigheder** – færdigheder, der giver klienten redskaber til at håndtere og opbygge sunde relationer (2:226-232, 241-247).

Terapeuten beskriver i interviewet, at ovenstående problemstillinger og færdigheder er vigtige at have fokus på i misbrugsbehandling. Misbrugsproblematikken er kompleks og årsagen til misbrug kan være forskellig. *”Nu har jeg arbejdet i seks år, og jeg forstår mere og mere, hvor kompleks misbrugsproblematikken kan være, og hvor forskellig den kan være fra menneske til menneske. Så vi har mennesker, der måske ikke har haft en så svær barndom, men som har ADHD og har selvmediceret sig, og vi har mennesker, der er omsorgssvigtede, og så er der spørgsmålet om rent genetisk at lettere blive afhængig af rusmidler”* (2:202-206).

Det er vigtigt at se på misbrugsfunktionen, og terapeuten fortæller, at misbruget ofte er brugt til at regulere følelser. *”Uanset hvordan misbrugsproblematikken har udviklet sig, så bliver det i sidste ende ofte brugt til at regulere følelserne. ”Når jeg bliver for ked af det eller for bange, ofte de to*

følelser, så beruser jeg mig". Så det tror jeg er utrolig vigtigt at arbejde med, det vi kalder for: "Hvad er din misbrugsfunktion – hvorfor beruser du dig?" (2:207-210).

Misbrugsproblematikkerne ligger ikke kun hos den, som misbruger, da man er del af et system. Derfor er det også vigtigt at inddrage familie. *"Man er del af et system, og at andre mennesker også bliver påvirkede, og ofte er familien medafhængig" (2:212-214).*

I DAT arbejdes der med opmærksomhed, krisefærdigheder og relationsfærdigheder, som terapeuten ser som relevante arbejdsområder. *"Det at være opmærksom. Det er en færdighed, man kan øve hele livet, for hvis en person ikke er opmærksom, er det svært at praktisere færdighederne i de andre moduler" (2:217-219). "...det at praktisere opmærksomhed og det at være...undersøge fakta, det lyder lidt tørt, men det at klienternes tankegang ikke er så sort/hvid, men at man kan se nuancerne, og at der flere grunde til, at situationen er, som den er, kan hjælpe klienterne til at føle sig mindre tvunget til at beruse sig selv og give dem følelsen af kontrol" (2:219-222). "...hvis vi vender tilbage til DAT, så er relationsfærdighederne utrolig vigtige. Ja, alle færdighederne, krisefærdighederne er vigtige, måske især når man kommer ud herfra. Og det presser mere på, rent statistisk, længere man holder sig ædru, større chance har man for at forblive ædru. Der tænker jeg, man kommer til at bruge krisefærdighederne mere" (2:231.235).* Til sidst nævner terapeuten, at forebyggende faktorer i form af praktiske ting er vigtige for at få udbytte af terapien. *"Man snakker tit om tre faktorer for...forebyggende faktorer. Det er en så praktisk ting, som en tryk bopæl og noget meningsfuldt at stå op til. Så hvis klienten ikke har det, når han kommer ind, så bliver det utrolig svært at komme ud til det samme. Så kan vi arbejde så terapeutisk, som vi vil" (2:223-228).*

Tabel 7

Praksis

Struktur af DAT-session	1. Ugentlige sessioner - 1 session ugentligt af 2 timers varighed (2:37). 2. Opbygning af session - sessionen er delt i 2: • 1. time er opsamling af ugen der er gået. • 2. time er undervisning af ny færdighed (2:38-41). 3. Manualbaseret undervisning - undervisning følger en DAT-manual (2:67-70, 74-77). 4. "Handout-sheet" og "work-sheet" - klienterne får tildelt "handout-sheet" og "work-sheet", hvor færdighederne er beskrevet med tilhørende arbejdsopgaver (2:74-77). 5. Moduler - DAT er delt op i følgende moduler (2:107-111): • Opmærksomhed • Krisefærdighed • Følelsesregulering • Relationsfærdighed 6. Åben gruppe (2: 96-97). 7. Varighed – ca. 30 uger (2:107-111).
Relation	1. Relationsfærdigheder – klienterne får undervisning i relationsfærdigheder i DAT, men relationsarbejdet foregår hovedsageligt uden for DAT-sessionerne (2:251-254).
Klientens engagement	1. Deltagelse - enkelte klienter følger hele forløbet (2:104-107). 2. Løsning af opgaver - om klienterne løser opgaverne fra "work-sheet" afhænger af, hvordan terapeuten gennemgår opgaven og spørger ind til klienten (2:253-254). 3. Simplicitet - jo simplere opgaven er, jo større respons er der fra klientens side (2:86-92).

<i>Praksis</i>	
<i>Krav til klienten</i>	1. IQ - klienter med meget lav IQ kan have udfordringer (2:294-297). 2. Øvning – det vigtigste er, at klienten øver færdighederne. ”Du bliver ikke til nogen Messi eller Ronaldo, hvis jeg fortæller dig, hvad du skal gøre, og du lytter en gang om ugen uden at øve dig” (2:302-306).
<i>Klientens udbytte</i>	1. Opmærksomhed og bevidsthed – klienten virker mere opmærksom og bevidst om sig selv (2:153-157). 2. Følelsesstyret - mindre styret af følelser (2:152-157). 3. Bedre til at lytte til sig selv (2:163-170). 4. Relation - bedre til at relatere (2:163-166). 5. Modstand (2:174-185): • Terapien kan minde om skole • Skepsis fordi dele stammer fra østerlandsk filosofi og religion • Øvelserne kan virke som ”volapyk”
<i>Terapeutens holdning til DAT</i>	1. Naturlig tilgang - DAT skaber en god og naturlig måde at snakke om følelser (2:128-130). 2. Struktur - strukturen er god (2:120). 3. Skepsis - terapeuten har oplevet skepsis ift. DAT, men er positivt overrasket (2:115-120).

Terapeuten beskriver i interviewet, at DAT-sessionerne har en fast struktur (se ovenstående skema), men at terapeuterne har individuel stil ift. at undervise. ”Det er mest mig og så en psykolog, der underviser, og vi har hver vores stil. Jeg kan godt lide at gennemgå undervisningsmaterialet rimelig hurtigt og måske gennemgå hjemmearbejdet, som de får med, så de ved, hvad de skal gøre og har mod på at gøre det. Og de kan stille spørgsmål og så videre.” (2:59-63).

Klienterne arbejder med forskellige færdigheder ved først at modtage undervisning og derefter ”work-sheets”, som de tager med sig og øver sig på i dagligdagen. Enkelte klienter følger hele forløbet, og terapeuten forklarer, at jo simple opgaven præsenteres, jo større respons er der fra

klienterne. ” Så nogen gange har vi simplificeret det, vi kalder for ”work sheet”, en arbejdsopgave, og så får vi større respons, jo simplere opgaven er” (2:86-92).

Men terapeuten oplever, at det er meget forskelligt om klienterne løser opgaverne. Det vigtigste for at få udbytte af DAT er at øve sig. ”Det handler meget om, hvad klienten lægger i det fra session til session. Det er det vigtige. Det er der, behandlingen er. Vi giver bare nogen øvelser. Du bliver ikke til nogen Messi eller Ronaldo, hvis jeg fortæller dig, hvad du skal gøre, og du lytter en gang om ugen uden at øve dig.” (2:303-306).

Terapeuten mener, at meget lav IQ kan være en forhindring for at have udbytte af DAT, men at det ikke er noget, de oplever iblandt deres klientel (2:294-297).

Terapeuten fortæller om cases, hvor klienter er blevet mere bevidste om sig selv, mindre styrede af sine følelser og blevet bedre til at relatere. ”Nogen gange bruger vi det at forestille sig et trygt og godt sted, og det virker, som han er meget bedre til at ikke være styret af sine følelser i dag og fanger sig selv. Han er meget mere bevidst og opmærksom på sig selv og fortæller tit historier, når han kommer, om hvordan han har lagt mærke til, at her er et eller andet, og hvor han sætter sig for sig selv. Han siger ”Jeg sætter mig til side med DAT”” (2:153-158).

”Strukturen, at møde op hver uge. Og han snakker om, at det har ændret hans liv og gør, at han er i bedre stand til at lytte til sig selv og giver ham mod til at relatere, når det er svært. Han lider lidt af socialfobi, så nu kan han denne her færdighed at handle imod sine følelser” (2:164-167).

På den anden side fortæller terapeuten, at flere klienter har modstand ift. DAT, fordi det minder om skole. ”ja, der var en klient som havde modstand, men også kunne lide det...Han sagde, at han vidste ikke at han var kommet til Oxford eller Cambridge, men kunne godt se betydningen af det alligevel, hvorimod nogen kan have modstand på selve opmærksomhedsøvelserne. Nogen gange har de virket som ”volapyk”” (2:177-180).

Terapeuten forklarer at opleve modstand, da han først fik kendskab til DAT, men er blevet positivt overrasket. ”Strukturen, det skaber, er godt” (2:120). ”Fordi jeg kan se nogle fordele ved det. Især det, at det nu er mere naturligt på BKH, hvor vi har utrolig mange mænd i behandling...at snakke om følelser f.eks. Et modul, som hedder følelsesregulering, det har været meget mystisk at snakke om grundfølelser med vores klientel, hvor det her... hvor DAT giver en god, naturlig vinkel på det. Det er absolut en styrke” (2:128-130).

Tabel 8

<i>Teori – terapeutens teoretiske forståelse</i>	
Menneskesyn	1. Humanistisk menneskesyn – mennesker er født gode, men bliver formet af de oplevelser, de oplever igennem livet (3:460-469). 2. Menneskesyn fra DAT – mennesker gør det bedste, de kan ud fra de ressourcer, de har (3:460-469).
Teorier	1. De neuroaffektive kompasser af Susan Hart – det autonome, emotionelle (limbiske) og det mentaliserende (præfrontale) (3:71-72). 2. Den kognitive diamant – de tre niveauer fra den kognitive diamant: Tanker, følelser og krop (3:72-75, 102-110). 3. Klientcentreret terapi – klienten er ekspert i sit eget liv, og terapeuten er på opdagelse med klienten (3:387-390, 411-417). 4. Neuroaffektiv udviklingspsykologi – neuroaffektiv udviklingspsykologi af Susan Hart og Peter Levine (3:390-404). 5. Den polyvagale teori af Stephen Porge – polyvagal teori om regulering af nervesystemet (3:391-404). 6. Eksistentiel tilgang – almengørelse af eksistentielle temaer (3:417-422).

Musikterapeuten har et humanistisk menneskesyn, samt et menneskesyn fra DAT. *"Altså vi gør det så godt, vi kan ud fra de ressourcer, vi nu har, og det vi har lært. Jeg tænker, alle mennesker er født gode, og så er der sket nogen ting undervejs, så har vi fået nogen forskellige oplevelser, som har gjort, at vi kan handle på forskellige måder, som er skidt. Jeg tror helt fuldt og fast på menneskers godhed, og det er jeg aldrig nogensinde blevet udfordret på"* (3:461-464).

Ift. teorier orienterer terapeuten sig ved hjælp af neuroaffektive teorier samt den kognitive diamant. ”Ja, jeg er orienteret efter den inddeling, Susan Hart har lavet med det autonome, det emotionelle og det mentaliserende. Og det er det samme fra den kognitive diamant med de her tre niveauer, med tanker, følelser og krop.” (3:71-73). ”Derudover er jeg inspireret af det neuroaffektive, ikke bare Susan Hart, men også SE med Peter Levine og alle de nye former af det, altså. Men ja, jeg synes, det er super spændende, også med den polyvagale teori af Stephen Porges. Det synes jeg faktisk er meget interessant for os musikterapeuter med hele reguleringen af nervesystemet, og hvordan vi kan bruge musikken også kan være, og det sociale felt også er en måde at lave regulering. Altså det sociale sammenspil er en måde at regulere ned, men musikken kan være en måde at lave regulering, som kan være lidt...altså kan være beslægtet med det sociale, men som kan være mindre krævende, og det er faktisk ret smart (3:390-397). Derudover står terapeuten på et klientcentreret fundament. ”Jeg vil sige, jeg står på det der klientcentrerede fundament og tænker jo, at vores brugere er misbrugere af en god grund. Og at det er dem, der eksperter i deres liv, så jeg er på opdagelse med dem. På den måde oplever jeg mig selv på den der humanistiske klientcentrerede grund” (3:387-390).

Til sidst nævner terapeuten også den eksistentielle tilgang, hvor hun bruger almengørelse af eksistentielle temaer, især i grupper (3:417-422).

Tabel 9

**Problemstillinger/
færdigheder**

Syn på misbrug

1. **Flugt og længsler** – misbrug handler om længsel efter noget andet eller flugt fra noget, der er ubehageligt (3:231-234).

Problemstillinger/ færdigheder

Problemstillinger/ færdigheder terapeuten ser som relevant at behandle/ udvikle

1. **Regulering** – regulering på det autonome plan og det emotionelle plan (3:223-224).
2. **Sociale færdigheder** – at udvikle færdigheder for at kunne indgå i socialt sammenspil (3:224-226).
3. **Dissociation og kollaps** – klienterne kan være dissocierede fra deres krop og være i et kollaps, hvor de kun mærker træthed eller ingenting (3:71-76, 524-526).
4. **Glæde** – at give plads til glæde og kreativitet i terapien kan hjælpe til at holde motivationen oppe (3:254-258).
5. **Opmærksomhed** – at beskrive, registrere og iagttage (3:415-417).

Terapeutens syn på misbrug er, at misbrug handler om flugt og længsler. *"Dybest set, så tænker jeg, at alt misbrug handler om længsler, og det handler om flugt. Altså begge veje. Længslen, man vil gerne noget andet, eller flugten fra det, man ikke vil. Så længsler og flugt er helt centralt, når vi snakker om misbrug."* (3:231-234).

Ift. problemstillinger og færdigheder, musikterapeuten ser som relevante at behandle/udvikle, fremhæves dissociation, kollaps og regulering. *"Der er nogen af dem, der kommer til mig, og som så netop bliver sendt til mig og ikke til psykolog, som er meget udfordret på det autonome nervesystems niveau. Altså nogen af dem, der helt i det der kollaps, hvor de ikke mærker andet end træthed eller ingenting og er meget dissocierede fra deres krop"* (3:71-76). *"Det er meget enkelt. Hvis man er meget dissocierende, så er man ikke til stede, så er man ikke til stede i det der, for det bliver hurtigt mange ord og meget samtale. Og man bliver nødt til at arbejde med nærvær, tilstedeværelse, sansning"* (3:524-526). *"Altså både på det autonome plan og på det emotionelle plan, ja og så er det...det er i hvert fald det aller vigtigste."* (3:223-224).

Derudover fremhæver musikterapeuten vigtigheden af at øve opmærksomhed og at give plads til glæde og kreativitet i terapien. *"Altså at kunne arbejde med glæde, at give plads til glæden, det er helt utroligt. Altså det er meget det, der fylder, at livet kan være blevet så svært, at der blevet lukket*

helt ned for det, ikke? Så det der kreative, være i ressourcerne, gå med der, hvor der er noget god energi på en eller anden måde, det er rigtig, rigtig betydningsfuldt, fordi det er hårdt arbejde” (3:254-258).

Tabel 10

Praksis	
Struktur af session	1. Varighed – 1 time til individuelle forløb og 2 timer til gruppeforløb (3:37-39). 2. Fleksibilitet – sessionen varierer efter klienten (3:37, 100-103, 112-116). 3. Spændvidde – terapien kan spænde fra musikpædagogik til regulær psykoterapi (3:46-65). 4. Samtale – samtale foregår i det omfang, det giver mening for klienten (3:325-331). 5. Her og nu – terapeuten har fokus på, hvad der sker her og nu i terapien (3:107-110).
Sansning	1. Sansning – terapeuten bruger sin sansning sammen med de neuroaffektive kompasser for at orientere sig om, hvilket niveau giver mening at arbejde på, men altid med behandlingsplan for øje (3:102-110, 526-528).
Kontakt	1. Now moments – terapeuten lægger vægt på at der opstår ”now-moments” i terapien. Hvis ”now-moments” eller møde-øjeblikke ikke opstår i terapien, så giver det en retning om, at terapeuten arbejder på forkert niveau (3:103-106). 2. Kontakt – kontakt med klienten er alt afgørende for, at der kan ske udvikling (3:120-122).
Tilpasning	1. Tilpasning – terapeuten tilpasser sig situationen (3:121-123).

Praksis

Aktiviteter	1. Kropsøvelser – kropsøvelser, som har til formål at regulere, f. eks. regulere ned fra kamp/flugt, eller andre kropsøvelser som bevægelse og dans eller brug af stemmen (3:75-91). 2. Afprøvninger – f.eks. improvisation med udgangspunkt i samtale (3:180-185). 3. Musiklytning (3:85). 4. Opmærksomhed – arbejde med opmærksomhed, nærvær og registrering af øjeblikket igennem musikaktiviteter (3:83-83).
Klientens bidrag	1. Villighed til at prøve – klienten må være villig til at prøve noget, der anderledes (3:347-348). 2. Modstand – klienten må være villig til at arbejde med sin modstand (3:297-301).
Klientens udbytte	1. Regulering – regulering på det autonome nervesystems niveau og emotionel regulering (3:77-82). 2. Tryghed og omsorg – oplevelse af tryghed og omsorg, også i påvirket tilstand (3:329-331). 3. Selvudtryk – musikterapien giver plads til et kreativt selvudtryk (3:251-254). 4. Ressource – klienten kan arbejde med egne ressourcer (3:251-254). 5. Glæde – musikterapi kan give plads til at arbejde med glæde (3:254-258). 6. Struktur – klienter kan være udfordrede, da sessionerne er mindre strukturerede (3:208-213).

<i>Praksis</i>	
Krav til klienten	1. Musikterapi – ingen krav til kognitive færdigheder (3:356-367, 371-374). 2. DAT – DAT kræver en vis intellektuel formåen for at kunne holde fast i ugeskemaer og registreringer (3:376-381).
Terapeutens holdning til DAT og musikterapi	1. Arbejde på det autonome nervesystems niveau – musikterapi kan arbejde på det autonome niveau og derved arbejde med klienter, der er dissocierede. DAT kommer til kort på dette niveau (3:246-248, 528-539).

Som beskrevet i ovenstående skema varierer formen på musikterapisessionerne alt efter, hvem klienten er. Terapeuten arbejder ud fra, hvad der sker her og nu, og det betyder, at omfanget af samtale og øvelser varierer, og at terapien kan spænde fra musikpædagogik til regulær psykoterapi afhængigt af klienten. Musikterapeuten bruger sin sansning samt de neuroaffektive kompasser som hjælp til at give retning og now-moments i arbejdet med klienten. *”Og så Susan Harts refleksion over, som jeg synes er utrolig god til at give retning til mit arbejde, at hvis der ikke opstår de her ”now-moments”, de her møde øjeblikke, så arbejder jeg på et forkert niveau. Ja, dels min sansning af personen, men så er der jo også en behandlingsplan.”* (3:103-106).

Derudover lægger musikterapeuten vægt på, at kontakten til klienten er afgørende for at der kan ske en udvikling. *”Det vigtigste er jo at opbevare den kontakt, der er imellem os. Uden den er der ikke noget, der kan flytte på nogen måde”* (3:120-121).

Musikterapeuten anvender forskellige aktiviteter i terapien så som kropsøvelser, musiklytning, afprøvninger igennem improvisation og arbejde med opmærksomhed.

Ift. klientens bidrag fortæller terapeuten, at det mest handler om indstilling og villighed til at prøve. Klienten må gerne have modstand, så længe der er villighed til at arbejde med modstanden (3:347-348, 297-301).

Musikterapeuten fortæller, at klienterne får udbytte af terapien i form af regulering, både på det emotionelle og det autonome plan, oplevelsen af tryghed og omsorg, mulighed for at selvudtryk igennem kreativitet, arbejde med egne ressourcer og oplevelsen af glæde (3: 77-82,

329-331,251-254, 254-258, 254-258). Dog kan den varierende struktur være udfordrende for nogle klienter, og der kan DAT måske være en bedre løsning (3:208-213).

Der er ingen krav om kognitive færdigheder i musikterapien, men musikterapeuten mener at DAT kræver en vis intellektuel formåen. *"Det kræver et vist niveau...intellektuel formåen at forholde sig til færdigheder. Den kan også være svært, hvis man er meget misbrugende, altså overhovedet at kunne holde fast i de der registreringer, ugeskemaer og halløj. Så det vil jeg også sige, det er mere krævende end musikterapeutiske forløb."* (3:378-381).

Ydermere mener musikterapeuten, at musikterapi er unikt, da det er muligt at arbejde på det autonome plan." jeg kender en del af dem, de har været dissocierende. *"Og jeg tænker, at i DAT, der har man også den der prolonged exposure, den der PTSD-behandling, og det er så meningen, at man skal igennem det der DAT-forløb først og så senere ind i den prolonged exposure. Og jeg tænker, at dem, der er allermest udfordret med kropslige reaktioner, jeg har sgu ikke så meget fidus, jeg tror ikke, at de er godt hjulpet den vej. Fordi de vil være stået af. Altså man kan ikke lave behandling på nogen, der ikke er der. Det er meget enkelt. Hvis man er meget dissocierende, så er man ikke til stede, så er man ikke til stede i det der, for det bliver hurtigt mange ord og meget samtale"* (3:519-525). *"Jeg synes, musikterapi er unikt, og dygtige fysioterapeuter der er SE-uddannede f.eks. Det er unikt at kunne arbejde på det autonome nervesystems niveau. Men DAT er jo også strikket sammen til at arbejde med borderline-patienter, som er dysregulerede på det emotionelle niveau. Mange af dem er så også på det autonome. Men dem, der er relativt godt fungerende, der... altså, det kræver det der nærvær, at man er der. Det kræver, at man relativt godt fungerer på det autonome nervesystems niveau for at få noget ud af DAT-behandling og alt muligt andet samtaleterapi."* (3:534-539).

Tabel 11

<i>Teori – terapeutens teoretiske forståelse</i>	
Menneskesyn	1. Humanistisk menneskesyn – mennesker gør det bedste, de kan ud fra det, de har lært. Der er altid håb for mennesket, og der er altid noget, der giver mening i mødet med mennesket, hvis man møder dem, hvor de er (4:382-391).
Teoretisk forståelse	1. Psykodynamisk forankring – oplevelser tidligere i livet påvirker terapien (4:275-277). 2. Neuroaffektive teorier – teorier, der forklarer, hvad der sker, når mennesker ikke bliver reguleret og får den omsorg, de bør (4:276-280). 3. Den tredelte hjerne – Paul Mcleans teori om, at hjerne er delt op i tre lag: Krybdyrshjernen, følelseshjernen og det kognitive lag (4:297-303). 4. Kommunikativ musikalitet – Stern og Trevarthens spædbarnsforskning omkring, hvordan mennesket kommunikerer gennem musikalske parametre (4:284-291).

Ud fra denne første kodning ses, at terapeuten tilslutter sig et humanistisk menneskesyn. *"Men med mit menneskesyn, så tænker jeg, at der altid er håb for mennesker, og der er altid noget, der giver mening at gøre sammen med dem. Men det handler om at møde dem der, hvor de er."* (4:383-385).

Terapeuten fremhæver fire punkter i sin teoretiske forståelse: Psykodynamisk forankring, neuroaffektive teorier, den tredelte hjerne og kommunikativ musikalitet. *"Jeg har jo en psykodynamisk forankring i min tankegang, vil jeg sige. Som blandt andet handler om, at de oplevelser, patienterne har med sig fra før terapien, påvirker også terapien. Så jeg har både noget*

med neuroaffektive teorier, som handler og...som blander både udviklingspsykologi og traumeterapi og sådan type ting, hvor man ser på, hvordan mennesker med omsorgssvigt...hvor det viser sig at mange, som ikke har haft denne her regulering eller ikke har fået den type omsorg, de skal have, udvikler et rusmisbrug.” (4:275-277, 276-280).

”Ja, nu sagde du jo det med IQ, og der tænker jeg sådan, at vi har jo Colwyn Trevarthen og Daniel Stern, som er spædbarnsforskere, og som har forsket på de musikalske parametre, vi mennesker kommunikerer med, og der er det jo små babyer, som ikke har så stor IQ, som har stor gavn af musikalsk interaktion.” (4:284-287).

”...Paul Mclean, som mange støtter sig op imod, som hedder den tredelte hjerne, som handler om, at vi både har denne her krybdyr hjernen, som går meget på arousal og overlevelse, men også at føle at være i puls med andre. Og så har vi følelseshjernen, som handler mere om følelsesaspektet i os, og så er det det kognitive til slut. Og der som musikterapeut, der tænker jeg, at: ”Jo, jeg arbejder også i det kognitive, men de der to andre lag, som kan være svære på en måde at arbejde med terapeutisk i al fald og kommunikere ud fra på et verbalt plan, dem har jeg specielt meget fokus på i mit musikterapeutiske virke”” (4:297-303).

Tabel 12

**Problemstillinger/
færdigheder**

Syn på misbrug

1. **Regulering** – rusen bliver brugt til at regulere sig selv ned eller komme væk fra følelser (4:134-136).

**Problemstillinger/ færdigheder
terapeuten ser som relevant at
behandle/udvikle**

1. **Regulering** – lære at regulere og rumme sig selv. F.eks. nedregulering ved høj emotionel aktivering (4:307-315, 333-340).
2. **Udtryk af indre tilstand** – udtrykke og være i sin indre tilstand og lære at rumme den (4:135-136).
3. **Vrede** – give plads til vrede på en konstruktiv måde (4:330-340).
4. **Relation** – at lære at relatere og være sammen med et andet menneske er væsentligt (4:178-180).

Musikterapeuten ser misbrug som en måde at regulere sig selv på og at flygte fra følelser.

Musikterapeuten mener også, at noget af det vigtigste at arbejde med er regulering. *”Men jeg tænker, at noget af det vigtigste at arbejde med for patienten, er at arbejde med at lære at regulere sig selv. For, i hvert fald mange af de patienter, jeg har, har relationstraumer og har på en måde aldrig haft nære omsorgsgivere, som har lært dem at tage vare på sig selv og hjulpet dem til at regulere sig selv.”* (4:130-134).

Musikterapien kan også være en hjælp til at udtrykke sig. Terapeuten beskriver følgende eksempel:

”Hun får udtrykt de her følelser i en musikalsk ramme. Vi følger en fast puls sammen, som vi forsøger at holde os til. Der er en vis struktur på det, vi laver, og hun får udtrykt det på flere planer. Hun får udtrykt det med sit kropssprog, med sin stemme, være i følelserne som sangen frembringer i hende. Så hun får på en måde rummet det, men også udtrykt det.” (4:163-167).

Terapeuten beskriver også, hvordan musikterapi kan give plads til vrede på en konstruktiv måde.

”altså man kan jo ikke spejle aggression verbalt, for man kan ikke fremstå, som om man er lige vred som dem, og det tror jeg ikke ville hjælpe. Men jeg har oplevelsen med min ene patient, at når han er vred, så kan han udtrykke det i musikken, og hvis man tænker på følelseshjernen igen, så kan jeg matche udtrykket, han har i musikken, som er aggression uden at det bliver til, at vi står og skændes om det, men at vi kan være i udtrykket i musikken.” (4:321-325).

Derudover mener terapeuten at lære at relatere er væsentligt. *”Jeg tænker, den betyder utrolig meget. Hende her har også relationstraumer. Så jeg tænker, det at kunne øve sig på at kunne rumme sig selv og berolige sig selv sammen med et andet menneske, det er faktisk helt væsentligt for, at hun kan arbejde med den aktivering”* (4:178-181).

Tabel 13

Praksis

Struktur af session

1. **Varighed** – sessionerne kan variere fra 10 min. til 1 time alt efter klientens behov (4:35-36).
2. **Fleksibilitet** – indholdet i sessionerne varierer efter et samspil af, hvad klienter ønsker, og hvad terapeuten mener, der er brug for at arbejde med (4:57-60).

Praksis

Aktiviteter	1. Musiklytning (4:90-95). 2. Spille på instrumenter (4:46-49). 3. Improvisation (4:88-95). 4. Spille komponeret musik (4:52-56).
Klientens bidrag	1. Interesse for musik – klienten skal have en interesse eller en oplevelse af musik (4:238-243). 2. Møde op – klienten må møde op (4:246-248).
Motivation	1. Mestringsfølelse – for at have motivation til at gå i terapi er det vigtigt, at klienten føler en form for mestring (4:207-208, 364-367).
Klientens udbytte	1. Regulering – regulering ved stærk følelsesmæssig aktivering (4:307-315). 2. Selvudtryk – udtryk af indre tilstand (4:319-346, 330-340). 3. Bearbejdning af følelser – bearbejdning af følelser igennem musik (4:162-170). 4. Oplevelse af at blive mødt – klienten kan opleve at blive mødt, hvor de er, også i stærke følelser såsom vrede (4:333-340, 395-401). 5. Glæde – oplevelse af glæde er en vigtig del i udviklingen (4:367-372).
Krav til klienten	1. Færdigheder – klienten behøver ikke at have nogen færdigheder for at komme i musikterapi (4:257-258). 2. Mening – det er nok, hvis klienten oplever en eller anden form for mening i musikterapien (4:257-258).

Praksis

Terapeutens holdning til musikterapi

1. **Grundlæggende strukturer** – musikterapi kan arbejde med grundlæggende strukturer (det autonome og emotionelle plan i hjernen) (4:414-417).
2. **Motivation** – musikterapi kan virke motiverende for klienterne (4:212-217).
3. **Associationer mellem musik og rus** – meget musik og musikkultur kan associeres med rus og misbrug. F.eks. bliver cannabis brugt til at fremme kreativitet i musikermiljøer (4:422-429).

Som beskrevet i ovenstående skema varierer sessionernes varighed og indhold, alt efter klientens behov og ønske. Aktiviteterne i sessionerne varierer bl.a. mellem musiklytning, improvisation, spil på instrumenter og spil af komponeret musik.

Musikterapeuten mener, at klienterne må opleve mestring for at holde motivationen for terapien.

”jeg tænker, at for at blive motiveret til at gå i behandling, så er det vigtigt at få gjort noget, der man føler, at man kan have en lille smule mestringsfølelse. Og også gøre noget, der man kan føle sig hjemme i det, man gør, og det er noget, man har en relation til fra før af” (4:207-210).

Klientens udbytte af terapien omfatter regulering, udtryk af indre tilstand, bearbejdning af følelser og oplevelsen af at blive mødt i stærke følelser såsom vrede. Derudover mener musikterapeuten, at

oplevelsen af glæde er vigtig. *”Det mærker jeg også bliver mere og mere vigtigt for mig i behandlingen, at det er også terapi at kunne lave ting med mennesker, som er sjovt. Og få den glæde, de får der, og jeg tror også med de her patienter, så har mange af dem jo ikke oplevet så meget glæde og bruger meget tid på at ruse sig for at låse mange følelser ude. Så det at mærke: ”åh, jeg kan faktisk være sammen med andre mennesker og have det sjovt, uden at det handler om alkohol eller om at tage narkotika”, det tænker jeg også er vigtigt at have med.”* (4:367-374).

Musikterapeuten mener ikke, at klienten behøver at have nogen færdigheder for at komme i terapien, så længe klienten oplever en form for mening ved at deltage i musikterapien.

Derudover fortæller musikterapeuten, at musikterapien kan arbejde på grundlæggende strukturer i hjernen, hvor sprog ikke rækker til, samt at musikterapi kan virke motiverende for mange klienter. Dog mener hun også, at man bør være opmærksom på mulige associationer mellem musik og rus.

Del 2:

Denne del af analysen er en commonsense-analyse og har til formål at række ud over informanternes selvforståelse og fortolke udsagnene i en grad, der ligger inden for en almen commonsense-forståelse (Kvale & Brinkmann, 2015). I denne del vil DAT-terapeuternes udsagn blive holdt overfor hinanden for at finde ligheder og forskelle og derved samle kategorierne og koderne med en commonsense-fortolkning. Ligeledes vil musikterapeuternes udsagn blive holdt overfor hinanden. Koderne og kategorierne vil hele tiden blive holdt op mod transskriptionerne, for at tolknigerne ligger så tæt op ad den oprindelig tekst som muligt.

DAT-terapeuter

Menneskesyn

I dette tilfælde har begge DAT-terapeuter et kristent menneskesyn og har begge en teologisk uddannelsesmæssig baggrund. Her fremgår altså et religiøst element af synet på mennesker. Terapeuterne lægger dog vægt på to forskellige sider af det kristne menneskesyn. T1 lægger vægt på, at det kristne menneskesyn har et realistisk og anerkendende syn på mennesket, idet mennesket indeholder skyggesider (1:419-432), men også fortjener omsorg, tilgivelse og en chance til. T2 lægger vægt på, at mennesket er skabt til relation (2:421-436). Det kristne menneskesyn er i dette tilfælde et positivt syn på mennesket og anerkender menneskets gode og dårlige sider. Relationen fremgår her som en grundlæggende faktor for mennesket, da der er en forståelse af at mennesket både såres og heles i relation.

Kristent menneskesyn - realistisk, anerkendende syn på, at mennesket besidder skyggesider, men fortjener omsorg, tilgivelse og en chance til, samt at mennesket er

Teori

Ingen af DAT-terapeuterne nævner de samme teorier i spørgsmålet om deres teoretiske forståelse. T1 nævner dialektisk adfærdsterapi som en teoretisk forståelsesramme, og T2 nævner “tredje bølge af kognitiv terapi”, som ligger tæt op ad dialektisk adfærdsterapi. Alle andre nævnte teorier ligger udenfor DAT’s teoretiske forståelsesramme og giver en hentydning om, at terapeuterne er eklektiske i deres arbejde.

T2 nævner flere teorier end T1. Dette kan muligvis hænge sammen med terapeuternes uddannelsesmæssige baggrund, da den ene er skolet i integrativ psykoterapi og DAT, mens den anden i teologi og DAT. Dette illustrerer den forskel, der kan være mellem DAT-terapeuter, da DAT er en kortere uddannelse, og der kan være mange forskellige uddannelsesmæssige baggrunde forinden.

Eklektisk teoretisk forståelse – terapeuterne inddrager flere forskellige teorier i deres forståelse.

Syn på misbrug

T2 påpeger, at misbrugsproblematikken er kompleks, og at der kan være flere årsager til, at mennesker udvikler misbrug. T1 og T2 nævner begge, at misbrug kan sættes i forbindelse med svære livsomstændigheder, såsom omsorgssvigt, traumer eller stressende livssituationer.

Terapeuterne bruger ordene flugt og isolation, som begge handler om at afskære sig fra noget svært. Hvad det er, uddybes ikke yderligere. T1 beskriver flugt således: *"Jeg mener, jeg ser misbrug som en flugt fra de ubehagelige ting i livet...(1:185-186) "At distrahere os selv fra de svære ting, som vi ikke rigtig gider lige nu, men hvis det er den eneste måde, vi kan håndtere noget svært, så bliver det et problem" (1:189-192).*

T2 beskriver misbrug således: *"Vi bliver formet i relationen og ofte, hvis vi har fået sjælesår og ikke får dem helet i relation, så isolerer vi os, og jeg tror, det at indtage alkohol eller stoffer er en måde at isolere sig på. Fordi hvis jeg kan beruse mig selv i stedet for at relatere, så er det lettere. Det er et "shortcut" (2:337-340).*

Her fremgår misbrug som en måde at håndtere sjælesår eller svære livsomstændigheder ved at flygte og ikke relatere.

Misbrug som forsøg på flugt og isolation – misbrug er forsøg på flugt og isolation fra svære livsomstændigheder.

Problemstillinger/færdigheder

Problemstillinger og færdigheder, der omtales, knytter sig til misbrug. Terapeuterne svarer på, hvilke problemstillinger/færdigheder de mener er væsentlige at behandle/udvikle hos klienterne i

misbrugsbehandling. T1 og T2 nævner begge opmærksomhed, følelsesregulering og relationsfærdigheder som vigtige færdigheder for klienterne at lære for at komme ud af misbrug. Disse færdigheder sammen med krisefærdigheder er færdigheder fra den første komponent i DAT (“What is Dialectical Behavior Therapy (DBT)? – Behavioral Tech,” n.d.). Af terapeuternes udsagn fremgår en forståelse af, at klienterne mangler færdigheder ift. opmærksomhed, følelsesregulering, relationsfærdigheder og krisefærdigheder. Terapeuterne bruger gentagne gange ordet ”lære” og ”undervise” i denne forbindelse. I den forbindelse fremstår DAT som en edukativ metode, som har til formål at lære klienterne manglende færdigheder igennem undervisning i opmærksomhed, følelsesregulering, relationsfærdigheder og krisefærdigheder.

Udover ovenstående færdigheder fra DAT nævner begge terapeuter ”mening” som en vigtig faktor for klienter i misbrugsbehandling. *”Det her med at, hvad er det... ”Hvem er jeg, og hvad er det, jeg vil stå for?” ”Hvornår føler jeg, at jeg gør noget, som har en eller anden dyb mening?”. De ting er super relevante. Jeg tror...det er ikke noget, der direkte står i konflikt med DAT, men det er ikke noget, så vidt jeg forstår, som DAT fokuserer særlig meget på.” (1:209-212).* Terapeuten påpeger her ”mening” som manglende element i DAT-undervisningen. At klienterne oplever mening i deres liv fremgår her som en væsentlig faktor i behandlingen af misbrugsproblematikker, men at det er et element der ligger udenfor DAT’s teoretiske ramme. Ligeledes nævner terapeuterne andre problemstillinger som vigtige faktorer i behandlingen. såsom misbrugsfunktion, praktiske faktorer, medafhængighed, værdier og kontrol. Ovennævnte problemstillinger rækker ud over manglende færdigheder og inddrager en bredere forståelse af misbrugsproblematikken i form af ydre faktorer, såsom familie, bolig, arbejde, ydre ukontrollerbare omstændigheder, men også indre værdier, som påvirker menneskers tankegang, beslutninger og adfærd.

Færdigheder fra DAT – opmærksomhed, krisefærdigheder, følelsesregulering og relationsfærdigheder.

Mening – det er væsentligt, at klienten oplever mening for at arbejde med misbrugsproblematikken.

Ydre og indre faktorer – familie, medafhængighed, praktiske omstændigheder og værdier.

Struktur af DAT-session

Terapeuterne beskriver strukturen af DAT-sessionerne ens. Sessionerne foregår 2 timer en gang om ugen. DAT er inddelt i fire moduler, opmærksomhed, krisefærdigheder, relationsfærdigheder og følelsesregulering. Et helt forløb med gennemgang af alle moduler tager ca. 30 uger. Sessionerne består af manualbaseret undervisning. Sessionerne er strukturerede og har en fastlagt form med et forudbestemt formål for, hvad klienterne skal lære. Klienterne får tildelt ”work-sheets”, som de skal løse imellem sessionerne.

Struktureret sessionsform.

Undervisning – sessionerne består af manualbaseret undervisning med forudbestemt formål.

Arbejdsopgaver – klienterne får tildelt arbejdsopgaver, som de skal løse imellem de ugentlige sessioner.

Klientens engagement

Om klientens engagement siger terapeuterne, at det er forskelligt, hvor meget klienterne går op i terapien, og at kun enkelte klienter følger hele forløbet. At kun enkelte klienter følger hele forløbet kan der være mange årsager til, men det fremgår, at kun et mindretal gennemfører DAT. Dette sætter spørgsmålstegn ved klienternes fulde udbytte. DAT-terapeuterne beskriver nogle af de faktorer, de ser har indflydelse på klientens engagement.

T2 fortæller, at klientens engagement afhænger af terapeuternes fremlæggelse af opgaverne, og hvor meget terapeuten spørger ind til klienten. Det samme nævner T2 under interaktivitet, at det er vigtigt at interagere med klienterne. At undervise viser sig her ikke at være fyldestgørende, medmindre klienterne bliver inddraget og engageret i undervisningen. Derudover har opgavens kompleksitet indflydelse på klientens engagement, jo simplere opgave, jo større respons. Dette stiller krav til terapeutens præsentation af opgaven. Engagement hænger sammen med klientens forventning, som kan sættes i kategorien af nonspecifikke faktorer i psykoterapi.

Varierende engagement mellem klienterne – kun enkelte klienter gennemfører et helt forløb.

Klientens engagement er forbundet med - opgavens kompleksitet og terapeutens fremlæggelse af opgaverne.

Krav til klienten

Ift. krav til klienten er begge terapeuter enige om, at øvning er en nødvendig del for at få udbytte af terapien. Terapien kræver en vis IQ og koncentrationsevne samt et engagement fra klientens side.

Om klienten har gavn af DAT, handler ikke kun om et engagement, men afhænger også af klientens intelligens og evne til at koncentrere sig.

Intelligens og koncentration - DAT kræver færdigheder i form af IQ og koncentration.

Øvning – for at få udbytte af DAT kræves det, at klienterne øver sig.

Klientens udbytte

Terapeuterne nævner relation og tillid i forbindelse med DAT. På dette område kommer terapeuterne med modsatrettede udtalelser:

"F: Hvor vigtigt er tillid mellem klient og terapeut?" (1:387).

"T1: Det er ekstremt vigtigt.." (1:389). "... du må have en vis tillid for at kunne dele det, men på en måde er det også bare undervisning. Det kunne i princippet være i en skole eller lignende. Det er ikke den samme tillid, du behøver ikke at åbne dig lige så meget som i en terapeutisk sammenhæng, og derfor er det ikke så frygtelig vigtigt i DAT, men lidt." (1:411-414).

"F: Hvordan øver man relationer, hvis man, som du siger, ikke har nogen relationer at øve sig på?" (2:238-239).

"T2: Ja..altså, de øver sig på os, og de er i gruppe her. Det tror jeg alle, måske ikke igennem DAT, men igennem vores behandling er de i en lukket gruppe, hvor de måske føler større tryghed osv." (2:241-242).

"F: Foregår relationsarbejdet hovedsageligt udenfor DAT?" (2:251).

"T2: Ja, plus at vi gennemgår relationsmodulet, så de har øvelser i relationer. Så der bliver det også mere aktuelt i DAT, ja." (2:253-254).

Terapeuternes udtalelser er modsatrettede ift. til, hvor vigtig tillid mellem terapeut og klient er, samt hvor relationsfærdighederne bliver øvet. Det, der bliver tydeligt i disse udtalelser, er, at

relationen mellem terapeut og klient i terapi ud fra DAT's principper bliver reduceret til en relation som den, der er imellem lærer og elev i en undervisningssituation. At DAT er en edukativ metode med formålet at lære nye færdigheder understøttes af dette udsagn. Det bliver også tydeligt at den terapeutiske alliance er af stor betydning for terapeuterne, men at den er af mindre betydning i DAT, netop fordi det bliver set som edukation, hvor der bliver undervist i f.eks. relationsfærdigheder, men hvor klienterne gør sine "lektier" udenfor undervisningen.

Terapeutisk alliance – modsatrettede udtalelser om den terapeutiske alliance. Fordi undervisning

danner ramme for en stor del af DAT, er tillid mellem terapeut og klient mindre vigtigt.

Relationsfærdigheder øves udenfor DAT - klienterne får undervisning i relationsfærdigheder, men øver i andre sammenhænge.

Musikterapeuter

Menneskesyn

Begge terapeuter slutter sig til det humanistiske menneskesyn og ser mennesker som gode, men formet af sine oplevelser. MT3 tilslutter sig også menneskesynet, DAT bygger på, som handler om, at mennesker gør det bedste, de kan ud fra de ressourcer, de har. Dette er samme udsagn MT4 siger om sit humanistiske menneskesyn, at mennesket gør det bedste ud fra det, de har lært. Det fremgår her, at terapeuterne har en fælles forståelse af, at mennesker i udgangspunktet er gode, men formes af sine livserfaringer. Det fremgår også, at mennesker ikke har de samme færdigheder og ressourcer, men bruger dem, de har på bedste vis.

Humanistisk menneskesyn – mennesker er født gode og gør det bedste, de kan ud fra, hvad de har lært.

Teori

Musikterapeuternes teoretiske forståelse ligger tæt op ad hinanden, idet begge lægger vægt på neuroaffektive teorier, b.la. af Susan Hart. MT4 nævner i den forbindelse de neuroaffektive kompasser, som deler forståelse med “Den tredelte hjerne” (det autonome, limbiske og kognitive), som MT3 nævner. Terapeuterne nævner det autonome nervesystems plan adskillige gange, både i forbindelse med deres teoretiske forståelse, men også i forbindelse med deres praktiske arbejde. Denne teoretiske forståelse af at arbejde på det autonome nervesystems plan lader til at veje tungt for musikterapeuterne.

Ydermere nævner musikterapeuterne flere grupper af begreber/teorier: Kognitiv adfærdsterapi, som er et terapeutisk system, kommunikativ musikalitet, som er et begreb, der beskriver en måde at forstå musikalske parametre i det kommunikative sammenspil mellem spædbarn og omsorgsperson, og endelig eksistentiel psykologi, som bygger på eksistentiel filosofi. Det fremgår her, at musikterapeuterne inddrager flere lag i form af terapitilgange, terapiteorier og modeller i deres teoretiske forståelse. Dette understøtter også, at musikterapeuterne er eklektiske i deres teoretiske forståelse.

Teoretiske lag – musikterapeuterne inddrager flere teoretiske lag i deres forståelse.

Eklektisk teoretisk forståelse – musikterapeuterne anvender flere teorier i deres teoretiske forståelse.

Neuroaffektiv psykologi – neuroaffektiv psykologi vejer tungt i musikterapeuternes teoretiske forståelse.

Det autonome nervesystems niveau – vejer tungt i musikterapeuternes teoretiske forståelse.

Problemstillinger/færdigheder

Syn på misbrug

Med hensyn til musikterapeuternes syn på misbrug mener MT3, at misbrug handler om flugt og længsler. Flugt fra noget ubehageligt eller længsel efter noget bedre. MT4 mener, at misbrug handler om regulering og fortæller, at misbrug er en måde at komme væk fra følelser, altså en flugt fra følelser. Terapeuterne bruger ordene flugt, længsler og regulering i forbindelse med deres syn

på misbrug. Der er en fælles forståelse mellem musikterapeuterne af, at misbrug er i en forstand en flugt fra ubehagelige ting såsom svære følelser.

Misbrug som forsøg på flugt – musikterapeuternes syn på misbrug er, at misbrug er en flugt fra ubehagelige ting.

Regulering

Musikterapeuterne ser begge regulering som en væsentlig problemstilling/færdighed. De nævner regulering på det autonome nervesystems plan og på det limbiske emotionelle niveau, som kan refereres tilbage til neuroaffektiv psykologi (Hart, 2017).

Kropslig regulering

MT3 omtaler i interviewet dissociation og kollaps, som ofte ses i forbindelse med at arbejde på det autonome nervesystems plan. MT4 omtaler ikke dissociation og kollaps, men omtaler også regulering på det autonome nervesystems plan. Begge terapeuter er altså enige om, at kropslig regulering er en vigtig problemstilling at behandle.

Emotionel regulering

Terapeuterne omtaler grundfølelserne glæde og vrede, samt udtryk af indre tilstand. Især MT4 lægger vægt på at arbejde med regulering af følelser. Musikterapeuterne bruger musikken som redskab til at regulere klienters følelsesmæssige tilstand. MT4 giver følgende eksempel:

”Så de får udtrykt det, men samtidig med jeg tænker på reguleringen i følelserne. Altså, hvis det er aggressivt...det går meget hurtigt, så kan forsøge at spille lidt langsommere og så møde dem på (”dudududu” viser rytme med hænderne, som går ned i tempo) og så regulere dem ned fra der, de er, i stedet for at de står og skrider, og jeg står og siger: ”Bare ro dig ned” (med mild og forsigtig stemme). Så kan jeg være med på rejsen og regulere på en anden måde.” (4:335-340).

Det fremgår af disse udsagn, at musikterapeuterne ser regulering på det autonome nervesystems plan, samt det limbiske emotionelle plan (Hart, 2017) som væsentligt at arbejde med hos klienter i misbrugsbehandling.

I ovenstående skema omtaler musikterapeuterne relation og sociale kompetencer. Disse områder står i relation til hinanden, da relation og sociale kompetencer inddrager sammenspillet med andre

mennesker. Begge terapeuter ser altså sammenspillet og relationen til andre mennesker som væsentlige arbejdsområder. Til sidst nævner MT4 færdigheden opmærksomhed, at beskrive, registrere og iagttage.

Kropslig regulering – musikterapeuterne ser regulering på det autonome nervesystems plan som en væsentlig problemstilling at behandle hos klienter i misbrugsbehandling.

Emotionel regulering - musikterapeuterne ser emotionel regulering som væsentligt at behandle hos klienter i misbrugsbehandling.

Relation og sociale kompetencer – musikterapeuterne ser relationen til andre mennesker og sociale kompetencer som væsentlige arbejdsområder for klienter i misbrugsbehandling.

Struktur af session og aktiviteter

Musikterapeuternes udsagn om strukturen på sessionerne er, at sessionerne er individuelt tilpasset til hver enkelt klient. Sessionsformen er derfor fleksibel og afhænger af klientens behov, derfor kan spændvidden i musikterapien være fra musikpædagogisk musikterapi til regulær psykoterapi.

Musikterapeuterne anvender, sammen med samtale, musikalske aktiviteter i terapien. Begge terapeuter anvender improvisation og musiklytning. MT3 nævner også kropsøvelser, såsom dans eller bevægelse til musik. MT3 omtaler improvisation som afprøvninger. *“jeg er begyndt at kalde det afprøvninger, og det er egentlig noget, jeg er begyndt på, efter jeg har reflekteret rigtig meget over DAT, hvor man laver alle mulige øvelser...jeg tænker som musikterapeut, så arbejder jeg med kreative afprøvninger uden at vide.” (3:179-180) “...vores guld det er, som musikterapeuter, at være kreative, fleksible i at lave afprøvninger, der bliver afpasset fuldstændig individuelt.” (3:438-439).* Afprøvninger kan f.eks. være en improvisation over et tema (en oplevelse, et adfærdsmønster etc.) fra samtalen. Fælles for begge musikterapeuter er, at de laver musikaktiviteter sammen med klienten inde i terapien. Det fremgår her, at både terapeut og klient er aktive i terapien både med krop og sprog, men uden at have en forudbestemt intention om, hvad klienten skal have ud af øvelserne.

Sansning og kontakt

MT3 lægger stor vægt på sansning og det at have kontakt med klienterne.

Fleksibel sessionsform – sessionen tilpasses efter klientens behov og tilstand her og nu.

Musikalske aktiviteter – musikterapeuterne bruger aktive musikalske øvelser i terapien i form af improvisation, musikalske afprøvninger, musiklytning, dans og bevægelse til musik. Aktiviteterne har ikke forudbestemt mål, men tilpasses efter hver enkelt klient.

Spændvidde fra musikpædagogik til psykoterapi – musikterapien har en spændvidde fra

”Og man bliver nødt til at arbejde med nærvær, tilstedeværelse, sansning. Vi arbejder med sansning, når vi er musikterapeuter i kreative afprøvninger. Det er sansninger! Og hvis man ikke har fat i det, så er der mange af dem, der bliver tabt.” (3:526-528).

”Det vigtigste er jo at opbevare den kontakt, der er imellem os. Uden den er der ikke noget, der kan flytte på nogen måde. Så jeg skal finde ud af, hvor er det vi kan mødes. Hvad er det, der kan lade sig gøre her, og det kræver, at jeg tilpasser mig, hvor de ligesom er.” (3:120-122).

MT3 udtrykker tydeligt, at det er vigtigt som terapeut at kunne bruge sin sansning i terapien for at gribe klienterne. Den terapeutiske alliance opfattes her som afgørende for klientens udvikling. og dette kræver, at terapeuten bruger sin sansning i øjeblikket.

Terapeutisk alliance – den terapeutiske alliance opfattes som afgørende for klientens udvikling.

Sansning – terapeutens sansning af klienten er afgørende for at gribe klienten.

Klientens bidrag

Musikterapeuterne nævner forskellige ting ift. deres tanker om klientens bidrag. MT3 forklarer, at det vigtigste er, at klienten har en villighed til at prøve noget, der er anderledes. Modstand er ikke en forhindring, så længe klienten er villig til at arbejde med den. MT4 mener derimod, at det vigtigste er, at klienten har en meningsfuld oplevelse med musik for at få udbytte. Det fremgår her, at musikterapeuterne ikke er enige om, hvad er vigtigst ift. klientens bidrag. MT4 lægger vægt på musikalske oplevelser, mens MT3 lægger vægt på klientens villighed til at prøve. Disse er ikke direkte modsætninger, men den ene forudsætter, at klienten har et forhold eller interesse for musik

på baggrund af oplevelser, mens villighed ikke direkte afhænger af oplevelser, men klientens ønske om at prøve uden en forudsætning for musikalske oplevelser.

Klientens indstilling – klientens indstilling er afgørende for terapien. Klienten må bidrage med en villighed til at prøve nye ting.

Klientens interesse for musik – klienten skal bidrage med en interesse eller en meningsfuld

Krav til klienten

Begge terapeuter er enige om, at klienten ikke nødvendigvis skal have bestemte færdigheder for at få gavn af musikterapi. MT4 nævner, at der ikke er nogen krav ift. kognitive færdigheder i musikterapien i modsætning til DAT, som hun mener kræver en vis intellektuel formåen for at kunne holde fast i ugeskemaer etc. (3:376-381). Det bliver tydeligt her, at musikterapi efter terapeuternes holdning kan være til gavn for klienter uafhængigt af intelligens og kognitive færdigheder.

Musikterapi kræver ingen færdigheder – klienter kan have gavn af musikterapi uafhængigt af intelligens og kognitive færdigheder.

Klientens udbytte

Begge musikterapeuter er enige om, at klienterne får udbytte i form af øget evne til selvregulering. Som tidligere nævnt i analysen lægger terapeuterne vægt på regulering og mener, at klienternes evne til at regulere sig selv øges, når der arbejdes med regulering på det autonome nervesystems plan og det limbiske emotionelle niveau i musikterapien.

Derudover er begge musikterapeuter enige om, at glæde og arbejde med ressourcer også er en væsentlig del af klientens udbytte. Musikterapien kan være med til at arbejde med klientens ressourcer, og at musikterapi giver plads til arbejde med glæde, som er en vigtig del af udviklingen. Her bliver det tydeligt, at terapeuterne ikke kun arbejder med at løse problemstillinger, men også arbejder med at styrke positive følelser og oplevelser hos klienten. MT4 nævner også, at klienterne kan bearbejde følelser igennem musikken.

Terapeuterne nævner også kreativt selvudtryk. Klienterne får plads til kreativitet, og at klienterne kan udtrykke sig selv igennem kreative metoder. MT4 nævner, at klienter kan få udbytte af terapien selv i påvirket tilstand. Musikterapien kan give dem en følelse af omsorg og tryghed i påvirket tilstand og uden brugen af ord. I påvirket tilstand er samtalen mindre meningsfyldt, så derfor kan musikken skabe tryghed og omsorg. Dette er et interessant udsagn, da den første fase i misbrugsbehandling som regel er ophør, og arbejdet derefter forsætter terapeutisk.

MT4 nævner ikke udfordringer ift. klientens udbytte, men MT3 påpeger, at da sessionerne i musikterapien kan være mindre strukturerede, er der klienter, der kan være udfordrede. Dette kan forhindre klienten i at få optimalt udbytte af musikterapien.

Øget evne til selvregulering – regulering på det autonome nervesystems niveau samt det emotionelle limbiske niveau øger klientens evne til selvregulering.

Glæde – musik giver plads til at arbejde med og give klienten en oplevelse af glæde.

Kreativt selvudtryk – klienterne har mulighed for arbejde med kreativt selvudtryk i terapien.

Omsorg og tryghed - musikterapi kan give oplevelsen af omsorg og tryghed i påvirket tilstand.

Fund

I nedenstående skema samles analysens fund. Terapeuternes teoretiske forståelse samles i det grå skema, syn på problemstillinger/færdigheder stilles op i det gule skema og praksis stilles op i det røde skema.

Tabel 14

Teori	DAT	Musikterapi
Menneskesyn	1. Kristent menneskesyn – realistisk, anerkende syn på, at mennesket besidder skyggesider, men fortjener omsorg, tilgivelse og en chance til, samt at mennesket er skabt til at relatere.	1. Humanistisk menneskesyn – mennesker er født gode og gør det bedste, de kan ud fra, hvad de har lært.
Teoretisk forståelse	1. Eklektisk teoretisk forståelse – terapeuterne inddrager flere forskellige teorier i deres forståelse. 2. Variation i terapeuternes teoretiske forståelse – uddannelsesmæssig baggrund skaber variationer i terapeutens teoretiske forståelse.	1. Eklektisk teoretisk forståelse – musikterapeuterne anvender flere teorier i deres teoretiske forståelse. 2. Teoretiske lag – musikterapeuterne inddrager flere teoretiske lag i deres forståelse. 3. Neuroaffektiv psykologi – neuroaffektiv psykologi vejer tungt i musikterapeuternes teoretiske forståelse. 4. Det autonome nervesystems niveau – vejer tungt i musikterapeuternes teoretiske forståelse.

Tabel 15

Færdigheder/ problemstillinger	DAT	Musikterapi
Syn på misbrug	1. Misbrug som forsøg på flugt og isolation – misbrug er forsøg på flugt og isolation fra svære livsomstændigheder.	1. Misbrug som forsøg på flugt – musikterapeuternes syn på misbrug er, at misbrug er en flugt fra ubehagelige ting.
Væsentlige færdigheder/ problemstillinger at udvikle/behandle i misbrugsbehandling	1. Færdigheder fra DAT – opmærksomhed, krisefærdigheder, følelsesregulering og relationsfærdigheder. 2. Mening – det er væsentligt, at klienten oplever mening for at arbejde med misbrugsproblematikken. 3. Ydre og indre faktorer – familie, medafhængighed, praktiske omstændigheder og værdier.	1. Autonom regulering – musikterapeuterne ser regulering på det autonome nervesystems niveau som væsentligt at behandle hos klienter i misbrugsbehandling. 2. Emotionel regulering - musikterapeuterne ser regulering på det emotionelle limbiske niveau som væsentligt at behandle hos klienter i misbrugsbehandling. 3. Relation og sociale kompetencer – musikterapeuterne ser relation til andre mennesker og sociale kompetencer som væsentlige arbejdsområder for klienter i misbrugsbehandling.

Tabel 16

Praksis	DAT	Musikterapi
Session	1. Struktureret sessionsform – manualbaseret undervisning. 2. Undervisning – sessionerne i DAT består hovedsageligt af færdighedsundervisning med et forudbestemt formål. 3. Øvelser foregår primært uden for terapirummet. 4. DAT som terapi eller undervisning? – relationen mellem terapeut og klient reduceres til den relation, der er mellem lærer og elev.	1. Fleksibel sessionsform – sessionen tilpasses efter klientens behov. 2. Musikalske aktiviteter – musikterapeuterne bruger aktive musikalske øvelser i terapien i form af improvisation, musikalske afprøvninger, musiklytning, dans og bevægelse til musik. Øvelserne tager udgangspunkt i klientens tilstand her og nu og har ikke et forudbestemt mål. 3. Spændvidde fra musikpædagogik til psykoterapi.
Nonspecifikke faktorer	1. Variierende engagement mellem klienterne – kun enkelte klienter gennemfører et helt forløb. 2. Klientens engagement er forbundet med - opgavens kompleksitet og terapeutens fremlæggelse af opgaverne.	1. Klientens indstilling – klientens indstilling er afgørende for terapien. Klienten må bidrage med en villighed til at prøve nye ting. 2. Klientens interesse for musik – klienten skal bidrage med en interesse eller en meningsfuld oplevelse med musik.

Praksis	DAT	Musikterapi
Krav til klienten	1. Intelligens og koncentration - DAT kræver færdigheder i form af IQ og koncentration. 2. Øvning – DAT kræver, at klienterne øver for at få udbytte af terapien.	1. Musikterapi kræver ingen færdigheder – klienter kan have gavn af musikterapi uafhængigt af intelligens og kognitive færdigheder.
Klientens udbytte	1. Modstand og manglende forståelse – modstand og manglende forståelse for DAT kan påvirke klientens udbytte. 2. Klientens udbytte – opmærksomhed, bevidsthed om sig selv, mindre følelsesstyret, bedre til at lytte til sig selv og bedre relationsfærdigheder.	1. Struktur – fleksibel struktur kan forhindre udbytte af terapien for nogle klienter. 2. Autonom og emotionel regulering – klienterne har udbytte af musikterapien i form af autonom og emotionel regulering. 3. Glæde – musik giver plads til at arbejde med og give klienten en oplevelse af glæde. 4. Kreativt selvudtryk – klienterne har mulighed for arbejde med kreativt selvudtryk i terapien. 5. Omsorg og tryghed - musikterapi kan give oplevelsen af omsorg og tryghed i påvirket tilstand.

Praksis	DAT	Musikterapi
Terapeutisk alliance	1. Terapeutisk alliance - modsatrettede udtalelser om den terapeutiske alliance. Fordi undervisning danner ramme for en stor del af DAT, er tillid mellem terapeut og klient mindre vigtigt. 2. Relationsfærdigheder øves udenfor DAT - klienterne får undervisning i relationsfærdigheder, men øver i andre sammenhænge.	1. Terapeutisk alliance – den terapeutiske alliance opfattes som afgørende for klientens udvikling.
Sansning		1. Sansning – terapeutens sansning af klienten er afgørende for at gribe klienten.

DAT vs. musikterapi

Ud fra ovenstående fund sammenlignes ligheder og forskelle mellem DAT og musikterapi. Ligheder opsamles i det grønne skema, mens forskelle opsamles i det blå skema.

Tabel 17		
Ligheder	DAT	Musikterapi
Teori	1. Eklektisk teoretisk forståelse.	1. Eklektisk teoretisk forståelse.
Syn på misbrug	1. Misbrug som forsøg på flugt og isolation.	1. Misbrug som forsøg på flugt.
Tabel 18		
Forskelle	DAT	Musikterapi
Menneskesyn	1. Kristent menneskesyn.	1. Humanistisk menneskesyn.

Forskelle	DAT	Musikterapi
Teoretisk forståelse	1. Variation i terapeuternes teoretiske forståelse på grund af varierende uddannelsesmæssig baggrund.	
Teoretisk forståelse	1. Dialektisk adfærdsterapi.	1. Neuroaffektiv psykologi og det autonome nervesystems niveau vejer tungt for terapeuterne.
Væsentlige færdigheder/ problemstillinger	1. Færdigheder fra DAT – (opmærksomhed, krisefærdigheder, følelsesregulering, relationsfærdigheder). 2. Mening. 3. Ydre og indre faktorer.	1. Regulering på det autonome nervesystems niveau. 2. Regulering på det limbiske emotionelle niveau. 3. Relation og sociale kompetencer.
Session	1. Struktureret sessionsform. 2. Undervisning med forudbestemt formål. 3. DAT som undervisning eller terapi – relation mellem terapeut og klient reduceres til relationen mellem lærer og elev.	1. Fleksibel sessionsform 2. Musikalske aktiviteter uden forudbestemt formål. 3. Spændvidde fra musikpædagogik til psykoterapi.
Krav til klienten	Intelligens, koncentration og øvning.	Musikterapi kræver ingen færdigheder.

Forskelle	DAT	Musikterapi
Klientens udbytte	1. Opmærksomhed, bevidsthed om sig selv, mindre følelsesstyret, bedre til at lytte til sig selv og bedre relationsfærdigheder.	1. Autonom og emotionel regulering. 2. Glæde. 3. Kreativt selvudtryk 4. Omsorg og tryghed.
Terapeutisk alliance	1. Den terapeutiske alliance ses som mindre vigtigt i DAT.	1. Den terapeutiske alliance opfattes som afgørende for klientens udvikling.
Sansning		1. Terapeutens sansning af klienten er afgørende for at gribe klienten.

Ud fra ovenstående skema fremgår det, at der er væsentlige ligheder, men også forskelle mellem DAT-terapeuterne og musikterapeuternes syn på misbrugsbehandling. Dette fremgår af forskelle i terapeuternes teoretiske forståelse, opfattelse af hvilke færdigheder/problemstillinger er væsentlige at behandle og deres beskrivelse af praksis.

Både musikterapeuterne og DAT-terapeuterne har en eklektisk teoretisk tilgang. Forskellen ligger i, at musikterapeuterne vægter neuroaffektiv psykologi og arbejdet på det autonome nervesystems niveau, mens DAT-terapeuterne arbejder ud fra forståelsesrammen fra dialektisk adfærdsterapi. Både DAT-terapeuterne og musikterapeuterne ser misbrug som en form for flugt fra ubehagelige livsomstændigheder. Ift. hvad terapeuterne ser som væsentligt at behandle, lægger DAT-terapeuterne vægt på færdigheder, mens musikterapeuterne lægger vægt på regulering på det autonome nervesystems niveau og det limbiske emotionelle niveau. Overordnet set har DAT mere fokus på handlinger, mens musikterapeuterne har mere fokus på indre tilstande.

Forskellene udspiller sig ydermere i praksis, hvor DAT-terapeuterne har en struktureret sessionsform med undervisning, og musikterapeuterne har en fleksibel sessionsform og tilpasser hver session ift. til den enkelte klient. DAT-terapeuterne sammenligner terapien med undervisning, mens musikterapeuterne beskriver en spændvidde i terapien fra musikpædagogik til psykoterapi. I DAT er formålet med undervisning forudbestemt, idet klienterne skal lære bestemte færdigheder. I

musikterapien er der ikke et forudbestemt mål med aktiviteterne i terapien, da aktiviteterne opfattes som afprøvninger, der tilpasses og kreeres med udgangspunkt i klienten her og nu.

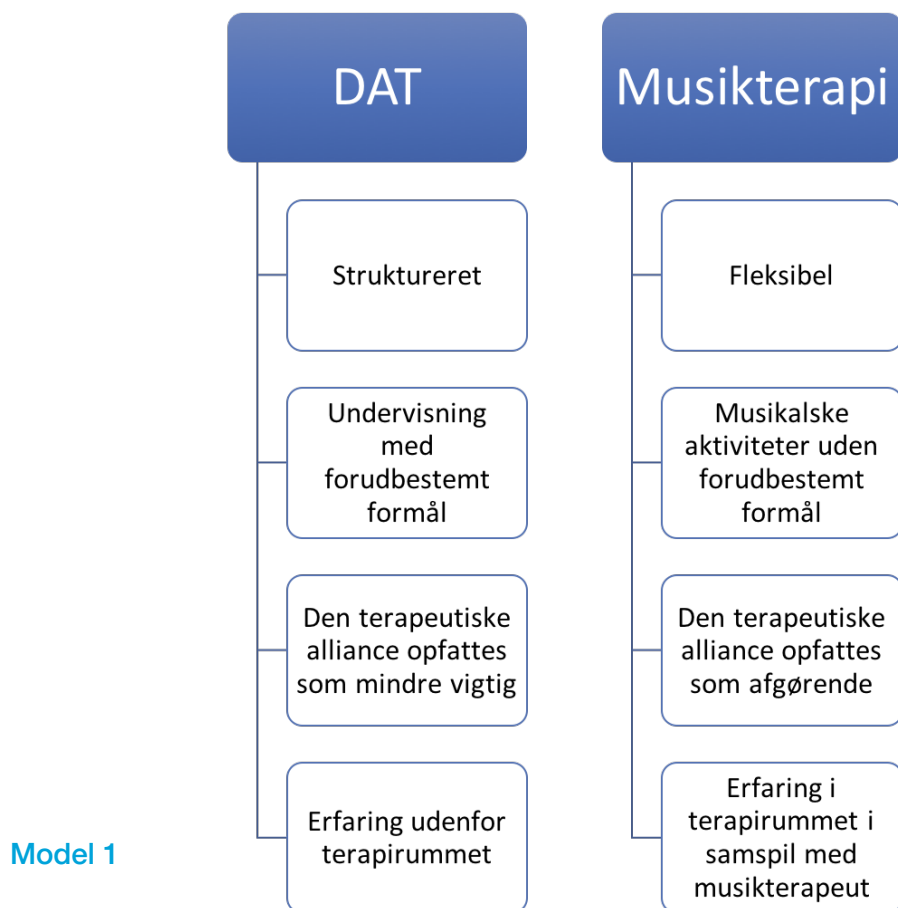
Ift. til klienterne kræver DAT en vis intelligens, koncentration og øvning, hvorimod musikterapeuterne ikke mener, klienter behøver at besidde færdigheder for at få udbytte af terapien.

Derudover er der forskelle imellem klientens udbytte af henholdsvis DAT og musikterapi. DAT-terapeuterne påpeger opmærksomhed, bevidsthed, følelsesregulering og relationsfærdigheder, og musikterapeuterne regulering, glæde, kreativt selvudtryk og omsorg og tryghed.

Den terapeutiske alliance opfattes som mindre vigtig i DAT, hvorimod musikterapeuterne ser den som afgørende for klientens udbytte. Musikterapeuterne lægger ydermere vægt på terapeutens sansning som en vigtig faktor i musikterapien, hvorimod DAT-terapeuterne ikke beskriver noget tilsvarende.

Opsamling af resultater

På baggrund af analysens fund kan de centrale forskelle mellem DAT og musikterapi opsamles i følgende model:



Delkonklusion

Analysens fund giver indtil videre følgende svar på problemformuleringens spørgsmål.

Første spørgsmål i problemformuleringen var følgende:

1.Hvilken teoretisk forståelse har henholdsvis DAT-terapeuter og musikterapeuter af væsentlige problemstillinger, der knytter sig til misbrug hos klienter i misbrugsbehandling?

Analysens fund viser, at DAT-terapeuterne har et kristent menneskesyn, mens musikterapeuterne havde et humanistisk menneskesyn. Analysen viste, at DAT-terapeuternes teoretiske forståelse varierede pga. forskellig uddannelsesmæssig baggrund. Fælles for DAT-terapeuterne var dog, at de var eklektiske i deres teoretiske forståelse og inddrog flere teorier ift. at forstå klientens problematikker, behandling etc. DAT-terapeuterne tilsluttede sig DAT's teoretiske forståelsesramme, som handler om, at mennesker mangler grundlæggende færdigheder, som er nødvendige at lære for at klare sig bedre. Terapeuternes teoretiske forståelse af væsentlige problemstillinger i misbrugsbehandling er altså manglende færdigheder.

Ift. musikterapeuterne viste analysens fund, at musikterapeuterne var eklektiske i deres teoretiske forståelse og inddrog flere teorier og teoretiske lag. Dog viste analysen også, at terapeuterne særlig lagde vægt på neuroaffektive teorier og især det autonome nervesystems niveau. Musikterapeuterne anvendte neuroaffektive teorier for at forstå væsentlige problemstillinger hos klienter i misbrugsbehandling.

Andet spørgsmål i problemformuleringen er følgende:

2.Hvilke problemstillinger/færdigheder, der knytter sig til misbrug, opfattes som væsentlige arbejdsområder hos klienter i misbrugsbehandling ifølge dialektisk adfærdsterapi og musikterapi?

Ud fra analysens fund så DAT-terapeuterne primært udvikling af færdigheder som væsentlige arbejdsområder hos klienter i misbrugsbehandling. Mere præcist er der tale om færdigheder fra

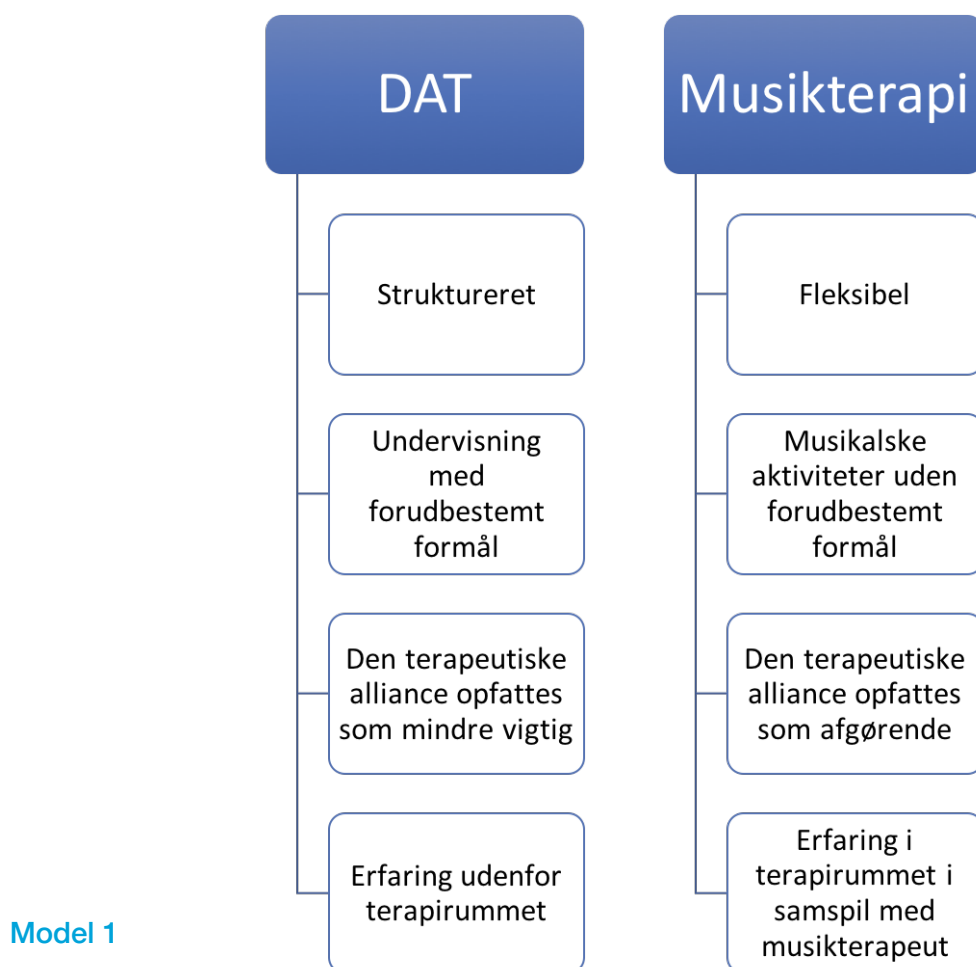
DAT, som omfatter opmærksomhed, krisefærdigheder, følelsesregulering og relationsfærdigheder. Derudover så terapeuterne klientens oplevelse af mening som væsentlig, samt ydre og indre faktorer såsom familie, bosted, arbejde og værdier.

Musikterapeuterne så primært regulering som en væsentlig problemstilling. Efter deres opfattelse er en væsentlig problemstilling hos klienter i misbrugsbehandling manglende evne til at regulere sig selv på det autonome nervesystems niveau og på det limbiske emotionelle niveau. Derfor lagde de vægt på at behandle denne problemstilling i deres praksis. Derudover lagde de vægt på relation og sociale kompetencer som væsentlige behandlingsområder hos mennesker i misbrugsbehandling.

Tredje spørgsmål i problemformuleringen er følgende:

3. Hvordan behandler/udvikler henholdsvis DAT og musikterapi væsentlige problemstillinger/færdigheder i misbrugsbehandling?

På baggrund af analysens fund kan de centrale forskelle ift. til, hvordan DAT og musikterapi behandler væsentlige problemstillinger, opsamles i følgende model:

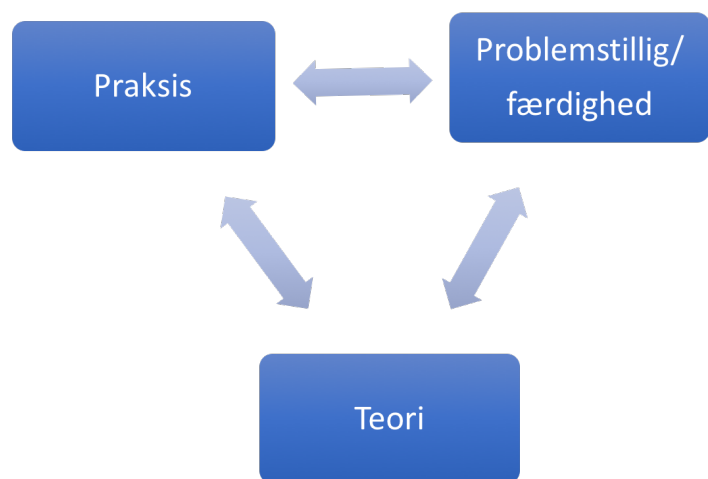


6. Diskussion

I dette afsnit inddrages relevant teori, som er udvalgt på baggrund af analysens fund. Teorierne, der præsenteres er: Psykodynamiske og kognitive terapiretninger, kritik af kognitiv adfærdsterapi, terapeutisk alliance og til sidst neuroaffektiv psykologi. Formålet er belyse og sidenhen diskutere analysens fund ud fra disse teoretiske vinkler. Derudover diskuteres problemformuleringens diskussionsspørgsmål samt opgavens begrænsninger. Til sidst gives en vurdering af musikterapis rolle i misbrugsbehandling på baggrund af undersøgelsens fund.

Indtil videre har analysen givet et svar på forskelle og ligheder mellem terapeuternes teoretiske forståelse, syn på problemstillinger/færdigheder, der betragtes som væsentlige at behandle/udvikle, og hvordan dette udføres i praksis. Ydermere er de vigtigste forskelle mellem DAT og musikterapi opstillet i model 1 (se s.84). Fundene i model 1 leder til spørgsmålene, om disse forskelle kan generaliseres? Hvilken betydning disse forskelle har for klientens udbytte? Og hvilken rolle musikterapi har i misbrugsbehandling? For nærmere afklaring på problemformuleringens diskussionsspørgsmål vil fokus i diskussionen ligge på forskellene præsenteret i model 1.

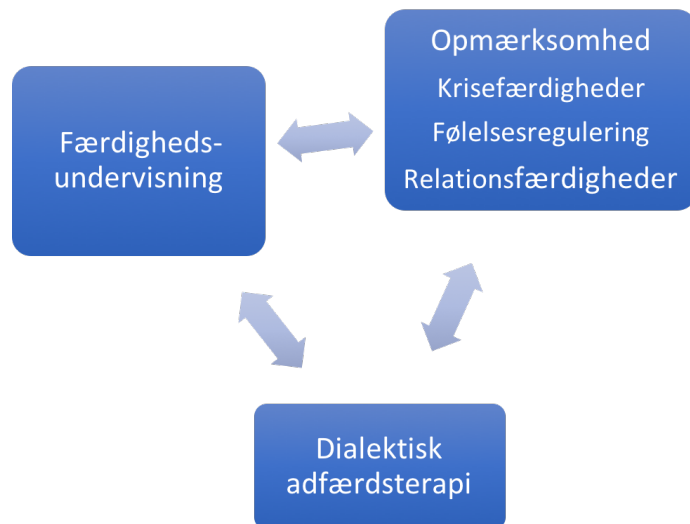
Som tidligere beskrevet, udsprang denne undersøgelse fra min egen refleksion omkring, hvordan terapeuters teoretiske forståelse påvirker, hvad de behandler, og hvordan de behandler det i praksis. Min formodning er at teori, problemstillinger/færdighed og praksis hænger sammen og dynamisk påvirker hinanden (se model 2).



Model 2

Musikterapeuter

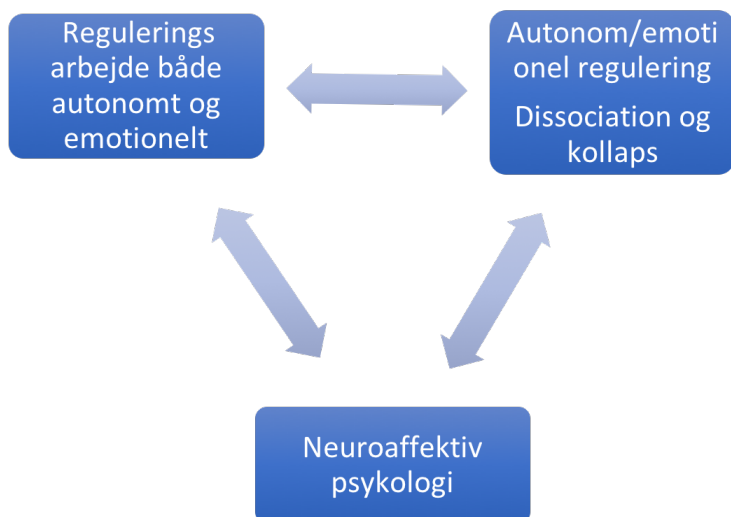
Som illustreret i model 3 bliver musikterapeuternes teoretiske forståelse af neuroaffektiv psykologi gennemgående for deres syn på problemstillinger og deres arbejde i praksis. Sammenhængen mellem terapeuternes teoretiske forståelse af neuroaffektiv psykologi, regulering som en væsentlig problemstilling at behandle hos klienter i misbrugsbehandling og musikterapeutiske aktiviteter som redskab til at regulere på både det autonome nervesystems niveau samt det limbiske emotionelle niveau bliver tydeligt i analysen.



Model 3

DAT-terapeuter

For DAT-terapeuterne er det tydeligt, hvordan DAT danner en teoretisk rammen for behandlingen. DAT baseres på et menneskesyn, hvor mennesket betragtes ud fra det perspektiv, at de altid gør det bedst mulige ud fra deres evne, men mangler færdigheder for at kunne ændre uhensigtsmæssig



Model 4

adfærd, og undervisning i disse færdigheder bliver derfor fokus i behandlingen. Dog har terapeuterne forskellige uddannelsesmæssige baggrunde og har en langt større teoretisk forståelse end den, der bliver præsenteret ift. DAT. F.eks. vægter terapeuterne den terapeutiske relation tungt og mener, at relationen er

grundlæggende for, at klienten kan hele (2:336 – 343, 347-350), men siger dog, at dette praktiseres mere uden for DAT. Denne modsætning afspejler en forskel i, hvordan terapeuternes teoretiske forståelse ikke altid udføres i praksis, men at praktiske rammer har indflydelse på terapeutens handling. F.eks. har DAT en fast struktur, som bestemmer sessionernes opbygning og indhold. Dvs. at praksis er styret af terapiens rammer, og at terapeutens teoretiske forståelse ikke nødvendigvis påvirker praksis. Fund i analysen viser, at uanset hvilken teoretisk baggrund og træning terapeuterne har, er alle opmærksomme på betydningen af relationen mellem terapeut og klient. Dette er på den ene side bemærkelsesværdigt, da DAT's teoretiske grundlag ikke specifikt har fokus på relationen og definerer forholdet mellem terapeut og klient som lærer/elev-forhold. På den anden side er DAT en kortere uddannelse, og derfor kan DAT-terapeuter have en baggrund som psykolog, psykoterapeut etc., som giver dem en langt bredere viden om psykoterapi i praksis end den der præsenteres i DAT. Musikterapeuterne derimod er teoretisk skolet og trænet i at opbygge og anvende relationen i det terapeutiske arbejde. På den baggrund kan det ses, at DAT-terapeuternes teoretiske baggrund ikke alene kan forklare deres beskrivelser af praksis.

Psykodynamiske og kognitive terapietninger

På baggrund af analysens fund er de tydeligste forskelle mellem DAT og musikterapi opstillet i model 1. Ud fra denne model rejses spørgsmålet, om disse forskelle er generelle for kognitive terapietninger som DAT og psykodynamiske terapietninger som musikterapi og om de mon kan underbygges af teori?

Musikterapi kan have flere forskellige retninger. F.eks. kan musikterapien være kognitiv adfædsorienteret, hvor musikken anvendes som redskab til at frembringe hensigtsmæssig adfærd og mindske uhensigtsmæssig adfærd og tankemønstre (Ridder & Bonde, 2014), eller være psykodynamisk, hvor der er fokus på at bruge musikken non-verbalt og udvikle nye forholdemåder til klientens egne tanker, holdninger, følelser og relationer (Ridder & Bonde, 2014). I denne opgave var inklusionskriterierne for musikterapeuterne, at de skulle være uddannede fra Aalborg Universitet, hvor uddannelsen har en psykodynamisk tilgang (Ridder & Bonde, 2014).

Psykodynamisk terapi er ikke en enkeltstående terapeutisk retning, men dækker over en række terapiformer. Fælles for disse terapiformer er, at de har sit udspring i psykoanalyse, som vi kender fra Freud (Hougaard, 2004).

Musikterapeuterne i denne undersøgelse kan på flere punkter identificeres med psykodynamiske tilgange som bl.a. dækker over forståelsen af, at klientens tidligere oplevelser har indflydelse på

terapien, overføring og modoverføringsbegrebet, samt vægten på det relationelle (Ridder & Bonde, 2014). Musikterapeuterne arbejder med sansninger, regulering og ser den terapeutiske alliance som afgørende for behandlingen. Ydermere er musikterapeuterne fleksible og justerer terapien efter den enkelte klient. MT3 siger i interviewet, at hun har en klientcentreret tilgang, hvor klienten er ekspert i sit eget liv, og terapeuten er på opdagelse sammen med klienten. MT4 beskriver sig som havende en psykodynamisk forankring og en forståelse af, at tidligere erfaringer påvirker terapien. Med disse udsagn kan der på den ene side argumenteres for, at musikterapeuternes tilgang hælder til den psykoanalytiske og den klientcentrerede tilgang som vist i Hougaards tabel (se tabel 19).

Musikterapeuterne lægger ikke vægt på færdigheder og træning, men derimod regulering, og forholdet mellem terapeut og klient ligner mere et venskabsforhold end forholdet mellem lærer og elev. På den anden side inddrager musikterapeuterne yderligere neuroaffektive teorier, hvilket strækker sig ud over den klassiske psykodynamiske tilgang. Dette kan muligvis forklares igennem musikterapiens udvikling den seneste tid, hvor neuroaffektive teorier har fået mere opmærksomhed. Især Susan Harts teorier spiller en betydningsfuld rolle i forståelsen af musikterapiens forcer, hvilket også afspejles i analysens fund. Yderligere kan vi sætte spørgsmålet om, hvordan de neuroaffektive teorier forholder sig til den psykodynamiske tilgang? Neuroaffektiv psykologi er en sammentænkning af tilknytningsteorier, udviklingspsykologi, teorier om traumer og neuropsykologi (Lindvang & Beck, 2017). Velvidende om, at dette omhandler omfattende teorier og dette kun er en lille og overordnet vinkel på hvordan den neuroaffektive teorier forholder sig til den psykodynamiske tilgang, kan der ses et sammenfald især ift. til tilknytningsteorier og i forståelsen af at mennesket formes og udvikles igennem samspillet med andre mennesker og ikke som et enkelt individ (Lindvang & Beck, 2017). Yderligere inddrager neuroaffektiv psykologi den nyeste hjerneforskning vedr. affektive strukturer og processer i hjernen, hvilket skiller sig fra den klassiske psykodynamiske tilgang (Lindvang & Beck, 2017).

Tabel 19

Hovedtræk ved forskellige terapiformer

Terapiform	Centrale aspekter ved forholdet	Centrale terapeutiske metoder	Terapeutens holdning	Rollemodel
Psykoanalyse	Overføring/modoverføring	Tolkninger	Neutral	Forældre-barn/læge/patient
Klient-centreret psykoterapi	Reelt forhold	Følelssespejlinger	Autentisk, empatisk accept	Venskabsforhold

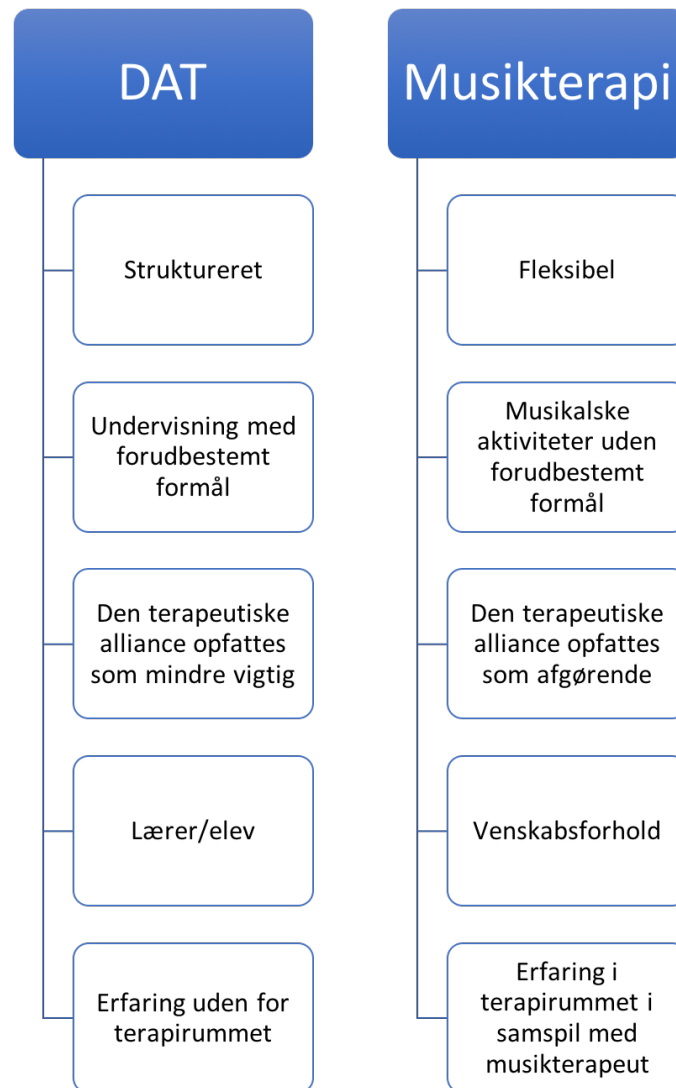
Hovedtræk ved forskellige terapiformer				
Adfærdsterapi (klassisk)	Påvirkning	Eksposering, færdighedstræning	Direktiv	Træner/elev
Kognitiv terapi	“Samarbejdende empirisme”	Kognitiv omstrukturering	Aktiv, målrettet og direkte	Læge-elev/Læge-patient

Tabel over hovedtræk ved forskellige terapiformer (Hougaard, 2004).

DAT kategoriseres som en terapietning inden for den tredje bølge af kognitiv adfærdsterapi, og er en videre udvikling af kognitiv adfærdsterapi (KAT). Kognitiv adfærdsterapi har sit fokus på tanker og adfærd og forsøger at ændre negative automatiske tanker og uhensigtsmæssig adfærd (Hougaard, 2004). Den tredje bølge af KAT indeholder nogle af de samme elementer, men har tilføjet mindfulness, accept, klientens værdier og relationen mellem klient og terapeut (Öst, 2008). Så hvordan passer analysens fund ift. til kendetegnene for kognitive tilgange i Hougaards model?

Hougaards model er fra før ”den tredje bølge”, og indeholder derfor ikke elementerne beskrevet ovenfor. Desuden ses det, at den klassiske adfærdsterapi og kognitiv terapi betragtes som adskilte. Når den alligevel anvendes her, skyldes det, at adfærdsterapien er den centrale terapeutiske metodeeksponering og færdighedstræning, som DAT-terapeuterne også lagde vægt på. Både centrale forhold, metoder, terapeutens holdning og rollemodeller svarer til fund i analysen. Terapeuten beskrives direktiv i adfærdsterapien. Der kan argumenteres for, at DAT-terapeuterne er direkte i den forstand, at DAT er en manualbaseret metode, hvor terapeuten giver retning i undervisningen, som har et forudbestemt mål. Yderligere bliver forholdet mellem terapeut og klient beskrevet som et lærer/elev-forhold. Fundene fra analysen belyser ikke direkte forholdet mellem terapeut og klient udover at sige, at tilliden og alliancen er mindre vigtig, da det drejer sig om undervisning, men beskrivelserne giver det indtryk, at der arbejdes ud fra en lærer/elev-opfattelse af forholdet mellem terapeut og klient, underforstået at der indgår en lærer i undervisningen og en elev til at tage imod undervisning, og derfor sluttes det her, at et lignende forhold gør sig gældende i DAT.

Da analysens fund i et vist omfang bekræftes af teorier om psykodynamiske og kognitive retninger, understøttes en vis generalisering af modellen (se model 1) om forskelle mellem DAT og musikterapi. Yderligere kan der tilføjes et punkt til modellen, da det på baggrund af Hougaards model er muligt at identificere rollerne mellem klient og terapeut. Derfor tilføjes ”lærer/elev” og ”venskabsforhold”



Model 5

Kritik af kognitiv adfærdsterapi

Vi har nu diskuteret, hvordan DAT og musikterapi ifølge analysens fund stemmer overens med kognitive og psykodynamiske retninger. Med denne nye vinkel er det nærliggende at undersøge betydningen af forskellene beskrevet i ovenstående model ift. klientens udbytte (se model 5)

Kognitiv adfærdsterapi er en anerkendt terapitilgang, men i bogen Schema Terapi (Young, Klosko, & Weishaar, 2016) fremhæves nogle kritiske synspunkter i forhold til metodens anvendelse i forbindelse med personer med personlighedsforstyrrelser. Kognitiv adfærdsterapi antager, at klienter med denne problemstilling er i stand til og er motiverede for at indordne sig efter behandlingsmetoden og er motiverede for ændring i deres liv. Ændringer indebærer at opbygge nye færdigheder, løse problemstillinger og reducere symptomer, men disse antagelser er uholdbare, når

det gælder mennesker med personlighedsforstyrrelser, da de nødvendigvis ikke indordner sig behandlingsprocedurene (Young et al., 2016). Mennesker med personlighedsforstyrrelse er ofte ude af stand til at løse hjemmeopgaver, og deres motivation til forandring kan være kompliceret (Young et al., 2016). Ydermere antages det i kognitiv adfærdsterapi, at klienterne hurtigt kan få adgang til egne tanker og følelser. Dette er dog ikke tilfældet, da en stor del af mennesker med personlighedsforstyrrelser synes at være ude af kontakt med egne følelser og tanker, hvilket vanskeliggør dette fokus (Young et al., 2016). En anden antagelse er, at klienter kan ændre tankemønstre og uhensigtsmæssig adfærd igennem øvelser, logiske slutninger og forsøg, men Young et al. erfaring er, at dette ikke er tilfældet, da mennesker med personlighedsforstyrrelser er ekstremt resistente for ændringer igennem kognitive adfærdsteknikker pga. manglende psykisk fleksibilitet (Young et al., 2016). Den terapeutiske alliance er ligeledes en udfordring for mennesker med personlighedsforstyrrelser og negligeres ofte i kognitiv adfærdsterapi på trods af, at interpersonelle temaer ofte er kerneproblemet for disse klienter. Yderligere beskriver Young et al. at *“den terapeutiske relation er det bedste udgangspunkt for vurdering og behandling”* (Young et al., 2016, s.21).

Kognitive tilgange er generelt anerkendte på grund af gode forskningsresultater, men ovenstående kritik beskriver en side af kognitive tilgange, som ofte ikke omtales. Så hvordan forholder analysens fund sig til ovenstående kritik? I interviewene beskrev DAT-terapeuterne, hvordan kun enkelte klienter gennemførte hele terapiforløbet, og hvordan der var stor variation i, hvorvidt klienterne løste opgaverne. DAT-terapeuterne knyttede bl.a. dette til, hvor gode de var til at undervise og spørge ind til klienterne. Denne tolkning stemmer overens med forskningen af Trepka (Trepka, Rees, Shapiro, Hardy, & Barkham, 2004), der fandt, at terapeutens dygtighed og kendskab til metoden havde indflydelse på klientens udbytte. Derudover stemmer tolkningen overens med teorien om, at en god terapeutiske alliance påvirker klientens udbytte positivt (Hougaard, 2004; Trepka et al., 2004). En tredje vinkel af, hvorfor flere klienter ikke gennemfører DAT forløbet, kan hænge sammen med kritikken af kognitiv adfærdsterapis antagelser (Young et al., 2016). Ifølge analysens fund gør nogle af de samme antagelser sig gældende ift. DAT. F.eks. antages det i DAT, at klienterne kan indordne sig struktureret undervisning, at de er i stand til at modtage undervisning og at klienterne formår at løse opgaverne på egen hånd imellem sessionerne. Men da vi ved, at komorbiditet er hyppig blandt mennesker med misbrugsproblematikker (Karterud et al., 2013), påpeger denne kritik, at kognitive tilgange som DAT ikke altid er en ideel løsning for mennesker

med personlighedsforstyrrelser og misbrugsproblematikker. Dette leder til spørgsmålet om, hvilken rolle musikterapi spiller ift. til denne kritik? Vi har indtil videre slået fast at musikterapi adskiller sig fra DAT og de kognitive tilgange, men uden at diskutere, hvilken betydning forskellene har ift. til klientens udbytte. Ovenstående kritik kan på den ene side belyse betydningen af disse forskelle, da den netop efterlyser nogen af de punkter, musikterapi har vist sig at have ifølge denne undersøgelse. Musikterapien viste sig i denne undersøgelse at være fleksibel og tage udgangspunkt i klientens situation her og nu uden et forudbestemt formål for, hvad klienten skal lære (se model 5). Yderligere arbejder musikterapien primært med at skabe nye erfaringer inde i terapirummet i samspillet mellem klient og terapeut, og derved hverken antages eller kræves det af klienten at kunne indordne sig en fastlagt struktur eller løse arbejdsopgaver på egen hånd. Derudover sættes relationen i fokus, hvilket ifølge Young et al. er centralt for klienter med personlighedsforstyrrelser (Young et al., 2016). På baggrund af denne synsvinkel kan der argumenteres for, at musikterapi er et gavnligt behandlingstilbud for mennesker med personlighedsforstyrrelser i misbrugsbehandling. På den anden side er der stadig en del af klienter i misbrugsbehandling uden dobbeltdiagnoser, og derfor rejser spørgsmålet sig om, hvilken rolle forskellen mellem DAT og musikterapi spiller ift. deres udbytte? Vi har i ovenstående afsnit berørt vigtigheden af relationen for mennesker med personlighedsforstyrrelser og skal derfor kigge nærmere på modellens (model 5) punkt om den terapeutiske alliance.

Terapeutisk alliance

Young et al. (Young et al., 2016) beskriver, hvordan den terapeutiske alliance negligeres i kognitiv adfærdsterapi på trods af, at der generelt er enighed om, at den terapeutiske alliance har indflydelse på klienters udbytte af terapi (Young et al., Hougaard, Trepka, Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011).

Den terapeutiske alliance er defineret af mange, men en meget anvendt definition er Bordins. Bordin mente, at alliancen mellem klient og terapeut var afgørende for forandring uanset behandlingstilgang (Karterud et al., 2013). Den terapeutiske alliance består af følgende 3 elementer:

- Emotionelt bånd mellem klient og terapeut.
- Enighed og samarbejde om opgaver.
- Enighed om målsætninger.

Forskningen viser, at den terapeutiske alliance spiller en vigtig rolle ift. klientens udbytte (Horvath et al., 2011; Hougaard, 2004; Karterud et al., 2013; Martin et al., 2000). Dog er det forskelligt, hvor meget terapeuter vægter alliancen i forskellige terapiretninger (Hougaard, 2004). Et studie af 5 psykologer undersøgte betydningen af den terapeutiske alliance og terapeutens dygtighed ift. at udføre kognitiv terapi og fandt, at der var sammenhæng mellem klientens udbytte, den terapeutiske alliance og terapeutens kompetencer (Trepka et al., 2004). Studiet understøtter altså tidligere forskning om, at den terapeutiske alliance har indflydelse på klientens udbytte. Derudover viste resultaterne, at terapeutens færdigheder spillede en afgørende rolle for udbyttet af den kognitive terapi. Jo bedre terapeuten kendte metoden og jo mere erfaren terapeuten var i at anvende den kognitive metode, jo større udbytte havde klienterne (Trepka et al., 2004).

På baggrund af både analysens fund og teorien om psykodynamiske og kognitive terapiretninger kan vi fastslå, at der er en grundlæggende forskel på synet på den terapeutiske alliance, da de kognitive retninger ikke lægger vægt på den terapeutiske alliance, mens man i de psykodynamiske retninger ser den som afgørende. Men hvilken betydning har det at terapeutterne ser forskelligt alliancen, og er den overhovedet vigtig at have fokus på? Ud fra et forskningsperspektiv, så er der empirisk belæg (Horvath et al., 2011; Hougaard, 2004; Martin et al., 2000; Trepka et al., 2004) for, at alliancen er vigtig for klientens udbytte på tværs af klientgrupper, og hvis vi kigger tilbage på kritikken af kognitive tilgange, er den terapeutiske alliance især vigtig for mennesker med personlighedsforstyrrelse.

Musikterapeuterne ser alliancen som afgørende for klientens udvikling, hvilket der er empirisk belæg for (Karterud et al., 2013; Trepka et al., 2004). DAT-terapeuterne derimod ser alliancen som mindre vigtig i DAT, hvilket stemmer overens med den klassiske kognitive tænkning (Hougaard, 2004). Der er dog en modsætning i denne udtalelse, da terapeutterne ikke vægter alliancen i selve DAT-undervisningen, men stadig er bevidste om dens vigtighed og ser den som grundlæggende for at hele. Den strukturerede undervisningsform kan muligvis give en forklaring på dette. Den del af DAT, der handler om færdighedstræning, bliver i denne undersøgelse omtalt som behandling der står alene og dette kan muligvis forklare årsagen til, at alliancen er af mindre betydning. F.eks. kan det tænkes, at strukturen af færdighedsundervisning i grupper begrænser muligheden for at vægte det emotionelle bånd mellem terapeut og klient i modsætning til at anvende alle DAT's moduler,

hvor der både inddrages individuel terapi, og hvor klienten har mulighed for at ringe til terapeuten. Da musikterapeuterne er teoretisk skolet og trænet i at opbygge og anvende relationen i det terapeutiske arbejde, vil opbygningen af det emotionelle bånd mellem klient og terapeut sandsynligvis være lettere tilgængeligt. En del af den terapeutiske alliance består af enighed og samarbejde om arbejdsopgaver. Da målet for, hvad klienterne skal lære, er fastlagt i DAT, er det formodenligt sværere at opnå enighed om arbejdsopgaver i terapien, da klienten ikke er medbestemmende ift. til opgaverne. På den ene side kan undervisningsstrukturen i DAT virke bekendt og let tilgængelig, fordi de fleste kan relatere til undervisning. Det kan være en fordel at få fastlagte opgaver med et forudbestemt formål, da det ikke kræver en større kreativ indsats, og derfor kan opgaverne virke overskuelige at gå til. På den anden side nævner DAT-terapeuterne i denne undersøgelse, at netop association til skoleundervisning er en udfordring for klienternes engagement. Ligeledes er der fordele og ulemper ved musikterapi, da den fleksible struktur på den ene side kan være en fordel, idet det er muligt at tilpasse i forhold til klientens behov, hvilket netop kan være en fordel med henblik på enighed og samarbejde om arbejdsopgave. På den anden side kan fleksibiliteten være ulempe, da det kræver mod og en kreativ indsats fra klientens side hvilket kan være en udfordring for nogle klienter.

Neuroaffektiv psykologi i musikterapi

Ifølge analysens fund anvender begge musikterapeuter neuroaffektive teorier i deres praksis, derfor er det nærliggende at diskutere teorien om neuroaffektive psykologi ift. analysens fund.

I bogen Musik, krop og følelser (Lindvang & Beck, 2017) beskrives neuroaffektive processer i musikterapi. I denne undersøgelse nævner musikterapeuterne gentagne gange regulering på det autonome nervesystems plan og det emotionelle, og derfor har dette afsnit til formål at give en bedre forståelse for reguleringen, musikterapeuterne omtaler.

Neuroaffektiv psykologi inddrager udviklingspsykologi, tilknytningsteori, traumeforskning og hjerneforskning. En del af forståelsen i neuroaffektiv psykologi er ideen om den tredelte hjerne. Den tredelte hjerne opfattes som et landkort, som kan være en hjælp at navigere efter (Lindvang & Beck, 2017). Ifølge McCleans

model af den tredelte hjerne er hjernen opbygget hierarkisk i tre lag, reptilhjernen, den ældre pattedyrhjerne og den nye pattedyrhjerne. Disse kan i grove træk beskrive neural udvikling ved at omskrive lagene til autonomt sansende og arousalregulerende, et limbisk emotionelt og et præfrontalt mentaliserende (Hart, 2017, s.68). Det autonome nervesystem består af instinktive funktioner og primitive affekter, som hjælper til overlevelse, f.eks. angstreaktioner, aggression og seksualitet. Ydermere reguleres arousalniveauet på dette plan. Reguleringen er konstant og kan ikke undslippes eller begribes gennem kognitive processer, men foregår gennem sansninger (Hart, 2017). Disse sansninger kalder Stern for vitalitetsaffekter, som kan være oplevelsen af at være, boblende, kold, varm, urolig osv. Det limbiske emotionelle niveau viderearbejder og nuancerer de primitive og instinktive sansninger. Da det autonome nervesystems niveau reagerer på lyd, kan musikken regulere arousalniveauet, og kan bringe klienten op eller ned i tempo, og få klienten til at opleve behagelige og ubehagelige stemninger samtidig med, at det er muligt at skabe synkroniseringsfænomener og derved skabe oplevelsen af samhørighed (Hart, 2017).

Det limbiske emotionelle niveau arbejder mellem det autonome sansende og det præfrontale mentaliserende. Det betyder, at de primitive affekter som angst og aggression bliver nuancerede på dette niveau samtidig med, at det giver tankerne en følelsesmæssig kvalitet (Hart, 2017). Dette gør det muligt at fornemme vores egne og andres følelsesmæssige behov. På dette niveau kan musikken frembringe følelser, der ikke nødvendigvis er forbundne med det mentaliserende. Hart beskriver musikterapeutisk arbejde på limbiske emotionelle niveau således:

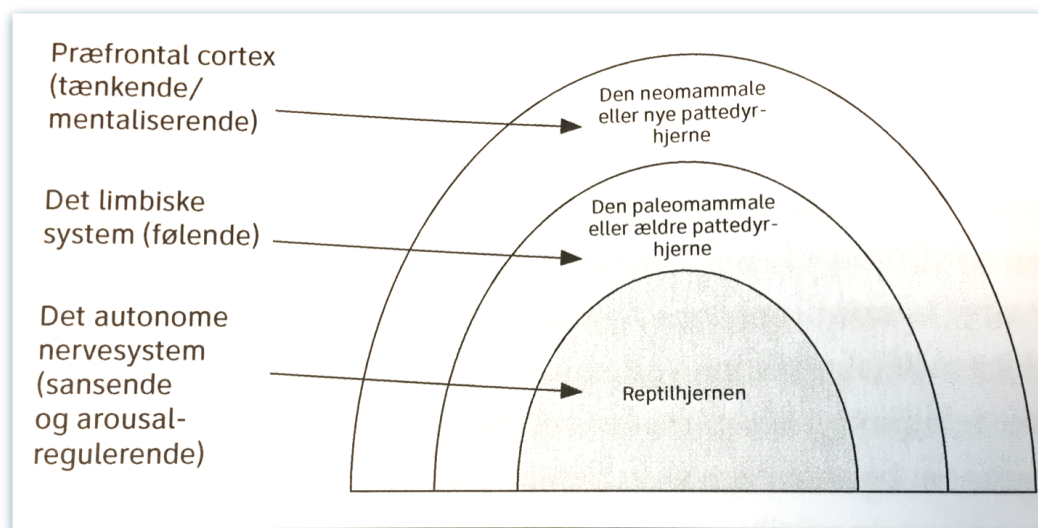
“Hvis terapeuten for tidligt inddrager tolkning og indsigt, trækkes bevidstheden ud af den limbiske aktivering og ind i det næste præfrontale niveau og slipper det limbiske. Derfor drejer det sig om ‘at lade musikken spille’ så længe, at man som musikterapeut ved, at man har indfanget den ønskede stemning og synkronisering. Igennem den limbiske resonans sker der en følelsesmæssig fordybelse, som ikke ville opstå, hvis man kun koncentrerede sig om at forstå meningen med klientens reaktioner” (Hart, 2017, s.74).

Fælles for det autonome nervesystems niveau og det limbiske emotionelle niveau er, at de mangler neurale kredsløb, som gør det muligt at kommunikere verbalt (Hart, 2017), og derfor er musikterapi et unikt redskab til at nå ind til disse niveauer. Det præfrontale mentaliserende niveau gør det muligt for mennesket at mentalisere og gør os i stand til impulshæmning, behovsstyring, at udvælge strategier, undertrykke eller styre følelser (Hart, 2017). Det er på dette niveau, forestillingsevne og evnen til at reflektere over sig selv og andre gør sig gældende. Det er vigtigt at

understrege, at disse niveauer arbejder sammen gennem syntonisering og integration, og teorien skal ses som landkort, som terapeuten kan navigere efter (Hart, 2017). Hvis terapeuten er fleksibel og har

kompetencerne til det, er det muligt at arbejde på alle tre niveauer i musikterapi og dermed finde klientens nærmeste udviklingszone

(window of opportunity) (Hart, 2017).



Hart (Hart, 2017) beskriver yderligere, hvordan mennesker udvikler egne mestringsstrategier for at regulere sig selv igennem mikroregulering. Mikroregulering sker igennem menneskers evne til at resonere med hinanden. Mikroregulering består af gentagne subtile samspil mellem to mennesker, og det er igennem disse små synkroniseringer, at regulerende processer kan reorganiseres og udvikles. I terapi er *"Det terapeutens intuitive evne til at synkronisere sig med et andet menneske, der skaber mikroregulering, og som er modningens egentlige drivkraft"* (Hart, 2017, s.62). Når en gensidig regulering med et andet nervesystem opstår, kan de fælles erfaringer imellem to mennesker skabe intimitet, tilknytning, gensidig afstemning, selvregulering og selvrefleksion (Hart, 2017, s.63).

Musikterapeuten, der også er DAT-terapeut, beskriver i interviewet, at DAT kræver, at klienterne er velfungerende på det autonome nervesystems niveau. Hvis vi ser på DAT ud fra forståelsen af, at hjernen er opbygget hierarkisk (Hart, 2017), så navigerer færdighedsundervisning primært på det præfrontale mentaliserende niveau, da det er sproget og evnen til at reflektere, der er i centrum. Det betyder, at hvis klienter f.eks. er dissocierede eller følelsesmæssigt meget aktiverede, vil terapiformer som DAT ikke fungere, da der ikke vil være adgang til det præfrontale mentaliserende niveau. Musik er non-verbal og påvirker det autonome nervesystems niveau samt det limbiske emotionelle, mens det præfrontale niveau bliver mindre aktiveret. Derfor vil musikterapi kunne

gribe meget følelsesaktiverede og dissocierede klienter ud fra denne teoretiske forståelse. Dette er selvfølgelig en meget forsimplet forklaring, da hjernen er mere kompleks end som så. Yderligere er alle tre lag integrerede, og derfor er det ikke muligt at skille dem ad. Dog er der empirisk belæg for, at høj neurologisk arousal påvirker evnen til refleksion og rationel tænkning (Perry, Pollard, Blakley, Baker, & Vigilante, 1995). Ligeledes ved vi, at musik har indflydelse på kroppen og kropslige reaktioner og kan regulere arousalniveauet, bl.a. igennem puls (Christensen, 2017). Derfor giver musikterapi en unik mulighed for at arbejde non-verbalt med klienter i misbrugsbehandling og ifølge neuroaffektive teorier arbejde på de dybere lag i hjernen (Hart, 2017), hvilket kan være behjælpeligt for klienter, der af forskellige årsager ikke er i stand til at bruge sine refleksive evner.

Hvis vi vender tilbage til modellens sidste punkt (se model 5), er der en forskel i, hvor og hvordan klienterne skaber erfaringer i henholdsvis DAT og musikterapi. Men hvilken betydning har det at skabe erfaringer på egen hånd udenfor terapirummet i modsætning til at skabe erfaringer inde i terapirummet i samspillet med en terapeut? Young et al. slår fast, at mennesker med personlighedsforstyrrelser ofte ikke er i stand til at løse opgaver udenfor terapien (Young et al., 2016), men der kan på baggrund af informanternes udtalelse om, at kun få klienter gennemførte DAT-forløbet, sættes spørgsmålstegn ved, om klienter uden personlighedsforstyrrelser formår at løse arbejdsopgaverne og integrere dem i sit liv på egen hånd. Yderligere kan man stille spørgsmålet om, hvilken betydning det egentlig har at skabe erfaringer i terapien i samspillet med en terapeut? Ifølge teorien om mikroregulering (Hart, 2017) er erfaringen i samspillet med et andet menneske afgørende for at kunne udvikle hensigtsmæssige reguleringskompetencer. Det kan diskuteres, hvorvidt det er muligt at opnå mikroregulering i DAT, da den terapeutiske alliance opfattes som mindre vigtig, og fokus ligger på at undervise. Ydermere får klienter værktøjer igennem undervisningen i grupper, men skal øve sig på egen hånd. På den ene side sker mikroregulering igennem mellemmenneskelige relationer og ikke kun mellem terapeut og klient, og derfor kan klienten opleve synkronisering igennem mikroregulering i samspillet med andre mennesker og derigennem skabe nye erfaringer og udvikle evnen til selvregulering. På den anden side har mennesker med misbrugsproblematikker ofte relationelle problematikker, og derfor kan det virke usandsynligt, at man i lige så høj grad kan opnå en tæt og tryk mellemmenneskelig relation, der kan danne ramme for synkronisering og mødeøjeblikke. Derfor kan der ud fra dette synspunkt argumenteres for, at erfaringer i samspillet med en terapeut med bevidsthed omkring og

kompetencer til at arbejde med mikroregulering i trygge omgivelser er vigtig for klientens udvikling på tværs af psykoterapeutiske metoder. Kritikken af neuroaffektive teorier er, at modellen af den treenige hjerne er forsimplet og bygger på relativt lidt empirisk forskning, da det er svært at undersøge ændringer i synapserne i hjernen. Dog lægger Hart (Hart, 2017) vægt på, at modellen skal forstås som et landkort og kan være en hjælp til at navigere efter for at finde klientens nærmeste udviklingszone. Dette kan lade sig gøre, netop fordi musikterapien er fleksibel og i høj grad har mulighed for tilpasse terapien til hver enkelt klient, men dette kræver også, at terapeuten bruger sine sansninger (Lindvang & Beck, 2017). Man kan forestille sig, at DAT derimod ikke har lige stor mulighed for den samme fleksibilitet, da undervisningen er manualbaseret. Yderligere leder det til spørgsmålet om, hvorvidt DAT i lige høj grad kan finde klientens nærmeste udviklingszone, da den strukturerede form begrænser fleksibiliteten af terapien. Det systematiske review af færdighedstræning som alene stående behandling (Valentine et al., 2015) beskrev, at 8 ud af 17 studier tilpassede undervisningen til deres klientel. Yderligere konkluderede reviewet, at der ikke kan drages konklusioner om effekten af færdighedstræning som alene stående behandling, da både undervisningen og resultaterne varierede (Valentine et al., 2015). Færdighedsundervisning som alene stående behandling lader altså til at have nogen begrænsninger, som muligvis kan forklares af denne undersøgelses diskussion om betydningen af struktureret undervisning med forudbestemt formål, alliance og erfaring udenfor terapirummet.

Kritik af undersøgelsen

Validitet og reliabilitet

Validiteten i denne undersøgelse er sikret ved at anvende metoder og fremgangsmåder, som bedst kan belyse undersøgelsens tema og svare problemformuleringens spørgsmål. I fænomenologien er det vigtigt, at forskeren forholder sig så åbent og objektivt som muligt for at lade det udfolde sig. Jeg har i dette speciale forsøgt at påvirke interviewene så lidt som muligt med egne forudfattede holdninger ved at beskrive min egen epoché, og på den måde sætte mine egen forforståelse og holdning til det undersøgte i parentes. Ligeledes har jeg på forhånd udarbejdet en interviewguide efter objektive retningslinjer, og derefter sparret med vejleder og medstuderende for at blive gjort opmærksom på, hvor jeg er tilbøjelig til at søge mine egne forudfattede holdninger. Som musikterapeut har jeg igennem undersøgelsen forsøgt at være bevidst om min egen forkærlighed for faget og forholde mig åbent til problemformuleringen.

Da interviewene er foregået på henholdsvis dansk, færøsk og norsk, er der sprogbarrierer, som kan have indflydelse på validiteten. Jeg valgte at oversætte de færøske interviews til dansk, og det medfører en fare for, at der i oversættelsesprocessen kan forekomme fortolkninger af udsagnene, eller at nogle informationer kan gå tabt pga. af sproget. For at undgå dette er alle interview sendt tilbage til informanterne på dansk til membercheck for godkendelse og evt. rettelser af udsagnene.

For at styrke validiteten yderligere kunne commonsense analysen ligeledes blive sendt tilbage til membercheck. Dette ville give informanterne mulighed for at give deres perspektiv på fortolkningen af deres udsagn, og derved have styrket validiteten.

Da jeg som undersøger har bekendskab til alle informanter, er det vigtigt at overveje det interpersonelle samspil i forbindelse med interviewene. I dette tilfælde kan det interpersonelle samspil have haft indflydelse på interviewene, da der igennem bekendskabet mellem undersøger og informanter kan opstå en venskabelig tilbøjelighed, som medfører, at informanterne eller undersøger tilbageholder meninger, oplysninger eller spørgsmål for at opretholde den venskabelige relation. Dette har jeg dog så vidt muligt forsøgt at forebygge ved at skabe klare linjer før, under og efter interviewet.

Der er flere punkter i denne undersøgelse, der udfordrer reliabiliteten. En betingelse for den kvalitative forskning er udfordringer ved at gentage undersøgelsen og opnå samme svar pga. det semi-strukturerede interview. For at gøre det muligt at gentage lignende undersøgelser, er alle fremgangsmåder tydeligt beskrevet. Ligeledes er analyseprocessen nøje beskrevet, og det gør det muligt at reproducere en lignende analyseproces. Dog er det usandsynligt at opnå samme koder, kategorier og fortolkninger, da disse er genereret ud fra min egen forståelse. Reliabiliteten i denne undersøgelse kunne være styrket yderligere ved at have fået andre til analysere datamaterialet, og derved have flere syn på interviewenes indhold. Dette er dog ikke tilfældet, og derfor er reliabiliteten udfordret på dette punkt. Yderligere er der anvendt analyseprogrammet NVIVO, hvor interviewene er kodet og analyseret. Selve analyseprogrammet tjener sit formål ift. analysen, men har ikke et passende output. Derfor er det ikke muligt for læseren at se den nøjagtige proces i analysen i dette speciale alene.

Generalisering

Den kvalitative metode søger ikke at generalisere, men at opnå en nuanceret og dybdegående forståelse af et fænomen eller tema. Denne undersøgelse har inddraget informationer fra fire informanter, og derfor kan undersøgelsens resultater ikke generaliseres, da fire informanternes udsagn ikke er repræsentativt for en større mængde af musikterapeuter og DAT-terapeuter. Dog udfoldes nogen forskelle i undersøgelsen, som understøttes af forskning og teorier, og derfor kan der argumenteres for, at undersøgelsen indikerer nogen centrale forskelle mellem behandlingstilgangene, men der kan ikke drages generelle konklusioner på baggrund af denne undersøgelse alene. Dette ville kræve større undersøgelser med flere informanter for at kunne generalisere forskelle og ligheder mellem DAT og musikterapi. Dette kunne eksempelvis undersøges ved hjælp af spørgeskemaer, med spørgsmål vedrørende forskellene mellem DAT og musikterapi, der opstilles i model 5.

Kritik af litteraturgennemgang

Litteraturen, der er inddraget om musikterapi i misbrugsbehandling, kommer fra en integrativ litteraturgennemgang fra 2017 (Hentze, 2017), og er suppleret med en mindre litteratursøgning på norsk litteratur. Søgningen på den norske litteratur var kun en enkelt søgning i databasen Primo. En mere omfattende søgning i flere databaser og med flere søgeord havde sandsynligvis givet mere litteratur, som kunne være relevant for undersøgelsens tema. Ydermere inddrager litteraturgennemgangen af den internationale litteratur kun ni artikler, der spænder fra år 1997 til 2011. Dvs. at litteraturgennemgangen inkluderer en del ældre studier. Denne litteraturgennemgang kunne være suppleret med en søgning efter nyere litteratur. Dog argumenteres der for, at den inddragne litteratur tjener sit formål ved at give et overblik og et billede af eksisterende litteratur, som er relevant for denne undersøgelse. Ift. litteratur og forskning inden for DAT kunne der være inddraget mere litteratur, som kunne have bidraget til et mere nuanceret billede af DAT som behandlingstilgang. Dog vurderes den inddragne litteratur at være relevant og have et passende omfang for undersøgelsens ramme.

Vurdering af musikterapis rolle i misbrugsbehandling

Det kan ikke underkendes, at DAT har gode forskningsmæssige resultater og har en værdig plads i misbrugsbehandling. Musikterapi derimod er stadig i opstartsfasen som behandlingstilgang i misbrugsbehandling, derfor vil jeg på baggrund af undersøgelsens fund give en vurdering af, hvilken rolle musikterapi evt. kan have i misbrugsbehandling.

Bruscia (Bruscia, 2013; Ridder & Bonde, 2014, s.46) beskriver, hvordan musikterapi kan virke på fire følgende niveauer:

1. **Supplerende niveau:** *Al funktionel brug af musik til ikke-terapeutiske, men sundheds- og livskvalitetsfremmende formål.*
2. **Forstærkende niveau:** *Enhver praksis, hvor musik eller musikterapi bruges til at forbedre/forstærke behandlingen inden for andre behandlingsformer, samt til støttende bidrag til klientens overordnede behandlingsplan.*
3. **Intensivt niveau:** *Enhver praksis, hvor musikterapi har en central og selvstændig rolle i forbindelse med tværfagligt formulering af primære mål i klientens behandlingsplan, hvorfor musikterapien kan medføre markant positive forandringer i klientens situation.*
4. **Primært niveau:** *Enhver praksis, hvor musikterapi spiller en afgørende og uundværlig rolle i forhold til at imødekomme klientens primære terapeutiske behov, hvor musikterapibehandlingen medfører vidtgående forandring i klientens liv. (Ridder & Bonde, 2014 s.46).*

Analysens fund viste, at musikterapi kan have en spændvidde fra musikpædagogik til regulær psykoterapi og i lyset af den viden, vi har opnået indtil videre, er det nærliggende at diskutere, hvor musikterapi i misbrugsbehandling kan placeres ift. det musikterapeutiske landskab, Bruscia beskriver (Bruscia, 2013).

Bruscia beskriver, at musikterapien kan variere fra et supplerende niveau, hvor musik anvendes til sundheds- og livskvalitetsfremmende formål til et primært niveau, hvor musikterapien spiller en afgørende og uundværlig rolle ift. klientens terapeutiske behov. Hvis vi vender tilbage til teorien om neuroaffektive processer i musikterapi, så er musikterapien fleksibel og kan arbejde på det autonome nervesystems niveau, det limbiske emotionelle niveau, samt det præfrontale mentaliserende niveau, alt efter klientens nærmeste udviklingszone, samt arbejde med mikroregulering og derigennem udvikle klientens evne til selvregulering. Ift. hvilken plads

musikterapi kan have i misbrugsbehandling, kan der argumenteres for, at musikterapi kan virke på niveau 1 og 2 (se Bruscias niveauer) som supplerende og forstærkende behandling. Opgavens diskussionen har f.eks. belyst, hvordan musikterapien kan arbejde med arousalniveauet og derigennem evt. støtte højt aktiverede klienter til at komme tilbage til et stadie, hvor det er muligt at mentalisere og at modtage undervisning. På den måde kan musikterapien evt. supplere DAT ved at støtte klienter til at gennemføre færdighedsundervisning.

Yderligere argumenteres der for, at musikterapi kan virke på niveau 3 og 4 (se Bruscias niveauer) og have central og selvstændig rolle, og derved medføre positive forandringer i klientens udvikling, netop på grund af musikkens evne til at arbejde på grundlæggende strukturer igennem non-verbal kommunikation, især for klienter, som ikke kan indordne sig faste strukturer, som ikke har hurtig adgang til tanker og adfærdsmønstre, og som ikke kan løse arbejdsopgaver på egen hånd (Young et al., 2016).

I undersøgelsens kap. 2 blev litteratur og forskning omhandlende musikterapi og misbrugsbehandling præsenteret. Generelt er der endnu relativt lidt forskning på området, og den forskning, der er, har ingen tydelig retning ift. det undersøgte. Dog indikerer en stor del af forskningen, at musikterapi har en positiv effekt på en lang række misbrugsproblematikker og ikke mindst, at musikterapi virker motiverende for klienter i misbrugsbehandling (Hentze, 2017). Motivationsfaktoren, musikterapi viser sig at have, er endnu et argument for, hvorfor musikterapi er et godt behandlingstilbud til mennesker med misbrugsproblematikker. Musikterapien tilbyder et kreativt og fleksibelt rum, hvor klienterne har mulighed for at arbejde og udfolde sig gennem kreative processer i samspillet med en terapeut.

6. Konklusion

Nærværende speciale har med udgangspunkt i en fænomenologisk undersøgelse bestående af fire semistrukturerede interviews med henholdsvis to musikterapeuter og to DAT-terapeuter undersøgt terapeuternes teoretiske forståelse, syn på væsentlige arbejdsområder hos klienter i misbrugsbehandling, samt hvordan disse behandles i praksis for derigennem at kaste lys på forskelle og ligheder imellem musikterapi og DAT som behandlingstilgange i misbrugsbehandling.

Problemformuleringens første tre spørgsmål er blevet behandlet og besvaret igennem analysen af de indsamlede interviews (se delkonklusion). På baggrund af analysens fund, kan det konkluderes at der er væsentlige forskelle mellem DAT og musikterapi som behandlingstilgange (se model 5, s. 90). Yderligere blev der på baggrund af analysens fund behandlet diskussionsspørgsmålene om hvilken betydning forskellen mellem DAT og musikterapi har for klientens udbytte, samt hvilken rolle musikterapi kan have i misbrugsbehandling. På baggrund af analysens fund og diskussionen kan det konkluderes, at dels terapiforståelse, allianceforståelse og relationsforståelse spiller en vigtig rolle ift. klientens udbytte. Kognitive tilgange som DAT har generelt gode forskningsresultater, men resultaterne i denne opgave kaster lys på at for klienter, der af en eller anden årsag ikke er i stand til at anvende sine refleksive evner, kan den kognitive tilgang være en udfordring. Yderligere spiller alliance forståelsen en vigtig rolle, især ift. klienter med personlighedsforstyrrelse, hvor den terapeutiske alliance er afgørende for klientens udvikling (Young et al., 2016). Relationsforståelsen er i denne opgave diskuteret ud fra teorien om mikroregulering og argumenterer for at erfaringer i samspillet med en terapeut med bevidsthed om og kompetencer til at arbejde med mikroregulering i trygge omgivelser er vigtig for klientens udbytte på tværs af psykoterapeutiske retninger.

Denne opgave har primært haft fokus på forskellene mellem DAT og musikterapi, men fandt også ligheder. Dette rejser nye spørgsmål om hvilke berøringsflader der er imellem DAT og musikterapi og hvordan disse kan integreres.

Til sidst vurderes der på baggrund af analysens fund og diskussion af disse, at musikterapi kan supplere DAT og have en rolle som forstærkende behandling, men i høj grad også kan spille en central og selvstændig rolle i misbrugsbehandling grundet musikkens evne til at arbejde med grundlæggende strukturer igennem non-verbal kommunikation.

”...vores guld det er, som musikterapeuter, at være kreative, fleksible i at lave afprøvninger, der bliver afpasset fuldstændig individuelt.”(3:438-439).

.

Perspektivering

Denne undersøgelse har hovedsageligt haft fokus på væsentlige forskelle mellem DAT og musikterapi som behandlingstilgange i misbrugsbehandling. Hvis denne undersøgelse skulle udvides yderligere, ville det være interessant at undersøge berøringsflader mellem musikterapi og DAT. I både DAT og musikterapi anvendes øvelser med formål at være til stede i nuet. I DAT kaldes disse øvelser opmærksomhedsøvelser, mens man i musikterapien har lignende øvelser, såsom groundingøvelser, afspændinger etc. En undersøgelse af lignende berøringsflader mellem musikterapi og DAT vil give et indblik i, hvordan disse behandlingstilgange yderligere kan supplere hinanden, og om elementer fra musikterapien kan implementeres i DAT og vice versa.

Litteraturliste

- Alborno, Y. (2011). The effects of group improvisational music therapy on depression in adolescents and adults with substance abuse: a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Music Therapy*, 20(3), 208–224.
- Axelrod, S. R., Pereplechikova, F., Holtzman, K., & Sinha, R. (2011). Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 2011, Vol.37(1), p.37-42, 37(1), 37–42.
- Baker, F. A., Gleadhill, L. M., & Dingle, G. A. (2007). Music therapy and emotional exploration: Exposing substance abuse clients to the experiences of non-drug-induced emotions. *The Arts in Psychotherapy*, 34(4), 321–330.
- Bruscia, K. E. (2013). *Defining Music Therapy*. (K. E. Bruscia, Ed.). University Park: Barcelona.
- Cevasco, A. M., Kennedy, R., & Generally, N. R. (2005). Comparison of movement-to-music, rhythm activities, and competitive games on depression, stress, anxiety, and anger of females in substance abuse rehabilitation. *Journal of Music Therapy*, 42(1), 64–80.
- Christensen, E. (2017). Hjernens og kroppens perceptioner, emotioner og netværk i relationen til musikterapi - en introduktion til aktuell forskning. In C. Lindvang & B. D. Beck (Eds.), *Musik, krop og følelser* (pp. 79–103). Frydenlund academic.
- Dimeff, L. A., & Linehan, M. M. (2008). Dialectical Behavior Therapy for Substance Abusers. *Addiction Science & Clinical Practice*, 4(2), 39–47.
- Førsund, A. (2017). Delte musikkopplevelser. *En kvalitativ studie av gruppemusikkterapi ved et rusbehandlingssenter*. (A. Førsund, Ed.). Norges musikkhøgskole.
- Hart, S. (2017). Introduktion til neuroaffektive prosesser i musikterapi. In C. Lindvang & B. D. Beck (Eds.), *Musik, krop og følelser* (pp. 53–78). Frederiksberg : Frydenlund Academic.
- Helsedirektoratet. (n.d.). Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet. Retrieved June 10, 2018, from <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet>
- Hentze, B. i H. (2017). *Integrativ litteraturgennemgang - Musikterapi i misbrugsbehandling*. Aalborg: Musikterpiuddannelsen, Aalborg Universitet.8.sem. projekt.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16.

- Hougaard, E. (2004). *Psykoterapi : teori og forskning*. (E. Hougaard, Ed.) (2. udg.). København : Dansk Psykologisk Forlag.
- Howard, A. A. (1997). The Effects of Music and Poetry Therapy on the Treatment of Women and Adolescents with Chemical Addictions. *Journal of Poetry Therapy*, 11(2), 81–102.
- ICD-10 Version:2016. (n.d.). Retrieved June 4, 2018, from <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#>
- Johnsen, K. M. M. (2016). Music therapy, women and substance use problems: A systematic literature review and thematic synthesis. (K. M. M. Johnsen, Ed.). The University of Bergen.
- Karterud, S., Wilberg, T., & Urnes, Ø. (2013). *Personlighetspsykiatri*. (S. Karterud, Ed.). Kbh. : Akademisk Forlag.
- Kielland, T., Stige, B., & Trondalen, G. (2013). Musikkterapi i rusfeltet. *Rusfag*, (1), 43–51.
- Kristiansen, D. L. (2014). Nye muligheter. En eksplorativ studie av deltakeres opplevelse i musikkterapigruppe innen rusbehandling. (D. L. Kristiansen, Ed.).
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Interview : det kvalitative forskningsinterview som håndverk / Steinar Kvale, Svend Brinkmann*. (S. Kvale, Ed.) (3. udgave). Kbh. : Hans Reitzel.
- Lindvang, C., & Beck, B. D. (2017). *Musik, krop og følelser : neuroaffektive processer i musikkterapi*. (C. Lindvang, Ed.) (1. udg.). Frederiksberg : Frydenlund Academic.
- Linehan, M. M. (1998). Dialectical Behavior Therapy. *Foundations of Clinical and Counseling Psychology*, (c), 298–299.
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical Behavior Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder and Drug-Dependence. *American Journal on Addictions*, 8(4), 279–292.
- Martin, D. J. G., J.p, & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and. Clinical Psychology*, 68(3), 438–450.
- Mays, K. L., Clark, D. L., & Gordon, A. J. (2008). Treating Addiction with Tunes: A Systematic Review of Music Therapy for the Treatment of Patients with Addictions. *Substance Abuse*, 29(4), 51–59.
- Myklebust, K. M. (2017). Musikkterapi og Meistring - ein multiple case studie om korleis brukarar i rusbehandling opplev meistring. (K. M. Myklebust, Ed.). The University of Bergen.
- Overå, M., Skånland, M. S., Trondalen, G., & Musikkhøgskole, N. (2013). Hekta på musikk. (M. Overå, Ed.). Oslo : Norges Musikkhøgskole.

- Perry, B. D., Pollard, R. A., Blakley, T. L., Baker, W. L., & Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and “use-dependent” development of the brain: How “states” become “traits.” *Infant Mental Health Journal*, 16(4), 271–291.
- Ridder, H. M., & Bonde, L. O. (2014). Musikterapeutisk forskning: Et overblik. In L. O. Bonde (Ed.), *Musikterapi : teori, uddannelse, praksis, forskning* (1., pp. 407–425). Århus: Klim.
- Silverman, M. J. (2003). Music therapy and clients who are chemically dependent: A review of literature and pilot study. *Arts in Psychotherapy*, 30(5), 273–281.
- Silverman, M. J. (2009). A descriptive analysis of music therapists working with consumers in substance abuse rehabilitation: Current clinical practice to guide future research. *Arts in Psychotherapy*, 36(3), 123–130.
- Silverman, M. J. (2010). The effect of a lyric analysis intervention on withdrawal symptoms and locus of control in patients on a detoxification unit: A randomized effectiveness study. *Arts in Psychotherapy*, 37(3), 197–201.
- Skotland, S. (2016). Musikkterapi i vinden. *Rus & Samfunn*, 10(1), 10–12.
- Straszek, S. (2015). Stofmisbrug og afhængighed - Patienthåndbogen på sundhed.dk. Retrieved June 6, 2017, from <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/sygdomme/narkotiske-stoffer/stofmisbrug-og-afhaengighed/>
- Trepka, C., Rees, A., Shapiro, D., Hardy, G., & Barkham, M. (2004). Therapist Competence and Outcome of Cognitive Therapy for Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28(2), 143–157.
- Valentine, S. E., Bankoff, S. M., Poulin, R. M., Reidler, E. B., & Pantalone, D. W. (2015). The Use of Dialectical Behavior Therapy Skills Training as Stand-Alone Treatment: A Systematic Review of the Treatment Outcome Literature. *Journal of Clinical Psychology*, 71(1), 1–20.
- Videbech, P. (2016a). Alkoholisme, behandling - Patienthåndbogen på sundhed.dk. Retrieved June 6, 2017, from <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/sygdomme/alkohol/alkoholisme-behandling/>
- Videbech, P. (2016b). Patienthåndbogen på sundhed.dk. Retrieved June 6, 2017, from <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/sygdomme/alkohol/alkoholisme-problemet/>
- What is Dialectical Behavior Therapy (DBT)? – Behavioral Tech. (n.d.). Retrieved May 20, 2018, from <https://behavioraltech.org/resources/faqs/dialectical-behavior-therapy-dbt/>
- Winkelman, M. (2003). Complementary therapy for addiction: “drumming out drugs”. *American Journal of Public Health*, 93(4), 647–651.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2016). *Schema terapi : en vejledning for professionelle*. (J. E. Young, Ed.) (2. udgave,). Haderslev : Sydgården.

Öst, L.-G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46(3), 296–321.

