



VOL. 11 NR. 1
DECEMBER 2016

MUSIKTERAPI I PSYKIATRIEN

– Klinisk praksis, forskning og formidling.

Tidsskrift: Musikterapi i Psykiatrien Online

Redaktion:

Lektor Niels Hannibal, Musikterapi, Institut for Kommunikation,
Aalborg Universitet [ansvarshavende redaktør]

Førsteamanuensis Hans Petter Solli, Norges Musikkhøgskole, Oslo

Musikterapeut, fil.mag. Rut Wallius, Mottagning våld i nära relation,
Socialförvaltningen, Botkyrka kommun

© forfatterne 2016

ISSN: 2245-3342

URL: <http://journals.aau.dk/index.php/MIPO/index>

Udgivet af:

Aalborg Universitetsforlag
Skjernvej 4A, 2. sal 9220 Aalborg Ø
T 99407140 F 96350076

aauf@forlag.aau.dk
www.forlag.aau.dk

INDHOLDSFORTEGNELSE

Indholdsfortegnelse MIP0 Vol. 11 [1] - December 2016

Leder	Side 4
Artikel:	
Bolette Beck, Torben Moe: Musik og billeddannelse [GIM] med PTSD-ramte flygtninge: Introduktion til tre case-studier.	Side 5
Torben Moe: GIM behandling af en traumatiseret flygtning med PTSD – med fokus på traumbearbejdning	Side 14
Bolette Beck: Musikterapeutisk behandling af en musiker med musik-relaterede traumer - belyst ved teorien om strukturel dissociation.	Side 26
Catharina Messel: Rejsen til grænselandet - En fortælling om smerte, tillid og mod	Side 43
Sanne Storm: Præsentation af VOIAS - et stemme-assessmentredskab til vurdering af klientens psykiske tilstand og terapeutiske udvikling, set i case perspektiv	Side 57

LEDER

Det er med stor fornøjelse at kunne præsentere dette 15. nummer i rækken af udgivelser fra Musikterapi i Psykiatrien Online. Dette nummer af MIPO er særligt af to grunde. Dels er der hele fem artikler med casefokus, og dels er der særligt fokus på musikterapi for traumatiserede flygtninge. Et nyt og meget spændende felt.

Den første af fire artikler er forfattet af Bolette Beck og Torben Moe. De tre følgende er forfattet af Torben Moe, Bolette Beck og Catharina Messel. De er alle nye forfattere i dette forum. Artiklerne beskriver single casestudier, som er baseret på musikterapiforløb fra et pilotprojekt på Klinik for Traumatiserede Flygtninge i Region Sjælland. 16 flygtninge diagnosticeret med PTSD modtog 16 sessioner med modificeret Guidet Imagery and Music-terapi. Resultaterne fra pilotprojektet forventes publiceret andetsteds. En oversigtsartikel af Beck og Moe beskriver baggrund og behandlingsform samt kvalitativ metode for de tre casestudier. Det første casestudie af Moe omhandler traumebehandling med en traumatiseret flygtning. Det anden casestudie af Beck, omhandler dilemmaer i musikterapi i behandling af musikerrelaterede traumer og dissociation, og det tredje casestudie af Messel har særligt fokus på GIM og behandling af smerter forbundet med traumer efter tortur. Den femte og sidste artikel er forfattet af Sanne Storm. Artiklen giver indsigt i hendes ph.d. -forsknings kliniske perspektiv. Sanne har flere gange før skrevet i MIPO.

Der kom i år skærpede krav til tidskrifter af denne type, og vi har heldigvis kunne indfri dem alle. For det første skal alle artikler nu gennem peer review. For det andet skal der som minimum være fem artikler pr. udgivelse, og endelig skal det være helt tydeligt, at dette er et åbent access-tidskrift, som er frit tilgængeligt for alle. Vi opfylder alle krav.

På baggrund af disse nye krav vil der fremtidigt laves én udgivelse pr år, da antal indsendte manuskripter aktuelt synes at passe med fem til seks stk. pr. udgivelse. Der ændres på deadline, således, at manuskripter fremover skal være indsendt senest d. 15. september. Endelig har vi fået nye medlemmer i redaktionen. Fra Norge er Hans Petter Solli indtrådt. Hans Petter er ph.d. og kendt for sin forskning inden for musikterapi med personer, der lider af psykosesygdomme. Fra Sverige er Rut Wallius indtrådt. Hun har en bred baggrund som musikterapeut, rytmikpædagog og supervisor. Det er dejligt med friske ansigter, og vi ser frem til samarbejdet. Vi siger også tak til Randi Rolvsjord og Gabriella Rudstam for deres indsats

Endelig vil vi gerne takke Aalborg Universitetsforlag for at lade MIPO udkomme, og vi vil gerne takke vidensgruppen for musikterapiuddannelsen for økonomisk støtte til opsætning af dette nummer. Vi vil gerne takke Professor Lars Ole Bonde og Inge Nygaard Pedersen for konsulentbistand og korrekturlæsning, og endelig vil vi gerne takke Andres Jarner for at stå for opsætning af tekst mm.

God læselyst

Niels Hannibal
Ansvarshavende redaktør
December 2016



MUSIK OG BILLEDDANNELSE (GIM) MED PTSD-RAMTE FLYGTNINGE: INTRODUKTION TIL TRE SINGLE CASE-STUDIER.

Mange flygtninge kommer fra kulturer med helt andre forestillinger og begreber om årsager til og forventninger om behandling af psykisk lidelse end man almindeligvis anvender i psykiatrien. F.eks. er psykisk lidelse i mange mellemøstlige kulturer forbundet med skam, og udtrykkes måske derfor snarere i form af fysisk smerte. For at et behandlingsforløb skal lykkes, er der behov for kulturel sensitivitet hos behandleren, når der skal samarbejdes med tolken, skabes et møde på tværs af kulturer samt etableres en fælles forståelse af behandlingens formål og proces.



BOLETTE DANIELS BECK.

Bolette Daniels Beck er kandidat i musikterapi fra 1995. Modtog Ph.d.-grad i 2012. Har siden 2012 været tilknyttet musikterapiuddannelsen som adjunkt og fra 2016 som lektor. Bolette udfører som en del af sit virkefelt kliniske og forskningsmæssige aktiviteter på Klinik for traumatiserede flygtninge, Psykiatrien i Slagelse.

Henvendelse: bolette@hum.aau.dk



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 projekt vedr. behandling af traumatiserede Flygtninge med PTSD. Torben Moe er formand for European Association of Music and Imagery (EAMI), og leder uddannelse i GIM metoden i Danmark og udlandet.

Henvendelse: tormo@regionsjaelland.dk



Abstract

Denne introduktion danner baggrund for tre artikler, der hver fokuserer på aspekter af traume-fokuseret receptiv musikterapi med traumatiserede flygtninge (i et spektrum fra Music and Imagery [MI] til korte sessioner med Guided Imagery and Music [GIM]). De tre artikler er: 1. bearbejdning af traumer, 2. musikterapi med musikerrelaterede traumer og 3. traume og smerteproblematikker. I denne fælles introduktion præsenteres konteksten for casestudierne: et pilotprojekt på Klinik for traumatiserede flygtninge i Region Sjælland, som inkluderede 16 flygtninge, samt modifikation af Guidet Imagery and Music i traumebehandling. En deduktiv hermeneutisk metode beskrives, som var fælles for udarbejdelsen af de tre casestudier.

Traumatiserede flygtninge

Traumatiserede flygtninge er en gruppe patienter, der på grund af flygtningekrisen vil være hastigt voksende i behandlingssystemet de kommende år. Der findes ingen samlet opgørelse af hvor mange flygtninge, der aktuelt findes i Danmark. Masmus, Møller, Buhman, & Ekstrøm [2008] vurderede, at 34-50 % af alle flygtninge lider af posttraumatisk stress syndrom (PTSD) som følge af krigstraumer, fængsling, tortur og livstruende oplevelser under flugten. PTSD er en diagnose, der i WHO's diagnose-manual ICD-10 kendetegnes ved forøget vagtsomhed og irritabilitet (hyperarousal), undgåelse (såvel af lokaliteter, situationer, mennesker som sansninger, tanker og følelser der minder om traume) samt indtrængende erindringer om traumet i form af flashbacks og mareridt. Typiske symptomer er søvnproblemer, hukommelses- og koncentrationsvanskeligheder, social tilbagetrækning, irritabilitet, mistillid til andre, fysisk og psykisk anspændthed, angst og tristhed. Da flygtninge sjældent kun har oplevet enkeltstående traumer, kan der være andre diagnoser i spil, såsom Komplex PTSD¹. Symptomer på Komplex PTSD er, udover forhøjede PTSD-symptomer, dysfunktionel affektregulering, identitetsforstyrrelser, interpersonelle problemer samt somatiske og dissociative symptomer (Cloitre, Courtois, Charuvastra, Carapezza, Stolbach, & Green, 2011; Cloitre, Garvert, Brewin, Bryant, & Maercker, 2013).

Traumatiserede flygtninge

Der findes endnu kun få randomiserede studier i behandling af PTSD med traumatiserede flygtninge. Disse studier varierer meget med hensyn til population og design, og forskellige meta-analyser er ikke enige i deres konklusioner med hensyn til evidens. I et Cochrane-review af studier vedrørende behandling af torturoverlevende, hvor man anvendte kognitiv adfærdsterapi (CBT), Narrativ eksponeringsterapi (NET) eller blandede metoder, kunne man ikke påvise effekt lige efter ophør af behandlingerne, men medium effekt (0.52) i fire af de ni studier ved 6 måneders opfølgning (Patel, Kellezi, & Williams, 2014). Et systematisk review af 10 randomiserede undersøgelser af behandling af asylansøgere og flygtninge viste, at der endnu ikke kan identificeres nogen evidensbaseret metode, men at kulturelt tilpasset NET og CBT, hvor behandlerne havde modificeret behandlingen efter interviews med patientpopulationen, viste middelstor til stor effekt (Crumlish & O'Rourke, 2010). Et andet review af Palic & Elklit (2011), som også inkluderede prospektive undersøgelser, konkluderede modsat, at CBT og NET er effektive behandlingsmetoder i forhold til flygtninge. McFarlane og Kaplan (2012) gennemgik 40 studier vedrørende psykosociale interventioner med flygtninge, asylansøgere samt internt fordrevne flygtninge. 60 % af studierne inkluderede deltagere med høj grad af posttraumatisk stress, og der blev fundet forbedringer i forhold til stress, depression, angst og somatiske symptomer efter en række forskellige interventioner. Der blev dog ikke fundet evidens for specifikke behandlingstyper, dosis, varighed, langtidseffekt eller effekt på ikke-psykiatriske symptomer. I Slobodin & de Jongs (2015) meta-analyse konkluderede forfatterne, at de fleste studier i flygtningebehandling viser positiv effekt med hensyn til at reducere traumerelaterede symptomer. Der blev dog ikke fundet evidens for

1 *En diagnose der er på vej til at blive medtaget i diagnosemanualerne.*

NET eller CBT, og i forhold til andre behandlingsmetoder er studierne stadig begrænset af metodologiske problemer.

I tre ud af fire danske randomiserede studier omhandlende behandling med forskellige former for CBT af flygtninge, fandt forskerne ingen eller lille effekt af behandlingen, og en af årsagerne blev angivet som værende deltagernes overvejende komplekse traumatisering [Buhmann, Nordentoft, Ekstrøm, Carlsson, & Mortensen, 2015; Carlsson, Olsen, Kastrup, & Mortensen, 2010; Riber, 2014]. I en regional medicinsk teknologisk vurderingsrapport, som omfattede en grundig gennemgang af diagnose, problematikker, hensyn, behandlingsmuligheder og -anbefalinger, konkluderede forfatterne, at der savnes mere viden om psykoterapeutisk behandling af traumatiserede flygtninge [Lund, Sørensen, Christensen, & Ølholm, 2008]. Slobodin & de Jong [2015] angav i deres systematiske review, at intensiteten, kompleksiteten og variationen i symptombilledet hos traumatiserede flygtninge er så stor, at det er nødvendigt at sammensætte individuel behandling ud fra et spektrum af muligheder.

I en oversigtsartikel over forskning i musikterapi med PTSD-patienter konkluderede forfatterne [Beck & Mumm, 2015], at kontrollerede undersøgelser af musikterapi med voksne med posttraumatisk stress har vist reduktion af symptomer relateret til PTSD. Der findes kun få studier af musikterapi med voksne traumatiserede flygtninge. I et dansk randomiseret pilotstudie med musiklytning i fokus til behandling af flygtninge med det formål at forbedre patienternes søvnkvalitet, velbefindende og PTSD symptomer sås en signifikant forbedring af patienternes søvnkvalitet og velbefindende, men ingen bedring af PTSD symptomer [Jespersen, 2012]. I et finsk kvalitativt forløbsstudie [Alanne, 2010], viste en statistisk bearbejdning af kvalitative data fra tre terapiforløb, i alt 116 sessioner, hvordan de tre patienter i processen før, under og efter musiklytning skiftede fokus fra deres aktuelle vanskeligheder og symptomer til indre positive oplevelser og følelsesmæssig regulering, som efterfølgende muliggjorde en kognitiv bearbejdning af deres traumer og aktuelle livssituation. Studiet viste desuden en lille forbedring i forhold til depression og symptombelastning.

Flygtningebehandling i dansk psykiatri

Behandling af traumatiserede flygtninge i Danmark har siden 1990'erne primært fundet sted i privat regi, som f.eks. Integrationsnet under Dansk flygtningehjælp, Dignity, Oasis, Gaia, m.fl. Mange flygtninge kommer fra kulturer med helt andre forestillinger og begreber om årsager til og forventninger om behandling af psykisk lidelse end man almindeligvis anvender i psykiatrien. F.eks. er psykisk lidelse i mange mellemøstlige kulturer forbundet med skam og udtrykkes derfor gennem fysisk smerte. For at et behandlingsforløb skal lykkes, er der behov for særlige kompetencer hos behandleren til at samarbejde med tolke, skabe et møde på tværs af kulturer samt etablere en fælles forståelse af behandlingens formål og proces. Der er inden for de sidste 10 år iværksat behandling af flygtninge i såkaldte transkulturelle psykiatriske klinikker i alle regioner. Derudover eksisterer der et kompetencecenter for transkulturel psykiatri i Ballerup, hvor der udover klinisk behandling bedrives forskning i kulturelle faktoreres rolle i udviklingen, diagnosticeringen og behandlingen af psykisk sygdom hos traumeramte flygtninge og andre personer med anden etnisk baggrund end dansk.

Nærværende pilotstudie blev gennemført på Klinik for traumatiserede flygtninge i Region Sjælland, som hører under Psykiatrien og Klinik for Specialfunktioner. Praktiserende læger og andre instanser henviser årligt ca. 250-300 voksne flygtninge eller familiesammenførte med flygtninge, og de kommer oprindeligt fra mange forskellige lande med overvægt af mellemøstlige lande. Patienterne skal have opholdstilladelse og have eller vurderes til at have en PTSD diagnose. Desuden vurderes patienternes mentaliseringsniveau og psykosociale ressourcer i forhold til, om de skønnes egnede til psykoterapi, kropsterapi eller psykoedukation og støttende samtaler. En del patienter får desuden medicinsk behandling. Der er 3 afdelinger af klinikken, placeret i Slagelse, Køge og Vordingborg, og der er ca. 20

medarbejdere i tværfaglige teams bestående af læger, socialrådgivere, psykologer, sygeplejersker, psykomotorikere, sekretærer, løst ansatte tolke og musikterapeuter. Tre musikterapeuter med GIM-uddannelse samt en forskningsassistent var ansat i klinikken på deltid, i hvad der svarer til 1,5 stilling, suppleret af timer til forskning under Psykiatrisk Forskningsenhed. Pilotprojektet blev gennemført i Roskilde, hvor der på daværende tidspunkt var en afdeling af klinikken.

Beskrivelse af pilotprojektet

Projektets navn er "Undersøgelse af musik og forestillingsbilleders anvendelighed i behandling af traumatiserede flygtninge med Posttraumatisk stresssyndrom (PTSD), med udgangspunkt i den musik og psykoterapeutiske metode Guided Imagery & Music (GIM)". Projektet har modtaget støtte fra Den regionale forskningsfond i Region Sjælland i 2 puljer i 2014/15 i alt kr. 130.000.

Den musikterapeutiske intervention

Guided Imagery and Music (GIM) er en receptiv musikterapi metode, som bygger på musiklytning og indre billeddannelse i en afspændt tilstand, hvor terapeut opretholder en verbal dialog med patienten (guidning) under musiklytningen (Bruscia & Grocke, 2002; Grocke & Moe, 2015). I det klassiske format som blev skabt af den amerikanske musikterapeut Helen Bonny ("The Bonny Method"), anvendes overvejende klassiske musiksatser sammensat i programmer af 30-45 minutters varighed. Patienten ligger ned under musiklytningen. En traditionel GIM-session indeholder en forsamtale, en guidet afspænding (eller lignende), musiklytning med verbal dialog, guidning ud af musikoplevelsen, evt. tegning, samt eftersamtale med fokus på integration af oplevelsen. I forsamtales aftales et fokus – en ramme for musiklytningen. Dette kan f.eks. være fokus på vejtrækningen eller undersøgelse af muligheden for at finde "et trygt sted i sindet". Musiklytningen indledes med, at terapeuten giver en guidet induktion (indledende verbal guidning som hjælper patienten at fokusere opmærksomheden på kroppen, vejtrækningen eller et indre billede) med det formål at hjælpe patienten med at koncentrere sig om opgaven. Herefter følger musiklytningen, som kan være af kortere eller længere varighed, hvorunder patienten, såfremt dette kan lade sig gøre sprogligt og ressourcemæssigt, er i verbal dialog med terapeuten under lytningen. Herefter følger samtale om patientens oplevelse og evt. tegning af evt. vigtige indre billeder, som ofte er i form af en "mandala" (cirkelformet billede). Ved at tilføje tegning/billedlig afbildning af oplevelserne af indre billeder fra musiklytningen fremkommer eksternaliserede symboliseringer af oplevelsen.

Music & Imagery er en form for GIM hvor der ikke er nogen guidning under musiklytningen. Vi anvendte et format, hvor et spektrum af muligheder fra MI til GIM var til rådighed, og vi formulerede yderligere nogle rammer og modifikationer, som var tilpasset til traumatiserede patienter.

Rammer og modifikationer

I arbejdet med traumatiserede flygtninge har det været nødvendigt at justere på GIM-metoden både i forhold til induktion, rammer for musiklytning, valg af musikstykker, samt strukturering af sessionen (Beck, 2014). Da denne målgruppe nemt kan blive overvældet, opleve flashbacks og i det hele taget genopleve følelsen af at miste kontrol, indføjede projektets musikterapeuter følgende modifikationer:

- Deltagerne sidder op under musiklytningen
- Brug af korte musikstykker (2-10 min.) (som i MI)
- Deltagerne har mulighed for at lytte med åbne eller lukkede øjne efter eget ønske for at øge oplevelsen af kontrol
- Musikstykkerne er langsomme, rolige, med en tydelig struktur og ingen eller få dynamiske udsving, dvs. støttende fremfor udfordrende. Udover klassisk musik tilbyder vi også muligheden for at lytte til meditativ instrumentalmusik, afspændingsmusik med naturlyde, musik med mellemøstlig

karaktertræk eller klientens egen medbragte musik.

- Induktionen, som terapeuten udfører før lytning, fokuserer på, at patienten skal opnå en følelse af tryghed og jordforbindelse, og den gør brug af kropsbevidstheds- og åndedrætsøvelser
- Deltagerne tegner et "kropsbillede" efter musiklytningen, hvor de fokuserer på kvaliteten af deres vejtrækning samt kropslige fornemmelser og følelser forbundet til særlige områder af kroppen.

Deltagerne fik ved inklusion i studiet en CD med hjem, med 6 musikstykker som patienterne kunne bruge til hjemmearbejde med musiklytning og evt. visualisering. En liste over musikken præsenteres i bilag 1. Musikterapeuterne bad patienterne vælge hvilke(t) stykke(r) de bedst kunne lide på CD'en, og vi anvendte dette til assessment af deres musikpræferencer og kapacitet i forhold til musikkens grad af intensitet og dynamik. Dermed fik vi [terapeuterne] et fingerpeg om foretrukken stilart og tolerance overfor forskellige typer af musik, og vi kunne senere anvende andre musikstykker af samme type.

Inspireret af Judith Herman (1992) arbejdede vi med og forstod terapi-forløbene ud fra fire forskellige faser:

Fase 1] Etablering af stabilisering og tryghed

Fase 2] Oplevelsen af at kunne rumme modstridende følelser

Fase 3] Traumbearbejdning og sorgproces

Fase 4] Fremtidsorientering

Fase 2 har vi selv tilføjet, da vi oplevede, at musikken havde en evne til at understøtte et vigtigt trin i deltagerens proces, nemlig at kunne rumme og forholde sig til modstridende følelser uden at dissociere. [Dissociation er en ubevidst forsvarsreaktion mod traume, ubehag og smerte. En form for dissociation indebærer diffusion og hel eller delvis undgåelse af at mærke kroppen og/eller følelserne].

Der deltog tolke i en del af behandlingsforløbene, og disse blev informeret om GIM-metoden og fik selv en prøvesession, for at de kunne have den nødvendige indsigt i patienternes behov og oplevelser i musikterapierne. Dette var også for at de give dem træning i hvordan de skulle anvende deres stemme, når de tolkede afspænding og guidning.

Pilotstudiet

I projektet deltog 16 voksne traumatiserede flygtninge med en gennemsnitsalder på 40 år. Der var 6 kvinder og 10 mænd, og deres oprindelseslande var: Syrien, Irak, Afghanistan og Palæstina. Deltagerne blev behandlet med 16 ugentlige individuelle sessioner med modificeret GIM á en time. På grund af aflysninger og andre afbrydelser blev den gennemsnitlige behandlingstid på 26 uger.

Spørgeskemaundersøgelser med målinger før og efter terapiforløbene viste signifikante ændringer med store effektstørrelser på traumesymptomer, søvnkvalitet, trivsel og social funktion. Der var ingen dropouts, og patientevalueringerne af terapierne var positive. På baggrund af pilotprojektets resultater konkluderede vi, at GIM-metoden var anvendelig og lovende i forhold til målgruppen. En detaljeret beskrivelse af pilotprojektets resultater kan læses i Beck, Messel, Meyer, Cordtz, Søgaard, Simonsen, & Moe (2017). Der er efterfølgende opstartet en randomiseret undersøgelse af effekten af musikterapi sammenlignet med psykologbehandling på Klinik for traumatiserede flygtninge, se projektbeskrivelse på <https://clinicaltrials.gov/show/NCT02874235>.

Introduktion til de tre artikler/casestudier

I samarbejdet omkring forskningsprojektet udvekslede musikterapeuter og forskningsassistenten tanker og ideer og lærte af hinanden samt af klinikkens øvrige medarbejdere. Ud af de mange

dialoger udsprang ideen om at udarbejde tre selvstændige kvalitative single case-studier, da vi gerne ville præsentere nogle af de meget forskellige og unikke forløb. Udvælgelsen af casestudier var vanskelig, da alle forløbene havde gjort dybt indtryk. Vi valgte ikke at præsentere repræsentative eller "typiske" forløb, men valgte i stedet case-forløb, der kunne give mulighed for at formidle forskellige aspekter af musikterapeutisk traumebehandling, som vi havde erfaret i pilotprojektet.

Metode

Udførelsen af de tre kvalitative single casestudier fulgte 9 trin som blev beskrevet af Smeijsters & Aasgaard (2005):

1. *Forskeren udvælger et afgrænset system (datamateriale):* Datamaterialet bestod i hvert af casestudierne af "transskripter" (terapeuternes notater fra de enkelte sessioner), korte patient-evalueringer efter de enkelte sessioner, transskriberinger af interviews (foretaget efter afslutningen af terapiforløbene), videooptagelser af terapisesioner samt oversigter over den anvendte musik.

2. *Målet med undersøgelsen defineres:* Vores overordnede mål var gennem dybdegående analyser at forstå de musikterapeutiske processer med traumepatienter bedre samt at bidrage til viden om behandling af traumatiserede flygtninge. Vi opstillede hver især et spørgsmål til vores datamateriale, som præsenteres i artiklerne.

3. *Der udvælges en kvalitativ metode:* Vi valgte i fællesskab at anvende en hermeneutisk deduktiv analyse, hvor vi gennem en udforskning af de musikterapeutiske processer søgte at forstå dynamikker og potentialer i behandlingsforløbene. Den hermeneutiske metode bygger på forskerens medskabende og kontrolleret subjektive tolkning og på en cirkulær fordybelsesproces, hvor man veksler mellem at se på data, fortolke og skabe nye forståelseslag. Der redegøres for forskerens forforståelse (Loewy & Paulander, 2016). Den deduktive fremgangsmåde valgte vi, fordi vi gerne hver især ville anvende bestemte teorier og foci i arbejdet med case-materialet.

4. *Teknikker til sikring af troværdighed beskrives:* Gruppen af musikterapeuter foretog sammen med en forskningsassistent analyser af udvalgte videoklip, hvor vi først så dem hver for sig og derefter diskuterede vores forståelse af processerne (peer debriefing). Vi udarbejdede også analyserne af interviewene sammen. Endelig anvendte vi peer debriefing i form af feedback mellem forfatterne i forbindelse med udarbejdelsen af de tre casestudier.

5. *Datatriangulering:* Vi anvendte en kombination af flere datakilder: Videooptagelser, vurdering og evaluering fra patienter efter musikterapisesionerne, interviewdata og noter fra terapeuterne. Endvidere lagde vi forskellige teoretiske perspektiver ned over data.

6. *Dataanalysens trin:* På dette punkt anvendte hver af forfatterne forskellige fremgangsmåder, og arbejdede hver især med forskellige teoretiske perspektiver. Moe startede med casebeskrivelsen og integrerede derefter teoretiske perspektiver, mens Beck og Messel fremlagde teorier før casegennemgang og anvendte derefter teorierne i caseanalysen.

7. *Transparens:* Data blev fremlagt og tolket i processer, der så vidt muligt var transparente.

8. *En passende narrativ form for formidling vælges:* Vi enedes om at præsentere casestudierne i en narrativ fremstilling, hvor man kunne følge udviklingen i den terapeutiske proces, og simultant følge fortolkningsprocesserne.

9. *Konklusionerne inkluderer subjektive elementer*: Alle tre artikler og konklusioner er udarbejdet under anvendelse af "kontrolleret subjektivitet".

De tre cases

De tre casestudier er alle med mandlige patienter, som er givet dæknavnene for at sikre anonymisering. Deres data og historier er af samme grund sløret.

I det første studie, artiklen "GIM-behandling af en traumatiseret flygtning med PTSD – med fokus på traumbearbejdning" præsenteres et eksempel på genforhandling af traumatiske oplevelser i billed-dannelsen under musiklytning. Denne patient var en af få blandt de 16 patienter, hvor musikterapeuten kunne anvende guidning under musiklytningen (dvs. opretholde en verbal dialog med patienten under musiklytning og billeddannelse). Casen præsenterer potentialet i GIM-metoden til at forløse traumer og give patienten nye muligheder for udfoldelse i livet.

I det andet studie, artiklen "Dilemmaer i musikterapeutisk behandling af en traumatiseret flygtning med musikerbaggrund", undersøges det, hvordan musikterapi kan balanceres med henblik på at undgå retraumatisering, når det handler om en musiker, der har været underkastet forfølgelse og tortur for sin musikalske virksomhed. Strukturel dissociation anvendes som en teoretisk ramme for at forstå og håndtere udfordringen.

I det tredje studie, artiklen "Rejsen til grænselandet - En fortælling om smerte, tillid og mod" beskrives, hvordan fysiske smerter og traumer er tæt forbundet hos en patient, der har gennemgået hård tortur. Neuromatrix-teorien præsenteres, og casestudiet viser hvordan GIM-metoden kan adressere forskellige aspekter af smerte, og hvordan patienten gennem billeddannelse tilegner sig ressourcer og overkommer en næsten umulig aktuel livssituation.

De tre casestudier kan læses hver for sig eller samlet.

Tak til

Vi takker patienterne for deres deltagelse, deres mod til at gå nye veje sammen med os, og for at give deres samtykke til at anvende deres personlige historier til forskning. Vi takker også Klinik for traumatiserede flygtninge, samt Forskningsenheden i psykiatrien Region Sjælland for støtte til forskningsprojektet.

Referencer

Alanne, S. [2010]. *Music psychotherapy with refugee survivors of torture*. Interpretations of three clinical case studies. Ph.d.afhandling, Sibelius Academy, Music Education Department, Studia Musica 44, Finland.

Beck, B. D. [2014]. Musikterapi med flygtninge. I: L. O. Bonde [Red.], *Musikterapi - teori, uddannelse, forskning, praksis*. Århus: Klim.

Beck, B., & Mumm, H. [2015]. Forskning i musikterapi og posttraumatisk stress [PTSD]. *Dansk Musikterapi*, i[1], 10-20.

Beck, B.D., Messel, C., Meyer, S., Cordtz, T., Søgaard, U., Simonsen, E., & Moe, T. [2016]. Feasibility of trauma-focused Guided Imagery and Music with adult refugees diagnosed with PTSD – a pilot study [i peer review].

Bruscia, K., & Grocke, D. [Red.] [2002]. *Guided Imagery and Music and beyond*. Gilsum: Barcelona Publishers.

Buhman, C.B., Nordentoft, M., Ekstrøm, M., Carlsson, J., & Mortensen, E.L. (2015). The effect of flexible cognitive-behavioural therapy and medical treatment, including antidepressants on post-traumatic stress disorder and depression in traumatised refugees: pragmatic randomised controlled clinical trial. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.150961>

Carlsson, J.M., Olsen, D.R., Kastrup, M., & Mortensen, E.L. (2010). Late mental health changes in tortured refugees in multidisciplinary treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(11), 824–828. doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181f97be3

Cloitre, M., Courtois, C.A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B.C., & Green, B.L. (2011). Treatment of Complex PTSD: Results of the ISTSS Expert Clinician Survey on Best Practices. *Journal of Traumatic Stress*, 24(6), 615–627.

Cloitre, M., Garvert, D.W., Brewin, C.R., Bryant, R.A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 1–12.

Crumlish, N., & O'Rourke, K. (2010). A systematic review of treatments for post-traumatic stress disorder among refugees and asylum-seekers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 237–251.

Jespersen, K.V. (2012). Musik, søvn og traumatiserede flygtninge - et pilotstudie. *Dansk Musikterapi*, 9(1), 27–31.

Herman, J.L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence*. New York: Basic Books.

Grocke, D., & Moe, T. (Red.) (2015). *Guided Imagery & Music (GIM) and music imagery methods for individual and group therapy* [1. udgave]. London: Jessica Kingsley Publishers.

Loewy, J., & Paulander, A.S. (2016). Hermeneutic inquiry. I: B. Wheeler & K. M. Murphy, (Red.), *Music therapy research*, 3. udgave. Gilsum: Barcelona Publishers.

Lund, M., Sørensen J.H., Christensen, J.B., & Ølholm, A. (2008). *MTV [medicinsk teknologivurdering] om behandling og rehabilitering af PTSD: herunder traumatiserede flygtninge*. Vejle: Region Syddanmark, Center for Kvalitet.

McFarlane, C.A., & Kaplan, I. (2012). Evidence-based psychological interventions for adult survivors of torture and trauma: A 30-year review. *Transcultural Psychiatry*, 49, 539–567.

Masmas, T.N., Møller, E., Buhman, C., & Ekstrøm, M. (2008). Asylum seekers in Denmark. A study of health status and grade of traumatization of newly arrived asylum seekers. *Torture*, 18(2), 77–86.

Patel, N., Kellezi, B., & Williams, A.C. deC. (2014). Psychological, social and welfare interventions for psychological health and well-being of torture survivors. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [doi:10.1002/14651858.CD009317.pub2](http://doi.org/10.1002/14651858.CD009317.pub2)

Palic, S., & Elklit, A. (2011). Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder in adult refugees: A systematic review of prospective treatment outcome studies and a critique. *Journal of Affective Disorders*, 131 [1-3], 8–23. doi.org/10.1016/j.jad.2010.07.005

Riber, K. (2014). *Attachment, complex trauma and psychotherapy: A clinical study of the significance of attachment in adult Arabic-speaking refugees with PTSD* (Ph.d. afhandling). Københavns Universitet, Institut for Psykologi.

Smeijsters, H., & Aasgaard, T. (2005). Qualitative case study research. I B. L. Wheeler (Red.), *Music therapy research*, 2. udgave (s. 440–457). Gilsum: Barcelona Publishers.

Slobodin, O., & de Jong, J.T.V.M. (2015). Mental health interventions for traumatized asylum seekers and refugees: What do we know about their efficacy? *The International Journal of Social Psychiatry*, 61(1), 17– 26. <http://doi.org/10.1177/0020764014535752>

Bilag 1:

Grundmusiksamling uddelt til patienterne

Satie, E. (2000). Trois Gymnopédies nr. 1 (Klara Körmendi, piano). På: *The Best of Erik Satie* [CD]. Label: Naxos.

Enya (1988). Watermark. On *Watermark* [CD]. Label: WEA

Norge, K. (2013). Homage to Life (opus 11., No.1). På: *Fiesta* [CD]. Label: Digidi.www.imusic.dk/cd/5710261029263/k...rge-2013-fiesta-cd

Gluck, C.W. (1997). Minuet: Dance of the blessed spirits, Orpheus and Euridice. På: *Lugna blå timmar*, 1 [CD]. Label: Naxos.

Pärt, A. (1998). Spiegel im Spiegel (Tasmin Little, violin; Martin Roscoe, piano). På: *Fratres* [CD]. Label: EMI Classics.

Deva Premal (2002). Om Namoh Bhagavate. På: *Embrace* [CD]. Label: White Swan.



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

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 klinikens 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 billedannelse (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 grundlægge 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 militær 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 traumeeksperters 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 traumbearbejdning¹.

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)

Fase 1 Musik og guidning som beforder stabilisering og beroligelse. Pt. får grund musik CD med hjem med 6 musikstykker.	1. Stabilisering og ressource opbygning Psykoedukation
Fase 2 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
Fase 3 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)
Fase 4 Musik som understøtter afslutning og separation. Musik som konsoliderer og skaber forhåbning.	4. Ny-orientering, engagement i omgivelserne



DILEMMAER I MUSIKTERAPEUTISK BEHANDLING AF EN TRAUMATISERET FLYGTNING MED MUSIKERBAGGRUND.

„Ja, det er problemet - med musikken. Jeg VIL spille, og jeg vil høre, og når jeg starter med at lytte eller spille, så kommer den der fornemmelse, så bliver man ked af det. Det påvirker mig meget. Så det er, som sagt, det er sådan en blandet fornemmelse, en følelse af ked af det og glad for det. Så når jeg sidder og spiller musik, eller du spiller, så nogen gange siger jeg: Ved du hvad, jeg er virkelig ked af det, så må du lige stoppe - det er nok”.



BOLETTE DANIELS BECK

Bolette Daniels Beck er kandidat i musikterapi fra 1995. Modtog Ph.d.-grad i 2012. Har siden 2012 været tilknyttet musikterapiuddannelsen som adjunkt og fra 2016 som lektor. Bolette udfører som en del af sit virkefelt kliniske og forskningsmæssige aktiviteter på Klinik for Traumatiserede Flygtninge, Psykiatrien i Slagelse.

Henvendelse: bolette@hum.aau.dk

Abstract

Denne artikel præsenterer et single case-studie af et receptivt musikterapiforløb med en 55-årig syrisk flygtning, som har været udsat for fængsling og tortur på grund af sine aktiviteter som protestsanger og musiker. Der beskrives problemstillinger og dilemmaer relateret til at anvende musik, der både kan trigge traumer, men også vække indre ressourcer. Kortlægning af patientens forskellige personlighedsdele og musikkens evne til integration af dem vil blive belyst gennem teorien om strukturel dissociation.



Baggrund

Forfølgelse af musikere

Der er flere eksempler i historien på, at musikere fra en forfulgt etnisk gruppe er blevet straffet for at synge på deres eget sprog. Der har også været eksempler på totalt forbud mod musik af religiøse årsager, f.eks. under Taliban-regimet i Afghanistan. Organisationen Freemuse, som arbejder for at hjælpe musikere, der er ofre for musikforbud og forfølgelse, beskrev i 2010 hvordan 7 kurdiske musikere blev fængslet under et bryllup, anklaget for at stifte oprør, og herefter mishandlet. Kun tre af dem blev løsladt (<http://freemuse.org/archives/1536>, lokaliseret 26.8.2016).

Traumatisering efter fængsling og tortur, som er relateret til det at udøve musik professionelt, er ikke kun en traumatisering af musik som erhverv, men rammer også musikerens identitet og kulturelle tilhørsforhold. Det rammer såvel den følelse for musikken og den kropslige tilstedeværelse i musikken, som musikeren har opbygget for at kunne udtrykke sig selv, som det rammer den mening og betydning, musikken har for både musikeren selv og musikerens oplevelse af sin kulturelle rolle, f.eks. at være traditionsbærer eller talerør for sit folk.

Behandling af musikertraumer

Swart (2009) undersøgte i sin ph.d.-afhandling, hvordan traumer og dissociation påvirkede musikere. Nogle af de oftest beskrevne problemer var forringelsen af arbejdshukommelse og koncentration, der igen medførte frygt for ikke at kunne gennemføre optræden og koncerter (Swart & Niekerk, 2010). Professor i musikterapi Gro Trondalen præsenterede en interviewundersøgelse af norske musikere, som oplevede problemstillinger relateret til udøvelse af musikererhvervet, f.eks. præstationsangst, stress og fysiske skader. Musikerne modtog musikterapeutisk behandling med metoden Guided Imagery and Music (GIM), hvorefter de blev interviewet. En fænomenologisk analyse af interviewene viste, at musikterapien havde fungeret som en "creative health ressource", som virkede styrkende for musikernes identitet og nærende i forhold til personlige og professionelle ressourcer (Trondalen, 2016). Relationen til eget primære instrument havde været betydningsfuld i forhold til at styrke egen identitet både i relation til jobbet og til sig selv. Underkategorier i forhold til at få næret personlige og professionelle ressourcer var opmærksomhed på en selv (self-awareness), handleberedskab (self-agency), oplevelsen af at bevæge sig fremad (moving along) og integration (aktiveringen af mange forskellige lag: krop, følelser og det eksistentielle samt oplevelsen af at blive forandret af terapien). Musikerne havde været positive i forhold til GIM-musikken, men enkelte havde oplevet ubehag ved musikstykker, der enten mindede dem om negative sceneoplevelser, eller som de ikke kunne lide fortolkningen af. Trondalen anbefalede GIM-metoden i forhold til at integrere og afbalancere fysiske, mentale og eksistentielle dimensioner af musikeres liv, at skabe høj kvalitet i udførelsen af koncerter samt at opnå et rigere personligt liv (Trondalen, 2015, 2016).

Pilotstudie med flygtninge

I et pilotstudie, der undersøgte anvendeligheden af en modificeret form for GIM med PTSD-ramte flygtninge på Klinik for Traumatiserede Flygtninge (se introduktion til case-studiet i MIP0; Beck & Moe, 2016), arbejdede tre musikterapeuter med i alt 16 patienter. Forfatteren af denne artikel kom ved et tilfælde til at behandle de tre flygtninge, der havde musikerbaggrund. Gennem en detaljeanalyse af spørgeskemaundersøgelsen med de 16 patienter i pilotprojektet, kunne det konstateres, at de tre patienter med musikerbaggrund ikke opnåede lige så stor forbedring af deres symptomer som de 13 ikke-musikere i flygtningeprojektet (Beck, Messel, Meyer, Cordtz, Søgaard, Simonsen, & Moe, 2017).

Udfordringer i behandling af musikere med traumer

Det blev undervejs i musikterapiforløbene tydeligt, at det til tider var vanskeligt at anvende musikterapi med patienter, der havde oplevet forfølgelse, fængsling og tortur, som var mere eller mindre direkte relateret til udøvelsen af musik. I GIM-sessionerne anvendtes musiklytning med henblik på at finde ind til positive følelser og erindringer, som kunne forbinde patienterne med deres egne indre ressourcer. Men da musik for disse patienter var blevet en traumetrigger, kunne selve det at lytte til, spille eller forholde sig til musik aktivere traumeerindringer, flashbacks, kropsligt ubehag og forhøjet arousal. I behandlingen af de tre musikere var der således en del gange, hvor patienterne afviste at ville lytte til musik, afkortede musiklytningen i sessionerne, ønskede specielt udvalgte velkendte musikstykker, kun kunne have musikke anvendt som baggrund for samtale, eller hvor patienterne var ambivalente overfor musikken. Under musiklytningen opstod ofte dissociative reaktioner. Dette kunne ses ved, at følelser og kropslig sansning forekom adskilt fra de kognitive processer, så det f.eks. kunne være svært for patienten at huske og bearbejde de oplevelser, der fremkom under musiklytningen. I flere tilfælde kunne patienterne have vanskeligheder med at mærke dele af kroppen eller overhovedet at tåle at mærke kroppen, hvilket blev tydeligt under guidede afspændinger og åndedrætsøvelser til musik. Denne reaktion er iøvrigt almindeligt forekommende hos komplekst traumatiserede personer [Van der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2005].

Musikken kan dog, generelt sagt, også være kilde til en musikers identitet, glæde, tilknytning og forbundethed med omverdenen og kan i den forstand udgøre et potentielt stærkt redskab til at skabe kontakt med indre ressourcer. Dette viste sig også i forløbene med musikerne, hvor erindringer forbundet med musik var knyttet til eksistentiel betydning og meningsfuldhed, og hvor to ud af tre patienter i interview efter terapiforløbets afslutning gav udtryk for, at de nok huskede musikken, men ikke samtalerne.

Single case-studie

For at undersøge mekanismerne i musikterapeutisk arbejde med musikertraumer analyseres et forløb med en af de tre traumatiserede flygtninge med musikerbaggrund samt hans reaktioner på anvendelsen af musik i behandlingen. Følgende spørgsmål søges belyst: Hvordan anvendes musikken som en støtte for patientens integrative kapacitet, stabiliserings- og mestringsproces, og hvordan håndteres risikoen for, at musikken restimulerer og potentielt retraumatiserer patienten?

Traumebehandlingsmetoderne 'somatic experiencing' [Levine, 1997, 2012] og 'strukturel dissociation' [Van der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2006] inddrages i analysen med vægt på strukturel dissociation.

Somatic Experiencing

Som et af flere teoretiske udgangspunkter for det musikterapeutiske arbejde med traumatiserede flygtninge anvendtes traumebehandlingsmetoden Somatic Experiencing (SE) [Levine, 1997; Levine, 2012]. I denne kropsorienterede tilgang arbejder man direkte med det autonome nervesystem ved at hjælpe patienten med at sanse sin kropslige, følte fornemmelse.

Denne fornemmelse leder patienten væk fra tanker og angst og er en måde at få adgang til kontakten med kroppen i nu'et og dermed til evnen til at nedregulere arousal. Traumebehandling informeret af SE lægger vægt på at finde et eller flere "sikre steder" [kan også være relationer, begivenheder, minder eller fantaserede steder], således at terapeuten senere kan hjælpe patienten ud af flashbacks og højaktivering gennem at minde om det sikre sted/ressourcen. Gennem at sætte tempoet ned og "pendulere" [bevæge sig frem og tilbage] mellem traumerespons [aktivering af den sympatiske del af nervesystemet] og beroligelse [aktivering af den parasympatiske gren af nervesystemet] øges evnen til at bearbejde og integrere den intense emotionelle og energetiske ladning i traumet. Nedregulering af arousal faciliteres blandt andet gennem at minde patienten om sine indre ressourcer i form af fx det sikre sted, positive eller neutrale, indre billeder og sansede kropsfølelser [interoception].

Formålet med penduleringsprocessen er også at dosere [“titrere”] eksponeringen for traumatisk materiale, således at patienten får mulighed for at bearbejde og integrere oplevelserne uden at blive overvældet.

I receptiv musikterapi kan musiklytning både anvendes til aktivering af det parasympatiske nervesystem (beroligelse) og som et redskab til at opbygge indre ressourcer og kontakt med positive følelser, der ikke er berørt af traumat. Musikken kan også anvendes som en “container” eller musikalsk struktur, der kan støtte patienten i at kontakte og “genforhandle” traumatiske oplevelser, hvorunder der sker en vis grad af aktivering af den sympatiske gren af nervesystemet (Beck, 2015). Gennem indre billeddannelse kan patienten kontakte og reagere på den traumatiske hændelse og evt. symbolsk i billeddannelsen fuldende ikke-kompletterede forsvarshandlinger såsom at flygte og komme i sikkerhed, kæmpe sig fri, eller at forsvare sig. Når traumat bearbejdes på et kropsligt niveau i små bidder, kan patienten efterhånden opleve mestring og øget kontrol.

Strukturel dissociation

“Strukturel dissociation” er en teori om traumer, som er beskrevet i bogen “The haunted Self” (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006). Denne teori er almindeligt anerkendt og udbredt i traumebehandling¹, og den er også anvendt i musikterapeutisk behandling af kompleks PTSD (Maack, 2014). Teorien giver mulighed for at beskrive og identificere forskellige personlighedsdele med specifikke følelser og reaktioner, som er “fraspaltede” som følge af traumat.

Definitionen af fænomenet dissociation er vanskeliggjort af, at begrebet både anvendes i forhold til opsplitning af personligheden som forsvarsmekanisme mod psykisk og fysisk smerte, som navn på en række symptomer og lidelser, men også anvendes om dissociative tilstande som f.eks. diffuse, drømmende eller hypnotiske tilstande, der også kan være alment forekommende hos raske mennesker. Teorien om strukturel dissociation tager udgangspunkt i Pierre Janet's teorier, hvor han definerer dissociation som: “a division of the personality or of consciousness” (1887), dvs. en opdeling af de systemer og funktioner, der konstituerer personligheden. Disse systemer kaldes “aktionssystemer” og består af de forskellige netværk af processer, der forekommer i psyken. Det kan f.eks. være tilknytningssystemer i personen, der sørger for at søge nærhed og social interaktion eller forsvarssystemer, som søger at beskytte individet mod fare gennem tilbagetrækning fra social interaktion. Dissociation ses i denne teoretiske position som et helt grundlæggende element for traumatisering og som et af de vigtigste kendetegn på traumatisering. Dissociation forekommer, når en persons integrative kompetencer bryder sammen, f.eks. når en situation er så overvældende, at den ikke kan rummes, tages ind eller bearbejdes. Der sker da en opdeling mellem den såkaldte “Apparently Normal Part” (ANP), og en eller flere “Emotional Part(s)” (EP), hvor traumeoverleveren skiftevis vil fungere “som ANP” eller “som EP” med hver deres forskellige karakteristiske tanker, følelser, handlemåder og en i det mindste rudimentær jeg-fornemmelse og identitet. F.eks. kan en traumatiseret flygtning, når han eller hun fungerer som ANP gå i sprogskole og nogenlunde klare at holde sammen på sig selv og familien i dagligdagen, mens han/hun kan slå over i en tilstand med sammenbrud af kognitive funktioner som f.eks. paranoia eller stærk vrede, når en af EP-delene bliver aktiveret. Hver EP-reaktion kan repræsentere forskellige former for emotioner og biologiske overlevelsessystemer såsom fight, flight, freeze, kollaps og underkastelse med tilhørende forskellige stærke emotioner, og delene har hver deres fysiologiske og emotionelle karakteristika. I stedet for at kunne veksle mellem disse overlevelsessystemer på en fleksibel måde er de blevet fikseret af de traumatiske oplevelser. I den traumatiseredes hverdag kan hændelser, tanker eller følelser, som minder om traumat, trigge eller udløse skiftet fra ANP til EP.

For patienten, som oplever en EP, optræder den på samme måde, og denne vil gennemløbe de samme følelser, tanker og handlinger, hver gang EP'en trigges. Når traumatiske erindringer er reaktiveret, er

1 Se f.eks. European Society for Trauma and Dissociation konferencer (<http://www.estd.org/home/>),

adgangen til andre dele af hukommelsen ofte blokeret. Når man dissocierer med EP, lever man vedvarende i det nu, der var engang, ligesom man ikke er opmærksom på den nuværende kontekst og ofte ikke har adgang til den faktuelle viden eller de færdigheder, der er tilgængelige i ANP. Der synes at være mange flere aktionssystemer i ANP end i hver af EP'erne, men fordi de stærke følelser er bundet i EP'erne, må patienten som ANP ofte opleve sig i en tilstand af følelsesmæssig tomhed.

Teorien om strukturel dissociation opererer med tre niveauer:

- 1) Et primært niveau form, hvor der optræder en ANP og en enkelt EP [ofte ved enkeltstående traume]
- 2) Et sekundært niveau form, hvor der optræder en ANP og flere EP'er [ses ved komplekse traumer]
- 3) Et tertiært niveau, hvor der optræder flere ANP'er og et større antal EP'er som f.eks. i Dissociative Identity Disorder [DID].

Realization

Begreberne "realization", "personification", "synthesis" og "presentification" beskrives som målsætninger for det traumeterapeutiske forløb. Realization er resultatet af integration af de tre andre begreber og står for personens evne til at træde ind i livet og virkeliggøre sig selv. Personification og presentification står for evnen til at være i nuet og være tilstede i tilværelsen i stedet for at dissociere og være i EP-reaktionerne. Synthesis betegner den proces, hvor de forskellige aktionssystemer efterhånden integreres således, at personlighedsopdelingen i undersystemer mildnes.

Eventually, the patient is encouraged to engage in and complete major adaptive actions, including realization, as a matter of course in daily life. This involves high levels of personification and presentification, and the ability of all parts of the personality to assess to what degree their perceptions of the internal and external reality fit those of other dissociative parts and other, mentally healthy individuals [Van der Hart et al., 2006, s. 261].

For en mere uddybende forståelse af teorien og mere detaljerede gennemgange af behandlingsfaser henvises til Van der Hart et al. [2006]. Nijenhuis har siden udviklet sin forståelse af teorien og udgivet en trilogi, der beskriver tre centrale begreber i traumatisering: Uvidenhed, skrøbelighed og kontrol [Nijenhuis, 2015; Nijenhuis, 2016].

I den følgende casebeskrivelse gennemgås især de aspekter, der har med musikanvendelse og musiker-relaterede traumer at gøre. Casen vil løbende blive placeret i forhold til de tre strukturelt dissociative niveauer, og ANP og EP-tilstande identificeres både generelt og specifikt i forhold til musik.

Case

Beskrivelse af Miço

Ved musikterapibehandlingen begyndelse bor klienten, her kaldet Miço, med sin kone og de yngste tre af deres fem børn i et hus i provinsen. Miço er 55 år og syrisk kurder. Han har kronisk migræne, rygsmerter, får stress-udløste besvimelsesanfald og har alle symptomer på PTSD: Hyperarousal, mare-ridt, flashbacks og forsøg på at undgå tanker, følelser, steder og indtryk, der minder om traumerne. Desuden oplever han nogen gange stemmehallucinationer, hvor det opleves, som om nogen kalder på ham bagfra. Han oplever, at hans traumer fylder meget, og han identificerer sig delvist med dem: "Det er helt sikkert, at jeg lever sammen med traumet....Nogen gange savner jeg traumet. Det er ligesom om, det er ikke noget, jeg skal væk fra. Jeg skal hele tiden være sammen med traumet. Det tager tid at skille sig ad".

Miço voksede op i en lille landsby i bjergene sammen med sin familie. Hans far og bror var kurdiske frihedskæmpere. Da han var 15 år mødte han en kendt musiker, som hørte Miço synge, og som tog ham til sig som sin elev. Han lærte Miço at spille oud, som er et mellemøstligt, guitaragtigt instrument. Miço begyndte at optræde som protestsanger og musiker med en musikgruppe ved politiske arrangementer. Miço blev ved flere episoder forfulgt og fængslet. Efter en kompliceret flugt ankom han med kone og børn til Danmark. På grund af komplikationer i asylsagen gennemlevede familien efterfølgende et 12-årigt langt forløb, hvor de blev flyttet fra sted til sted. Børnene modtog ikke skoleundervisning, og hele familien blev følelsesmæssigt nedbrudt. Miço tjente lidt penge ved at undervise børn i musik samt udføre forskelligt arbejde, og han betalte selv for danskundervisning og blev ret god til dansk. Da familien omsider opnåede opholdstilladelse og asyl, oplevede Miço et følelsesmæssigt og fysisk kollaps og begyndte bl.a. at besvime, dette både når han var hjemme og ude. Under visitation til behandling for PTSD på Klinik for Traumatiserede Flygtninge var han grådlabil og nedbrudt. Det at sidde til en samtale udløste frygt og påbegyndelse af en dissociativ tilstand med automatiseret selvforsvarende talestrøm, som var relateret til den frygt, der var forbundet med de utallige forhør og samtaler med myndigheder, han havde oplevet.

Musikterapiforløbet

Musikterapiforløbet var på 16 sessioner og forløb over 20 uger. Der var tolk med i halvdelen af sessionerne. Forløbets fokus var stabilisere og evt. bearbejde de traumer, som han havde pådraget sig i Syrien.

Den følgende beskrivelse vil fokusere på Miços respons på musik og bearbejdning af musikerrelaterede traumer.

Session 1-3: Kontakt med indre ressourcer

Miço var meget motiveret for behandlingen og fokuserede på sit håb om at få lindring for sine mange fysiske symptomer og sin følelse af afmagt. I første session opfordrede jeg efter en kort guidet afspænding Miço til at prøve at finde et "sikkert sted". Miço lyttede til Enya's "Paint the sky with stars" fra en music-CD med 6 stykker, han havde fået med hjem. Han kom til at græde, fordi han oplevede, at musikken var den samme, som han hørte dengang, han fik at vide, at hans mor og to af hans søstre var døde. Da det var første session, gik vi ikke nærmere ind i dette traume, men talte om, at det var hårdt ikke at kunne tage til begravelsen i Syrien. Derefter valgte jeg at lave en guidet visualisering uden musik, hvor han fandt frem til et sikkert sted, hvor han kunne føle sig tryk: I saunaen i svømmehallen. Det indre billede af at sidde i saunaen hjalp ham med at få vejrtrækningen ned i maven og føle sig varm og tryk. Umiddelbart efter denne guidning svingede han tilbage til en følelse af opgiveness og sorg over ikke at kunne det samme som tidligere.

I anden session talte Miço om politik, IS og sin bror i Syrien. Han talte på dansk med både vitalitet og megen kropsgestik. Jeg spejlede den styrke og det mod, som han og hans bror havde udvist og forsøgte på denne måde at opbygge hans kontakt til en indre ressource. Som en yderligere forankring heraf bad jeg Miço om at tænke på sit mod og sin overbevisning, mens han med åbne øjne lyttede til den klassiske sats "La Calinda" af Delius, som er et musikstykke med en lys stemning og en fløjtesolo. Der er en vis grad af dynamik i musikken, som jeg regulerede ved at skrue ned, der hvor musikken blev høj. Musikken fik ham til med glæde at tænke på sin musikgruppe i Syrien, som han ikke har kontakt til længere. I evalueringen af sessionen sagde han: "Når jeg taler ud, får jeg det bedre".

I tredje session talte Miço meget om sit arbejdsliv. Han har tidligere haft meget fysisk arbejde, bl.a. som mekaniker og hjælper for en stenhugger. Jeg bad ham om at spænde op i arme og ben og mærke sin fysiske styrke, mens han lyttede til et musikstykke med åbne øjne [Bizet: "Intermezzo fra Carmen"]. Han blinkede meget med øjnene, mens han lyttede. Jeg mindede ham om at have fokus på sin styrke i

arme og ben. Da musikkens volumen steg, kunne jeg se trækninger i hans ansigt og dæmpede musikken. Mod slutningen var det, som om hans ansigt lukkede til. Han græd og sagde, at hans hoved blev fyldt med ting: Han kunne ikke slappe af, og han var meget træt. Han havde tænkt på, at han var ked af, og at han ikke havde overskud til at gå ud og arbejde længere, selv om han gerne ville.

Kommentar

I disse første sessioner fik Miço kontakt med indre ressourcer både med og uden musik. Når musikken blev anvendt, kunne det imidlertid være svært at styre, og Miço kunne hurtigt svinge over i negative tanker, følelsen af afmagt eller få kontakt med traumatiske erindringer frem for positive, indre ressourcer. Jeg blev opmærksom på, at musikken måske var for aktiverende: Det var fristende at spille musik med et vist "indhold" for en musiker – men hans nervesystem havde brug for musik med meget lidt dynamik og aktivering.

Når Miço var i APN-tilstanden, havde han kontakt med sin styrke, sin modstandskraft, sine politiske holdninger, som han talte om med levende mimik og gestik, samt sin glæde over mindet om musikgruppen. Men i sessionerne kom Miço også ind i flere dissociative reaktioner, som kunne beskrives som "emotional parts" [EP], hvor Miço i et tilfælde oplevede afmagt/udmattelse og opgivelse – en form for kollaps – og i et andet tilfælde genoplevede chokket over tabet af moderen og søstrene – en form for freeze.

Session 4-8: Regulering og spejling med levende musik

I disse sessioner valgte jeg at anvende min egen stemme og musikinstrumenter for mere præcist at kunne matche og regulere Miços arousal.

I femte session fortalte Miço om et politiforhør, han havde oplevet under tilfangetagelse. Under forhøret havde politimanden sagt: "Vi er klogere end dig, vi kan altid finde dig". Miço blev bedt om at lægge sin hånd på et papir på bordet, og håndens omrids blev tegnet op. Bagefter blev han bedt om at fjerne hånden. Politimanden viste ham ved at føre sin hånd hen over fingrene på papiret: "Hvis du synger eller spiller igen! Så skærer jeg dem af". Der opstod et øjeblik, hvor jeg lod oplevelsen trænge ind og spontant reagerede med sorg og forargelse over denne symbolske trussel, som på nogen måder var kraftigere, end hvis han rent faktisk havde fået fingrene hugget af. Miço havde aldrig før fortalt nogen om denne episode, og senere refererede han til dette øjeblik som det vigtigste i hele terapiforløbet: "Jeg kan huske, at du holdt op med at snakke, og du kiggede på mig, og jeg kunne se på dig, at du blev påvirket... det var det indtryk, det gjorde: at du ER med. Selvom du ikke kunne gøre meget, så var det dét, at du kunne høre det, som jeg har". Vi talte om, hvordan billedet af hånden på papiret sad fast i hans sind og kom frem, hver gang han spillede musik. Mens Miço talte om episoden, sad han og vred og trykkede sine hænder. Jeg gjorde ham opmærksom på hans hænder, og jeg bad ham se på dem og overbevise sig om, at de var hele. Efterfølgende kom han i kontakt med sin motivation for at spille musik og fortalte om de lidelser, som hans folk gik igennem: Han havde medfølelse med sit folk og følte kærlighed til sit land og sit folk – han følte, han spillede for menneskers sjæl. Jeg spejlede hans oplevelse af, at han med sin musik kunne betyde noget og vække håb hos andre mennesker. Jeg delte nogle af mine egne oplevelser, da jeg som ung spillede til atomkraft- og fredsmarcher. For at vise at der også er politiske musikere i Danmark, valgte jeg at afspille "Lille soldat" af Savage Rose, som han lyttede til med åbne øjne. For at undgå at han dissocierede, spillede jeg kun en lille bid af sangen. Efterfølgende kom vi til at tale om de vanskeligheder og risici, der for ham havde været forbundet med at være politisk musiker. I stedet for at afspille musik valgte jeg at afstemme mig med hans uro og frygt og forsøge at bringe hans kraft frem igen gennem at spille guitar, og nynne over omkvædet til protestsangen "I kan ikke slå os ihjel". Han sagde efter sessionen: "Musikken har hjulpet; jeg kom væk fra det, der er sket, da du spillede guitar".

I femte session havde Miço stærk migræne, og jeg anvendte et strengeinstrument kaldet "bodytambura", som lægges på kroppen, så vibrationerne kan mærkes direkte. Miço tog også smertestillende medicin, og han oplevede, at kombinationen af musik og medicin lindrede migrænen. Miço kunne godt lide tamburaen og spillede i den sjette session selv lidt på den, mens jeg skabte en akkordbund på guitar. Han improviserede med lav volumen, én streng ad gangen og i langsomt tempo i 2-3 minutter. Musikken fik ham til at genkalde sig gode minder og indre billeder af både en smuk dal omgivet af bjerge, som han kendte fra sin ungdom, og af den store musikgruppe, som han havde været med i, hvor de var 25 mænd og kvinder, som havde optrådt sammen.

Efter at have spillet og tegnet sin musikgruppe sagde han: "Billedet tog mig tilbage, naturen tog mig tilbage, jeg kan lide at spille og tegne". I ottende session brugte han lang tid på at stemme en oud, der stod i musikterapilokalet, og han spillede to sange, bl.a. "Ayids sang" om en kendt person, der blev dræbt i Irak. Jeg akkompagnerede på darbuka-tromme. Han tog ikke øjenkontakt, mens vi spillede, men var langt væk i musikken; det var som om, han var et andet sted. Han var nedstemt efter at have spillet og havde ikke lyst til at snakke.

Kommentar

Anvendelsen af levende musik til både receptiv og aktiv musikterapi var oprindeligt ikke en del af GIM-protokollen. I arbejdet med denne musiker virkede det nærliggende at inddrage patientens aktive forhold til musikken. Det blev dog tydeligt, hvor komplekst dette var for ham – og hvor svært det var at navigere i for mig som terapeut. Det var en ny situation for ham at anvende musikken terapeutisk. Han spillede meget forsigtigt og lavmælt, og mens han improviserede i kontakt med mig, og han virkede fjern, mens han spillede sit eget repertoire. Dette kunne tyde på, at han kom ind i en dissociativ tilstand, hvor han var i en EP (en emotional part), der reagerede med freeze-response og manglende socialt engagement. I andre tilfælde kom der også stærkt positive minder og tilstande frem: Kontakten med den gamle musikergruppe, naturen i hjemlandet og oplevelsen af meningsfuldhed.

Efter kontakt med traumatisk materiale er det ifølge Somatic Experiencing-teori almindeligt, at der sker en aktivering af nervesystemet, som så skal nedreguleres eller aflades/udtrykkes somatisk. Efter fortællingen om hånd-traumet blev Miços nervesystem højaktiveret, og han kom ind i stærke følelser af mening og kærlighed omkring sin musikergerning. For at hjælpe til med at integrere disse følelser ville det være godt med et roligt stykke musik med den samme stemning, men med en lavere grad af arousal. I tilbageblik kan jeg se, at interventionen "politisk musik i Danmark" eller "mødes som to politiske musikere" var et resultat af modoverføring, idet jeg blev revet med af den høje aktivering. Dette var ikke Miços behov. Heldigvis kunne han tage de elementer, han havde brug for til at regulere sig ned: Guitarmusikken og min nynnen fik denne funktion.

Session 10-11: Had og kærlighed til musik

I tiende session mødte han op i en meget nedtrykt stemning relateret til sin aktuelle fysiske uformåen. Da jeg spurgte, om han ville høre musik, sagde han blandt andet: "Musik har ødelagt mit liv.....jeg hader musik, jeg hader mit liv". Vi arbejdede uden musik med hans tilværelse nu og her, praktiske ting han kan ændre på, selvaccept og det at lære at tage pauser og ikke overskride grænser for sin egen fysiske formåen.

I ellefte session oplevede han nu helt modsat efter lytning til Mozarts "Serenade for 13 blæsere", som har nogle lange, bærende obotoner samt en kort stemme- og bodytambura-improvisation, at musikken gjorde ham afslappet og "førte ham tilbage til musikkens verden". Han fortalte med et smil om munden, hvor meget han elskede musik som barn, og hvordan tiden fløj af sted, da han underviste børn i musik, og han udtrykte: "Musik er livet!"

Kommentar

Disse to sessioner var meget polariserede: Musikken blev et symbol på Miços liv. Set i et SE-perspektiv kunne man sige, at Miços nervesystem svingede ud til ekstremerne, og at han havde behov for, at energien og betydningen i både hadet og kærligheden blev hørt, forstået, integreret og ført mod en mere ligevægtig midte. I sessionerne blev der netop arbejdet på dette, og den store kærlighed til folket/musikken fra session 5 var nu mere nær og personligt relateret.

Session 12-16: Traumbearbejdning

I de sidste fem sessioner arbejdede Miço med flere traumatiske oplevelser fra Syrien. Når Miço var ved at dissociere, holdt jeg tegningerne af de gode steder op foran ham, hvilket hjalp ham med at skifte fokus og regulere sin arousal ned.

Miço fortalte bl.a., at han blev taget til fange af politiet, da han optrådte ved en stor festival. Han sad i "kassen" i fire døgn: "Kassen" er en lille kasse, hvor man blev klemt sammen og var helt isoleret fra omverdenen. Hans venner samlede ind og fik ham ud af fængslet, men han kendte mange, der ikke kom ud. Miço fortalte, at "i fængslet er der fire etager, og der eksisterer et system: Hvis man er på de øverste etager, bliver man udsat for lettere tortur som f.eks. fysisk vold, og her kan man blive løsladt mod "kaution". Ryger man længere ned, er det grov tortur, og prisen for at blive købt fri er højere. I kælderens er der syrebade. Derfra kommer ingen tilbage". Vi talte om det uforståelige i menneskelig ondskab, og jeg søgte at spejle sorgen og meningsløsheden ved at synge/nynne til ham uden ord.

Efter sin første tilfangetagelse gik Miço "under radaren", men flere år senere til en 8. marts-fest, kvindernes internationale kampdag, gik han alligevel på scenen. Midt i koncerten fik han at vide, at civilpolitiet var i salen. Han sagde i mikrofonen, at der ville blive en kort pause, og så flygtede han ud af en bagindgang. Han gemte sig hos noget familie og flygtede senere ud af landet.

I trettende session fortalte han om sin ankomst til Danmark, hvor han oplevede, at politiet tog overraskende godt imod ham og hans familie i lufthavnen, og at medarbejderne i Dansk Røde Kors' asylcenter var "som en mor". Han fik i sessionen kontakt med en følelse af renhed og tegnede ankomsten med en grøn farve, der stod for liv og naturen. Han oplevede også, at der var lys i tegningen. Jeg bad ham sidde og tænke på dette lys og lytte til musik (new age-nummeret "Bubbles of Joy" af Prem). Han mærkede sin krop og fortalte bagefter, at han oplevede, at en del af hans krop døde, da han forlod sit hjemland, familie og venner. Han sørgede over dette. Jeg bad ham fortælle, hvor i kroppen han mærkede dette, og han pegede på brystet.

De sidste to sessioner handlede om hans forhold til sin musikleærer, som netop var blevet begravet. Miço lyttede til et uddrag af Tümatas "Ud taksim", som er en tyrkisk indspilning med bl.a. oud, og han græd over tabet af sin lærer. Han havde været "forsvundet" i over 12 år, hvor han havde siddet i fængsel. Han var ikke politisk aktiv, men var blot en stor musiker, og politiet havde knækket hans oud for at "statuere et eksempel". Miço havde betalt hans gravsten, og Miços bror havde været med til begravelsen. Miço fortalte om deres møde, da han var en stor dreng, og hvordan læreren havde givet ham kærligheden til musikken. Han talte også om alle de musikere, han kendte, som var døde. Miço fortalte om en gang, han selv optrådte i Danmark. Han havde sunget en sang, som han selv havde skrevet, hvorefter han var kommet til at græde. Alle i salen havde været meget berørte. Miço sagde efter terapien: "Vi taler både om det gode og det dårlige, det er godt. Hvis ikke man har noget gammelt, har man ikke noget nyt - det er en gammel talemåde. Det, man har oplevet, er vigtigt, det bliver til historie".

Kommentar

I disse sidste sessioner var Mico i stand til at tale om traumatiske oplevelser og regulere sin arousal ned med brug af tegninger og musik, således at han ikke blev overvældet. Den forøgede mestring, og

regulering af arousal kan have medvirket til at gøre det muligt for ham at opleve en positiv tilstand af "godhed" og "lys" med moderat arousal, som han kunne tegne og forblive ved. Efterfølgende kom han delvist ind i en EP, en oplevelse af "dødhed", men den tog ikke over: Han kunne mærke den, samtidig med at han kunne mærke lyset. Endvidere arbejdede han med sorg over sin lærer, hvor følelserne både bestod af taknemmelighed og tab. Der var tale om en sorg over en elsket person, som muligvis kunne klinge af over tid med en rituel afslutning, der indebar konkrete handlinger som f.eks. en begravelse eller stensætning i modsætning til den afmægtige sorg med silende tårer, som han kom ind i i tidligere sessioner, fx den første. Et af formålene med traumebehandling er, at de fastlåste og repetitive flashbacks, som er forbundet med emotionelle dele, integreres, og at traumet i stedet for at være et evigt nu bliver placeret som "historie" i hukommelsen. At Miço selv nævner, at "det, man har oplevet, bliver til historie" i sin sidste session, kunne være tegn på, at han måske til dels er begyndt på denne proces.

Ved afslutningen af forløbet talte jeg med Miço om hans forestående ressourceforløb hos kommunen. Han var ked af at blive sat til at arbejde, når han følte sig syg, da hans største ønske var at føle sig rask og normal igen. Jeg undersøgte forskellige muligheder for, at han igen kunne komme til at undervise, fx andre flygtninge, men han var usikker på, om han havde kræfter nok, så vi aftalte at vente med at sætte noget i gang.

Miços eftertanker

Miços spørgeskemaer viste kun en lille symptomforbedring fra før til efter terapiforløbet, og casen kan på grundlag af disse data tolkes som en negativ case. Men hvis man tilgår data fra det efterfølgende interview med terapeut og tolk, bliver dette langt mere nuanceret og viser andre aspekter af forløbet. Miço fremhævede f.eks., at "det var første gang efter, at jeg kom til Danmark, at der er en, jeg taler helt ærligt med om alt i detaljer. Og jeg var uden angst med dig. Du har givet mig friheden til at snakke, om det jeg ville". Han sagde, at han havde oplevet en momentan lettelse i forhold til at arbejde med traumerne: "De traumer, der har været, de ting, der skete i Syrien, de er ikke sådan forsvundet. Nogle gange efter at have været her, så har jeg det bedre, så går jeg hjem og sover trygt (...). Det er som en boks, den sorte boks, hvor man gemmer det hele: Jeg har ikke talt med nogen om det, og så pludselig så starter man på at tage noget ud af den".

Om det at være musiker og gå i musikterapi mente han, at traumerne var større end musikken: "For jeg er musiker, jeg kan godt lide musik, og gennem musikken har jeg også fået noget uretfærdighed, og så har jeg haft problemer med regimet i Syrien: Jeg har spillet - store koncerter - og er blevet forfulgt af regimet (...). De traumer, jeg har, er endnu større end musikken, og de tildækker alt det der musik". Han berettede om sin både lyst til og vanskelighed ved at anvende musik terapeutisk: "Ja, det er problemet - med musikken. Jeg vil spille, og jeg vil høre, og når jeg starter med at lytte eller spille, så kommer den der fornemmelse, så bliver man ked af det. Det påvirker mig meget (...). Så det er som sagt, det er sådan en blandet, en blandet fornemmelse, en følelse af ked af det og glad for det. Så når jeg sidder og spiller musik, eller du spiller, så nogen gange siger jeg: Ved du hvad, jeg er virkelig ked af det, så må du lige stoppe - det er nok. Det er ligesom 3-4 minutter, det er nok for mig, så bliver jeg mæt (...). Jeg tænker på mange ting, og så starter jeg med at græde".

Analyse af strukturel dissociation i casen

Van der Hart et al. [2006] beskriver betydningen af at hjælpe traumepatienten med at skabe mere mentalt overskud gennem at finde nye og bedre strategier i hverdagslivet som en forudsætning for at overvinde deres angst for at arbejde med de traumatiske oplevelser. Miço brugte en del tid på at opbygge sin energi gennem at arbejde på at forebygge migræneanfald. Vi arbejdede også på at finde måder, hvorpå han kunne komme ud og gå ture og køre med offentlige transportmidler samt komme til at træne i svømmehallen uden at overanstrenge sig og besvime. Da Miço var i kontakt med sit had

til musikken/livet (session 10), blev det vigtigt i denne session at arbejde på at opbygge selvomsorg og mestring gennem at undersøge, hvordan han kan agere inden for sine grænser for fysisk formåen og arbejde.

Personlighedsdele

I teorien om strukturel dissociation ser man ikke kun på enkeltstående dissociative fænomener eller tilstande, men også på, hvordan selve personligheden er struktureret som følge af traumatisering. I Miço's tilfælde tolker jeg, at hans Apparently Normal Part-respons (ANP) er relateret til hans rolle som familiefar, hvor han på trods af store udfordringer har bragt sin familie i sikkerhed, kæmpet for at lære dansk, arbejde, passe på sine fem børn og kone og tage ansvar for, at de klarer sig i Danmark. Han har været fysisk aktiv gennem sport og mødt venner og bekendte ved at tage offentlige transportmidler. Miço i ANP-tilstanden oplever desuden skyld, bekymring og selvpinende tanker, der kører i ring: "Hvis bare jeg havde fået familien igennem hurtigere, hvis bare jeg var blevet i Syrien og havde kæmpet, hvis bare jeg kunne være stærk som før". Men når Miço fungerer i ANP-tilstand, rummer dette også hans politiske identitet, søgen efter retfærdighed og engagement i omverdenen.

I forhold til de tre niveauer af strukturel dissociation tolker jeg, at Miço befinder sig på niveau to: sekundær strukturel dissociation. Dette indebærer, at der er struktureret en ANP og flere Emotional Parts (EP's) som følge af traumerne. De EP-reaktioner, som jeg ser i casen, er:

EP1: Følelsesmæssigt kollaps - silende tårer, afmagt og fortabthed

EP2: Fysisk kollaps - besvimelse/tab af bevidsthed og muskeltonus

EP3: Følelsesløshed - numbing, en følelse af, at noget i ham er dødt

EP4: Angst - på trods af at have opnået asyl lever Miço i konstant angst for at blive hentet af politiet og sendt tilbage, blive forfulgt og dræbt

EP5: Skam/social tilbagetrækning - oplever, at han ikke er "stærk som før", bliver hjemme og tør ikke optræde mere

EP6: Kamp - udmattende automatisk selvforsvarende argumentation

De forskellige EP-reaktioner trækker på forskellige forsvarssystemer: 1 til 3 bygger på immobilisering, freeze og kollaps (spille død), 4 og 5 bygger på flugt-respons, og 6 bygger på kamp-respons. I casen optræder de forskellige EP-tilstande uafhængigt af hinanden. Det dissociative indebærer, at disse reaktioner er automatiserede og repeteres uden mulighed for hverken integration med hinanden eller med ANP. I terapiforløbet arbejdes der med at hele det split, som dissociationen er et symptom på gennem at opbygge mestringsstrategier, bl.a. gennem anvendelsen af sikre steder og indre ressourcer. I terapien arbejdes også på at skabe fleksibilitet og på at kunne bevæge sig fra EP-reaktioner, dvs. mere dissociative tilstande, til ANP-tilstande. I starten af forløbet havde Miço forskellige EP-reaktioner uden refleksion eller mulighed for at rumme andet end de intense, vanskelige følelser. Hen mod slutningen af forløbet begyndte han at kunne reflektere og rumme flere dele på samme tid, som da han i session 13 lyttede til musikken og mærkede "lyset". Det var første gang, han magtede at være i en positiv følelse i et forholdsvis langt tidsrum. Han gav udtryk for, at han kom til at mærke en følelse af, at en del af ham døde, da han flygtede fra sit land. Det vigtige ved oplevelsen var, at han gav udtryk for, at han var i kontakt med sig selv OG den døde part på en gang (EP'en følelsesløshed), idet han pegede på et afgrænset område i brystet, hvor han mærkede denne "døde" del. Det at han kunne være i kontakt med den "døde" del (EP 3) uden helt at blive overtaget af den, tolker jeg sådan, at han var i gang med at hele sin dissociative tilstand og nå et højere niveau af integration.

Musik og EP'er

Miço's relation til musik er tilsyneladende præget af ambivalens og modstridende følelser: Han vil gerne lytte/spille, men bliver ked af det og overvældet, dvs. dissocierer. Med anvendelse af strukturel dissociations-perspektivet tolker jeg, at han skiftevis identificerer sig med forskellige dissociative dele, der henholdsvis kan rumme og ikke kan rumme musik, og han kontrollerer ikke selv skiftene. En del af ham, der tolkes som en ANP-reaktion, er i kontakt med kærlighed til musikken, sin historie som musiker og sanger, stolthed, kærlighed til sin lærer og sorg over lærerens død. Han har tidligere kunnet bruge sine musikerevner til at undervise på asylcenteret, og han har også været ude at spille i Danmark. Denne del af ham elsker musik og ønsker at lytte til og spille musik.

Når Miço reagerer med ubehag og dissociation på musik, tolker jeg det som EP-reaktioner, der specifikt er opstået som følge af traumer relateret til musikken, f.eks. da han blev truet til ikke at spille mere eller blev sat i isolation i kassen. Der har muligvis været flere episoder med vold, som han ikke har magtet at tale om eller ikke husker:

EP7: Had til musik, [had til sig selv og til livet] – kamp-respons vendt mod ham selv

EP8: Følelsesløshed [numbing] – relaterer til den tidligere nævnte EP 3

EP9: Uro og frygt for at blive straffet, fængslet og dø [flugtrespons] – relaterer til den tidligere nævnte EP 4

Når patienten reagerer som i EP7, opleves musik som noget truende. Jeg tolker, at det er krænkerens [bødlens] aggression, som er blevet indoptaget af patienten og nu gentages og vendes mod ham selv [re-enactment]. Det var i sin tid ikke muligt at kæmpe mod bødlen eller forsvare sig i situationen. Det er heller ikke muligt at holde sig selv intakt i forhold til overgreb på sin personlighed. Når man hader nogen, er der en vis grad af kontrol, som kan opleves som "bedre" i psykologisk forstand end den forfærdelige udsathed og afmagt, som tortur indebærer. Efter Miço havde givet udtryk for sit had til musikken, slog han i den følgende session over i dens modsætning og talte om sin store kærlighed til musikken. Måske har det at anerkende og artikulere sit had gjort det lettere for ham at turde mærke kærligheden til musikken. Er det blot et udtryk for ambivalens, eller er der en spæd og begyndende integration mellem EP og ANP og dermed mellem forskellige polariteter?

EP8 tolker jeg som en dissociativ reaktion på at være i kontakt med musikinstrumenter, måske som følge af den fysiske trigger, som berøring af instrumentet kan være sammen med lyden af musikken. Da Miço spillede oud, hans eget instrument, var det, som spillede han på automatpilot og forsvandt ud af kontakten med mig og nuet, hvilket både kan beskrives som numbing, flight og freeze. Han sang ikke på noget tidspunkt, men det ville måske også have trigget lignende reaktioner. EP9-reaktionen indebærer uro, ubehag rastløshed og frygt, og jeg iagttog, at denne respons optrådte meget kortvarigt under hele forløbet i forbindelse med både aktiv musikudøvelse og mange af musiklytningerne, hvorefter Miço enten gik ind i EP1, dvs. en tilstand af afmagt, tristhed og gråd eller EP6 i form af verbalt selvforsvar.

Integration og syntese

I hvor høj grad medvirkede musikken til at mindske de dissociative reaktioner og skabe integration og syntese mellem personlighedsdelene? Man kan se af casebeskrivelsen, at musikken i mange sessioner virkede støttende og integrerende i forhold til de indre ressourcer, der dukkede op. Til andre tider aktiverede musikken EP-reaktioner, som efterfølgende langsomt kunne bevidstgøres og dermed syntetiseres med ANP. Et eksempel på dette er interviewet, hvor Miço fortæller, hvordan han er blevet klar over, at han kun skal lytte eller spille musik 3-4 minutter og derefter stoppe for ikke at ende med bare at sidde og græde. Her har han begyndende bevidsthed om, hvordan han kan bevare sin kontakt

med musikken, samtidig med at han er opmærksom på og søger at forebygge sine dissociative reaktioner. Mico blev mere og mere bevidst om den grænse, hvor musikken holdt op med at være støttende og slog over i at blive ubehagelig, og han opnåede øget kontrol over sig selv gennem at kunne standse musikken, når det ikke længere føltes rart.

Van der Hart et al. [2006] skriver, at man, hvis man udelukkende arbejder støttende, risikerer at forblive ved patienten som ANP, hvorved EP'erne skubbes længere væk, og dissociationen forstærkes. Oplevelsen af de forskellige EP-reaktioner var således vigtige for, at Mico kunne begynde at integrere de personlighedsdele, som var forbundet til traumerne.

Når Mico var i ANP-tilstanden, bakkede han op om at lytte til musik og gik ind i det med håb om, at det kunne bringe ham noget godt. I flere tilfælde, særlig i starten af terapien, aktiveredes efter et kort tidsrum en eller flere EP-reaktioner.

Musikkens betydning for de første skridt til integration mellem ANP- og EP-tilstandene har været: at fremkalde stærke positive minder, at skabe tillid i relationen, at aflede fra traumeerindringerne, at nedregulere arousal og at standse de bekymrede tanker, der kørte i ring. Det musikalske tema var igennem hele forløbet "den røde tråd". Her var det ikke de enkelte stykker, der blev spillet, men selve relationen til musikken, som vi kredsede om. Måske kan man sige, at vi arbejdede med Micos tidligere og nuværende musikeridentitet som væsentlig for hans selvværd og selvfølelse.

Diskussion

Casestudiets forskningsspørgsmål var: Hvordan anvendes musikken som en støtte for patientens integrative kapacitet, stabiliserings- og mestringsproces, og hvordan håndteres risikoen for at musikken restimulerer og potentielt retraumatiserer patienten?

I diskussionen vil jeg kort reflektere over de anvendte teorier, tilføje enkelte perspektiver, der rækker udover strukturel dissociation, for derefter at beskrive kliniske, musikterapeutiske aspekter i arbejdet med traumatiserede musikere.

Resultatet af analysen viste, at de 16 gange i musikterapi resulterede i en begyndende aktivering af patientens integrative funktion i forhold til de forskellige dissocierede dele. Der var tegn på, at musikken understøttede patientens kontakt med sine indre ressourcer, hvilket kunne anvendes som mestringsstrategi i forhold til traumerelateret arousal. I musikterapien opbyggedes i nogen grad en tryk terapeutisk relation, hvor patienten følte sig fri til at fortælle uden angst, og patienten blev tiltagende bevidst om sine egne reaktioner på musik og muligheden for at dosere musikken og forebygge dissociation. Musikterapien fungerede som emotionelt spejl for patientens følelser gennem terapeutens musikalske modspil i form af musikvalg, guidning, musiklytning samt den improviserede musik. Betydningen af at mødes med en anden musiker har også spillet en rolle for den gensidige forståelse og for genopbyggelsen af patientens kontakt med de positive kvaliteter ved musikken. På trods af mit spørgsmålstejn ved interventionen: "møde mellem musikere" var det efter sessionen, som handlede om det at være politisk musiker, at han begyndte at mindes de positive ting ved sin tid som sanger. Dette medførte, at han fik overskud til at gå ind i de traumatiske oplevelser, som til dels havde destrueret hans musikeridentitet for således at påbegynde en egentlig bearbejdning og integration. Resultatet af analysen er, at der er tegn på, at patientens integrative kapacitet og evne mestring blev styrket.

Retraumatisering

Det er naturligvis ikke ønskeligt at retraumatisere en traume patient, og det er musikterapeutens ansvar at anvende det kraftfulde redskab, som musikken er, på en forsigtig og nænsom måde. Det er bl.a.

derfor GIM-metoden er blevet tilpasset til traumebehandling gennem forskellige modifikationer (Beck & Moe, 2016). Musikterapi er kontraindikeret, hvis patienten bliver retraumatiseret af eksponering over for musik i en grad, så patientens funktionsniveau forværres og symptombelastning forøges, udover hvad der kan forventes i et psykoterapeutisk forløb.

Skelner man mellem retraumatisering og restimulering, er der i casen en del eksempler på, at musikken restimulerer traumatisk materiale. Det er meget vanskeligt at undgå dette med en traumatiseret musiker eller med traumatiserede patienter i det hele taget, da musikken meget ofte rammer emotionelle og kropslige lag, hvor hukommelsen om traumerne er "lagret" (Koelsch, 2009). Det er min erfaring, at restimulering kan betragtes som noget almindeligt forekommende i musikterapi med traumepatienter, som kan anvendes konstruktivt i behandlingen. Når musikken i den terapeutiske situation fremkalder flashbacks eller EP-reaktioner, er der mulighed for nedregulering af arousal gennem den terapeutiske kontakt. Terapeuten kan hjælpe patienten med at rumme, bearbejde og reflektere over oplevelsen og dermed bevidstgøre patienten om reaktionen. Der er også mulighed for at hjælpe patienten med at skifte fokus til positive indre billeder og følelser og således støtte patienten i at komme ud af sine flashbacks. Dette kan patienten efterhånden selv lære og dermed blive i stand til på egen hånd at regulere arousal og mestre flashbacks. I bearbejdningsfasen kan traumeerindringen spejles og rummes igennem musikken og den terapeutiske kontakt, og patienten kan arbejde med at udforske følelser, tanker og billeder og skabe bevægelse i den repetitive og stivnede EP-reaktion der ledsager flashbacket. Man kan sige, at restimulering af traumatisk materiale i musikterapien kan anvendes terapeutisk på forskellige måder i forskellige faser af behandlingen.

Evaluerings af anvendelsen af strukturel dissociation

Teorien om strukturel dissociation har i mit perspektiv givet mulighed for at analysere og skille reaktioner ad, som ellers forekommer diffuse og kaotiske i den kliniske virkelighed. Dette har bl.a. givet anledning til nogle overvejelser om, hvorfor anvendelsen af "det sikre sted" ikke altid er så enkelt med komplekst traumatiserede patienter. Gerge (2013) skriver i sin bog om ego state-terapi, at det kan være meget vanskeligt for et komplekst traumatiseret menneske at turde acceptere et sikkert sted, da det f.eks. for nogle af de indre dele (EP'er) kan føles som livstruende at slappe af. Først når de indre dele begynder at samle sig mere, kan hele personligheden tillade sig at mærke sikkerheden. Det giver mening i forhold til de meget korte tidsrum, hvor Miço kunne acceptere at tænke på de sikre steder og relativt gode perioder i sit liv, hvorefter han gik ind i EP-dele, som ikke oplevede sikkerhed. I casen ses, hvordan ressourcerne lever i erindringen som positive minder om musikken m.m. på samme tid, som den traumatiserede kun vanskeligt kan etablere kontakt med og fastholde disse. Gennem gentagne og regulerende oplevelser af positive minder og følelser, og gennem vekselvirkningen mellem EP- og ANP-reaktioner, kan patientens evne til at samle de dissocierede personlighedsdele øges (synthesis og personification).

Kliniske implikationer: Musikere i musikterapi

Musikere i musikterapi er måske et oplagt valg i en klinisk hverdag, hvor andre faggrupper ofte henviser til musikterapi efter princippet: "Denne patient er glad for musik/kan noget med musik". Dette kriterium er ikke tilstrækkeligt, hvorfor det er vigtigt at gennemføre et assessmentforløb. Her skal undersøges, hvorvidt patienter, der er musikere og som har musikerrelaterede traumer, er motiveret for at anvende musikken, selvom den kan vække ubehagelige minder. Det skal også undersøges, hvorvidt det er gavnligt at anvende henholdsvis receptive eller aktive musikterapi metoder eller en blanding heraf. Da musikere vil have stor følsomhed og viden netop i forhold til musik, er musikvalg og kvaliteten af musikken af stor betydning. I behandlingen af traumatiserede flygtninge kan det betyde meget, at man er villig til at gå ind i deres musikalske univers og sammen lytte til musik, som de er fortrolige med. Det er også vigtigt at være opmærksom på dosis og kontrol, hvor patienten selv skal komme på banen som ekspert og få styring over, hvor længe, hvor højt og hvor meget musik der anvendes.

Den fælles kærlighed til musikken er en stor ressource i forhold til at hjælpe en traumatiseret musiker-flygtning til at genvinde tillid og til at forsøge at genskabe eller nyskabe sin relation til musikken og dermed sin tabte identitet. Det er dog vigtigt ikke at presse patienten i gang med at spille eller synge, endstige optræde, da det kan restimulere traumerne og føre til forværring af symptomerne.

Teorien om strukturel dissociation kan anvendes til at hjælpe både terapeuten og traumepatienten med at få overblik over de forskellige reaktioner med henblik på at øge patientens handlemuligheder. Inspireret af denne teoretiske tilgang kan man som verbal intervention arbejde bevidst med forskellige tilstande og personlighedsdele og f.eks. intervenere gennem at tale til de forskellige dele: "Der er en del af dig, som føler sig udfordret og angst i forhold til denne musik", mens "en anden del af dig kan lytte til dette stykke musik og bruge det til at slappe af og føle dig tryk" og måske: "Prøv at blive bevidst om, hvilken del der er mest til stede, og tillad dig selv at standse musiklytningen, hvis det ikke føles behageligt". Da en patient i EP-tilstand ikke har adgang til de samme kognitive funktioner og handlemuligheder som i ANP-tilstand, må terapeuten i starten støtte patienten i at standse musiklytning eller udøvelse, hvis der opstår ubehag i patienten. Det er også terapeutens ansvar ikke at eksponere patienten for længe over for musikken, da ubehaget kan opstå efter sessionens afslutning.

Analysen af casen viser, at musikterapi er anvendelig med flygtninge med musikerrelaterede traumer, men også, at man som musikterapeut skal være sig meget bevidst om sin egen musikeridentitet, sin modoverføring og sine musikvalg. Den viser, at det er vigtigt at mikroregulere anvendelsen af musik endnu mere sensitivt end ved andre patientgrupper, dette både i forhold til den musik, man selv spiller, og den musik, man afspiller. Det samme gør sig gældende, når man arbejder med lignende stressrelaterede lidelser, og musikere fra andre målgrupper (Beck, Hansen, & Gold, 2015; Maack, 2012; Trondalen, 2016).

Det er vigtigt at være opmærksom på, at de EP-reaktioner, der kan forekomme, kan "overtage" patienten i forbindelse med anvendelse af musik, da selve musikken kan være traumetrigger. I et faseorienteret traumebehandlingsforløb (Herman, 1992) er det betydningsfuldt at skabe tryghed, sikkerhed og kontrol i begyndelsen, og først senere arbejde med såvel de reaktioner, som musikken vækker, som de ressourcer, den også potentielt rummer, idet både positive og negative, emotionelle reaktioner kan skubbe patienten ud af ligevægt. Derfor er det vigtigt ikke at have alt for faste forestillinger om metode og fremgangsmåde, men at være åben for en høj grad af tilpasning til patientens behov.

Konklusion

I den behandlede case har musikterapi med en traumatiseret musiker skabt en mulighed for at øge integrativ kapacitet, styrke følelsesmæssig regulering og arousalregulering samt bearbejdning af traumer. På trods af at patienten efter 16 sessioner havde vanskeligt ved at mærke bedring, og selvom der ikke blev påvist større ændring i symptomer, satte patienten pris på muligheden for at dele sin historie i en tryk relation. Dette er efter min opfattelse et tegn på, at det relationsarbejde, der foregik, og som blev anerkendt af patienten, delvis var båret af den musikalske spejling, regulering og afstemning.

Teorien om strukturel dissociation åbner for at anskue den traumatiserede musikers ambivalens over for musik på en måde, så patientens reaktioner for og imod musik kan skilles ad og benævnes som forskellige dele/tilstande. Dette kan give både musikterapeut og patient flere forståelses- og handlemuligheder i musikterapien, som patienten kan føre videre ud i hverdagslivet, og som kan bidrage med vigtig information til det tværfaglige samarbejde omkring patienten.

Referencer

- Beck, B., Gold, C., & Hansen, Å.M. [2015]. Effects of Guided Imagery and Music [GIM] on perceived stress, mood and job return in adults on stress-related sick leave. Randomized clinical trial. *Journal of Music Therapy*, 52[3], 2015, 323–352.
- 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
- Beck, B.D., Messell, C., Meyer, S., Cordtz, T., Søgaard, U., Simonsen, E., & Moe, T. [2017]. Feasibility of trauma-focused Guided Imagery and Music with adult refugees diagnosed with PTSD – a pilot study [under peer review].
- Gerge, A. [2013]. *Hypnosebaserad Ego-state terapi*. Sverige: Insidan.
- Herman, J.L. [1992]. *Trauma and recovery: The aftermath of violence*. New York: Basic Books.
- Janet, P. [1887]. L'Anesthésie systematisée et la dissociation des phénomènes psychologiques. *Revue Philosophique*, 23, 1, 449-472
- Koelsch, S. [2009]. A neuroscientific perspective on music therapy. The neurosciences and Music III – Disorders and Plasticity. *Annals of New York Academic Science*, 1169, 374–384.
- Levine, P. [1997]. *Waking the tiger – healing trauma*. Berkeley California: North Atlantic Books.
- Levine, P. [2012]. *Den tavse stemme*. København: Borgen.
- Maack, C. [2012]. *Outcomes and processes of the Bonny Method of Guided Imagery and Music and its adaptations and psychodynamic imaginative trauma therapy for women with Complex PTSD*. Ph.d.-afhandling, Institut for Kommunikation, Aalborg Universitet.
- Nijenhuis, E.R.S. [2015]. *The trinity of trauma: Ignorance, fragility, and control: Volume I & II, Enactive trauma therapy*. Göttingen: Vandenhoud & Ruprecht.
- Nijenhuis, E.R.S. [2016]. *The trinity of trauma: Ignorance, fragility, and control: Volume III, Enactive trauma therapy*. Göttingen: Vandenhoud & Ruprecht.
- Swart, I. [2009]. *The influence of trauma on musicians*. [Phd-afhandling]. University of Pretoria, South Africa.
- Swart, I., & van Niekerk, C. [2010]. Trauma-related dissociation as a factor affecting musicians' memory for music: Some possible solutions. *Australian Journal of Music Education*, 2, 117–34.
- Trondalen, G. [2015]. Resource-oriented Guided Imagery and Music with professional musicians *European Journal of Integrative Medicine*, 7[0], 25. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eujim.2015.09.063>
- Trondalen, G. [2016]. Resource-oriented Bonny Method of Guided Imagery and Music [R-oGIM] as a creative health resource for musicians. *Nordic Journal of Music Therapy*, 25[1], 5–31.

van der Hart, O., Nijenhuis, R., & Steele, K. (2006). *The haunted self. Structural Dissociation and the treatment of chronic traumatization* [Norton series on interpersonal neurobiology]. New York: Norton Books.

Musikreferencer

Bizet, G. (2001). Carmen suite nr. 1, Intermezzo. På Discover the classics [CD]. Naxos.

Delius, F (2011). La Calinda. På Collins Classics [CD].

Enya (1997). Paint the skye with stars. På Watermark [CD]. USA: Warner music, [reprise].

Mozart, W.A. (2009). Serenade for winds K361 3. Mov,. På Amadeus [CD]. Paris: WM France.

Savage Rose (1990) Lille soldat. På Gadens dronning [CD]. RCA.

Lunden, T. (1975). I kan ikke slå os ihjel [Christianiasangen].

Prem, S. (2004). Bubbles ogf Joy part 2. På Heart Music [CD]. Århus: Fønix musik.

Tümata. Ud taksimi. På Türk tasavvuf musiki. [CD]. Tyrkiet: Otag Music center. http://www.otagmusik.com/index.php?route=product/product&product_id=105



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 ugerninger, 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

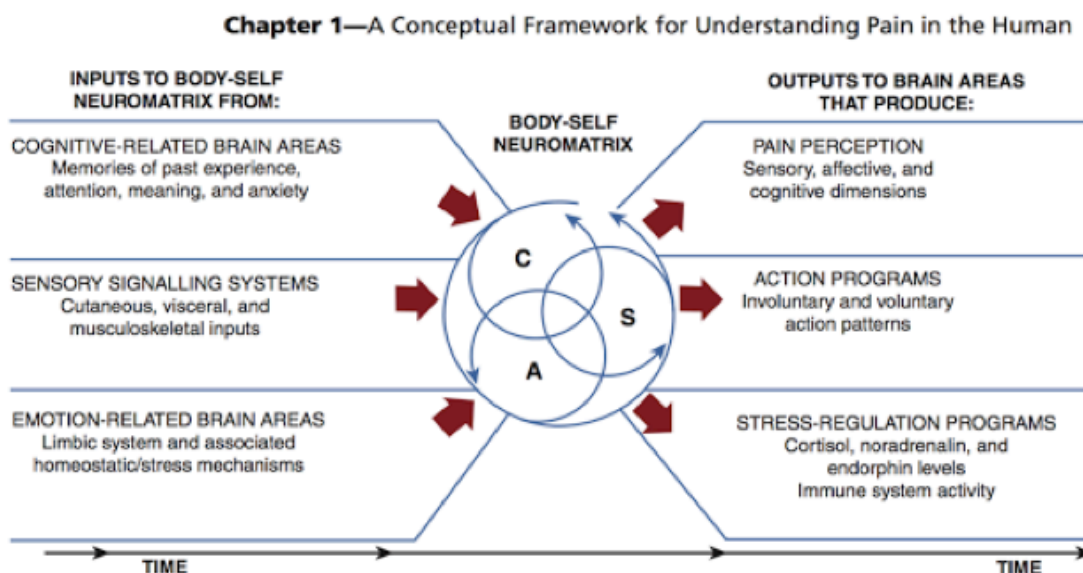


Fig. 1.3 Factors that contribute to the patterns of activity generated by the body-self neuromatrix, which is composed of sensory, affective, and cognitive neuromodules. The output patterns from the neuromatrix produce the multiple dimensions of pain experience, as well as concurrent homeostatic and 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 ”hjertets 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 "Müzikterapi, 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]



VOIAS - ET STEMME-ASSESSMENTREDSKAB TIL VURDERING AF KLIENTENS PSYKISKE TILSTAND OG TERAPEUTISKE PROCES, - EN UNDERSØGELSE AF DENS KLINISKE RELEVANS FRA ET CASE-PERSPEKTIV.

“Det er en helt ny tilgang indenfor psykiatrisk behandling at udføre en assessment af den menneskelige stemme og anvende dette som et redskab til at vurdere en persons psykiske tilstand samt evaluere den terapeutiske proces. Tilmed er assessment-profilen uafhængig af sproglig påvirkning, hvilket gør redskabet mere universelt (globalt) anvendeligt.”



SANNE STORM

Sanne Storm er Ph.d. og cand.mag. i musikterapi fra Aalborg Universitet og har siden 2002 været tilknyttet Psykiatrisk Center ved Landssygehuset i Tórshavn, Færøerne, hvor hun deler sin tid mellem et virke som klinisk musikterapeut og forskningsmæssige aktiviteter. Sanne er desuden tilknyttet Det Humanistiske Fakultet, Institut for Kommunikation, Musikterapi ved Aalborg Universitet som gæsteforsker og har siden 2004 undervist i faget “Terapirettet krop- og stemme” på musikterapiuddannelsen.

Indledning

VOIAS er et stemme-assessmentredskab udviklet i forskningsprojektet “Research into the development of voice assessment in music therapy” (Storm 2013). Motivationen til at udvikle et stemme-assessmentredskab til musikterapi udspringer fra mine erfaringer i klinisk praksis og som medlem af et tværfagligt behandler- og udredningsteam. Igennem mange år har jeg anvendt “Psykodynamisk stemmeterapi” som en metode og tilgang til at imødekomme klientens behov for blandt andet at håndtere angst, lindre depression eller støtte en indre oplevelse af centrering for klienter med bipolare lidelser. Psykodynamisk stemmeterapi er en metode og tilgang, som over mange år er blevet mere og mere specifik og konkret, og som i dag anvendes meget struktureret og analytisk i klinisk praksis. Det ontologiske og epistemologiske fundament, som Psykodynamisk stemmeterapi hviler på, er en meget betydningsfuld del af den psykologiske og teoretiske forståelse af det terapirettede krop- og stemmearbejde (Storm, 2007, 2013). En af grundstenene i metoden og tilgangen er musikterapeutens



lytteperspektiver [Pedersen, 2000; Storm, 2007, 2013]. Lytteperspektiverne omhandler at lytte og orientere sig ud fra klientens stemmeudtryk alene. Ved at lytte til den menneskelige stemme ud fra et udvidet sansemæssigt og kropsligt baseret lytteperspektiv er det muligt for terapeuten og for forskeren at indhente informationer om klienten og dennes aktuelle psykiske tilstand – informationer, der både har relevans for klienten selv og musikterapeuten i den aktuelle terapisituation, samt relevans for hele teamet involveret i behandlingen af klienten. Det er min erfaring gennem mange års klinisk praksis, at det kan være utrolig vanskeligt at videregive informationer indsamlet i musikterapien, så de kan forstås og anvendes af et tværfagligt team. Samtidig er der et behov for at kunne formidle informationerne fra musikterapien letforståeligt, kort og præcist, at kunne dokumentere den terapeutiske proces og udvikling over tid og hvad de kliniske konklusioner er baseret på.

Denne erfaring var min hovedmotivation for gennem mit PhD studie at udvikle en assessment-metode, der fokuserede på den menneskelige stemme. Musikterapifaget mangler generelt at udvikle standardiserede assessment-profiler, der validt og reliabelt kan dokumentere og evaluere udbytte af musikterapeutiske behandlingsforløb.

Tony Wigram skriver:

“Because music therapy has developed theory out of empirical practice, attention to the importance of assessment has been limited. But the indicator for a therapeutic treatment in other professions relies on effective and systematic assessment [...] There are many different forms of assessment we should be developing at a more scientific level to establish reliability and validity [...] As I trained in both psychology and music therapy [...] I can see the value and the difference between these two different methods of investigation.” [Wigram, 2000, s. 77]

Min holdning er, at i udviklingen af musikterapeutiske assessmentredskaber er det vigtigt at fokusere på netop det specifikke i musikterapifaget, der kan bidrage til og eventuelt udvide en samlet, tværfagligt udført klinisk udredning af klienten.

Tony Wigram skriver videre:

“I propose that in order to advance our ability to provide more specific evidence of what happens in music therapy in order to substantiate our interpretation of behaviour and changes in behaviour, analysis of music is a natural starting point to formulate criteria for systematic assessment. This can also provide a more reliable and substantive body of evidence in the required interface between the humanistic approach and our colleagues from the natural sciences.” [Wigram, 2000, s. 79-80]

Denne artikel undersøger spørgsmålet om en VOIAS-assessment vil have klinisk relevans. Artiklen er baseret på en delundersøgelse foretaget i forskningsprojektet “Research into the development of voice assessment in music therapy” [Storm, 2013]. Undersøgelsen og afprøvningen af VOIAS’ validitet og reliabilitet er gjort gennem triangulering. Designet for undersøgelsen, som er beskrevet i denne artikel, er et “concurrent triangulation design” [Creswell & Clark, 2011]. Undersøgelsen har fokus på VOIAS-profilens potentiale til at dokumentere og evaluere forandring i den terapeutiske proces over tid. Samtidigt undersøges det, om klientens egenoplevelser samsvarer med hvad VOIAS analyseresultatet indikerer. Dermed har undersøgelsen et klinisk praksis perspektiv og vil endvidere pege på relevansen af at videreudvikle stemme-assessmentredskabet frem mod en standardisering.

Undersøgelsen er gennemført i et “én-fase” design, hvor både kvantitative og kvalitative metoder er implementeret og dataindsamling gennemført inden for samme tidsramme, og hvor prioriteten af de to metoder er jævnbyrdig [Creswell & Clark, 2011]. Undersøgelsen består af indsamling og analyse af forskellige typer data, der er indsamlet separat, hvorefter resultaterne fra disse sammenholdes.

Trianguleringen består af følgende: Den musikterapeutiske proces præsenteres gennem 1) en klinisk beskrivelse af bevægelsesmønsteret i den musikterapeutiske proces, 2) klientens egenoplevelse udtrykt gennem citater og tegninger fra det musikterapeutiske behandlingsforløb, 3) stemmeanalyser udført med VOIAS fra første, syvende og tolvte session, 4) anvendelsen af Hamiltons depressionsskala i 1. og 12. session, samt 5) klientens selvurdering på en 10 points Visuel Analog Skala [VAS].

I det følgende vil jeg kort præsentere VOIAS assessmentmetoden, og beskrive hvordan den er konstrueret. Derpå præsenteres en enkelt case, som er omdrejningspunktet for udfærdigelsen af nærværende triangulering og validering af relevansen af VOIAS for klinisk praksis.

Præsentation af VOIAS - et stemme-assessmentredskab

VOIAS er som tidligere nævnt et stemme-assessmentredskab konstrueret i forskningsprojektet "Research into the development of voice assessment in music therapy" [Storm, 2013]. VOIAS er konstrueret med det formål at kunne fungere som et redskab til at vurdere og evaluere stemmen, når den på forskellig vis indgår som et primært instrument i et musikterapeutisk behandlingsforløb. Som udgangspunkt kan den menneskelige stemme beskrives som en vokal gestalt, et sammensat fænomen, der består af mange forskellige parametre såsom eksempelvis lydens varighed, anvendt toneomfang, grundtonefrekvensen, volumen, fylde, kompression, klangfarve, mængde og intensitet af tilstedeværende overtone i lyden, der produceres [Storm 2013]. Det er endvidere kendetegnende for stemmeparametrene, at disse har afsæt i dynamiske former og udtryk for vitalitet [Stern, 2010]. Forskning har vist, at udvalgte stemmeparametre kan beskrive og evaluere de dynamiske vitalitetsformer, der er tilstede i stemmens udtryk og dermed indhente relevante informationer om klientens psykiske tilstand og behandlingsprocessen [Storm 2013].

Udvælgelsen af de stemmeparametre, der indgår i VOIAS, er dels baseret på grundige litteraturstudier, samt på min egen udviklede behandlingstilgang "Psykodynamisk stemmeterapi", hvis fundament bygger på klinisk praksis og hvor målgruppen er mennesker med affektive lidelser [Storm, 2007, 2013].

VOIAS-redskabet i sin helhed består af to dele: VOIAS-1 og VOIAS-2. VOIAS-1 fokuserer på en subjektiv tilgang til at vurdere stemmen. Dette sker ved en struktureret og kontrolleret evaluering af stemmen. Rent praktisk scores udvalgte stemmeparametre af musikterapeuten på en Likert-skala ud fra lytning til optagelser. VOIAS-2 er en objektiv tilgang til at analysere stemmen og består af en psykoakustisk analyse af udvalgte stemmeparametre udført ved hjælp af to software programmer PRAAT¹ og MIR Toolbox². Overordnet kan nogle parametre evalueres både subjektivt og objektivt (psykoakustisk), mens andre kun kan evalueres enten subjektivt eller objektivt. Forskningsprojektet afdækkede, at de to VOIAS-profiler supplerer hinanden og at de har forskellige potentialer og begrænsninger. Samtidig indikerede resultaterne, at stemmeassessment-protokollen kunne administreres på en struktureret og præcis måde med standardprocedurer og gode psykometriske egenskaber [Storm 2013].

I nærværende artikel er der fokus på, om VOIAS samlet har klinisk relevans, og derfor uddybes det ikke hvad forskelligheder i anvendelsen af dels VOIAS-1 eller VOIAS-2 består i.

I forskningsprojektet blev der foretaget en stemmeanalyse af to mænd og to kvinder, der alle var diagnosticeret til at have en depression. Alle modtog et musikterapeutisk behandlingsforløb baseret på "Psykodynamisk stemmeterapi", der løb over 12 sessioner, og der blev indsamlet data fra første, syvende og tolvte session.

1 PRAAT er et videnskabeligt softwareprogram udviklet og designet af Paul Boersma og David Weenink fra Institutet for fonetisk videnskab, ved Universitetet i Amsterdam, Holland.

2 MIR toolbox er udviklet ved Universitetet i Jyväskylä, Finland. Den del af den psykoakustiske analyse, der i forskningsprojektet involverer MIR toolbox blev udført af Prof. Tuomas Eerola.

Stemmeøvelser til undersøgelse af den menneskelige stemme

I forskningsprojektet "Research into the development of voice assessment in music therapy" valgte jeg oprindeligt at undersøge den menneskelige stemme ud fra fem forskellige perspektiver [Storm, 2013]. De fem stemmeøvelser blev valgt ud fra en gennemgang af min egen måde at arbejde på, hvor jeg forholdt mig til min daglige praksis for "Psykodynamisk stemmeterapi", samt med en viden om, at den menneskelige stemme i musikterapi i mange tilfælde også bliver anvendt til at synge sange.

De fem stemmeøvelser var som følger:

1. Glissando-bevægelse: En åben lydliggørelse af en glissandobevægelse, der inkluderer en opadgående- og nedadgående glidende bevægelse fra den ene tone til den næste igennem registrene afbrudt af en indånding

2. KerneTone: Lydliggørelse af en enkelt tone

3. KerneToneVolume: Lydliggørelse af et crescendo og et decrescendo på en tone

4. En sang: Happy Birthday [sunget på færøsk]

5. En fri stemmeimprovisation

Disse fem stemmeøvelser reduceredes via et empirisk forankret reliabilitetscheck til tre øvelser: Første, anden og femte stemmeøvelse [Storm 2013].

Udvælgelsen af stemmeparametre

Til hver enkelt stemmeøvelse blev flere forskellige parametre nøje udvalgt som vurderingsgrundlag, og de fleste stemmeparametre blev identificeret ved at studere andre professioner udenfor musikterapiet med fokus på kvantitative tilgange til stemmeanalyse. Litteraturstudier i forskningsprojektet "Research into the development of voice assessment in music therapy" viste, at den mest studerede og analyserede parameter var *grundtonefrekvensen* [Storm, 2013]. Samtidig konkluderes og opfordres der til, at en stemmeanalyse skal inkludere flere parametre, og særligt parametre udover de mest almindelige [såsom eksempelvis grundtonefrekvensen] [Storm, 2013].

De udvalgte stemmeparametre knyttet til hver enkelt stemmeøvelse og VOIAS-profilen bliver præsenteret i næste afsnit, der præsenterer den psykoakustiske analyse.

Resultaterne af den psykoakustiske analyse (VOIAS-2) og den psykologiske perspektivering

Som tidligere nævnt blev der i forskningsprojektet foretaget en stemmeanalyse af data indsamlet fra forløb med to mænd og to kvinder, der alle var diagnosticeret til at have en depression, og hvor alle modtog et musikterapeutisk behandlingsforløb på i alt 12 sessioner baseret på "Psykodynamisk stemmeterapi". Der blev indsamlet data fra første, syvende og tolvte session i forhold til alle 5 ovennævnte stemmeøvelser. Resultatet af et empirisk forankret reliabilitetscheck i forskningsprojektet viste, at den mest pålidelige stemmeassessment består af en implementering af følgende tre stemmeøvelser: En glissando-øvelse, en KerneTone-øvelse og en stemmeimprovisation. Alle tre stemmeøvelser er centrale øvelser i metoden "Psykodynamisk stemmeterapi". Det som kendetegner udførelsen af stemmeøvelserne er endvidere, at de er uafhængig af semantiske og lingvistiske påvirkninger [Storm, 2013]. Dermed er stemmeanalysen af de udførte øvelser også uafhængig af sproglig påvirkning, hvilket gør redskabet mere universelt anvendeligt.

VOIAS-2 analysen viser endvidere, at en stemmeassessment, der består af disse tre stemmeøvelser, har mulighed for at indfange selv små bevægelser og forandringer i stemmen, og dermed kan den bidrage til en mere nuanceret beskrivelse af aspekter af testpersonens tilstand. Ud fra de foreløbige resultater og analyser synes en sådan test at kunne bidrage med relevante informationer omkring klientens psykiske tilstand og bevægelse mod recovery. Retrospektivt set, kan VOIA-2 bidrage med informationer om det musikterapeutiske arbejde, der i det tværfaglige samarbejde har relevans for beslutninger vedrørende den samlede behandlingsindsats. I de tværgående psykoakustiske analyse af stemmeøvelserne fremgik det, at en analyse af KerneTone-øvelsen kan give information om forandring i klientens "mood", men det blev også klart, at denne observation alene ikke er tilstrækkelig til at give et fyldestgørende billede af den terapeutiske udvikling og proces. Konklusionen på analysen blev, at det er vigtigt at inkludere mere end én stemmeøvelse, og at den kliniske vurdering ikke kan baseres på ét stemmeparameter alene.

Dette tydeliggør nogle af de potentialer og begrænsninger, der kendes aktuelt og som ses ved anvendelsen af VOIAS-2 i klinisk praksis. Disse bør undersøges yderligere.

I denne artikel præsenteres en indgående beskrivelse af trianguleringsprocessen og der fokuseres på ovennævnte tre kerne-stemmeøvelser; - et glissando, en KerneTone og en stemmeimprovisation. I oversigten nedenfor ses hvilke parametre, der er knyttet til hver stemmeøvelse.

Skema 1: Oversigt over de udvalgte stemmeparametre knyttet til de tre stemmeøvelser

Til en assessment af Glissando-øvelsen blev følgende parametre udvalgt:

VOIAS-1 inkluderede:

- toneomfang ved både den opadgående og nedadgående glissandobevægelse,
- sluttonen af den opadgående glissando bevægelse og
- en vurdering af hvor "flydende" bevægelsen udføres

VOIAS-2 inkluderede:

- beregning af toneomfang,
- beregning og sammenligning af højeste tone opnået i den opadgående glissando med den højeste tone opnået, når den nedadgående glissando bevægelse påbegyndes
- beregning og sammenligning af sluttonen af den opadgående glissando og den højeste tone opnået i den opadgående glissando
- tidsbaseret analyse af glissando bevægelsen i sin helhed, hvilket inkluderer tidsomfanget af lyd og åndedræt.

Til en assessment af KerneTone-øvelsen blev følgende parametre udvalgt:

VOIAS-1 inkluderede:

- tonen (grundtonefrekvens),
- volumen,
- fylde,
- komprimeret (tæt) kontra luftig,
- tonesikkerhed og
- klangkvalitet i relation til en rumlig kropslig fornemmelse enten vertikalt eller horisontalt³.

VOIAS-2 inkluderede:

- grundtonefrekvens/Hz
- "spectrum" - er en udregning og visualisering af det spektrum af overtoner, der er tilstede ved at synge en tone
- "spectrum centroid" - er en udregning af en amplitude-vægtet gennemsnitlige frekvens af spektrets

3 Ved at lytte til stemmen med en rumlig kropslig fornemmelse skal forstås det at lytte til stemmeklangens kvalitet og dermed kunne placere den enten i hoved, hals eller krop [vertikalt], og samtidig få et indtryk af om stemmeklangens kvalitet har et fremadrettet- eller et "hvilende tilbage i kroppen" udtryk [horisontalt] (Storm 2013).

energi og rapporteres som en afgørende faktor for klangfarve.

- formantkurver
- intensitet målt i db
- varighed af tonen/sekunder.

Til en assessment af Stemmeimprovisationen blev følgende parametre udvalgt:

VOIAS-1 inkluderede:

- toneomfang
- gennemsnitlig volumen
- gennemsnitlig fylde i stemmen,
- gennemsnitlig kompression kontra luftighed
- fleksibilitet i form og struktur
- dynamik
- flydende
- klangkvalitet i relation til en rumlig kropslig fornemmelse, enten vertikalt eller horisontalt.

VOIAS-2 inkluderede:

- beregning af starttonen for stemmeimprovisationen
- beregning af toneomfang anvendt i stemmeimprovisationen
- en tidsbaseret analyse af stemmeimprovisationen
- tidsomfanget af lyd og åndedræt i stemmeimprovisationen
- studie af tonekurven i improvisationen
- studie af formantkurverne af improvisationen

Interrater-reliabiliteten af VOIAS-1

Tre meget erfarne musikterapeuter deltog i en første afprøvning i praksis af VOIAS-1 og resultatet var meget lovende i forhold til interrater-reliabilitet. Resultatet understøtter og validerer, at det næste mulige skridt vil være at teste VOIAS-1 med en større gruppe klienter for at validere redskabet yderligere. En mere indgående beskrivelse af denne del-undersøgelse kan læses i "Research into the development of voice assessment in music therapy" [Storm, 2013, kap. 7.3].

Da den statistiske undersøgelse af VOIAS-1 viste høj interrater-reliabilitet, blev hver enkelt klients terapeutiske proces nærstuderet med henblik på at identificere mønstre i den enkelte klients terapeutiske proces. I det følgende præsenteres et sådant nærstudie af en af disse terapeutiske processer i en udvalgt case, og denne case indgår i trianguleringen, der undersøger og validerer den kliniske relevans af VOIAS.

Case: Introduktion af AB - en kvinde

AB er en kvinde sidst i tyverne; hun er gift og har to børn. Efter første fødsel får AB en fødselsdepression og behandles med anti-depressiv medicin igennem nogle år. Efter fire et halvt år får AB's far konstateret svær cancer, og dette giver anledning til, at AB får recidiv depression. Først forsøges der med fortsat medicinsk behandling, men denne gang uden effekt. Foråret efter henviser AB's praktiserende læge hende til Psykiatrisk center. Her får hun diagnosticeret en svær depression samt en svær angstproblematik. Hun modtager 6 sessioner hos en psykolog, men forløbet stopper desværre, da psykologen får ansættelse andetsteds. På det tidspunkt har jeg startet mit forskningsprojekt, der fokuser på sammenhængen mellem depression og stemme. Derfor tilbydes AB først en forsamtale i musikterapi og påbegynder derefter et musikterapeutisk behandlingsforløb. AB har ikke modtaget hverken stemmetræning eller musikterapi før.

Validering af VOIAS og klinisk relevans - en triangulering.

Jeg har tidligere i artiklen redegjort for trianguleringen og hvordan den musikterapeutiske proces beskrives. I det følgende vil hvert perspektiv beskrives ud fra egne præmisser.

Grundforståelsen er, at stemmen hos et menneske, der *ikke* lider af depression, er mere "levende". Det vil sige, at den har flere overtoner, mere fyldig klang, mere spontan volumen etc (Storm, 2013). I denne artikel relateres stemmens udtryk til det faktum, at klienten som udgangspunkt for behandlingen er diagnosticeret til at lide af depression. Ordet "lindring" anvendes i analysedelen som synonym med at komme sig af depression, og dette vil sige når klienten er vurderet til at være i en bevægelse mod recovery. Ordet "forværret" anvendes når stemmens udtryk indikerer en forværrelse af den psykiske tilstand.

1. En klinisk beskrivelse af mønstret i den musikterapeutiske proces

Det musikterapeutiske behandlingsforløb i forskningsprojektet, som er grundlaget for analysen, løber over 9 måneder. Den terapeutiske proces viser lindring fra 1. session og frem til 6. session. Her opstår der en ufrivillig pause i det musikterapeutiske behandlingsforløb på to en halv måned, da jeg sygemeldes. Dette skaber forstyrrelse i det terapeutiske behandlingsforløb. På grund af dette afbræk i behandlingen inviteres AB til en opfølgende samtale. I den efterfølgende 7. syvende session, bliver 2. stemmeassessment udført. Endvidere afdækkes det i 7. session, at AB's psykiske tilstand er forværret i løbet af pausen, og nu synes endnu værre end i 1. session. Da det terapeutiske arbejde genoptages ses lindring, idet AB kommer sig støt og roligt fra depressionen.

AB modtager anti-depressiv medicin samtidig med den musikterapeutiske behandling. Eftersom AB's tilstand i 7. session vurderes som forværret, tager jeg kontakt til den behandlingsansvarlige læge. Den anti-depressive medicin ændres, da den hidtidige medicinske behandling synes uden virkning.

2. Mønstret i klientens egenoplevelse af den terapeutiske proces udtrykt gennem citater og tegninger

I arbejdet med stemmen som et terapeutisk redskab er den overordnede målsætning altid at skabe en kontakt til sig selv og en kontakt til en oplevelse af en indre ankerfølelse. Det kan enten opleves som en kropslig fornemmelse af centrering eller som at tage kontakt til et indre "privat rum".

Dette indre rum følger i høj grad de tre imaginære rum defineret af Pedersen (2002). Det "indre rum" er en metode til i nuet at udforske de indre oplevelser, tanker og følelser, der udspiller sig, mens klienten giver lyd med stemmen og efterfølgende sætte rord på disse sammen med musikterapeuten. Formålet med øvelsen er, at klienten kommer i bedre kontakt med sig selv og lærer sig selv bedre at kende.

I det "Psykodynamiske stemmeterapeutiske" behandlingsforløb udforsker AB regelmæssigt oplevelsen af at lade en enkelt tone lyde, hvilket i denne sammenhæng defineres som en KerneTone⁴. Meget ofte bliver AB umiddelbart efter, at hun har *lydt*, tilbudt at fæstne sin oplevelse af stemmeøvelsen i en mandala-cirkel-tegning.

I 2. session udforsker AB oplevelsen af en KerneTone, og igennem denne øvelser bliver der etableret kontakt til et indre *privat rum*.

[se tegning på næste side]

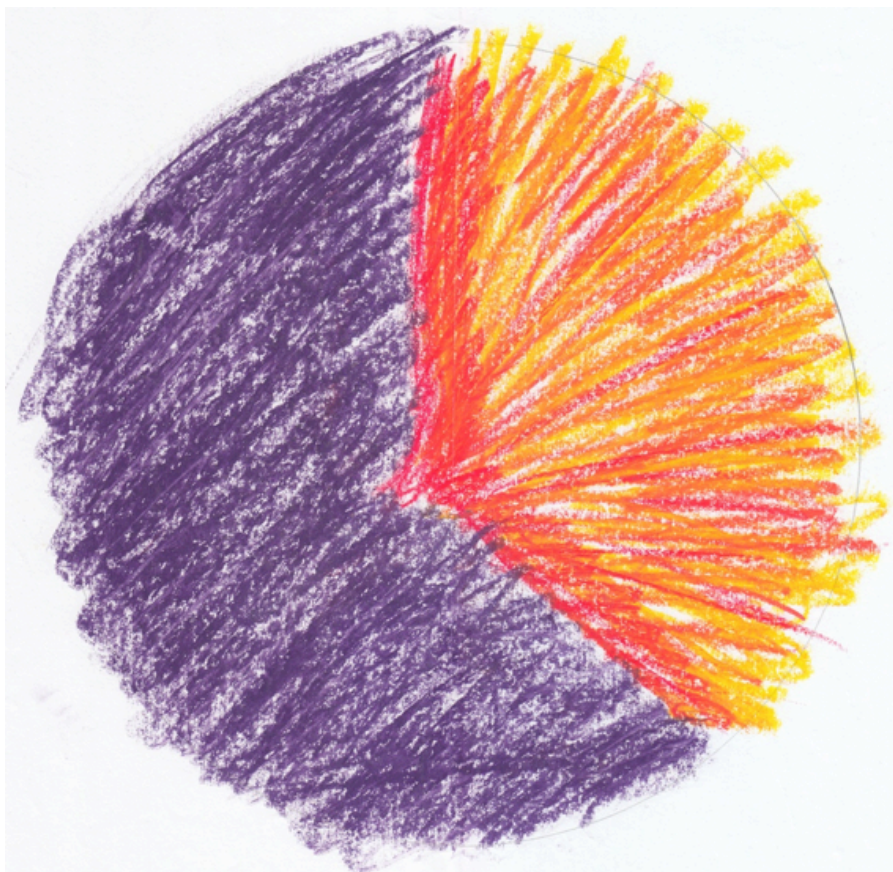
4 KerneTone er et begreb, som anvendes i "Psykodynamisk stemmeterapi", der defineres som en tone, der giver adgang til en centrerende kropsoplevelse og en kerneoplevelse af sig selv.



2. session: Titel: "Kamp".

Idet AB skaber kontakt til sit indre *private rum* oplever hun en *værenforømmelse* som hun beskriver som en kamp. AB knytter følgende ord til sin tegning: "Billedet støtter op omkring opfattelsen af, hvordan det er."

I 5. session fortsætter arbejdet med at udforske KerneTonen og her opdager AB til sin overraskelse, at der også er noget lyst inde i det *private rum*. Dette på trods af, at den mest fremtrædende/nærværende oplevelse til daglig er, at det er tungt og trist at lide af en depression.

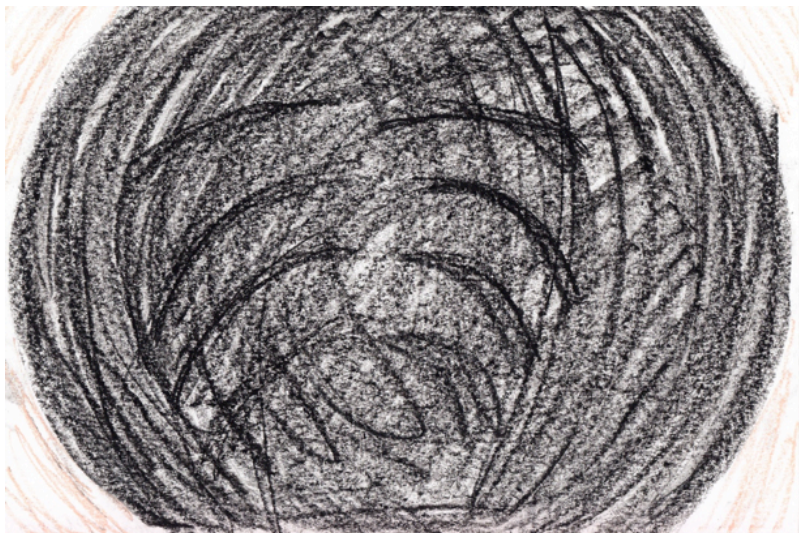


5. session: Titel: Overraskelse.

AB beskriver denne indre oplevelse på følgende måde:

“Hov! Overraskende. Ikke direkte særlig positivt, men en anden vej. Noget nyt. Det ser ikke dårligt ud. Det syntes mere positivt end negativt.”

I 7. session, umiddelbart efter den ufrivillige pause i terapiforløbet, udforsker AB igen oplevelsen af en KerneTone, og der etableres igen en kontakt til et indre *privat rum*. AB oplever og beskriver det denne gang som værende *et tomt og sort rum*. Den vibrerende fornemmelse af KerneTonen er svag og dør let ud, som et resultat af en tabt resonans i kroppen.



7. session: Titel: *Det sorte rum*.

AB beskriver, at det sorte rum giver hende følgende fornemmelse:

“Det virker ret stort og tomt inde i brystet ... Det føles som om den [tonen] går til grunde. ... Hvis jeg forklarer det med, at jeg nogle gange har ligget i svømmehallen, med bagsiden og ørerne under vandet ... alene ... man er ikke 100 % til stede. ... Det føles tungt.”

I 12. session får AB i udforskningen af KerneTonen en oplevelse af at være til stede i nuet og tættere på sig selv. Dette beskriver og tegner AB på følgende måde:

“Man er samlet ..., ... Lidt en fornemmelse af at høre til; men hos sig selv”.



12. session: Titel: *“Her og nu”*.

Konkluderende syntes AB's tegninger og citater at visualisere og beskrive hendes oplevelse af den terapeutiske proces som lindrende fra 2. til 5. session. I 7. session beskrives et tilbagefald i denne proces. Som terapien fortsætter, genoptager AB den lindrende proces med at *komme sig*, og opnår i 12. session en autentisk oplevelse af at være samlet i sin gøren i nuet.

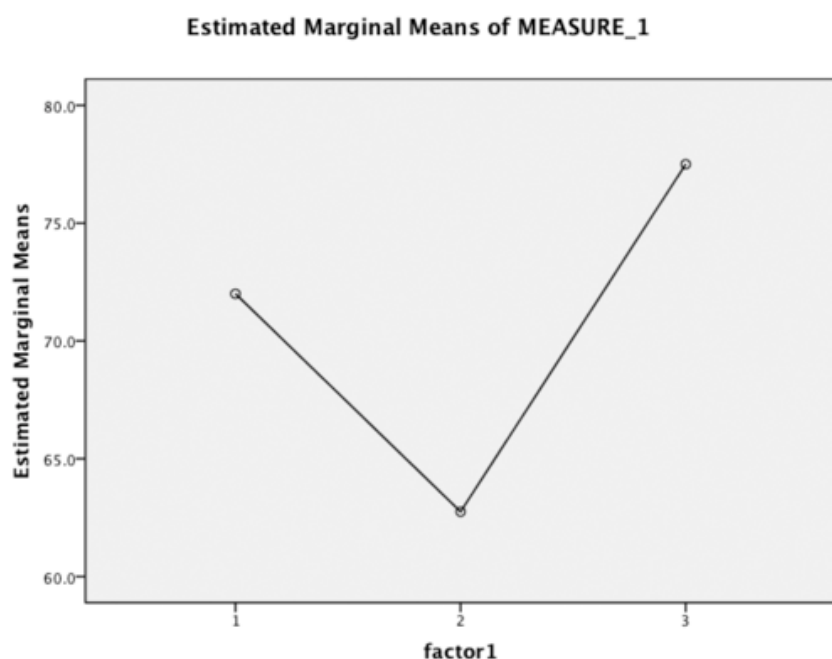
3. Mønstre afdækket i den terapeutiske proces ved en første afprøvning af en stemmeanalyse med VOIAS-1

I det følgende vil mønsteret i den terapeutiske proces sammenholdes med stemmeanalysen der blev foretaget over tid. I hvert enkelt tilfælde bliver de nøje udvalgte stemmeparametre (se skema 1) analyseret ud fra den grundforståelse, som hele behandlingsmetode "Psykodynamisk stemmeterminologi" bygger på. Denne grundforståelse beskrives indgående i "Research into the development of voice assessment in music therapy" (Storm, 2013, kap. 4).

Mønstret afdækket i den terapeutiske proces ved den statistiske analyse af en første afprøvning af en stemmeanalyse med VOIAS-1

I det følgende anvendes resultatet af den statistiske analyse af en første afprøvning af en stemmeanalyse med VOIAS-1. For en indgående beskrivelse af den statistiske analyse henvises til Ph.d. afhandlingen "Research into the development of voice assessment in music therapy" (Storm, 2013).

Opgørelsen af det statistiske resultat indikerede, at AB's terapeutiske proces afdækkede en signifikant lindring af depressionen fra 2. assessment til 3. assessment. Et "profile plot" (se figur 1) viser mønsteret af processen til at være i forværring fra 1. til 2. assessment, og i lindring fra 2. til 3. assessment, såvel som at være i lindring over tid fra 1. til 3. og sidste assessment.



Figur 1: AB: Estimated Marginal Means of Measure 1.
X-aksen repræsenterer første, anden og tredje og sidste assessment.
Y-aksen repræsenterer scoringen af data.

Konklusionen er, at mønsteret der afdækkes i den terapeutiske proces ved den statistiske analyse, stemmer overens med den kliniske beskrivelse af mønsteret i den musikterapeutiske proces samt AB's egenoplevelse af den terapeutiske proces.

Mønstret afdækket i AB's terapeutiske proces ved hjælp af den psykoakustiske analyse (VOIAS-2) og den psykologiske perspektivering

I det følgende vil resultatet af en første afprøvning af en psykoakustisk stemmeanalyse med VOIAS-2, en objektiv analyse, baseret på anvendelse af softwareprogrammerne PRAAT og MIR toolbox blive gennemgået meget detaljeret.

Hvert enkelt stemmeparameters bevægelse over tid vil blive analyseret og beskrives med et plus [+] eller et minus [-]. Den psykologiske forståelse af stemmeparametrenes bevægelse ses i forhold til om depressionen lindres eller forværres. Der hvor analysen hverken peger på lindring eller forværring beskrives det med et nul [0]. Analysen præsenteres i en tabel, og som udgangspunkt scores første assessment altid med et nul [0]. Derefter vil det tydeligt fremgå, hvordan bevægelsen af den musik-terapeutiske proces vurderes fra første assessment til anden assessment, og fra anden til tredje og sidste assessment, og hvordan processen af stemmeparametrenes bevægelse kan beskrives fra første til tredje og sidste assessment. Analysen vil dermed afdække et forløbsmønster for den terapeutiske proces. Som nævnt tidligere viste resultatet af et empirisk forankret reliabilitetscheck, at den mest pålidelige stemmeassessment består af en implementering af tre kerne stemmeøvelser: En glissandoøvelse, en KerneTone-øvelse og en stemmeimprovisation, og derfor har jeg valgt kun at gennemgå disse tre kerne stemmeøvelser.

Analysen af en åben glissando-øvelse

Tabel 1 giver et overblik over konklusion og fortolkning af processen relateret til fire stemmeparametre, der er knyttet til udførelsen af glissando-øvelsen.

Tabel 1: Psykoakustisk analyse af glissando-øvelse

	1. Toneomfanget	2. Højeste tone i opadgående glissando versus højeste tone i nedadgående glissando	3. Sluttonen i opadgående glissando versus højeste tone i opadgående glissando	4. Tidsbaseret analyse
AB1	0	0	0	0
AB2	0	0	0	-
AB3	0	+	+	+
AB1 - AB3	0	+	+	+

Tabel 2: AB's forløbsmønster for den terapeutiske proces knyttet til Glissando-øvelsen over tid. I lindring [+], i forværring [-], hverken i lindring eller i forværring [0].

Ved at studere det første parameter kan AB's terapeutiske proces hverken beskrives til at være i lindring eller i forværring. I de følgende to parametre kan AB's terapeutiske proces hverken beskrives til at være i lindring eller i forværring fra første til anden assessment, men kan beskrives til at være i lindring fra anden til sidste assessment, og fra første til sidste assessment. I det fjerde parameter [den tidsbaserede analyse] kan processen beskrives til at være i forværring fra første til anden assessment, og derefter som en proces i lindring fra anden til sidste assessment, og fra første til sidste assessment.

Opsummerende kan det konkluderes, at de små indikationer på lindring i depressionen [plusserne] sker mellem anden og sidste assessment, samt over tid fra den første til den sidste assessment.

Analysen af en KerneTone-øvelse

Tabel 3 giver et overblik over konklusion og fortolkning af processen relateret til seks stemmeparametre, der er knyttet til udførelsen af KerneTone-øvelsen.

Tabel 2: Psykoakustisk analyse af KerneTone-øvelse

	1. Grundton efrekvens/ Hz	2. Spectrum	3. Spectral centroid	4. Formant kurver	5. Intensitet	6. Varighed af tonen
AB1	0	0	0			
AB2	+ (0)	+	-	0	0	0
AB3	+	+	+	+	+	+
AB1 - AB3	+	+	+	+	+	+

Tabel 2: AB's forløbsmønstre for den terapeutiske proces knyttet til KerneTone-øvelsen over tid. I lindring (+), i forværring (-), hverken i lindring eller i forværring [0].

Fra første til anden assessment var det kun muligt at vurdere tre ud af seks parametre. Den terapeutiske proces kan beskrives til at være i lindring i to ud af tre mulige parametre, det første og andet stemmeparameter, fra 1. til 2. assessment. I det tredje parameter kan processen beskrives til at være i forværring fra 1. til 2. assessment. Fra 2. til 3. assessment kan processen beskrives til at være i lindring i alle seks parametre, samt over tid fra den 1. til den 3. assessment.

Analysen af en stemmeimprovisation

Tabel 4 giver et overblik over konklusion og fortolkning af processen relateret til seks stemmeparametre, der er knyttet til udførelsen af en stemme-improvisation.

Tabel 3: Psykoakustisk analyse af stemmeimprovisation

	1. Start tonen på improvisa tionen	2. Toneomfa ng anvendt i improvisa tionen	3. Tidsbaser et analyse af improvisa tionen i sin helhed	4. Tidsomfa ng af lyd og åndedræt	5. Tone kurven	6. Formant kurverne
AB1	0	0	0	0	0	0
AB2	-	-	-	-	+	0
AB3	+	+	+	+	+	+
AB1 - AB3	+ (0)	+ (0)	+	+	+	+

Table 3: AB's forløbsmønstre for den terapeutiske proces knyttet til stemme-improvisationen over tid. I lindring (+), i forværring (-), hverken i lindring eller i forværring [0].

Der kan iagttages lindring i et parameter ud af seks [det femte parameter], og i fire ud af seks kan processen beskrives til at være i forværring fra første til anden assessment. Det sjette parameter er vanskeligt at evaluere.

Fra den 2. til den sidste assessment kan processen beskrives til at være i lindring i alle parametre og fra 1. til sidste assessment kan processen ligeledes beskrives til at være i lindring i alle parametre. Dog er det første og andet parameter målt til det samme som i 1. assessment og kan derfor klinisk set næppe beskrives til at være i lindring over tid.

Klinisk set indikerer dette, at AB's depression er i lindring over tid [plusserne]. Ved at studere de psykoakustiske processer mere indgående, ser man tydeligt, at lindringen især sker mellem 2. og sidste assessment. Eftersom fire ud af seks parametre (de fire første parametre) indikerer forværring fra 1. til 2. assessment tyder det på, at den terapeutiske proces er i forværring, og at klienten faktisk har det værre end ved starten af terapien.

Der er overensstemmelse i beskrivelsen af processen når denne relateres til den faktiske beskrivelse af den terapeutiske proces, hvor det bliver beskrevet, at klientens situation er forværret i 7. session.

Opsummering af VOIAS-2 i relation til det statistiske resultat af afprøvelsen af VOIAS-1

Der er i alt 13 parametre at evaluere fra første til anden assessment.

Processen fra første til anden assessment er beskrevet til at være i lindring i 3 ud af 13 parametre. I 6 ud af 13 kan den terapeutiske proces beskrives som forværret og i 4 ud af 13 parametre bevæges den terapeutiske proces ikke. Dermed peger analysen på en forværring fra første til anden assessment. Den kliniske vurdering af den terapeutiske proces beskrives derfor som forværret i 10 ud af 13 parametre.

Resultatet af stemmeassessmentet i sin helhed samsvarer med hvordan bevægelsen af den terapeutiske proces beskrives i klinisk praksis.

Den terapeutiske proces fra anden til sidste assessment er beskrevet som lindrende i 15 ud af 16 parametre. I Glissando-øvelsen er der et enkelt parameter, toneomfanget, hvor processen beskrives til at være hverken eller, hvilket må betragtes som en forværring klinisk set. Rapporten fra klinisk praksis om den terapeutiske proces fra 7. session og til 12. session beskriver, at AB kommer sig støt og roligt fra depressionen. Dermed kan det konkluderes, at der er overensstemmelse mellem rapporten og beskrivelsen af processen på tværs af stemmeøvelser fra anden til sidste assessment.

Den terapeutiske proces er fra første til sidste assessment beskrevet til at være i lindring i 15 ud af 16 parametre, og i 1 ud af 16 er der ingen bevægelse at spore, hvilket må betragtes som en forværring klinisk set. Dermed kan det konkluderes, at der er overensstemmelse mellem den udførte stemmeassessment på tværs af stemmeøvelserne – i en vurdering og beskrivelse af opnåelse af lindring i den terapeutiske proces fra første til sidste assessment. Dette resultat fra sidste assessment er i fuld overensstemmelse med, hvordan den terapeutiske proces er observeret og rapporteret i klinisk praksis. Det kan dermed konkluderes, at lindringen af depressionen opstår i perioden mellem anden og tredje assessment.

En sammenholdning af de psykoakustiske analyseresultater med det statistiske resultat af den terapeutiske proces vurderet med VOIAS-1 viser tydeligt, at beskrivelsen af processen samsvarer på tværs af stemmeøvelser fra første til anden assessment og fra anden til tredje assessment. Dette indikerer, at en stemmeanalyse udført af tre uafhængige musikterapeuter og forskeren selv med VOIAS-1 kan indfange de væsentlige skift i behandlingsprocessen og selv over kort tid. Dette betyder dog ingenlunde, at den psykoakustiske del kan undværes. Resultaterne fra forskningsprojektet peger på, at de to profiler supplerer hinanden. Dette bliver uddybet senere i artiklen.

4. Mønstret i udfaldet af Hamilton depressionsskala i første og tolvte session

Hamilton Depressions Skala (HAM-D) er udviklet af den engelske psykiater Max Hamilton fra University of Leeds, England i begyndelsen af 1960'erne. HAM-D ikke er et diagnostisk redskab, men en målemetode, der anvendes i klinisk praksis til at vurdere depressionens sværhedsgrad hos klienten før, under og efter behandling. Skalaen bliver anvendt verden over og især i vurderingen af den medicinske behandling af depression. Den har været anvendt i adskillige psykometriske studier og bliver betragtet som et validt redskab. Det anbefales, at den administreres af erfaren kliniker i arbejdet med psykiatriske patienter (Gerlach, 2006).

HAM-D evaluerer 17 symptomer. Summen af points kan variere fra 0 - 52. 9 af disse symptomer scores fra nul til fire, mens de øvrige 8 symptomer scores fra nul til to. Dette sker ud fra det synspunkt, at disse symptomer ikke skal tillægges så stor vægt. Depressionen inddeles i følgende sværhedsgrader alt efter point-scoringen: 0 - 7 ingen depression. 8 - 12 tvivlsom depression. Scoring mellem 13 og 17 point indikerer let depression. En score mellem 18 - 24 point indikerer moderat depression, og en score mellem 25 - 52 point vil indikere middelsvær til svær depression. I sidste tilfælde anbefales det, at der også startes op med medicinsk behandling af depressionen. (Gerlach, 2006)

For at få mest mulig validitet i forskningsprojektet udførtes HAM-D i 4. og 12. session af en kollega. I 4. session scorede AB 29 point på HAM-D, hvilket indikerer at AB på dette tidspunkt i behandlingsforløbet led af en middelsvær til svær depression. I 12. session scorede AB 11 point, hvilket indikerer tvivlsom tilstedeværelsen af depression.

Konkluderende kan der beskrives en forandring fra 29 point til 11 point, hvilket indikerer at sværhedsgraden af depressionen er blevet mindre fra 4. til 12. session og at det er tvivlsomt at klienten har en depression ved sidste måledato.

5. Mønstret i klientens selvurdering på en 10 points Visuel Analog Skala (VAS)

Visuel Analog Skala (VAS) anvendes ofte i daglig klinisk praksis. Udfærdigelsen sker i et samarbejde med klienten. Egenoplevelser, der kendetegner aktuelle psykiske tilstand, bliver defineret. Disse sætter samtidig fokus på det, som klienten oplever truer trivselen og som vedkommende håber på at kunne lindre i løbet af det musikterapeutiske behandlingsforløb. Derpå konstrueres en VAS skala, hvor klienten markerer hvordan temaerne opleves aktuelt. Disse punkter er gode at tage udgangspunkt i for at evaluere det terapeutisk behandlingsforløb og tage bestik af, om der sker lindring eller forværring af tilstanden.

Det kan ofte dreje sig om egenoplevelser af ens tilstand som ellers kan være vanskelig at evaluere. Denne form for evaluering er subjektiv, den er klientens egenvurdering og derfor individuel og ikke data, som kan sammenlignes på tværs af en klientgruppe.

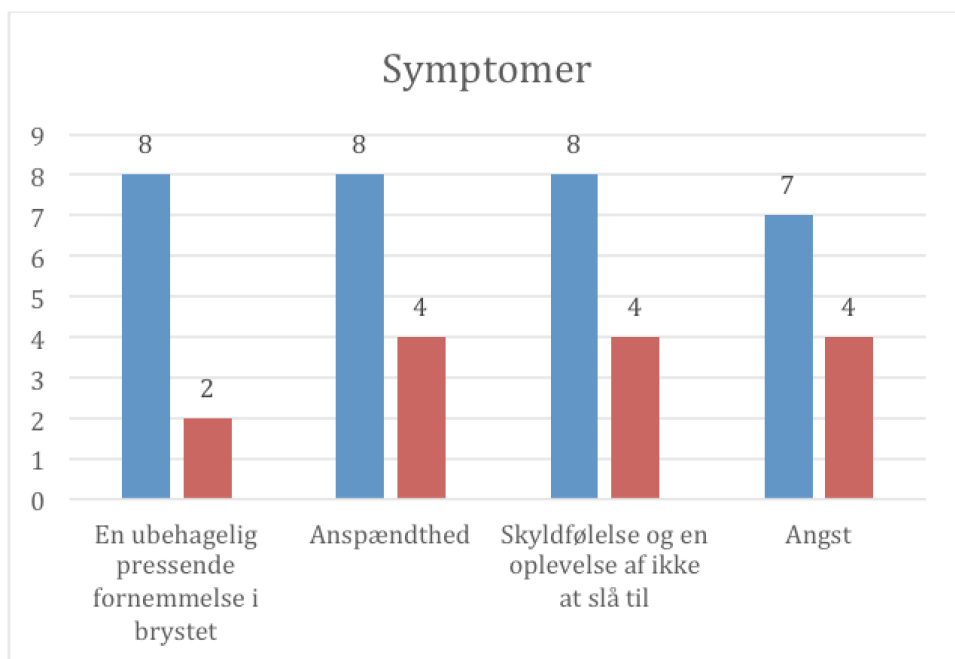
I begyndelsen af det musikterapeutiske forløb konstruerer musikterapeuten sammen med AB en Visual Analogue Scale (VAS), der sætter fokus på netop de kendetegn ved hendes depression, som hun ønsker lindring omkring, og som hun betragter som en belastning i sin dagligdag. I dette tilfælde markerer klienten på en skala fra 1 - 10 noteret på en vandret linie.

I den 2. musikterapisession identificerer AB sine individuelle kendetegn og oplevelse af depressionen. Disse scores på en VAS skala fra 1 - 10, som den grad af intensitet der opleves at være til stede. Denne selvurdering er fortaget igen i 12. session.

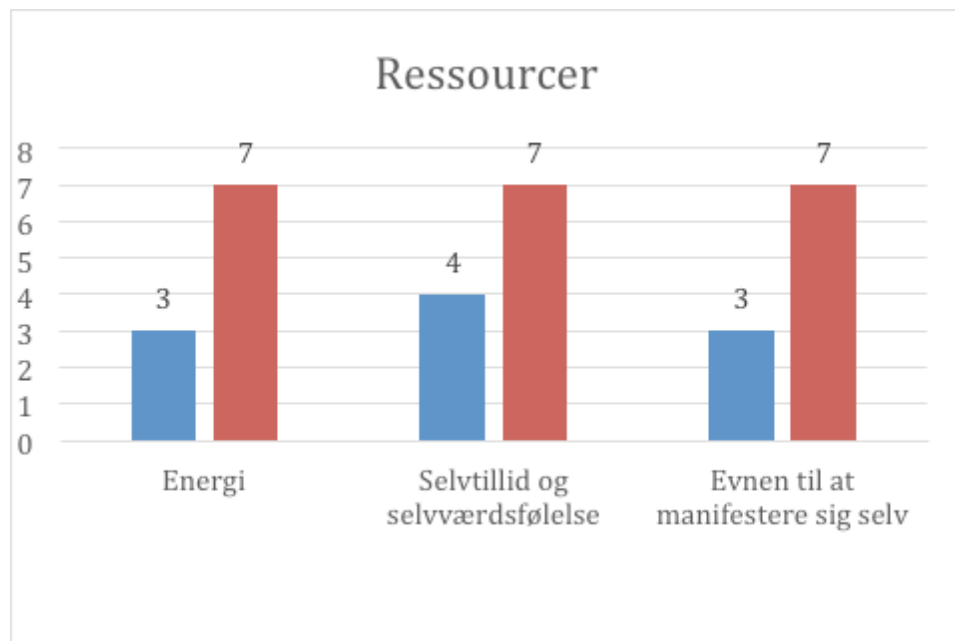
Det som var i fokus og kendetegnende for oplevelserne var følgende: Energi, en ubehagelig pressende fornemmelse i brystet, anspændthed, selvtillid og selvværdsfølelse, angst, samt evnen til at manifestere sig selv. I figur 2 og 3 tydeliggøres det, hvordan AB ud fra en 10-points Visuel Analog Skala

vurderede sine kendetegn og oplevelser i 2. session og 12. session. Af tabel 6 fremgår det, hvordan nogle af AB's oplevelser ved at have depression over tid transformerer sig til at være ressourcer i stedet for noget, der tynger.

Figur 2: VAS score for oplevede symptomer i 2 og 12 session



Figur 3: VAS score for oplevede ressourcer i 2. og 12. session



Disse ændringer viser, ud fra klientens selv vurdering, at hun oplever sig som mindre deprimeret i 12. session end i 2. session. Dermed er der en bevægelse i hendes subjektive oplevelse af manglende trivsel mod større trivsel, og at komme sig.

VOIAS som et muligt redskab til at evaluere forandring over tid

Både VOIAS-1 og VOIAS-2 er konstrueret med henblik på validt at kunne dokumentere og evaluere forandring i en terapeutisk proces over tid. De beskrevne data og analyser understøtter, at VOIAS indtil

videre opfylder sit formål og indikerer samtidig, at VOIAS-2 har potentialet til at indfange små bevægelser og forandringer i stemmen. Forandringer som hverken klienten selv eller personalet omkring vedkommende er bevidste om [Storm, 2013]. Det er en helt ny tilgang inden for psykiatrisk behandling at udføre en assessment af den menneskelige stemme og anvende dette som et redskab til at vurdere en persons psykiske tilstand samt evaluere den terapeutiske proces over tid. Tilmed er assessmentprofilen uafhængig af sproglig påvirkning, hvilket gør redskabet mere universelt (globalt) anvendeligt.

Konklusion

En triangulering er blevet gennemført med det formål at validere anvendelsen af VOIAS-profilen i sin helhed – for at studere det i et klinisk praksisperspektiv og i forhold til relevansen af at gå videre i processen mod en standardisering af VOIAS.

Data og mønstre der beskriver den terapeutiske proces er sammenholdt og studeret fra forskellige perspektiver:

- 1) en klinisk beskrivelse af mønstret i den musikterapeutiske proces,
- 2) klientens egenoplevelse udtrykt gennem citater og tegninger fra det musikterapeutiske behandlingsforløb,
- 3) stemmeanalyser udført med VOIAS.
- 4) anvendelsen af Hamilton depressionsskala i første og tolvte session, samt
- 5) klientens egen-evaluering på en 10 point Visuel Analog Skala [VAS].

Af denne triangulering fremgår det, at den nuværende version af VOIAS, på baggrund af de foreløbige undersøgelser, åbner muligheden for at evaluere og observere den menneskelige stemme og identificere ændringer i personens psykiske tilstand. Dette kan ske ved at udføre tre kerne-stemmeøvelser, som er uafhængige af semantiske og lingvistiske påvirkninger, hvilket gør redskabet globalt anvendeligt.

Samtidig indikerer resultaterne, at stemmeassessment-protokollen kan administreres på en struktureret og præcis måde med standardprocedurer og gode psykometriske egenskaber.

Beskrivelsen og illustrationen af mønstret for den terapeutiske proces er overordnet kongruente, hvilket umiddelbart er et lovende resultat. Spørgsmålet om VOIAS i sin helhed kan være et validt redskab til indhentning af klinisk relevante informationer om den terapeutiske proces og klientens psykiske tilstand kræver flere undersøgelser. På det foreliggende grundlag synes metoden at tilbyde noget helt nyt i forhold til at inddrage den menneskelige stemme som et muligt redskab til at bidrage med en mere nuanceret beskrivelse af klienten, dennes tilstand og behandlingsproces.

Når fokus flyttes væk fra ordene og deres betydning til fordel for at lytte til og ved hjælp af psykoakustiske analyser studere, hvordan den menneskelige stemme bevæger sig og lyder, bliver der behov for et konkret redskab til at orientere sig i forhold til klienten og de informationer, der flyder mellem klient og terapeut. Disse har afsæt i dynamiske former og udtryk for vitalitet [Stern, 2010]. En lytning til og analyse af stemmen involverer dermed også en bevidstgørelse omkring de dynamiske elementer, der stimulerer arousalsystemerne og de dynamiske vitalitetsformer, der er en essentiel del af menneskets eksistens, kommunikation og udtryk.

En bevidstgørelse omkring disse kan være meget afgørende for det konkrete valg af interventioner til at imødekomme klientens behov i situationen og opdage samt bringe ressourcerne i spil og vækst.

Bevidstgørelsen omkring dette bringer desuden den terapeutiske behandlingstilgang tættere på fænomenerne af *hvordan det er* at have eksempelvis depression, og hvordan den kommer til udtryk, sanses og beskrives og hvad det udtryk kan fortælle klienten selv. Samtidigt vil disse informationer kunne være en værdifuld information for hele teamet, der er involveret i behandlingen af klienten, så klientens proces bedre kan forstås, herunder hvad den og lidelsen består i. Ofte kan det være svært at vurdere den psykiske tilstand i sin helhed. Derfor er det værdifulde i et tværfagligt samarbejde, at vi har muligheden for at udveksle de betydningsfulde fænomener som er relateret til *hvordan det er* klienten oplever sin lidelse mere end *hvorfor*, og dermed også at fokusere på at studere dette fra flere perspektiver.

Samtidig er der indikation for, at en analyse med VOIAS har potentiale til at indfange små bevægelser i behandlingsprocessen, der afspejler lindring eller forværring af den psykiske tilstand. Her er det min kliniske erfaring, at dette kan være afgørende viden for klienten såvel som for behandlingsteamet i forhold til at skulle vurdere, om der skal foretages for eksempel medicinsk ændring af behandlingsindsatsen.

En enkelt case-triangulering er dog slet ikke nok til at validere VOIAS som en assessmentmetode, men det er et godt udgangspunkt for videre forskning.

Referencer:

Creswell, J.W., & Clark, V.L.P. [2011]. *Designing and Conducting Mixed Methods Research* [2nd Edition]. London: SAGE Publications.

Gerlach, J. [2006]. *Depression, - symptomer, årsager og behandling*. København: Psykiatrifondens Forlag

Pedersen, I.N. [2000] "Inde-fra eller ude-fra"-orientering i terapeutens tilstedeværelse og nærvær. *Musikterapi i Psykiatrien* 2[1]. 87-109

Pedersen, I.N. [2002]. Self-Experience for Music Therapy Students. Experiential Training in Music Therapy as a Methodology - A mandatory Part of the Music Therapy Programme at Aalborg University. I: J.Th. Eschen [eds] *Analytical Music Therapy*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers. 168-189

Stern, D. [2010]. *Forms of Vitality. Exploring Dynamic Experience in Psychology, the Arts, Psychotherapy and Development*. Oxford: Oxford University Press

Storm, S. [2007]. Den menneskelige stemme, - psykologi og psykodynamisk stemmeterapi. IN Musik og psykologi. *Psyke & Logos*. 28[1], 447-477

Storm, S. [2013]. *Research into the development of a voice assessment profile in music therapy*. PhD-afhandling. Aalborg University

Wigram, T. [2000]. A Model of Diagnostic Assessment and Analysis of Musical Data in Music Therapy. I: *Assessment and Evaluation in the Arts Therapies: Art Therapy, Music Therapy and Drama Therapy*. Radlett Hertfordshire, England: Harper House Publications.