

Musikterapi med svært psykotiske og udadreagerende patienter – 2.del

Tina Grøn Mejsner *cand. phil. i musikterapi. Ansat som musikterapeut ved retspsykiatrisk afdeling Nykøbing Sjælland. Kontakt: tgm@regionsjaelland.dk*

Indledning

I Dansk musikterapi 2009, årgang 6, nr. 1, beskrev jeg, i artiklen “Musikterapi med svært psykotiske og udadreagerende patienter”, opstartsfasen af et musikterapeutisk forløb med en ekstremt farlig behandlingsrefraktær patient. Denne artikel beskriver den videre udvikling i den musikterapeutiske behandling af denne patient.

Resume

For ca. 1 år siden blev en 30 årig mand med diagnosen kataton skizofreni henvist til musikterapi. Patienten er indlagt på Sikringen på et farligheds dekret og beskrives som svært sindssyg. Patienten er konstant psykotisk – ved kontakt er han desorienteret, usammenhængende og reagerer med anspændthed og udadreagerende adfærd. Patientens tilstand svinger uden ydre årsag fra venlig og samarbejdsvillig, til svært personfarlig i løbet af få sekunder.

Den medikamentelle og miljøterapeutiske behandling af patienten er tilrettelagt med henblik på at stabilisere patientens psykotiske tilstand samt behandle patientens farlighed, hvilket er vanskeligt da patienten viser begrænset eller ingen respons på den medikamentelle behandling.

Patienten tilbydes receptiv musikterapi, i første omgang 1 gang ugentligt, af 10 minutters varighed med henblik på at under-

støtte den igangværende behandling. Den receptive musikterapi tilrettelægges således ud fra skærmende og støttende principper – med det formål at stabilisere patientens psykotiske tilstand og mindske patientens arousal niveau.

Den første artikel (Dansk musikterapi 2009, årgang 6, nr.1) beskrev sammenhængen mellem musikalsk stimuli og arousal, en sammenhæng, som der i nyere tid er skrevet en del om i takt med at forskningen i musik og hjerne vinder frem.

I det følgende vil jeg (gennem case vignets) beskrive den videre udvikling i forløbet med ovennævnte patient, med fokus på patientens udvikling målt på arousal. Indtil nu tyder alt på at patientens arousal niveau er faldende under musikterapien, som indtil videre kan observeres ved at patienten opnår en afslappet tilstand, uden motorisk uro eller anspændthed, uden talestrøm og kontaktforsøg.

Musik og arousal

Som beskrevet i den første artikel, er arousal en generel fysiologisk og psykologisk aktivering af organismen der spænder fra dyb søvn til høj aktivitet. Et menneske som er aroused, er mentalt mere aktiv, har højere hjertefrekvens, vejtrækning og udskillelse af sved. Ved en produktiv psykotisk tilstand er patienten i en aroused tilstand som

både påvirker patienten fysisk, men som samtidig kan være medvirkende til kontaktforstyrrelser, øget angst, og øget aggression-niveau.

Nyere forskning i musik og hjerne (Vuust 2007, Ridder 2007, Theilgaard 2007) omtaler erfaringer med at mindske patienters arousal niveau gennem musikken – hvor specifikt de musikalske parametre gentagelse, forudsigelighed og en langsom og stabil puls har betydning for arousal niveau og affekt regulering.

Det musikalske program som anvendes i den receptive musikterapi med denne patient, er tilrettelagt ud fra denne viden, og er valgt ud fra følgende kriterier:

- gentagne musikalske strukturer
- gentagne musikalske mønstre
- gentagne melodi fraser
- en langsom og stabil puls
- enkel instrumentering
- ingen overraskende eller invaderende lyde
- ens musikalsk start og afslutning

Status og setting

Patienten har nu modtaget receptiv musikterapi i et halvt år. I første omgang 1 gang ugentligt – på nuværende tidspunkt 2 gange ugentligt af 10 minutters varighed.

Terapien foregår på patientens værelse, hvor han er fikseret til sengen. Jeg er placeret for enden af rummet, hvor jeg sidder på hug – med siden til patienten. Til stede i rummet er endvidere et personale som dækker sikkerhed.

Ved den receptive musikterapi lytter patienten til følgende musikalske program:

Chopin	præludie op. 28 nr.7 (0:50)
Grieg	vuggevise op. 69 nr.5 fra lyriske stykker (2:11)
Satie	gymnopedie nr.1 (2:58)
Chopin	præludie op.28 nr.7 (0:50)

Patienten har på nuværende tidspunkt vænnet sig til settingen, han ved hvilke dage jeg kommer, og kender mit navn.

Der ses ikke samme forvirring hos patienten som i starten. Der er gennem gentagelsen af det samme musikalske program over en længere periode skabt genkendelse, ro og forudsigelighed hos patienten, som mindsker arousal og angstniveau.

Et halvt år inde i det musikterapeutiske forløb er patientens spændingsfelt – dvs. perioden hvor patienten går fra anspændt, høj arousal til afslappet, lav arousal, til igen at være anspændt, høj arousal på 4.30 min. Det vil sige at patienten oplever 4.30 min hvor han er afslappet, uden motorisk uro eller anspændthed, uden talestrøm og kontaktforsøg. Efter denne tidsperiode oplever patienten igen øget uro, øget aktivitet altså øget arousal.

Udvikling i arousal – 6 mdr. inde i forløbet.

Patienten laver en del kontaktforsøg i starten af sessionen. Efter de to første stykker musik falder han til ro og ligger afslappet. Patienten slapper af og nynner ved de efterfølgende to numre, bliver dog atter kontaktsøgende mod afslutningen af musikken, dog på en mere afdæmpet måde end ved opstarten.

Sideløbende med at patienten har vænnet sig til den musikterapeutiske setting, og opnår et fald i arousal under musikterapien, virker det også til at han bliver mere opmærksom på sine omgivelser. Han er ofte mere aktiv ved terapiens start, hvor han laver en del kontaktforsøg, byder mig på kaffe og chokolade. Det terapeutiske rum er gået fra at være afventende til at være i bevægelse – fra en statisk tilstand uden kontakt, til en tilstand hvor patienten bevæger sig i retning af kontakt med undertegnede. I denne periode bliver jeg ofte fristet til at være i kontakt med patienten – forstået

på den måde at jeg flere gange forsøger at tage del i den verbale kommunikation – blot for hurtigt at konstatere, at selv få sætninger forværrer patientens psykotiske tilstand. Patienten bliver mere kaotisk. Hvor kontakt ofte ses som positivt, og selve formålet med terapien, er det vigtigt at påpege, at med netop denne patient forværres den psykotiske tilstand, når patienten er i kontakt. Det er derfor en af de terapeutiske udfordringer at være til stede, møde patienten og signalere tilgængelighed, uden at være i direkte kontakt og dialog med patienten.

Opmærksomhed – 8 mdr. inde i forløbet.

Patienten sidder op da jeg kommer ind og virker meget opmærksom, er smilende og grinende.

Jeg har indtil nu siddet på hug op af væggen, men vælger i dag at sætte mig på en stol for at matche patientens aktivitetsniveau.

Jeg vælger i starten at gentage hans navn flere gange for at skabe fokus – og svarer patienten et par gange hvor han spørger relevant. Jeg vælger dog på et tidspunkt at trække mig ud af den verbale dialog, da patienten svinger mellem en tilstand hvor hans kommunikation er relevant til en tilstand hvor han er produktiv psykotisk.

Patienten er i starten meget kontaktsøgende på en smilende lidt fjollet facon – bliver indimellem produktiv psykotisk og mumler på et tidspunkt “dumme kælling”. Patienten giver i dag udtryk for store og pludselige skift i kontakten.

I denne fase af terapien overvejer jeg, hvordan jeg i højere grad kan møde patienten – etablere en spæd kontakt som jeg oplever at han kan have brug for. Jeg tænker, at han indimellem er så opmærksom og kontaktsøgende, så det er nødvendigt at tilkendegive dette. Jeg overvejer følgende justeringer:

- en let drejning af kroppen i retning af patienten, dog uden at sidde med front mod ham

- brugen af lyd og toner
- at kalde på ham.

Sideløbende med dette øger jeg det musikalske program med Robert Schumann, Traumerei from Kinderszenen. Stykket er bygget op omkring en langsom puls, langstrakte crescendo/diminuendo, efterfulgt af en kort pause, hvilket giver oplevelsen af at musikken hele tiden finder ro/hvile. Jeg vælger at anvende denne

musik for at trække noget af tempoet,
bevægelsen ud af rummet og i stedet styrke
fornemmelsen af grounding og holding.

Brug af Robert Schumann, Traumerei from Kinderszenen – 9 mdr. inde i forløbet

Patienten ligger stille og afslappet på sengen. Jeg sidder på en stol, placeret op ad væggen. Rummet er roligt. Patienten er smilende og afslappet gennem hele forløbet – kigger op og siger tak for nu, da jeg går ud af rummet.

Ved denne og de efterfølgende sessioner er oplevelsen, at ro, grounding og holding er etableret.

Personalet på afdelingen fortæller mig at patienten er begyndt at synge sange af

Lionel Richie, når de bader ham, og vi diskuterer muligheden af atter at udvide det musikalske program – således at jeg afslutningsvis spiller et nummer af Lionel Richie.

Brug af Lionel Richie, Hallo – 10 mdr. inde i forløbet.

Patienten ligger i sengen, hovedgærdet er hævet lidt. Patienten ser vågen og opmærksom ud. Jeg sidder på en stol op af væggen. Jeg registrerer, at jeg føler mig lys, let og er meget smilende – rummet er behageligt. Patienten er glad og smilende samtidig med at han er afslappet. Han vil gerne være i kontakt og jeg må indimellem rette hans opmærksomhed på musikken. Da patienten registrerer at jeg spiller Hallo med Lionel Richie bliver han meget smilende og virker som om han har en masse han gerne vil fortælle, dog uden at det virker til at øge arousal. Patienten siger direkte henvendt til mig efter musikken – “du blev så glad”.

Patienten har nu modtaget receptiv musikerapi i lidt over et år. Fra at have modtaget receptiv musiklytning en gang ugentlig á 10 minutters varighed, modtager han på nuværende tidspunkt receptiv musikerapi 2 gange ugentligt og varigheden er øget til 20 minutter. Det musikalske program er nu:

Chopin	præludie op.28 nr. 7 (0:50)
Grieg	vuggevise op 69 nr. 5 fra lyriske stykker (2:11)

Satie	gymnopedie nr.1 (2:58)
Schumann	Traumerei from kinderszenen (2:44)
Chopin	præludie op.28 nr. 7 (0:50)
Lionel Richie	Hallo (4:07)

Patientens spændingsfelt, tilstanden mellem høj arousal og lav arousal, perioden hvor patienten er afslappet, uden motorisk uro eller anspændthed, uden talestrøm og kontaktforsøg, er nu på cirka 15 minutter.

Udvikling af arousal – 12 mdr. inde i forløbet.

Patienten ligger stille på sengen – virker opmærksom. Jeg er placeret som jeg plejer, føler ro og glæde. Kalder en enkelt gang på patienten i starten, hvilket han kommenterer med nå, nå. Patienten nynner og synger præcise melodistrofer og er smilende gennem hele sessionen. På et tidspunkt snurrer det i min krop, hvor der er mange toner i rummet og hvor min og patientens melodi/toner mødes.

Til slut siger jeg blot hej og tak for i dag.

Afslutning

Gennem hele patientens musikterapeutiske forløb har jeg haft oplevelsen af to sideløbende processer: 1) regulering af arousal, og 2) opmærksomhed på betydningen af min tilstedeværelse i rummet. Afslutningsvis i artiklen “musikterapi med svært psykotiske og stærkt udadreagerende patienter” beskriver jeg affektiv afstemning som en vigtig komponent i terapien, citat Susan Hart (2008) – “affektiv afstemning er udførelsen af adfærd der udtrykker den følelsesmæssige kvalitet i en fælles tilstand, uden at den indre tilstands nøjagtige adfærdsmæssige udtryk efterlignes”.

Hos mange af patienterne på Sikringen er evnen til kontakt og kommunikation så læderet at blot nærheden fra et andet menneske medfører at patienten bliver fragmenteret.

På nuværende tidspunkt er det oplevelsen, at musikterapi med ovenstående patient er med til at gøre det muligt for patienten at udholde nærheden af et andet menneske uden at blive fragmenteret – på grund af musikkens evne til at mindske arousal, kombineret med måden jeg, som terapeut er til stede i rummet på – herved tænker jeg specifikt på evnen til at være neutral, at holde, containe og bære patientens strøm af følelser uden at lade sig over-

strømme. Undgå at handle aktivt på det man føler, men holde, samle, være med til at styre og udholde, give retning – dette uden kommunikation, uden direkte kontakt, men ved tilstedeværelse. Vigtigheden af at bære oplevelser og stemninger til patienten indeni og signalere dem non-verbalt gennem vitalitet (Stern 2006).

I kombinationen af musik og tilstedeværelse fungerer musikken som et fælles tredje – hvor den nonverbale kontakt med patienten er mulig – og samtidig styrker musikken min evne til at være til stede og patientens evne til at udholde min tilstedeværelse.

Valg af musik ud fra kriterierne; gentagne musikalske strukturer, gentagne musikalske mønstre, gentagne melodi fraser, en langsom og stabil puls, enkel instrumentering, ingen overraskende eller invaderende lyde samt ens musikalsk start og afslutning, er med til at give rummet og tilstedeværelsen struktur, ro og holding og kan således ses som operationelle analogier til de psykologiske parametre neutralitet, holding og containment. Musikvalget må i dette forløb anses for at være grundstenen i, at det har været muligt at mindske patientens arousal niveau og øge tidsintervallet i hvilket patienten er afslap-

pet, uden motorisk uro eller anspændthed, uden talestrøm og kontaktforsøg.

Perspektivering

Indtil nu er patientens udvikling i arousal udelukkende vurderet ud fra det, der umiddelbart kan observeres i terapien – at patienten bliver mere afslappet, uden motorisk uro eller anspændthed, uden talestrøm og kontaktforsøg.

For at afprøve den nuværende hypotese, at patientens arousal niveau mindskes under musikterapien vil der i løbet af foråret blive gennemført et pilotprojekt. Over en 2 måneders periode vil patientens arousal niveau observeres under musikterapien via måling af patientens puls.

Endvidere udfyldes et spørgeskema udarbejdet af musikterapeut Britta Frederiksen (2009), før og efter hver session for at kunne vurdere og se resultaterne af pulsmålingen i forhold til det kliniske billede af patienten.

Litteratur:

- Fonagy, Schore, Stern (2006). *Affektregulering i udvikling og psykoterapi*. København, Hans Reitzels Forlag.
- Frederiksen, Britta (2009). Spørgeskema (ikke offentliggjort).

Hart, S. (2003). Selvet – fra sjæl til hjerne. *Psykolog nyt nr. 4*, s.1-3.

Hart, S. (2008). Tilknytningens betydning – et indblik i neuroaffektiv udviklingspsykologi. *Psykologinformation nr. 2, årgang 36*, s. 23-40

Mejsner, T. G. (2008). Min arbejdsdag. *Tidsskriftet Dansk Musikterapi, 5(2)*. s. 32-34

Mejsner, T. G. (2009). Musikterapi med svært psykotiske og stærkt udadreagerende patienter. *Tidsskriftet Dansk Musikterapi, 6(1)*. s. 13-18

Ridder, HMO. (2007). En integrativ terapeutisk anvendelse af sang med udgangspunkt i neuropsykologiske, psykofysiologiske, og psykodynamiske teorier. *Psyke og Logos, nr. 1 årgang 28*. København, Dansk Psykologisk Forlag

Theilgaard, A. (2007). Musik og hjerneforskning. *Psyke og logos, nr. 1, årgang 28*. København, Dansk Psykologisk forlag.

Vuust, P. (2007). Musikkens sprog. *Psyke og logos, nr. 1, årgang 28*. København, Dansk Psykologisk forlag.

Anvendt musik: Lionel Richie, Truly the love songs, Hallo, Børns Klassiske favoritter, Hvile