



BIOGRAFI:

Karin Schou er musikterapeut fra Aalborg Universitet og uddannet lærer. PhD i musikterapi 2008 med afhandlingen "Musikterapi for hjertepatienter efter hjerteklapoperation". Ansat som forsker og underviser på Musikterapiuddannelsen siden 2005, i perioder også på Musikterapiklinikken. Fra 2011 adjunkt på AAU. Henvendelse: schou@hum.aau.dk



BIOGRAFI:

Inge Nygaard Pedersen. Musikterapeut, PhD, Professor mso på Aalborg Universitet. Ansat i opbyggerstilling 1981. Leder af Musikterapiklinikken en integreret institution mellem Aalborg Universitet og Aalborg Psykiatriske Sygehus siden 1995. Har klinisk erfaring med psykiatriske patienter samt med musikterapiarbejde indenfor foralområdet. GIM Fellow 2004. Privatklinik, Klinik for Musikterapi, Kbh. siden 2006.



BIOGRAFI:

Lars Ole Bonde er lektor, ph.d., på musikterapiuddannelsen på Aalborg Universitet og professor II på Senter for musikk og helse, Norges Musikkhøgskole. Har i de seneste år arbejdet på Musikterapiklinikken APS. Hans forskningsfelter er musikpsykologi, musikhistorie, musik og helse og musikterapi i psykiatrien og i palliativ pleje.

Musiklytning til patienter i skærmning. Pilotundersøgelse på Musikterapiklinikken Aalborg Psykiatriske Sygehus

Karin Schou, Inge Nygaard Pedersen og Lars Ole Bonde

Introduktion

I januar 2010 har Karin Schou, vikarierende forsker på musikterapiklinikken på Aalborg Psykiatriske Sygehus gennemført en pilotundersøgelse på lukket intensiv-afsnit S8 forud for en større undersøgelse af:

- om udvalgt musik afspillet via lydpudef/Maysound kan virke beroligende og angstdæmpende på patienter i skærmning (herunder bæltefiksering).
- om musikken kan reducere anvendelsen af beroligende medicin og tvang/fiksering.

Formålet med pilotundersøgelsen var at afprøve procedure, materialer og evaluering og er foregået i tæt samarbejde med afdelingssygeplejerske, plejepersonale og klinisk musikterapeut på afsnittet.

Baggrund

Oprindeligt var undersøgelsen planlagt til at skulle gennemføres på afsnit S6, men af forskellige årsager kom denne undersøgelse ikke i gang (se Bonde 2009). Baggrunden for undersøgelsen er to projekter gennemført i Danmark i henholdsvis psykiatrisk (Sørensen 2005) og somatisk regi (Schou 2007). I Sørensens undersøgelse anvendtes alene MusiCure. Her konkluderes "at MusiCure kan anvendes til såvel psykotiske som ikke-psykotiske patienter, og at MusiCure, anvendt alene eller sammen med kugledyne, kan være et alternativ til brugen af PN-medicin."

Schous undersøgelse tilbød patienterne at vælge musik blandt fire genrer baseret på tidligere undersøgelser, der har vist, at musik til afspænding og angstreduktion virker bedst, hvis patienten/ klienten kan lide den musik, han/hun lytter til (Schou 2007), og at den musik patienterne selv har valgt, er mere effektiv end musik udelukkende udvalgt af en ekspert (Standley 1995). I denne sammenhæng betød *patientvalgt* musik et afgrænset valg mellem fire forskellige musikprogrammer i forskellige stilarter (easy listening, klassisk, MusiCure, jazz). Det er vigtigt, at patienters musikpræference tages i betragtning (Spintge 1985-1986), og at patienten har en vis grad af kontrol med, hvad de lytter til, når de skal slappe af (Krout 2007).

Af etiske grunde blev det besluttet ikke at begrænse musikvalget i denne undersøgelse til MusiCure. Efter drøftelse med personalet på S6 blev musikudvalget sammensat sådan, at det består af både tre genrer fra Schous tidligere undersøgelse (easy listening, klassisk og MusiCure) samt yderligere to programmer, nemlig et "No Stress" let rytmisk program og et program med rene naturlige lyde. Patienterne tilbydes altså at vælge imellem i alt fem programmer. Baggrunden for at tilbyde et 'afgrænset' valg i stedet for et 'åbent' valg, hvor patienten selv frit vælger, hvilken musik, han/ hun vil lytte til, er at musikken må have visse kvaliteter for at kunne virke beroligende (se afsnit *Kriterier for musikvalg*), og disse kvaliteter er ikke garanteret eller kontrolleret ved et åbent valg.

Musiklytning (somatisk og psykiatrisk sygehus)

Når musiklytning anvendes til medicinske formål, er det en form for *musikmedicin*, det vil sige at musik bruges til f.eks. smertelindring eller angstdæmpning. Det antages at musikken selv har en gunstig virkning, og brugen af musik på denne måde kræver ikke specialuddannelse. Det kræver dog faglig indsigt i valg af musik og klare instruktioner for hvordan musiklytningen foregår (Bonde 2009).

I musikterapi kan musiklytning - på lige fod med andre musikoplevelser (f.eks. sang, improvisation, sammenspil) - indgå i terapien til at imødekomme patientens behov, hvad enten de er fysiske, følelsesmæssige, sociale eller mentale. Musiklytning kan bruges på somatiske sygehuse, i geriatrisk pleje, i psykiatrien og på hospice og kan kombineres med andre metoder som f.eks. afspænding og visualisering (fantasirejser) (Bonde 2009). Musiklytning kan foregå med og uden samtale, med og uden billeddannelse, individuelt som i den her beskrevne pilotundersøgelse, eller i gruppe, som det sker på flere afsnit her på APS i form af lyttegrupper ledet af musikterapeuter (se Lund og Fønssbos artikel). Musikken kan være udvalgt af musikterapeuten, patienten eller begge.

Valg af musik er afhængig af, hvilken målgruppe der er tale om, og dermed hvilke behov de pågældende patienter har. Hjerterpatienter oplever f.eks. angst og smerte i forbindelse med hjertesygdom og operation, og beroligende musik kan hjælpe patienter med både angstdæmpning og smertelindring i forbindelse med operation (Schou, 2007). Psykiatriske patienter i skærmning har ligeledes behov for angstdæmpning og hjælp til at falde til ro.

I udlandet, særligt Tyskland og USA er brugen af musik i tilknytning til medicinsk be-

handling betydeligt mere udbredt end i Danmark (Aasgaard, 2006). De sidste 10 år har organisationen Musica Humana gennemført undersøgelser med musik kaldet MusiCure, som er en slags lydlandskaber komponeret og arrangeret af Niels Eje. (Schou 2007; Bonde 2009). I disse undersøgelser har patienterne udelukkende kunnet lytte til MusiCure eller ingen musik.

Musikpræferencer

Der er dog gode grunde til at tilbyde patienter et valg, når musiklytning anvendes i behandlingsøjemed. Fysiologisk set påvirker beroligende musik det limbiske system, og gennem hjernens netværk nedsættes niveauet af visse signalstoffer, som reducerer puls og blodtryk (White 1992). Imidlertid er der nogle vigtige forudsætninger for, at musik kan have den ønskede effekt.

Musik vækker følelser og kan både skabe og påvirke stemninger, og musik vækker ikke nødvendigvis de samme følelser hos forskellige lyttere (Schou 2007). Variation i hver enkelt persons respons på musik er en vigtig faktor med hensyn til, hvordan virkningen af musik til afspænding er (Staum & Brotons 2000 i Short & Ahern 2009). Musiksmag er individuel, og patientens præference *kan* indvirke på musikkens effekt (Schou 2007), og Standley (1995) identificerede faktisk musikpræference som den vigtigste faktor i forhold til at mediere musikkens gavnlige virkning (Schou, 2007).

En australsk undersøgelse (Short & Ahern 2009) af genrebaserede musiklister i skadestue, som er et støjende miljø og en stresset situation for patienterne, tilbød fire programmer med beroligende musik: moderne (bl.a. Katie Melua), som 6 deltagere foretrak, klassisk, som 4 deltagere valgte, 'ambient' (MusiCure) valgt af 3, og endelig verdensmusik (Balkan), som 1 deltager foretrak. En deltager lyttede til alle genrer. Denne

undersøgelse illustrerer således spredning i musikvalg, som bekræfter, at det er vigtigt at patienter tilbydes valgmuligheder, og at det ikke er muligt at afgrænse valget til en som bedre egnet end andre til at opnå en beroligende effekt. Dette er i tråd med Spintge's synspunkt, at det er *situationen* og *patientens præferencer*, der kræver overvejelse (Bonde 2009b).

Når patienter præsenteres for et begrænset musikudvalg, kan de vælge deres foretrukne musik af de de tilbudte muligheder. Dette er ikke nødvendigvis i overensstemmelse med, hvilken musik patienten ville foretrække, hvis musikvalget var helt åbent, og dette kan influere på musikkens effekt (Dileo & Bradt 2005). I den her omtalte pilotundersøgelse er det et vigtigt aspekt, at effekten og effektiviteten af musik som behandling kan påvirkes af om patienter, kan lide den musik, de lytter til eller ej (Standley 1995). Da mennesker oplever og reagerer forskelligt på den samme musik, kan man ikke præcist forudsige, hvordan musikkens effekt vil være. Der er ikke fundet forskning som dokumenterer, at der findes én type musik, der virker beroligende på alle. Derfor er det vigtigt at patienter tilbydes et valg. Forskning peger på, at deltagere i undersøgelserne typisk ville vælge klassisk, jazz/blues, easy listening og pop, når de ønsker at slappe af (Byrnes 1996 i Wolfe et al. 2002).

Kriterier for musikvalg

Der er meget få eksempler på undersøgelser, hvor den musik, der er anvendt, er præcist beskrevet og hvilke kriterier, der har ligget til grund for musikvalget (Schou 2009). Ved sammensætning af musikprogrammer med beroligende musik er det vigtigt at overveje, hvad der skal til for at musikken har potentiale til at kunne virke beroligende. Det er karakteristisk for beroligende musik at tempoet er roligt (60 – 80 slag pr minut), og blandt andet at:

- tempoet er stabilt
- lydstyrke, rytme og klang er stabile eller ændrer sig gradvist
- der forekommer gentagelse
- klangene er blide
- musikken har klar struktur og form (Wigram 2004)

Det er meget vigtigt, at der ikke forekommer pludselige skift i musikken, da de kan være kontraindikerende for afspænding. Selv om gentagelse kan virke beroligende, må musikken have tilpas variation, så den ikke bliver for repetitiv (Krout 2007). Endelig er stilhed mellem numrene vigtige (Bonny 1989, som refereret af Short & Ahern 2009)) for at give plads til dels, at patienten kan nå at indstille sig på det skift, der kommer, og dels kan dvæle et øjeblik ved nummeret, før det næste følger.

Varigheden af musiklytningen har betydning for udbyttet af musikkens beroligende virkning. Krout foreslår, at musik til afspænding (herunder angstreduktion) bør vare mindst 20 – 30 minutter (Krout 2007). Antallet af musiklytninger kan variere, og der er ikke i litteraturen angivelser af, hvad det ideelle antal måtte være. Green (2007) har dog fundet, at musikkens grad af bekendthed påvirker, hvordan musikken påvirker menneskers arousal niveau:

Jo bedre vi lærer en melodi at kende, desto bedre kan vi lide den – op til et vist punkt, hvorefter den subjektive vurdering flader ud eller daler. (Gren 2007, s. 210).

Gren skriver yderligere, at ukendt musik medfører over-arousal hos lytteren, mens musik som er meget velkendt modsat har understimulering som resultat. Gren argumenterer for, at der findes et optimalt punkt mellem under- og overstimulering, hvor musikken virker bekendt uden at være fuldkommen forudsigelig for lytteren (Green 2007). Dette

kan være en god baggrund for at tilbyde patienter mere end en session med musiklytning. Derudover er der naturligvis praktiske og logistiske hensyn som f.eks. indlæggelsestid, som må tages i tilrettelæggelsen af musiklytning.

I det følgende beskrives pilotundersøgelsen nærmere.

Om pilotundersøgelsen

I pilotprojektet blev proceduren testet, herunder anvendelsen af afspilningsmateriale, musikprogrammerne og rapporteringsskemaer.

Deltagere

De patienter på S8 der var i skærmning på niveau 2 eller 3 eller i bælte blev tilbudt musiklytning med en Maysound Afspiller eller lyttepude efter patientens behov. Valg af afspiller varierede fra session til session idet musikterapeuten skønnede, hvilken afspiller der var bedst egnet til patienten her og nu. Schou stod for den praktiske del af tilbuddet i samarbejde med personalet.

Materialer

Musikprogrammerne var lagt som lydfiler på en mp3 afspiller, som blev forbundet til enten Maysound afspilleren, som er en slags lydbøjle, der sættes udenom en specialpude eller om patientens egen pude (se billede 1 og 2) eller til en lydpudder, som er en pude med indbyggede højttalere og forstærker (se billede 3).



Musikprogrammerne og naturlydsprogrammet varer 30 - 35 minutter hver. Eksempelvis består easy listening programmet af 8 numre hentet fra to cd'er med musik arrangeret af henholdsvis Kaare Norge, "Here comes the Sun", og Mike Rowland "Within the Light". Det klassiske program består af 7 numre, Musicure programmet af 4 numre, alle komponeret af Niels Eje. Endelig består det rytmiske program af 7 numre fra to "No Stress" cd'er. Programmet med naturlyde er en dokumentaroptagelse af nattergale i Hjedens Kjør. Alle musikprogrammerne er sammensat under hensyn til at tempo er gradvist langsommere for at forstærke den beroligende virkning.

Musiklytningsprocedure

Afdelingssygeplejersken fungerede som visitator og vurderede, hvilke patienter der kunne være relevante. Schou kommer til patienten på aftalt tidspunkt eller efter behov med afspilningsudstyr og musikprogrammer. Patienten er liggende og lytter første gang til en demo med eksempler af ca. 30 sekunders varighed fra de 5 programmer. Herudfra vælger patienten, hvilket program han/hun foretrækker at lytte til. Herefter instrueres de i proceduren omkring musiklytningen og patienten lytter til det valgte musikprogram, mens musikterapeuten sidder i rummet. Musikterapeuten observerer, om patienten blev mere eller mindre urolig/rolig, faldt i søvn og lignende. Desuden noteredes ligeledes, hvad patienten sagde om musikken og kommentarer i øvrigt. Afslutningsvis besvarede patienten et enkelt spørgsmål:

”Hvordan har du oplevet musiklytningen?” hvor patienten skal svare ud fra en differentieret skala fra meget behageligt til meget ubehageligt. Efter den første lytning får patienterne tilbudt musiklytning efter behov/aftale. I de efterfølgende musiklytninger lytter patienten til samme program, som han/hun har valgt i den første lytning, og med tilstedeværende musikterapeut.

Resultater af undersøgelsen

Otte patienter, 5 kvinder og 3 mænd i alderen 30 – 59 år, deltog i pilotundersøgelsen. De var i skærmmning niveau 2 og i et enkelt tilfælde i niveau 3. Det er typisk for patienter i dette afsnit, at skærmmningsniveauet er varierende. Deltagerne havde fra 1 til 5 sessioner. Deltagerne havde forskellige diagnoser, som er listet i nedenstående tabel.

Diagnose

<i>Kvinder</i>	<i>Mænd</i>
selvskadende adfærd og stemmehøring	paranoid skizofreni og angst
depression, stemmehøring og spiseforstyrrelse	angst og depression
depression – selvmordsforsøg	bipolar lidelse – manisk
borderline, selvmordsforsøg	
depression og ustabil personlighedsstruktur	

Tabel 1. *Diagnose*

Musikvalg

Tre patienter valgte at lytte til easy listening programmet, to valgte at lytte til det klassiske og tre foretrak det rytmiske musikprogram. Ingen af deltagerne har valgt MusiCure og Naturlyde som deres foretrukne program. For overskuelighedens skyld er dette resultat samlet i tabel 2.

To deltagere fik derudover tilbudt at lytte til musik (PN) via en Maysound afspiller, som afsnittet har anskaffet, og hvorpå der udelukkende er installeret et MusiCure program. Maysound afspilleren forhandles med et

lydkort, som udelukkende indeholder MusiCure ; derfor har patienterne kun kunnet høre denne type musik efter behov.

Musiklytningen har været mellem 14 og 36 minutter. Deltagere, som kun har modtaget 1 - 2 sessioner er overført til andet afsnit. En deltager (nr. 3), som var præget af mani, fik kortere sessioner. En anden deltager (nr. 8) startede med en kort første session pga frokost. Denne deltager havde brug for variation i musiklytningens varighed, derfor de vekslende sessionslængder fra 15 til 36 minutter. Se tabel 3.

Hvilket musikprogram har deltagerne valgt ved første musiklytning

<i>Musikprogram</i>	<i>Easy listening</i>	<i>Klassisk</i>	<i>MusiCure</i>	<i>Rytisk</i>	<i>Naturlyde</i>
Antal deltagere	3	2	0	3	0

Tabel 2. Deltagernes valg af musikprogram ved første musiklytning.

Fordeling og varighed af musiklytning

<i>Deltager</i>	<i>1. session</i>	<i>2. session</i>	<i>3. session</i>	<i>4. session</i>	<i>5. session</i>
1	25				
2	35	35			
3	14	17			
4	29	29			
5	34	34	34		
6	35	35	35	35	
7	29	30	29	29	
8	15	35	23	36	25

Tabel 3. Fordeling og varighed af de 8 deltageres musiklytning.

Ingen deltagere har modtaget *beroligende* medicin før eller efter musiklytning.

Ingen har svaret 'ubehagelig' (-1) og 'meget ubehagelig' (-2).

Indikation for behandling med musiklytning har været angst (3), uro (3) og anspændthed (2) og aggression (0).

I tabel 4 er hver deltagers svar vist for hver session.

Evalueringsskemaet

På spørgsmålet om, hvordan de havde oplevet musiklytningen svarede deltagerne på en differentieret skala:

Ved fire musiklytninger er deltagere faldet i søvn og har sovet, da musikken sluttede. Derfor er spørgsmålet ikke besvaret og angivet med værdien '9'. Ingen deltagere har rapporteret, at de oplevede musiklytningen 'ubehagelig' eller 'meget ubehagelig'.

meget behagelig (= 2)
behagelig (= 1)
neutral (= 0)
ubehagelig (= -1)
meget ubehagelig (= -2)
ikke besvaret (= 9)

Hvordan har du oplevet musiklytningen?

<i>Session</i>	<i>Meget Behagelig</i>	<i>Behagelig</i>	<i>Neutral</i>	<i>Ubehagelig</i>	<i>Meget Ubehagelig</i>	<i>Ikke Besvaret</i>
1.	3	2	1	0	0	2
2.	3	1	2	0	0	1
3.	1	1	1	0	0	1
4.	1	2	0	0	0	0
5.	0	1	0	0	0	0

Tabel 4. Deltagernes oplevelse af musiklytningen fordelt på sessioner.

Kommentarer

En kvinde, som var meget plaget af at høre stemmer, gav udtryk for at det var dejligt med medbestemmelse, da hun havde valgt hvilken musik hun foretrak at lytte til. En anden deltager kommenterede, at hun overhovedet ikke har haft brug for beroligende/sovemedicin, mens hun har haft musikken. En deltager, som var meget træt efter ECCT behandlinger, var plaget af stemmer, fandt musikken dejlig og meget afslappende. En mand, som led af angst og paranoide forestillinger, bemærkede, at musikken virkede afslappende, og til tilbuddet om at lytte til musik efter behov, bemærkede han, at "1/2 time om dagen med musik må være nok."

Manual til personale

Som resultat af pilotundersøgelsen er der udarbejdet et manual for personalet, som instruerer personalet i at administrere musiklytning med patienter. Manualen instruerer i brug af henholdsvis lydpudder og Maysound-afspiller den første gang, som involverer at pt vælger musikprogram, og for de efterfølgende gange.

Diskussion og konklusion

Pilotundersøgelsen har bekræftet, at procedure, materialer og evaluering er administrerbare og fungerer. Der har ikke været konstateret bivirkninger af musiklytningen. Kun i ét tilfælde var en deltager i skærmning niveau 3, og ingen har haft brug for beroligende medicin før og efter musiklytningen. En enkelt deltager har helt kunnet undvære sedativer.

Deltagernes diagnoser har været vidt forskellige, dog har angst og uro været typiske og fælles indikatorer for behandling med musik. Selv om deltagerantallet i pilotundersøgelsen er lille, er der i litteraturen belæg for, at

lytning til beroligende musik kan virke angstdæmpende (Spintge 1985-1986; Sørensen 2005) og dermed være særlig egnet i tilfælde af panikangst og andre angsttilstande.

Musikvalg

Musikvalget fordeler sig over de tre mest kendte genrer, easy listening, klassisk og let rytmisk, hvilket er forventeligt givet at patienterne er præget af angst og uro. En australsk undersøgelse (Short 2009) af genrebaserede musiklister i somatisk skadestue, som er et støjende miljø og en stresset situation for patienterne, tilbød fire programmer med beroligende musik: moderne (bl.a. Katie Melua), som 6 deltagere foretrak, klassisk, som 4 deltagere valgte, 'ambient' (MusiCure) valgt af 3, og endelig 'verdensmusik' (kombination af folke- og jazzstilarter mest fra det østlige Middelhavsområde), som 1 deltager foretrak. En deltager lyttede til alle genrer. Denne undersøgelse illustrerer altså også spredning i musikvalg, som bekræfter, at det er vigtigt at patienter tilbydes valgmuligheder, og at det ikke er muligt at afgrænse valget til en som bedre egnet end andre til at opnå en beroligende effekt.

I pilotundersøgelsen på S8 er MusiCure og naturlyde fravalgt. En tidligere undersøgelse (Schou 2009) har vist, at MusiCure kan opleves meget kompleks og dermed være vanskelig at finde afslappende for patienter, som i forvejen befinder sig i en kompleks eller krisepræget situation. At programmet med naturlyde er fravalgt kan skyldes, at det kræver en vis ro i sindet at kunne slappe af i naturens blanding af stilhed og uforudsigelige fuglelyde. Naturoptagelsen refererer - i modsætning til musikprogrammerne - til en fysisk verden uden for hospitalet, hvilket også kan være forvirrende eller provokerende.

Det er vigtigt, at musikterapeuter forestår eller konsulteres med hensyn til sammensætningen af musikprogrammer, så der er kontrol med, hvilken musik, patienterne lytter til. Dette sker for at sikre, at musikken faktisk kan virke beroligende (og ikke stimulerende som f.eks. døds-metal, hård rock eller avantgarde).

Antal sessioner og varighed af musiklytning

På baggrund af pilotundersøgelsen er det ikke muligt at konkludere, om der findes et ideelt antal sessioner, da dette bl.a. afhænger af patientens indlæggelsestid. Der er blandt de otte deltagere – set individuelt – en tendens til at sessionernes varighed er homogen for den enkelte deltager, bortset fra en deltager som fik 5 sessioner af forskellig varighed. En større undersøgelse vil måske kunne afdække, om der er tale om tydelige tendenser og om den anbefalede varighed af musik til afspænding, (som ifølge Krout (2007) bør være mindst 20-30 minutter), viser sig relevant for patienter i skærmning.

Evaluering

Der er ikke store variationer i besvarelsener af, hvordan deltagerne har oplevet musiklytningen, da de har scoret fra 0 – 2, dvs. neutral til meget behagelig. Deltagerkommentarer underbygger deltagerne positive oplevelser af musiklytningen. Her er der naturligvis stor mulighed for, at deltagerne har svaret, som de tror, det forventes, hvilket er alment kendt i undersøgelser. Dog bekræfter musikterapeutens observationer, at deltagerne har slappet af.

Begrænsninger og muligheder

Der har ikke i pilotundersøgelsen været foretaget GAF scoring. Dog er GAF niveauet på lukket afsnit beskrevet med scoring typisk mellem 11 og 30 (Thorgaard 2006).

Perspektivering

Spørgsmålet er hvad andre kan bruge dette til. I forhold til psykiatriske patienter, som ofte lider af angst og uro, er det vigtigt, at patienterne kan vælge blandt udvalgt beroligende musik fordi

- Musikken er mere effektiv når patienten kan lide den musik han/ hun lytter til
- Valg kan give patienten en fornemmelse af at have kontrol
- Patienten får indflydelse på egen behandling
- Patienten handler og kan få en følelse af selv at gøre noget

Pilotundersøgelsen har vist, at angst og uro – og *ikke diagnoser* – har været indikatorer for musiklytning som supplement til anden behandling, der tilbydes på afsnittet. Samtidig er der stor interesse på afsnittet for at tilbyde patienter i skærmning at lytte til musik som behandling mod angst og uro – som supplement til den behandling, der i øvrigt tilbydes. Personalet på S8 har i deres evaluering af pilotundersøgelsen vurderet musiklytning som et 'fantastisk tilbud' og udtrykt interesse for fortsat at tilbyde patienter i skærmning – særligt de med selvskadende adfærd – at lytte til udvalgt musik.

I forlængelse af musiklytningen er det vigtigt, at musikterapeuten og/ eller personalet instruerer patienten i at blive liggende og mærke/ huske oplevelsen, så virkningen kan videreføres. Det er samtidig vigtigt, at patienter kan genkalde sig oplevelsen næste gang, de lytter til musikken, så de efterhånden kan overføre oplevelsen i fremtidig angst/panikhåndtering.

Vignetter - musikterapeutens observationer

1. En kvinde som lider af panikangst (og depression) fortæller, at hun nyder at lytte til klassisk musik. Da hun skal have den aftalte musikterapi, er hun i panik. Personale hjælper kvinden med at få vejtrækningen dybere (mens musikterapeuten venter udenfor), og derefter tilbydes hun af musikterapeuten at lytte til udvalgt klassisk musik. Kvinden beder om, at musikterapeuten holder sin hånd på hendes ryg under lytningen. Hun falder til ro og falder i søvn – der er ikke anvendt medicin i situationen.
2. En deltager var indlagt efter selvmordsforsøg, og lyttede til musik efter behov ud over i to musikterapisessioner. Deltageren fortalte, at hun ikke har haft brug for beroligende medicin eller sovemedicin under sin indlæggelse, fordi hun har følt sig beroliget af musikken. Personale har bekræftet denne information vedr. medicin.
3. En mand som lider af anspændthed i forbindelse med angst og depression er opmærksom på sin krop og er bevidst om spændinger i maveregionen. Når han er liggende, kan han styre vejtrækningen – stående spænder han i maven og kan næsten ikke trække vejret. Mens han liggende lytter til musik (i alt to sessioner) slapper han af, og vejtrækningen bliver roligere. Efterfølgende har han over for personalet givet udtryk for, at han har profiteret af musiklytningen

Litteratur

- Bonde, L.O. (2009). Lydpuder med musik til psykiatriske patienter – alternativ PN-medicin? *Psykiatrisk Sygepleje*, 17 (1) s. 14 – 16.
- Bonde, L.O. (2009b). Playlists and patients' preferences: Comments on Short & Ahern's article "Evaluation of a systematic development process: Relaxing music for the emergency department". *Australian Journal of Music Therapy*, 20: 27-29.
- Byrnes, S.R. (1996). The effect of audio, video, and paired audio-video stimuli on the experience of stress. *Journal of Music Therapy*, 33, 248-260.
- Green, A. (2007). To know it is to Love it? A Psychological Discussion of the Mere Exposure and Satiation Effects in Music Listening. *Psyke & Logos*, 28(1), 210-227.
- Krout, R. E. (2007). Music listening to facilitate relaxation and promote wellness: Integrated aspects of our neurophysiological responses to music. *Arts in Psychotherapy*, 34, 134-141.
- Schou, Karin (2007). Musikmedicin og musikterapi i medicin. *Psyke & Logos*, 28(1), 525 – 547.
- Schou, Karin (2009). Musik til terapeutisk stresshåndtering. *Dansk Musikterapi*, 6 (1), 18-26.
- Short, A. & Ahern, N. (2009). Evaluation of a systematic development process: Relaxing music for the emergency department. *Australian Journal of Music Therapy*, 20, 3-26
- Standley, J. (1995). Music as a Therapeutic Intervention in Medical and Dental Treatment: Research and Clinical Applications. In: Wigram, T., Saperston, B. & R. West (Eds.): *The Art and Science of Music Therapy*. Chur: Harwood academic.
- Sørensen; T. E. (2005). Behandling af angste psykiatriske patienter med MusiCure - et pilotprojekt. Musikterapi i psykiatrien 4 (Årsskrift 2005): 76-83
- Thorgaard, L. (red.), J.E. Hansen, E. Rønnow, Mestringsstrategi-gruppen i Herning (2006) *Relationsbehandling i psykiatrien, bind V – Håndbog for relationsbehandlere*. Stavanger: Hertervig.
- White, J. (1992). Music Therapy : An intervention to Reduce Anxiety in the Myocardial Infarction Patient. *Clinical Nurse Specialist*, 6 (2), 58-63.
- Wigram, T. (2004). *Improvisation*. London: Jessica Kingsley.
- Wolfe, D.E., O'Connell, A. S., & Waldon, E.G. (2002). Music for Relaxation: A Comparison of Musicians and Nonmusicians on Ratings of Selected Musical Recordings. *Journal of Music Therapy*, 39 (1) 40-55.
- Aasgaard, T. (2006) *Musikk og Helse*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag.