



Avspenning i reseptiv musikkterapi:

**En kasusstudie med to afasipasienter
under rehabilitering**

Masteroppgave i Musikkterapi

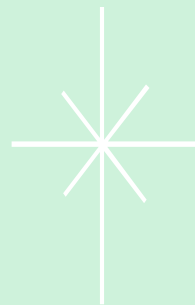
Therese Diana Vollset

Våren 2008

Universitetet i Bergen

Humanistisk Fakultet

Grieg Akademiet



Innholdsfortegnelse

Abstract.....	4
1. Innledning.....	5
1.1 Narrativ.....	5
1.2 Begrunnelse for valg av problemstilling.....	5
1.2.1 Problemstilling.....	7
1.3 Plassering.....	7
1.4 Disposisjon.....	9
2. Litteraturoversikt.....	10
2.1 Afasi.....	10
2.1.1 Afasi fra Hjerneslag.....	10
2.1.2 Brocas afasi.....	12
2.1.3 Wernickes afasi.....	12
2.2 Musikkterapi med hjerneslagspasienter.....	13
2.2.1 Kjente sanger.....	13
2.2.2 Melodic Intonation Therapy.....	14
2.2.3 Sangskrivning.....	15
2.3 Musikk og avspenning.....	16
2.4 Reseptiv musikkterapi.....	17
2.5 Oppsummering.....	19
3. Metode.....	20
3.1 Forskningsmetode.....	20
3.1.1 Kvalitativ instrumentell Kasusstudie.....	20
3.1.2 Bundet system.....	21
3.1.3 Oppsummering.....	21
3.2 Begrunnelse og bakgrunn for valg av metode.....	22
3.2.1 Haukelandprosjektet.....	22
3.3 Etikk.....	23
3.4 Gjennomføring.....	24
3.5 Empiri.....	25
3.5.1 Graderingsskjema.....	26
3.5.2 Deltakende observasjon.....	27
3.6 Oppsummering.....	28

4. Kasus og Resultat: Erik	29
4.1 Erik	29
4.2 Gjennomføring av Eriks timer	30
4.3 Observasjoner	32
4.4 Eriks Resultat fra Graderingsskjema	34
5. Kasus og Resultat: Tor	36
5.1 Tor.....	36
5.2 Gjennomføring av Tors timer	37
5.3 Observasjoner	39
5.4 Logg 21.-22. november 2008	40
5.5 Tors Resultat fra Graderingsskjema	41
5.6 Oppsummering	43
6. Diskusjonsdel.....	44
6.1 Musikkvalg	44
6.2 Bruk av graderingsskjema	45
6.3 Utvikling.....	46
6.3.1 Eriks utvikling	46
6.3.2 Tors utvikling	48
6.3.3 De to kasusene sett i forhold til hverandre	49
6.4 Utfall av reseptiv musikkterapi.....	50
6.5 Konklusjon.....	51
7. Oppsummering og Avslutning.....	53
8. Litteraturliste	54
 Vedlegg.....	 57
Vedlegg 1: Afasioversikt	
Vedlegg 2: Informasjonsskriv til pasientene	
Vedlegg 3: Graderingsskjema pre-, post- musikkterapi Erik	
Vedlegg 4: Graderingsskjema post- og post- musikkterapi Tor	
Vedlegg 5: Mal for reseptiv veiledning i musikkterapi med afasipasienter	
Vedlegg 6: Informasjonsskriv til Tors kone	

Abstract

Relaxation in Music Therapy:

A case study on two patients with aphasia during rehabilitation treatment

This is a qualitative case study with a focus on whether or not receptive music therapy will have a relaxing influence on two patients who had aphasia caused by a traumatic brain injury. The two aphasia patients received different numbers of music therapy sessions over a period of approximately five – 5 – weeks. This was in addition to their normal rehabilitation treatment at a hospital. Both patients were severely affected by aphasia when this study took place, and they both had a poor production of words per minute. In this thesis the patients' own experience with receptive music therapy is emphasized, and also if they found it relaxing or not. The evaluation includes results from participating observations, questionnaires from a rating scale, pre- and post receptive music therapy, in addition to "Norwegian Basic Testing for Aphasia" pre- and post the music therapy course. The patients gave a positive feedback on the use of receptive music therapy. This inquiry is a pilot study to a larger scale project with aphasia patients at the Neurological Department at the Haukeland Hospital.

Keywords: receptive music therapy, traumatic brain injury, aphasia, relaxation.

1. Innledning

1.1 Narrativ

Jeg fant Erik ruslende rundt i gangen Han var akkurat ferdig med ergoterapi og virket sliten og forvirret. Jeg spurte om han var klar for litt musikk: ”Nei”, svarte han til min store overraskelse, siden han alltid svarer ja. Han fortsatte å fortelle at det hadde vært en slitsom dag med mange avtaler, og vi ble til slutt enige om å ta en kort time reseptiv musikkterapi for å se om det kunne hjelpe ham til å slappe av. Han ble veldig forvirret da vi ikke gikk til hans rom, men i stede til aktivitetsrommet. Jeg forklarte ham at vi på grunn av hans ”nabo” måtte være på et annet rom for å unngå forstyrrelser. Han slo seg til ro med dette og vi begynte timen. Jeg satte på sangen *Fields of Gold* med Eva Cassidy, og ga veiledning i hvordan han skulle avspenne kroppen. Vi fokuserte også på å komme inn i en god rytme med pusten. Etter sangen spurte jeg pasienten om han hadde slappet av; ”Ja, før eg kom var eg sliten, no har det roa seg”, svarte han.

At et menneske får slag, forårsaker en drastisk forandring i hverdagen både for pasienten selv og for familien. Å gå i fra å være helt frisk den ene dagen til sengeliggende neste dag er en brå overgang jeg ikke tror man kan være forberedt på. Ethvert menneske som får hjerneslag reagere på ulik måte og utfallet kan gå fra sterk vilje om å bli frisk, bitende sinne eller til fullstendig å gi opp (Aquilonius og Fagius 1994). Språkutvikling har vært viktig for tidligere forskning med afasipasienter i musikkterapi (Einbu 2006, Baker og Tamplin 2006), men jeg har bestemt meg for å se i en litt annen retning. Jeg ønsker å se på hvordan pasientene har det fysisk og psykisk, og da tenker jeg på om de har smerter, stivhet, spasmer, angst og/eller stress. I min egenpraksis på Haukeland sykehus brukte jeg blant annet reseptiv musikkterapi som en musikkterapeutisk arbeidsmåte. Ved å bruke en reseptiv arbeidsform ønsket jeg å hjelpe pasientene til å slappe av og slippe de spenninger de eventuelt måtte ha i kroppen.

1.2 Begrunnelse for valg av problemstilling

Pasienter med afasi får ofte flere fysiologiske problemer samtidig, og for de fleste blir spasmer et daglig problem (Aquilonius og Fagius 1994, Mustoufi 2005). Spasmer er ukontrollerbare muskelsammentrekninger som oppstår i ulike deler av kroppen, alt etter alvorlighetsgraden på hjerneslaget, og det kan føre til store smerter når sammentrekningene

pågår (Mustoufi 2005). Ved å bruke reseptiv musikkterapi håper jeg å dempe spenningene i kroppen som oppstår på grunn av spastisiteten.

En rekke forskninger viser at musikk har innvirkning på sentrale fysiologiske variabler som blodtrykk, puls, respirasjonsfrekvens, hjernebølgemønstre målt ved EEG, kroppstemperatur og galvanisk hudrespons. Musikk kan stimulere immunfunksjonen, målt som økt serumnivå av immunologiske markører som immunoglobuliner og endorfiner (Myskja og Lindbæk 2000:1).

Myskja og Lindbæk (2000) påpeker at det har blitt forsket på musikk med pasienter under behandling på sykehus, hvor forskningen har vært konsentrert rundt medisinske målinger. I min masteroppgave skal jeg undersøke om reseptiv musikkterapi virke avspennende, uten å benytte meg av målingsinstrumenter. Et viktig aspekt ved behandling med musikk er avspenning, reduksjon av angst og stress, og lindring av smerte, sier Ruud (u.å.). Han nevner også at frykt for å oppleve smerte kan forårsake smerte ved at kroppen spenner seg. Musikken kan virke avledende på smerten, gi et avbrekk i sykehushverdagen og få tiden til å gå fortere (ibid.). I likhet med Ruud mener også Rustøen og Stubbhaug (2004) at musikken kan påvirke smerte. De sier blant annet:

Mange blir ikke smertefrie av medikamentell behandling, og det er derfor viktig å kunne tilby noe i tillegg. Flere av disse tilbudene som TENS (Transkutan Elektrisk Nervestimulering), musikkterapi og ulike kognitive teknikker, kan gi pasientene økt handlingspotensial for å mestre smerte. At de bidrar i sin egen smertelindring, øker også opplevelsen av kontroll (ibid.:233).

Rustøen og Stubbhaug (2004) tar utgangspunkt i Sprintges tanker om at musikken frigjør neuropeptider, og at musikken kan bidra til å gjenopprette den naturlige rytmen i kroppen, noe som i sin tur kan senke stressnivået (Rustøen og Stubbhaug, 2004). Som nevnt over, blir ikke måleinstrumenter brukt i undersøkelsen min, men jeg synes det er interessant å se hvordan pasientene selv utnytter musikken i musikkterapien. På grunnlag av pasientens musikalske erfaringer, ønsker jeg å fokusere på pasientens velbehag, og håper at musikken kan bli en positiv opplevelse. Samtidig ville jeg unngå å bruke måleapparat som kan føre til at pasienten blir distraheret eller får angst. Derfor vil jeg, med bruk av to kvalitative kasus, synliggjøre

hvordan jeg brukte reseptiv musikkterapi med pasientene for å gi dem et verktøy til å slappe av. Ut i fra kasesene har jeg kommet frem til følgende problemstilling;

1.2.1 Problemstilling

Hvordan opplever to afasipasienter avspenning i reseptiv musikkterapi?

1.3 Plassering

I et humanistisk perspektiv er forholdet mellom klient og terapeut i fokus. For å danne et godt forhold er det viktig at terapeuten opptrer med respekt, forståelse og empati overfor klienten. Å ære åpen, positiv, interessert og støttende hjelper klienten til å føle seg trygg, og det er først når klienten er trygg at han/hun vil gi slipp på sitt forsvar og åpne seg for terapeuten (Gfeller og Thaut 1999). Musikkterapeuter bruker også musikken som et instrument for å nå inn til dette forholdet, samtidig som musikalske erfaringer er et redskap for å øke livskvaliteten og meningen med livet (ibid.).

The humanistic model places great emphasis on the inherent capabilities of clients to control their own lives and to make good decision for them selves. In contrast, the biomedical model emphasizes the impact of biological processes on human behavior, some of which are beyond the control of the individual (ibid.:105).

Selv om min undersøkelse har pågått innenfor et medisinsk miljø sentrerer ikke oppgaven inn mot bio-medisinsk eller psykoterapeutisk musikkterapi. Myskja og Lindbæk (2000) mener at grensene mellom musikkterapi og musikkmedisin er flytende. Selv om det er en realitet vil jeg strukturere det litt ved å dele musikkmedisin inn i de to omdiskuterte delene *musikk som medisin* og *musikk i medisin*. Vi finner mye skrevet om forskning rundt musikk og medisin, men på to ulike måter. Den ene formen er *kvantitativ* forskning, hvor fokuset ligger på medisinen og symptomene. Den andre formen er *kvalitativ*, hvor fokuset rettes mot pasientens erfaringer til medmennesker, improvisasjon og at det skjer i en naturlig setting (Ruud 1998). Den kvalitative formen musikk i medisin er rettet mot det Salutogeniske perspektivet (ibid.). Aron Antonovsky, far til salutogenisk forskning, jobbet med å klargjøre sammenhengene

mellom helse og hvordan mennesket taklet livet. I motsetning til medisinsk forskning, hvor hovedfokuset lå på hvordan menneskene ble syke, var Antonovsky opptatt av hva som holdt dem friske.

Ruud (1998) har presentert tre hovedkomponenter som Antonovsky kom med innenfor salutogenetisk tenkning ”*Predictability, conceivability, and meaningfulness*”. Disse tre hovedkomponentene mener Ruud (1998) er når vi føler at livet er forståelig, medgjørlig, kontrollerbart og meningsfullt. Antonovskys tenkemåte rundt menneskets ressurs og resistans er sterkt knyttet til debatten om livskvalitet. Ruud (ibid.) viser hvordan musikk kan bidra til å bedre livskvaliteten ved å dele begrepet inn i fire deler:

1. *følelsesbevissthet*
2. *kraft (agency)*
3. *tilhørighet*
4. *mening*

Musikk er ofte en inngangsbillett til et sosialt nettverk. Via kor, korps, band og lignende, skaper medlemmene bekjenskskaper med hverandre og gjennom felles aktiviteter danner de et felles grunnlag. Mennesker som har blitt isolert fra denne muligheten på grunn av opphold på sykehus eller lignende, kan lett føle ensomhet. Ved å tilby disse menneskene musikkterapi, enten på sykehus eller i andre arrangerte former, kan det være med på å bygge opp igjen et sosialt nettverk og dermed redusere ensomheten (Ruud 1998). Når pasienten etter hvert ser de verdier livet har å by på til tross for de daglige smertene, kan de få følelsen av velvære. Musikken som pasienten identifiserer seg med kan virke som en påminnelse om disse verdiene (ibid.). Pasientene får muligheten til å oppleve noe som ikke er negativt ladet og som tar utgangspunkt i personlige forutsetninger. I tillegg kommer pasientene bort fra en stressende sykehusavdeling.

Valget ble å fokusere på musikken i medisin, som kan knyttes til den kvalitative formen hvor *her og nå* er viktig. Med dette menes at musikkterapeuten går inn i et miljø med alvorlig syke mennesker under medisinsk behandling og bruker musikken som en tilleggsbehandling eller avkobling til det daglige livet på sykehuset. Musikken kan også brukes for å hjelpe pasientene å slappe av. Ved å tenke ressursorientert forsøker man å styrke menneskets eget potensial til selvhjelp, da de noen ganger trenger hjelp til å finne sine fysiske, mentale, psykiske og sosiale ressurser (Bjellånes 1998). Bjellånes (1998) viser også til Ruuds teori om at musikken kan gi

større følelsesbevissthet hvor blant annet opplevelsen av mestring, dannelse av sosial kontakt og opplevelsen av mening kan bli styrket. Jeg ønsker å fremme helse ved å fokusere på ressurser fremfor sykdom. Og plasserer meg derfor innenfor et humanistisk perspektiv og vektlegger ressursorientert musikkterapi til tross for at undersøkelsen foregår i et medisinsk miljø.

1.4 Disposisjon

I kapittel to kommer en oversikt over tidligere litteratur som er relevant i forhold til oppgavens problemstilling. Videre følger en kort oversikt over hva afasi er, samt en inndeling av de ulike musikkterapeutiske arbeidsteknikkene som har hatt betydning for arbeidet med hjerneslagsrammede pasienter. I kapittel tre presenteres metoden for min undersøkelse, gjennomføringen av musikkterapiforløpet, samt de etiske aspekt for oppgaven. Fjerde og femte kapittelet er en presentasjon av oppgavens to kasus, en grundig gjennomgang av forløpet, og pasientenes reaksjoner under musikkterapien. Kapittel seks er resultater fra datainnsamlingen, diskusjon om oppgavens innhold og konklusjon, mens kapittel syv gir en oppsummering av teksten.

2. Litteraturoversikt

Etter at musikkterapien fikk innpass i det medisinske miljøet har arbeidet økt og i dag finnes det mye litteratur som viser til musikkterapi brukt som tilleggsbehandling på sykehus (Aldridge 1996, Dileo 1999, Baker 2000, Magee 2002, Tucek 2005, med flere). I dette kapitlet vil jeg se på hva som har blitt gjort tidligere innenfor dette fagområdet. Siden oppgaven handler om musikkterapi med mennesker rammet av hjerneslag, med afasi som utfall, blir utgangspunkt for litteraturoversikten musikkterapi som omhandler denne diagnosen. Dette for å begrense omfanget av litteratur til det mest relevante for undersøkelsen.

2.1 Afasi

Tre av mine besteforeldre er døde, og mot slutten av deres levetid opplevde alle tre at talens gave ble tatt i fra dem. Samtlige opplevde frustrasjonene over å ikke kunne snakke eller kommunisere verbalt med familien, de hadde fått afasi. Da min første bestefar gikk bort visste jeg ingenting om afasi, jeg viste ikke engang at det var et begrep. Jeg følte meg hjelpesløs når jeg var på besøk og måtte holde samtalen i gang uten hjelp fra ham. Jeg var redd for hva stillheten kunne gjøre med oss og snakket derfor uten stans. Fortalte om alt som hadde skjedd de siste dagene og om hva alle andre han kjente drev med. Når jeg i dag ser tilbake på den tiden ønsker jeg at jeg hadde visst hva min bestefar gikk igjennom og kanskje funnet en måte å hjelpe ham på. Gjennom å oppleve vanskeligheten ved å kommunisere med mine besteforeldre har interessen for å finne ut mer om språkproblemer vokst. Da jeg fikk tilbud om å delta i prosjektet med afasipasienter på Haukeland, gav det meg muligheten til å lære mer om språkproblemer og samtidig prøve å finne en måte å kommunisere på. Til tross for mine tidligere erfaringer med afasi var dette noe nytt, og jeg visste egentlig lite om hva jeg gav meg ut på.

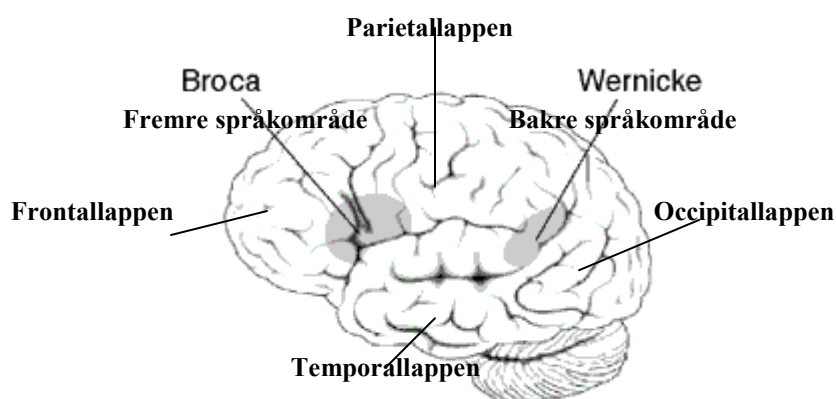
2.1.1 Afasi fra Hjerneslag

Hvert år får mellom 12- og 15 000 nordmenn hjerneslag og omtrent en fjerdedel av disse rammes av afasi. Etersom alle kan få hjerneslag (Gjerstad, Hunsbeth og Helseth 2003), forekommer afasi over et vidt aldersspenn. Årsaker til hjerneslag kan blant annet være høyt blodtrykk, røyking, overvekt, diabetes, høyt kolesterol, høyt alkoholforbruk, forstyrrelser i hjerterytmen og lavt aktivitetsnivå (ibid.). Fordi alle kan få hjerneslag i form av ulykke,

blodpropp og/eller hjerteinfarkt, er ikke afasi aldersbestemt, men på grunn av helsemessige årsaker er 75 % av de hjerneslagsrammede over 70 år (ibid.). Ofte oppstår en blanding av afasi hvor *Ekspressiv-* (motorisk) og *Impressiv-* (sensorisk) dominerer mer eller mindre alt etter hvor skaden ligger (Einbu 2006). Selv om afasi er en egen diagnose, så forårsakes den av et hjerneslag. Derfor har mange afasipasienter andre problemer i tillegg til sine språkvansker (Brookshire 2007). Et hjerneslag oppstår ved at en person får blødninger eller blodpropp i hjernen. Hvordan utfallet blir, avhenger av hvor i hjernen blodansamlingen finner sted. Hjernen er delt inn i to halvdelar (hemispheres); *høyre* og *venstre*. En afasipasient har fått skaden i venstre hjernehalvdel (Brookshire, 2007). I tillegg til språkvansker kan det i disse tilfellene oppstå andre skader, så som personlighetsendringer, endringer i temperament, kraftige følelsesmessige utbrudd, svekket korttidshukommelse, muskelslapphet og/eller spasmer (Aquilonius og Fagius 1994). *The term "aphasia" refers to a family of clinically diverse disorders that affect the ability to communicate by oral or written language, or both, following brain damage* (Goodglass 1993).

Nedenfor vil jeg i korte trekk presentere afasi, for å gi en oversikt over diagnosen. Senere vil jeg komme tilbake med en grundigere forklaring av de afasitrekkene vi ser hos oppgavens to kasus. Afasi, slik vi til en viss grad kjenner det i dag, ble oppdaget av den franske nevrologen Paul Broca i 1860-årene (Brookshire 2007). Etter grundig nevrologisk utvikling kom de frem til at den venstre hjernehalvdelen/venstre hjernehalvdelen var dominerende i språkutvinklingen (ibid.). Afasi oppstod derfor når den venstre hjernehalvdelen ble skadet. Det er i korte trekk to hovedgrener av afasi; Brocas og Wernickes, og er oppkalt etter de to nevrologene som oppdaget diagnosene. I figur 1 vises noen av de områdene i hjernen som er sentrale for afatikeres skader.

Figur 1: hjernen:



2.1.2 Brocas afasi

Hovedområdet for språket ligger i frontallappsystemet og denne delen av korteks (cortex/hjernebarken) kaller man for Brocas område. Brocas afasi rammer den delen av hjernen som gjenkjenner grammatikk. Dette medfører at pasienter med Brocas ikke gjenkjenner grammatikken i setningene og har vanskelig for å bygge opp setninger og å forstå setninger. Siden denne delen av hjernen også står for tonefallet i språket kan pasienten ofte virke monoton og lite engasjert, samtidig som de strever seg gjennom oppdelte og mangelfulle setninger. *De kan ha bra forståelse, men har gjerne litt anstrengt tale i "telegramstil", med blokkering, preversering- ofte ledsaget av dårlig artikulasjon* (Einbu 2006:4) Når man kommuniserer med disse pasientene er det viktig å snakke med korte og konkrete setninger med bare de mest nødvendige ordene (Baker og Tamplin 2006). Pasienten blir ofte fortvilet over eget språk da han/hun er bevisst sine feil (ibid.).

2.1.3 Wernickes afasi

Pasienter med Wernickes afasi kan gjerne snakke med flytende lange setninger, men mange av ordene kan være byttet ut med andre ord eller tulleord. *Neologismer* er ord som ikke har noen betydning. Har talen fin flyt, men inneholder for det meste ord som ikke har betydning, *neologismer*, kalles denne talen for sjargongtale (Reinvang 1978). Ordet sjargongtale vil bli benyttet i kasuset om Tor, hvor jeg referer til hans flytende tale av neologismer. På grunn av sjargongtale kan det være vanskelig for andre å forstå pasienten, mens pasienten på sin side tror at det han sier er riktig. For å unngå alt for mange misforståelser kan det være lurt å be pasienten peke på det han snakker om samtidig som man gestikulerer tydelig under samtalen (Baker og Tamplin 2006). Baker og Tamplin (2006) tilføyer at det er viktig å gi pasienten tid til å fordøye setningene før man går videre til neste setning. Som musikkterapeut bør man videre velge korte og lett gjenkjennelige ord, og samtidig unngå å utbrodere setningene. Sanger med rask og fyldig tekst kan også oppfattes som forvirrende.

Til tross for de to hovedformene innenfor afasi (Brocas og Wernickes) er diagnosen afasi mer omfattende enn som så. Afasi fungerer som et paraplybegrep og omfatter flere ulike skader i hjernen hvor alle har nedsatte kommunikasjonsmuligheter (Goodglass 1993). Bare et fåtall av de menneskene som rammes av afasi passer inn i en av kategoriene og det har derfor blitt utviklet en rekke modeller den senere tid. Den mest vanlige av disse modellene er Boston

modellen (Brookshire, 2007). Grunnen til at afasidiagnosen har så mange inndelinger er at de fleste utfall fremstår som ganske ulike (Se vedlegg 1). Her viser jeg til mine pasienter som begge hadde en blanding av fremre skade, men likevel med tale tilpasset en bakre skade hos den ene pasienten (se figuren i kapittel 2.1.1). Dette kommer jeg tilbake til i kasesene.

2.2 Musikkterapi med hjerneslagspasienter

I denne delen presenteres ulike arbeidsformer innenfor musikkterapi som blant annet har blitt brukt i arbeid med hjerneslagspasienter i forhold til språkrehabilitering. Musikk og avspenning har hatt mindre fokus innenfor arbeid med hjerneslagsrammede og jeg går derfor bredere i mitt litteratursøk for å vise til denne type arbeid.

2.2.1 Kjente sanger

Baker og Wigram (2004) har forsket på hvorvidt sang kan påvirke humøret/sinnsstemningen (mood) til mennesker rammet av hjerneslag. I sin forskning vurderer de om effekten av å synge sanger som er kjent for pasienten har en øyeblikkelig eller langsiktig effekt. Til tross for at de fant det vanskelig å måle sinnsstemningen hos denne gruppen kom de frem til at deltakere i langsiktig behandling følte seg gladere, mindre forvirret og mindre redde (Baker og Wigram, 2004). Samtidig ble den øyeblikkelige effekten motsatt, og deltakerne ble tristere, reddere og sintere etter timen (ibid.). I artikkelen "*The effects of a song- singing program on the affective speaking intonation of people with traumatic brain injury*" nevner Baker, Wigram og Gold (2004), som har forsket på slagpasienters intonasjon når de snakker, at langsiktig behandling gir best effekt. Baker et al. (2004) sier blant annet at forverret intonasjonsproduksjon etter et slag kan være med på å redusere livskvaliteten til pasienten, og følelsene kan igjen påvirke intonasjonen. De har kommet frem til at det å synge sanger var en måte for pasientene å sette ord på sine smerter i en ellers så tung rehabiliteringsprosess.

Magee og Davidson (2004) har i likhet med Baker et al.(2004) sett at pasienter som kjenner på usikkerhet, følelsesmessig stress og fysisk motgang føler at sang gir dem fysisk lettelse, komfort og fri fra følelsesmessige byrder. Einbu (2006) har studert utviklingen av ord og tonehøyde/stemmeleie (pitch) hos afasipasienter i forbindelse med sang, og kom frem til at to tredjedeler av deltakerne i studiet har bevart evnen til å synge. I sin undersøkelse har hun brukt mye barnesanger (Einbu 2006), noe jeg tenker er fint i forhold til tempo både i melodi

og tekst. Da afasipasienter, som nevnt ovenfor, har nedsatt språkforståelse (Baker og Tamplin 2006) er det fint å synge sanger med enkel og tydelig tekst. Ved å holde seg til barnesanger, som for mange er barnelærdommen, tror jeg at pasientene lettere kan føle trygghet gjennom opplevelsen av overskudd og kontroll på situasjonen. Samtidig er det viktig å unngå sanger som kan bli for barnslig. Purid og Baldwins (1995) skriver om flere musikkterapeuter som har jobbet med afasipasienter. Et av eksemplene er Erdomez og Morley som har hatt musikkterapi med en høyrehendt afasipasient hvor hovedfokuset var å synge og spille kjente sanger på piano. Ovenfor ser vi at sangsynging med kjente sanger kan påvirke sinnsstemningen til pasientene både positivt og negativt og at virkningen må sees på individuelt. Samtidig har kjente sanger vist seg å være effektivt for afatikere i forhold til ordproduksjon og stemmeleie.

2.2.2 Melodic Intonation Therapy

Flere musikkterapeuter har jobbet med hjerneslagspasienter diagnostisert med afasi. De har hatt som mål å finne en teknikk som kan bidra til å bringe språket tilbake slik at pasientene lettere kan kommunisere med andre. Forskning viser at *Melodic Intonation Therapy* (MIT) som ble utviklet ved *Bostonian School of aphasia researchers* på 1970-tallet (Jungblut 2005) har vist seg å være effektiv til dette. Jungblut forklarer arbeidsmetoden på følgende måte:

The singing voice becomes the focus of attention in this therapy. Melodic Intonation Therapy uses the dominance of the right hemisphere for melodic and emotional components of speech. Perception and control of non-verbal components are processed in the right hemisphere, which is essential for timbre, body language and facial expression, and also for expressivity, sound and melody of speech (2005:192).

MIT metoden ble utviklet på grunnlag av at afasipasienter viste evne til å uttale ord flytende når de sang (Baker og Tamplin2006). Da effekten av Melodic Intonation Therapy gjennomgikk en grundig undersøkelse, utviklet Australieren Felicity Baker en modifisert versjon av MIT. Hensikten med å utvikle teknikken Modified Melodic Intonation Therapy (MMIT) var på grunn av at tradisjonell MIT ikke gav forbedrende resultater i forhold til det kliniske arbeidet. Med den modifiserte teknikken hvor melodiske fraser dannet en tydeligere musikalsk struktur, ble frasene lettere å huske og fungerte som en trigger for det verbale språket (ibid.). Loewy (2004) påpeker at det i forhold til kliniske rapporter bare er et fåtall som viser til musikkterapeuters arbeid med språk rehabilitering. Til tross for at Melodic

Intonation Therapy er effektivt for mange pasienter, viser forskningsresultater at det ikke kan erstatte annen behandling, men fungerer godt som en tilleggsbehandling (Lowey 2004).

2.2.3 Sangskrivning

For hjerneslagrammede oppstår en dramatisk endring på kort tid og flere føler de gjennomgår store tap i livet (Baker, Kennely og Tamplin 2005). Dette kan blant annet være tap av en spesiell rolle i familien eller vennekretsen, fysiske tap, tap av kontroll, fremtidsdrømmer og muligheten til å delta i et aktivt miljø. Samtidig gjør hjerneslag mange avhengige av hjelp utenifra (ibid.). Baker et al. (2005) har brukt sangskrivning som en musikkterapeutisk teknikk for å hjelpe pasientene til å sette ord på egne følelser og tanker. De har analysert 82 tekster skrevet av hjerneslagsrammede og kommet frem til at tekstene ofte handler om pasientens tilpassning til sin nye tilværelse. Dette være seg isolasjon, hjelpeløshet, smerte overfor sykehusoppholdet og fremtidig usikkerhet (Baker, Kennely og Tamplin 2005). I forhold til hjerneslagsrammede med kommunikative skader har Baker et al. (2005) hatt lange diskusjoner med pasienten for å få innblikk i ressurs og tidsramme, da språkrammede ofte utmattes fort. Baker, Wigram og Gold (2004) har i sin forskning kommet frem til at pasientgruppens tretthet økte i løpet av de neste 40-50 minuttene og at det derfor var gunstig med kortere, og heller oftere timer.

Wheeler, Shiflett og Nayak (2003) har sett på tidligere studier om musikkterapi med mennesker rammet av hjerneslag, og kommet frem til at det ikke har blitt forsket på hvorvidt gruppe- eller individuell terapi er det mest ideelle for pasienten. Samtidig savnet de forskning som så på hvor mange timer med musikkterapi som ga best resultat. Wheeler et al. (2003) konkluderte denne forskningen med at antall timer og hvorvidt klientene deltok i individuell- eller gruppemusikkterapi hadde minimal påvirkning på humøret. Likevel viste forskningsresultatene en liten forbedring i humøret registrert av familiemedlemmer etter 24 timer. I samme undersøkelsen fant de ut at antall timer samt gruppeterapi hadde en sosial innvirkning, mens individuell musikkterapi ga liten signifikant forskjell (ibid.).

2.3 Musikk og avspenning

Musikk som avspenning er et felt hvor det meste av musikkterapi teorien er sentrert rundt behandling av mennesker med progressive lidelser og er ikke spesifikt for pasienter med afasi. Progressive lidelser kan være sykdommer som ”*Parkinson’s Disease, Multiple Sclerosis, Huntington Disease or Motor Neurone Disease* ” (Jochims 2004). Bjellånes (1998) har sett på avspenning i forhold til fibromyalgi, hvor tolv kvinner i alderen 20-65 år med diagnosen fibromyalgi fikk delta i forskningsprosjektet. *Musikk og avspenning som helsefaktorer for mennesker med fibromyalgi*, var ledet av musikkviteren Nina Bjellånes og fysioterapeuten Cecilie Brewer. Målsettingen for prosjektet var å bedre livskvaliteten for de fibromyalgidiagnostiserte kvinnene ved å gi dem et verktøy til mestring av sykdommen, et verktøy som de kunne bruke i hverdagslivet (Bjellånes 1998). Ved å sette musikken til den autogene treningen (ATM) håpet forskerne å oppnå en utdypet avspenning (ibid.). Tilbakemeldingene fra deltakerne etter endt avspenningskurs, var at de følte mindre smerte under og etter trening, de sov bedre om natten og hadde mer overskudd om dagen (ibid.). Flere av kvinnene opplevde også økt selvtillit og bedre selvfølelse noe som gjorde dem mer aktive både fysisk og sosialt (Bjellånes 1998).

En av intervensjonsmetodene som ble benyttet i den autogene treningen med musikk (ATM) var *holding*, hvor Bjellånes (1998) sammenligner egenskapen med de egenskapene vi finner i Bonny Method of Guided Imagery Music (BMGIM). Hensikten med BMGIM metoden er å utløse mentale bilder, symboler og dype følelser ved å lytte til musikk samtidig som man befinner seg i en avslappet tilstand. En GIM terapeut jobber med klientene mellom 1-2.5 timer og dette fører til at terapien går inn på dypere opplevelsensnivå enn *holding* og reseptiv musikkterapi. *Holding* bygger på målsettinger om å holde klientene i en stemning (Bjellånes 1998), og på samme måte jobber man med reseptiv musikkterapi, slik Grocke og Wigram (2007) fremstiller det. Et annet likhetstrekk mellom *holding* og reseptiv musikkterapi er at musikken har en begrenset tematisk og strukturell utvikling og få eller ingen brå dynamiske utslag (Bjellånes 1998 og Grocke og Wigram 2007).

Holdninger, livsorienteringer, verdier og væremåte er i følge Ruud (2002) årsaker til at mennesker reserverer seg fra andre musikkformer enn de vi liker og aksepterer.

Musikken forankrer oss i situasjoner hvor nær relasjon til andre gir oss den grunnleggende tilliten som er nødvendig for å våge å prøve ut vår nyoppdagede individualitet. Samtidig gir musikken rom for opplevelser av mestring, av å stole på egne ferdigheter og handlemuligheter (Ruud 2002:67).

I forhold til hvordan musikken påvirker oss mennesker både i handlinger og følelser viser Ruud til nevropsykologen Antonio Damasio som skiller mellom *emosjoner* og *følelser*. Emosjonsbegrepet representerer de endringene som skjer i hjernen og kroppen mens følelsesbegrepet står for persepsjonen av disse endringene. Slik Ruud så fremstiller det handler musikken i stor grad om å stimulere og utløse følelser, et viktig argument for musikkens viktighet i henhold til identitetsbygging (Ruud 2002). Musikken har også en stor plass i vår kultur og representerer ulike følelsesnyanser, hvor følelsene i følge Ruud (2002) er et system som forteller oss hvor vi befinner oss overfor oss selv og andre. Videre vektlegger Ruud at *Musikken blir en arena hvor man kan presentere seg selv og sin egenart på en positiv måte, og slik oppnå respekt for sin annerledeshet* (ibid.:165).

2.4 Reseptiv musikkterapi

Reseptiv musikkterapi er en overordnet musikkterapikategori som står i kontrast til aktiv musikkterapi. Denne overordnede musikkterapikategorien omhandler lytting til musikk i musikkterapi. Grocke og Wigram (2007) viser til en del av den allmenne forståelsen av reseptiv musikkterapi hvor:

Attitudes to using receptive methods to promote therapeutic change and development vary within countries, and particularly between countries. -Receptive music encompasses techniques in which the client is a recipient of the music experience, as distinct from being an active music maker (ibid.:15).

En av grenene til reseptiv musikkterapi er BMGIM (Bonny Method of Guided Imagery Music) (Grocke og Wigram 2007), hvor man med en tre trinns videreutdanning over flere år jobber med musikklytting på en psykodynamisk måte. I motsetning til BMGIM hvor man må

ha denne videreutdanningen for å jobbe slik, kan enhver musikkterapeut bruke reseptiv musikkterapi i behandling (Grocke og Wigram 2007).

Underveis i undersøkelsen har jeg ikke klart å finne litteratur som omhandler bruk av reseptiv musikkterapi med afasipasienter. Ved forskning på afasipasienter har man gjennomgående hatt fokus på humørendringer og språk rehabilitering. Til tross for mangelen på dokumentert arbeid innenfor reseptiv musikkterapi med afasipasienter valgte jeg å undersøke bruken av en reseptiv arbeidsteknikk på grunn av ønsket om å hjelpe pasientene til å slappe av. Av tidligere erfaring har jeg sett at afasi kan bidra til mye frustrasjon, spenninger og smerter, og ville derfor prøve å finne en arbeidsform som kunne bidra til å redusere disse følelsene. Grocke og Wigram (2007) viser til flere musikkterapeuters erfaringer på hvordan reseptiv musikkterapi kan brukes som avspenning i medisinsk setting. Avspenningen kan blant annet redusere stress og spenninger, frykt for en medisinsk prosedyre, lette smerteintensiteten og regulere pusten hos pasientene (Grocke og Wigram 2007). I tillegg påpeker de at det er viktig at reseptiv musikkterapi pågår i et godt miljø, hvor elementer som komfort, lysstyrke, ro og musikkvolum er avgjørende for om pasienten slapper av eller ikke (Grocke/Wigram, 2007).

Hva er forskjellen på å lytte til musikk versus reseptiv musikkterapi? Hanne Mette Ridder forklarer musikklytting som *Avspilling av velkjent musikk for den enkelte person uten deltakelse av personale- eventuelt på fast tidspunkt* (Ridder 2002:61). Slik jeg forstår Ridder sitter den enkelte klient alene og lytter til den samme musikken, og da gjerne til fast tid. Samtidig fremstår musikklytting som noe selvstyrt og kan foregå blant annet hos publikum på konserter, og når enkeltpersoner lytter til egenvalgt innspilt musikk. Ved reseptiv musikkterapi styrer terapeuten musikken slik at klienten ikke må gå inn og ut av den avslappende situasjonen for å betjene CD- spilleren, samtidig som musikkterapeuten også gir en veiledning i hvordan pasienten kan slappe av underveis (Grocke og Wigram 2007).

Et av grunnlagene mine for valg av musikkterapeutisk arbeidsmåte bygger på klientens nonverbalitet med liten eller ingen forståelse. Reseptiv musikkterapi tilbyr en nonverbal erfaring hvor følelsene kommer i fokus uten å kreve vanskelige verbale forklaringer fra klienten (Grocke og Wigram 2007). Jeg har valgt å bruke Grocke og Wigram (2007) sin bok *Receptive Methods in Music Therapy* som utgangspunkt, med hovedvekt på *Receptive Methods and Relaxation for Adults* (Grocke og Wigram 2007:kapittel 3) da den gir en god innføring i avspenningsteknikker. Siden jeg var midt i utdanningen og har hatt liten erfaring

med reseptiv musikkterapi var det viktig å ha et godt teoretisk og praktisk-metodisk grunnlag å gå ut i fra.

Reseptiv musikkterapi slik det fremstilles i Grocke og Wigram (2007) er ikke direkte rettet mot hjerneslagspasienter, men etter å ha gått grundig gjennom boken har jeg plukket ut noen arbeidsmåter som jeg mener kan passe for min pasientgruppe. En av arbeidsteknikkene som er plukket ut og fokusert på, er bruken av stemmen. Grocke og Wigram legger også stor vekt på, dynamikk, fonetikk, tempo og tonen i stemmen (2007). *The most important skill in conducting a relaxation session is voice quality, which differs between a) placing a client in a relaxed state, and b) bringing the client out of a relaxed state* (Grocke og Wigram 2007:92). Med dette menes måten jeg snakker på under den reseptive veiledningen. Derfor har et av fokusene havnet på hvordan jeg bruker stemmen i de ulike reseptive fasene. Grocke og Wigram (2007) påpeker at tone og stemmeleie har betydelig innvirkning på effekten av ordene som sies, og at stemmen kan være med på å danne rammene rundt timen.

2.5 Oppsummering

Som dette kapittelet viser, har musikkterapeuter arbeidet med slagpasienter på ulike musikkterapeutiske måter, og da i stor grad med fokus på språkrehabilitering. Foruten språkrehabilitering, som vi finner både i forhold til MIT, Bruk av kjent sang og sangskrivning, har Wheeler, Shiflett og Nayak (2003) brukt musikkterapi med slagpasienter hvor de har fokusert på bevegelse og motoriske evner, noe som har vært viktig for meg under valget av musikkterapeutisk arbeidsteknikk og forskningsmetode. Bjellånes (2002) har jobbet med avspenning med fibromyalgidiagnostiserte kvinner, hvor musikken har vært med på å bidra til økt avspenning. Etter avspenningskurset har pasientene kunnet bruke musikken som et daglig verktøy til avspenning. Videre i oppgaven kommer jeg tilbake til denne teorien, da jeg ikke ønsker å gå inn i språkrehabilitering slik mange har gjort før meg. I stede ønsker jeg å se på afatikernes fysiske og psykiske ressurser, og bruke musikken som et hjelpemiddel i hverdagen.

3. Metode

Nedenfor gis en presentasjon av forskningsmetoden jeg har valgt i forbindelse med oppgaven, og begrunnelsen for valg av metode. I tillegg belyses samarbeidsprosjektet i forhold til arbeid med afasirammede på Haukeland sykehus, hvor denne oppgaven vil bli et pilotprosjekt til en større forskning. Videre presenteres de etiske prinsippene jeg har tatt hensyn til gjennom undersøkelsen, samt innsamlingen av empiri. Gjennomføringen av timene med reseptiv musikkterapi vil også bli nøye forklart i dette kapittelet.

3.1 Forskningsmetode

3.1.1 Kvalitativ instrumentell Kasusstudie

Jeg har valgt å gjennomføre en kasusstudie med to afasipasienter som får reseptiv musikkterapi, med fokuset på deres velbehag individuelt og om reseptiv musikkterapi kan dempe spenninger og stress i kroppen. Metoden jeg skal bruke i undersøkelsen er *Kvalitativ kasusstudie*. Kvalitativ forskning innebærer at deltakerens perspektiv blir forstått, samtidig som forskningsfokuset påvirkes av forskerens teoretiske ståsted og tidligere og erfaringer (Postholm 2005). På denne måten er det i følge Postholm *nær sammenheng mellom forskerens teoretiske ståsted og spørsmålene som blir stilt, metoden som blir valgt, og dermed måten materialet blir samlet inn, analysert og tolket på* (2005:17). Målet med undersøkelsen er å se om reseptiv musikkterapi kan være avspennende hos to afatikere. Selve studiet danner en instrumentell kasusstudie fordi jeg går nøyere inn på hvordan reseptiv musikkterapi avspenner. Undersøkelsen blir brukt som et verktøy for å finne svar på om reseptiv musikkterapi kan virke avspennende for disse to afasipasientene. Og jeg velger derfor metoden *kvalitativ instrumentell kasusstudie* (Postholm 2005 og Wheeler og Kenny 2005).

Empirien kan i flere tilfeller samles inn ved intervju, observasjon, audiovisuelle opptak, logg og studie av dokumenter og rapporter. Spørreskjema kan også benyttes under datainnsamlingen for så å bli presentert i tabeller, grafer og tall, hvor tilnærmingen blir eklektisk. Studienes varighet vil avhenge av aktiviteten og alle mulige informasjonskilder vil bli benyttet (Postholm 2005 og Wheeler og Kenny 2005). En beskrivende studie har til forskjell fra en fortolkende studie liten støtte i teori, men teorien kan likevel fungere som en

støtte til undersøkerens fokus for studiet. Ved studie av flere kasus pågår en tversgående analyse av kasusene hvor felles tema belyses (Postholm 2005).

3.1.2 Bundet system

På Haukeland sykehus har jeg hatt individuell musikkterapi med afasipasienter. Ved å studere fenomenet i sine naturlige omgivelser og gi en detaljert beskrivelse av han/henne i sin kontekst utføres en kasusstudie (Postholm 2005). Aldridge viser til faren ved at teorier forfalskes og mener den kan unngås på følgende måte “*In the creative arts we are looking for methods which say what happens when we do our therapy, and the reason for doing what we do*” (1996:113).

Dette setter visse rammer rundt kasusstudiet og tydeliggjør hvilke spørsmål som er viktig å stille seg overfor, i forhold til kasuset. For å kunne kalle kasusstudie forskning er det samtidig flere rammer som må settes. Wheeler og Kenny (2005) viser til Stakes teori om et bundet system (*boundede system*), hvor Stake mener at det ikke kan kalles *Case Study Research* uten at kasuset er bundet til tid og/eller sted (ibid.). På Haukeland sykehus har jeg vært bundet både i tid og i sted. Tidsrammen for min kvalitative kasusstudie var bundet til fem - ti timer i omtrent fem uker med reseptiv musikkterapi. I tillegg til å være bundet i tid har jeg også vært bundet til å ha musikkterapi på Haukeland sykehus med mennesker rammet av afasi. Begge kasus har vært på rehabiliteringsavdelingen.

3.1.3 Oppsummering

Et kasus består alltid av en klient, men en kasusstudie kan inneholde flere kasus hvis det er tjenelig for oppgaven (Wheeler og Kenny, 2005) Legges det frem flere kasus i en oppgave, altså kollektiv kasusstudie, er det viktig at et hvert kasus blir analysert og fremlagt individuelt (ibid.). I min oppgave presenteres to kasus som skilles i to kasuspresentasjoner for så å bli sammenlignet i diskusjonsdelen. For å klargjøre mitt fokus inneholder min undersøkelse to kasus. Studien brukes som et instrument for resultatet og den er bundet i tid og sted. Dermed kan jeg altså si at forskningsmetoden er en *kvalitativ instrumentell kollektiv kasusstudie*.

3.2 Begrunnelse og bakgrunn for valg av metode

Da praksisen og prosjektet startet på Haukeland sykehus i oktober 2007 ble det bestemt at undersøkelsen skulle ha en varighet på fem timer, hvor pasientene fikk reseptiv musikkterapi to-tre ganger i uken. Samtidig var intensjonen at pasientene skulle få fem timer hvor vi sang sanger som var kjent for pasientene, altså en *AB Crossover Design*. Dessverre viste det seg vanskeligere å rekruttere pasienter enn vi hadde forestilt oss, og derfor ble det samtidig vanskelig å gjennomføre en kvantitativ Crossover design. Med bare to aktuelle pasienter gikk jeg derfor bort fra denne ideen og bestemte meg for å gjøre undersøkelsen kvalitativ. Da en av pasientene allerede hadde underskrevet musikkterapikontrakten hvor det stod at han skulle få fem timer reseptiv musikkterapi, forholdt jeg meg til dette antallet med ham. Tidligere hadde samme pasienten allerede hatt fem timer musikkterapi med bruk av kjente sanger med undertegnede før metoden ble endret. På grunn av metodeendringen fikk den neste pasient samme antall musikkterapitimer (fem pluss fem), men da i form av ti timer reseptiv musikkterapi.

3.2.1 Haukelandprosjektet

Denne masteroppgaven er knyttet opp i mot et prosjekt på Haukeland sykehus. Prosjektet er ikke mer spesifisert enn at det skal omhandle musikkterapi med mennesker rammet av afasi. Forskningsstudie, som skal gå over flere år, skal gjennomføres av musikkterapeut Cochavit Elefant og Nevrolog Geir Olve Skeie, og min undersøkelse vil bli en pilotstudie i dette prosjektet. Parallelt med min undersøkelse deltok en annen musikkterapistudent (Hopland 2008) og en logopedistudent (Eskeland 2008) i teamet. Det vil også bli aktuelt å tilsette flere i forskningsteamet på et senere tidspunkt. De delene av prosjektet som ble formulert er blant annet det tverrfaglige samarbeidet, for med en logopedistudent i teamet ble det naturlig å samarbeide med de logopedene som er ansatt ved avdelingen.

Logopedene (inkludert logopedistudenten) hadde som oppgave å finne pasienter til musikkterapistudentene og sørge for at utvalget ble mest mulig tilfeldig. Samtidig som logopedene plukket ut deltakerne utførte logopedistudenten også Norsk Grunntest for Afasi pre og post musikkterapibehandlingen. Musikkterapien skulle være et tilleggs tilbud slik at ingen mistet noe av den ordinære behandlingen de hadde krav på ved avdelingen. I tillegg til de deltakerne som mottok musikkterapi skulle logopedene velge ut en kontrollgruppe som ikke mottok musikkterapibehandling, altså pasienter som bare mottok den ordinære

behandlingen de hadde krav på. Musikkterapibehandlingen har vært delt i to, hvor undertegnede og medstudent Hopland har jobbet med ulik teoretisk forankring. Mens Hoplands (2008) tema er *hvordan bruk av kjente sanger kan være en ressurs for pasienter med afasi*, fokuserer jeg på hvorvidt reseptiv musikkterapi kan virke avspennende på afatikerne.

Under prosjektet forsøkte vi å fordele arbeidskapasiteten på flere avdelinger innenfor neurologisk avdeling på Haukeland sykehus. Men fordi vi ønsket flere timer med hver pasient, ble det vanskelig å gjennomføre. Afasi etter hjerneslag har to hovedutfall. Det ene er at pasienten som rammes av afasi får tale tilbake etter omtrent to uker (Brockshire 2007), og det andre utfallet er at den afasirammede ikke bedres etter to uker og derfor går over i en rehabiliteringsfase. I rehabiliteringen får pasientene språkrehabilitering, fysisk opptrening hos fysioterapeut og aktivitet- og mestringstrening hos ergoterapeut. Selv om vi ønsket å følge opp pasienter på den neurologiske intensivavdelingen også, ble det vanskelig å gjennomføre fordi pasientene ble enten skrevet ut etter en uke eller to, eller flyttet til rehabiliteringsavdelingen. Derfor endte jeg opp med å bare ha pasienter som var under rehabilitering.

3.3 Etikk

Da jeg er knyttet opp til prosjektet ved Haukeland sykehus sammen med flere forskere, ble eventuelle godkjenninger ved forskningskomiteen godkjent i en samlet orden. I tillegg til godkjennelse fra forskningsetisk komité/datatilsynet har vi i prosjektet, det vil si Hopland, Eskeland og undertegnede, utarbeidet et pasientskriv (se vedlegg 2) som ble delt ut til deltakerne. Pasientskrivet presenterer prosjektet og informerer om taushetsplikt, så når deltakerne hadde fått innføring i skrivet og ønsket å delta på prosjektet, underskrev de og fikk utdelt en kopi av skrivet. For å unngå at pasientene ble påvirket eller følte seg presset til å få et ekstra behandlingstilbud når de ble spurt, ble det bestemt at leger og logopeder skulle henvise pasienter til musikkterapi. Godkjennesskjemaet ble så levert ut og informerte om når Eskeland og undertegnede hadde vårt første møte med hver pasient. Masteroppgaven vil gjennomføres med full anonymisering, noe pasientene ble informert om. Deltakeren ble samtidig godt informert om muligheten til å trekke seg fra prosjektet på et hvilket som helst tidspunkt.

3.4 Gjennomføring

I første omgang møtte jeg pasientene og nærmeste pårørende i et uformelt miljø. På dette møtet fikk de informasjon om opplegget og det ble bedt om godkjenning av materialbruk fra den enkelte pasient og pårørende (en del av pasientskrivet). Jeg ble kjent med pasientene og hvordan de kommuniserte med andre enn musikkterapeuten. Samtidig gav de meg informasjon om hvilken musikksmak og musikktilhørighet pasienten hadde før slaget. Pasienten fikk også informasjon om min egen praksis, masteroppgave og hvilke metode som ble benyttet i forbindelse med undersøkelsen. Når vi så var i gang med musikkterapi var det viktig å tenke på hva som var til det beste for klienten, hvor blant annet viktigheten med å ha en fast tid og et fast rom for terapien (Grocke og Wigram 2007) ble tatt hensyn til. På grunn av rommangelen på sykehuset var fast rom til tider en utfordring å gjennomføre. Reseptiv musikkterapi ble holdt på rommet til pasientene, hvis pasienten hadde enerom. I tilfeller hvor pasienten delte rom, gjennomførte vi musikkterapien på et behandlingsrom på avdelingen. Altså var det ikke gjennomførbart å ha et fast rom for musikkterapi da pasienten byttet rom flere ganger under rehabiliteringen.

For å gjøre opp for byttingen av rom var det desto viktigere å tilrettelegge rommet slik at det ikke ble distraherende for gjennomføringen (Grocke og Wigram 2007). Klienten fikk selv velge stol på behandlingsrommet, eller fikk valget mellom å ligge i sengen eller sitte i en stol på pasientrommet. Hver time hadde en varighet på 30-45 minutter (Ridder 2002), hvor første time ble brukt til kartlegging av klientens ressurser og interesser. Døren ble merket med teksten *opptatt*, for å unngå forstyrrelser (Grocke og Wigram 2007).

Jeg har valgt å dele reseptiv musikkterapi inn i fire deler;

- 1. Innledning*
- 2. Avspenning (inneholder veiledning og lytting)*
- 3. Avrundning*
- 4. Samtale*

I innledningen [1] fikk klienten forklaring i hvordan vi skulle gå frem mens vi lyttet. Og ble samtidig fortalt at metode skulle hjelpe pasienten til å slappe av og ta en pause fra tanker og mas. Pasienten fikk også en beskrivelse av hvordan han ville bli veiledet underveis ved hjelp av ulike avslappingsbeskrivelser. Pasienten fikk så innta en stilling som føltes komfortabel, slakke på ting som strammet (slips, sko, belte og lignende), og ble fortalt at han kunne lukke

øynene når han var klar for det. Taklyset kan i noen tilfeller være sjenerende, og derfor forhørte jeg meg med pasienten om lyset skulle være av eller på. Så startet musikken, og vi gikk over til avspenningsdelen [2].

Mens musikken spilte foreslo jeg for klienten hva han kunne tenke på og at det var viktig å ha kontakt med pusten. Mens jeg med ord veiledende beveget meg gjennom kroppen, fra topp til tå, var det viktig å ta gode pauser mellom hvert trinn. Pausene ble lagt inn for å unngå følelsen av stress og å fremheve avspenningen (Grocke og Wigram 2007). I tillegg til pausene, ble den samme kroppsdelen gjentatt flere ganger, i tilfelle pasienten hadde vanskeligheter med å oppfatte, ikke forstod eller glemte trinnet. Når vi nærmet oss slutten av avspenningsprogrammet, og avrundingen [3] begynte, ble pasienten fortalt at musikken nærmet seg slutten. Pasienten fikk så beskjed om å huske følelsen av hvordan det var å være i denne avslappede situasjonen og gradvis slippe taket (Grocke og Wigram 2007). Så forberedte vi kroppen på bevegelser og åpnet opp for lydene inni rommet og utenfor, før jeg avrundet med å la klienten åpne øynene når han var klar for det. Når siste musikkstykke var avsluttet forhørte [4] jeg meg om hvordan klienten hadde det *nå*, og hvordan det var å delta i reseptiv musikkterapi denne dagen.

3.5 Empiri

Nedenfor vil jeg vise til hvordan empirien har blitt samlet inn ved undersøkelsen på Haukeland sykehus. Empirien til oppgaven er samlet inn i løpet av vinteren 2007/2008. Det empiriske materialet jeg har som utgangspunkt for mine resultater er *deltakende observasjon* som også inkluderer små mengder av videomateriale, *logg* og *graderingsskjema*. Jeg har videofilmet noen få timer med pasientene og siden videoene bare representerer et tilfeldig utvalg av timene, også med ulikt antall i forhold til pasientene, vil jeg ikke gjennomføre noen mikroanalyse av dem. I stede er videomaterialet brukt som en visuell hjelp under gjennomgangen av observasjonsnotatene. Da videomaterialet bare blir et supplement til observasjonen og loggen, refereres det ikke til video videre i teksten. Fra hver time er det skrevet detaljert logg, og observasjoner etter hvert møte med pasientene er også gjennomført skriftlig. Pre og post hver time ble pasienten stilt spørsmål om hvordan de følte seg og hva de syntes om musikkterapien. Svarene ble plassert inn i graderingsskjema og hvert kasus analyseres hver for seg. Mot slutten av teksten vil jeg også se kasusene i forhold til hverandre,

for å se om det har vært noen utvikling underveis. Empirien som fremkommer av spørsmålene vil gi meg svar på hvorvidt reseptiv musikkterapi har hatt avspennende effekt på pasientene.

3.5.1 Graderingsskjema

Rustøen og Stubbhaug (2004) har skrevet om smerter, og ulike måter å jobbe på for å dempe smerter. De skriver i likhet med Dileo (1999) om hvordan bruken av graderingsskjema har gjort det lettere å måle smerter uten å gå til anskaffelse av hjertemonitorer og andre medisinske apparater. *Brief Pain Inventory* (Dileo 1999 og Rustøen og Stubbhaug 2004), er et graderingsskjema hvor pasientene krysser av på en skala fra en til ti hvor mye smerte de føler. Andre skjema er ansiktsskala med ulike følelsesuttrykk (*Visual Analogue Scale*), hvor pasientene kan krysse av for det uttrykket som passer dem og kroppskart der pasientene krysser av for hvor på kroppen de føler smerte. Dette er viktig teori for min bruk av graderingsskjema.

Dileo (1999) bruker også graderingsskjema i sitt arbeid med barn og eldre. I hennes behandling har hun fokusert på farger i forhold til smerte og kommet frem til at barn oftest velger fargen rød som et symbol på intens smerte når de får fargelegge tegningen av en barnekropp. I forbindelse med egenpraksis og studie på Haukeland sykehus har jeg laget et graderingsskjema (se vedlegg 3 og 4) som er tilpasset afatikere. Dette skjemaet har tre spørsmål pre musikkterapi og tre spørsmål post musikkterapi som skal gi en indikasjon på hvordan pasienten har det her og nå. For at hvert spørsmål skal fremstå mest mulig tydelig har jeg tatt utgangspunkt i at graderingsskjemaet skal stimulere det auditive ved å lese spørsmålet, det visuelle ved hjelp av farger, tall, endring i størrelse (krokodille gap <) og spørsmålet i skrevet tekst. Samtidig med dette pekte jeg på skjemaet mens spørsmålet stiltes. Spørsmålene var:

Pre musikkterapi med Erik	Pre musikkterapi med Tor
1. Er du klar for musikk?	1. Har du sovet godt?
2. Hvordan har du det i dag?	2. Hvordan har du det?
3. Har du hatt mye å gjøre?	3. Har du vondt noe sted?

Post musikkterapi med Erik	Post musikkterapi med Tor
4. Hvordan har du det nå?	4. Hvordan har du det nå?
5. Likte du musikken?	5. Likte du musikken?
6. Forstår du sangtekstene? (ulike sanger)	6. Har du vondt noe sted?

For hvert spørsmål ble pasienten bedt om å merke av på graderingsskjemaet:

Eksempel: *På en skala fra 1-5 hvor vondt har du?*

1 er smertefri – 5 er veldig vondt

For å være sikker på at afasipasientene forstod graderingsskjemaet best mulig ble enkle og korte spørsmål stilt, sammen med tydelig gestikulering. Jeg valgte å bruke graderingsskjemaet med afasipasienter fordi de med denne diagnosen har vanskelig for å uttrykke seg verbalt om hvordan de føler seg og hvordan de har det. For noen afatikere kan det være problematisk å skrive eller lese på grunn av apraxia (motoriske vansker) eller nedsatt språkforståelse som oppstår i forbindelse med afasien. Dermed ble graderingsskjemaet brukt, hvor skalaene gir et godt visuelt bilde og ikke krever skriftlige svar. Skjemaene ble brukt i begynnelsen og avslutningen av hver time.

3.5.2 Deltakende observasjon

Videre vises hvordan man kan observere i feltet og hvordan jeg har observert i forhold til min undersøkelse på Haukeland sykehus. Ifølge Postholm (2005) kan forskere innta ulike roller i forskningsprosessen og hun viser i denne sammenhengen til Golds inndeling av naturalistisk observasjon; *Fullstendig deltaker, deltaker som observatør, observatør som deltaker og fullstendig observatør* (Postholm 2005:64) Som forsker bør man derfor på forhånd tenke nøye igjennom sin rolle og plassering i situasjonen (Postholm 2005). Min undersøkelse er resultater fra den egenpraksisen som jeg hadde på Haukeland sykehus, hvor rollen var fullstendig deltaker. På grunn av min deltakelse i aktivitetene ble det naturlig å notere ned observasjonene etter timen. Et feltnotat bør ikke oppfattes som en objektiv beskrivelse av hendelsesforløpet (Postholm 2005). Derimot er notatet et resultat av de utvelgelsene som ble gjort i løpet av observasjonen. Notatet ble også påvirket av min teoretiske bakgrunn samt de erfaringer jeg hadde med inn i praksisen (ibid.). I observasjonene har jeg måttet benytte både hørsel, følelser, syn og lukt, og disse inntrykkene har påvirket min opplevelse (ibid.). Utover observasjonsforløpet har undersøkelsen derfor fått et snevrere fokus, noe som igjen har gjort

undersøkelsen tydeligere (ibid.). Min deltakende observasjon og mitt undersøkelsessyn vil derfor kunne inneholde subjektive tolkninger.

3.6 Oppsummering

Ovenfor har jeg vist til hvilken forskningsmetode som ble benyttet i forhold til min studie som er en *kvalitativ instrumentell kollektiv kasusstudie*. Gjennomføringen av musikkterapitimene ved bruk av reseptiv musikkterapi, samt de etiske aspektene rundt prosjektet på Haukeland sykehus har også blitt belyst i dette kapitlet. I kommende kapittel presenteres to kasus som er tilknyttet den kvalitative undersøkelsen og gjennomføre en analyse av de resultater som har kommet frem til gjennom den empiriske innsamlingen.

4. Kasus og Resultat: Erik

Nedenfor presenterer jeg to kasus hvor navn og alder er endret for å anonymisere undersøkelsesdeltakerne. Dette er to afasipasienter som jeg har jobbet med i forbindelse med egenpraksisen til masteroppgaven. Felles for kasusene er at de begge har afasi, har vært gjennom rehabilitering på Haukeland sykehus og mottatt musikkterapi som tilleggsbehandling. Begge pasientene har blitt testet pre- og post med Norsk Grunntest for Afasi av logopedistudent Eskeland, som er tilknyttet samme prosjekt som meg (se kapittel 3.1.1).

4.1 Erik

Erik er en blid og imøtekommende middelaldrende mann, som har fått afasi med venstresidig fremre skade som følge av hjerneslag. Pasienten har taleapraxi som er motoriske vansker som forårsaker artikulasjonsfeil. Da han ble testet av logopedistudenten pre musikkterapiforløpet, skåret han svært lavt (afasikoeffisient 65, ord per minutt 17 og ytringslengde 2,2) (Eskelang 2008). Erik har også redusert språk på grunn av afasien, og han føler til stadighet at han kommer til kort når han prøver å si noe. Han har samtidig god forståelse av det som blir sagt når man bare tar seg god tid og snakker sakte. Erik har samtidig vanskelig for å innse sitt rehabiliterende opphold og nevner ved flere anledninger at han snart skal reise hjem. Fysisk fungerer han godt, med unntak av den venstre hånd, hvor han sliter med stivhet og smerter. Han kikker i ukeblader og aviser, og hører på radio når han er alene på rommet. Ut i fra de aktivitetene Erik valgte å gjøre på egenhånd kan det virke som om forståelsen var god. Men til tross for at han kikker i ukeblad og aviser har Erik nedsatt objektiv forståelse når det blant annet kommer til virkelighetsfølelsen i forhold til subjektive forhold, og allmenngyldige verdier. Han har også vanskeligheter med å være saklig og partisk i kommunikasjon med andre.

Erik er bekymret for sin mor som ligger på det siste, men sier han har en fin familie hjemme som støtter ham. Han forteller også at han før hjerneslaget hadde to boenheter som han pendlet mellom i forbindelse med jobb, men han snakker ikke om jobben sin. Erik identifiserer seg ikke med klassisk musikk og ønsker derfor ikke å høre på den slags. Før slaget hørte han mye på viser med morsom tekst, disse kunne være både på norsk, engelsk og svensk. Han var spesielt glad i Vamp, Salhusvinskvetten, Evert Taube, Cornelis Vreeswijk og

Bjørn Eidsvåg. De visesangene han hadde hørt på tidligere var med rask rytme, og svingende musikk. Jeg ville derfor innføre musikk som hadde et roligere tempo, og en mer forutsigbar struktur. Samtidig er teksten veldig viktig for Erik, og jeg fant derfor frem til en rekke rolige sanger med tekst. I tillegg til rolige sanger med tekst presenterte jeg pasienten for rolig skotsk og irsk instrumentalmusikk, samt musikk med lyder fra naturen. Denne musikken ønsket han gjerne å høre igjen, da den fikk han til å slappe av.

4.2 Gjennomføring av Eriks timer

Erik ønsket å ha lange timer med musikkterapi, og dette var et ønske jeg kunne oppfylle. For at Erik ikke skulle bli helt utslitt samtidig som han skulle få lang time ble det i samråd med ham bestemt at vi skulle holde på i 45 minutter. Musikkterapien ble holdt to til tre ganger i uken alt etter hvor mye han hadde på timeplanen utenom (logoped, ergo- og fysio terapi). I begynnelsen av hver time fortalte Erik meg hvordan han hadde hatt det siden sist og hvordan han hadde det ”akkurat nå”. Også på slutten av hver time sa Erik litt om hvordan han opplevde musikkterapien denne dagen, om han likte musikken vi brukte og om han hadde ønsker for hva vi skulle spille neste gang. For å tydeliggjøre spørsmålene, ble graderingsskjemaet (se vedlegg 3) brukt før og etter den reseptive delen. Ved at Erik kunne peke på skjemaet når han svarte, ble ikke språket den eneste kommunikasjonsmåten. Selve hoveddelen av timen var reseptiv musikkterapi, for å hjelpe pasienten til å slappe av. I denne delen brukte jeg CD-spillere som verktøy for å spille av musikk fra CDer. Spillere var plassert rett mot Erik slik at lyden skulle bli jevnt fordelt i rommet ut i rommet med ham som senterpunkt. Jeg spilte en sang av gangen og fortalte mellom hver sang hva som kom etterpå, både for å fylle tomrommet i Cd-skiftet og for å forberede Erik. Puter og pledd ble også tilbudt for å støtte opp og hjelpe klienten til å holde varmen, da kroppstemperaturen ofte synker når pusten går saktere (Grocke og Wigram 2007). Samtidig bidrar det til at klienten ligger/sitter komfortabelt.

Det var en utfordring å bli kjent med Eriks musikksmak da han hadde vanskelig for å uttrykke seg verbalt. Derfor brukte jeg første timen på å spørre han spørsmål som; *Liker du jazzmusikk? Pleier du å høre på Blues musikk? Er du glad i klassisk musikk?*, og lignende. For hvert spørsmål som ble stilt fikk Erik god tid til å tenke igjennom spørsmålet og til å komme med svar. Når vi på den måten kom frem til hvilken sjanger han hørte mest på fortsatte jeg med samme type spørsmål for å blant annet komme frem til hvilke artister han

likte. Ut i fra denne informasjonen hørte jeg gjennom musikk for å finne noe som passet til Eriks beskrivelser. Når vi igjen møttes til musikkterapi spilte jeg musikken av på CD, og vektla Eriks reaksjoner i forhold til den. Han ble for eksempel spurt om musikken gjorde ham rolig eller stresset, om han hadde hørt den før og om han ville høre den igjen. Slik kom jeg frem til hvilken musikk vi skulle bruke i musikkterapien. Til hver time var det nye musikkforslag som Erik bestemte om vi skulle høre igjen eller stryke fra listen. Noen av de sangene som ble spilt av i timene med Erik var;

Eva Cassidy	<i>Fields of Gold,</i>	4:42
	<i>Over the Rainbows</i>	4:59
Cornelis Vreeswijk	<i>Historien om Fredrik Åkare och den söta Frøken Cecilia Lind</i>	3:15
Bruce Springsteen	<i>Secret garden</i>	4:25
Dawn Dans, Alisdair Fraser	<i>Sally mo gradh</i>	3:31
	<i>Pamela Rose Grant</i>	4:03
	<i>Theme for Scotland</i>	4:04
Gisle Børge Styve	<i>Bartenderblues</i>	5:20
Salhus Vinskvetten	<i>Fergebillettøren</i>	4:52
	<i>Bestefar</i>	4:23
Evert Taube	<i>Brevet från Lillan</i>	2:52
Vamp	<i>Tir'na noir</i>	4:30
	<i>Siste stikk</i>	3:08
	<i>Loffaren</i>	2:51
Lillebjørn Nilsen	<i>Blues for Katrine</i>	3:18

Ovenfor er et lite utvalg av musikken som ble spilt for Erik i musikkterapi. Utgangspunktet var å velge musikk uten tekst til reseptiv musikkterapi, men da Erik gav uttrykk for at sangtekstene var viktig for han ble det bestemt at sanger med tekst også kunne inngå i rammene rundt reseptiv musikkterapi. De utvalgte sangene var legato, med jevn dynamikk, rytme og tempo, og en forutsigbar struktur. Grunnen til musikkvalget med en forutsigbar struktur var for å unngå skarpe, skremmende og ubehaglige forandringer i musikken. Slike strukturelle endringer kunne være med på å redusere den avspennende effekten (Grocke og Wigram 2007) som var målet å oppnå med reseptiv musikkterapi. Siden mye av musikken som ble spilt av i reseptiv musikkterapi hadde tekst fikk Erik mindre veiledning enn på

sangene uten tekst. Fokuset ble avspenning og pust i tekstpausene på sangene, og jeg lot Erik selv kjenne på den veiledningen han hadde fått samtidig som han lyttet til teksten.

Den siste delen av timen hvor vi samtale om hvordan det hadde vært å ha musikkterapi denne dagen, bestemte Erik selv om han ville komme tilbake til musikkterapi eller ikke. Noen ganger var han usikker på om han fortsatt var innlagt den datoen vi avtalte. Likevel avtalte vi en ny time og han ble forsikret om at jeg kom for å se etter han uansett. Hvis han fortsatt var der skulle vi ha musikkterapi og hvis han var skrevet ut var også dette greit. Etter slike timer med usikkerhet forhørte jeg meg med sykepleierne om hvilken dato han skulle skrives ut slik at jeg var forberedt til kommende time. Til siste time laget jeg en CD med de sangene vi hadde brukt mest i musikkterapien, CD'en inneholdt for øvrig noe av den samme musikken som i listen ovenfor. Erik fikk forklaring på at han kunne lytte til musikken alene eller sammen med familien og at det kunne fungere som en felles aktivitet i stede for å snakke, da snakking kan kreve mye energi fra en afatiker.

4.3 Observasjoner

Erik var svært villig til å delta på prosjektet, men ga klar beskjed om at han ikke ønsket å synge. Den første timen virket han skeptisk og når vi begynte musikkterapien kunne jeg se at han var anspent. Han satt litt krøkket på sengen med skoene på. Da jeg spurte han om musikksmak, hadde han vanskelig for å svare og derfor måtte jeg som nevnt ovenfor spørre han ut for å komme frem til svaret. I noen tilfeller er det bra å dempe belysningen da ofte taklys eller annen belysning kan virke sjenerende på pasienten, men Erik ville ha full belysning i rommet når vi hadde musikkterapi. De ganger jeg forsøkte å dempe belysningen gikk han og slo lyset på igjen, så deretter beholdt vi full belysning. Han fortsatte også å ha skoene på i musikkterapien selv om han lå på sengen. Det at skoene var på gjorde han mindre mobil når han byttet liggestilling i sengen.

Under reseptiv musikkterapi var Erik anspent og stiv i begynnelsen av de første timene, men etter hvert som han lærte seg rammene for musikkterapien slappet han mer av. Han la seg bedre til rette i sengen og lukke øynene oftere enn før. Han snakket også mye underveis i veiledningen, svarte ofte på mine oppfordringer om å slappe godt av i for eksempel armene. ”Ja”, kunne han svare, men det virket som han mistet fokuset på musikken innimellom av mine oppfordringer. Etter å ha observert hans reaksjon på oppfordringene bestemte jeg meg

for å si mindre, og oppfordringene som ble gitt var spesielt rettet mot pusten. Ved å inntone stemmen min når jeg snakket, ble ikke stemmen oppfattet som brå og uønsket. Etter hvert som det ble sagt mindre virket Erik mer tilfreds og avslappet, men han mistet fortsatt lett konsentrasjonen ved bytte av sang. Derfor ble tiden mellom sangene brukt til å oppfordre han i å holde på den avslappende følelsen og å fokusere på å puste jevnt og rolig. Samtidig som han ble fortalt hvilken sang som skulle komme. Ofte kommenterte han sangene underveis, med uoppfordrede kommentarer som; ”-Ja, den var bra”, ” -fin den, -ja”, ”- den likte eg” (fra logg 12.02.2008).

Timene begynte ofte med at han satt på sengen, men han la seg mer og mer til rette i sengen etter hvert som oppfordringene om å slappe av i de ulike kroppsdeler ble gitt. *Når jeg oppfordrer han til hva han kan tenke på, svarer han ”ja”, og beveger de delene av kroppen som jeg har påpekt. Dette resulterer i at han skifter liggestilling flere ganger* (fra logg 23.01.08). I andre delen av timen, når vi hørte på sanger som var kjent for Erik ”trampet” han ofte takten med føttene (han lå fortsatt i sengen). Han var veldig opptatt av teksten i sangen og sa ofte; *den var god*. Noen ganger var jeg ikke like heldig med musikkvalget og merket det både ved at Erik tok seg til hånden og masserte den, og at han kikket på klokken og/eller ut av vinduet. Da musikken stoppet fikk han spørsmål om vi skulle høre mer på den eller legge den bort? ”*Nei, dette vart litt rotete*” (fra logg 04.02.08), kunne ha blant annet svare da. Han svarte fint på spørsmålene, og noen ganger svarte han før jeg rakk å stille spørsmålet, som når han sa: ”*Eva Cassidy var min greie, ho kan vi høyre igjen*” (fra logg 31.01.08)

4.4 Eriks Resultat fra Graderingsskjema

Nedenfor er resultatene fra Eriks graderingsskjema ført inn i en tabell som viser besvarelsene systematisk fra time til time. Svaralternativene er som nevnt tidligere (se kapittel 3.5.1) fra en til fem hvor en er lite/dårlig og fem er mye/svært bra.

Pre-musikkterapi	Time 1	Time 2	Time 3	Time 4	Time 5	Time 6
1. Er du klar for musikk?	5	5	5	5	5	2
2. Hvordan har du det i dag?	3	4	3	4	3	3
3. Har du hatt mye å gjøre?	5	4	4	5	5	5
Post-musikkterapi	Time 1	Time 2	Time 3	Time 4	Time 5	Time 6
4. Hvordan har du det nå?	5	5	5	4	5	5
5. Likte du musikken?	4	5	4	$\frac{3}{4}$	5	5
5. Forstår du sangtekstene	3	5	4	3	5	5

Ved å lese tabellen kan en jevn flyt sees i resultatene, men med noen avvik. Time 6, spørsmål 1 viser at han denne dagen var lite klar for musikk. Slik jeg ser det kan dette ha flere årsaker; en av grunnene kan være at han gruer seg fordi det er siste timen med musikkterapi. En annen årsak kan være at han er sliten etter en lang dag. Han sier selv at han har hatt mye på programmet, og at mange gjør det samme uten å fortelle han noen ting, her snakker han om logopeder, ergo- og fysioterapeuter (fra logg 13.02.2008). Samtidig har han flere ganger før hatt et tett opplegg før musikkterapien, og undrer meg derfor på om en grunn til at han ikke var klar for musikk, var på grunn av at han hadde byttet rom. Frem til det siste døgnet hadde Erik enerom, men ble så flyttet inn på et annet rom hvor det også bodde en annen mann. På spørsmål 2 viser det seg igjen et jevnt forløp i musikkterapien. Her veksler svarene mellom 3 og 4, men svaret befinner seg likevel i samme området av skalaen, en endring som fremstår som ganske normal i forhold til dagsformen. Samme jevnheten viser seg også i spørsmål 3, og stemmer godt overens med de mange behandlingsaktivitetene han er satt opp på i løpet av en dag.

Første spørsmål post- musikkterapi ”Hvordan har du det nå?” (spørsmål 4) viser også til det jevne forløpet og ligger høyt på skjemaet. For meg viser dette at han liker å være i musikkterapi og at det øker velbehaget. Verdiene har steget fra ”Hvordan har du det i dag?” hvor han ligger på 3 og 4 i skjemaet, til 4 og 5 på ”hvordan har du det nå?”. Time 4 viser et

avvik fra de andre svarene, og dette skyldes nok mitt valg av musikk, som ikke falt i smak hos Erik. I denne timen hadde jeg valgt to låter av Øystein Sunde hvor både tekst og melodi gikk raskt. Erik viste tydelig med kroppen at han følte ubehag. Han ble urolig i kroppen, så på klokken, så ut av vinduet og begynte å masere seg på den vonde hånden. Når jeg så denne reaksjonene skrudde jeg av musikken og han kommenterte at det var litt rotete. Da fikk jeg erfare at teksten gikk for raskt for hans svekkede språkforståelse forårsaket av afasi.

Avviket fra skjemaet ser vi igjen på de to neste spørsmålene, 5 og 6, hvor hans svar går ned fra 4 og 5 til $\frac{3}{4}$ på spørsmålet "*likte du musikken?*", og fra 4 og 5 til 3 på "*forstår du sangteksten?*". Resultatene på dette spørsmålet har ikke vært like jevne som på de andre spørsmålene da han også den første timen svaret 3 på spørsmålet om forståelsen av tekst. Men ser vi det i forhold til resultatene senere i musikkterapiforløpet, kan dette muligens komme av at han har forbedret ordforståelsen siden hjerneslaget. Det kan også være at han har blitt tryggere på rammene rundt musikkterapien og/eller at han har likt musikken jeg etter hvert har valgt ut bedre.

5. Kasus og Resultat: Tor

Nedenfor vil jeg på samme måte som i kapittelet ovenfor vise til et kasus, gjennomføring og resultater. Som nevnt har pasienten i kasuset nedenfor vært pasient i egenpraksisen til masteroppgaven. Denne pasienten har også afasi, vært gjennom rehabilitering på Haukeland sykehus, mottatt musikkterapi som tilleggsbehandling, samt testet med Norsk Grunntest for afasi pre- og post musikkterapiforløpet. Under musikkterapibehandlingen brukte jeg flere musikkterapeutiske arbeidsformer, noe som innimellom kan leses ut av kasusbeskrivelsene. De delene som fremstår fra en annen arbeidsform er tatt med for å opprettholde helheten i musikkterapifremstillingen. I oppgaven ellers har jeg valgt å fokusere på den reseptive delen av egenpraksisen.

5.1 Tor

Tor er en eldre mann som etter et hjerneslag har fått afasi med en venstresidig frontal skade på grunn av hjerneblødning etter fall (se kapittel 2.1.1). Samtidig snakker han som om det er en bakre skade. Han har gjennomgått en test hos logopedidstudenten hvor han skårer svært lavt (afasikoeffisient 11, ord per minutt 37, ytringslengde: ikke målbart) (Eskeland 2008). Tor snakker mye, men ordene er uforståelige, dette kalles sjargongtale fordi de ordene han sier ikke gir mening. Han er veldig positiv til enhver tid, er klar, men likevel har han vanskeligheter med å forstå at han har sjargongtale, da de for ham høres de riktige ut. Noen av de ordene han ofte gjentar i talen er; ”fa-fe-fi-fo”, Tor har derfor en veldig spesiell tale vad at han snakker så mye i stavelser. Han har også liten forståelse for hva andre sier til ham.

Tor er veldig glad i musikk og gikk ofte på konserter med familien før slaget. Han er glad i musikk fra lokalmiljøet, klassisk musikk (spesielt fra 1800 tallet) og Evert Taube. Han har en fin sangstemme og synger gjerne med. Når Tor synger kommer mange av ordene tydelig frem og språket har en betydelig forbedring fra talen. Når han får frem forståelig tale omtaler jeg det som god uttale. Afasien har også svekket leseforståelsen hans. Han er sterkt knyttet til familien etter slaget og ønsker gjerne å ha med pårørende til musikkterapi, for å dele den positive opplevelsen det gir ham da. Tor er et sprudlende menneske og smiler mye. Han har tydelige ansiktsuttrykk som er lette å lese. Ofte peker han og forsøker å fortelle historier, noe som fremkommer av tonefallet. Men det er vanskelig å forstå hva han prøver å fortelle. Hvis han blir bedt om å gjenta fortellingen snakker han sakte og tydelig i stavelser, men fortsatt

med sjargongtale. Når jeg beklager at jeg ikke forstår hva han prøver å si, og foreslår alternativ til hva det kanskje handler om, gir han opp og lager et beklagende uttrykk med ansiktet.

5.2 Gjennomføring av Tors timer

Tor hadde fem timer musikkterapi hvor vi sang sanger som var kjent for ham, og fem timer hvor vi hadde reseptiv musikkterapi. Timene hadde en tredeling med tre spørsmål fra graderingsskjema først, reseptiv musikkterapi og tre spørsmål fra graderingsskjema til slutt. Tor ble fort sliten og derfor varte timene bare i 30 minutter for å unngå at det skulle bli en dårlig opplevelse. Dessverre delte Tor rom med en annen, og vi måtte flytte musikkterapien til et annet rom. På grunn av rommangel på sykehuset var det ofte vanskelig å finne et rom som var godt egnet til musikkterapi. For å løse utfordringen med mange stoler og bord på rommene, undersøkelsesbenker og annet rot, ble et hjørne av rommet ryddet. I hjørnet ble stolene satt i en trekant, slik at alle tre kunne ha øyekontakt uten å komme rett på hverandre. Grunnen til at jeg sier vi var tre, er fordi Tor ønsket å ha med sin kone i musikkterapien, noe jeg syntes var helt greit. På grunn av den kraftige afasien til Tor kunne det være fint for ham å vise seg i en setting der hans ressurser ble utnyttet. Musikken var også noe ekteparet kunne ha sammen, en måte å kommunisere på uten å snakke.

Det var enklere å komme frem til Tors musikkidentitet, enn med Erik, da Tors kone kunne fortelle hvilken musikk han hadde hørt på før slaget. Konen kunne fortelle at de hadde mange felles musikalske opplevelse å se tilbake på. Ut i fra de beskrivelser konen gav og de spørsmål Tor besvarte kom det frem at han hadde en allsidig musikksmak, med klassisk musikk fra 1800-tallet som favoritt. I musikkterapien fikk også Tor tilbud om pledd og puter, men fordi vi hadde musikkterapien på et behandlingsrom satt Tor i en stol. Vi hadde ikke tilgang til seng på dette rommet og Tor kunne derfor ikke velge mellom seng eller stol slik Erik hadde gjort. I den reseptive musikkterapidelen spiltes klassisk musikk fra CD, og CD-spilleren stod også her plassert rett mot pasienten. Noen av de klassiske stykkene vi brukte var;

Arve Tellefsen med:	Pietro Mascagni,	<i>intermesso fra Cavalleria Rusticana</i>
	Tomaso Albinoni,	<i>giacchetti adagio</i>
	Ennio Morricone,	tema fra <i>once upon a life time</i>
	Hasser/Bach/Simon,	<i>korall</i>
	Bach,	<i>Air</i>
	Bach,	<i>Ave Maria</i>
Leif Ove Andsnes med:	Grieg,	<i>Opus 54</i>
Dawn Dans	Alisdair Fraser	<i>Sally mo gradh</i>
		<i>Pamela Rose Grant</i>
		<i>Theme for Scotland</i>
Liv Glaser med:	Mozart	<i>Sonate nr. 16 Cmajor</i>
		<i>Sonate movement Gminor Allegro</i>
Pavarotti og Brightman med:		<i>I Hate You, then I Love You</i>
Pavarotti med:	Shubert,	<i>Ave Maria</i>

De fleste musikkstykkene som ble spilt i reseptiv musikkterapi var strukturerte stykker i legato med forutsigbar struktur. Men siden jeg var informert om at Tor hadde lyttet mye til klassisk musikk før hjerneslaget, ble det innimellom valgt noen stykker med en mer krevende struktur. Underveis i lyttingen ble Tor veiledet til å slappe av i kroppen, helt i fra hodet, nedover i kroppen og helt til tærne. Innimellom jobbet vi med pusten, ”Pust inn... og pust ut...” kunne jeg blant annet si da, både for å minne ham på å puste og for å få ham til å puste jevnt og rolig (se vedlegg 5). Utover i den reseptive delen beholdt Tor konsentrasjonen godt mellom bytte av musikkstykke, og pausene mellom musikkstykkene ble brukt til å fortelle hva neste stykke var.

Vi gjennomførte hele den reseptive delen i ett, omtrent 20 minutter, før vi samtale om hvordan det var å delta og hvordan musikken falt i smak. Med samtale mener jeg det som ble sagt i forhold til den reseptive delen etter den var ferdig. Spørsmål om hvordan det føltes i kroppen, hvordan han likte musikken, om han ønsket å høre samme musikk igjen og om han slappet av i hele kroppen ble stilt. Gjennom denne samtaledelen brukte jeg korte setninger med bare ett tema i hver setning, så fikk Tor god tid til å fordøye spørsmålet før vi gikk over til det neste. Jeg ville heller ikke stille for mange spørsmål siden Tor ble sliten mot slutten av timen. Hensikten med å stille disse spørsmålene var for å kontrollere om musikkvalget falt i smak og om han hadde det bra under musikkterapien. Skulle det forekomme at noe føltes

ubehagelig for Tor, ville jeg unngå å gjenta det. Etter hver time avtalte vi tiden for neste møte og så fulgte jeg Tor tilbake til rommet. Til siste timen lagde jeg en CD med mange av de stykkene vi hadde lyttet til underveis, i tillegg skrev jeg ned noen ord til Tors kone om hva hun kunne gjøre sammen med Tor uten å måtte snakke (se vedlegg 6).

5.3 Observasjoner

Noen ganger peker han på noe og forsøker å fortelle en historie. Ordene som kommer ut er uforståelige og jeg spør om han kan gjenta det han sa en gang til. Han forsøker igjen og da med veldig tydelig gestikulering. Heller ikke denne gange forstår jeg hva han sier, han ser på meg og lager en grimase med ansiktet som sier ”ikke noe å gjøre med det”. Tor bruker ofte ansiktet for å uttrykke seg, og mange ganger blir det lettere å forstå ham da. Når vi har reseptiv musikkterapi snakker han mye før vi setter på musikken, men blir stille og konsentrert når vi setter i gang. Han har etter hvert kommet mer inn i hvordan vi har det og hjelper til med å organisere rommet. Noen ganger er rommet klart når jeg kommer og dette bekrefter samtidig at forståelsen har blitt bedre enn den var ved starten. Han setter seg på en av stolene og opptrer alltid som en gentleman, ved å ikke velge den beste stolen. Han sier mindre enn når vi skal synges og når musikken starter sitter han med lukkede øyner og gynger svakt med hodet fra side til side. Dette gjør han gjennom hele lyttesekvensen. Når den reseptive delen er avsluttet kommer det spontane uttrykk som; ”*dette var nydelig/vunderbart /vakkert*”, og sier at han har slappet av i hele kroppen. Han har tydeligere uttale etter reseptiv musikkterapi.

Tor er veldig glad for å få ha med kona til musikkterapi og deler tydelig gleden med henne underveis. Ut av øynene til Tor stråler det kjærlighet mens han snur seg mot kona og stryker henne med varsomme fingrer over kinnet. Så tar han tak i armlenet på stolen hennes og drar henne nærmere sin egen stol. Trekanten vi satt i er brutt opp av at de to sitter tett sammen, og Tor har formet romstrukturen slik han vil ha den. *Tor klarer å konsentrere seg om den reseptive delen av timen selv om hans kone er tilstede. De sitter side om side med lukkede øyne. Konen sitter i en litt sammenkrøket stilling med hodet lent mot hånden, mens Tor sitter oppreist i stolen og beveger hodet rolig fra side til side* (utdrag fra logg 22.11.2007). Jeg har valgt å vise til to dager i fasen med musikkterapi hvor jeg så store endringer hos Tor, i en lang periode hadde Tors endringer vært små både med tanke på forståelse og språk. Nå er det slik at språket gjerne stagnerer en tid, men to uker etter hjerneslaget får mange språket tilbake i

løpet av en dag eller to (Aquilonius og Fagius 1994, Mustoufi 2005). Dette har ikke skjedd med Tor, men jeg kunne likevel se en betydelig bedring disse to dagene i forhold til de gangene vi hadde møttes før.

5.4 Logg 21.-22. november 2008

Tor velger å ikke ha musikkterapi i dag, han er ikke så munter og glad som han pleier og jeg ønsker ikke å presse ham til å delta. Likevel vil jeg være sikker på at han har tenkt igjennom valget sitt og blir sittende en stund sammen med ham. Jeg spør ham om han venter besøk og at han derfor ikke vil ha musikkterapi? "Nei", svarer han da. Han forteller at han ikke venter på besøk og at det ikke har hendt noe på hele dagen. Jeg omformulerer meg og spør igjen om han vil være med å lytte til litt musikk? "Nei", svarer han igjen etter en stund. Etter å ha spurt et par andre spørsmål, også med "Nei" til svar blir jeg redd han ikke forstår og at han svarer "nei" uten å forstå betydningen. For å bekrefte, eller avkrefte det går jeg ut av situasjonen og spør ham tilfeldig: "Liker du Arve Tellefsen?". Han ser på meg og svarer "JA", og nikker. Dette blir for meg en bekreftelse på at han forstår. Jeg spør ham om jeg skal gå, "Ja", svarer han da, mens han svarer "nei" på mitt spørsmål om å komme tilbake neste dag. "Jeg vil gjerne komme tilbake å spørre deg i morgen", sier jeg, og det er greit for Tor.

Etter samtalen med Tor går jeg til sykepleierne for å forhøre meg om det har hendt noe utenom det vanlige. Jeg får da vite at alle avtalene Tor hadde denne dagen var blitt brutt, og at han derfor hadde gått ventende rundt i gangen hele dagen og var veldig sliten. (fra logg 21.11.2007)

Jeg er tilbake hos Tor for å spørre om han vil ha musikkterapi i dag. Sykepleierne har snakket med ham om musikkterapi før på dagen, etter at jeg oppfordret dem om det i går. Klokken er 10.40 og jeg vil prøve å ha musikkterapien tidligere på dagen for å se om han er mer opplagt da. Når jeg kommer er han veldig opptatt av å lete etter brilleglasset som han har mistet, og har ikke tid til å snakke med meg. Jeg sier til Tor at han kan lete etter glasset en stund til, men at jeg vil komme inn til ham kl 11.00 å ha musikkterapi da. Dette synes Tor er greit. I dag er han også alene, da hans kone hadde andre avtaler.

Klokken 11.00 banker jeg på døren og hører "JA". Jeg går inn og ser at Tor har gjort rommet klart til musikkterapien, med tre stoler i en trekant. Han smiler til meg og sier

spørrende "JA?". Han er mye roligere og mer konsentrert enn han var 15 minutter før. Jeg pakker ut sakene mine og går i gang med timen. Først på programmet er som alltid graderingsskjemaet. Jeg spør spørsmålene og Tor svarer for første gang raskt og tydelig på dem. Når han svarer sitter han mindre fremover lent enn han har gjort de andre gangene. "Du vet at vi bare blir to i dag?" spør jeg, han nikker. "Vil du at stolen til din kone skal stå her?" Fortsetter jeg, Han nikker igjen og smiler. Vi lar stolen stå og begynner. Jeg legger bort skjemaet og seier: "Nå setter jeg på musikken". Under hele den reseptive delen er han helt "herlig", og han følger veiledningen jeg gir ham. Det er vanskelig å se om han forstår hva som skjer, men han lener seg tilbake og lukker øynene. Innimellom gløtter han bort på meg, derfor lener jeg meg tilbake og gynger avslappet med hele kroppen. Under hele timen beveger han hodet rolig og mykt, og ser veldig avslappet ut. Når musikken slutter ser han på meg og sier uoppfordret "dette var vakkert". Jeg spør om han likte musikken og om han slappet av i hele kroppen- fra topp til tå. Han uttrykker seg tydelig når han forteller at han slappet av i hele kroppen. "skal vi høre på musikk i morgen?" spør jeg, "ja" sier han.

Vi går tilbake til graderingsskjemaet hvor det viser seg at han har mindre vondt i hodet enn han hadde før timen. Det er nok ikke uvanlig at han hadde hodepine før timen etter å ha gått uten briller tidligere på dagen. *Jeg anser det for å ha vært en bra time etter det som hendte i går (fra logg 22.11.2007).*

5.5 Tors Resultat fra Graderingsskjema

Når jeg nedenfor viser til resultatene fra graderingsskjemaet (se vedlegg 4) er det samtidig viktig å presisere at dette er svarene som pasientene ga på spørsmålene jeg stilte. Det vises ikke til likt antall timer graderingsskjemaet har blitt brukt på denne pasienten i forhold til pasienten i kapittelet ovenfor, men jeg mener dette tydeliggjør at empirien ikke brukes som kvantitative data, men som indikasjoner på hvordan pasientene hadde det før og etter musikkterapi.

Pre-musikkterapi	Time 1	Time 2	Time 3	Time 4	Time 5
1. Har du sovet godt?	5	4	3	4	5
2. Hvordan har du det i dag?	4/5	4	3	4	4
3. Har du vondt noe sted?	2	1	4/5	2/3	1
Post-musikkterapi	Time 1	Time 2	Time 3	Time 4	Time 5
4. Hvordan har du det nå?	5	4	4/5	4	4
5. Likte du musikken?	4/5	4/5	4/5	5	4
6. Har du vondt noe sted?	1	1	1	1	1

Pre-musikkterapi	Time 6	Time 7	Time 8	Time 9
1. Har du sovet godt?	3	5	5	5
2. Hvordan har du det i dag?	4	3	4	4
3. Har du vondt noe sted?	1	4/5	4	1
Post-musikkterapi	Time 6	Time 7	Time 8	Time 9
4. Hvordan har du det nå?	4	4/5	4	5
5. Likte du musikken?	4	4/5	5	3
6. Har du vondt noe sted?	1	1	1	4

Tor har svart på graderingsskjemaet de fleste gangene vi har møttes til musikkterapi. På spørsmålene pre- musikkterapi varierer svarene hans litt. På spørsmål 1, om han har sovet godt, varierer svarene fra 3-5 og viser at han for det meste har sovet godt, men har innimellom vært våken noen ganger i løpet av natten. På spørsmål 2, om hvordan han har det i dag, varierer også svarene fra 3-5. Her kan jeg til en viss grad se en stigning utover i musikkterapiforløpet med unntak av time 7. Time 7 var den timen hvor Tor hadde mistet brilleglasset sitt (se kapittel 5.4) og samtidig hadde avlyst musikkterapien dagen før. Derfor velger jeg å forstå resultatet som naturlig i forhold til at han hadde vært sliten og trist dagen før, samt gått uten briller i flere timer denne dagen. Dette kan jeg også lese ut i fra resultatet pre- musikkterapi, spørsmål 3- time 7, hvor han valgte 4/5 som er svært vondt. Her kunne han fortelle at han hadde vondt i hodet.

På spørsmål 3 (pre musikkterapi) er svarene varierende, alt fra 1 som tilsvarer smertefri til 4/5 som tilsvarer svært sterke smerter. Tor viser ved dette spørsmålet at dagene hans varierer veldig, noe som kan komme på grunn av antall aktiviteter i løpet av dagen. En annen grunn til

variasjonene kan komme av når på dagen musikkterapitimen holdes. Ser vi svarene på tilsvarende spørsmål post musikkterapi (spørsmål 6), jevner svaret seg og viser til liten eller ingen smerte etter gjennomføring av reseptiv musikkterapi. Også på dette spørsmålet (6) har Tor et avvik, noe vi kan se fra time 9, hvor han etter reseptiv musikkterapi svarer at han har svært vondt [4]. Dette svaret skiller seg bemerkelig fra de andre svarene under spørsmål 6, og slik jeg ser det kan det ha flere grunner. Tor har blitt godt forberedt på at dette er siste timen i musikkterapiforløpet, og det har virket greit for ham. Likevel har han gjennom forløpet vist at det er problematiske og/eller ubehagelig å si ”*adjø*” etter hver time. På grunn av at jeg har sett denne vanskeligheten har jeg fulgt ham til rommet etter musikkterapi og sagt farvel etter at vi har avtalt ny time.

Ut i fra denne observasjonen ser jeg at smertene Tor har etter reseptiv musikkterapi i time 9 kan komme av at det var siste timen, og at han gruet for å ta farvel. Samtidig kan smertene komme av at han ikke likte musikken, noe vi ser i spørsmål 5, time 9, hvor svaret på om han likte musikken ligger lavere enn ellers i musikkterapiforløpet. Til tross for at musikken er tilsvarende lik tidligere timer, kan musikken denne dagen hatt en annen effekt på Tor. Skulle det være slik at musikken ikke har vært tilpasset humøret og formen hans denne dagen kan den ha vært med på å minske effekten av avspenningen i reseptiv musikkterapi. Svaret fra spørsmål 4, time 9, legger også opp til forvirring, da han her svarer at han har det svært bra til tross for sterke smerter og ”dårlig musikkvalg”.

5.6 Oppsummering

Resultatene i de to kapitlene ovenfor er responser jeg har fått i undersøkelsen og brukes som kilde til tilbakemeldinger. Responsene har jeg fått igjennom bruk av graderingsskjema for så å de dem i forhold til mine observasjoner og logger fra praksisen på Haukeland sykehus. Videre i oppgaven vil jeg gjennom diskusjonsdelen komme inn på hvilken utvikling reseptiv musikkterapi har vært med på å gi mine to afasipasienter og om det har bidratt til avspenning av avslapping.

6. Diskusjonsdel

I det følgende kapittel viser jeg til hvordan arbeidet med mine to kasus har vært og litt av den utviklingen de har hatt underveis. Kasusene vil også bli sett i forhold til hverandre for å gi svar på effekten av reseptiv musikkterapi i de to tilfellene og hvilke likhetstrekk som oppstod under reseptiv musikkterapi. Bruken av graderingsskjema vil bli evaluert og sett i forhold til tidligere erfaringer med graderingsskjema, før jeg går inn på forutsetninger for og utfall av reseptiv musikkterapi.

6.1 Musikkvalg

Før praksisen begynte reflekterte jeg mye over hvilken rolle jeg som musikkterapistudent hadde i musikkterapibehandlingen med afasipasienter. Gjennom studietiden har det vært lite fokus på reseptiv musikkterapi og det var derfor fremmed for meg da jeg valget denne arbeidsformen for min masteroppgave. Ridder (2002) henviser til Fosters forskning, hvor resultatet viser at uavhengig av om man bruker musikk som er kjent versus ukjent, utgjør det ingen signifikant forskjell. Ruud (2002) har også skrevet om bruk av musikk som pasientene har et forhold til, og mener at musikken er med på å forme identitetsbildet til enhver. Samtidig mener han at man ved hjelp av musikk kan gi *”en mulighet for å skille seg ut”* (Ruud 2002:126). Her spiller musikksmaken en viktig rolle da den er med på å vise hvordan vi er forskjellige fra andre. Ruud påpeker ut i fra dett at alle er individuelle kropper som har både en personlig og en sosial identitet. Jeg visste ikke på forhånd pasientens musikkidentitet, og siden det etter min mening er viktig at musikkterapien blir til glede for pasientene ble de oppfordret til å foreslå musikk de likte.

For å kunne gjennomføre god terapi var det viktig å sette seg inn i pasientens musikksmak, slik at musikken ble en positiv opplevelse for pasientene. Så i samarbeid med dem ble musikken til reseptiv musikkterapi valgt ut. Samtidig som sjanger, tempo og rytme var viktig måtte jeg som terapeut unngå å velge klientens favorittmusikk, da den senere kan assosieres med sykdom, sykehus, sorg og smerte (Grocke og Wigram 2007 og Ridder og Aldridge 2005). For noen kan favorittmusikken virke avslappende og avspennende i den spilte stund, men hvis de så lytter til samme musikken senere, etter behandlingsforløpet, kan musikken minne om hendelser fra tiden han/hun var syk (Grocke og Wigram 2007 og Ridder og Aldridge 2005). Derfor styrte jeg som musikkterapistudent unna den største favorittmusikken

til pasientene. Som nevnt tidligere har blant andre Einbu (2006), Baker, Wigram og Gold (2004) og Baker og Wigram (2004) brukt kjente sanger med hjerneslagrammede pasienter i musikkterapi. I reseptiv musikkterapi på Haukeland sykehus har musikken i de fleste tilfeller vært kjent for pasientene. De har da vist glede over å høre sanger som de kjenner fra før, og funnet det morsomt at jeg har kommet med denne musikken. Samtidig har også ukjent musikk blitt spilt for pasientene, og jeg kan ikke se at kjent sang har ført til bedre avspenning enn ukjent sang. Men i forhold til kommunikasjon og sosialisering har kjent sang vist seg å føre til økt språklig aktivitet hos mine to pasienter.

6.2 Bruk av graderingsskjema

Da graderingsskjemaet ble inkludert i praksisen hadde jeg stor tro på at det ville fremstå som godt forståelig. Samtidig var forventningene at det ville gi meg et tydelig innblikk i hvordan pasientene hadde det *"her og nå"*. Pre reseptiv musikkterapi fikk pasientene tre spørsmål samt tre spørsmål post reseptiv musikkterapi. Spørsmålene var individuelt tilpasset ut i fra kartleggingen ved første møte. I bruken av graderingsskjemaet ble jeg i tvil om det kunne forsvares etisk. Ut i fra mine observasjoner kunne det ses at den første pasienten ble urolig og svært fremoverbøyd i kroppen når skjemaet ble tatt frem, samtidig virket pasienten sliten og oppgitt underveis i spørsmålene. Selv om dette bare omkranset fem minutter pre- og fem minutter post reseptiv musikkterapi ble jeg redd for at det kunne påvirke resten av timen. Graderingsskjemaet ble likevel brukt gjennom hele musikkterapiforløpet for å finne svar på de spørsmålene jeg satt med underveis. Da det systematiserte arbeidet med graderingsskjemaet kom i gang, deriblant analysen og innføringen i tabell oppdaget jeg at graderingsskjemaet hadde gitt meg tydeligere svar enn forventet. Ikke bare hadde pasienten virket umotivert, men til tider hadde det også virket som om han tippet seg frem til svaret.

Da analysen av graderingsskjemat ble satt opp i en tydelig tabell virket svarene systematiske i forhold til hverandre og mistanken om at pasienten misforstod skjemaet opphørte. Så ut ifra arbeidet med graderingsskjemaet kom jeg frem til at det var en god måte å innhente opplysninger om pasienten på uten å presse afatikerer til å bruke språket som kommunikasjonsverktøy. I stede fungerte graderingsskjemaet som en kommunikasjonsform hvor det i ettertid kunne hentes ut indikasjoner på hvordan pasientene hadde det pre og post reseptiv musikkterapi. På spørsmålet om hvorvidt det var etisk forsvarlig å gjennomføre graderingsskjemaet har jeg ikke kommet frem til noe rettmessig svar, men ut i fra erfaringene

med pasient nummer to, kan mine observasjoner kan ha gitt skjemaet for lite anerkjennelse. Med dette menes, at jeg muligens misforstod den første pasientens kroppsspråk, for når pasient nummer to skulle besvare spørsmål fra skjemaet var inntrykket at det ikke ble til noen belastning. Går jeg tilbake til erfaringene Rustøen og Stubbhaug (2004) og Dileo (1999) har fått fra arbeidet med graderingsskjema, kan jeg ikke se at de betviler hvor vidt det er etisk forsvarlig. Ut i fra de overnevnte punktene vil jeg derfor stille meg positivt til bruken av graderingsskjema med afatikere, men ha i bakhodet at opplevelsen er individuell. I senere tilfeller er det derfor viktig å gjøre en individuell evaluering før jeg bestemmer meg for å bruke det igjennom hele musikkterapiforløpet eller ikke.

6.3 Utvikling

6.3.1 Eriks utvikling

Erik hadde ikke så store endringer i Norsk Grunntest for Afasi fra pre- til post musikkterapiforløpet, men vi kunne se en liten økning (afasikoeffisient 92 (+27), ord per minutt 18.5 (+1.5), ytringslengde 2,4 (+0,2)) (Eskeland 2008). Selv kunne han fortelle at det hadde vært bra å være med på prosjektet fordi det hadde vært en god forandring til den andre behandlingen han mottok. Han kunne samtidig fortelle meg at musikk var kos, og at det var fint å bli overrasket med ulike sanger til hver musikkterapitime. Samtidig som hans positive innstilling til musikkterapien kom frem, snakket han alltid om at han snart skulle reise hjem og at han derfor var redd for å avtale timer med musikkterapeut. Etter at vi ble enige om at musikkterapeuten skulle komme til avtalt time for å se etter ham, og at det ikke gjorde noe om han var reist når jeg kom, kunne han slappe mer av gjennom forløpet.

Underveis i musikkterapiforløpet har han vært flink til å gi beskjed om det er musikk han ikke ønsker å høre igjen. Han har også fortalt meg om musikken virker kjent for han og om det er musikk han pleide å lytte til før hjerneslaget. Gjennom musikken kom vi blant annet frem til at han hadde plater av *Vamp* hjemme, og at det var av den type musikk han lyttet til før han ble syk. I de tilfeller hvor jeg har kommet opp med musikk han kjenner godt fra før, har jeg forsøkt å få til en liten samtale om musikken. I noen tilfeller har han vært ivrig og fått frem noen korte setninger, mens andre ganger har han vært mer sliten og setningene har stoppet opp. Når setningene stopper opp pleier han å si ”*fanken, eg kjem ikkje på orda*” eller ”*farken, eg seier noko anna enn det som kjem ut*”. Banning forekommer ofte hos afasipasienter og kan

henge sammen med hjerneskade som fører til endringer i temperamentet (Aquilonius og Fagius 1994)(se kapittel 2.1.1) Likevel har jeg i musikkterapien med Erik valgt å overse hans banning da den forekommer i liten grad, og heller lagt vekt på ordene som kommer etter banningen. Det er bra at Erik uttrykker seg når han ønsker å si noe, men så kommer det noe annet ut. De fleste som er rammet av afasi hvor ordproduksjonen er nedsatt hører ofte sine egne feil, da er det bra om de fortsetter å samtale til tross for dette. I Erik sitt tilfelle har han lett for å avslutte samtalen nå han ikke finner ord eller sier feil ord, han gir opp.

Når han lytter til musikk klarer han å koble bort tanker om stress og plager fra hverdagen og bare lytte til tekst og melodi. Han er veldig opptatt av teksten i sangene og sier ofte spontane kommentarer etter sangen som: "ja, det var bra", "den var god", eller "den likte eg" (fra logg 12.02.08).

Disse kommentarene som Erik hadde etter sangene kom ut uten stamming, uten utbytting av ord og uten å utløse frustrasjon og sinne. Det at han snakket med god flyt etter å ha lyttet til musikk er veldig interessant om det ses i forhold til hvordan han snakker pre musikkterapien. Han fortalte at "eg gikk til mang, som jobba same, vanskeleg å få kontroll" (fra logg 12.02.08). I denne samtalen viser han setninger som har manglende ledd i oppbyggingen, de komma som er plassert inn representerer de pausene/stammingen som han hadde mens han snakket. Slik jeg ser det har talen forbedret seg fra begynnelsen av timen til underveis i timen, noe jeg tror kan komme av avspenningsøvelsene. Ved at Erik får avspent kroppen og slapper bedre av ligger det ikke like mange spenninger i taleorganet som ellers.

I tilbakemeldingene Bjellånes 1998 fikk fra deltakerne etter endt avspenningskurs, følte kvinnene mindre smerte under og etter trening, samt forbedret nattesøvnen, økt overskudd og økt selvtillit (Bjellånes 1998). Bjellånes (1998) brukte reseptiv musikkterapi for å avspenne pasientene i likhet med mitt arbeid på Haukeland sykehus. Innspillene Erik kommer med spontant etter sangene kan være setninger han ikke har planlagt og ikke rekker å forberede seg mot når de kommer. Einbu (2006) har som nevnt tidligere skrevet om afasipasienters ordproduksjon når de synger kjente sanger, og kommet frem til at de har langt flere riktige ord i språket ved sang enn når de snakker. Denne forbedringen kommer nok av at setningene ligger lagret i hjerne og at disse ikke blir vurdert før de dukker opp, men har samme funksjon som spontan tale. På samme måte tror jeg det er med Eriks tale, den kommer spontant og er setninger har han brukt tidligere som dukker opp når han er avslappet.

6.3.2 Tors utvikling

Tor hadde en liten økning i Norsk Grunntest for Afasi fra pre- til post musikkterapi forløpet (afasikoeffisient 54 (+43), ord per minutt 43,5 (+6,5), ytringslengde: ikke målbart) (Eskeland 2008). Første gang jeg møtte Tor observerte jeg at han virket urolig mens han lyttet til musikk. Jeg tenkte at han hadde problemer med å konsentrere seg. Etter hvert har jeg sett at han kan lytte i lang tid uten pause, og tror reaksjonene den første dagen kom av usikkerhet og at det var en ny opplevelse. Etter som Tor har blitt kjent med rammene rundt musikkterapien har han slappet bedre av under lyttingen. Tor ønsket å fortsette med musikkterapi etter at musikkterapiforløpet var over. Dette fikk jeg vite ved at hans kone ringte meg samme kveld og takket for tilbudet, samtidig spurte hun om det var mulig å fortsette med musikkterapi. Musikkterapiforløpet var slutt like før jul, og jeg ba henne derfor om å nyte julen sammen med Tor, og se hvordan det var for Tor å komme hjem. Hvis de fortsatt følte at de trengte musikkterapi etter jul måtte hun gjerne ringe meg tilbake. Etter dette hørte jeg ikke mer og tenker at grunnen til dette er at Tor kom inn i en rutine hjemme, og derfor kunne distansere seg fra behandlingen han hadde hatt underveis i rehabiliteringsoppholdet.

Tor har snakket mye underveis i musikkterapiforløpet, men dessverre har jeg forstått lite av det han har sagt. I flere tilfeller har jeg måttet tyde meg frem til betydningen ved hjelp av tonefallet i setningene. Tors sjargongtale har vært utfordrende spesielt i begynnelsen av hver time, hvor han gjerne har villet fortelle om dagens hendelser. Min fantasi og tolkning har ofte kommet til kort, og da har Tors gode humør gjort at vi kan gå vider uten å forstå hverandre. Utover i timen har han kommet med mange spontane innspill og disse setningene inneholder få neologismer (ord som ikke har betydning). Han svarer på spørsmål fra meg om hvordan timen har vært og om han har slappet av i hele kroppen på en god måte, og det er ikke så vanskelig å forstå ham som det var i begynnelsen av timen. Det er mange ting som kan spille inn på språkutviklingen til Tor. Blant annet kan tidspunktet på dagen, eller antall aktiviteter i løpet av dagen være avgjørende for hvordan formen er. Tor hadde et variert opplegg med flere aktiviteter noen dager enn andre. Ved å flytte musikkterapitimene til et tidligere tidspunkt på dagen, ble Tor mer opplagt før timen og dermed også etter musikkterapien. Likevel følte han seg avslappet etter reseptiv musikkterapi uavhengig av hvilken form han var i pre musikkterapi. Men det kan også være med Tor som med Erik at stemmeorganene slapper mer av og at ordene kommer som spontantale.

6.3.3 De to kasesene sett i forhold til hverandre

De to Kasusene i denne oppgaven kan ikke sammenlignes i forhold til hverandre da de er svært ulike både i uttale, forståelse og taleflyt, men ut i fra Norsk Grunntest for Afasi (logopedistudent Eskeland 2008) ser vi at Tor har hatt en større forbedring enn Erik. Jeg går ikke nærmere inn på tallene fra grunntesten (nevnt i de to avsnittene ovenfor), men bruker de som preferanse til den videre sammenligningen. Ut i fra graderingsskjemaet ser jeg at begge har hatt god flyt i svarene fra begynnelsen av musikkterapiforløpet og frem til siste dag. Begge har hatt avvik fra denne flyten, men i de fleste tilfeller kan avvikene kobles tilbake til hendelser som har vært med på å påvirke pasientens psyke. Begge pasientene uttrykker med ord, kroppsspråk og svar i graderingsskjemaet, at de har slappet av til reseptiv musikkterapi og at de var takknemmelig over å få tilbudet. De har vist bedre språklig kommunisering under og etter reseptiv musikkterapi og har kommet med spontan tale uten oppfordring eller spørsmål fra musikkterapeuten.

Underveis i musikkterapiforløpet har det blitt lagt opp til at pasientene selv skal bestemme graden av verbal kommunikasjon. Jeg har åpnet opp for samtale ved å stille enkle og korte spørsmål, ofte *ja*, og *nei* spørsmål, men lat være å presse dem hvis ordene stoppet opp. I tilfeller hvor ord har stoppet opp eller samtaler har blitt vanskelige for pasientene har jeg satt på et nytt musikkstykke. Selv om det ikke har blitt fokusert på språkrehabilitering i denne undersøkelsen kan jeg i ettertid se at språket har kommet lettere hos pasientene etter reseptiv musikkterapi. Under samtalen på slutten av den reseptive delen har svarene hatt en bedre flyt med færre neologismer enn i begynnelsen av timen. Bjellånes (1998) målte pulsen på sine pasienter når de mottok musikk, og målingene viste at syv av tolv pasienter fikk lavere puls under avspenningsøvelsene. I min undersøkelse ble ikke pulsen målt, men graderingsskjemaet viser at begge pasientene slappet mer av under og etter reseptiv musikkterapi. Ved å bruke graderingsskjema fremfor pulsmålinger har jeg vist at man også uten måleredskaper kan få svar på viktige spørsmål underveis i undersøkelsen.

6.4 Utfall av reseptiv musikkterapi

Dessverre var det noen pasienter som skremtes av tilbudet om sang, da de i daværende tilstand ikke følte de mestret å synge. Flere av pasientene mine ønsket å trekke seg om de måtte synge i musikkterapien og fikk dermed muligheten til å velge metode, hvorpå klientene valgte å lytte til musikk, en situasjon hvor de hadde mer overskudd. Reseptiv musikkterapi kan slik sett kan det deles inn i flere biter, og en av de bitene er veiledningen under musikken. Veiledningen kan sammenlignes med den meditative teknikken som psykologer ofte bruker for å avspenne pasientene sine før samtaleterapien. Jeg har ikke gått så dypt inn hos pasientene i reseptiv musikkterapi, men jobbet med å gjøre pasientene oppmerksom på sin egen kropp. En annen bit av reseptiv musikkterapi er musikken. Musikken er der som en hjelper både i forhold til avspenningen og opplevelsen under lyttingen. En BMGIM guid vil gå så langt som å si at musikken fungerer som co-terapeut (Grocke og Wigram 2007), men i den enkle reseptive formen jeg har brukt, er musikken en hjelp til å stenge ute andre lyder og inntrykk, og vil nok derfor kalle musikken for et verktøy.

I løpet av praksisperioden min på Haukeland sykehus erfarte jeg at ikke alle pasienter ønsket å delta i musikkterapi fordi en av aktivitetene var å synge kjente sanger. Denne delen av praksisen er ikke fremhevet i oppgaven fordi jeg har ønsket å se på hvilken funksjon reseptiv musikkterapi kan ha. Grunnen til at jeg nå nevner min erfaring med bruk av kjent sang med afasipasienter kan ses i sammenheng med Einbu (2006) sin erfaring da hun jobbet med afasipasienter på Haukeland sykehus for å se om de sang bedre enn de snakket. I sin diskusjon snakker også hun om erfaringer hvor pasienter ikke ønsket å delta på grunn av at de måtte synge.

Beskjedenhet og tilbakeholdenhet i samvær med en ny og ukjent person preget situasjonen for noen. Andre viste redsel for å ”dumme seg ut” eller ikke mestre, at dette var en uvant situasjon, eller at de hadde liten eller manglende forhold til sang. Atter andre uttrykte at de ikke var musikalske, og at jeg ikke måtte regne med at de ble (Einbu 2006:18).

Einbu (2006) nevner også at enkelte pasienter uttrykte tydelig at de ikke ville synge, på samme måte som jeg opplevde med blant annet Erik. I tilfeller hvor mine pasienter ikke ønsket å delta på grunn av sang, avtalte vi på forhånd at sang ikke trengte å være en del av

opplegget. I de tilfeller hvor dette ble avtalt, takket de ja til å få musikkterapi. Slik jeg ser det ble muligheten åpnet for at afasipasienter som ikke ønsker å synge likevel kunne få musikkterapi, da i form av reseptiv musikkterapi. Det at de lytter til musikk, er en situasjon som de fleste har erfart gjennom radio, eller selvvalgt musikk. Som Ruud (2002) også påpeker erfarer vi musikklytting gjennom tilfeldige musikk på kafeer, på jernbanestasjoner eller gatehjørnet, på undergrunnsstasjoner, konsertbesøk og/ i bilen. Derfor hadde pasientene kunnskap om hvordan de skulle lytte til musikk og bekymringen for å ”dumme seg ut” (Einbu 2006) uteble i reseptiv musikkterapi.

6.5 Konklusjon

Man kan så spørre seg om reseptiv musikkterapi kan virke avspennende. I dette tilfellet kan jeg bare se svaret i forhold til mine to afasipasienter som mottok denne behandlingen. Underveis i musikkterapiforløpet spurte jeg dem spørsmålet *hvordan har du det nå?*, etter hver time. Ser vi tilbake på tabellen (side 33 og 40) med resultater fra graderingsskjemaet hadde de det veldig bra etter timene med reseptiv musikkterapi. Dette mener jeg er med på å vise at begge mine pasienter ikke ble verre av å få reseptiv musikkterapi. Samtidig viste også de andre spørsmålene i graderingsskjemaet at de hadde det bra post reseptiv musikkterapi, da de ligger over midten av skjemaet. Under samtalen vi hadde på slutten av musikkterapiopplegget (nummer 4 i inndelingen av den reseptive delen, kapittel 3.4) svarte både Erik og Tor at de likte å delta i musikkterapi, og at de fikk slappe av fra topp til tå. På spørsmålet om de likte å delta i musikkterapi svarte også begge to at det hadde vært fint.

Mot slutten av musikkterapiforløpet gjorde jeg i stand en CD til hver av pasientene som inneholdt de musikkstykkene vi hadde lyttet mest til i musikkterapien, og fortalte dem samtidig som de fikk den, hvordan de kunne bruke den hjemme (se vedlegg 6). Etter at de har gått igjennom flere avspenningsformer i reseptiv musikkterapi underveis i deres rehabiliteringsforløp har de også fått noen forslag til hvordan de kan tenke mens de lytter til musikken fra hjemme. På denne måten tror jeg at reseptiv musikkterapi kan bli et hjelpemiddel i hverdagen etter rehabiliteringen for Erik og Tor.

Etter å ha gått grundig gjennom Grocke og Wigram (2007) sin innføring i metoden reseptiv musikkterapi og avspenningsteknikker hadde jeg en viss forventning om at reseptiv musikkterapi skulle øke velbehaget hos pasientene og dermed gjøre pasientene mer avslappet

og komfortable med situasjonen. Forutsetningen var at dette ville føre til avspenning. På tross av disse forutsetningene, var bruken av reseptiv musikkterapi med afasipasienter et uferdig kapittel og jeg kunne derfor ikke være sikker på om arbeidsmetoden ville funger på denne pasientgruppen. Bruken av graderingsskjema var en metode for å se pasientenes egen opplevelse av reseptiv musikkterapi og for å se om deres opplevelse samstemte med mine observasjoner. Ut i fra erfaringer og de preferanser graderingsskjema og deltakende observasjon har gitt meg, var reseptiv musikkterapi avspennende for de to deltakerne i prosjektet.

7. Oppsummering og Avslutning

I denne oppgaven har jeg ved hjelp av to kasestudier sett på hvorvidt reseptiv musikkterapi kan virke avspennende for to pasienter med afasi mens de var under rehabilitering.

Resultatene fra undersøkelsen viser at begge kaseene har blitt kjent med rammene rundt musikkterapien og hatt en god utvikling fra pre musikkterapiforløpet til post musikkterapiforløpet. Samtidig har begge kase gitt tilbakemelding både underveis og til slutt på at reseptiv musikkterapi har vært avspennende for dem. De har også fortalt at musikken var en fin avkobling til annen behandling under rehabiliteringsprosessen. Både Tor og Erik viser en liten forbedring i resultatene fra Norsk Grunntest for Afasi. Ut i fra disse resultatene samt de resultater graderingsskjema og observasjon har gitt meg, kan jeg likevel ikke med sikkerhet si at denne utviklingen har kommet på grunn av musikkterapien. Likevel er det grunn til å tro at reseptiv musikkterapi har gitt en positiv effekt under rehabiliteringen for mine to pasienter, slik det har kommet frem av undersøkelsen.

Empirien er hentet fra min egen praksis på Haukeland sykehus, som var tilknyttet til prosjektet med afasipasienter ved Haukeland sykehus nevrologiske avdeling. I løpet av denne praksisperioden hadde jeg flere pasienter og jeg jobbet med ulike musikkterapeutiske metoder med alle pasientene. Til tross for min positive innstilling til andre data som også ble samlet inn, valgte jeg å vise til mine erfaringer og resultater innenfor reseptiv musikkterapi. Begrunnelsen for dette valget hviler på tidligere forskning innenfor musikkterapi med slagpasienter, hvor sangskrivning, Melodic Intonation Therapy og kjente sanger er godt representert. I motsetning til disse er reseptiv musikkterapi med hjerneslagspasienter lite dokumentert i tidligere litteratur, og jeg ønsker derfor å vise til mine resultater og kanskje oppfordre andre til å bruke reseptiv musikkterapi innenfor samme felt.

Arbeidet med reseptiv musikkterapi på sykehus har vært en interessant erfaring hvor jeg blant annet har lært om sykehusets prosedyrer med rapporter, tildeling av pasienter og romtildeling. I tillegg har jeg lært mye om diagnosen afasi og hvordan jeg kan bidra til å gi dem et pusterom og avbrekk i hverdagen. Dersom jeg skulle jobbe med lignende prosjekt i fremtiden vil jeg benytte reseptiv musikkterapi som avspenningsteknikk sammen med andre musikkterapeutiske arbeidsteknikker. Andre arbeidsformer kunne i så tilfelle være bruk av kjente sanger og Modified Melodic Intonation Therapy, da disse tre arbeidsformene utfyller hverandre i forhold til språk, og avspenning.

8. Litteraturliste

- Aldridge, D. (1996) *Music Therapy Research and Practice in Medicine, From Out of the Silenc*, Jessica Kingsley Publishers London and Bristol, Pennsylvania
- Aquilonius, S.M. og Fagius, J. (1994) *Neurologi*. Gummessons Tryckeri AB
- Baker, F. (2000) *Rationale for the Effects of Familiar Music on Agitation and Orientation Levels of People in Posttraumatic Amnesia*, fra *Nordic Journal of Music Therapy*, 10(1):32-41
- Baker, F. Kennely, J. og Tamplin, J. (2005) *Songwriting to Explore Identity Change and Sense of Self-concept Following Traumatic Brain Injury*, fra Baker, F. og Wigram, T. (2005) *Songwriting: Methods, Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*, Jessica Kingsley Publishers
- Baker, F. (2000) *Modifying the Melodic Intonation Therapy Program for Adults with Severe Non-fluent Aphasia*, *Music Therapy Perspectives*, fra *Voices*, vol.18:110-114
- Baker, F. og Tamplin, J. (2006) *Interventions for Communication Rehabilitation*, fra Baker, F. og Tamplin, J. (2006) *Music Therapy Methods in Neurorehabilitation, A Clinician's Manual*, Jessica Kingsley Publishers London and Philadelphia
- Baker, F og Wigram, T. (2004) *The immediate and long-term effects of singing on the mood states of people with traumatic brain injury*, fra *British Journal of Music Therapy*, 8(2):55-64
- Baker, F., Wigram, T. og Gold, C. (2004) *The effects of a song-singing programme on the affective speaking intonation of people with traumatic brain injury*, fra *Brain Injury*, vol.?(nr?):1-15
- Bjellånes, A.L. (1998) *Musikk og avspenning som helsefaktorer for mennesker med fibromyalgi, Reseptiv musikkterapi og autogen trening som metode for å øke livskvalitet* fra *Nordic Journal of Music Therapy*, 7(2):?
- Brockshire, R.H (2007) *Introduction to Neurogenic Communication Disorders*, Mosby Elsevier 7.opplag
- Dileo, C. (1999) *Music Therapy and Medicine, Theoretical and Clinical Applications*, fra The American Music Therapy Association, Inc.
- Einbu, T. (2006) *Syng ordene- der talen ikke strekker til*, Institutt for Samfunnspsykologi: Universitetet i Bergen
- Eskeland, I. (2008) *Musikkterapi som behandling for afasi*, Institutt for Biologisk og Medisinsk Psykologi: Universitetet i Bergen

- Fodor, J.D. og Birner, B. (1999) *How can I communicate with a Relative who's had stroke?* fra Linguistic society of America, Washington DC [Online] Hentet 10.10.2007 http://www.eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content_storage_01/0000019b/80/17/3a/0d.pdf
- Gfeller, K.E. og Thaut, M.H (1999) *Music Therapy in the Treatment of Medical Conditions*, fra Davis, W.B, Gfeller, K.E og Thaut, M.H (eds.) *An Introduction to Music Therapy: Theory and Practice*, McGraw-Hill Companies
- Gjerstad, L., Hunsbeth Skjeldal, O. og Helseth, E. (2003) *Nevrologi og Nevrokirurgi; fra barn til voksne*, Vett og Viten AS, ed. 3
- Goodglass, H. (1993) *Understanding Aphasia*, Academic Press, Inc.
- Grocke, D. og Wigram, T. (2007) *Receptive Methods in Music Therapy, Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*, Jessica Kingsley Publishers
- Hopland, S.L. (2008) *Syng med den stemmen du har, En studie om bruk av sang som ressurs for afasipasienter*, Humanistisk fakultet, Griegakademiet: Universitetet i Bergen
- Jochims, S. (2004) *Music Therapy in the Area of Conflict between Functional and Psychotherapeutic Approach within the Field of Neurology/Neurorehabilitation*, fra *Nordic Journal of Music Therapy*,13(2):161-171
- Jungblut, M. (2005) *Music Therapy for People with Chronic Aphasia: A Controlled Study* fra Aldridge, D. (2005) *Music Therapy and Neurological Rehabilitation*, Jessica Kingsley Publishers London and Philadelphia
- Loewy, J. (2004) *Integrating Music, Language and the Voice in Music Therapy*, fra *Voices*, vol. 4(1)
- Magee, W.L. (2002) *The Effect of Music Therapy on Mood States in Neurological Patients: A Pilot Study*, fra *Journal of Music Therapy*, vol. XXXIX(1):20-29 by the American Music Therapy Association
- Magee, W.L. og Davidson, J.W. (2004) *Singing in therapy: monitoring disease process in chronic degenerative illness*, fra *British Journal of Music Therapy*, 18(2):65-77
- Mostoufi, S.A (2005) *Spasticity and its management*, fra *Pain Management Rounds* [Online] Hentet 20.10.2007 www.painmanagementrounds.org
- Myskja, A. (1999) *Den musiske medisin, lyd og musikk som terapi*. Grøndahl og Dreyers Forlag AS
- Myskja, A. og Lindbæk, M. (2000) *Hvordan virker musikk på menneskekroppen?* I tidsskrift *Norsk Legeforening*, 120:1182-ed.5

- Postholm, M.B. (2005) *Kvalitativ metode, En innføring med focus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*, Universitetsforlaget AS
- Pruide, H. og Baldwin, S. (1995) *Models of Music Therapy intervention in stroke rehabilitation*, fra *International Journal of Rehabilitation Research*, 18:341-350
- Reinvang, I. (1978) *Afasi: Språkforstyrrelser etter hjerneskade*, Universitetsforlaget
- Ridder, H. M. O. (2002) *Musik og Demens, musikaktiviteter og musikterapi med Demensramte*, Aalborg, Formidlingscenter Nord
- Ridder, H.M. og Aldridge, D. (2005) *Individual Music Therapy With Persons With Frontotemporal Dementia, Singing Dialogue*, fra *Nordic Journal of Music Therapy*, 14(2):91-106
- Rustøen, T. og Stubbhaug, A (2004) *Smerter kapittel 9*, fra *Manag Nurs* 5(3):105–117, [Online] Hentet Februar 08.2007 fra www.akribe.no/_upl/filer/smertekapitell.pdf
- Ruud, E. (2002) *Musikk og Identitet*, Universitetsforlaget AS ed. 2
- Ruud, E. (1998) *Music Therapy: Improvisation, communication, and culture*. Barcelona Publishers
- Ruud, E. (u.å.) *Musikkterapi – et fag i utvikling* [Online] Hentet 08.2007 fra <http://folk.uio.no/evenru/musterutvikling.html>
- Smeijsters, H. (2005) *Quantitative Singel-Case Designs*, fra Wheeler, B. (2005) *Music Therapy Research*, Barcelona Publishers, ed. 2
- Tucek, G. (2005) *Traditional Oriental Music Therapy in Neurological Rehabilitation* fra Aldridge, D. (2005) *Music Therapy and Neurological Rehabilitation*, Jessica Kingsley Publishers London and Philadelphia
- Wheeler, B. og Kenny, C. (2005) *Principles of Qualitative Research*, fra Wheeler, B. (2005) *Music Therapy Research*, Barcelona Publishers, ed. 2
- Wheeler, B.L., Shiflett, S.C. og Nayak, S. (2003) *Effects of Number of Sessions and Group and Individual Music Therapy on the Mood and Behavior of People Who Have Had Strokes and Traumatic Brain Injuries*, fra *Nordic Journal of Music Therapy*, 12(2):139-151

Vedlegg

Vedlegg 1: Afasioversikt

Vedlegg: 1

TABLE 8.1 CHARACTERISTICS OF CONNECTIONIST APHASIA SYNDROMES (BROOKSHIRE 2007)

Aphasia Syndrome	Lesion Location	Fluency	Speech	Word Retrieval	Repetition	Comprehension
Broca	Posterior inferior frontal lobe	Nonfluent, telegraphic	Phonetic dissolution*	Fair but misarticulated	Labored, misarticulated, telegraphic	Fair to good
Wernicke	Posterior superior temporal lobe	Fluent, empty	Verbal (semantic) paraphasia	Poor, with verbal paraphasia	Fluent, verbal paraphasia; grossly restricted retention span	Poor
Conduction	Parietal lobe	Fluent, sensical	Literal (phonemic) paraphasia	Fair, with literal paraphasia	Fluent, literal paraphasia; some restriction of retention span	Fair to good
Anomic	Temporal, parietal lobe	Fluent, sensical	Verbal (semantic) paraphasia	Fair, with verbal paraphasia	Good	Fair to good
Transcortical motor (anterior isolation syndrome)	Anterior, superior frontal lobe	Fluent, sparse [†]	Variable	Variable, with delays in initiation	Good, but delays in initiation	Good
Transcortical sensory (posterior isolation syndrome)	Posterior, superior parietal lobe	Fluent, empty	Variable	Poor	Good	Poor
Global	Large, perisylvian	Nonfluent	Literal, verbal paraphasia; verbal stereotypes	Poor	Poor, literal, verbal paraphasia; grossly restricted retention span	Poor

*Phonetic dissolution: deletion of consonants (and sometimes vowels) a result of disrupted articulatory programming (apraxia of speech). In contrast, literal paraphasia involves substitution of a recently articulated but inappropriate sound for another.
[†]sparse: but with unusual delays in initiation. Utterances tend to be one or two words long.

Vedlegg 2: Informasjonsskriv til pasientene

Pasientinformasjonsskriv

1. Forespørsel om deltakelse i musikkterapiprojekt i forbindelse med egenpraksis og skriving av masteroppgave.

Vi vil innledningsvis få understreke at det er viktig at du sørger for å få med deg noen til å lese skrevet høyt, dersom du ønsker det.

Meningen med dette skrevet er å kunne informere om et prosjekt som denne høsten vil foregå på Haukeland sykehus. Skrevet søker å kunne informere deg som pasient og eventuelt pårørende om tanken med prosjektet og generelt om hva som vil foregå.

Undertegnede er mastergradsstudenter ved Universitetet i Bergen, innenfor de to studieretningene logopedi og musikkterapi. Prosjektet som vi kort vil beskrive her, vil både være vår egenpraksis, og samtidig danne grunnlag for masteroppgavene våre som hovedsakelig er basert på "*musikkterapi som behandlingsmetode for afasipasienter.*"

I denne forbindelse trenger vi ca 15 frivillige personer som i den senere tid har fått skadet sin evne til å snakke (for eksempel etter slag eller annen traumatisk hodeskade), og som er innlagt på Haukeland Universitetssykehus, Nevrologisk avdeling, på Haraldsplass Sykehus i Bergen, eller på Nordåstunet.

Faglig ansvarlig for prosjektet er Dr.med. spesialist i nevrologi, Geir Olve Skeie, Haukeland Universitetssykehus.

2. Kort beskrivelse av prosjektet.

Det finnes lite norsk forskning innenfor området språk og musikk. Sist kjent for oss er musikkterapeut og logoped Torun Einbu sin studie ved Haukeland sykehus i 2005, der hun hadde hovedspørsmålet "*Hvorfor kan noen synge på tross av at de har vansker med å snakke?*". Resultatet av denne undersøkelsen var at 2/3 av pasienter med afasi etter hjerneskade har bevart evnen til å synge tekst.

Vårt prosjekt er en videreføring av dette prosjektet, men der vi nå legger mer vekt på å prøve ut musikkterapi som behandlingsmetode for pasienter med afasi av ekspressiv art (med ordletingsvansker).

Vi er to musikkterapistudenter, og en logopedistudent som vil delta i dette prosjektet. Musikkterapistudentene vil fokusere på hver sin behandlingsmetode, og logopedstudenten vil teste pasientene både før og etter behandling med Norsk Grunntest for Afasi.

Du som pasient vil kunne motta en av behandlingsmetodene som et tillegg til den behandlingen du allerede har ved sykehuset. De to metodene har litt forskjellig målgruppe, og du vil munnlig motta informasjon om hvilken metode/ behandling du blir spurt om å delta i.

3. Hva skal deltakerne gjøre?

Selve lengden av deltakelsen i prosjektet vil variere alt etter hvilken av metodene du tar del i, men prosjektet varer i maks 8 uker. Og hver sesjon vil vare i 30-45 minutter, men dette avtaler vi sammen.

Det er viktig for oss å understreke at du ikke trenger å være ”musikalsk” eller kunne synge for å ta del i prosjektet. Kanskje har du verken sunget eller lyttet spesielt mye til musikk før? Vi håper at uansett hvilke forutsetninger du har så kan dette være en positiv opplevelse, og vi ønsker at behandlingen skal bli så komfortabel som mulig for deg, og at den skal foregå på dine premisser.

Alle som deltar i prosjektet vil også som nevnt bli testet av logopedstudent før og etter behandling.

Noe av det vi gjør sammen, vil bli tatt opp på lyd eller film. Dette gjøres fordi materialet i etterkant av vårt møte skal gjennomgås og vurderes. Når masteroppgaven er ferdigskrevet vil alle slike opptak bli slettet.

4. Krav om frivillighet

Det er også viktig å understreke at du som deltaker har krav på frivillighet. Derfor er det også viktig at du er best mulig informert på forhånd, slik at du har mulighet til å gjøre et reelt valg om du vil delta eller ikke. Du skal kunne vite hva du går til! Vi vil derfor sørge for at vi informerer deg godt om prosjektet før du bestemmer deg. Vi vil også presisere at det ikke får negative konsekvenser for deg om du sier nei til å delta, eller om du etter at samtykket er inngått, likevel velger å trekke det tilbake. Du har til enhver tid rett til å avbryte din deltakelse uten å måtte begrunne dette.

5. Resultater

Etter endt prosjekt vil vi skrive om hva vi har erfart i våre masteroppgaver ved universitetet i Bergen. Oppgavene vil avsluttes sommeren 2008. Vi håper at prosjektet vil gi oss nyttig informasjon om bruk av musikkterapi i forhold til målgruppen afasipasienter, og at vi får noe å bygge videre på i forhold til utviklingen av bruk av musikkterapi med afasipasienter i Norge.

6. Etske forhold

Pasientopplysninger som vurderes som nødvendige for gjennomføringen av prosjektet, hentes fra sykehusets pasientjournal. Alle personopplysninger behandles konfidensielt, og det skal som nevnt ikke være mulig å spore opplysningene tilbake til deltakerne i prosjektet. Bare prosjektleder Dr.med. Skeie og masterstudent har tilgang på disse opplysningene. Og vi har selvsagt taushetsplikt på alle slike opplysninger. Alle opplysninger om personer som blir nevnt i oppgaven vært selvsagt anonymisert, og skal ikke kunne spores tilbake til deg.

7. Medvirkende i prosjektet:

Prosjektansvarlig:

Geir Olve Skeie, Dr.med. spesialist i Nevrologi, Nevrologisk avdeling,
Haukeland Universitets Sykehus, Bergen

Deltakende Masterstudenter:

Logopedi:

Ingvild Eskeland

Universitetet i Bergen, avdeling for logopedi.

Musikkterapi:

Terese Diana Vollset

Universitetet i Bergen, Griegakademiet, avdeling for musikkterapi

Musikkterapi:

Stine Lillebø Hopland

Universitetet i Bergen, Griegakademiet, avdeling for musikkterapi

8. Samtykke

Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet og er herved villig til å delta i studien.

Dato: _____

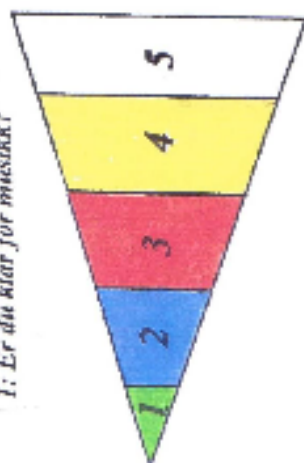
Signatur: _____

Vedlegg 3: Graderingsskjema pre-, post- musikkterapi Erik

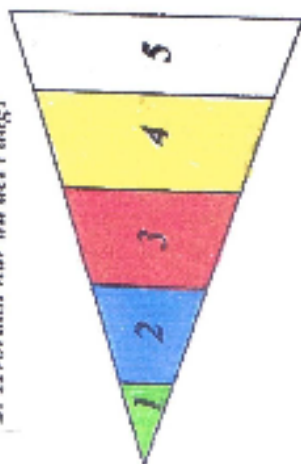
Vedlegg: 3

Erik

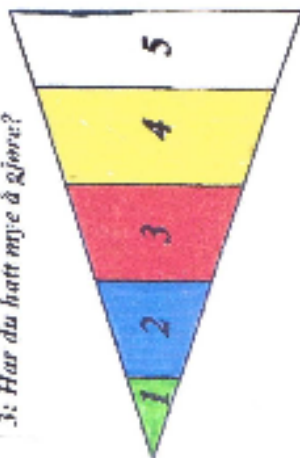
1: Er du klar for musikk?



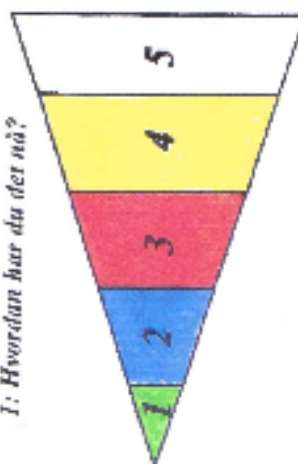
2: Hvordan har du det i dag?



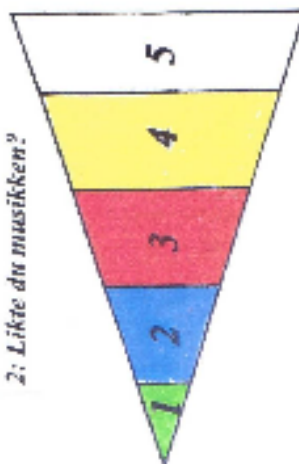
3: Har du hatt mye å gjøre?



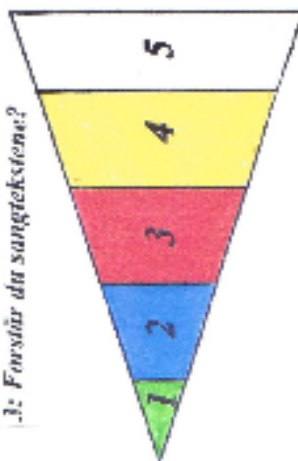
1: Hvordan har du det nå?



2: Like du musikken?



3: Forstår du sangtekstene?

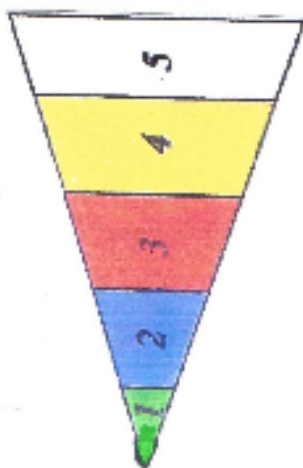


Vedlegg 4: Graderingsskjema post- og post- musikkterapi Tor

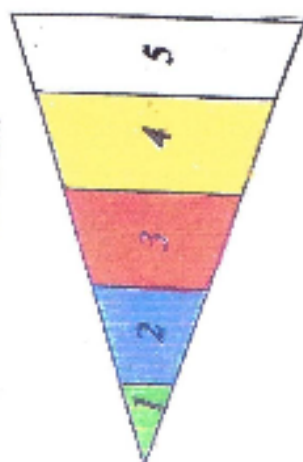
Vedlegg 4

Tor

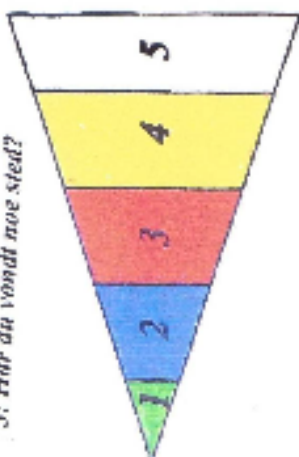
1: Har du sovnet godt?



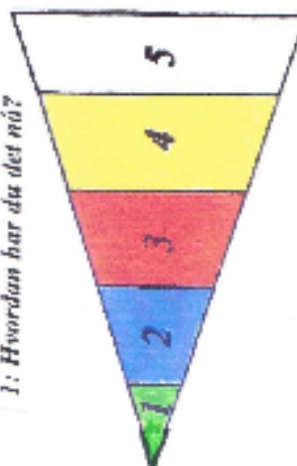
2: Hvordan har du det?



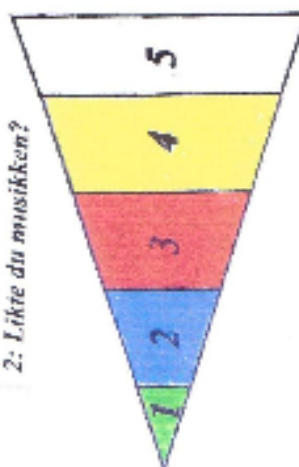
3: Har du vondt noe sted?



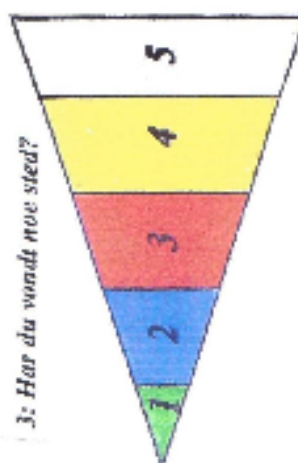
1: Hvordan har du det nå?



2: Liker du musikken?



3: Har du vondt noe sted?



Vedlegg 5: Mal for reseptiv veiledning i musikkterapi med afasipasienter

Innledning

Vi skal lytte til musikk nå

Sitter du godt

Du kan slappe av

Jeg skal fortelle deg hva vi gjør

Lytt til stemmen min

Start musikken

Avspenning

Lukk øynene dine

Lytt til musikken

Pust inn----- (pust med pasienten)

Og pust ut----

Og igjen pust inn---

Pust ut---

Få kontakt med pusten din

Pust rolig

La hodet slappe av mot stolen

Kjenn at hodet og skuldre henger sammen

Kjenn at armene dine blir tunge

Du slapper av helt ned i fingrene

Flytt tankene til ryggen

La ryggen bli ett med pusten din

Kjenn at ryggen blir tung

Pust inn-----

Og pust ut---

Flytt tankene til hoftene

La hoftene bli tunge mot stolen

Slapp av i lårene

Kjenn at lårene blir tunge

La følelsen gå til leggene

Leggene blir slappe

Leggene blir tunge

Tenk på anklene

La anklene bli slappe

La følelsen gå ned til foten

-ut i tærne

Kjenn en og en tå

Kjenn deg slapp i hele kroppen

Husk å puste

Pust inn----

Pust ut----

Slapp av til musikken

La tankene dine gå mot en: - eng/skog/sjøen/strand/hage???

Se deg selv i engen

Alt er fredfullt

Lytt nå til musikken

Avrunding

Musikken er snart slutt.

Legg merke til lydene rundt deg

Legg merke til lydene i rommet

Beveg rolig på beina dine

Strekk rolig på armene dine

Trekk pusten dypt inn----

Pust ut----

Når du er deg klar----

Kan du åpne øynene.

Vedlegg 6: Informasjonsskriv til Tors kone

Et lite minne fra Musikkterapi.

Noen små ting som kan gjøres med musikk hjemme er;

Lytt til klassisk rolig musikk, eller annen kjent musikk.

Bruk lyttingen til å gjøre noe sammen, uten at dere må si det med ord.

Dere kan lytte i stillhet, eller du kan bruke malen jeg har utformet.

Les opp med rolig stemme det som står der, og ha gode pauser imellom hvert punkt.

Det er også bra å synge kjente sanger.

Velg sanger som har kort og rolig tekst (for eksempel de fra musikkterapimøtene)

Syng gjerne samme verset flere ganger for å trene på dem, og syng gjerne bare på la,la,la...

Ellers er det viktig å snakke med korte setninger, og snakk sakte. Bruk gjerne armene og gestikuler. Dette kan gjøre det lettere å forstå.

Lytt til tonefallet i setningene, for det kan si mer enn man tror.

Jeg ønsker dere lykke til og god bedring.

Hilsen Musikkterapistudenten