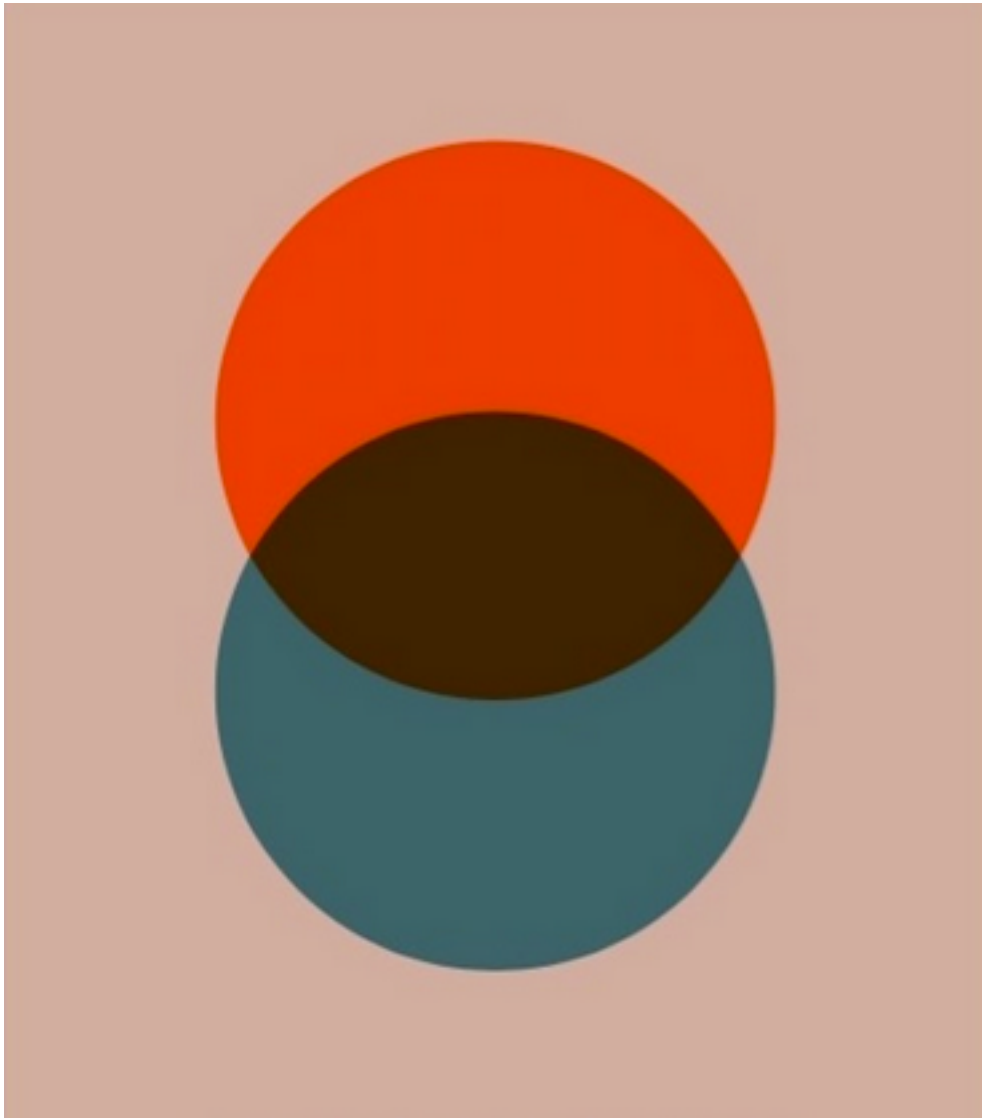


KROPPEN og STEMMEN



-Aktiv Musikterapi i Behandlingen af Mani

Et single casestudie

TITELBLAD

Uddannelsessted: Aalborg Universitet

Titel: KROPPEN og STEMMEN: Aktiv Musikterapi i Behandlingen af Mani – et single casestudie

Vejleder: Sanne Storm

Referencesystem: APA

Antal anslag: 188,407 svarende til 78,5 normalsider + anslået 1,5 grafik sider

Udarbejdet af: Laura Stenbæksgaard
Laura Stenbæksgaard



AALBORG UNIVERSITET

INDHOLDSFORTEGNELSE

<i>Titelblad</i>	1
<i>Abstract</i>	5
Kapitel 1	6
Indledning	6
Problemfelt og problemformulering	6
Definitions afklaring	7
<i>Arousalregulering</i>	7
<i>Grounding</i>	8
Forforståelse	8
<i>Menneskesyn</i>	9
<i>Syn på behandling</i>	9
<i>Syn på behandling i hospitalspsykiatrien</i>	10
<i>Syn på kroppen i terapien</i>	10
<i>Musiksyn</i>	11
<i>Mit syn på stemmen som terapeutisk redskab</i>	11
Videnskabsteori og metode	12
<i>Det eksplorative forskningsområde</i>	12
<i>Den induktive tilgang</i>	13
<i>Hermeneutikken og fænomenologien</i>	13
<i>Casestudiet</i>	15
<i>Etik</i>	17
<i>Specialets opbygning</i>	17
Kapitel 2	19
Introduktion til case	19
<i>Ninas behandling på afdelingen</i>	20
<i>Min rolle som musikterapeut på afdelingen</i>	21
Bipolar lidelse	22
<i>Patienter i hospitalspsykiatrien</i>	23
<i>ICD-10 kriterier og kendetegn</i>	23
<i>Medicinsk behandling</i>	25
<i>Den maniske episode</i>	25
<i>Psykoterapeutisk behandling</i>	26

<i>Musikterapi i behandlingen af mani</i>	<i>28</i>
Kapitel 3.....	32
<i>Terapirettet krop- og stemmebrug</i>	<i>32</i>
<i>Arousal.....</i>	<i>33</i>
<i>Grounding og centrering</i>	<i>34</i>
<i>Åndedrættet.....</i>	<i>36</i>
<i>Terapirettet krop- og stemmebrug</i>	<i>38</i>
Det musikterapeutiske behandlingsforløb	39
<i>Overblik over forløbet.....</i>	<i>40</i>
<i>Beskrivelse af interventioner.....</i>	<i>42</i>
<i>Fysisk berøring og grounding.....</i>	<i>44</i>
<i>Kernetone-øvelsen</i>	<i>45</i>
<i>Klinisk stemmeimprovisation.....</i>	<i>46</i>
Kapitel 4.....	49
<i>Oversigt over forløbet.....</i>	<i>51</i>
<i>Forløbets struktur og udvikling</i>	<i>51</i>
<i>Opsummering og konklusion af analyse</i>	<i>54</i>
Analyse af samtalen	55
<i>Session 13 - samtale før øvelserne.....</i>	<i>57</i>
<i>Session 13 - samtale efter øvelserne</i>	<i>57</i>
<i>Session 20 - samtale før øvelserne.....</i>	<i>58</i>
<i>Session 20 - samtale efter øvelserne</i>	<i>58</i>
<i>Session 28 - samtale før øvelserne.....</i>	<i>59</i>
<i>Session 28 - samtale efter øvelserne</i>	<i>59</i>
<i>Opsummering og konklusion af analyse</i>	<i>60</i>
Mikroanalyse	60
Mikroanalyse af stemmeøvelser i session 13	62
<i>Mikroanalyse af glissandoøvelsen</i>	<i>63</i>
<i>Opsummering og konklusion af glissandoanalysen</i>	<i>66</i>
<i>Mikroanalyse af kernetoneøvelsen.....</i>	<i>67</i>
<i>Første del: Guidning og dialog.....</i>	<i>67</i>
<i>Anden del: Fokus og flow</i>	<i>70</i>
<i>Tredje del: Afslutning</i>	<i>72</i>
<i>Opsummering og konklusion af begge mikroanalyser</i>	<i>74</i>

Teoretisk perspektivering	75
<i>Den polyvagale teori.....</i>	75
<i>De tre neurale energisystemer</i>	76
<i>Forsvarssystemerne</i>	77
<i>Forsvarsreaktioner</i>	78
<i>Den maniske episode og forsvarsreaktioner</i>	78
<i>Neuroception.....</i>	78
<i>Neuroception i relation til Ninas behandlingsforløb</i>	79
<i>Signaler om tryghed.....</i>	80
<i>Bottom-up processer og interoception.....</i>	80
<i>Åndedrættet.....</i>	82
<i>Neuroøvelser.....</i>	82
<i>Den udtryksfulde stemme</i>	82
<i>Evnen til at lytte.....</i>	83
<i>Krop- og stemmeøvelserne i forløbet med Nina.....</i>	84
<i>Opsummering og konklusion.....</i>	85
Resultater af analyse	86
Kapitel 5.....	88
<i>Aktiv musikterapi i behandlingen af akut mani.....</i>	88
<i>Den polyvagale teori - bottom-up</i>	88
<i>At give det indre et udtryk.....</i>	89
<i>Metodekritik.....</i>	90
<i>Perspektivering</i>	90
Litteraturliste	91
Bilag	96
Bilag 1: Samtykkeerklæring	97
Bilag 2: Guidet afspænding i induktionsøvelsen.....	98
Bilag 3: Afkrydsningsskema	99
Bilag 4: Ninas tegning fra session 28	100
Bilag 5: Billeder fra Praat	101
Bilag 6: GAF.....	105

ABSTRACT

INTRODUCTION:

This master thesis is a single-case study investigating how therapeutic voicework, that focuses on body and breath, is used in the treatment of an acute manic episode. The study is based on my 9th semester internship at the Psychiatric Hospital in Tórshavn, using qualitative research methods such as phenomenology and hermeneutics as main approaches.

SUBJECT AND RESEARCH QUESTION:

The patient is a woman in her fifties. She was involuntarily admitted to treatment in an intensive psychiatric hospital for an acute bipolar manic episode with psychotic features. She was offered individual music therapy. The form and structure of the sessions changed throughout the course of therapy, that consisted of 29 music therapy sessions. In the beginning the sessions took place daily, the frequency was reduced with time. The main therapeutic tools used were interventions centered around structured voicework, that aimed to increase awareness of body and breath. The interventions draw on practical and theoretical framework from *Psychodynamic Voice Therapy* (Storm, 2013). The aim was to reduce manic symptoms by lowering arousal and strengthening grounding and centering. The thesis investigates how the interventions that were used, the role of the therapist and the high level of structure affected the patients mental state and manic symptoms over the course of therapy.

PURPOSE:

The purpose of this study is to examine how voicework can be used as a therapeutic intervention to reduce manic symptoms. The study is seeking to extend existing knowledge about the use of therapeutic voicework in the treatment of an acute manic episode.

METHOD:

Qualitative approaches based on hermeneutics and phenomenology were chosen. The study is designed as an exploratory case study, using mixed methods in analyzing data. The empirical data consist of audio recordings from the music therapy sessions. Relevant software is used in the microanalysis of the patients singing voice, that involves measures like length, pitch and volume of the voice.

RESULTS:

The analysis suggests that frequent sessions, high level of structure and my role as therapist were important for the patients benefits of the music therapy.

The Polyvagal Theory was used as a theoretical framework. The theory suggests that stress-related responses, can be reduced through vocal methods that focuses on deepening the breath. Thus, the interventions investigated in this thesis can be a relevant method to regulate arousal and engage self-soothing behaviors and social engagement.

KEYWORDS:

Music therapy, acute manic episode, therapeutic voicework, arousal regulation, The Polyvagal theory.

Source: Stenbæksgaard, L. (2019). Kroppen og Stemmen: Aktiv Musikterapi i Behandlingen af Mani. Aalborg: Education of Music Therapy, Aalborg University.

KAPITEL 1

INDLEDNING

Dette speciale tager udgangspunkt i et individuelt musikterapeutisk forløb med en patient indlagt i hospitalspsykiatrien. Forløbet er fra min praktik på 9. semester på musikterapiuddannelsen ved Ålborg Universitet.

Jeg møder patienten, som jeg kalder Nina, på den intensive afdeling helt i begyndelsen af min praktik. Nina er i 50'erne, har en bipolar lidelse og er blevet tvangsindlagt på grund af en mani med psykotiske symptomer. Jeg har haft min daglige gang som musikterapeut på afdelingen i halvanden måned, da Nina og jeg påbegynder det individuelle behandlingsforløb, der danner grundlag for dette speciale.

Musikterapien foregår på Ninas værelse og interventionerne tilrettelægges med udgangspunkt i Ninas diagnose og aktuelle tilstand, der stadig er præget af mani, dog uden psykotiske symptomer. Målsætningen bliver således at nedregulere Ninas arousalniveau og styrke hendes centrering og grounding, for derigennem at indvirke på Ninas maniske tilstand. Behandlingsmålene er vedtaget i overensstemmelse med den overordnede behandlingsplan på afdelingen. Den behandlingsansvarlige er psykiateren og behandlingsteamet består af sygeplejesker og læger, samt ergoterapeut, fysioterapeut og musikterapeut.

PROBLEMFELT OG PROBLEMFORMULERING

Specialet udspringer først og fremmest af en stor interesse for forløbet med Nina og er derfor praksisnært.

Ninas individuelle forløb strækker sig over 11 uger og i alt 29 sessioner. Forløbet er, i overensstemmelse med de overordnede behandlingsmål, kendetegnet ved struktur og forudsigelighed. Det kommer til udtryk ved at sessionerne har en fast form, der er centreret omkring tre øvelser. Øvelserne danner en velovervejet progression (se figur 1).



Figur 1 - Progression af øvelserne.

Gennem hele forløbet er formålet med interventionerne at indvirke på Ninas maniske tilstand ved:

1. At nedregulere Ninas arousalniveau
2. At styrke centrering og grounding

Jeg er interesseret i at undersøge samspillet mellem hvordan Nina formår at indgå i terapien, hvordan hun har det, hvilken rolle jeg må påtage mig som musikterapeut og de terapeutiske såvel som overordnede behandlingsmål.

Jeg vil fokusere på, hvordan de forskellige musikterapeutiske interventioner anvendes. Jeg har en oplevelse af, at øvelserne nedregulerer Ninas arousalniveau, skaber ro både kropsligt og mentalt og styrker hendes kontakt til kroppen, hvilket har en indvirkning på hendes mani. Jeg antager, at øvelserne giver Nina en oplevelse af grounding og centrering. Jeg ønsker at undersøge følgende:

1. Hvilken indvirkning har sessionernes struktur, strukturen i det musikterapeutiske forløb i sin helhed, samt valg af intervention og terapeutrolle, på en tilstand præget af mani?
2. Med udgangspunkt i en mikroanalyse af en udvalgt session vil jeg undersøge følgende:
 - a. Hvordan indvirker de anvendte stemmeøvelser på Ninas arousalniveau?
 - b. Hvordan kan dette forstås ud fra et neuropsykologisk perspektiv?

Jeg har følgende hypoteser:

- Opbygningen af den enkelte session (progressionen i de faste stemmeøvelser) har betydning for Ninas deltagelse og grad af fokus i sessionerne.
- Øvelserne kan sænke åndedrætsfrekvensen og derigennem støtte en nedregulering af Ninas arousalniveau.
- Øvelserne imødekommer Ninas behov for lav grad af stimuli og støtter en oplevelse af centrering og grounding.

DEFINITIONS AFKLARING

AROUSALREGULERING

Min forståelse af arousalregulering knytter sig til Daniel Sterns og hans teori om vitalitetsformer og Susan Harts neuroaffektive teori. Jeg forstår begrebet arousal som en grundlæggende kraft, der aktiverer os fysisk, mentalt og følelsesmæssigt (Stern, 2010a). Stern beskriver arousal på følgende måde: *“At blive ‘aroused’ (aktiveret) vil sige, at ‘blive sat i bevægelse’ eller ‘ophidset’ eller ‘opildnet til aktivitet’ - fysisk, mentalt eller emotionelt”* (s. 66).

Hart beskriver, hvordan vores arousalniveau konstant bliver påvirket af indre såvel som ydre stimuli og har afgørende betydning for vores opmærksomhed og engagement (Hart, 2006).

GROUNDING

Grounding anvendes ofte indenfor kropsarbejde og kropsterapi. Det kan oversættes med det danske ord *jordforbindelse*. I følge Wrangsjö (1986) er jordforbindelse ikke en dækkende oversættelse af begrebet, han forstår derimod begrebet som en kropslig forankring.

Alexander Lowen, som var psykoanalytiker og kropsterapeut, er den første der anvender groundingbegrebet. Begrebet er hos Lowen erfaringsbaseret og udspringer af mangeårig klinisk erfaring.

”Når vi siger, at en person har en god jordforbindelse eller, at han står med fødderne solidt i jorden, betyder det, at han ved, hvem han er, og hvor han står. At have jordforbindelse vil sige at være forbundet med livets basale virkelighed: ens krop, ens seksualitet, de mennesker man har relationer til. Man har forbindelse med disse virkeligheder i samme grad, som man er forbundet med jorden” (Lowen, 1995, s. 107).

For Lowen er grounding en konkret oplevelse af at sanse føddernes kontakt til jorden. Han forstår også grounding som en forbindelse til den grund, vi står på i livet. Altså forbindelsen til det indre liv, vores krop og vores følelser. Det indebærer en forståelse for vores grundlæggende livsvilkår og involverer i følge Lowen vores relationer til andre mennesker i fortiden såvel som nutiden.

Grounding anvendes også som begreb indenfor musikterapiteori (Storm, 2013, 2017). For Storm er grounding og centrering tæt forbundet. De henviser begge til en kropslig fornemmelse. De to begreber bliver beskrevet som en kontakt til en indre platform eller base. Storm (2013) skriver følgende: *“A grounding and centring feeling will foster an experience of being in contact with a personal and psychological ”platform” or foundation within; - a kind of inner private base or “private space”*“ (s. 73).

Min forståelse af de to begreber knytter sig til både Lowen, Storm og Wrangsjös definitioner.

FORFORSTÅELSE

Dette speciale tager afsæt i min egen praksis som udøvende musikterapeut i hospitalspsykiatrien. Det betyder, at min egen praksis er genstand for min undersøgelse. På den baggrund er min forforståelse vigtig, da den danner grundlag for de valg jeg har truffet i det musikterapeutiske behandlingsforløb. Min forforståelse har også indflydelse på mit valg af emneområde og metode i dette speciale.

Det er mit håb, at dette afsnit kan tydeliggøre min teoretiske og filosofiske tilgang og forståelsesramme i mit arbejde som musikterapeut.

MENNESKESYN

Jeg har grundlæggende et eksistentiellistisk menneskesyn og tager afsæt i en holistisk og humanistisk forståelse af menneske. Det humanistiske og holistiske menneskesyn betragter mennesket som en enhed bestående af krop, sind og ånd. Min forståelse knytter sig til den sundhedpsykologiske opfattelse, der forstår sundhed som et komplekst samspil mellem både krop, sind og ånd (Bonde, 2014). I forlængelse af det eksistentiellistiske grundsyn opfatter jeg ikke teorier som objektive og sande, men relative. De fungerer som organiseringsprincipper af en virkelighed der er kompleks. I følge den eksistentiellistiske forståelse er menneskets første betingelse, at vi er til i verden, at vi ”træder frem”. Vi træder frem og udtrykker os overfor andre og derigennem bliver vi synlige for os selv, mærker os selv, ser os selv og lærer os selv at kende (Schibbye, 2010).

SYN PÅ BEHANDLING

I mit arbejde er jeg optaget af det relationelle. Jeg tror, at relationer altid er i proces og at vores personlighed skabes og udvikles i samspil med andre. Det er i mødet med den anden, at vi kan mærke os selv - at vi kan lære os selv at kende. Jeg arbejder således ud fra den opfattelse, at vi som mennesker er afhængige af andre for at blive autonome og uafhængige individer. I tråd med denne grundforståelse anvender jeg den psykodynamiske tilgang og forståelsesramme i mit arbejde som behandler.

Jeg har fokus på oplevelser her og nu, hvilket udspringer af den psykodynamiske forståelse af psykopatologi. I denne forståelse organiseres de tidlige relationelle erfaringer i det enkelte menneske og får afgørende betydning for den måde, hvorpå vi møder verden og indgår i relationer til andre. Dette syn på behandling knytter sig til den holdende og reorganiserende musikterapeutiske metode (Hedges, 1994) og er i tråd med den cykliske dynamiske forståelse af psykopatologi. De tidlige relationelle erfaringer kan reorganiseres gennem nye oplevelser i samspillet mellem klient og musikterapeut. I cyklisk dynamisk psykoterapi arbejdes der både med intrapsyke og interpsyke forandringer. Der er fokus på samspillet og handlingsmønstre, som de udspiller sig her og nu og mindre fokus på at søge en forståelse af tidlige traumer (Pedersen, 1998).

Som i den humanistiske og eksistentiellistiske tilgang til behandling (Bonde 2014; Schibbye, 2010) opfatter jeg hvert enkelt menneske og dets psyke som unik. Jeg betragter hvert individ som et subjekt med sin egen oplevelsesverden og egne fortolkninger af verden. Men i relationen er det intersubjektive centralt. For individet kan ikke forstås uafhængigt af den kontekst, det befinder sig i eller af de relationer, det står i med andre.

SYN PÅ BEHANDLING I HOSPITALSPSYKIATRIEN

Mit eksistentielistiske afsæt betyder, at jeg fokuserer på det hele menneske og hvordan det enkelte individ træder frem og indgår i relation til andre. Patientens diagnose træder derfor i baggrunden. Med udgangspunkt i morfologien (Weyman & Tüpker, 2016), tror jeg på, at mennesket har en evne til at helbrede sig selv. Det betyder at jeg, i mit arbejde som terapeut, har fokus på at støtte de selvhelende kræfter hos patienten og derigennem styrke individets livsbetingelser og eksistentielle vilkår. Jeg er af den overbevisning, at der er livsvilkår, som er grundlæggende og universelle og går på tværs af de specifikke diagnoser, der for eksempel optræder hos patienter i hospitalspsykiatrien.

SYN PÅ KROPPEN I TERAPIEN

“One of the possible limitations of the cognitive and verbal psychologies is the abstraction created by the separation from the world of concrete experience through solely intellectual and verbal abstraction.” (Kenny, 2006, s. 95)

Jeg tilslutter mig overstående citat fra musikterapeut Carolyn Kenny. Det er min oplevelse, at der i vores vestlige kultur oftest er fokus på det kognitive at *forstå*, fremfor at *sanse* og *opleve*. Vores sanseapparat bruger hele kroppen som resonansrum, og det er gennem kroppen, at vi kan åbne op og sanse vores omgivelser.

Jeg har utallige gange erfaret på min egen krop, hvordan en øget opmærksomhed på åndedræt og kropslige sansninger kan øge mit nærvær og mit psykiske velbefindende. Et øget fokus på åndedrættet og på sansninger fra kroppen kan fungere som et holdepunkt - et anker, hvilket kan give en fornemmelse af jordforbindelse, en fornemmelse af at stå stærkere og at være til stede i nuet.

NEDEFRA OG OP – BOTTOM-UP

Vi sanser vores indre såvel som vores ydre verden gennem kroppen. Kroppen er afgørende, når det handler om at forbinde sig til andre mennesker og det liv, der omgiver os, men kroppen er også vigtig for vores evne til at ‘mærke indad, rumme vores indre liv, og være tilstede med vores følelser og tanker uden at de løber af med os. Jeg oplever at vejen til selvberoligelse og regulering af følelser sker gennem kroppen. Ved hjælp af åndedrættet og ved at lytte til kroppen, kan vi hjælpe os selv til bedre at kunne rumme svære følelser. Jeg tror, at denne evne til at ‘mærke indad’ og finde ro er forudsætningen for, at vi kan indgå i meningsfulde relationer til andre mennesker og mærke en forbundethed med det liv, der omgiver os. For at kunne forbinde os til den ydre verden, må vi styrke forbindelsen til vores indre verden.

Jeg ser det som afgørende at styrke det enkelte menneskes evne til at lytte til kropslige sansninger. Jeg er optaget af en bottom-up tilgang, som knytter an til sansemotorisk

psykoterapi, der hviler på neurobiologi, udviklingspsykologi og en psykodynamisk forståelse (Ogden, Minton & Pain, 2006). Jeg er optaget af Peter A. Levines arbejde med traumeterapi (Levine, 2012). Hans arbejde bygger på evolutionspsykologisk grundlag. Som jeg ser det, er musikterapiens styrke netop det, at den tager udgangspunkt i det oplevede, det sansede, abstrakte og nonverbale og derfor muliggør bottom-up processer. Musikterapeutiske metoder, der involverer krop- og stemmearbejde, muliggør terapeutiske processer, der udspringer af kropslige oplevelser.

MUSIKSYN

Mit musiksyn hænger sammen med mit menneske- og behandlingssyn og jeg forstår derfor først og fremmest musik som et middel til selvudtryk og kommunikation. Jeg er af den opfattelse at musikken kan symbolisere eller udtrykke fænomener uden for musikken, såsom følelser, oplevelser, drømme og ideer. Musikkens betydning er på den måde tæt knyttet til dem der skaber den, og har forbindelse til personens psykiske tilstand her og nu og kan afspejle vedkommendes indre livsverden og måde at være i verden på. Mit musiksyn er derfor referentielt (Bonde, 2014). Jeg er optaget af musikkens flertydighed, men også dens aktivering af kroppen og sanseapparatet, som giver mulighed for bottom-up såvel som top-down processer.

MIT SYN PÅ STEMMEN SOM TERAPEUTISK REDSKAB

Specialet beskæftiger sig med et musikterapeutisk behandlingsforløb, hvor stemmen anvendes som det primære instrument. Ud fra et musikterapeutisk synspunkt er stemmen for mig det mest interessante instrument. Stemmen er uløseligt forbundet med kroppen og 'selvet'. Min forståelse af begrebet 'selvet' knytter sig til Daniel Sterns udviklingspsykologiske teori om dannelsen af et *kerneselv* (Stern, 2000).

Jeg har arbejdet med sang og stemmebrug siden jeg var barn. I det arbejde har jeg mødt mange forskellige tilgange og teknikker til stemmebrug. Jeg har en bachelor fra Det Jyske Musikkonservatorium, rytmiske linje med sang som hovedinstrument. I musikterapeutiske sammenhænge oplever jeg ofte, at ordet *sang* kan få klienter til at blokere og sige "jeg kan jo ikke synge" eller "jeg har ikke en tone i livet". Jeg prøver derfor at undgå at bruge ordet *sang* eller *at synge*. Da det ofte knytter sig til noget, som skal lyde *smukt* og *rigtigt*. Jeg er optaget af at flytte fokus fra en vurdering af udtrykket, og i stedet fokusere på, hvordan det føles i kroppen for klienten, når han/hun lader sin stemme lyde.

Flere musikterapeuter har arbejdet med og forsket i stemmen som terapeutisk redskab. Teoretisk såvel som praktisk er jeg inspireret af Diane Austin og Sanne Storm.

VIDENSKABSTEORI OG METODE

I dette afsnit vil jeg redegøre for specialets videnskabsteoretiske rammer. Jeg vil beskrive hvilken metode jeg anvender for at besvare min problemformulering. Specialet udspringer af empiri fra min lange praktikperiode i hospitalspsykiatrien. Specialet er et praksisnært og empirisk casestudie.

Udgangspunktet for min undersøgelse af Ninas musikterapeutiske behandlingsforløb er at få en dybere indsigt og forståelse for samspillet mellem Ninas sygdomsforløb, valget af interventioner, samt hvordan min terapeutrolle ændrer sig gennem forløbet (Bonde & Ridder, 2014).

Mit ontologiske standpunkt er afgørende for min undersøgelse af denne case. Ontologi er læren om det værende og beskæftiger sig med, hvad der forstås som virkeligheden, hvad der forstås som sandt (Wheeler og Kenny, 2005). Mit menneskesyn såvel som mit syn på behandling udspringer af en humanistisk og eksistentielistisk forståelse. Jeg er optaget af ontologiske spørgsmål, der drejer sig om at vi er i verden og hvordan vi er i verden, frem for hvad vi er.

Specialet tager afsæt i det kvalitative og eksplorative forskningsområde. Metodologien tager udgangspunkt i hermeneutikken og fænomenologien. Hermeneutikken som videnskabsteori knytter sig til den humanistiske forståelse. Den hermeneutiske og fænomenologiske tilgang afspejles i mine forskningsspørgsmål, der har fokus på fortolkning og på hvordan noget opleves.

DET EKSPLORATIVE FORSKNINGSMOMRÅDE

Den mest udbredte forståelse af videnskabsområder skelner mellem kvalitativ og kvantitativ forskning. Bruscia skriver følgende om den kvalitative tilgang til forskning:

“Qualitative researchers do not begin with a specific design or method and then impose it on the phenomenon; instead, they begin by focusing on the phenomenon, approaching it in an exploratory way, and then figuring out how the phenomenon will reveal itself in its own way or with the least amount of interference” (Bruscia, 2005, s. 129)

Bonde og Ridder (2014) laver en tre-delning og deler forskningsområderne i henholdsvis det eksplorative, det deskriptive og det kausale. Det eksplorative område kan forstås som det Bruscia definerer som det kvalitative videnskabsområde.

Bonde og Ridder har i kraft af deres tre-delning fokus på *hvordan* forskeren indsamler sin viden. Citatet fra Bruscia tydeliggør, at han har samme fokus. Hans definition af det kvalitative forskningsparadigme har ligeledes fokus på, hvordan viden indsamles indenfor kvalitativ forskning. På den måde knytter hans forståelse sig til Bonde og Ridders. Han pointerer, at den eksplorative og åbent undersøgende tilgang er essentiel indenfor kvalitativ forskning. I dette speciale anvender jeg begge betegnelser. Specialet tager afsæt i det

eksplorative/kvalitative videnskabsområde, hvor jeg, som forsker, forholder mig åbent til data.

DEN INDUKTIVE TILGANG

Jeg anvender en induktiv tilgang til min analyse. Denne tilgang knytter sig til det eksplorative forskningsområde, hvor der er fokus på at udforske et fænomen (Robson, 2011). I den induktive tilgang til forskning opdages teorien ud fra data og analysens resultater. Min litteratursøgning, som præsenteres i kapitel 2, viser at der er meget lidt litteratur, der beskriver anvendelsen af musikterapi i behandlingen af mani. Det betyder, at den induktive tilgang kan bruges til at afsøge relevant teori. Robson (2011) pointerer, at induktive metoder kan være særligt brugbare, hvis der forskes indenfor nyere forskningsområder, hvor der ikke er en klar og relevant teoretisk baggrund at bygge videre på. Jeg knytter en teoretisk perspektivering til mine analysefund for at udvide min forståelse af sammenhængen mellem Ninas sygdomsforløb, stemmeøvelserne og terapeutrollen.

HERMENEUTIKKEN OG FÆNOMENOLOGIEN

HERMENEUTIKKEN

Hermeneutikken er en fortolkningsvidenskab og tager afsæt i de kvalitative forskningsmetoder. Fortolkning er hermeneutikkens ontologiske udgangspunkt. I kraft af dette, er erkendelsesprocessen altid subjektiv, men den bør være systematisk og forskeren må forholde sig selvkritisk i sin undersøgelse. Viden forstås indenfor hermeneutikken som subjektiv, kontekstafhængig og relativ (Ruud, 2005).

Forskeren skal være bevidst om sin forforståelse for at undgå at lave tolkninger, der bygger på forudantagelser og fordomme. Et brud med fordomme giver mulighed for, at nye forståelser kan erstatte de tidligere. Gadamer (2005) understreger dog, at alle forståelser er en form for fordomme. Han afviser på den måde ideen om et fordomsfrit menneske, fordi vi altid fortolker på baggrund af tidligere oplevelser og forståelser. Det afgørende er, at vi er i stand til at blive bevidste om vores forforståelsers betydning for vores tolkning.

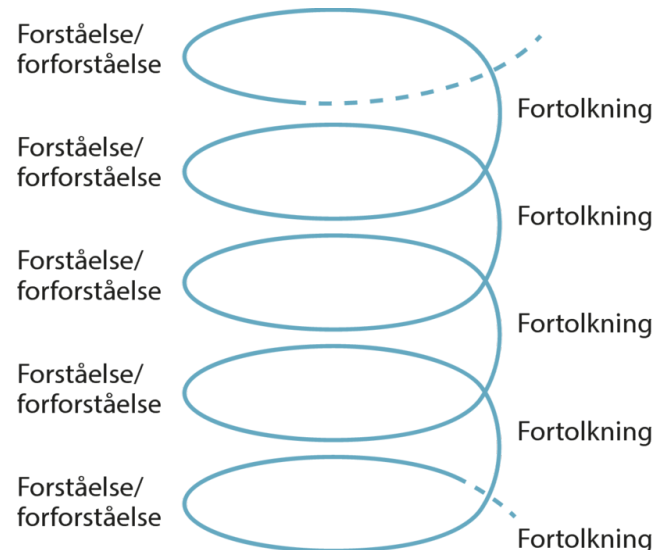
I følge Gadamer kan mangel på tidsmæssig afstand til det, der undersøges, forhindre os i at se det klart. En afstand i tid giver os mulighed for at se det, vi undersøger fra et andet perspektiv (Gadamer, 2005).

Indenfor hermeneutikken er der en bevægelse mellem helheden og de enkelte dele. Man kan således kun forstå de enkelte dele ved at se på helheden, men helheden kan kun forstås på baggrund af en forståelse af de enkelte dele (Ruud, 2005).

Denne bevægelse mellem helheden og enkelte dele gør sig gældende i min analysemetode. Jeg ønsker at tilegne mig en større forståelse af det musikterapeutiske

behandlingsforløb i sin helhed. For at udvide min forståelse må jeg zoome ind og lave en nær analyse af udvalgte dele. Jeg bevæger mig på den måde frem og tilbage mellem mikroanalyse og helhedsperspektivet.

På figur 2 ses den hermeneutiske cirkel som en opadgående spiral. Den er et billedligt udtryk for fortolkningsprocessen. Den illustrerer bevægelsen mod en mere helhedsomfattende og nuanceret tolkning og forståelse. Denne forståelse bliver ifølge Gadamer (2005) dog aldrig endegyldig.



Figur 2: Den hermeneutiske cirkel

FÆNOMENOLOGIEN

Fænomenologien og hermeneutikken er videnskabsteoretisk tæt forbundet. Et af de centrale aspekter indenfor fænomenologien er at søge efter essentielle strukturer eller det, der betegnes som *essens*. Det indebærer, at der indenfor alle oplevelser findes en *essens*. Målet bliver således at omdanne de levede oplevelser (lived experiences) til tekstmæssige udtryk af *essens* (Forinash & Grocke, 2005). Kenny (2006) skriver følgende om fænomenologien: “*The term phenomenology has its roots in the greek word for “appearance”. So we only know things as we see them or as they appear to us, not as they are in themselves*” (s, 194).

Ligesom i hermeneutikken er en bevidstgørelse af forforståelsen central inden for fænomenologien. Begrebet *epoché* henviser til at forskeren må slippe sine forudantagelser. Giorgi (1975) her citeret fra Forinash og Grocke (2005) beskriver det på følgende måde: “*Rather than having a preconceived idea of what will happen, the researcher “lets the unfolding of phenomenon itself guide the logic of his inquiry”*” (s. 319).

I dette speciale er jeg inspireret af kropsfænomenologien, som den udfoldes af den franske filosof Maurice Merleau-Ponty i bogen “Kroppens Fænomenologi”. Forløbet med Nina er, via de anvendte krop- og stemmeøvelser, centreret om en kropslig kontakt og

kropslige oplevelser. Det kropslige fokus gør sig gældende gennem hele forløbet. Blandt andet gennem berøring, opmærksomhed på åndedræt og en øget opmærksomhed på fornemmelsen af stemmen i kroppen. I følge Merleau-Ponty (2006) er det med vores krop, at vi er tilstede i verden. Gennem sin filosofi kropsliggør han bevidstheden og erkendelsen. Vi er først og fremmest vores krop og det er den, der er forudsætningen for vores erkendelse og vores oplevelse af intersubjektivitet og samhørighed. Ulla Thøgersen (2004) beskriver det på følgende måde.

”Hos Merleau-Ponty er det det forhold, at vi er ‘levede kroppe’, som skaber intersubjektiviteten. Ja, han omdøber i virkeligheden ‘intersubjektivitet’ til ‘interkropslighed’. Mødet med den anden sker på et følsomhedens plan, dvs. et plan, hvor jeg sanser den anden uden at tænke den anden” (s. 100).

Den kropsfænomenologiske tilgang og forståelse danner grundlag for min tilgang i det musikterapeutiske behandlingsforløb og er en forklaring på, hvorfor krop- og stemmeøvelserne er det centrale i forløbet.

NATURVIDENSKAB OG HERMENEUTIK

Hermeneutikken og fænomenologien kan kritiseres for ikke at være underlagt de samme validitets- og reliabilitetskrav som de naturvidenskabelige kvantitative metoder.

I hospitalspsykiatrien er den naturvidenskabelig tilgang til behandling den mest fremherskende.

Grundlaget for min terapeutiske tilgang i det musikterapeutiske behandlingsforløb med Nina, samt min tilgang i udarbejdelsen af specialet er humanistisk og hermeneutisk.

Indenfor psykiatrien er tanken om, at der findes en objektiv sandhed fremherskende. Det skyldes at fagområdet udspringer af den naturvidenskabelige forståelse. I tråd med hermeneutikken og fænomenologien advokerer Juan Calderón for et opgør med denne antagelse af objektiv sandhed. Sandheden bør, i følge ham (og fænomenologien), forstås som noget, der træder frem og bliver synligt for os (unconcealing) og kræver en åben og fordomsfri tilgang. Som citatet tydeliggør, er det en proces uden et endegyldigt svar.

“The key is unconcealing and not making the object fit into fixed patterns. Psychiatry also requires a methodological openness. The existential therapies are a proof of the possibility of taking concepts from Phenomenology and Hermeneutics and apply them in therapeutic practice. However, all this change cannot be fulfilled without a change in the notion of truth. For this reason, the usefulness of the notion of truth as unconcealment in the fields of Psychiatry and Neurosciences is clearly demonstrated” (Calderón, 2019, s. 9).

CASESTUDIET

Et casestudie er kendetegnet ved, at det er specifikt og kontekstafhængig (Smeijster & Aasgaard, 2005). Casestudiets forskningsdesign kan i følge Bonde og Ridder være særligt

relevant indenfor musikterapiforskning, da det giver mulighed for at undersøge klinisk praksis. Det er muligt at anvende flere forskellige former for data og tilgange til forskning. Casestudier genererer viden om komplekse psykoterapeutiske processer, der ellers ikke bliver tilgængelige udenfor terapilokalet (Ridder & Bonde, 2014). I casestudier anvendes typisk forskellige metoder til dataindsamling. Der kan både anvendes kvalitativ- og kvantitativ data. Kvalitativ data anvendes dog næsten altid (Robson, 2011). I min undersøgelse anvender jeg et naturalistisk hypotese genererende single case design.

Jeg er selv en del af den terapeutiske proces. Det betyder, at overførbareheden og gyldigheden af denne undersøgelse stiller krav til min gennemsigtighed, som undersøger (Robson, 2011). I analysen anvender jeg både kvalitative og kvantitative metoder i behandlingen af data (mixed methods). Mixed methods kan karakteriseres ved følgende citat fra bogen *Music Therapy Research*. Mixed methods beskrives som: *“An integration of methods and data (quantitative and qualitative) to draw on the strengths and mitigate the weakness of each”* (Burns & Masko, 2016, s. 1193). De kvantitative parametre kan styrke reliabiliteten af min undersøgelse. De kvalitative parametre knytter sig til den konkrete kliniske praksis, hvilket tydeliggør de specifikke musikterapeutiske interventioner og giver en større forståelse af sammenhænge i forløbets udvikling (Burns & Masko, 2016).

METODETILGANG TIL BEHANDLING AF DATA

Den kvalitative/eksplorative observationsforskning er knyttet til en bestemt kontekst. Observationerne foregår så vidt muligt i naturalistiske omgivelser. Observationer kan i denne sammenhæng inkludere alle sansede data, audiotive data og/eller visuelle data. I denne forbindelse opfattes data som tolket virkelighed (Silverman, 2011). De data, jeg anvender i min analyse, er audiooptagelser, mine egne notater fra sessionerne og journalnotater. De bagvedliggende observationer indgår således i analysen. Jeg trækker i øvrigt på personalets vurderinger af Nina og mit kendskab til Ninas sygdomshistorik gennem hendes journal.

ANALYSE AF HELHED OG ENKELTE DELE

Forløbet strækker sig over 29 sessioner og der er derfor meget data. Jeg ønsker at undersøge forløbet i sin helhed, hvilket betyder, at jeg i første omgang har forholdt mig til alle data for at få en fornemmelse af forløbets udvikling over tid. Jeg har data i form af egne notater, journalnotater og 12 lydoptagelser fra session 13 til 29, som er forløbets sidste session.

Med tanke på Ninas psykotiske symptomer i begyndelsen af indlæggelsen, bliver jeg enig med personalet om, at situationen er for sårbar til, at det er etisk forsvarligt at optage på Ninas værelse. Det bliver revurderet i midten af forløbet i samråd med Nina, som accepterer, at sessionerne bliver optaget. Min analyse af de første 12 sessioner af det

musikterapeutiske behandlingsforløb, hviler således på mine personlige notater og journalnotater.

Overblikket over det musikterapeutiske behandlingsforløbs helhed tager afsæt i samtlige data. Dette helhedsbillede danner baggrunden for min udvælgelse af data til nærmere analyse. Der er en sammenhæng mellem forløbets struktur, de anvendte interventioner, Ninas psykiske tilstand og min terapeutrolle. For at undersøge, hvordan de forskellige aspekter indvirker på hinanden, må jeg sætte analysen af de enkelte sessioner i relation til hele forløbets udvikling (jf. den hermeneutiske tilgang).

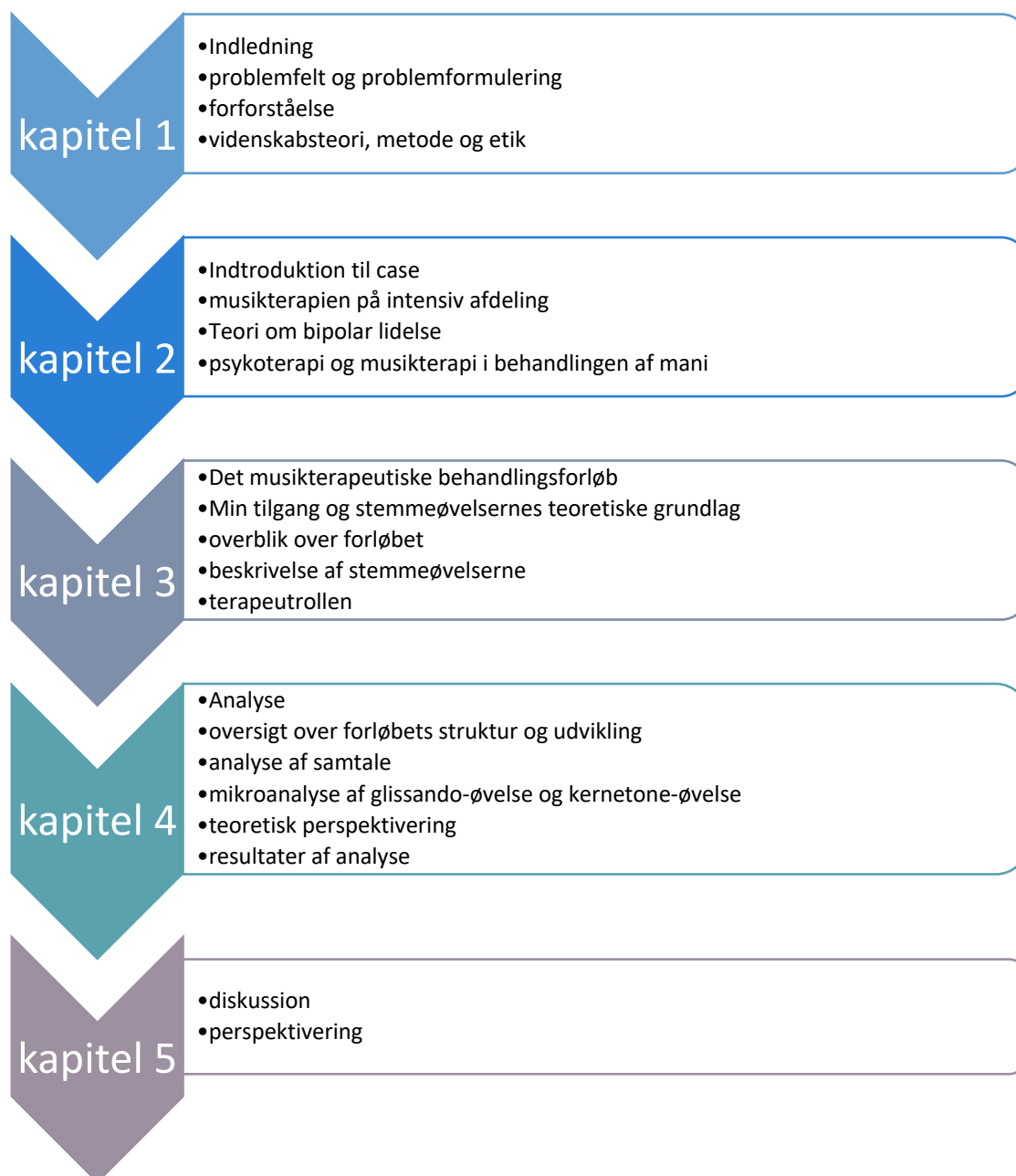
I kapitel 4, hvor analysen præsenteres, vil jeg beskrive mikroanalyse som metode indenfor musikterapiforskning. Jeg vil i den forbindelse gennemgå Felicity Bakers (2007) tilgang til mikroanalyse. Her anvendes software til audioanalyse af både sangstemme og talestemme.

ETIK

I forbindelse med udarbejdelse af specialet har jeg indhentet informeret samtykke fra patienten. Det findes i bilag 1. Jeg har valgt at sløre patientens identitet ved at udelade detaljer, som ikke har betydning for forståelsen af casen og anvender pseudonymet "Nina".

SPECIALETS OPBYGNING

Specialets fem kapitler er disponeret med udgangspunkt i den induktive tilgang (se næste side, figur 3). Casen er det centrale og jeg inddrager relevant teori på baggrund af min analyse. Den induktive tilgang betyder at kapitel 4 indeholder en teoretisk perspektivering af mine analysefund.



Figur 3: Opbygning af specialet

KAPITEL 2

I dette kapitel vil jeg lave en detaljeret gennemgang af Ninas sygdomshistorik, anamnese og indlæggelse. Med udgangspunkt i Ninas behandlingsforløb og symptombillede vil jeg ud fra et lægevidenskabeligt perspektiv gøre rede for diagnosegruppens karakteristika. Til sidst vil jeg med udgangspunkt i en litteratursøgning redegøre for, hvordan musikterapi bruges i behandling af denne klientgruppe.

INTRODUKTION TIL CASE

Jeg vil beskrive Ninas sygdomshistorik og anamnese. Oplysningerne er hentet fra patientjournalen. Nina har diagnosen bipolar affektiv sindslidelse type 1. Bipolar lidelse type 1 beskrives som den klassiske form, hvor der optræder manier og også ofte depressioner (Sind, 2019).

ANAMNESE

Nina er en kvinde i begyndelsen af 50'erne. Hun arbejder som kunstner. Hun har mand og to mindre børn. Hun har hovedsageligt passet børnene alene det sidste år, da manden har arbejde i udlandet. Hun har været indlagt to gange tidligere ligeledes med psykose i forbindelse med mani. Hun blev indlagt første gang, da hun var i 20'erne, mens den seneste indlæggelse ligger få år tilbage.

DEN AKTUELLE INDLÆGGELSE

Hun bliver akut indlagt med en manisk episode med psykotiske symptomer. Ved indlæggelsen beskrives Nina, ifølge journalen, med følgende kendetegn og symptomer på mani: talepres, hyperaktivitet, uro, hæmningsløs adfærd, usamlet og distraheret adfærd, samt grandiose forestillinger.

Hun indlægges under tvang. Ninas mand fortæller, at Nina i ugerne op til indlæggelsen ikke har sovet mere end 15 minutter ad gangen. Hun har ikke kunnet mærke sult og tørst. Hun har udvist stigende tegn på mani og har haft både paranoide vrangforestillinger og grandiose tanker. Der har for nyligt været et dødsfald i den nære familie og manden mener, at dette har haft indflydelse på Ninas psykiske tilstand.

Nina er i de første uger af indlæggelsen periodevis præget af manisk psykose. Hun er verbalt og fysisk udfarende og urolig. Hun er modvillig overfor den ordinerede medicin. Senere viser det sig, at hun ikke har taget sin forebyggende medicin (lithium) i ugerne, der leder op til indlæggelsen. Hendes begrundelse er, at hun oplever bivirkninger ved medicinen, som betyder at hun er mere træt og at hun mister sin kreativitet.

MODVILJE MOD BEHANDLINGEN

I de første uger udviser Nina modvilje mod den medicinske behandling. På et tidspunkt forværres Ninas symptomer. Hun nægter at tage medicinen, hvilket en enkelt gang fører til, at hun må medicineres ved tvang.

Efter at have været indlagt i tre uger begynder Nina at spørge til, hvornår hun kan blive udskrevet. Hun har brug for at være sammen med sine børn, som skal starte i skole inden længe. Hun har i øvrigt sit kunstneriske virke, med igangværende projekter, der ikke kan sættes på pause. Hun bliver meget frustreret, da hun må indse, at hun ikke kan færdiggøre projekterne og derfor må svigte samarbejdspartnere. I samtaler er hun oftest optaget af sit arbejde.

Ønsket om at blive udskrevet fortsætter i de følgende måneder. Nina oplever, at hun bliver misforstået på afdelingen. Nina mener, at det, som personalet ser som tegn på mani, egentlig er sådan som hun altid er. De sider, som Nina selv ser som positive, herunder hendes kreativitet, tanker, energi og iderighed, oplever hun bliver misforstået og tolket, som noget sygt, der skal behandles. Hun oplever mange bivirkninger ved medicinen og synes at hun får for meget medicin. Hun ønsker at blive trappet ned. Der er ofte i journalen noteret, at Nina har ringe sygdomsindsigt.

Ønsket om at blive udskrevet fortsætter og det kulminerer, da hun, efter små 3 måneders indlæggelse, indgiver en klage gennem sin patientrådgiver¹. Indlæggelsen fortsætter dog yderligere en måned. Da tvangen ophæves, flyttes Nina til den åbne afdeling. Her er hun indlagt en uges tid, hvorefter hun udskrives. Indlæggelsen varer sammenlagt ca. 16 uger.

NINAS BEHANDLING PÅ AFDELINGEN

Ninas behandling er i den første del af indlæggelsen fokuseret på at imødekomme basale behov gennem medicinering, stabilisering af søvn, mad- og væskeindtag. Den miljøterapeutiske² behandling indebærer, at Nina bliver skærmet i højere eller mindre grad igennem det meste af indlæggelsen. Skærmningen støtter hvile og søvn og hjælper derigennem med at mindske manien.

Efter indlæggelse på en intensiv afdeling i længere tid er det normalt, at patienten flyttes til den åbne afdeling, før vedkommende udskrives, som en overgangs- eller udslusningsperiode. De sidste uger på den intensive afdeling får Nina tilladelse til at rejse hjem i weekenderne. Hjemmebesøgene fungerer også som en form for udslusning, hvor Nina kan vende tilbage til sit liv udenfor afdelingen lidt efter lidt.

¹ Alle patienter der indlægges under tvang, får tildelt en patientrådgiver og har her mulighed for at indgive en klage, som vil blive behandlet af ledelsen.

² Miljøterapi i psykiatrien bygger på en forståelse af at patienterne påvirkes af en institution som 'helhed'. En påvirkning der sker via en lang række faktorer i miljøet, som rækker ud over diagnosticering og behandling (Simonsen & Møhl, 2010).

FYSIOTERAPI

Efter en måneds tid begynder Nina at modtage fysioterapi på værelset. Denne behandling består af B-BAT øvelser³ og boldmassage, som skal styrke Ninas kontakt til kroppen og skabe ro. Formålet med massagen er også, at den kan virke kropsafgrænsende.

ERGOTERAPI

Nina anmoder om at lov til at komme udenfor. Hun får tilladelse til at gå korte ture med ergoterapeuten. På de ugentlige gåture har ergoterapeuten mulighed for at observere Ninas reaktioner på de udendørs stimuli. Dette bliver brugt til at vurdere Ninas tilstand og evne til at holde fokus.

MIN ROLLE SOM MUSIKTERAPEUT PÅ AFDELINGEN

Jeg vil beskrive min rolle som musikterapeut på den intensive afdeling, da det kan uddybe, hvordan Ninas musikterapeutiske behandlingsforløb bliver en mulighed.

Som musikterapeut har jeg som udgangspunkt et miljøterapeutisk fokus. Den intensive afdeling har langt færre tilbud og aktiviteter end den åbne afdeling. Udgangspunktet for musikterapien er derfor at imødekomme et behov for at skabe aktiviteter for patienterne. Musikterapi, som miljøterapeutisk tiltag kan skabe mulighed for samvær. Musikken kan ligeledes fungere receptiv, fordi jeg også spiller og synger i fællesarealerne. Patienterne på afdelingen er sårbare, hvilket betyder, at de musikterapeutiske aktiviteter må være fleksible og kunne imødekomme forskellige behov.

EFTERMIDDAGS SANGGRUPPE

Jeg indfører eftermiddagsfællessang som et fast tiltag. Det foregår i fællesstuen fire eftermiddage om ugen og varer et par timer. Det er et åbent gruppetilbud, hvilket betyder, at patienterne kan komme og gå, som de har behov for. Der mulighed for forskellige grader af deltagelse. Patienterne kan sidde i periferien og lytte, være medbestemmende i forhold til valg af sang eller deltage med et instrument/spille på guitaren. Formålet med den åbne gruppe er, at lade musikken skabe en ramme, så patienterne kan opleve at være en del af et fællesskab. Denne ramme giver mulighed for uforpligtende samvær patienterne imellem. Nina deltager i perioder i eftermiddagsfællessang.

DET TVÆRFAGLIGE SAMARBEJDE

Min funktion som musikterapeut på intensiv afdeling er afhængig af det tværfaglige samarbejde. Kommunikationen mellem mig og de øvrige faggrupper er afgørende for, at jeg

³ Basic Body Awareness Therapy. En fysioterapeutisk behandlingsform, der bygger på en række dagligdags bevægelser inspireret af blandt andet mindfulness og Tai Chi. Der arbejdes med kropslig forankring, vejtrækning, centrering og balance samt mentalt nærvær.

bedst muligt kan møde de individuelle og skiftende behov hos patienterne. Det faglige team på den intensive afdeling tæller sygeplejesker, social og sundhedsassistenter, læger, ergo-, fysio- og musikterapeut. Der er dagligt et morgenmøde, hvor faggrupperne mødes og laver en patientgennemgang, hvilket giver mulighed for at de forskellige faggrupper kan bidrage med informationer om de enkelte patienter.

Møderne hjælper mig til at danne et overblik over patienternes aktuelle tilstand og behov. Jeg kan byde ind, hvis jeg får øje på et behov, som jeg kan imødekomme eller en fra personalegruppen kan foreslå musikterapi til en patient, hvis de oplever, at det vil være relevant. Patienterne kan også selv have udvist interesse for at modtage musikterapi. Min rolle som musikterapeut på intensiv afdeling er kendetegnet ved omskiftelighed og uforudsigelighed og kræver høj grad af fleksibilitet. De fleste forløb er korte og involverer mange forskellige former for patientkontakt. Ninas forløb er langvarigt og stabilt sammenlignet med mit øvrige arbejde på afdelingen.

HENVISNING

Ninas bliver henvist til musikterapi, fordi hun udviser interesse og jeg ser at musikterapien ville kunne imødekomme nogle af hendes behov. På den baggrund tager jeg initiativ, med støtte fra Sanne Storm, selvom der er en tydelig skepsis blandt personalet. Jeg foreslår krop- og stemmearbejde, som har fokus på at skabe ro og nedregulere Ninas arousalniveau. Nina er meget motiveret for at modtage musikterapi. Personalet kender musikterapi, som noget der er stimulerende og har derfor svært ved at se, at individuel musikterapi ville kunne imødekomme Ninas behov. Til sidst bliver det vedtaget, at musikterapien forsøgsvis kan implementeres.

Aftalen bliver at musikterapien skal foregå på Ninas værelse, to sessioner om ugen af max 30 minutters varighed. Efter en uge laves en vurdering af om behandlingen er hensigtsmæssig og kan fortsætte. Her bliver det besluttet at forløbet kan fortsætte. Sessionerne finder sted om morgenen. Ved et behandlingsmøde forslår jeg, at Nina og jeg mødes 15 minutter hver morgen i stedet for 30 minutter to gange om ugen. Ændringen vedtages som et forsøg og ender med at blive den faste form. Sessionernes varighed forøges i takt med, at Nina får det bedre.

BIPOLAR LIDELSE

Med udgangspunkt i Ninas behandlingsforløb og symptombillede vil jeg nu, ud fra et lægevidenskabeligt perspektiv, gøre rede for diagnosegruppens karakteristika. I denne gennemgang vil jeg fokusere på den maniske episode.

PATIENTER I HOSPITALSPSYKIATRIEN

Patienter der indlægges i hospitalspsykiatrien, har det til fælles, at primærsektoren herunder distriktskykiatrien, den praktiserende læge, privat psykolog og/eller psykiater ikke magter behandlingen af patienten, hvilket resulterer i en hospitalsbaseret udredning og behandling. De psykiatriske diagnoser opdeles ofte i psykotiske og ikke psykotiske diagnoser. De psykotiske diagnoser optræder ofte hos patienter indenfor hospitalspsykiatrien. (Psykiatri Region Nordjylland, 2019).

I nogle tilfælde er det nødvendigt at tvangsindlægge en patient. En tvangsindlæggelse kan ske enten på røde papirer eller gule papirer. Røde papirer betyder, at patienten er psykotisk og til fare for sig selv eller andre. Nina indlægges på gule papirer, som betyder at hun er psykotisk, men ikke til fare for sig selv. Tvangsindlæggelsen sker, fordi lægen vurderer at hendes mulighed for bedring er forringet medmindre hun indlægges.

ICD-10 KRITERIER OG KENDETEGN

Bipolar lidelse forekommer hos 1-2 % af befolkningen. Der er sandsynligvis mange med lettere maniske symptomer, der ikke søger hjælp og derfor ikke diagnosticeres (Psykiatrifonden, 2019). Bipolar lidelse er en affektiv sindslidelse. De affektive sindslidelser er kendetegnet ved sygelige ændringer i stemningsleje, selv vurdering og aktivitetsniveau. Lidelserne er ofte episodiske men kan også forekomme som enkeltepisode eller kroniske forløb. på figur 4 ses et overblik over de affektive lidelser (Kessing, 2010, s. 332).

Enkeltepisoder	Episodisk forløb	Kronisk forløb
• depressiv enkeltepisode • manisk enkeltepisode	• tilbagevendende depression • bipolar lidelse	• dystymi • cyklotymi

Figur 4: Overblik over de affektive lidelser.

Figur 4 viser, at bipolar lidelse er en episodisk affektiv sindslidelse. Den er karakteriseret ved to eller flere episoder, hvor patientens stemningsleje og aktivitetsniveau er tydeligt ændret. Disse sygdomsepisoder inddeles ifølge diagnosesystemet ICD-10 i henholdsvis mani eller hypomani, depression eller blandingstilstand. For at diagnosen bipolar lidelse stilles skal mindst én af de to sygdomsepisoder være mani, hypomani eller blandingstilstand. Gentagne episoder af hypomani eller mani uden depressive episoder, går ligeledes ind under diagnosen bipolar lidelse (Kragh-Sørensen & Kessing, 2009). Da Nina er diagnosticeret med mani og ikke er vurderet til at have hverken hypomani, depression eller en blandingstilstand, laver jeg ikke en beskrivelse af disse.

Bipolar lidelse er en sygdom med stor individuel variation. Det betyder, at behandlingen skal justeres nøje til den enkeltes patients behov. Bipolar lidelse beskrives som ”en alvorlig kronisk sygdom med stor risiko for tilbagefald og udvikling af nedsat psykosocial funktion samt med øget risiko for selvmord” (Kessing, 2010, s. 345). Det er vigtigt for prognosen og behandlingen, at diagnosen bliver stillet så hurtigt som muligt. Der er udenlandske undersøgelser der viser, at der i gennemsnit går omkring 10 år, fra første udbrud til diagnosen stilles (Videbech, 2010).

Manisk episode

En klassisk manisk episode er kendetegnet ved løftet stemningsleje og øget energi og aktivitetsniveau i mere end en uge. De samme symptomer gør sig gældende ved hypomani, dog i mindre grad.

Ifølge ICD-10 skal følgende kriterier opfyldes ved en manisk episode:

A: Opstemthed, eksaltation eller eretisme gennem mindst en uge

B: Mindst tre af følgende symptomer med udtalt påvirkning af dagliglivsfunktioner (4 ved eretisk stemning):

- hyperaktivitet, rastløshed, uro
- talepres
- tankeflugt
- hæmningsløs adfærd
- nedsat søvnbehov
- øget selvfølelse, grandiositet
- distraktibilitet eller usamlethed
- hensynsløs, uansvarlig adfærd
- øget seksualdrift

Nina har ved indlæggelsen, ifølge ICD-10 kriterierne, næsten alle symptomer, der kendetegner en manisk episode.

Psykotiske symptomer

Under en svær manisk episode kan der optræde psykotiske symptomer. Symptomerne kan variere inden for samme diagnosegruppe, men kendetegnene er en svært forvrænget opfattelse af virkeligheden, som kommer til udtryk ved vrangforestillinger, hallucinationer og tankeforstyrrelser. De psykotiske symptomer kategoriseres som stemnings kongruente eller stemnings inkongruente. Ved en manisk episode kan stemnings kongruente symptomer for eksempel være storhedstanker, mens paranoide tanker vil være et inkongruent symptom (Simonsen & Møhl, 2010; Videbech, 2010). Ninas psykotiske symptomer er hovedsageligt

kongruente, men der er noteret paranoide forestillinger, som altså kategoriseres som inkongruente.

MEDICINSK BEHANDLING

Medicinering er den primære intervention i behandlingen af bipolar lidelse. Den store variation i symptombillede og de affektive udsving afspejles i den medicinske behandling. Lithium er et af de mest anvendte i forhold til stemningsstabilisering og forebyggelse af maniske episoder. Lithium anvendes også ved behandling af en akut manisk episode. Den forebyggende behandling varer ofte 5-10 år, hvorefter der forsøges med nedtrapning. Undersøgelser viser at 40 % af de bipolare patienter, der får lithium som forebyggende medicin afbryder behandlingen i utide. Dette resulterer ofte i nye sygdomsudbrud. En afbrydelse af den forebyggende behandling før tid, kan bunde i at patienten har manglende sygdomsindsigt, oplever bivirkninger, savner den maniske opstemthed eller har generel uvilje mod medicinsk behandling (Videbech, 2010).

Når en mani optræder med psykotiske symptomer, behandles der med antipsykotisk medicin (Videbech, 2010).

DEN MANISKE EPISODE

Nina bliver tvangsindlagt med en manisk episode med psykotiske symptomer. I ugerne op til indlæggelsen er Nina stoppet med sin forbyggende lithium behandling.

Goodwin og Jamison (2007) beskriver, hvordan der findes effektiv medicin til at behandle en mani, men komplikationerne med behandlingen opstår ofte, fordi den maniske patient ikke ønsker at modtage behandling. Kessing (2010) understreger, at patienter med svær mani ofte må indlægges, da det kan være vanskeligt for dem at tage den aftalte medicin. Når det vurderes, at en patient med svær mani bør indlægges, sker det ofte under tvang (Goodwin & Jamison, 2007). Det gør sig gældende i forbindelse med Ninas indlæggelse.

I behandlingen af en akut manisk episode med psykotiske symptomer gives der antipsykotisk medicin og beroligende medicin, særligt med henblik på at forbedre søvnen. Den beroligende medicin er afgørende i den akutte fase og jo før en patient kan blive medicineret jo bedre (Goodwin & Jamison, 2007). Flere undersøgelser peger på, at en forbedring af søvnen kan reducere maniske og psykotiske symptomer hos patienten i den akutte maniske episode (Galyner et al., 2016). En lindring af de maniske symptomer kan understøttes af miljøterapeutisk behandling, som for eksempel skærmning af patienten. I en samtale med psykiater Rasmus Nejst bekræfter han, at når patienter indlægges med mani med psykotiske symptomer sigter medicineringen og den øvrige behandling mod at patienten får sovet.

PSYKOTERAPEUTISK BEHANDLING

Trods den rette medicinske behandling oplever en høj procentdel af patienter med bipolar lidelse tilbagefald, affektive symptomer, humørsvingninger og forringet psykosocial funktion. De sidste 20 år har der været øget interesse for at udvikle og validere psykologiske interventioner til patienter med bipolar lidelse. Meget tyder på at en kombination af stemnings stabiliserende medicin og psykoterapi er den mest effektive behandling af bipolar lidelse (Goodwin & Jamison, 2007).

I bogen *Evidence-based Psychotherapy: the State of the Science and Practice* viser en litteraturgennemgang at psykoterapi kan være et effektivt supplement til medicin eller standard behandling, både for at stabilisere humør og forebygge tilbagefald hos patienter med bipolar lidelse (Szentágotai-Tătar & David, 2018). To meta-analyser der undersøger effekten af psykoterapi til forebyggelse af tilbagefald, har vist, at forskellige former for psykoterapi (psykoedukation, kognitiv adfærdsterapi) i forhold til standard behandling kan reducere tilbagefald, forlænge perioderne mellem maniske og/eller depressive episoder og øge patienternes sociale funktion (Lam, Burbeck, Wright, & Pilling, 2009; Scott, Colom, & Vieta, 2007).

Goodwin og Jamison (2007) understreger, at psykoterapi kan hjælpe patienterne med at acceptere sygdommen, samt øge forståelsen for de praktiske og eksistentielle implikationer bipolar lidelse har for deres liv.

“They (the patients) may deny the existence of the illness, its severity, or its consequences; such denial may cause them to stop taking their medication. When treatment is not completely successful, patients are understandably disappointed and frustrated. Patients also may be disturbed at losing the energy and vitality that accompany mania. They fear recurrences. They have difficulty discriminating normal from abnormal moods” (Goodwin & Jamison, 2007, s. 905)

Overstående citat understreger bipolar lidelse er en kompleks sygdom. For at en patient kan modtage den rette behandling kræver det, at vedkommende har kendskab til sygdommen og har sygdomserkendelse.

KOMPETENCECENTER FOR AFFEKTIVE LIDELSER

Psykiater Rasmus Nejst arbejder på Kompetencecenter for Affektive Lidelser på Rigshospitalet i København. Her tilbydes 2-årige behandlingsforløb for mennesker, der er nyligt diagnosticeret med en bipolar lidelse. Forløbet indebærer gruppeterapiforløb, som har fokus på kognitiv adfærdsterapi og psykoedukation.

Psykoedukation sigter mod at øge patienternes kendskab til diagnosen, herunder årsager, tidlige varselssignaler på depression og mani, personlige faktorer der kan udløse affektive

episoder og stresshåndtering. Den kognitive adfærdsterapi bygger videre på temaerne fra forløbet med psykoedukation. Det er både psykologer, psykiatere og sygeplejersker, der leder grupperne. I forhold til psykoedukation og patienternes egne handlemuligheder bruger Nejst talemåden “det gælder om at handle modsat”. Det betyder at, hvis en patient er på vej ind i en manisk periode og for eksempel impulsivt, øger den sociale aktivitet, skal de handle modsat, aflyse nogle aftaler og blive hjemme i stedet. Ligeledes ved depressive perioder, kan patienten frem for at følge impulsen til at blive hjemme på sofaen, handle modsat og engagere sig i socialt samvær (Kompetancecenter for Affektive Lidelser, 2019; Nejst, 2019).

Et ambulant psykoterapeutisk tilbud er et vigtigt og veldokumenteret supplement til den medicinske behandling. Effekten af psykoedukation er påvist i forskellige videnskabelige undersøgelser. Psykoedukation kan halvere risikoen for at udvikle nye episoder samt mindske behovet for indlæggelse (Kessing, 2010).

Psykoterapi er veldokumenteret som et ambulant behandlingstilbud, men jeg syntes det er vigtigt at fremhæve, at psykoterapi sjældent anvendes som en del af behandlingen ved en akut mani, og at der ingen dokumentation er for effekt i den akutte maniske fase (Videbech, 2010).

Psykoterapeutiske behandlingstilbud til patienter under en indlæggelse er meget sparsomt beskrevet. I en britisk undersøgelse fra 2001 gennemføres et lille studie (n=4) med patienter indlagt efter manisk episode med psykose. Det undersøges, hvorvidt korte terapiforløb kan støtte behandlingen, hvor en kognitiv analytisk tilgang anvendes. Der er dog ingen entydige resultater af undersøgelsen (Kerr, 2001).

ASSESSMENT AF TALESTEMMEN

Kompetencecenter for Affektive lidelser anvender en dansk udviklet app, som anvendes til at støtte og forbedre behandlingen af bipolar lidelse.

Appen hedder Monsenso og er skabt i samarbejde med patienter, klinikere og plejepersonale. Patienterne kan via appen vurdere og registrere data indenfor forskellige kategorier (humør, søvn længde, aktivitetsniveau, medicin indtag). Appen kan også registrere objektive data om patienternes sociale aktivitetsniveau (mængden og længden af opkald, antal af ind- og udgående sms'er), fysiske aktivitetsniveau (skridttæller, GPS, skærmtid). Monsenso kan registrere og vurdere patientens stemmekvalitet via telefonopkald, som patienten foretager i en ‘hverdags-setting’. Talens hastighed og tonehøjde kan give vigtig information om patientens affektive tilstand. I en undersøgelse fra 2016, sammenlignes data fra analyse af patientens stemme, med de øvrige indhentede data (selvregistrering og aktivitetsniveau). Undersøgelsen viser, at analysen af stemmens kvalitet kan klassificere forandringer i deltagernes affektive tilstand. Stemmen var mere pålidelig i

forhold til at klassificere maniske episoder end depressive episoder (Faurholt-Jepsen et al., 2016).

Maniske symptomer, som hurtigere tale og øget talepres, kan spores gennem optagelser af patienternes telefonsamtaler og give plejepersonalet vigtig information om patienternes tilstand her og nu. Det kan optimere patienternes behandling og forbedre deres prognose.

I følge Goodwin og Jamison (2007) er talestemmen genstand for flere undersøgelser. Der observeres ofte langsom tale og mange pauser hos patienter under depressive episoder, hvorimod maniske episoder ofte indebærer at patienterne taler og associerer i højt tempo. Der er få studier, der undersøger, hvordan maniske episoder påvirker talestemmen og tale hastighed. Derimod har de depressive episoder været genstand for forskning (Widlocher, 1983).

MUSIKTERAPI I BEHANDLINGEN AF MANI

Musikterapi i behandlingen af mani er et relativt ubeskrevet område. Jeg har på baggrund af en litteratursøgning ikke kunnet finde forskning, hvor musikterapi anvendes i behandlingen af mani, men jeg har en casebeskrivelse (Nolan, 1991) og en artikel, hvor anvendelsen af receptiv musikterapi i hospitalspsykiatrien undersøges (Schou, Pedersen & Bonde, 2011). En af deltagerne er indlagt med en manisk episode.

LITTERATURSØGNING

En systematisk litteratursøgning understreger, at der mangler forskning indenfor anvendelsen af musikterapi i behandling af mani.

Jeg har søgt på følgende databaser ProQuest, Cochrane, Scopus, PsycNet, derudover har jeg søgt på Ålborg Universitets Biblioteks database. Jeg har anvendt følgende søgeord:

“Manic” AND “music therap*”

“Mania” AND “music therap*”

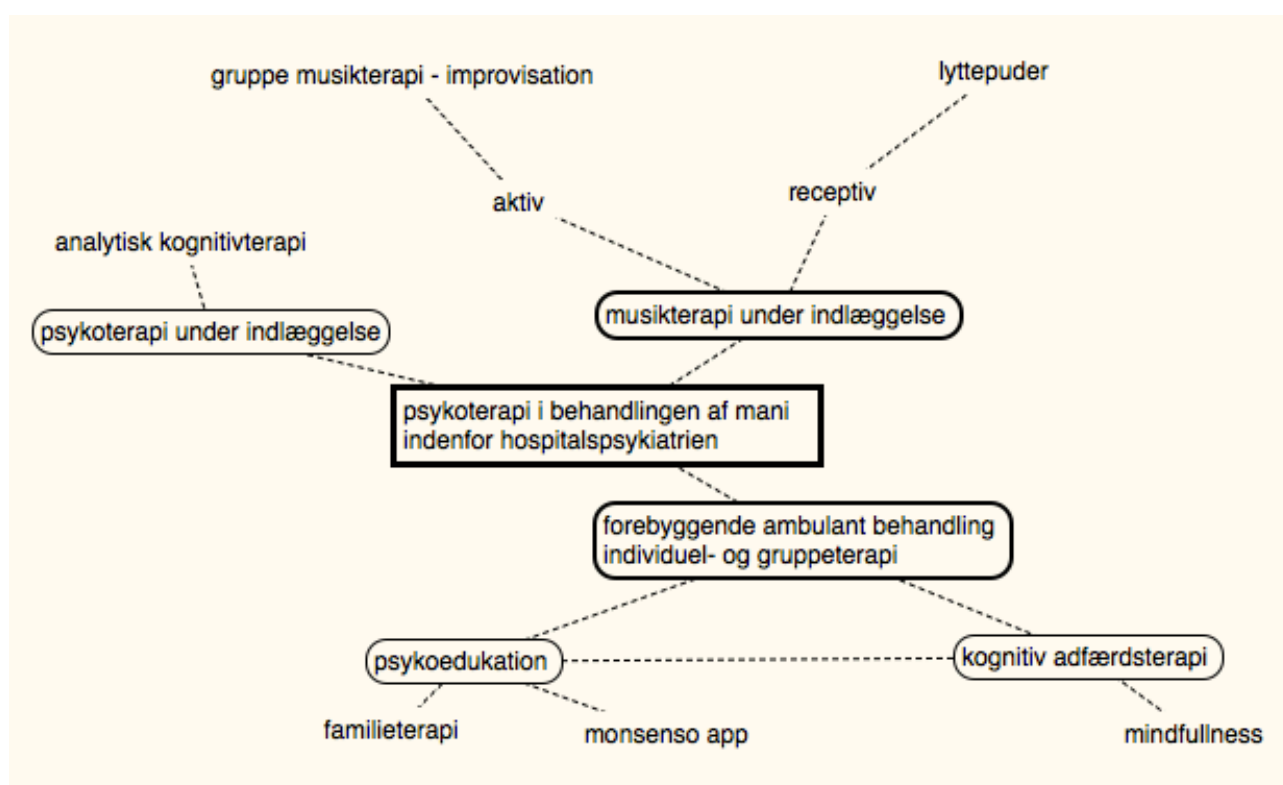
Det er ganske få af artiklerne der beskriver anvendelsen af musikterapi i behandlingen af en manisk episode. En stor del af artiklerne beskæftiger sig med bipolar lidelse, men i alle tilfælde anvendes musikterapien i behandlingen af depressive episoder. Den maniske episode nævnes, men er ikke genstand for den musikterapeutiske behandling.

Et review fra 2013 med titlen: “A systematic review of music therapy practice and outcome with acute adult psychiatric in-patients” afdækker musikterapi som behandlingsform for patienter i hospitalspsykiatrien (Carr, Odell-Miller, & Priebe, 2013). Formålet er at undersøge, hvordan musikterapi anvendes i behandlingen af de indlagte patienter, herunder hvilke kliniske mål der formuleres, hvilke metoder der anvendes, samt hvilken effekt der er af behandlingen. I dette review henvises til en enkelt artikel, hvor

gruppemusikterapi indgår i behandlingen af en patient, som er indlagt med en manisk episode. I det forløb anvendes hovedsageligt klinisk improvisation som metode (Nolan, 1991). Artiklen er dog ikke medtaget i det endelige review.

Et pilotprojekt fra 2011 (n=8) undersøger om udvalgt musik afspillet via lyttepuder kan virke beroligende, reducere anvendelsen af beroligende medicin og tvang/fiksering af patienter. I denne undersøgelse er en af deltagerne indlagt med manisk episode. Resultaterne viser at denne patient havde færre lyttesessioner end andre deltagere og sessionerne var væsentlig kortere end hos de øvrige deltagere (Schou, Pedersen & Bonde, 2011).

Ud fra min litteratursøgning kan jeg konkludere, at der er brug for yderligere forskning indenfor musikterapi i behandlingen af mani. Der er dokumentation for effekten af andre psykoterapeutiske behandlingstilbud i den ambulante behandling, hvorimod der findes meget få beskrivelser af anvendelsen af musikterapi i den akutte maniske fase. Jeg har lavet et kort over de forskellige psykoterapeutiske behandlingstilbud, som jeg har beskrevet i dette kapitel (se figur 5).



Figur 5: De psykoterapeutiske behandlingstilbud

PSYKIATRI - DET NATURVIDENSKABELIGE OG DET HUMANISTISKE

Erik Simonsen professor i klinisk psykiatri og Bo Møhl professor i klinisk psykologi beskriver psykiatri som et område i rivende udvikling. Psykiatrien, som før har hvilet tungt på en naturvidenskabelig forståelse af psykopatologi, er de senere år begyndt at antage et helhedsperspektiv på behandling. Klinisk psykiatri hviler i dag i højere grad end tidligere på viden om psykiatriske sygdommes komplekse årsagsforhold, samt hvordan biologiske forhold er i samspil med psykologiske og sociale forhold.

Denne udvikling er i tråd med den hermeneutiske videnskabsteori, som er beskrevet i kapitel 1. Psykiatri blev etableret som lægevidenskabeligt speciale i slutningen af 1800-tallet. Her fik området sit eget begrebsapparat og sine egne teorier, som ikke kun byggede på lægelige observationer, men også inddrog patientens oplevelse af symptomer. Et tilbagevendende dilemma i sygdomsopfattelsen hviler netop på denne polarisering mellem det biologiske (kroppen, det observerbare) og det bevidsthedsmæssige (det mentale, betydnings skabende) (Simonsen & Møhl, 2010).

Jeg har beskrevet hvordan forskellige former for psykoterapi indgår som en vigtig del af behandlingen af bipolar lidelse. Det er i tråd med det helhedsperspektiv som Simonsen og Møhl advokerer for. Dette perspektiv tager afsæt i en humanistisk forståelse af behandling. De skriver følgende om denne helhedsforståelse:

“At sætte mennesket i centrum er at tilrettelægge psykiatrisk behandling i respekt for det enkelte menneskes integritet og selvbestemmelse. I en evidensbaseret klinisk praksis skal behandlingen netop tilpasses den enkelte patients (og de pårørendes) personlige forestillinger, følelser og forventninger” (Møhl & Simonsen, 2010, s.36).

Med inspiration fra Simonsen og Møhl (2010) har jeg sat de to forståelser op overfor hinanden.

Naturvidenskabelig forståelse	Humanistisk forståelse
• Forklarende • Årsag/virkning • Deduktiv, hypotetisk • Adfærd • Biologi • Symptombehandling • Objektiv • Kvantitativ • nomotetisk • Linearitet • Universelle lovmæssigheder	• Forståelse • Mening • Hermeneutisk • Følelser • Psykologi • Psykodynamisk behandling • Subjektiv • Kvalitativ • Ideografisk • Cirkularitet • Unikke, individuelle aspekter

Figur 6 (inspireret af Møhl og Simonsen, 2010, s. 40).

OPSUMMERING

I dette kapitel har jeg præsenteret Ninas behandlingsforløb og symptombillede. Jeg har beskrevet bipolar lidelse og behandlingen ud fra et lægevidenskabeligt perspektiv, samt hvordan psykoterapeutiske behandlingstilbud kan indgå i behandlingen af bipolar lidelse. Psykoterapien anvendes hovedsageligt som forebyggende ambulant behandling. Musikterapi i behandlingen af mani er sparsomt beskrevet og krop- og stemmebrug, som musikterapeutisk metode, er ikke beskrevet indenfor behandlingen af mani.

KAPITEL 3

Kapitlet indeholder en beskrivelse af Ninas musikterapeutiske behandlingsforløb. Terapirettet krop- og stemmebrug var den centrale metode i forløbet. Jeg beskriver min tilgang og det teoretiske grundlag, den hviler på, som tager afsæt i en krop- og stemmeterapeutisk tilgang. Sessionerne er som tidligere beskrevet centreret omkring tre øvelser. De tre øvelser danner en velovervejede progression, der sigter mod at øge Ninas opmærksomhed på sin krop, vejtrækning og stemme, med det formål at nedregulere arousal og styrke Ninas centrering og grounding. Hypotesen er, at dette imødegår det overordnede behandlingsmål at dæmpe manien.

I det følgende vil jeg uddybe begreberne, arousal, grounding og centrering samt lave en beskrivelse af grundforståelsen og den anvendte metode indenfor terapirettede krop- og stemmebrug.

Begreberne arousal, grounding og centrering kan betragtes som "nøgleord" der danner grundlag for mit valg af tilgang og metode i det musikterapeutiske behandlingsforløb. Jeg vil derfor starte med at placere begreberne i en teoretisk ramme, der danner det teoretiske fundament, der er grundlaget for min tilgang og de specifikke øvelser jeg anvender i forløbet.

To af de centrale øvelser (glissando-øvelsen og kernetone-øvelsen) som jeg anvender i forløbet er udviklet af Sanne Storm og er en del af den metode, som hun kalder psykodynamisk krop- og stemmebrug. I min gennemgang af tilgange indenfor terapirettet krop- og stemmebrug vil beskrive denne metode nærmere.

TERAPIRETTET KROP- OG STEMMEBRUG

Formålet med de anvendte krop- og stemmeøvelser, herunder de tre faste stemmeøvelser, er som tidligere nævnt at nedregulere arousal, samt at styrke Ninas centrering og grounding.

Ud fra Bruscias (2014) definition kan de tre faste stemmeøvelser til dels beskrives som *somatic listening*. I *Somatic listening* er der fokus på det receptive aspekt. Selvom det at bruge stemmen er en aktiv handling, har de anvendte stemmeøvelser også en receptiv komponent.

Bruscia skriver om at bruge stemmen som instrument i musikterapi: “..one’s body is the sound-producing object, it creates the vibrations, resonates and gives sensory feedback to itself, all using invisible parts of the self” (Bruscia, 2014, s. 141).

Citatet tydeliggør at øvelserne sigter mod at øge kropsbevidstheden via et indre usynligt kropsarbejde (stemmen, åndedrættet).

Bruscia (2014) definerer somatic listening som det at bruge musik, lyd og vibrationer med det formål at påvirke kroppen. Det kan involvere elementer, som blandt andet

entrainment eller *biofeedback*, hvor ydre eller indre stimuli kan påvirke autonome kropsfunktioner, som for eksempel blodtryk og puls. Musikalsk *entrainment* henviser til, at kroppens fysiologiske tempo (puls og åndedræt) kan synkroniseres med udefrakommende musikalske og rytmiske stimuli (Wigram, Pedersen & Bonde, 2002).

Jeg vil nu placere de tre nøglebegreber: arousal, centrering og grounding i en teoretisk kontekst.

AROUSAL

I følge Stern (2010) er arousal den grundlæggende kraft, der afgør vores oplevelse af vitalitet og af at være levende. Arousal er den energi der ligger til grund for sansninger, fysisk bevægelse, tanker og følelser. I forlængelse af arousal begrebet uddyber Stern (2010) begrebet vitalitetsformer:

“Vitality is a whole. It is a gestalt that emerges from the theoretically separate experiences of movement, force, time, space and intention. It is not analyzed in any conscious way piece by piece, any more than a familiar face is, even though each separate element could be taken aside and studied in isolation” (Stern, 2010b, s. 5).

Stern forstår vitalitet som en helhed. Når vi aflæser og tolker vitaliteten i andre menneskers udtryk, sker det ubevidst. Vi opfatter altså udtrykket som en helhed, hvad end det er graden af vitalitet i den andens bevægelse, mimik eller tonefald.

I følge Stern henviser vitalitetsformer til måden, hvorpå vores livskraft, altså energi og arousal manifesterer sig og kommer til udtryk. Vitalitetsformerne er ifølge Stern til stede i al adfærd. Det er gennem vitalitetsformer, at vi er i stand til at formidle og dele indre oplevelser med hinanden. Vitalitetsformerne er på den måde centrale for enhver afstemning (Hart & Bentzen, 2013). Med afsæt i Sterns (2010) forståelse formidler vores stemmeudtryk og stemmeføring vores indre tilstand og grad af vitalitet.

Susan Hart uddyber forståelsen af arousal gennem et udviklings- og neuropsykologisk perspektiv. Hun beskriver hvordan barnets kropslige opmærksomhed hænger sammen med en *“medfødt evne til at synkronisere sig med andre mennesker igennem arousalregulering og følelsesmæssige interaktioner”* (Hart & Bentzen, 2013, s. 60).

Når vi ser på arousal begrebet udfra et neurologisk perspektiv, ser vi at arousalregulering finder sted i det autonome nervesystem. Læge og hjerneforsker Kjeld Fredens beskriver arousalniveauets forbindelse til nervesystemet på følgende måde:

”Arousal er et udtryk for aktivering af nervesystemet, især via de biogene aminer fra det retikulære aktiveringssystem i hjernestammen samt det autonome nervesystem og det

endokrine system, hvilket fører til sensorisk vågenhed, vilje til at reagere og øget hjertefrekvens og blodtryk” (Fredens, 2012, s. 166).

Citatet understreger at arousalniveauet kommer til udtryk via fysiologiske reaktioner som for eksempel hjertefrekvens og blodtryk. Arousal hænger således sammen med en kropslig vågenhed, men har også indflydelse på vores mentale vågenhed.

Krop- og stemmeøvelserne i forløbet med Nina har fokus på grundig og centrering, hvilket kan øge Ninas opmærksomhed på sin krop og støtte et dybere åndedræt. Det kan påvirke de fysiologiske reaktioner og derigennem sænke arousalniveauet.

GROUNDING OG CENTRERING

Et af de musikterapeutiske behandlingsmål er at styrke Ninas fornemmelse af grounding og centrering. De to begreber har således dannet grundlag for mine valg af interventioner herunder de anvendte krop- og stemmeøvelser. Jeg vil redegøre for den teoretiske forståelse af grounding og centrering inden for en række terapeutiske retninger herunder terapirettet krop- og stemmebrug (Storm; Austin) kropsterapi (Lowen; Brandbjerg, Wrangsjö) og sansemotorisk psykoterapi (Levine; Ogden).

GROUNDING

Alexander Lowen (1910-2006) introducerer begrebet grounding i den kropsterapeutiske metode, han kalder bioenergetisk analyse. Lowen arbejder ud fra en holistisk og helhedsorienteret forståelse, hvor det fysiske og psykiske er tæt forbundet og han forstår grounding som en forudsætning for en psykologisk bearbejdning. Tilbageholdte følelser kan sætte sig som spændinger i kroppen og blokere for det Lowen kalder livsenergien. Denne livsenergi kan relateres til Sterns definition af vitalitet (Stern, 2010). Fysiske spændinger og blokeringer bremser i følge Lowen (1975) livsenergiens frie bevægelse og formålet med bioenergetisk terapi er at højne en klients energiniveau ved at arbejde på et kropsligt niveau.

Åndedrættet og psykologisk bearbejdning hos klienten er begge væsentlige elementer i bioenergetisk terapi (Lowen, 1975). Grounding-begrebet er opstået ud fra erfaringsbaseret terapeutisk arbejde, udviklet af de erfaringer Lowen gjorde i sit arbejde som kliniker. Grounding er en oplevelse af indre balance, som er afgørende for vores psykiske velbefindende og stabilitet og hjælper til at vi ikke bliver væltet omkuld af de følelsesmæssige udfordringer og udsving, vi oplever.

Lowen beskriver følelser som bioenergetiske opladninger og udladninger og en klients fornemmelse af grounding er afgørende for vedkommendes evne til at være tilstede med svære følelser. Lowen har udarbejdet en række teknikker og øvelser, der skal aktivere muskler og åndedrættet og dermed skabe forbindelse til kroppen og styrke fornemmelse af grounding (Lowen, 1975).

Det er velkendt, at groundingøvelser kan støtte klienter til at opretholde en indre balance, når de oplever stærke følelser (Lowen, 1975; Lowen, 1995; Wrangsjö, 1989).

Lowen beskriver det på følgende måde:

”Hvis et energetisk system (fx en elektrisk strøm) ikke har jordforbindelse, så er der risiko for, at en særlig stærk ladning vil overbelaste og kortslutte systemet. På samme måde risikerer personer, som ikke har jordforbindelse, at blive væltet over ende af stærke følelser. For at forhindre dette i at ske, må alle personer uden en god jordforbindelse reducere alle følelser, for bliver de overvældede, bliver de skrækslagne. I kontrast hertil kan en person med en stærk jordforbindelse udholde en stærk ladning, som han vil opleve som glæde og transcendens” (Lowen, 1995, s.106).

Med udgangspunkt i de maniske symptomer, der er præsenteret i kapitel 2, kan den maniske episode sammenlignes med det Lowen i citatet betegner som en stærk ladning, der ikke har jordforbindelse. Lowens forståelse kan knyttes til min hypotese, at grounding kan indvirke på mani.

CENTRERING

I mange former for dans- og bevægelsestræning, herunder ballet og moderne dans anvendes betegnelsen centerarbejde. I denne forståelse, henviser begrebet center til kroppens tyngdepunkt og findes et specifikt sted, lige under navlen, inde i kroppen - bogstaveligt talt midten af kroppen (Brandtbjerg, 1994). Begrebet Centrering tager ligesom grounding afsæt i en kropslig fundering. Hos både Storm og Ogden anvendes begreberne i forlængelse af hinanden ud fra en forståelse af, at det er muligt at regulere sig selv (Ogden, 2006; Storm, 2013; Storm 2017). Ogden (2006) beskriver centrering som en form for indre stabilitet fysisk såvel som psykisk. Denne stabilitet støtter autoregulation i kroppen.

“Generally speaking, somatic resources that involve awareness and movement of the core of the body (centering, grounding, breath, alignment) provide a sense of internal physical and psychological stability and therefore support autoregulation” (Ogden, 2006, s. 222)

Ligesom hos Lowen er det Storms opfattelse, at klientens oplevelse af centrering og grounding danner grundlaget for, at vedkommende kan arbejde med svære følelser i terapien.

“Den fysiske oplevelse af centrering skaber basis for en indre oplevelse af sikkerhed, og tilsammen etablerer dette vilkårene for at kunne affektregulere sig selv og rumme, frigive og udtrykke de svære følelser i det terapeutiske arbejde” (Storm, 2017, s. 259)

I WHO's ICD-10 er et af symptomerne under den maniske episode *usamlethed* (se kapitel 2). Under Ninas indlæggelse på den intensive afdeling anvender personalet ofte dette ord til at beskrive Nina. *Usamlethed* kan oversættes til, at der observeres manglende fokus

og nærvær hos patienten. En følelse af *samlethed* kan således forstås, som et øget nærvær kropsligt såvel som psykisk. Når noget er samlet, kan der siges at være et center. Begrebet centrering kan ud fra min forståelse knyttes til en følelse af samlethed.

ÅNEDRÆTTET

“The way we breath influences how we feel and what we feel has a direct effect on how we breathe” (Austin, 2008, s. 26).

Overstående citat fra Austin peger på at åndedrættet kan være en bro mellem kroppen og psyken. I mange retninger indenfor kropsterapi er arbejdet med åndedrættet et vigtigt terapeutisk redskab til at skabe kontakt til kroppen og regulere følelser. Åndedrættet er essentielt i alle former for stemmebrug. Jeg vil derfor i dette afsnit uddybe åndedrættets funktion og komme omkring såvel det fysiologiske, neurologiske og psykologiske aspekt af åndedrættet.

ÅNEDRÆTTETS FYSIOLOGISKE FUNKTION

Åndedrættet sørger for at vores organisme får ilt og udskiller kuldioxid. Det er en refleksiv proces, som sker helt af sig selv. Åndedrættet reguleres af åndedrætscentret, der findes i den forlængede rygmarg (Looft & von der Lieth, 2010).

De primære åndedrætsmuskler er diafragma og de ydre ribbensmuskler. Lungerne fyldes med luft idet åndedrætsmusklerne spændes, hvilket udvider brystkassen og skaber et undertryk i lungerne. Når diafragma spændes, sker der en udvidelse vertikalt og horisontalt. Ved et dybt og frit åndedræt skubber diafragmas bevægelse til de indre organer, så der sker en udvidelse i maven (ibid.).

Ved et normalt åndedræt er indåndingen aktiv, hvorimod udåndingen er passiv. Udåndingen foregår ved at åndedrætsmusklerne afslappes. Diafragma finder tilbage i sin hvilestilling og hæver sig som en kuppel (Rørbeck & Høgel, 1993). Wrangsjö (1989) skelner mellem bryståndedrættet og maveåndedrættet og i følge ham involverer det frie dybe åndedræt en udvidelse i brystet såvel som i maven. Både bryst- og maveåndedrættet er aktivt og synkroniseret ved et normalt åndedræt. Det dysfunktionelle åndedræt beskriver Wrangsjö som værende overfladisk, uregelmæssigt og usynkroniseret. For at diafragma kan arbejde ubesværet er det vigtigt, at denne muskel ikke er spændt, og at der ikke er spændinger omkring den (Rørbeck & Høgel, 1993). Wrangsjö (1989) pointerer, at ingen trækker vejret helt optimalt, muskelspændinger kan begrænse udånding såvel som indåndingen. Udåndingens begrænsning er, i følge Wrangsjö, den åndedrætsfunktion, der oftest arbejdes med indenfor kropsterapien.

Lowen (1995) understreger vigtigheden af det dybe åndedræt, som i følge ham er den direkte vej til at højne energiniveauet. For Diane Austin er et frit åndedræt essentielt. Hun beskriver det frie åndedræt som dybt og ubesværet (Austin, 2008).

ÅNDEDRÆT OG AROUSALREGULERING

Indenfor traumeterapi (Ogden, 2006; Levine, 2012) anvendes åndedrættet aktivt som vej til beroligelse af det autonome nervesystem. Traumatiske reaktioner afspejles i åndedrættet, eftersom åndedrættet er forbundet til det autonome nervesystem og arousal- og energiregulering (Levine, 2012).

“Awareness of breathing tendencies and working with deepening the breath stimulate the intrinsic core movements. Generally, clients observe that emphasizing the inhale increases arousal, whereas emphasizing the exhale decreases arousal and supports relaxation. This awareness can be useful for stabilizing both hyper- and hypoarousal states.” (Ogden, 2006, s. 226).

Overstående citat er fra Peter Levine (2004) her citeret fra Ogden (2006). Et dybere åndedræt stimulerer det Levine kalder kerne (core) bevægelserne (centrering). Det bliver her slået fast at åndedrættet er direkte forbundet til arousalregulering. Opmærksomhed på udåndingen og en forlængelse af den, kan i følge Levine nedregulere arousalniveauet.

Diane Austin beskriver åndedrættet som *“den livskraft der forbinder krop, sind og ånd”* (Austin, 2008, s. 25). Denne definition får mig til at bemærke ordet *åndedræt*. Ordet er sammensat af ånde som har rod i ordet *ånd* eller *sjæl* og dræt som er gammeldansk for at *drage* eller *trække* (Ordnet, 2019). Åndedrættets forbindelse mellem kroppen, sindet og ånden er således at spore i det danske sprog og etymologi.

ÅNDEDRÆTTET OG STEMMEN

Ved sang og tale er det udåndingsluften der leverer energi til lyddannelsen i struben. Når vi laver lyd med stemmen, kontrollerer vi udåndingen ved at aktivere udåndingsmusklerne i bug, flanker og ryg, så de forhindrer, at diafragma med det samme finder tilbage i sin afspændte kuppel-position. På den måde styrer vi udåndingsluften for at udnytte luften bedst muligt, når vi giver lyd med stemmen. Dette "samarbejde" mellem åndedrætsmusklerne betyder at udåndingerne bliver forlænget, hvorved åndedrættet påvirkes til at blive dybere (Rørbeck & Høgel, 1993).

Wrangsjö (1989) nævner ligeledes brugen af stemmelyde i arbejdet med åndedrættet, i følge ham kan det være med til at frigøre vejtrækningen.

Austin (2008) beskriver hvordan, det at bruge stemmen kan støtte et dybere åndedræt:

“Singing facilitates deep breathing. In order to sustain tones, one has to take in more air, thus expanding the belly and diaphragm, and then fully release the breath in order to continue the process” (Austin, 2008, s. 25).

Storm bruger aktivt en lydliggørelse og forlængelse af sukket som et konkret terapeutisk redskab. Sukket fungerer som et slip af udåndingen og indvirker både på krop og psyke. Sukket støtter et friere og dybere åndedræt, hvilket reducerer anspændthed i kroppen, og kan medvirke til en afbalancering af nervesystemet og nedregulere arousalniveauet.

“En vigtig erfaring jeg har gjort i klinisk praksis handler om, at lydliggørelsen af “sukket” endvidere støtter klienten til naturligt at tømme lungerne helt for luft og dermed aktivere en refleks, der automatisk støtter et dybere åndedræt. Dette vil også bevirke et friere stemmeudtryk over tid” (Storm, 2017, s. 261).

TERAPIRETTET KROP- OG STEMMEBRUG

Psykodynamisk stemmearbejde kan beskrives som en måde at give det indre et udtryk gennem stemmen. Baker og Uhlig (2011) definerer denne metode indenfor musikterapi på følgende måde:

“The use of human voice within the therapeutic approach to achieve health and well-being including improved vocal abilities, health and homeostasis, and human relationships” (s. 32)

De beskriver, hvordan stemmearbejdet kan afspejle førsproglige oplevelser og samspil. I den forbindelse nævner de primal-lyde (primal human sounds). Diane Austin har i sin metode *Vocal Psychotherapy* fokus på primal lyde, som hun kalder natural sounds. Austin definerer natural sounds (naturlige lyde) på følgende måde:

“Before we speak we cry, moan, babble and play with the sounds our own bodies create. I define natural sounds as sounds the body emits spontaneously, sounds that are instinctive expressions of what we are experiencing at any given moment, such as a gasp of surprise, a sigh of pleasure, a yawn, a sneeze, a groan, a whine, a laugh, a cry or a scream” (Austin, 2008, s. 27).

Det Austin (2008) kalder *natural sounds* betegner Storm som *lydstemmen* (Storm, 2007). Via naturlige lyde eller *lydstemmen* får klienten mulighed for at udtrykke sig på et primært niveau. Dette kan etablere et møde mellem klint og terapeut, hvor følelser og indre tilstande kan udtrykkes uden ord. Det non-verbale møde kan afspejle tidlige mor-barn samspil, hvor interaktionen foregår på et førsprogligt niveau (Stern, 2000; Storm, 2017).

PSYKODYNAMISK STEMMETERAPI

Jeg vil i dette afsnit kort beskrive Sanne Storms metode, som hun kalder psykodynamisk krop- og stemmebrug. Metoden tager udgangspunkt i Storms musikterapeutiske praksis indenfor hospitalspsykiatrien. Hun har udviklet assessmentredskabet VOIAS og forsket i, hvordan en analyse af den menneskelige stemme kan indgå i vurderingen af en klients psykiske tilstand (Storm, 2013). Målgruppen for Storms forskning har været mennesker med depression, men hun har anvendt metoden med klienter med andre psykiatriske lidelser, herunder bipolar lidelse.

Storms kropslige fokus henter inspiration fra *psykodynamisk bevægelse*, som er en musikterapeutisk metode udviklet af musikterapeut Mary Priestley og videreudviklet af musikterapeut Inge Nygaard Pedersen (2002). Storm anvender en udvidet forståelse af det at lytte, som er inspireret af denne metode.

Den nærværende og intensivt lyttende attitude er central for Storms terapeutiske arbejde med krop og stemme. Ved at lytte intenst til klientens stemmeudtryk kan terapeuten møde ham/hende med den rette støtte, nærhed/afstand og derigennem spejle klientens kropsudtryk og stemmeudtryk. Klienten lytter ligeledes opmærksomt til sin egen stemme. Herunder hvordan stemmen opleves kropsligt såvel som psykisk. Lytteattituden omfatter således de indre oplevelser og de associationer den stemmeterapeutiske proces sætter i gang (Storm, 2007; Storm, 2013).

I forlængelse af grounding og centrering anvender Storm (2013) begrebet flow. Flow beskriver det, der sker, når klienten kommer til stede i kroppen og i rummet nu og her. Dette nærvær er vigtigt for krop- og stemmearbejdet og der arbejdes henimod at opnå en oplevelse af flow.

“In order to achieve the sensation of being present, grounded and centred, as well as nourish the awakening of listening to oneself, there is an ongoing attention towards the doings of the body, breathing and sounding movements. In each exercise I continue until I observe flow in the movement (Storm, 2013, s 75).

DET MUSIKTERAPEUTISKE BEHANDLINGSFORLØB

MIT FØRSTE MØDE MED NINA

Jeg møder Nina allerede i mine første uger på den intensive afdeling. På det tidspunkt har hun været indlagt i to uger. Nina lever af at være kunstner og arbejder med forskellige former for visuel kunst. Hun har i en periode af sit liv arbejdet med kunstterapi og er derfor optaget af, hvordan forskellige former for kreativ udfoldelse kan anvendes terapeutisk. Hun kender til musikterapi som behandlingsform og møder mig med åbenhed og interesse. I vores første snak fortæller hun om sit forhold til musik og sang. Hun fortæller, at hun aldrig

rigtig har lært at spille et instrument, men at hun altid har holdt af at synge. Nina oplever, at hendes talestemme mangler styrke og dybde og hun vil derfor gerne træne sin stemme.

RELATIONEN OPBYGGES

De samtaler vi har, skaber grundlaget for, at vi opbygger en relation, der udvikles over tid. I begyndelsen deltager hun i eftermiddagsfællessang. Senere, da hendes symptomer forværres, bliver det besluttet, at det ikke er hensigtsmæssigt for hende, da det virker for stimulerende. Jeg observerer selv øget talepres, samt at hun fylder meget i gruppen og er styrende i forhold til de andre patienter.

Jeg begynder i stedet at besøge Nina på hendes værelse, hvor jeg medbringer guitar og sangbog. Under de møder lytter jeg ofte til Nina, der fortæller om sine tanker og associerer i mange retninger. Nogle gange synger vi én eller flere sange fra sangbogen. Nina har ofte svært ved at finde en sang, som hun har lyst til at synge. Nogle gange kan hun ikke koncentrere sig, når hun bladrer i sangbogen og kan ikke genkende sangene. Andre gange åbner hun ikke engang bogen. Så kommer jeg med forslag til sange, som jeg spiller og synger, mens Nina lytter. I mit valg og fremførsel af sange har jeg fokus på at de kan virke beroligende, da Nina især i denne første periode er meget urolig og snakkende.

REDUCERING AF AKTIVITER OG SKÆRMNING

Nina vil deltage i så mange aktiviteter som muligt og når hun snakker om musikterapi er hun mest optaget af at lære at spille guitar. Personalet laver restriktioner, så mængden af aktiviteter bliver reduceret. Der bliver lavet et ugeskema over de aktiviteter, som bliver godkendt. Aktiviteterne skal virke 'samlende' og indebære lav grad af stimuli. Nu foregår nærmest alle aktiviteter på hendes værelse. Ugeskemaet hjælper Nina, så hun får overblik over hvilke aktiviteter hun må deltage i og hvornår hun skal holde sig i ro på værelset. Når hun er på værelset, har hun mulighed for at hvile sig, lytte til musik, strikke, tegne eller skrive.

De aktiviteter, der kommer på skemaet, er i første omgang fysioterapi på værelset to gange om ugen og korte gåture med en ergoterapeut. Musikterapien bliver tilføjet senere.

OVERBLIK OVER FORLØBET

Forløbet strækker sig over 11 uger og tæller i alt 29 sessioner. Sessionerne bliver længere som forløbet skrider frem. Jeg har inddelt forløbet i følgende fem faser (se figur 7)

FASEBESKRIVELSE

I figur 7 uddybes de forskellige faser, herunder den terapeutiske refleksion og terapeutrollen. De terapeutiske refleksioner er skrevet på baggrund af lydoptagelserne fra sessionerne, samt personlige noter og journalnotater.

Fase	1	2	3	4	5
Nøgleord	Alliancen etableres	Non-verbal	Verbal refleksion	Friere rammer	Afslutning
Session	1	2-6	7-19	20-26	27-29
Interventioner	samtale, stemmeøvelser	stemmeøvelser	Samtale, stemmeøvelser, afkrydsningsskema	Samtale, stemmeøvelser, Stemmeimprovisation	Samtale, stemmeøvelser, improvisation, 'fællessang', tegning
Sted	Ninas værelse	Ninas værelse	Ninas værelse	Ninas værelse	Musikterapiklinikken
Sessions varighed	Ca. 30 min.	Ca. 15 min	20-25 min	25-30 min	Ca. 60 min
Terapeutisk refleksion	Nina taler usammenhængende og associerende. Det er svært for mig at komme på banen. Jeg mister overblikket. Stemmeøvelserne er kortvarige og Nina har svært ved at holde fokus og afbryder med snak. Formen ændres.	Kortere sessioner hver morgen. Fokus på øvelserne. Samtale virker stimulerende på Nina. Jeg stopper med at initierer samtale og afbryder Ninas talestrøm. Nina har svært ved at holde fokus i øvelserne, mange afbrydelser	Længere sessioner. Via afkrydsnings-skemaet åbnes op til samtale. Gradvist mere refleksion. Nina er mere realistisk i forhold til sin tilstand. Stadig observerer jeg talepres. Må ind imellem afbryde Ninas talestrøm. Gradvist mere fokuseret i øvelserne, færre afbrydelser	Længere sessioner. Mere samtale, åbne spørgsmål, ingen brug af afkrydsningsskema. Nina giver udtryk for at hun keder sig i øvelserne. Jeg introducerer fri stemmeimprovisation. Nina arbejder fokuseret i øvelserne, ganske få afbrydelser. Udtrykker i højere grad følelser, let gråd.	På vej mod udskrivning. Sessionerne er længere og har en friere form, fri stemmeimprovisation og improvisation på klaver. Fokus på afrunding og opsamling. Fokus på hvad Nina tager med sig. Samtalen fylder mere. Nina får i højere grad medbestemmelse.
Terapeutrollen	Lyttende, afsøgende, åbne spørgsmål	Høj grad af styring	Styrende	Mindre grad af styring	Mindre grad af styring, lyttende

Fasebeskrivelsen vil danne grundlag for min gennemgang af det musikterapeutiske behandlingsforløb. Jeg vil herunder uddybe interventionerne og terapeutrollen

BESKRIVELSE AF INTERVENTIONER

I fasebeskrivelsen ses det at de faste stemmeøvelser indgår i samtlige faser. Jeg vil nu beskrive de interventioner som jeg har anvendt i forløbet. Jeg vil især lave en dybdegående beskrivelse af de tre faste stemmeøvelser.

SAMTALE

Samtalen fungerer i de fleste af sessionerne, som en indledning og en afslutning på stemmeøvelserne. I begyndelsen af forløbet er det svært for Nina at holde fokus i samtalen, hvilket betyder, at jeg i fase 2 stopper med at initiere en samtale. Sessionerne i denne fase er hovedsagelige non-verbale og stemmeøvelserne er det bærende element. Fra fase 3 begynder Nina i højere grad at reflektere over, hvordan hun oplever øvelserne. I samtalen her har jeg fokus på at spørge til eventuelle kropslige sansninger og fornemmelser, som øvelserne har igangsat.

I fase 3 anvender jeg et afkrydsningsskema. Det er et spørgeskema, hvor Nina vurderer sin tilstand her og nu, både før og efter stemmeøvelserne. Svarene gives på en skala fra 1-10.

Spørgsmålene er:

1. *Vurder mængden af tanker?* (Hvor 1 er ingen tanker og 10 er rigtig mange tanker)
2. *Vurder graden af roluro i kroppen?* (Hvor 1 er meget rolig og 10 er meget urolig)

I bilag 3 findes et eksempel på afkrydsningsskema med svar.

Formålet med spørgeskemaet er at støtte Nina i at registrere om der sker en forandring i mængden af tanker og kroppen fra før øvelsen til efter øvelsen. Spørgeskemaet er et konkret værktøj, der giver Nina mulighed for at mærke eventuelle forandringerne i kroppen og i mængden af tanker. Det hjælper i øvrigt mig med at vurdere Ninas tilstand, da det bliver klart for mig om hun overhovedet er i stand til at registrere tankerne og kroppen. Spørgeskemaerne bruges i øvrigt til at videregive konkret information om forløbet til personalet.

DE FASTE STEMMEØVELSER

Induktionsøvelsen, glissandoøvelsen og kernetone-øvelsen udgør tilsammen den krop- og stemmeterapeutiske intervention, der udgør kernen i sessionerne igennem hele forløbet. De arbejder på forskellige måder henimod nedregulering af arousalniveau, samt at styrke centrering og grounding.

INDUKTIONSØVELSEN

Induktionsøvelsen fungerer som en indledning til de følgende øvelser. Kropslige guidningsøvelser eller induktionsøvelser anvendes i anden musikterapeutisk praksis og er blandt andet beskrevet i *Guided Imagery and Music* (Bonny, 1978). Det er en guidet afspændings-/opmærksomhedsøvelse, som er tilpasset Ninas behov. Hensigten er at styrke grounding ved at øge kontakten til kroppen og åndedrættet. Fokus er at flytte opmærksomhed fra tankerne og komme til stede i rummet, her og nu. I bilag 2 findes en transskription af guidningen.

Efter en guidning til opmærksomhed på kropslige fornemmelser, flyttes opmærksomheden til åndedrættet. Her er der fokus på udånderne. Jeg beder Nina om at puste ud gennem munden og forlænge udåndingen, ved at tilføje en lille modstand ved at spænde læberne, som om hun puster igennem et sugerør. Det aktiverer udåndingsmusklerne og diafragma. Kontakten til disse muskler kan medvirke til en dybere indånding (Rørbeck & Høgel, 1993). Den lille modstand forlænger udåndingen, hvilket kan sænke åndedrætsfrekvensen og påvirke Ninas arousalniveau. Et fokus på udåndingen fungerer i øvrigt som en forberedelse til den næste øvelse. Her sættes der lyd på udåndingen, hvilket aktiverer de samme muskler.

GLISSANDO-ØVELSEN

Glissando-øvelsen er udviklet og beskrevet af Storm (2013, 2017) og indgår i hendes stemme assessmentredskab.

I forløbet med Nina fungerer øvelsen som 'indgangen' til arbejdet med stemmen. Øvelsen starter med, at jeg beder Nina give slip på udåndingen med et suk. Det er den bevægelse som Storm (2017) kalder "en lydliggørelse af suk".

Storm (2013) beskriver hvordan lydliggørelsen af suk fungerer som en tryk start på stemmearbejdet i terapisessionen. Sukket hører ind under det Austin (2008) kalder *natural sounds*. Det er en naturlig og genkendelig lyd. En 'bevægelse' i stemmen og i kroppen (åndedrættets slip) som hører til de stemmeudtryk, der udløses spontant og reflektorisk (Austin, 2008; Storm, 2017).

Storm (2013) beskriver, hvordan en lydliggørelse af suk kan udvikle sig til glissando-bevægelsen:

"It is furthermore my clinical experience that the sigh offers the client a safe start in allowing her/himself to produce more open sounds, simply by starting with a very small sigh, that almost unnoticeably grows in length, ending by allowing a very exaggerated sigh to be sounded. In this case the sigh then has turned into a musical glissando movement sounded by the client from the very highest possible note to give sound, descending all the way down to the lowest possible note to give sound, and ending by only sounding the sound of air. (Storm, 2013, s. 88)"

Glissando øvelsen tager således udgangspunkt i sukket som en spontan stemmelyd. Den nedadgående tonale bevægelse i stemmen kan i følge Storm (2013) støtte en fornemmelse af grounding.

Når jeg anvender øvelsen, er Ninas suk i begyndelsen kort. Gennem verbal og nonverbal guidning støtter jeg Nina til at forlænge lyden, så det bliver en nedadgående glissando bevægelse. Ligesom i induktionsøvelsen aktiveres åndedrætsmuskulaturen og udåndingen forlænges, hvilket støtter at åndedrættet kan blive dybere.

'SELVBERØRING'

Mens Nina forlænger lyden i en nedadgående glissando, beder jeg hende lægge hænderne på brystet. Storm (2017) beskriver hvordan berøringen kan øge opmærksomheden på hvordan stemmen føles i kroppen: *"Hele oplevelsen forstærkes sensorisk ved, at håndens nænsomme berøring henover brystbenet sanser vibrationer som tone og melodi skaber, og dermed støtter nærvær"* (s. 264-265).

Storm bemærker her, at berøringen støtter nærværet, hvilket er relevant i forhold til Ninas diagnose og symptomer. Berøringen forstærker kontakten til kroppen og kan støtte fornemmelsen af grounding og centrering.

FYSISK BERØRING OG GROUNDING

I forbindelse med glissando-øvelsen og kernetone-øvelsen bruger jeg fysisk berøring. Berøringen foregår ved, at jeg stiller mig bag Nina, som sidder på en stol, jeg lægger mine hænder på hendes skuldre og følger hendes åndedræts bevægelse. Jeg holder hænderne på hendes skuldre og i takt med hendes udånding giver jeg et let pres. På indåndingen letter jeg presset, men lader hænderne hvile på hendes skuldre, på udåndingen øger jeg presset i takt med at lungerne tømmes for luft og brystkassen sænker sig. Jeg fortsætter denne bevægelse gennem både glissando-øvelsen og kernetone-øvelsen.

TERAPEUTISKE REFLEKSIONER

Særligt i begyndelsen af forløbet er Ninas arousalniveau højt og hun har svært ved at holde fokus i øvelserne. I kraft af at jeg placerer mig bag hende mindskes stimuli. Det mindsker muligheden for både nonverbalkommunikation (mimik, gestik, øjenkontakt) og samtale. Det er mindre konfronterende for Nina og bevirker, at hun kan holde fokus på sig selv og sine kropslige oplevelser i øvelserne. Den fysiske berøring støtter og tydeliggør Ninas oplevelse af sit åndedræt. Hænderne hæves let i forbindelse med indånding og sænker sig med et tryk nedad i udåndingen, hvilket støtter og styrker fornemmelsen og etableringen af grounding. Berøringen er vigtig for min terapeutiske kontakt til Nina. Jeg får mange informationer gennem berøringen. Jeg får en klar fornemmelse af åndedrættets rytme og eventuelle forstyrrelse. Jeg kan gennem hænderne fornemme Ninas grad af kropslig ro.

I både glissando-øvelsen og kernetone-øvelsen er synkronisiteten i vores vejrtrækning vigtig for at få en fornemmelse af flow. Jeg kan ved hjælp af berøringen mærke åndedrættets tempo, men jeg kan ligeledes via trykket på skuldrene guide hende til at forlænge udåndingerne, hvilket kan støtte arousalregulering og entrainment.

KERNETONE-ØVELSEN

Med udgangspunkt i glissando-bevægelsen guider jeg Nina til at finde en tone, som “er god for hende”. Ninas valgte tone er det Storm betegner som kernetonen. Kernetone-øvelsen er udviklet og beskrevet af Storm (2013; 2017). Øvelsen ligger tæt op af det, Austin (2008) kalder toning, hvor der arbejdes med forlængede vokallyde, for at skabe kropslig forbindelse og balance. I Storms kernetone-øvelse anvendes en forlænget og åben “a”vokallyd.

Storm (2013) beskriver kernetonen som en ubesværet tone, der ligger tæt på talestemmens frekvens. I følge Storm findes en klients kernetone via talestemmen. Det sker ved at klienten taler ubesværet og ved at forlænge og trække enkelte ord i sine sætninger finder vedkommende kernetonen. Tonen udspringer på den måde af talestemmens frekvens. I forhold til Storms beskrivelse er der nogle variationer i forhold til, hvordan Nina finder sin kernetone.

Nina har grundet sin usamlethed svært ved at finde tonen via talestemmen. Hun vælger de første gange en meget lys tone, som i stedet for at være ubesværet og afspændt klinger klemmt og anspændt. Derfor guider jeg hende til at finde tonen ud fra glissandobevægelsen. Frem for at den skal udspringe af Ninas talestemme. Fokuspunktet for at finde tonen bliver, at Nina skal kunne mærke den i brystet. Det at stemmen bliver en tydelig kropslig sansning støtter Ninas opmærksomhed på sin krop. Denne kropslige opmærksomhed kan styrke hendes grounding og centrering.

Mens Nina laver glissando-bevægelsen, holder hun hænderne på brystet, hvor hun guides til at fornemme stemmes vibrationer. Det, at hun kan mærke stemmen vibrere i sit bryst, bliver en rettesnor for at finde ‘kernetonen’. På den måde adskiller øvelsen sig fra kernetone-øvelsen, som den beskrives i Storms assessmentredskab (Storm, 2013). Jeg guider Nina til at finde en tone, som klinger lavere end hendes talestemme. Min og hendes rettesnor er, at Nina kan mærke tonen i kroppen.

De tre stemmeøvelser sigter mod at styrke Ninas fornemmelse af grounding gennem en øget opmærksomhed på kroppen. Derfor har jeg i kernetone-øvelsen fokus på, at Nina sanser lyden af sin egen stemme i kroppen.

I begyndelsen af forløbet (fase 2) må jeg ofte støtte Nina i overgangen fra glissando-øvelsen til kernetonen. Senere i forløbet bliver hun i stand til at finde og holde fast i en tone

som vibrerer i brystet uden min guidning. Storm beskriver kernetone øvelsens meditative effekt:

“Kernetone” øvelsen er desuden receptiv og rummer i dette nogle rytmiske elementer som medfører en lettere meditativ tilstand når kroppen overgiver sig til den styrende rytmiske kraft. Dermed stimuleres kroppen til en rytmisk, fysiologisk synkronisering, hvor den lettere meditative tilstand bevirker en synkronisering af hjernebølgerne via den rytmiske og lydlig påvirkning (Storm, 2017, s. 264).”

Storm understreger her de rytmiske elementer, som i kraft af vejtrækningen karakteriserer denne øvelse. Øvelsen er aktiv, men har altså ligeledes en receptiv funktion, der beroliger kroppen og nervesystemet (Storm, 2017). Den receptive funktion fremhæves ligeledes i somatic listening (Bruscia, 2014).

Storm (2017) beskriver kernetone-øvelsen som et møde, der har potentiale til at afspejle en primær intersubjektiv afstemning, der knytter sig til de før nævnte tidlige samspil mellem barn og omsorgsperson.

KLINISK STEMMEIMPROVISATION

I session 20 introduceres fri stemmeimprovisation, som er en del af sessionerne i forløbets fase 3, 4 og 5. Session 20 indleder forløbets 3. fase, hvor terapeutrollen er mindre styrende. Improvisationen bliver en lempelse af den faste struktur (de tre faste stemmeøvelser). Det giver Nina en større frihed til at udtrykke sig og er et resultat af at Nina har større sygdomsindsigt og i højere grad er i stand til at reflektere og regulere sig selv. De frie stemmeimprovisationer ligger altid i forlængelse af de faste krop- og stemmeøvelser. Det er derfor den faste struktur, der danner grundlag for den kliniske improvisation.

TERAPEUTROLLEN

Med udgangspunkt i Ninas behov er forløbet kendetegnet ved gentagelse og høj grad af struktur og terapeutisk styring. Fasebeskrivelsen (se s. 41) viser at den terapeutiske styring bliver mindre i takt med at Ninas symptomer mindskes.

ÆNDRING AF RAMMERNE FOR TERAPIEN

I den første individuelle session med Nina bliver det tydeligt for mig, at jeg må styre slagets gang, hvis musikterapien skal imødekomme behandlingsmålene. Ninas maniske symptomer viser sig tydeligst i hendes verbale udtryk. Hun er præget af talepres og er hurtigt associerende. Hun springer fra et emne til det næste og bevæger sig meget hurtigt væk fra udgangspunktet for ‘samtalet’ - uden at hun selv bemærker det. Der er ingen pauser i hendes snak og hun er svær at afbryde. I den første session går det meste af tiden med, at Nina snakker og jeg forsøger at komme på banen. Stemmeøvelserne er kortvarige og præget

af at Nina afbryder med snak og har svært ved at holde fokus. Det er vedtaget i behandlingsteamet, at musikterapien skal være 'ikke stimulerende'. Da jeg evaluerer den første session med Nina, kommer jeg frem til, at den ikke imødekommer Ninas behov. Jeg vurderer, at jeg må ændre min terapeutiske tilgang og være mere styrende.

For at musikterapien kan være 'ikke stimulerende' ændres rammerne efter første session. Nu er fokus flyttet til øvelserne og sessionerne varer max. 15 min. Hvilket betyder, at der ikke er så meget tid til snak.

Jeg begynder at ændre min terapeutrolle og tilgang og bliver mere styrende. Ifølge Bruscia (2014) kaldes denne terapeutiske rolle for *guidende*. Han pointerer, at denne rolle kan være vigtig, hvis klienten ikke har fuld adgang til at forstå egne behov. Der kan være situationer, hvor klienten ikke ved, hvordan han/hun kan arbejde henimod at opnå sundhed eller bedring. Her må terapeuten, ifølge Bruscia (2014) fungere, som en guide ved at vise en mulig vej. Bruscia understreger vigtigheden i, at terapeuten ikke fortæller, hvad klienten skal gøre eller hvilke forandringer, der skal laves, men derimod leder vejen.

Patienter med en bipolar lidelse er, i forbindelse med depressive eller maniske episoder, særligt udfordret i forhold til at handle hensigtsmæssigt. Tidligere har jeg beskrevet, hvordan kognitiv adfærdsterapi og psykoedukation støtter patienter med en bipolar lidelse til at blive i stand til at "handle modsat". Det kræver høj grad af sygdomsindsigt at kunne handle imod sine impulser. I Ninas journal er det ofte beskrevet, at hun har ringe sygdomsindsigt. Hun befinder sig på den baggrund i en situation, hvor hun ikke er i stand til at handle imod sine impulser.

I sådan en situation kan den guidende eller styrende terapeutrolle være nødvendig.

TERAPEUTISK ALLIANCE

Der er allerede opbygget en alliance mellem Nina og jeg før det egentlige behandlingsforløb tager sin begyndelse. Nina har tillid til mig som terapeut og til musikterapien som behandlingsform. Dette er afgørende for, hvorvidt jeg kan indtage en styrende og guidende terapeutrolle.

Terapeutisk alliance er en af de non-specifikke faktorer, som viser sig at være afgørende for udbyttet af psykoterapeutisk behandling på tværs af terapiretninger (Hougaard, 1996; Østervig Andersen, 2003).

NINAS MOTIVATION FOR MUSIKTERAPIEN

De fleste sessioner i det musikterapeutiske forløb er præget af høj grad af styring og struktur. Ninas motivation for at modtage musikterapi betyder, at hun accepterer de faste rammer og min rolle som terapeut. Hun er motiveret for at arbejde med sin stemme og har tillid til mig som terapeut og de øvelser vi laver. Hun accepterer, at jeg nogle gange afbryder

hende og holder hendes opmærksomhed fast i de enkelte øvelser. Hun accepterer, at vi bliver i en øvelse længere end hun umiddelbart synes er nødvendigt.

Ninas motivation for musikterapi og specifikt krop- og stemmeøvelserne er afgørende i opstarten af det individuelle forløb. Den terapeutiske alliance har derimod betydning for at musikterapien fortsætter i 29 sessioner, uden at Nina mister motivationen.

KAPITEL 4

I dette kapitel vil jeg præsentere min analyse. Analysedelen indeholder følgende elementer: et overblik over forløbet, et overblik over de enkelte sessioners opbygning og struktur, analyse af udvalgte samtaler før og efter stemmeøvelserne, mikroanalyse af glissando-øvelsen og kernetone-øvelsen, samt en teoretisk perspektivering. Formålet med stemmeøvelserne og de enkelte sessioners progression er at imødekomme et klinisk behov for at dæmpe mani. Det terapeutiske formål, er at styrke Ninas centrering og grounding for at hun derigennem bliver i stand til at regulere sit arousalniveau.

Kapitlet falder i tre dele.

- **1. del (s. 51)** besvarer problemformuleringens første spørgsmål:

1. Hvilken indvirkning har sessionernes struktur, strukturen i det musikterapeutiskeforløb i sin helhed, samt valg af intervention og terapeutrolle på en tilstand præget af mani?

For at besvarer spørgsmålet vil jeg præsentere et overblik over hele forløbet, de enkelte interventioner, samt sessionernes struktur og progression over tid. Jeg vil lave en analyse af samtalen før og efter øvelserne i udvalgte sessioner. Denne analyse tydeliggør hvordan terapeutrollen, Ninas tilstand og samspillet mellem klient og terapeut forandrer sig igennem forløbet.

- **2. del (s. 62)** besvarer problemformuleringens andet spørgsmål:

2. Med udgangspunkt i en mikroanalyse af en udvalgt session vil jeg undersøge følgende:
 - Hvordan indvirker de anvendte stemmeøvelser på Ninas arousalniveau?

I denne del af kapitlet vil jeg indledningsvis lave en kort introduktion til anvendelsen af mikroanalyse indenfor musikterapiforskning. Derefter præsenterer jeg mikroanalysen af henholdsvis glissandoøvelsen og kernetoneøvelsen

Jeg anvender et program der hedder Praat. Det er software som er udviklet netop til mikroanalyse af lydfiler. Gennem mikroanalyse undersøger jeg blandt andet Ninas åndedrætsfrekvens og stemmeudtryk. Mikroanalysen kan vise hvilken indvirkning øvelserne har på Ninas arousalniveau. Dette kan understøtte valget af metode og progression i de enkelte sessioner. Mikroanalysens resultater kan således også bruges i besvarelsen af første spørgsmål i min problemformulering. I slutningen af denne del vil jeg samle op og sammenholde de forskellige resultater.

- **3. del (s. 75)** besvarer problemformuleringens sidste del-spørgsmål:
 - Hvordan kan dette forstås ud fra et neuropsykologisk perspektiv?

I den sidste del af analysen vil jeg lave en teoretisk perspektivering af resultaterne fra analysen. Her vil jeg introducere *Den Polyvagale Teori* som er udviklet af Stephen Porges.

OVERSIGT OVER FORLØBET

Figur 8: Oversigt over forløbet

	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4	Fase 5
Uge	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
38				30 min Session 1	
39	15 min Session 2	15 min Session 3	15 min Session 4	15 min Session 5	15 min Session 6
40	15 min Session 7	15 min Session 8	20 min Session 9	15 min Session 10	20 min Session 11
41	20 min Session 12		25 min Session 13	25 min Session 14	25 min Session 15
42	25 min Session 16	30 min Session 17	25 min Session 18	25 min Session 19	
43	30 min Session 20	30 min Session 21			30 min Session 22
44		25 min Session 23	40 min Session 24		30 min Session 25
45	30 min Session 26				
46				35 min Session 27	
47					65 min Session 28
48			70 min Session 29		

FORLØBETS STRUKTUR OG UDVIKLING

Figur 8 synliggør det musikterapeutiske forløb som helhed og fordelingen af sessionerne i forløbet. Den bygger på fasebeskrivelsen, som er beskrevet på side 41. For

hver enkelt session fremgår dennes omtrentlige længde i minutter. Farvelægningen tydeliggør i hvilken fase sessionerne er placeret.

De første to uger, uge 39 og 40, indeholder hver fem sessioner, derefter reduceres antallet af sessioner til fire i ugerne 41 og 42. Derefter følger to uger med hver tre sessioner. I forløbets sidste fire uger, uge 45 – 48, er der en enkelt session om ugen. Sessionernes længde halveres efter session 1 fra 30 minutter til 15 minutter, men øges igen fra session 9 i fase 3 i takt med, at der er længere mellem sessionerne. Sessionerne ligger tæt i 2. og 3. fase. Denne del af forløbet kan således beskrives som komprimeret.

Sammenholdes dette med fasebeskrivelsen (s. 41), er Nina i den første del af forløbet præget af maniske symptomer. Fra session 2 til 19 er min terapeutrolle styrende. Jeg stopper med at initiere den verbale dialog i begyndelsen af sessionerne og tillader mig selv at afbryde Nina. Det gør jeg for at introducere og initiere stemmeøvelserne så tidligt som muligt i sessionerne og så hurtigt som muligt at flytte Ninas fokus fra tankerne til kroppen og rummet, vi er i.

Denne udvikling følger Ninas sygdomsforløb. Sammenholdes udviklingen med Ninas indlæggelsesforløb ses, at der i de sidste fire uger sker en bedring af Ninas tilstand, hvilket ender med, at hun bliver udskrevet i slutningen af uge 46. Denne bedring betyder, at Nina fra uge 44 og frem til udskrivelsen, indimellem forlader afdelingen og overnatter hjemme hos sin mand og sine børn. Det er derfor ikke muligt og heller ikke nødvendigt at fortsætte med de daglige sessioner. Behovet har ændret sig, hvilket medfører en ændring i det musikterapeutiske behandlingsforløbs form og struktur.

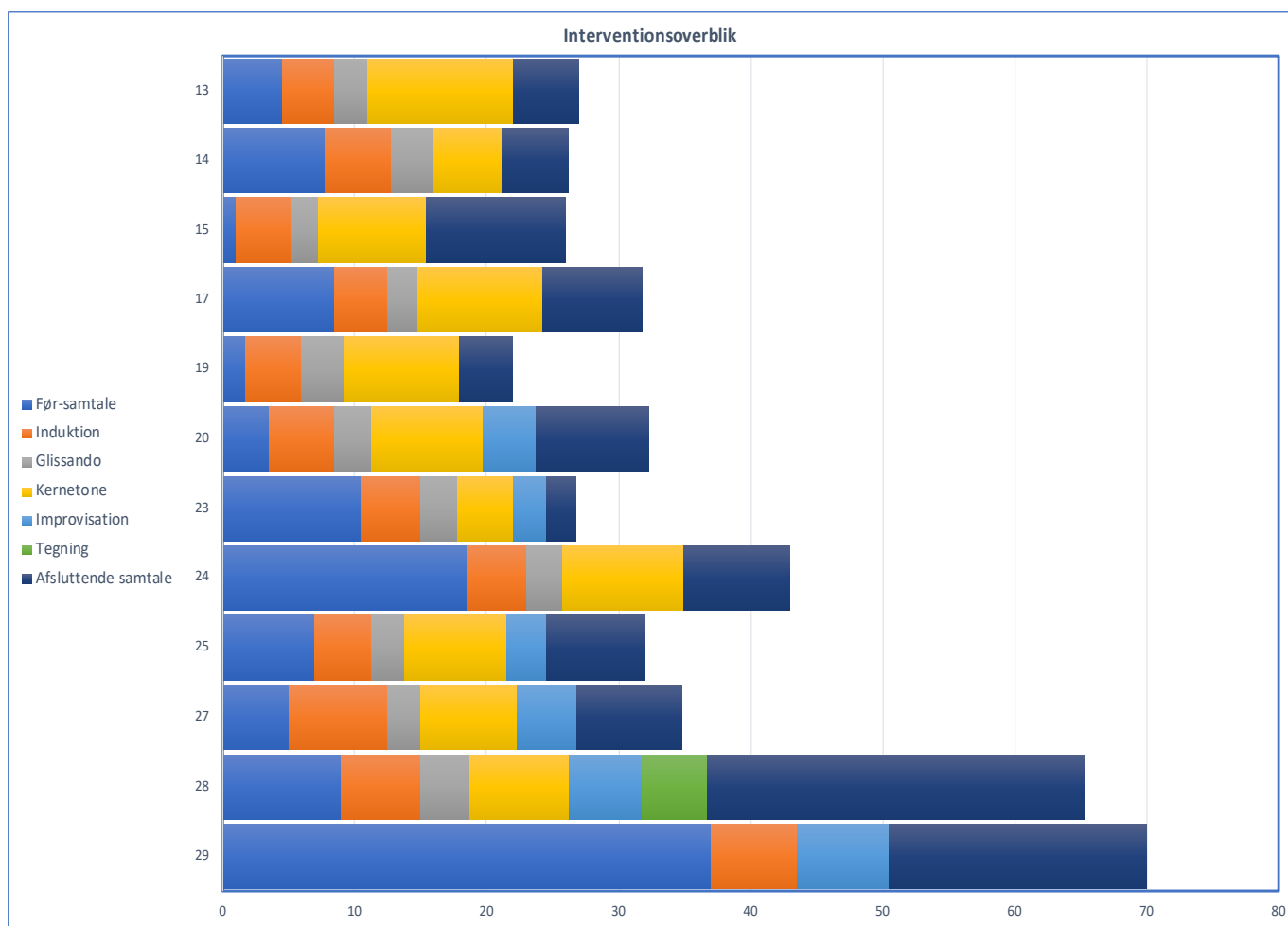
I takt med at forløbet skrider frem bliver Ninas maniske symptomer færre, hun får i løbet af fase 3 øget sygdomsindsigt, hvilket betyder, at den reflekterende samtale begynder at fylde mere, særligt hen imod slutningen af forløbet. For at undersøge denne udvikling vil jeg, som nævnt analysere samtalerne i session 13, 20 og 28.

INTERVENTIONERNES VARIGHED OG FORDELING

På figur 9 ses en graf over fordelingen af de forskellige interventioner og deres varighed. Den vandrette akse indikerer tid i minutter, og på den lodrette akse ses sessionerne. Overblik er lavet på baggrund af audiooptagelserne og det viser udviklingen fra session 13 og frem til forløbets slutning.

Overblikket illustrerer desuden, hvordan sessionerne bliver længere hen imod slutningen af forløbet. Det fremgår af figur 9, at samtalen har stor betydning for forlængelsen af sessionerne. Fra session 13 frem til session 29 er der stor variation i samtalerne længde både før og efter øvelserne. Tendensen er at samtalen fylder mere, hvilket er særligt tydeligt i forløbets sidste to sessioner.

Den kliniske stemmeimprovisation, som introduceres i session 20, har ligeledes betydning for, at sessionerne bliver længere. Dette kan forklares ved at improvisationen ofte bearbejdes verbalt. Den afsluttende samtale er længere, særligt i session 28 og 29. I session 28 bliver tegning brugt som udgangspunkt for den reflekterende samtale. Session 23 skiller sig ud, i den session er den afsluttende samtale kort selvom improvisation indgår.



Figur 9: Interventionernes længde og fordeling.

DEN KLINISKE IMPROVISATION

Den kliniske improvisation bliver introduceret i session 20 og indikerer en udvidelse af stemmeøvelserne, samt en lempelse af sessionernes hidtil faste struktur og den terapeutiske styring. Improvisation indgår i seks sessioner. Fem af improvisationerne er frie stemme improvisationer, hvorimod den sidste i session 29 er en fri improvisation på klaver. Her spiller Nina og jeg på samme klaver, hvor jeg spiller i det dybe leje og Nina i det lyse.

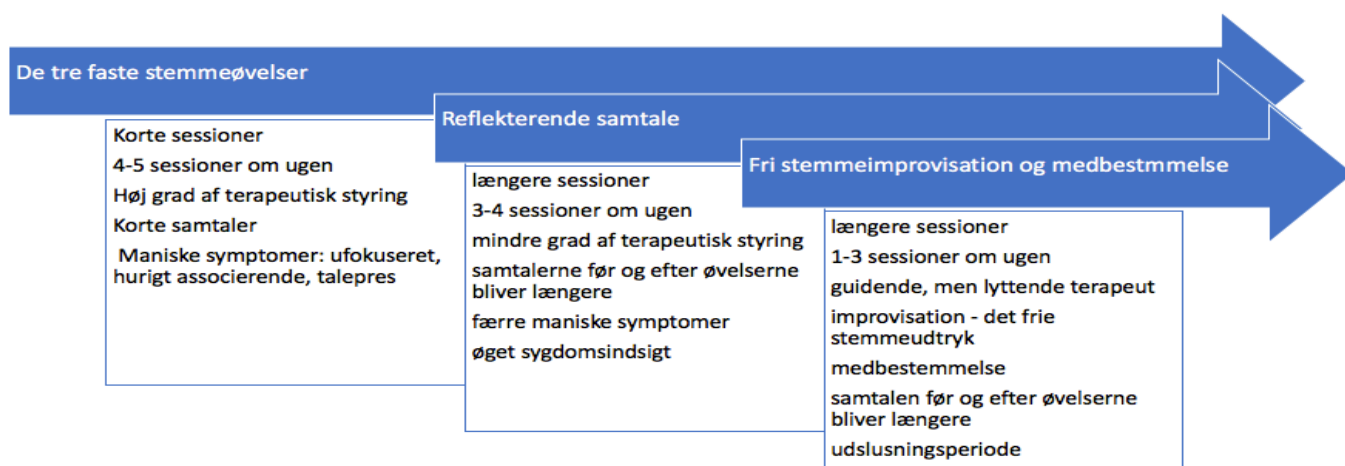
De frie stemmeimprovisationer tager, som det ses på figur 9, afsæt i kernetone-øvelsen og fungerer som en videreudvikling af de faste stemmeøvelser. Med udgangspunkt i kernetonen opfordres Nina til at “gå på opdagelse” med stemmen og skabe en lille fri melodi. Jeg holder kernetonen, som her fungerer som grundtonen i improvisation og har en groundende funktion. Wigram (2004) kalder denne metode for *tonal grounding*. Hvorimod Bruscia (1987) kalder metoden *tonal centering*. Metoden er kendetegnet ved at der skabes en stabil bund, der kan fungere som et ‘anker’ for klientens musikalske improvisation (Wigram, 2004). Ved hjælp af denne metode kan jeg etablere et ‘anker’ med min stemme. Det danner grundlag for Ninas frie stemme udtryk og støtter hendes behov for grounding og centrering.

OPSUMMERING OG KONKLUSION AF ANALYSE

Udviklingen i de enkelte sessioners struktur og forløbet i sin helhed hænger sammen med Ninas sygdomsforløb. En bedring i hendes tilstand medfører færre maniske symptomer, som betyder, at der kan ske ændring i sessionernes form og hyppighed. Sessionernes hyppighed, form og struktur, herunder interventionernes progression, samt min styrende terapeutrolle synes at have indvirkning på, at Nina udviser færre maniske symptomer i sessionerne. Denne del af det terapeutiske behandlingsforløb har udelukkende fokus på nedregulering af arousal og at støtte grounding og centrering.

Improvisationerne åbner op for Ninas frie stemmeudtryk og giver hende mulighed for at udfolde sin kreativitet. Det, at jeg introducerer fri improvisation, indikerer som nævnt et skift i forløbet og i min rolle som terapeut. De frie improvisationer støtter ikke direkte op om behandlingsmålene (nedregulering af arousal, styrke grounding og centrering). De giver derimod mulighed for at Nina kan komme i kontakt med sin kreativitet, sine følelser og udtrykke sig frit. Min rolle har en groundende funktion i kraft af, at jeg holder fast i Ninas kernetone, som fungerer som en form for anker for Ninas frie stemmeudtryk.

Udviklingen i forløbet, herunder længden og hyppigheden af sessionerne, udvidelsen af interventionerne og terapeutrollen sammenholdt med Ninas sygdomsforløb, kan opsummeres gennem følgende bevægelser (se næste side):



Figur 10: Opsummering af analyse

ANALYSE AF SAMTALEN

På baggrund af lydoptagelser fra session 13, 20 og 28 vil jeg beskrive og analysere samtalen før og efter øvelserne. Analysen tager udgangspunkt i hvordan Ninas maniske symptomer kommer til udtryk i samtalen, samt hvilke terapeutiske interventioner der anvendes.

Jeg har valgt session 13, 20 og 28 til analyse af samtalen før og efter stemmeøvelserne.

Kriterierne for mit valg er følgende

- sessionerne indeholder de tre faste stemmeøvelser
- samtalen er mindst 2 minutter lang både før og efter stemmeøvelserne
- ud af de sessioner hvor der forefindes audiooptagelser, er de fordelt, én i starten, én i midten og én i slutningen.
- de udvalgte sessioner er knyttet til de 3 sidste faser i forløbet.

I kapitel 2 har jeg lavet en gennemgang af ICD-10 kriterierne for en manisk episode. Jeg vil lave en opsummering af de maniske symptomer og kendetegn, da de danner grundlag for min analyse af samtalen.

Kendetegn ved manisk episode:

- **Uro:** patienten er rastløs eller mere aktiv end normalt. Patienten er hyperaktiv og urolig
- **Talepres:** patienten har mere trang til at tale, end normalt. Patienten føler et indre pres for at tale uafbrudt
- **Tankeflugt:** patienten har tankeflugt, hvor tankerne springer fra emne til emne

- **Usamlet:** patienten er usamlet eller bliver konstant distraheret. Patienten har svært ved at koncentrere sig, eller kan let distraheres.

I dette skema har jeg har beskrevet samtalerne både før og efter stemmeøvelserne. Ninas maniske kendetegn er opsummeret og mine terapeutiske interventioner er også beskrevet.

Ses sion	Før-samtale	Opsum-mering af kende-tegn	Terapeutiske interventioner	Var ig-hed	Efter-samtale	Opsum-mering af kende-tegn	Terapeutiske interventioner	Var ig-hed
13	Udgangspunkt et for samtalen er afkrydsningss kemaet. Det er svært for N at samle sin opmærksomhed og vurdere mængden af tanker og uro/ro i kroppen. I sidste del af samtalen springer N fra emne til emne og bevæger sig væk fra spørgsmålene. Hurtigere tale i slutningen af samtalen og let kropslig uro. Afbryder min tale.	Usamlet, tankeflugt talepres, taler hurtigt, urolig og rastløs	Klare spørgsmål ud fra afkrydsningsskemaet. Opsummerer, holder fokus på spørgsmålene og stiller uddybende spørgsmål. Optaget af at få et klart svar (et tal). Afbryder N i slutningen af samtalen og initierer øvelserne.	4 min. 37 sek.	Udgangspunkt et for samtalen er afkrydsningss kemaet. N er i stand til at samle sin opmærksomhed omkring at besvare spørgsmålene Svarer hurtigt og klart på spørgsmålene Snakker mindre, der er pauser i samtalen, afbryder ikke min tale.	Samlet, mindre talepres, mere ro	Styrer samtalen. Klare spørgsmål, afkrydsningsskemaet. Afbryder N og opsummerer, trækker tråde tilbage til samtalen før øvelserne. Fokus på målet med terapien. Snakker meget.	3 min 10 sek.
20	N kan samle sin opmærksomhed og holde fokus omkring samtalen. Lytter og giver plads til dialog. Korte svar. Rolig snak med pauser	Samlet, springer ikke i samtale-emner, ikke talepres, mere ro.	Klare spørgsmål, åbne spørgsmål. Korte afklarende spørgsmål. Validerende. Spejlende.	2 min. 40 sek.	N samler sin opmærksomhed. Korte, klare svar og betragtninger som relaterer sig til her og nu (stemmeøvelserne og improvisationen). Rolig snak med pauser. Lytter og giver plads til dialog	Samlet, ingen talepres, rolig og kan lytte og reflektere .	Lyttende, imødekommande, bekræftende og opmuntrende, opsummerer, stiller åbne spørgsmål. Validerende og spejlende.	6

28	Taler meget og i højt tempo i begyndelsen, og har let uro, men holder fokus på emnet, holder den røde tråd. Reflekterer over sin tilstand/sygdom og udviser sygdomsindsigt. Holder pauser i sin tale og giver plads til dialog.	Samlet, lidt talepres, rolig og kan lytte og reflektere.	Lyttende, stiller afklarende spørgsmål, validerende. I slutningen af samtalen åbne spørgsmål.	8 min. 50 sek.	Samlet opmærksomhed, fokuseret. Fordybelse. Korte og klare svar. Holder pauser i sin tale. Snak med udgangspunkt i tegningen. Refleksion og sygdomsindsigt.	Samlet, ingen talepres, rolig og kan lytte og reflektere .	Klare spørgsmål som knytter sig til oplevelsen af øvelserne. Uddybende spørgsmål til tegningen. Åbne spørgsmål til N i forhold til at finde ro i hverdagen og forebygge tilbagefald.	19 min 20 sek.
----	---	--	---	----------------	---	--	--	----------------

SESSION 13 - SAMTALE FØR ØVELSERNE

Udgangspunktet for samtalen er afkrydsningsskemaet. I sidste del af samtalen er der maniske kendetegn, som usamlethed, tankelugt, talepres og rastløshed. Nina har stadig mange maniske symptomer i denne del af forløbet (fase 3).

Min terapeutrolle er styrende og afkrydsningsskemaet danner et konkret afsæt for samtalen. Jeg holder fokus på, at Nina skal svare på spørgsmålene, selvom det er svært for hende. Jeg er optaget af at få et klart svar, men stiller også uddybende spørgsmål. Jeg afbryder Nina i slutningen af samtalen og initierer øvelserne, da jeg observerer talepres og tankeflugt.

Analysen af denne del af samtalen, viser at Nina stadig har maniske symptomer. Terapeutrollen er styrende, hvilket kan tolkes, som en reaktion på Ninas maniske adfærd.

De maniske symptomer i samtalen før øvelsen viser, at Nina har svært ved at samle sin opmærksomhed. Udgangspunktet for stemmeøvelserne i denne session er udfordret af de maniske kendetegn, som Nina udviser. Set i lyset af de maniske symptomer der bliver synlige i analysen af samtalen, kan stemmeøvelserne siges at udfordre Nina og hendes maniske symptomer.

SESSION 13 - SAMTALE EFTER ØVELSERNE

Udgangspunktet for samtalen er afkrydsningsskemaet. Nina er i stand til at samle sin opmærksomhed og svarer hurtigt og klart på spørgsmålene. Der er flere pauser i hendes tale, hun afbryder ikke min tale og er i stand til at lytte. De maniske symptomer viser sig ikke i samme grad i denne del af samtalen. Som nævnt tidligere er formålet med interventionerne

at nedregulere arousal, samt styrke Ninas grounding og centrering. Alt i alt indikerer analysen af samtalen før og efter, at interventionerne har haft den ønskede indvirkning.

Min terapeutrolle er stadig styrende. Jeg afbryder Nina og taler meget. I sidste del af samtalen stiller jeg ingen spørgsmål, men opsummerer og trækker tråde tilbage til samtalen før øvelsen. Den styrende terapeutrolle kan tolkes, som en reaktion på Ninas adfærd før øvelsen. Manien er ikke nær så tydelig i den sidste del af samtalen. En påstand kan være at manien ligger der, men ikke får mulighed for at vise sig, eftersom jeg som terapeut tager ordet og styrer samtalen. Nina accepterer dog denne rolle og afbryder mig ikke, men er som nævnt i stand til at lytte.

Udviklingen i samtalen fra før til efter øvelserne viser at Nina har færre maniske symptomer efter interventionerne. Mikroanalysen af glissando- og kernetone-øvelsen (s. 62) vil præcisere, hvordan de to stemmeøvelser hver især indvirker på Nina og hendes psykiske tilstand. Terapeutrollen er stadig styrende, måske endda i højere grad i samtalen efter øvelserne. Terapeutrollen justeres ikke, men forbliver styrende, selvom Ninas maniske symptomer kommer mindre til udtryk.

SESSION 20 - SAMTALE FØR ØVELSERNE

Sessionen er placeret i fase 4. Samtalen tager udgangspunkt i afkrydsningsskemaet, men ender med en reflekterende samtale om talepres, selvberoligelse, tryghed/utryghed og medicin. Hun oplever, at utryghed får hende til at tale mere. Nina snakker i et dybere og roligt stemmeleje. Hun holder pauser, der giver mig mulighed for at spejle, kommentere og stille uddybende spørgsmål. Analysen viser at Nina er samlet, nærværende og fokuseret. Hun springer ikke i emnerne, der er pauser i talen og ikke talepres. Dermed udviser hun ikke maniske symptomer.

Min terapeutrolle er lyttende, spejlende og validerende. Jeg stiller korte afklarende spørgsmål og åbne spørgsmål. Der er pauser i samtalen og jeg giver Nina taletid.

SESSION 20 - SAMTALE EFTER ØVELSERNE

Samtalen er reflekterende og tager udgangspunkt i de oplevelser Nina har haft i stemmeimprovisationen og stemmeøvelserne. Hun er i stand til at forbinde oplevelserne til samtalen før øvelserne og der er ikke talepres. Hun er nærværende i samtale såvel som stemmeøvelserne. Nina holder lidt længere pauser imellem sine sætninger end i samtalen før stemmeøvelserne. Nina er i stand til at forbinde sine oplevelser i øvelserne med temaet for vores samtale før øvelserne. Analysen viser, at samtalen har et gennemgående fokus/tema, der gør sig gældende både før og efter øvelserne, hvilket understøtter, at hun er mindre præget af de maniske symptomer.

Nina holder lidt længere pauser imellem sine sætninger end i samtalen før stemmeøvelserne. Dette er særligt tydeligt lige efter stemmeøvelserne. Terapeutrollen er igen lyttende, validerende og spejlende. Jeg stiller åbne spørgsmål. Jeg opsummerer en enkelt gang for at trække tråde tilbage til samtalen før øvelsen.

Mange parametre og kendetegn går igen fra samtalen før til samtalen efter øvelserne. På baggrund af analysen af samtalen kan det konkluderes, at Nina ikke udviser tegn på mani i denne session, hverken før eller efter stemmeøvelserne. Hun er nærværende, rolig og i stand til at reflektere og knytte sine oplevelser i øvelserne til et gennemgående tema. I det hele taget er Nina mere realistisk i forhold til sin situation, hvilket kan beskrives som en bevægelse mod større sygdomsindsigt.

SESSION 28 - SAMTALE FØR ØVELSERNE

Denne session er placeret i fase 5. Det er 8 dage siden, at vi sidst har haft musikterapi. Samtalen er åben, men tager udgangspunkt i hvordan det er gået siden sidst. Nina taler meget og hurtigt i begyndelsen af samtalen, men springer ikke i emner. Hun er i stand til at samle sin opmærksomhed og kan reflektere. Hen imod slutningen af samtalen observeres mere ro, der er pauser i hendes tale. Terapeutrollen er som i session 20 lyttende og validerende. I begyndelsen af samtalen stiller jeg flest korte og afklarende spørgsmål. Jeg lytter og spejler Nina. Hen imod slutningen af samtalen stiller jeg åbne spørgsmål og tager mere plads i samtalen.

SESSION 28 - SAMTALE EFTER ØVELSERNE

Nina har lavet en tegning med udgangspunkt i en stemmeimprovisation. Samtalen tager udgangspunkt i tegningen, som findes i bilag 4. Tegningen skaber et konkret udgangspunkt for Ninas refleksioner. Nina holder lange pauser imellem sine ord og sætninger. Hun sidder fortsat med tegnekridt og færdiggør tegningen. Hun er i høj grad fordybet og har samlet sin opmærksomhed. Hun er rolig, reflekterende og kan relatere sine oplevelser i stemmeøvelserne til sit liv lige nu.

I slutningen af samtalen trækker jeg tråde tilbage til samtalen før øvelsen. Jeg sætter Ninas oplevelser i relation til hendes liv lige nu og til den nylige udskrivelse. Jeg tager lidt mere plads i samtalen, jeg opsummerer og stiller afklarende spørgsmål. I denne del af samtalen snakker Nina kortvarigt hurtigere med færre pauser, men hun lytter, når jeg igen tager ordet. Analysen af denne session viser periodevis let talepres i første del af samtalen og lidt uro. Ellers udviser Nina ingen tegn på maniske symptomer. Nina er i høj grad i stand til at relatere sine oplevelser i øvelserne til sin aktuelle livssituation. I samtalen efter øvelserne holder hun lange pauser i sin tale.

Det er tydeligt, at min rolle som terapeut bliver mere lyttende, spejlende og validerende i kraft af Ninas evne til at holde fokus. Jeg ændrer spørgeteknik og stille flere åbne spørgsmål, hvilket støtter en mulighed for refleksion hos Nina.

OPSUMMERING OG KONKLUSION AF ANALYSE

MANISKE SYMPTOMER:

I session 13 udviser Nina maniske symptomer i samtalen før øvelserne. Det kommer til udtryk ved usamlethed, tankeflugt, talepres, uro og rastløshed. Efter øvelserne er de maniske symptomer mindsket. Det ses ved, at Nina er mere samlet og holder flere pauser i talen, hun afbryder ikke og har mindre talepres.

I session 20 observeres hverken maniske symptomer før eller efter øvelserne. I session 28 observeres let talepres og uro i samtalen før øvelserne.

Ud fra analysen af samtalerne i de tre sessioner kan jeg konkludere, at der er indikation for at, at den stramme form og struktur i session 13, samt stemmeøvelserne og den styrende terapeutrolle mindsker de maniske symptomer.

For alle tre sessioner ses en tendens til lavere tempo og flere og længere pauser i samtalerne efter stemmeøvelserne.

TERAPEUTROLLEN:

I session 13 er terapeutrollen styrende. Jeg taler meget især i samtalen efter øvelserne. I session 20 og 28 er terapeutrollen lyttende, validerende og spejlende, både før og efter øvelserne. Analysen af samtalerne peger på, at terapeutrollen ændrer sig i takt med at Ninas maniske symptomer bliver færre. Des flere maniske symptomer des mere styrende er jeg som terapeut. På baggrund af analysen af samtalen i session 13 samt journal notater og egne notater kan jeg konkludere, at der er indikation for, at den styrende og guidende terapeutrolle har en vigtig funktion i forhold til at støtte Ninas fokus. En lempelse af styringen kan vise i hvor høj grad Nina evner at holde fokus. Den styrende rolle er specielt knyttet til den første halvdel af det musikterapeutiske behandlingsforløb.

MIKROANALYSE

MIKROANALYSE SOM METODE

I dette afsnit vil jeg præsentere min mikroanalyse af glissando-øvelsen og kernetone-øvelsen i session 13. Analysen vil tidligere beskrevet besvare spørgsmål 2 i min problemformulering ved at udforske min hypotese om at stemmeøvelserne kan nedregulere Ninas arousalniveau. Før jeg præsenterer analysen, vil jeg beskrive mikroanalyse som metode indenfor musikterapiforskning.

Mikroanalyse anvendes både indenfor kvantitativ og kvalitativ musikterapi forskning, samt forskning hvor der anvendes mixed methods. Genstanden for analysen kan være små relationelle forandringer, små forandringer i interaktioner, forandringer i musikken eller dynamiske forandringer (Wosch & Erkkilä, 2016). I bogen *Microanalysis in Music Therapy* (Wosch & Wigram, 2007) findes følgende definition:

"Microanalysis is a detailed method investigating microprocesses. Microprocesses are processes and changes/progressions within one session of music therapy. The amount of time can be one minute (moment) or five minutes (therapy event of one session, one clinical improvisation (episode), or one complete session. To analyse process over time, several microanalyses can be undertaken to look at several events" (Wosch & Wigram, 2007, s. 22).

Wosch og Erkkilä (2016) understreger, at mikroanalyse fokuserer på mikro processer i en naturlig musikterapeutisk setting og beskriver mikroanalyse indenfor det kvantitative forskningsparadigme. De kalder denne tilgang *objectivist microanalysis*.

Felicity Baker (2007) anvender software til stemmeanalyse af sang- og talestemmen. Hendes metode hører ind under det Wosch og Erkkilä beskriver som *objectivist microanalysis*.

I Bakers metode anvendes kvantitative parametre i kraft af målinger af intonation og pitch. De kvalitative og deskriptive parametre er beskrivelser af stemmens kvalitet.

Baker beskriver følgende trin i sin analysemetode:

1. musikterapien implementeres
2. der optages audio fra sessionen
3. relevant audio materiale udvælges og lagres
4. de udvalgte lydfiler uploades i det valgte software
5. kortere lydsekvenser udvælges og klippes ud
6. baggrundsstøj i lydoptagelserne minimeres
7. analyse via software
8. fortolkning af data
9. visuel analyse af stemmens kontur (pitch kontur) (Baker, 2007, s. 109-110).

Min analysetilgang følger et langt stykke af vejen Bakers fremgangsmåde. Jeg vil nu uddybe min metodiske tilgang til mikroanalysen.

MIN METODISKE TILGANG

I min analyse af glissando-øvelsen og kernetone-øvelsen anvender jeg ligesom Baker software til at undersøge åndedrætsfrekvensen. Det anvendte software hedder Praat. Jeg anvender ligeledes både kvalitative og kvantitative parametre i min mikroanalyse.

De kvantitative parametre er:

- længden af Ninas glissando-bevægelse/kernetone
- længden af indåndingen/pausen
- tonehøjde (pitch)
- tonens volumen

De kvalitative parametre er:

- beskrivelse af terapeut interventioner
- beskrivelser af Ninas måde at indgå i øvelserne
- oplevelse af synkronisitet og flow

Der er en gensidig forbindelse mellem de fire fokuspunkter for analysen. De har alle betydning for Ninas måde at indgå i øvelserne, hendes kropslige forbundethed - grounding og centrering, hendes grad af fokus i øvelserne og hendes arousalniveau. Alt dette påvirker min rolle som terapeut og mine terapeutiske interventioner.

MIN FREMGANGSMÅDE

Jeg har først udvalgt relevante lydklip og derefter uploaded lydfilerne i det anvendte software, hvor jeg har tilpasset indstillingerne til at vise pitch og volumen. Jeg har via det anvendte software fået en analyse af lydfilerne. De informationer har hjulpet mig til at lave nøjagtige målinger af længden på henholdsvis tone og indånding i sekunder og millisekunder. På optagelserne af glissando og kernetone klinger Ninas og min stemme ofte samme tid. Analysen af pitch og volumen hjælper mig til at adskille Ninas stemmeudtryk fra mine egne.

Via det anvendte software har jeg skabt en visuel analyse af henholdsvis volumen og pitch for glissando- og kernetone-øvelsen. For at få en detaljeret visuel analyse har jeg inddelt lydfilerne i kortere tidsintervaller. Det har givet mig en lang række detaljerede billeder, der hver viser analyse af 30 sekunders lyd. Jeg har udskrevet billederne og sat dem sammen til ét langt detaljeret overblik over de to øvelser. Overblikket har dannet baggrund for min lytning. Den kvalitative del af analysen er på den måde sat i relation til de kvantitative data. I bilag 5 findes fire mindre detaljerede billeder af pitch og volumen for hver af analyserne.

MIKROANALYSE AF STEMMEØVELSER I SESSION 13

DATAUDVÆLGELSE

Ud fra de audiooptagelser jeg har til rådighed for mikroanalyse, har jeg udvalgt session 13 til mikroanalyse.

Session 13 er den første session, hvor jeg optager audio. Den er placeret i midten af fase 3, som jeg har kaldt *verbal refleksion*. Fase 3 er den fase med flest sessioner. I forløbets fase 3 er de faste stemmeøvelser det centrale. Min rolle, som terapeut, er stadig karakteriseret ved at være styrende og guidende. Der er dog gradvist mere samtale, da Nina udviser større

sygdomsindsigt, selvom hun stadig udviser symptomer på mani. Jeg har udvalgt denne session til mikroanalyse, da den repræsenterer sessionernes form i den første del af forløbet før jeg begynder at optage (fase 2 og 3).

Nina er som beskrevet stadig præget af sin mani i session 13 (se analyse af samtale s. 55). Dermed er denne session repræsentativ for Ninas tilstand i den første del af forløbet, hvor manien kom mere til udtryk. Mikroanalysen af denne session kan således fortælle noget om, hvordan de enkelte øvelser samt sessionens progression, kan imødekomme Ninas behov og behandlingsmål. Kernetone-øvelsen i denne session er 11 minutter lang, hvilket er længere end gennemsnittet. I fase 2 og fase 3 er der en tendens til at glissando- og kernetone-øvelsen varer lidt længere end i fase 4 og 5.

Sessionen er kendetegnet ved følgende:

- Fast form, hvor stemmeøvelserne er det centrale
- Stemmeøvelserne udføres i deres grundform (guidedede afspænding, glissando øvelse, kernetone-øvelse)
- Terapeutrollen er styrende

MIKROANALYSE AF GLISSANDOØVELSEN

Jeg vil nu præsentere mikroanalyse af glissando-øvelsen. På skemaet nedenfor ses længden i sekunder på henholdsvis tone og indånding samt start tone og slut tone for både Nina og terapeuten. Baker (2007) anvender Hz og semitoner som måleenheder. De enheder viser stemmens svingninger mere præcist. Jeg har valgt at notere tonehøjden med tonenavne (12-tone systemet). Glissando-bevægelserne har en stor tonal spændvidde, så selvom det er mindre nøjagtigt, giver det et lettere tilgængeligt indtryk af spændet i den tonale bevægelse. Tallene i parentes indikerer oktaven.

Kommentarerne i kolonnen længst til højre tager udgangspunkt i kvalitative data og beskriver Ninas stemmekvalitet og hendes måde at indgå i øvelsen. Jeg kommenterer også hvorvidt der er synkronitet i vores indånding og i den tonale nedgang i glissando-bevægelsen. I bilag 5 er pitch og volumen afbilledet.

	Glissando	Indånding	Ninnas tonale bevægelse	T's tonale bevægelse	Guidning	Kommentar
1	4,9,9	4,61				Nina rømmer sig og giver kun lyd på den sidste del af glissandobevægelsen. Svag stemme. Usynkroniseret indånding
2	7,12	5,77	E (4) → C# (4)	E (4) → C# (4)		Svag stemme. Lille interval. Usynkroniseret indånding
3	7,28	4,01	D (4) → F (3)	D# (4) → F (3)	"Og du følger tonen hele vejen ned, og tømmer helt for luft.... Og trækker vejret igen"	Kraftigere stemme. Lille interval. Hun fortsætter med at give lyd selvom jeg guider i slutningen af glissandoen. To korte indåndinger. Usynkroniseret indånding.
4	7,08	5,24	C# (4) → D# (3)	E (4) → D (3)		Mere synkronisitet i indåndingen
5	7,24	4,95	D (4) → E (3)	F# (4) → D# (3)		Større interval. Mere synkronisitet i nedgangen.
6	5,40	5,85	D (4) → E (3)	D# (4) → E (3)		Længere nedgang, synkronisitet.
7	6,41	3,16	C (4) → E (3)	D (4) → E (3)	"Du kan lægge hænderne på brystet så du kan mærke tonen"	Let uro omkring indåndingen. Fortsætter tonen (E) selvom jeg guider.
8	7,05	4,46	C# (4) → D# (3)	D (4) → D# (3)		Længere og kraftigere nedgang. Synkronisitet i nedgangen, lille gab omkring indåndingen. N starter glissando-bevægelsen
9	7,16	3,52	D# (4) → E (3)	F# (4) → E (3)		Svagere stemme, synkronisitet i nedgang. Synkron indånding.
10	7,42 ★	4,67	C (4) → E (3)	D# (4) → E (3)		Tydelig synkron indånding, længere nedgang langsom og synkron
11	7,65 ★	4,23	D# (4) → F (3)	F (4) → F (3)		Tydelig synkron indånding, længere nedgang, langsom og synkron, Nina lander på en tone F som hun holder lidt
12	5,77		D (4) → F# (3)	D (4) → F# (3)	"så kan du finde en tone der er god for dig at blive på"	Svagere stemme, Nina lander på en tonen F# som hun holder lidt (overgangen til kernetone-øvelsen).

LÆNGDEN PÅ NINAS TONE

Analysen af henholdsvis Ninas glissando-bevægelser og indåndingerne synliggør hendes åndedrætsfrekvens. I tabellen ses at den 10. og 11. glissandobevægelse er de længste (markeret med en blå stjerne). Der sker altså en lille forlængelse af den tonegivende udånding. De sidste 5 indåndinger viser en tendens til en lille forkortelse af indåndingstiden.

GLISSANDO-BEVÆGELSENS INTERVAL

Bevægelsen i den første glissando er lille. I den anden glissando bevæger Nina sig 3 halve toner. Analysen af henholdsvis Ninas starttone og sluttone, viser at intervallerne fra glissando 3-12 svinger mellem 8-11 halve toner. Der sker altså en forlængelse af den tonale bevægelse i glissando 3, hvilket gør sig gældende resten af øvelsen.

SYNKRONISITET I DEN NEDADGÅENDE GLISSANDO BEVÆGELSE

På skemaet er de glissandobevægelser, hvor Nina og jeg er synkrone, markeret med en rød cirkel. Det gælder for glissando 6, 8, 9, 10 og 11, at vi følges ad i den tonale nedgang. Analysen af start og sluttone understøtter graden af synkronisitet. Nina og jeg har samme sluttone i de synkrone glissandobevægelser.

SYNKRONISITET I INDÅNDINGEN

De synkrone indåndinger er 9, 10 og 11 (markeret med en blå blomst). Det ses at en synkron indånding understøtter en synkron glissandobevægelse. Det kan forklares ved, at der opnås en fælles fornemmelse af tempo, hvilket medfører flow i øvelsen. Synkronisiteten i indånding såvel som glissando gør sig gældende for de sidste glissando-bevægelser.

VERBAL GUIDNING

Der er tre guidninger i løbet af glissando-øvelsen. De verbale guidninger tager udgangspunkt i det kropslige aspekt og forsøger at få Nina til at rette opmærksomheden mod sin krop og fornemmelsen af stemmen i kroppen. Guidningen efter den 7. glissando, medfører at Nina lægger hænderne på brystet. Intentionen med guidningen er at denne placering af hænderne kan styrke forbindelsen til kroppen og åndedrættet. Guidningen kan måske forklare synkronisiteten i de efterfølgende indåndinger og glissando-bevægelser. Stemmen bliver ligeledes kraftigere efter denne guidning.

Under alle tre guidninger holder Nina fast i tonen, selvom jeg begynder at guide. I de sessioner, der går forud for denne, er der adskillige eksempler på, at Nina stopper glissando-bevægelsen, så snart jeg begynder at guide. Det, at hun formår at holde fast i tonen, tolker jeg, som et tegn på at hun har samlet sin opmærksomhed og er nærværende med sit eget stemmeudtryk.

TERAPEUTROLLEN

Mikroanalysen af glissando-øvelsen tydeliggør en non-verbal guidende terapeut funktion, som støtter synkronisitet.

Det viser sig ved, at jeg starter glissando bevægelsen lidt før Nina og fortsætter lidt længere end hun gør. Jeg starter i øvrigt tonalt højere end hun gør. Det ses i alle glissandoer på nær den første og den sidste, hvor vi starter på samme tone. Formålet og intentionen er at forstørre intervallet mellem Ninas starttone og sluttone og muliggøre følgende:

- at engagere Nina og hjælpe hende til at få mere 'fat' i sin stemme
- at udvide hendes stemmeudtryk
- at forlænge glissando-bevægelsen (sekunder)
- at styrke en forbindelse til kroppen og derigennem styrke hendes grounding
- at opnå en synkronisitet i vores indånding og den lydgivende udånding

SYNKRONISITET - ENTRAINMENT

Den fysiske berøring fungerer ligeledes som en non-verbal guidning henimod at opnå synkronisitet og flow i øvelsen. Jeg holder mine hænder på Ninas skuldre og giver et let pres på udåndingen. Herved kan jeg mærke Ninas åndedræt tydeligt. Jeg kan også mærke, hvornår hun har kropslig uro, hvilket kan tolkes som et tegn på, at hun mister fokus og er usamlet. Jeg registrerer for eksempel fysisk uro i 7. glissando, hvorefter jeg sætter ind med verbal guidning.

Jeg bruger berøringen til at fornemme Ninas tempo, og berøringen får i løbet af øvelsen en mere guidende funktion. Jeg giver et tryk på Ninas skuldre under udåndingen/glissando-bevægelsen og letter trykket på indåndingen, hvilket giver mig endnu en mulighed for at guide hende henimod et dybere åndedræt og en længere glissando-bevægelse.

De non-verbale guidninger fungerer som en form for entrainment og synkronisiteten afhænger af, hvorvidt Nina følger mig. Jeg får en fornemmelse af hendes åndedræt via berøringen og min guidning udspringer af rytmen i hendes åndedræt. Med mit stemmeudtryk, min indånding og min berøring giver jeg tydelige og styrende guidninger. Formålet er at styrke Ninas grounding. Gennem en forlængelse af glissandobevægelsens tonale nedgang, påvirkes åndedrættet, så det bliver dybere.

OPSUMMERING OG KONKLUSION AF GLISSANDOANALYSEN

Der er en forlængelse af glissando-bevægelsen hen imod slutningen af øvelsen, og samtidig opstår der synkronisitet mellem Ninas og min tonale nedgang. De synkrone glissando-bevægelser medfører synkrone indåndinger, og at Nina og jeg ender på samme tone. Synkronisiteten er tegn på, at der opstår fælles tempo og flow i øvelsen. Hvilket kan støtte Ninas oplevelse af at være sammen med en anden og støtte at hun mærker sig selv

bedre. Den non-verbale guidning synes at fungere som en form for entrainment. Der sker en forstørrelse af intervallet mellem Ninas starttone og sluttone fra glissando 3 og frem.

Foruden den nonverbale guidning er der tre verbale, under disse holder Nina fast i sin tone, hvilket kan tolkes som et tegn på, at hun er nærværende og fokuseret.

Analysen i sin helhed tydeliggør vigtigheden af den non-verbale guidende terapeutrolle.

MIKROANALYSE AF KERNETONEØVELSEN

Jeg vil nu fremlægge min analyse af kernetoneøvelsen i session 13. Øvelsen varer 11 minutter og er den længste i terapiforløbet.

For at gøre præsentationen af mikroanalysen mere overskuelig, har jeg valgt at inddele den i tre dele. Opdelingen er lavet med udgangspunkt i den midterste periode i øvelsen, hvor der kun er nonverbal guidning. Pitch og volumen for hver af de tre dele findes i bilag 5. Til sidst vil jeg opsummere og sammenholde de tre dele.

I kernetone-øvelsen indgår igen både non-verbal og verbal terapeutisk guidning. Den non-verbale guidning indbefatter: mine stemmeudtryk, tydeliggørelse af indåndingen og den fysiske berøring.

Den non-verbale guidning finder sted konstant via mit stemmeudtryk og den fysiske berøring. Den non-verbale gør sig gældende igennem alle tre dele af øvelsen, hvorimod den verbale guidning finder sted i første og sidste del.

Opdelingen af kernetone-øvelsen er følgende:

Første del: guidning og dialog (ca. 4 min)

Anden del: fokus og flow (ca. 5 1/2 min)

Tredje del: afslutning (ca. 1 1/2 min)

FØRSTE DEL: GUIDNING OG DIALOG

Første del af øvelsen er kendetegnet ved verbal terapeutisk guidning og verbal dialog. På skemaet nedenfor er længden på tone samt pausen noteret. Kerneone højden er noteret og der er kommentarer og transskription af den verbale guidning og dialog.

	Tone	pause	Kommentarer	Tone højde	Guidning/dialog
1	12.10	6.69	N finder tonen ud fra en glissando. Hun er i stand til at holde fast i den selvom T's sidste verbale guidning ikke støtter tonen tonalt.	F	T: "en du kan mærke i brystet". N: "jaaa det er lige den heer.." (N trækker tonerne og griner). T: "så holder du fast i deen" (T har et smil i stemmen, syngende tone) N: "okaaay.. så holder jeg fast i... ahhh.." (T begynder at tone og N afbryder sig selv og toner med (tone 1))

2	8.57	4.33	N ufokuseret og urolig i pausen, T starter tonen	F	N udbryder: "uha!" efter tonen.
3	8.76	12.80	N er ufokuseret. T starter tonen. N følger efter. Lang pause	F	N: "ohh jo jo jo" T: (begynder tone men stopper og guider) "så du mærker dit åndedræt, din vejtrækning og din krop under stemmen, og mærker den i brystet".
4	11.12	3.44	Kraftig tone	F	
5	10.69	5.11	Kraftig tone	F	
6	10.18	8.42	Kraftig tone	F	N: "dér var den!" T: "ja bliv ved med at holde fast i den og mærk den i din krop." N: "du er da vedholdende!" N: "ja...."(begynder at tone)
7	6.93 +	1.96	N laver kort indånding og starter tonen før T er med. N's tone er kortere. T fortsætter.	F	
8	7.26 +	2.35	N starter tone	F	
9	9.10	7.70	Kraftigere tone	F	N: "kan du mærke forskel?" T: "mmhh, så bare bliv ved med at være med den tone dér"
10	7.97	3.85	Lille tonal stigning til sidst	E → F	
11	8.38	3.15	Tonal stigning	E → F	
12	9.13 +	5.32	Svag lidt svingende tone - korte indåndinger	E / F	
13	12.92	3.94	Kraftigere tone. Lidt uro. Tydelig indånding	E	T: "...og igen"
14	10.42	3.32	Tydelig indånding	E	
15	6.08	2.88	Svag tone, tydelig indånding	E	
16	14.15 +	15.73	Kraftig tone - svingende, tonal stigende hen imod slutningen. Kroplig uro, Nina rykker sig på stolen.	E → F	T: "og igen, prøv at holde fast i den tone" N: "ja...må jeg sidde længere tilbage?" T: "ja du kan godt sidde længere tilbage, hvis det er". N: "for min arme og ryg" T: "ja "

DEN VERBALT GUIDENDE TERAPEUTROLLE

Den første del af øvelsen bærer præg af verbal guidning. Som det ses i skemaet, er den verbale guidning i pause 3, 6 og 9 et resultat af, at Nina kommer med kommentarer. Her opstår kortvarig dialog, hvor jeg forsøger at lukke ned for dialogen og min guidning sigter mod at vende Ninas fokus mod øvelsen. I pause 13 og 16 initieres det verbale af mig. De to guidninger udspringer af en kropslig uro hos Nina. Formålet er ligeledes at Nina samler sin opmærksomhed på sin krop og stemme.

NINAS GRAD AF FOKUS

Nina har svært ved at samle sin opmærksomhed i den første del af øvelsen. Ninas reaktioner i pauserne efter 2. og 3. tone tyder på, at hun har svært ved at gå ind i øvelsen og holde fokus. Efter 6. og 9. tone afbryder hun igen. Afbrydelsen efter tone 6 har form af verbalt udbrud. Stemmen har en relativ høj pitch og udtrykker en parathed, der kan pege på et højt arousalniveau.

Afbrydelserne kan forklares ud fra Ninas maniske tilstand, se analyse af samtale (s. 55). Ninas maniske symptomer kommer således til udtryk i den første del af øvelsen.

NINAS STEMME

I denne del af øvelsen har Nina kraftig stemme på de fleste af tonerne. Tonerne ligger omkring F (3). På tonerne 10, 11 og 16 sker der en stigning fra E (3) til F (3). Tone 12 er svagere og svinger mellem E (3) og F (3).

Tonernes varighed er relativt lange i denne del af øvelsen. Der er dog stor variation. Gennemsnittet på tonernes længde er 9.61 sekunder. De svinger fra 6.08 sekunder (tone 15) til 14.15 sekunder (tone 16). Denne variation i tonernes længde indikerer, at der endnu ikke er opnået fokus i øvelsen og regelmæssighed i Ninas åndedræt (den tonegivende udånding). Nina starter flere af tonerne, det er indikeret ved et +. Det at Nina starter tonerne kan være et tegn på, at hun vil øge tempoet, høj arousal og engagement i øvelsen.

Guidningen i pause 6 sigter mod at fastholder Ninas fokus og øge engagementet. Guidningen kan have indflydelse på at Nina starter tone 7 og 8.

PAUSERNE

Ligesom tonelængden varierer, er der stor variation af pausernes længde i denne del af øvelsen. Fra 1.96 sekunder (pause 7) til 15.73 sekunder (pause 16). De lange pauser er til dels et resultat af Ninas afbrydelser og af den verbale guidning og dialog. Den store variation i pausernes længde giver ligesom variationen i tonelængden, et billede af uregelmæssighed i Ninas åndedræt og indikerer manglende fokus i øvelsen.

OPSUMMERING OG KONKLUSION AF FØRSTE DEL AF ANALYSEN

Ninas kraftige stemme, variationen i tonerne og pausernes længde, samt de verbale afbrydelser kan tolkes som et tegn på at Ninas arousalniveau er højt i den første del af øvelsen. Fundene i analysen kan forstås som et udtryk for Ninas maniske tilstand.

ANDEN DEL: FOKUS OG FLOW

Denne del af øvelsen varer ca. 5 1/2 minutter og er karakteriseret ved, at der udelukkende anvendes non-verbal guidning. Nina afbryder ikke med kommentarer eller snak. Længden af Ninas toner såvel som pauserne er stabile. Der er en regelmæssighed i åndedrættet både i indåndingerne og i de lydgivende udåndinger. Alt dette peger på at Nina samler sin opmærksomhed på øvelsen og der opstår flow. Der er mindre kraft på stemmen. De parametre tilsammen indikerer, at der opstår en lettere meditativ tilstand. Denne effekt af øvelsen er beskrevet i kapitel 3 (Storm, 2017).

	Tone	Pause	Kommentar	Tonehøjde
17	9.37 +	2.10		E
18	9.35 +	2.94		E
19	8.32 +	2.71		E
20	9.12	2.64	Lidt ustabil tone.	E
21	7.95	3.33	Ustabil tone.	E
22	7.86 +	5.02	Tonen falder	Lavt E
23	8.71 *	5.71	N stopper før T, svag tone,	Lavt E
24	8.86	2.23	Svag tone	Lavt E
25	9.26	2.83	Svagere luftig tone	Lavt E
26	8.08	2.97	Svag tone.	E
27	8.13	3.40	Svag tone.	E
28	9.31 +	2.47		E
29	3.51 *	5.32	Meget svag og kort tone, sukkelyde, korte indåndinger. T fortsætter tonen.	F
30	7.41	2.45	Lidt kraftigere tone	E
31	7.91	2.60		E
32	6.79 +	2.71		E
33	2.92 *	1.68		E
34	6.12	3.42	N glider ned på tonen på en mmm-lyd	E
35	10.38 +	2.14		E
36	9.66 +	2.12		E
37	10.20	2.71	Kort udånding før tone, i pausen rømmer N sig. T starter tonen men stopper, før begge begynder igen sammen (tone 38)	E
38	7.36	4.68		E
39	6.11	1.08		E
40	7.23	2.27		E
41	6.27	2.41		E
42	6.26	2.40		E
43	7.43	2.58		E
44	8.37	1.99		E
45	9.10	2.78		E
46	9.06	2.85	N svag tone. T's tone er kraftig	E

NINAS STEMME

Ninas stemme er generelt svagere og mere luftig i denne del af øvelsen. Tonen ligger i øvrigt tonalt lavere end i første del (E (3)). En enkelt gang kommer den op på et F (3) (tone 29). Tone 22, 23, 24 og 25 ligger alle på et lavere E. En forklaring på det kan være, at Nina synger tonerne med mindre volumen.

Generelt kan der være en sammenhæng mellem den svagere volumen og et fald i tonehøjde i denne del af øvelsen. Det tonale fald og den svage volumen kan tolkes, som et tegn på at Nina er mere afspændt og åndedrætsmuskulaturen, der støtter stemmen er mindre aktiv.

Der er en tendens til at tonerne er lidt kortere end i første del. Gennemsnittet ligger på 7,48 sekunder. Tone 29 og tone 33 skiller sig ud, da de er meget korte. Forkortelsen af tonernes varighed kan hænge sammen med den svagere volumen og den luftighed der kendetegner Ninas stemme i denne del af øvelsen. Det peger igen på at Nina er afspændt og sammenlignet med første del af øvelsen er den stemmestøttende åndedrætsmuskulatur mindre aktiv. Ud over de to meget korte toner, er tonelængden relativt stabilt og ligger omkring 7-9 sekunder. Stabiliteten i tonerne understøtter at Nina har øget kontakt til sin krop, hvorved det refleksive og stabile åndedræt er aktivt. Der opstår en form for flow i øvelsen, en regelmæssig rytmisk bevægelse mellem indånding og tone. Denne regelmæssighed synes at indvirke på og nedregulere arousalniveauet.

PAUSERNE

Regelmæssigheden og stabiliteten afspejles ligeledes i pausernes længde. Gennemsnittet er 3.33 og der er ingen store udsving. Tone 33 og 39 er korte, og 22, 23, 29 og 38 er lidt længere end gennemsnittet.

DEN NON-VERBALT GUIDENDE TERAPEUTROLLE

Den non-verbale guidning indebærer de samme parametre, som tidligere er beskrevet nemlig stemmeudtryk, fysisk berøring og en tydeliggørelse af indåndingen. Gennem hele kernetone-øvelsen følger jeg Ninas stemmeudtryk og tempo. Den non-verbale guidning er derfor mere subtil end i glissando-øvelsen.

Den midterste del af øvelsen er præget af, at jeg følger Ninas åndedræt og tone. På skemaet ses at tone 23, 29 og 33 startes af mig (indikeret med *). På tone 30 synger jeg kraftigere end Nina. I de tilfælde har mit stemmeudtryk en klar guidende funktion. Resten af tiden følger jeg Nina tæt både i indånding og tone.

Frem for at spejle kvaliteten i Ninas stemme, har jeg en luftig og åben klang. Dette kan fungere som en form for indirekte guidning. Via mit stemmeudtryk kan jeg understøtte

øvelsens beroligende kvalitet. Mit stemmeudtryk kan karakteriseres ved en blød og omfavnende kvalitet.

Intentionen bag mit stemmeudtryk har været at det kan virke beroligende og signalere ro og tryghed. Udtrykket sigter mod at møde Ninas udtryk uden at være anmassende. Jeg sigter mod en omfavnende og beroligende stemmekvalitet (jf. Mor/barn samspil). Jeg lægger mig således tæt op ad Ninas tempo og hendes stemmes volumen, men holder fast i min klang.

Den fysiske berøring giver mig, som tidligere nævnt, en klar fornemmelse af Ninas åndedræt og hjælper mig til at følge hendes tempo. Berøringen har i øvrigt en guidende funktion, som giver mig mulighed for at støtte et dybt og regelmæssigt åndedræt. Berøringen kan således være medvirkende til at der opstår regelmæssighed og flow.

NINAS GRAD AF FOKUS

Det svage stemmeudtryk kan som nævnt pege på, at Nina er afspændt og i en let meditativ tilstand. Hun er nærværende i øvelsen uden at afbryde.

Otte af tonerne i denne del af øvelsen startes af Nina, dette kan tolkes som et tegn på at hun er fokuseret og nærværende i øvelsen. Det, at Nina starter tonerne, understøtter ligeledes, at jeg i høj grad følger Ninas tempo og tone. Hun er ikke afhængig af at blive guidet og fastholdt, men har givet sig hen til en regelmæssige rytme i åndedrættet.

Alt i alt indikerer det, at Nina har et øget nærvær og fokus i øvelsen. Hun er afspændt og har et regelmæssigt rytmisk åndedræt, der understøtter antagelsen, at arousalniveauet er lavere end i første del.

OPSUMMERING OG KONKLUSION AF ANDEN DEL AF ANALYSEN

Denne del af øvelsen er karakteriseret ved regelmæssighed i både tonelængde og pauser. Der er mindre volumen på Ninas stemme og den er luftigt. Tonalt ligger denne del af øvelsen lavere omkring E (3).

Der er anvendes udelukkende non-verbale guidning. Der er fokus på at følge Ninas tempo og stemmeudtryk og den anvendte terapeutiske guidning er subtil. Der guides gennem en luftig og åben stemme og gennem berøringen. Begge dele synes at støtte Ninas nærvær i øvelsen - kropsligt såvel som mentalt. Fundende i analysen indikerer, at Nina kommer i en afspændt og meditativ tilstand, hvor arousalniveauet er lavere. Den non-verbale terapeutiske guidningen kan have indflydelse på at denne tilstand opnås og at kernetonen-øvelsen kan virke centrerende.

TREDJE DEL: AFSLUTNING

Tredje del og sidste del af øvelsen varer ca. 1 1/2 minut. Det er den korteste del. Den er karakteriseret ved at Nina bevæger sig ud af den meditative tilstand, hvorefter øvelsen finder sin afslutning. Der anvendes verbal såvel som non-verbal guidning.

	Tone	Pause	Kommentar	Tonehøjde	
47	7.42	7.69	N starter på tone men stopper mens T guider. Svag tone. T holder tonen længere. Usynkroniseret.	E	T: "læg mærke til den i brystet".
48	7.57	3.64	Markant kraftigere tone, rømmer sig	E	
49	8.77	2.19	Kraftig tone, lille tonal stigning til sidst.	E→F	
50	7.43	7.48	N glider fra tonen over i snak, lidt svært at tyde.	Lavt F	N: "jeg tænker..(?) det kan jeg godt mærke" T: "prøv lige og mærk et par gange mere der" N: "ja"
51	10.14	1.51		Lavt F	
52	6.82 +	2.14	Tonal stigning.	F	
53	4.71 +	2.34	Svingende tone omkring	F	
54	6.90 +	5.72	Svingende tone omkring efter pausen siger N: "hold da op"	F	

NINAS STEMME

Stemmens volumen er svag i den første tone, men bliver derefter kraftigere. I tone 49 stiger tonehøjden fra E (3) til F (3), hvorefter den forbliver på et F resten af øvelsen. Længden på tonerne er relativt stabil og gennemsnittet af tonernes længde ligger tæt på gennemsnittet for anden del. Gennemsnittet er 7,47 sekunder. Tredje del af øvelsen er kort, hvilket har indflydelse på den mulige variation af tonelængden. Der er en tendens til, at tonerne bliver kortere i slutningen af øvelsen (tone: 52, 53, 54).

Samlet set kan forandringerne i Ninas stemmeudtryk tolkes som et tegn på, at hun bevæger sig ud af den meditative tilstand. Der er flere ting, der kan understøtte dette: stigningen i stemmens volumen, stigning i tonehøjde, samt at tonernes bliver kortere.

PAUSERNE

Gennemsnittet for pauserne i denne del er 4.09 sekunder. Der er relativt stor variation i pausernes længde, særligt pausen efter tone 47 og 50 er lange. Det kan forklares ved verbal guidning/dialog. I den sidste pause er der helt stille i 5.72 sekunder. Hvorefter Nina siger "hold da op". Denne pause er relativt lang og uden nogle afbrydelser, hvilket indikerer, at øvelsen i sin helhed har dæmpet den maniske tilstand, som gjorde sig gældende i samtalen før øvelsen og i den første del af kernetone-øvelsen. Pausen og stilheden i pausen kan tyde på, at der er sket en nedregulering af Ninas arousalniveau.

TERAPEUTROLLEN

Der er både non-verbal og verbal guidning i denne del af øvelsen. Der guides verbalt efter tone 47 og 50. Den første guidning udspringer af, at Nina længe har sunget med svag volumen. Guidningen sigter mod at aktivere og engagere Nina til at mærke tonen i brystet (når tonen bliver svag er det svært at mærke dens vibrationer i brystet). Guidningen i tone

50 udspringer af, at Nina sætter ord på en oplevelse. Her guider jeg hende til at blive lidt i øvelsen og holde fast i den kropslige fornemmelse, hun mærker.

Jeg følger Ninas stemmeudtryk og synger derfor med mere volumen fra tone 48 og frem.

NINAS GRAD AF FOKUS

Nina reagerer på min guidning og synger markant kraftigere på tone 48, hvorefter hun synger med mere volumen resten af øvelsen. Denne stigning i volumen, kan som før nævnt, forklares ved, at der sker en aktivering af åndedrætsmuskulaturen. Denne udvikling påvirker som nævnt tonehøjden, der stiger. Nina starter de sidste tre toner, hvilket kan forklares ved at hun både mentalt og kropsligt er mere 'vågen' og parat.

Nina afbryder øvelsen efter tone 50. Hendes stemmeføring er derpå lav og rolig. Det er svært at tyde hvad hun siger. Afbrydelsen skiller sig ud fra de afbrydelser, der finder sted i øvelsens første del. Ninas lave stemmeføring indikerer, at øvelsen har støttet en nedregulering af Ninas arousalniveau, samt virket centrerende og gjort det muligt for Nina at være samlet, fokuseret og mere nærværende.

OPSUMMERING OG KONKLUSION AF SIDSTE DEL AF ANALYSEN

Analysen af den sidste del af øvelsen peger på, at Nina har været i en afspændt og meditativ tilstand, som hun bevæger sig ud af. I denne del af øvelsen er Ninas stemme kraftigere, tonehøjden stiger, de sidste toner er kortere og initieres af Nina. Selvom der sker en aktivering af kroppen, er Ninas tilstand fortsat karakteriseret ved et fravær af de maniske kendetegn, som gjorde sig gældende i den første del af øvelsen.

OPSUMMERING OG KONKLUSION AF BEGGE MIKROANALYSER

Der anvendes både non-verbal og verbal guidning. Glissando-øvelsen og første del af kernetone-øvelsen er karakteriseret ved verbal guidning og en mere styrende terapeutrolle. Glissando-øvelsen er den mest terapeutstyret, hvorimod kernetone-øvelsen bærer præg af non-verbal guidning og en mere lyttende terapeutrolle. I kernetone-øvelsen anvendes non-verbal og subtil guidning gennem min stemmekvalitet og berøring. Sammenholdes terapeutrollen, stemmeøvelsen i sig selv og varigheden af kernetone-øvelsen, understøttes antagelsen, at kernetone-øvelsen formår at centrere Nina og at centreringsen også er tilstede en tid efter øvelsen.

Ninas og mit stemmeudtryk bliver mere synkront til sidst i glissando-øvelsen. Ninas tonale nedgang forlænges og længden af glissandoerne forlænges. I kernetone-øvelsen er der tendens til, at Ninas toner er længere og kraftigere i første del af øvelsen. Ninas stemme er svagere i den midterste del og pitch'en bliver lavere. Tonerne bliver kortere men mere regelmæssige.

I glissando-øvelsen og i begyndelsen af kernetone-øvelsen er Nina præget af maniske symptomer, hvilket kommer til udtryk gennem kropslig uro og verbale afbrydelser, samt et uregelmæssigt åndedræt. I slutningen af glissando-øvelsen ses en tendens til øget fokus. Den antagelse understøttes af, at mit og Ninas åndedræt samt glissando-bevægelserne er synkroniseret.

I kernetonen ses en lignende udvikling, hvor Nina bliver mere fokuseret i løbet af øvelsen. Det viser sig især i den midterste del af øvelsen, hvor der opstår flow i form af en regelmæssighed i tonernes og pausernes længde. Det indikerer, at der sker en nedregulering af arousalniveauet, som tager sin begyndelse under glissando-øvelsen og manifesteres yderligere i kernetone-øvelsen.

Analysen peger på, at terapeutrollen og progressionen i øvelserne tilsammen indvirker på Ninas maniske symptomer, samler hendes opmærksomhed og styrker hendes centrering og grounding. Yderligere kan det forstås sådan, at terapeutrollen, induktionsøvelsen og glissando-øvelsen, gør det forberedende arbejde til, at Nina, på trods af sin mani, kan udholde at være i kernetone-øvelsen. Det indikerer, at det faktisk er muligt at bryde ind i et manisk udtryk og kortvarigt ændre det. Nina kan herigennem opnå en fornemmelse af ro, hvilket kan give hende en oplevelse af, at hun har mulighed for at præge sin tilstand.

TEORETISK PERSPEKTIVERING

Under mit arbejde med analysen har det neuropsykologiske perspektiv hjulpet med min forståelse af forløbet. Jeg vil bruge Den Polyvagale Teori, som er udviklet af Stephen Porges, leder af Brain Body Center på psykiatrisk institut ved Illinois Universitet, som en forståelsesramme for det musikterapeutiske behandlingsforløb med Nina.

Jeg vil starte med en overordnet gennemgang af teorien, hvorefter jeg vil uddybe de begreber, der er relevante for min analyse. Jeg vil hen ad vejen relatere teorien til Ninas diagnose og behandlingsforløb. Til sidst vil jeg gennemgå de relevante begreber i relation til mine analysefund.

DEN POLYVAGALE TEORI

Porges teori tager afsæt i evolutionspsykologien og beskriver de psykofysiologiske systemer der har betydning for menneskers sociale engagement og vores følelse af at høre til (Porges, 2018).

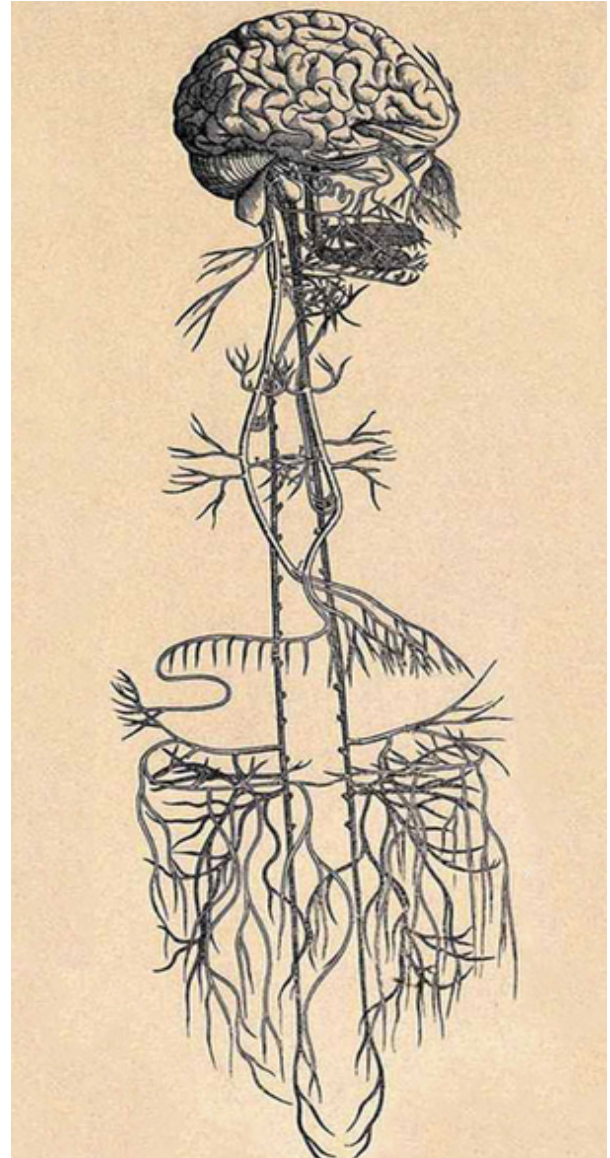
Den polyvagale teori henviser til vagusnerven, som er den 10. kranienerve. Vagusnerven er placeret i hjernestammen og er den længste af de tolv kranienerver. Den rækker langt ned i legemet og

forgrener sig ud med nervetråde til en række muskler herunder indvoldene.

Navnet Vagus henviser til disse vidtrækkende forbindelser. Vagus kommer af latin og betyder vandrende (Den Store

Danske, 2019). I Porges teori henviser polyvagal ligeledes til den myeliniserede vagusnerves forbindelser til kroppen (se figur 11). Vagusnerven regulerer ansigtsmuskulatur, musklerne i mellemøret, tunge, svælg, stemmebånd, lunger, hjerte, organer i bughulen og tarme (Porges, 2018).

Vagusnervens forbindelse til lunger og hjerte, muskulaturen i struben og muskulaturen i mellemøret betyder, at vagusnerven er nøglen i vokalisering (Ridder, 2011; Porges, 2018). Jeg vil uddybe vagusnervens relevans for vokalisering og dermed terapirette stemmebrug senere i kapitlet.



Figur 11: Vagusnerven

Jeg vil først gennemgå vores nervesystems evolutionære udvikling, da det kan give en forståelse af de forsvarsreaktioner, der kan forhindre os i at indgå i social interaktion.

DE TRE NEURALE ENERGISYSTEMER

Porges (2010; 2018) beskriver de tre neurale energisystemer og hvordan de medfører forskellige reaktioner og adfærd.

I de fleste hvirveldyr er der to primære forsvarssystemer, henholdsvis immobilisering og kamp/flugt. Porges (2018) beskriver immobilisering (det umyeliniserede vagussystem) som

den mest primitive forsvarsreaktion. Den ses for eksempel hos dyr der 'spiller døde'. Denne evolutionært ældste forsvarsreaktion aktiveres af det parasympatiske nervesystem.

Immobilisering lukker ned for nervesystemet og sænker stofskiftet, for på den måde at minimere kroppens energiforbrug til de mest nødvendige funktioner - de indre organer. I følge Porges (2004; 2018) er næste skridt i den evolutionære udvikling af nervesystemet, det sympatiske nervessystem, hvorigennem kamp/flugt reaktionen aktiveres. Gennem denne forsvarsreaktion sker en hurtig mobilisering af kroppen, som kræver energi, ressourcer og handlekraft.

Porges (2010; 2017; 2018) bidrager via sin teori til forståelsen af det tredje system, som kun findes hos pattedyr. Det er et komplekst og raffineret neuralt delsystem, der regulerer vagusnerven og derigennem pattedyrs komplekse sociale adfærd og tilknytningsadfærd. Systemet er en gren af det parasympatiske nervesystem. Porges kalder dette system for *det sociale engageringssystem* (det myeliniserede vagussystem) (fra engelsk: the social engagement system).

På figur 12 ses et overblik over de tre neurale energisystemer og deres forbindelse til forskellige dele af vores nervesystem. Skemaet er inspireret af Levine (2012) Ridder (2011) Porges (2018). Jeg har tilføjet manisk episode under mobilisering.

Fylogenetisk stadie	Kropslig reaktion/adfærd	Aktivering af nervesystem
Immobilisering	Kroppen stivner (kroppen 'spiller død', dissociation, depression)	Det parasympatiske nervesystem (umyeliniseret vagus)
Mobilisering	Kamp/flugt (aktivering, stress, manisk episode)	Det sympatisk nervesystem
Socialt engagement	Social interaktion, beroligelse, selvtro, kommunikation (oplevelse af tryghed og ro)	Det parasympatiske nervesystem (myeliniseret vagus)

Figur 12: De tre neurale energisystemer

FORSVARSSYSTEMERNE

Overordnet er de forskellige dele af nervesystemet afstemt til at vurdere potentielle farer i det omgivende miljø. Når omgivelserne opfattes som trygge aktiveres socialt engagement, hvilket hæmmer de mere primitive systemer, der aktiverer kamp/flugt reaktioner eller immobilisering.

Det sociale engageringssystem danner grundlag for pattedyrs evne til at indgå i sociale samspil og social kommunikation og hører til de evolutionært mere avancerede neurale kredsløb. Mennesker og andre pattedyr reagerer først og fremmest på trusler i omgivelserne ved en aktivering af det sociale engageringssystem og gennem tilknytningsadfærd søger vi

kontakt med andre mennesker for at opnå beskyttelse. Når denne sociale adfærd ikke yder beskyttelse i en truende situation, engageres det sympatiske nervesystem og aktiverer en kamp/flugt reaktion. Den sidste mulighed for overlevelse, hvis de foregående forsøg ikke har ydet beskyttelse, er en aktivering af det ældste system, immobilisering. Det autonome nervesystem fungerer således hierakisk (Porges, 2010; Levine, 2012).

FORSVARREAKTIONER

Porges (2010) pointerer, at mange af vores reaktioner på “fare” sker ubevidst og er et resultat af vores nervesystems udvikling, der bygger på ældre og mere primitive strukturer i hjernen. *“Many of the features of risk and safety are not learned, but are hardwired into our nervous system and reflect adaptive strategies associated with our phylogenetic history” (s. 1).*

Den polyvagale teoris uddybende forståelse af de primitive forsvarsreaktioner betyder, at den anvendes indenfor traumeterapi (Levine, 2012; Badenoch, 2018; Ogden, 2006). Porges antager, at når hjernen er skadet eller stresset og derfor ikke fungerer optimalt, falder den tilbage i nogle evolutionært mere primitive funktionsniveauer. De primitive forsvarsreaktioner blokerer for det sociale engageringssystem, således at adgang til beroligelse gennem tilknytningsadfærd ikke er mulig, før der genvindes et mere avanceret funktionsniveau. Denne forståelse er central for mange teorier om traumer og traumebehandling. Jeg antager at en manisk episode påvirker hjernen på samme måde, således at primitive forsvarsreaktioner dominerer.

DEN MANISKE EPISODE OG FORSVARREAKTIONER

Under en manisk episode er der høj aktivitet i det sympatiske nervesystem, hvilket aktiverer primitive forsvarsreaktioner. Det resulterer i, at Nina har et højt arousalniveau. Hun er udadreagerende i begyndelsen af indlæggelsen, kæmper imod og må både indlægges og medicineres under tvang. Ud fra teorien kan dette ses som udtryk for, at den maniske episode udløser en kamp/flugt reaktion. Nina er ikke i stand til selv at regulere forsvarsreaktionerne og har ikke mulighed for at finde beroligelse via social interaktion og tilknytningsadfærd.

I det næste afsnit vil jeg lave en uddybende beskrivelse af det sociale engageringssystem og dets betydning for vores oplevelse af tryghed. Det gør jeg med udgangspunkt i begrebet *neuroception*.

NEUROCEPTION

Pattedyrs evne til at sænke hjertefrekvensen opstår, da der sker en udvidelse af vagusnervens forbindelser for at regulere de indre organer, herunder hjertet. En langsomme hjerterytme støtter kropslig ro, som er nødvendig for social interaktion

(Porges, 2010). Udviklingen af det sociale engageringssystem hos pattedyr har øget chancerne for overlevelse, da denne forfinelse af nervesystemet har gjort os bedre i stand til at vurdere omgivelserne og potentielle farer. Denne ubevidste evalueringsproces kalder Porges (2010; 2018) *neuroception*.

Porges (2018) opererer med betegnelsen *fysiologisk tryghed*. Han argumenterer for at fysiologisk tryghed er helt grundlæggende og reguleres uden sammenhæng med følelser og humør. I følge Porges (2015) øger vi graden af fysiologisk tryghed ved at hjælpe hinanden med at regulere nervesystemet og dæmpe de neurale forsvarsmekanismer. Følelsen af fysiologisk tryghed aktiverer de myeliniserede vagus forbindelser, der blandt andet sørger for at hjertefrekvensen sænkes.

Porges (2015) understreger, at der er en tæt forbindelse mellem vores oplevelse af tryghed, vores sociale adfærd og vores helbred. Graden af tryghed vurderes som tidligere nævnt gennem en ubevidst neural proces, som i følge Porges adskiller sig fra perception og han kalder det neuroception for at understrege, at det er en ubevidst proces (Porges, 2018).

“Neuroception functionally decodes and interprets the assumed goal of movements and sounds of inanimate and living objects. Thus, the neuroception of familiar individuals and individuals with appropriately prosodic voices and warm, expressive faces frequently translates into a positive social interaction, promoting a sense of safety. Although we are often unaware of the stimuli that trigger different neuroceptive responses, we are generally aware of our body’s reactions” (Porges, 2018, s. 58).

Overstående citat peger på, at selvom neuroception er en ubevidst proces, kan den til en vis grad bevidstgøres gennem en øget opmærksomhed på, hvordan vores krop reagerer på stimuli fra omgivelserne og vi kan være opmærksomme på at opsøge situationer, der giver kroppen signaler om tryghed.

NEUROCEPTION I RELATION TIL NINAS BEHANDLINGSFORLØB

Vores nervesystem vurderer konstant signaler fra omgivelserne og de indre organer. Denne proces giver enten signaler om tryghed, fare, eller livsfare. Forsvarssystemerne aktiveres derefter. Porges er af den overbevisning, at vi som mennesker må arbejde for at dæmpe de primitive neurale forsvarsmekanismer ved at finde og opsøge ‘signaler om tryghed’ (cues of safety) i vores omgivelser (Porges, 2018). Neuroception kan således siges at være et centralt begreb i enhver terapeutisk situation. Det er afgørende at terapeuten sender signaler om tryghed, således at det sociale engageringssystem aktiveres.

En manisk episode medfører som nævnt øget aktivitet i det sympatiske nervesystem, hvilket kan påvirke Ninas evne til at indgå i sociale interaktioner. Det sociale engageringssystem er i kraft af hendes mani mindre aktivt. I sessionerne med Nina er det derfor afgørende, at jeg, som terapeut via neuroception, giver signaler om tryghed og ro. Dette kan dæmpe aktiviteten i Ninas sympatiske nervesystem og øge socialt engagement.

Der er flere måder, hvorpå jeg kan signalere tryghed i den sociale interaktion, for eksempel via mimik, gestik og stemmeføring (Porges, 2018). Det gør sig gældende i samtalen og i de anvendte stemmeøvelser.

SIGNALER OM TRYGHED

I session 20 har Nina og jeg en samtale om talepres og selvberoligelse (se s. 55 for analyse af samtale). Jeg registrerer at Nina taler roligt uden tegn på talepres. Jeg fortæller hende dette, hvorefter hun svarer: *“det synes jeg også jeg gør lige nu, men det afhænger af hvem jeg kommunikerer med, hvis jeg for eksempel sidder overfor en overlæge, så bliver jeg utryg”*.

Citatet viser først og fremmest at Nina, på dette tidspunkt i forløbet, er i stand til at mentalisere og reflektere over egen adfærd. Vores samtale og Ninas udtalelse kan i øvrigt forstås med udgangspunkt i neuroception. Øget talepres er tidligere beskrevet som et manisk kendetegn. Med udgangspunkt i den polyvagale teori kan øget talepres betegnes som en forsvarsreaktion, der aktiveres af det sympatiske nervesystem - en slags kamp reaktion. Ud fra denne forståelse kan utrygge situationer øge maniske symptomer herunder talepres, hvilket kan være årsag til Ninas oplevelse. Det er derfor vigtigt, at jeg som terapeut med stemmeføring, ansigtsudtryk og gestik sigter mod at dæmpe aktiviteten i Ninas sympatiske nervesystem. Mine signaler om tryghed kan muligvis hjælpe med at dæmpe de maniske symptomer og derved optimere muligheden for socialt engagement og interaktion.

Analysen af samtalen og mikroanalysen af stemmeøvelserne peger på, at jeg via neuroception giver signaler om tryghed. Det viser sig ved min stemmeføring. Det ses også i den non-verbale guidning jeg anvender i glissando-øvelsen og kernetone-øvelsen. Her kan berøringen, tydeliggørelse af indåndingen og stemmeføring (den åbne klang i kernetone-øvelsen), via neuroception give signaler til Nina om tryghed.

BOTTOM-UP PROCESSER OG INTEROCEPTION

Teorien understreger, at vagusnerven er forbundet til de indre organer. Signalerne vandrer både fra de indre organer til hjernen og den modsatte vej.

“The theory emphasizes a bidirectional link between brain and viscera, which would explain how thoughts change physiology, and physiological state influences thoughts. As individuals change their facial expressions, the intonation of their voices, the pattern in which they are breathing, and their posture, they are also changing their physiology through circuits involving myelinated vagal pathways to the heart” (Porges, 2018, s. 59).

Citatet understreger tovejsforbindelsen via vagusnerven. Det sociale engageringssystem er således reguleret af komplekse neurale forbindelser, der både sender signaler fra kroppen

til hjernen (bottom-up) og fra hjernen til kroppen - de indre organer (top-down) (Porges, 2018).

INTEROCEPTION

Porges bruger begrebet interoception til at forklare, hvordan signaler fra kroppen formidles til hjernen via vagusnerven. Der er en tovejsforbindelse mellem vagusnerven og de indre organer, men størstedelen af vagus sansenervenerne sender signaler fra de indre organer til hjernen (bottom-up) (Sullivan et al. 2018).

Levine (2018) beskriver interoception, som alle de sanser der stimuleres inde i kroppen. Han uddyber dette:

“Crucially, in order to change our emotional states, it is first necessary to alter the underlying autonomic visceral, and kinesthetic sensations. for this transformation, it is essential to develop a reliable interoceptive awareness. Interoception is any sense that is normally stimulated from within the body. This involves numerous sensory receptors in the muscles and in the internal organs” (s. 21).

Citatet tydeliggør, at en øget bevidsthed omkring interoception (indre kropslige sansninger) kan påvirke de autonome processer. Interoception indebærer signaler fra muskler og indre organer. Et dybt åndedræt (maveåndedrættet) kan for eksempel stimulere tarmene.

Jeg vil citere Levine (2012), der uddyber interoception, ved at beskrive, hvordan vi mennesker har to hjerner, én i maven og én i kraniet. Kommunikationen mellem de to hjerner sker via vagusnerven.

"Sansefibrene i vagusnerven opfatter den komplekse telekommunikation, der foregår i mave, tarm og de indre organer, og formidler dem, først til (midter-) hjernestammen og derefter til thalamus. herfra påvirker disse signaler stort set hele hjernen, og der træffes ubevidste 'beslutninger', som har vidtrækkende indflydelse på vores handlinger. Mange af vores præferencer, tiltrækning og afsky og vores irrationelle frygt er resultatet af disse implicite processer i vores indre tilstand" (Levine, 2012, s.137)

Interoception er et essentielt begreb i forhold til at bygge bro mellem top-down og bottom-up processer (Sullivan et al. 2018).

Interoception kan forklare, hvordan åndedrættet kan stimulere vagusnerven og dæmpe forsvarsreaktioner. Jeg vil uddybe Porges forståelse af åndedrættet og sætte det i relation til de anvendte stemmeøvelser i Ninas behandlingsforløb, der faciliterer bottom-up processer og interoception.

ÅNEDRÆTTET

Porges (1995) pointerer, at åndedrættet påvirker reguleringen af nervesystemet via vagusnerven. Åndedrættet har direkte indflydelse på puls og hjerterefrekvens. Vagusnerven kontrollerer variationen i hjertets rytme. Ved indånding stiger hjerterytmen, hvorimod den bliver langsommere på udåndingerne (Porges, 1995). Induktions-øvelsen, glissando-øvelsen og kernetone-øvelsen har alle fokus på at gøre Ninas åndedræt dybere og forlænge udåndingen. I følge Porges sænkes hjerterefrekvensen på udåndingerne, hvilket kan forklare mikronanalysen af stemmeøvelserne og danne en teoretisk baggrund for stemmeøvelsernes relevans i forhold til at sænke hjerterefrekvens og arousal. Via åndedrættet, vokalisering og/eller kropsholdning kan vi manipulere/påvirke vagusforbindelserne mellem de indre organer og hjernen (Porges, 2014). Denne påvirkning kan aktivere det sociale engageringssystem og dæmpe forsvarsreaktioner i det sympatiske nervesystem. Derved fremmes sundhed og nærvær, hvilket fremkalder oplevelsen af samhørighed og medfølelse (Porges, 2015).

NEUROØVELSER

Vagusnervens forbindelse til lungerne har betydning for åndedrætsøvelser og vokalisering. Porges (2014) bruger betegnelsen neuroøvelser (neuroexercises) om åndedrætsøvelser, vokalisering/sang, at spille på blæseinstrument. Visse kropslige øvelser nævnes ligeledes som neuroøvelser. Porges siger følgende:

“...vagal manipulations via prayer, meditation, and chants involving vocalizations, breath and posture are both efficient and neurophysiological sound strategies capable of turning off both sympathetic and vagal pathways of defense (Porges, 2014).”

Neuroøvelserne kan dæmpe sympatiske og parasympatiske forsvarsreaktioner, hvilket fremmer socialt engagement. Neuroøvelserne er et eksempel på en bottom-up proces, hvor indre sanseindtryk via interoception stimulerer vagusnerven.

Aktivitet	Neurologisk respons
Vokalisering (sang, chanting)	Vagusstimuli via nerver i strube og svælg, åndedrættet
Åndedræt	Vagusstimuli via åndedrættet
Kropslige øvelser	Vagusstimuli via bevægelse - regulering af blodtrykket

Figur 13: Neuroøvelser

DEN UDTRYKSFULDE STEMME

“You wear your heart in your voice and in your facial expression” (Porges, 2014).

Overstående citat knytter sig til den forståelse, at menneskers fysiske og psykiske tilstand kommer til udtryk gennem stemmen (Porges, 2018; Baker, 2007; Storm, 2013).

Vagusnerven er nøglen til vokalisering. Ovenstående citat henviser til en central forbindelse, der opstår når det sociale engageringssystem aktiveres. Det er en forbindelse Porges (2018) kalder ansigt-hjerte forbindelsen. Den betyder, at vores følelsesmæssige tilstand bliver synlig for andre gennem vores ansigtsudtryk og stemme. Vores ansigt og stemmeføring kan via neuroception give signaler til andre om tryghed. Ligeledes opfanger og tolker vores nervesystem ubevist disse signaler fra andre mennesker.

Porges (2015) understreger den menneskelige stemmes betydning for vores evne til at kommunikere vores følelser og give andre signal om tryghed. Når vi er trygge beroliges hjertet via vagusnerven, dette påvirker stemmebåndene og har betydning for stemmeføringen, der bliver mere varieret og tonelejet lidt dybere. Derimod hvis hjertefrekvensen bliver højere (stress, utryghed, manisk adfærd) vil det bevirke, at stemmeføringen bliver mindre varieret og tonelejet højere. Den neurale forbindelse til hjertet og stemmebåndene betyder, at menneskers fysiologiske tilstand, som tidligere nævnt kommer til udtryk via deres stemme og intonation. Signalerne går begge veje. I skemaet over neuroøvelser (se figur 13) ses, at vokaliseringens stimulering af muskulaturen i struben påvirker vagusnerven, så sympatisk aktivitet dæmpes.

EVNEN TIL AT LYTTE

Vagusnerven regulerer som nævnt en lang række muskler, der har at gøre med vokalisering. Foruden hjertet, lungerne og muskulaturen i struben regulerer vagusnerven musklerne i mellemøret, hvilket har betydning for vores evne til at opfange stemmeføringen hos andre mennesker.

Når vagusnerven understøtter ro, gennem lav hjertefrekvens og en afspændt strube muskulatur, fremmer musklerne i mellemøret vores evne til at registrere den menneskelige stemme, herunder små variationer og en blødere stemmeføring. Det kommer til udtryk ved at baggrundsstøj dæmpes, så vi kan høre selv små variationer i intonation i andre menneskers stemmer. Forsvarssystemerne beroliges via neuroception, da vi bliver i stand til at opfange signaler om tryghed fra andre mennesker. Vores evne til at lytte er centrale for vores mulighed for at indgå i sociale samspil (Porges, 2015).

Porges (2010) beskriver, hvordan de muskler der er aktive når vi signalerer vores emotionelle tilstand ligeledes er aktive, når vi skaber og lytter til musik:

“The muscles of the face and head are involved both in listening to and in producing of music. The muscles that we use to signal our emotional state are involved not only in the production of vocal and instrumental music (i.e., via wind instruments), but also in the active process necessary to actively listen to music (i.e., the modulation of our middle ear muscles) (Porges, 2010, s. 3.). “

I citatet fremhæves Porges blæserinstrumenter og sang, da de indebærer kontrol af åndedrættet og især har fokus på udåndingen, hvilket har positiv indvirkning på vagusnerven (jf. neuroøvelser).

KROP- OG STEMMEØVELSERNE I FORLØBET MED NINA

Jeg vil nu gennemgå nogle relevante begreber og sætte dem i relation til krop- og stemmeøvelserne.

BOTTOM-UP OG INTEROCEPTION

Den polyvagale teori understreger, at der er en tovejs forbindelse mellem kroppen og hjernen. Interoception er indre sansninger som via bottom-up forbindelser påvirker nervesystemet. De anvendte krop- og stemmeøvelser medfører en række indre sansninger, der er knyttet til vagusforbindelserne. Øvelserne indebærer derfor interoception. Centralt for stemmeøvelserne er arbejdet med åndedrættet, hvilket aktiverer lungerne og sænker hjertefrekvensen. Ninas egen stemme i glissando-øvelsen og kernetone-øvelsen stimulerer hendes strube muskulatur. Ligesom hendes muskulatur i mellemøret stimuleres via hendes egen stemme og min stemme. Krop- og stemmeøvelserne kan ud fra Porges (2014) kategoriseres som neuroøvelser. Induktionsøvelsen kan kategoriseres som en åndedrætsøvelse. Her er der fokus på, at åndedrætsfrekvensen sænkes og åndedrættet bliver dybere via en forlængelse af udåndingen. Glissando-øvelsen og kernetone-øvelsen har ligeledes fokus på en forlængelse af udåndingen og indebærer tilmed vokalisering, der yderligere stimulerer vagusnerven.

Interoception er et essentielt begreb i forhold til at bygge bro mellem top-down og bottom-up processer. Neuroøvelserne stimulerer vagusnerven via kroppen og fungerer som nævnt via bottom-up forbindelser. Men top-down forbindelserne er også i spil. De to forbindelser påvirker hinanden og kan derfor ikke forstås uafhængigt af hinanden.

STEMMEFØRING OG EVNEN TIL AT LYTTE

Analysen af samtalen peger på, at krop- og stemmeøvelserne har indvirkning på Ninas maniske symptomer, da hendes stemmeføring bliver langsommere og roligere og hun evner at lytte. Sætter vi dette i relation til den Polyvagale Teori, kan det tyde på, at øvelserne har dæmpet aktiviteten i det sympatiske nervesystem. Det medfører, at Nina taler langsommere, hvilket giver pauser til at jeg kan tale, ligeledes afbryder hun ikke min tale. Vagusnerven kan understøtte ro via åndedrættet og en afspændt strube muskulatur. Det sænker hjertefrekvensen og fremmer via musklerne i mellemøret vores evne til at registrere den menneskelige stemme, altså vores evne til at lytte. Øvelsernes stimulering af vagusnerven betyder, at Nina efter øvelserne er mere modtagelig for interoception, herunder min

stemmeføring. Hun er bedre i stand til at lytte, hvilket styrker aktiviteten af det sociale engageringssystem.

OPSUMMERING OG KONKLUSION

TRYGHED

Porges (2018) understreger at følelsen af tryghed er kompleks og ikke reduceres til blot at være afhængig af, hvorvidt der er farer eller trusler i vores omgivelser. Denne kompleksitet kan overføres til den maniske episode og Ninas case, hvor der er en lang række faktorer, der spiller ind i forhold til at skabe ro og tryghed i sessionerne.

Porges (2018) nævner tre grundlæggende forudsætninger for oplevelsen af tryghed:

1. det autonome nervesystem kan ikke være i en forsvarsreaktion (kamp/flugt, immobilisering)
2. det sociale engageringssystem skal aktiveres, så vi ikke reagerer via forsvarsreaktionerne. Det sociale engageringssystem nedregulerer aktiviteten i det sympatiske nervesystem, hvilket er afgørende for vores helbred, og kroppens evne til regenerering og vækst.
3. vi skal via neuroception finde signaler om tryghed (cues of safety) i vores omgivende miljø (andres stemmeføring, venlige ansigter).

De tre punkter kan ses i relation til Ninas behandlingsforløb.

1. En høj aktivitet i Ninas autonome nervesystem, medfører maniske symptomer og kan siges at være et udtryk for en kamp/flugt reaktion. Det kommer især til udtryk i den første halvdel af forløbet, hvilket vanskeliggør social interaktion, kontakt og verbal dialog i sessionerne. Krop- og stemmeøvelserne kan via stimulering af vagusnerven dæmpe forsvarsreaktionerne, hvilket kan forklare at de maniske symptomer er mindre tydelige efter øvelserne.
2. Krop- og stemmeøvelserne kan via bottom-up forbindelser (strube- og mellemøre-muskulatur, lunger, hjerte) stimulere vagusnerven og dæmpe sympatisk aktivitet. Krop- og stemmeøvelserne fungerer som 'neuroøvelser', der støtter en aktivering af det sociale engageringssystem. En aktivering af dette system betyder, at aktiviteten i det sympatiske nervesystem dæmpes.
3. I krop- og stemmeøvelserne og i samtalen har jeg via neuroception givet Nina signaler om tryghed. Det har jeg gjort via stemmeføring, mimik og gestik.

RESULTATER AF ANALYSE

Med udgangspunkt i spørgsmålene fra min problemformulering vil jeg præsentere de vigtigste fund fra min analyse.

Min analyse viser, at der er et tæt samspil mellem Ninas psykiske tilstand, de enkelte sessioners struktur og hele forløbets struktur, valg af interventioner og progressionen af disse, samt min terapeutrolle. Ninas psykiske tilstand betyder, at jeg efter første session træffer valg, der ændrer forløbets form og min terapeutrolle. Strukturen i session 2-20 er karakteriseret ved at være enkel og stram og min rolle som terapeut er styrende.

Resultaterne af analyserne understøtter, at sessionernes form og struktur samt progression af interventionerne betyder, at de anvendte virkemidler i stemmeøvelserne kan indvirke på Ninas maniske tilstand. Ninas udbytte af terapien afhænger af mine valg i forhold til terapeutrolle, progression af de valgte interventioner, struktur af de enkelte sessioner og forløbet. Fundene i analysen indikerer, at det er nødvendigt at være vedholdende og stole på virkemidlerne i de valgte interventioner, i dette tilfælde kroppen og stemmen. Resultatet af mikroanalysen af både glissando- og kernetone-øvelsen i session 13 bekræfter min hypotese om, at stemmeøvelserne kan nedregulere Ninas arousalniveau. Det viser sig ved, at Nina gradvist er mere fokuseret og nærværende i stemmeøvelserne. Åndedrættet bliver mere regelmæssigt og der er fokus og flow i anden del af kernetone-øvelsen, hvor Nina formår at samle sin opmærksomhed og holde den fokuseret i 5 1/2 minut uden at afbryde øvelsen. Resultatet af analysen af samtalen før og efter interventionerne i session 13 understøtter dette. Der sker en gradvis bedring i Ninas psykiske tilstand, som kan aflæses i analysen. Desuden ses det, at sessionerne går fra at være korte og hyppige til at blive længere og med større mellemrum. De tre faste stemmeøvelser forbliver en central del af strukturen, men min styrende rolle som terapeut lempes i takt med, at Ninas mani aftager. Dette giver plads til mere samtale, refleksion, fri stemmeimprovisation og en mere lyttende og guidende terapeutrolle.

Den Polyvagale Teori uddyber forståelsen af de anvendte krop- og stemmeøvelsers regulering af Ninas arousalniveau. Den understøtter bottom-up processers indflydelse på nervesystemet og giver en god og relevant teoretisk forklaring på, hvordan åndedræt og vokalisering kan stimulere vagusnerven og dæmpe forsvarsreaktioner via en aktivering af det sociale engageringssystem. Analysen og den teoretiske perspektivering tydeliggør sammenhængen mellem teori og praksis. Det uddyber forståelsen af de anvendte terapeutiske interventioner og teknikker og hvordan de støtter en aktivering af det sociale engageringssystem.

- **Krop- og stemmeøvelserne:** aktiverer Ninas stemme og gør hendes åndedræt dybere og mere regelmæssigt.
- **Neuroception:** jeg giver Nina signaler om tryghed via min stemme, mimik, berøring og gestik.
- **Synkronicitet og entrainment:** via non-verbal guidning (stemmeudtryk og berøring) spejler og støtter jeg Ninas stemmeudtryk, samt styrker et regelmæssigt og dybt åndedræt.

KAPITEL 5

AKTIV MUSIKTERAPI I BEHANDLINGEN AF AKUT MANI

GAF-score, Global Assessment of Function (se bilag 6), er en funktionsscore, der bruges til at tilpasse behandlingen i hospitalspsykiatrien til patienternes aktuelle funktions- og relationelle niveau. Assessmentredskabet viser, at receptiv musikterapi anvendes helt fra de første faser af behandlingen, hvorimod aktiv musikterapi først anbefales i behandlingens sidste faser.

Ninas musikterapeutiske behandlingsforløb viser, at aktiv musikterapi er en mulighed selv i den akutte fase af en manisk episode. Det, der er afgørende, er hvilken tilgang der anvendes både i forhold til interventioner og terapeutrollen. Mine analyseresultater viser, at tydelighed i terapeutrollen og i de terapeutiske interventioner er centralt i forløbet. Sessionerne ligger tæt og har en klar og enkel struktur. Kombinationen af sessionernes hyppighed, den faste struktur, interventionernes progression og den styrende terapeutrolle har vist sig at være afgørende for Ninas udbytte. Jeg har ikke kendskab til andre musikterapeutiske behandlingsforløb, der har korte, hyppige sessioner, en fast og klar struktur og hvor de samme interventioner gentages session efter session.

I kraft af Ninas maniske tilstand var terapeutrollen i første halvdel af forløbet så vidt muligt non-verbal, guidende og styrende. Jeg måtte bevare overblikket og være bevidst om de langsigtede musikterapeutiske behandlingsmål og på den måde overtage ansvaret for en tid. Jeg måtte minde Nina om, hvad formålet med øvelserne var, fordi hun glemte det fra dag til dag. Det, der var afgørende, var at jeg kunne guide hende til at mærke sin krop efter øvelserne, hvilket muliggjorde en kropslig fornemmelse af formålet.

Den styrende terapeutrolle var særligt i begyndelsen udfordrende for mig. Senere fik jeg mere tillid til de valgte interventioner. Jeg kunne se, at de havde en indvirkning på Ninas maniske symptomer, hvilket gav mig støtte til at være vedholdende og lade øvelserne arbejde.

DEN POLYVAGALE TEORI - BOTTOM-UP

Den Polyvagale Teori fungerer som en teoretisk forståelsesramme. Jeg blev bekendt med teorien under udarbejdelsen af analysen. Siden da har jeg fået øje på, hvordan teorien hænger sammen med min forforståelse (menneskessyn, det relationelle). I følge den Polyvagale Teori kan Ninas mani dæmpes via en aktivering af det sociale engageringssystem. Det handler om at skabe vilkår, som støtter op om det grundlæggende menneskelige behov for at mærke samhørighed. Ninas autonome ubevidste reaktioner på omverdenen påvirker hendes mulighed for at opleve samhørighed. I følge Porges (2014) er

trygt samvær med andre den mest effektive vej til at regulere nervesystemet. De anvendte krop- og stemmeøvelser kan danne en ramme for samvær, hvor jeg giver Nina signaler om tryghed, hvilket dæmper forsvarsreaktioner og muliggør en oplevelse af samhørighed. Via min stemme, mit nærvær og min berøring kan jeg non-verbalt vise Nina, at jeg er der for hende. Dette gør sig især gældende i kernetone-øvelsen, hvor jeg har fokus på at følge Ninas stemmeudtryk, hvilket signalerer omsorg - jeg viser at jeg hører hende. Via mit nærvær og stemmeudtryk kan jeg vise omsorg og vise vejen til ro. Mit dybe åndedræt, samt mit åbne og bløde stemmeudtryk, kan signalere tryghed, hvilket muliggør entrainment og påvirker Ninas nervesystem. Min ro og mit nærvær påvirker Nina. Denne non-verbale og kropslige kontakt, kan betegnes som en interkropslighed (Thøgersen, 2004; Merleau-Ponty, 2006).

AT GIVE DET INDRE ET UDTRYK

Under indlæggelsen er der i høj grad fokus på Ninas *ydre* udtryk og de maniske symptomer. I session 15 beskriver Nina, at hun er meget opmærksom på hvordan hun opfører sig og siger "*man bliver diagnosticeret øjeblikkeligt*". Personalet har fokus på Ninas adfærd, hvilket giver hende en følelse af, at hun konstant bliver vurderet og at hun ikke kan leve op til deres ide om hvordan en 'rask' patient opfører sig. Det ydre fokus og en oplevelse af ydre kontrol påvirker hendes grad af tryghed.

Det overordnede fokus på de musikterapeutiske behandlingsmål, har betydet at min rolle, i den første halvdel af forløbet, har været styrende. På trods af det, har jeg mødt Nina åbent og med fokus på at skabe et trygt og omsorgsfuldt terapeutisk rum. Ninas øvrige behandling er som nævnt præget af kontrol og struktur og musikterapien tilbyder, trods den klare struktur og faste form, sammenlignet med den øvrige behandling, et friere rum.

Min styrende rolle har haft en anden karakter end den 'tvang' Nina har været udsat for på afdelingen. Min rolle på afdelingen er en anden end det faste personales. I kraft af de miljøterapeutiske tiltag på afdelingen har jeg en anden kontakt til patienterne, da jeg ikke har ansvar for eksempelvis basal pleje og medicinering. Nina forbinder ikke mig med den kontrol hun oplever på afdelingen. Vores relation er en anden. Jeg kan møde Nina fordomsfrit og åbent og se det hele menneske (jf. morfologien). Dette er afgørende for, at det musikterapeutiske forløb, trods fast struktur og terapeutisk styring, fungerer som et mere kærligt og fordomsfrit rum.

Fra session 20 og frem oplever jeg, at musikterapien skaber et rum, hvor Nina har mulighed for at lade sit *indre* få udtryk. Med Ninas indre, mener jeg følelser og tanker og ideer. Nina er kunstner og flere gange siger hun, at hun lever af ideerne, af tankerne og at de er en vigtig del af hende som menneske. Ud fra et lægefagligt perspektiv kan Ninas tanker og ideer være symptomer på manien og skal derfor behandles og medicineres. Nina er bange for at miste sin kreativitet og der er ikke meget plads til, at hun kan give sit indre et

udtryk. Det musikterapeutiske behandlingsforløb kan modsat den øvrige behandling muliggøre, at Ninas følelser og sårbarhed kan få et udtryk. Det kan ske i de 'faste' stemmeøvelser, men i højere grad indenfor rammen af den kliniske improvisation som bliver en del af sessionerne i forløbets fase 3 og 4.

METODEKRITIK

Min analyse ville have været mere fyldestgørende, hvis jeg havde optagelser fra forløbets begyndelse. I kraft af Ninas maniske symptomer var jeg, som terapeut, mest udfordret i begyndelsen af forløbet. En analyse af interventionerne i de første sessioner, ville have uddybet forståelsen af forløbet i sin helhed, herunder terapeutrollens udvikling.

I mikroanalysen har jeg anvendt en kvalitativ og kvantitativ tilgang til behandling af data. I analysen anvendes overvejende den kvalitative tilgang. De kvantitative data står ikke alene, men må sættes i relation til de kvalitative data. Det udvider forståelsen af analysen, men en mikroanalyse af stemmeøvelserne fra flere sessioner kunne have givet større incitament for at anvende den kvantitative tilgang.

Analysen af samtalen indebærer en vurdering af Ninas maniske symptomer og kendetegn. I denne analyse ville det være yderst relevant med member-check. Dog har jeg haft relevant sparring med min vejleder.

PERSPEKTIVERING

Analysens resultater danner grundlag for videre undersøgelse. Det kunne være interessant, at lave mikroanalyse af stemmeøvelserne fra flere sessioner, herunder se om tempoet i kernetone-øvelsen ændrer sig over tid.

Da jeg ikke har kunnet finde forskning, der undersøger aktiv musikterapi i behandlingen af mani, kan videre undersøgelse af dette område være relevant. Det kunne være spændende at undersøge om sessionens form og struktur, herunder progressionen af de tre centrale interventioner, tæthed og varighed af sessionerne, samt den styrende terapeutrolle har en indvirkning på maniske patienter.

LITTERATURLISTE

-
- Austin, D. S. (2008). *The Theory and Practice of Vocal Psychotherapy: Songs of the self*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Badenoch, B. (2018) The heart of trauma: Healing the embodied brain in the context of relationships. New York, NY, US: W W Norton & Co.
- Baker, F. (2007). Using Voice Analysis Software to Analyse the Sung and Spoken Voice. I: Wosch, T., & Wigram, T. (2007). *Microanalysis in music therapy: methods, techniques and applications for clinicians, researchers, educators and students*. (T. Wosch, T. Wigram, & B. L. Wheeler, Eds.). London: Jessica Kingsley, 107-119
- Baker, F. & Uhlig, S. (2011). *Voicework in Music Therapy. Research and Practice*. London: Jessica Kingsley Publishers London.
- Bonde, L. O. (2014). Musikterapeutisk musikforståelse. I: *Musikterapi-teori, uddannelse, praksis, forskning*. Århus: Klim, 81-100.
- Bonde, L. O. & Ridder, H. M. (2014). Musikterapeutisk forskning: Et overblik. I: Bonde, L. O. (red.) *Musikterapi-teori, uddannelse, praksis, forskning*. Århus: Klim, 407-425.
- Bonde, L. O., Pedersen, I. N., Rasmussen, A. M. & Jacobsen, S. L. (2014). Henvisningskriterier og klinisk praksis i musikterapi –en introduktion. I: Bonde, L. O. (red.) *Musikterapi-teori, uddannelse, praksis, forskning*. Århus: Klim, 245-247.
- Bonny, H. L. (1978). *Facilitating guided imagery and music sessions / by Helen L. Bonny*. (H. L. Bonny, Ed.). Baltimore, Md. : ICM Books.
- Brandtbjerg, Merete (1994): Tag vare på dig selv som behandler. Tilgængelig online på: www.moiaku.dk Livsstrømme: ([www.brandtbjerg.dk/moiaku/litteratur/artikler/tagvare rev udg.pdf](http://www.brandtbjerg.dk/moiaku/litteratur/artikler/tagvare_rev_udg.pdf)).
- Bruscia, K. (1987). *Improvisational Models of Music Therapy*. Springfield: Charles C. Thomas Publication.
- Bruscia, K. (2005). Designing Qualitative Research. I: Wheeler, B. (red.) *Music Therapy Research* 2nd ed. Gilsum NH: Barcelona Publishers, 129-138.
- Bruscia, K. (2014). *Defining Music Therapy*. (K. Bruscia, Ed.). S.l. : Barcelona Publishers.
- Burns, D.S. & Masko, M.K. (2016) Combining Interpretivist with Objectivist Method in Explanatory Sequential Design. I: Wheeler, B. L., & Murphy, K. M. *Music therapy research / edited by Barbara L. Wheeler & Kathleen M. Murphy*. (B. L. Wheeler, Ed.) (3. edition). Dallas, Tex. : Barcelona Publishers, 1193-1210.
- Calderón J.E. (2019) The Truth in Psychiatry and Neurosciences. I: Gargiulo P., Mesones Arroyo H. (eds) *Psychiatry and Neuroscience Update*. Springer, Cham.
- Carr, C., Odell-Miller, H., & Priebe, S. (2013) A Systematic Review of Music Therapy Practice and Outcomes with Acute Adult Psychiatric In-Patients. *PLoS ONE*, 8(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0070252>
- Den store danske (2019). Nervus vagus. Tilgængelig online på: http://denstoredanske.dk/Krop,_psyke_og_sundhed/Sundhedsvidenskab/Organl%C3%A6re_og_speciel_histologi/nervus_vagus
- Faurholt-Jepsen, M., Busk, J., Frost, M., Vinberg, M., Christensen, E. M., Winther, O., Kessing, L. V. (2016). Voice analysis as an objective state marker in bipolar disorder. *Translational Psychiatry*, 6, e856.
- Forinash, M. & Grocke, D. (2005). Phenomenological inquiry. In B.L. Wheller (Ed.), *Music therapy*

- research, 2nd Edition. Gilsum NH: Barcelona Publishers.
- Fredens, K. (2012). *Mennesket i hjernen*. En grundbog i neuropædagogik. København: Hans Reitzels Forlag.
- Gadamer, Hans-Georg (2005). *Sandhed og Metode*. 1. Udgave. 1. Oplag. København: Gyldendal.
- Galynker, I.I., Yaseen, Z.S., Koppolu, S.S. et al. (2016). Increased sleep duration precedes the improvement of other symptom domains during the treatment of acute mania: a retrospective chart review. *BMC Psychiatry*, 16: 98. <https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1186/s12888-016-0808-7>
- Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (2007). *Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression* (2nd edition). New York: Oxford University Press.
- Hart, S. (2006). *Hjerne, samhörighed, personlighed: Introduktion til neuroaffektiv udvikling*. Kbh : Hans Reitzels Forlag.
- Hart, S. & Bentzen, M. (2013). *Jagten på de nonspecifikke faktorer i psykoterapi med børn*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Hedges, L. E. (1994). *Working the organizing Experience*. New Jersey: Jason Aronson INC. Northvale.
- Hougaard, E. (1996). *Psykoterapi - teori og forskning*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Kenny, C. (2006). *Music & Life in the Field of Play: An Anthology*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Kerr, I. B. (2001). Report Analytic Therapy for Post-Acute Manic Psychosis on a Care Unit. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 129, 117–129.
- Kessing, L. V. (2010). Affektive lidelser. I: Simonsen, E., & Møhl, B. (red.) *Grundbog i psykiatri*, 1. udgave, 3. Oplag, København: Hans Reitzels Forlag, 331-360.
- Kompetencecenter for Affektive Lidelser (2019). Tilgængelig online på: <https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/Psykiatriske-centre/Psykiatrisk-Center-Koebenhavn/Undersoegelse-og-behandling/Kompetencecenter-for-affektive-lidelser/Sider/default.aspx>
- Kragh-Sørensen, P. & Kessing, L.V. (2009). Affektive Lidelser. I: Mors, O., Kragh-Sørensen, P., & Parnas, J. *Klinisk psykiatri*. (O. Mors, Ed.) (3. udgave). Kbh. : Munksgaard Danmark, 361-446.
- Lam, D. H., Burbeck, R., Wright, K., & Pilling, S. (2009). Psychological therapies in bipolar disorder: The effect of illness history on relapse prevention—A systematic review. *Bipolar Disorders*, 11(5), 474–482. doi:10.1111/j.1399-5618.2009.00724.x
- Levine, P. A. (2012). *Den tavse stemme : hvordan kroppens sprog kan opløse traumer og skabe velvære*. (P. A. Levine, Ed.). Kbh. : Hans Reitzel.
- Levine, P. A. (2018). Polyvagal theory and trauma. I: Porges, S. & Dana. D.A. (red.) *Clinical applications of the polyvagal theory: The emergence of polyvagal informed therapies*. New York, NY: W. W. Norton, 3–24.
- Looft, M. & von der Leith, V. (2010). *Anatomi og fysiologi*. Kbh: Munksgaard Danmark, 59-72.
- Lowen, A. (1975). *Bioenergetics*. Penguin Compass.
- Lowen, A. (1995). *Den guddommelige krop*. København: Borgens forlag.
- Merleau-Ponty, M. (2006). *Kroppens fænomenologi*. Viborg: Det Lille Forlag.
- Mors, O., Kragh-Sørensen, P., & Parnas, J. (2009). *Klinisk psykiatri*. (O. Mors, Ed.) (3. udgave). Kbh. : Munksgaard Danmark.
- Mors, O., Kragh-Sørensen, P. & Parnas, J. (Red.). (2010). *Klinisk psykiatri*. Kbh: Munksgaard Danmark
- Nejst, R. (2019). Interview om behandlingen af bipolarlidelse. Psykiatrisk Center Tórshavn d. 10.

april, 2019.

- Nolan P (1991) Group Improvisation Therapy for a Resistant Woman with Bipolar Disorder - Manic. In: Bruscia KE, editor. *Case studies in music therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers, 451–464.
- Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2006). *Trauma and the Body. A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: W. W. Norton & Company.
- Ordnet (2019). Åndedræt. Tilgængelig online på:
<https://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=%C3%A5ndedr%C3%A6t>
- Pedersen, I. N. (1998). Musikterapi som det første skridt i en psykoteraeutisk behandlingsform med skizofrene/psykotiske patienter, 1(1). <https://doi.org/10.5278/ojs.mipo.v1i1.40>
- Pedersen, I. N. (2002): Psychodynamic Movement. A Basic Training Methodology for Music Therapists. In : Eschen, J. T. *Analytical music therapy*. London : Jessica Kingsley, 190-215.
- Porges, S. W. (1995). Orienting in a defensive world: Mammalian modifications of our evolutionary heritage—A polyvagal theory. *Psychophysiology*, 32, 301–318.
- Porges, S.W. (2004). Neuroception: A subconscious system for detecting threats and safety. *Zero to Three: Bulletin of the National Center for Clinical Infant Programs*, 5, 1, 19-24.
- Porges, S.W. (2010). Music Therapy and Trauma: Insights from the Polyvagal Theory. In: K. Stewart (ed.) *Symposium on Music Therapy & Trauma: Bridging Theory and Clinical Practice*. New York: Satchnote Press.
- Porges, S. W. (2014) forelæsning på Stanford University: The Psychophysiology of Compassion: <http://ccare.stanford.edu/videos/science-of-compassion-2014-the-psychophysiology-of-compassion/>
- Porges, S. W. (2015). Making the World Safe for our Children: Down-regulating Defence and Up-regulating Social Engagement to 'Optimise' the Human Experience. *Children Australia*, 40(2), 114–123. <https://doi.org/10.1017/cha.2015.12>
- Porges, S. W. (2018). Polyvagal theory: A primer. *Clinical Applications of the Polyvagal Theory: The Emergence of Polyvagal-Informed Therapies*, 50–69. Retrieved from https://www.somaticpsychotherapytoday.com/wp-content/uploads/2018/05/ClinicalApplicationsOfPolyvagalTheory_PG50-69.pdf
- Psykiatrifonden (2019). Bipolar lidelse: tilgængelig online på:
<https://www.psykiatrifonden.dk/viden/diagnoser/bipolar-lidelse/bipolar.aspx>
- Psykiatrien region Nordjylland (2019). Tilgængelig online på:
<http://www.psykiatri.nj.dk/forsundhedsfaglige/specialeplanlaegning/maalgruppebeskrivelse-hospitalspsykiatrien>
- Ridder, H.M. (2011). How Can Singing in Music Therapy Influence Social Engagement for People with Dementia? Insights from the Polyvagal Theory. In: Baker, F. & Uhlig, S. *Voicework in Music Therapy. Research and Practice*. London: Jessica Kingsley Publishers London, 130-146.
- Robson, C. (2011). *Real World Research : a resource for users of social research methods in applied settings*. (C. Robson, Ed.) (3. ed.). Chichester : John Wiley.
- Ruud, E. (2005). Philosophy and Theory of Science. I Wheeler, B. L. (Red.), *Music Therapy Research* 2nd ed. Gilsum: Barcelona Publishers, 33-44.
- Rørbeck, L. & Høgel, S. (1993). *Tal rigtigt – syng godt*. 3. udgave. København: C.A. Reitzels forlag.
- Schibbye, A.-L. L. (2010). *Relationer : et dialektisk perspektiv på eksistentiel og psykodynamisk psykoterapi*. (A.-L. L. Schibbye, Ed.) (2. udgave). Kbh. : Akademisk Forlag.
- Schou, K., Nygaard, I., & Ole, L. (2011). Musiklytning til patienter i skærmmning . Pilotundersøgelse

- på Musikterapiklinikken Aalborg Psykiatriske Sygehus. *Musikterapi i Psykiatrien Årsskrift 2011, Årg. 6*(Nr. 1).
- Scott, J., Colom, F., & Vieta, E. (2007). A meta-analysis of relapse rates with adjunctive psychological therapies compared to usual psychiatric treatment for bipolar disorders. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 10(1), 123–129.
- Silveman, D. (2011). *Qualitative research : issues of theory method, and practice*. Sage.
- Simonsen, E. & Møhl, B. (Red.). (2010). *Grundbog i Psykiatri*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Sind (2019) Tilgængelig på: http://www.sind.dk/bipolar_lidelse
- Smeijsters, H. & Aasgaard, T. (2005). Qualitative Case Study Research. I: Wheeler, B. (red.) *Music Therapy Research* 2nd ed. Gilsum NH: Barcelona Publishers, 440-457
- Stern, D. (2000). *Spædbarnets interpersonelle verden*. Kbh: Hans Reitzels forlag.
- Stern, D. N. (2010a). *Vitalitetsformer : dynamiske oplevelser i psykologi, kunst, psykoterapi og udvikling*. (D. N. Stern, Ed.). Kbh. : Hans Reitzels forlag.
- Stern, D. N. (2010b). *Forms of vitality : exploring dynamic experience in psychology, the arts, psychotherapy, and development / Daniel N. Stern*. (D. N. Stern, Ed.). Oxford : Oxford University Press.
- Storm, S. (2007). Den menneskelige stemme. Psykologi og psykodynamisk stemmeterapi. I: Bonde, L.O. (Red.), *Psyke & Logos*, Vol. 28 (1), s. 447-477. Kbh: Dansk Psykologiske Forlag.
- Storm, S. (2013) Research into the Development of voice Assessment in music Therapy. Chapter 4, PhD Dissertation. Department of Communication and Psychology – Faculty of Humanities. Aalborg University, 60-105.
- Storm, S. (2017). Den menneskelige stemmes stimulering af krop og psyke. I: Beck, B. D., & Lindvang, C. *Musik, krop og følelser : neuroaffektive processer i musikterapi*. Frederiksberg: Frydenlund Academic, 252-268.
- Sullivan, M. B., Erb, M., Schmalzl, L., Moonaz, S., Taylor, J. N., & Porges, S. W. (2018). Yoga Therapy and Polyvagal Theory: The Convergence of Traditional Wisdom and Contemporary Neuroscience for Self-Regulation and Resilience.(Report). *Frontiers in Human Neuroscience*, 12.
- Szentágotai-Táatar, A., & David, D. (2018). Evidence-Based Psychotherapy: The State of the Science and Practice. In: David, D., Lynn, S. J., & Montgomery, G. *Evidence-based psychotherapy : the state of the science and practice / edited by Daniel David, Steven Jay Lynn, Guy H. Montgomery*. (D. David, Ed.) Hoboken, NJ, USA : John Wiley & Sons, Inc.
- Thøgersen, U. (2004). *Krop og fænomenologi: En introduktion til Maurice Merleau-Pontys filosofi*. Århus: Systime Academic.
- Videbech, P. (2010). *Psykiatri : en lærebog om voksnes psykiske sygdomme*. (P. Videbech, Ed.) (4. udgave). Kbh. : FADL.
- Wheeler, B. L., & Kenny, C. (2005). Principles of qualitative research. I: Wheeler, B.L.(Red.), *Music Therapy Research—Second Edition*, s. 59-71. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Weyman, E. & Tüpker, R. (2016). Morphological Research. I: Wheeler, B. L., & Murphy, K. M. (red.). *Music therapy research*. (3. ed.). Dallas, Tex. : Barcelona Publishers, 1007-1015.
- Widlocher, D.J. (1983). Psychomotor retardation: Clinical, theoretical, and psychometric aspects. *Psychiatry Clinical North America*, 6, 27-40.
- Wigram, T., Pedersen, I. & Bonde, L.O. (2002). *A Comprehensive Guide to Music Therapy: Theory, Clinical Practice, Research and Training*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Wigram, T. (2004). Improvisation: Methods and techniques for music therapy clinicians, educators,

and students. London: Jessica Kingsley Publishers.

Wosch, T., & Wigram, T. (2007). *Microanalysis in music therapy: methods, techniques and applications for clinicians, researchers, educators and students*. (T. Wosch, T. Wigram, & B. L. Wheeler, Eds.). London : Jessica Kingsley.

Wosch, T. & Erkkilä, J. (2016). Microanalysis in Objectivist Research. In: B.L. Wheller (Ed.), *Music therapy research*, Third Edition. Gilsum NH: Barcelona Publishers, 1153-1167.

Wrangsjö, B. (1989). *Kropsorienteret psykoterapi*. 1. udgave. København: Munksgaard.

Østervig Andersen, S. (2003). Udvikling af den terapeutiske alliance – indførelsen af «den dialogiske komponent». *Fokus På Familien*, 32(04), 227–264.

BILAG

Audioptagelser af glissando-øvelsen og kernetone-øvelsen, samt læringsportefølje findes som separate filer. Følgende bilag findes i dette dokument:

Bilag 1: Samtykkeerklæring

Bilag 2: Guidede afspænding i induktionsøvelsen

Bilag 3: Afkrydsningsskema

Bilag 4: Ninas tegning fra session 28

Bilag 5: Billeder fra Praat

Bilag 6: GAF

BILAG 1: SAMTYKKEERKLÆRING


Landssjúkrahúsið

SAMTYKKEERKLÆRING

Undertegnede [redacted]
tillader hermed musikterapistuderede **Laura Stenbæksgaard** og forsker **Sanne Storm** ansat ved
Psykiatriskí Depilin, Tórshavn, Færøerne at anvende materiale fra mit terapeutiske
behandlingsforløb til følgende formål:

1. Skriftlig beskrivelse og analyse af materialet fra det terapeutiske behandlingsforløb i
anonymiseret form (f.eks. studieopgave i form af speciale, artikler) **X**
2. Mundtlig beskrivelse af det terapeutiske behandlingsforløb i anonymiseret form (f.eks.
studieopgave i form af præsentation, forelæsning) **X**
3. Til undervisning af personale og uddannelser indenfor sundhedssektoren **X**

Tilladelsen gælder anvendelse af:

1. lydoptagelser **X**
2. videooptagelser _____
3. evaluerings- og spørgeskemaet **X**

Musikterapeuten og forskeren forpligter sig til at sikre **fuld anonymitet** vedrørende materiale, der
anvendes. Oplysninger hvort genkendelse er mulig anvendes ikke.

Undertegnede [redacted]
har til enhver tid ret til at trække denne tilladelse helt eller delvist tilbage.

Dato: 19/12-18 [redacted]
[redacted]
[redacted]

S. Storm
Musikterapeut og forsker
Sanne Storm, cand.mag og PhD i musikterapi
Psykiatriskí Depilin
Landssjúkrahúsið Tórshavn, Færøerne

Psykiatriskí Depilin
Erangarbur 13, PO-100 Tórshavn, Tel. (+298) 304740 fax 312880 www.hi.fo

BILAG 2: GUIDET AFSPÆNDING I INDUKTIONSØVELSEN

GUIDET AFSPÆNDING

Luk øjnene og mærk at du trækker vejret.

Du mærker din krop... du kan starte med at mærke hvordan du sidder på stolen. mærk at din krop kan falde til ro her på stolen. Mærk kroppens tyngde ned i stolen, mærk hvordan din krop berører stolen, prøv at se for dit indre blik det aftryk din krop laver ned i stolen. Hvor berører kroppen stolen, sædet ned i stolen, måske hviler din lænd mod ryglænet. Se aftrykket for dig.

På en udånding kan du tillade din krop at synke lidt længere ned i det aftryk. mærk at stolen tager imod din krop.

Så flytter du opmærksomheden til dine fødder, mærk hvordan de hviler i gulvet, dine fodsåler mod gulvet, måske kan du mærke en temperatur, kulde eller varme, måske kan du mærke dine tæer.

Så flytter du igen opmærksomheden til stolen du sidder på, mærk kroppens tyngde her og på en udånding giver du lidt mere slip ned i sædet.

Flyt nu opmærksomheden til dine hænder, mærk hvordan de hviler i dit skød, mærk håndfladerne, mærk temperaturen på dine hænder, måske kan du mærke hver enkelt finger. Måske kan du mærke varme fra dine hænder mod dine lår, tyngden fra dine hænder mod dine lår.

Nu flytter du opmærksomheden til dit ansigt. Mærk dit ansigt, måske kan du give lidt slip på nogle af musklerne i ansigtet. Mærk kæbeledet, der kan ofte være spændinger der, mærk at du kan give slip i kæbeledet... lad der blive lidt mere plads inde i kæbeledet. Mærk tungen og lad tungen hvile i undermund.

Så flytter du opmærksomheden til øjnene og alle de små muskler omkring øjnene, måske kan du give lidt slip der, mærk at du kan blive blød i området omkring øjnene. Og panden... mærk panden og mærk at du kan give slip og lade panden blive blød.

Mærk hele ansigtet og mærk hvordan hele ansigtet kan smelte og blive blødt.

Så flytter du opmærksomheden til dit åndedræt, mærk at du trækker vejret. Mærk hvordan din brystkasse hæver sig og sænker sig i takt med dit åndedræt.

Du trækker vejret ind gennem næsen og puster ud gennem munden, (jeg synkroniserer mit åndedræt med Ninas og illustrerer tydeligt indånding og udånding, mens jeg guider) og med læberne laver du en lille modstand på udåndingen. På udåndingerne tømmer du lungerne helt for luft og mærker hvordan de igen fyldes med luft.

Åndedrættet fortsætter ind gennem næsen ud gennem munden, med en lille modstand.

BILAG 3: AFKRYDSNINGSSKEMA

Skema

11/10

Før:

Vurder mængden af tanker

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	--------------	---	---	---	---	----

en del tanker, men lige nu er de hukket i baggrunden
fordi hun har grebet

Vurder grad af ro/uro i kroppen

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	--------------	---	---	---	---	---	----

noget mindre ro

Efter:

Vurder mængden af tanker

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	--------------	---	---	---	---	---	---	---	----

Vurder grad af ro/uro i kroppen

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	----

helt rolig

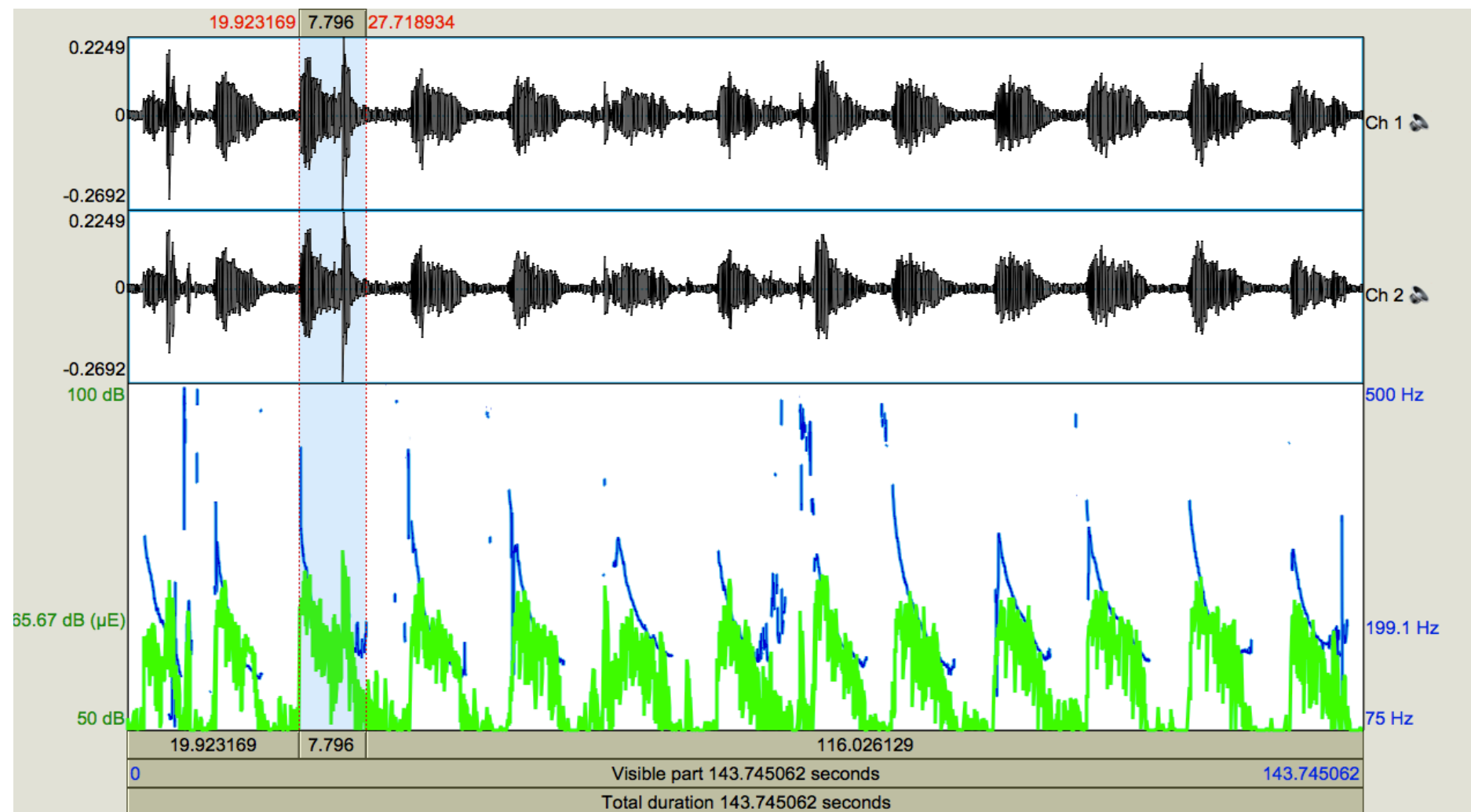
BILLAG 4: NINAS TEGNING FRA SESSION 28



BILAG 5: BILLEDER FRA PRAAT

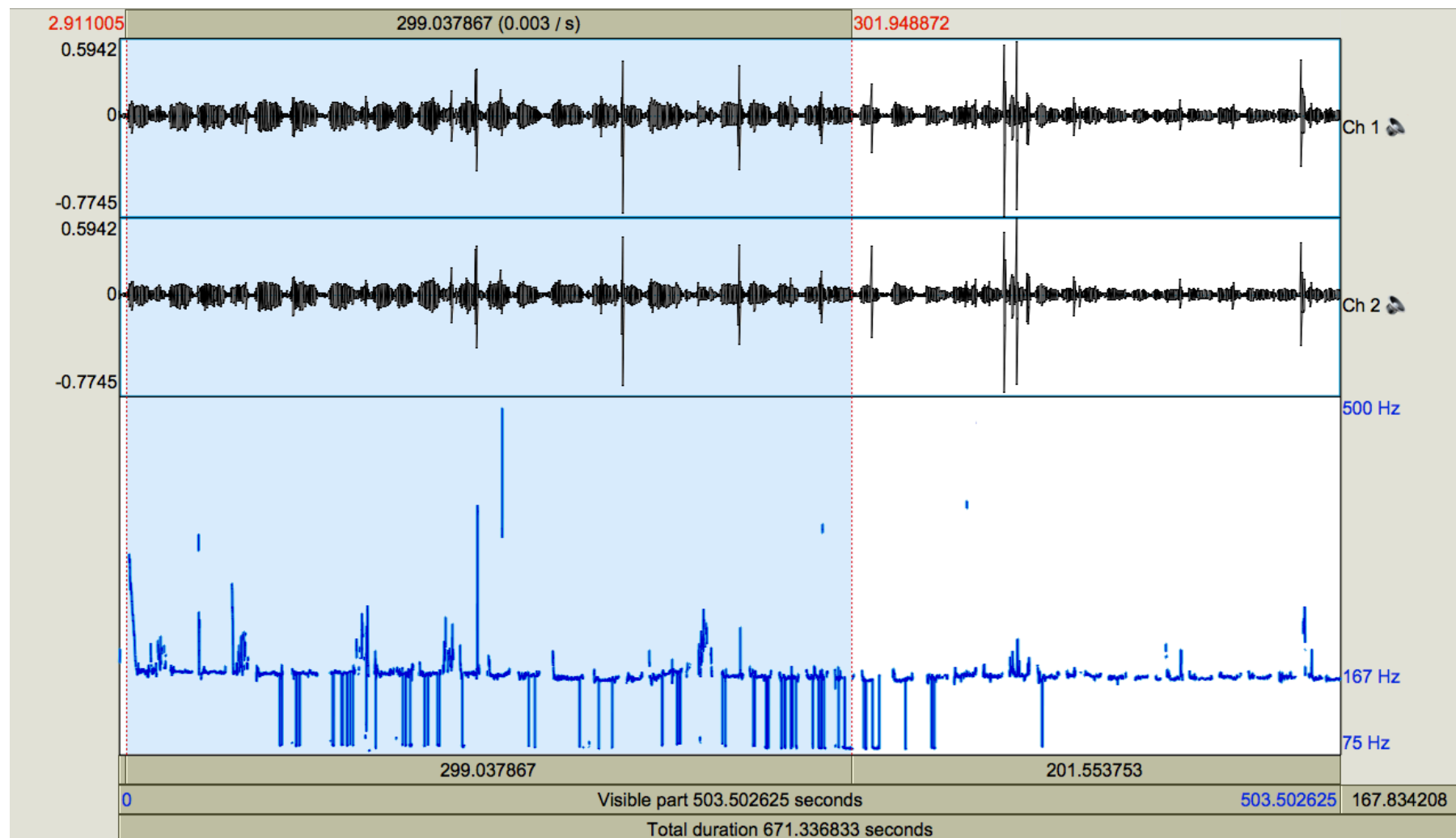
GLISSANDO-ØVELSEN

Markeringen viser hvordan jeg har målt længden på de enkelte glissandoer. Jeg har målt kerntonernes længde på samme måde.



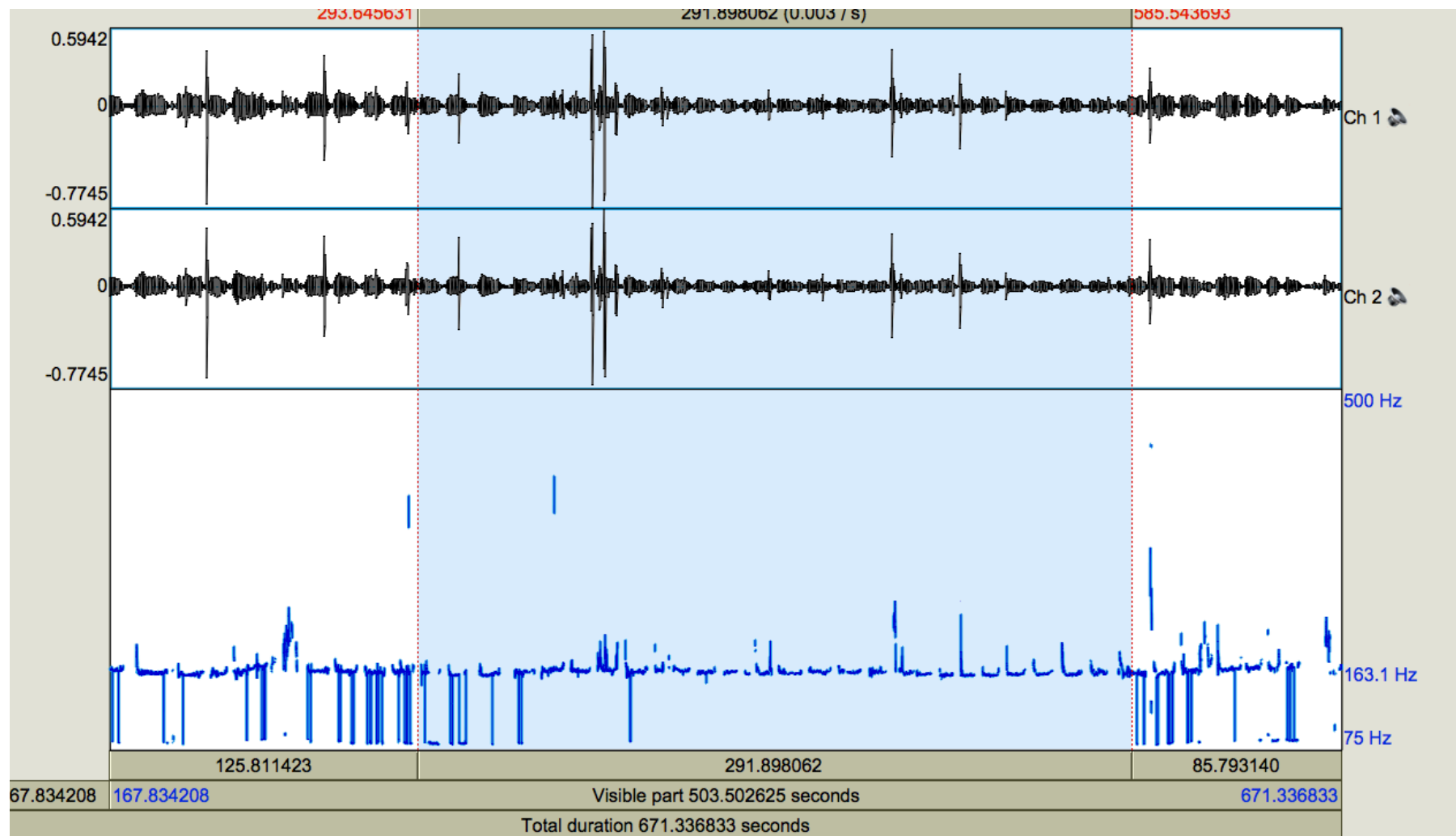
Både volumen og pitch er markeret nederst.

KERNETONE-ØVELSEN – FØRSTE DEL



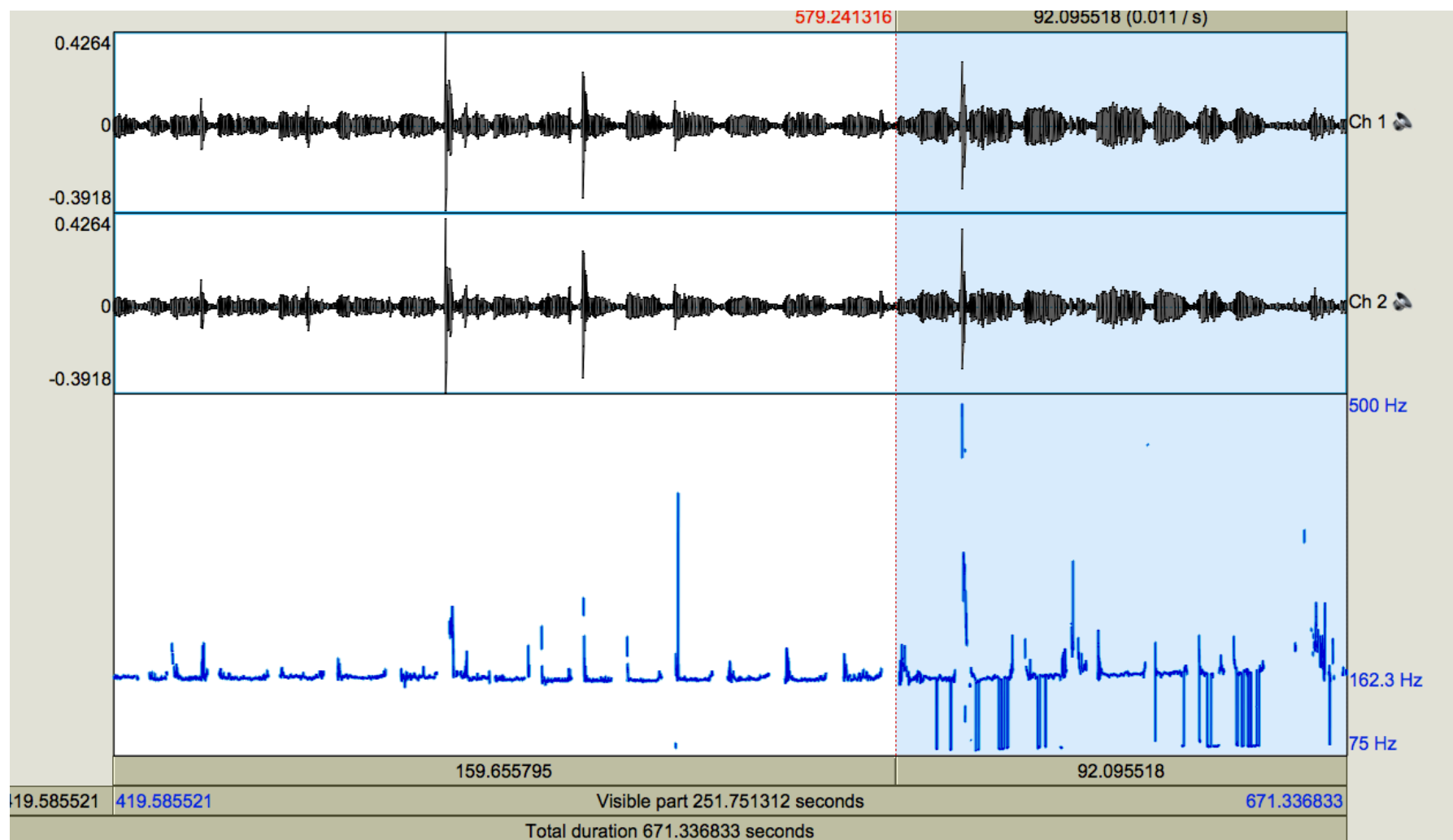
Pitch er vist nederst. Den første del af kernetone-øvelsen er markeret.

KERNETONE-ØVELSEN - ANDEN DEL



Anden del af kernetone-øvelsen er markeret.

KERNETONE-ØVELSEN – TREDJE DEL



Sidste del af kernetone-øvelsen er markeret.

BILAG 6: GAF

Vektlegging av de ulike behandlingstilnærmingene ut fra pasientens relasjonelle prosessnivå/GAF-nivå. Vektleggingen er veiledende, og det må gjøres individuelle tilpasninger i forhold til den enkelte pasient.

