



Recovery-orienteret musikkterapi for borgere
med dobbeltdiagnoser

Søren Nørløv
Breidahl

10. semesters projekt
på
kandidatuddannelsen
i musikkterapi

Aalborg Universitet

Recovery-orienteret musikterapi for borgere med dobbeltdiagnoser

Kandidatspeciale i musikterapi

Studerende: Søren Nørløv Breidahl

Uddannelsessted: Institut for Kommunikation og Psykologi, Aalborg Universitet, musikterapi

Vejleder: Gustavo Schulz Gattino og Bolette Daniels Beck

Afleveringsdato: 27. november 2024

Sideantal: 141.626 anslag = 60,5 normalsider

Referencesystem: APA 7. udgave

Recovery-orienteret musikterapi for borgere med dobbeltdiagnoser

Abstract

This master thesis aims to answer how to work recovery-oriented as a music therapist with clients with dual diagnosis. In an interpretive ontology and phenomenological and constructivist epistemology the study uses a case example as empiric evidence to investigate this question. The context of the case is a community health setting where the focus is on activities and social gatherings with recovery and rehabilitation as goals rather than the treatment of the clients. The method of the study is a microanalytical approach with inspiration from Lawrence Ferrara's phenomenological analysis of music and Mercédès Pavlicevic's Musical Interaction Rating scale (schizophrenia) referred to as MIR(S). The scientific software program ELAN is used as a tool for these analyses. The results from the analysis show that the client in the case example has a high level of musical skills. The musical collaboration between the music therapist and the client is a combination of songwriting, improvisation and music education. Different aspects of music therapy and recovery for clients with dual diagnosis is discussed. It is concluded that more research is needed in this field of practice in order to establish more knowledge, as well as an evidence based music therapy practice with this target group.

Keywords: music therapy, recovery, phenomenology, dual diagnosis, substance misuse disorder

Indholdsfortegnelse

Abstract	3
1. Introduktion.....	7
1.1. Indledning	7
1.2. Problemfelt.....	8
1.2.1. Problemformulering	9
1.2.2. Arbejdsspørgsmål	9
1.3. Empiri	10
1.3.1. Baggrund for indsamling af empiri	10
1.4. Formål med projektet.....	10
1.4.1. Afgrænsning	10
2. Teori.....	11
2.1. Samfundsmusikterapi.....	11
2.2. Musikterapi og musikpædagogik	12
2.2.1. Musikkens og musikterapeutens rolle i klienternes recovery	14
2.3. Recovery-orienteret musikterapi.....	15
2.3.1. Recovery	15
2.3.2. Recovery og musikterapi	16
2.4. "The groove of recovery"	16
2.4.1. Fund og konklusioner i The groove of recovery	17
2.5. "Musical recovery"	17
2.6. Ressourceorienteret musikterapi	19
2.7. "The opposite of treatment"	19
2.7. Dobbeltdiagnoser.....	21
2.8. Musikterapi med klienter med dobbeltdiagnoser	22
3. Metode	24
3.1. Videnskabsteori	24
3.1.1. Ontologi og epistemologi	24
3.2. Det objektivistiske videnskabsideal	24
3.3. Overblik over fortolkende forskning	25
3.3.1. Design og metodiske overvejelser inden for den fortolkende forskning	26
3.4. Konstruktivisme.....	26
3.5. Fænomenologi.....	27
3.5.1. Epoché.....	28
3.5.2. Bracketing	28
3.5.3. Nedtoning af betydningen af epoché i dette projekt	29
3.5.4. Anvendelse af fænomenologi i specialet	29
3.5.5. Casestudie	30
3.6. Analysemetode.....	30
3.6.1. Metode til lytning af audioklip fra forløb med klient	30
3.6.2. Beskrivelse af analysemetoden MIR(S)	31

3.6.3. Kort introduktion til ELAN	32
3.6.4. Musikalske parametre, der skal være til stede for at kunne udføre denne type analyse	32
3.6.5. Beskrivelse af fremgangsmåde i programmet ELAN	32
3.7. Etiske overvejelser	33
4. Analyse	35
4.1. <i>Epoché</i>	35
4.1.1. Rejsen fra ressourceorienteret musikterapi til recovery-orienteret musikterapi	36
4.2. <i>Kontekst for casen (Ferraras ontologiske niveau)</i>	37
4.2.1. Præsentation af klienten og målet for forløbet	37
4.2.2. Praktikstedet	37
4.2.3. Målgruppen	37
4.2.4. Recovery og rehabilitering	38
4.2.5. Professionelle på praktikstedet	38
4.3. <i>Case-analysis</i>	38
4.3.1. Oversigt over musikterapiforløbet i sin helhed	38
4.3.2. Baggrunden for udvælgelse af klip til analyse	39
4.3.3. Beskrivelse af klippene udvalgt til analyse	39
4.4. <i>Ferrara-analyse 1</i>	39
4.4.1. Åben lytning	39
4.4.2. Det syntaktiske niveau	41
4.4.3. Det semantiske niveau	47
4.4.4. Det ontologiske niveau	49
4.4.5. Meningsdimensionen	50
4.5. <i>Ferrara-analyse 2</i>	50
4.5.1. Åben lytning	50
4.5.2. Det syntaktiske niveau	51
4.5.3. Det semantiske niveau	57
4.5.4. Det ontologiske niveau	58
4.5.5. Meningsdimensionen	59
4.6. <i>Ferrara-analyse 3</i>	59
4.6.1. Åben lytning	59
4.6.2. Det syntaktiske niveau	60
4.6.3. Det semantiske niveau	66
4.6.4. Det ontologiske niveau	67
4.6.5. Meningsdimensionen	67
4.7. <i>Sammenligning mellem Ferrara analyse 2 og 3</i>	67
5. Diskussion	69
5.1. <i>Diskussion af resultaterne fra analysen</i>	69
5.1.1 Ferrara-analyse 1	69
5.1.2 Ferrara-analyse 2	71
5.1.3 Ferrara-analyse 3	72
5.1.4. Sammenligning mellem Ferrara-analyse 2 og Ferrara-analyse 3	72
5.1.5. Sammenhængen mellem de musikalske interaktioner, recovery og dobbeltdiagnoser	73
5.2. <i>Diskussion af metoden</i>	74
5.2.1. Bearbejdning af analyseredskabet MIR(S)	74
5.2.2. En kritisk refleksion over metodevalg	75
5.2.3. Epoché som et vigtigt element i arbejdet med fænomenologisk analyse, der kan være blevet nedtonet for meget i dette projekt	75

5.2.4. Hvilke elementer fra min epoché kan have påvirket dette projekt med accentuering af nogle elementer og nedtoning af andre?	75
5.3. Dette projekts metodiske begrænsninger i forhold til indkredsningen og beskrivelsen af recovery-orienteret musikterapi	76
5.4. Recovery-orienteret musikterapi.....	78
5.4.1. Recovery-orienteret musikterapi for klienter med dobbeltdiagnoser	78
6. Konklusion	80
6.1. Perspektivering.....	80
Bibliografi	82
Bilag 1 Samtykkeerklæring	89

Recovery-orienteret musikterapi for borgere med dobbeltdiagnoser

1. Introduktion

1.1. Indledning

Dette projekt omhandler musikterapi med målgruppen af klienter med dobbeltdiagnoser, forstået som kombinationen af en psykisk sygdom og et misbrug. Jeg har et nært forhold til målgruppen af klienter med dobbeltdiagnoser, som jeg har arbejdet med frivilligt i en periode på ca. 10 år. Mit frivillige arbejde med denne målgruppe var en af de primære årsager til, at jeg i sin tid søgte ind på musikterapiuddannelsen. Under kandidatuddannelsen i musikterapi fik jeg mulighed for at komme i praktik i samme botilbud, hvor jeg tidligere havde arbejdet frivilligt.

Da jeg begynder praktikken, har jeg været væk fra organisationen i ca. 5 år, når man ser bort fra få kortere besøg. Jeg mødte her flere brugere, som jeg i forvejen havde relationer til, og en del af medarbejderne og personer fra ledelsen kendte jeg også fra tidligere. Organisationens har flere medarbejdere i organisationen, som spiller musik sammen med borgerne, og mange af borgerne på stedet er optaget af at spille og synge. Der er også gode rammer for at lave musikaktiviteter, for eksempel er der et flygel, sangmapper, der bruges til morgensang eller ugentlig fællessang, og et veludstyret musiklokale, hvor der er forskellige instrumenter og mulighed for at indspille musik. Hvert år afholdes der en musikfestival, hvor borgerne kan optræde.

Alt dette tegnede til, at det skulle være ligetil at arbejde med musikterapi på stedet, men undervejs i praktikken viste der sig flere udfordringer, der, efter at praktikken var overstået, stadig står uløste. Selvom arbejdet under praktikken viste sig at være mere kompliceret, end jeg havde forventet, var det på samme tid en unik mulighed for at få indblik i det professionelle arbejde med målgruppen. Specialet får på denne måde til opgave at fungere som en undersøgelse af, hvordan man kan gribe sit arbejde an i arbejdet med denne målgruppe. Dette projekt baserer sig dels på mange års personlige erfaringer med målgruppen med fokus på musik, dels på erfaringer fra en praktikperiode på fuldtid i 3,5 måneder på 9. semester i uddannelsen til musikterapeut.

1.2. Problemfelt

Projektets mål er at svare på, hvordan man på en meningsfuld måde kan arbejde musikterapeutisk med målgruppen af klienter med dobbeltdiagnoser, forstået som kombinationen af en psykiatrisk diagnose med stof- og misbrugsafhængighed. Inden for den musikterapeutiske forskning er der en lang række evidensbaserede studier, der viser, at musikterapi er en velegnet behandlingsintervention for psykiatriske patienter med skizofreni (Jia et al., 2020; Pedersen et al., 2021). Derudover er der musikterapeutisk forskning, der forholder sig til behandlingen af en lang række psykiatriske diagnoser (Gold et al., 2009; Lee et al., 2023; Zhao et al., 2024).

Desværre er forskningen i musikterapi og dobbeltdiagnoser mindre velbeskrevet, og det påpeges i et litteraturreview af den amerikanske ph.d. i musikterapi Victoria Vega (2017), at der er en mangel på musikterapeutisk forskning på dette område. Hun inddrager i denne forbindelse 7 studier om musikterapi med denne målgruppe og konkluderer på denne baggrund, at de mest brugte musikterapinterventioner for klienter med dobbeltdiagnoser er sangskrivning og improvisation. Mindre anvendte interventioner for målgruppen er at optræde, konkurrenceprægede musikspil og musiklytning (Vega, 2017).

Yderligere vanskeliggøres besvarelsen af det indledende spørgsmål af, at begrebet ”dobeltdiagnoser” har flere forskellige betydninger. Derudover bruges der i litteraturen også andre lignende betegnelser synonymt med dobbeltdiagnoser såsom ”Dual diagnosis”, ”Dual disorders”, ”Comorbidity of substance use and mental disorder”, ”Coexisting mental illness and substance misuse”, ”Co-occurring mental health and alcohol/drug use conditions” og Co-occurring disorders” (Busch et al., 2021). At undersøge musikterapiens rolle i forbindelse med recovery for klienter med dobbeltdiagnoser ser jeg på denne baggrund som en vigtig tilføjelse til det musikterapeutiske fag.

Begrebet ”recovery”, der på dansk oftest bruges om det ”at komme sig” fra en sygdom eller et misbrug, er et relevant begreb at inddrage i denne sammenhæng. Den recovery-orienterede tilgang til musikterapi giver forskellige bud på, hvordan man kan anvende musikterapi med denne målgruppe (Bibb, 2016; Bibb & McFerran, 2018; Solli, 2012, 2014; Solli et al., 2013). Disse forfattere viser, at patienter med dobbeltdiagnoser ofte falder mellem to stole - misbrugsbehandling og psykiatri - og derfor ofte ikke får et sammenhængende behandlingstilbud. Foreningen Bedre Psykiatri skriver på deres hjemmeside: ”Mange med psykisk sygdom og misbrug bliver kastet frem og tilbage mellem kommunens misbrugsbehandling og sygehusets psykiatriske afdeling. Kommunen kan ikke behandle misbruget, pga. den psykiske sygdom, og sygehuset kan ikke behandle sygdommen pga. misbruget” (Bedre psykiatri, n.d.). En del patienter med

dobbeltdiagnoser får tilbud i socialpsykiatriske foranstaltninger, for eksempel dagcentre, hvor der ikke arbejdes med behandling, men med en recovery-orienteret tilgang. Det handler altså ikke om at kurere klienterne for deres sindslidelse eller at få dem ud af deres misbrug. Der lægges vægt på en personlig recovery-proces, der tager udgangspunkt i klienternes ønsker og behov. Rollen som musikterapeut er ikke at være sygeplejerske, psykolog eller misbrugsbehandler for klienterne. Arbejdet består snarere i at støtte klienterne, hvor de er her og nu. Det handler om at se og tage udgangspunkt i deres ressourcer, og det handler om etableringen af en ligeværdig relation, hvor musikalske færdigheder og indsigt i musik kan komme klienten til gode. Da musikterapi som et terapeutisk tilbud og en terapeutisk proces ikke kan implementeres direkte i socialpsykiatriske tilbud som bygger på rehabilitering, kan dette udgøre et dilemma for musikterapeuten på både teoretiske og metodiske niveauer. I specialet vil jeg undersøge, hvordan man som musikterapeut kan arbejde i konteksten af recovery og rehabilitering, hvor fokus er på aktiviteter og socialt samvær snarere end behandling af klienterne.

1.2.1. Problemformulering

Hvordan kan musikterapeuten arbejde recovery-orienteret på et botilbud for borgere med dobbeltdiagnoser, belyst gennem en fænomenologisk mikroanalyse af musikalsk interaktion i et individuelt musikterapeutisk forløb?

I problemformuleringens begreb ”arbejde” er underforstået, at sigtet med musikterapien ikke handler om behandling af klienterne.

1.2.2. Arbejdsspørgsmål

Forskellige arbejdsspørgsmål har været med til at styre og inspirere arbejdsprocessen med specialet:

- Hvilke musikalske virkemidler kan anvendes af musikterapeuten til at skabe en passende ramme for samværet med en borger gennem musikalsk interaktion?
- Hvordan forhandles interaktionen mellem borger og musikterapeut i det musikalske rum med hensyn til start og slut af samspil, tempo og så videre?

1.3. Empiri

Data er indsamlet under 9. semesters praktik på et botilbud for klienter med dobbeltdiagnoser og udgøres af lydoptagelser med en klient, der havde et forløb på 4 sessioner, hvoraf de 3 blev optaget. Der er indhentet skriftligt samtykke fra klienten, der tilhører målgruppen.

1.3.1. Baggrund for indsamling af empiri

Baggrunden for indsamlingen af data er, at jeg undervejs i praktikken finder ud af, at målgruppen overvejende ikke er villige til at underskrive de samtykkeerklæringer, jeg forsøger at indhente for på en etisk forsvarlig måde at behandle data indsamlet under praktikken. I løbet af praktikken er der således kun én borger, der er villig til at give samtykke til, at vi kan optage audio fra vores sessioner, så jeg kan benytte dette i forbindelse med specialet eller lade det indgå i eventuelle forskningsartikler. Desværre bliver forløbet kun på 4 sessioner, så det er de data, jeg har til rådighed fra borgere på institutionen. Forløbet står som eksempel på, hvor svært det kan være at indsamle samtykkeerklæringer fra målgruppen, og hvor kompliceret etablering af deciderede musikterapeutiske forløb kan være inden for denne ramme.

1.4. Formål med projektet

Formålet med dette projekt er at beskrive det musikalske samspil gennem et casestudie samt at diskutere, hvordan man på en hensigtsmæssig måde kan agere som musikterapeut i et recovery-orienteret botilbud med borgere med dobbeltdiagnoser.

1.4.1. Afgrænsning

For at nedbringe kompleksiteten ved dette projekt bruges begrebet ”doppeltdiagnoser” uden at forholde sig specifikt til hverken hvilken psykiatrisk diagnose, der ligger til grund, eller hvilken type stof- og misbrugsafhængighed, det drejer sig om. På praktikstedet vil borgerne typisk have diagnosen paranoid skizofreni, og et typisk misbrug er for eksempel alkoholmisbrug, misbrug af marihuana / hash og brug af stoffer som for eksempel amfetamin. For at give projektet en teoretisk vinkel vil den recovery-orienterede musikterapi inddrages som baggrund for analysen i casestudiet.

2. Teori

I dette kapitel indkredses recovery-orienteret musikterapi som musikterapeutisk tilgang.

2.1. Samfundsmusikterapi

Inden jeg beskriver ”recovery-orienteret musikterapi”, vil jeg give en kort beskrivelse af samfundsmusikterapien som fagligt felt inden for musikterapifaget, fordi den forståelse, jeg prøver at formidle omkring recovery-orienteret musikterapi, er, at det er en form for samfundsmusikterapi, der er ressourceorienteret og musik-centreret. Uden beskrivelse af denne kontekst vil der mangle en væsentlig komponent i forståelsen af recovery-orienteret musikterapi.

”Samfundsmusikterapi” eller den engelske betegnelse ”Community music therapy” (CoMT) refererer til en faglig retning inden for musikterapifaget, der nedtoner de kliniske aspekter af musikterapi til fordel for en tilgang, der er mere baseret på facilitering af musikaktiviteter (Bonde, 2009).

Nogle af de toneangivende musikterapiforskere inden for samfundsmusikterapien, nemlig den norske ph.d. Brynjulf Stige, den sydafrikanske ph.d. Mercédès Pavlicevic (1955-2018), den britiske ph.d. Gary Ansdell samt den israelske ph.d. Cochavit Elefant, fremhæver, hvordan fremkomsten af samfundsmusikterapien inden for musikterapifaget har indebåret, at teorier fra andre videnskabelige felter også er blevet inddraget i musikterapifaget (Stige et al., 2016). Her kan for eksempel nævnes videnskabelige fag som samfundspsykologi, sociologi, antropologi og systemteori. En særlig vigtig påvirkning er dog bidragene fra den nyere musikvidenskab, da den har udviklet sig til i højere grad at beskæftige sig med musik som en social og situeret aktivitet (for eksempel beskrevet af den britiske sociolog Tia de Nora, 2000). Dette skifte er også sket på baggrund af, at discipliner som medicin og psykologi indtil nu ikke har haft meget at sige om musik (Stige et al., 2016).

Samfundsmusikterapien er beslægtet med samfundsmusikken (Community Music) som praksis, hvor samfundsmusikere gennemfører musikprojekter for udsatte målgrupper i samfundet. Der er en længere tradition for dette i England, der kan have været årsagen til den akademiske polemik, der har været angående samfundsmusikterapi, da samfundsmusik og musikterapi i en årrække til omkring år 2000 har kørt parallelle løb, men hvor musikterapeuter i dag i højere grad arbejder metodisk på måder, der minder om den samfundsmusiske måde at arbejde på (Ansdell & Wood, 2018). Det er stadig op til diskussion, om samfundsmusikterapi efterhånden er blevet en etableret og fuldt integreret del af musikterapifaget. Samfundsmusikterapien er integreret i uddannelsen af

musikterapeuter på den norske uddannelse i musikterapi i Bergen, hvor første semester har et obligatorisk kursus på 15 ETCS dedikeret til fordybelsen af det musikterapeutiske arbejde med samfundsmusikterapi (Universitetet i Bergen, 2024).

Nogle nøglebegreber angående samfundsmusikterapien er “musicking” (Small, 1998) og “performance” (Ansdell, 2005). Begrebet “musicking” er det aktive verbum af navneformen “to music” og staves med et ‘k’ til forskel fra ordet “musicing”, som “musicking” er en udvidelse af. Ordet svarer til en udvidet betydning for det danske “at musicere” (Bonde, 2009) eller “musicering”.

Den new zealandske musikvidenskabsmand Christopher Small (1927-2011) definerer begrebet således: “To music is to take part, in any capacity, in a musical performance, whether by performing, by listening, by rehearsing or practicing, by providing material for performance (what is called composing), or by dancing” (Small, 1998, s. 9).

I Danmark er samfundsmusikterapien blandt andet blevet brugt i socialpsykiatrien, hvor musikterapeuten ofte har ageret som facilitator for forskellige musikaktiviteter i stedet for at arbejde mere fokuseret på behandling af klienterne (Hannibal & Hestbæk, 2014). Det samfundsmusikterapeutiske arbejde kan konkret komme til udtryk i for eksempel brugerbands, som det er tilfældet på det kommunale værested Kragelund i Aarhus, hvor musikterapeuten Henrik Rydahl har arbejdet med socialt udsatte borgere i en længere periode (Rydahl, 2012).

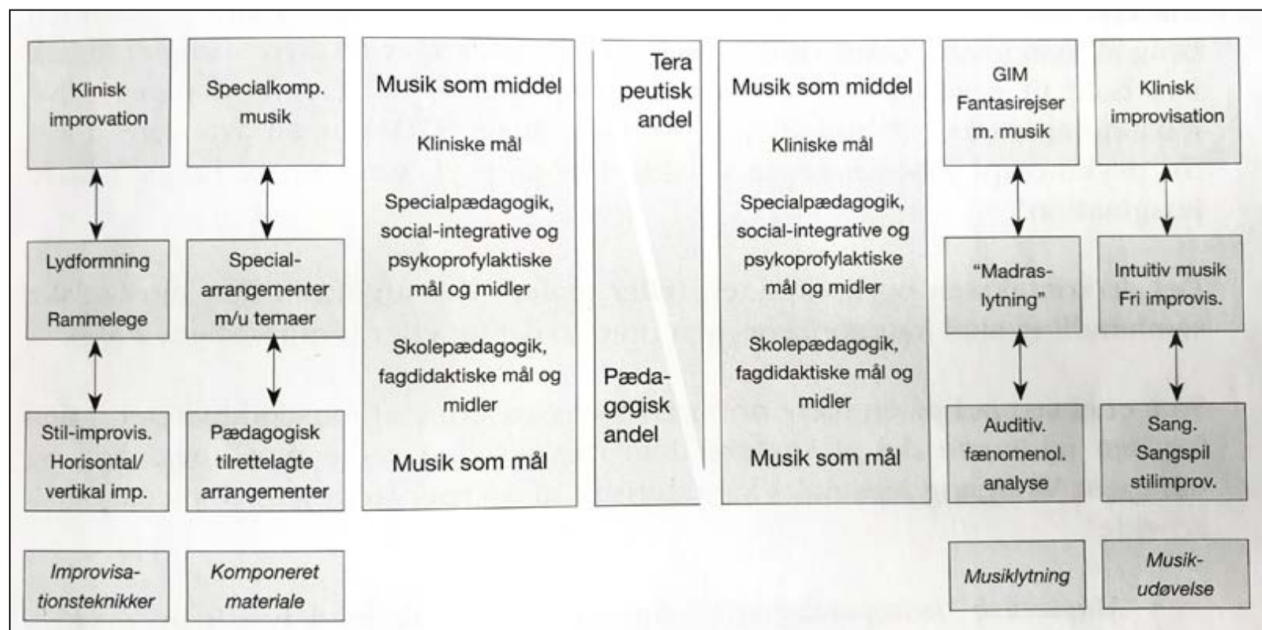
Jeg har selv skrevet et projekt om samfundsmusikterapi efter første gang at have hørt om det på efteruddannelsen Promusa (Professionsrettet Musikanvendelse), hvor vores projektgruppe kiggede på et Sistema-inspireret orkester i Nordjylland for udsatte børn og unge, og hvor vi analyserede, om det musikpædagogiske arbejde med dette orkester var i overensstemmelse med en samfundsmusikterapeutisk tilgang (Borg et al., 2018).

2.2. Musikterapi og musikpædagogik

Den danske ph.d. i musikterapi Lars Ole Bonde (2014) taler om musikterapi og musikpædagogik som et kontinuum. Han fremhæver, at man ikke kan skelne skarpt mellem musikterapi og musikpædagogik, og at der derfor ikke er nogen skillelinje mellem musikterapi og musikpædagogik (Bonde, 2014). At dette ikke kun gælder for eksempel inden for skolevæsenets eller musikskolernes musikundervisning understreges af, at man også har undersøgt dette kontinuum inden for demensomsorgen (Krøier et al., 2019).

Figur 1

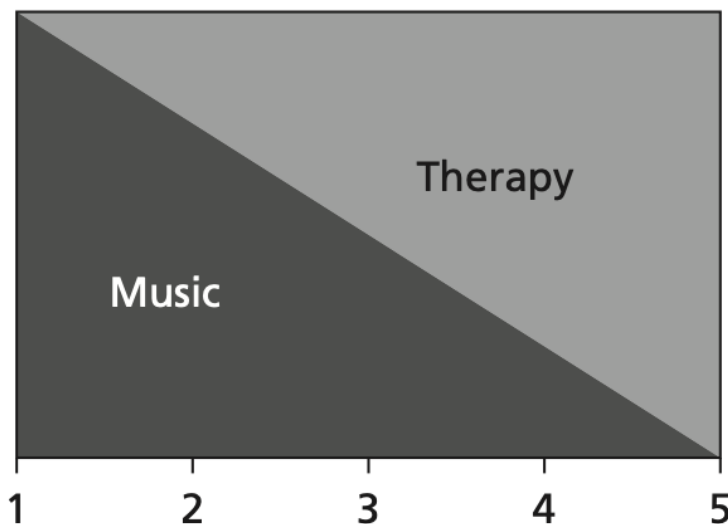
Musiceringens spektrum (Bonde, 2014, s. 53)



Derudover taler den amerikanske musikterapeut Michael Silverman (2022) også om et kontinuum mellem musik og terapi i musikterapien ("Continuum model of music and therapy within music therapy"). Han beskriver, hvordan musikterapi hverken kan eksistere uden musik eller uden terapi. Kontinuum-modellen anerkender, at der altid vil være musik og terapi, selvom ingen af delene er observerbare (Silverman, 2022).

Figur 2

Continuum model of music and therapy within music therapy (Silverman, 2022, s. 188)



2.2.1. Musikkens og musikterapeutens rolle i klienternes recovery

I det følgende vil jeg ud fra den australske ph.d. i musikterapi Felicity Baker (2015) beskrive nogle af de kendetegn, der er ved musikterapeutens rolle i henholdsvis samfundsmusikterapien og den ressourceorienterede musikterapi.

I samfundsmusikterapien er musicking målet, mens musikken er midlet. Det handler om at knytte bånd og bygge broer mellem mennesker og udnytte et “groove potential” for at styrke gruppeidentiteten (Baker, 2015, s. 280). Musikterapeutens rolle inden for samfundsmusikterapien er bl.a. at være en aktivist og “advokat” for sine klienter. Det handler om villighed til at lytte på og anerkende klienternes stemme, være en ressourcestærk samarbejdspartner, projektkoordinator, konsulent, mentor og coach. Samt at facilitere udviklingen af sunde relationer i fællesskabet (Baker, 2015, s. 280).

I den ressourceorienterede musikterapi, som jeg vil komme nærmere ind på senere, ses musikken som en helseressource (Baker, 2015, s. 280). Musikterapeutens rolle handler om at guide klienterne til at finde ind til deres styrker og ressourcer. Musikterapeuten får i denne sammenhæng roller som fan, en støttende lytter, samarbejdspartner, musikproducer og skal være i stand til at (Baker, 2015, s. 280).

2.3. Recovery-orienteret musikterapi

Recovery-orienteret musikterapi eller den specifikke engelske betegnelse “recovery-oriented music therapy” bliver brugt af den amerikanske ph.d. i musikterapi Michael Silverman i artiklen “Comparing educational music therapy interventions via stages of recovery with adults in an acute care mental health setting: A cluster-randomized pilot effectiveness study” (Silverman, 2019). Her refererer han til “recovery-oriented music therapy” fra en artikel af Hans Petter Solli, Randi Rolvsjord og Marit Borg¹ (Solli et al., 2013). Derudover refererer han til et oplæg på en musikterapikonference (Gold, 2016), som Michael Silverman og Hans Petter Solli har lavet sammen (Silverman & Solli, 2016).

Michael Silverman har udviklet betegnelsen “educational music therapy” og sammenkæder denne musikterapeutiske praksisform med recovery i bogen “Music therapy in mental health for illness management and recovery” (2015). Her nævner han også samfundsmusikterapi som en musikcentreret praksis og ressourceorienteret musikterapi som to bud på avancerede musikterapeutiske tilgange inden for musikterapi med psykiatriske patienter (Silverman, 2015).

I det følgende beskrives ud fra fund og konklusioner fra forskellige studier i musikterapi forskellige karaktertræk ved ”recovery-orienteret musikterapi”.

2.3.1. Recovery

En gængs betydning af ordet ”recovery” er ”at komme sig” (Abildtrup & Jensen, 2019). Socialstyrelsen (2023) har lavet en vejledning til recovery-orienteret rehabilitering, hvor der fremgår 8 principper for denne praksis. I forhold til recovery fremhæver de at ”fokusere på borgernes håb, ønsker og drømme, at tage udgangspunkt i borgernes ressourcer og at støtte deres adgang til samfundets almene fællesskaber, der er centrale elementer i recovery-begrebet” (Socialstyrelsen, 2023, s. 7).

”Recovery” er et flertydigt begreb, som verden over er blevet brugt til at beskrive og definere mål og formål for psykiatrisk behandling (Solli, 2014). Der er ikke konsensus om, hvad ”recovery” reelt betyder i relation til sindslidelser, og begrebet bruges inkonsistent i forskellige lande og sammenhænge. Dette skyldes formodentlig, at recovery er blevet beskrevet på forskellige måder for eksempel som filosofi, paradigme eller perspektiv. De historiske rødder for recovery går tilbage til humanistiske værdier i Europa mellem 1790 og 1890, der bl.a. omfattede såkaldt moralsk

¹ Det er interessant at bemærke, at artiklen ikke en eneste gang benytter sig af sammenstillingen ”recovery-oriented music therapy”.

behandling (fra fransk *traitement morale*). I dag kan recovery-perspektivet ses som svar på implementeringen af afinstitutionaliseringspolitikken i USA i 1950'erne og 1960'erne og den følgende bevægelse mod socialpsykiatrisk behandling i botilbud i 1980'erne (Solli, 2014).

Recovery adskiller sig fra tidligere anti-psykiatriske trends i psykiatrien. Recovery startede som en bevægelse blandt brugere med målet at forbedre samarbejdet mellem brugere og behandlingstilbud, mens anti-psykiatrien fremkom som akademisk debat, der var kritisk overfor selve ideen om psykiatrisk behandling. På denne baggrund tales der om recovery-bevægelsen som en "konspiration af håb": en udvikling, hvor sagsbehandlere, politikere, sundhedsprofessionelle og brugere forenedes for at modvirke den undertrykkelse, der har været af personer stemplet med en psykisk sygdom (Solli, 2014). Recovery teoretikere argumenterer for vigtigheden af, at klienter igen får et meningsfuldt liv med tilstedeværelse af symptomer snarere end at fokusere på ambitioner om at vende tilbage til et liv uden sygdom (Bibb, 2016).

2.3.2. Recovery og musikterapi

Desværre er recovery-perspektivet kun i mindre omfang blevet udforsket i relation til musikterapi, og de implikationer, det har for fagets praksis, er kun beskrevet vagt (Solli, 2014). Inden for den musikterapeutiske forskning har særligt to musikterapeuter og forskere beskrevet recovery og musikterapi. Den ene af dem er Hans Petter Solli, der har skrevet ph.d.-afhandlingen "The groove of recovery" (Solli, 2014). Derudover har Jennifer Bibb udviklet begrebet "musical recovery", der beskrives i hendes ph.d.-afhandling "Musical recovery: The role of group singing in regaining healthy relationships with music to promote mental health recovery" (Bibb, 2016) og i en artikel med samme navn (Bibb & McFerran, 2018). I det følgende vil jeg gennemgå Hans Petter Sollis og Jennifer Bibbs teorier om recovery og musikterapi.

2.4. "The groove of recovery"

Den norske ph.d. i musikterapi Hans Petter Solli har skrevet ph.d.-afhandlingen "The groove of recovery" (Solli, 2014). Afhandlingen består af tre artikler (Solli, Rolvsjord og Borg, 2013; Solli og Rolvsjord, 2014; Solli, 2014), der indgår som led i den overordnede argumentation, hvor fund fra artiklen "The opposite of treatment": A qualitative study of how patients diagnosed with psychosis experience music therapy" (Solli og Rolvsjord, 2014) vil blive gennemgået under afsnit 2.7. "The opposite of treatment".

Hans Petter Solli (2014) fortæller i sin ph.d.-afhandling "The groove of recovery" om baggrunden for, at han begyndte at interessere sig for musikterapi. I sin ungdom arbejdede han i fritiden på forskellige psykiatriske hospitaler. Han beskriver, hvordan musikken havde en særlig virkning på patienterne, og at han var fascineret af, hvordan samtaler om musik ofte kunne "bryde isen", og hvordan patienterne blev mere afslappede og åbnede mere op igennem deres samtaler om musik. Det at lytte til musik, spille guitar og synge med patienterne var nogle af hans foretrukne aktiviteter (Solli, 2014).

2.4.1. Fund og konklusioner i The groove of recovery

Recovery handler om at få livet tilbage på et nyt og bedre spor. Det er en måde at se livets muligheder på trods begrænsninger forårsaget af sygdom. "Groove" refererer til aspekter i musikken, der får den til at svinge og være levende. Recovery fra psykisk sygdom handler om processen med at komme tilbage til livets rytme ("the groove of life"). Dette er "the groove of recovery". Musikterapi tilbyder at hjælpe personer med alvorlig psykisk sygdom med at komme ind i sådan et "groove" (Solli, 2014).

Musikterapi støttede recovery-processer i deltagernes liv både i sociale sammenhænge, indenfor og udenfor hospitalet og i deltagernes hverdagsliv, da recovery er en personlig og social proces, der primært foregår udenfor professionelle psykiatriske sammenhænge. Musikterapi kan på denne måde være et vigtigt bidrag til recovery-orienteret psykiatrisk behandling både i døgnafsnittene, ambulant og i botilbud (Solli, 2014).

Deltagerne beskrev sociale aspekter, hvor musicering (musicking) tilbød dem mulighed for social forbundethed og deltagelse. Musikterapi promoverer på denne måde recovery ved at påvirke personens oplevede evne til at påvirke sin situation og evnen til at være involveret med andre på en meningsfuld og belønnende måde (Solli, 2014).

Hans Petter Solli fandt ud af, at musikterapi kan støtte indbyrdes forbundne processer af recovery som en opadgående spiral af velbefindende, handlekraft, selvfølelse og identitet, symptomlindring og håb. Musikterapi kan på denne måde støtte centrale elementer for recovery-processen for personer med alvorlige sindslidelser (Solli, 2014).

2.5. "Musical recovery"

Et studie, der også repræsenterer en recovery-orienteret tilgang, er ph.d.-afhandlingen af den australske musikterapeut og ph.d. Jennifer Louise Bibb "Musical recovery: The role of group

singing in regaining healthy relationships with music to promote mental health recovery” (Bibb, 2016).

Klienter i recovery kan genforbinde sig med musikken som en helseressource ved at engagere sig i musikken i en støttende kontekst. Dette kan beskrives med begrebet “music-health-illness”-narrativer, der bruges til at beskrive klientens forhold til musik inden sygdommen, en afbrudt forbindelse til musikken på grund af sygdommen og til et genetableret, sundt forhold til musikken etableret med støtte fra en musikterapeut. Deltagelse i musikterapi kan facilitere, at klienten igen får et sundt forhold til musik² efter perioder med akut sygdom. Dette illustrerer, hvordan et støttet musikengagement fremmer det at finde tilbage til musikken som en vej fra sygdom mod bedring.

Dette beskriver Jennifer Bibb som ”musical recovery”, et begreb hun har konstrueret under arbejdet med sin ph.d. under indflydelse af Gary Ansdells (Ansdell & Meehan, 2010; Ansdell & DeNora, 2015) arbejde med musikterapi (Bibb, 2016). Bibb definerer ”Musical recovery” som ”A process of regaining healthy relationships with music which promote mental health recovery” (Bibb, 2016, s. 217). Bibb fremhæver, hvordan musical recovery er en proces og ikke et endemål (Bibb, 2016).

Jennifer Bibb har i samarbejde med ph.d. i musikterapi Katrina Skews McFerran skrevet en videnskabelig artikel med samme titel som Bibbs afhandling (Bibb og McFerran, 2018). Studiets mål var udforskningen af forskellige faktorer i forbindelse med fællessang, der kunne fremme recovery fra psykisk sygdom. Studiet anlagde en ”grounded theory”-tilgang, hvor 23 personer i recovery fra både døgnafsnit og botilbud deltog i sanggrupper i området omkring Melbourne, Australien. Deltagerne deltog i interviews om deres oplevelse af fællessang og fundene blev præsenteret som en ”grounded theory” om fællessang, hvor begrebet ”musical recovery” beskrev processen med at genvinde et sundt forhold til musik for at fremme recovery fra psykisk sygdom. ”Musical recovery” er et eksempel på, hvordan musik kan fremme recovery fra psykisk sygdom og illustrerer den måde, fællessang kan bidrage til recovery-processen. ”Musical recovery” tilbyder en ny måde at forstå klienter på i det psykiatriske system med deres forskelligartede og komplekse relation til musik og skildrer faktorer, som kan støtte eller forstyrre disse forhold. Resultaterne fra studiet illustrerer, at støttende musikbrug (supporting music use) under recovery kræver et fokus på klienternes styrker og ressourcer og en fundamental tro på, at psykiatriske patienter har kapaciteten

² Et eksempel på et “usundt forhold” til musik kan være, når nogen bevidst eller ubevidst vælger at lytte til musik, der intensiverer negative oplevelser (McFerran & Lotter, 2024).

til at bruge musik som en helbredsressource i deres egen recovery-proces (Bibb og McFerran, 2018).

2.6. Ressourceorienteret musikterapi

Den norske ph.d. i musikterapi Randi Rolvsjord (2010; 2016) har beskrevet en ressourceorienteret tilgang til musikterapi, hvor der lægges vægt på et ligeværdigt forhold mellem terapeut og klient med et delt ansvar i samarbejdet om at forbedre klientens velbefindende. Hun fremhæver i sin bog "Resource-oriented music therapy in mental health care", hvordan terapi kan handle mindst lige så meget om det at understøtte udviklingen af klienternes ressourcer og styrker som det at løse deres problemer og patologier (Rolvsjord, 2010). Hendes egen karakterisering af ressourceorienteret musikterapi er, at denne tilgang handler om at nære styrker, ressourcer og potentialer, at musikterapien handler mere om samarbejde med klienten end om at intervenere, at man ser klienten som værende en del af en kontekst, og at musikken i sig selv bliver betragtet som en ressource (Rolvsjord, 2010). Jennifer Bibb (2016) støtter op om Rolvsjords tilgang. Hun overvejer, om det problemfokuserede sprog, der ofte bruges til at beskrive klienter i musikterapeutisk forskning og praksis, er i overensstemmelse med den styrkebaserede måde, som mange musikterapeuter arbejder på (Bibb, 2016). I Jennifer Bibbs ph.d.-afhandling beskriver hun således, hvordan hun bevidst har fravalgt brugen af labels som diagnoser og symptomer i forhold til de klienter, hun beskriver i afhandlingen, med mindre deltagerne i studiet bruger disse beskrivelser om sig selv.

2.7. "The opposite of treatment"

I det følgende vil jeg gennemgå nogle af resultaterne fra artiklen "The opposite of treatment:" "A qualitative study of how patients diagnosed with psychosis experience music therapy" af de norske musikterapiforskere Solli og Rolvsjord (2014). Studiet beskriver fire hovedtemaer i forhold til informanternes oplevelse af deltagelse i musikterapi: frihed, kontakt, velbefindende og symptomlindring. Hvert hovedtema har 3-4 undertemaer. De to første hovedtemaer, "frihed" og "kontakt", vil blive uddybet i det følgende.

Tema 1: Frihed

Under hovedtemaet "frihed" har jeg valgt de to undertemaer "frihed fra sygdom" og "frihed fra behandling".

Frihed fra sygdom

I studiet udtrykte de fleste af deltagerne en vis ambivalens i relation til koblingen mellem musik og musikterapi, når dette blev forbundet med deres diagnose og behandlingen af deres sygdom.

Musikterapien beskrev de i stedet som et rum, hvor de kunne fokusere på noget andet end deres sygdom; et slags helle, hvor de blev tilbudt en oplevelse af frihed og fred. Mange deltagere udtrykte skepsis over ideen om at bruge musik som behandling, da dette ville gøre det muligt for personalet at bryde ind i en af de få sygdomsfrie zoner, patienterne havde tilbage på den psykiatriske afdeling (Solli og Rolvsjord, 2014).

Frihed fra behandling

De fleste af deltagerne fortalte, at de var glade for, at musikterapisessionerne ikke fokuserede stærkt på deres sygdom og problemer. De oplevede musikterapien som en pause fra behandlingen, selvom nogle af musikterapiprocesserne selvfølgelig inkluderede håndtering af svære temaer og følelser fra patientens nuværende situation. Musikterapien blev alligevel oplevet, som om den håndterede temaerne på en anderledes måde end på hospitalet (Solli og Rolvsjord, 2014).

Tema 2: kontakt

Under hovedtemaet "kontakt" har jeg valgt de tre undertemaer: "Kontakt med én selv" og "Kontakt med følelser" og "Kontakt med andre mennesker".

Kontakt med en selv

Alle deltagerne beskrev musikken som et personligt anliggende. Nogle bemærkede, at musikken var i tæt kontakt med deres personlighed og sociale identitet, og oplevede, hvordan musikken kunne tilvejebringe en stærk fornemmelse af at være en del af dem selv og at have kontakt med deres indre kerne. Musikterapien blev forbundet med positiv og udvikling af deres selvbevidsthed, selvtillid og selvværd (Solli og Rolvsjord, 2014).

Kontakt med følelser

Alle deltagerne fremhævede musikken som en åbning til følelsesmæssig kontakt og pegede på musikterapien som en arena, hvor de kunne udtrykke deres følelser og blive set. Følelser som smerte, vrede og aggression blev fremhævet her. Man kunne for eksempel komme i kontakt med og

udtrykke disse følelser ved at bruge bandeord i sang- og raptekster, slå på trommer og spille guitar med forvrængning. Når deltagerne optrådte og producerede cd'er, gav det dem mulighed for at kommunikere følelser og oplevelser til andre mennesker både indenfor og udenfor hospitalet (Solli og Rolvsjord, 2014).

Kontakt med andre mennesker

Musikken var en måde at få kontakt med andre mennesker på, og det musikalske samspil oplevedes som en arena, hvor kontakt med andre mennesker var afgørende for at få musikken til at flyde og ”groove”. Det første skridt var at etablere et musikalsk og socialt forhold til musikterapeuten, og dette var for nogle af deltagerne en øjenåbner, der gjorde dem opmærksomme på vigtigheden af at være social. Flere deltagere oplevede, at de gennem musikken kunne forbinde sig med verden uden for hospitalet. Nogle havde brugt det at give en cd med deres egne optagelser til andre patienter, personalet, venner eller familie som en måde, hvorpå de kunne forbinde sig på socialt med andre eller vedligeholde sociale forhold med andre. Det kunne også være at blive venner med andre til offentlige koncerter, blive medlem i et kor eller et band, uploade musik på internettet og chatte med folk, som lyttede til musikken, eller at prøve at få et spillejob (Solli og Rolvsjord, 2014).

2.7. Dobbeldiagnoser

Dobbeldiagnoser er et bredt begreb, der generelt dækker over betydningen af, at en patient har en psykiatrisk diagnose som for eksempel skizofreni, bipolar lidelse, depression eller ADHD i kombination med et misbrug af alkohol, hash eller euforiserende stoffer også kaldet stof- og misbrugs-afhængighed. At dobbeldiagnoser i denne sammenhæng refererer til, at en klient har både en psykiatrisk diagnose og et misbrug, er en vigtig pointe, i og med, at det også kan referere til andre problematikker for klienterne. En anden forståelse af begrebet dobbeldiagnoser kan for eksempel være kombinationen af intellektuel dysfunktion (ID) med en psykiatrisk diagnose (Matson, 2020), hvilket jeg dog ikke vil beskæftige mig med i dette speciale.

Selve forståelsen af begrebet dobbeldiagnoser som en kombination af en psykiatrisk diagnose og stof- og misbrugsafhængighed er i sig selv problematisk, da der er en lang række kombinationer, der desværre gør det svært at være specifik.

Ikke desto mindre forskes der på området, og det må ses som et vilkår for forskningsarbejde med klienter i denne målgruppe, at forskningen er nødt til at generalisere meget bredt.

Professionelt arbejde med målgruppen foregår ofte på botilbud, der hører under Service-loven, hvorfor musikterapi snarere kommer til at fungere som støttende intervention end egentlig behandling. Døbeltdiagnoser kan dog også forstås i en bredere forstand, da også personer, der ikke bor i et botilbud, kan have problematikker, der svarer til klienter med døbeltdiagnoser. På denne måde kan man argumentere for, at området har en både fagligt specifik karakter i forbindelse med musikterapeutisk arbejde på et botilbud for klienter med døbeltdiagnoser og en mere almen karakter, som er relevant i forhold til klinisk arbejde med almindelige mennesker, som bor i egen bolig. I dette speciale har jeg dog kun fokus på klienter med døbeltdiagnoser, der bor i et botilbud.

Begrebet døbeltdiagnose dækker over, at man både har en psykiatrisk diagnose og et alvorligt misbrug (Bedre Psykiatri, n.d. a). Mennesker med døbeltdiagnoser som skizofreni og stof- og alkoholmisbrug er nogle af samfundets mest udsatte mennesker og ender derfor ofte i hjemløshed. Et dansk studie viser for eksempel, at sandsynligheden for at blive hjemløs et år efter udskrivningen fra en psykiatrisk indlæggelse for personer med både en psykisk sygdom og et misbrug er 6,1% for mænd og 3,6 % for kvinder (Bedre Psykiatri, n.d. b; Nilsson et al., 2019)).

Hvor den psykiatriske behandling fokuserer på at lindre patientens symptomer gennem brug af psykofarmaka eller andre behandlingsinterventioner vil stof- og misbrugsbehandling som udgangspunkt fokusere på behandlingen af patientens misbrugsproblematikker. Der forekommer dog en komorbiditet, forstået som et overlap af diagnoser, mellem psykiatriske diagnoser og stof- og misbrugsafhængighed. Selvmedicinering, forstået som patientens brug af for eksempel alkohol til at lindre symptomer som for eksempel angst med, er central i forståelsen af døbeltdiagnoser. Dette kan gå begge veje. Den ene vej er, at den psykiatriske patients misbrug fungerer som en måde at lindre symptomer på, eller også kan det være en måde at kompensere for bivirkninger ved psykofarmaka på, for eksempel ved at bruge opkvikkende midler som kompensation for en medicin, der kan virke sløvende på patienten.

Den anden vej er, at en behandling af stof- og misbrugsafhængighed, der indeholder et forløb, hvor patienten gradvist nedbringer sit misbrug, kunne afsløre underliggende psykiatriske problematikker, som, hvis de ikke adresseres, kan føre til at patienten får tilbagefald.

2.8. Musikterapi med klienter med døbeltdiagnoser

Baseret på mine erfaringer fra praktikken med musikterapeutisk arbejde med klienter fra målgruppen er det mit indtryk, at recovery-orienteret musikterapeutisk arbejde med klienter med døbeltdiagnoser handler om, at man må acceptere de vanskeligheder, der kan opstå i musikterapien

pga. de begrænsninger, som kombinationen af klientens sindslidelse og misbrug fører til. Dette kan for eksempel være, at klienterne har svært ved at møde op til tiden i sessionerne, at der kan opstå lange pauser i musikterapien, eller at klienterne ikke kan holde koncentrationen særligt længe og derfor afbryder sessionerne efter kort tid. Dette kræver en udstrakt tålmodighed fra musikterapeutens side, der også kan føre til udbrændthed. Det kræver også en anden type planlægning, således at man kan være fleksibel i sin tilgang til arbejdet. I det direkte musikterapeutiske arbejde med klienter med dobbeltdiagnoser i selve sessionerne er det vigtigt, at man kan skabe et frirum for klienterne. Derudover at man giver dem mulighed for at være eksperter på det musikalske område. Man bør, så vidt det er muligt, ikke presse klienterne overhovedet. Jeg vil anbefale en ressourceorienteret tilgang til musikterapien (Rolvsjord, 2010), hvor vægten lægges på musikterapeutiske metoder som improvisation, sangskrivning, sammenspil og musiklytning frem for mere traditionelle musikterapi metoder som dans, tegning og afspænding. Derudover vil en tilgang, der er musik-centreret eller samfundsmusikterapeutisk også være relevant som tilgang til arbejdet frem for en mere klinisk behandlingsorienteret tilgang.

3. Metode

I dette kapitel gøres der rede for den videnskabsteori, der anvendes som grundlag for analysen.

Dette gøres ved at uddybe de ontologiske og epistemologiske aspekter vedrørende den kvalitative forskningsmetode, herunder fænomenologien og konstruktivismen. Forskningsdesignet er baseret på mikroanalyse, og der vil blive redegjort for, hvordan jeg implementerer denne analysemetode i undersøgelsen.

3.1. Videnskabsteori

I den humanistiske forskningstradition taler man om fortolkende eller kvalitativ videnskab. Denne tilgang adskiller sig fra den naturvidenskabelige, positivistiske og objektivistiske videnskabstradition. Den humanistiske tilgang til videnskab kan ofte med fordel anvendes i forskning inden for musikterapi. Dette skyldes, at fortolkende videnskabsteori kan benytte sig af en række erkendelsesteoretiske tilgange såsom fænomenologi og konstruktivisme, der tillader forskeren at være subjektiv og fortolkende ud fra enkeltstående tilfælde frem for at være generaliserende og strengt objektiv. I det følgende vil begreberne “ontologi” (læren om det værende) og “epistemologi” (erkendelsesteori) blive uddybet.

3.1.1. Ontologi og epistemologi

Ontologi er studiet af, hvad der eksisterer, og hvad der er virkeligt (Wheeler & Bruscia, 2016). Inden for filosofien er ontologien før i tiden blevet betegnet som metafysik (Husted & Lübcke, 2001).

Epistemologi er studiet af, hvad det er muligt at vide, og om hvordan det er muligt at vide det (Wheeler & Bruscia, 2016). Epistemologi handler altså først om, hvorvidt der kan findes videnskabelig/objektiv viden, og dernæst om, hvordan vi kan vide, at denne sandhed er den rigtige sandhed. Det er ikke metoder, men grundlæggende spørgsmål om kriterier for valg af metode (Pedersen, 2015). Ontologien kommer først og begrænser epistemologien, da vi skal vide noget om virkelighedens og sandhedens natur, inden vi kan afgøre, hvordan disse kan blive erkendt (Wheeler & Bruscia, 2016).

3.2. Det objektivistiske videnskabsideal

Lægevidenskabens videnskabsideal kræver viden med høj pålidelighed, der kan testes og eftervises af forskere verden over. Det, der lægges vægt på i dette ideal, er identifikationen af kausalitet og lovmæssigheder formuleret som almengyldige teorier. Dette forudsætter ontologisk, at verden består af årsags-virkningskæder, der kan isoleres fra omgivelserne og formuleres som generelle almennyttige lovmæssigheder. Dette er kernen i det objektivistiske videnskabsideal (Pedersen, 2015).

Et modsat synspunkt kunne være at påpege, at man ontologisk ikke kan adskille verden i dens bestanddele og analysere kontekster, der er unikke, at det er formålsløst at lede efter generelle teorier. Epistemologisk vil fortolkninger altid være afhængige af den, der fortolker, så man ikke kan fortolke uafhængigt af forforståelse og forventninger eller af konteksten for fortolkningen (Pedersen, 2015).

3.3. Overblik over fortolkende forskning

Formålet med fortolkende forskning er at udforske et bestemt fænomen, som det udfolder og åbenbarer sig, mens man studerer det. Målet er at forklare og forstå et bestemt fænomen. Udbyttet af den fortolkende forskning er således en bedre konstruktion (Wheeler & Bruschia, 2016); se nedenfor.

Fortolkende forskning antager, at virkelighed og sandhed udgøres af mange forskellige konstruktioner, og at der findes mange former for virkelighed og sandhed (Wheeler & Bruschia, 2016). Mennesket konstruerer virkelighed og sandhed gennem sine oplevelser af og i verden, og viden er forankret i vores unikke oplevelser. Målet for forskningen er at opnå forståelse og mening ud fra, hvad forskeren har opdaget. Da fundene herefter reflekterer forskerens egne værdier og indsigter, regnes de ikke for absolutte, universelle og generaliserbare. Målet er at udvide og skabe variation i vores konstruktion af virkelighed og sandhed (Wheeler & Bruschia, 2016).

Fortolkende videnskab er primært optaget af verden som bestående af subjekter og virkelighed og sandhed, som den optræder subjektivt. Derfor er den relevant for kunst og socialvidenskab. Her vil den søge at opdage eller konstruere og forbedre indsigter og konstruktioner i en verden af subjekter (Wheeler & Bruschia, 2016). Fortolkende forskning hviler primært på subjektive data, der oftest involverer indsamling og analyse af kvalitative data såsom verbalt, musikalsk eller kunstnerisk materiale (Wheeler & Bruschia, 2016).

3.3.1. Design og metodiske overvejelser inden for den fortolkende forskning

I det følgende vil jeg beskrive, hvordan mit arbejde med projektet inden for den fortolkende videnskabstradition har muliggjort, at jeg har kunnet gå frem på en anden måde, end hvis projektet havde været objektivistisk orienteret.

Inden for den fortolkende videnskab kan brug af ordene ”design” og ”metode” være vildledende, og formodentlig er det mere hensigtsmæssigt at benytte ordene ”tilgang” eller ”perspektiv” (Wheeler & Bruscia, 2016). Dette er en vigtig pointe, da dette projekt netop i høj grad bærer præg af, at der har været skift undervejs i min tilgang og i de perspektiver, jeg har undersøgt og lagt vægt på. Inden for den fortolkende videnskabstradition er dette i overensstemmelse med, hvordan man traditionelt varetager forskning. Dette skyldes, at man i fortolkende forskning ikke benytter sig af bestemte designs eller metoder, som skal udføres uden yderligere bearbejdning i undersøgelsen af et bestemt fænomen, men tværtimod skaber forskningen undervejs i et såkaldt ”emergent” og fleksibelt design (Wheeler & Bruscia, 2016).

I de næste afsnit vil jeg beskrive konstruktivismen og fænomenologien, der epistemologisk muliggør en sådan tilgang, der gør, at jeg har kunne videreudvikle mit perspektiv undervejs i processen.

3.4. Konstruktivisme

En af de mest dominerende fortolkende teorier inden for musikterapi er konstruktivismen, der anerkender, at virkeligheden, som vi opfatter den, konstrueres af vores sociale, historiske og individuelle kontekst (Wheeler & Bruscia, 2016). Betydningsfulde repræsentanter for konstruktivismen er for eksempel den schweiziske udviklingspsykolog Jean Piaget (1896-1980), der ofte anses som ophavsmanden for konstruktivismen og den russiske psykolog Lev Vygotskij (1896-1934). Konstruktivisme er et perspektiv, der ser meningsfuld menneskelig virkelighed, som er konstrueret af individer gennem deres interaktioner med og fortolkninger af verden og hinanden (Hiller, 2016).

Målet med konstruktivisme er at forstå fænomener gennem fortolkende processer, som skal forklare mening. Det er meningen med og processen bag at skabe den mening, som folk kobler til deres oplevelser, der har interesse, og disse indre processer er kontekstbundne, uforudsigelige og uafhængige af naturlovene (Hiller, 2016). Mening kan derfor ændre sig, når nye oplevelser bringer nye forståelsesmæssige elementer og ny opmærksomhed (Hiller, 2016). Verden indeholder ikke særlig betydning i sig selv, essens eller objektivitet. Epistemologisk afviser teorien muligheden af

objektiv sandhed, men anerkender, at der kan opstilles gyldighedsregler, som regulerer, hvad der er sandt og falskt. Der er ikke adgang til verden uden om sproget, der bestemmer verdensbillede, forventninger og fordomme (Pedersen, 2015).

3.5. Fænomenologi

Fænomenologien var en dominerende filosofisk retning i 1900-tallet. Den opstod som reaktion mod positivismen. Fokus er på den subjektive oplevelse. Den anvendes inden for eksempel sociologi og antropologi (Jørgensen, 2022).

En af de mest betydningsfulde repræsentanter for fænomenologien er den østrigske professor i filosofi Edmund Husserl (1859-1938), der er kendt som fænomenologiens grundlægger. Han udviklede også den transcendentale fænomenologi, som han præsenterede i bogen "Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie" (1913). Den tyske professor i filosofi Martin Heidegger (1889-1976) var elev af Husserl. Han udgav hovedværket "Sein und Zeit" (1927), der først blev udgivet på dansk i 2007 under titlen "Væren og tid".

Fænomenologien beskæftiger sig med, hvordan en person oplever, føler, tænker og giver mening til et levet fænomen; noget personen faktisk har oplevet. For eksempel, hvordan en terapeut oplever det at arbejde med en bestemt klient (Wheeler & Bruschia, 2016).

Et fænomen er en genstand, som den umiddelbart viser sig, eller som den konstitueres i bevidstheden. Fænomenet må nødvendigvis vise sig for subjektet for at kunne opfattes/perciperes. Det er et krav, at der er et subjekt, der kan erfare/percipere fænomenet. Perceptionen afhænger af de oplevelser og erfaringer, som subjektet har med fænomenet (Jørgensen, 2022).

Fokus er den konkrete menneskelige erfaring med tingenes tilsynkomst, da vi ikke har adgang til, hvordan tingene "i virkeligheden er". Tingene tager sig ud på en bestemt måde for subjektet. Fortolkning og subjektivitet er vigtige begreber inden for fænomenologi (Jørgensen, 2022).

Fænomenologi ønsker at komme bagom både sproget og det, der træder frem for bevidstheden, før og mens vi sætter ord på. For at forstå, hvad sproget betyder for menneskets erfaringsdannelse, og hvad sanser og kropslige erfaringer betyder for sproget. Det centrale er den måde, mennesker erfarer deres omverden og sig selv på (Jørgensen, 2022).

Subjekt og objekt kan ikke adskilles. Subjektets erfaringer og oplevelser med verden kaldes "livsverden". Det er den konkrete verden, vi lever i med sanselige, praktiske erfaringer og oplevelser. Livsverdenen har fælles verden med social, kulturel og historisk kontekst. Viden kan

ikke gøres uafhængig af subjektet. Subjektet og den subjektive erfaring med verden vil ofte være genstand for analyse (Jørgensen, 2022).

Et fænomen er noget skjult, der alligevel viser sig ved sig selv. Det er interessant at se fænomenologien som en metode til at bringe noget frem i lyset, der ikke umiddelbart træder frem; for eksempel førrefleksiv erfaring (Rasmussen, 2023).

Objektet for undersøgelsen er i vekselvirkning med subjektet og formes i den menneskelige bevidsthed. Intentionalitet betyder, at bevidstheden altid er rettet mod noget. Fænomenet kan ikke beskrives uafhængigt af bevidstheden. Genstandsfeltet afhænger af de sociale processer og den specifikke kontekst. Hverdagslivet og meningshorisonten må undersøges. Derfor er det vigtigt at inddrage de subjekter, fænomenet fremtræder for (Jørgensen, 2022). Førstepersonsperspektivet har ofte fokus på deltagelse og gøren. Man kan sjældent nå til bunds i det, man beskriver (Jørgensen, 2022).

3.5.1. Epoché

Inden for fænomenologien angiver ordet “epoché” vores forforståelse. Filosofen Edmund Husserl brugte begrebet epoché til at forklare, at alle undersøgelser af verden er forbundet med en reduktion af virkeligheden. Reduktion er at undersøge betingelserne for, at noget fremtræder. Epoché er første skridt, hvor forskeren sætter parentes om sin egen viden i starten af en undersøgelsesproces (Jørgensen, 2022).

Epoché er den reduktion, som handler om at føre tilbage til det, der er sikkert, som der kan bygges videre fra. Herfra kan man udlede begreber, der fastholder grundlæggende mening i oplevede fænomener og erkendelse af fænomenerne (refereret fra Husserl i (Jørgensen, 2022)). Dette er en metode til at sætte sig selv til side (Jørgensen, 2022). At skrive sin epoché kræver, at man som forsker overvejer tanker og følelser angående fænomenet, hvor man bevidstgøres om forudfattede meninger og fordomme. Dette skrives ned og beskrives/kategoriseres. Dette gøres, indtil tanker og følelser er tydelige nok til, at de kan lægges til side, når man analyserer data (Jackson, 2016).

3.5.2. Bracketing

Inden for fænomenologien angiver bracketing det at sætte ens epoché i en parentes. I afsnittet om epoché, findes en beskrivelse af forskerens relation til data og fortolkning. Dette hjælper også til at afgøre kvaliteten af studiet. I analyseprocessen sættes disse tanker og følelser bevidst i parentes.

Dette er en fortløbende proces, der ikke bare kan overstås som et enkelt punkt undervejs, men er integreret med hele forskningsprocessen (Jackson, 2016).

3.5.3. Nedtoning af betydningen af epoché i dette projekt

Den danske dr.phil. og professor i filosofi Dan Zahavi, der er en af de førende forskere i fænomenologi, påpeger i en artikel følgende:

Nurses, physiotherapists, psychologists, educators, psychiatrists, anthropologists, etc. who wish to draw on phenomenology should look to it not as a rigorous method, but as an open-minded attitude and theoretical framework that can be used in conjunction with a variety of methods.

(Zahavi, 2020, s. 8)

Det er en mulighed, at Zahavis bud på, hvordan man kan anvende fænomenologi inden for sygepleje, også kan være relevant for dette speciales metode. Zahavi (2020) fremhæver i sin kritik af Van Manen, at man muligvis har overvurderet vigtigheden af epoché og reduktion inden for fænomenologisk metode, hvorfor det er en mulighed at nedtone betydningen af epochéen i dette speciale. Jeg har derfor valgt at forsimpler min epoché så meget som muligt og lægge vægten på fænomenologien som en fordomsfri attitude og teoretisk ramme, som kan kombineres med andre metoder (Zahavi, 2020, p. 8).

3.5.4. Anvendelse af fænomenologi i specialet

Distinktionen mellem kroppen som subjekt og som objekt er en fænomenologisk distinktion mellem to måder, vi kan opleve og forstå den samme krop. Der er ikke tale om to forskellige kroppe (Zahavi, 2020). Et eksempel på en uoverensstemmelse fænomenologisk kunne tage afsæt i anorektiske piger, der subjektivt ser sig selv som overvægtige og fede, mens de for andre fremtræder med udstående ribben og objektivt vejer langt under, hvad de burde. En terapeutisk fænomenologisk tilgang til pigerne ville være at forsøge at få pigerne til at se på objektive facts, for at få deres subjektive opfattelser til at være mere i tråd med virkeligheden. Eksempler på, hvordan man kan bruge fænomenologi i sygeplejeforskning, er bl.a. dataindsamling og dataanalyse (Zahavi, 2020). På samme måde kan min tolkning/analyse af de musikalske data ses som min egen fortolkning af, hvad der sker i improvisationerne under forløbene i musikterapi i praktikken, sammenholdt med, hvad der rent faktisk sker i musikken.

3.5.5. Casestudie

På grund af de mange faktorer, der er nye og relativt uudforskede omkring musikterapi med denne målgruppe og i denne setting, er dette et eksplorativt studie, der søger at finde foreløbige svar på min problemformulering. Eksplorative studier er oplagte i forbindelse med kvalitative studier, der skal undersøge et uudforsket område (Robson & McCartan, 2016). Yderligere har projektet en tilgang, der er “intrinsic”, en betegnelse, der svarer til, at noget er “indre” eller “iboende”, hvilket hentyder til, at projektet i analysen søger at være åben for, hvad empirien kan give af viden, frem for at have en på forhånd defineret teori eller ramme for, hvad man vil undersøge.

3.6. Analysemetode

3.6.1. Metode til lytning af audioklip fra forløb med klient

Jeg benytter i analysen Ferraras metode til fænomenologisk musikanalyse (Ferrara, 1984; Forinash & Grocke, 2005). Hvert punkt repræsenterer en gennemlytning:

1. *Åben lytning – subjektiv respons*

Ved første lytning skriver man sit umiddelbare indtryk af musikken ned inklusiv alt, hvad man oplever som særlig interessant.

2. *Lytte efter syntaktisk mening – beskriv lyden som den høres:*

Alle musikalske lyde beskrives med information om instrumenter, udsmykninger, dynamiske ændringer, melodiske rytmiske og harmoniske egenskaber.

3. *Lytte efter semantisk mening:*

Det beskrives nu, hvilken mening musik er tiltænkt at have, hvilken stemning den repræsenterer, og hvad lytteren føler.

4. *Lytte efter ontologisk mening – komponistens livsverden*

Musikken sættes ind i konteksten af komponistens livsverden for at bidrage til forståelsen af, hvad komponisten vil sige med musikken.

5. *Åben lytning – meningsdimensionen for alle lytningerne*

Alle indtryk og forståelser fra de forrige lytninger syntetiseres og integreres for at skabe en endelig beskrivelse af musikken.

3.6.2. Beskrivelse af analysemetoden MIR(S)

MIR(S) er i realiteten et kvantitativt værktøj (Wosch & Wigram, 2007), som jeg i dette projekt har valgt at bruge kvalitativt og i kombination med en fænomenologisk tilgang gennem anvendelse af Lawrence Ferraras fænomenologiske metode til musiklytning. At fokusere på det kvalitative medfører nogle ændringer af analysemetoden, hvorfor jeg længere nede vil fortælle om de bearbejdnings, jeg har foretaget af metoden.

Analysemetoden i dette projekt er inspireret af Mercédès Pavlicevic (2007) og hendes ”Musical interaction rating scale (schizophrenia)” forkortet MIR(S). Metoden fokuserer eksplicit på musikken og ser bort fra kropsholdning, gestik, verbale udvekslinger eller andet klinisk materiale, klienten måtte bringe med ind i sessionen (Pavlicevic, 2007).

MIR(S) er udviklet for at kunne evaluere musikterapeutisk improvisation med klienter med kronisk skizofreni (Pavlicevic, 2007). Da størstedelen af beboerne på praktikstedet er diagnosticeret med paranoid skizofreni, ser jeg metoden som værende relevant for mikroanalytisk analyse af datamateriale fra denne målgruppe.

Pavlicevic benytter sig af en tabel, hun kalder ”index sheet”, som benyttes til at angive et musikalsk forløb (Pavlicevic, 2007, s. 184), hvor tidsangivelse er angivet i minutter (') og sekunder (''). Således bliver for eksempel 1 minut og 20 sekunder angivet som 1' 20''. Tabellen rummer 4 kolonner. En for tidsangivelse, derudover ”klienten” (Client), ”Musikterapeuten” (Therapist) og ”musikken” (Relational), hvor Pavlicevics oprindelige begreber er sat i parentes.

Jeg har i min analyse med metoden valgt at fokusere på ”musikken” i stedet for ”relationen”.

Længden af klippene ca. 1 minut svarende til et af hendes eksempler på en MIR(S)-analyse (Pavlicevic, 2007, s. 178). Jeg benytter mig af segmentering, men på en anden måde, end hun gør det, da jeg segmenterer i takter eller inddeler i segmenter, der korresponderer med, hvad der sker i musikken (se afsnit 3.7.5. Beskrivelse af fremgangsmåde i programmet ELAN, for en uddybning af segmentering). Jeg angiver i stedet, hvad der sker i musikken, og hvor der opstår skift ift. klienten, musikterapeuten eller musikken og beskriver dette. Jeg segmenterer også ift. form, cyklusser og taktperioder. Et vigtigt værktøj til at placere disse segmenter er tidsfæstelsen og angivelsen af de akkorder, der bliver spillet af musikterapeuten og klienten.

Jeg angiver ikke ”moments of change” (MC), selvom jeg dog segmenterer på en måde, så det angives, hvor der sker noget relevant i musikken. Jeg inddeler heller ikke i ”time units” (TU), og jeg angiver heller ikke ”MIR(S)-level” (Pavlicevic, 2007).

3.6.3. Kort introduktion til ELAN

ELAN er et program til analyse af forskellige former for medier som lyd og video. Det er Max Planck instituttet, som har udviklet det, og man kan anvende det gratis. Programmet har forskellige muligheder for at importere lyd, hvor man efterfølgende kan lave grafiske inddelinger af lyden, hvor man kan skrive kommentarer, transkribere tekst eller lave andre former for kodninger. Jeg vælger på dette punkt i analysen at anvende ELAN, da det giver mening i forhold til at få svar på nogle af de spørgsmål, der opstod i forbindelse med analysen med Ferraras metode.

3.6.4. Musikalske parametre, der skal være til stede for at kunne udføre denne type analyse

I det følgende vil jeg kort beskrive nogle af de parametre, der skal være til stede, for at kunne analysere på samme måde som jeg har gjort i forbindelse med analysearbejdet med programmet ELAN.

Taktsegmentering

Inddeling i takter (eller taktsegmentering) fungerer med musik med en tydelig puls og et jævnt tempo. Det er mere enkelt at udføre, hvis taktarten er den samme for eksempel 4/4 eller 3/4-takt.

Angivelse af akkorder

Dette kræver en tydelig harmonik mellem klient og terapeut, hvis man skal notere akkorderne. Det kan være en hjælp, hvis akkorderne er noteret i forbindelse med sangskrivning med klienten som det er tilfældet i denne case.

Formangivelse

Angivelse af form kan hjælpe til at give et overblik over hele klippet og se større sammenhænge.

3.6.5. Beskrivelse af fremgangsmåde i programmet ELAN

1. Sætte lydclip ind
2. segmentering i taktperioder
3. skrive akkorder ind
4. skrive rytmer / noder ud (analyse 1)
5. skrive form ind (analyse 1)
6. lytte til hhv. klienten, terapeuten og musikken

7. lave beskrivende tekst for henholdsvis klienten, terapeuten og musikken, hvor det er relevant
8. se efter sammenhænge, der træder frem i forbindelse med analysen

Når jeg i analysen bruger ord som at "segmentere" eller "segmentering" om arbejdet med ELAN, er det i betydningen af, at man opdeler noget i mindre dele, "segmenter". Segmenter i forbindelse med et lydclip er for eksempel den tid, der går målt i sekunder og de akkorder, der spilles undervejs. Jeg ser det som en meget central egenskab ved ELAN, at man kan segmentere det samme lydclip på flere forskellige måder. Hvert segment får sit eget spor. Ud over at man kan give segmenterne forskellig varighed, kan man også oprette kommentarer i de enkelte segmenter, der kan være værdifulde i arbejdet med at forstå, hvad der sker undervejs i et lydclip.

En problematik, der har været omkring brugen af ELAN, er, at teksten i hvert segment afbildes vandret og uden linjeskift med det resultat, at ganske få vigtige sekunder kommer til at fylde rigtig meget. Derfor har jeg valgt at flytte data fra ELAN-skemaet til andre skemaer, der er mere læselige. Dette er til dels lykkedes ved at "oversætte" ELAN skærbillederne til Word-tabeller. Det har endda gjort det muligt at farvekode, som det ses i analyseeksempel 1 (se afsnit 4.5.2. Det syntaktiske niveau). Tabellerne er naturligvis mindre præcise tidsmæssigt end ELAN-skemaerne. Derfor er alle oprindelige screenshots fra ELAN medtaget i teksten, så læseren selv kan sammenligne.

3.7. Etiske overvejelser

Baggrunden for de etiske overvejelser, der ligger til grund for dette projekt, er de etiske principper, som medlemmer af Dansk Musikterapeutforening (DMTF) er forpligtet til at leve op til (Dansk Musikterapeutforening (DMTF, 2016). Der er tilstræbt anonymisering i projektet på den måde, at klienten i analysen vil være navngivet som "klienten". Praktikstedet er ligeledes anonymiseret, så dette italesættes som "Praktikstedet". Der er i forbindelse med indsamling af data indhentet samtykke fra klienten. Begge parter, både klient og musikterapeut, har skrevet under på samtykkeerklæringen og det har til hver en tid været muligt for klienten at trække sit samtykke tilbage. Denne samtykkeerklæring er vedlagt som bilag (bilag 1), hvor klientens navn og underskrift er bortcensureret. Ud fra GDPR-lovgivningen og anbefalinger fra Datalovgivningen har jeg

opbevaret data på en krypteret usb-stick, som jeg kun selv har adgang til at læse. Data fra sessionerne vil blive slettet efter at projektet er afsluttet.

4. Analyse

I analysekapitlet vil jeg først redegøre for min epoché, der kobles med en refleksion omkring, hvordan jeg har stiftet bekendtskab med ressourceorienteret musikterapi og recovery-orienteret musikterapi. Herefter vil jeg redegøre for casens kontekst ved at fortælle om klienten, praktikstedet, målgruppen på praktikstedet og om praktikstedet recovery- og rehabiliteringstilgang. Herefter vil analysen bestå af 3 analyseeksempler. I klippene bliver der analyseret ud fra Ferraras fænomenologiske analysemetode som en overordnet ramme, hvor der for hver analyse vil være en åben lytning, der fungerer som en introduktion til klippet, der analyseres. Herefter vil der under det syntaktiske niveau blive inddraget programmet ELAN, der anvendes til at analysere klippene med inspiration fra Pavlicevics mikroanalytiske værktøj MIR(S). Herefter følger det semantiske niveau, der reflekterer over den underliggende mening i klippet. Det ontologiske niveau reflekterer over klientens livsverden og til slut vil der sammenfattes på alle niveauerne under meningsdimensionen. Afslutningsvis vil der være en sammenligning mellem 2 af analyserne.

4.1. Epoché

Jeg er en 41-årig mand med vestlig baggrund og er født og opvokset i Danmark. Jeg kommer fra en middelklassefamilie med to forældre, der begge har arbejdet professionelt med musikundervisning enten i folkeskolen, på gymnasiet eller som private undervisere. At synge i kor har for begge mine forældre været en vigtig fritidsinteresse.

Min baggrund professionelt er, at jeg oprindeligt er uddannet folkeskolelærer med musik som et af mine linjefag. Under min uddannelse var jeg gennem alle årene del af en musikforening, der arrangerede en årlig musikfestival og administrerede et øvelokale og et lydstudie på uddannelsesstedet.

Jeg har som nævnt tidligere været tilknyttet praktikstedet på frivillig basis, og det er på baggrund af dette frivillige arbejde, at jeg vælger at læse min efteruddannelse i musikterapi Promusa (Professionsrettet musikanvendelse) og efterfølgende læser videre på kandidatuddannelsen i musikterapi.

I andre sammenhænge har jeg også arbejdet frivilligt med musik for eksempel på et brugerstyret værested under foreningen Sind, hvor jeg har været del af flere musikgrupper, spillet til fællessang, arbejdet med sangskrivning og indspillet en cd. En af retningslinjerne var, at stedet var behandlingsfrit, for at værestedet kunne være et fristed for dets brugere.

Improvisation har jeg lært i forbindelse med, at jeg gik til keyboard i musikskolen som teenager. En borger på praktikstedet jeg har besøgt jævnligt, var også optaget af dette – og særdeles god til det – og ofte skulle jeg sammen med ham øve forskellige jazz-inspirerede kompositioner han havde komponeret akkorder og tema til og som fungerede som en ramme for vores sammenspil, hvor jeg typisk skulle spille trommer til.

Jeg har i en længere årrække været optaget af musikprogrammer, synthesizere og musikteknologi. Denne interesse har jeg delt med en anden af de borgere på praktikstedet, jeg har arbejdet med frivilligt. Ofte var det ham som viste mig, hvordan han komponerede elektronisk musik på sin computer og kunne gøre forskellige ting ved musikken ved hjælp af effekter, teknikker eller ved selv at sample lyde.

4.1.1. Rejsen fra ressourceorienteret musikterapi til recovery-orienteret musikterapi

Første skridt på rejsen mod en recovery-orienteret musikterapi sker i forbindelse med, at jeg besøger mit praktiksted, der danner rammen for de erfaringer, jeg har bygget dette projekt op omkring. Særligt én interaktion leder mig til at gå i retning mod den ressourceorienterede musikterapi. Dette sker på baggrund af en samtale, jeg har med en af de medarbejdere, der over en længere årrække har arbejdet med musik med borgere på praktikstedet. Medarbejderen påpeger, at jeg ikke skal behandle borgerne på praktikstedet, og understreger yderligere, at det er vigtigt, at “musikken er et frirum” for borgerne.

På denne baggrund går jeg videre med en litteraturgennemgang (Breidahl, 2022a), der skal fungere som en forberedelse til mit arbejde i praktikken, der afholdes næste semester. De overvejelser, jeg gør mig omkring ressourceorienteret musikterapi, sker på baggrund af dette. Jeg går derfor ind i en søgeproces som led i udarbejdelsen af denne litteraturgennemgang, hvor jeg vil undersøge, hvilke ressourceorienterede metoder jeg kan bruge som musikterapeut, når jeg skal arbejde med klienter med paranoid skizofreni, der er den primære målgruppe på praktikstedet. I denne proces finder jeg frem til forskellige relevante tekster. Randi Rolvsjord er en central skikkelse i forhold til den ressourceorienterede musikterapi, men jeg lader mig ikke begrænse af kun at fokusere på hendes arbejde. Jeg udvider netop min søgning til udover ressourceorienteret musikterapi også at inkludere samfundsmusikterapi og musik-centreret musikterapi. Det er i denne proces, at jeg finder frem til en forskningsartikel, der hedder “Toward understanding music therapy as a recovery-oriented practice within mental health care: A meta-synthesis of service users’ experiences” (Solli et al., 2013). I denne artikel er der en oversigt over forskellige relevante artikler

og studier om musikterapi som en recovery-orienteret praksis (Solli et al., 2013, s. 252-253). Det er formodentlig denne oversigt og disse artikler, der danner baggrund for, at jeg bliver sporet ind på idéen om recovery-orienteret musikterapi.

4.2. Kontekst for casen (Ferraras ontologiske niveau)

Der vil i det følgende blive forklaret nærmere omkring rammerne for praktikken.

4.2.1. Præsentation af klienten og målet for forløbet

Klienten er beboer i praktikstedets tilknyttede boliger. Han har boet i botilbuddet over en længere årrække og er en af de faste beboere. Manden er i slutningen af halvtredserne (58 år). Han spiller bl.a. guitar og trommer. Klienten formodes at have paranoid skizofreni, da dette gælder størstedelen af beboerne i botilbuddet, men jeg har ikke kendskab til hans specifikke diagnose. Klienten har haft et alkoholmisbrug og er derfor på antabus. Han har dog også andre misbrug af for eksempel piller og marihuana, hvilket jeg erfarer i løbet af praktikperioden.

Alle klippene, der er udvalgt til analyse, er fra anden session ud af et forløb på i alt 4 sessioner. Forløbet har som målsætning, at klienten gerne vil øve sig i at kunne spille sammen med andre. Desuden vil han gerne udvikle sine færdigheder på trommer. Derudover vil klienten gerne skrive en sang, som jeg som musikerapeut skal hjælpe ham med at arbejde med.

4.2.2. Praktikstedet

Praktikstedet er et botilbud under Serviceloven § 104, 107 og 108. Der er tilknyttet et antal boliger til borgerne på institutionen, men der er også mulighed for at have tilknytning som dagbruger. Derudover er der tilknyttet flexboliger. Centralt for institutionen er et kulturhus, der bl.a. fungerer som kantineområde. Her er der mulighed for forskellige aktiviteter, for eksempel står der et flygel, og der er adgang til et musikrum med instrumenter og indspilningsmuligheder.

4.2.3. Målgruppen

Målgruppen er voksne med særligt komplekse psykosociale vanskeligheder. Af personer med skizofreni er der for ca. 60% af borgerne tale om et aktivt misbrug. Ca. 1/3 af borgerne har en behandlingsdom. Derudover er der forskellige funktionsvariationer involveret; for eksempel autisme, kommunikationsvanskeligheder eller fysiske funktionsforstyrrelser Gennem mit

engagement som frivillig på praktikstedet over en længere årrække har jeg haft mulighed for at få en relation til denne målgruppe og kunne konkludere, at musik var en særdeles vigtig ressource for borgerne og noget, som flere besad et særligt talent for.

4.2.4. Recovery og rehabilitering

Praktikstedets tilgang er baseret på recovery og rehabilitering. Dette er tilgange til borgeren, som er baseret på samarbejde og dialog. Tilgangen er afgørende for at øge borgerens trivsel og for at forebygge udfordrende adfærd. Recovery refererer til borgerens proces med at komme sig helt eller delvist. Rehabilitering er et fagprofessionelt begreb og fungerer som en ramme for en helhedsorienteret indsats.

Rehabilitering angår det professionelle arbejde med borgere, der oplever begrænsninger i hverdagslivet, fysisk, psykisk, kognitivt eller socialt. Det repræsenterer en måde, hvorpå man kan italesætte medarbejdernes samarbejde med borgeren og deres netværk om at skabe de forandringer i livet, som borgeren ønsker (Socialstyrelsen, 2023). Formålet med rehabilitering er muliggørelsen af et meningsfuldt liv for borgeren med optimal aktivitet og deltagelse, mestring og livskvalitet (Socialstyrelsen, 2023).

4.2.5. Professionelle på praktikstedet

En lang række professionelle er ansat på praktikstedet i stillingsbetegnelsen ”relationsmedarbejdere”. Således består den største faggruppe på praktikstedet af pædagoger, ergoterapeuter, psykomotoriske terapeuter, socialrådgivere, social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere. Derudover er der ansat sygeplejersker. Mit tætteste samarbejde med professionelle var med to medarbejdere, der begge spiller musik med borgerne. Den ene fungerede som kontaktperson for mig under praktikken.

4.3. Case-analyse

4.3.1. Oversigt over musikterapiforløbet i sin helhed

Målene for forløbet, som klienten selv har formuleret i samarbejde med musikterapeuten, er dels at øve sig i at spille sammen med andre, dels at skrive en sang, som han kan spille på trommer og guitar.

4.3.2. Baggrunden for udvælgelse af klip til analyse

De 3 klip er udvalgt i forbindelse med Formidlingseksamen på musikterapiuddannelsens 9. semester. Klippene har forskellig længde, men det har jeg omgået ved at tage ca. 1 minut fra alle klip. I forbindelse med mikroanalyse er det meget almindeligt at arbejde med klip af ca. 1 minuts varighed. Dette er overensstemmelse med Pavlicevics metode MIR(S). Derfor gav det god mening at reducere længden af klippene til ca. 1 minut, hvor der netop tages udgangspunkt i de dele, hvor der sker noget relevant/interessant.

4.3.3. Beskrivelse af klippene udvalgt til analyse

Analysen tager udgangspunkt i 3 audioklip fra den første optagne session med klienten. Klippene er optaget i botilbuddets musiklokale, og der er optagelser af sammenspil med klienten på trommer og guitar og musikterapeuten på keyboard. I en tidligere session har musikterapeuten skrevet akkorder ned, som klienten har spillet for denne på guitar. Disse fungerer som et improvisationsforlæg for både klienten og musikterapeuten i deres sammenspil.

4.4. Ferrara-analyse 1

Jeg vil nu anvende Ferraras fænomenologiske metode. Klippet, der analyseres, hedder “Session 1 eksempel 1”, da det er fra den første optagede session med klienten. Lydeksemplet varer 54 sekunder. Klienten spiller el-trommer, og musikterapeuten spiller keyboard.

4.4.1. Åben lytning

1. Åben lytning – subjektiv respons:

Klienten spiller på el-trommer og veksler mellem at spille en grundrytme, hvor han med højre hånd både spiller på hi-hatten og på ride-bækkenet, og at spille fills. Klienten spiller grundrytmen på stortrommen og lilletrommen med en tydelig pulsforfølelse. Klienten spiller både med åben og lukket hi-hat. Klienten spiller fills på de forskellige tammer. Klienten spiller flere markeringer på crash-bækkenet. Klienten lyder indimellem en smule usikker, når han spiller fills. Musikterapeuten spiller på keyboardet ledsagemusik, der umiddelbart passer til klientens spil på trommer. De akkorder han spiller, er noteret i en tidligere session. Det er oprindeligt klienten, der har spillet akkorderne, og musikterapeuten har derefter noteret dem for at hjælpe klienten og for at kunne give

deres sammenspil noget struktur. Musikterapeuten og klienten har en tydelig fælles puls. Genren kan betegnes som en form for singersongwriter-musik eller blød rock.

Instrumentet, klienten spiller på, er el-trommer fra Roland, der betegnes V-drums. Lyden fra trommerne høres gennem et PA-anlæg, og jeg kan svagt høre lyden af, at klienten spiller på det hårde gummi fra el-trommesættet. På et tidspunkt lyder lilletrommen mere som et hand-clap. Musikterapeuten spiller på et Roland keyboard af typen Juno-D, der i virkeligheden er mere en synthesizer end et keyboard. Lyden, der er valgt, er en el-klaver lyd, der skal lyde som noget i retningen af et Wurlitzer eller et Fender Rhodes el-klaver. Lyden fra keyboardet forstærkes gennem samme PA-anlæg som el-trommerne. Der er en god balance imellem de to instrumenter i forhold til lydstyrken. Hverken klienten eller musikterapeuten synger eller taler under klippet.

Fills

Inden vi går videre, vil vi kort se på, hvad begrebet "fill" eller "fill-in" dækker over, da dette er afgørende ift. forståelsen af de næste skridt i analysen. Når man som trommeslager spiller et "fill" eller "fill-in" på trommesættet, dækker det over at spille helt korte improvisationer eller soloer, der markerer overgange mellem forskellige afsnit eller perioder i et melodiforløb. Ofte spilles fills på tamtammerne. Det er vigtigt, at tempoet i et fill-in svarer til det i melodien, og straks efter, at trommeslageren har spillet et fill, skal han vende tilbage til sin grundrytme. Som regel spilles fills hver fjerde takt, da mange rytmiske sange er opbygget i afsnit på 4, 8, 12 eller 16 takter. På den måde forbinder fills to eller flere afsnit på fire takter (Stein, 2013). En trommeslager skal for at kunne spille sammen med andre have en god pulsforfølelse og være tydelig i sit spil. Derudover skal han være i stand til at spille fill-ins, der kan markere overgangen fra et A-stykke til et B-stykke. Hvis A er vers, og B er omkvæd, og der i A-stykket spilles på hi-hatten med højre hånd, mens der herefter i B-stykket spilles med højre hånd på ride-bækkenet, er det en god idé at markere overgangen mellem vers og omkvæd med et fill-in. For at kunne spille sammen med andre skal han derfor være i stand til at orientere sig efter, hvor i sangen han befinder sig. Det kræver en helt særlig timing, idet han skal kunne sætte ind med et fill-in på den rigtige måde for at kommunikere til de andre i sammenspillet, at der nu er en overgang til omkvædet. Og længden af et fill-in afhænger af, hvornår det påbegyndes; fra et par slag til to takter før det nye afsnit.

Fælles puls

Når jeg lytter til lydklippet, kan jeg høre, at klienten er tydelig i sit trommespil. Der er en tydelig rytmisk forståelse mellem musikterapeut og klient, idet der er en stærk fælles puls i musikken. Klienten veksler også meget fint mellem at spille en grundrytme og at spille fills, og han falder meget fint tilbage i sin grundrytme hver gang. Men det hænder, at klienten og musikterapeuten er uenige om, hvor de er i en given takt. Måske skyldes det, at klienten sommetider har svært ved skifte fra grundrytme til fills til grundrytme på et meningsfuldt sted i en taktperiode, så skiftet tilbage til grundrytme sker præcis der, hvor en ny taktperiode starter. Da der flere gange skiftes mellem grundrytme og fills i klippet, er det muligt, at jeg kan finde en forklaring ved at studere ELAN-skemaet nærmere. Måske drejer problemet sig om timing.

I det følgende vil ELAN inddrages for en nærmere analyse af, hvad der sker undervejs i klippet.

4.4.2. Det syntaktiske niveau

2. Lytte efter syntaktisk mening – beskriv lyden som den høres:

Taktarten, der bliver spillet, er 4/4. Tempoet er jævnt i hele klippet og er ca. 112 slag i minuttet. Dynamikken er også jævn i de perioder, hvor der spilles grundrytme i trommerne, mens intensiteten øges, når klienten spiller fills, hvor trommerne får en kraftigere volumen, og hvor usikkerhed hos klienten kommer til udtryk i form af kortvarige rytmiske usikkerheder, der kan afvige en lille smule fra grundpulsens og de rytmiske underdelinger. Harmonisk spilles der i A-mol. Der er tre perioder af 8 tacters varighed, hvoraf de første 2 perioder har de samme akkorder. Der afsluttes på en A-mol akkord. Hver akkord spiller typisk i to takter. Musikterapeuten spiller en figur, der veksler mellem at spille i højre og venstre hånd, dog har højre hånd flest markeringer og spiller på nogle af grundslagene, men også på off-beat og 16-dele. I venstre hånd spilles der indimellem gennemgangstoner fra grundtonen i en akkord til grundtonen i den næste akkord for at markere overgange mellem akkorder.

Segmentering i ELAN

I analyseprocessen opstår der forskellige overvejelser omkring, hvad der vil være relevant at arbejde med i processen. En mulighed er at transskribere de rytmer, klienten spiller, og notere de fills, han spiller. Dette vælger jeg dog ikke at gøre. I stedet transskriberer jeg, hvilke akkorder jeg spiller på keyboardet.

I ELAN segmenteres (deles op i selvstændige enheder), så der er angivet nummer på de enkelte takter. Derudover bliver klippet segmenteret i en overordnet inddeling, hvor det angives, hvornår klienten spiller grundrytme og skifter til fills og tilbage igen (figur 3).

Før jeg går i gang med at designe ELAN-analysen af dette lydclip, overvejer jeg, om jeg skal transskribere klientens trommerytmer, eller om jeg skal transskribere musikterapeutens akkorder. Jeg vælger det sidste. Herefter designer jeg ELAN's skema, så det viser følgende spor: Tid (som er default) øverst og nedenfor i rækkefølge Klienten, Musikterapeuten, Relationen, takter, akkorder og Form (se Figur 3).

Figur 3

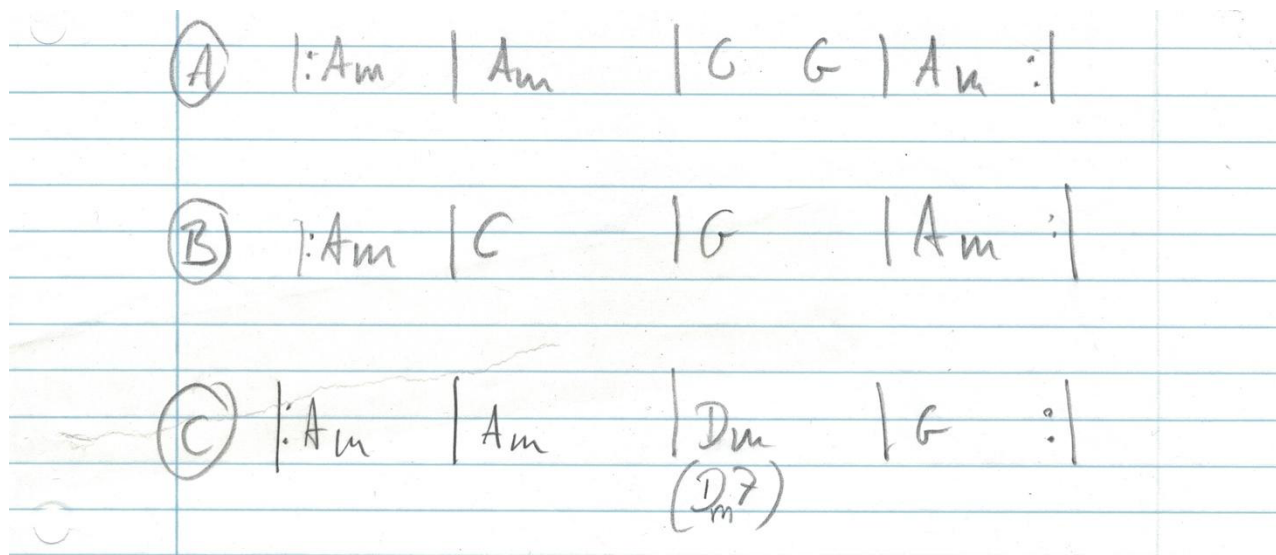
Oversigt over hele forløbet i klippet som det fremgår i ELAN

	00.000 00:00:10.000 00:00:20.000 00:00:30.000 00:00:40.000 00:00:50.000																								
default [8]	Klienten spiller en gr Klienten Klienten spiller Kli Klienten spiller grun Klienten sp Klienten spiller grundrytme med otte Kliente																								
Klienten [4]	Klientens første cyklus Klientens anden c Klientens tredje cyklus Klientens fjerde cyklus																								
Musikterapeuten [3]	Musikterapeutens forståelse af taktper Musikterapeutens forståelse af taktperiod Musikterapeutens forståelse af taktperiod																								
Relationen [0]																									
takter [25]	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
akkorder [25]	A	Am	C	C	G	G	Am	Am	Am	Am	C	C	G	G	Am	Am	Am	Am	Am	Am	Dm	Dm	G	G	Am
Form [3]	B-stykke								B-stykke								C-stykke								

I akkorder-sporet vises, hvilke akkorder, der bliver spillet undervejs. Akkorderne følger det skema, jeg havde noteret i samarbejde med klienten under praktikken (se figur 4). I Form-sporet har jeg angivet, hvornår der bliver spillet henholdsvis B-stykke og C-stykke. A-stykket optræder ikke.

Figur 4

Akkordskema over de akkorder klienten og musikterapeuten orienterer sig efter



Jeg benytter navnene "B-stykke" og "C-stykke", da det er sådan, jeg har noteret dem oprindeligt (se Figur 4). Men jeg opdager under arbejdet med at skrive akkorderne ind i ELAN-skemaet, at både B-stykkerne og C-stykket er dobbelt så lange som i det oprindelige skema. Det skyldes, at jeg i lydklippet spiller alle akkorder dobbelt så længe. Derfor er taktallet for B-stykket og C-stykket i ELAN-skemaet dobbelt så stort som oprindeligt noteret. Dette kan ses herunder.

B-stykke:

I Am I Am I C I C I G I G I Am I Am I

C-stykke:

I Am I Am I Am I Am I Dm7 I Dm7 I G I G I

Med henvisning til idéen om, at en trommeslager skal kunne orientere sig i forhold til andre, når han spiller sammen med dem, lægges der i analysen vægt på nu at undersøge netop dette aspekt af interaktionen mellem klient og musikterapeut.

Takt 1-8

Klienten spiller en grundrytme i trommerne på lilletromme, stortromme og hi-hat. I slutningen af den femte takt begynder han på et fill, som han spiller på gulvtammen, der varer hele takt 6. På 1. slag i takt 7 markerer han 1-slaget på crash-bækkenet med to markeringer på ottendedelene og går

herefter tilbage til at spille sin grundrytme i lilletromme og stortromme allerede fra begyndelsen af takt 7.

I midten af takt 8 spiller han igen to markeringer på ottendedelene på crash-bækkenet, hvorefter han begynder at spille ottendedele på ride-bækkenet.

Musikterapeuten spiller keyboard i et groove, som passer til trommerne, men tilpasser sig ikke som sådan til klientens spil ift., når klienten for eksempel spiller fills. Til gengæld holder han en fast puls og følger et fast akkordskema. Musikterapeutens forståelse af taktperioden er, at det er en 8 takters periode, der har B-stykkets akkorder, altså B: / Am / Am / C / C / G / G / Am / Am /. Da klienten begynder med at spille fill allerede i takt 5 og er tilbage til at spille sin grundrytme i takt 7, må jeg konkludere, at der i det første B-stykke ikke er overensstemmelse mellem klienten og musikterapeuten ift. en fælles forståelse af længden af taktperioden. Musikterapeuten spiller således over en 8 takters periode, mens klienten stopper denne periode to takter før musikterapeuten.

For at sammenligne klientens og musikterapeutens forståelse af, hvor de er i formen, så er der i analysen anvendt det greb at kigge på klientens spil som en række cyklusser. Hver cyklus består af en periode, hvor klienten spiller grundrytme efterfulgt af et fill-in.

Tabel 1

Takt 1-8

Takter	1	2	3	4	5	6	7	8
Akkorder	Am	Am	C	C	G	G	Am	Am
Klienten (1)	Klienten spiller grundrytme i trommerne					Klienten spiller et fill i trommerne	Klienten spiller grundrytme med ottendedele på ridebækken	
Klienten (2)	Klientens første cyklus						Klientens anden cyklus	
Musikterapeuten	Musikterapeutens forståelse af taktperioden (1)							
Form	B-stykke							

Figur 5

Oversigt over Takt 1-8 i ELAN

	00:00:00.000	00:00:02.000	00:00:04.000	00:00:06.000	00:00:08.000	00:00:10.000	00:00:12.000	00:00:14.000	00:00:16.000
default [8]	Klienten spiller en grundrytme i trommerne.					Klienten spiller et fill i trommerne		Klienten spiller grundrytme med ottendedele	
Klienten [4]	Klientens første cyklus							Klientens anden cyklus	
Musikterapeuten [3]	Musikterapeutens forståelse af taktperioden (1)								
Relationen [0]									
takter [25]	1	2	3	4	5	6	7	8	
akkorder [25]	Am	Am	C	C	G	G	Am	Am	
Form [3]	B-stykke								

Takt 9-16

Klienten spiller videre på sin grundrytme med ottendedele på ride-bækken i takt 9 og 10. På 3. slag i takt 10 spiller han et kort fill, hvor han spiller 16. dele på den ene tam. Herefter spiller han videre med sin grundrytme stadig med ottendedele på ride-bækkenet. I begyndelsen af takt 15 spiller han et fill med sekstendedele på lilletrommen. Derefter skifter han over til at spille videre på alle tre tammer. Et fill der først rigtig slutter i midten af takt 17. Grunden til dette er formodentlig, at han bruger den samme figur på hver af tammerne. En figur, der varer to slag for hver tam.

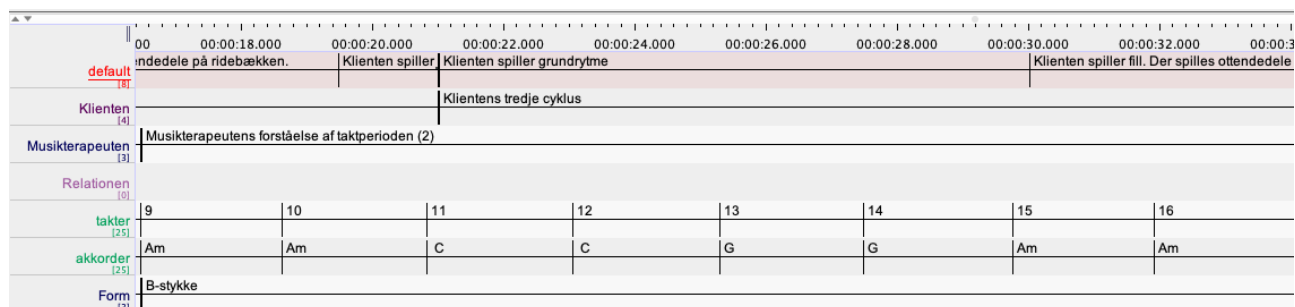
Tabel 2

Takt 9-16

Takter	9	10	11	12	13	14	15	16
Akkorder	Am	Am	C	C	G	G	Am	Am
Klienten (1)	Klienten spiller grundrytme med ottendedele på ridebækken	Klienten spiller kort fill	Klienten spiller grundrytme				Klienten spiller fill. Der spilles ottendedele på lilletrommen. Derefter skiftes der til at spilles fill på tammerne.	
Klienten (2)	Klientens anden cyklus		Klientens tredje cyklus					
Musikterapeuten	Musikterapeutens forståelse af taktperioden (2)							
Form	B-stykke							

Figur 6

Oversigt over Takt 9-16 i ELAN



Takt 17-25

Klienten er ved at afslutte sit fill og kommer lidt skævt ind på sin grundrytme i takt 17-19. Først i midten af takt 19 begynder han at spille ottendedele på hi-hatten. Dette fortsætter han med frem til, at han spiller sit afsluttende fill i slutningen af takt 24.

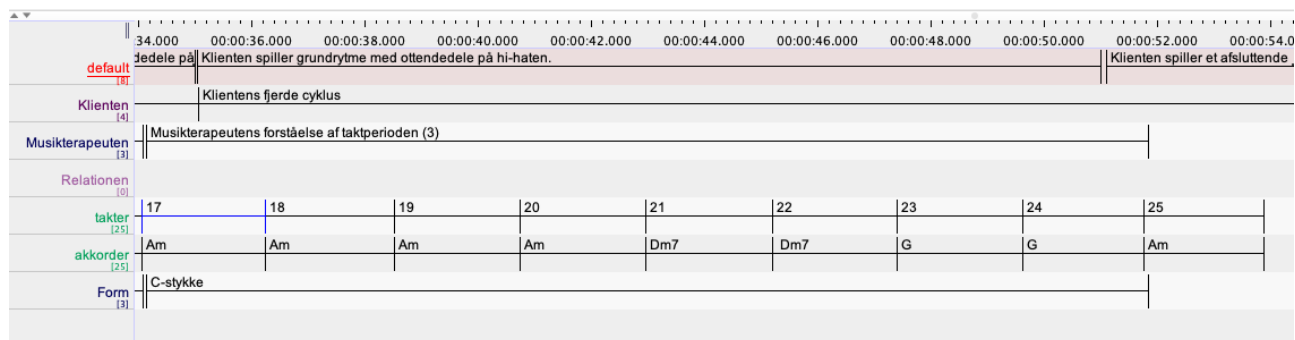
Tabel 3

Takt 17-25

Takter	17	18	19	20	21	22	23	24	25
Akkorder	Am	Am	Am	Am	Dm7	Dm7	G	G	Am
Klienten (1)		Klienten spiller grundrytme med ottendedele på hi-hatten.							Klienten spiller et afsluttende fill.
Klienten (2)		Klientens fjerde cyklus							
Musikterapeuten	Musikterapeutens forståelse af taktperioden (3)								
Form	C-stykke								

Figur 7

Oversigt over Takt 17-25 i ELAN



Det bemærkes, at der sker noget interessant op til C-stykket. To takter inden C-stykket begynder klienten at spille et fill på trommerne. Dette passer fint med, at der formæssigt spilles i slutningen af taktperioden. Umiddelbart efter, at C-stykket begynder, skifter klienten til at spille en grundrytme, som han holder fast i i det meste af C-stykket. Mod afslutningen af perioden sætter han igen ind med et fill, der afslutter sammenspillet.

Til sammenligning med de første 2 B-stykker er det, som om der er en uenighed mellem musikterapeuten og klienten ift. hvor lang taktperioden er. Musikterapeuten spiller akkorderne efter et fast skema, og klienten sætter sine fills ind på steder, der ikke er i overensstemmelse med dette.

4.4.3. Det semantiske niveau

3. Lytte efter semantisk mening

Klientens motivation er dels at blive bedre til at spille trommer og øve færdigheden i at kunne skifte mellem en grundrytme og et fill, dels at kunne skifte mellem at spille på hi-hat og på ridebækken. Han vil også gerne træne færdigheden i at spille en grundrytme i et A-stykke, hvor han typisk spiller på hihat og derefter spiller et fill, der leder videre til at spille en grundrytme i et B-stykke, hvor han spiller på ride-bækkenet.

Meningen med musikken kan ses som en blanding af sangskrivning, sammenspil og musikundervisning, hvor klienten har mulighed for at øve sig på at spille trommer samtidig med, at han udvikler grundrytme og fills til sin sang. Klientens udforskning af, hvordan han kan spille grundrytme og fills kan også ses som en del af klientens sangskrivningsproces. På mange parametre spiller klienten rigtig godt sammen med musikterapeuten, og for eksempel er der en fælles puls,

som er meget tydelig i deres sammenspil. Fills bliver spillet kreativt og rytmisk, og klienten vender meget hurtigt tilbage til grundpulsens igen.

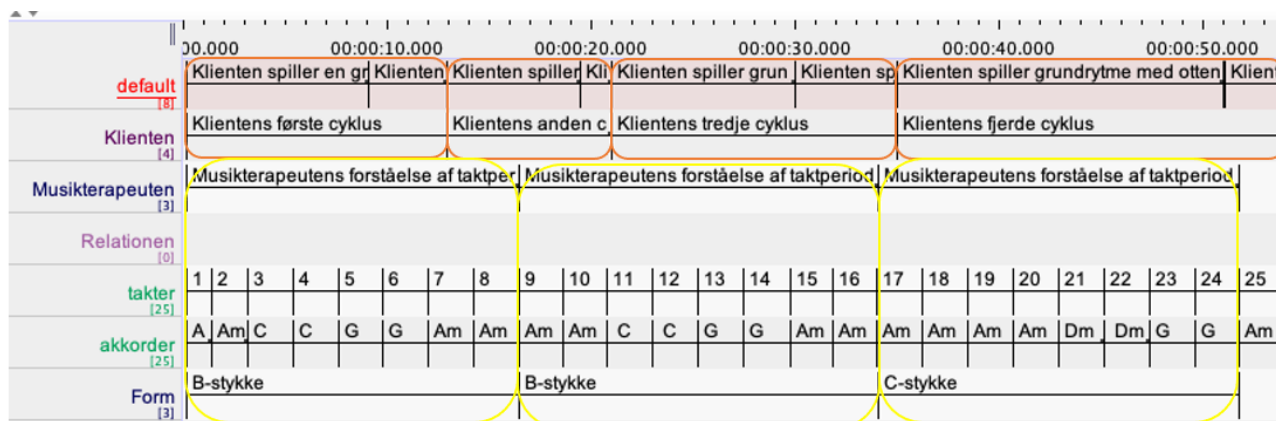
Klippet kan fungere som et eksempel på, hvordan musikterapeuten kan fungere i rollen som musikunderviser overfor klienten og kan støtte denne i at træne færdigheder, som denne gerne vil udvikle.

Cyklusforståelse

Jeg har beskrevet klientens spil på trommerne, som er delt op i en række cyklusser. En cyklus er et sammenhængende forløb begyndende med et afsnit med grundrytme, som starter efter et fill og afsluttes af et fill. Det ses tydeligt ud fra oversigten i ELAN, at klienten spiller fire cyklusser, mens musikterapeuten spiller tre perioder ud fra sin forståelse af formen. Der opstår gradvist en form for forståelse imellem klienten og musikterapeuten, da klienten, når han spiller sin fjerde cyklus, er i overensstemmelse med musikterapeutens periodeforståelse. Dette er fremstillet grafisk i nedenstående screenshot, hvor de gule rektangler (med runde hjørner) markerer 8-takts-perioderne. Jeg kan se, at klientens fjerde cyklus slutter næsten præcis der, hvor musikterapeuten sætter sidste akkord Am an i starten af takt 25.

Figur 8

Oversigt over hele forløbet i ELAN med angivelse af klientens cyklusser og musikterapeutens periodeforståelse



Formålet med sammensillet

Klienten skal have mulighed for at øve sig i at spille grundrytme med højre hånd på hi-hatten, hvor et fill-in markerer overgangen til at spille grundrytme på ride-bækkenet. Dog er det vigtige ikke, hvornår han skifter mellem at spille sine fill-ins for at markere overgange. Han har mulighed for at

øve det at markere skift med et fill-in på meningsfulde steder i taktperioderne, men formålet er ikke, at klienten skal spille i overensstemmelse med skift på bestemte tidspunkter. Det er blot en mulighed som musikterapeuten giver rum for. Dog er det interessant at se, hvordan der opstår en fælles periodefølelse hos parterne mod enden af klippet, der viser sig ved, at klientens fjerde cyklus af grundrytme og fills er i overensstemmelse med musikterapeutens forståelse af taktperioden. På denne måde kan det tolkes, som om klienten griber den mulighed, der er for at spille grundrytme og fill-ins på en måde, så det er i overensstemmelse med en taktperiode.

Musikterapeutens rolle

Musikterapeutens rolle er at støtte klienten i at holde en fast puls, så klienten har noget at spille op ad. Men det kan ikke udelukkes, at udfaldet er en tilfældighed. Det skal også bemærkes, at C-stykket rummer andre akkorder end B-stykket, men at taktperioden er lige så lang som B-stykket. Dog er det meget tydeligt, at der objektivt set er en overensstemmelse mellem klientens fjerde cyklus i hele C-stykkets længde svarende til musikterapeutens forståelse af taktperioden.

Udvikling af periodeforståelse som aspekt af det at træne færdigheder som trommeslager

Som trommeslager er det vigtigt at have en forståelse for, hvor man er i en taktperiode, så fills på en meningsfuld måde kan markere, når der er overgange til et nyt stykke i musikken. Analysen viser, at klienten øger denne færdighed, dog uden nødvendigvis at være bevidst om det. Klienten har formodentlig været mere optaget af at øve sig i at spille grundrytme og fills end at følge med i den overordnede form.

4.4.4. Det ontologiske niveau

4. Lytte efter ontologisk mening – komponistens livsverden

Klienten har en identitet som beboer på et botilbud for alvorligt psykisk syge mennesker, hvoraf en del af dem både har svære sindslidelser som paranoid skizofreni og forskellige misbrugsproblematikker. For klienten kan der være en kontrast mellem at være beboer på et botilbud for alvorligt psykisk syge og det at have musikalske ressourcer. Han har energi, overskud og mod til at udvikle og bruge disse musikalske ressourcer, og musikterapien giver ham et rum, hvor han kan udfolde dette. I klippet kan jeg høre, at der er energi og masser af eksperimentering i de fills, klienten spiller. Den jævne rytme giver en fremdrift i musikken. Jeg opfatter musikken som

værende udtryk for positive følelser. Der er en god energi i musikken og fills udgør små kraftudladninger.

4.4.5. Meningsdimensionen

5. Åben lytning – meningsdimensionen for alle lytningerne

I klippet øver klienten sig i at spille trommer på et el-trommesæt. Han øver sig i at skifte mellem at spille grundrytme og fills. Musikterapeuten spiller keyboard med en el-klaverlyd. Han er stabil, men spiller også på en lidt rigid måde.

Der er en jævn puls gennem hele stykket, der er i 4/4 og med et stabilt tempo omkring 112 BPM. Der spilles i A-mol, og formen består af 2 perioder på 8 takters længde med de samme akkorder, og en 8 takters periode med andre akkorder. Jeg kan høre, at klienten i de første to taktperioder spiller fill-ins på tidspunkter, der ikke passer sammen med den overordnede struktur, som musikterapeuten prøver at skabe med sit akkompagnement, der består af 8 takters perioder. Mens der i den tredje taktperiode opstår en form for overensstemmelse mellem musikterapeutens akkompagnement og klientens fills.

Musikterapeuten har en rolle som en form for musikunderviser, og situationen har karakter af en læringssituation. Musikterapeuten giver klienten mulighed for at øve sig i at spille fill-ins som led i sin sangskrivningsproces, men formålet med den musikalske interaktion er ikke, at klienten skal spille i overensstemmelse med skift på bestemte tidspunkter i musikken.

Derfor er disse tanker mit bedste bud på et svar på spørgsmålet, om hvad musik betyder for klienten: Når klienten spiller, kunne det være et udtryk for at have adgang til en energi og et overskud, som klienten har lyst til at dele ud af, han kan noget musikalsk og har lyst til at udfolde sig selv og han oplever frihed til at prøve forskellige ting af. Han får mulighed for at bruge og udvikle sine musikalske ressourcer.

4.5. Ferrara-analyse 2

Lydeksemplet varer 1 minut og 20 sekunder. Klippet hedder “Session 1 eksempel 2”. Klienten spiller westernguitar, og musikterapeuten spiller keyboard.

4.5.1. Åben lytning

1. Åben lytning – subjektiv respons:

Klienten spiller akkorder, der i den første session er skrevet ned af musikterapeuten. Det er det samme akkordskema, som fremgår under 4.4.2. Det syntaktiske niveau i forbindelse med Ferrara-analyse 1 (se figur 4 i afsnittet “Segmentering i ELAN”). Dette akkordskema har de begge stående foran sig på et nodelistativ. Undertiden spiller klienten dog andre akkorder, og musikterapeuten retter ind i forhold til klientens spil. Musikterapeuten spiller selv guitar og kan på denne måde genkende de greb, som klienten spiller på westernguitaren. Samtidig støtter musikterapeuten sig også op af de akkorder, som står på akkordskemaet. Yderligere improviserer musikterapeuten i højre hånd over de akkorder, som klienten spiller. Musikterapeuten og klienten spiller sammen på en måde, hvor de følges ad og har en tydelig fælles puls. Genren kan beskrives som singersongwriter-musik eller blød rock. Mod slutningen af klippet kan jeg høre, at der lægges an til, at sammenspillet skal afsluttes fra klientens side. Omvendt lyder det som om, at musikterapeuten lægger op til at fortsætte sammenspillet lidt endnu. Til slut afslutter klienten med at sige: ”Jeg synes jeg går lidt, hvad hedder det, kold her”.

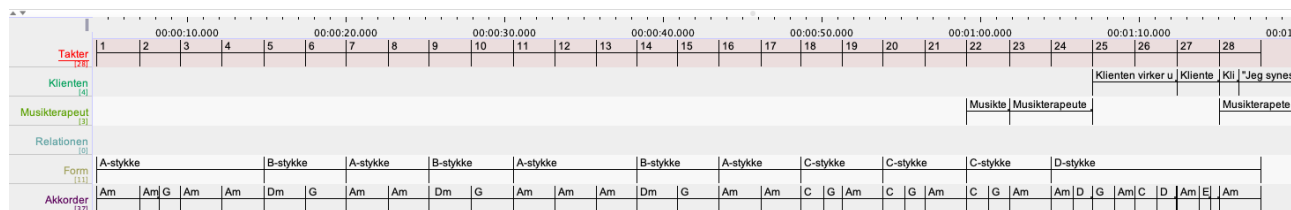
4.5.2. Det syntaktiske niveau

2. *Lytte efter syntaktisk mening – beskrive lyden, som den høres:*

Ved gennemlytningen er det tydeligt, at jeg i første omgang har taget fejl i min første analyse af de forskellige stykker i formen i forbindelse med oprettelse af de forskellige inddelinger i A-, B- og C- og D-stykker. Det viser sig nemlig, at hvis jeg sammenholder med de akkorder, jeg har skrevet op til klienten, er det tydeligvis noget som klienten bruger aktivt i sit spil på guitaren. Selvom klienten ikke er helt konsekvent i sit spil, er det tydeligt, at han undervejs skifter imellem de 3 A-, B- og C-stykker, der er skrevet op. Ofte er der en A-mol akkord, som tilføjes eller udelades. Dette kan også være forklaringen på, at jeg ikke har set denne sammenhæng i det oprindelige analysearbejde i ELAN. Dette kan dog være en central oplysning ift. at forklare, hvorfor klienten siger, at ”han går kold” i slutningen af klippet. Dette kunne handle om, at klienten simpelthen bliver forvirret over, hvor han er i formen, og at han begynder at afvige fra de akkorder, der er skrevet op. Herunder ses et screenshot af hele forløbet for klippet fremstillet i ELAN.

Figur 9

Forløbet for klippet fremstillet i ELAN



Form

Følgende er et bud på den samlede form for klippet

- Takt 1-3: A'
- Takt 3-6: C
- Takt 7-10: C
- Takt 11-15: C'
- Takt 16-20: A
- Takt 20-21: A'
- Takt 22-23: A'
- Takt 24-26: C''
- Takt 27-28: Outro

Takt 1-8

I de første 8 takter spiller klienten guitar, og musikterapeuten akkompagnerer på keyboard. Det er en vigtig iagttagelse, at klienten og musikterapeuten spiller sammen på den måde, at klienten spiller efter et ark med akkorder (se Figur 4). Disse akkorder har klienten i en tidligere session spillet sammen med musikterapeuten, som i den forbindelse har skrevet dem ned. Akkorderne er nu blevet kopieret således, at klienten kan se akkorderne på et nodestativ, og musikterapeuten kan se dem på keyboardet. Da musikterapeuten selv er rutineret guitar-spiller, og klienten overvejende spiller spanske greb på guitaren, er det muligt for musikterapeuten at aflæse de akkorder, klienten spiller. Ved at holde øje med klientens guitar-spil, er han i stand til samtidig at spille præcis de samme akkorder på keyboardet. Klienten forholder sig frit til akkord-arket og styrer således akkordforløbet, og musikterapeuten vælger at følge ham. På den måde er der elementer af improvisation i forbindelse med sammenspillet. Klienten kan derfor frit springe i de tre stykker, tilføje nye akkorder

eller spille uddrag fra de 3 formelementer A, B og C på arket. Med denne viden om, at klienten formodentlig lader sig inspirere af dette ark, er det nærliggende at tolke de første 3 takter, der spilles, som de sidste 3 takter fra rundgangen A på arket (A /:Am / Am / C G / Am: /) se orange kasse. I takt 3-6 er det tydeligt at se, at takterne stemmer overens med rundgangen C på arket (C /:Am / Am / Dm / G :/) se grøn kasse. C kommer igen flere gange, således også i takt 7-10 og i takt 12-15. De inddelinger i A-stykker og B-stykker, som fremgår af tabellen, stammer fra arbejdet med ELAN, hvor inddelingen har været en hjælp til at analysere de akkorder, som klienten spiller.

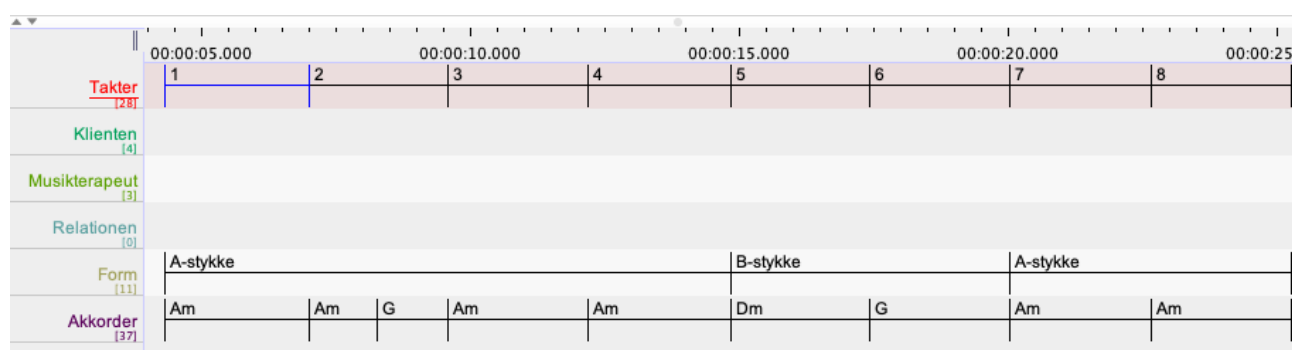
Tabel 4

Takt 1-8

Takter	1	2	3	4	5	6	7	8
Form	A-stykke				B-stykke		A-stykke	
Akkorder	Am	Am G	Am	Am	Dm	G	Am	Am
A								
C								
Klienten								
Musikterapeuter								
Musikken								

Figur 10

Oversigt over takt 1-8 i ELAN



Takt 9-17

Klienten og musikterapeuten følges rigtig fint ad i dette stykke. Klienten skifter i takt 16 til at spille mere stille i takt 16-19, hvor han skifter tilbage til stykket A på arket (A /:Am / Am / C G / Am: /). Man kan i takt 11 se et eksempel på, hvordan klienten spiller en ekstra takt med Am.

Tabel 5

Takt 9-17

Takter	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Form	B-stykke		A-stykke			B-stykke		A-stykke	
Akkorder	Dm	G	Am	Am	Am	Dm	G	Am	Am
A									
C									
Klienten									
Musikterapeuter									
Musikken									

Figur 11

Oversigt over takt 9-17 i ELAN

	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Takter	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Klienten									
Musikterapeut									
Relationen									
Form	B-stykke		A-stykke			B-stykke		A-stykke	
Akkorder	Dm	G	Am	Am	Am	Dm	G	Am	Am

Takt 18-21

Klienten fortsætter med at spille i samme lydniveau, som han begynder på i takt 16. Tre gange spiller klienten den samme sekvens af akkorder (/C G / Am/), det drejer sig om takterne 18-19, 20-21 og 22-23. Første gang har jeg tolket det som de to sidste takter af A (A /:Am / Am / C G / Am: /). Herefter gentages kun disse to sidste takter. Da akkorderne svarer til de sidste to takter i stykket A, vælger jeg at angive denne sekvens som A'.

Tabel 6

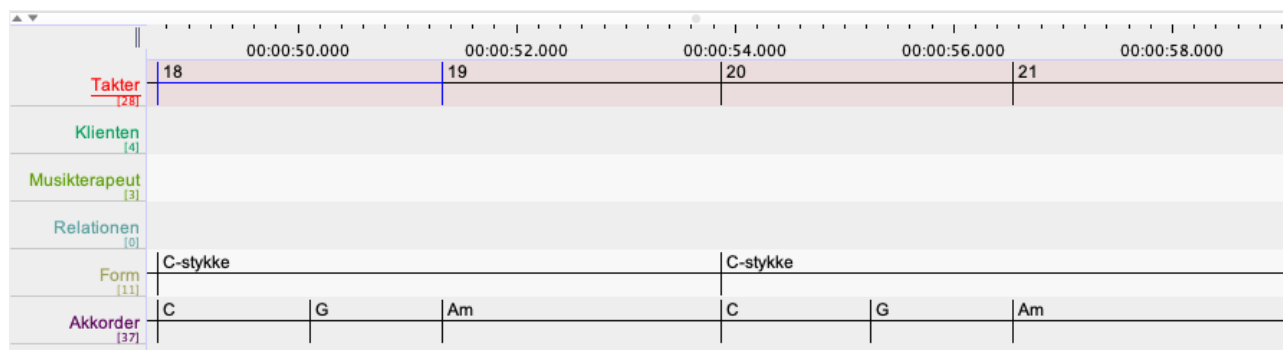
Takt 18-21

Takter	18	19	20	21
Form	C-stykke		C-stykke	
Akkorder	C	G	Am	Am
A				
A'				

Klienten				
Musikterapeuten				
Musikken				

Figur 12

Oversigt over takt 18-21 i ELAN



Takt 22-28

I Takt 22-23 er den sidste gentagelse af A'. Musikken har indtil da båret præg af at være ved at gå i stå. Muligvis på grund af gentagelsen af de samme to takter kombineret med, at klienten spiller på en mere stille måde fra takt 16. Det lyder, som om musikterapeuten kortvarigt lægger an til at afslutte i takt 22, hvor han spiller et kort ritardando. Da klienten imidlertid spiller videre på guitaren, vælger musikterapeuten alligevel at fortsætte med at improvisere i takt 23, hvor denne spiller i normalt tempo igen. Fra takt 24 og frem virker klienten usikker i sit spil. En mulig forklaring kan være, at han i takt 24 kommer til at spille en "forkert" akkord, D, som han ikke har brugt før, og derfor begynder at improvisere. En anden mulighed er, at han forsøger at spille akkorderne fra C (C: /Am / Am / Dm / G /), men i stedet kun spiller hver akkord i 2 slag per takt, men oplever, at det ikke rigtig fungerer for ham. Klienten spiller en kort kadence (/Am E7 G / Am) i takt 27-28 og signalerer på denne måde, at han vil afslutte. Klienten slutter af med at sige "Jeg synes jeg går lidt, hvad hedder det, kold her." Imens gentager musikterapeuten de sidste akkorder, klienten har spillet som afslutning. Han afslutter først, efter at klienten er stoppet med at spille, og imens at klienten taler.

Tabel 7

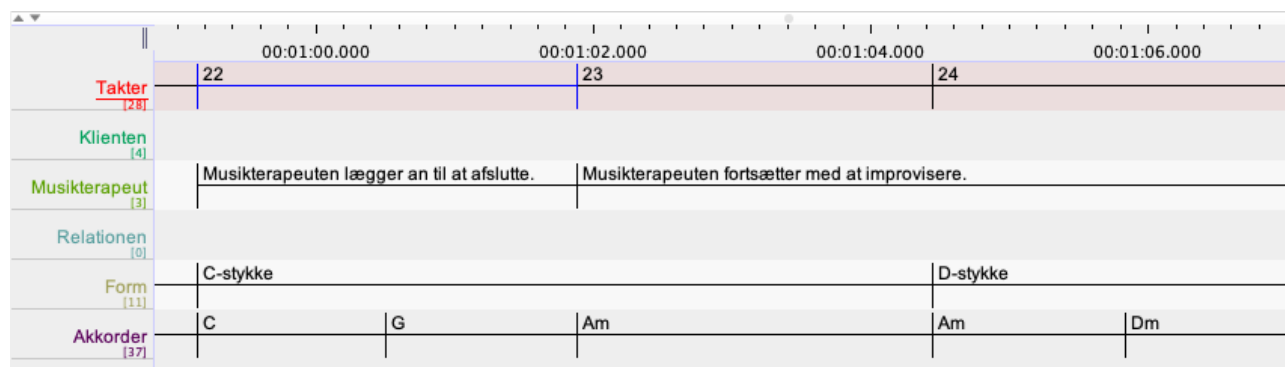
Takt 22-28

Takter	22	23	24	25	26	27	28	
--------	----	----	----	----	----	----	----	--

Form	C-stykke		D-stykke							
Akkorder	C	G	Am	Am	D	G Am	C D	Am E7 G	Am	
A'										
Klienten					Klienten virker usikker i sit spil.		Klienten lægger an til at slutte.	Klienten stopper med at spille.	"Jeg synes jeg går lidt, hvad hedder det, kold her."	
Musikterapeuten	Musikterapeuten lægger an til at afslutte.	Musikterapeuten fortsætter med at improvisere.						Musikterapeuten gentager de sidste akkorder, klienten spiller som afslutning. Han afslutter først efter, at klienten er stoppet med at spille, og mens klienten taler.		
Musikken										

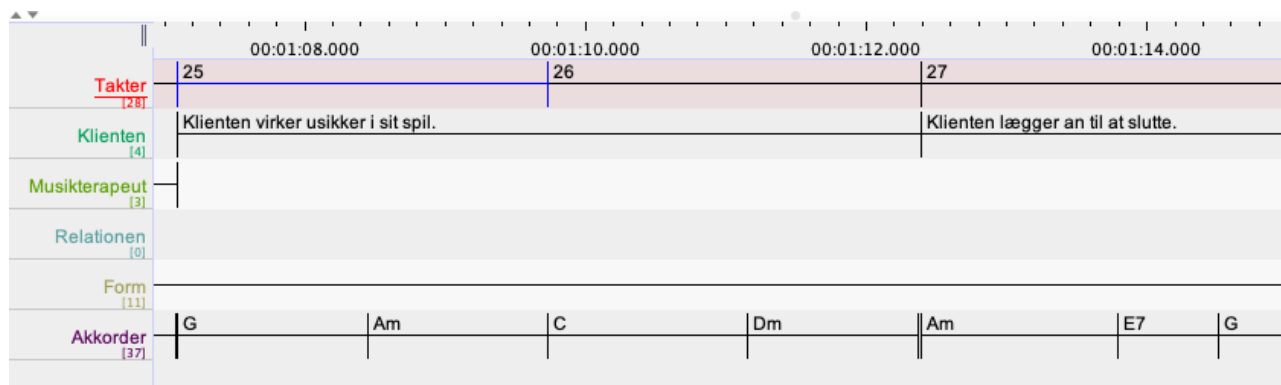
Figur 13

Oversigt over takt 22-24 i ELAN



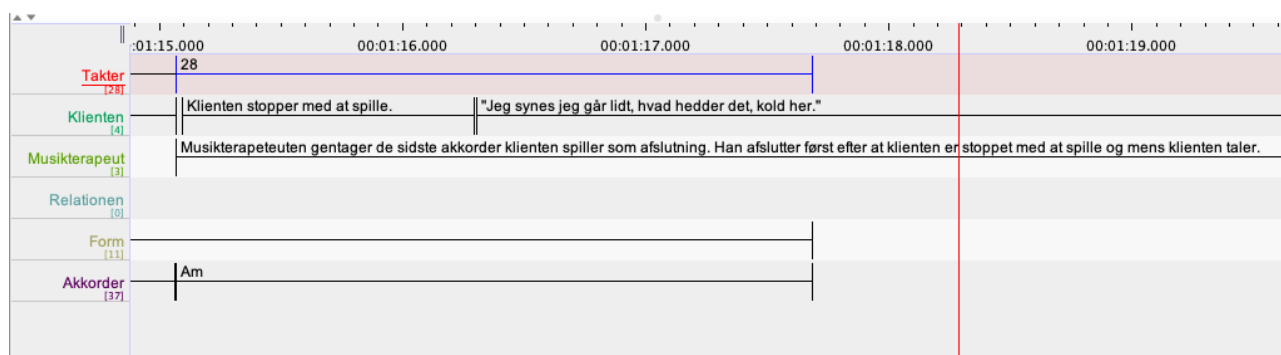
Figur 14

Oversigt over takt 25-27 i ELAN



Figur 15

Oversigt over takt 28 i ELAN



4.5.3. Det semantiske niveau

3. Lytte efter semantisk mening

På et tidspunkt bliver musikken mere stille. Den samme sekvens af akkorder gentages flere gange. Herefter er der et kort ophold, hvor musikterapeuten spiller et meget kort ritardando, men alligevel vælger at fortsætte med at spille videre bagefter.

Under ritardando improviserer musikterapeuten. På et tidspunkt begynder klienten at spille svagere, og der er et længere ritardando.

Musikterapeuten fortsætter med at improvisere og reagerer ikke på dette. Umiddelbart efter sammenspiilet stopper, siger klienten: "Jeg synes, jeg går lidt, hvad hedder det, kold her". Musikterapeuten spiller umiddelbart efter de samme akkorder som klienten er sluttet af på og siger: "Ja, men..." og klippet afsluttes, så man ikke kan høre, hvad han siger i resten af sætningen.

Jeg kan høre, at klienten på et tidspunkt lægger an til at slutte sammenspillet, og musikterapeuten er helt med på dette i sit spil, men da klienten alligevel laver anslag til at spille videre, tolkes dette af musikterapeuten som en lyst til at spille videre fra klientens side. Derfor fortsætter sammenspillet. Det lyder umiddelbart som om, at der er en god forbindelse mellem musikterapeuten og klienten, og at de begge nyder sammenspillet. Det er uvist om, hvem det er, der sørger for at sammenspillet fortsætter, selvom det er tæt på at slutte.

Tabel 8

Index sheet over forløbet i klippet

Tid	Klient	Terapeut	relation
59''		Musikterapeuten lægger an til at afslutte.	
1' 2''		Musikterapeuten fortsætter med at improvisere.	
1' 7''	Klienten virker usikker i sit spil.		
1' 12''	Klienten lægger an til at slutte.		
1' 15''	Klienten stopper med at spille.	Musikterapeuten gentager de sidste akkorder, klienten spiller som afslutning.	
1' 16''	"Jeg synes jeg går lidt, hvad hedder det, kold her."	Musikterapeuten afslutter først efter, at klienten er stoppet med at spille, og mens klienten taler.	

I analysen af klippet er det helt tydeligt, at der sker et eller andet mod slutningen. Der bliver meget kortvarigt lagt an til at slutte sammenspillet fra musikterapeutens side, men da klienten fortsætter med at spille, fortsætter musikterapeuten alligevel med at spille. Herefter er det, som om, at klientens spil bryder sammen. Han prøver forskellige akkorder af, men der er ikke rigtig noget, der fungerer. Umiddelbart efter, at han har afsluttet, siger han: "Jeg synes jeg går lidt, hvad hedder det, kold her". Dette sker samtidig med, at musikterapeuten gentager de sidste akkorder, som klienten har spillet som afslutning umiddelbart forinden. Det giver god mening at sammenligne med det næste lydclip, der afsluttes med at klienten siger "det lød sgu meget fedt."

4.5.4. Det ontologiske niveau

4. Lytte efter ontologisk mening – komponistens livsverden

Klienten er beboer på et botilbud og har haft problematikker med både sindslidelse og misbrug. Der er en melankoli i den klang, der er i stykket. At stykket ikke får lov til at ende, hvor det ellers ville være naturligt, kan skyldes et ønske hos klienten om at strække øjeblikket lidt længere, da der er en samhørighed i øjeblikket, der er rar at være i. Spørgsmålet er, om det er klienten eller musikterapeuten, der ønsker at strække sammenspillet lidt længere.

4.5.5. Meningsdimensionen

5. Åben lytning – meningsdimensionen for alle lytningerne

Klienten og musikterapeuten bruger et akkordskema aktivt i deres sammenspil, hvor klienten veksler mellem at benytte akkordskemaet som et spilleforlæg og til at improvisere frit over. Indimellem improviserer klienten over akkorderne eller vælger at spille helt andre akkorder, end der står i akkordskemaet. Da musikterapeuten selv har erfaring med at spille på guitar, kan han genkende de greb, klienten spiller på westernguitaren og kan på denne måde følge klienten i dennes spil, når han akkompagnerer eller improviserer i højre hånd på keyboardet. Mod slutningen af klippet afslutter klienten med at sige: ”Jeg synes jeg går lidt, hvad hedder det, kold her”.

Det lyder, som om der er en god kommunikation mellem musikterapeuten og klienten. Selvom der er meget tæt på at blive sluttet af, tolker musikterapeuten klientens spil som, at denne gerne vil spille lidt længere tid.

4.6. Ferrara-analyse 3

Klippet hedder ”Session 1 eksempel 3”. Den oprindelige længde på klippet er 3 minutter og 22 sekunder, men der fokuseres i analysen udelukkende på et udsnit af den sidste del af klippet (ca. 1 minut). Klienten spiller western guitar, og musikterapeuten spiller keyboard. Klienten afslutter klippet med at sige: ”Det lød sgu meget fedt”.

4.6.1. Åben lytning

1. Åben lytning – subjektiv respons:

Klienten spiller westernguitar og spiller akkorder, der indimellem varieres. Klienten gentager ofte det samme riff i guitaren, hvor han spiller Am – G – Am. Musikterapeuten spiller keyboard, og han spiller overvejende de samme akkorder som klienten. Musikken er behagelig at lytte på, og der er

en rolig stemning i musikken. Der er en underlæggende fælles puls i klippet. Musikterapeuten og klienten spiller sammen på en god måde. Genren kan betegnes som singersongwriter-musik, blød rock eller en form for ballade. På et tidspunkt går musikken næsten i stå. Musikterapeuten spiller her et ritardando. Umiddelbart efter spiller klienten en akkordbrydning, der betyder, at han spiller en akkord med de enkelte akkordtoner adskilt fra hinanden. Herefter fortsætter musikterapeuten med at improvisere i højre hånd over de akkorder, klienten spiller. Klienten siger umiddelbart efter, at de begge er holdt op med at spille: ”Det lød sgu meget fedt.”

4.6.2. Det syntaktiske niveau

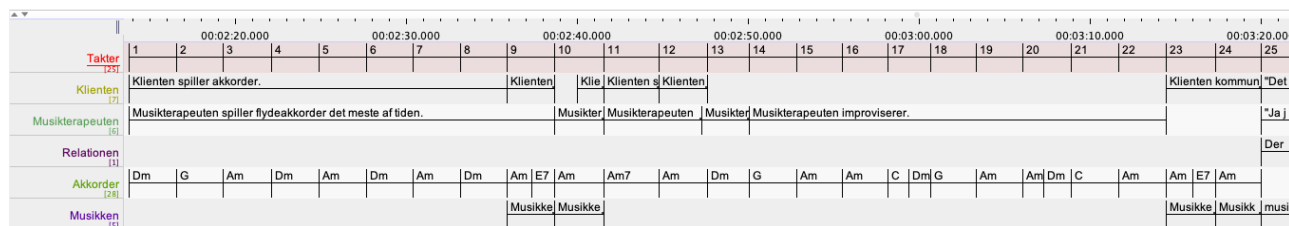
2. Lytte efter syntaktisk mening – beskriv lyden som den høres:

Klienten spiller western guitar formodentlig med plekter. Musikterapeuten spiller keyboard med en el-klaver lyd. De er begge forstærket af et PA-anlæg. Der er en fin balance mellem de to instrumenter i lydstyrken. Harmonisk er stykket i A-mol. Det lyder som om musikterapeuten holder sig meget tilbage i sit spil og lader klienten fylde mest. Det gør musikterapeuten ved primært at spille flydeakkorder i den første del. På et tidspunkt ca. midtvejs i klippet lyder det, som om der lægges an til, at nummeret skal slutte fra klientens side. Forinden har klienten vekslet mellem at spille de samme to akkorder Am og Dm flere gange efter hinanden. Klienten spiller vendingen Am - E7 - Am for eventuelt at signalere en afslutning på sammenspillet. Musikterapeuten spiller herefter et ritardando, men da klienten kort efter fortsætter med at spille en akkordbrydning, begynder musikterapeuten at improvisere og fortsætter sammenspillet på den måde. De afslutter sammenspillet samtidig. Både klienten og musikterapeuten taler samtidig med, at musikken klinger ud. Klienten siger ”det lød sgu meget fedt” og musikterapeuten siger ”ja ja ja ja ja”.

Til ELAN-analysen af dette lydclip har jeg oprettet følgende spor, der ses som vandrette bjælker i skiftevis hvid og grå farve, hvor navnet på sporet er angivet i venstre side: Takter, Klienten, Musikterapeuten, Relation, Akkorder og Musikken (se figuren nedenfor). I Takt-sporer kan man for eksempel se alle taktnumre indskrevet som kommentarer, og tilsvarende er alle akkorder nævnt i Akkord-sporer. Det øverste spor viser, hvor i klippet man finder sig tidsmæssigt med angivelse i timer, minutter, sekunder og millisekunder. Hele forløbet for dette lydclip fremstillet i ELAN kan ses herunder.

Figur 16

Forløbet over dette lydclip fremstillet i ELAN



Takt 1-8

Da der fokuseres på den sidste del af sammenspillet mellem klienten og musikterapeuten, starter de første 8 takter af klippet, som varer lidt over 20 sekunder, 2 minutter og 15 sekunder inde i lydfilen. Jeg kan høre, hvordan klienten spiller de noterede akkorder i et rytmisk riff. Musikterapeuten holder sig mere tilbage og spiller flydeakkorder på keyboardet, der understøtter klientens spil som en form for klangbund. Musikken er meget rolig og behagelig at høre på. Jeg kan have følelsen af, at musikken er en lille smule ved at gå i stå. Dette giver god mening, når jeg ser på, hvordan akkorderne fra den 3. takt og frem til den 8. takt hele tiden skifter frem og tilbage mellem Am og Dm.

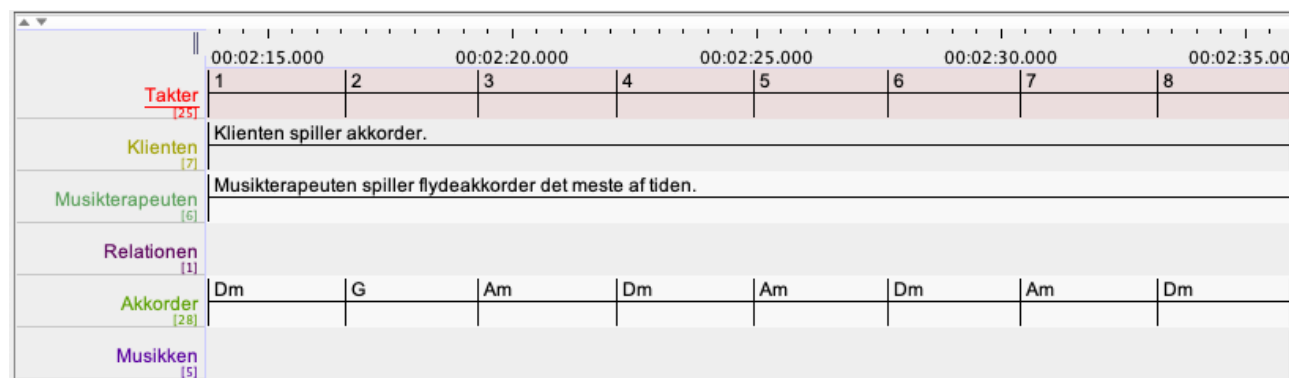
Tabel 9

Takt 1-8

Takter	1	2	3	4	5	6	7	8
Akkorder	Dm	G	Am	Dm	Am	Dm	Am	Dm
Klienten	Klienten spiller akkorder							
Musikterapeuten	Musikterapeuten spiller flydeakkorder det meste af tiden							
Musikken								

Figur 17

Oversigt over forløbet i ELAN i takt 1-8



Takt 9-12

I de følgende 4 takter sker der noget interessant. Klienten spiller kadencen (Am E7 Am), der signalerer et ønske om en afslutning på musikken til musikterapeuten. Dette giver god mening i forlængelse af, hvad vi så lige før ift. musikken, der over flere takter var ved at gå i stå.

Musikterapeuten griber denne besked og spiller i takt 10 et ritardando, der i praksis er en lille frase, der på de sidste toner bliver gradvist langsommere. Umiddelbart efter i takt 11 lægger musikterapeuten en afsluttende akkord, hvor kun et stille anslag af en enkelt tone på 3. slag i takten ikke kan signalere andet end, at sammenspillet er ved at slutte. Klienten, der i takt 9 har signaleret, at han gerne vil afslutte sammenspillet, synes kort tid efter at fortryde, da han i takt 11 ved at spille en akkordbrydning signalerer, at han alligevel gerne vil fortsætte. I takt 12 spiller klienten således videre, og det er først i slutningen af takten, at musikterapeuten sætter ind med en enkelt tone og begynder at improvisere.

Tabel 10

Takt 9-12

Takter	9	10	11	12
Akkorder	Am E7	Am	Am7	Am
Klienten	Klienten kommunikerer, at han vil afslutte sammenspillet	Klienten lader en akkord ligge	Klienten spiller en akkordbrydning og signalerer, at han gerne vil fortsætte med at spille	Klienten spiller videre med akkorder
Musikterapeuten	Musikterapeuten spiller flydeakkorder det meste af tiden	Musikterapeuten spiller et ritardando i keyboardet	Musikterapeuten signalerer, at de er færdige og lader en afsluttende akkord ligge	
Musikken	Musikken lægger an til at slutte	Musikken er lige ved at gå i stå		

Figur 18

Oversigt over forløbet i ELAN i takt 9-10

	0:02:36.000	00:02:37.000	00:02:38.000	00:02:39.000	00:02:40.000	00:02:41.000
Takter [25]	9			10		
Klienten [7]	Klienten kommunikerer at han vil afslutte sammenspillet.				Klienten lader en akkord ligge.	
Musikterapeuten [6]				Musikterapeuten spiller et riterdando i keyboardet.		
Relationen [1]						
Akkorder [28]	Am		E7	Am		
Musikken [5]	Musikken lægger an til at slutte.			Musikken er lige ved at gå i stå.		

Figur 19

Oversigt over forløbet i ELAN i Takt 11-12

	00:02:42.000	00:02:43.000	00:02:44.000	00:02:45.000	00:02:46.000	00:02:47.000
Takter [25]	11			12		
Klienten [7]	Klienten spiller en brudt akkord og signalerer, at han gerne vil fortsætte med at spille.			Klienten spiller videre med akkorder.		
Musikterapeuten [6]	Musikterapeuten signalerer at de er færdige og lader en afsluttende akkord ligge.					Musiktera
Relationen [1]						
Akkorder [28]	Am7			Am		
Musikken [5]						

Takt 13-16

Musikterapeuten, der i slutningen af takt 12 påbegynder at improvisere, fortsætter med dette over de følgende takter. Klienten spiller videre på guitaren med akkorder. Det er en meget stemningsfuld improvisation, og klienten og musikterapeuten følges fint ad.

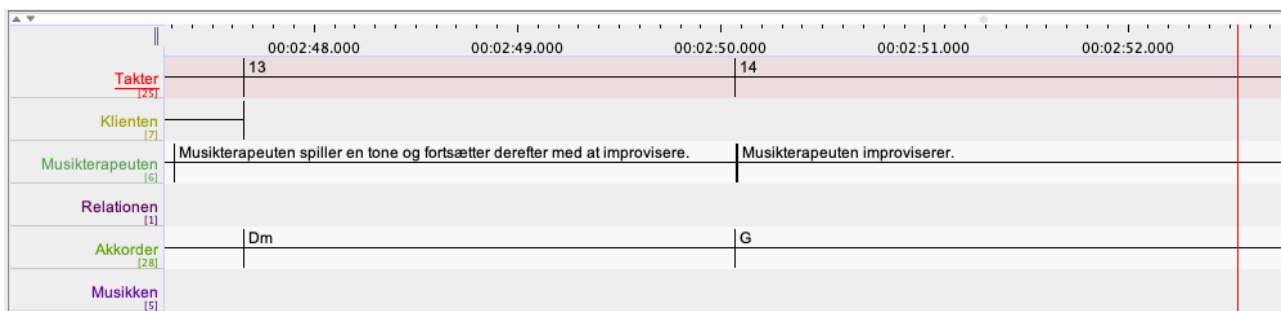
Tabel 11

Takt 13-16

Takter	13	14	15	16
Akkorder	Dm	G	Am	Am
Klienten	Klienten spiller videre med akkorder			
Musikterapeuten	Musikterapeuten spiller en tone og fortsætter derefter med at improvisere.		Musikterapeuten improviserer	
Musikken				

Figur 20

Oversigt over forløbet i ELAN i takt 13-14



Takt 14-21

Improvisationen fortsætter, og jeg kan høre, hvordan musikterapeuten integrerer de akkorder, klienten spiller, i improvisationen for eksempel i takt 17-18 (C D G) og i takt 20-21 (Am Dm C). Særlig i takt 20-21 bliver det understreget, hvor tæt klienten og musikterapeuten er i deres sammenspil, da klienten spiller akkorder, der harmonerer med de toner musikterapeuten spiller i improvisationen.

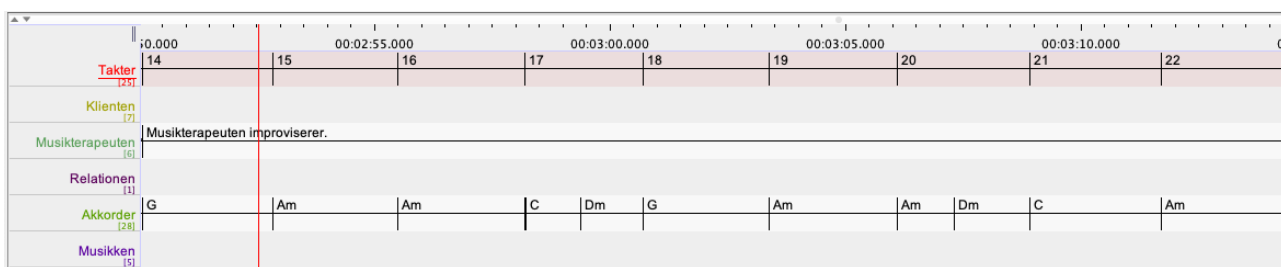
Tabel 12

Takt 14-22

Takter	14	15	16	17	18	19	20	21
Akkorder	G	Am	Am	C D	G	Am	Am Dm	C
Klienten	Klienten spiller videre med akkorder							
Musikterapeut en	Musikterapeuten improviserer							
Musikken								

Figur 21

Oversigt over forløbet i ELAN i takt 14-22



Takt 22-25

I takt 22 er musikterapeutens improvisation så småt ved at slutte, imens klienten spiller videre på guitaren. I takt 23-24 kommunikerer klienten med samme kadence, som han brugte tidligere i takt 9-10 (Am E7 Am), at han gerne vil stoppe sammenspillet. Musikterapeuten er helt med på dette også. I takt 25 stopper musikken helt. Samtidig med at musikken klinger ud, siger klienten ”det lød sgu meget fedt”, og musikterapeuten siger ”ja ja ja ja ja”. Dette kan tolkes, som om der er en enighed mellem klienten og musikterapeuten om, at der var et godt samspil imellem dem.

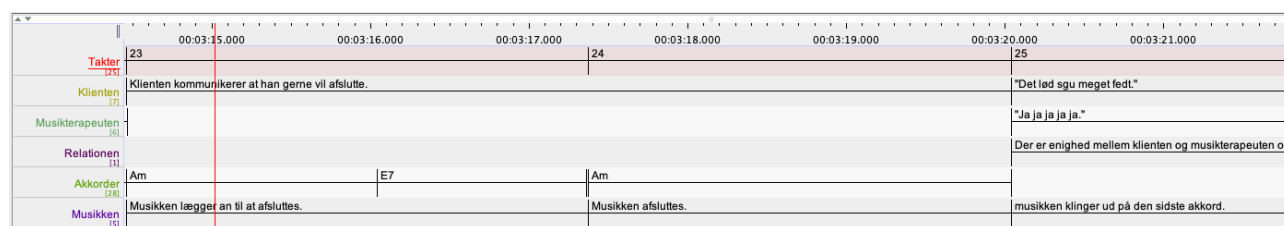
Tabel 13

Takt 22-25

Takter	22	23	24	25
Akkorder	Am	A E7	Am	Am7
Klienten		Klienten kommunikerer at han gerne vil afslutte		"Det lød sgu meget fedt."
Musikterapeuten				"Ja ja ja ja ja."
Musikken		Musikken lægger an til at afsluttes	Musikken afsluttes	Musikken klinger ud på den sidste akkord

Figur 22

Oversigt over forløbet i ELAN i takt 23-25



Den følgende tabel viser en samlet oversigt over forløbet med en tidsmæssig angivelse i stedet for angivelse af takter. Jeg har hentet inspiration til det skema hos Pavlicevic (2007, s. 182-183), som kalder det et ”index sheet”. Det er værd at lægge mærke til, hvor meget der sker i løbet af meget kort tid. Et eksempel på dette er, at takterne 9-16, som er omhyggeligt beskrevet ovenfor, kun varer 15 sekunder.

Tabel 14*Index sheet over forløbet i klippet*

Tid	Klient	Terapeut	Musikken
2' 13''	Klienten spiller akkorder.	Musikterapeuten spiller flydeakkorder det meste af tiden.	
2' 35''	Klienten kommunikerer at han vil afslutte sammenspillet.		Musikken lægger an til at slutte.
2' 39''		Musikterapeuten spiller et ritardando i keyboardet.	Musikken er lige ved at gå i stå.
2' 40''	Klienten lader en akkord ligge.		
2' 41''	Klienten spiller en akkordbrydning og signalerer, at han gerne vil fortsætte med at spille.	Musikterapeuten signalerer, at de er færdige og lader en afsluttende akkord ligge.	
2' 44''	Klienten spiller videre med akkorder.		
2' 47''		Musikterapeuten spiller en tone og fortsætter derefter med at improvisere.	
2' 50''		Musikterapeuten improviserer	
3' 14''	Klienten kommunikerer at han gerne vil afslutte.		Musikken afsluttes.
3' 20''	"Det lød sgu meget fedt."	"Ja ja ja ja ja."	musikken klinger ud på den sidste akkord.

4.6.3. Det semantiske niveau

3. Lytte efter semantisk mening

Klippet markerer afslutningen på et længere sammenspil mellem klienten og musikterapeuten. Akkorderne, der spilles, er nogle, som klienten har spillet i en tidligere session, og som er noteret af musikterapeuten. Begge har derfor akkorderne foran sig. Klienten bestemmer dog, hvilke akkorder, der skal spilles, og musikterapeuten lader klienten lede, da han kan aflæse, hvilke akkorder, der spilles på guitaren.

Jeg kan høre, at klienten lægger an til at slutte nummeret og musikterapeuten er helt med på dette i sit spil, men da klienten spiller nogle licks mod slutningen af outroen tolkes dette af terapeuten som en lyst til at spille videre fra klientens side. Derfor fortsætter sammenspillet. Det lyder umiddelbart, som om der er en god forbindelse mellem musikterapeuten og klienten, og at de begge nyder sammenspillet. Det er uvist, hvem det er, der sørger for, at sammenspillet fortsætter, selvom nummeret er tæt på at slutte.

4.6.4. Det ontologiske niveau

4. Lytte efter ontologisk mening – komponistens livsverden

Klienten er beboer på et botilbud og har haft problematikker med både sindslidelse og misbrug. Der er en melankoli i den klang, der er i stykket, der spilles i tonearten A-mol. At stykket ikke får lov til at ende, hvor det ellers ville være naturligt, kan være et ønske hos klienten om at strække øjeblikket lidt længere. Dette kan tolkes som at der er en samhørighed i øjeblikket, der er rar at være i for klienten. Spørgsmålet er, om det er klienten eller musikterapeuten, der ønsker at strække sammenspillet lidt længere.

4.6.5. Meningsdimensionen

5. Åben lytning – meningsdimensionen for alle lytningerne

Der lyder til, at der er en god kommunikation mellem musikterapeuten og klienten. Selvom der er meget tæt på at blive sluttet af, tolker musikterapeuten klientens spil som, at klienten gerne vil spille lidt længere tid.

4.7. Sammenligning mellem Ferrara analyse 2 og 3

Ved mikroanalyse med brug af fænomenologiske metoder, ELAN og en MIR(S) inspireret tilgang ses det, at klienten bruger samme kadence Am-E7-Am for at signalere et ophold i musikken eller, at han vil afslutte en improvisation eller sammenspillet med musikterapeuten. Dog tolker musikterapeuten i begge klip dette til kun at være et midlertidigt ophold i musikken og vælger derfor at fortsætte med at spille. Resultatet i det ene eksempel er, at klientens spil gradvist bryder sammen og han ytrer verbalt, at han ”føler, at han går kold”. I det andet eksempel ytrer klienten sig mere positivt efter improvisationen og giver udtryk for, at ”det lød fedt”.

Resultaterne kan derfor ses som eksempler på, hvad der kan ske, når man som musikterapeut på samme tid oplever et tydeligt ønske fra klientens side om at slutte en improvisation, men samtidig får signaler fra klienten, der kan tolkes som et ønske om at fortsætte. Denne modsatrettede kommunikation fra klientens side skaber en valgsituation for musikterapeuten, hvor musikterapeuten er tvunget til at vælge mellem at stoppe med at spille eller at fortsætte. I begge tilfælde vælger musikterapeuten at fortsætte. Udfaldet er ”negativt” den ene gang, den anden gang er det ”positivt”.

Resultaterne skal også ses i lyset af en udtalt præmis for improvisationen, som musikterapeuten benytter sig af, nemlig den, at man bør slutte sammenspillet samtidig med sin klient. Begge eksempler ender med, at klienten og musikterapeuten afslutter deres sammenspil samtidig. Det er underforstået, at musikterapeuten prøver at følge klienten så meget, at han spiller så længe som klienten også gør det. Det er ikke på forhånd aftalt, hvem der begynder og slutter med at spille.

Dog er der en anden mulighed, som eksemplerne ikke viser, nemlig den mulighed, at klienten afslutter sit spil efter, at musikterapeuten er stoppet med at spille. Musikterapeuten kunne i begge eksempler have tolket klientens kadence Am-E7-Am som et signal til, at han ville stoppe improvisationen. Dette kunne han have støttet op om ved at afslutte sit eget spil og lade klienten afslutte improvisationen ved at spille videre på egen hånd. Denne mulighed ville have givet klienten frihed til selv at afslutte improvisationen.

5. Diskussion

I dette kapitel vil redegøres kort for resultaterne fra analysen. Derefter vil der diskuteres ud fra hver af de tre analyser, samt den sammenlignende analyse mellem to af klippene, hvor der i den forbindelse vil være en refleksion omkring sammenhængen mellem de musikalske interaktioner, recovery og dobbeltdiagnoser. Herefter vil der være forskellige metodiske overvejelser angående min bearbejdning af Pavlicevics MIR(S)-analyseværktøj. Jeg vil se kritisk på min anvendelse af epoché i projektet og jeg vil reflektere over baggrunden for mit valg af inddraget teori. Til sidst i kapitlet vil der være nogle overvejelser angående recovery-orienteret musikterapi generelt og i forhold til målgruppen af klienter med dobbeltdiagnoser.

5.1. Diskussion af resultaterne fra analysen

På baggrund af analysen konkluderes det, at recovery-orienteret musikterapeutisk arbejde med klienter med dobbeltdiagnoser kan have elementer, der minder om musikundervisning.

Musikterapeuten skal dog være opmærksom på ikke at presse klienten med krav og forventninger om, at klienten skal spille på en bestemt måde. I stedet skal han give rum for, at klienten kan udfordre sig selv, hvis denne har ressourcerne til dette. Men det skal gøres på en nænsom måde, og måske er det bedste, man kan gøre som musikterapeut at undlade at italesætte præcis, hvordan man gerne så, at klienten spillede, og i stedet give denne mulighed for selv at udforske dette med støtte fra musikterapeuten. Det er ikke bestemte læringsmål, der skal præge forventningerne til sammenspillet med klienten. Det vigtigste er, at klientens muligheder for at udfolde sig og udvikle sig musikalsk bliver prioriteret. Kravene til klienten skal så vidt muligt sættes ned, og presset på denne skal minimeres så meget som muligt.

Derudover kan det skabe problemer i samspillet mellem klient og musikterapeut, når man ikke i forvejen aftaler, hvem der skal begynde med at spille og hvem, der skal slutte. Dette kan resultere i situationer, hvor man utilsigtet kan komme til at presse klienten som musikterapeut. Det kan også resultere i, at man som musikterapeut skal træffe beslutninger på så kort tid, at udfaldet bliver overladt til tilfældighederne.

5.1.1 Ferrara-analyse 1

Under arbejdet med Ferrara-analyse 1 lægger jeg mærke til, at musikterapeuten spiller på en rigid måde i klippet, og i det følgende vil jeg diskutere, om musikterapeuten kunne have ageret

anderledes i samspillet med klienten. Jeg konstaterer altså, at musikterapeuten i Ferrara-analyse 1 spiller et groove³, som kunne passe bedre til det groove, som klienten spiller i trommerne. Dette handler om, at musikterapeuten spiller på en rigid måde, hvor han ikke tilpasser sig til klientens spil. Musikterapeuten tilpasser sig ikke klientens fills - hverken imens klienten spiller fills, eller umiddelbart efter modificerer musikterapeuten sit spil. Det fremhæves af den amerikanske ph.d. i musikterapi Ken Aigen (2013), at det at matche klientens spil, er oplagt i samspillet med klienter, der spiller trommer. Som en oplagt ændring til praksis vil det altså være bedre som musikterapeut at spille et groove i keyboardet, der passer bedre til klientens spil på trommerne, og ved at ændre sit spil, mens klienten spiller fills eller markerer i musikken, når et fill er overstået.

Det havde været interessant, hvis klienten og musikterapeuten havde øvet mere målrettet på at skifte i trommerne på meningsfulde steder i musikken. For eksempel ved, at der havde været en tekst og/eller melodi, som kunne tydeliggøre skiftet mellem vers og omkvæd. Det kunne også have været at spille en prækomponeret sang, hvor klienten målrettet øvede skiftene mellem vers og omkvæd.

Hvordan kan dette kobles til musikterapi med klienter med dobbeltdiagnoser og deres recovery-proces? For mig at se handler det om mestring i hverdagen. At der er noget, klienten er god til, og at klienten rummer ressourcer, som kan udvikles. Klienten har tydeligvis en ressource i at kunne spille trommer.

Når man som musikterapeut arbejder recovery-orienteret og indimellem får en rolle som musikunderviser, skal man være opmærksom på følgende: Man skal støtte klienten i de ting, som han gerne vil øve sig i, og man skal skabe rammerne for, at dette kan finde sted. De pædagogiske aspekter handler om, at man tilbyder klienten mulighed for en musikalsk udvikling. De musikterapeutiske aspekter handler om, at der lægges vægt på at skabe et rum, hvor der ikke er noget, der er "rigtigt" eller "forkert". Musikterapeuten giver i klippet klienten mulighed for at øve sig og udvikle idéer til sin instrumentale komposition.

Musikundervisning og musikterapi

Det er min erfaring, at hvis man skal kunne varetage rollen som musikunderviser på en god måde, når man arbejder recovery-orienteret som musikterapeut, skal man navnlig være opmærksom på følgende: Det er vigtigt, at man er villig til at støtte klienten i de ting, som denne gerne vil øve sig i,

³ Et groove betyder i denne sammenhæng en rytmisk figur, der kan spilles i trommer, keyboard eller andre rytmeinstrumenter.

og at man bevidst arbejder på at skabe et rum for dette. Det handler også om, at man på en nænsom måde tilbyder nogle muligheder for yderligere udvikling for klienten. Hvis musikterapeuten for eksempel påpeger vigtigheden af, at en trommeslager skal være i stand til at skifte på helt bestemte tidspunkter i sammenspillet, vil det skabe et dårligt rum for sammenspillet, der i meget højere grad er baseret på, at noget er ”rigtigt” og andet er ”forkert”. Dette bliver slet ikke italesat. I stedet bør musikterapeuten give plads til, at klienten kan øve sig i det, som han ønsker - uden at lægge yderligere pres på ham. Det er essentielt, at man som musikterapeut på denne måde skaber et rum for klientens udfoldelse musikalsk uden at presse vedkommende.

Hvad der altså kan virke lidt rodet i begyndelsen af klippet, viser sig ved nærmere eftersyn at give god mening. Formålet med sammenspillet er ikke, at klienten skal lære at spille trommer og spille grundrytme og fills på bestemte steder. Det er en mulighed for, at klienten kan øve sig i at spille trommer og veksle mellem at spille på hi-hatten og på ride-bækkenet, hvor et mellemliggende fill markerer overgangen mellem de to måder at spille grundrytmen på. Musikterapeutens måde at spille akkorderne på er altså irrelevant.

5.1.2. Ferrara-analyse 2

Der opstår forskellige spørgsmål under analysen, som det er værd at undersøge nærmere:

Hvorfor spilles der videre, selvom der blev lagt op til at afslutte sammenspillet? Hvem bærer ansvaret for dette? Er det musikterapeuten, der vurderer forkert i situationen? Hvad sker der egentlig, siden klienten giver udtryk for, at han ”går kold”? En mulighed, som analysen lægger op til, er, at klienten går væk fra akkord-skemaets A, B og C-stykker og prøver nye akkorder af på egen hånd i stedet. I det lys handler det ikke så meget om musikterapeutens ”fejlvurdering” i situationen, men mere om, at klienten improviserer og oplever, at han går i stå undervejs.

I praksis burde musikterapeuten formodentlig have ladet klienten slutte af selv. Men det er forståeligt, at musikterapeuten bliver ”lokket i fælden”, da klienten selv lægger op til, at de skal fortsætte. Måske er årsagen til, at sammenspillet fortsætter simpelthen, at begge parter godt kan lide sammenspillet og gerne vil have, at det skal fortsætte lidt længere. Som musikterapeut skal man selvfølgelig være opmærksom på klienten, men det, klienten havde behov for i situationen, var måske selv at slutte sammenspillet. Dette eksempel illustrerer et dilemma, som ofte vil opstå som musikterapeut, nemlig, at man ikke kan vide, hvad klienterne har behov for. Men det er også vigtigt, at musikterapeuten er i stand til at skabe en god afslutning på sammenspillet.

5.1.3. Ferrara-analyse 3

På baggrund af analysen af klippet kan jeg forestille mig 3 forskellige forklaringer på forløbets udvikling. Den første mulighed er, at klienten ønsker at fortsætte sammenspillet, og at musikterapeuten ganske rigtigt tolker klientens måde at spille på som et ønske om at spille videre. Den anden mulighed er, at det er musikterapeuten, der gerne vil fortsætte sammenspillet, og i så fald overvejer jeg, om musikterapeuten lytter mere til sine egne behov end klientens. En tredje mulighed er, at både klienten og musikterapeuten ønsker at fortsætte sammenspillet.

5.1.4. Sammenligning mellem Ferrara-analyse 2 og Ferrara-analyse 3

Der er flere overensstemmelser mellem de to klip, og dog er udfaldene vidt forskellige. Det skal forstås på den måde, at første analyseeksempel falder ”negativt” ud udtrykt med klientens egne ord om, at han ”går kold”. Det andet eksempel falder derimod ”positivt” ud, da musikken med klientens egne ord ”lød fedt”. Det leder til spørgsmålet, om musikterapeuten kunne have gjort noget anderledes i det første eksempel, så også det kunne være faldet ”positivt” ud, og overvejelser om, hvad denne kunne have gjort.

I en sådan optik, hvor man som musikterapeut forsøger at skabe gunstige mulighedsbetingelser for et ”positivt” udfald, handler det om at kunne træffe det rette valg på meget kort tid. Man skal kende sine valgmuligheder i situationen: Skal man spille videre? Skal man holde inde og lade klienten spille videre og afslutte sammenspillet alene? Eller skal man prøve at slutte samtidigt med klienten. Dog er det svært i improvisationen at slutte samtidigt for både klient og musikterapeut. Det er langt nemmere at aftale, hvem der begynder og slutter med at spille (Wigram, 2004).

Jeg kan se, at klienten flere gange benytter den samme vending til at markere afslutninger på perioder eller sammenspil:

- Becifring: Am – E7 – Am
- Funktionsanalyse: T – D7 – T
- Trinanalyse: I – V7 – I

Denne kadence er almindeligt brugt i musik både i dur og mol til at markere afslutninger. Man kan selv bruge den som musikterapeut til at signalere, at man vil slutte af, men når man har særligt musikalske klienter, der bruger denne kadence, kan man også se det som et signal til, at klienterne vil afslutte sammenspillet. Hvis begge parter forstår disse signaler, er der en rimelig chance for, at man kan stoppe samtidig.

I en refleksion over, hvad musikterapeuten kunne have gjort anderledes i situationen, vil jeg påpege, at det handler om følgende: At træffe valg på meget kort tid og at kende sine valgmuligheder som musikterapeut i øjeblikket, hvor der lægges op til en afslutning fra klientens side. Man kan vælge at slutte med at spille samtidigt med klienten, man kan holde inde og lade klienten spille videre og selv afslutte, eller man kan spille videre. Da det i en improvisation er svært at slutte samtidigt både for klient og musikterapeut, kan man overveje i stedet at aftale, hvem der begynder og slutter. Det er nemmere for begge parter.

At have klienter, der har en høj grad af musikalitet, kan muliggøre at slutte en improvisation samtidigt. Et eksempel på klientens musikalitet er, at han ofte bruger samme vending Am – E7 – Am (tonika - dominant septim - tonika), til at indikere enten et kort ophold i eller en afslutning på musikken.

5.1.5. Sammenhængen mellem de musikalske interaktioner, recovery og dobbeltdiagnoser

En vigtig pointe ift. stof- og misbrugsafhængighed er klientens manglende evne til at holde inde, når denne er engageret i sit misbrug. Derfor er analysen også interessant, fordi det drejer sig om to tilfælde, hvor klienten selv lægger an til at stoppe sammenspillet med musikterapeuten, men ikke selv er i stand til det. Hvis man laver en analogi til klientens egen problematik, handler musikterapeutens arbejde med klienten ikke om, at klienten skal kureres fuldstændig fra sin sindslidelse eller ophøre fuldstændig med sin stof- og misbrugsafhængighed. Recovery handler i stedet om at kunne mestre sit forbrug, så det fremadrettet netop er et forbrug – og ikke et misbrug. Denne distinktion er meget afgørende og central ift. casen. Musikterapeutens rolle bliver i samspillet med klienten til en relation, der kan spejle klientens behov og afstemme klientens følelser. I dette tilfælde handler det om, at klienten over sig i at sige tydeligt stop, når han har fået nok, men også at musikterapeuten hører dette og accepterer dette ønske fra klienten. Dette er fuldstændig analogt til en problematik, som klienten med dobbeltdiagnoser ofte vil befinde sig i. Nemlig evnen til at stoppe, når han har fået nok, men også at kunne kommunikere tydeligt til andre, hvis han har fået nok og har brug for bekræftelsen i, at han skal holde igen nu.

5.2. Diskussion af metoden

5.2.1. Bearbejdning af analyseredskabet MIR(S)

Jeg har valgt at bearbejde analyseredskabet MIR(S) af forskellige årsager. En vigtig bearbejdning er, at jeg bruger MIR(S) kvalitativt, selvom redskabet egentlig er kvantitativt. Dette fremgår af oversigten fra bogen "Microanalysis in music therapy: Methods, techniques and applications for clinicians, researchers, educators and students" (Wosch & Wigram, 2007, s. 24-25). Her fremgår det, at for eksempel den norske ph.d. i musikterapi Gro Trondalens metode kunne have været et alternativt valg af analysemetode, da denne metode er kvalitativt funderet og også integrerer Lawrence Ferraras fænomenologiske analysemetode (Trondalen, 2007).

En anden af disse bearbejdninger er valget af "musikken" frem for "relationen". Begrundelsen for dette valg er, at dette er i overensstemmelse med metoden, der lægger sig op ad en music-centreret musikterapi-tradition (Aigen, 2014; Pavlicevic, 2007). Jeg har tidligere beskrevet, hvordan redskabet netop fokuserer på musikken og bevidst fravælger at se på for eksempel klientens mimik, kropsholdning eller verbale interaktioner med musikterapeuten (se afsnit 3.7.1. Beskrivelse af analysemetoden MIR(S)). Det er også i overensstemmelse med den data, jeg har indsamlet som empiri, der netop kun er optagede audiofiler, der selvsagt ikke muliggør iagttagelser af for eksempel klientens ansigtsmimik og kropssprog. Ud fra de overvejelser, jeg har gjort mig om ressourceorienteret musikterapi, hvor musikterapien kan ses som et frirum, og hvor jeg lægger vægten på "musik som terapi" frem for "musik i terapi", er der også en overensstemmelse med valget om at fokusere på musikken fremfor på relationen.

Jeg er heller ikke helt konsekvent i fravælgelsen af verbale interaktioner. Eksempler på dette findes i afslutningen af klippene, hvor klienten giver udtryk for, at han "går kold" (Ferrara-analyse 2), og at han synes, at "det lød meget fedt" (Ferrara-analyse 3), samt de korte udvekslinger med musikterapeuten umiddelbart efter.

Alternativer til at bruge MIR(S) kunne have været at lave en tematisk analyse med fokus på transskription af de verbale interaktioner mellem klient og musikterapeut. Tematisk analyse er en metode, jeg tidligere har arbejdet med (Borg et al., 2018; Breidahl et al., 2016). Dette havde muligvis været en bedre fremgangsmåde og havde kunnet vise andre aspekter af det musikterapeutiske arbejde med klienter med dobbeltdiagnoser. Dog er mit valg at se på musikalske interaktioner (se afsnit 1.2.1. Problemformulering) ikke i overensstemmelse med dette, og det ville være nødvendigt at inddrage analysen af det musikalske materiale på anden vis. Et studie, der gør brug af tematisk analyse, er forskningsartiklen "It's like we have our own rhythm". Music

therapeutic affect regulation in a case study of a traumatized patient in mental health treatment” (Bjørke & Beck, 2023), der også omhandler en case med en klient med dobbeltdiagnoser. Her inddrages interaktioner i musikken også som led i analysen, så dette er altså i praksis en reel mulighed.

5.2.2. En kritisk refleksion over metodevalg

Jeg har valgt at bruge fænomenologi i mit speciale, fordi denne metode er velegnet til at se strukturer og fænomener, der er relevante for min egen musikterapeutiske praksis fremadrettet. Begrundelsen for epoché og reduktion skal derfor retfærdiggøres ud fra dette perspektiv.

For eksempel har jeg ført en dagbog, hvor jeg i forbindelse med observation på praktikstedet i foråret 2022 og under praktikken har reflekteret over musikterapisessioner og musikaktiviteter på praktikstedet. Jeg har sideløbende ført en logbog under processen, der handler mere om min egen oplevelse af praktikken som musikterapeut.

5.2.3. Epoché som et vigtigt element i arbejdet med fænomenologisk analyse, der kan være blevet nedtonet for meget i dette projekt

Med henvisning tilbage til afsnittet om epoché som led i arbejdet med fænomenologisk analyse i metodekapitlet (se 3.5.3. Nedtoning af betydningen af epoché i dette projekt), har jeg en overvejelse omkring fordele og ulemper ved den tilgang jeg har lagt for projektet. Jeg har nemlig ikke gjort meget ud af at bevidstgøre mig selv omkring min egen epoché i processen, og derfor har jeg også haft svært ved at sætte denne epoché i parentes. Jeg argumenterer for dette på baggrund af Dan Zahavi (2020) og hans argument omkring, at anvendelsen af fænomenologi inden for fag som sygepleje, psykoterapi, psykologi etc. bør ses mere som en åbensindet attitude og en teoretisk ramme, der kan bruges sammen med en række forskellige metoder, frem for en stringent metode. Konsekvenserne ved dette metodiske valg vil jeg komme ind på i det følgende for at forberede læseren til næste del af diskussionen.

5.2.4. Hvilke elementer fra min epoché kan have påvirket dette projekt med accentuering af nogle elementer og nedtoning af andre?

Et element fra min epoché (se 4.1. Epoché) er, at jeg på grund af min baggrund som musiklehrer i folkeskolen under min uddannelse til kandidat i musikterapi har været særlig opmærksom på, at min primære rolle som musikterapeut selvsagt er terapeutisk og ikke pædagogisk orienteret. Et af de fag,

hvor dette tema særligt blev bevidstgjort, var i faget Interterapi⁴ (Pedersen et al., 2022; Scheiby & Pedersen, 1999), hvor jeg som studerende under supervision var i træning som musikterapeut for en af mine kolleger fra samme hold som mig. Under dette forløb havde jeg mange refleksioner omkring netop dette at gå fra en lærerrolle til en terapeutrolle (Breidahl, 2022b).

Grunden til, at jeg tager dette op her er fordi, at særligt en tilgang, der kunne have været relevant at inddrage i dette projekt, er Michael Silvermans forskning i “educational music therapy” (Silverman, 2019). En mulig forklaring på, at jeg ikke har inddraget denne tilgang og brugt mere aktivt i dette projekt, kan være fordi, at jeg under min uddannelse som kandidat i musikterapi har forsøgt at nedtone aspekter, der vedrører det pædagogiske arbejde med musik, for i stedet at fokusere på det terapeutiske.

Et andet aspekt handler om refleksioner omkring, hvorvidt musikterapien skal være behandlingsorienteret eller ej. Det kan nemlig være på baggrund af mine erfaringer som frivillig på et brugerstyret værested, der var behandlingsfrit, at netop dette aspekt har været vigtigt for mig at forholde mig til.

5.3. Dette projekts metodiske begrænsninger i forhold til indkredsningen og beskrivelsen af recovery-orienteret musikterapi

En begrænsning i dette studie er, at der fremstår meget teori, der kobles sammen med mine idéer om recovery-orienteret musikterapi, uden at dette relateres til projektets metodiske overvejelser eller selve analysen. Nu har formålet med dette projekt ikke været at lave en litteraturgennemgang, der kortlægger, indkredser og definerer recovery-orienteret musikterapi. Dette ville metodisk have krævet helt andre ontologiske og epistemologiske valg.

Den teori, jeg fremhæver, er ikke koblet sammen med analysen, da dette ville kræve, at jeg epistemologisk havde valgt inddragelsen af en hermeneutisk tilgang, hvor teorien blev inddraget i forbindelse med analysen. Dette havde dog været en lettere bearbejdning af metoden, da den hermeneutiske tilgang er en fortolkende tilgang, ligesom fænomenologien og konstruktivismen er det.

De metodiske valg af en fænomenologisk tilgang understøtter en induktiv tilgang, hvor jeg har ladet forskellige elementer træde frem i min analyse af 3 musikalske interaktioner. Denne induktive

⁴ Se Pedersen et al. (2022, s. 275-296) for en beskrivelse af faget eller Scheiby & Pedersen (1999) for en beskrivelse af fagets historiske baggrund.

tilgang ville ikke have været mulig, hvis jeg samtidig skulle arbejde deduktivt med en teori, jeg lagde ned over analysen og holdt mine resultater op imod. Analysen og mine resultater bliver derfor mere autentiske og har krævet en anden åbenhed af mig, end hvis jeg havde haft specifikke elementer at kigge efter.

Dette, at jeg inddrager teori uden på en eller anden måde metodisk at redegøre for, hvordan jeg er kommet frem til denne teori, giver dog nogle problemer i forhold til troværdigheden af mit projekt og mine resultater. Jeg mener nemlig, som det vil fremgå af det følgende, at recovery-orienteret musikterapi som tilgang til arbejdet med musikterapi med klienter med dobbeltdiagnoser er det meget oplagte, relevante og samtidig overraskende svar på min problemformulering. Samtidig mener jeg også, at hvis mit projekt havde haft et overvejende fokus på undersøgelsen af, hvordan recovery-orienteret musikterapi defineres, hvem der har arbejdet med det, og hvordan denne tilgang har udviklet sig, så ville der have været en svaghed i og med, at det autentiske musikalske materiale med en klient fra målgruppen af klienter med dobbeltdiagnoser ikke var blevet analyseret fyldestgørende.

Min pointe er, at inddragelse af teori uden forudgående litteraturgennemgang eller metodiske overvejelser angående dette, er en svaghed ved dette projekt. Jeg har overvejelser over, om dette relaterer sig til kandidatspecialers mindre omfang og lavere krav i forhold til udarbejdelsen af en ph.d.-afhandling, hvor jeg går ud fra, at en relevant litteraturgennemgang er en del af arbejdsprocessen. De kilder jeg har fundet frem til angående recovery-orienteret musikterapi er resultatet af et forløb, der strækker sig over næsten 3 år. De tekster jeg har inddraget løbende er udvalgt ud fra søgeprocesser, der er sket af flere omgange.

Inden jeg kommer frem til min konklusion på dette projekt, vil jeg gøre opmærksom på, hvordan jeg har gennemgået denne erkendelsesproces, ved at pege tilbage på min epoché fra tidligere (se afsnit 4.1.1. Rejsen fra ressourceorienteret musikterapi til recovery-orienteret musikterapi), der redegør overordnet for min proces med at finde frem til både den ressourceorienterede musikterapi og den recovery-orienterede musikterapi.

Til sidst i dette projekt vil jeg fortælle om et af de seneste initiativer inden for recovery-orienteret musikterapi, der bekræfter, at mine valg af kilder er i overensstemmelse med den nyeste forskning på dette område.

5.4. Recovery-orienteret musikterapi

Ved at studere forskellige musikterapiforskeres tilgange til musikterapeutisk arbejde med klienter med psykiatriske diagnoser har jeg fundet frem til følgende teoretiske perspektiver, der kan inspirere til en recovery-orienteret musikterapipraksis:

1. Recovery som et begreb, der er grundigt udforsket i et musikterapeutisk perspektiv særligt repræsenteret ved Hans Petter Sollis arbejde med ph.d.-afhandlingen “The groove of recovery” (Solli, 2014), Jennifer Bibbs ph.d.-afhandling om “Musical recovery” og Michael Silvermans arbejde med musikterapi herunder educational music therapy (Silverman, 2022).
2. Ressourceorientet musikterapi repræsenteret ved Randi Rolsvjords arbejde som et meget brugbart perspektiv på musikterapien, når man arbejder med musikterapi under Serviceloven, som det er tilfældet, når man arbejder med musikterapi i et botilbud.
3. At se musikterapi og musikpædagogik som et kontinuum (Bonde, 2014), der, sammenholdt med idéen om musikterapi som et kontinuum mellem musik og terapi (Silverman, 2022), kan skabe et meget nuanceret billede på ens praksis som musikterapeut med målgruppen af klienter med dobbeltdiagnoser.
4. Samfundsmusikterapi som eksempel på en bredere strømning inden for musikterapifaget, der er nødvendig at forholde sig til i beskrivelsen af en recovery-orienteret musikterapipraksis.

Disse teoretiske perspektiver har været nødvendige at udforske for at skabe basis for en forsknings- og evidensbaseret musikterapipraksis.

5.4.1. Recovery-orienteret musikterapi for klienter med dobbeltdiagnoser

Resultaterne fra analysen viser, at klienten i case-eksemplet har et højt niveau af musikalske færdigheder. Det musikalske samarbejde mellem musikterapeut og klient er en kombination af sangskrivning, improvisation og musikundervisning, der er oplagte interventioner for målgruppen.

Min forståelse af, hvordan man arbejder recovery-orienteret med musikterapi er i dette projekt inspireret af særligt Hans Petter Sollis og Jennifer Bibbs arbejde. Begge er ligesom jeg kritiske overfor diagnosebegrebet. Meget inspiration til dette projekt stammer således fra en læsning af deres ph.d.-afhandlinger. Derudover har Randi Rolsvjords tilgang til ressourceorienteret musikterapi også været en inspiration. Grunden til, at jeg har valgt dette, er, at de tre forfattere arbejder med klienter, der minder om den målgruppe, der er beskrevet i projektet. Nogle elementer, der kan karakteriseres som recovery-orienteret musikterapi er for eksempel, at man ser

musikterapien som et frirum, at man ikke fokuserer på klienternes diagnoser, at man giver klienterne lov til at indtage en ekspertrolle, og at man betragter musikterapien som det modsatte af behandling. Det er nogle af de elementer, som jeg fokuserer på i min forståelse af, hvad det vil sige at arbejde med recovery-orienteret musikterapi. Elementer fra samfundsmusikterapien er også relevant ligesom tilgangen fra den musik-centrerede musikterapi er det. Det handler også om, at man arbejder mere systemisk i sin tilgang og, at man nedtoner kliniske aspekter i musikterapien.

I forhold til klienter med dobbeltdiagnoser handler det musikterapeutiske arbejde ikke om at kurere deres sindslidelse eller få dem ud af deres misbrug. Der lægges netop vægt på en personlig recovery-proces, der tager udgangspunkt i klienternes ønsker og behov. Rollen som musikterapeut er ikke at være misbrugsbehandler for klienterne. Arbejdet består snarere i at støtte klienterne, hvor de er her og nu. Det handler om at se og tage udgangspunkt i klienternes ressourcer, og det handler om etableringen af en ligeværdig relation, hvor man som musikterapeut med ens musikalske færdigheder og indsigt i musikken, kan komme klienten til gode.

Min besvarelse af problemformuleringen fremgår af det følgende kapitel, hvor jeg vil konkludere på forskellige aspekter af recovery-orienteret musikterapi for klienter med dobbeltdiagnoser på baggrund af mit analysearbejde med dette projekt.

6. Konklusion

I dette afsnit vil jeg gøre rede for, hvilke svar jeg har fundet på problemformuleringen:

”Hvordan kan musikterapeuten arbejde recovery-orienteret på et botilbud for borgere med dobbeltdiagnoser, belyst gennem en fænomenologisk mikroanalyse af musikalsk interaktion i et individuelt musikterapeutisk forløb?”

Recovery-orienteret musikterapi med klienter med dobbeltdiagnoser kan have karakter af musikundervisning, øvelse og sangskrivningsprocesser, hvor det handler om udviklingen af klientens musikalske ressourcer. I sammenspil med klienter, der spiller trommer, bør musikterapeuten understøtte klientens færdigheder ved at markere tydeligt under og efter, at klienten har spillet færdigheder. Akkordskemaer kan hjælpe klienter når de spiller sammen med musikterapeuten og inspirere klienter til at tage skridtet ud i at improvisere. Selvom klienter i målgruppen kan være meget musikalske kan det diskuteres om præmisser om at afslutte sammenspil samtidig med en klient er passende eller, om det er mere hensigtsmæssigt at aftale en spilleregul med klienterne om, hvem der starter og slutter med at spille i sammenspiilet.

6.1. Perspektivering

En vigtig forsker angående recovery-orienteret musikterapi, jeg sent i projektskrivningen bliver opmærksom på, er den irske ph.d. i musikterapi Triona McCaffrey. Jeg har i den omtalte litteraturgennemgang (Breidahl, 2022a) nævnt en artikel (McCaffrey & Edwards, 2016), hvor jeg påpeger, at forfatterne til artiklen beskriver musikterapi som en recovery-orienteret praksis. Jeg beslutter mig for at undersøge dette nærmere og finder ud af, at McCaffrey har arbejdet meget med netop recovery og musikterapi. Hun har selv og i samarbejde med andre musikterapeuter udgivet flere artikler om recovery og musikterapi (McCaffrey et al., 2011; McCaffrey, 2017; McCaffrey et al., 2018). Særligt hendes ph.d.-afhandling udmærker sig ved, at hun laver en grundig litteraturgennemgang af recovery i forbindelse med psykiatri, mental sundhed og musikterapi (McCaffrey, 2014, s. 10-59). Særligt interessant er en nyudgivet artikel “The alliance for recovery research in music therapy: Developing a shared research agenda in mental health” (McCaffrey et al., 2024), der beskriver, hvordan Triona McCaffrey i samarbejde med Hans Petter Solli og en række andre musikterapeuter har etableret en alliance, der skal arbejde med forskning i recovery og musikterapi. En interessant pointe er, hvordan forfatterne i artiklen refererer til en række forskere og tekster angående recovery og musikterapi, som overlapper med, hvad jeg har gennemgået i dette

speciale. Michael Silverman, Randi Rolvsjord, Hans Petter Solli, Jennifer Bibb og Katrina McFerran er alle navne, der går igen i artiklen, og hvis artikler, bøger og ph.d.-afhandlinger jeg netop også har lagt vægt på i dette projekt. Dette bekræfter mig i, at mit arbejde med dette projekt har en relevans for forskningen i musikterapi, og at jeg ikke står alene i min interesse for denne form for musikterapeutisk praksis med klienter med sindslidelser.

Det konkluderes, at der er behov for mere forskning inden for dette praksisfelt for at etablere mere viden samt at skabe grundlaget for en evidensbaseret musikterapipraksis med denne målgruppe af klienter med dobbeltdiagnoser.

Bibliografi

- Abildtrup, L. T., & Jensen, P. M. (2019). *Stof til eftertanker: Om rusmidler, medicin og alt det andet i Orion* (2. udgave). Bo- og Rehabiliteringstilbuddet Orion.
https://www.densocialevirksomhed.dk/Orion/Documents/ORION_Stof_til_eftertanker_Web.pdf
- Aigen, K. (2013). Social interaction in jazz: Implications for music therapy, *Nordic Journal of Music Therapy*, 22:3, 180-209, DOI: [10.1080/08098131.2012.736878](https://doi.org/10.1080/08098131.2012.736878)
- Aigen, K. (2014). Music-centered dimensions of Nordoff-Robbins Music Therapy, *Music Therapy Perspectives*, Volume 32, Issue 1, 2014, Pages 18–29,
<https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1093/mtp/miu006>
- Ansdell, G. (2005). Being who you aren't; doing what you can't: Community Music Therapy & the paradoxes of performance. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 5(3).
<https://doi.org/10.15845/voices.v5i3.229>
- Ansdell, G., & DeNora, T. (2015). *Musical pathways in recovery: Community music therapy and mental wellbeing*. New York: Routledge.
- Ansdell, G., & Meehan, J. (2010). "Some light at the end of the tunnel": Exploring users' evidence for the effectiveness of music therapy in adult mental health settings. *Music and Medicine*, 2(1), 29–40. doi:10.1177/1943862109352482
- Baker, F. A. (2015). *Therapeutic songwriting: Developments in theory, methods and practice*. Palgrave Macmillan.
- Bedrepsykiatri.dk (n. d. a). *Psykisk syge med misbrug*.
<https://bedrepsykiatri.dk/psykisk-syge-med-misbrug>
- Bedrepsykiatri.dk (n. d. b). *Mennesker med dobbeltdiagnoser har større risiko for at blive hjemløse*.
<https://bedrepsykiatri.dk/mennesker-med-dobbeltdiagnoser-har-stoerre-risiko-for-at-blive-hjemloese>
- Bibb, J. L. (2016). *Musical Recovery: The Role of Group Singing in Regaining Healthy Relationships with Music to Promote Mental Health Recovery* [PhD, The University of Melbourne]. <https://rest.neptune-prod.its.unimelb.edu.au/server/api/core/bitstreams/28acf29c-c0cf-5ba3-b01d-60ebfe0e0cdb/content>
- Bibb, J., & McFerran, K. S. (2018). Musical recovery: The role of group singing in regaining healthy relationships with music to promote mental health recovery. *Nordic Journal of Music Therapy*, 27(3), 235–251

- Bjørke, O. D., & Beck, B. D. (2023). "It's Like we Have Our Own Rhythm". Music Therapeutic Affect Regulation in a Case Study of a Traumatized Patient in Mental Health Treatment. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 23(2). <https://doi.org/10.15845/voices.v23i2.3369>
- Bonde, L. O. (2007). Steps in researching the music in therapy. I Wosch, T. & Wigram, T. (red.), *Microanalysis in music therapy: Methods, techniques and applications for clinicians, researchers, educators and students* (s. 255-272). Jessica Kingsley Publishers.
- Bonde, L.B. (2009). *Musik og menneske. Introduktion til musikpsykologi*. Samfundslitteratur. Frederiksberg.
- Bonde, L.B. (2014). Musikterapi og musikpædagogik. I L. O. Bonde. *Musikterapi: Teori, uddannelse, praksis, forskning: En håndbog om musikterapi i Danmark* (s. 50-55). Klim.
- Breidahl, S. N. (2022a). *Resurse-orienterede musikterapi-metoder for klienter med skizofreni*. Studieprojekt. Aalborg Universitet.
- Breidahl, S. N. (2022b). *Interterapi-eksamen: Evaluering af terapeutrolle*. Eksamensoplæg i faget Interterapi. Aalborg universitet
- Breidahl, S. N., Stendys, I. H., & Wincler, J. (2016). *Stemmeskam hos sangaktive mennesker*. Studieprojekt. Aalborg Universitet.
- Borg, A. S., Breidahl, S. N., & Stendys, I. H. (2018). *Sammen kan vi noget*. Studieprojekt. Aalborg Universitet.
- Busch, S., Wegman Düring, S., Tranberg Jensen, K., Schepelern Johansen, K., Led Larsen, J., Mårtensson, S., & Sell, L. (2021). *Dobbeltdiagnose-ordbog*. Region Hovedstadens Psykiatri Kompetencecenter for Dobbeltdiagnoser.
- Dansk Musikterapeutforening (DMTF) (2016). *Etiske principper for medlemmer af Dansk Musikterapeutforening*. (3. udgave). Dansk Musikterapeutforening (DMTF), Dansk Magisterforening og Musikterapiuddannelsen på Aalborg Universitet.
- DeNora, T. (2000). *Music in everyday life*. Cambridge University Press
- Ferrara, L. (1984). Phenomenology as a tool for musical analysis. *The Musical Quarterly*, 70(3), s. 355–373. <http://www.jstor.org/stable/742043>
- Forinash, M., & Grocke, D. (2005). Phenomenological Inquiry. In B. L. Wheeler (Red.). I *Music Therapy Research* (2. udg., s. 321–334). Barcelona Publishers.
- Gold, C., Solli, H.P., Krüger, V., & Lie, S.A. (2009). Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: systematic review and meta-analysis. I *Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews*. York (UK): Centre for

Reviews and Dissemination (UK); 1995-. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK76581/>

- Gold, C. (2016). Abstracts of the 10th European Music Therapy Conference. *Nordic Journal of Music Therapy*, 25 (sup1), 1–156. <https://doi.org/10.1080/08098131.2016.11783620>
- Hannibal, N., Pedersen, I. N., & Hestbæk, T. (2014). Musikterapi i socialpsykiatrien. I L.O. Bonde, (Red.). *Musikterapi: Teori, uddannelse, praksis, forskning: En håndbog om musikterapi i Danmark* (s. 269–272). Klim.
- Hiller, J. (2016). Epistemological foundations of objectivist and interpretivist research. I B. L. Wheeler & K. M. Murphy (Red.), *Music therapy research* (3. udg., s. 236-268). Barcelona publishers.
- Husted, J., & Lübcke, P. (2001). *Politikens filosofihåndbog*. Politikens Forlag. København.
- Jackson, N. A. (2016). Phenomenological inquiry. I *Music therapy research* (3. udg., s. 885–906). Barcelona publishers.
- Jia, R., Liang, D., Yu, J., Lu, G., Wang, Z., Wu, Z., Huang, H., & Chen, C. (2020). The effectiveness of adjunct music therapy for patients with schizophrenia: A meta-analysis. *Psychiatry Research*, 293, 113464–113464. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113464>
- Jørgensen, H. H. (2022). *Fænomenologi*. <https://laeremiddel.dk/viden-og-vaerktoejer/videnskabsteori/videnskabsteoretiske-retninger/faenomenologi/>. (Downloadet 26. april 2022).
- Krøier, J. K., Anderson-Ingstrup, J., & Bonde, L. O. (2019). De første skridt: Indledende undersøgelse af forskelle og ligheder mellem musikterapi og musikpædagogik i demensomsorgen. *Dansk Musikterapi*, 16(1), 3- 13.
- Lee, Y. J., Kim, S. J., Yoon, J., & Lee, J. H. (2023). *Music Therapy for Patients with Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials*. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4609993>
- Matson, J. L. (2020). *Handbook of Dual Diagnosis Assessment and Treatment in Persons with Intellectual Disorders*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-46835-4>
- McCaffrey, T., Edwards, J., & Fannon, D. (2011). Is there a role for music therapy in the recovery approach in mental health? *The Arts in Psychotherapy*, 38(3), s. 185–189. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2011.04.006>
- McCaffrey, T. (2014). *Experts by experience' perspectives of music therapy in mental healthcare: A multi-modal evaluation through art, song and words*. University of Limerick Research Repository. <https://hdl.handle.net/10344/4241>

- McCaffrey, T., & Edwards, J. (2016). "Music therapy helped me get back doing": Perspectives of music therapy participants in mental health services. *Journal of Music Therapy*, 53(2), s.121–148, <https://doi.org/10.1093/jmt/thw002>
- McCaffrey, T. (2017). Evaluating music therapy in adult mental health services: Tuning into service user perspectives. *Nordic Journal of Music Therapy*, 27(1), 28–43. <https://doi.org/10.1080/08098131.2017.1372510>
- McCaffrey, T., Carr, C., Solli, H. P., & Hense, C. (2018). Music therapy and recovery in mental health: Seeking a way forward. *Voices: A world forum for music therapy*, 18(1). <https://doi.org/10.15845/voices.v18i1.918>
- McCaffrey, T., Carr, C. E., Solli, H. P. P., Bent, C., Boyle, D., Dypvik, O. B., ... Vågan, T. (2024). The alliance for recovery research in music therapy: Developing a shared research agenda in mental health. *Voices: A world forum for music therapy*, 24(2). <https://doi.org/10.15845/voices.v24i2.3848>
- McFerran, K. S., & Lotter, C. B. (2024). *Problematic Music Listening. In The Psychology of Music Listening for Health and Wellbeing Professionals* (s. 81–114). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-55373-8_4
- Nilsson, S. F., Laursen, T. M., Hjorthøj, C., & Nordentoft, M. (2019). Risk of homelessness after discharge from psychiatric wards in Denmark: a nationwide register-based cohort study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140(5), s. 477–489. <https://doi.org/10.1111/acps.13082>
- Pavlicevic, M. (2007). The music interaction rating scale (schizophrenia) (MIR(S)) microanalysis of co-improvisation in music therapy with adults suffering from chronic schizophrenia. I Wosch, T. & Wigram, T. (red.), *Microanalysis in music therapy: Methods, techniques and applications for clinicians, researchers, educators and students* (s. 13-26). Jessica Kingsley Publishers.
- Pedersen, I. N., Lindvang, C., & Daniels Beck, B. (Red.). (2022). *Resonant learning in music therapy : a training model to tune the therapist*. Jessica Kingsley Publishers.
- Pedersen, I. N., Bonde, L.O., Hannibal, N. J., Nielsen, J., Aagaard, J., Gold, C., Rye Bertelsen, L., Jensen, S.B. og Nielsen, R. E. (2021). *Music therapy vs. music listening for negative symptoms in schizophrenia: Randomized, controlled, assessor- and patient-blinded trial*. *Frontiers in Psychiatry* 12:738810. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.738810>
- Pedersen, K. (2015). Videnskabsteori i det problemorienterede projektarbejde. I *Problemorienteret projektarbejde* (4. udg., s. 101–131). Samfundslitteratur.
- Rasmussen, T. H. (2023). *Fænomenologi: metode, stil, indstilling, praksis*.

https://www.academia.edu/download/65791641/Fænomenologi_metode_stil_indstilling_praksis.Pdf. (downloadet 30. maj 2023).

Robson, C., & McCartan, K. (2017). *Real world research* (4. udgave.). Wiley.

Rolvjord, R. (2005). Collaborations on songwriting with clients with mental health problems. I Baker, F., & Wigram, T (Red.). *Songwriting : methods, techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators and students*. Jessica Kingsley Publishers.

Rolvjord, Randi. (2010). *Resource-oriented music therapy in mental health care*. Barcelona Publishers.

Rolvjord, R. (2016). Resource-oriented perspectives in music therapy. In *The Oxford handbook of music therapy*. (pp. 557–576). Oxford University Press.

Rydahl, H. (2012). Det sociale i musik hjælper – samfundsmusikterapi og interkommunikation. Et essay. *Musikterapi I Psykiatrien*, 6(1). Hentet fra <https://tidsskrift.dk/mip/article/view/7158>

Scheiby, B. B., & Pedersen, I. N. (1999) Inter Music Therapy in the Training of Music Therapy Students. *Nordisk Tidsskrift for Musikkterapi*, 8(1), 58-71, DOI:10.1080/08098139909477954

Socialstyrelsen (2023). *Recoveryorienteret rehabilitering*. Socialstyrelsen.

<https://www.sbst.dk/udgivelser/2023/recovery-orienteret-rehabilitering-vejledning-til-praksis>

Silverman, M. J. (2015). *Music Therapy in Mental Health for Illness Management and Recovery* (1. udg.). Oxford University Press.

Silverman, M. J. (2019). Comparing Educational Music Therapy Interventions via Stages of Recovery with Adults in an Acute Care Mental Health Setting: A Cluster-Randomized Pilot Effectiveness Study. *Community Mental Health Journal*, 55(4), 624–630.

<https://doi.org/10.1007/s10597-019-00380-1>

Silverman, M. J. (2022). *Music Therapy in Mental Health for Illness Management and Recovery* (2. udg.). Oxford University Press.

Small, C. (1998). *Musicking: The meanings of performing and listening*. Wesleyan University Press.

Solli, H. P. (2012). Med pasienten i førersetet: Recovery-perspektivets implikasjoner for musikkterapi i psykisk helsearbeid. *Musikterapi i psykiatrien online (MIPO)*, 7(2), 23–44.

Solli, H. P., Rolvsjord, R., & Borg, M. (2013). Toward Understanding Music Therapy as a Recovery-Oriented Practice within Mental Health Care: A Meta-Synthesis of Service Users' Experiences. *The Journal of music therapy*, 50(4), 244–273.

<https://doi.org/10.1093/jmt/50.4.244>

- Solli, H. P. (2014). *The groove of recovery: A qualitative study of how people diagnosed with psychosis experience music therapy*. Universitet i Bergen.
- Solli, H. P., & Rolvsjord, R. (2014). "The Opposite of Treatment": A qualitative study of how patients diagnosed with psychosis experience music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 24(1), 67–92.
- Solli, H. P. (2015). Battling illness with wellness: A qualitative case study of a young rapper's experiences with music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 24(3), 204–231.
- Solli, H. P., & Silverman, M. J. (2016). Rediscovering recovery: Music therapy as a recovery-oriented practice in mental health care. *Nordic Journal of Music Therapy*, 25, s1. <https://doi.org/10.1080/08098131.2016.1179992>
- Stein, O. (2013). *Grundkursus trommer*. Naumann & Göbel verlagsgesellschaft mbH.
- Stige, B., Ansdell, G., Elefant, C., & Pavlicevic, M. (2016). *Where Music Helps: Community Music Therapy in Action and Reflection* (1. udg.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315084084>
- Trondalen, G. (2007). A phenomenologically inspired approach to microanalyses of improvisation in music therapy. I Wosch, T., & Wigram, T. (Red.), *Microanalysis in music therapy: Methods, techniques and applications for clinicians, researchers, educators and students* (s. 198-210). Jessica Kingsley Publishers.
- Vega, V. P. (2017). Music therapy with addiction and co-occurring disorders. *Music and Medicine*, 9(1), 45–49.
- Wheeler, B. L., & Bruscia, K. E. (2016). Overview of music therapy research. I Wheeler, B. L., & Murphy, K. M. (red.). *Music therapy research* (3. udgave) (s. 51-67). Barcelona Publishers.
- Wigram, T. (2004). *Improvisation: Methods and techniques for music therapy clinicians, educators, and students*. Jessica Kingsley Publishers.
- Wood, S., & Ansdell, G. (2018). Community Music and Music Therapy: Jointly and Severally. I Bartleet, B-L., & Higgins, L. (Red.). *The Oxford Handbook of Community Music* (s. 453–476). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190219505.013.35>
- Wosch, T. & Wigram, T. (2007). Microanalysis in music therapy: Introduction and theoretical basis. I Wosch, T. & Wigram, T. (Red.), *Microanalysis in music therapy: Methods, techniques and applications for clinicians, researchers, educators and students* (s. 174-185). Jessica Kingsley Publishers.
- Universitet i Bergen (2019, 19. november). *Samfunnsmusikkterapi*. Semesterbeskrivelse for faget Samfunnsmusikkterapi. <https://www4.uib.no/emner/MUTP202>

- Zahavi, D. (2020). The practice of phenomenology: The case of Max van Manen. *Nursing Philosophy*, 21(2), e12276-n/a. <https://doi.org/10.1111/nup.12276>
- Zhao, N., Lund, H. N., & Jespersen, K.V. (2024). A systematic review and meta-analysis of music interventions to improve sleep in adults with mental health problems. *European Psychiatry*, 67(1), e62, 1-11 doi: 10.1192/j.eurpsy.2024.1773

Samtykkeerklæring til brug af audio/videoptagelser

I forbindelse med studerende Søren Nørlov Breidahl og dennes praktik på Musikterapiuddannelsens 9.semester giver jeg ud fra følgende aftaler og specificeringer hermed min tilladelse til:

- | | JA | NEJ |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| - at den studerendes noter (uden personhenførbare oplysninger) må anvendes i forbindelse med den studerendes afsluttende speciale. | ☒ | ☐ |
| - at sessionerne må audiooptages samt at skriftlig beskrivelse og analyse af audiomaterialet (uden personhenførbare oplysninger) må bruges i forbindelse med den studerendes afsluttende speciale. | ☒ | ☐ |
| - at sessionerne må videooptages samt at skriftlig beskrivelse og analyse af videomaterialet (uden personhenførbare oplysninger) må bruges i forbindelse med den studerendes afsluttende speciale. | ☐ | ☒ |
| - at specialet, efter bestået eksamen, kan danne ramme for artikler til nationale og internationale tidsskrifter. | ☒ | ☐ |

Noter uden personhenførbare oplysninger fra sessioner samt eventuelle video og/eller audiooptagelser vil blive delt i forbindelse med supervision, ledet af supervisor Inge Nygaard Pedersen fra Aalborg Universitet som en del af kvalitetssikring af sessionerne og etisk sikring praktikforløbet. Forudsætningen for denne samtykkeerklæring er, at alt materiale bliver opbevaret sikkert og fortroligt i henhold til Datatilsynets krav. Materialet bliver opbevaret indtil endt kandidat-eksamen i juli 2023, hvorefter det slettes. Alle der har tilladelse til at se materialet har tavshedspligt. Det er altid muligt at trække denne samtykkeerklæring tilbage, hvorefter video- eller audiomateriale vil blive slettet.

[Redacted]
Deltagers navn

[Redacted]
Forældre/værge (evt.)

15-09-22
Dato

[Redacted]
Underskrift

Spørgsmål angående samtykke er velkomne, og du kan kontakte den studerende og supervisor på følgende email:

Søren: sbreid16@student.aau.dk Inge: inp@ikp.aau.dk