



---

# GIM-BEHANDLING AF EN TRAUMATISERET FLYGTNING MED PTSD – MED FOKUS PÅ TRAUMEBEARBEJDNING

---

For the first time after long time of afraidness and remembering those bad days of my life, that I have spent as a prisoner – today I can feel that I´m free now and they are not able to catch me again to the cave, and I think it´s something that happened just because of the music and the therapy....

---



TORBEN MOE.

Musikterapeut fra Aalborg Universitet og Ph.d i Musikterapi i 2001. Torben Moe har arbejdet i psykiatrien i en årrække, og er pt. forskningsleder på et projekt om behandling af traumatiserede flygtninge med PTSD. Den musikterapeutiske del af dette projekt tager udgangspunkt i den musikterapeutiske metode Guided Imagery and Music (GIM). Torben Moe er formand for den Europæiske Forening for GIM-terapi (EAMI) og underviser desuden i GIM-metoden i Danmark og udlandet. Henvendelse: [tormo@regionsjaelland.dk](mailto:tormo@regionsjaelland.dk)

## Abstract

Artiklen omhandler en case med fokus på direkte traumebehandling i traumefokuseret Guided Imagery and Music (GIM). Patienten deltog i et mixed methods feasibility-pilotprojekt vedrørende behandling af traumatiserede flygtninge, som er beskrevet i artiklen Feasibility of trauma-focused Guided Imagery and Music with adult refugees diagnosed with PTSD – a pilot study. Patienten modtog 16 sessioner over en periode på ca. 6 måneder. I artiklen gives eksempler på traumefokuserede interventioner og eksempler på patientens kommentarer, oplevelser, refleksioner og udbytte af behandlingen. Behandlingstilgangen i konteksten med traumatiserede flygtninge er en ny variation inden for spektret af GIM-terapi, og beskrivelsen af behandlingsforløbet understøttes af teoretisk forståelse af processen. Resultater for pilotstudiet viser, at patienten fik signifikant udbytte af terapien. Dette bliver understøttet af patientens egne udtalelser i evalueringen af forløbet samt ud fra data fra de spørgeskemaer, der blev anvendt i undersøgelsen. Patienten har efter GIM-forløbet en score på Harwards Trauma Questionnaire (HTQ), som ligger under cut-off for diagnosen PTSD og scorer markant højere på WHO-5 livsstil-skemaet.



## Fokus

I det ovenfor nævnte pilotprojekt med traumatiserede flygtninge, som nærværende artikel tager afsæt i [Beck, Meyer, Cordtz, Søgaard, Simonsen, & Moe, 2016a], er det ikke alle patienter, der når frem til traumbearbejdningsfasen i en faseinddelt behandlingsmodel. Overskriften på de fire faser i denne model er: 1. stabilisering, 2. emotionel regulering og tolerance, 3. direkte traumbearbejdning og 4. nyorientering. Modellen beskrives nærmere senere i artiklen.

Denne artikel tager udgangspunkt i spørgsmålet: Hvordan griber terapeuten det an, når en patient når traumbearbejdningsfasen, og hvorledes kan GIM struktureres og anvendes til dette formål?

## Case

Casen omhandler en 26-årig mandlig, afghansk flygtning [M], nu bosiddende i Danmark.

M har boet det meste af sit liv i Afghanistan i nærheden af i Kabul, men har på grund af uro og krig i landet flyttet en del og har blandt andet boet i Pakistan. M flygtede under dramatiske omstændigheder til Danmark for 3 år siden.

M er opvokset i et trygt familie miljø og har 3 søskende, heraf en storebror som også er bosat i Danmark, en lillesøster bosat i Kabul og en lillebror, der bor sammen med patientens mor nær Kabul. Den nu afdøde fader har i perioder undervist på universitet i Kabul.

M har hele sin opvækst oplevet krig og krigslignende tilstande, set døde mennesker, mennesker med afskårne arme og ben og har set mennesker blive skudt.

M har studeret engelsk og har ligesom sin bror fungeret som tolk for de amerikanske styrker i Afghanistan. M og dennes far og onkel blev, kort før M flygtede ud af landet, fængslet af en terroristorganisation og holdt fanget i en skjult grotte, hvor de blev tortureret i forsøg på at få dem til at fortælle, hvor M's bror befandt sig. De blev slået voldsomt og M brækkede bl.a. hånden.

Kort tid efter løsladelsen blev M's far brutalt skudt på åben gade, og M flygtede uden familiens vidende til Danmark på dramatisk vis. Flugten varede flere måneder og indebar mange traumatiske og livstruende oplevelser undervejs, herunder et fængselsophold i Serbien og en farefuld tur over en biflod ved Sortehavet. M skubbede en båd i vandet med andre flygtninge, idet der var for mange mennesker i båden, og dermed medvirkede han til at redde hele gruppen på 10 personer.

M kommer til Danmark i 2013 og er voldsomt plaget af PTSD-symptomer: Flashbacks, søvnforstyrrelser, koncentrationsvanskeligheder og paranoide tankeforstyrrelser. Symptomerne er specielt fremherskende, når han er alene i sin lille lejlighed på landet. På sigt håber han at blive familiesammenført med sin afghanske kone. Trods sine mange og plagsomme PTSD-symptomer påbegynder han et skoleforløb på VUC for at lære dansk, men må opgive på grund af symptomerne.

## Musikterapiforløbet

I august 2014 henvises M til behandling for PTSD på Klinik for Traumatiserede Flygtninge i Region Sjælland under diagnosen PTSD.

Som musikterapeut på Klinik for Traumatiserede Flygtninge i Roskilde møder jeg M første gang i slutningen af 2014, og M indvilliger i at deltage i vores musikterapipilotprojekt. Set ud fra de spørgeske-maer, som M udfylder i pilotprojektet, bekræfter besvarelsen hans kritiske tilstand og PTSD-symp-tomer. M har udtalte søvnproblemer, flashbacks, andre PTSD-relaterede symptomer og oplever en meget ringe livskvalitet.

Ved forsamlingen fremstår M venlig, men garderet; han beholder f.eks. sit overtøj og sin hue på under hele samtalen. M fortæller, at han har meget svært ved at gå pga. smerter i fødderne og desuden lider af vitaminmangel. Han føler sig generelt svag og udmattet. Det lykkes dog for ham at gå fra bussen til klinikken via guidning fra klinikkens personale. Han behøver guidning, da han har vanskeligt ved at retningsorientere sig.

M nævner, at han oplever koncentrationsvanskeligheder og angiver dette som grund til ikke at få udrettet noget som helst. Han fortæller, at han er menneskesky og føler et fysisk pres i hovedet det meste af tiden. Dette kan han ikke blive kvit. Når han er sammen med andre mennesker, mister han hurtigt fornemmelsen af sig selv og trækker sig.

Efter forsamlingen giver jeg som en del af projektet M en CD med "grundmusik", der rummer seks korte musikstykker, som han bringer med hjem. Musikudvalget på CD-en indeholder både musik af vestlig og mellemøstlig oprindelse og anvendes til assessment af patienternes musikpræferencer [se musiklisten i artiklen: Musik og billeddannelse (GIM) med PTSD-ramte flygtninge: Introduktion til tre case-studier.]

I den første session fremhæver M et musikstykke, som han særligt godt kan lide, og vi lytter til guitaristen Kaare Norges "Homage to life" - en hyldest til livet. En interessant titel, som M ikke kender til. M er meget glad for stykket, og vi anvender det flere gange i de første sessioner. Stykket får værdi for M som et trygt anker.

I første session fortæller M endvidere, at han tidligere var interesseret i musik og ofte har hørt afghansk musik. Han synes, at guitarstykket har en særligt beroligende virkning på ham og føler sig holdt oppe af den optimistiske tone og melodi.

Følgende er M's respons på et evalueringsspørgsmål efter første session: Spørgsmålet lyder: "Var der noget, der var hjælpsomt for dig i sessionen i dag". M svarer:

*"The music was very helpful for me when I was listening to it and now I feel very good. Now I can say that I have connectivity to my brain again. I can think again".*

Dette udsagn tolkes således, at der via musikken er skabt en forbindelse i M's selvopfattelse, en forbindelse mellem krop og hjerne. Dette udsagn fortæller endvidere, at M ellers oplever sig selv som splittet og befinder sig i en tilstand, hvor hjerne og krop opleves adskilt. Dette kunne tyde på en dissoziativ tilstand, som blev ophævet i situationen via musikken og guidningen.

I anden session fortæller M, at han hjemme har lyttet til musikken og afspændingsøvelsen, som han har optaget på sin mobil i den første session, og det har haft en beroligende effekt. Jeg foreslår ham derfor at lytte til guitarstykket igen for at grounde denne fornemmelse yderligere. I sessionen begynder M spontant og uopfordret, under min guidede fokus-afslapningsøvelse med udgangspunkt i en kropsgennemgang, at respondere på, hvordan han oplever, at de forskellige dele af hans krop har det. Dette sker eksempelvis under min guidning (oversat til dansk): "Læg mærke til, hvordan dine fødder har det, er de varme, kolde, afslappede eller afspændte - eller noget helt tredje", hvor M spontant responderer: "Mine fødder har det OK, de er lidt kolde, men ellers OK". Dette fortsætter så fremdeles under hele øvelsen. Det er mit indtryk, at M's aktive respons i afslapningsøvelsen tyder på, at der på et tidligt tidspunkt i behandlingsforløbet dannes et tillidsforhold mellem os. Som svar på evalueringsspørgsmålet i denne session skriver M:

*"For the second time I am coming here and listening to the music and talking with Torben. I am feeling very comfortable and calm. So it helps me a lot and continue the same way listening to the music and receive very, very important advises and things"*

Hermed understreges, at gentagelse kan have en væsentlig terapeutisk effekt.

M fortæller, at han under musikken forestiller sig at gå på en bjergtop, hvor han på et tidspunkt sætter sig ned og ser ud over landskabet og oplever, at det er ham selv, der spiller guitar. Han tegner oplevelsen og skriver titlen: "Happiness" på tegningen.

I den følgende tredje session er hovedtemaet fortsat opbygning af tillid og stabilitet. M er nu i stand til i kortere perioder at distancere sig fra den ubehagelige, fastlåste tilstand, han havde været i tidligere både i og uden for sessionen. Dette afspejler, at M er gået fra fase I til fase II i 4-fase-behandlingsmodellen [se bilag 1].

I 6. session oplever M under musikken [Marcello: Oboe Concerto, Adagio], at han kommer til en hule, der ved nærmere eftersyn viser sig at være den hule, hvor han havde været i fængsel. M genoplever fængselsopholdet, hvor en terrororganisation holder ham fanget et ukendt sted i en klippehule. Under denne musiklytning er jeg i dialog med M, og han fortæller meget berørt, hvor angst han er for at dø, hvor vred han er på vagterne, om den tortur, han bliver udsat for, og sin angst for, hvad de udsætter hans far og onkel for, som også begge er fængslet. M er indespærret i hulen uden lys i dagevis og er uden kontakt med nogen. Torturen har til hensigt at tvinge de fængslede til at fortælle, hvor M's bror befinder sig; terroristerne vil have fat i ham, fordi han har fungeret som tolk for de amerikanske styrker.

M lytter som ovennævnt først til Marcellos Obokonzert, som er et langsomt, harmonisk stykke med en høj grad af forudsigelighed. M oplever sig selv fortvivlet i den bælgmørke hule. Efter Obokonzerten vælger jeg at spille guitarstykket "Concierto de Aranjuez", som begynder stille, men bliver kraftigere og mere udfarende og aggressivt ladet i passager med flere skift i de musikalske parametre [Moe, 2012; Wårje & Bonde, 2014]. Til det stykke forestiller M sig, at han er i stand til at flygte ud af hulen. Han ser sig selv løbe, så hurtigt han kan, og til sidst finder han en meget stor sten i landskabet, som han skjuler sig bag. På evalueringsspørgsmålet vedrørende hjælpsomme elementer i sessionen skriver M:

*"For the first time after long time of afraidness and remembering those bad days of my life, that I have spent there in Afghanistan as a prisoner with the [name of terror organization] – today I can feel that I'm free now and they are not able to catch me again to the cave and I think it's something that happened just because of the music, and cooperation with my doctor. Thanks to them".*

M er nu i traumbearbejdningsfasen [fase 3.], og M anfører, at han både på et mentalt og kropsligt niveau endeligt erkender, at han er i sikkerhed.

M's udsagn bekræfter den alment kendte antagelse, at traumatiske oplevelser oplagres i kroppen. Den forestillede flugt fra fængslet indebærer både en konkret kropslig komponent og en ændring af hans fortælling og historie om sig selv. Jeg ser M's evne til at bruge sin forestillingsevne som en ressource, der har været blokeret af PTSD-symptomer. Den forestillede flugt kan også forstås som en instinktiv flugt-respons, der har været lagret i M's bevidsthed, siden han var fængslet, men aldrig er kommet til udtryk.

I 7. session vil M gerne fokusere på en anden traumatisk oplevelse. M lytter på nuværende tidspunkt i terapiforløbet til musik hver dag hjemme i 20 til 40 min. og har det bedre generelt. Han taler om at komme tilbage på sprogskole på et tidspunkt og har fået bedre kontakt med andre mennesker. M beretter om en traumatisk oplevelse, som han var udsat for under flugten til Danmark, som han ikke har talt med nogen om. Denne oplevelse bliver fokus for musiklytningen. Efter aftale guider jeg M til en flodbred, som han skulle krydse under sin flugt. Han er på vej sammen med 10 andre flygtninge, herunder en familie med to mindre børn. Der er brug for en hurtig beslutning,

da en fjendtlig militærmagt er efter dem. I begyndelsen af lyttesekvensen efter afspændingen fortæller M mig [terapeuten], at han overvejer, om han skal prøve at svømme over kanalen alene. Men da han hører børnenes gråd, beslutter han at svømme ved siden af båden, som ikke kan bære vægten af hele gruppen.

Følgende er et udskrift fra en videooptagelse fra denne session. M veksler mellem dansk og engelsk, men her er alt oversat til dansk.

Musik: Arvo Pärt; Für Elena; Spiegel im Spiegel. [9:15]

[Et langsomt minimalistisk, melodisk og repetitivt stykke musik for piano og violin]. Den faste struktur og det langsomme tempo medfører ofte en fastholdelse af fokus i billeddannelsen.

*“Jeg løber... de skyder, vi skal hurtigt væk herfra.... Jeg er helt væk, hvad skal jeg gøre...råber... de andre er bange ..jeg kan ikke bestemme hvad. Der er mange, der græder... er ... er meget træt: [T: Hvad sker der nu?] Nu tænker jeg, nogen følger efter os....roligere nu / hvis de tager os / er meget bange / ud i vandet med tøj på og sko/ nu jeg tænker, at jeg skal svømme alene – men jeg ser de andre og tænker sammen / kigger på de der 2 børn / så tænker, vi skal svømme til den anden...de skriger ...meget farligt/ meget hurtigt sort vand / næsten død / mange græder /vi skal til den anden side/ meget tåget/ vandet er iskoldt/ man kan ikke se noget rigtigt/ lidt små båd, kommer vand i den nogen gange / alle sammen hjælper / på vej over.....Jeg er i vand / mine fødder gør forfærdeligt ondt / vi skubber båden / det svært at se noget overhovedet / .....*”

Musik: Einaudi: I Giorno. [5:30]

Et kort melodisk enkelt solo piano stykke som mange finder iørefaldende.

*“..... nu kommer der to.... / Jeg tror, der kommer to fugle / de tager allesammen i luften/ vi kommer allesammen afsted / løftet - meget gladere / allesammen griner og smiler / vi kun flyver /.....”*

Musik: Nielsson; Wilmas tema

Et kort melodisk pianostykke, som har været anvendt som filmmusik.

*“Jeg ønsker bare, at vi skal - kan være i luften og ikke komme tilbage til det forfærdelige sted...[T: Hvor er I nu?] Vi er langt fra det der sted/ ser lejligheder og mennesker / vi er fri mellem mennesker i byen og siger farvel til hinanden, mens vi holder tæt om hinanden. Vi overlevede.”*

Som evaluering af denne session skriver M:

*“Now I can remember the Black Sea and that afraidness and the risk....when begin the music I was completely there and I am a little bit scared now...but fortunately we are out of the risky situation and all fine. Sometimes it's fine that we are gonna remember those bad incidents of our life and better to find ways of freedom....now I think the music is that cause of my freedom of danger”.*

I denne session gentager M's spontane interaktion med musikken sig, og et skift i musikken, der indikerer mere melodisk bevægelse, ændrer M's oplevelse. Indholdet i den beskrevne oplevelse svarer til det kendte handlingsforløb, men genoplevelsen synes ikke at være et flashback. I stedet synes M at kunne genopleve uden at blive re-traumatiseret. Dette er en væsentlig forskel. I den afsluttende frisætning bliver en ny slutning på M's oplevelse af traumatet dannet. Jeg tænker, at de to fugle repræsenterer en kreativ åbenhed hos M, som har været stækket og låst fast af PTSD-symptomer.

Ovenstående to eksempler på genoplevelse af livstruende hændelser er en typisk indgang til at arbejde direkte med integration af traumatiske oplevelser i GIM-terapi. Men stærke positive minder kan også vække en direkte kontakt til voldsomme traumer. Det vil jeg gerne give et eksempel på.

I en session i terapiforløbet lytter M til Kåre Norges omtalte guitarstykke uden et på forhånd bestemt fokus. M oplever spontant en tryk situation med sin far og sin lillebror en fredelig morgen i deres hjem i Afghanistan, hvor de spiser morgenmad sammen og lytter til musik. M græder under det meste af denne session. Den stærke emotionelle respons er knyttet til tabet og savnet af faderen. M fik ikke set sin far efter fængselsopholdet, før faderen døde af talrige skud. Denne hændelse medfører, som nævnt, at M må flygte ud af landet i al hast for at redde sit eget liv. Dermed får M aldrig sagt farvel til faderen, som havde meget stor betydning for M. Sorg over tabet af en nærtstående er derfor også en vej til direkte traumbearbejdning.

Senere i forløbet, før 12. session, får M besked på, at hans ansøgning om familiesammenføring med sin hustru afvises, idet ægteskabspagten ikke lever op til danske standarder. Det medfører, at M får et emotionelt dyk og igen får store problemer med at sove. Hermed er det nødvendigt at tænke i en gen-stabiliseringsfase. (Fase I: Stabilisering.)

I 12. session er fokus på, om musikken kan hjælpe M's krop med at slappe af. M lytter til to stykker. Først Vaughan William's "Fantasi over Greensleaves", hvorunder M fortæller, at han på et tidspunkt forestiller sig at være oppe i luften ligesom skyerne, og at dette er behageligt. I det andet rolige musikstykke, som er et udsnit af en koncert for blæsere af den amerikanske komponist og pianist Hovhanness, oplever M, at han sætter sig under et træ for at hvile sig og efterfølgende forestiller sig at falde i søvn. Det lykkes således for M at forestille sig, at han sover et trygt sted i naturen, og det billede tager han med sig og får flere gange gavn af det, når han ikke kan falde til ro derhjemme.

Via bearbejdning finder M efterhånden frem til en accept af situationen, som dog fortløbende udfordres af angsten for hans kones fremtid i Afghanistan, herunder eventuelle desperate hævnakter fra hendes familie over for M's familie, f.eks. krav om, at M's lillebror skal tage pigen som hustru efter en skilsmisse eller trusler og økonomiske erstatningsmæssige krav over for M's mor, som hun ingen mulighed har for at indfri. Dette fortæller noget om, hvordan kulturelle forskelle mellem Danmark og Afghanistan kan øge stressniveauet for personer på flugt. Det skal desuden tilføjes, at afvisningen af familiesammenføringen sker i en periode, hvor der i den danske og internationale presse er overskrifter og reportager omhandlende stening af kvinder i Afghanistan, hvilket øger M's angstniveau.

Efter den afsluttende 16. session i pilotprojektet skriver M i evalueringen af hele forløbet:

*"I can see a big change in my health situation during the past 5-6 month. Now I am thinking, that everything will be fine in a couple of month. So I am thankful for my doctor and our cooperation all the time".*

Udsagnet vidner om M's udbytte af terapien og om, at vi havde en god relation.

Gennemgangen af M's terapiforløb er et eksempel på traumefokuseret GIM, hvor terapeuten skal være opmærksom på patientens aktuelle habitus, ressourcer og behov og ud fra dette være fleksibel i forhold til intervention og fokus.



## Teoretisk forståelse af M's PTSD-symptomer og restituering i terapiprocessen

M fortæller før terapiforløbet, at han føler sig fremmed over for sig selv og ofte ikke kan redegøre for sine handlinger. På vej til klinikken er han desorienteret og må guides til klinikken, og i første session fortæller han om manglende sammenhæng mellem krop og hoved. Meget tyder på, at disse beskrivelser refererer til et konstant øget neurologisk alarmberedskab og dissociative symptomer, som stammer fra de traumer, som M har været udsat for.

Pierre Janet [1889-1947] er den første, der beskriver, at dissociation er den væsentligste komponent i traumer. Minder om, hvad der skete, kan ikke blive integreret i ens generelle oplevelsesskemaer og er afspaltet fra øvrige personlige oplevelser [Van der Hart & Horst, 1989].

Fysiologisk hyperarousal synes at være en forudsætning for, at dissociation opstår [Hull, 2002], og manglende integration i ens generelle oplevelsesskemaer bevirker, at oplevelserne lagres som affektive stadier eller somatoforme sensoriske elementer af traumet [Van der Kolk, Van der Hart, & Burbridge, 1995]. Når patienten oplever situationer, såkaldte "triggere", som minder om de oprindelige traumer, vil disse situationer i bevidstheden blive opfattet som genoplevelser af traumet. Det manifesterer sig f.eks. fysisk som panikangst, visuelt i flashbacks og mareridt, som obsessive ruminationer eller adfærdsmæssige gentagelser af elementer fra traumet. Det er derfor af central betydning for heling at fokusere på intensiteten af "triggere", dette gælder især for startfasen af et terapeutisk forløb. Nærværende case er et konkret eksempel herpå, at M i en af de første sessioner, hvor jeg kort præsenterer ham for et musikstykke, oplever den rytmiske puls i musikken som et maskingevær. Dette sker, selvom jeg havde forsøgt at finde et musikstykke ud fra patientens egen kultur, hvis intention var at det skulle virke stabiliserende.

Den hollandske traumeforsker Bessel Van der Kolk giver i følgende citat udtryk for en forståelse af traumeproblematikken, som i høj grad har relevans for nærværende case og traumefokuseret GIM generelt:

*"Since the core problem in PTSD consists of a failure to integrate an upsetting experience into autobiographical memory, the goal of treatment is find a way in which people can acknowledge the reality of what has happened without having to re-experience the trauma all over again. For this to occur merely uncovering memories is not enough: they need to be modified and transformed, i.e. placed in their proper context and reconstructed into neutral or meaningful narratives. Thus, in therapy, memory paradoxically becomes an act of creation, rather than the static recording of events which is characteristic of trauma-based memories."* [Van der Kolk, Van der Hart & Burbridge; 1995 s. 421-43].

Baggrunden for traumefokuseret GIM som behandlingsmetode kan ses i lyset af det, som Van der Kolk et al. skitserer i ovenstående: I den kreative tilgang, som GIM-metoden tilbyder, får patienten mulighed for at forandre og transformere oprindeligt traumatiske oplevelser ind i en ny og meningsfuld selvforståelse i en narrativ kontekst [Moe, 2012; Grocke & Moe 2015]. Dele af traumatiske oplevelser genopleves, men som følge af musikkens og GIM-metodens indvirkning kan historien ændres kreativt via en frisætning af patientens forestillingsverden, som ellers har været fastlåst af primitive "fight-, flight- og freeze-" frygtreaktioner. Patientens patologiske oplevelse af dissociation og ubearbejdede hændelser transformeres til et salutogenetisk præget sammenhængende hele, som integreres i patientens autobiografiske hukommelse. I nærværende case ses et eksempel på dette i beskrivelsen af, hvor M er i fængselshulen og ved floden, som skal krydses. Patientens forestilling kan her siges at blive næret af musikkens strukturelle opbygning [Bonde, 2009], så en transformativ bevægelse over tid udvikler en ressource for patienten [Moe, 2012]. Dette giver håb og tro på, at forandring er mulig; der sker en bevægelse fra dissociation til association. Musikkens opbygning kan tillægges stor betydning

for patientens oplevelse. Eksempelvis kan tydelige, melodiske gentagelser i et roligt tempo med let identificerbare variationer og afrundede temaer og nærhed i musikken ofte bibringe lytteren en følelse af tryghed. Skift i de musikalske parametre, f.eks. dur- og mol-tonalitet, har også ofte en grundlæggende betydning for lytterens oplevelse af musikken. Det er dog væsentlig at påpege, at der altid vil være ideosynkratiske faktorer, som spiller ind på musikoplevelsen for det enkelte menneske.

En anden væsentlig facet i den integrative proces i terapien er patientens sorgbearbejdning vedrørende tab af nærtstående familiemedlemmer. Disse er tab, som dels forstærkes af den flygtedes sårbare situation i en fremmed kultur langt fra den kendte, hjemlige tilknytning, og dels af savnet over ikke at kunne tage afsked med sine nære pårørende på en anstændig måde.

Endelig kan dissociation også forstås som en ubevidst forsvarsmanøvre for at undgå en yderligere spaltning af sindet i form af en psykose [Moe, 2002]. Patienterne lever dissocieret fra de traumatiske oplevelser, men "triggere" af forskellig karakter kan ofte pludselig få erindringer om traumatet til at blusse op, og dermed sænkes patientens funktionsniveau markant. I M's tilfælde er dagligdagen før terapiforløbet præget af mange "triggere" med baggrund i M's paranoide fortolkning af verden. Dette medfører, at M isolerer sig for at undgå for mange indtryk, som han ikke kan bearbejde.

## Intervention

GIM-metoden er kendetegnet ved en fast strukturel opbygning af sessionen i fire dele. Først optræder en samtale, som omfatter en snak om, hvad der er sket siden sidst samt et valg af aktuelt fokus for dagens session. Herefter følger en afspændings-/fokuseringsøvelse, som f.eks. kan udgøres af en enkel mindfulness-øvelse. Den tredje del er aktiv musiklytning, under hvilken patienten kan være i verbal dialog med terapeuten. Patienten kan også vente med at fortælle om sine oplevelser, til efter musikken er sluttet. Sidste del er en opsamlende og perspektiverende samtale med fokus på forståelse og udbytte af musiklytningen og hele sessionen [Grocke & Moe, 2015].

Den modificerede GIM-metode, som vi benævner "traumefokuseret GIM-terapi", er tilpasset PTSD-patienter og følger retningslinjer for faseinddelt behandling foreslået af International Society for Traumatic Stress Studies [ISSTS]. ISSTS har udviklet retningslinjer for bedste praksis ved behandling af voksne med PTSD. Retningslinjerne er baseret på en verdensomspændende undersøgelse af traumeeksperter om holdninger til, hvordan kompleks PTSD skal behandles [Cloitre et al., 2012].

Fase 1: Stabiliseringsfasen fokuserer på den enkeltes sikkerhed, reduktion af symptomer og forøgelse af følelsesmæssige, sociale og psykologiske kompetencer.

Fase 2: Emotionel regulering og tolerancefasen fokuserer på behandling af de uafklarede aspekter af individets erindringer om traumatiske oplevelser.

Fase 3: Den afsluttende del af behandlingen indebærer behandling, som leder til større engagement i parforhold, arbejdsliv og/eller uddannelse og i dagligdags aktiviteter.

## Musikudvælgelse i forhold til faseinddeling af terapiforløbet

Valg af karakteristika i musikken kan overordnet indpasses i ovennævnte tre faser, men jeg har valgt at indføre en ekstra fase mellem fase 2 og 3. Det skyldes, at musiklytning i GIM tilbyder mulighed for at afprøve et spektrum af varierende emotionelle påvirkninger, inden der fokuseres på den egentlige og direkte traumbearbejdning<sup>1</sup>.

1 Skema over musikvalg ift. behandlingsfaserne kan ses i bilag 1.



## **Fase 1: Stabilisering**

Patientens vejtrækning og autonome nervesystem (ANS) "akkompagneres" af musik. Dette foregår i en fokuseret øvelse, hvor overfladisk vejtrækning kan korrigeres og gradvist ændres og fordybes. Øvelsen ledsages ofte af en tegning ud fra en kropsskabelon, hvor patienten efter musikken afbilder sin vejtrækning og evt. vejtrækningsproblemer. Musikken i denne fase af behandlingen er ofte karakteriseret ved følgende musikalske parametre: Et stabilt roligt tempo og gradvise forandringer i lydstyrke, rytme, klang, register og harmonik. Dannelse af "sikre steder" i patientens bevidsthed tilstræbes, således at retraumatisering undgås (Moe, 2012; Körlin, 2010; Warja & Bonde, 2014). Stykkerne er kendetegnet ved en konsistent struktur, en enkel form og opbygning, mange gentagelser og forudsigelige melodilinjer. Formålet er, at patienten får kontakt til positive følelser og indre billeder, der ikke er domineret af traumer (Orth, 2005).

## **Fase 2: Emotional regulering og tolerance**

Her vælges musik med lidt større udsving i de musikalske parametre, som matcher patientens evne til at rumme følelser og have mental aktivitet. Der er fokus på patientens reaktionsmønstre i forhold til retraumatiserings-triggere, f.eks. evnen til i kort tid at kunne tåle angst i forbindelse med billeder, som kan vække minder om traumatiske situationer eller triste følelser af tab. Musikken kan f.eks. have en opbygning, hvor der ud fra en høj grad af forudsigelighed skiftes mellem mol- og dur-tonalitet. Formålet er, at patienten vænnes til at tåle skift mellem forskellige emotioner uden at miste fodfæstet.

## **Fase 3: Direkte traumerelateret fokus og integration**

I denne fase arbejdes der med en direkte konfrontation af traumer, som dukker op under sessionen eller er beskrevet af patienten tidligere i forløbet. Terapeuten og patienten arbejder mod en gradvis integration af traumatiserende og dissocierede oplevelser ved aktiv brug af musikken som en strukturel "bærebølge" og "med-terapeut". Samtidigt guider/tilskynder terapeuten patienten til bevidst at bruge indre mentale "sikre steder", hvor patienten kan bringes hen under musiklytningen, hvis dette er nødvendigt for at undgå retraumatisering. Under den aktive musiklytning i denne fase foregår der i højere grad verbal dialog mellem terapeut og patient, så snart patienten er i stand til dette.

## **Fase 4: Nyorientering og forberedelse på afslutning**

Her vælges musik, som f.eks. er kendt fra tidligere i forløbet, dvs. musik, som kan underbygge en "grounding" af forløbet og/eller musik, som afspejler forskellige emotioner, som patienten sandsynligvis vil komme i kontakt med efter forløbet, og som han/hun skal vænne sig til at kunne tolerere. Det kan også være musik, som understøtter separation og accept af afslutning.

Faseopdelingen med de fire faser er cyklisk, hvorfor fokus i sessionerne i terapiforløbet efter behov kan skifte frit mellem faserne. Derudover er det vigtigt at påpege, at der kan være et terapeutisk udbytte på alle trin.

## **Diskussion og sammenfatning**

Patient M er i stand til at arbejde på forskellige niveauer inden for en relativt kort tidsramme, hvilket ikke er tilfældet for alle patienter i klinikken. I mange tilfælde kan det tage op til flere år at behandle en kompleks PTSD. Der er sikkert flere grunde til, at M responderer så positivt på behandlingen. Noget kan skyldes, at han har et højt mentaliserings-niveau (Beck et al. 2016a), der sandsynligvis er begrundet

af sociale faktorer, herunder at M kommer fra et kærligt og oprindeligt velfungerende hjem og har en veluddannet far og bror. Et andet aspekt er, at han kommer fra et storbymiljø, hvorfra han har været bekendt med psykoterapi. Dette står i modsætning til mange af vores øvrige patienter, der kommer fra landet. Desuden er M meget glad for musik og viser sig hurtigt i stand til mentalt at danne indre billeder til den anvendte musik. M internaliserer med det samme en positiv oplevelse af Kåre Norges guitarstykke og er i øvrigt bekendt med vestlig musik såvel som med musik fra sit hjemland. Endelig bliver der hurtigt etableret en god behandlingsalliance.

Overordnet kan behandlingsudbyttet af traumefokuseret GIM ud fra et psykodynamisk og narrativt selvforståelsesperspektiv (Moe, 2002) anskues som en forløsning af kropslige og emotionelle fastlåste og smertefulde tilstande forårsaget af PTSD-symptomer. Vigtige ingredienser for heling er dels indlæring af nye coping-strategier, og dels den beskrevne transformations- og integrationsproces, som ændrer patientens selvforståelse og historieopfattelse næret af kreative elementer fra patientens interaktion med musikken i GIM-metoden. Denne heling foregår både på et kognitivt, emotionelt og kropsligt niveau.

Set i forhold til fasemodellen forsøges der i første omgang som en afledningsmanøvre at flytte fokus væk fra lidelserne og de traumatiske oplevelser. Senere i forløbet fokuseres direkte på at tackle, udtrykke og transformere de lidelsesfulde oplevelser, når eller hvis patienten er parat til dette.

Opsamlende er traumefokuseret GIM i klinisk kontekst en ny behandlingsform for traumatiserede flygtninge, der stadig er under udvikling. Der er en række kliniske udfordringer, man som GIM-terapeut skal være opmærksom på, herunder kulturelle forskelle, f.eks. patientens forforståelse af begrebet psykoterapi, patientens musikforståelse og brug af musik. Terapien udfolder sig i flere lag, hvor man som vestlig terapeut f.eks. ofte vil være ubekendt med forhold vedrørende patientens religiøse orientering, musikpræferencer og opfattelse af kønsrollemønstre. I nærværende case kan det antages, at M ud fra et psykosocialt og sociokulturelt perspektiv har mere til fælles med mig, end han måske ville have med en person opvokset i en landsby i Afghanistan, som ikke har været under vestlig påvirkning. Dette vurderes at have været befordrende for helingstakten. Mine verbale interventioner i GIM-terapien med M har ikke adskilt sig nævneværdigt fra interventioner, jeg ville vælge at anvende i behandling af en patient med vestlig baggrund og en sammenlignelig diagnose.

Afsluttende kan der være store forskelle mellem de patienter, vi møder i Klinik for Traumatiserede Flygtninge i Region Sjælland, f.eks. mellem graden af traumatisering og evnen til at håndtere traumerne i et fremmed land med helt andre sociokulturelle normer end i hjemlandet. En anden faktor, der spiller ind, er desuden, at flygtninge løbende risikerer at få meldinger om krig, dødsfald og ødelæggelser i hjemlandet, som kan bevirke retraumatiserende.

En særlig udfordring i GIM-behandling af traumatiserede flygtning handler om at udøve psykoterapi med tolkebistand. Dette indebærer bl.a., at tolken får en grundig orientering og førstehåndsoplevelse med GIM-metoden forud for behandlingen. Relevante spørgsmål er, hvorvidt GIM er en mere eller mindre velegnet i behandling af traumatiserede flygtninge sammenlignet med andre terapiformer, ligesom det er relevant at undersøge betydningen af psykosociale og sociokulturelle forhold (Goldberger & Bretnitz, 1993).

I et forsøg på at besvare nogle af disse spørgsmål er vi aktuelt i gang med en undersøgelse af behandling af PTSD hos traumatiserede flygtninge ved Klinik for Traumatiserede Flygtninge i Region Sjælland. Der er tale om et fondsstøttet og randomiseret non-inferiority-studie, hvor musikterapi vil blive sammenholdt med standardbehandling (Beck et al., 2016b). I undersøgelsen indgår 70 patienter med PTSD-diagnose, og patienterne randomiseres til psykoterapi enten med psykolog eller musikterapeut.

Ud fra en række spørgeskemaer og fysiologiske test vil patienternes udbytte af terapiformerne her-  
efter blive sammenlignet.

## Referencer:

- Beck, B., Meyer, S., Cordtz, T., Søgaard, U., Simonsen, E., & Moe, T. (2016a). *Feasibility of trauma-focused Guided Imagery and Music with adult refugees diagnosed with PTSD – a pilot study* [under peer review].
- Beck, B., Meyer, S., Cordtz, T., Søgaard, U., Simonsen, E., & Moe, T. (2016b). Behandling af PTSD hos traumatiserede flygtninge. Et randomiseret non-inferiority studie med musikterapi sammenholdt med standardbehandling. [Protokol - <https://www.clinicaltrials.gov>].
- Bonde L.O. (2009). *Musik og Menneske – introduktion til musikpsykologi*. Samfundslitteratur, Kbh.
- Cloitre, M., Courtois, C.A., Ford, J.D., Green, B.L., Alexander, P., Briere, J., & Van der Hart, O. (2012). The ISTSS expert consensus treatment guidelines for complex PTSD in adults. *Retrieved November, 5, 2012*. 1-21
- Hull, A. (2002). Neuroimaging findings in post-traumatic stress disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 181(2). 102-110; DOI:10.1192/bjp.181.2.102
- Goldberger, L., & Bretnitz, S. (1993). *Handbook of Stress*. New York: Free Press.
- Grocke, D., & Moe, T. (2015). *Guided Imagery & Music (GIM) and music imagery methods for individual and group therapy* (1. udgave). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Körlin, D. (2010). *Music listening, imagery and creativity in psychiatry*. Saarbrücken: LAP Lambert Academic Publishing.
- Moe, T. (2002). Restitutional factors in receptive group music therapy inspired by GIM - The relationship between Self-objects, psychological defence manoeuvres and restitutional factors: Towards a theory. *Nordic Journal of Music Therapy*, 11(2), 165-179. doi:10.1080/08098130209478057
- Moe, T. (2012). Group Guided Imagery and Music Therapy for Inpatients with Substance Abuse Disorder. *Journal of the Association for Music and Imagery*, (13), 77-99.
- Orth, J.J., Doorschodt, L., Verburgt, J., & Drozdek, B. (2004). Sounds of trauma: An introduction to methodology in music therapy with traumatized refugees in clinical and outpatient settings. In Wilson, J.P. & Drozdek, B. (Red.), *Broken Spirits: The treatment of traumatized asylum seekers, refugees, war and torture victim's* (sp. 443-481). New York: Brunner-Routledge.
- Van der Kolk, B.A., Van der Hart, O., & Burbridge, J. (1995). The treatment of post traumatic stress disorder. I: Hobfoll, S.E., & deVries, M.W. (Red.), *Extreme stress and communities: Impact and intervention* (s. 421-443). New York, NY, US: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Van der Hart, O., & Horst, R. (1989). The dissociation theory of Pierre Janet. *Journal of Traumatic Stress*, 2(4), 397-412. <https://doi.org/10.1002/jts.2490020405>

Wärja, M., & Bonde, L.O. (2014). Music as co-therapist: Towards a taxonomy of music in therapeutic music and imagery work. *Music and Medicine*, 6(2), 16–27.

### Musikreferencer:

Norge, K.: *Homage To Life, G major, op. 11 No. 1* [3:25]; BMG Records, Danmark]

Rodrigo, J.: *Concierto de Aranjuez, Adagio*. Sollscher/Orpheus Chamber Orchestra

Marcello, A.: *Oboe Concerto in D minor, 2.sats*. Skrevet i 1716 i 12 Concerti a 5.

Einaudi, L.: *I Giorno*. Ludovico Einaudi (piano). Record Label: Decca, Catalog: 476 4490

Vaughan William's: *Fantasia on Greensleeves*. Academy of St Martin in the Fields/Marriner.

Hovhaness: *Trombone Concerto/ii.Lindberg/Seattle Symphony/Schwarz : Symfoni no. 29, opus 289*.

Pärt, A.: *Spiegel im Spiegel* [8.16]. Fur Elena,Tasmin Little – violin, Martin Roscoe – piano, EMI Classics.

Nielsson, S.: *Wilmas Tema* [1:57]

### Bilag 1:

Skema over faser i behandlingsforløbet og egenskaber og formål med den anvendte musik (typografi)

<b>Fase 1</b> Musik og guidning som beforder stabilisering og beroligelse. Pt. får grund musik CD med hjem med 6 musikstykker.	1. Stabilisering og ressource opbygning Psykoedukation
<b>Fase 2</b> Musik som indebærer et lidt større udsving musikalske parametre, således at et bredere spektrum af emotioner kan komme til udtryk	2. Emotionel regulering og tolerance
<b>Fase 3</b> Musik som udvælges med henblik på at udtrykke smertefulde (gen)oplevelser f.eks. savn og tab. Musik som understøtter bearbejdning af direkte traumerelaterede oplevelser, som enten spontant dukker op eller aftales som guidede fokus.	3. Direkte traumarelaterede fokus og integration (oplevelser og bearbejdning af traumer)
<b>Fase 4</b> Musik som understøtter afslutning og separation. Musik som konsoliderer og skaber forhåbning.	4. Ny-orientering, engagement i omgivelserne