

Jeg mærker også den sorg Susanne bærer, og som ligger bag fortællingen om det lille ødelagte træ, og håbet om at noget nyt kan slå rødder og gro frem.

- Charlotte Lindvang -



Charlotte Lindvang

*Uddannet musikterapeut fra Aalborg Universitet 1997 med specialet "Identifikations- og transformationsprocesser i psykoterapi og musikterapi med skizofrene". Ansat som forskningsassistent ved Musikterapi klinikken på Aalborg Psykiatriske sygehus i 1998-2000. Ansat ved Aalborg Universitet, Musikterapiuddannelsen 1997-2000, primært som "lærerterapeut" og er nu tilknyttet musikterapiuddannelsen som censor. Vikarierede som musikterapeut på psykiatrisk hospital i Nykøbing Sjælland 2001-2002, og har siden 15.6.2003 været ansat i forsøgsprojekt med musikterapi på Psykiatrisk Sygehus i Frederiksborg Amt.
Henvendelse: chli@mail.tdcadsl.dk*

Casestudie - Musikterapi med skizofren kvinde

Charlotte Lindvang

Resumé: Denne artikel beskriver et musikterapiforløb over 6 mdr. med en skizofren kvinde, med fokus på at belyse den terapeutiske proces såvel som forløbets resultater, set i forhold til de opstillede mål. Beskrivelsen af processen illustrerer hvorledes musikken er et vigtigt redskab i opbygningen af tillid mellem os, og som en vej til at skabe nye interaktive oplevelser og erfaringer for patienten.

Casen er et eksempel på at en udviklingsproces er mulig, også for skizofrene patienter. Patientens kommunikative evner bedres, og der skabes større sammenhæng mellem patientens polariserede personlighedsdele. Patienten opnår en øget psykisk stabilitet, hun ophører med at være selvskadende, og hun er ikke psykotisk i perioden med musikterapi. Konsekvensen af dette er bl.a. en reduktion i antallet af indlæggelsesdage. Patienten anerkender i højere grad sine egne ressourcer og synes styrket i forhold til at rumme og håndtere sine følelser. Musikterapiforløbet giver patienten et nyt håb om at være i kontakt med livet.

Baggrund

Jeg vil i det følgende beskrive et musikterapiforløb med en kvinde sidst i 30'erne, der siden ungdomsårene har haft kontakt til psykiatrien. Hun er diagnosticeret paranoid skizofren, ifølge den internationale diagnoseklassifikation, ICD-10, i kategorien F 20.07. I denne case-beretning kalder jeg kvinden for Susanne (opdigtet navn).

Susanne har i perioder psykotiske symptomer, forfølgelsesforestillinger og hørehal-lucinationer. Hendes adfærd er jævnligt selvdestruktiv og har tidligere ført til suicidalforsøg. Samtidig er der mange sider af Susannes personlighed som virker mindre skadet end hvad man normalt forventer hos en skizofren patient. Bl.a. har hun mange kommunikative ressourcer og er meget selvreflekterende.

Susanne er normalt begavet. Hun har afsluttet folkeskolen med 10 klasse og læst et enkelt år på en mellemlang uddannelse. Hun har ingen børn, men har haft en kæreste gennem en længere årrække. Susanne flyttede ind

i et socialpsykiatrisk bofællesskab for en del år siden, og både hun og personalet giver udtryk for at hun befinder sig godt der. Hendes psykiske tilstand har dog været meget svingende. Hun har været meget sårbar gennem årene og de psykotiske symptomer har været tilbagevendende.

Henvisningsgrund og indledende vurdering

Susanne blev henvist til musikterapi under en indlæggelse i hospitalets psykiatriske døgnafsnit. Susanne havde taget sin anti-psykotiske medicin regelmæssigt, og lægerne vurderede at medicinering og dosering var optimal. Det blev derfor skønnet at der var behov for nye behandlingstiltag. Baggrund for henvisningen var desuden at Susanne havde været indlagt mange gange de seneste par år. Den behandlingsansvarlige overlæge mente, det var værd at undersøge muligheden for at motivere Susanne til et længerevarende terapeutisk forløb, med det formål at skabe en øget psykisk stabilitet gennem en kontinuerlig kontakt. Dette blev drøftet på en behandlingskonference i afsnittet, og der var enighed om at musikterapi kunne være en behandlingsform som Susan-

ne formentlig ville kunne profitere af. Susanne var fra starten motiveret og interesseret i musikterapien. Hun var åben i forhold til introduktionen til instrumenterne og de musikterapeutiske metoder. På baggrund af de indledende sessioner var det min vurdering, at Susanne ville være i stand til at bruge musikken i musikterapien som en platform for kontakt og kommunikation, og dermed som vej til at bearbejde uhensigtsmæssige psykiske handle-mønstre og udvikle nye og sundere måder at håndtere sine tanker og følelser på. Der kunne kort tid efter opstarten etableres en aftale med Susanne der indebar at vi mødtes én gang ugentligt i foreløbig 3 mdr. Da de 3 måneder var gået, blev forløbet evalueret og forlænget endnu 3 måneder, indtil musikterapeuternes forsøgsperiode i Frederiksborg Amt var slut.

I det følgende indleder jeg med en redegørelse for Susannes fremmødestabilitet og indlæggelseshyppighed samt resultater af GAF scoring.

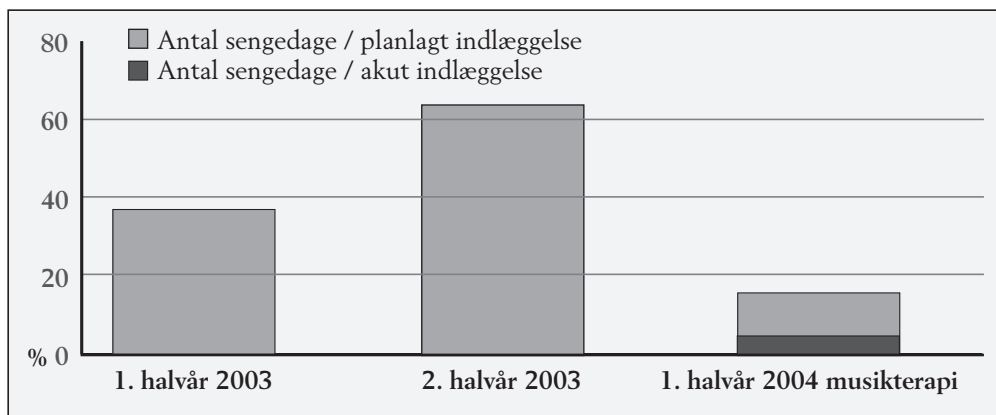
Fremmødestabilitet

Det er væsentligt at se nærmere på patientens fremmøde til terapien, da der i psykiatrien er erfaring for at det kan være vanskeligt at etablere en stabil alliance med denne målgruppe af patienter. Møder patienten ikke stabilt til terapien, bliver det selvsagt svært at skabe kontinuitet, og det bliver derfor svært at skabe den nødvendige tillid og tryghed der skal til for at muliggøre en bearbejdning af de psykiske problemer. I forhold til det musikterapeutiske forløb med Susanne, var det som nævnt også et formuleret mål at øge Susannes stabilitet gennem et kontinuerligt forløb. Forløbet med Susanne startede under hendes indlæggelse i døgnafsnit og blev videreført i ambulans regi efter udskrivelse, få uger efter den første musikterapeutiske kontakt blev etableret. Susanne skulle selv sørge for transport til og fra musikterapien, hvilket indebar ca. 1½ times samlet transport med offentlige transportmidler. Der var på denne

baggrund nogen usikkerhed blandt personalet i forhold til, om det ville blive muligt for Susanne at møde stabilt til musikterapien. Rammerne for forløbet var én ugentlig session, og det viste sig at Susanne mødte punktligt til samtlige aftalte sessioner, med undtagelse af en enkelt session som hun aflyste telefonisk. Forløbet blev på i alt 20 sessioner over 6 måneder. Det bekræftes således i denne case at musikterapi som behandlingstilbud kan fastholde patienter, der er diagnosticeret indenfor det skizofrene spektrum, i et længerevarende terapeutisk forløb. Dette er endvidere dokumenteret af en undersøgelse på Musikterapiklinikken ved Aalborg Psykiatriske Sygehus (Hannibal 2005, 2000).

Indlæggelseshyppighed

Som henvisningsårsag til musikterapi var som nævnt at Susanne gennem en længere periode havde været indlagt hyppigt og langvarigt. Årsagen til de mange indlæggelser havde været selvmordstanker, selvskadende adfærd samt psykotiske sammenbrud. Derfor er det væsentligt at undersøge om antallet af sengedage ændrede sig i perioden hvor Susanne modtog den musikterapeutiske behandling. I behandlingsplanen indgik nu dels det musikterapeutiske behandlingstilbud, dels et tilbud til Susanne om at indlæggelser blev planlagt og aftalt mellem Susanne og hospitalsafsnittet på forhånd. Opgørelsen af antal indlæggelsesdage dokumenterer at Susanne i perioden med en ugentlig musikterapisession var væsentligt mindre indlagt på døgnafsnit end i en tilsvarende periode uden musikterapi. I første halvår af 2003 var Susanne indlagt i alt 37 dage, og i andet halvår af 2003 i 64 dage. Dette giver sammenlagt 101 indlæggelsesdage på ét år. Sammenlignet med det efterfølgende halve år med musikterapi, hvor antal indlæggelsesdage var nede på 21 dage, kan det ses at det samlede antal sengedage på et halvt år er mere end halveret for denne patient. Dette illustreres i Figur 1. De 21 indlæggelsesdage i første halvår af 2004 (med musikterapi) er fordelt med 16 akut-dage og



Figur 1: Antal indlæggelsesdage i år 2003, samt 1. halvår af 2004.

5 aftalte indlæggelses-dage.

I foråret 2004 var 5 af de 21 sengedage aftalt på forhånd, og disse aftalte indlæggelsesdage havde til formål at virke stabiliserende og forebyggende. Den ene planlagte indlæggelse varede pga. overbelægning dog kun ét døgn, hvilket tilsyneladende ikke havde den ønskede forebyggende effekt. I stedet øgedes Susannes uro, og få dage efter blev hun akut indlagt i 8 dage. Den anden aftalte indlæggelse på 4 dage blev lagt i forbindelse med at Susannes lejlighed skulle istandsættes, hvorved Susannes forventede uro i forbindelse med at hjemmet midlertidigt skulle ryddes, kunne rummes og et psykotisk tilbagefald undgås. Det er sandsynligt at den dokumenterede reduktion i antal akutte indlæggelsesdage i høj grad skyldes det forhold, at musikterapien havde en positiv og stabiliserende behandlingsmæssig effekt på Susanne. Dette understøttes af en udtalelse som blev sendt uopfordret til hospitalet fra den institution hvor Susanne bor. Heri formuleres det at personalet oplever, at musikterapien har haft en betydelig andel i reduktionen af Susannes hyppige akutte indlæggelser. Det skal i denne forbindelse også understreges at der var etableret et godt og bæredygtigt samarbejde mellem hospitalsafsnittet og undertegnede musikterapeut, og at det i det hele taget kan have haft stor betydning for Susannes bedring at de forskellige behandlingstiltag var samstemt.

Statusskema fra NIP-projekt (GAF)

Ifølge de udfyldte status-skemaer for Susanne i forbindelse med det landsdækkende NIP-projekt (Det Nationale Indikatorprojekt) skal der her nævnes, at hun på GAF-skalaen (Global Assessment of Functioning-scale-F, se litteraturlisten) scorede 35 ud af 100 point ved opstarten af det musikterapeutiske forløb. Ca. én måned efter forløbets afslutning scorede Susanne 55 point på GAF. Det drejer sig altså om en forbedring af Susannes funktionsniveau på 20 point. I mange tilfælde ville man vurdere at en patient, der får en score på 40 eller derunder, bør være indlagt (Moe 2000). Går man endnu et halvt år tilbage, kan det ses at Susannes scoringer på GAF skalaen generelt ligger mellem 35 og 55 point. Dette kan forstås som udtryk for at Susanne er meget svingende, men altså har et potentiale i forhold til at komme sig. Susanne kan under de rette støtte- og behandlingstiltag forbedre sit generelle funktionsniveau væsentligt. Dette bestyrkes desuden af at status-skemaerne dokumenterer at Susanne, trods jævnlige psykotiske tilbagefald gennem flere år, *ikke* har været psykotisk i perioden med musikterapi.

Kort opsummering af resultater

Det primære mål med musikterapien var som beskrevet at skabe en kontinuerlig kontakt og en øget psykisk stabilitet hos Susanne. Disse mål blev indfriet, som belyst gennem Susannes fremmødestabilitet, hvor hun kun havde et enkelt afbud ud af 20 sessioner, samt gennem det reducerede antal sengedage, hvilket må ses som resultatet af at Susanne ikke var psykotisk i perioden med musikterapi, og at selvmordstanker og den selvskadende adfærd var så godt som ophørt. I det følgende sætter jeg fokus på musikterapiforløbets kvalitative indhold. Hvad drejer den terapeutiske proces sig om? og hvordan kan vi forstå den positive udvikling som er dokumenteret ovenfor?

Den terapeutiske proces

I det følgende belyses de kvalitative aspekter af Susannes forløb i musikterapi. Jeg vil strukturere data, bl.a. ved at forløbet inddeles i faser. Faserne kan ses som udtryk for en progression i forløbet, men det drejer sig samtidig om psykologiske temaer som betegner det samlede forløb.

Målsætning

Der blev, i samarbejde med Susanne, formuleret følgende fokusområder for indholdet af det terapeutiske arbejde:

“...at Susanne finder ro og glæde som modpol til stress og bekymring samt at Susanne bliver opmærksom på og bearbejder tilbøjeligheden til at finde fejl hos sig selv, og derved udvikler selvaccept og opbygger større personligt spillerum.” (notat i lægejournalen)

Metoder

I dette musikterapeutiske forløb anvendes både musik og samtale samt andre udtryksformer såsom digte og tegning. Den primære musikterapeutiske metode

er improvisationen, hvor musikken ikke er komponeret på forhånd. Improvisationen giver Susanne mulighed for at opdage og bearbejde sine vanskeligheder, og at udvikle sine kommunikative ressourcer i samspillet med terapeuten. Der anvendes tillige musiklytning, dels medbringer Susanne selv musik undervejs, dels foreslår jeg af og til at vi lytter til musik, som oftest for at skabe ro, og for at give Susanne mulighed for at “spejle sig” i musikens evne til at rumme flere farver og stemninger på én gang.

Forløbets faser

Susannes terapeutiske proces vil i det følgende blive skitseret. Omdrejningspunktet i beskrivelsen vil blive ovenstående mål og Susannes bevægelse i forhold hertil. Til slut vurderes hvad Susanne har fået ud af det musikterapeutiske forløb, set i forhold til de nævnte mål samt progressionen i forløbet. Forløbet inddeles i 4 faser:

1. fase: Indledning. Et møde mellem motivation og frygt
2. fase: At skabe en tryk relation
3. fase: Forandringens mulighed
4. fase: Afslutning. At bære håbet med sig

Den behandlingsmæssige udvikling, der sker for Susanne gennem de 4 faser, belyser jeg gennem materiale som hun selv bibringer terapien, gennem beskrivelse af musikken som redskab samt med eksempler på musikterapeutiske improvisationer. Dertil vil jeg supplere med en beskrivelse af dét, jeg som terapeut mærker i mødet med Susanne (empatisk introspektion). Når de fire faser er gennemgået, opsummeres materialet til slut i et skema for at give et samlet overblik over processen.

1) Indledning. Et møde mellem motivation og frygt

I musikterapi-sessionerne er Susanne som beskrevet interesseret og samarbejdsvillig fra starten. Hun møder til tiden, har megen energi og kaster sig gerne ud i at improvisere på instrumenterne. Jeg observerer samtidig at hun er kropslig urolig, og ikke bliver særligt længe ved et emne eller en øvelse i musikken, og at hendes tanker er springende.

Fra Susanne

Susanne fortæller i terapiens indledende fase at hun i juleferien, i desperation, havde ødelagt et lille træ udenfor sit hjem, som var blevet plantet for nyligt. Hun havde savet det over med en kniv. Dette, mener Susanne, var et udtryk for at hun var "helt overfyldt med tanker og følelser, som hun slet ikke kunne overskue". Hun var dybt ulykkelig over hændelsen.

Kommentar til fortællingen.

Susanne har i årene forud for terapiforløbet været meget plaget af en selvskadende adfærd. Det bliver i processen stadig tydeligere, også for Susanne selv, at trangen til at skade sig selv kommer i situationer hvor hun føler, hun mislykkes - dvs. ikke lever op til egne forventninger til sig selv og derfor er meget vred på sig selv.

Episoden hvor Susanne ikke i fysisk forstand skader sig selv, men ødelægger et lille træ, hører jeg som en fortælling om at hun har meget kraftige impulser i retning af at ødelægge dét der spirer, altså destruere sine egne udviklingsmuligheder. Jeg opfatter tillige fortællingen som en vigtig information til mig om at hun har behov for ro og overskuelighed i musikterapien. Jeg mener tillige at Susanne på symbolsk vis deler et dybt ønske om at ændre destruktive mønstre, idet hun i samvær med mig sørger over det ødelagte træ, og bestemmer sig for at der skal købes og plantes et nyt træ.

Terapeutens empatiske introspektion

Jeg mærker at jeg bliver påvirket af de mange impulser, Susanne har i forhold til at gå i gang. Jeg får en masse idéer til hvordan vi kan arbejde. Men jeg mærker også, at jeg bliver bange for at skubbe på og måske skræmme hende. Jeg mærker at hun, i sin særlige form for åbenhed, risikerer at blive overstimuleret. Det er derfor væsentligt at skabe en balance mellem aktivitet og ro, sådan at Susanne på den ene side oplever at engagere sig i det der sker her og nu, således at rastløshed og spekulationer træder i baggrunden. På den anden side skal der ikke foregå så meget at Susanne bliver overvældet af de mange nye indtryk. De svingninger jeg mærker mellem på den ene side at være ambitiøs på hendes vegne, og på den anden side være usikker på om dette forløb overhovedet bliver til noget, kan forstås som en spejling af Susannes samtidige motivation og frygt, og jeg forsøger at møde og svare på begge dele. Jeg mærker også den sorg Susanne bærer, og som ligger bag fortællingen om det lille ødelagte træ, og håbet om at noget nyt kan slå rødder og gro frem. På baggrund af fortællingen opstår således en "følelsesmæssig tone" som bliver ved med at være til stede mellem os i musikterapiforløbet, om end det ikke direkte verbaliseres og bevidstgøres hos Susanne.

Musikken

I musikken lytter jeg som musikterapeut meget nøje efter Susannes signaler; jeg følger hendes musikalske udtryk og anerkender og bekræfter Susannes ønske om at engagere sig. Samtidig støtter jeg Susannes behov for at holde igen og bevare overblikket, ved at intervenere og styre progressionen i sessionen. I musikken er der fokus på at finde ud af hvad Susanne kan lide. Hvilke instrumenter er rare at holde og røre, hvilke lyde er gode at lytte til. Der arbejdes med at Susanne finder det tempo, som passer til hende her-og-nu.

Delkonklusion

Susanne synes at reagere positivt på at der

ikke stilles krav, som hun ikke kan honorere. Jeg forsøger at møde hende der hvor hun er. Den musikterapeutiske proces har fra begyndelsen fokus på at finde og støtte Susannes ressourcer, og dermed muliggøre en udvikling der peger fremad og væk fra selvfordømmelse og pessimisme. Det er dog vigtigt at være opmærksom på en underliggende ambivalens hos Susanne, idet bevægelse og forandring let kan blive et uoverskueligt og anspændt felt at være i for hende (Gabbard 1994; Lindvang 1997). Muligheden for udvikling vækker angst hos Susanne, og det er nødvendigt at der opbygges en tryk relation mellem os.

2) At skabe en tryk relation

Det er essentielt at terapeuten kommer den skizofrene patient i møde, viser accept og rummelighed, således at der opbygges en relation baseret på tillid (Thorgaard & Rosenbaum 1996; Killingmo 1989; Sørensen 1996 m.fl.). I den her omtalte case bliver opbygningen af et kravfrit samvær og en tryk relation den væsentligste modstandskraft overfor selvfordømmelsen, og hermed kan Susanne påbegynde en udvikling af sit personlige "spillerum", som beskrevet i målsætningen for forløbet. Der er tydeligvis brug for en vekselvirkning mellem at spille, at lytte til musik og at samtale. Dette er i udgangspunktet medvirkende til at øge trygheden hos Susanne, idet hun herved kan opleve en balance mellem nærhed og distance til terapeuten og til det psykiske materiale som aktiveres i kontakten (Lindvang 1997).

Fra Susanne

I forløbets 3. session medbringer Susanne en CD som vi lytter til sammen. Det er en popsang som beskriver hvordan det er at være anderledes; se sine gamle skolekammerater etablere sig med familie og materielle goder, og selv føle at man mislykkes og ingenting har. "Hallo, kan du høre mig" lyder teksten i sangens omkvæd. I samme session fortæller Susanne "at hun i bund og grund er et glad barn".

Kommentar til sangen

Susanne får hjælp fra sangen til at beskrive oplevelsen af ensomhed og anderledeshed, og hun fortæller igennem sangen om sit behov for at blive lyttet til og taget alvorligt. Der er stor smerte og sorg forbundet med at føle sig mislykket og føle at ens muligheder i livet er gået tabt. Disse følelser formidles og deles mellem os på et nonverbalt plan.

"Det glade barn" kan forstås som udtryk for en ressourcedel hos Susanne. Der er tale om en barnedel som har spontaniteten og selv-tilliden intakt. Det er væsentligt at der gennem terapien lyttes og gives næring til denne del af personligheden, og dette sker gennem terapeutens støttende og bekræftende interventioner. Det glade barn er som et lille træ der gerne vil have grobund og vokse. Det skaber tryghed hos Susanne når både oplevelsen af at være mislykket samt fornemmelsen af det sunde barn, er sider der rummes i musikterapien. Det er fortsat sorgen og håbet der kommer til udtryk.

Terapeutens empatiske introspektion

Som terapeut mærker jeg moderlige omsorgsfulde impulser i retning af at berolige og dæmpe det selvfordømmende hos Susanne, og give næring til opbygning af en positiv selvfølelse gennem en acceptering og rummende holdning. Samtidig handler jeg ved at skabe struktur og holdepunkter i terapien. Jeg ønsker at beskytte de terapeutiske rammer. Dette kan forstås som mere faderlige impulser, der fremmer fornemmelsen hos Susanne af at der er styr på processen, samt en overskuelighed der hindrer at hun overvældes.

Musikken

I musikken arbejdes der konkret med at finde tryghed i samspillet. Susanne bremser ofte sit eget udtryk og etablerer dermed et brud i improvisationen. Hun oplever selv "at hun ryger ud", hun har meget svært ved at tillade sig selv den mindste usikkerhed. Dette kan beskrives med et eksempel fra vores 4. sessi-

on. Vi spiller på hver sin tromme. Jeg lytter til Susannes udspil og sørger for at matche hendes udtryk på en måde så vi følges ad. Pludselig bliver Susanne lidt usikker på rytmen, og stopper. Hun mener at hun kom til at "ramme skævt". Susanne forklarer at hun afbryder samspillet, fordi hun oplever, hun kommer til at ødelægge samspillet, - hun er vred på sig selv over sine fejl. Jeg møder Susanne med omsorg og accept i forhold til hendes behov for at bryde samspillet. Jeg viser med mit nærvær at jeg bliver ved med at være der, tilgængelig for kontakt. Jeg opmuntrer samtidig Susanne til trygt at fortsætte med at spille, på trods af de udsving eller ændringer der opstår i hendes udtryk.

Delkonklusion

I takt med at der skabes en tryk relation får Susanne, bl.a. igennem den musikalske interaktion, mulighed for at bearbejde og reparere på sin tilbøjelighed til at finde fejl hos sig selv, hvilket øger hendes mulighed for at være til stede i et kommunikativt samspil. Susanne gør sig erfaringer med nye handlemuligheder; i stedet for at stoppe abrupt, holder hun f.eks. lidt igen, lytter til terapeuten, for så igen at føle sig tryk og "inde på sporet" (Susannes udtryk). Hermed høster hun nogle positive oplevelser af at samspillet kan udvikle sig på ny, når hun vover at lytte og fortsætte. Den trykke relation muliggør at der opstår en kontinuitet i samværet, og oplevelsen af kontinuitet vil danne grobund for den videre udvikling (Winnicott 1965).

3) Forandringens mulighed

De erfaringer, som Susanne gør sig via kontakten til mig som terapeut, både i den verbale og musikalske kontekst, ser ud til at give tilstrækkelig tryk til at Susanne samler sig og fokuserer opmærksomheden, og således lader det til at Susanne kommer energimæssigt og følelsesmæssigt mere i balance i løbet af den enkelte session. Det lader sig også gøre at vende tilbage til "toner der blev slået

an i forrige session". Psykologiske temaer, der åbnede sig i en tidligere time, kan Susanne forholde sig til siden hen, og således er der nu en fortløbende proces i gang.

Da musikterapi-forløbet nærmer sig sin midtvejsevaluering, bliver Susanne tiltagende urolig, og hun ringer mange gange og lægger beskeder på telefonsvareren i musikterapeutiklinikken. Uroen har primært sin årsag i at Susanne nu er usikker på forløbets evaluering. Hun er usikker på om vi skal fortsætte ud over de aftalte 3 måneder. Susanne giver udtryk for et stort ønske om at fortsætte, men foreslår alligevel at "vi stopper mens legen er god". Da det synes så essentielt at Susanne støttes til at skabe kontinuitet, samt i at tage imod den hjælp der er at få, aftales der i enighed at "fortsætte mens legen er god".

Fra Susanne

Susanne medbringer dette digt, hun selv har skrevet.

Nu flyger sneen gennem sprækker ind,
som på mark, eng og I mit sind.
De mørke timer bider fast,
jo I mit sind er det vinter I hver en knast.
Men den mindste spire i min have,
tænder lyse timer frem fra mindre indre skabe.
Nu strør det med stemning ind
og sneen forsvinder fra mit sind.

Kommentar til digtet

Digtet handler om forholdet mellem *mørke* og *lys*, om den indre kamp der foregår i Susanne, mellem et fastholdende mørke i form af bekymring, mindreværd og magtesløshed, overfor det spirende lys og varme, det indre håb, som Susanne er i kontakt med. Susanne nærer både frygt og længsel i forhold til forandringens mulighed.

Terapeutens empatiske introspektion

I samværet med Susanne mærker jeg af og

til mørket. Det føles som en kvælende eller meget fastlåst og smertefuld fornemmelse. Når angsten for dette mørke strejfer mig, er jeg klar over at det er inde i dette mørke, hun kan finde på at skade sig selv. Jeg mærker også en sej vilje og et dybt ønske om at hjælpe Susanne, til at finde de kræfter der skal til for ikke at miste lyset af syne. Jeg prøver at berolige den frygtssomme del af mig og af hende. Jeg opmuntrer hver eneste spire til at hun tager sine ressourcer i anvendelse. Jeg tror på hendes muligheder for at blive stærkere og få det bedre.

Musikken

Udviklingspotentialet høres i musikken; Susanne er efterhånden mindre afhængig af at vi udtrykker os meget ensartet og harmonisk. For det første er min rolle som musikerapeut i musikken gradvist ændret fra at være meget støttende, nærmest et ankerpunkt som ikke flytter på sig, til at være mere adskilt og modspilende. For det andet er Susanne nu klar til at arbejde med at udtrykke de modsatte følelser hun rummer. Vi arbejder med Susannes digt i musikterapien. Vi aftaler at improvisere over det forløb som digtet beskriver.

Improvisationen forløber således; vi spiller på hvert vores klaver, først i det mørke leje, det er tungt og disharmonisk, og Susanne siger; " det ikke er rart at være her"... og gradvist flytter vi os begge, lidt efter lidt udvikler improvisationen sig. Flere lyse toner kommer med og der opstår en fornemmelse af lettelse og glæde i musikken. Susanne udtrykker mange gange siden hvor betydningsfuldt det var, at vi sammen "gennemlevede" digtet i musikken.

Delkonklusion

Dette er et eksempel på at Susanne gradvist kan nærme sig dét at arbejde med "forandringer i musikken". Der er tale om et integrativt arbejde hvor indre splittede og modsatte følelser bringes nærmere hinanden. Målsætningen for forløbet var bl.a. at skabe ro og glæde som modpol til stress og bekym-

ring. Denne proces, hvor også mørket og de bekymrede sider får en stemme, skaber muligheden for at Susanne mærker en indre forløsning. Der bliver herved skabt plads indefra til ro såvel som glæde, og viljen til forandring styrkes hos Susanne.

4) Afslutning. At bære håbet med sig

Da det bliver besluttet, at fortsætte musikterapiforløbet indtil projektperiodens afslutning, er der 3 måneder tilbage. I denne periode er der fortløbende fokus på afslutningen, dels på de vanskelige følelser som Susanne kunne forventes at komme i kontakt med i forbindelse med afskeden, dels på hvilke elementer fra den musikterapeutiske proces, som hun kunne bære med sig videre i livet. Det er behandlingsmæssigt meget væsentligt at afskedstemaet er slået an i god tid, da alle erfaringer peger på at Susanne er meget sårbar i forhold til forandringer, og i særdeleshed i forhold til relationelle forandringer og adskillelse.

Fra Susanne

Susanne kan tilsyneladende støt og roligt nærme sig afslutningen. Hun holder meget fast i at udtrykke sig omkring hvad hun synes hun har fået med sig. Her skal nævnes to ting, som Susanne bringer med til terapien i slutfasen.

- Susanne skriver et (uopfordret) brev til musikerapeuten, hvor der bl.a. står; "*..intet problem har været større når vi spillede, end det var til at løse..*"

- I den sidste session medbringer Susanne et stykke musik på cd, og hun fortæller at denne musik beskriver alt det, hun har været igennem i musikterapiforløbet.

Kommentar til brev og musik

Susanne skriver i sit brev at hun har mødt problemer som var til at løse. Hun har altså formået at træde ind i musikterapiens rum, og gjort sig den erfaring at vanskeligheder kan mødes og bearbejdes. Heri ligger en be-

gydende reparation af Susannes tilbøjelighed til at blive opfyldt af håbløshed, som tidligere førte direkte til selvmordstanker og selvskadende adfærd. Musikken, som Susanne medbringer til slut, lytter vi til sammen, samtidig med at vi begge skriver stikord ned på et stykke papir. Musikken rummer mange stemninger, og stikordene beskriver at der dels udtrykkes et spændingsfelt mellem problemer og angst overfor ro og selvtillid. Dels udtrykkes musikken "energi", "nyt liv" og "skabelse". Den musikterapeutiske proces har befordret et møde mellem stærke, polariserende kræfter i Susanne, og herudaf synes håbet om en "ny begyndelse" at være blevet styrket.

Terapeutens empatiske introspektion

Jeg lægger mærke til at Susanne er meget tapper, idet hun gør alt hvad hun kan for at evaluere musikterapiforløbet og for at signalere at hun føler, hun har fået mange gode ting med sig. Jeg er selv godt tilpas med måden, vi opmærksomt nærmer os afslutningen. Dog er der en skygge i min bevidsthed, der gør mig urolig. Når jeg lytter til disse fornemmelser, bliver jeg klar over at jeg også er usikker på, om de positive erfaringer Susanne har med sig, kan opveje den rystelse og smerte hun må føle over tabet af forbindelse. Denne dimension kan kun til en vis grad bevidstgøres hos Susanne. Jeg opfatter det som mit indre arbejde at rumme uroen. Ved hjælp af bl.a. improvisationen kan det lade sig gøre at illustrere og bearbejde de følelsesmæssige komponenter som Susanne ikke på nuværende tidspunkt kan udtrykke sprogligt (Sørensen 1996, Lindvang 2000).

Musikken

I den sidste fase af det musikterapeutiske forløb ønsker Susanne flere gange at lytte til de optagelser, vi har lavet af de fælles musikalske improvisationer. Hun er nysgerrig, og har mod på at lytte til sig selv udefra. I den andensidste session spiller vi en fri improvisation. Der udvikler sig et fint afstemt samspil, og til slut er der meget ro i musikken.

Jeg veksler mellem 2 akkorder, og Susanne laver en forsigtig melodi med enkelte toner. Bagefter lytter Susanne til musikken, og hun tegner en stor klokke. Hun siger, "det er en aftenklokke der kalder til ro", og vi er hermed endnu et skridt tættere på at sige farvel. I den sidste session beder Susanne om at den fælles improvisation spilles i et roligt tempo for at berolige hendes tanker og følelser der er som "et oprørt hav". Vi spiller en stille strøm af toner på hvert sit klaver, og igennem improvisationen finder Susanne et roligt sted at være, trods bevidstheden om den forestående afsked. Sammen giver vi improvisationen titlen "stille vande".

Delkonklusion

Susanne er ved terapiens afslutning stadig meget svingende, fra at være nogenlunde hvilende i sig selv og med mod på tilværelsen, til at blive dybt fortvivlet og opfyldt af et indre mørke som hun har svært ved at rumme og stærke følelser som hun har svært ved at håndtere. Igennem de fælles improvisationer arbejder vi til slut på at nå ind i en kontakt med den forankring og ro som Susanne har sådan brug for.

De fleste skizofrene mennesker opfatter, ifølge musikterapeut Mercedes Pavlicevic (1997), meget konkret og bogstaveligt, og har svært ved at overskride den umiddelbare oplevelse. At Susanne her til slut bliver i stand til at lytte til sig selv udefra, og hermed skabe en lille distance til musikken, er meget væsentligt og det vidner om at Susanne har en øget evne til at forholde sig til sig selv og sine forestillinger, og give dem mening. Målsætningen om at øge Susannes selvaccept er opnået i den forstand, at hun er tættere på at være ved det, der er, og tillade sig selv flere forskellige følelser, samt mærke egne behov. Der er ingen tvivl om at hun bærer et håb med sig. Men det er svært at vide hvor skrøbeligt eller hvor stærkt dette håb er.

Faser	Generel beskrivelse	Fra Susanne	Terapeutens introspektion	Musikken
1) Et møde mellem motivation og frygt	Susanne er interesseret og aktiv, men også urolig. S søges mødt der hvor hun er.	Fortælling; et lille træ blev ødelagt. Et nyt skal plantes	Jeg får mange idéer/er ambitiøs, er samtidig bange for at overstimulere/ skræmme S	Finde ud af hvilke instrumenter S kan lide og finde det rette tempo for S
2) At skabe en tryk relation	S støttes. Der stilles kun krav som pt. kan honorere. Der søges en balance mellem nærhed og distance i relationen	Sang på cd; ønsket om at blive set og hørt	Jeg mærker trang til at give omsorg og beskyttelse af S og det terapeutiske rum	S bearbejder sin tilbøjelighed til at skabe brud. Der arbejdes på at skabe kontinuitet i samspillet
3) Forandringens mulighed	Processen er godt i gang, S rapporterer hvordan hun arbejder videre mellem sessionerne. Pt. er ophørt med selvskadende adfærd.	Digt; lys og mørke mødes	Jeg tror vedholdende på ressourcerne. Jeg får impulser til at "skubbe på" og opmuntre til et friere udtryk	Der er plads til at være søgende = større spillerum. Modsatrettede følelser kan udtrykkes i musikken
4) Afslutning; at bære håbet med sig	Afslutningen forberedes i god tid. S er aktiv i forhold til at evaluere musikterapiforløbet.	Brev; "problemer kan løses", Musik på CD; store kræfter mødes og nyt liv skabes	Jeg er tilfreds med forløbet og forstående afslutning, men er også urolig over S's mulige smerte og sorg ved tab af den forbindelse hun har til musikterapien	Vi lytter til optagelser af fælles improvisationer. S finder ro i de afsluttede improvisationer

Tabel 1: Fire faser i musikterapiforløbet.

Sammenfatning

For at give læseren et overblik over den kvalitative proces der har været beskrevet på de foregående sider, samles de fire faser i tabel 1, med nogle få stikord, der knytter sig til de fire anvendte perspektiver

i fremstillingen af processen. Det drejer sig om; terapeutens observationer, hvad Susanne bibringer terapien, terapeutens indre arbejde, samt de informationer det musikalske materiale kunne bibringe.

Konklusion vedrørende behandlingsmæssig effekt

Jeg har i dette casestudie forsøgt at illustrere at det musikterapeutiske forløb med Susanne havde en behandlingsmæssig effekt. For det første lykkedes det at motivere Susanne til at møde regelmæssigt og altså at skabe en stabil behandlingsalliance med Susanne. For det andet blev antallet af indlæggelsesdage væsentligt reduceret i perioden med musikterapi, hvilket kan ses som et udtryk for at Susanne har opnået en vis psykisk stabilitet, sammenlignet med perioden før musikterapiforløbet.

I disse år er der stigende fokus på at nedbringe udgifter til hospitalssenge, og der lægges flere behandlingsopgaver ud i ambulans og kommunalt regi, hvorved der er et øget fokus på forebyggelse. Den engelske musikterapeut Helen Odell-Miller eksemplificerer i sin artikel fra 1995 musikterapiens forebyggende effekt for patienter med lange psykiatriske sygdomsforløb. På baggrund af sin undersøgelse skriver hun;

“People with long-term chronic mental health problems, such as schizophrenia and manic depression, have been able to remain outside the hospital/ward environment whilst engaged in music therapy, and did have fewer “episodes of breakdown” than before music therapy started” (Odell-Miller 1995).

Susanne formåede at bære elementer fra den terapeutiske proces med sig videre til sin hverdag i øvrigt. Hun kom ofte til en ny session og fortalte, dels om refleksioner hun havde gjort sig siden sidst, dels om konkrete handlinger fra ugens løb, som var i tråd med det terapeutiske arbejde der var blevet gjort. Dette forhold understøttes af udtalelser fra personalet på institutionen hvor Susanne boede; “beboeren har i musikterapien opnået erkendelser af egne reaktionsmønstre, disse

erkendelser oplever vi som personale at beboeren har taget med til dagligdagens hændelser, og hun har her kunnet anvende denne nye viden om sine reaktionsmønstre på en konstruktiv og fremadrettet måde” (brev fra institutionen).

I sit afskedsbrev formulerede Susanne at hun altid havde følt sig mødt i musikterapien. Den skizofrene patients oplevelse af at terapeuten tager imod og møder patienten med en accepterende og bekræftende holdning er grundlæggende i den psykoterapeutiske behandling af skizofrene (Killingmo 1989; Lindvang 1997/2000; Pedersen 1998 m.fl.). *Uden* denne indre oplevelse og erfaring hos Susanne havde det ikke været muligt gennem musikterapien at medvirke til en stabilisering og den deraf følgende reduktion i indlæggeshyppigheden, samt overhovedet at lægge kimen til psykologisk forandring hos Susanne.

Epilog

Ifølge lægejournalen blev Susanne atter indlagt 3 uger efter afslutning af det musikterapeutiske forløb, pga. megen angst, uro og nedtrykthed. Hun havde også psykotiske symptomer, følte f.eks. der blev talt om hende i radioen, og tolkede dagligdagslyde således at hun syntes der blev kommunikeret til hende.

Skizofrene patienter, der har et langt sygdomsforløb bag sig, har som oftest brug for et langvarigt og stabilt terapeutisk forløb for at muliggøre en forandringsproces, hvor de for alvor genvinder tillid til livet og troen på deres egne muligheder for at få det bedre (Odell-Miller 1995, 1999). Set i lyset af dette kan man derfor overveje, om afslutningen af det her omtalte terapiforløb, ud fra et langsigtet perspektiv, skete for tidligt.

Har Susanne da profiteret af det musikterapeutiske forløb, når hun kort tid efter afslutningen blev dårligere og givetvis manglede

den støtte som det stabile forløb kunne give hende? For det første må man se på hendes samlede situation. Udover at musikterapi-forløbet var slut, stod Susanne i den situation at den nærmeste familie var ude at rejse, og kontaktpersonen i bofællesskabet havde ferie. Samtidig var forholdet til kæresten ekstremt skrøbeligt, hvilket da også resulterede i at han gjorde forholdet forbi få uger senere. Set i lyset af disse omstændigheder er det ganske forståeligt at Susanne reagerede med øget angst og et psykotisk forsvar som værn mod forladthedfølelser og tomhedsfølelser. Det må ses som et stort fremskridt at Susanne kunne fortælle om disse symptomer og havde tilstrækkelig sygdoms- og selv-indsigt til at se dem som psykotiske og forstå dem som udtryk for hendes følelsesmæssigt meget belastede situation. Susanne formåede at kontrollere symptomerne, bl.a. ved at kontakte personalet og lytte til musik. Forløbet viser at Susanne tydeligvis stadig er meget sårbar, men samtidig befinder hendes selvindsigt og ikke mindst egenomsorg sig nu på et niveau, hvor der er tilstrækkelig ballast i hende i forhold til at forhindre psykosens i at tage over.

Det blev noteret i journalen at Susanne under denne indlæggelse, i en samtale med overlægen, talte om en "større forpligtelse til at tage sit liv alvorligt end hun har følt tidligere". At Susanne føler denne forpligtelse, er et udtryk for at hun har udviklet sig i forhold til at føle større ansvar for sig selv og sit liv, og at hun nærer et håb for sine livsmuligheder.

Litteratur

- De Backer, J. (1993) Regression in Music Therapy with Psychotic Patients. *Nordisk Tidsskrift for Musikterapi*, Vol. 5 (1), s. 24-30.
- Gabbard, G.O. (1994) *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. The DSM-IV edition.*, Washington, DC: American Psychiatric Pr.
- GAF-skalaen: <http://depts.washington.edu/wimirt/GAF%20Index.htm>
- Hannibal, N. (2005) Beskrivelse af patientpopulationen i klinisk musikterapi på fem psykiatriske institutioner i Danmark i perioden august 2003-juli 2004. I: H.M. Ridder (red.) *Musikterapi i Psykiatrien, Årsskrift 4 - 2005*. Musikterapiklinikken, Aalborg Psykiatriske Sygehus - Aalborg Universitet.
- Hannibal, N. (2000) Opgørelse af Fremmedestabilitet for patienter i Musikterapi. I: Lindvang, Pedersen, Hannibal (red.) *Musikterapi i Psykiatrien. Årsskrift 2 - 2000*, s. 141-144. Musikterapiklinikken, Aalborg Psykiatriske Sygehus, Aalborg Universitet.
- Jensen, B. (2000) Musikterapi med skizofrene - refleksioner ud fra en case. I: Lindvang, Pedersen, Hannibal (red.) *Musikterapi i Psykiatrien. Årsskrift 2 - 2000*, s. 141-144. Musikterapiklinikken, Aalborg Psykiatriske Sygehus, Aalborg Universitet.
- Killingmo, B. (1989) Conflict and Deficit: Implications for technique. *International Journal of psychoanalysis*, 70, s. 65-79.
- Kortegaard H.M. (1993) Musikkens Funktion i den Skizofrenes Indre Verden. *Nordisk Tidsskrift for Musikterapi* Vol. 2 (1) s. 18-27.
- Lindvang, C. (1997) *Identifikations- og trans-*

- formationsprocesser i psykoterapi og musikterapi med skizofrene.* Speciale, Institut for Musik og Musikterapi, Aalborg Universitet.
- Lindvang, C. (2000) Den drømmende terapeut. I: Holck, Pedersen, Hannibal (red.) *Musikterapi i Psykiatrien. Årsskrift 3 - 2000*, s. 97-107. Musikterapiklinikken, Aalborg Psykiatriske Sygehus, Aalborg Universitet.
- Moe, T. (2000) Casestudy: Musikterapiforløb med en patient med en Skizotypisk sindslidelse, ud fra metoden Guided Imagery And Music, i modificeret form. I: Lindvang, Pedersen, Hannibal (red.) *Musikterapi i Psykiatrien. Årsskrift 2 - 2000*, s. 111-128. Musikterapiklinikken, Aalborg Psykiatriske Sygehus, Aalborg Universitet.
- Moe, T., Roesen, A. & Raben, H. (2000) Restitutional Factors in Group Music Therapy With Psychiatric Patients Based on a Modification of Guided Imagery and Music (GIM). *Nordic Journal of Music Therapy*, 2000, 9(2), 36-50.
- Odell-Miller, H. (1995) Why Provide Music Therapy in the Community for Adults with Mental Health Problems? *British Journal of Music Therapy*, 9 (1), s. 4-10.
- Odell-Miller, H. (1999) Investigating the Value of Music Therapy in Psychiatry: Outcome related to reasons for referral. I Wigram & Backer (Eds) *Clinical Applications of Music Therapy in Psychiatry*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Pavlicevic, M., Trevarthen, C., & Duncan, J. (1994) Improvisational Music Therapy and the Rehabilitation of Persons Suffering from Chronic Schizophrenia. *Journal of Music Therapy*, XXXI (2), s. 86-104.
- Pedersen, I.N. (1998) Musikterapi som et første skridt i en psykoterapeutisk behandlingsform med skizofrene/psykotiske patienter, - en holdende og reorganiserende metode. I: Pedersen, Exner, Frederiksen, Lindvang (red.) *Musikterapi i Psykiatrien. Årsskrift 1 - 1998*, s. 65-90. Musikterapiklinikken, Aalborg Psykiatriske Sygehus, Aalborg Universitet.
- Stephens, G. (1983) The use of Improvisation for Developing Relatedness in the Adult Client. *Music Therapy*, Vol. 3, no.1, 29-42
- Sørensen, L. (1996) *Særhed, særpræg, sygdom*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Thorgaard & Rosenbaum (1996) *Tidlig og vedholdende intervention ved skizofreni*. del I: Et teoretisk grundlag med bl.a. psykopatologiske og psykodynamiske betragtninger. Århus: Psykiatrisk Hospital i Århus.
- Winnicott, D.W. (1965) *The maturational Processes and the Facilitating Environment*. Toronto: London Hogarth Press. Clarke, Irwin & Co Ltd.