

MUSIKTERAPI PÅ ENGHAVEN og JELLING HAVE

Marts 2017

Eric Ballowitz



## MUSIKTERAPI PÅ ENGHAVEN og JELLINGHAVE

### Indhold

Abstract – musikterapi: Kort introduktion til beskrivelsen .....	4
1. Indledning .....	5
2. VIDEN – korte facts om musikterapi.....	5
3. VIDEN – dokumenteret positiv effekt af musikterapi .....	6
3.1. Skizofreni .....	6
3.2. Depression .....	6
3.3. Personlighedsforstyrrelser .....	7
3.4. Erhvervet hjerneskade.....	7
3.5. Demens.....	8
3.6. Konklusion på studierne .....	8
4. VIDEN – Forudsætninger for en positiv effekt.....	8
4.1. Klientens egnethed.....	8
4.2. Terapeuten .....	9
4.3. Dosis .....	9
4.4. Konklusion .....	9
5. TEORI – det teoretiske grundlag for musikterapi.....	10
5.1. Musikpsykologiske teorier.....	10
5.2. Relationsbaserede og dynamiske psykologiske teorier.....	11
5.2.1. Analytiske og psykodynamiske teorier.....	11
5.2.2. Mentaliseringsbaserede teorier.....	11
5.2.3. Daniel Sterns teorier om barnets interpersonelle udvikling.....	11
5.2.4. Teorien om den medfødte "kommunikative musikalitet".....	12
5.3. Kognitive teorier .....	12
5.4. Konklusion .....	12
6. METODE - Musikterapi på Enghaven og på Jellinghave .....	12
6.1. Visitation:.....	12
6.2. Individuel musikterapi: .....	13
6.3. Gruppebaseret musikterapi: .....	13

7.	MÅLING – brugerundersøgelse på Enghaven, udført januar 2017. ....	14
7.1.	Resultater fra den kvantitative undersøgelse (afkrydsningsskema) .....	14
7.1.1.	De 5 spørgsmål i forhold til individuel musikterapi: .....	14
7.1.2.	De 5 spørgsmål i forhold til gruppebaseret musikterapi: .....	15
7.2.	Resultater fra den kvalitative undersøgelse (spørgeskema) .....	16
7.3.	Konklusion af brugerundersøgelsen .....	17
8.	Sammenfatning .....	18
9.	BRAND .....	19
10.	Referencer: .....	19

### Kort resumé af beskrivelsen:

Et omfattende antal studier har påvist en positiv effekt af musikterapi i psykiatrien – eksempelvis i forhold til skizofreni, depression og personlighedsforstyrrelser. Forudsætninger for en længerevarende positiv effekt er, at klienten skal være egnet, at terapeuten skal være velkvalificeret og at man deltager i minimum 12-16 sessioner, gerne flere.

I Danmark er musikterapi blevet praktiseret i over 50 år. Det er en videnskabelig funderet behandlingsform, som tager udgangspunkt i musikkens evne til at skabe kontakt og kommunikation. Det er to hovedretninger: aktiv og receptiv musikterapi.

Det teoretiske grundlag bag musikterapien er vidtforgrenet og komplekst. Det tager udgangspunkt i afgrænsede, men dog forbundne, teorier fra både naturvidenskabelige og humanistiske traditioner, heriblandt fra hjerneforskning og neurologi. Den psykodynamiske tradition spiller en stor rolle.

På Enghaven startede den musikterapeutiske behandling i 2003. Der er 2 musikterapeuter ansat på Enghaven og 1 på Jelling Have.

En brugerundersøgelse fra januar 2017 af effekten af musikterapi på Enghaven og Jelling Have understøtter de positive resultater, der er påvist i forskningen.

### Om selve beskrivelsen:

Beskrivelsen henvender sig til samarbejdspartnere, nuværende og kommende beboere, personale og andre interesserede.

Beskrivelsen følger "OK-modellen": VIDEN – TEORI – METODE – MÅLING – BRAND. OK-modellen er den røde tråd i OK-fondens strategiarbejde.

VIDEN: her beskrives korte facts om faget, efterfulgt af en gennemgang af de dokumenterede positive effekter af musikterapi på forskellige psykiatriske tilstande. Afslutningsvis beskrives de forudsætninger, der skal til for at opnå den ønskede effekt.

TEORI: her gennemgås det teoretiske grundlag for musikterapien.

METODE: i dette afsnit beskrives, hvorledes musikterapi konkret bliver anvendt på Enghaven og Jelling Have.

MÅLING: Dette afsnit omhandler en brugerundersøgelse af brugere af musikterapi, foretaget på Enghaven og Jelling Have i januar måned 2017. Undersøgelsen viser overordnet en stor tilfredshed med behandlingen.

BRAND: Tre udsagn fra brugere af musikterapien, der beskriver helhedsindtrykket af brugerundersøgelsen.

## MUSIKTERAPI PÅ ENGHAVEN og JELLING HAVE

### 1. Indledning

Enghaven har en lang praksis med at anvende musikterapi som behandlingstilbud og har haft musikterapeuter ansat siden 2003. At lade musik indgå i behandlingen startede dog allerede i 1997 – med en akustisk guitar, der hang på væggen og en entusiastisk og musikalsk medarbejder. Herfra gik der ikke lang tid, før engagerede medarbejdere fik etableret et musikalsk samarbejde mellem beboere og personaler. Det viste sig, at det at spille sammen og det at være fælles om det musikalske sprog, befordrede de involveredes trivsel generelt.

I de følgende år blev musikkens position på Enghaven styrket, bl.a. ved at bygge et musikhus og ved at ansætte personale specifikt til denne opgave.

Den egentlige musikterapeutiske behandling startede med ansættelsen af musikterapeut Charlotte Zachariassen i 2003. Sidenhen er også musikterapeut Torben E. Sørensen blevet ansat i 2014.

### 2. VIDEN – korte facts om musikterapi

Musikterapi som en egentlig psykoanalytisk funderet behandlingsform indenfor psykiatrien i Europa startede i England i begyndelsen af 70'erne, med musikterapeuten og musikeren Mary Priestley. Hun tog udgangspunkt i Juliette Alvins ideer om at improvisation var nøgleelementet i at etablere en musikalsk kontakt mellem terapeuten og patienten. Priestley kombinerede disse ideer med sin psykoanalytiske baggrund og kaldte sin metode for Analytisk Musikterapi. (1)

I Danmark har musikterapi eksisteret som fagligt begreb og klinisk praksis i over 50 år. Man har kunnet uddanne sig til musikterapeut siden 1982 og uddannelsen er fra 1996 en 5-årig kandidatuddannelse. Fra 1995 er der kommet en forskeruddannelse til. Forskningen er konsolideret og internationalt anerkendt.

Musikterapi er en videnskabelig funderet behandlingsform, som tager udgangspunkt i musikkens evne til at skabe kontakt og kommunikation. Musikken anvendes i en proces, der har til hensigt at støtte og fremme f.eks. kommunikation, personlig udvikling, dannelse af relationer, læring, genoptræning, fysisk stimulation eller afspænding samt følelsesmæssige oplevelser, udtryk og erkendelser. (2)

I musikterapi forsøger man at etablere en terapeutisk relation ved *andre* midler end den *sproglige* tilgang, nemlig ved hjælp af musikken. En musikterapeut kan bl.a. fremme, behandle og udvikle *ikke sprogligt* baserede evner, kompetencer, behov og problemstillinger. Musikken tilbyder hertil en bred vifte af udtryksmuligheder og bygger så at sige oven på sproget og udvider de terapeutiske muligheder. Det skyldes overordnet, at musik har alle elementer af grundlæggende interpersonel kommunikation (3), ligesom musikken som æstetisk udtryk kan spejle alle menneskelige

sindsstemninger. (4) Kommunikationen foregår dog ikke udelukkende musikalsk: almindelig, sproglig baseret terapi, er som hovedregel en del af behandlingen.

I musikterapi kan kommunikation foregå *uden om bevidstheden*, idet musik kan aktivere et menneske følelsesmæssigt og påvirke dets selvopfattelse, *før* det kan bevidstgøres verbalt, hvad det handler om. (4)

Der er to primære måder at anvende musik i musikterapi: 1) *Aktiv* musikterapi, hvor der anvendes improvisation, musikudøvelse, sang, sangskrivning og bevægelse til musik. 2) *Receptiv* musikterapi, hvor der lyttes til indspillet musik valgt af musikterapeuten eller klienten selv, lytning til optaget selvskabt musik eller lytning til udvalgt klassisk musik med henblik på at fremme indre billeddannelse.

Det er ikke nødvendigt at kunne spille et instrument eller at være god til at synge for at gå i musikterapi. Det er tilstrækkeligt, at klienten kan opleve det meningsfuldt at udtrykke sig personligt og symbolsk i musik og lyd.

### 3. VIDEN – dokumenteret positiv effekt af musikterapi

Der findes efterhånden et omfattende antal studier, der har fokus på effekten af musikterapi i psykiatrien. Her bliver der påvist forskningsmæssig evidens for effekten af musikterapi på specifikke områder som skizofreni, depression, personlighedsforstyrrelser, erhvervet hjerneskade, demens, autisme, m.m. Denne forskning pågår til stadighed og den påviser en positiv effekt på alle disse områder.

#### 3.1. Skizofreni

Et Cochrane Review over effektforskning i musikterapi med mennesker med skizofreni (5) viser, at musikterapi *signifikant forbedrer nogle af de generelle symptomer* (herunder bedring af opmærksomhed og motivation), samt at musikterapi *signifikant reducerer de negative symptomer* (herunder emotionel og social tilbagetrukkethed og forbedring af evne til kontakt og udtryksmuligheder). (6)

Et andet studie (7) viser en bedring af såvel generelle symptomer (her defineret som depressive tankemønstre og tilstande) som en *reduktion af de negative symptomer* (herunder tilbagetrækning og manglende evne til kontakt og kommunikation). (6)

Musikterapiens muligheder for at afhjælpe de negative symptomer er også underbygget af to (ikke \*randomiserede) kontrollerede undersøgelser. Den ene undersøgelse viser en *signifikant forhøjelse af den tid, mennesker med skizofreni deltager i musikalsk interaktion* sammenlignet med kontrolgruppen (8). Den anden undersøgelse (9) viser *forbedret motivation, mindre passivitet og bedre evne til kommunikation* (6)

(\*randomiseret: tilfældig udvælgelse af hvilke testpersoner der modtager behandling og hvilke der modtager kontrolintervention)

#### 3.2. Depression

I såvel et Cochrane Review (10) en meta-analyse (11) og en RCT-undersøgelse (12) dokumenteres det, at *depressive symptomer hos patienter reduceres* som følge af musikterapi. Cochranereviewet

konkluderer, at musikterapi *kan skabe ændring i patientens humør*. I RCT-undersøgelsen (ibid) ses dels *signifikant reduktion af depressive symptomer*, og dels *reduktion af angst*. (13)

Gold et al. (2009) og Erkkilä et al. (2011) viser, at musikterapi desuden *påvirker depressionsramtes funktionsniveau signifikant*, målt med Global Assessment of Function (GAF) (Frances, Pincus, & First 1994). GAF måler dels sværhedsgraden af patientens symptomer dels patientens funktionsniveau. Men GAF forholder sig ikke specifikt til arten af symptomer, som patienten oplever. Når patienten bedres og i højere grad kan klare sig selv, ses dette i GAF scoren. (13)

Om brug af musikterapi havde en vedvarende effekt viste RCT-undersøgelsen (Erkkilä et al 2011), hvor man ved at sammenligne patienterne i musikterapibehandling med kontrolgruppen kunne konstatere følgende: Tre måneder efter afslutning af 20 sessioners aktiv musikterapibehandling havde patienterne *signifikant færre angst- og depressive symptomer*, ligesom deres *funktionsniveau var signifikant bedre* sammenholdt med kontrolgruppen, der ikke fik musikterapi. (13)

### 3.3. Personlighedsforstyrrelser

Musikterapi har en lang tradition som psykoterapeutisk intervention for personer inden for dette diagnoseområde. Der mangler endnu kontrollerede effektstudier, men der ses en *forholdsvis høj adherence (vedholdenhed)* til behandlingen og et *relativt lavt drop out (frafald)* (14), hvilket kan opfattes som en indikation på en positiv behandlingsalliance. Da netop dette er en central problematik for denne målgruppe, indikerer disse data positive resultater. (15)

Odell-Miller (16)(17) og Hannibal (18) kommer uafhængig af hinanden frem til konklusionen, at en psykodynamisk tilgang kombineret med fri improvisation giver personlighedsforstyrrede patienter en *nemmere adgang til deres indre verden*, for netop denne patientgruppe har det svært med at udtrykke følelser og forestillinger verbalt. At koble musik med følelser skaber en grobund for følelsesmæssige erfaringer, der kan hjælpe patienten med at forstå betydningen af ens følelser, hvilket igen kan fremme reguleringen af disse. (19)

Musikterapi kan *styrke patientens mentaliseringsevne*. Dette sker især på to områder: Dels ved at hjælpe patienten til at undersøge og ændre sine tilknytningsmønstre og dels ved til at styrke evnen til affektregulering. Den kliniske erfaring fra arbejdet med mennesker med en personlighedsforstyrrelse er, at denne målgruppe gennem musik kan *udvikle deres evne til at opleve sig selv og den anden*. (20)

### 3.4. Erhvervet hjerneskade

Der er forskningsmæssig evidens for, at musikterapi med personer med erhvervet hjerneskade har en effekt. Et Cochrane-review konkluderer, at metoden "auditiv rytmestøttet træning" har en *signifikant effekt på gangfunktionen* hos voksne med erhvervet hjerneskade. Endvidere viser en RCT-undersøgelse, at musiklytning har en *signifikant positiv effekt på verbal hukommelse og fokuseret opmærksomhed* hos apopleksiramte. Deltagerne i musiklyttegruppen var også *signifikant mindre deprimerede og forvirrede* end kontrolgruppen. Flere undersøgelser viser også, at musikterapi kan have *effekt på stemme og talefunktionen* hos voksne med erhvervet hjerneskade. (21)

### 3.5. Demens

I et review (22) konkluderes, at *musikterapi forbedrer humør og mindsker adfærdsmæssige forstyrrelser* på kortere sigt, men at der mangler undersøgelser, der bekræfter dette over længere tid. (23)

### 3.6. Konklusion på studierne

Der er forskningsmæssig evidens for, at musikterapi har en signifikant effekt på følgende områder:

- skizofreni: bedring af opmærksomhed og motivation, bedring af depressive tankemønstre og tilstande, bedring af evne til kommunikation, modvirker depersonalisering, mindsket emotionel og social tilbagetrukkethed, øgning af evne til kontakt og kommunikation, forbedret evne til koncentration og hukommelse
- depression: reduktion af depressive symptomer, ændring i patientens humør, reduktion af angst, forbedring af funktionsniveau
- personlighedsforstyrrelse: nemmere adgang til den indre verden, styrkelse af mentaliseringssevnen
- erhvervet hjerneskade: forbedret gangfunktion, øget verbal hukommelse, øget fokuseret opmærksomhed, reduktion af forvirring og depression
- demens: der mangler undersøgelser, der bekræfter positive resultater over længere tid

Dog skal disse resultater læses med forbehold på en række punkter.

## 4. VIDEN – Forudsætninger for en positiv effekt

Selvom den positive effekt af musikterapi er påvist i adskillige studier, skal man dog holde sig et par forbehold for øje. Disse drejer sig om klientens egnethed, om musikterapeutens kompetencer (og krydsfeltet mellem disse) samt om dosis (antal sessioner):

### 4.1. Klientens egnethed

Når det drejer sig om klientens egnethed, kan der være tale om visse begrænsninger eller forbehold. For at en klient skal kunne have gavn af musikterapeutisk behandling, skal klientens egnethed vurderes (assessment). Vurderingen foretages som regel før optagelse i et egentligt terapiforløb ved hjælp af et prøveforløb på 3 sessioner. I vurderingen kan indgå følgende krav (24):

- krav om evne til kompliant adfærd (indvilligelse i behandlingen), herunder motivation for behandlingen
- krav om indsigtspotentiale (krav om evne til at reflektere verbalt og/eller musikalsk)
- krav om at der ikke skønnes risiko for malign regression (overskride patientens frustrationstærskel med fare for en u hensigtsmæssig symptomforværring)
- krav om evne til at kunne formulere egne mål med terapiforløbet eller at kunne tage stilling til terapeutens formulering af målsætning
- krav om evne til at indgå i en terapeutisk alliance eller ønske om at arbejde med problemer i at indgå en sådan alliance

Andre begrænsninger kan handle om, hvordan musik anvendes til at regulere arousal (grad af årvågenhed). Patientgrupper, der er meget stressfølsomme - interpersonelt såvel som intrapersonelt (så som PTSD-ramte, psykotiske, angste, m.m.), skal i deres terapi helst modtage musik/indgå i musik/udøve musik på en måde og i rammer, hvor de ikke overbelastes, og hvor den pågældende



musikterapeut har træning i at aflæse arousal og i at dosere musik i passende mængde. Her kan der være tilfælde, hvor musik af forskellige grunde ikke er det mest hensigtsmæssige. Der er nogle patientgrupper som er særligt sårbare over for arousal, og her kræves stor forsigtighed og viden for ikke at musikken skal fremme regression, mentaliseringsammenbrud og flashback. Tilstande der kan føre til "acting out", eks. selvskade, selvmordstruende adfærd, m.m. (25)

Der er forskning inden for musikterapi med personer med personlighedsforstyrrelser, der viser, at nogle patienter kan reagere negativt, når de indgår i aktiv musikterapi (26). Det skyldes at musikken og interaktionen kan aktivere tilknytningsmønstre og forsvarsmekanismer. Det er vigtigt at musikterapeuten kan håndtere disse kriser/belastning. (25)

#### 4.2. Terapeuten

Det kræver kompetencer og ekspertise at yde behandling til alvorligt psykisk syge, og det er derfor vigtigt at musikterapi ydes af fagpersonale, der har en viden dels om målgruppen og dels om ens virkemidler samt ikke mindst om de mekanismer, der kan gøre sig gældende i psykoterapi (modstand, forsvar, benægtelse, overførsel/modoverførsel, alliance). Det at kunne aflæse arousal og at indrette sine interventioner i forhold til dette er også af vigtighed.

Desuden at det er vigtigt, at musikterapeuten er trænet i at anvende improvisation til at imitere eller matche patientens udtryk, samt trænet i at skabe tryghed omkring patienten, i at bevidstgøre sig om den måde han/hun bliver påvirket af situationen (6) og at iagttage, hvorledes patienten reagerer på forekomsten af overføringsoplevelser, konfliktmønstre, o.l. (25)

#### 4.3. Dosis

Helt afgørende for en længerevarende effekt er også antallet af musikterapeutiske sessioner (dosis).

I en sammenligning af undersøgelser angående effekten af musikterapi konkluderer Gold (2007), at mennesker med skizofreni har brug for 12 eller flere sessioner, hvis der skal opnås varige resultater. Gold, Solli, Krüger & Lie (2009) har senere vist, at for musikterapi med mennesker med alvorlige psykiske lidelser, herunder skizofreni, er der større og længerevarende forbedringer ved 16-51 sessioner, hvorimod 3-10 sessioner kun viser mindre og kortvarige positive ændringer. (5)

For depressive symptomer og for patientens funktionsniveau viser der sig en klar sammenhæng mellem længden af det terapeutiske forløb og udbyttet, idet der kun ses en mindre effekt på depressive symptomer efter 3 musikterapisessioner, mens der fremkommer en stor effekt efter 16 sessioner (11). (6)

I Gold og kollegers forskning bliver det understreget, at der ofte er behov for mange sessioner og længe forløb, før musikterapi har en mærkbar og virkningsfuld effekt i behandlingen af skizofreni. (11) I forhold til andre psykiske lidelser kan korttidsterapi imidlertid godt være meningsfuld og effektiv (27). (28)

#### 4.4. Konklusion

Forskningen viser, at 3 vigtige forudsætninger skal være opfyldt for at opnå en længerevarende signifikant effekt af et musikterapeutisk forløb.

1: *klienten* skal være egnet til forløbet, herunder at klienten skal være motiveret, skal kunne reflektere, skal kunne indgå i en terapeutisk alliance, samt at klienten ikke må være i fare for at blive overbelastet (grundet høj-stress, psykotiske tilstande e.l.).

2: *terapeuten* skal have de fornødne kvalifikationer, herunder musikalske og terapeutiske.

3: der skal være gennemført et vist *antal sessioner*. I de fleste tilfælde gælder: jo flere sessioner, jo større effekt.

## 5. TEORI – det teoretiske grundlag for musikterapi

Det teoretiske grundlag bag musikterapien er vidtforgrenet og komplekst. Det tager udgangspunkt i forskellige afgrænsede, men dog forbundne, teorier fra både naturvidenskabelige og humanistiske traditioner.



Senest er teorier og resultater fra hjerneforskning og neurologi blevet en del af det teoretiske grundlag. Nogle få af disse teorier og deres indflydelse på musikterapien bliver kort beskrevet nedenfor:

### 5.1. Musikpsykologiske teorier

Musikterapi og musikpsykologien er tæt forbundet. Populært sagt, er musikterapi anvendt musikpsykologi blandet med psykoterapi. Den beskæftiger sig med spørgsmål om, hvorfor og hvordan musik påvirker os.

Der findes ikke en entydig definition af musikpsykologien, idet videnskaben tager udgangspunkt i både humanistisk og naturvidenskabelig forskning. Dvs. at den inddrager humanistiske, etnologiske og psykodynamiske aspekter så vel som naturvidenskabelige, neurologiske og eksperimentalepsykologiske aspekter. Bonde (2007) har forslået denne definition: "Musikpsykologi er studiet af menneskets perception og oplevelse af akustiske og musikalske fænomener i et tværfagligt perspektiv" (29). Det tværfaglige perspektiv er i de senere år blevet mere og mere fremtrædende, idet de forskellige retninger har så mange indbyrdes berøringspunkter. Oplevelse, perception, adfærd og hjerneprocesser ift. musik er kernebegreberne i musikpsykologien. I praksis prioriteres og kombineres de på meget forskellige måder af musikpsykologerne. (29)

## 5.2. Relationsbaserede og dynamiske psykologiske teorier

### 5.2.1. Analytiske og psykodynamiske teorier.

Klassiske, *kliniske* begreber fra de psykodynamiske teorier spiller en vigtig rolle i musikterapi. Således bliver overføring/modoverføring, modstand og forsvarsmekanismer samt gentagelsestvang anvendt, dog relateret til det forhold, at det er musikken, der er hovedredskabet.

Musikterapi anvender ligeledes nogle af de *tekniske* regler, der karakteriserer den klassiske psykoanalyse (neutralitet, abstinens og reglen om jævnt svævende opmærksomhed). Også disse i en modificeret form, idet terapeuten, i kraft af sin aktive medvirken, ikke kan være neutral i en given terapisesession. Reglerne om abstinens og om jævnt svævende opmærksomhed bliver også modificeret i den musikterapeutiske praksis, idet musikterapeuten er en medspiller, der reagerer og intervenserer aktivt i en given session. Terapeutens opgave består i at indrette sin måde at være til stede på, afhængig af situationen. Terapeuten skal søge at oprette en "balance mellem nærvær og distance, beskrevet som disciplineret subjektivitet (30)". (31)

AOM (Analytisk Orienteret Musikterapi) er en videreudvikling af de analytiske teorier og den udgør i dag "et solidt rodnet for mange forskellige kliniske metoder og forståelsesrammer inden for musikterapi. Den fælles betegnelse herfor i Danmark er musikterapi." (32). Den baserer sig ikke kun på psykoanalytiske teorier, men også på teorier angående kommunikation, interaktion, udviklingspsykologi og personlighedsdannelsens psykosociale komponenter.

### 5.2.2. Mentaliseringsbaserede teorier.

MBT (mentaliseringsbaseret terapi) bliver især anvendt i arbejdet med borderline personlighedsforstyrrelser (BPD). MBT er udviklet af Anthony Bateman og Peter Fonagy og tager udgangspunkt i patientens (manglende eller forstyrrede) evne til at mentalisere. At mentalisere er at forstå egen og andres adfærd ud fra mentale tilstande som tanker, følelser, intentioner, behov og ønsker. Er mentaliseringsevnen svækket, er også evnen til at have vedvarende, meningsfulde relationer og til at have en stabil selvfølelse, svækket. Ligeledes vil ens evne til at regulere følelser være svækket. I MBT er der fokus på at genoprette personens evne til at mentalisere. Nogle af elementerne i musikterapi går igen i MBT, idet der i begge terapier arbejdes med at få adgang til klientens indre verden.

### 5.2.3. Daniel Sterns teorier om barnets interpersonelle udvikling.

Stern var udviklingspsykolog, men tog oprindeligt afsæt i psykoanalysen, som han dog opdaterede på baggrund af iagttagelser af spædbørn og mor/barn-interaktioner. For musikterapien er Sterns arbejde vigtigt i forhold til hans beskrivelse af barnets "implicitte" og "eksplicitte" viden, hvor det implicitte er før-sproglig, ikke-bevidst, handlingsbaseret og tavs viden. Og meget af det, der aktiveres i musikken (særdeles i improvisation) (Hannibal, 2001), er netop implicit viden. Viden der

kan blive tilgængelig i et musikterapeutisk forløb. Stern ligestiller opbygningen af den basale, førsproglige interaktion med opbygningen i musik(improvisation), hvor elementer som kommunikationens tempo, rytme, tone-højde, frasering, form og intensitet går igen i dem begge.

#### 5.2.4. Teorien om den medfødte "kommunikative musikalitet".

Bl.a. beskrevet af Malloch og Trevarthen (33). Tager udgangspunkt i spædbørns evne til at indgå i samspil præget af pulsforfølelse, rytmiske lydmonstre, timing, stemmeklang og melodiske bevægelser. Disse evner har ifølge teorien rødder langt tilbage i menneskets – og dermed hjernens – udviklingshistorie og udgør det biologiske og psykologiske grundlag for menneskelig kommunikation og tidlig tilknytning (34). Teoriene bliver i musikterapi anvendt hos mennesker med socio-kommunikative vanskeligheder. Der bliver i den forbindelse lagt vægt på det sociale, dialogiske og emotionelle aspekt af kommunikationen mor og barn/klient og terapeut imellem. Dog "er der ikke tale om, at musikterapeuter kopierer det tidlige samspil mellem forældre og spædbarn, men at man i improvisatorisk musikterapi kan lave en *musikalsk forstærkning af de grundlæggende samspilsformer* og derved fremme kommunikativt samspil og samhørighed" (35)(36) . (34).

#### 5.3. Kognitive teorier

Herunder den i USA udbredte adfædsorienterede musikterapi (Behavioral Music Therapy, BMT). Fokus: at opnå ændringer i patientens specifikke eller almene adfærd i videste forstand, herunder fysiologisk, motorisk, følelsesmæssig, kognitivt, perceptuel, autonom og social adfærd. "I Danmark har traditionel adfædsorienteret musikterapi aldrig været udbredt, men en del terapeuter kombinerer dynamisk aktiv eller receptiv musikterapi med moderne kognitive metoder, især i arbejdet med psykiatriske patienter (37)(38)." (39)

#### 5.4. Konklusion

Det teoretiske grundlag bag musikterapeutisk praksis er som sagt vidtforgrenet og komplekst. Overordnet skal musikterapi i Danmark ansues ud fra et humanistisk perspektiv – mennesket er i centrum. Med dette in mente integreres der i musikterapi relationsbaserede teorier, psykodynamiske teorier, kommunikationsteorier og læringsteorier. Senest er også teorier og resultater fra hjerneforskning og neurologi blevet en del af det teoretiske grundlag. Den psykodynamiske tradition spiller en meget vigtig rolle, ikke kun som særdeles brugbar teoretisk ramme for forståelsen af de problemer, mange klienter slås med, men også som basis for udviklingen af selve terapeutidentiteten. (40)

## 6. METODE - Musikterapi på Enghaven og på Jelling Have

Musikterapien på Enghaven og Jelling Have bliver prioriteret højt. Der er ansat 2 musikterapeuter med stor erfaring i bagagen. Disse arbejder i alt 65 timer/uge, med 7 timer på Jelling Have og 58 timer på Enghaven. Og der er blevet bygget et musikhus specielt til formålet, udrustet med professionelt udstyr og instrumenter. Seneste skud på stammen er klangmassage, ligeledes med professionelt udstyr og instrumenter.

Der er p.t. 28 beboere engageret i musikterapien, nogle i gruppesammenhæng, andre i et individuelt forløb, andre igen i forbindelse med klangmassage. Flere deltager i både musikterapi og klangmassage.

### 6.1. Visitation:

For at komme i betragtning til at deltage i et forløb i musikterapien, skal man i første omgang udfylde en henvisningseddél, der afklarér, hvilke ønsker man har for forløbet. Derpå følger et orienterende møde, hvor man lærer hinanden at kende og afstemmer forventninger. Der aftales så et prøveforløb over 2-5 sessioner, der skal afklare, om klienten er egnet til et forløb i musikterapi. Her lægges der vægt på motivation, stabilt fremmøde og niveau af angst/arousal. Man afsluttes fra forløbet, hvis man har længere fravær uden aftale.

For alle klienter gælder det, at deltagelse i musikterapi er et led i behandlingen på Enghaven. Derfor bliver der i samarbejde med klienten formuleret specifikke mål der indgår i den samlede handleplan.

## 6.2. Individuel musikterapi:

Der er for tiden 12 beboere, der får individuel musikterapi. Disse kommer typisk en gang om ugen, sessionen varer ca. 1 time. Indholdet af sessionen er forskelligt, afhængig af klienten. Der kan være tale om spil på instrumenter, sang- og stemmebrug, sangskrivning, samtale, improvisation, m.m. Den "klassiske" musikterapi, baseret på fælles improvisation, forekommer, men dog relativt sjældent. Dette skyldes først og fremmest klienternes behov og ønsker. Tilgangen er proces- og færdigheds-orienteret. Færdighederne indbefatter, udover ren sang- og instrumentbeherskelse, opøvelse af f.eks. opmærksomhedsfærdigheder (indre ro, grounding, tilstedeværelse i nuet, o.l.), intra- og interpersonelle færdigheder (hhv. egen-forståelse og forståelse af andre mennesker), relationelle færdigheder, færdigheder i at kunne bearbejde, rumme og udtrykke følelser og færdigheder i at kunne rumme uro og angst.

Terapeuterne har stor erfaring i at arbejde med psykisk sårbare mennesker og er derigennem trænet i at tage udgangspunkt i klientens aktuelle situation og i at møde klienten, præcis hvor denne er.

## 6.3. Gruppebaseret musikterapi:

Der er p.t. 8 beboere, der deltager i gruppebaseret musikterapi; disse er fordelt på tre bands og et sammenspilshold. Man mødes mellem 1½ time – 4 timer om ugen. Overordnet er der fokus på

- Rehabilitering: er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfyldt liv.
- Empowerment: er at sætte personen i stand til (få magt til/at magte) at være en aktiv deltager og at få indflydelse og medbestemmelse.
- Inklusion: er at blive inddraget i og være med i et fællesskab.
- Det overordnede mål for de 3 bands er, at de spiller til arrangementer på bostedet og at de kommer ud at spille.
- Derudover ligger fokus på balancen mellem det, at lytte til hinanden og det, at turde udtrykke sig i gruppen.

Desuden lægges der vægt på samspil, på at indøve et repertoire og på at kunne rumme de udfordringer som det, at spille live for et publikum, giver. Som deltager skal man være indstillet på at arbejde med at give og modtage konstruktiv kritik. Før man bliver optaget som deltager, starter man i et individuelt forløb, hvor man arbejder med sine musikalske og sociale færdigheder.

Hver øvegang indledes med en trivselsrunde, hvor alle, inkl. terapeuterne, fortæller om "dagsformen". Dette giver en fortrolighed i gruppen som skaber tryghed, tillid og en følelse af ligeværd.

## 7. MÅLING – brugerundersøgelse på Enghaven og Jelling Have, udført januar 2017.

I undersøgelsen indgik i alt 19 beboere. Heraf 14 i individuel terapi og 10 i gruppebaseret terapi. 5 af beboerne har besvaret spørgsmål i begge kategorier. Deltagere i klangmassage har ikke deltaget i undersøgelsen. Af 24 udleverede spørgeskemaer blev 24 returneret. Alle deltagere i undersøgelsen er aktuelt i et forløb i musikterapi. Nogle har deltaget i flere år, nogle kun i 2-3 måneder.

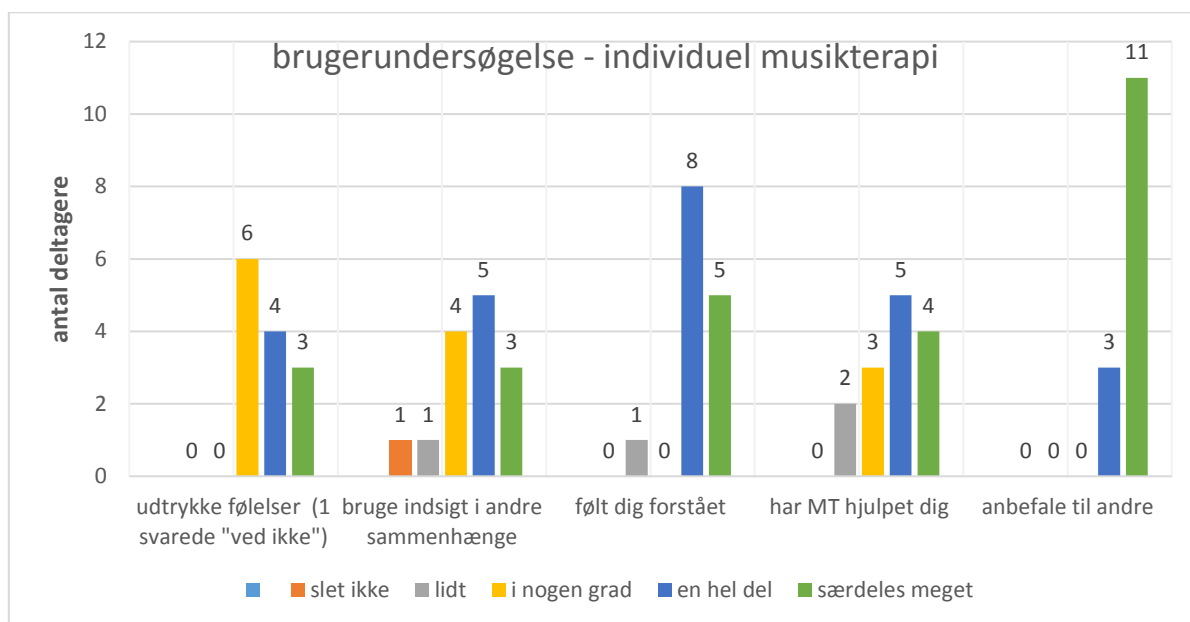
Der er udarbejdet 2 spørgeskemaer til undersøgelsen. Et til klienter der modtager individuel musikterapi og et til klienter, der deltager i gruppebaseret musikterapi. Undersøgelsens form og spørgsmål er designet af musikterapeut Bent Jensen (41), der har lavet en lignende undersøgelse i Socialpsykiatrien i Århus Kommune. Der er lagt vægt på enkelthed i udformningen af undersøgelsen, da "spørgeskemaer med mange spørgsmål er meget overvældende for mange psykiatribrugere" (41).

Skemaerne er delt op i 2 dele. En *kvantitativ* del i form af et afkrydsningsskema, der omfatter 5 spørgsmål med hver 5 svarmuligheder: "slet ikke", "lidt", "i nogen grad", "en del" og "særdeles meget". Og en *kvalitativ* del, der ligeledes omfatter 5 spørgsmål (plus en rubrik for "andre kommentarer") som klienterne kunne svare på mere uddybende, med deres egne ord.

### 7.1. Resultater fra den *kvantitative* undersøgelse (afkrydsningsskema)

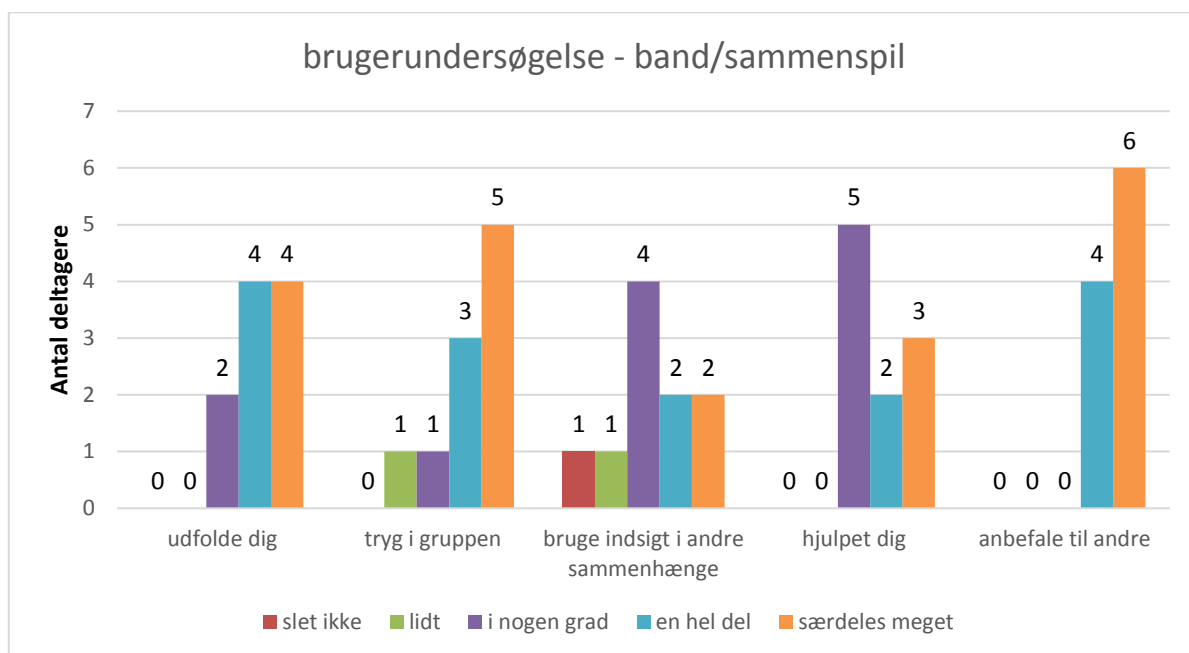
#### 7.1.1. De 5 spørgsmål i forhold til individuel musikterapi:

Spørgsmål	Svaret "en hel del" eller "særdeles meget"
1. Har du kunnet udtrykke følelser i musikterapien	7 af 14 = 50 %
2. Har du kunnet bruge den indsigt, de oplevelser eller redskaber, du har fået i musikterapien, i andre sammenhænge	8 af 14 = 57 %
3. Har du følt dig forstået og har du fået mulighed for at være den du er i musikterapien	13 af 14 = 93 %
4. Har musikterapien hjulpet dig	9 af 14 = 64 %
5. Vil du anbefale musikterapi til andre	14 af 14 = 100 %
Samlet besvarelse "en hel del" og "særdeles meget":	51 af 70 = 73 %



### 7.1.2. De 5 spørgsmål i forhold til gruppebaseret musikterapi:

Spørgsmål	Svaret "en hel del" eller "særdeles meget"
1. Har du kunnet udfolde dig aktivt i gruppen	8 af 10 = 80 %
2. Har du følt dig tryk i gruppen	8 af 10 = 80 %
3. Har du kunnet bruge den indsigt, de oplevelser eller redskaber, du har fået i musikterapien, i andre sammenhænge	4 af 10 = 40 %
4. Har musikterapien hjulpet dig	5 af 10 = 50 %
5. Vil du anbefale musikterapi til andre	10 af 10 = 100 %
Samlet besvarelse "en hel del" og "særdeles meget":	35 af 50 = 70 %



## 7.2. Resultater fra den kvalitative undersøgelse (spørgeskema)

Her et udpluk af citater fra besvarelserne:

- Hvad har du fået ud af forløbet:
  - At opdage, udrykke og bruge en evne; optræde trods nerver
  - Afprøve grænser – give slip på perfektionisme og samtidig være positiv
  - Det er godt at være til musiktime – det hjælper på stemmerne
  - Har oplevet at blive accepteret som den jeg er
  - Begyndt at acceptere mig selv – også de svage sider
- Hvad var bedst:
  - Jeg har endelig fundet en strategi der virker i forhold til at aflede tanker, når jeg spiller klaver
  - At man har kunnet være med til at bestemme hvad man har lavet
  - Det helt store er at synge – er helt nyt for mig, giver mig en glæde, været rigtig godt for mig, troen på at noget kan blive bedre. Det vækker en drøm!
  - Det sociale ved at spille musik med andre
  - Vi klarede det i fællesskab
- Hvad var svært:
  - Sammenspil var svært i starten. Lige pludselig skal man lytte til hinanden
  - At åbne op, at synge samstemmende med underviseren, holde fokus
  - Det der med ikke at måtte give op, når jeg havde lyst til at smide håndklædet i ringen
  - At overskride grænsen til at synge
  - At give sig selv lov til at være den, man er



- Har du lært noget nyt om dig selv:
  - At jeg skal arbejde med min angst. At ting tager tid
  - At synge. Selvom det lyder ad helvede til, så giver det mig noget godt
  - Har lært, at jeg ikke skal give op så let – selvom det bliver svært
  - Har lært, at alle har en vigtig rolle i et band
  - Nu opdager jeg pludselig, at jeg godt kunne få glæde af at være sammen med andre
- Hvilken betydning har musikken haft:
  - At jeg har fået det bedre. Fået mere overskud, faktisk
  - Lidt mere selvtillid... ro, styrke, ja
  - Den giver mig livsglæde, større selvværd. Relationer er blevet bedre
  - Det har givet mig en pause fra den kaotiske tankegang
  - Jeg bliver glad, når vi øver

### 7.3. Konklusion af brugerundersøgelsen

Brugerundersøgelsen på Enghaven/Jelling Have understøtter de forskningsmæssig veldokumenterede positive resultater med musikterapi.

Der er flere ting, der falder i øjnene, når man ser på undersøgelsesresultaterne:

- At *alle* deltagere vil anbefale musikterapi til andre
- At *alle* deltagere udfyldte og afleverede spørgeskemaerne
- At kun ganske få giver en lav score (hhv. 6,0 og 7,1 %) på spørgsmålene
- At der overvejende er svaret positivt på spørgsmålene (hhv. 70 og 73 %)

Disse fire punkter antages at være udtryk for, at deltagerne i musikterapi er glade for at deltage og at de føler, *at* de har gavn af forløbet.

*Hvilken* gavn man har af forløbet, beskrives af stikord fra den kvalitative del af undersøgelsen: "mere selvtillid", "øget selvværd", "afprøve/overskride grænser", "blive accepteret", "fundet en strategi", "fået mere overskud", "ting tager tid", "at kunne udtrykke mig", "mindre frustrationer – mere glad", "mindre stress", "mere ro, styrke", "det vækker en drøm", "begyndt at acceptere mig selv", "får løftet mit humør", "jeg er blevet mere tryk" og "Musikterapi er livsglæde kontra præstation".

Det, at man har udviklet sig i forhold til instrument- og sangbeherskelse, bliver også fremhævet som en positiv ting af mange. Man oplever, at man faktisk godt kan beherske et instrument, at man opnår en sikkerhed på sit instrument og/eller med sin sangstemme og opnår derved en "sidegevinst" i form af øget selvtillid. At have gennemgået en positiv udvikling i forhold til at beherske et instrument eller sin stemme, at opleve at kunne mestre en teknik, et håndværk, kan skabe et fast ståsted hvorfra man kan indtage nyt land, kan vække et håb om mestring af andre af livets aspekter.

Og mindst lige så vigtigt: mange deltagere værdsætter, at have fået mulighed for at udtrykke følelser, hvilket kan aflæses i begge skemaer.

Scoren er generelt lavere for gruppebaseret musikterapi sammenlignet med den individuelle terapi. Dette skyldes formentlig, at mange deltagere har det svært i sociale sammenhænge, hvilket de også nævner i besvarelsene. Denne tendens gjorde sig også gældende i undersøgelsen fra Århus

Kommune. Alligevel fremhæver mange deltagere netop det sociale aspekt som et positivt element: "har lært noget om det sociale", "lært sammenspil", "noget socialt", "det sociale ved at spille med andre", "har lært, at alle har en vigtig rolle i et band", "glæden ved at være en gruppe, at kunne samarbejde", "man er på lige fod", "har lært at samarbejde", "er blevet bedre til at give andre plads".

På Enghaven og Jelling Have går musikterapien hånd-i-hånd med den øvrige behandling. I praksis viser det sig, at det på Enghaven og Jelling Have fortrinsvis er beboere med musikalsk interesse og med musikalske forudsætninger, der vælger at deltage i et musikterapeutisk forløb (og som bliver henvist til musikterapi af personalet). Vigtigt er det dog at påpege, at udbyttet af forløbet ikke begrænser sig til det musikalske univers. Udsagn som "mere selvtillid", "øget selvværd", "afprøve/overskride grænser", "blive accepteret", "fundet en strategi", "fået mere overskud", "ting tager tid", "mindre stress", "mere ro, styrke" og "det vækker en drøm" taler deres eget sprog i den forbindelse.

## 8. Sammenfatning

Musikterapi adskiller sig fra andre terapiformer ved at benytte sig af musikkens iboende kvaliteter, det være sig

- at kunne give adgang til følelser – eksempelvis glemte/gemte/ubevidste
- at kunne give mulighed for sproglig og ikkesproglig udtryk af disse følelser
- at kunne åbne mulighed for kommunikation udenom bevidstheden
- at skabe mulighed for mellemmenneskelig kontakt og samvær
- at kunne stimulere sanser, forestillinger, erindringer

Derudover tilbyder musikterapi:

- at blive mødt og rummet i sit unikke udtryk af erfaringer og dygtige terapeuter
- at få en mulighed for at udvikle sine sociale kompetencer
- at kunne udvikle kunstnerisk og teknisk musikalske færdigheder
- at kunne udvikle færdigheder til at regulere angst, uro og andre begrænsende tilstande
- at styrke opmærksomhedsfærdigheder

Alt i alt kan musikterapi lette de begrænsninger, som ens sindslidelse forårsager og den kan være med til at forbedre livskvaliteten på en lang række parametre, så som: selvtillid, selvværd, selvaccept, konstruktiv/hensigtsmæssig håndtering af symptomer, kunstnerisk udfoldelse og meget mere.

Under forudsætning af

- at terapeuten har de rette kvalifikationer
- at klienten er egnet - (men ikke nødvendigvis musikalsk begavet!)
- at man kan deltage i et forløb på minimum 6-10 gange er der gode muligheder for at opnå en positiv effekt af at deltage i musikterapi.

Brugerundersøgelsen på Enghaven og Jelling Have understøtter de forskningsmæssige veldokumenterede positive resultater med musikterapi. Udbyttet af at være i et musikterapeutisk

forløb på Enghaven og Jelling Have kan afslutningsvis sammenfattes med disse citater fra undersøgelsen:

## 9. BRAND

- ❖ Musikterapi er livsglæde kontra præstation
- ❖ Musikterapi er godt for mennesker
- ❖ Musikterapi er noget, alle burde prøve

## 10. Referencer:

1. Pedersen IN. Musikterapiens start inden for psykiatrien - lidt historie. Indføring i Musik som en selvstændig behandlingsform. 1998;1:11–20.

2. Musikterapi. Folder. Musikterapeuternes Landsklub;
3. Stern D. Vitalitetsformer. 1st ed. 2010.
4. Pedersen IN, Hannibal N. Musikterapeuters særlige kompetencer - musikterapeutens sundhedsfremmende virkemidler generelt og i psykiatrien. Musik I Psykiatr ONLINE. 2014;9(1).
5. Gold C, Heldal TO, Dahle T, Wigram T. Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. Cochrane database Syst Rev [Internet]. 2005 Apr 18 [cited 2017 Jan 11];(2):CD004025. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15846692>
6. Pedersen IN. Forskning i musikterapi - voksne med skizofreni. Dansk Musik [Internet]. 2012;49–58. Available from: <http://danskmusikterapi.dk/wp-content/uploads/2015/03/2012F-skizofreni.pdf>
7. Talwar N, Crawford M, Maratos A, Nur U, McDermott O, Procter S. Music therapy for in-patients with schizophrenia: exploratory randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2006;189(5):405–9.
8. Pavlicevic M, Trevarthen C, Duncan J. Improvisational music therapy and the rehabilitation of persons suffering from chronic schizophrenia. J Music Ther. 1994;13(2):86–105.
9. Hayashi N, Tanabe Y, Nakagawa S. Effects of group musical therapy on inpatients with chronic psychoses: a controlled study. Psychiatry Clin Neurosci. 2002;56(2):187–93.
10. Maratos AS, Gold C, Wang X, Crawford MJ. Music therapy for depression. Cochrane database Syst Rev [Internet]. 2008 Jan 23 [cited 2016 Nov 23];(1):CD004517. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18254052>
11. Gold C, Solli HP, Krüger V, Lie SA. Dose–response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2009;29(3):193–207.
12. Erkkilä J, Punkanen M, Fachner J, Rouna EA, Pöntiö I, Tervaniemi M, et al. Individual music therapy for depression: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2011;199(2):132–9.
13. Hannibal N. Forskning i musikterapi – voksne med depression. Dansk Musikterapi. 2012;15–22.
14. Hannibal N, Pedersen IN, Hestbæk T, Sørensen TE, Munk-Jørgensen P. Schizophrenia and personality disorder patients' adherence to music therapy. Nord J Psychiatry. 2012;66(6):376–9.
15. Pedersen IN, Hannibal N, Bonde LO. Musikterapi med voksne i hospitalpsykiatrien. In: Musikterapi - en håndbog om musikterapi i Danmark. Forlaget Klim; 2014. p. 258.
16. Odell-Miller H. The Practice Of Music Therapy For Adults With Mental Health Problems: The Relationship Between Diagnosis And Clinical Method. Aalborg Universitet; 2007.
17. Odell-Miller H. Music Therapy for People with a Diagnosis of Personality Disorder: Considerations of Thinking and Feeling. In: Edwards J, editor. The Oxford Handbook of Music Therapy. Oxford University press; 2015.
18. Hannibal N. A Woman's Change From Being Nobody To Somebody: Music Therapy with a middle-Aged, Speechless, and Self-destructive Woman. In: Hadley S, editor. Psychodynamic Music Therapy : Case Studies. Barcelona Publishers; 2003.
19. Strehlow G, Schmidt HU. Musiktherapie bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung – ein Überblick. MuG - Musik und Gesundheit [Internet]. 2011; Available from: <http://musik-und-gesundsein.net/94-mug-ausgaben/mug-28-musiktherapie-bei-persoenlichkeitsstoerungen>
20. Hannibal(red.) N. Personlighedsforstyrrelser, Musikterapi med mennesker med personlighedsforstyrrelse [Internet]. Forside Musikterapi /CEDOMUS /Psykiatriske tilstande /Personlighedsforstyrrelser /. 2016. Available from: <http://www.musikterapi.aau.dk/cedomus/psykiatriske-tilstande/personlighedsforstyrrelser/>
21. Hald S. Forskning i musikterapi -voksne med erhvervet hjerneskade. Dansk Musikterapi. 2014;3–12.
22. McDermott O, Crellin N, Ridder HM, Orell M. Music therapy in dementia: a narrative synthesis systematic review.

Int J Geriatr Psychiatry. 2013;28(8):781–94.

23. Ridder HM. Dokumentation og forskning august 2012 – januar 2013. Dansk Musikterapi [Internet]. 2013;36–41. Available from: <http://www.danskmusikterapi.dk/wp-content/uploads/2015/03/2013-101-hele-nummeret.pdf>
24. Lindvang C. Er musikterapi et relevant behandlingstilbud?: en dynamisk vurdering. In: Musikterapi i psykiatrien. 2000. p. 7–30.
25. Hannibal N. Mail fra Niels Hannibal om "udfordringer, vanskeligheder og begrænsninger i musikterapien." 2016.
26. Strehlow G, Lindner R. Music therapy interaction patterns in relation to borderline personality disorder (BPD) patients. Nord J Music Ther. 2016;25(2):134–58.
27. Silverman MJ. The Effect of Single- Session Psychoeducational Music Therapy on Response Frequency and Type, Satisfaction with Life, Knowledge of Illness, and Treatment Perceptions in Psychiatric Patients. 2007.
28. Bonde LO. Musikterapi i psykiatrien – ny international forskningslitteratur 2005-07. Musik I Psykiatr ONLINE. 2008;5(1).
29. Bonde LO. INTRODUKTION TIL MUSIKPSYKOLOGI. Psyke og Logos. 2007;26–60.
30. Pedersen IN. MUSIKTERAPEUTENS DISCIPLINEREDE SUBJEKTIVITET. Psyke og Logos. 2007;358–84.
31. Pedersen IN. Analytiske og psykodynamiske teorier. In: Musikterapi - en håndbog om musikterapi i Danmark. 2014. p. 104.
32. Pedersen IN. Analytisk Orienteret Musikterapi (AOM). In: Musikterapi - en håndbog om musikterapi i Danmark. 2014. p. 187.
33. Malloch S, Trevarthen C. Communicative Musicality. Exploring the Basis of Human Companionship. 2009.
34. Holck U. Kommunikativ musikalitet - et grundlag for musikterapeutisk praksis. In: Musikterapi - en håndbog om musikterapi i Danmark. 2014. p. 130–7.
35. Holck U. No Title'Kommunikalsk' samspil i musikterapi. Kvalitative videoanalyser af musikalske og gestiske interaktioner med børn med betydelige funktionsnedsættelser, herunder børn med autisme. 2002.
36. Holck U. Musikterapi i lyset af musikalske træk i tidlige dialoger. Psyke og Logos. 2007;28(1):408–26.
37. Moe T. Receptiv musikterapi med misbrugspatienter – et pilotprojekt. Psyke og Logos. 2007;28(1):478–98.
38. Lund HN. "My battle of life" – Musikterapi med brug af sangskrivning, rap-performance og kognitive metoder. MUSIKTERAPI I PSYKIATRIEN ONLINE. 2012;81–92.
39. Bonde LO, Trondalen G, Wigram T. Den kognitivt-adfærdsorienterede tradition. In: Musikterapi - en håndbog om musikterapi i Danmark. 2014. p. 202.
40. Bonde LO, Pedersen IN, Ridder HM. Aalborg-uddannelsens grundlag. In: Musikterapi - en håndbog om musikterapi i Danmark. 2014. p. 473.
41. Jensen B. Brugerundersøgelse om musikterapi i Socialpsykiatrien i Aarhus Kommune. Musik i Psykiatr [Internet]. 2011;6:116–29. Available from: <http://bentjensenmusikterapi.dk/wp-content/uploads/2014/06/brugerundersogelse.pdf>