

Musikterapi med svært psykotiske og stærkt udadreagerende patienter

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

Indledning

Retspsykiatrien i Nykøbing Sjælland består af Sikringen med plads til 30 patienter samt Pilehus med plads til 10 patienter. I det følgende vil jeg belyse den musikterapeutiske behandling af den del af retspsykiatriens patientgruppe, som udgør de svært psykotiske og stærkt udadreagerende patienter. Artiklen beskriver opstartsfasen af et musikterapeutisk forløb med en ekstremt farlig skizofren behandlingsrefraktær (red: behandlingsresistent) patient. At tilbyde netop denne patientgruppe terapeutiske forløb er nyt, og artiklen vil derfor beskrive overvejelser inden forløbets start, samt forsøge at placere og forstå den musikterapeutiske behandling ud fra nyere forskning i musik og hjerne med fokus på stimuli og arousal.

Baggrund

I 2008 blev jeg, ved en behandlingskonference på Sikringen, bedt om at gennemgå journalen på en 30-årig mand med kataton skizofreni – med henblik på at vurdere relevansen af et musikterapeutisk behandlingstiltag. Patienten er indlagt på Sikringen på et farlighedsdekret og beskrives som svært sindssyg med hørehallucinationer, vrangforestillinger af forfølgelseskarakter samt præget af påvirkningsoplevelser. Patienten er udtalt psykotisk, svært autistisk og har en stereotyp ritualiseret adfærd. Patientens til-

stand svinger uden ydre årsag fra venlig og samarbejdsvillig til svært personfarlig i løbet af få sekunder og det vurderes, at patienten vedvarende udsætter andres liv og helbred for overhængende, uforudsigelig og alvorlig fare. Patienten er således bæltefikseret på egen stue døgnet rundt.

Patienten er i kontakten udtalt paranoid tolkende og beskrives som tydelig desorienteret, har svært ved at relatere sig i kontaktsituationer selv med enkelte personer og er svær at afgrænse. Det vurderes, at patienten reelt ikke tåler direkte kontakt og magter således heller ikke at svare på direkte spørgsmål.

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

Det musikterapeutiske behandlingstiltag

I samarbejde med overlægen og personalet på afdelingen aftales det at tilbyde patienten 10 minutters musiklytning 1 gang ugentligt med henblik på at understøtte den igangværende behandling. Musiklytningen tilrettelægges således ud fra skær-

mende og støttende principper. Terapien beskrives ved opstart som et forsøg på at stabilisere patientens psykotiske tilstand og mindske patientens arousal niveau, samt et forsøg på at kaste en musikalsk line ind i patientens psykotiske univers. Som udgangspunkt antages det, at patienten skal lytte til samme musikalske program over det næste år. Det pointeres ligeledes at terapien har fokus på musikken og der tilstræbes således minimum af verbal kontakt.

Musik og arousal

Arousal er 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 åbenlyst psykotisk tilstand er patienten i en aroused tilstand som både påvirker patienten fysisk og samtidig kan være medvirkende til kontaktforstyrrelser, øget angst og øget aggressionsniveau. Et af formålene med den musikterapeutiske behandling er defineret som en mindskelse af patientens arousal niveau og en af måderne at gøre dette på, er ved at tilbyde patienten stimuli ud fra regulerende musikterapeutiske teknikker.

Musikterapeut Hanne Mette O Ridder beskriver betydningen af at tilbyde stimuli ud fra regulerende musikterapeutiske teknikker i relation til musikterapi med demente, som en måde at undgå at øge patientens stress og arousal niveau på. Ved stimuli ud fra regulerende musikterapeutiske teknikker får patienten mulighed for at udelukke irrelevant stimuli og reorientere sig i forhold til følelser, handlinger og relationer (Ridder 2007).

Vigtigheden af at tilbyde den aktuelle patient stimuli ud fra regulerende musikterapeutiske principper skal ses i lyset af, at patienten er isoleret på egen stue det meste

af døgnet og derfor er udsat for et minimum af udefrakommende stimuli i løbet af dagen. Patientens stresstærskel overfor stimuli må derfor formodes at være meget lav. Patienten opleves ligeledes åbenlyst psykotisk, diffus og fragmenteret ved kontakt og patientens angstniveau er højt – tidligere er det således også beskrevet at patienten ved øget kontakt/aktivitet har reageret med udfald mod personalet.

Opgaven har således været at sammensætte et musikalsk program, som er i stand til at skærme og beskytte patienten. Samt at anvende regulerende musikterapeutiske teknikker der tilbyder patienten stimuli der mindsker angst og arousal niveau, og dette uden forud at være i kontakt eller dialog med patienten omkring musikvalg, musiksmag, tidligere musikalske præferencer og lignende.

Stimuli og musikalske parametre

I musikterapien reguleres stimuli ved hjælp af udvalgte musikalske parametre. Stimuli reguleres samtidig med fokus på den kontakt der tilbydes patienten og i betydningen af terapeutens tilstedeværelse.

I tilrettelæggelsen af et musikalsk program som tilbyder patienten stimuli ud fra regulerende musikterapeutiske teknikker har følgende musikalske parametre været vigtige:

- 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

De musikalske parametre er valgt med det formål at mindske patientens arousal niveau, og i den forbindelse har jeg lagt vægt på betydningen af **gentagelse** og **forudsigelighed** – at vælge det samme program, gentagelsen af melodiske fraser samt gentagelse i pulsen.

I nyere litteratur omhandlende musik og hjerne, beskrives det hvordan musikken og herunder gentagelse og forudsigelighed kan have betydning for patientens arousal niveau og være affektregulerende.

Musikterapeut Hanne Mette O Ridder beskriver, at når lydene fungerer som stimuli, der samlet opleves som meningsfulde, vil disse lyde træde ind i opmærksomhedsfeltet og have en basal affektregulerende funktion – m.a.o. via musikken skabe gentagelse, mening, forventning og aktivering af hukommelsesspor. Via det samme program, den samme start på terapien, skabes der en mindsket arousal hos patienten (Ridder 2007).

Musiker og hjerneforsker Peter Vuust beskriver gennem sine studier af musik og hjerne, hvordan hjernen reagerer på brud eller afvigelser i de auditive mønstre ved forøget arousal/øget aktivitet – en ubevidst bearbejdning af auditive mønstre og brud på disse, der kan være af overlevelsesmæssig betydning for mennesket (Vuust 2007). Det bliver således vigtigt i valg af musik at undgå brud. Dette har jeg forsøgt at opnå ved at vælge musikstykker med en enkel instrumentering og ingen overraskende eller invaderende lyde.

Endvidere har det været vigtigt for valg af musik, at musikken har været karakteriseret af en langsom og stabil puls. Musikterapeut Kenneth Bruscia skriver i 1987: "puls giver tryghed, stabilitet, forudsigelighed og en **gentagende** forsikring om en driftsmæssig kraft eller energi der ikke vil forsvinde eller blive overvældende. Pulsen sørger for en grund som holder, støtter

og kontrollerer og udjævner energi og drifter. Ved dette tjener pulsen til at beskytte mod primal angst og frygt for **overstimulering**".

Ud fra ovenstående overvejelser har jeg valgt at patienten ved sessionerne skal lytte til følgende musikalske program:

Chopin: Præludium op. 28 nr. 7

Grieg: Vuggeviser op. 69 no. 5 fra lyriske stykker

Satie: Gymnopedies nr.1

Chopin: Præludium

Kontakt/tilstedeværelse

Som tidligere nævnt er den kontakt patienten tilbydes, samt min tilstedeværelse i det terapeutiske rum, en del af den stimuli patienten tilbydes. Som udgangspunkt har det været beskrevet at patienten ikke magter kontakt, og at patientens psykiske tilstand forværres ved kontakt. Terapien bliver således en træning for patienten i at være til stede sammen med et andet menneske uden at opnå en øget arousal og øget angst.

I denne forbindelse har jeg været opmærksom på måden, jeg er til stede i rummet på – min fysiske placering, kropsholdning, øjenkontakt samt betydningen af enkel og tydelig kommunikation. Jeg har ligeledes haft fokus på min indre psykiske tilstand, hvilke følelser, fornemmelser og tanker der har været til stede under terapien. Indtil nu har fornemmelsen af at neutralisere mig selv for at skabe plads til patienten haft stor betydning. Jeg har ligeledes været meget opmærksom på paradokset i at undgå kontakt i betydningen verbal kommunikation, men tilbyde kontakt i form af tilstedeværelse og nonverbal kommunikation. Formålet med dette er at undgå at stille krav og forventninger til patienten, men via musikken, kontakt og tilstedeværelse at skabe en struktur i rummet som kan stabilisere patientens psykotiske tilstand.

En session

Patienten er fikseret til sengen under hele musiklytningen. Jeg er placeret i det ene hjørne af patientens værelse hvor jeg sidder op ad væggen. Jeg sidder med kroppen en smule skråt væk fra patienten og kigger ud af vinduet. Ved direkte henvendelse fra patienten vender jeg mig kortvarigt om, henviser til at patienten skal lytte til musikken for derefter at vende mig om igen. Tilstede i rummet er desuden et ekstra personale, som dækker sikkerhed. Vedkommende er placeret skråt bag ved patienten ved døren – ved henvendelse fra patienten er aftalen, at personalet blot henviser til at patienten skal lytte til musikken, og ellers undgår dialog med patienten.

Patienten er meget urolig og meget talende ved musiklytningens start. Patienten laver mange kontaktforsøg og er meget insisterende i disse. Patienten sætter sig flere gange op i sengen, kigger direkte på mig og tiltaler mig direkte. Patienten er i sine henvendelser fokuseret på at han vil have vasket sit hår. Jeg bruger meget energi på ikke at indgå i den verbale dialog men opfordrer blot patienten til at lytte til musikken. Patienten falder langsomt til ro og er relativt rolig ved musiklytningens afslutning.

Som beskrevet i casevignetten er patienten ved terapiens start urolig, hvilket er et udtryk for høj arousal som viser sig dels ved den motoriske uro, samt patientens vedvarende talestrøm, sætninger som gentages men som ikke er egentlig meningsdannede eller er at forstå som en egentlig kommunikation. Patienten virker her som ved tidligere musikterapeutiske sessioner angst, forvirret og fragmenteret.

Udviklingen i terapien har indtil videre været som beskrevet i ovenstående vignet, at patienten bevæger sig fra anspændt – høj arousal til afslappet – mindsket arousal i løbet af musiklytningens varighed på 10 minutter. Rent fysisk viser det sig ved en bevægelse fra motorisk urolig til en tilstand hvor patienten ligger afslappet og lytter til musikken. Patienten kan ved starten af musiklytningen virke anspændt, hvilket viser sig ved forsøg på udfald mod personalet, hvor han ved musiklytningens afslutning og umiddelbart efter ofte opleves af-

slappet og uden forsøg på udfald ved kontakt. Patientens talestrøm og kontaktforsøg mindskes ligeledes i løbet af sessionen – og i stedet for tale kommer patienten med enkeltstående toner og nynnen.

Musiklytningen opleves på nuværende tidspunkt som enkeltstående sessioner, hvor patientens arousal niveau mindskes i situationen – der kan således ikke ses en virkning over tid, men terapien skaber pauser for patienten, enkeltstående tidsperioder med lav arousal. Genkendelsen af settingen, som skabes ved gentagelse af det musikalske program i sin helhed, spænder dog fra session til session og patienten er ikke på samme måde forvirret ved musiklytningens start, som han var i begyndelse. Musiklytningen er på nuværende tidspunkt øget til 2 gange ugentligt.

Tanker om det videre forløb.

Ved afslappet tilstand/mindsket arousal er patienten begyndt at nynne enkelte toner –

disse udløser enkelte toner fra mig – ikke en spejling, ikke en dialog, men en anerkendelse af eksistens. I forlængelse af tanker om kontakt og tilstedeværelse danner der sig forsigtige tanker om affektiv afstemning. “Affektiv afstemning er udførelsen af adfærd, der udtrykker den følelsesmæssige kvalitet i en fælles tilstand, uden at den indre tilstands nøjagtige adfærdsmæssige udtryk efterlignes” (Susan Hart, 2008). Udvekslingen af toner oplever jeg i sessionen som den adfærd der i første omgang kan udtrykke den følelsesmæssige kvalitet i rummet og mellem patienten og mig, og som jeg håber på, på sigt kan danne udgangspunkt for en yderligere bekræftelse af patientens eksistens til udviklingen af en egentlig dialog.

Litteratur

- Fonagy, Schore, Stern, (2006) *Affektregulering i udvikling og psykoterapi*, Hans Reitzels forlag,
- Hart, S.(2008) Tilknytningens betydning – et indblik i neuroaffektiv udviklingspsykologi. I: *Psykologiinformation nr.2, årgang 36*
- Hart, S. (2003) Selvet – fra sjæl til hjerne. I: *Psykolog Nyt nr.4*
- Hart, S. og Bentzen, M. (2005) Psykoterapi og neuroaffektiv udvikling. I: *Psykolog Nyt nr.2*
- Parnas, J. (2008) Begrebet psykose. I: *Ugeskrift for læger 170/46*
- Ridder, HMO. (2007) En integrativ terapeutisk anvendelse af sang med udgangspunkt i neuropsykologiske, psykofysiologiske og psykodynamiske teorier. I: *Psyke og logos, nr.1, årgang 28*. København, Dansk Psykologisk forlag
- Sørensen, LJ. (2005) *Smertegrænsen – traumer, tilknytning og psykisk sygdom*. Psykologisk forlag
- Theilgaard, A. (2007). Musik og hjerneforskning. I: *Psyke og logos, nr. 1, årgang 28* København, Dansk Psykologisk forlag
- Toga, AW. og Mazziotta, JC. (2000) *Brain mapping: The systems*. Academic Press, Canada.
- Vuust, P. (2007), Musikkens sprog. I: *Psyke og logos, nr.1, årgang 28*. København, Dansk Psykologisk forlag.