

Indhold

| | |
|---|-----------|
| 1.0 Indledning | 4 |
| 1.1 Litteraturgennemgang..... | 4 |
| 1.2 Problemformulering | 5 |
| 1.3 Relation | 5 |
| 1.4 Målgruppe | 5 |
| 1.0.1 Klient eller patient | 6 |
| 2.0 Hjerneskade | 6 |
| 2.1 Erhvervet hjerneskade | 6 |
| 2.2 Encephalitis | 7 |
| 2.3 Neurorehabilitering | 9 |
| 2.0.1 Neurorehabilitering på RHN | 11 |
| 3.0 Klinisk setting | 12 |
| 3.1 Royal Hospital for Neuro-disability (RHN)..... | 12 |
| 3.2 Musikterapi på RHN..... | 14 |
| 3.3 Psykoterapi | 15 |
| 3.4 Behandlingssyn og mit musikterapeutiske værdigrundlag | 17 |
| 3.5 Etik..... | 18 |
| 4.0 Metode | 19 |
| 4.1 Specialets opbygning..... | 19 |
| 4.2 Kvalitative studier..... | 20 |
| 4.3 Casestudier og udvælgelse af case..... | 21 |
| 4.4 Vurderingskriterier for et casestudie..... | 23 |
| 5.0 Empiri | 24 |
| 5.1 Præsentation af case | 24 |
| 5.2 Peters verbale narrativer..... | 26 |
| 5.3 Anvendte musikterapiteknikker | 28 |
| 5.0.1 Refleksive samtaler omkring emotionelt velbefindende..... | 30 |
| 5.0.2 Improvisation | 30 |

| | |
|---|-----------|
| 5.0.3 Sangskrivning | 31 |
| 5.0.4 Klaverøvelser (piano learningtasks)..... | 32 |
| 5.0.5 Sang..... | 32 |
| 6.0 Teori | 33 |
| 6.1 Valg af analyse redskab | 33 |
| 6.2 Assessment of Quality of Relationship (AQR)..... | 34 |
| 6.3 Beskrivelse af analyse | 37 |
| 6.4 Terapeutiske metoder | 39 |
| 6.0.1 Matching..... | 39 |
| 6.0.2 Dialoguing | 39 |
| 6.0.3 Grounding | 40 |
| 6.0.4 Holding og containing..... | 40 |
| 6.5 Musikken | 40 |
| 7.0 Analyse | 42 |
| 7.0.1 Kort beskrivelse af session A og improvisation A | 42 |
| 7.1 Terapeutens analyser af improvisation A..... | 43 |
| 7.0.2 IQR analyse af improvisation A | 46 |
| 7.0.3 TQR analyse af improvisation A..... | 48 |
| 7.2 Sammenligning af terapeutens IQR og TQR analyser af improvisation A..... | 53 |
| 7.0.4 Kort beskrivelse af session og improvisation B..... | 53 |
| 7.3 Terapeutens analyser af improvisation B..... | 54 |
| 7.0.5 Terapeutens IQR analyse af improvisation B..... | 59 |
| 7.0.6 Terapeutens TQR analyse af improvisation B..... | 59 |
| 7.4 Sammenligning af terapeutens analyser af improvisation A og B - IQR | 63 |
| 7.5 Sammenligning af terapeutens analyser af improvisation A og B - TQR | 64 |
| 7.6 Opsamling på terapeutens analyser | 65 |
| 7.7 Eksterne analyse-personers analyser | 66 |
| 7.8 Eksterne analysepersoners analyser af improvisation A | 67 |
| 7.0.7 Ekstern analyseperson I IQR analyse af improvisation A | 67 |
| 7.0.8 Ekstern analyseperson II IQR analyse af improvisation A | 68 |
| 7.0.9 Sammenligning og opsamling af analyse-personers IQR analyser af improvisation A ... | 68 |
| 7.0.10 Analyseperson I TQR analyse af improvisation A | 68 |

| | |
|---|-----------|
| 7.0.11 Analyseperson IITQR analyse af improvisation A | 69 |
| 7.0.12 Opsamling | 69 |
| 7.9 Eksterne analysepersoners analyser af improvisation B | 70 |
| 7.0.13 Analyseperson I IQR analyse af improvisation B | 70 |
| 7.0.14 Analyseperson II IQR analyse af improvisation B | 70 |
| 7.0.15 Sammenligning og opsamling af testpersoners IQR analyser af improvisation B..... | 70 |
| 7.0.16 Analyseperson I TQR analyse af improvisation B | 71 |
| 7.0.17 Analyseperson II TQR analyse af improvisation B | 71 |
| 7.10 Opsamling | 72 |
| 7.11 Samlede analyse resultater - sammenligninger..... | 72 |
| 7.12 IQR analyser - samlede resultater (gennemsnit) | 72 |
| 7.13 TQR analyser - samlede resultater (gennemsnit) | 73 |
| 7.14 Opsamling..... | 73 |
| 8.0 Diskussion og metodekritik..... | 74 |
| 9.0 Konklusion | 78 |
| 10.0 Perspektivering..... | 79 |
| 11.0 Procesbeskrivelse | 80 |
| 12.0 English summary..... | 82 |
| 13.0 Litteraturliste..... | 83 |
| 14.0 Bilag | 85 |

1.0 Indledning

Som led i afslutningen af min 5 årige kandidatuddannelse i musikterapi på Aalborg universitet, var jeg i 9. semesters praktik på Royal Hospital for Neuro-disability (RHN) i London. Under hele mit uddannelsesforløb har jeg været meget optaget af de interpersonelle relationer mellem patient/klient og terapeut. Dette var ligeledes et fokusområde for mig under praktikopholdet, hvor relationen især i ét tilfælde fyldte meget hos mig. Derfor ligger netop dette forløb til grund for mit valg af emneområde og fokus i specialet. Patienten jeg arbejdede med, som jeg har valgt at kalde Peter¹, var i starten af 30'erne og havde som følge af encephalitis (hjernebetændelse) fået en erhvervet hjerneskade. Det der gjorde stort indtryk på mig med Peter var, at han, gennemgik en forandring i løbet af vores terapiforløb, idet han blev mere opmærksom på og bedre til at fornemme sin egen emotionelle tilstand og ligeledes blev bedre til at udtrykke sig omkring denne; dette både musikalsk og verbalt. Det har efterfølgende fået mig til at tænke på hvad det er, at jeg, i rollen som terapeut, bidrog med for at Peter og jeg fik skabt et samarbejdsgrundlag for hans videre udvikling. Specialet fokuserer derfor på hvordan relationen mellem Peter og jeg kan beskrives ud fra en "Assessment of Quality of Relationship" (AQR) mikroanalyse, samt på hvordan man på baggrund af analysen er i stand til at vurdere anvendeligheden af netop denne.

1.1 Litteraturgennemgang

I specialets indledende fase foretog jeg litteratursøgninger i diverse databaser², for at undersøge hvilken litteratur, der findes omhandlende musikterapi og relationen mellem terapeut og patient, med mennesker med encephalitis. Denne søgning blev meget bred, med flere tusinde hits hvoraf mange ikke omhandlede musikterapi. Derfor indsnævrede jeg søgningen til blot at anvende søgeordene "Encephalitis and Music Therapy", for at undersøge om der er skrevet noget specifikt om musikterapi med denne patientgruppe. Det lykkedes desværre ikke, men dette er ikke ensbetydende med, at der ikke er skrevet litteratur omkring- eller lavet musikterapi med mennesker med encephalitis. Min formodning er, at hvis der er ikke er skrevet (megen) litteratur omkring dette, kan skyldes at det er en sjælden diagnose, eller er der anvendt andre keywords i artiklerne. En anden

¹Patientens navn samt personlige data er anonymiserede af hensyn til tavshedspligt og samtykke for at bruge hans case i dette speciale er indhentet.

²Music Therapy World Archive, PsycInfo, PsycArticles, Scopus, Cochrane, Academic Search Premier, Academic Research Library og Springerlink.

mulig forklaring er at jeg ikke har søgt de steder, hvor sådan litteratur findes. Det skal tilføjes at der er publiceret mange kliniske artikler og lavet meget forskning i forhold til musikterapi og erhvervet hjerneskade og neurorehabilitering. Denne meget bredt funderede litteratur har jeg dog valgt at se bort fra, da jeg ønsker specifikt at beskæftige mig med litteratur omhandlende patienter med encephalitis.

1.2 Problemformulering

Opsummerende ønsker jeg at undersøge om assessmentredskabet AQR kan anvendes til at analysere relationen mellem en patient med encephalitis og en musikterapeut. Dette med henblik på en diskussion om hvorvidt AQR kan bruges som redskab i forbindelse med patienter med encephalitis. Dette kan specificeres med følgende problemformulering:

Hvordan kan relationen mellem en patient med encephalitis og en musikterapeut beskrives ud fra en AQR inspireret mikroanalyse, og hvordan kan man på baggrund af analysen vurdere i hvilket omfang metoden er anvendelig.

1.3 Relation

Det kan umiddelbart være svært at vide, hvad der menes med begrebet relation. Terapeut og patient opbygger altid en form for relation i musikterapien, men i dette speciale tages der udgangspunkt i en helt specifik type relation. Denne type relation dikteres ud fra de parametre som benyttes i analyseredskabet AQR. Disse tager blandt andet udgangspunkt i patientens funktionsniveau og samspillet mellem patient og terapeut i improvisationen, men dette vil blive redegjort for og uddybet i teori afsnittet. På baggrund heraf skal det derfor gøres helt klart at brugen af begrebet relation ikke må misforstås som værende hentydende til andre definitioner af begrebet.

1.4 Målgruppe

Eftersom specialets analyseredskab og tilgang ikke er almindelig praksis i forbindelse med musikterapi med mennesker med erhvervet hjerneskade, endvidere mennesker med encephalitis, er specialet en anderledes tilgang til, og en ny mulighed for at reflektere over relationen mellem patient med encephalitis og terapeut ved anvendelse af netop AQR. Specialets primære målgruppe er, af denne årsag, forskere inden for feltet samt praktiserende musikterapeuter, som kunne gøre brug af denne anderledes tilgang. For mig personligt håber jeg ligeledes at specialet kan være med til at give andre, uanset

faggruppe, et indblik i hvad musikterapi kan gøre for patienter med erhvervet hjerneskade i form af encephalitis.

1.0.1 Klient eller patient

De mennesker man arbejder med som musikterapeut kan omtales med forskellige betegnelser, ofte afhængigt af hvilket regi, man arbejder i. Disse betegnelser er oftest klient, patient eller bruger. Da jeg under praktikken brugte betegnelsen patient er det derfor også denne, der vil blive anvendt i specialet, når jeg omtaler casen samt mit eget kliniske arbejde. Når der henvises til kilder mm. anvendes både patient og klient, alt efter hvilken betegnelse, der er anvendt i kilden.

2.0 Hjerneskade

2.1 Erhvervet hjerneskade

Hjerneskader kan opdeles i to forskellige hovedformer; medfødt og erhvervet hjerneskade. En erhvervet hjerneskade betyder, som ordet antyder, en skade på hjernen, der erhverves eller opstår senere i livet, som følge af sygdom eller ulykke. Den hyppigste årsag til erhvervet hjerneskade er blodprop eller blødning i hjernen (apopleksi), som opstår på grund af hjertekarsygdomme. Den næsthypigste årsag er ulykker hvor hovedet tager skade såsom trafikulykker og rideulykker og disse kaldes traumatiske hjerneskader. Hjerneskader kan desuden opstå som følge af betændelsestilstande som for eksempel meningitis, tumorer, forgiftninger (alkohol, stoffer, kviksølv eller kulilte) eller iltmangel som følge af drukning eller hjertestop. Antallet af mennesker, der lever med en hjerneskade i Danmark, er ifølge Sundhedsstyrelsen mere end 120.000³.

En hjerneskade kan medføre forskellige former for synlige og usynlige følger. Disse kan deles op i følgende seks hovedområder. De problemområder Peter havde, er markeret med kursiv.

- **Motoriske** (lammelser, spasticitet, nedsat muskelstyrke, svimmelhed og problemer med balancen samt nedsat kondition).
- **Mentale** (*svigtende koncentration og opmærksomhed, nedsat orientering samt hukommelse, sprogvanskeligheder, vanskeligheder i forhold til problemløsning og*

³<http://www.vfhj.dk/default.asp?PageID=2223>

nedsat evne til planlægning, kontrol, dømmekraft og evaluering samt mangel på erkendelse og sygdomsindsigt).

- **Personlighedsændringer** (*Depression*, svigtende styring og kontrol af følelser, mangel på hæmninger, ændring i lystfølelser (seksualitet), såkaldt primitiv adfærd, irriterabilitet (kort lunte), *mangel på initiativ og engagement*).
- **Adfærdsmæssige** (mangel på situationsfornemmelse, *initiativløshed*, udadreagerende adfærd, *urealistisk adfærd*, gentagelser).
- **Sanseforstyrrelser** (syn, lugte, høre, smags og den kinæstetiske sans, føleforstyrrelser, nedsat reaktionsevne samt nedsat evne til afstandsvurdering).
- **Andre komplekse sansemæssige og motoriske** (Apraksi dvs. problemer med at finde ud af redskabers anvendelighed, rum-retnings problemer, neglect, visuo-motorisk konstruktionsforstyrrelse samt motoriske programmeringsvanskeligheder⁴).

2.2 Encephalitis

Da casen i specialet er en mand med en erhvervet hjerneskade som følge af encephalitis, redegøres derfor for hvilke symptomer, der kendetegner denne sygdom, hvordan den opstår, hvilken behandling, der anvendes til patienter, samt hvilke følger den kan medføre for patienten.

Encephalitis er en form for erhvervet hjerneskade der udspringer af en infektion i selve hjernevævet. I de alvorlige tilfælde af encephalitis kan der opstå symptomer som personlighedsforandringer, forvirring og påvirkning af bevidsthedsniveau. I 80% af de alvorlige tilfælde skyldes encephalitis to bestemte former for vira: streptokokker og meningokokker. Herpes simplex-virus (HSV) er også kendt for at være skyld i alvorlige tilfælde af encephalitis, men det hører sig til sjældenhederne. Det er almindelig praksis at praktiserende læger undersøger for tegn på encephalitis, hvis patienten har høj feber. Er der grund til mistanke om encephalitis, foretages akut indlæggelse. Dette da encephalitis kan forværre patientens tilstand betydeligt indenfor meget få timer. Fund af hvide blodceller og bakterier eller virus i rygmarvsvæsken bekræfter diagnosen. Sygdommen behandles med henblik på at stoppe infektionen og standse udviklingen af cirkulationssvigt. Behandlingen af encephalitis er omfattende, og valget af antibiotika, afhænger af hvilken bakterie, der har forårsaget sygdommen. I Danmark ses mindre end

⁴<http://www.hjernerikassen.dk/default.asp?PageID=1725>

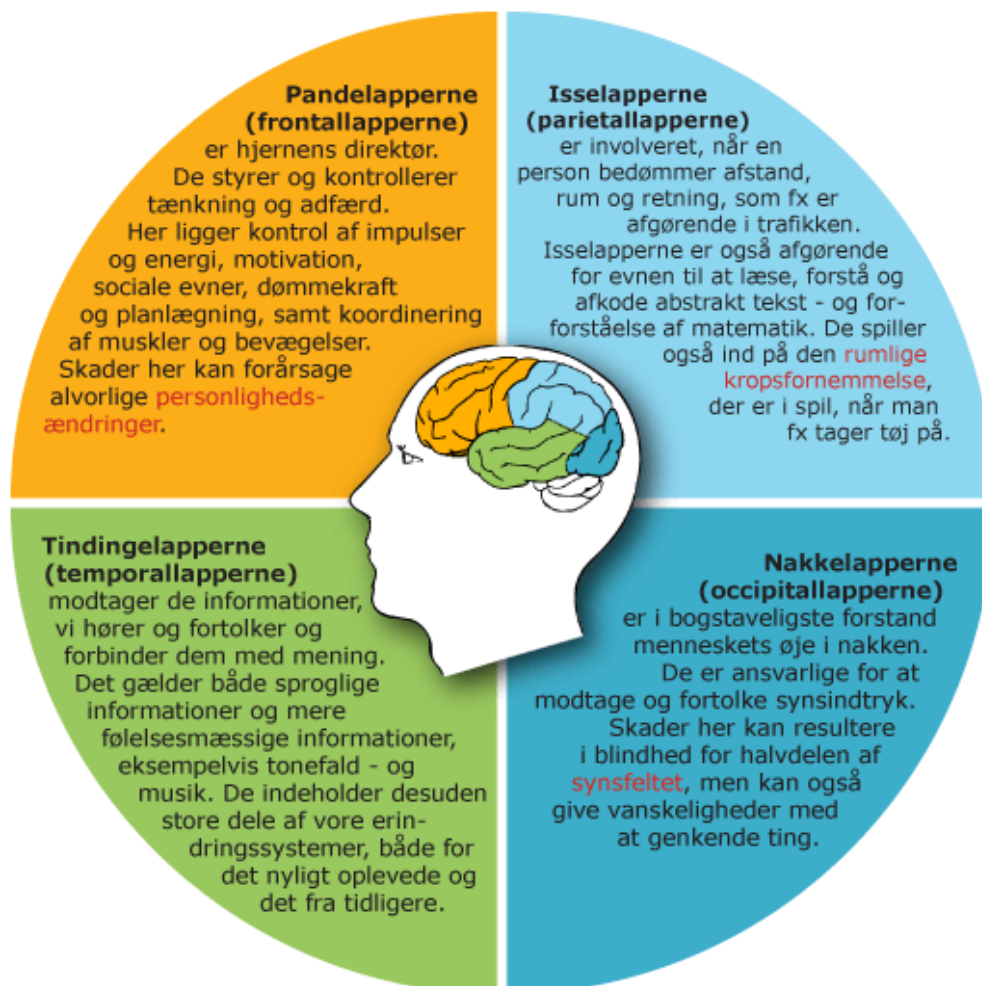
100 tilfælde af encephalitis årligt, dødeligheden ligger på mellem 2 og 10 %, og let encephalitis giver som regel ingen varige mén. Derimod kan mental retardering, epilepsi, personlighedsændringer og neurologiske forandringer, i sjældne tilfælde, være en følge af alvorlig encephalitis. Sygdommen forekommer i alle aldersgrupper, men rammer oftest børn og unge voksne⁵.

Nedenstående figur 1 viser hvordan hjernebarken kan deles op i fire dele, der hver har sin funktion. Disse omfatter kontrol af impulser, energi, motivation og sociale kompetencer. Som det vil blive gennemgået senere, var motivation og sociale kompetencer netop nogle af de områder hvor empiriens og casens hovedperson, "Peter", havde sine udfordringer. Peters form for encephalitis er den tidligere nævnte Herpes simplex-virus (HSV) som påvirker frontallapperne, der i modellen betegnes som værende hjernens "direktører". Dvs. dem der styrer og kontrollerer et menneskes tænkning og adfærd. Skader i frontallapperne kan derved forårsage alvorlige personlighedsændringer såsom manglende hensyn til andre, ansvarsløshed, urolighed, manglende hæmninger og mangel på energi. I de svære tilfælde er personen kun i stand til at foretage sig noget, på kraftig opfordring af andre⁶.

⁵<http://patienthaandbogen.dk/infektioner/sygdomme/hjernehindebetendelse-og-hjernebetendelse-1750.html>

⁶<http://www.hjernekasen.dk/admin/write/files/104.html>

Figur 1



7

2.3 Neurorehabilitering

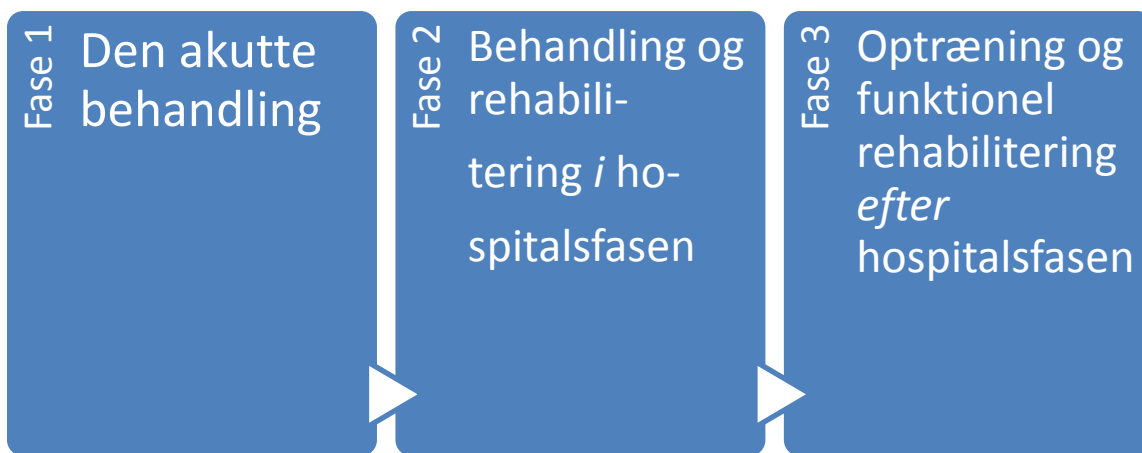
Når et menneske rammes af en traumatisk hjerneskade, og efterfølgende skal have behandling og genoptræning, træder traumesystemets delfaser i kraft. Encephalitis betegnes som nævnt ikke som værende en traumatisk hjerneskade, da man skelner mellem hjerneskader erhvervet ved et *traume* mod hovedet og hjerneskader erhvervet ved en *infektion*. Encephalitis skyldes en infektion men da behandlingen af patienter med hjerneskader erhvervet ved infektion er opbygget, på samme måde som behandling af patienter med traumatiske hjerneskader, følger her en beskrivelse af traumesystemets delfaser. I bogen *Neurologi og neurorehabilitering for ergoterapeuter og fysioterapeuter*

⁷<http://www.hjernerikassen.dk/default.asp?PageID=1620>

(Wæhrens et al., 2007) beskrives de 3 faser som traumesystemet består af; den akutte behandling, behandling og rehabilitering i hospitalsfasen samt optræning og funktionel rehabilitering efter hospitalsfasen (Wæhrens et al., 2007, s.129). De tre faser, og hvad de består af, er beskrevet i nedenstående figur 2.

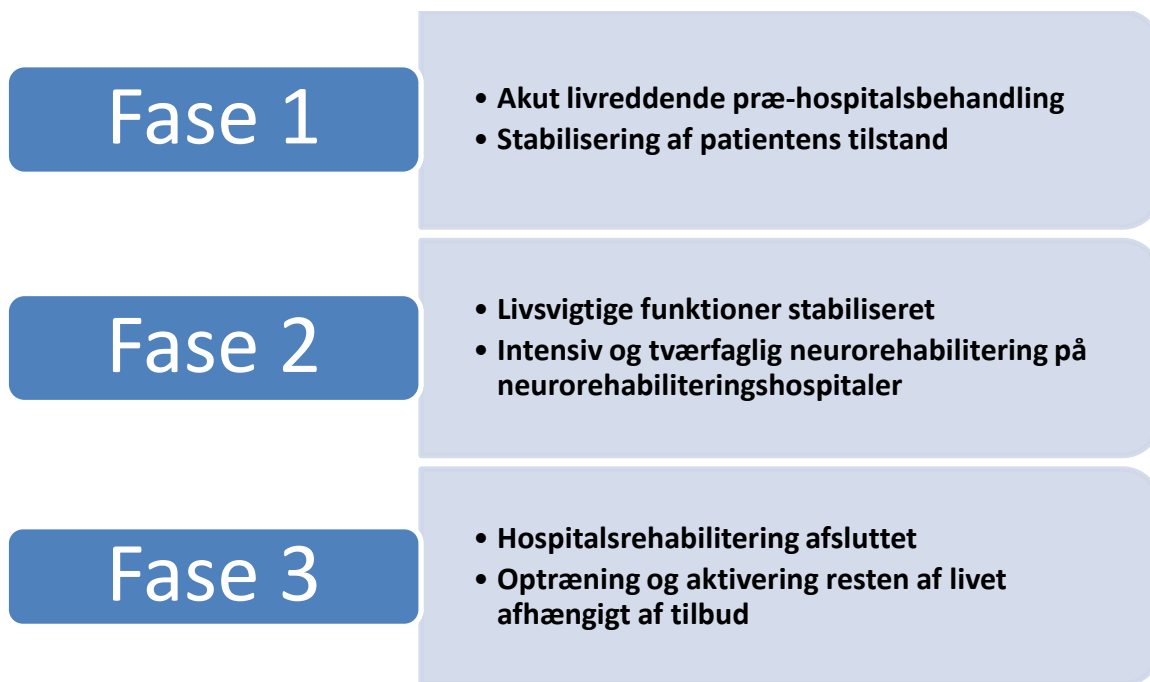
Traumesystemets delfaser

Figur 2



De tre faser består som det fremgår, af forskellige former for behandling og hjælp til patienten. Disse varierer fra akut præ-hospitalsbehandling til genoptræning hvilket fremgår af nedenstående figur 3.

Figur 3



Wæhrens et al. beskriver ligeledes, at overgangen fra fase 1 til fase 2 indtræder, når patienten ikke længere har behov for neurointensiv indsats, dette selvom patienten stadig er i koma. Overgangen fra fase 2 til fase 3 afhænger af en helhedsvurdering af patientens fremskridt samt personlige, familiemæssige og geografiske faktorer. Ligeledes spiller det en rolle, hvilke tilbud og rehabilitering der tilbydes i patientens region/kommune (Wæhrens et al., 2007, s.129).

2.0.1 Neurorehabilitering på RHN

Størstedelen af patienterne på praktikstedet befandt sig i forskellige stadier af fase to, da den behandling, de fik på hospitalet, var rehabilitering og ikke akut behandling. Der var også nogle patienter der befandt sig i fase 3. Den akutte behandling (fase 1) fik patienterne på andre hospitaler med akut modtagelse. Praktikstedet hedder som nævnt Royal Hospital for Neuro-disability, men da det er et privatfunderet hospital, fungerer det ikke, som hospitaler i Danmark. Hvis RHN var placeret i Danmark ville det formentlig svare til et genoptrænings center. Velfærdssystemet i Danmark gør, at man, hvis man får en hjerneskade, kan få behandling og genoptræning på offentlige genoptrænings institutioner uden at skulle betale ekstra for denne ydelse. I Storbritannien er systemet anderledes og da RHN netop er privatfunderet, foregik indlæggelser, samt det økonomiske aspekt af

behandlingen, ved at den enkelte patient fik tildelt min. 3 måneders genoptræning betalt af hans/hendes kommune. Herefter blev der internt på hospitalet afholdt møder i de enkelte teams, hvor man foretog en evaluering af patienten, i form af hvilke fremskridt og eventuelle tilbagegange han/hun havde gennemgået. Det blev derefter indbyrdes i teamet, ud fra terapeuternes faglige vurderinger, besluttet, om der ville blive ansøgt om flere penge til mere genoptræning. Det var ikke altid, det blev besluttet at ansøge om flere penge, da det af forskellige årsager⁸ ikke altid var hensigtsmæssigt at patienten fik mere genoptræning på RHN. Hvis der blev ansøgt om flere midler, blev der afholdt møder med teamet, en advokat fra patientens kommune, patientens familie og i nogle tilfælde patienten, hvorpå det blev diskuteret, om patienten kunne få tildelt flere midler og dermed fortsætte genoptræningen. Jeg deltog selv på nogle af disse møder, og det var spændende at høre de forskellige terapeuter argumentere for/imod mere behandling. Det var også udfordrende og fagligt udviklende for mig, idet jeg stod overfor en formidlingsopgave i forhold til at forklare de andre terapeuter hvad mine holdninger var og hvorfor.

3.0 Klinisk setting

3.1 Royal Hospital for Neuro-disability (RHN)

I dette afsnit beskrives RHN for at give et indblik i hvilken setting og i hvilket regi jeg arbejder under min praktik.

RHN er som nævnt et privatfunderet velgørenhedshospital, der tilbyder genoptræning og langvarig pleje til mennesker med dybtgående og komplekse neurologiske sygdomme såsom multipel sklerose, erhvervet hjerneskade og slagtilfælde. Der findes også patienter med adfærds forstyrrelser og neurodegenererende sygdomme som Huntington's Disease, hjerne lammelser, skader på ryggraden samt andre neurologiske sygdomme. Patienterne befinder sig mellem 18 og 70 år og stedet har en kapacitet på 240 sengepladser og ca. 600 ansatte. Plejetilbuddene kan inddeles i to overordnede områder; en del der beskæftiger sig med genoptræning og en del der tilbyder langvarig pleje.

Genoptræningsdelen består af fem rehabiliterings-og assessment afdelinger til patienter, der har fået en erhvervet hjerneskade gennem fejloperationer, hjertestop, alkoholmisbrug

⁸Såsom stagnation af genoptræning, patientens uvilje mod at fortsætte mm.

og trafikuheld mm. Under genoptræningsdelen hører også en såkaldt udslusningsafdeling, hvor patienter bor inden de enten skal returnere til at bo alene med støtte, bo med familie/pårørende eller bo i forskellige former for botilbud. Den del af hospitalet, der beskæftiger sig med langvarig pleje, huser mennesker, der lever med kroniske neurologiske sygdomme. Som udgangspunkt får patienterne tilbudt et genoptræningsforløb af 3 måneders varighed med mulighed for forlængelse. Under opholdet gennemgår de forskellige former for assessment og terapi som dele af deres genoptræningsprogram. Der tilbydes terapi i form af 1:1 sessioner, i gruppe samt terapisessioner hvor flere terapeuter samarbejder. Udover musikterapi tilbydes fysioterapi, ergoterapi, tale og sprog terapi, psykolog og selvsagt er også læger og sygeplejersker tilknyttet stedet.

En stor del af det kliniske arbejde på RHN består i at sætte mål for hvad patienterne kan opnå gennem den genoptræning de får under deres ophold. Måden hvorpå terapeuterne opstiller mål for patienterne, gøres gennem de såkaldte SMART målsætningsprincipper. Da jeg brugte meget tid, på netop at opstille mål for de patienter jeg arbejdede med, og ligeledes brugte meget tid på at evaluere forløbene samt at deltage i ugentlige og månedlige målsætningsmøder, gives nedenfor en kort beskrivelse af SMART principperne. SMART anvendes i mange forskellige sammenhænge og betegnelserne for, hvad de enkelte bogstaver står for, kan variere, da nogle af SMART modellerne er blevet modificeret og tilpasset, men principperne er de samme. Modellen kan bruges til både at opstille kort- og langsigtede mål.

SMART

- **S**pecific
- **M**easurable
- **A**ttainable
- **R**ealistic
- **T**ime-bound

På RHN arbejder man i multidisciplinære teams (MDT), og det er disse teams, der i fællesskab opstiller de overordnede og langsigtede mål for den enkelte patient, og herunder opstiller den enkelte terapeut de kortsigtede mål. Ved anvendelse af SMART tilstræbes det, at der opstilles passende mål for patienten. Dette vil sige, at målene ikke

sættes for lavt, og at man derved risikerer, at de er for lette for patienten at opnå, samt at de ikke sættes for højt, således at patienten ikke kan opnå dem. Man anfører ligeledes altid en tidsramme for opnåelse af målet. Hver 14. dag afholdes målplanlægningsmøder med det formål at MDT bestående af læge, sygeplejerske, musikterapeut, fysioterapeut, ergoterapeut, social rådgiver samt tale -og sprog-terapeut evaluerer de opstillede mål, samt diskuterer, hvordan patienten trives, og på baggrund af dette opstiller nye mål.

3.2 Musikterapi på RHN

I dette afsnit beskrives koncepterne bag den musikterapi der udføres på RHN, for at give et indblik i hvilken klinisk setting jeg arbejder i under min praktik.

Der er ansat 5 musikterapeuter (hel- og deltidsansatte), en musikterapi assistent, en frivillig og en Ph.d. studerende, der ligeledes er musikterapeut og udfører sin Ph.d. forskning på hospitalet. Alle musikterapeuter samt assistenten (og eventuelt studerende), deler et kontor der er beliggende i kælderen på hospitalet. Chefen har eget kontor der er placeret for enden af det fælles. Der findes ét musikterapilokale, ligeledes beliggende i kælderen, hvori der forefindes forskellige former for instrumenter; klaverer, forskellige trommer, trommesæt, guitarer, bas, fløjter, perkussioninstrumenter samt elektronisk udstyr og programmer som MixCraft⁹, SoundBeam¹⁰ og Apollo¹¹. Ud over musikterapilokalet kan andre lokaler beliggende på forskellige afdelinger anvendes, når man arbejder med patienterne fra de pågældende afdelinger.

I det musikterapeutiske arbejde på RHN søger man overordnet at genoprette funktioner, kompensere for tab af funktioner, samt at arbejde indenfor det psyko-socio-emotionelle område. Man arbejder ud fra meta-modellen Music Therapy in Neuro-Disability (MIND) der muliggør en patient centreret pleje gennem en fleksibel tilgang til det musikterapeutiske arbejde. MIND involverer brugen af følgende tre tilgange:

- Restorativ/genoprettende tilgang.
- Kompenserende tilgang.
- Psyko-social-emotionel tilgang (Daveson, 2008, s. 2).

⁹<http://www.acoustica.com/mixcraft/>

¹⁰<http://www.soundbeam.co.uk/products/sb5-intro.html>

¹¹<http://www.softsea.com/review/Apollo-MP3-Player.html>

Der kan arbejdes med fokus på et eller flere af de tre områder, og de kan ligeledes overlape hinanden. Hvis der er opstillet et mål for patienten, der omhandler flere af områderne, er det naturligt netop også at anvende flere tilgange i arbejdet mod dette mål. Med MIND modellen opnår man at være i stand til at kunne måle de resultater man får af terapien gennem anvendelse af før beskrevne SMART målsætningsmetode. Professor i musikterapi Barbara Daveson (tidligere leder af musikterapiafdelingen på RHN) skriver i artiklen *A Description of a Music Therapy Meta-model in Neuro-disability and Neuro-rehabilitation for use with Children, Adolescents and Adult* (2008) at anvendelsen af MIND resulterer i at musikterapeuterne kan give patienterne nogle musikterapeutiske forløb, der er patient-ledede, centrerede omkring patienten, målbare, samt inkluderer brugen af forskellige musikterapeutiske teknikker/metoder (ibid., s. 2). Musikterapeuterne har forskellige baggrunde, da de er uddannede fra forskellige steder og forskellige lande. Men de fleste af dem har udover deres musikterapi uddannelse fået træning i Neurologic Music Therapy (NMT) metoden.

3.3 Psykoterapi

Da måden hvorpå jeg arbejder som musikterapeut, udspringer af den psykoterapeutiske skole, gives i dette afsnit et kort indblik i psykoterapeutisk praksis.

Lektor i klinisk psykologi og specialist i psykoterapi Stig Poulsen gennemgår i sin bog *Psykoterapi – en introduktion* forskellige former for psykoterapi. Han skriver at alle former for -eller grene af psykoterapi virker gennem non-specifikke faktorer, der ikke hænger sammen med de specifikke teknikker der anvendes. De non-specifikke faktorer er ifølge den amerikanske psykoterapeut Jerome Frank:

- Klientens oplevelse af tillid til terapeuten
- At behandlingen foregår på et officielt behandlingssted, da dette er med til at styrke klientens tro på at behandlingen har en effekt.
- At klienten gennem terapien får en sammenhængende forståelse af sine problemer.
- Konfrontation af problematiske situationer/adfærdsmønstre.
- Terapeutens selvtilid → magtfuld udstråling (Poulsen, 2006, s.86).

Idet jeg arbejder psykoterapeutisk i mit kliniske arbejde kan jeg tilslutte mig at de af non-specifikke faktorer har betydning for terapien.

Psykoterapi kan anvendes i terapi med blot én klient, i grupper eller i familie-settings. Ifølge Dr. Kenneth Bruscia er alle mennesker, der søger en form for psykologisk forandring velegnede til psykoterapi (Bruscia, 1998, s. 213). Bruscia beskriver at den psykoterapeutiske gren indenfor musikterapi omfatter

... all applications of music or music therapy where the primary focus is on helping clients to find meaning and fulfillment (Bruscia, 1998, s.161).

Dette omfatter alle de tilgange, individuel som gruppe, der fokuserer på individets følelser, selvtilfredshed, indsigt, relationer, og spiritualitet som de største mål for ændringer. Set i et bredt perspektiv handler musik psykoterapi om at hjælpe klienterne til at finde mening og tilfredsstillelse i deres liv. Målene og de anvendte metoder varierer, alt afhængigt af hvilken teoretisk orientering terapeuten har, men de mest almindeligt anvendte teoretiske orienteringer er psykodynamisk, eksistentiel-humanistisk, gestalt, kognitiv og adfærdsmusikpsykoterapi og disse findes alle med mange variationer (ibid., s.163). Jeg er i kraft af min uddannelse psykodynamisk orienteret.

Det materialet klienten bringer ind i terapien, i form af følelser, problemer, konflikter, personlige værdier, kulturelle normer, personlige historier mm. ligger til grund for det terapeutiske arbejde. Den kreative proces for terapeuten ligger i at konstruere oplevelser, der tillader klienten at få adgang til hans/hendes egne emotioner og personlige meninger, at udforske disse, at møde nye oplevelser, samt at skabe nye meninger og personlige mønstre der er mere passende (Pellitterri, 2009, s.9). Jeg kan i mit kliniske arbejde tilslutte mig både Bruscias og Pelliterris definitioner af hvorledes psykoterapi og ikke mindst musikterapi kan anvendes og dette afspejler sig i mit kliniske arbejde. Nedenstående afsnit er i tråd med dette, en beskrivelse af mit behandlingssyn og mit musikterapeutiske værdigrundlag.

3.4 Behandlingssyn og mit musikterapeutiske værdigrundlag

I henhold til ovenstående afsnit omhandlende psykoterapeutisk praksis, vil jeg i dette afsnit gå i dybden med mit eget behandlingssyn samt musikterapeutiske værdigrundlag.

Musikterapeuter uddannede fra Aalborg universitet har en psykodynamisk baggrund og tilgangen til arbejdet kan beskrives som værende en bio-psyko-social tilgang. Den svarer mest til den psyko-sociale-emotionelle tilgang anvendt i NMT. Denne tilgang henvender sig som betegnelsen antyder, til arbejdet med patienternes psykologiske, sociale og emotionelle problemområder. Patienter indlagt på hospitaler har oftest lige så stort et behov for mental helse, som de har for at deres fysik bedres. Mit behandlingssyn og mit musikterapeutiske værdigrundlag har stor betydning for mit kliniske arbejde. Som musikterapeut med psykodynamisk baggrund er det vigtigt for mig at se det hele menneske og ikke blot fokusere på patientens brug af fysiske funktionerne. En meget enkel måde at tydeliggøre hvor jeg mener den største forskel på en musikterapeut med NMT baggrund og en musikterapeut med psykodynamisk baggrund, ligger er at den NMT trænede musikterapeut primært fokuserer på hvilken fysisk del af patientens krop der skal genoptrænes. Derimod vil en musikterapeut med psykodynamisk baggrund, spørge ind til, hvordan patienten havde det med, at den pågældende kropsdelen ikke fungerer optimalt. Det er vigtigt at være opmærksom på, at mennesker med erhvervet hjerneskade alle gennemgår større eller mindre forandringer i deres liv og at de alle i større eller mindre grad oplever tab. De har levet ét liv før de blev ramt af hjerneskaden, og efter denne skal de leve et andet liv. Det er meget forskelligt og individuelt, hvilke mén patienterne har efter hjerneskaden – og disse kan ikke kategoriseres efter diagnose alene, da mange faktorer spiller ind. Jeg anerkender hvor stor betydning det har at man har brug af sine lemmer, men jeg mener ydermere at det er vigtigt at man kan mærke sin krop som helhed. Dette både mentalt og fysisk, idet man for at føle sig hel er nødt til at inkludere begge disse to dele. Det er af stor betydning for mig at se mennesket som en helhed hvori både det indre og det ydre er inkluderet. Dette hænger ligeledes sammen med det værdigrundlag, jeg arbejder efter i mit kliniske arbejde. Jeg ser først og fremmest patienter som mennesker og ikke som patient eller som et menneske med en diagnose. Ved at sætte mennesket i fokus, ser jeg netop mennesket *først* og sygdommen *bagefter* og jeg søger at fokusere på *mulighederne* og ikke på *problemerne*. De tre patienter jeg havde i 1:1 musikterapi under praktikken, havde alle en erhvervet hjerneskade, og havde haft en "normal" tilværelse,

inden en ulykke eller sygdom ramte dem, og drastisk ændrede deres liv. Jeg fokuserede på at hjælpe dem til at få et så godt liv som muligt, ud fra de forudsætninger de havde efter ulykken og sygdommen var indtruffet. I alle terapiforløb er det vigtigt, at patienten føler sig tryk ved og har tillid til terapeuten og patient og terapeut udvikler en speciel type forhold betegnet som den terapeutisk alliance hvori alle inter-forbindelser mellem de to inkluderes. For at patienten føler at han/hun kan åbne sig for terapeuten, er det vigtigt, at han/hun har en terapeut de kan stole på. Denne tillid bygger på respekt for klienten og dennes grænser og det er op til terapeuten at vurdere, hvor disse grænser går.

De personlige målsætninger, jeg opstillede for mig selv inden praktikken, var, at jeg ville være tro mod mig selv, mine værdier og min måde at arbejde på. Samtidig ville jeg være åben overfor at lære nyt samt at lære så meget som muligt om genoptræning inden for neurorehabilitering - dette både musikterapeutisk og indenfor andre fagområder. Under praktikken oplevede jeg, at nogle af patienterne ikke var i stand til verbalt at reflektere over forskellige aspekter af og temaer i livet. Men der var ligeledes mange patienter, der var i stand til dette. Deres behov blev søgt dækket blandt andet ved hjælp af musikterapi, og de patienter, der ikke var verbale, kunne man hjælpe gennem improvisationer. At man har svært ved at udtrykke sig verbalt, er ikke ensbetydende med, at man ikke kan udtrykke sig musikalsk, nærmere tværtimod.

3.5 Etik

Som studerende på musikterapiuddannelsen på Aalborg universitet får man forinden praktikophold, gennem undervisning i praktikforberedelse, information om etiske problematikker og retningslinjer i forhold til terapiudøvelse og til indsamling af data til videre bearbejdning (hvis data skal indgå i eksempelvis bacheloropgaven eller specialet). Man er ligeledes omfattet af Musikterapeuternes Landsklubs (MTL)'s faglig etiske principper, som jeg har sat mig ind i, og under praktikken bestræbte mig på at følge og overholde. I disse principper understreges den nødvendige sammenhæng mellem et højt fagligt og etisk niveau i det musikterapeutiske arbejde. De faglige etiske principper er bindende for alle medlemmer af MTL og hensigten med dem er, at de skal:

- tjene som støtte for musikterapeuter ved stillingtagen til etiske spørgsmål.
- beskytte klienter og forsøgspersoner (individer & grupper) mod uhensigtsmæssig og/eller skadelig behandling.

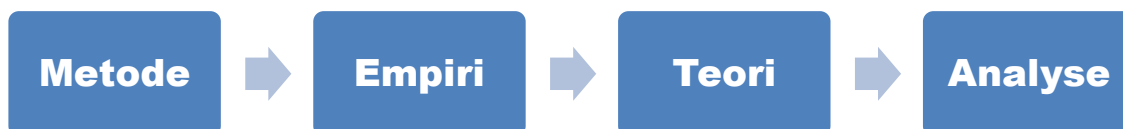
- være et grundlag for at tilliden til musikterapeutisk professionsudøvelse og forskning opretholdes¹²

De omhandler grundlæggende principper som ansvar, kompetence, forpligtelser overfor klienter, fortrolighed og tavshedspligt. På baggrund af at musikterapeut-erhvervet befinder sig i en fortløbende udviklingsproces, er det derfor vigtigt at diskussioner om, samt udviklinger af de faglig-etiske principper fortsætter. Dog pointeres det af MTL at principperne ligeledes afspejler nogle grundlæggende menneskelige samt medmenneskelige forhold, og også at de derfor har en høj grad af stabilitet¹³. Det skal ligeledes understreges, at Peter har underskrevet en samtykkeerklæring efter de formelle retningslinjer på RHN, og at han derved har givet mig tilladelse til at anvende sit forløb som case i dette speciale.

4.0 Metode

4.1 Specialets opbygning

Overordnet kan specialet deles op i fire hoveddele:



I **metodedelen** beskrives kvalitative studier, casestudier samt vurderingskriterier for et sådant. Dernæst følger **empiridelen** der indledes med en præsentation af case efterfulgt af et afsnit omhandlende Peters verbale narrativer og beskrivelser af de under praktikken anvendte musikterapiteknikker. Empiridelen afløses af **teoridelen** hvori valg af analyseredskab og beskrivelse af dette præsenteres hvorefter beskrivelser af terapeutiske metoder anvendt under praktikken følger. Den sidste af de fire hoveddele er **analysedelen** der indledes med et afsnit der beskriver musikken i de udvalgte improvisationer hvorefter session og improvisation A beskrives. Derefter følger terapeutens analyser af improvisation A. Disse efterfølges af en beskrivelse af improvisation og session B

¹²http://musikterapi.org/?MTL:Etiske_principper

¹³http://musikterapi.org/?MTL:Etiske_principper

hvorefter terapeutens analyser af disse følger. Herefter følger på samme måde beskrivelse af anden udvalgte analyse samt analyse af denne, hvorefter testpersonernes analyser følger. Analysedelen afsluttes med sammenligninger af analyseresultater. Terapeutens analyser sammenlignes hvorefter der følger et opsamlingsafsnit. Herefter følger de to eksterne analysepersoners IQR og TQR analyser af både improvisation A og B, efterfulgt af en opsamling. Analysedelen afsluttes med sammenligninger af analyseresultaterne af terapeutens og analyseperson I og II's analyser efterfulgt af en opsamling på dette. Slutteligt følger diskussion og metodekritik, konklusion, perspektivering og procesbeskrivelse før specialet afsluttes med English summary og bilag.

4.2 Kvalitative studier

I dette afsnit redegøres for principperne og retningslinjerne i kvalitative studier i, hvori jeg løbende redegør for brugen af dem i specialet.

Kvalitativ forskning anvender oftest en eller flere af ovenstående foci og målet med forskningen kan være:

- Holistisk beskrivelse
- Beskrivelse af essensen
- Analyse
- Opbygning af en teori
- Fortolkning
- Re-creation
- Kritik
- Selv-udforskning (Bruscia, 1998, s.258).

I henhold til ovenstående er de anvendte foci i specialet; beskrivelse af essensen, analyse, fortolkning samt kritik idet jeg anvender AQR analyseredskabet til at analysere klinisk empirisk materiale hvorefter resultaterne fortolkes og metoden diskuteres.

I kvalitativ forskning anvender man ifølge Bruscia primært den *induktive* tilgang til analyse af data. Den induktive analysetilgang er en eksplikation af de realiteter, der fremkommer, da den tillader arbejdshypoteser at opstå sammen med data, i modsætning til den *deduktive* tilgang, hvor man direkte leder efter specifikke facts eller sandheder (Bruscia, 1998, s.260). Det er ligeledes den induktive tilgang der anvendes i dette speciale, i form af

en såkaldt "bottom up" design, således at jeg tillader det, der fremkommer i analysen at fremkomme, og leder ikke efter specifikke sandheder/facts. Specialet tager udgangspunkt i klinisk arbejde, idet jeg anvender netop dette i form af videooptagelser af musikterapisessioner som empiri og forskningsdata i min analyse. Ifølge Bruscia er klinisk forskning en systematisk selvovervåget undersøgelse, der fører til opdagelser eller nye indsigter, der i form af dokumentation og udbredelse bidrager til eller modificerer eksisterende viden eller praksis (Bruscia, 1998, s.239). Jeg arbejder ud fra et ideografisk sigte hvilket betyder at jeg tager udgangspunkt i enkelttilfældet og er interesseret i at undersøge de musikterapeutiske processer i dette ene forløb. Det ideografiske sigte modsættes ofte med det nomotetiske sigte der er lovskabende, dvs. hvor målet er at søge at generalisere. Hougaard skriver at

Den eksisterende forskning grupperer sig således, at kvantitative metoder prioriteres, hvor det drejer sig om effektforskning, medens intensiv procesforskning efterhånden i tiltagende grad inddrager kvalitative metoder (Hougaard, 2004, s.92).

Jeg gør i specialet brug af procesforskning, da jeg er interesseret i at undersøge patientens *proces* og ikke *effekten* af vores terapiforløb. Dvs. da mit ærinde med undersøgelsen er at analysere og videreformidle den proces som Peter gennemgik i terapiforløbet, er det dermed ikke resultaterne af forløbet, der er vigtig for undersøgelsen.

4.3 Casestudier og udvælgelse af case

I dette afsnit redegøres for hvad et casestudie er. Dette for at argumentere for hvilke overvejelser jeg har gjort mig i forbindelse med valg af case.

I musikterapeutisk forskning, kan en case være en klient, en terapeut, en gruppe, et behandlingsforløb eller en behandlingsmetode i en særlig real-life kontekst indenfor en afgrænset tidsperiode (Smeijsters & Aagaard, 2005, s. 440). Der skelnes mellem casehistorier, casevignetter og caseeksempler (alle ofte betegnet som case studier) som værende de mest almindelige måder at præsentere musikterapeutisk praksis på. Casen er næsten altid en enkelt klient eller enkelt gruppe og studiet er en beretning af musikterapi sessioner hvori den terapeutiske proces (problemer, mål, interventioner, og outcomes) er beskrevet (ibid., s.441). I henhold til Smeijsters & Aagaards definition af en case, anvender jeg et case eksempel i form af at anvende Peters case og i analysen søger jeg at berette om vores terapiforløb. Colin Robson (2002) beskriver, at man skelner mellem tre

forskellige former for design traditioner indenfor flexible designforskning med særlig relevans for real world studies; case studier, grounded theory studier og etnografiske studier og jeg anvender som nævnt et casestudie design.

Tanggaard & Brinkmann (2010) skriver i et afsnit af deres bog *Kvalitative metoder. En grundbog* om terapeutiske casehistorier, at casestudiet er et forbillede, og at det har værdi i sig selv og kan fremme læringen:

Terapeuters formulering af deres oplevelsesbaserede viden som casestudier og fortællinger udgør bindeleddet mellem det enkeltstående og det generelle. Sådanne former for overføring er tættere på håndværk og kunst end på standardnormerne for formel videnskabelig rapportskrivning (Tanggaard & Brinkmann, 2010, s.512).

Med Tanggaard & Brinkmanns syn på terapeutiske casestudier, beskriver de det at terapeuten formulerer den viden han har gennem sit kliniske arbejde som et casestudie, for værende et håndværk og en kunst snarere end en formel videnskabelig rapportskrivning. I henhold til Smeijsters & Aasgaards anvender jeg en enkelt klient til at berette om musikterapisessioner hvori den terapeutiske proces i form af problemer, mål, interventioner og outcomes er beskrevet.

Et casestudie indeholder, som nævnt få, nogle gange blot én respondent/case og grundet dette, er det yderst vigtigt at den (ud)valgte case giver den største mulighed for læring eller repræsenterer det problemfelt man ønsker at udforske og derved besvarer den opstillede problemformulering. Det lille antal informanter gør, at hver enkelt case bliver studeret grundigt, og at man ofte får en stor mængde detaljeret information (Neergaard, 2007, s.11). Dette er ligeledes i tråd med Robsons definition af et casestudie:

Development of a detailed, intense knowledge about a single 'case', or of a small number of related 'cases' (Robson, 2002, s.89).

Udvælgelsen af en case bør altid være formålsbestemt, og dette understreger den overensstemmelse, der skal være mellem problemstillingen, og de cases der udvælges til belysning af denne (Neergaard, 2007, s.11). Neergaard beskriver to grundlæggende tilgange til udvælgelse af cases; den teoridrevne der sker på baggrund af en teoretisk ramme, og den datadrevne der foretages på baggrund af de fremkomne data i en induktiv proces (ibid., s.12). I dette speciale er det, som nævnt, den datadrevne tilgang der

anvendes i form af et induktivt "bottom up" design. Neergaard beskriver at forskeren i et "bottom up" design ofte søger at

...frigøre sig fra sin teoretiske ballast og gå mere "teoriløst" ud i felten (Neergaard, 2007, s.19).

I specialet tages der udgangspunkt i de fremkomne data (empirien) i form af videooptagelser fra sessionerne i musikterapiforløbet med Peter.

4.4 Vurderingskriterier for et casestudie

I dette afsnit beskrives vurderingskriterierne for et casestudie idet jeg ligeledes skal vurdere den i specialet anvendte case.

Neergaard beskriver, at der ikke forefindes generelt accepterede retningslinjer for at vurdere casestudier. Derfor er det vigtigt, at man i stedet for at fokusere på repræsentativitet, fokuserer på troværdigheden i studiet, altså om resultaterne er fejlbehæftede eller ej. Fejlkilder i resultater kan skyldes manglende stringens i datakilder eller fortolkning. Det er ligeledes nødvendigt at gøre sammenhængen mellem udvælgelseskræterier og validiteten af undersøgelsen klart (Neergaard, 2007, s.43). Der er uenighed om, hvilke vurderingskriterier der bør være gældende for casestudier, og derfor mener Neergaard, at det vigtigste er, at undersøgeren er

... explicit med hensyn til, hvordan og under hvilke omstændigheder caseudvælgelsen er foretaget, hvilke procedurer dataindsamlingen har fulgt, og hvordan analyserne er foretaget (Neergaard, 2007, s. 46).

Patton (1990) beskriver i Neergaard (2007) at casestudiers troværdighed og gyldighed specifikt afhænger af følgende tre forhold:

- Hvorvidt analysen er stringent og systematisk.
- Hvorvidt undersøgeren er troværdig.
- Hvorvidt undersøgelsen vurderes på en *fair* og *balanceret* måde (Neergaard, 2007, s. 46).

Disse tre punkter søger at hjælpe forskeren til en detaljeret beskrivelse af dataindsamling og analysemetode, rapportering af personlig og faglig information samt overensstemmelse mellem forskerens og bedømmerens verdensopfattelse – alt dette for et så upartisk og videnskabeligt studie som muligt, samt for at afhjælpe at andre kan vurdere studiet ud fra alle facts (Neergaard, 2007, s.45). I henhold til de af Neergaard beskrevne vurderingskriterier for et casestudie er der uenighed om hvilke vurderingskriterier der bør

være gældende for sådanne studier, hvormed Neergaard mener at det er vigtigt at undersøgeren er eksplicit med hensyn til hvordan og under hvilke omstændigheder caseudvælgelsen er foretaget samt hvilke procedurer dataindsamlingen har fulgt og ligeledes hvordan analyserne er foretaget. Dette er der søgt hensyntagen til i min udvælgelse af casen, i dataindsamlingsprocedurerne samt i selve udførelsen af analysen.

5.0 Empiri

5.1 Præsentation af case

I dette kapitel beskrives casen Peter i fem separate afsnit med hvert sit fokus; Peters henvisning til musikterapi, personale og journaloplysninger, musikterapeuten Lisas¹⁴ observationer/musikterapi, Peter samt mine egne observationer.

Peters henvisning til musikterapi

Peter blev henvist til musikterapi af det multidisciplinære team (MDT) der arbejdede med ham, bestående af blandt andre en psykolog, en talepædagog og en ergoterapeut. De henviste ham ud fra deres kendskab til musikterapi og en formodning om, at denne terapiform kunne hjælpe ham i forhold til nogle af hans primære problemområder. Disse var definerede til at befinde sig indenfor kognition og emotionelt velbefindende; herunder opmærksomhed, at kunne lytte og kommunikere, sociale færdigheder og emotionelt udtryk. Ligeledes stod det i henvisningen beskrevet, at Peter blev henvist, da han tidligere havde spillet klaver, samt godt kunne lide musik.

Personale- og journaloplysninger

Peter er i starten af 30'erne, og han fik en erhvervet hjerneskade som følge af en herpes simplex-virus (HSV), der resulterede i encephalitis. Inden hjerneskaden var Peters IQ blevet målt til at være under middel. Han havde, da jeg startede forløbet med ham, været indlagt på hospitalet i ca. halvanden måned. Der var forskellige hovedområder hvori det af personalet var defineret at Peter havde størst problemer. Inden for det mentale område omhandlede det; koncentration og opmærksomhed, nedsat hukommelse, nedsat evne til planlægning samt (manglende erkendelse og sygdomsindsigt). Ligeledes havde han

¹⁴Lisa er den musikterapeut der startede forløbet med Peter og som jeg overtog forløbet fra.

problemer indenfor emotionelle område omhandlende ændringer i personligheden, depression og mangel på initiativ og engagement samt indenfor det adfærdsmæssige område omhandlende initiativløshed og urealistisk adfærd. Peter var indlagt på en "udslusningsafdeling" på hospitalet, der havde til formål at forberede patienterne på enten at returnere til at bo i deres hjem, eller at komme ud at bo i forskellige botilbud. Udover musikterapi havde Peter under sit ophold modtaget behandling i form af psykologsitioner, ergoterapi og talepædagog. Peter var ifølge personalet en glad og positiv mand, der dog blandt andet grundet hjerneskaden, havde svært ved at finde motivation og derved svært ved at stå op om morgenen. Når han var stået op, havde han desuden svært ikke at gå i seng igen. Peters forhold til sin familie var på mange måder problematisk. Han havde i store dele af sit voksenliv ikke haft kontakt til sin far. Faderen besøgte ham én gang mens han var indlagt på hospitalet og besøget resulterede i at de sammen forlod afdelingen uden at informere personalet, hvorefter faderen lod Peter finde tilbage til afdelingen på egen hånd. Dette var uhensigtsmæssigt, da Peter havde problemer med at orientere sig, og der derved i det multidisciplinære team (MDT) var indgået aftale om, at Peter altid skulle assisteres når han var ude. I hans journal var det beskrevet, at Peter gennem sin barndom havde oplevet flere alvorlige svigt. Inden han blev syg, boede Peter sammen med sin mor sammen og bror i moderens lejlighed. Moderen forventede, at Peter stadig (trods markant mindre indkomst end før sygdommen) hjalp økonomisk til i husstanden. Peters mor, bror og bedstemoder besøgte ham sjældent.

Musikterapeuten Lisas observationer/musikterapi

Jeg overtog forløbet med Peter fra musikterapeuten Lisa, og dette foregik ved tre såkaldte handoversessioner, hvori vi alle tre deltog, og hvor jeg gradvist fik mere og mere ansvar for sessionens planlægning samt selve sessionen. Peter havde gået i musikterapi ved Lisa i ca. én måned, før hun overdrog forløbet til mig. Inden første session fortalte Lisa mig generelt om Peter (alder, diagnose, specielle behov, problemområder mm.), og hun fortalte mig ligeledes om, hvad hun og Peter havde lavet i musikterapien, hvilket fokusområder de havde haft, hvilke teknikker hun havde anvendt osv.

Peter

Forinden Peters sygdom boede han som nævnt hjemme hos sin mor sammen med sin storebror og Peter fortalte, at han plejede at hjælpe økonomisk til i hjemmet ved bl.a. at betale regninger, samt at stå for større indkøb til husstanden (i form af køleskab, ovn mm.). I musikterapien nævnte Peter ofte, at han var glad for sin mor, og han blev trist, når hun aflyste aftaler om at besøge ham, hvilket skete flere gange. Peter kunne ikke forstå, hvorfor hun ikke prioriterede at besøge ham, når det var noget han så frem til. Udover moderen og broderen havde Peter sporadisk kontakt til sin bedstemor, men hun besøgte ham, så vidt jeg ved, ikke mens han var på RHN. Han nævnte aldrig nogen venner, og i journalen stod der heller ingen beskrivelser om venskaber.

Egne observationer

Det første bekendtskab jeg stiftede med Peter, var de informationer Lisa gav mig forinden første musikterapisession, og jeg gjorde mig naturligvis selv observationer i forhold til Peter. Disse både i musikterapien samt udenfor musikterapien, når jeg hentede ham på afdelingen inden sessionerne. Generelt mindede Peter ikke om de andre patienter på hospitalet. Heller ikke de andre individuelle- og gruppeforløb jeg varetog under praktikken. Dette skal forstås på den måde at han på mange punkter var mere velfungerende end mange af de andre patienter, idet han var mobil, selv kunne stå for personlig pleje, selv kunne lave mad med støtte fra personalet mm. Udover egne observationer informerede personalet mig løbende, og jeg holdt mig ligeledes opdateret ved at læse journal -samt dagbogsnoter.

5.2 Peters verbale narrativer

Som en del af empirien har jeg valgt at medtage et afsnit omhandlende Peters verbale narrativer. Dette da disse narrativer der udsprang af vores refleksive samtaler i musikterapien, sammen med musikken, var med til at indikere overfor mig at Peter gennemgik en bedring fra starten af vores forløb til slutningen. De verbale narrativer var et tegn for mig på at Peter åbnede mere op samt at han blev mere opmærksom på sit eget emotionelle velbefindende.

Måden hvorpå jeg blev opmærksom på den at Peter gennemgik en bedring, var som nævnt både på det musikalske og det verbale plan. Da vores refleksive samtaler omkring

Peters emotionelle velbefindende og hans livssituation i øvrigt, spillede en stor rolle i terapien, vil jeg her beskrive og give eksempler på den bedring jeg identificerede at Peter gennemgik. Jeg blev opmærksom på at Peters udtalelser og svar på mine spørgsmål, ændrede sig fra at være korte og enkle til at være længere, mere reflekterede og velovervejede. Dette gav mig en oplevelse af at han var blevet mere opmærksom på at mærke og fornemme hvordan han havde det og ligeledes mere opmærksom på hvorfor han havde det som han havde og at han via den relation, vi havde opbygget, hørte hvad jeg spurgte ham om eller "turde" sætte ord på sine følelser. Vi startede hver session med en verbal samtale omkring hans emotionelle velbefindende. Disse samtaler startede typisk med, at jeg spurgte Peter, hvordan han havde det, eller hvordan han havde haft det siden sidste session. Desuden samtalede vi også, når jeg havde hentet ham på afdelingen, og vi fulgtes til terapilokalet. I disse samtaler kunne Peter eksempelvis fortælle mig, hvad han konkret havde foretaget sig siden sidst, eller han kunne fortælle mig om et specifikt emne, der optog ham. I starten af vores forløb svarede Peter meget kort, når jeg spurgte ind til hans emotionelle velbefindende. Et eksempel på dette kan gives i form af:

Sara: "Hi Peter, how are you today"?

Peter: "I'm fine".

Dette er et meget kort og ikke særlig reflekterende svar. Man kan argumentere for, at Peter *har* overvejet, hvordan han har det ved at svare "I'm fine", men man kan også argumentere for det modsatte. At svare "I'm fine" i England kan i mange tilfælde betegnes som værende et "standard-svar", man bruger, når folk spørger en, hvordan man har det, hvilket de ofte gør, da det er en standard hilsen. Jeg oplevede som nævnt en udvikling i Peters svar, idet han senere i vores forløb svarede mere uddybende, når jeg spurgte ind til hans emotionelle velbefindende, dette eksempelvis i form af:

Sara: "How are you today, Peter"?

Peter: "I'm alright, a bit sad".

Denne form for svar var mere reflekteret, og gjorde det lettere for mig at spørge uddybende ind til, hvorfor han var ked af det, hvad hans tristhed skyldes mm. Dette gjorde

jeg for at appellere til, at han mærkede efter og reflekterede over sin egen emotionelle tilstand.

Det var altid vigtigt, at jeg fornemmede og brugte min intuition i disse situationer, som jeg ligeledes mener, det er i alle sådanne situationer, dette uanset hvem musikterapeuten og patienten er. Nogle dage kunne det tænkes, at Peter godt kunne fornemme, hvordan han havde det, men bare ikke var interesseret i at tale om det. Derimod kunne det andre dage forholde sig modsat, således at han ikke kunne fornemme, hvordan han havde det, og dermed ikke på samme måde var i stand til at tale om det. Jeg ser det som min rolle og ikke mindst mit ansvar er at hjælpe Peter til at arbejde med og bearbejde svære temaer i hans liv. Derved er det nødvendigt, at jeg gav ham mulighed for at mærke og identificere disse temaer. Men det er også af meget stor vigtighed, at jeg fornemmede, hvornår Peter var klar til at arbejde med disse, og hvornår patienten ikke er klar. Opsummerende kan det siges, at jeg i form af at være emotionelt tilgængelig overfor Peter, gjorde det lettere for ham at konfrontere de smertefulde oplevelser og følelser. Jeg skulle ligeledes være opmærksom på, ikke at overtræde hans grænser og beskytte ham mod fare, således at han ikke lukkede sig for mig - og sig selv.

5.3 Anvendte musikterapiteknikker

I dette afsnit beskrives de musikterapiteknikker jeg anvendte i forløbet med Peter. Dette for at give et indblik i hvorledes jeg arbejdede med ham og samtidig give et indblik i den kliniske setting jeg opstillede for Peter i musikterapien.

Peter og jeg havde i alt 13 sessioner sammen, hvoraf den første var observation, i den anden var jeg deltagende med Lisa som observatør og i den tredje stod jeg for sessionen og Lisa var deltagende observatør. Jeg anvendte fem primære musikterapeutiske teknikker i forløbet med Peter¹⁵. Disse var dels inspireret af tidligere erfaringer, dels af hvilke teknikker Lisa havde anvendt med ham og dels inspireret af læst litteratur omhandlende musikterapi med mennesker med hjerneskade. De fem primære teknikker, der blev anvendt i forløbet med Peter, fremgår af nedenstående skema 1, der ligeledes tydeliggør, hvor ofte, samt i hvilke sessioner, teknikkerne blev anvendt.

¹⁵ Andre teknikker kan ligeledes være relevante og dermed anvendes til mennesker med erhvervet hjerneskade, men da jeg ikke anvendte dem er de ikke beskrevet.

Skema 1

| Session | 1-3 | 4+5 | 6-13 |
|---------------------|-----|-----|------|
| Refleksive samtaler | √ | √ | √ |
| Improvisation | √ | | √ |
| Sangskrivning | √ | √ | √ |
| Klaver-øvelser | √ | √ | √ |
| Synge | | √ | |

De fem teknikker befinder sig indenfor to af 2 af hovedområderne indenfor neurorehabilitering nemlig kognition (kompensatorisk) og emotionelt velbefindende (psyko-socio-emotionelt). Nedenfor følger en uddybende beskrivelse af hver af de fem teknikker.

I henhold til fremgangsmåden at arbejde på, på RHN læste jeg de af MDT teamet opstillede langsigtede mål for Peter. Dette for at søge at arbejde med de samme områder som teamet. De langsigtede mål for Peter var:

- At give Peter viden om, hvordan hjerneskaden har påvirket ham samt give ham kompensations strategier
- At finde aktiviteter der giver mening for Peter, og kan motivere ham
- At finde positive måder hvorpå han kan interagere med personale og de andre patienter

De mål jeg opstillede i henhold til de musikterapeutiske teknikker jeg arbejde med, beskrives i de efterfølgende kapitler. Ligeledes beskrives de outcomes jeg, i samspil med min supervisor på hospitalet, identificerede Peter fik i forhold til hvad han "fik ud" af de fem teknikker.

5.0.1 Refleksive samtaler omkring emotionelt velbefindende

De refleksive samtaler fandt sted i hver session. Samtalerne foregik i starten af sessionen samt løbende i sessionen og omhandlede Peters emotionelle velbefindende. Sessionen startede med, at Peter på opfordring eller ved eget initiativ, fortalte hvordan han havde det, hvorefter en samtale, på baggrund af uddybende spørgsmål, kommentarer mm., udviklede sig. Peter udviklede sig som beskrevet under forløbet til at være mere reflekterende over sit emotionelle velbefindende. Målet der blev sat for samtalerne blev selvsagt formuleret på engelsk, og for den mest præcise gengivelse ses det formulerede mål nedenfor i skema 2.

Skema 2

For Peter to participate in reflective discussions, by initiating and responding with Music Therapy student in Music Therapy sx. round his emotional well-being throughout music therapy treatment programme.

Formålet med dette mål var at øge Peters opmærksomhed på han emotionelle tilstand, samt hjælpe ham til at udtrykke og kommunikere følelser og tanker omkring sit emotionelle velbefindende. De outcomes der blev identificeret var at Peter fik en øget opmærksomhed og fokus på sit emotionelle velbefindende samt livssituation. Ligeledes fik han et øget verbalt udtryk omkring disse temaer.

5.0.2 Improvisation

Klinisk improvisation er defineret af Wigram i bogen *Improvisation. Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*.

...the foundation for meaning in improvised music is usually specific to the person who is creating it, and the empathic level of sharing that goes on is not precise but is nevertheless truthful in reflecting moods, emotions and attitudes (Wigram, 2004, s.10).

Kliniske improvisationer fandt, som det fremgår af skema 1, sted i alle sessioner undtagen session fire og fem. Oftest improviserede Peter og jeg over et givent tema, der enten kunne omhandle den følelsesmæssige tilstand han var i, eller kunne afspejle tanker, ideer mm. han havde. Målet, der blev sat for improvisationerne fremgår af skema 3.

Skema 3

For Peter to participate in musical improvisations for the duration of 2-4 mins. using piano with Music Therapy student in Music Therapy sessions over themes identified according to his mood over a period of one month.

Formålet med improvisation var at øge hans opmærksomhed på sit emotionelle velbefindende samt være i stand til at udtrykke og kommunikere følelser og tanker omkring emotionelt velbefindende gennem musik. De outcomes der blev identificeret var, at Peter blev i stand til verbalt at identificere og musikalsk udtrykke temaer opstået i reflektive samtaler omkring emotionelt velbefindende gennem musikalske improvisationer. Ligeledes blev hans kognitive funktioner, opmærksomhed og sociale færdigheder forbedret.

5.0.3 Sangskrivning

Sangskrivning defineres af Wigram & Baker i bogen *Songwriting. Methods, Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students* som værende

The process of creating, notating and/or recording lyrics and music by the client or clients and therapist within a therapeutic relationship to address psychosocial, emotional, cognitive and communications needs of the client (Wigram et al., 2005,16).

Peter generede ideer til både de musikalske (instrumenter, melodi, tempo mm) samt verbale elementer (sangtekst) til sange komponeret på computerprogrammet MixCraft. I praksis sad både Peter og jeg ved computeren, men Peter besluttede hvilke instrumenter, stilarter, lyde mm. der skulle udvælges. Målet med sangskrivning fremgår af skema 4.

Skema 4

For Peter to, within one month, create a song of approx. 4 mins. on Mixcraft computer programme by creating lyrics and choosing various sounds/elements for the song.

Formålet var, at Peter kunne arbejde med sine distraktions problemer samt manglende motivation ved at komponere sange i Mixcraft computer programmet. Ligeledes anvendtes

denne teknik for at give Peter mulighed for at udtrykke sig emotionelt og få styrket sin selvtillid. De identificerede outcomes var at Peter komponerede tre sange i Mixcraft, at han blev mere engageret og motiveret samt mere initiativrig. Ligeledes forbedrede hans beslutsomhed sig og han fik styrket selvtillid.

5.0.4 Klaverøvelser (piano learningtasks)

Når Peter spillede klaver øvelser i sessionerne, støttede jeg ham med verbale instruktioner. Ligeledes viste jeg ham nogle gange på klaveret hvordan han skulle spille de enkelte øvelser. Udover at spille i sessionerne øvede han ligeledes klaver i fritiden. Øvelserne bestod i at Peter lærte enkelte toner i c-dur skalaen og spillede dem i forskellig rækkefølge, ud fra hvad jeg verbalt fortalte, han skulle. Disse blev udviklet undervejs i forløbet, således at han spillede flere toner i træk. Peter fik desuden udleveret et ark papir hvorpå øvelserne samt fremgangsmåde var skrevet. Målet med klaverøvelserne fremgår af skema 5.

Skema 5

| |
|---|
| For Peter to practice piano learning tasks in his own time on ward two times a week with supervision of staff member, ticking off on a schedule when practiced. |
|---|

Formålet med klaverøvelserne var at motivere Peter til at øve sig i fritiden, som en aktivitet han kunne gøre brug af, når han kedede sig. De identificerede outcomes var, at Peter var motiveret og øvede sig i fritiden. Ligeledes gav Peter positiv feedback ved at udtale at *"It feels good to learn and get better"*. MDT gav ligeledes positiv feedback omhandlende, at de oplevede at Peter var motiveret for at øve klaver.

5.0.5 Sang

Sidste teknik bestod i at synge sammen og dette gjorde vi i session fire og fem. Det var den samme sang vi sang begge gange¹⁶ akkompagneret af mig, der spillede guitar. Peter fik teksten, så han kunne læse denne, samtidig med at vi sang/jeg spillede. Der blev ikke opstillet et decideret mål for denne teknik. Men formålet var at bruge sangen til at "lande" og "komme til stede" og synge sammen, samt at få Peter til at forholde sig til teksten, hvilket kunne genere nogle tanker hos ham, som kunne kobles til hans egen situation.

¹⁶Somewhere Only We Know af bandet Keane.

6.0 Teori

6.1 Valg af analyse redskab

Begrundelsen for at vælge at analysere eget klinisk materiale i specialet findes i, at jeg anser det som værende vigtigt, at man går i dybden med og bagom ens eget kliniske arbejde. Derved bliver man klogere på, og får en anden og større indsigt i hvad der skete i sessionerne og terapiforløbet som helhed. Denne indsigt skulle derefter gerne hjælpe terapeuten til at udvikle sig ved at man får et indblik i og forhåbentlig lærer af både de aspekter i terapien der gik godt men ikke mindst de der gik mindre godt. Barbara Wheeler beskriver i forordet til bogen *Microanalysis in Music Therapy. Methods, Techniques and Applications for Clinicians, Researchers, Educators and Students* (Wigram & Wosch, 2007) vigtigheden af, at man analyserer, hvad der sker i musikterapisessionerne, da terapien derved ofte bliver bedre.

These analyses help to understand what is occurring in the music therapy and often lead to better therapy (Wheeler, 2007, s. 11).

Hun skriver ligeledes, at det er vigtigt, at man analyserer de små dele af terapien for bedre at kunne forstå terapien som helhed og derigennem se terapien i et større perspektiv (Wheeler, 2007, s. 11). I bogen beskrives 20 forskellige musikterapeutiske analyseredskaber, der henvender sig til forskellige klientgrupper, og de analyserer forskellige aspekter af musikterapien. Redskaberne kan eksempelvis anvendes til assessment af klienten i opstarten af et musikterapeutisk forløb eller til evaluering i slutningen af et forløb. Måden hvorpå man udvælger, hvilket redskab man ønsker at anvende, bygger på hvilke foki man har, samt hvad genstanden for analysen er. Jeg er interesseret i hvordan man kan beskrive relationen mellem en patient med encephalitis og en musikterapeut ud fra en AQR inspireret mikroanalyse, og ligeledes hvordan på baggrund af denne analyse kan vurdere i hvilket omfang metoden er anvendelig.

6.2 Assessment of Quality of Relationship (AQR)

AQR er udviklet af Karin Schumacher & Claudine Calvet, der er henholdsvis musikerapeut og udviklingspsykolog og blev i sin oprindelse udviklet på baggrund af udviklingspsykolog og professor i psykologi Daniel Sterns "concepts of self"¹⁷. AQR henvendte sig i oprindelsen til børn med autisme og børn med andre dybe udviklingsforstyrrelser, og fokuserer på, hvorledes relationen til en selv (krop og stemme) accepteres i forhold til 'objekter' såsom musikinstrumenter og musikerapeuten. Målet med anvendelsen af AQR er

...to assess the quality of the interpersonal relationship with the help of specific characteristics, and thereby comprehensively classify it (Schumacher & Calvet, 2007, s, 79).

AQR er anvendeligt, når man er interesseret i at undersøge den interpersonelle relation for derved at kunne klassificere den. AQR kan anvendes med forskellige formål som fokus:

- **Diagnosticering** i form af at søge at bekræfte kvaliteten af relationen.
- **Analyse og vurdering** af valg af metode og teknikker for dermed at beslutte hvilke mål der kan sættes for terapien.
- **Evaluering** af terapiforløbet.
- **Forskning** i form af analyse af flere cases og forløb og sammenligning af resultaterne af disse (Schumacher & Calvet, 2007, s.88).

Måden hvorpå jeg anvender redskabet er som evaluering af forløbet med Peter med fokus på vores relation. Det er vigtigt at påpege, at musikerapeuten, for professionel udførelse af en AQR analyse skal have gennemgået et AQR kursus. Da dette ikke har været en mulighed for mig i dette speciale, kan analysen derfor ikke betegnes som en original AQR analyse, men som en meget AQR inspireret analyse. Der anvendes principper og fremgangsmåder samt skalaer og modi fra AQR redskabet. Ligeledes er de to eksterne analysepersoner, der også udfører analyserne heller ikke AQR trænede, men studerende på musikerapiuddannelsen på Aalborg Universitet. Nedenfor beskrives, hvad AQR redskabet består af og hvorledes det anvendes.

¹⁷På dansk: fornemmelsen af et kerneselv.

AQR består af fire skalaer;

- **1: Instrumental Quality of Relationship (IQR)**
- **2: Vocal pre-speech Quality of Relationship (VQR)**
- **3: Physical-emotional Quality of Relationship (PEQR)**
- **4: Therapeutic Quality of Relationship (TQR)**

De første tre skalaer fokuserer på patienten, herunder dennes valg af instrument, musikalsk media, patientens stemme og krop, fysisk kontakt samt øjenkontakt. Den fjerde skala omhandler terapeuten, herunder dennes måde at intervenere på samt musikalsk media (Schumacher & Calvet, 2007, s.81). Hver skala indeholder 7-8 modi, der spænder fra modus 0 til modus 7 eller 8. Hvert modus har en titel, og der medfølger en kort beskrivelse af, hvad det enkelte modus omfatter. For bedre indblik i, hvorledes den enkelte skala implementeres og anvendes i analysen, følger nedenfor en kort beskrivelse af hver skala. Disse beskrivelser er opstillet i to hoveddele; fokus og karakteristika.

Skala 1: Instrumental Quality of Relationship (IQR)

- Fokus: Patientens valg af instrument, relation til objekt, musikalsk media og "room to play"¹⁸.
- Karakteristika: Fra manglende interesse for instrumenter → instrumentale ændringer der leder til verbale beskrivelser/refleksioner.

Skala 2: Vocal pre-speech Quality of Relationship (VQR)

- Fokus: Forskellige typer af vokalisation.
- Karakteristika: Ingen verbalisering → ideer der verbaliseres.

Skala 3: Physical-emotional Quality of Relationship (PEQR)

- Fokus: Patientens fornemmelse for krop og fysisk kontakt, samt øjenkontakt.
- Karakteristika: Restriktioner i social interaktion → at udtrykke fornøjelse og sjov, samt øjenkontakt.

¹⁸"Room to play" er hentet direkte fra AQR instrumentet og kan på dansk oversættes til "plads til udfoldelse", men jeg har valgt at beholde betegnelsen på engelsk da den synes mest dækkende.

Skala 4: Therapeutic Quality of Relationship (TQR)

- Fokus: Terapeutens start af improvisationen, intervention, fokus, musikalsk media og "room for play"
- Karakteristika: Terapeuten føler sig ikke anerkendt → "fælles musik" (terapeuten føler sig som "playing partner"¹⁹ samt oplever plads til initiativ til at skifte roller.

For korrekt udførelse af en AQR analyse forudsættes det, at terapeuten der udfører analysen opstiller et eller flere forsknings spørgsmål, der beskriver hvad han/hun gerne vil undersøge, hvorefter én af skalaerne et til tre udvælges ud fra, hvad patienten demonstrerer. Skala fire anvendes altid, dette til at forstå terapeutens interventioner versus patientens reaktion og respons. Dette betyder, at man minimum laver to analyser; skala et, to eller tre (eller flere af disse) og skala fire. Resultaterne af analyserne af henholdsvis skala 1, 2 eller 3 og skala 4 sammenlignes dernæst. Schumacher & Calvet beskriver følgende trin for trin instruktioner, der bør følges ved anvendelse af AQR (min oversættelse af Schumacher & Calvet, 2007).

1. Dokumentation i form af video.
2. Udvælgelse af et "relevant" scenarie der passer til de specifikke spørgsmål, man har stillet.
3. Udvælgelse af skalaer (IQR, VQR, PEQR) ud fra hvad patienten demonstrerer.
4. Anvendelse af TQR skalaen til at forstå om den assessment/vurdering af de faktiske interventioner, der er foretaget, er kompatible med de resultater, man har fået af assessment af patienten.
5. Sammenligning af alle resultater med de i starten stillede spørgsmål (Schumacher & Calvet, 2007, s.89).

Et af de vigtigste aspekter ved en AQR analyse er, at forskeren udvælger den skala/de skalaer, der efter forskerens mening er mest kompatibel med det stillede forskningsspørgsmål, og dermed det aspekt af relationen han/hun gerne vil undersøge. Eksempelvis vil valget falde på

¹⁹"Playing partner" er hentet direkte fra AQR instrumentet og kan på dansk oversættes til "medspiller", men jeg har valgt at beholde betegnelsen på engelsk, da den synes mest dækkende.

- Skala 1: Instrumental Quality of Relationship (IQR), hvis man er interesseret i at analysere patientens forhold til instrumenter og musikalske udtryk.
- Skala 2: Vocal pre-speech Quality of Relationship (VQR) hvis man er interesseret i at analysere patientens verbale udtryk og tale/sprog-
- Skala 3: Physical-emotional Quality of Relationship (PEQR) hvis undersøgelsesspørgsmålet omhandler aspekter af patientens fysiske og emotionelle reaktioner.
- Skala 4: Therapeutic Quality of Relationship (TQR) anvendes som nævnt altid. Dette da man derved kan sammenligne og sammenholde resultaterne af den/de udvalgte skalaer omhandlende patienten (1-3), med skala 4 der omhandler terapeuten.

Resultaterne af de udvalgte skalaer sammenholdes og sammenlignes, da man søger at udtale sig ud fra et så bredt grundlag som muligt. Dette set både fra patientens og terapeutens perspektiv. I en professionel og korrekt udført AQR analyse, skal resultaterne af alle skala-analyser gennemgås og ligeledes udføres af en anden. Dette for at man kan sammenligne resultaterne og dermed søge at styrke undersøgelsens validitet og reliabilitet. Dette gøres i praksis ved at man undersøger, hvorledes analysepersonen/erne vurderer at score patienten/terapeuten i de udvalgte skalaer, sammenligner resultaterne med terapeutens, for derefter at undersøge hvorvidt, og i så fald hvor meget/lidt, resultaterne afviger fra hinanden. I denne analyse er dette gjort ved at to musikterapistuderende har fungeret som eksterne analysepersoner, og har udført samme analyser som mig.

6.3 Beskrivelse af analyse

I henhold til Schumacher & Calvets før beskrevne 5 punkts instruktion til udførelse af en AQR analyse redegøres nedenfor for, hvorledes de er anvendt.

Punkt 1

Under dette punkt hører dokumentation og dette i form af empiri. Empirien består af videooptagelser af sessionerne optaget under praktikopholdet. I alt består empirien af 10 sessioners videooptagelser. Dette da 10/13 sessioner er optaget²⁰.

Punkt 2

²⁰Grunden til at de sidste tre sessioner ikke er optaget på video bunder i tekniske problemer med kameraet.

Herunder hører udvælgelse af et relevant scenarie, der er kompatibelt med de stillede spørgsmål, i dette tilfælde de spørgsmål der er stillet i problemformuleringen. Nedenfor beskrives måden, hvorpå de relevante sessioner er udvalgt.

- Logbogsnoter læses igennem for undersøgelse af hvilke sessioner der indeholder improvisationer, samt hvilke refleksioner jeg havde noteret efter pågældende sessioner. Da det er relationen, der skal analyseres gennem improvisation, udelukkes i denne gennemgang sessioner og videoklip, hvori improvisation *ikke* indgår.
- Gennemgang af videomateriale fra sessioner hvori improvisationer indgår foretages.
- Efter gennemgang af videomateriale falder valget på to klip indeholdende hver sin improvisation: Én fra 2. session (session A, improvisation A) og én fra 13. session (session B, improvisation B). Begge sessioner er vedlagt som bilag i specialet.
- Improvisationerne defineres og ses igennem. Ligeledes noteres, hvori klippet improvisationerne finder sted, og varigheden af dem noteres også.

Punkt 3

Under dette punkt hører udvælgelse af skala(er), alt efter hvad patienten demonstrerer. I henhold til de under punkt 2 udvalgte improvisationer, falder valget på skala 1 (IQR), da jeg mener at Peter primært demonstrerer instrumentale færdigheder i de to udvalgte improvisationer. De indeholder begge spilleregler, der er ikke verbale interventioner undervejs (skala 2) og Peter viser ikke emotionelle udtryk undervejs (skala 3). Dette bygges på mine subjektive vurderinger og fortolkninger, når jeg ser improvisationerne igennem og ligeledes på logbogsnotater. Dette på trods af, at det kan være svært at se, da Peter i begge improvisationer sidder med ryggen til kameraet²¹.

Punkt 4

Under punkt 4 hører anvendelsen af TQR skalaen på samme udvalgte kliniske materiale, i dette tilfælde de udvalgte improvisationer. Dette for at forstå og vurdere om de faktiske terapeutiske interventioner er kompatible med resultaterne af IQR analysen.

²¹Kameraet var altid placeret samme sted i lokalet. Dette for at forstyrre mindst muligt.

Punkt 5

Punkt 5 kan betegnes som værende en opsamling eller en sammenfatning, hvorunder resultaterne af analyserne sammenlignes indbyrdes. Her sammenlignes først mine egne resultater, hvorefter analysepersonernes analyser sammenlignes indbyrdes, for derefter at blive sammenlignet med mine resultater. Resultater og fund diskuteres dernæst i henhold til at søge at svare på de i problemformuleringen stillede spørgsmål.

6.4 Terapeutiske metoder

Tony Wigram beskriver i sin bog *Improvisation. Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators and Students* (2004) forskellige musikterapeutiske metoder man som musikterapeut enten bruger intentionelt eller intuitivt i arbejdet med klienter. Idet jeg i improvisationerne med Peter gjorde stor brug af metoderne matching, dialoguing, grounding, holding og containing, vil jeg i dette afsnit beskrive disse metoder.

6.0.1 Matching

Wigram beskriver at matching er en af de mest værdifulde metoder af alle improvisations metoderne man kan anvende i musikterapi. Han mener at metoden er et godt og typisk udgangspunkt for at arbejde musikalsk sammen med klienten og at der ud fra denne kan opstå forskellige andre terapeutiske strategier eller metoder (Wigram, 2004, s. 83). Han forklarer videre at han ser matching som værende en empatisk metode idet den musik der produceres af terapeuten som respons til klientens, bekræfter og validerer klientens spil og emotionelle udtryk. Videre understreger han at det at matche i musikterapeutisk forstand ikke er ensbetydende med at terapeutens musik er identisk med klientens. Det betyder nærmere at terapeutens musik er i samme til og kvalitet som klientens.

the client experiences that the therapist's music 'fits together and matches' his or her own production (Wigram, 2004, s. 84).

6.0.2 Dialoguing

Dialoguing beskrives af Wigram således:

Dialoguing: A process where therapist and client / clients communicate through their musical play (Wigram, 2004, s.97).

Dialoguing er ifølge Wigram en glimrende måde at starte forskellige typer af samtaler eller dialoger mellem to eller flere mennesker. der findes to hovedformer for dialoguing; turn-

taking dialogues og continuous 'free floating' dialogues. Forskellen mellem de to er at man i turn-taking dialoguing laver musik sammen hvor klient og terapeut på forskellige måder signalerer hinanden til at spille. Denne form for dialoguing kræver at klient og terapeut holder pause i deres spil og dermed giver den anden plads til at spille. I continuous 'free floating' dialoguing spiller klient og terapeut mere eller mindre uafbrudt og samtidigt. Deres musikalske ideer og dynamikker høres og reageres på, men uden pause i den musikalske proces (Wigram, 2004, s. 98).

6.0.3 Grounding

Wigram beskriver grounding som værende:

Grounding: Creating a stable, containing music that can act as an "anchor" to the client's music
(Wigram, 2004, s. 91).

Grounding anvendes i form af rytmisk grounding for at tilbyde klienten et fundament til noget klienten improviserer. En anden form for grounding er tonal grounding der består i at terapeuten etablerer en tonal bas der danner fundamentet eller virker som en form for "anker" til klientens musik. Denne form for grounding er overvejende af melodisk eller harmonisk karakter (Wigram, 2004, s. 95).

6.0.4 Holding og containing

Holding og containing er to meget ens musikterapeutiske metoder og derfor beskrives de sammen. Wigram beskriver at terapeuten ved anvendelse af holding tilbyder et musikalsk "anker" til klienter der er ungroundede i deres spil og hvis musik er tilfældig og uden retning. Containing anvendes derimod mest hvis klientens spil er kaotisk og måske meget kraftigt og højt og terapeuten tilbyder en musikalsk container/beholder der kan rumme klientens musik i form af at spille med et kraftigt og stærkt udtryk man er sikker på kan høres af klienten (Wigram, 2004, s. 97).

6.5 Musikken

Da musikken er den essentielle faktor i analyserne, fokuseres i dette afsnit på Peter og hans brug af følgende udvalgte musikalske parametre: tempo, harmonik, dynamik og pauser. Dette da jeg har identificeret at det er dem, Peter gjorde størst brug af. Ligeledes fokuseres på hvorledes jeg bruger parametrene i forhold til Peters spil samt Lisas interventioner.

Tempo

Generelt gjorde Peter brug af samme tempo i store dele af improvisationerne. Dette da han syntes at have en fast puls fornemmelse og spillede indenfor denne. Jeg søgte at støtte ham i denne puls fornemmelse uden at holde ham fast i den. Dette ved at søge ikke at være direktiv og styrende og i stedet lade ham bestemme hvordan han ville spille. Det skal dog siges at det er svært ikke at påvirkes af hinandens spil – specielt ikke da vi spillede sammen og meningen ud fra den opstillede spilleregulering var blandt andet var at vi netop skulle improvisere sammen.

Harmonik

Peter gjorde specielt i improvisation B brug af harmonisk (melodisk) materiale i form af at spille melodien "Chopsticks" samt brudstykker af denne. Jeg søgte gennem musikken at opfordre ham til ligeledes at spille på andre måder således at han ikke blev låst i sit spil til kun at fokusere på at spille melodien og at spille denne rigtigt.

Dynamik

Dynamikken i Peters spil var varierende på nogle punkter. Han spillede ofte med samme dynamik og volume og det gjorde jeg også. En mulighed var at jeg kunne have været mere opmærksom på at variere volumen i mit spil mere og derigennem opfordret Peter til at gøre det samme.

Pauser

Peter gjorde ikke stort brug af pauser i sit spil. Dette kan hænge sammen med at han godt kunne lide at spille og når han først i gang med at spille, havde svært ved at stoppe igen uden at det virkede som et forstyrrende element for ham.

Terapeuten

De primære musikterapeutiske metoder jeg anvendte var matching, dialoguing, grounding og holding/containing. Jeg anvendte hele tiden holding i en eller anden form. Grunden til at jeg ofte anvender matching er at jeg fandt det passende at matche Peters spil, således at han følte sig hørt men på samme tid passe på ikke at kopiere hans spil således at han kunne føle sig omklamret og dermed ikke være fri i sit eget spil.

Mine refleksioner omkring Lisa interventioner

I mine logbogsnoter har jeg beskrevet, at jeg lagde mærke til, at jeg fornemmede at Lisa ikke var helt "til stede" i improvisationen. Dette da jeg til tider i improvisationen havde svært ved at forstå hendes valg af teknik. Hun anvendte interventioner og teknikker, jeg ikke ville have valgt at anvende, da jeg ikke mente, at de "passede" til Peters spil. Nogle gange oplevede jeg at hun ikke lyttede til hvad Peter spillede og dermed ikke mødte hans spil. Denne opfattelse havde jeg ligeledes, da jeg genså improvisationen på video. Dette betyder ikke, at jeg opfattede at det Lisa gjorde var forkert, blot at det ikke var den måde jeg valgte at gøre det på og jeg opfattede nogle af hendes valg som værende uhensigtsmæssige i forhold til Peters spil.

7.0 Analyse

7.0.1 Kort beskrivelse af session A og improvisation A

Nedenfor følger en kort beskrivelse, af hvad der sker i session A op til improvisation A. Dette for at give et indblik i omstændighederne op til improvisationen. Efter denne korte beskrivelse følger selve analysen af improvisation A.

Session A er anden session (2/13) og improvisation A finder sted i slutningen af session A der varer ca. 40 min. i alt. Peter, Lisa og jeg selv deltager alle i sessionen samt i improvisationen. Sessionen starter med, at Peter stiller sig foran kameraet, som Lisa er ved at indstille, og beder hende zoome ind på hans t-shirt, der har påskrevet teksten "A matter of life and death". Herefter lytter vi alle tre til en sang Peter, i samarbejde med Lisa, har komponeret på computeren ved hjælp af programmet MixCraft. Dernæst lytter vi til tre sange, som Peter har medbragt i form af egne cd'er. Dette for at få inspiration- og generere ideer til komponering af en ny sang. Peter spiller derefter øvelser på klaveret, hvorefter Lisa beder ham finde et tema, vi alle tre skal improvisere ud fra. Temaet, Peter vælger, er "bad war", og han vælger at spille klaver. Desuden vælger han, hvilke instrumenter Lisa og jeg skal spille på. Lisa får en lilletromme og en tam og jeg får to lilletrommer. Han instruerer os i at vi begge skal spille med trommestikker. Lisa bliver bedt om at starte improvisationen med at spille et "militært lydende tema mindende om en march". Improvisationen varer 3 min. og 18 sek. og starter ca. 37 min. inde i sessionen.

7.1 Terapeutens analyser af improvisation A

- I henhold til det beskrevne punkt tre i 5-punkts instruktionen skal en eller flere skalaer (IQR, VQR, PEQR) udvælges. Dette ud fra hvad man finder mest passende at analysere, i forhold til hvad patienten demonstrerer. Valget falder på IQR skalaen.
- Improvisation A ses igennem adskillige gange med hovedfokus på patienten og undervejs noteres "signifikante øjeblikke" (siden omtalt som momenter), hvori det observeres at der "sker noget"²².
- Efter at have set improvisationen igennem adskillige gange, er seks momenter udvalgt til analyse. De udvalgte momenter noteres, opstilles efter tidsangivelse og tildeles hver især en titel, der indikerer, hvad der demonstreres eller sker. Oversigt over momenterne samt titler ses i nedenstående skema 6.

Skema 6

Moment 1: Peter starter

Moment 2: Sort tangent

Moment 3: Pause

Moment 4: Venstre

Moment 5: Crescendo + tempo stigning

Moment 6: Peter stopper

- Herefter foretages selve IQR analysen af improvisationen, der består i, at jeg ved hver af de seks momenter noterer, hvilket modus jeg vurderer Peter til at befinde sig på.

Idet AQR er et subjektivt analyseredskab både ud fra forståelsen af redskabet og deraf brugen af det, beskrives nedenfor min forståelse af de enkelte modi i IQR skalaen.

Hvorledes en person forstår eksempelvis modus 0 er ikke nødvendigvis den samme

²²Det er ingen steder fundet beskrevet af Schumacher & Calvet at man udvælger momenter, dette er en fremgangsmåde jeg har valgt at anvende.

forståelse en anden person har af samme modus. Nedenfor ses IQR skalaen i skema 7 hvor beskrivelser af hvert modus er oversat af mig.

Skema 7

| Modus | Kort beskrivelse | Min oversættelse |
|---------|---|---|
| Modus 0 | Lack of contact/contact refusal/Pause | - Patienten har ingen opmærksomhed på instrumenter (instr). - Behov for pause. |
| Modus 1 | Contact-reaction | - Første opmærksomhed på instr. - Kort berøring af instr. |
| Modus 2 | Functional-Sensory-Contact | - Instr. behandles enten: - Sanseligt: berøring, lugte, smage. - Destruktivt: der er fare for beskadigelse af instr. - Stereotyp: Monotomt, ikke skiftende og tilsyneladende meningsløst spil. |
| Modus 3 | Contact to oneself/Sense of a subjective self | - Instr. genkendes som et "musikalsk" instr. og udforskes. - Passende behandling af instr. |
| Modus 4 | Contact to others/Intersubjectivity | - Instr. spilles på som det er tiltænkt ift. dets funktion. - Lyden er socialt referentiel. |
| Modus 5 | Relationship to others/Interactivity | - Instr. spille i en form for dialog form (call-respons). - Ofte vokale udtryk. |
| Modus 6 | Joint experience/Interaffectivity | - Instr. spilles konsekvent i positiv affekt (med glæde), kan lede til associationer. - Instr. hjælper til på en legende måde at demonstrere pt. følelsesmæssig tilstand. |
| Modus 7 | Verbal-music space | - Instr. hjælper til emotionelle ændringer og/eller imaginært indhold der leder til verbalt udtryk. |

På baggrund af min oversættelse af modus 0-7, har jeg foretaget IQR analysen. Inden udførelse af analysen havde jeg en formodning om, at Peter ville få en høj gennemsnitlig score placeret mellem niveau 5 og 7. Disse formodninger byggede jeg blandt andet på, at Peter, til forskel fra den beskrevne klientgruppe redskabet er udviklet til (børn med autisme og andre dybe udviklingsforstyrrelser), befinder sig på et højere niveau, når det omhandler sociale kompetencer. Herunder evnen til at opbygge og indgå i en relation. Skema 8 er et udsnit af min IQR analyse af improvisation A. Her fremgår det hvor jeg har vurderet Peter til at befinde sig. Hele min IQR analyse af improvisation A er vedlagt som bilag 1.

7.0.2 IQR analyse af improvisation A

Skema 8

| IQR skala (1) | Improvisation A (session 2) | |
|-----------------------------|-----------------------------|---------------------|
| Moment | 1 | 2 |
| Tidsang. | 37:06:00 | 37:30:00 |
| Modus | <i>Start</i> | <i>Sort tangent</i> |
| 0 Lack | | |
| 1 Reaction | | |
| 2 Funct./sens Contact | | |
| 3 Contact to oneself | | |
| 4 Others/inter- subj. | √ | √ |

I skema 9 ses momenter og modi samt mine begrundelser for valg af modi placeringer.

Skema 9

| Moment + beskrivelse | Modus | Begrundelse |
|-----------------------------------|-------|---|
| 1: Peter starter | 4 | Peter spiller på klaveret og lyden er henvendt til Lisa og jeg, da man kan høre han prøver at matche vores musikalske udtryk. |
| 2: Sort tangent | 4 | Peter spiller på klaveret og lyden er henvendt til Lisa og jeg idet han udforsker sit spil sammen med os. |
| 3: Pause | 3 | Peter genkender klaveret som et "musikalsk" instrument. Dette da Peter stopper med at spille og udforsker det med en genkendelsens glæde. |
| 4: Venstre | 4 | Peter spiller på klaveret med venstre hånd og prøver at spille en basgang ind i Lisas og min rytme. |
| 5: Crescendo + tempostign. | 4 | Peter spiller crescendo på klaveret og stiger i tempo hvilket Lisa og jeg også gør. Musikken intensiveres. |
| 6: Peter stopper | 4 | Peters klaverspil når et klimaks og stopper med at spille hvilket jeg (og Lisa kort efter) også gør. |

Som det fremgår af ovenstående skema 9 spiller Peter på klaveret i hovedparten af improvisationen, hvor Lisa og jeg indgår som social referenceramme. Dette da Peter er opmærksom på hvordan Lisa og jeg spiller på de andre instrumenter i rummet, og han ydermere er i stand til at matche vores spil med toner på klaveret. Peters sociale referentielle side er dog stadig begrænset, hvorfor Peter vurderes til at befinde sig i modus 4 i fem af de seks momenter. Overordnet var Peter i stand til at spille korrekt på klaveret efter dets funktion og hans spil var, til en hvis grad, socialt referentielt.

Nedenstående skema 10 viser momenterne stillet op i forhold til modus og det samlede gennemsnit af modi fremgår ligeledes.

Skema 10

| Moment | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Gen.snit |
|--------|---|---|---|---|---|---|----------|
| Modus | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3,8 |

Gennemsnit: $23 \div 6 = 3,8$

Som det fremgår af skemaet har jeg vurderet Peter til i gennemsnit²³ at befinde sig i modus 3,8 og det fremgår ligeledes at jeg har vurderet ham til at befinde sig i modus 4, i fem af de i alt seks momenter. Jeg har ikke vurderet Peter til at befinde sig i modus 5 da han primært spiller med fokus på "sit eget spil", og i hovedparten af improvisationen, ikke udviser interaktivitet i det han spiller. Hverken modus 6 eller 7 finder sted i nogen af momenterne eftersom Peter ikke vurderes til at udvise interaffektivitet eller benytter det verbal-musikalske "rum". Det vil sige klaveret hjælper ikke Peter til emotionelle ændringer og han udtrykker sig hverken verbalt eller agerer i affekt noget sted i improvisationen.

Dernæst blev TQR analysen af improvisation A foretaget efter samme fremgangsmåde som ved IQR analysen.

7.0.3 TQR analyse af improvisation A

Som i IQR analysen er samme seks momenter anvendt som i TQR analysen. Fokus for TQR analysen er som nævnt terapeuten, og hvordan terapeuten reagerer i forhold til klienten i de seks momenter. Jeg havde her ligeledes en formodning om, at jeg gennemsnitligt ville være placeret i høje modi (5-7). På samme måde som med IQR analysen byggede jeg disse formodninger på at Peter, til forskel for klientgruppen, AQR er udviklet til, befinder sig på et højere niveau når det omhandler sociale kompetencer. Skema 11 er lig med skema 6 og indeholder igen momenter og titler.

²³Gennemsnittet er udregnet ved at lægge alle resultaterne af de seks modi sammen (23) og dividere med seks. Efterfølgende udregninger af gennemsnit fra analyserne er foretaget på samme måde.

Skema 11 (6)

| |
|---|
| Moment 1: Peter starter |
| Moment 2: Sort tangent |
| Moment 3: Pause |
| Moment 4: Venstre |
| Moment 5: Crescendo + tempo stigning |
| Moment 6: Peter stopper |

Nedenfor ses TQR skalaen i skema 12 hvor jeg har foretaget en oversættelse af hvert modus.

Skema 12

| Modus | Kort beskrivelse | Oversættelse |
|--------------|--|---|
| Modus 0 | Musical space - surrounding | - Patienten viser ingen synlige reaktion på terapeuten. - Terapeuten føler sig ikke besvaret/anerkendt. |
| Modus 1 | Perception - connecting | - Kort opmærksomhed mod terapeutens intervention. - Terapeuten føler sig mobiliseret ved patientens korte positive reaktion. |
| Modus 2 | Affect attuning/allowing oneself to be functionalized | - Terapeuten søger samstemme sig med patienten fysisk, musikalsk eller verbalt. - terapeuten føler sig funktionaliseret. |
| Modus 3 | Contact to oneself/sense of a subjective self - aiding awareness | - Terapeuten søger at akkompagnere og støtte patientens krops, verbale, instrumentale udtryk. |
| Modus 4 | Intersubjectivity - being included as a person | - Terapeuten inkluderes for første gang. |

| | | |
|---------|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Terapeuten kan introducere egen ideer uden intention om dialog. - Patienten og terapeuten følger fælles tema med interesse. |
| Modus 5 | Musical dialogue - musically answering an questioning | - Terapeuten er separat fra patienten og er dialog partner. |
| Modus 6 | Playing space - playing/having fun | <ul style="list-style-type: none"> - Et af patientens temaer udforskes musikalsk og der dannes fælles musik. - Terapeuten er spille-partner og kan indlede udveksling af roller. |
| Modus 7 | Verbal space - verbalizing/reflecting | - Terapeutens respons til patientens verbale udtryk i form af verbalt udtryk eller anvendelse af passende sangtekster. |

Skema 13 er et udsnit af min TQR analyse (hele analysen er desuden vedlagt som bilag 2)

Skema 13

| Moment | 1 | 2 |
|--|--------------|---------------------|
| Tidsang. | 37:06:00 | 37:30:00 |
| | <i>Start</i> | <i>Sort tangent</i> |
| Modus | | |
| 0 | | |
| Musical space | | |
| 1 Perception-connecting | | |
| 2 Affect attuning | √ | |
| 3 Contact to oneself | | √ |
| 4 Intersubjectivity - included as a pers. | | |

Nedenfor ses skema 14 hvori resultaterne af hele min TQR analyse af session A er samlet sammenholdt med begrundelser for hvorfor jeg har vurderet terapeuten til at befinde sig i de pågældende modi.

Skema 14

| Moment + beskrivelse | Modus | Begrundelse |
|-----------------------------------|-------|--|
| 1: Peter starter | 2 | Jeg søger at samstemme mig med Peter ved at matche ham musikalsk ved også at starte med at spille. |
| 2: Sort tangent | 3 | Jeg søger at samstemme mig med Peter ved at matche ham musikalsk. |
| 3: Pause | 3 | Jeg søger at akkompagnere Peters instrumentale udtryk i form af at danne puls/grundlag i form af grounding ved at skabe en musikalsk ramme . |
| 4: Venstre | 3 | Jeg søger at støtte Peters instrumentale udtryk ved at holde pulsen . |
| 5: Crescendo + tempostign. | 3 | Jeg matcher Peters instrumentale udtryk ved ligeledes at spille crescendo og stige i tempo. |
| 6: Peter stopper | 3 | Jeg matcher Peters instrumentale udtryk ved ligeledes at stoppe med at spille. |

Som det fremgår af skema 14, har jeg vurderet at jeg befinder mig i modus 3 i fem ud af de seks momenter. Dette da jeg i henhold til det Peter spiller primært søger at matche hans musikalske udtryk da jeg gerne vil støtte og akkompagnere ham i musikken for at Peter føler sig hørt og mødt i netop musikken. I henhold til netop modus tre har Peter primært fokus og kontakt til sig selv og sit eget spil. Generelt anvender Peter meget brudstykker af eller hele temaet fra Chopsticks, og dette søger jeg nogle gange at matche eller imitere ved også at spille det. Andre gange imiterer jeg det ikke og gør i stedet brug af holding og holder en pulsforfølelse for at give Peter en "ramme" at spille indenfor.

Nedenstående skema 15 viser momenterne stillet op i forhold til modus og det samlede gennemsnit af modi fremgår ligeledes.

Skema 15

| Moment | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Gen.snit |
|--------|---|---|---|---|---|---|----------|
| Modus | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2,8 |

Gennemsnit: $17 \div 6 = 2,8$

Som det fremgår af skemaet er Peter i gennemsnit²⁴ placeret i modus 2,8, og i skemaet har jeg scoret ham ved modus 3 (under middel) flest gange. Dermed stemmer heller ikke TQR analysens resultat overens med den formodning, jeg havde, inden jeg foretog analysen, nemlig at Peter ville befinde sig mellem modus 5 og 7. Han befinder sig som beskrevet i gennemsnit i modus 2,8, og ved ingen momenter har jeg vurderet ham til at befinde sig på hverken modus 4, 5, 6 eller 7 og modus 3 er det højeste modus, jeg har vurderet ham til at befinde sig på. Dette da jeg ikke oplever musikalske dialoger eller intersubjektivitet i form af at vi ikke danner fælles musik idet Peters primære fokus er på sig selv og sit eget spil.

²⁴Gennemsnittet er udregnet ved at lægge alle resultaterne af de seks modi sammen (17) og dividere med seks.

7.2 Sammenligning af terapeutens IQR og TQR analyser af improvisation A

En faktor, der har spillet en stor rolle i min måde at score momenterne i både IQR og TQR analysen på, er, at jeg har vurderet det umuligt at score Peter til at befinde sig på niveau 7, så længe han ikke udtrykker sig verbalt under improvisationen, hvilket Peter ikke gjorde da det ikke var en del af spillereglen, der var opstillet for improvisationen.

Som det fremgår af skemaet er den teknik jeg anvender mest matching. Peter var meget optaget af sit eget spil og hans sociale referentielle side var begrænset og jeg fornemmede at han havde behov for "plads og rum" til at kunne udtrykke sig. Man kan argumentere for, at jeg hele tiden i en eller anden grad altid anvender holding idet jeg uanset intervention og musikterapi metode, søger at rumme Peters spil.

Nedenfor følger på samme måde som med session A, en kort beskrivelse af session B efterfulgt af IQR og TQR af improvisation B. Dernæst følger beskrivelse af de to testpersoners analyser og en sammenfatning af deres resultater sammenlignet med mine.

7.0.4 Kort beskrivelse af session og improvisation B

Session B er den sidste session, Peter og jeg havde sammen og dermed session 13/13. Musikterapiforløbet med Peter afsluttedes, da mit praktikophold nærmede sig sin afslutning, og dette passede tilfældigvis sammen med, at Peter stod overfor udskrivelse fra hospitalet. Da sessionen fandt sted, var det endnu ikke afklaret, hvornår Peter skulle flytte, men det var fastlagt, at det ville blive indenfor de nærmeste dage. På baggrund af dette valgte jeg, at denne session var den sidste²⁵. Sessionen varer ca. 70 min. og bliver indledt med en samtale omkring Peters emotionelle velbefindende, samt om hans tanker og følelser omkring den nærtstående flytning. Dette leder til en snak om, hvordan han har det med at stoppe forløbet med mig. I løbet af sessionen har vi spillet klaverøvelser sammen, og Peter har spillet alene på klaveret med verbale instruktioner fra mig. En af de aktiviteter vi havde planlagt at lave i sessionen, var at finpudse den tredje og sidste af hans sange. Dette kan grundet tekniske problemer med computeren ikke lade sig gøre. Mens jeg prøvede at få MixCraft til at virke på computeren, sad Peter ved klaveret og spillede og øvede sig. Efter at have siddet ved klaveret sammen, spørger jeg Peter, hvordan han har

²⁵Jeg kunne have valgt at lægge en ekstra session ind, men jeg vurderede at det ville være uhensigtsmæssigt forvirrende for Peter eventuelt at skulle afslutte og tage afsked flere gange.

det lige nu, og beder ham beskrive dette med ét ord. Peter fortæller, at han er "happy". Spillereglen bliver dermed at spille ud fra følelsen og temaet happy og happiness. Peter har i løbet af sessionen været meget optaget af at spille melodien "Chopsticks", som han har lært, og da denne spilles på de sorte tangenter på klaveret, vil han gerne fortsætte med dette, og beder mig spille på de hvide tangenter. Dette afprøves, men da det er svært at få disse to spillemåder* til at harmonere og dermed lyder "happy", foreslår jeg, at vi begge spiller på de sorte tangenter, og dette indvilger Peter i. Improvisationen finder sted i midten af sessionen og varer 4 min. og 6 sek.

7.3 Terapeutens analyser af improvisation B

- Fremgangsmåden for analysen af improvisation B udføres på samme måde som analysen af improvisation A og igen i henhold til Schumacher & Calvets 5. punkts instruktion hvormed punkt 1 er opfyldt da materialet på samme måde, er videooptagelsen af improvisationen.
- Improvisation B ses igennem adskillige gange med fokus på patienten og terapeuten og undervejs noteres "signifikante øjeblikke" (siden omtalt som momenter) hvori der observeres at der "sker noget".
- Efter at have set improvisationen igennem adskillige* gange er femten momenter udvalgt til analyse. De udvalgte momenter noteres efter tidsangivelse og gives på samme måde som de seks momenter fra improvisation A, en titel hver til indikation af hvad der demonstreres eller sker.
- Oversigt over momenter samt titler fremgår af nedenstående skema 16.

Skema 16

- **Moment 1:**Figur i puls
- **Moment 2:**Melodi
- **Moment 3:**Figur i puls
- **Moment 4:**Melodi
- **Moment 5:** Kromatisk figur, samspil med terapeut
- **Moment 6:** Melodi
- **Moment 7:**Kromatisk figur i puls
- **Moment 8:** Opadgående figur
- **Moment 9:** Brug af venstre hånd
- **Moment 10:** Begge hænder figur (Bas venstre, figur højre)
- **Moment 11:** Begge hænder, dybe toner
- **Moment 12:** Gentagelse af toner
- **Moment 13:**Kromatisk figur, begge hænder
- **Moment 14:** Melodi
- **Moment 15:** Lange toner → stop

- Herefter foretages selve IQR analysen af improvisation B, der består i, at jeg ved hvert af de femten momenter i et skema noterer, hvilket modus jeg vurderer Peter til at befinde sig på.
- Skema 17 er lig med skema 12 og indeholder igen momenter og titler.

Skema 17 (12)

| Modus | Kort beskrivelse | Min oversættelse |
|---------|---|--|
| Modus 0 | Lack of contact/contact refusal/Pause | - Patienten har ingen opmærksomhed på instrumenter. - Behov for pause. |
| Modus 1 | Contact-reaction | - Første opmærksomhed på instrumenter. - Kort berøring af instrumenter. |
| Modus 2 | Functional-Sensory-Contact | - Instrumentet behandles enten: - Sanseligt: berøring, lugte, smage. - Destruktivt: der er fare for beskadigelse af instrumentet. - Stereotyp: Monotomt, ikke skiftende og tilsyneladende meningsløst spil. |
| Modus 3 | Contact to oneself/Sense of a subjective self | - Instrumentet genkendes som et "musikalsk" instrument og udforskes. - Passende behandling af instrumentet. |
| Modus 4 | Contact to others/Intersubjectivity | - Instrumentet spilles korrekt ift. dets funktion. - Lyden er socialt referentiel. |
| Modus 5 | Relationship to others/Interactivity | - Instrumentet spille i en form for dialog form (call-respons). - Ofte vokale udtryk. |
| Modus 6 | Joint experience/Interaffectivity | - Instrumentet spilles konsekvent i positiv affekt (med glæde), kan lede til associationer. - Instrumentet hjælper til på en legende måde at demonstrere pt. følelsesmæssig tilstand. |
| Modus 7 | Verbal-music space | - Instrumentet hjælper til emotionelle ændringer og/eller imaginært indhold der leder til verbalt udtryk. |

På samme måde som ved improvisation A havde jeg inden udførelse af IQR analysen af improvisation B, en formodning om, at Peter ville få en høj gennemsnitlig score placeret mellem niveau 5 og 7. Disse formodninger byggede jeg igen blandt andet på at Peter i henhold til min opfattelse, befandt sig på et højere niveau når det omhandler sociale kompetencer, herunder evnen til at opbygge og indgå i en relation. Et udsnitsskema 18 er

et udsnit af min IQR analyse af improvisation B. Hele min IQR analyse af improvisation B er vedlagt som bilag 3.

Skema 18

| IQR skala (1) | Improvisation B (session 13) | | Terapeuten |
|-----------------------------|------------------------------|-------------|--------------------|
| Moment | 1 | 2 | 3 |
| Tidsangivelse | 11:50 | 12:04 | 12:14 |
| Modus | <i>Fig. i puls</i> | <i>Mel.</i> | <i>Fig. i puls</i> |
| 0 Lack | | | |
| 1 Reaction | | | |
| 2 Funct./sens contact | | | |
| 3 Oneself | | | |
| 4 Others/inter- subj. | | √ | |
| 5 Interact. | √ | | √ |

Nedenfor ses skema 19 hvori resultaterne af hele min IQR analyse af session B er samlet, sammenholdt med begrundelser for hvorfor jeg har vurderet Peter til at befinde sig i de pågældende modi.

Skema 19

| Moment + beskrivelse | Modus | Begrundelse |
|---|-------|--|
| 1: Figur i puls | 5 | Peter spiller en figur i en form for dialog sammen med mig og han lytter til mit spil. |
| 2: Melodi | 4 | Peter spiller en melodi på klaveret og søger at spille melodien for mig og derved søger kontakten med mig i musikken. |
| 3: Figur i puls | 5 | Peter spiller en figur i en form for dialog, vi mødes om denne figur i musikken og spiller begge i puls. |
| 4: Melodi | 5 | Peter spiller en melodi i en form for dialog hvilket gør at han er interaktiv i samspillet med mig. |
| 5: Kromatisk figur, samspil m. TP. | 6 | Peter spiller en kromatisk figur med positiv affekt i samspil med mig, vi mødes i musikken. |
| 6: Melodi | 5 | Peter spiller en melodi i en form for dialog med mig. Jeg oplever at Peter udtrykker sig emotionelt gennem det interaktive samspil med mig. |
| 7: Kromatisk fig. i puls | 6 | Peter spiller en kromatisk figur med positiv affekt i samspil med mig, idet vi begge spiller i puls. |
| 8: Opadgående figur | 6 | Peter spiller en opadgående figur med positiv affekt i samspil med mig, idet vi begge spiller kromatisk og spiller sammen. |
| 9: Brug af venstre hånd | 4 | Peter anvender klaveret korrekt ved også at anvende venstre hånd til at spille. Lyden er socialt referentiel idet vi begge bruger venstre hånd og jeg oplever intersubjektivitet i musikken. |
| 10: begge hænder figur (bas venstre, figur højre). | 6 | Peter spiller en figur med af begge hænder - positiv affekt ift. mig idet vi begge spiller med begge hænder. |
| 11: Begge hænder, dybe toner. | 5 | Peter spiller med begge hænder, dybe toner i en form for dialog, hvori jeg oplever at Peter udtrykker sig emotionelt i musikken. |
| 12: Gentagelse af toner. | 6 | Peter spiller gentager toner positiv affekt i samspil med terapeuten. Jeg gentager ikke toner, men vi spiller sammen, mødes i musikken. |
| 13: Kromatisk figur, begge hænder. | 4 | Peter anvender spiller på klaveret ved at anvende begge hænder samtidigt i sit spil. Lyden er socialt referentiel i forhold til mig. |
| 14: Melodi. | 4 | Peter spiller melodi på klaveret og jeg oplever at han søger kontakt i musikken. |

| | | |
|-------------------------------------|---|--|
| 15: Lange toner --> stop. | 5 | Peter spiller lange toner i en form for dialog og vi jeg stopper med at spille på opfordring af at Peter også stopper. Det føles naturligt for os begge at stoppe improvisationen her. |
|-------------------------------------|---|--|

Som det fremgår af skema 19, spiller Peter i store dele af improvisationen i affektivt samspil med mig hvori han udtrykker sig emotionelt i musikken. Ligeledes er han ved flere af momenterne i musikalsk dialog med mig hvilket afspejler at jeg har vurderet ham til at befinde sig på niveau 5 og 6 i mange momenter. Flere gange føler jeg at han søger kontakt til mig i musikken og han spil er i høj grad socialt referentiel.

7.0.5 Terapeutens IQR analyse af improvisation B

Nedenstående skema 20 viser momenter i forhold til modus samt gennemsnit.

Skema 20

| Moment | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | Gen.snit |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----------|
| Modus | 5 | 4 | 5 | 5 | 6 | 5 | 6 | 6 | 4 | 6 | 5 | 6 | 4 | 4 | 5 | 5 |

Gennemsnit: $76 \% \cdot 15 = 5$

Som det fremgår af skema, er Peter i gennemsnit placeret i modus 5, og det fremgår ligeledes at jeg har vurderet ham til at befinde sig i modus 5 (lige over middel) flest gange. Han befinder sig ligeledes i gennemsnit i modus 5, og ved ingen momenter har jeg vurderet ham til at befinde sig på under modus 4. Modus 6 er det højeste modus, jeg har vurderet ham til at befinde sig på. Dette da modus 5 omhandler interaktivitet og det oplever jeg at Peter og jeg havde i store dele af improvisationen. Dermed stemmer resultaterne af denne analyse i større grad overens med den formodning, jeg havde inden jeg foretog analysen, nemlig at Peter ville befinde sig mellem modus 5 og 7.

Dernæst blev TQR analysen af improvisation B foretaget efter samme fremgangsmåde som ved IQR analysen.

7.0.6 Terapeutens TQR analyse af improvisation B

Skema 21 viser beskrivelser og oversættelser af TQR skalaen og er er samme skema som skema 12.

Skema 21

| Modus | Kort beskrivelse | Oversættelse |
|--------------|--|--|
| Modus 0 | Musical space - surrounding | - Patienten viser ingen synlige reaktion på terapeuten. - Terapeuten føler sig ikke besvaret/anerkendt. |
| Modus 1 | Perception - connecting | - Kort opmærksomhed mod terapeutens intervention. - Terapeuten føler sig mobiliseret ved patientens korte positive reaktion. |
| Modus 2 | Affect attuning/allowing oneself to be functionalized | - Terapeuten søger samstemme sig med patienten fysisk, musikalsk eller verbalt. - terapeuten føler sig funktionaliseret. |
| Modus 3 | Contact to oneself/sense of a subjective self - aiding awareness | - Terapeuten søger at akkompagnere og støtte patientens krops, verbale, instrumentale udtryk |
| Modus 4 | Intersubjectivity - being included as a person | - Terapeuten inkluderes for første gang. - Terapeuten kan introducere egen ideer uden intention om dialog. - Patienten og terapeuten følger fælles tema med interesse. |
| Modus 5 | Musical dialogue - musically answering an questioning | - Terapeuten er separat fra patienten og er dialog- partner. |
| Modus 6 | Playing space - playing/having fun | - Et af patientens temaer udforskes musikalsk og der dannes fælles musik. - Terapeuten er spille-partner og kan indlede udveksling af roller. |
| Modus 7 | Verbal space - verbalizing/reflecting | - Terapeutens respons til patientens verbale udtryk i form af verbalt udtryk eller anvendelse af passende sangtekster. |

Nedenfor ses skema 22 der viser et udsnit af min TQR analyse af improvisation B. Hele analysen er vedlagt som bilag 4.

Skema 22

| TQR skala (1) | Improvisation B (session 13) | | Terapeuten |
|-----------------------------|------------------------------|-------------|--------------------|
| Moment | 1 | 2 | 3 |
| Tidsangivelse | 11:50 | 12:04 | 12:14 |
| Modus | <i>Fig. i puls</i> | <i>Mel.</i> | <i>Fig. i puls</i> |
| 0 Lack | | | |
| 1 Reaction | | | |
| 2 Funct./sens contact | | | |
| 3 Oneself | | √ | |
| 4 Others/inter- subj. | | | √ |
| 5 Interact. | √ | | |

Nedenfor ses skema 23 hvori resultaterne af hele min TQR analyse af session B er samlet, sammenholdt med begrundelser for hvilken musikterapeutisk teknik jeg gør brug af i de forskellige momenter i improvisation B ift. det Peter spiller. Dette for at gøre klart, hvilken teknik og intervention jeg gør brug af som modsvar/svar til Peters spil.

Skema 23

| Moment + beskrivelse | Modus | Begrundelse |
|---|-------|--|
| 1: Figur i puls | 5 | Jeg er separat fra Peter og søger at være dialog partner og møde ham i musikken, i form af at matche det han spiller ved at spille i puls. |
| 2: Melodi | 3 | - Jeg akkompagnerer og støtter Peters instrumentale udtryk i form af melodien ved at anvende matching . |
| 3: Figur i puls | 4 | Jeg matcher Peters figur og søger dermed at følge et fælles tema i samme puls som Peter. |
| 4: Melodi | 4 | Jeg grunder i form af at holde pulsen og dermed følges fælles tema og støtte Peters melodiske udtryk. |
| 5: Kromatisk figur, samspil m. TP. | 6 | Jeg søger at anvende dialoguing ved at udforske Peters tema i form af kromatisk figur. Jeg er spille partner. |
| 6: Melodi | 3 | - Jeg søger at akkompagnere og støtte Peters instrumentale udtryk i form af matching . |
| 7: Kromatisk fig. i puls | 6 | Jeg søger at anvende matching og dialoguing ved at udforske Peters tema i form af kromatisk figur i puls. Jeg er spille partner. |
| 8: Opadgående figur | 5 | Jeg er separat fra Peter og søger at være grunde og være dialog partner i form i den opadgående figur han spiller. |
| 9: Brug af venstre hånd | 3 | - Jeg søger at anvende dialoguing til Peters spil på klaveret med venstre hånd, søger at akkompagnere og støtte Peters instrumentale udtryk. |
| 10: begge hænder figur (bas venstre, figur højre). | 6 | Jeg søger at anvende matching og dialoguing ved at udforske den figur Peter spiller med begge hænder. Jeg er spille partner. |
| 11: Begge hænder, dybe toner. | 5 | Jeg er separat fra Peter og søger at matche hans spil med begge hænder. |
| 12: Gentagelse af toner. | 6 | Jeg søger at anvende matching ved at udforske Peters gentagelse af toner. Jeg er spille partner |
| 13: Kromatisk figur, begge hænder. | 4 | Jeg søger at dialogue Peters kromatiske figur og søger dermed at følge et fælles tema. |
| 14: Melodi. | 3 | Jeg søger at akkompagnere ved anvendelse af empatisk improvisation og dermed støtte Peters instrumentale udtryk. |
| 15: Lange toner --> stop. | 6 | Jeg søger at anvende matching ved at udforske Peters spil af toner samt da Peter stopper. Jeg er spille partner . |

Nedenstående skema 24 viser momenter i forhold til modus samt gennemsnit.

Skema 24

| Moment | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | Gen.snit |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----------|
| Modus | 5 | 3 | 4 | 4 | 6 | 3 | 6 | 5 | 3 | 6 | 5 | 6 | 4 | 3 | 6 | 4,6 |

Gennemsnit: $69\% \cdot 15 = 4,6$

Af skemaet fremgår det at jeg i gennemsnit er placeret i modus 4,6, og jeg har scoret mig selv til at befinde mig i modus 6 (over middel) flest gange. TQR analysens resultat stemmer i højere grad overens, med den formodning jeg havde, inden jeg udførte denne, nemlig at jeg ville befinde mig mellem modus 5 og 7. De musikterapeutiske metoder jeg primært anvender er matching og dialoguing idet jeg søger t matche hans musikalske udtryk da jeg gerne vil støtte og akkompagnere ham i musikken for at Peter føler sig hørt og mødt i netop musikken. Generelt anvender Peter meget brudstykker af eller hele temaet fra Chopsticks, og dette søger jeg nogle gange at matche eller imitere ved også at spille det. Andre gange imiterer jeg det ikke og gør i stedet brug af matching og dialoguing og søger dermed et musikalsk samspil med Peter.

7.4 Sammenligning af terapeutens analyser af improvisation A og B - IQR

I dette kapitel sammenlignes resultaterne af IQR analyserne af henholdsvis improvisation A og B.

Skema 25 viser resultaterne af IQR analysen af improvisation A

Skema 25

| Moment | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Gen.snit |
|--------|---|---|---|---|---|---|----------|
| Modus | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3,8 |

Af skema 26 fremgår resultaterne af IQR analysen af improvisation B

Skema 26

| Moment | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | Gen.snit |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----------|
| Modus | 5 | 4 | 5 | 5 | 6 | 5 | 6 | 6 | 4 | 6 | 5 | 6 | 4 | 4 | 5 | 5 |

Opsummerende ser forskellen på de to **IQR** analyser således ud og fremgår af skema 27. Gennemsnittet af improvisation A minus gennemsnittet af improvisation B²⁶.

Skema 27

| | |
|---------------------|-----|
| IQR improvisation A | 3,8 |
| IQR improvisation B | 5 |

Dette betyder, at Peter ud fra mine analyseresultater er steget 1,2 modus i forhold til Instrumental Quality af relationen fra improvisation A i anden session til improvisation B i trettende og sidste session. Dette resultat kan indikere at Peter har bedret sig fra improvisation A til improvisation B, men det kan ud fra analysen af de to improvisationer ikke siges endegyldigt at Peter grundet vores relation har forbedret sig. Til dette er der for få analyseresultater og de er for usikre forstået på den måde at det ikke ud fra AQR analysen kan siges at vores relation i musikken er den eneste faktor der har haft betydning for Peters bedring.

7.5 Sammenligning af terapeutens analyser af improvisation A og B - TQR

I dette kapitel sammenlignes resultaterne af TQR analyserne af henholdsvis improvisation A og B.

Skema 28 viser resultaterne af TQR analysen af improvisation **A**

Skema 28

| | | | | | | | |
|---------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------------|
| Moment | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Gen.snit |
| Modus | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2,8 |

Skema 29 viser resultaterne af TQR analysen af improvisation **B**

²⁶3,8 % 5 = 1,2

Skema 29

| Moment | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | Gen.snit |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----------|
| Modus | 5 | 3 | 4 | 4 | 6 | 3 | 6 | 5 | 3 | 6 | 5 | 6 | 4 | 3 | 6 | 4,6 |

Forskellen på de to **TQR** analyser:

Gennemsnittet af improvisation A minus gennemsnittet af improvisation B: $2,8 - 4,6 = 1,8$ og fremgår af skema 30.

Skema 30

| | |
|---------------------|-----|
| TQR improvisation A | 2,8 |
| TQR improvisation B | 4,6 |

På samme måde som med resultaterne fra IQR analyserne af improvisation A og B, viser resultaterne af TQR analyserne af improvisationerne, at Peter er steget i modus niveau. Stigningen er på 1,8 niveau hvilket kan indikere at jeg har bedret mig fra improvisation A til improvisation B i forhold til hvordan jeg responderer på Peters instrumentale udtryk. Man kan ud fra analyseresultaterne ikke endegyldigt konkludere at vores relation har forbedret sig. Til dette er der på samme måde som med IQR resultaterne, for få analyseresultater og de er for usikre forstået på den måde at det ikke ud fra AQR analysen kan siges at vores relation i musikken er den eneste faktor der har haft betydning for Peters bedring. Resultatet kan dog bruges til at indikere at Peter og jeg i musikken har fået bedre kontakt og er blevet mere opmærksomme på hinanden.

7.6 Opsamling på terapeutens analyser

Opsummerende kan det siges at der er sket en *stigning* i både IQR og TQR modus fra session A til session B. Dette på henholdsvis 1,2 og 1,8. Denne stigning indikerer at Peter og jeg ud fra mine analyseresultater, er steget i relationsmodus. Se nedenstående skema 31.

Skema 31

| | |
|---------------|---------------|
| IQR – forskel | TQR – forskel |
| 1,2 | 1,8 |

Stigningerne i modi niveau kan som nævnt indikere at Peter har bedret sig fra improvisation A til B samt at jeg har bedret mig fra improvisation A til improvisation B i forhold til hvordan jeg responderer på Peters instrumentale udtryk. Analyseresultaterne er som nævnt dog for få og usikre til at de kan bruges til at konkludere at vores relation i musikken er den eneste faktor der har haft betydning for Peters bedring. Hvad jeg ser at resultatet kan bruges til, er at indikere at Peter og jeg i musikken har fået bedre kontakt og er blevet mere opmærksomme på hinanden.

7.7 Eksterne analyse-personers analyser

I henhold til tidligere omtalt, beskriver Schumacher og Calvet at det er vigtigt at få andre eksterne musikterapeuter, til at udføre samme analyser på samme empiriske materiale. Dette er i specialet gjort med hjælp fra to eksterne analysepersoner; Karina (I) og Ann-Maria (II), begge studerende på musikterapiuddannelsen på Aalborg universitet, henholdsvis 6. og 8. semester. Ingen af de to har tidligere anvendt AQR, men de er begge bekendte med redskabet fra undervisningen på studiet. De har begge givet samtykke til at deltage og har ligeledes billiget i at de nævnes ved navns nævnelse i specialet.

De to eksterne analysepersoner fik sammen verbal introduktion og instruktion, omkring AQR redskabet som helhed samt mere detaljerede beskrivelser af IQR og TQR skalaerne og deres anvendelse i praksis. De fik derefter udleveret et dokument, hvori jeg havde skrevet nogle punkter, angående det de skulle være opmærksomme på når de skulle udføre analyserne (se bilag 5). Ligeledes fik de udleveret kopier af beskrivelser af de to anvendte skalaer og modi fra Schumacher & Calvets artikel, samt skemaer med momenter og titler til afkrydsning. Derefter fik de hver især tid til at læse og gennemgå papirerne med mulighed for at stille spørgsmål efterfølgende, inden de skulle udføre selve analysen.

Følgende faktorer gjorde sig gældende under testpersonernes analyser af både improvisation A og B:

- Analysepersonerne fik **ikke** informationer omkring hvor i musikterapiforløbet de to improvisationer var placeret. Dette for ikke at påvirke analyseresultaterne.
- Begge analysepersoner **startede med** at analysere improvisation B hvorefter de analyserede improvisation A.

- Analysepersonerne fik **ingen** informationer om patientens: specifikke diagnose, patologi, familiære forhold, problemområder, mål for terapien mm. udover alder og at han havde en erhvervet hjerneskade.
- De analyserede **samme momenter** som jeg.
- Analysepersonerne foretog analyserne i enerum **uden tilstedeværelse** af eller indblanding fra mig eller hinanden.
- Analysepersonerne **samtalede ikke** før eller under analyserne.
- De fik begge mulighed for at **stille spørgsmål** efter analyserne.
- Jeg svarede ikke på spørgsmål omhandlende subjektive opfattelser af redskabet samt de enkelte modi, idet AQR netop er en subjektiv vurdering, og at jeg søgte at påvirke denne så lidt som muligt.

7.8 Eksterne analysepersoners analyser af improvisation A

Nedenfor følger resultaterne af de to analysepersoners analyser (IQR og TQR) af både improvisation A og B. Der er ikke redegjort på samme måde som med terapeutens analyser, redegjort dybdegående for analysepersonernes valg af modi, men det kommenteres løbende hvorledes analysepersonerne har vurderet de forskellige modi, dette på baggrund af samtaler med de to analysepersoner. Analyseresultaterne sammenlignes indbyrdes og kommenteres løbende og sammenlignes efterfølgende med resultaterne af terapeutens analyser. De eksterne analysepersoners analyseskemaer, er desuden vedlagt som bilag.

7.0.7 Ekstern analyseperson I IQR analyse af improvisation A

Af nedenstående skema 32 ses analyseperson I's IQR analyseresultater af improvisation A. Hele analysen er desuden vedlagt som bilag 6.

Skema 32

| Moment | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Gen.snit |
|--------|---|---|---|---|---|---|----------|
| Modus | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |

Gennemsnit: $18 \cdot 6 = 3$

Som det fremgår af resultaterne af ovenstående analyse, kan det ses at analyseperson I har vurderet Peter til at befinde sig i modus 3 ved alle momenter. Dette forklarede hun

med at det var svært at skelne momenterne fra hinanden og at hun ikke kunne se "store udsving" i Peters instrumentale udtryk.

7.0.8 Ekstern analyseperson II IQR analyse af improvisation A

Af nedenstående skema 33 ses analyseperson II's IQR analyse resultater af improvisation A. Hele analysen er desuden vedlagt som bilag 7.

Skema 33

| Moment | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Gen.snit |
|--------|---|---|---|---|---|---|----------|
| Modus | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3,3 |

Gennemsnit: $20 \% 6 = 3,3$

Som det fremgår af resultaterne af ovenstående analyse, kan det ses at analyseperson II har vurderet Peter til at befinde sig i modus 3 eller 4 ved alle momenter. Hun havde på samme måde som analyseperson I, en opfattelse af at det var svært at skelne at hun på samme måde som analyseperson I ikke kunne se "store udsving" i Peters instrumentale udtryk.

7.0.9 Sammenligning og opsamling af analyse-personers IQR analyser af improvisation A

Ovenstående IQR analyseresultater af improvisation A viser de to analysepersoners opfattelse af Peters modus niveau i gennemsnit, ikke adskiller sig udpræget fra hinanden, se skema 34.

Skema 34

| | | |
|-------------------|----------------------|--------------|
| Analysepers. I: 3 | Analysepers. II: 3,3 | Forskel: 0,3 |
|-------------------|----------------------|--------------|

$3,3 - 3 = 0,3$

Dette viser at analysepersonerne havde nogenlunde samme opfattelse af hvilket modus niveau Peter befandt sig på.

7.0.10 Analyseperson I TQR analyse af improvisation A

Af nedenstående skema 35 ses analyseperson I's TQR analyse resultater af improvisation A. Hele analysen er desuden vedlagt som bilag 8.

Skema 35

| Moment | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Gen.snit |
|--------|---|---|---|---|---|---|----------|
| Modus | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3,3 |

Gennemsnit: $20 \div 6 = 3,3$

Som det fremgår af resultaterne af ovenstående analyse, kan det ses at analyseperson I har vurderet terapeuten til at befinde sig i modus 3 eller 4 ved alle momenter. Dette forklarede hun på samme måde som med vurderingen af Peter med at det var svært at skelne momenterne fra hinanden og at hun ikke kunne se "store udsving" i mine interventioner og instrumentale udtryk.

7.0.11 Analyseperson IITQR analyse af improvisation A

Af nedenstående skema 36 ses analyseperson II's TQR analyse resultater af improvisation A. Hele analysen er desuden vedlagt som bilag 9.

Skema 36

| Moment | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Gen.snit |
|--------|---|---|---|---|---|---|----------|
| Modus | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1,6 |

Gennemsnit: $10 \div 6 = 1,6$

Af ovenstående resultater fremgår det at jeg i denne analyse generelt er scoret til at befinde mig på et lavere modus niveau med et gennemsnit på 1,6. Analysepersonen beskrev efter denne analyse, at hun havde svært ved at vurdere hvilket niveau jeg var på og flere gange var i tvivl om det skulle være niveau 1 eller 2, men at hun som det fremgår valgte niveau 1.

7.0.12 Opsamling

I analysepersonernes TQR analyse adskiller deres resultater sig i større grad fra hinanden, her med en gennemsnitlig forskel på $(3,3 - 1,6) 1,7$. den største forskel på disse resultater ligger i at analyseperson II har anvendt modus niveau 1 ved 4 momenter hvorimod analyseperson I ikke har gjort brug af modus niveau 1, men derimod har modus niveau 3 som det lavest scorede niveau. Dermed kommer den subjektive vurdering til udtryk i form af at de to analysepersoner vurderer de samme momenter med 2 modi niveauers forskel. Forskellen er dog ikke så stor at den ene eksempelvis har scoret 0 og den anden har scoret 7.

7.9 Eksterne analysepersoners analyser af improvisation B

7.0.13 Analyseperson I IQR analyse af improvisation B

Af nedenstående skema 37 ses analyseperson I's IQR analyse resultater af improvisation B. Hele analysen er vedlagt som bilag 10.

Skema 37

| Moment | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | Gen.snit |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----------|
| Modus | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 4 | 6 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4,5 |

Gennemsnit: $68\% \cdot 15 = 4,5$

Som det fremgår af resultaterne, er Peter vurderet til at befinde sig på et gennemsnitligt modus niveau 4,5. det lavest scorede modus niveau er 4 og det højest scorede er 6. (Til forskel fra analyseperson I's IQR analyse af improvisation A hvori hun havde scoret 3 ved alle momenter. Disse resultater viser at hun vurderer Peter til at have steget i modus niveau.

7.0.14 Analyseperson II IQR analyse af improvisation B

Af nedenstående skema 38 ses analyseperson II's IQR analyse resultater af improvisation B. Hele analysen er vedlagt som bilag 11.

Skema 38

| Moment | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | Gen.snit |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----------|
| Modus | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 5 | 3,8 |

Gennemsnit: $58\% \cdot 15 = 3,8$

Som det fremgår af resultaterne, er Peter vurderet til at befinde sig på et gennemsnitligt modus niveau 3,8 med 3 som det lavest scorede modus niveau og 5 som det højest scorede. Dette til forskel fra analyseperson II's IQR analyse af improvisation A hvori hun havde scoret henholdsvis 3 og 4 ved alle momenter. Disse resultater viser at hun vurderer Peter til at have steget fra 3,3 til 3,8 i gennemsnit i modus niveau.

7.0.15 Sammenligning og opsamling af testpersoners IQR analyser af improvisation B

Ovenstående IQR analyseresultater af improvisation A viser de to analysepersoners opfattelse af Peters modus niveau i gennemsnit, ikke adskiller sig udpræget fra hinanden, se skema 39.

Skema 39

| | | |
|---------------------|----------------------|--------------|
| Analysepers. I: 4,5 | Analysepers. II: 3,8 | Forskel: 0,7 |
|---------------------|----------------------|--------------|

(3,3 - 3 = 0,3).

Dette viser på samme måde som resultaterne IQR analyseresultaterne fra improvisation A, at analysepersonerne havde nogenlunde samme opfattelse af hvilket modus niveau Peter befandt sig på.

7.0.16 Analyseperson I TQR analyse af improvisation B

Af nedenstående skema 40 ses analyseperson I's TQR analyse resultater af improvisation B. Hele analysen er vedlagt som bilag 12.

Skema 40

| Moment | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | Gen.snit |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----------|
| Modus | 4 | 3 | 4 | 3 | 2 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3,4 |

Gennemsnit: $51\% \cdot 15 = 3,4$

Som det fremgår af resultaterne af ovenstående analyse, kan det ses at analyseperson I har vurderet terapeuten til at befinde sig i modus 3 eller 4 ved alle moment, samt en enkelt gang ved modus niveau 2. Dette forklarede hun på samme måde som med vurderingen af Peter med at det var svært at skelne momenterne fra hinanden og at hun ikke kunne se "store udsving" i mine interventioner og instrumentale udtryk.

7.0.17 Analyseperson II TQR analyse af improvisation B

Af nedenstående skema 41 ses analyseperson II's TQR analyse resultater af improvisation B. Hele analysen er vedlagt som bilag 13.

| Moment | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | Gen.snit |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----------|
| Modus | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 |

Gennemsnit: $60\% \cdot 15 = 4$

Som det fremgår af resultaterne af ovenstående analyse, kan det ses at analyseperson II har vurderet terapeuten til at befinde sig i modus 3, 4 eller 5 ved alle momenter. Dette forklarede hun på samme måde som med vurderingen af Peter med at det var svært at skelne momenterne fra hinanden og at hun ikke kunne se "store udsving" i mine interventioner og instrumentale udtryk.

7.10 Opsamling

Gennemsnittet af resultaterne af analysepersonernes TQR analyser af improvisation B er som det fremgår af de to ovenstående skemaer 40 og 41 og opsummeret i skema 42 følgende:

Skema 42

| | | |
|----------------------|---------------------|-----------------|
| Analyseperson I: 3,4 | Analyseperson II: 4 | Gennemsnit: 3,7 |
|----------------------|---------------------|-----------------|

$$\text{Gennemsnit: } 4+3,4 \text{ \% } 2=3,7$$

Analyseperson I har scoret 4 som det højeste niveau og analyseperson II har scoret 5 som det højeste.

7.11 Samlede analyse resultater - sammenligninger

I dette afsnit/kapitel sammenlignes og diskuteres mine, samt begge analysepersoners analyse resultater (IQR og TQR) af både improvisation A og B.

7.12 IQR analyser - samlede resultater (gennemsnit)

Skema 43 viser gennemsnittet af de samlede resultater af IQR analyserne.

Skema 43

| Improvisation | MT | Analysepers. I | Analysepers. II | Gennemsnit |
|---------------|-----|----------------|-----------------|-------------------|
| A | 3,8 | 3,0 | 3,3 | 3,3 ²⁷ |
| B | 5 | 3,8 | 4,5 | 4,4 ²⁸ |

Som det fremgår af skema 43 er det samlede gennemsnit for IQR analysen af improvisation A 3,3 og for improvisation B analysen er det 4,4. Dette viser, at Peters score *stiger* 1,1 modus fra improvisation A til improvisation B. I gennemsnit befinder resultaterne fra modus 3 til modus 5. Dvs. at ingen af de tre der har analyseret, har vurderet Peter til at befinde sig på modus 0, 1, 6 eller 7. Generelt har analyseperson I scoret lavere end både analyseperson II og terapeuten. dette kan afspejle det faktum at der er tale om en subjektiv analyse og analyseperson I's opfattelse af niveauerne kan have været en anden end terapeuten og analyseperson II.

²⁷Gennemsnit A: 10,1 divideret med 3 = 3,3.

²⁸Gennemsnit B: 13,3 divideret med 3 = 4,4.

Jeg tolker dog den gennemsnitlige stigning i modus som værende positiv, da denne kan indikere at Peter har bedret sig fra improvisation A til improvisation B. Det kan på samme måde som med terapeutens IQR analyseresultater dog være svært at konkludere at vores relation i musikken er blevet bedre.

7.13 TQR analyser - samlede resultater (gennemsnit)

Skema 44 viser gennemsnittet af de samlede resultater af TQR analyserne.

Skema 44

| Improvisation | MT | I | II | Gennemsnit |
|---------------|-----|-----|-----|-------------------|
| A | 3,3 | 3,3 | 1,6 | 2,7 ²⁹ |
| B | 4,6 | 3,4 | 4 | 4 ³⁰ |

Som det fremgår af skema 44 er det samlede gennemsnit for TQR analysen af improvisation A 2,7 og for TQR analysen 4. Dette viser en *stigning* på 1,3 modus for terapeuten fra improvisationen A til improvisation B³¹. I gennemsnit befinder resultaterne fra modus 1,6 til modus 4 og ingen, af de tre der har analyseret, har vurderet Peter til at befinde sig på modus 0, 2, 6 eller 7. Jeg tolker dog den gennemsnitlige stigning i modus som værende positiv, da denne kan indikere at jeg på samme måde som Peter, har bedret sig fra improvisation A til improvisation B. Det kan på samme måde som med IQR analyseresultaterne dog være svært at konkludere at vores relation i er blevet bedre.

7.14 Opsamling

For at opsummere gennemgik Peter ifølge de samlede analyse resultater i gennemsnit en *stigning* i modus niveau fra improvisation A og B ifølge både IQR og TQR analysen på henholdsvis 1,1 (IQR) og 1,3 (TQR). Dette er opstillet i nedenstående skema 45.

²⁹Gennemsnit A: $8,2 \% 3 = 2,7$.

³⁰Gennemsnit B: $12 \% 3 = 4$.

³¹2,7 minus 4 = 1,3.

Skema 45

| Impro. A: IQR gennemsnit | Impro. B: IQR gennemsnit | Difference |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|
| 3,3 | 4,4 | 1,1 |
| Impro. A: TQR gennemsnit | Impro. B: TQR gennemsnit | Difference |
| 2,7 | 4 | 1,3 |

Det er svært på baggrund af den relativt lille mængde empirisk materiale bestående af to improvisationer, der er analyseret, at sige at Peters og min relation er blevet bedre i løbet af vores musikterapiforløb sammen. Dertil er der for lidt materiale at analysere. Men man kan sige at Peter har forbedret sig fra improvisation A til improvisation B og at det dermed ser ud til at han har fået det bedre. Det er dog svært at konkludere at Peters stigning i niveauer udelukkende hænger sammen med hans udvikling. Dette da der ikke er kausalitet mellem bedringen i resultater fra improvisation A til B og det at vi har haft et musikterapeutisk forløb sammen. Dette ligeledes da mange andre faktorer* kan spille ind. Såsom han havde fået en kæreste, en god ven, var blevet bedre venner med sin mor osv.

8.0 Diskussion og metodekritik

I dette afsnit diskuteres hvordan relationen mellem Peter og jeg kan beskrives ud fra de udførte analyser, og ligeledes diskuteres og vurderes det i hvilket omfang metoden er anvendelig til netop dette. Diskussion er opdelt i følgende underpunkter;

Assessmentredskabet AQR og valg af metode, samt validitet og reliabilitet i specialet.

Assessmentredskabet AQR og valg af metode

Idet jeg har valgt undersøge hvordan relationen mellem Peter og jeg kan beskrives ud fra en AQR inspireret mikroanalyse, vil jeg i dette afsnit diskutere hvordan den kan netop det.

Inden udførelserne af analyserne havde jeg en formodning om, at Peter i IQR analyserne, ville få en høj gennemsnitlig score placeret mellem niveau 5 og 7. Disse formodninger byggede jeg blandt andet på, at Peter, til forskel fra den beskrevne klientgruppe redskabet er udviklet til (børn med autisme og andre dybe udviklingsforstyrrelser), befinder sig på et

højere niveau, når det omhandler sociale kompetencer. Herunder evnen til at opbygge- og indgå i en relation. Resultaterne af IQR analyserne viser at Peter i gennemsnit er vurderet til at befinde sig i et lavere modus. Dermed kan man argumentere for at AQR kan bruges til at estimere hvor en pågældende patient befinder sig i forhold til de parametre af relationen som AQR stiller op, men det er ikke altid det stemmer overens med ens formodninger om dette.

Som det fremgik af opsummeringerne af analyseresultaterne, er det ikke muligt at konkludere at Peter og jeg fik en bedre relation fra improvisation A til B. Det er derimod muligt på baggrund af AQR at udtale sig om at Peter forbedrede sig i modusniveau. Dermed kan man ifølge analyseresultaterne godt anvende netop AQR til at beskrive relationen mellem patient og terapeut. Det er dog vigtigt at man er opmærksom på at det der kommer i fokus i forhold til relationen eller det aspekt af relationen om man vil, er afhængigt af hvilken skala man vælger at anvende. Idet jeg udvalgte IQR skalaen, var det Peters instrumentale udtryk der var i fokus - denne sammenholdt med TQR skalaen.

Det faktum at hverken jeg eller de to analysepersoner har fået uddannelse i anvendelsen af AQR har uden tvivl en betydning for analysen. Hvis vi havde fået uddannelse i anvendelsen, kunne analyse resultaterne meget vel være blevet anderledes eller om ikke andet ville vi have et større indblik i anvendelsen. Jeg mener dog på trods af den manglende uddannelse at kunne anvende AQR i den modificerede udgave.

Idet analysepersonernes analyseresultater er en stor del af netop analysen, vil jeg ligeledes et diskutere et aspekt analysepersonerne kommenterede ang. AQR. De havde begge haft lyst til at spørge ind til skalaerne og forståelsen af disse. Men idet AQR bygger på en subjektiv scoring ud fra en subjektiv forståelse af de enkelte modi, var dette ikke en mulighed. Et kursus i AQR kunne evt. have afhjulpet dette. En detalje de begge kommenterede var at de syntes at det nogle gange var svært at vurdere hvilket niveau Peter eller jeg var på. Dette skyldtes enten at de ikke fandt at et modi ikke var tilpas dækkende i form af ikke at indeholde det de syntes de så, eller at de mente at Peter eller lå placeret mellem modi, og derved måtte træffe et valg om et af disse modi.

Et kritikpunkt i forhold til AQR redskabet er at begge analysepersoner og jeg selv konkluderede at det ikke var muligt at score Peter til at befinde sig på niveau 7 i nogen af

analyserne, hvilket ligeledes fremgår af analyseresultaterne. Dette på trods af at jeg inden analyserne havde en formodning om at han ville befinde sig mellem niveau 5 og 7. En mulig forklaring på dette er at niveau 7 indbefatter at patienten udtrykker sig verbalt under improvisationen hvilket Peter ikke gjorde. Hertil skal det siges at grunden til at han ikke udtrykte sig verbalt er at det ikke var en del af den opstillede spilleregul. Derfor spillede han "korrekt" i forhold til spillereglen, men kunne på trods af dette ikke nå niveau 7. Dette leder mig til at overveje om det er muligt for nogen patienter, også patienter med autisme eller dybe udviklings forstyrrelser at blive vurderet til at befinde sig på niveau 7. Idet det ikke er lykket mig at finde litteratur der evaluerer brugen af AQR, er det svært at udtale sig om, om dette er en generel opfattelse og et generelt kritikpunkt af AQR. Det ville dog have været spændende og hensigtsmæssigt at tage andres erfaringer af brugen af redskabet i betragtning. Eneste litteratur jeg har fundet omhandlende redskabet er skrevet af Schumacher & Calvet selv og det giver ikke et særlig bredt grundlag at udtale sig ud fra, at eneste litteratur der omhandler AQR er skrevet af de to der har udviklet redskabet.

Et andet aspekt i forhold til anvendelsen af AQR jeg mener det er vigtigt at medtage er kvaliteten af improvisationerne, hvilken vinkel patient og terapeut er filmet fra mm. Overordnet for begge anvendte improvisationer kan det siges at de er filmet fra én vinkel og at kameraet ikke er blevet flyttet undervejs. Dette har resulteret i at Peter i begge improvisationer sidder med ryggen til kameraet og at det derfor ikke har været muligt at filme, endsige analysere hans ansigtsudtryk, mimik mm. Hvis det på optagelserne havde været muligt at se netop disse detaljer, kunne det være jeg havde valgt også at foretage en PEQR analyse, men denne kræver som sagt at man har passende videomateriale til rådighed. Hvis jeg i starten af forløbet med Peter havde vidst at jeg ville anvende hans case som empirisk materiale i mit speciale og ligeledes vist at jeg ville udføre AQR analyser på vores improvisationer, kunne jeg måske have været opmærksom på det faktum at det i PEQR analysen er nødvendigt at man kan se patientens ansigtsudtryk, evne til at have øjenkontakt, mimik mm. Dog skal det pointeres at det selvom jeg havde vidst dette på forhånd, ikke var sikkert at jeg ville have mulighed for at filme Peter fra andre vinkler og på andre måder end jeg gjorde. Et aspekt i det kliniske arbejde som musikterapeut er at man må arbejde ud fra de muligheder, det tekniske udstyr mm. man har til rådighed. Det er ikke altid er en mulighed at kunne filme patienten fra den vinkel der er mest oplagt, dette ikke mindst fordi man mange steder kun har ét kamera til rådighed og

der ikke er mulighed for at skifte kameravinkel undervejs i sessionen da det vil virke forstyrrende for sessionen.

Validitet og reliabilitet i specialet

Idet man gennem empiriske undersøgelser laver "målinger" af virkeligheden og ikke kan komme med universelle sandheder, bliver disse undersøgelser validitet og reliabilitet vigtige faktorer ved gennemgangen af resultater og konklusion. Derfor beskrives i dette afsnit validiteten og reliabiliteten i AQR analysen.

Som beskrevet, skriver Neergaard at der ikke forefindes retningslinjer for at vurdere casestudier der er generelt accepterede og at det derfor er det vigtigt at man i stedet for at fokuserer på repræsentativitet, dvs. fokuserer på troværdigheden i studiet, altså om resultaterne er fejlbehæftede eller ikke er det. Validiteten i en undersøgelse er et udtryk for måleinstrumentets pålidelighed. Validitet omhandler altså om man har målt det man har sat sig for at ville måle. I denne undersøgelse ville jeg i henhold til problemformuleringen, anvende en AQR inspireret mikroanalyse til at beskrive relationen mellem Peter og jeg, hvor relationen blev defineret ud fra nogle karakteristika i AQR redskabet. Jeg mener at kunne argumentere for at det også er det jeg har gjort. Derved har måleinstrumentet i min analyse en høj grad af pålidelighed, hvilket betyder at der er en høj grad af validitet i den.

Reliabiliteten af en undersøgelse omhandler hvorvidt det anvendte måleredskab eller hele forskningsprojekt, ville kunne produceres og fremvise samme resultat, hvis det skulle gentages. I dette tilfælde ville undersøgelsens analyser godt kunne repliceres ud fra de forudsætninger at jeg kunne bidrage med samme casemateriale og samme empiri, således at en anden ville kunne udføre AQR analyse på netop samme materiale. Dermed er der ligeledes en høj grad af reliabilitet i analysen.

9.0 Konklusion

På baggrund af resultaterne af terapeutens og de to analysepersoners IQR og TQR analyser af hvordan relationen mellem en patient med encephalitis og en musikterapeut kan beskrives ud fra en AQR analyse, kan det konkluderes at AQR er anvendeligt til at beskrive relationen mellem en patient med encephalitis og en musikterapeut, hvis relationen er defineret ud fra faktorer i den/de udvalgte skalaer. Det kan ligeledes konkluderes at man på baggrund af analyseresultaterne i form af tal, der siger noget om relationen ud fra nogle i skalaerne opstillede kriterier for en relation, kan sige noget om, om tallene indikerer en bedring/forværring hos patienten/terapeuten. Man kan dog ikke på baggrund af disse tal konkludere at relationen mellem patient og terapeut er blevet bedre.

Metoden er anvendelig i det omfang at man er opmærksom på at man ved at anvende den, ikke måler på relationen set fra alle vinkler, men som nævnt måler på nogle aspekter af relationen ud fra hvilken skala man vælger at anvende. Derudover kan tallene ikke afdække hvilke andre faktorer man ikke måler på, der kan have påvirket bedringen/forværringen.

For at måle på flere vinkler af relationen bør man anvende alle skalaerne ved også at foretage PEQR og VQR analyser og dermed både fokusere på patientens instrumentale, det verbale og det fysisk-emotionelle udtryk. Det kan dog grundet kameravinklen være umuligt at anvende alle skalaer og det faktum er vigtigt at pointere ved anvendelsen af AQR.

10.0 Perspektivering

Hvis jeg skulle gøre noget anderledes i forhold til at udvide min horisont i analysen i specialet, ville jeg tage på et AQR kursus og dermed efterfølgende være i stand til at udføre en fuldstændig korrekt AQR analyse. Denne nye viden ville jeg anvende på samme empiriske materiale som er anvendt i specialet. Dette da det ville være interessant at se hvorledes måden hvorpå redskabet er anvendt i min AQR inspirerede analyse, i forhold til hvordan trænede terapeuter gør brug af det, adskiller sig fra hinanden.

Det kunne også være interessant at anvende en anden case hvori jeg ville have mulighed for at anvende alle skalaer, til analyse af flere aspekter af relationen mellem patient og terapeut. Ved at gøre det ville jeg ikke blot analysere på det instrumentale materiale, men også på det verbale og det fysiske og emotionelle hvorved jeg formoder at jeg ville få en mere fyldestgørende analyse. Dette ville dog kræve at jeg evt. inden sessionerne og improvisationerne, var opmærksom på kameravinkel mm., således at de videooptagelser jeg havde derfra ville være anvendelige.

Jeg mener ligeledes det kunne være interessant at udvikle et andet assessmentredskab specifikt til patientgruppen med mennesker med encephalitis. Dette redskab kunne være noget i stil med AQR, men være mere målrettet mod at kunne analysere netop denne patientgruppe idet jeg derved formoder at man ville kunne opnå en endnu mere præcis og fyldestgørende analyse.

11.0 Procesbeskrivelse

Processen har specialet igennem været produktiv, konstruktiv og krævende. Jeg har dog heldigvis under hele forløbet følt mig kyndigt vejledt og dette har været befordrende for generering samt udførelse af ideer. Udgangspunktet for analysen startede ud med at være den terapeutiske alliance, men idet jeg hurtigt fandt at denne er meget svær at analysere, tænkte jeg derfor i andre baner i form af hvad den terapeutiske alliance har stor indflydelse på, hvilket er relationen mellem patient og terapeut. Derfor faldt valget på at undersøge netop denne relation nærmere og dette valgte jeg at gøre ved anvendelse af AQR redskabet. Jeg var dermed interesseret i at undersøge om AQR er et velegnet redskab til at analysere relationen mellem en patient der falder uden for den patientgruppe som redskabet i sin oprindelse er udviklet til.

For større indblik i anvendelsen af AQR kontaktede jeg både Schumacher & Calvet pr. mail for udlevering af de caseeksempler der er anvendt i artiklen, idet det af artiklen fremgår at man kan kontakte dem for mere info. Jeg hørte dog aldrig fra dem, hvilket på den ene side var frustrerende, men på den anden side gjorde at jeg derved besluttede at fortsætte analyserne ud fra min opfattelse og modificerede udgave af AQR.

Forinden afrejsen fra London havde Peter underskrevet en samtykkeerklæring, hvilket gjorde at jeg ikke skulle bekymre mig om sådanne formalia. Dette gjorde at jeg kunne beholde og anvende det kliniske dvd materiale i specialet. Det eneste aspekt af dette der gjorde det besværligt for mig, var at dvd'erne af etiske årsager, specielt fordi de skulle fragtes til et andet land, var blevet krypterede. Krypteringen foregik således at man for at kunne se dvd'erne skulle bruge en kode som jeg var den eneste der kendte. Ideen med krypteringen var i princippet god, problemet bestod i at det var meget besværligt at starte dvd'en trods koden. Krypteringen gjorde at den enkelte dvd kunne tage op til syv minutter at starte op. Det er lang tid at vente på dette når man evt. bare lige skal tjekke en enkelt detalje. Jeg valgte derfor at få overspillet de krypterede dvd'er til almindelige dvd'er uden kryptering (hvilket selvsagt kun kunne lade sig gøre fordi jeg selv var i besiddelse af koden). Det skal også lige påpeges at denne overførsel til almindelig dvd ikke var en hurtig proces, men den var det værd da det blev meget lettere for mig at beskæftige mig med det kliniske materiale.

Det har været en hård proces at anvende mit eget kliniske arbejde som genstand for analysen i specialet. Men jeg føler mig privilegeret over at have fået muligheden for at undersøge og analysere netop mit eget kliniske arbejde, da dette har givet mig en dybere indsigt i og forståelse for mit eget arbejde hvilket har været yderst lærerigt.

12.0 English summary

This Master's Thesis presents a qualitative single case study from a music therapy treatment program from my 9. semester placement at Royal Hospital of Neuro-disability in London. I worked with a male patient suffering from acquired brain injury in the shape of encephalitis and during our music therapy sessions, I sensed that we had a good relationship and that he went through some changes from the beginning of the music therapy treatment program till the end of the program. In the light of this the Master's Thesis examines our relationship in the music therapy sessions using an AQR inspired analysis on two clinical improvisations; one from the beginning of our music therapy treatment program and one from the end of our music therapy treatment program. I also examine, how you, in the light of the analysis, can evaluate to what extent the method is applicable. The analysis' are carried out by me (the music therapist) and two co-analysists who are both students at the music therapy program at Aalborg university, and the results of these analysis' are compared and discussed.

In the conclusion I suggest that the method is in fact applicable if used appropriately on appropriate material and can be used to say something about the patients level of function. What I conclude that the method cannot be used to, is to say anything about whether the relationship between the patient and therapist is in fact improved. This due to the buildup of the method where you, when you apply it on clinical improvisations use two to four scales to carry out the analysis. By using these scales to analyse you can say something about the patients level of function and that the patient did in fact change during our therapy. However you cannot by using AQR conclude that the patient and therapist's relationship has improved.

13.0 Litteraturliste

- Baker, F. & Tamplin, J. *Music Therapy Methods in Neurorehabilitation. A Clinician's Manual*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Baker, F. & Wigram, T. (2005). *Songwriting. Methods, Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Bonde, L. (2009). *Musik og menneske*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Bonde et al. (2001). *Musikterapi: Når ord ikke slår til*. Århus: Klim.
- Bruscia, K. (1998). *Defining Music Therapy. Second Edition*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Hougaard, E. (2004). *Psykotterapi – teori og forskning*. Danmark: Dansk Psykologisk Forlag.
- Jakobsen, T. (2007) i Karpatschhof, B. & Katzenelson, B. (2007). *Klassisk og moderne psykologisk teori*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Neergaard, H. (2007). *Udvælgelse af cases i kvalitative undersøgelser*. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur.
- Pellitteri, J. (2009). *Emotional Processes in Music Therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Poulsen, S. (2006). *Psykotterapi – en introduktion*. København: Frydenlund.
- Robson, C. (2002). *Real World Research*. Second Edition. UK: Blackwell Publishers.
- Smeijsters & Aasgaard, 2005 i Wheeler, B. red. (2005). *Music Therapy Research, second edition*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Tanggard, L. & Brinkmann, S (2010). *Kvalitative metoder. En grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Wheeler, B. red. (2005). *Music Therapy Research, second edition*. Gilsum: Barcelona Publishers.

Wigram, T. (2004). *Improvisation. Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Wigram, T. & Wosch, T. (2007). *Microanalysis in Music Therapy. Methods, Techniques and Applications for Clinicians, Researchers, Educators and Students*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Wæhrens, E. et al. (2007) *Neurologi og neurorehabilitering for ergoterapeuter og fysioterapeuter*. København: Munksgaard Danmark.

Artikler

Daveson, B. (2008). *A Description of a Music Therapy Meta-model in Neuro-disability and Neuro-rehabilitation for use with Children, Adolescents and Adult*. Australian Journal of Music Therapy vol. 19.

Webadresser

15.02.12

http://musikterapi.org/?MTL:Etiske_principper

20.02.12

<http://patienthaandbogen.dk/infektioner/sygdomme/hjernehindebetendelse-og-hjernebetendelse-1750.html>

04.03.12

<http://www.hjernerikassen.dk/default.asp?PageID=1620>

<http://www.hjernerikassen.dk/admin/write/files/104.html>

<http://www.hjernerikassen.dk/default.asp?PageID=1725>

07.04.12:

<http://www.acoustica.com/mixcraft/>

<http://www.soundbeam.co.uk/products/sb5-intro.html>

<http://www.softsea.com/review/Apollo-MP3-Player.html>

<http://www.vfhj.dk/default.asp?PageID=2223>

14.0 Bilag