



REJSEN TIL GRÆNSELANDET - EN FORTÆLLING OM SMERTE, TILLID OG MOD

”Musikterapi er de seneste år begyndt at træde ind på scenen i forbindelse med smertebehandling rundt om i verden, da musikken netop kan adressere flere forskellige niveauer af smerteoplevelsen fra det fysiologiske aspekt, til det mentale/kognitive, det emotionelle og det eksistentielle/spirituelle niveau.”



CATHARINA MESSELL

Catharina Messell er Kandidat i musikterapi fra 2007 og GIM-fellow fra 2016. Hun har arbejdet en årrække indenfor psykiatrien, har siden 2008 arbejdet med traumatiserede flygtninge under Dansk flygtningehjælp, Røde kors og i psykiatrien, region Sjælland. Catharina er p.t. ansat som musikterapeut i et forskningsprojekt på børnekræftafdelingen på Rigshospitalet og har sideløbende privat praksis.

Abstract

Denne artikel beskriver et musikterapiforløb med en irakisk flygtning, som lider af PTSD og kroniske smerter som følge af tortur. Metoden er traumefokuseret receptiv musikterapi indenfor spektret Music and Imagery - kort Guided Imagery and Music (GIM). Case-beskrivelsen fokuserer særligt på GIM-metodens potentialer i forbindelse med kroniske smerter, samt på forbindelsen mellem traumer og kroniske smerter. Smerteteorien om Neuromatrix og Saunders beskrivelse af "Total Pain"-konceptet præsenteres, ligesom Dileos musikterapeutiske smerteinterventioner gennemgås med henblik på at forstå sammenhængen mellem musikinterventionerne i GIM og oplevelsen af smerte hos klienten. Ligeledes gives en beskrivelse af, hvordan traumeterapeutiske metoder kan implementeres i GIM-metoden. Artiklen giver til sidst en række bud på, hvilke potentialer modificeret GIM kan have i det terapeutiske arbejde med traumer og kroniske smerter.



Indledning

I arbejdet med traumatiserede flygtninge lægger vi som behandlere ører til mange fortællinger om den ubegribelige grusomhed, som mennesker kan finde på at udsætte hinanden for. Igennem tiden er jeg blevet opmærksom på, at der parallelt med historierne om menneskers ugeringer, også altid findes historier om kærlighed, uselvished, empati og omsorg, og at disse historier bærer muligheden for at hele smerten. I nedenstående case vil jeg beskrive, hvordan metoden traumefokuseret receptiv musikterapi indenfor spektret Music and Imagery - kort Guided Imagery and Music (GIM) har vist sig velegnet i arbejdet med at kunne favne og adressere de mangeartede og ofte modstridende aspekter af den menneskelige eksistens.

I casen beskrives et forløb med en irakisk mand, som har været udsat for tortur under et fængselsophold. Udover at lide af mareridt, flashbacks og andre traumerelaterede symptomer, plages han af stærke kroniske smerter som følge af tortur. Hans motivation for at søge behandling er håbet om, at behandlingen vil kunne reducere og lindre hans smerter. Under forløbet ser vi, hvordan flere forskellige faktorer synes at have indflydelse på hans oplevelse af smerter. I casen beskrives og undersøges både den fysiologiske, den emotionelle og den transpersonlige/spirituelle dimension af klientens musikoplevelse, samt disse niveauers indflydelse på hans oplevelse af smerte. Klientens ændrede smerteoplevelse relateres til relevante smerteteorier. Case-beskrivelsen er inddelt i de 4 faser, som er beskrevet i introduktionsartiklen af Beck & Moe [2016], for at illustrere, hvordan disse faser kan se ud i praksis. Mange af faserne afløser dog hinanden gennem en enkelt session.

GIM-metoden er i denne case modificeret på en række områder for at imødekomme de særlige behov for stabilisering, kontrol og tryghed, som vi oplever hos de traumatiserede flygtninge, og for at forebygge høj arousal og flashbacks. Dette er nærmere beskrevet i introduktionsartiklen [Beck & Moe, 2016].

Musikken

Nogle af de modifikationer, vi har måttet implementere i GIM-metoden med traumatiserede flygtninge, har at gøre med valget af musik. Dels har vi måttet tage hensyn til, at målgruppen har en anden kulturel baggrund end den vestlige, hvorfor det har været vigtigt også at kunne tilbyde et "musikalsk landskab", som knytter an til den mellemøstlige kultur. Dels har flere af deltagerne været så sensitive i forhold til instrumentering og dynamik i musikken, at afspændings- og meditationsmusik i nogle tilfælde har forekommet at være et bedre match end den klassiske musik - særligt i fase 1, hvor der arbejdes på stabilisering og tilknytning til ressourcer.

Den musik, jeg har benyttet i nedenstående case, har hovedsagelig bestået af afspændingsmusik med natur og fuglelyde, da omtalte deltager foretrak den slags musik, og ikke brød sig særligt om vestlig klassisk musik. Enkelte gange medbragte han egen musik, som var knyttet til særlige minder og stemninger fra hans liv. Da denne deltager havde mange stærke og meningsbærende oplevelser, som involverede det transpersonlige, benyttede vi endvidere meditative musikstykker. Efterhånden som terapien skred frem, blev det muligt at introducere korte klassiske stykker. Herudover benyttede jeg instrumentale musikstykker med mellemøstlig tonalitet og instrumentering, hvilket i nogle sammenhænge hjalp klienten til at få kontakt med vigtige indre billeder fra barndom/ungdom i hjemlandet. Eksempler på hver af disse typer musik er medtaget i case-beskrivelsen. Til sidst skal nævnes inddragelsen af "body-tambura'en", som beskrives mere detaljeret i casen. I de få tilfælde, vi benyttede bodytamburaen, tilstræbte vi at holde os til de samme strukturer, som ved de GIM-sessioner, hvor deltageren lyttede til indspillet musik: Dvs. at deltageren gennemgik en induktion og opfordredes til at fokusere på et på forhånd aftalt åbningsbillede eller en kropsfornemmelse. Deltageren lyttede til

musikken med lukkede øjne, og blev efterfølgende guidede tilbage til normal bevidsthedstilstand. Herefter bearbejdede vi sammen det materiale, som han/hun var kommet i kontakt med under musiklytningen. Musikvalg blev tilpasset den fase af terapien, vi arbejdede i. Inspireret af traumeteorier- og metoder af bl.a. Levine [1997] og Rothschild [2000], brugte vi musikken til at støtte deltagerne i at kunne foretage bevægelsen fra ressourcer til traumemateriale og tilbage til et trygt sted, kropsligt og emotionelt.

Metode

I det følgende præsenteres smerteteorier som synes relevante for forståelsen af, hvorfor og hvordan GIM-metoden kan være velegnet i behandlingen og forståelsen af traumer og kroniske smerter. Herefter følger et afsnit, som fokuserer på musikkens potentiale i smertebehandling set i forhold til de præsenterede smerteteorier, hvorefter Dileos smerteinterventioner i musikterapi gennemgås [Dileo, 2013]

Case-beskrivelsen er bygget op således, at den er inddelt i de fire faser, som vi arbejdede ud fra i pilot-projektet [Beck & Moe, 2016]. I casen inddrages relevante traumeterapeutiske teorier, ligesom det synliggøres hvorledes Dileos smerteinterventioner benyttes. Der refereres løbende til valget af musik samt begrundelsen herfor.

Til sidst gives på baggrund af casen en række bud på GIM-metodens potentialer i det terapeutiske arbejde med traumer og kroniske smerter, ligesom det konkrete udbytte af terapien, set i forhold til patientens udgangspunkt for at søge behandling, belyses.

Neuromatrix og smerter

I dette afsnit vil jeg kort gøre rede for teorien om neuromatrix, som forklarer smerte som værende en multi-dimensionel oplevelse. Når man taler om smerte sonderer man typisk mellem to slags smerte: Den akutte og den kroniske. Den akutte smerte tjener tydeligvis et formål som fx at signalere, at vi skal gå væk fra faren, at vi skal forholde os i ro, så kroppen kan hele, ligesom den hjælper os til at lære af vores erfaring og undgå fremtidig smerte. Den kroniske smerte synes derimod at være sværere at se overlevelsesværdien i, og det er oftere selve smerten end den fysiske ubalance, der gør det svært for den lidende at leve et normalt liv. Herudover er kroniske smerter svære at behandle tilfredsstillende. Tidligere forklarede og forstod man hovedsageligt smerte som værende genereret af en udefrakommende sensorisk impuls, som sender signal gennem særlige smerteporte i rygmærven og videre op til hjernen [Melzack & Wall, 1965]. Nu er der begyndt at tegne sig et udvidet og mere nuanceret billede af, hvad smerte er samt af hvilke elementer, der spiller en rolle i vores oplevelse af smerte. Ydermere er man klar over, at det ikke er meningsfuldt at tale om særlige "smertecentre" i hjernen, men snarere om at oplevelsen af smerte involverer et neuralt netværk, som er spredt ud over store dele af hjernen.

I neuromatrix modellen (se figur 1) opereres med et såkaldt "krops-selv" [Body-self]. Det foreslås her, at den unikke fysiske krop vi oplever som vores og som er adskilt fra andres og fra omverdenen, afspejles i et neuralt netværk i hjernen. Dette netværk er genetisk, men aktiveres og formes løbende af input udefra gennem vores livserfaringer. Denne oplevede fornemmelse af hele kroppen, som produceres i neuromatrix kalder Melzack [2001] for "neurosignaturen". Det omfattende neurale netværk, som udgør neuromatrix, bearbejder løbende information og skaber særlige mønstre, som i sidste ende udgør den enkeltes helt unikke oplevelse af egen krop – herunder oplevelsen af smerte.

Smerten som multi-facetteret oplevelse

I Neuromatrix-teorien [se figur 1] ses neurosignaturen for oplevelse af smerte som værende baseret på dels genetiske faktorer og dels udefrakommende sensoriske stimuli. Men når vi kommer fysisk til skade, genererer det også stress i vores nervesystem. Mønstrene i neurosignaturen bliver derfor, ifølge Melzack (2001), også påvirket af områder i hjernen som har at gøre med stressregulering, det være sig både den fysiske og den psykiske genererede stress.

Når kroppens biologiske homeostase forstyrres skabes en stresstilstand, som igangsætter en række reaktioner for at genoprette kroppens balance, disse foregår både neuralt, hormonelt og handlingsorienteret.

Nedenstående figur illustrerer de forskellige faktorer, som har indflydelse på den enkeltes oplevelse af og reaktion på smerte. Figuren viser forskellige niveauer af *input*, som har indflydelse på neuromatrix og oplevelsen af "kropsselve", og en række *output*, som illustrerer de mange mulige variabler af reaktioner, vi kan udvise på smerte. Disse er afhængige af, hvordan vores særlige kropsselv bearbejder de indtryk, vi modtager i neuromatrix.

Udover de rent *sensoriske* input, hvor opmærksomheden er fokuseret på bl.a. kvaliteten og intensiteten af smerten, ser vi her tilføjet et *kognitivt-evaluerende* niveau, som tager udgangspunkt i den enkeltes tanker om smerten baseret på bl.a. personlighedstype, samt tidligere erfaringer og kulturel forståelse af smerte. Herudover påregnes et *affektivt-motivationelt* niveau, der fokuserer på den enkeltes følelsesmæssige reaktion på smerte samt på, hvordan bl.a. det sympatiske og det parasympatiske system, det limbiske system samt immunsystemet påvirkes. Systemerne er flettet ind i hinanden og påvirker gensidigt hinanden.

Figur 1. Neuromatrix¹

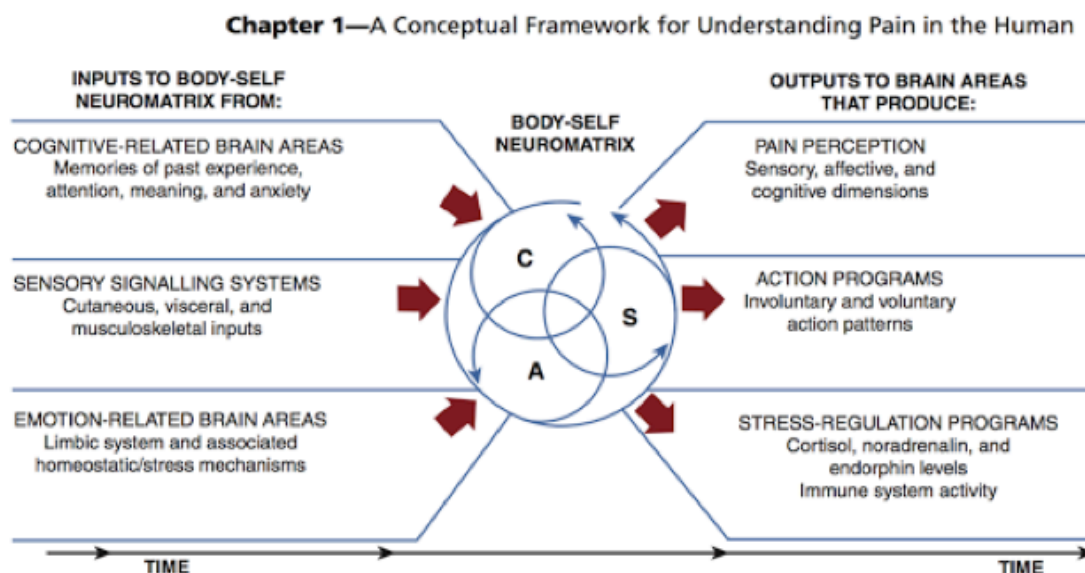


Fig. 1.3 Factors that contribute to the patterns of activity generated by the body-self neuromatrix, which is composed of sensory, affective, and cognitive neuromodules. The output patterns from the neuromatrix produce the multiple dimensions of pain experience, as well as concurrent homeostatic and behavioral responses. (From Melzack R: Pain and the neuromatrix in the brain, J Dent Educ 65:1378-1382, 2001.)

IMAGE: Updated Neuromatrix Model. Waldman SD; Pain Management, 2nd Ed. (Saunders) 2011 p. 5. Ch. 1: A Conceptual Framework for Understanding Pain in the Human. Joel Katz and Ronald Melzack

1 Figur 1 stammer fra Malzack (2001, s. 1382) og er trykt med tilladelse fra forfatter og Journal of Dental Education.

Smertes og emotioner

Oplevelsen af smerte er tæt knyttet til vores emotioner. Når vi har en følelsesmæssig respons på en smerteoplevelse, bevæger oplevelsen sig fra at være ren smerteoplevelse til en udvidet oplevelsesdimension i form af lidelse. Amygdala, som er en del af det limbiske system, spiller en afgørende rolle i bearbejdelsen af følelsesmæssige processer, f.eks. i den følelsesmæssige evaluering af sensorisk stimuli, i emotionel læring og hukommelse samt i forbindelse med affektive lidelser som angst og depression [Nielsen, 2010]. I amygdala integreres [nociceptive] smertesignaler fra rygmarv og hjernestamme med information fra thalamus og cortex, og der tillægges i denne proces emotionel betydning til smerteoplevelsen [Neugebauer, Li, Bird & Han, 2004]. I amygdala moduleres dermed også vores oplevelse af og respons på smerten.

Ifølge Sharp og Harvey [2001] oplever mennesker med stress-relaterede psykiatriske diagnoser generelt forstyrrelser i perceptionen af smerte. Hos mennesker med PTSD er det særligt den affektive smertekomponent, men til dels også den kognitive, som er ændret. Ifølge Neugebauer et al. [2004] har man fundet et unormalt højt aktivitetsniveau i amygdala hos personer, som lider af kroniske smerter. Omvendt kan oplevelsen af smerter også modificeres og i visse tilfælde helt blokeres af emotionelle og sociale faktorer.

Smerten som symbolsk sprog

Cicely Saunders, som grundlagde hospice-bevægelsen, gjorde allerede i 1964 opmærksom på sammenhængen mellem fysisk og psykisk lidelse [Saunders, 1964]. Hun brugte betegnelsen "Total Pain" om den lidelse, som er en kombination af såvel fysiske symptomer som mentale, sociale og emotionelle problematikker samt spirituelle kriser. I denne tilgang forstås den kroniske smerte som en form for "kroppens fortælling". Smerten ses som en mulig nøgle til at åbne for andre problematikker hos den lidende, og dermed lægges der op til, at flere forskellige tilgange til behandlingen er anvendelige og nødvendige for at forstå og behandle smerten mest effektivt.

Musik og smerter

Smerte og negative emotionelle tilstande kan altså gensidigt fastholde og forstærke hinanden, men omvendt er det muligt at benytte bl.a. positive emotionelle tilstande til at regulere, lindre eller transformere oplevelsen af smerte. Musikterapi er de seneste år begyndt at træde ind på scenen i forbindelse med smertebehandling rundt om i verden, da musikken netop kan adressere flere forskellige niveauer af smerteoplevelsen fra det fysiologiske aspekt, til det mentale/kognitive, det emotionelle og det eksistentielle/spirituelle niveau. I GIM kan det fysiologiske aspekt adresseres i forbindelse med kropslig afspænding og ved, gennem indre billeddannelse i forskellige sansemodaliteter, at fremkalde behagelige kropsfornemmelser. Ydermere kan sådanne aktiviteter fremme nervesystemets egne smertereducerende mekanismer, påvirke immunsystemet og det autonome nervesystem samt reducere stresshormoner som eksempelvis kortisol. På det kognitive niveau kan der i GIM opstå nye indsigter i forhold til, hvordan personen kan forstå og forholde sig til smerten, hvilket kan give nye handlemuligheder i forhold til smerten. På det emotionelle og spirituelle niveau kan der arbejdes med at undersøge og rumme følelser, at transformere følelser, og med at opleve den smertefulde situation i en meningsfuld, eksistentiel ramme, og dermed reducerer den lidelse, der er forbundet med smerten. [se i øvrigt Sanfi, 2017, in press]

I arbejdet med musik og ændret bevidsthedstilstand er det ofte muligt at arbejde på flere niveauer simultant, som det f.eks. forekommer i GIM og i musikterapi entrainment [Dileo & Bradt, 1999].

Cheryl Dileo har beskrevet 5 forskellige niveauer af smerteinterventioner i musikterapi (Dileo, 2013):

1) Distraktion/refokusering: Her fokuseres personens opmærksomhed på en anden og kraftigere stimuli end smerten med det formål at undgå/ignorere smerten.

2) Støttende: Her fokuseres på at lindre smertesymptomer eller at forstærke personens ressourcer således, at han/hun bedre kan tackle smerten

3) Katharsisk/ekspressiv: Her udtrykkes smerten eller de følelser og den lidelse, som er forbundet med smerten. Smerten og de ledsagende følelser kontaktes.

4) Eksistentiel: Her fokuseres på, at personen finder mening i smerteoplevelsen og i den indflydelse smerten har på hans/hendes liv. Dette kan indebære nye måder at forstå og tænke på livet. Her kontaktes smerten og følelserne, men også de mentale konstruktioner, som personen har skabt omkring smertens betydning.

5) Transformerende: Her fokuseres på at observere smerten tæt på, at gå i dialog med den, og på at bevæge sig ind i og måske igennem smerten. Her er en opmærksomhed på både kroppen, smerten og de ledsagende følelser – men også på, hvad der kan hele/afhjælpe smerten.

Disse niveauer anerkender smertens bio-psyko-sociale natur, og giver mulighed for at imødekomme den enkelte patient på en måde, som giver mening for ham/hende på det pågældende tidspunkt. Dileos niveauer beskriver en progression fra en udelukkende symptombaseret tilgang til en meget omfattende og helhedsorienteret tilgang. Ind imellem vil de forskellige niveauer dog også væve sig sammen, som det ofte ses i GIM. I nedenstående case-beskrivelse vil jeg relatere mine interventioner og klientens oplevelse til niveauerne, sådan som de er beskrevet her.

I casen vil jeg løbende referere til teoretiske aspekter vedrørende hhv. patientens oplevelse af smerter, de smerteinterventioner der anvendes, og den musik der benyttes. Relevante traumeteorier vil ligeledes blive inddraget for at belyse den terapeutiske proces.

Introduktion til Ali

Ali er en mand sidst i 40'erne, som er flygtet fra Irak med sin familie. Han er højtuddannet og taler flere sprog, herunder et udmærket dansk, hvorfor vi kan arbejde i musikterapien uden brug af tolk. Ali har, under et flerårigt fængselsophold i Irak, været udsat for gentagen tortur, hvor særligt nakke og den ene skulder blev så medtaget, at han efterfølgende slet ikke kunne bruge sin arm. Han har dog fået genoptrænet armen i en grad, så han nu kan bruge den en lille smule, men han lider af stærke, kroniske smerter. Smerterne gør bl.a., at han har alvorlige søvnproblemer. Ali lider desuden af for højt blodtryk og har haft en blodprop med lammelse i den ene side til følge. Denne lammelse er delvist genoptrænet. Psykisk plages han jævnligt af flashbacks og mareridt, hvor han oplever sig forfulgt og overfaldet.

Ali har fire børn, hvoraf den yngste kun er tre år. Da hans kone er svært traumatiseret, bærer han alene stort set hele ansvaret for hjem og børn. Dette er både en byrde og men også en faktor, som er med til at holde ham i gang. Han er en sød og kærlig far, og børnene betyder alt for ham. Ali har aldrig før fået hjælp til at bearbejde de traumer, han bærer med sig, men han fortæller, at han har holdt traumesymptomerne nede ved hjælp af gåture i naturen, musiklytning og meditation.

Ali har dog fået det tiltagende dårligt såvel psykisk som fysisk. Han er bekymret for, om han kan bevare den smule førlighed, han har i armen, og for om han kan magte situationen i hjemmet. Han ønsker

konkret hjælp mod sine smerter i form af eksempelvis fysioterapi. Dog er behandlingsmulighederne i forhold til smerterne ved at være udtømte - hverken fysioterapeuten eller den psykomotoriske terapeut kan afhjælpe smerterne mere - og man vælger at henvise Ali til musikterapi for at se, om det vil kunne gavne ham at arbejde med smerterne ad denne vej.

Til forsamlingen med Ali taler jeg med ham om, på hvilken måde vi vil kunne arbejde med smerterne i musikterapien. Jeg forklarer, at vi sammen kan undersøge, hvilke faktorer der indvirker på den grad af smerte, Ali oplever. Vi taler om, at smerte ikke er en konstant størrelse, men at den påvirkes af vores følelsesmæssige tilstand, af de tanker vi har om smerten, og af den sociale kontekst, vi indgår i. Jeg fortæller også om, hvordan vi kan bruge musikken til bl.a. at berolige nervesystemet og til at kontakte positive indre tilstande og iboende ressourcer. Ali lader til at forstå, hvad det handler om, da han selv har benyttet musiklytning og meditation i stor udstrækning på en måde, der minder om det, jeg beskriver.

Alligevel er han i tvivl om, hvorvidt musikterapien vil kunne hjælpe ham, og han vælger i første omgang at takke nej til tilbuddet. Efter endnu en samtale hos overlægen overtales han dog til at give terapien en chance. Det er derfor med en vis skepsis i forhold til udfaldet, at Ali starter i musikterapi.

Fase 1: De første skridt

I de første sessioner er fokus at gøre Ali fortrolig med den modificerede GIM-metode samt at etablere trygge og ressourcefyldte indre repræsentationer som fx positive relationer, smukke og nærende steder i naturen, eller kontakt til ressourcefyldte kropslige tilstande som styrke, energi eller ro.

Etableringen af ressourcer er udgangspunktet for at kunne nærme sig traumerne senere i terapiforløbet, da ressourcerne udgør den platform, som klienten kan vende tilbage til, når traumearbejdet begynder at blive for overvældende. Levine [1997] beskriver, hvordan det er muligt at pendulere mellem traumeerindringen og mere ressourcefyldte tilstande, og dermed hjælpe nervesystemet til at genoprette en mere smidig balance mellem det sympatiske og det parasympatiske nervesystem. Rothschild [2011] beskriver ligeledes klientens genkaldelse af "trygge steder" eller "ankre" som en form for "bremse", når klienten begynder at vise tegn på hyperarousal i forbindelse med kontakten til det traumatiske materiale.

Ali oplever under musikken i de første sessioner at han kan genkalde sig steder og situationer i naturen, dels i Irak og dels i Danmark, som han forbinder med skønhed, ro, glæde, frihed, energi og nærende samvær med betydningsfulde andre.

Han oplever en tydelig afspændt tilstand i kroppen, og at isolerede smerter som hovedpine og smerter bag øjnene forsvinder spontant. Smertetilstanden i skulder og nakke er dog uændret. Efter tredje session udtaler Ali, at "musikken virker bedre end Panodil", og at han fornemmer, at der er en sammenhæng mellem "hjerterets stemning og kroppens tilstand".

I disse sessioner arbejder vi hovedsageligt med Dileos smerteinterventioner på niveau 1 og 2. Den musik vi bruger er afspændingsmusik med natur- og fuglelyde, som fx Musicure: "Seasons" [Eje, 2005] og Sonosync [Webb, 2004], da det er den type musik Ali foretrækker og føler sig tryk ved. Herudover har Ali enkelte gange egne musikstykker med.

Ressourcer og smertelindring

Allerede efter den anden session sker der en ændring i Alis hverdag, som øger hans stress-niveau betragteligt. Hans kone viser sig at være langt henne i en ny graviditet, og er i den anledning blevet

tiltagende dårligere både psykisk og fysisk. Ali har svært ved at overskue, hvordan han skal kunne tage sig af et spædbarn med en syg kone og fire andre børn, som allerede kræver al hans energi. Hans smerter i nakke og skulder tager til, og hans forhøjede blodtryk forårsager en kraftig trykken for brystet.

I fjerde session vælger jeg at afprøve et alternativ til den sædvanlige form for musiklytning, og jeg introducerer Ali til bodytamburaen. En bodytambura er en let klangkasse med 28 strenge. Den er stemt som det indiske droneinstrument tamburaen, som har fire strenge, hvoraf de tre har den samme tone (den ene ligger en oktav dybere end de andre), og tonen i den fjerde streng er kvinten. Bodytamburaen er designet til at kunne ligge direkte på kroppen, enten på ryggen eller på maven, hvorved strengenes klang ressonerer gennem kassen og mærkes tydeligt i kroppen. Klengen og dens vibrationer opleves af mange som afspændende, beroligende og smertelindrende (Dietrich, Teut, Samwel, Narayanasamy, Rathapillil, & Thathews, 2015; Hall, 2011; Teut, Dietrich, Deutz, Mittring, & Witt, 2014). Fordelen ved at benytte et instrument med kun grundtone og kvint er desuden, at det er muligt at synge med i både dur og mol, samt at improvisere over fx mellemøstlige skalaer. Os der udøvede musikterapien i projektet var blevet enige om, at lade det være en mulighed, at bodytamburaen kunne benyttes i mindre udstrækning, når det syntes relevant for klienten.

Ali vælger, at tamburaen skal stå op mod hans ryg, mens han sidder ned, da det er i nakken og skulderen, han mærker de værste smerter. Med tamburaens strenge som en form for underliggende drone improviserer jeg med stemmen inspireret af mellemøstlige tonaliteter. Dette gør jeg ud fra en overvejelse om, at Ali muligvis vil opleve den fysiske forbindelse til instrumentet, og de klange det frembringer samt min stemme som en tryghed og omsorg, som han kan læne sig ind i. Jeg er samtidig nysgerrig efter, om denne tilgang vil have en effekt på Alis oplevelse af sine smerter.

Under musiklytningen oplever Ali, at hans afdøde mor kommer til stede og løfter ham op. Han mærker en behagelig, kølende fornemmelse som strømmer ud i skulderen og lindrer smerten, og han mærker morens omsorg og kærlighed "folde sig ud som en blomst i hjertet". Han fortæller efterfølgende, at han under sin opvækst var meget tæt på sin mor, som var en ganske særlig kvinde. De boede i en lille landsby, hvor både moren, mormoren og oldemoren før dem var "stammens" medicinkvinder. De kendte alt til helbredende urter og praktiserede bl.a. meditation. Denne viden var også blevet givet videre til Ali. Moren døde for nogle år siden, men Ali fortæller, at han hjemme ofte bliver "kontaktet" af hende under meditation. Dog har han aldrig delt dette med nogen.

Under femte session forsøger vi igen at anvende tambura og min improvisation med stemmen. Inden vi starter, har Ali en stærk trykken for brystet, ondt i skulder og nakke og kraftig hovedpine. Under musiklytningen oplever han endnu engang, at hans afdøde mor kommer til stede med omsorg og kærlighed. Han føler, at hun stryger ham blidt på overkroppen og derved stryger smerten væk. Bagefter fortæller Ali, at han for første gang, siden torturskaden opstod, føler sig fuldstændig smertefri i skulderen. Han føler desuden, at han er blevet "renset inde i hovedet", og smerterne i nakken og i brystet er reduceret betydeligt. Vi er begge glædelig overraskede og meget opsatte på at arbejde videre med at udvikle det "medicinskab" som musiklytningen, og det indre landskab som opstår heraf, udgør.

Vi ser her, at Ali har en fysisk oplevelse af at blive strøget blidt på overkroppen, hvilket tydeligvis er ansporet af mine strøg på tamburaen, som støtter sig op ad hans overkrop. Kombinationen af dette og min stemme antages at skabe en musikalsk repræsentation af Alis mor, hvilket gør det muligt for ham at forbinde sig til nogle af de vigtige kvaliteter, han forbinder med relationen til hende: Følelsen af at være holdt og elsket. Denne kontakt åbner for et væld af positive følelser, som kærlighed, glæde og tryghed. Den åbner samtidig til et spirituelt niveau, hvor Ali oplever, at han rent faktisk bliver holdt øje med og passet på af sin afdøde mor, samt at det er muligt at have kontakt med hende til trods for, at

hun ikke er fysisk til stede i hans liv længere. Ali genkalder sig og deler historien om sin særlige familie, om sine rødder, det han er vokset ud af, hvilket er en vigtig ressource og hjælper ham til at genforhandle historien om, hvem han er.

I forhold til Dileos smerteinterventioner arbejder vi her på både niveau 1, 2 og 4, da vi dels bruger musikken som en konkret fysiologisk stimuli, dels skaber rum for at Ali kan forbinde sig til vigtige ressourcer og dels giver Ali mulighed for at skabe et narrativ om hvem han er, et narrativ som skaber styrke, håb, mod og tillid til livet.

Fase 2: Traumatet melder sin ankomst

I de følgende sessioner begynder Alis oplevelser under musiklytningen at ændre sig markant. I sjette session oplever Ali igen kontakten til moren, men denne gang ser hun bare på ham, og rører ham ikke fysisk som tidligere. Til sidst trækker moren sig væk fra Ali, som oplever at måtte tage afsked med hende. Sorgen over dette bliver til den velkendte trykken for brystet. Samtidig vender smerterne i skulderen tilbage, som ellers var taget af.

I syvende session fortæller Ali, at situationen derhjemme er meget presset. Konen er rigtig dårlig og Ali prøver at få det hele til at hænge sammen, men er meget bekymret for fremtiden. Han fortæller, at hans smerter er blevet værre, og at han er begyndt at have mareridt hver nat. I mareridtet bliver han forfulgt, fanget og smidt i fængsel, hvor han bliver tortureret.

Under musiklytningen genoplever Ali en situation fra fængslet, hvor han lige har været udsat for tortur og sidder på en stol med armene bundet på ryggen. Hans krop er "som død" og han kan hverken se eller høre noget. Dette er ikke én af scenerne fra hans mareridt, og han havde faktisk glemt den situation. Som jeg forstår Ali, er dette en form for limbo, hvor Ali svæver mellem liv og død. Følelsen som knytter sig til dette billede er et "tungt stenhjerte", og Ali oplever kraftige smerter i nakke og skulder.

Her ser vi, hvordan Ali først kontakter ressourcefyldte tilstande af at være passet på og elsket, samt et kropsligt velvære og en mental ro og klarhed. Da denne adgang er etableret begynder traumatet at vise sig. Først afskeden med mor som symboliserer trygheden og kærligheden, og dernæst kernetraumatet, som fandt sted da Ali blev udsat for så voldsom tortur, at han svævede mellem liv og død. Den grad af smerte som Ali oplever afspejler i høj grad de følelser, han gennemlever under musikrejserne.

Efter begge de forrige musikrejser gør jeg brug af de ressourcer, jeg ved Ali har i sit liv i form af fx kærligheden til sin yngste datter. Ved hjælp af visualiseringsøvelser guider jeg Ali til at kontakte situationer, hvor han har oplevet nærvær, glæde, forbundethed og kærlighed. Ali slutter sessionerne med en oplevelse af "kærligheden som en sol der stråler ud i hele brystet". I den forbindelse aftager trykket i brystet og han kan igen trække vejret frit. Herved får Ali en tydelig oplevelse af, hvordan han ved hjælp af afspænding og indre billeddannelse kan stabilisere nervesystemet og lindre sine smerter. I forhold til Dileos smerteinterventioner bevæger vi os omkring de mere eksplorative niveauer [3-5], hvor smertens sammenhæng med de traumatiske oplevelser udforskes. De første niveauer, hvor musikken bruges som "reorientering" inddrages til sidst i sessionerne og fungerer på denne vis som et trygt "anker".

I denne periode udvider vi det musikalske repertoire til også at omfatte enkelte klassiske stykker, som fx Satie: "Trois Gymnopédies nr. 1", og musik med traditionelle mellemøstlige instrumenter som Omar Faruk Tekbileks "Moments of doubt" [Tekbilek, 1994] og "Müzikerapie, Nihavent Makami" af Rahmi Oruç Güvenç m.fl..

Stabilisering og "sjælerejser"

I den følgende tid bliver hverdagen tiltagende stressfyldt for Ali. Han har forsøgt sig med akupunkturbehandling af sine smerter, men dette bliver opgivet, da smerterne forværres yderligere af behandlingen. Han sover næsten ikke og bruger al sin energi på at få hjem og familie til at fungere. Han har forsøgt at kontakte kommunens familieafdeling flere gange for at bede om støtte i hjemmet, når babyen kommer, men uden resultat.

I terapien arbejder vi med smertelindring og kontakt til ressourcer. Vi undersøger Alis forbindelse til sin far og til det maskuline, som han ellers ikke identificerer sig så meget med. Ali fortæller om sin far, at han var fysisk stærk. Han var en dygtig dykker og jæger, og så var han kok. Faren sad også i fængsel i en periode, men var ikke bange for regimet og sine bødler. Uanset hvor hård en tortur han blev udsat for, så blev han ved med at håne sine bødler og grine ad dem. Ali fortæller også, at der var en stor kærlighed mellem hans forældre. Han opdager og integrerer kvaliteter, som hans far besad, som fx ærlighed, vilje, målrettethed og ansvarlighed. Ali oplever mange gange, hvordan smerterne ændrer sig i takt med de følelsesmæssige tilstande, han forbinder sig til under musikken. Han oplever også at kunne mærke "glæde og varme inde midt i smerten". Ali omtaler det, han oplever under musiklytningen som "sjælens rejse" og forbindelsen til "en anden verden", og han bliver stadig mere bevidst om, hvordan han kan bruge adgangen til disse ændrede bevidsthedstilstande som en støtte og ressource i hverdagen. Han taler om sådanne sjælerejser som "en gave til alle mennesker" uafhængig af religiøst tilhørsforhold. Netop fordi Alis hverdag er så presset, som den er, har han i særlig grad brug for, at vi i terapien etablerer og støtter op om hans ressourcer, og giver ham et frirum fra smerte og bekymringer.

I mit arbejde med traumatiserede flygtninge sker det ofte, at sociale og økonomiske forhold i hverdagen, samt ikke mindst eskaleringen af den politiske situation i hjemlandet eller på flygtningeområdet i Danmark og i Europa, belaster flygtningene i en sådan grad, at det aktiverer alle de gamle traumer og igangsætter en række stærke følelser og reaktioner hos den enkelte. I disse tilfælde bliver terapiens funktion at regulere følelser, at stabilisere og ind imellem at realitetskorrigere.

I session nummer elleve kommer Ali helt til kort. Han er på randen af sammenbrud, græder og fortæller, at han bare har lyst til at "gå i hi" et par uger. Konen har født ved kejsersnit efter en lang og dramatisk periode med veer. Hun har efterfølgende fået en fødselspsykose og vil ikke have kontakt til barnet. Ali, konen og babyen er nu hjemme igen uden nogen hjælp, og Ali står med det fulde ansvar for sin kone, babyen og de fire andre børn. Jeg sender, efter aftale med Ali, en underretning til kommunen. Ali skyn-der sig hjem til familien igen.

Da situationen i hjemmet tillader det, kommer Ali tilbage i terapien. Han fortæller om en smule fremgang, idet konen nu er begyndt at tage kontakt til babyen. Familieafdelingen er nu også endelig kommet på banen med lidt praktisk hjælp i hjemmet. Dog bruger Ali stadig al sin energi på at løfte det hele derhjemme, og han har mange smerter og kramper. Han siger selv, at han føler sig som "et gammelt tog der bare kører, men som en dag pludselig ikke kan mere".

Under musikrejserne oplever han, at få en pause fra bekymringerne og at få ny energi. Han fortæller bl.a., at "mit hoved føles som en beskidt tallerken, som er blevet vasket ren". Han oplever også at kunne trække på den kærlighed, han selv har modtaget fra sine forældre i det daglige arbejde med at tage sig af sin egen familie. Han fortæller, at "gaven fra mine forældre giver jeg videre til min familie" og at "kærligheden bærer mig igennem smerterne". Et eksempel på en af Alis oplevelser under musikken i denne periode er som følger: "Jeg sidder i bedestilling i hvidt tøj i en lysning i skoven. Græsset er blødt og jeg er omgivet af grønne træer. Lyset stråler ind på mig fra alle sider. Jeg ser min mors øjne, der glimter. Jeg ved, hun er der, og at hun holder øje med mig".

Fase 3: Tilbage til traumet

I fjortende session får Ali under musiklytningen, kontakt til sit "indre barn". Han beskriver barnet som beskidt og klædt i laset tøj. Barnet er blevet efterladt i et koldt, mørkt rum og kigger på Ali med sørgmodige øjne. Ali forstår, at barnet har brug for kærlighed. Han tager barnets hånd og vil trøste det, men barnet er som i dvale.

Ali er meget berørt over mødet med barnet, og vi taler om, at barnet kan være et udtryk for en del af ham, som han blev nødt til at efterlade i kampen for at overleve og senere i bestræbelserne på at tage sig af familien og alt det praktiske. Vi aftaler, at han skal afsætte tid hver dag til at drage omsorg for sig selv i form af afspænding, musiklytning, meditation, gåture eller andet som giver ham næring. Ali vil også prøve at kontakte barnet under meditation derhjemme i løbet af ugen.

Da Ali kommer til femtende session fortæller han, at han føler sig sørgmodig, tung og låst, og at han har ondt i hjertet og i skulderen. Han har forsøgt at kontakte barnet flere gange under meditation, men det virker helt forstenet, og han kan ikke komme igennem til barnet. Han genkender den forstenede følelse i sit eget hjerte og forstår, at barnet afspejler en tilstand, som findes i ham. Han beskriver, at han ser sig selv stå foran barnet og prøve at give det omsorg og kærlighed, men barnet er i dvale og reagerer ikke. Jeg spørger Ali, om der er en del af ham, som kan træde udenfor billedet af den voksne Ali og barnet Ali, en del af ham som kan omslutte de to med tålmodighed og omsorg. Ali fortæller, at han ser et tredje aspekt af sig selv, som ikke er fysisk, men åndeligt; "spirit-Ali". Jeg guider ham til at holde fast i billedet af alle tre aspekter, mens jeg sætter musikken på. Jeg vælger et nummer fra CD'en "Soulbells and Voices" (Winther, 2001). I nummeret bliver tre forskellige klangskåle slået an; en dyb, en mellem og en høj, og en blid kvindestemme synger hen over disse. Musikken er meditativ og enkel. Under musiklytningen oplever Ali at Spirit-Ali ånder gennem den voksne Ali, som ånder videre gennem barnet. På et tidspunkt ser han, at barnet får røde læber og begynder at trække vejret selv. Da det sker bevæger Spirit-Ali sig tre gange rundt om barnet og den voksne Ali og forsvinder derefter op i stjernerne. Herefter indtræder det, som Ali bagefter beskriver som "en ventetid". Ali oplever at det, at barnet begynder at trække vejret, er meget positivt og han er tydelig berørt. Samtidig forstår han også, at han må udvise tålmodighed og lade processen tage sin tid. Man kan på sin vis anskue denne ventetid som en vendt tilbage til limbotilstanden, da Ali svævede mellem liv og død. Barnet opfattes som symbol for en afspaltet del af Ali, som gav op eller "lagde sig død" under torturoplevelsen i fængslet.

Levine (1997) beskriver, hvordan der findes tre mulige reaktioner hos dyr og mennesker som udsættes for livstruende oplevelser: Kamp, flugt eller at "lægge sig død". Når hverken kamp eller flugt er mulig, indtræder en tilstand, hvor personen kollapser, dissocierer eller bliver som lammet. Dette er en overlevelseshemmekanisme, som kan tjene mange formål i selve den truende situation, men under denne tilstand akkumuleres en mængde energi i kroppen. Det er denne ophobede energi som, ifølge Levine, skaber en længerevarende stresstilstand eller et traume.

I forlængelse af musikrejsen, hvor Ali oplever de tre aspekter af sig selv, arbejder vi med at undersøge sammenhængen mellem "det tunge stenhjerte" og smerterne i skulderen. Ali guides til at gå dybere ind i forskellige lag af både sorgen og smerten, som han oplever både visuelt, fysisk og følelsesmæssigt. Han får her en klar opfattelse af, at sorgen og smerterne "kommunikerer" med hinanden og gensidigt påvirker hinanden. Her arbejder vi på det smerteinterventionsniveau som Dileo kalder "Transformerende", idet vi går i dialog med smerten, bevæger os ind i den og undersøger sammenhængen mellem smerterne i skulder og nakke, og følelserne, som opleves knyttet til hjerteområdet. Vi afslutter sessionen med en musikrejse, hvor Ali guides til at tage kontakt til ressourcer i form af en nærende naturoplevelse. Hans åndedræt bliver dybt og roligt, og da jeg efterfølgende spørger til smerterne, lægger han hånden på området mellem hjertet og skulderen og svarer, at der er blevet helt stille.

Fase 4: Genforhandling og re-orientering

Da Ali kommer til vores sidste session, fortæller han, at han har haft en meget stærk drøm. Han drømte at bødlen, som altid kommer til ham i hans mareridt, kom til hans hus. Men i stedet for passivt at tage imod slag og pistolskud, som han normalt gør i sine mareridt, stod han op og kæmpede mod bødlen. Han fortæller om en kraftig energi i kroppen og om en stålsat vilje til ikke at give op. "Hver gang jeg faldt, sprang jeg op igen som en hoppebold og kæmpede videre" fortæller han. Drømmen endte med at Ali besejrede bødlen, som ikke fik adgang til hans hus.

I terapien guider jeg Ali til at genkalde sig den kropslige energi, og med musikken som forstærker mærker Ali energi i kroppen, styrke i benene og underlivet og mod i hjertet. Herefter oplever Ali at hjertet åbner sig og han beskriver følgende: "Jeg er i universet omgivet af stjerner. Der er lys og jeg gennemstrømmes af universets energi. Jeg mærker to hvide hænder på mine skuldre; det er min mor og far der støtter mig. Jeg kommer ned på jorden, hvor jeg møder min lille pige. Hun smiler til mig og har en blomst i håret. Jeg bøjer mig og kysser hende på håret". Ali mærker en stor kærlighed og en værdsættelse af det, der omgiver ham i livet.

Jeg tolker dette som, at en vital del af Ali er blevet vakt til live og reintegreret i hans nervesystem. Han oplever handlekraft, mod og styrke. I drømmen får han mulighed for at genforhandle situationen fra fængslet, og han tager nu kampen op mod bødlen. Han er ikke længere handlingslammet, men i stand til at stå op og kæmpe for sit liv.

Alis forbindelse til en åndelig dimension hjælper ham til at puste (ånde) liv i den del af ham, som var gået i dvale. Den stærke forbindelse til moren og integrationen af det maskuline fra faren er de vigtige, tidlige ressourcer i hans liv, som han kan forbinde sig til i processen med at huske kærligheden, tilliden samt følelsen af at være holdt og tryk, som jo netop er det der giver os adgang til selve livsenergien (Lowen, 2005). Traumat bryder med den basale tillid til livet, og efterlader os i dyb angst, meningsløshed og isolation. Forbindelsen til universet, til naturen, familien og til kroppens energi og velvære genetablerer Alis oplevelse af sammenhæng, mening og af frihed til at handle.

Afrunding

Ovenstående case illustrerer den kompleksitet, som traume- og smertebehandling bør kunne adressere og håndtere. I forhold til den tidligere præsenterede Neuromatrix-model samt Saunders beskrivelse af konceptet "total pain", ser vi her de mange og forskelligartede lag af fysiologiske, emotionelle og sociale problematikker, som alle spiller en væsentlig rolle i den aktuelle smerteoplevelse hos Ali. Vi ser også eksempler på, hvordan både sensoriske, emotionelle, interpersonlige og eksistentielle/spirituelle dimensioner både kan lindre og re-orientere samt i flere tilfælde decideret transformere oplevelsen af smerte.

Traumefokuseret GIM har, hvis den bliver tilpasset målgruppen, sådan som det er beskrevet i introduktionsartiklen (Beck & Moe, 2016), et stort potentiale i arbejdet med smerte og traumer. I denne case, har jeg endvidere forsøgt at demonstrere, hvordan det kan være gavnligt at implementere traumeterapeutiske metoder i arbejdet. Jeg har stillet mig selv mange spørgsmål undervejs i terapi-forløbet i forsøget på at forstå, hvad det er metoden kan indenfor dette komplekse felt. Følgende er nogle af de hypoteser, jeg er kommet frem til:

- Musik aktiverer mangeartede funktioner i hjernen; både kognitive, emotionelle og sensoriske. Den simultane aktivering af disse områder kan facilitere en re-integration af den fragmenterede traumatiske erindring, som ellers ofte er gemt som en sensorisk oplevelse uden adgang til kognitiv og emotionel bearbejdning.

- Musiklytning i ændret bevidsthedstilstand kan nedsætte den hastighed en situation opleves i og dermed gøre det muligt at genopleve og bearbejde vigtige aspekter af traumet/smerten, uden at nervesystemet overaktiveres.
- Musikkens evne til at aktivere/reflektere forskellige aspekter af selvoplevelsen samtidig [som fx indre barn vs. voksen eller fysisk eksistens vs. spirituel dimension] kan gøre det muligt, at den traumatiserede indre ressourcer kan interagere med traume-materiale. Dermed kan en regulering af nervesystemet finde sted
- Musikken kan støtte relations-opbygningen på et non-verbalt niveau, og gøre det muligt for den traumatiserede at dele oplevelsen af smerte/lidelse. Dette er med til at bryde med den traumatiseredes oplevelse af isolation.

I den beskrevne case modtog klienten 16 musikterapi sessioner, og dette synes umiddelbart at være tilstrækkeligt. Dog kan det være vanskeligt at afgøre, hvilket omfang af musikterapi der skal til, når vi beskæftiger os med mennesker med længerevarende og komplekse traumer. Ofte må vi som behandlere i det offentlige system, operere indenfor forholdsvis stramme tidsrammer. Alis motivation for at søge terapi var i første omgang ikke at behandle sine traumer, men at få reduceret sine smerter. Fik han det udbytte, han håbede på?

I forhold til smertehåndtering fik Ali mulighed for at forholde sig til sine smerter på en udvidet og meget mere nuanceret måde end tidligere. Dette gav ham en forståelse for, dels hvilke elementer der spiller en rolle i forhold til oplevelsen af smerter, dels og ikke mindst forståelse for hvordan han selv kan have indflydelse på smerteoplevelsen. Ali fik, under sessionerne, talrige oplevelser af, at musiklytning og visualisering kunne lindre og ind imellem helt "ophæve" smerten, hvilket gav ham nyt håb om, at han kunne håndtere smerten i sit liv.

Den terapeutiske relation har været et bærende element i hele terapien. Gennem opbygningen af en stadig mere tillidsfuld alliance med mig, samt en tillid til musikken som co-terapeut, blev det muligt for Ali at finde modet til at undersøge og udfolde vigtige aspekter af sin smertehistorie, og at finde nye fortællinger af håb og styrke som gradvist kunne træde i stedet for smerten.

Det har været en bevægende og lærerig oplevelse at ledsage Ali på hans rejse med smerten. Det har været en proces, som ofte har overrasket mig og gjort mig ydmyg overfor alt det, jeg stadig har til gode at forstå om smertens natur. Men jeg er sikker på, at vi musikterapeuter har meget at bidrage med i smertebehandling, og at dette bliver et felt, hvor vi kommer til at blive repræsenteret i stadig højere grad som del af en tværfaglig indsats.

Litteraturliste

Beck, B.B., & Moe, T. (2016). Musik og billeddannelse [gim] med ptsd-ramte flygtninge: introduktion til tre single case-studier. *Musikterapi i Psykiatrien (MIPO)*, vol 11 [1]. 5-13

Dileo, C. (2013). Ethical issues in music therapy for pain management. I: J. Mondanaro & G. Sara (Red.), *Music and medicine: Integrative models in the treatment of pain* [s. 51-58]. New York: Satchnote Press.

Dileo, C., & Bradt, J. (1999). Entrainment, resonance and pain-related suffering. I: C. Dileo (Red.), *Music therapy and medicine: Clinical and theoretical applications* [s. 181-188]. Silver Spring, MD: American Music Therapy Association.

Dietrich, C., Teut, M., Samwel, K.L., Narayanasamy, S. Rathapillil, T., & Thatheys, G. (2015). Treating palliative care patients with pain with the body tambura: A prospective case study at St. Joseph's

Hospice for Dying destitute in Dindigul South India. *Indian Journal of Palliative Care*, 21(2), 236–241.

Eje, N. [2005]. Musicure nr. 5: *Seasons*. [CD]. Danmark: BioMedCentral.

Hall, A. [2011]. *The bodytambura*, lokaliseret d. 28.09.2016 på:

<http://www.st-michaels-hospice.org.uk/hospice-care/complementary-therapies/the-body-tambura/>

Levine, P. [1997]. *Waking the tiger: Healing trauma*. Berkeley California: North Atlantic Books.

Lowen, A. [2005] *Bioenergetik - den verdensberømte terapi hvor kroppens sprog løser sindets problemer*. København: Borgen.

Melzack, R., & Wall, D. [1965]. Pain mechanisms: A new theory. *Science, New Series* 150(3699), 971–797.

Melzack, R. [1999]. From the gate to the neuromatrix. *Pain, Supplement* 6, 121–126.

Melzack, R. [2001]. Pain and the Neuromatrix in the brain, *Journal of Dental Education*, 65(12), 1378–1382.

Neugebauer, V., Li, W., Bird, G.C., & Han, J.S. [2004]. The amygdala and persistent pain.

The Neuroscientist, 10(3), 221–234

Nielsen, A.B. [2010]. *Traumer: En undersøgelse af sammenhængen mellem PTSD og kroniske smerter*.

Kandidatafhandling, Institut for psykologi, Københavns universitet, lokaliseret d. 28.09.2016 på:

<http://www.sundhedspsykologi.org/artikler/Traumer,%20en%20unders%F8gelse%20af%20sammenh%E6ngen%20mellem%20PTSD%20og%20kroniske%20smerter.pdf>

Rothschild, B. [2011]. *Kroppen husker*. Århus: Klim.

Sanfi, I. [2017]. Musikterapi som livskvalitets- og rehabiliteringsfremmende behandling hos voksne

med komplekse kroniske smerter. I: C. Lindvang & B. Beck [Red.], *Musik, krop og følelser – neuro-afektive processer i musikterapi*. København: Frydenlund [in press].

Satie, E. [2000]. *Trois Gymnopédies nr. 1* [Klara Körmendi, piano]. On: The best of Erik Satie [CD],

Naxos 8.550305.

Saunders, C. [1964]. The symptomatic treatment of incurable malignant disease. *Prescribers' Journal* 4(4).

Sharp, T.J., & Harvey, A.G. [2001]. Chronic pain and posttraumatic stress disorder:

mutual maintenance? *Clinic Psychology review*, 21, 857–877.

Tekbilek, O.F. [1994]. *Whirling: Moments of doubt*. [CD] USA: Sonopress.

Teut, M., Dietrich, C., Deutz, B., Mittring, N., & Witt, C.M. [2014]. Perceived outcomes of music therapy

with Body Tambura in end of life care – a qualitative pilot study. *BMC Palliative Care*, 13 (18), 1–6.

Webb, N. [2004]. *Sonosync: Music in time with your resting heartbeat*. [CD]. Fairfield Records.

Winther, J. [2001]. *Soulbells and voices*, [CD]. Danmark: Unisound

Yard, D., Güvenc, R.O., & Güvenc, Y.: *Müzikterapi, Nihavent Makami*, [CD] lokaliseret d. 28.09.2016 på:

[http://www.kitapyurdu.com/index.php?route=product/product&product_id=252352]