



VOL. 8 NR. 1

JUNI 2013

MUSIKTERAPI I PSYKIATRIEN

– Klinisk praksis, forskning og formidling.

Tidsskrift: Musikterapi i psykiatrien Online

Ansvarshavende redaktører:

Professor Lars Ole Bonde, Musikterapi, Institut for Kommunikation, Aalborg Universitet

Lektor Niels Hannibal, Musikterapi, Institut for Kommunikation, Aalborg Universitet

Lektor Randi Rolvsjord, Griegakademiet – Institutt for musikk, Universitetet i Bergen

Gabriella Rudstam, musik- og leg psykoterapeut, uttryckande konstterapeut, Kris- och Traumacentrum Stockholm.

© forfatterne 2013

ISBN: 978-87-7112-033-2

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 MIPO Vol. 8 [1] - Juni 2013

Leder	Side 3
Niels Hannibal: Mentaliseringsbaseret behandling og musikterapi	Side 4
Inge Nygaard Pedersen & Lars Ole Bonde: Musiklytning og indre billeder - At styrke identitets- og selvværdsfølelsen gennem 'Musiklytning & Indre Billeddannelse' for ambulante psykiatriske patienter.	Side 17
Charlotte Dammeyer: Guidet Musik- og Krops-lytning - En ny form for receptiv musikterapi inden for traditionen Guided Imagery and Music [GIM]- i psykodynamisk traumebehandling af patienter med PTSD i voksenpsykiatrien.	Side 42
Hillevi Torell - Hur låter det du har varit med om? Musikterapi med barn och ungdomar med erfarenhet av potentiellt traumatiserande händelser	Side 60

LEDER

Som annonceret i årgang 2012 er den svenske musikterapeut Gabriella Rudstam nu indtrådt i redaktionen. Vi byder Gabriella velkommen og fejrer MIPOs skandinaviske profil med den første artikel på svensk. Hillevi Torell skriver om musikterapi med traumatiserede unge flygtninge – et vigtigt klinisk område også i de øvrige nordiske lande. Desuden rummer dette nummer tre danske, peer-reviewede artikler:

Niels Hannibal skriver om musikterapi baseret på mentalisering. Evnen til mentalisering – dvs. til at sætte sig ind i andre menneskers følelser – er ofte svagt udviklet hos mennesker med personlighedsforstyrrelser, og Hannibal beskriver, hvordan musikterapien kan tilrettelægges ud fra de grundlæggende principper i mentaliseringsbaseret behandling. Der er især fokus på musikterapeutens forholdemåde.

Inge Nygaard Pedersen og Lars Ole Bonde fortsætter rapporteringen fra projektet "Musik og indre billeder. Receptiv musikterapi med ambulante psykiatriske patienter". Denne afsluttende delrapport er en teoribaseret case study, som beskriver og analyserer en gruppedeltagers lange, musikledsagede rejse fra en angstpræget hverdag mod en langt mere åben og tillidsfuld holdning til selv og omverden.

Charlotte Dammeyer har på baggrund af idéer fra sin videreuddannelse i metoden Guided Imagery and Music (GIM) udviklet en krops- og bevægelsesorienteret metode – "Guidet musik- og kropslytning" – til psykoterapeutisk arbejde med psykiatriske patienter med svære personlighedsforstyrrelser. Den nyudviklede metode beskrives indgående i relation til arbejdet med en patient og sættes i teoretisk perspektiv.

Vi takker Forskningsrådet for Kommunikation og Kultur (FKK) for økonomisk støtte til udgivelsen af MIPo og ønsker god læselyst.

Redaktionen

MENTALISERINGSBASERET BEHANDLING OG MUSIKTERAPI

“At terapeuten spiller en aktiv rolle, og således giver sig til kende, er en indbygget og uundgåelig del af aktiv musikterapi, hvor terapeuten indgår i den musikalske improvisation sammen med klienten. Med MBT tydeliggøres det, hvor vigtigt det er, at terapeuten håndterer sin involvering med omhu.”

Niels Hannibal



NIELS HANNIBAL.

Niels Hannibal er kandidat i musikterapi fra 1994. Modtog ph.d.-grad i 2001. Har siden 1995 været tilknyttet musikterapiuddannelsen på Aalborg Universitet og blev i 2005 ansat som lektor. Niels Hannibal udfører som en del af sit virkefelt kliniske og forskningsmæssige aktiviteter på Musikterapi-klinikken på Aalborg Psykiatriske Sygehus. Henvendelse: hannibal@hum.aau.dk

Abstract

Denne artikel behandler spørgsmålet, om mentaliseringsbaseret terapi er en metode der medfører et skift i terapeutisk forholdemåde for analytisk orienterede musikterapeuter i arbejde med patienter med personlighedsforstyrrelse. Artiklen skal ses om en del af den teoretiske integrationer af MBT i musikterapi med denne målgruppe. Artiklen ser på de forskrifter til mentaliseringsfremmende tiltag som Allan, Fonagy og Bateman (2010) beskriver. Artiklens konklusion er dels af MBT's krav til forholdemåde og interventionsfokus er et skift i forhold til traditionel analytisk orienteret terapi, bl.a. i forhold til fokus på her og nu, og øget fokus på implicit relationel læring, men siger samtidig at musikterapi allerede lever op til og i forvejen anvender disse elementer i musikterapi qua ligheden mellem klinisk improvisation (Wigram 2004) og implicit relationel viden (Stern 2010).

Indledning

Denne artikel er et produkt af en arbejdsproces, som har sine rødder i udarbejdelsen af en manual for et kommende RCT-forskningsprojekt for musikterapi med personer med personlighedsforstyrrelser [Hannibal, Pedersen, Bonde, Bertelsen, Lund & Dammeyer, 2012]. I artiklen undersøges og redegøres for de mulige implikationer, som mentaliseringsfremmende principper må have for den måde, hvorpå musikterapeuten forholder sig til patienten. Artiklen undersøger om mentaliseringsbaseret terapi er en terapeutisk metode, der bryder med grundlæggende traditionelle psykoanalytiske og psykodynamiske forskrifter – og i det perspektiv også et brud med den analytisk orienterede musikterapi-tradition. Artiklen indledes med en beskrivelse af den kontekst, hvor mentalisering blev introduceret til gruppemusikterapi og problemstillinger som dette medførte. Derefter gives en kort beskrivelse af musikterapilitteratur, der har inddraget begrebet, samt en redegørelse for begrebet mentalisering og udførelse af tilgangen i praksis. Herefter diskuteres, om mentaliseringsfremmende principper, som beskrevet af Fonagy & Bateman (2010) og Bateman & Fonagy (2007) kan ses som udtryk for et egentligt metodisk/teoretisk skift eller må ses som en udvikling af traditionel psykoanalytisk metode og teori. Dette ses i forhold til analytisk orienteret musikterapi. Artiklen er sammen med to andre artikler [Hannibal, Pedersen, Bonde, Bertelsen, Lund & Dammeyer, 2012; Hannibal, 2013 in review] første skridt på vejen til at omsætte erfaringerne fra gruppemusikterapi med personer med personlighedsforstyrrelse og MBT til en musikterapeutisk kontekst.

Kontekst

I 2004 udgav Fonagy og Bateman bogen *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization Based Treatment* om mentaliseringsbaseret behandling, som forkortes MBT. MBT blev præsenteret som et bud på en ny manualiseret behandlingstilgang til psykoterapi for patienter med personlighedsforstyrrelser.

MBT var allerede på det tidspunkt ved at blive indført i det ambulante dagbehandlingsprogram på psykiaterapeutisk afdeling på Aalborg Psykiatriske Sygehus. Her modtog patienterne mange forskellige typer behandling i grupper og individuelt. Hver patient var på én gang tilknyttet forskellige terapeuter og havde en kontaktperson. Der var tale om et meget intensivt behandlingsprogram inspireret af erfaringer fra England og Norge, som havde vist, at man med dette koncept kunne nå patienter med personlighedsforstyrrelser, der ellers var at betragte som næsten behandlingsresistente. En sådan dagbehandling skulle kunne hjælpe disse personer til at udvikle deres evne til at modtage og bruge terapi til at forbedre deres funktion, mindske selvskade, suicidal adfærd, misbrug og mindske graden af symptomer. Den terapeutiske tilgang havde afsæt i begrebet mentalisering [Petersen, Toft, Christensen, Foldager, Munk-Jørgensen, Lien & Valbak, 2008].

Dagbehandlingsprogrammet i Aalborg havde også gruppemusikterapi som en del af sin behandlingsprofil. Over seks år modtog afdelingens personale løbende klinisk og teoretisk supervision af Anthony Bateman, en af grundlæggerne af MBT. På den baggrund blev MBT såvel en central del af dagbehandlingskonceptet [Hannibal, 2008; Hannibal, Pedersen, Windfelt & Skadhede, 2011] og således også i gruppe-musikterapien, uden at vi direkte blev adviseret om, hvordan vi specifikt skulle omsætte teorien til praksis i den musikalske kontekst. Vi tilstræbte en mentaliserende indstilling og interventionsstil i samtalen, men havde ikke retningslinjer for, hvordan vi kunne forholde os mentaliserende i musikken. Dette udgjorde især en udfordring i den aktive musikalske del af terapien, mens det oplevedes som mere tilgængeligt som tilgang i den receptive del af musikterapien. Fx var et fast element i terapien, at hver patient på skift

skulle medbringe et selvvalgt stykke musik og afspille det for gruppen, som efterfølgende gav respons. Her udgjorde dét at leve sig ind i hinandens musik og dét at modtage andres indtryk en måde at gøre mentalisering konkret på. Her kunne man gennem musikken få indblik i andres indre verden. Almindeligvis var patienterne specielt positive over for denne del af vores setting. Den oplevedes ofte mere meningsfuld og mindre udfordrende end den aktive musikterapi, som i modsætning hertil ofte oplevedes som en stor udfordring. På den aktive musikterapi reagerede patienterne indledningsvist ofte negativt. Nogle kunne fx finde det uforståeligt og meningsløst at spille på simple instrumenter uden at kunne få det til at lyde som "rigtig musik". Vi tolkede i udgangspunktet denne reaktion som modstand og som en fase, gennem hvilken patienterne skulle tilegne sig metoden, hvorfor fx utryghed, angst eller vrede var at forvente. Med den viden om MBT, vi har i dag, har vores tolkninger ændret sig fra at se sådanne reaktioner som modstand til at se dem som en reaktion på aktiv musikterapis potentielle stimulering af utrygge tilknytningsmønstre. For nogle patienter kan aktiv musikterapi i denne optik endog bevirke en overstimulering. Vi erfarede videre, at nogle patienter godt kunne gennemleve denne fase og udvikle en evne til at bruge den aktive musikterapi, mens andre ikke kunne. For sidstnævnte blev musikterapien aldrig tryk. Bl.a. dette fremgik af en senere opgørelse over de forskellige gruppers opfattelse af, hvor positivt musikterapien oplevedes [Hannibal et al, 2011].

Forskellen på patienternes oplevelse af den aktive musikterapi rejste en række spørgsmål, fx om aktiv musikterapi i form af improvisation i visse tilfælde udgør en uhensigtsmæssig tilgang til personlighedsforstyrrede som målgruppe. Vi havde dog i flere tilfælde iagttaget en holdningsændring hos patienterne. Når den første angst for at prøve noget nyt havde fortaget sig, og patienterne var blevet mere fortrolige med at spille og udtrykke sig gennem musikken, udtrykte de fx: "at her i musikterapi er det ikke som i de andre terapier. Her er mere frirum" [Lindahl & Hannibal, 2012. s. 31]. Hvad skyldtes denne ændring i opfattelsen, som foregik gennem terapien? Bud ud fra MBT kunne være: en forbedret mentaliseringsevne og udvikling af en alliance – eller måske pseudomentalisering? Nogle patienter udtrykte dertil, at de kunne bruge musikterapien som et forum til at "slappe af" fra alt det alvorlige.

At aktiv musikterapi i "åben" og "fri" form gav væsentlige udfordringer for denne målgruppe var dog den generelle erfaring. Eksempelvis var der ofte langt fra patienternes forestilling om, hvad det vil sige at få terapeutisk hjælp, til at se "meningen med at slå på en tromme". Skulle musikken bruges i den terapeutiske proces, var det nødvendigt at mindske afstanden mellem patienternes forestillinger og den musikterapeutiske praksis. En anden betydningsfuld faktor var sammensætningen af de enkelte grupper. Var der i en gruppe flere personer, der var i stand til at indgå i de musikalske aktiviteter, kunne disse trække resten af gruppen med og omvendt. Det kan iagttages, at personer, som havde vanskeligt ved at se meningen med aktiv musikterapi, også havde udfordringer i dagbehandlingens øvrige aktiviteter. Dette understreger nødvendigheden af at tage højde for nævnte problemstillinger, når behandlingen skulle i gang, og der skulle opbygges en alliance mellem terapeuten, den enkelte og gruppens medlemmer. At arbejde mentaliserende betød dels et fokus på 'her og nu', dels et mål om at holde et optimalt arousal-niveau i gruppen for ikke at mindske patienternes evne til mentalisering [Hannibal, 2008].

Mentaliseringsbegrebet er ikke længere nyt i musikterapeutisk sammenhæng. Der sås allerede i perioden 2007-09 flere publikationer om musikterapi med inddragelse af mentaliseringsperspektivet. Trondalen & Skårderud [2007] inddrager mentaliseringsbegrebet i relation til musikterapi, affektiv afstemning og implicit relationel viden, mens Strehlow [2009] er meget mere direkte i behandlingen af MBT i sin gennemgang af musikterapi med et barn, der har været udsat for et seksuelt overgreb, herunder hvordan emotionelle oplevelser, spejlet gennem musikken, kan ses som en måde at initiere mentalisering på. I Strehlows artikel kan iagttages en række paralleller til Trondalens og Skårderuds artikel om affektiv

afstemning, uden at denne dog ekspliciteres. Inden for teori om MBT er der endvidere sket en del i forhold til operationaliseringen af begrebet de senere år [fx Bateman & Fonagy, 2007; Allan, Fonagy & Bateman, 2010]. I 2010 blev Manual for mentaliseringsbaseret terapi (MBT) udgivet af Karterud & Bateman (2010), som indeholder konkrete anvisninger til vurdering af, om terapeuten faktisk udfører MBT.

Mentalisering som begreb og i praksis

Fonagy & Bateman (2010) angiver eksplicit, at de bygger deres teori på en bred vifte af viden fra evolutionsteori, neuropsykologi, tilknytningsteori, psykodynamisk og kognitiv teori, og at der i den forstand ikke er noget nyt i MBT. MBT angiver altså ikke et paradigmeskift, men et syntetiserende og integrativt perspektiv. Deres måde at kombinere teorier og metoder på har dog haft en radikalt forandrende betydning for, hvordan dels den terapeutiske proces, dels terapeutens forholdemåde må anskues. Det ses ved, at der i den terapeutiske proces er direkte fokus på det mentale, på nuet, på patientperspektivet og på både det eksplicite og det implicite i kontakten. Det har konsekvenser for forholdemåden, som omhandler alt det, som terapeuten gør med sin opmærksomhed, sine indre sansninger, som opstår i en terapi, og hvordan dette omsættes til terapeutiske handlinger og interventioner. Terapeuten skal i langt højere grad afstå fra at være eksperten, skal kunne udføre mentalisering i praksis, skal kunne opretholde og udføre mentaliseringsfremmende adfærd i terapien.

Inden for MBT formuleres ret klare retningslinjer og betingelser for, hvornår man iflg. forfatterne udfører mentaliseringsfremmende interventioner, og hvornår man ikke gør det [Karterud & Bateman, 2010]. Bl.a. argumenteres der, som sagt, for at holde fokus på nu'et, på at undgå tolkning, på at man skal inddrage den aktuelle kontekst og på, at terapeuten skal undlade at give svar og forklaringer o.l. Alt sammen anbefalinger, der er fundamentalt fremmede for en klassisk psykoanalytisk og dynamisk orienteret terapeut. Musikterapeuter med analytisk orientering må derfor formodes at skulle ændre deres opfattelse af deres rolle samt måde at intervenere på verbalt, hvis de ønsker at arbejde med MBT. Dette kunne gælde opfattelsen af den måde, de forholder sig til den terapeutiske proces på, og deres måde at de agere musikalsk på. Har det f.eks. betydning for hvordan man agerer, når man udfører klinisk improvisation, laver sangskrivning osv.? Men før der fokuseres på musikterapi set i forhold til MBT, gives her en kort introduktion til mentaliseringsbegrebet.

Definition

Mentalisering defineres som en proces, hvor opfattelse og fortolkning af adfærd ses som forbundet med intentionelle mentale tilstande [Bateman et al, 2007, s. 35]. For at kunne mentalisere skal man således kunne forbinde adfærd med bagvedliggende intentioner, følelser og tanker hos sig selv og andre. En klientpopulation, der har specielt vanskeligt ved dette, er personer med personlighedsforstyrrelser. Personer med denne diagnose har problemer med at adskille indre og ydre oplevelser og finde dækkende repræsentationer for disse [Jørgensen, 2006, s. 322]. Sådanne patienter kan i visse situationer ikke adskille reaktioner, de selv har fra det, som sker med andre. Deres virkelighedsopfattelse af konkrete situationer er tilbøjelig til at blive styret mere af emotioner og automatiserede tilknytningmønstre end af en intentionel forståelse af egne og andres handlinger. At forstå og opfatte omgivelserne på en sådan måde er ensbetydende med hverken at kunne mentalisere sig selv eller den anden person. Reaktionssmåden kan have flere årsager, men skyldes især usikre tilknytningmønstre [Fonagy, 2000]. Usikker tilknytning medfører en interaktionel og relationel sårbarhed, som foranlediger, at man i samværet med andre er tilbøjelig til automatisk at registrere eller tolke adfærd en risikofaktor for tilknytningstab. Samvær og samspil kan potentielt genaktivere den relationsmåde eller det relationsmønster, som i

personen forbindes med fx ambivalente følelser og med usikkerhed. Tilknytningsmønstrene er almindeligvis ikke-bevidste eller implicite. Når en persons tilknytningsmønstre stimuleres og aktiveres, har vedkommende ofte vanskeligt ved "tænke klart" og vanskeligt ved udføre mentalisering. Mentaliseringsprocesser involverer både det implicite og det eksplicite niveau (Bateman & Fonagy, 2007, s. 195ff). For et usikkert tilknyttet menneske kan kommunikation og interaktion meget nemt blive vanskelig at gennemskue, ligesom den manglende evne til mentalisering øger risikoen for, at denne tillægger andre personer intentioner, som ikke er deres egne. Patienten kan desuden have tendens til visse former for tænkning. Dels beskrives den personlighedsforstyrredes tænkning som psykisk ækvivalenstænkning (Bateman et al. 2007, s. 40), hvilket betyder, at man sætter sin indre oplevelse lig med den virkelige verden. Denne sammenblanding af fantasi og virkelighed anses for at være normal for børn under tre år, fx i forbindelse med leg, idet de kan have vanskeligt ved at se verden i andre menneskers perspektiv (Fonagy et al, 2007, s. 245ff). For en voksen giver det imidlertid problemer, hvis man ikke kan skelne mellem fantasi og virkelighed. Opleves andre eksempelvis som farlige, tolkes de også som farlige. En anden karakteristisk tænkemåde er teleologisk tænkning (Bateman et al, 2007, s. 48). Her opfattes kun formålsrettede handlinger som virkelige, en tænkemåde, som også normalt hører til barnets tidlige udvikling, når det erkender, at handlinger har konsekvenser, men ikke kender eller kan tolke de bagvedliggende intentioner. Voksne, der ikke kan mentalisere, har på samme måde fokus på "handlingen", men ikke på den bagvedliggende intention. Opleves psykisk ubehag i en situation, kan således kun handlinger lindre, fx selvskade, og kun handlinger fra omverden kan opfattes som udtryk for hjælp. At nyde opmærksomhed eller sympati fra en anden opleves derfor ikke som hjælp til styrkelse af selvfølelsen for den teleologisk tænkende person. Man kan forestille sig en situation, hvor to personer står og snakker. Den ene person ser på sit ur. Den anden opfatter dette som et udtryk for, at vedkommende keder sig og ikke ønsker at fortsætte samtalen (teleologisk tænkning). Han oplever efterfølgende lav selvfølelse og skuffelse og er overbevist om, at modparten ikke kan lide ham (psykisk ækvivalens). Har man nedsat eller mistet evne til at mentalisere, kan man ikke se ud over sin ikke-bevidste reaktion og vil have vanskeligt ved at regulere sine emotioner.

Et menneske, som har vanskeligt ved at mentalisere, mistolker eller misforstår andre mennesker uden at være klar over det. For personer med usikker eller helt manglende tilknytning vil aktivering eller stimulering af disse tilknytningsmønstre medfører øget arousal. Personen vil opleve fx angst og ubehag, forvirring. Personens mentaliseringsevne "kapres" af hjernens mere ubevidste strukturer, hvilket mindsker evnen til "at tænke klart". Et sammenbrud i mentaliseringsevnen kan være kortvarigt, men dog tilstrækkelig til, at personen når at acte out i form af fx selvskade eller misbrug. Acting out efterfølges af oplevelsen af lavt selvværd og med risiko for, at personen ikke kan magte at fortsætte sin behandling. Disse reaktioner forekommer såvel i patientens dagligliv som i terapi. I mentaliseringsbaseret terapi skal terapeuten forholde sig til dem som udløst af hændelser i terapirummet. Får en patient eksempelvis en oplevelse af terapeuten som fraværende, skal det undersøges, hvad der nu og her har udløst denne reaktion.

Manglende evne til mentalisering skaber store vanskeligheder i en persons indre liv. Relationer til andre mennesker kan hurtigt blive negative, idet personen potentielt befinder sig i et afvisningsfelt og således reagerer på udsagn og adfærd som afvisninger eller anden negativ respons uden at være bevidst om sine egne reaktioner. Den relationelle verden kan hurtigt skifte fra at være rolig til at blive et farligt, uforudsigeligt og kaotisk sted at være. Terapeutisk arbejde med et menneske med personlighedsforstyrrelse forudsætter således, at terapeuten behandler udsagn på såvel et eksplicit som på et implicit niveau. Der skal på én gang være fokus på det, der siges, som på måden, det siges på - i erkendelse af, at mentalisering både relaterer til bevidste og ikke bevidste mentale processer.

En terapeut må for at hjælpe en patient til at lære at mentalisere selv mentalisere patienten på et eksplisit og implicit niveau. Ser terapeuten patienten i sit eget, fx teoretiske perspektiv, mentaliserer terapeuten ikke patienten. Karterud & Bateman [2011] hævder, at terapeuten ikke på samme tid kan udføre mentalisering og reflektere over sin praksis:

”Hvis terapeuten i ”al hemmelighed”, dvs. i sit eget sind, sætter tingene sammen til en mere kohærent fortælling i overensstemmelse med egne teorier [...]” og ”med sig selv finder ud af, hvorfor noget er galt med hans/hendes patient, og hvordan det kan ordnes, mentaliserer han/hun ikke længere” (Ibid, 2011, s. 49).

Det hævdes videre, at det er vanskeligt at opretholde et mentaliserende perspektiv i mere end et par minutter ad gangen, idet man i enhver kontakt på et tidspunkt vil begynde at reflektere over det, man sanser, og rette sin opmærksomhed indad. MBT synes at opstille et ideal, hvor terapeutens vigtigste funktion bliver at mentalisere med henblik på at få sin klient til udføre mentalisering. Målet er at skabe en situation, hvor klienten erfarer at blive set, hørt og rummet, og internaliserer og udvikler sin evne til mentalisering. Mentalisering handler heroverfor om at facilitere et intersubjektivt felt, hvor den person, der mentaliseres, implicit sanser og/eller eksplicit erkender, at vedkommende, der mentaliserer, har en gyldig fornemmelse af, hvad vedkommendes indre mentale tilstand er. At terapeuten verbalt tilkendegiver forståelse er ikke tilstrækkeligt, klienten skal erfare dette.

For at have kontakt med den interaktion og relation, der udfolder sig i enhver sammenhæng og i ikke mindst i musikterapi, er terapeuten nødt til at have opmærksomhed på egne indre sansninger, tanker og følelser, som opstår løbende. I dynamisk terapi anvendes begrebet modoverføring ofte om sådanne indre foki. Her er det en central del af terapeutens kompetence at kunne iagttage og forholde sig til sig selv uden automatisk at handle eller ubevidst at lade sig styre af disse processer. Mentalisering handler om at kunne se, føle, fornemme og forstå den anden, men uden at det sker på en måde eller med et sprog, der er fremmed for og på den måde ikke forbinder sig med den anden persons referencer og selvforståelse.

Udviklingspsykologisk skal et menneske erfare at blive mentaliseret af en anden for at kunne udvikle sin evne til at mentalisere. Fonagy, Gergely, Jurist & Target [2007] skriver, at barnet for at skabe en fuldt mentaliseret psykisk realitet skal erfare følgende tre ting gentagne gange: sine egne aktuelle mentale tilstande, repræsentationer af disse samt at den voksnes virkelighedsperspektiv udgør en ramme for dette [Fonagy et al, 2007, s. 253]. Man kan forenklet sige, at barnet lærer at mentalisere, idet den voksne mentaliserer barnet.

Der findes en del teorier, der beskriver betydningen af lignende processer med lidt andre ord. Her skal kort nævnes Daniel Stern, som har beskrevet, hvordan barnet udvikler sin evne til intersubjektiv relateren gennem affektiv afstemning og deling af fælles opmærksomhed, hensigt og følelse [Stern, 1991]. Stern beskriver videre, hvordan opbygning af implicite skemaer for interaktion sker i interaktionen mellem forældre og barn. Dette sker både i forhold til barnets udvikling af en form for psykologisk konstant, kaldet kerneselvet, og i forhold til udviklingen af evnen til intersubjektivitet. Intersubjektivitet udvikles løbende og udvikler først barnets evne til at dele implicite indre tilstande, siden kan også sproget benyttes at opnå intersubjektivitet. I denne sammenhæng er fokus intersubjektivitet i forhold til evnen til at kunne dele subjektive, indre tilstande uden nødvendigvis at anvende sproget. Intersubjektivitet som relationelt og dynamisk begreb kan siges at være indeholdt i mentaliseringsbegrebet, men begreberne er ikke identiske. Intersubjektivitet henviser til den del af processen, der har at gøre med at dele indre subjektive tilstande. Men udvikling af intersubjektivitet indeholder også en modsat dimension, hvor barnet

lærer om alt det, som ikke kan deles. Her får barnet erfaringer for, hvornår, med hvem og hvordan noget ikke kan deles. Denne proces foregår først i de præverbale relationsdomæner, og det præverbale element betoner den implicite dimension af disse processer. Barnet lærer at dele følelser med andre, før det har sprog, for at beskrive og fortælle om sine indre tilstande.

Oplevelsen af intersubjektiv relateren er tæt knyttet til tilknytningsmønstre. Når omgivelserne er tilgængelige og afstemte i tilstrækkelig grad, udvikles en sund tilknytning. Er omgivelserne ikke i stand til at give barnet dette psykologiske grundlag, risikerer barnet at blive mere sårbart over for at skulle opbygge tætte forbindelser senere i livet. Da mentalisering bl.a. synes at basere sig på evnen til at kunne gennemskue mis-afstemning, eller manglende afstemning med omgivelserne og på ikke at lade sin reaktion være styret af den emotionelle reaktion, som knyttes hertil, giver det mening at anse evnen til intersubjektiv relateren som en central del af det at kunne mentalisere (Fonagy et al. 2007).

Mentalisering synes begrebsmæssigt at bygge videre på affektiv afstemning, dog uden en helt så entydig operationalisering. Stern (1991) beskriver fx, hvorledes den voksne ved at afstemme sin respons amodalt og ved at have fokus på timing, dynamik, form og rytme hjælper barnet til at se afstemningen som rettet imod den indre følelse og ikke den konkrete ydre handling. Stern behandler også mulige konsekvenser af misafstemning og fejlslutninger, som jeg dog ikke vil relatere til begrebet mentalisering i nærværende artikel. Fonagy et al. (2007) har et mere objektrelationsteoretisk afsæt og stiller sig ikke mindst metapsykologisk tvivlende over for visse aspekter af Sterns teori om affektiv afstemning, men det er ikke denne artikels ærinde at referere kritikken. Fonagy et al (2007) opstiller en alternativ hypotese for barnets udvikling, fx at det interaktionelle samspil mellem det 9 måneder gamle barn og omsorgspersonen betragtes som et redskab: "til tidlig, ikke-verbal socialisering, hvormed omsorgspersonen selektivt kan forstærke og forme spædbarnets viljesbestemte, målrettede eller legende sociale aktiviteter" (ibid. s. 179). Umiddelbart finder jeg det vanskeligt at se afgørende forskelle mellem denne og Sterns model. Teoretikerne synes først og fremmest enige i den grundlæggende præmis, at generaliseret erfaring danner grundlag for mentale repræsentationer. Der er konsensus om, at barnet erhverver sine sociale færdigheder i en tidlig alder, og at disse udgøres af nonverbale, implicite repræsentationer af generaliseret interaktion.

Barnets udvikling af evnen til sund mentalisering skal ses i ovenstående perspektiv, dog kan mentalisering ikke beskrives alene med afsæt i begrebet om affektiv afstemning. Mentalisering adskiller sig som begreb ved både at være rettet imod det implicite, som Stern beskriver, og samtidig mod det eksplicite i sproget, i symboler og i artefakter som musik og kunst. Mentaliserings-begrebet er således en konstruktion, der både indeholder det diskursive og det nondiskursive niveau af den subjektive oplevelse, det relationelle samspil, og det inddrager den kontekst i hvilken et samspil forgår. I dette perspektiv er et terapeutisk fokus på de ikke-sproglige fænomener nye toner. Ud fra en dynamisk forståelse kan man sige, at mentalisering som handling foregår, når man gennem sin måde at indgå i samspil på bidrager til, at den anden kan se sig selv både på et oplevelsesmæssigt og et forståelsesmæssigt niveau.

Den mentaliserende tilgang til den terapeutiske proces

Når et menneske bringes i situationer, hvor det skal ses eller mentaliseres, vil dets relationelle erfaringer ligge som en adfærdsmæssig betingning, der kan udløse en undvigende manøvre og/eller potentielt øge det psykiske ubehag. I mentaliseringsbaseret terapi taler man som før nævnt om, at øget arousal er en konsekvens af, at tilknytningsmønstrene aktiveres.

Denne øgede neurologiske aktivitet i det limbiske system medfører, at højere cerebrale processer i cortex ikke fungerer optimalt [Karterud et al, 2011, s. 22]. Med andre ord kan en person med ambivalent tilknytning have særdeles vanskeligt ved at mentalisere, når dennes tilknytningsmønstre aktiveres. Forskellige situationer kan foranledige dette, fx at terapeuten viser empati, eller at terapeuten spørger ind til et for personen tabueret psykisk materiale, eller hvis terapeutens adfærd giver patienten en oplevelse af afvisning, uopmærksomhed osv. Som jeg før har nævnt det, findes der i analytisk dynamisk terapi en lang tradition for at beskrive sådanne processer med begreber som overføring, forsvar og modstand. Disse begreber er i og for sig helt korrekte og egnede til at beskrive disse fænomener. Men de er ikke særlig anvendelige i en kontekst, hvor man ønsker at mentalisere en person. Det skyldes flere forhold: For det første vil en overførings- eller forsvarstolkning fra terapeuten af en persons adfærd ofte give klienten et implicit indtryk af, at terapeuten er bedre til at forstå personen end personen selv. Dette er i modstrid med intentionen om at udvikle klientens evne til at mentalisere, dvs. at se den anden indefra og sig selv udefra. Ved at lave en tolkning risikerer terapeuten at påføre patienten sit udefrakommende syn og ikke forholde sig til patientens indre perspektiv. Derfor virker tolkninger ofte ikke-mentaliserende. Terapeutens opgave er at kunne handle og vise med sin handling, hvad det er, han vil have vedkommende til at gøre relationelt i forhold til andre. At opleve sig set, hørt og rummet bygger på en implicit relationel erfaring. Denne oplevelse kan opstå i en relation uden ord, i musik og med ord. Stern taler om nu-øjeblikke, i hvilke det intersubjektive felt udvides [Stern, 2004], og man erfarer og erkender, at den anden faktisk er der sammen med én. Men for at kunne udvikle denne evne, skal man have oplevet, at nogen gør det for en. Man skal lære, at det, man tænker og føler, kan deles. Her et eksempel fra klinikken:

Case vignet: I et musikterapiforløb med en mand med personlighedsforstyrrelse er der fokus på hans undvigende adfærd. I dette forløb, som er præ-MBT, arbejdes der ud fra en mere traditionel analytisk vinkel, hvor fokus er på overføring, forsvar etc. I dette tilfælde folder en situation sig ud, hvor patienten oplever terapeuten som uforstående og ikkelyttende. Hans tilknytningsmønstre aktiveres. Men hans strategi er ikke at konfrontere andre, så han samarbejder men trækker sig emotionelt i kontakten. Det er hans mestringsstrategi. I musikken spiller han de samme få toner, uden at respondere på terapeutens forsøg på kontakt eller sammenspil. Han afviser så at sige terapeuten musikalsk, men bliver ved med at spille. Terapeuten ophører med at forsøge at komme nærmere, og improvisationen slutter som to personer, der følges ad i samme retning, uden at tale sammen, men dog i samme lyd. Patienten udtrykker efter den musikalske improvisation følgende:

“Du var jo ikke mit modstykke alligevel [...] det var jo mere imødekommenhed” [Hannibal, 2001].

I musikken er der sket noget med den måde patienten oplevede ”den anden” på. – en oplevelse der ikke bekræfter hans forventning. Patienten skifter til at forholde sig til nuet og det som sker, og er ikke automatisk styret af sine forestillinger og forventninger. I ovenstående case-uddrag er der altså sket en ændring af patientens opfattelse af terapeutens intention gennem musik og ikke gennem sproget. Ændringen i patientens opfattelse af terapeuten er sket uden en egentlig tolkning og er kun en følge af den musikalske interaktion. Set i et MBT-perspektiv kan det se ud, som om, terapeutens implicite musikalske handlinger er blevet opfattet af patienten som relationelle handlinger. Der er sket en forandring af den måde, de to personer er med hinanden på. Det intersubjektive felt er blevet udvidet og patientens automatiserede forventning til terapeuten som en afvisende person er ændret.

Et andet forhold er anvendelsen af dynamiske tolkninger, der traditionelt rettes mod at forbinde det fortidige med det nutidige. At tolke på denne måde anses ikke fremmede for mentaliseringen, da denne foregår lige her og nu mellem de tilstedeværende personer [Bateman et al. 2007, s. 188ff]. Synet på

fænomenet overføring ændres i MBT, fra at tolke overføringen set i forhold til fortiden til at være en kilde til at forstå patientens måde at mestre det på, som sker her og nu:

“At mentalisere overføringen er med andre ord en forkortelse for at opmuntre patienter til at tænke over den relation, de aktuelt befinder sig i” . [Allan et al. 2010, s. 217]

Konsekvenser af mentalisering i musikterapi

Allan, Fonagy og Bateman (2010, s. 193) opstiller konkrete forslag til retningslinjer for handlinger, der fremmer mentalisering. Terapeuten skal lidt forenklet sagt:

- rette fokus mod mentale tilstande i patienten
- intervenere på en ren, enkel, ikke-vidende og validerende måde
- møde patienten nysgerrigt og i nuet
- primært spejle markerede følelser og ikke tolke umarkerede bagvedliggende følelser
- inddrage sig selv efter patienten
- erkende egne fejl, når der opstår misforståelser, og undersøge sin rolle i processen
- se interaktion som et produkt af det, som sker i nuet og ikke som produkt af forstyrrede opfattelser af den anden [overføring]

Spørgsmålet er, om disse mentaliseringsbaserede principper kan siges at bevirke et skift i musikterapeuters forholdemåde. Her er det nyttigt at benævne overordnede tilgange til musikterapi, kaldet ”musik i terapi”. Denne tilgang har rod i den traditionelle dynamiske musikterapi-tænkning, som arbejder analytisk med tolkninger, forsvarsanalyse, overføring og fortidens betydning for nutiden (bl.a. Bruscia, 1998). For terapeuter, der anvender denne tilgang, må MBT udgøre noget nyt og anderledes, set i forlængelse af de ovenstående tanker om terapeutisk forholdemåde og procesforståelse. For ”musik i terapi”-tilgangen kan antages, at MBT-perspektivet må bevirke en paradigmatisk anderledes tilgang både teoretisk og klinisk. For det første i forhold til måden, musikalske oplevelses fortolkes og inddrages på i terapien, men også i forhold til, hvordan musikterapeuten tolker patientens musikalske handlinger og valg af følgende interventioner. Analytisk orienteret musikterapi arbejder ud fra en tolkningstradition, som jf. MBT potentielt er mentaliseringshæmmende. Centralt for MBT er netop, at terapeuten er villig til og bevidst om at se ud over sin egen verdensforståelse og fremme patientens egen evne til at mentalisere. MBT-perspektivet synes i dette lys at stå i modsætning til den hidtidige analytisk orienterede musikterapeutiske position, som hviler på fortolkningskontekster løsrevet fra her og nu-perspektivet.

MBT hører til en ny trend i psykoterapi, der anbefaler, at terapeuten både har fokus på, hvad der sker, og hvordan det sker, men mindre på hvorfor. Et fokusskift, der lidt forenklet kan karakteriseres som at gå fra kun at se på det diskursive meningsindhold i samtalen til i lige så høj grad at beskæftige sig med det, som foregår i og uden for sproget - med et styrket fokus på implicite relationelle mønstre (Jørgensen, 2006).

Denne bevægelse har væsentlig pragmatisk værdi for musikterapi, hvor fokus på det implicite relationelle niveau har flere vigtige betydninger. For det første foregår aktiv musikterapi i det procedurale og derved i det implicite relationelle lag. Når man improviserer, aktiveres disse relationelle mønstre, og der lægges mere vægt på, hvordan man agerer frem for på hvad det betyder (Hannibal, 2001). Det øger fokus på det intersubjektive niveau i relationen. Man kan alene ved at spille ændre den implicite relationelle matrix mellem terapeut og patient, som nævnt i eksemplet. For det andet anfører BCPG (2010,

s. 193ff)¹, at formålet med terapi er at ændre den implicitte relationelle viden, og at den kan ændres uden at det er nødvendigt at vide, at det sker. Dette ses i musikterapi, som giver rum for "følt mening", som siden kan undersøges med ord, men ikke behøver at blive det. I mine øjne har musikterapi således en speciel position, idet improviseret musik er levet oplevelse. Det er en analog proces, som udfolder sig i tid, og som indeholder det implicitte relationelle i sin kerne. At spille sammen med hinanden og til hinanden rummer alle disse relationelle elementer. For god ordens skyld skal der gøres opmærksom på, at implicitte relationelle processer forekommer uanset hvilket teoretisk perspektiv der inddrages, og er ikke bundet til MBT.

Egenterapi som uddannelsesmæssig baggrund er væsentlig uanset terapiteoretisk orientering. Men MBT-tilgangen styrker betydningen af, at musikterapeuten har gennemarbejdet sine implicitte relationelle mønstre i egen-terapi som en forudsætning for at kunne håndtere den terapeutiske proces. For at kunne mentalisere klienten må terapeuten selv mestre mentalisering, hvilket stiller nye krav til terapeuten i forhold til bevidsthed om præmisser for nærvær, empati, nonverbal og verbal kommunikation. Heroverfor står den traditionelle analytiske opfattelse af terapeutens forholdemåde, der lagde mere vægt på det iagttagende, analyserende og neutrale - i modsætning til MBT, der hverken anser tilstræbelse af terapeutisk neutralitet som mulig eller hensigtsmæssig.

Mentalisering opstår som resultat af indsigt, som er forankret i det implicitte oplevelsesniveau. Er den kun verbalt forankret, er der tale om pseudo-mentalisering. Mentaliseringsperspektivet rummer en kæmpe udfordring for musikterapeuten, som skal tilegne sig såvel almenterapeutiske færdigheder som specifikt musikterapeutiske med henblik på at kunne agere adækvat i en musikalsk og meningsåben kontekst. En udredning af dette emne ligger uden for denne artikels ramme, men nævnes her for at understrege betydningen af at kunne se sig selv samtidig med, at man er i interaktion med andre.

Jeg vil gerne vende tilbage til spørgsmålet om måden, man som terapeut inddrager sig selv på i den terapeutiske proces. I traditionel analytisk terapi har det at give sig til kende været at betragte som uetisk adfærd, dertil som forstyrrende i forhold til den terapeutiske proces, da terapeuten ved at inddrage sig selv kunne risikere at forplumre overføringsbilledet med sine modoverføringer. I den mentaliseringsbaserede terapimodel er det næsten et krav, at man inddrager og undersøger, hvordan patienten oplever terapeuten i den relationelle sammenhæng. Afsættet er patientens oplevede virkelighed i den fælles interaktion. Det betyder også, at terapeuten kan vælge at bede patienten om at mentalisere. Hvis terapeuten skønner, at klienten ikke mentaliserer, men i stedet afleder fra det væsentlige, kan terapeuten godt vælge at træde ind i relationen med sine tanker. Er patienten eksempelvis selvmordstruende, men slår dette hen, kan terapeuten insistere på, at dette er vigtigt, og at det optager terapeuten i en grad, der påvirker kontakten imellem dem. Terapeuten kan også tydeliggøre forskelle i terapeutens og patientens oplevelse af, hvad der sker i relationen i kølvandet på, at patientens indre mentale proces er tydeliggjort.

At terapeuten spiller en aktiv rolle, og således giver sig til kende, er en indbygget og uundgåelig del af aktiv musikterapi, hvor terapeuten indgår i den musikalske improvisation sammen med klienten. Med MBT tydeliggøres det, hvor vigtigt det er, at terapeuten håndterer sin involvering med omhu. For eksempel kan for meget musikalsk styring og handling betyde at terapeuten "overdøver" patienten. Wigram (2004, s. 45ff) taler om betydningen af, at musikterapeuten kender sin improvisatoriske ABC. Stern (2010, s.153) anfører, at basale improvisatoriske metoder benytter samme materiale som implicit relationel forhandling af intersubjektivitet gør, nemlig såkaldte vitalitetsformer. Musikterapeuten må således være

1 Daniel Stern har sammen med "The Boston Change Process Study Group" [BCPSG] beskrevet implicit relationel viden i psykoterapi. Se f.eks. "Change in Psychotherapy: A Unifying Paradigm" (2010).

bevidst om at befinde sig i et kommunikationsfelt, der benytter relationens grundlæggende sprog, hvor denne i et MBT-perspektiv skal holde fokus på patientens udsagn, som det ytrer sig i musikken her og nu. Dette gælder også for terapeutens læsning af det, som traditionelt benævnes overføring.

Opsamling

Der kan argumenteres for, at MBT må bevirke et musikterapeutisk skift inden for analytisk orienteret musikterapi, idet MBT gør op med dogmer som orienteringspunkt og orienterer sig mere mod det pragmatiske end mod det teoretiske. I forhold til traditionel analytisk tænkning bidrager MBT med forskrifter i relation til terapifokus, interventioner og terapeutiske forholdemåder. Men visse af disse "nye" tiltag anvendes allerede i aktiv musikterapi. At improvisere er interaktion "her og nu", hvor terapeuten er aktiv og deltagende. Der er tradition for at have fokus på det, patienten ønsker at udtrykke i sin musik, og vi i analytisk orienteret musikterapi har længe haft fokus på måden, det sker på, frem for på, hvad det betyder. I MBT-perspektiv er klinisk musikterapi således på forkant med udviklingen. Spørgsmålet er dog, om ovennævnte betingelser for musikterapi i sig selv fremmer mentalisering. Her må fokus rettes mod, om og hvordan terapeuten styrer den terapeutiske proces i musik, dvs. på de forestillinger, der ikke har udgangspunkt i patientens mentale virkelighed.

MBT præsenterer klare retningslinjer for, hvordan man skal agere for at fremme mentalisering hos patienter med personlighedsforstyrrelser, og disse bryder med traditionel analytisk terapitænkning, fx i forhold til at inddrage markerede og umarkerede følelser og terapeutens rolle. Men MBT har på samme tid en tydelig reference til netop den analytiske teori, så det kan diskuteres, om MBT mere er udtryk for en revision af gældende terapeutiske principper på baggrund af nyere psykodynamisk teori end udtryk for et nyt syn på terapi. MBT har skarpt fokus på, at terapeuten skal have opmærksomhed på sin egen forudfattedhed og skal kunne sætte sig ud over denne, når det forhindrer terapeuten i at mentalisere patienten. Fonagy et al (2007) hævder, at nye terapeuter ofte har nemmere ved at arbejde med MBT end erfarne, fordi de nye ikke er styret af deres forestillinger om, hvad der er væsentligt, som mere erfarne terapeuten ofte synes at være. Mentalisering påhviler præverbale og implicite indsigter. Man kan spørge sig selv, om terapeutens vigtigste kompetence ift. at kunne yde MBT er mentaliseringsindsigt grundlagt i barndommen eller på baggrund af et mentaliseringsbaseret egenterapi-forløb.

MBT advokerer for nødvendigheden af, at alle terapeuter, der arbejder med mentalisering, må kunne sætte sig ud over deres egen verdensforståelse. MBT kan således på flere måder betragtes som implicerende en revideret terapeut-forholdemåde, der stiller nye krav til terapeutens uddannelse.

Hvilken betydning kan dette have i forhold til musikterapeutens forholdemåde? Kan retningslinjerne for MBT umiddelbart konverteres til en musikterapeutisk kontekst? At besvare dette spørgsmål kræver en nærmere udredning af, hvad der definerer musikterapi. Et emne, det på sigt må være væsentligt at tage op. Med afsæt i denne artikels refleksioner vil jeg hævde, at MBT har generelle implikationer for musikterapi, herunder for musikterapeutens forholdemåde, metode og filosofi. MBT udspringer af en terapeutisk tilgang til patienter med personlighedsforstyrrelse på et bredt teoretisk grundlag. MBT-perspektivet, mener jeg, har i særdeleshed relevans for kliniske musikterapeuter, der også arbejder med patienter med personlighedsforstyrrelse, og som vægter det relationelle aspekt af musikterapien som et centralt virkemiddel for terapeutisk forandring. Men MBT har også relevans for musikterapiteoriens diskussion om musik i eller som terapi. Både MBT og BPCSG's tanker om det implicite relationelle styrker musik i terapi, ikke mindst tydeliggøres behovet for at styrke både implicit og eksplicit mentalisering.

MBT udfordrer i mine øjne i det hele taget alle terapeutiske retninger, der arbejder ud fra en meget stram teoretisk og/eller manualiseret ramme, som ikke er forenelig med at handle mentaliseringsfremmende, dog angiver MBT selv en meget strikt manual, som ifølge deres anvisninger skal følges nøje. Paradoksalt nok indebærer denne en risiko for at fokus på den kan virke kontra-mentaliserende.

Argumentet for at tilbyde musikterapi som behandling kan styrkes af forskning og evidens og forskning fra MBT, herunder for betydningen af det implicit relationelle. Dette kan gøre, at musikterapi på sigt kan komme på banen som behandlingstilbud til flere målgrupper.

På Aalborg Psykiatriske Sygehus findes Musikterapi-klinikken, hvor der p.t. er tilknyttet fire musikterapeuter som klinikere og forskere. Disse samarbejder med de to af hospitalet ansatte musikterapeuter. Denne gruppe har i foråret 2012 arbejdet med netop MBT og spørgsmålet om, hvorvidt dette behandlingsprincip er foreneligt med musikterapi-praksis og -tradition. Formålet med arbejdet er at opstille en behandlingsmanual, og resultatet er publiceret i en særskilt tekst [Hannibal, Pedersen, Bonde, Bertelsen, Lund & Dammeyer 2012]. Denne manual er som før nævnt stadig under udvikling. Under navnet procesorienteret musikterapi (PROMT) forsøges det at skabe en symptom og ressourceorienteret ramme for musikterapi-behandling i psykiatrien. I forhold til målgruppen personlighedsforstyrrede er der ligeledes gjort forsøg på at integrere MBT i forhold til metoder og terapeutforholdemåder. Evaluering af PROMT vil ske i løbet 2013-14 og resultaterne forventes fremlagt ved verdenskongressen for musikterapi i Wien 2014.

Litteratur

Allan, J.G., Fonagy, P. & Batemann, A. [2010]. *Mentalisering i klinisk praksis*. København: Hans Reitzels Forlag.

Bateman, A., Fonagy, P. [2007]. *Mentaliseringsbaseret behandling af borderline personlighedsforstyrrelse - en praktisk guide*. Århus: Akademisk forlag.

Bruschweiler-Stern, N., Lyons-Ruth, K., Morgan, A., Nahum, A.M., Reis, B. & Stern, D.N. [The Boston Process Change Study Group] [2011]. *Change in Psychotherapy: A Unifying Paradigm*, New York: Norton Professional Books

Bruscia, K. [1998]. *The dynamics of music psychotherapy*. Gilsum NH: Barcelona Publishers.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, L.J. & Target, M. [2007]. *Affektregulering, mentalisering og selvets udvikling*. København: Akademisk Forlag

Hannibal, N. [2001]. *Præverbal Overføring i Musikterapi- kvalitativ undersøgelse af overføringsprocesser i den musikalske interaction*. Ph.d. - afhandling, Institut for Musik og Musikterapi, Aalborg Universitet, december 2000.

Hannibal, N. [2008]. Gruppemusikterapi med patienter med personlighedsforstyrrelser i dagbe-handlingsregi. *Musikterapi i Psykiatrien*, Årsskrift 5 [s. 77-101]. [red. Holck, U.], Musikterapi-klinikken Aalborg Psykiatriske Sygehus og Aalborg Universitet

- Hannibal, N., Pedersen, B., Windfelt, M. & Skadhede, S. [2011]. Opsamling på Gruppemusikterapi i Dagbehandlingsregi for Perioden 2003 til 2010. *Musikterapi i Psykiatrien, Årsskrift 6* [s. 27-37]. [red. Bonde, L.O.], Musikterapeutiklinikken Aalborg Psykiatriske Sygehus og Aalborg Universitet
- Hannibal, N., Pedersen, I.N., Bonde, L., Bertelsen, L.R., Lund, H.N. & Dammeyer, C. [2012]. Manual for procesorienteret musikterapi med personer med personlighedsforstyrrelser. *MIPD, Vol 2, 2012* [s. 64-80].
- Hannibal, N. [2013]. Implicit and explicit mentalization in music therapy in psychiatric treatment of people with Borderline personality disorder, I: *The Music in Music Therapy. European Psychodynamic Music Therapy: Clinical, Theoretical and Research Approaches*. London: Jessica Kingsley Publishers [In review]
- Jørgensen, C.R. [2006]. *Personlighedsforstyrrelser. Moderne relationel forståelse og behandling af borderline-lidelser*. Århus: Akademisk Forlag.
- Karterud, S. & Bateman, A. [2010]. *Manual for mentaliseringsbaseret terapi (MBT)*. København: Hans Reitzels Forlag
- Lindahl, S.J. & Hannibal, N. [2012]. 30 år med musikterapi - oplevelser, erfaringer, visioner *Sænummer af Tidsskriftet Dansk Musikterapi*. Udgivet af Humanistisk Fakultet og Institut for Kommunikation, Aalborg Universitet Musikterapiuddannelsen. Øko-Tryk
- Petersen B, Toft J, Christensen NB, Foldager L, Munk-Jørgensen P, Lien, K. & Valbak, K. [2008]. Outcome of a psychotherapeutic programme for patients with severe personality disorders. *Nordic Journal of Psychiatry 2008; Vol. 62, No. 6* [s. 450-456]. [doi:10.1080/08039480801984271]
- Stern, D. [1991]. *Barnets Interpersonelle Univers - Et psykoanalytisk og udviklingspsykologisk perspektiv*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Stern, D. N., Sander, L.W., Nemm, J.P., Harrison, A.M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A.C., Brunschweiler-Stern, N. & Tronick, E.Z. [1998]. Non-Interpretive Mechanisms In Psychoanalytic Therapy, *International Journal Of Psychoanalysis, Vol. 79* [s. 903-921].
- Stern, D. N. [2004]. *Det nuværende øjeblik i psykoterapi og hverdagsliv*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Stern, D.N. [2010]. *Vitalitetsformer: Dynamiske oplevelser i psykologi, kunst, psykoterapi og udvikling*. København: Hans Reitzel.
- Trondalen, G. & Skårderud, F. [2007]. Playing with Affects... and the importance of "affect attunement", *Nordic Journal of Music Therapy, 16*[2] [s. 100-111].
- Wigram, T. [2004]. *Improvisation- Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators, and Students*. London: Jessica Kingsley Publishers

MUSIKLYTNING OG INDRE BILLEDER

– At styrke identitets- og selv værdsfølelsen gennem ‘Musiklytning & Indre Billeddannelse’ for ambulante psykiatriske patienter.

”Musikken bliver oplevet som smuk og stærk af alle i gruppen. Den bliver også oplevet som et symbol på en værdig selvforståelse – uanset nødvendige udsving mellem maske og autenticitet.”

Inge Nygaard Pedersen og Lars Ole Bonde



LARS OLE BONDE: Professor i musikterapi ved AAU. Professor II ved Senter for musikk og helse, Norges Musikkhøgskole. GIM-terapeut, -træner og supervisor. Talrige publikationer om musikterapi, musikpsykologi, musikpædagogik og musikdramatik.
INGE NYGAARD PEDERSEN: Professor MSO i musikterapi ved AAU. Leder af Musikterapiklinikken Aalborg psykiatriske sygehus / Aalborg Universitet. Godkendt Supervisor. Talrige publikationer om musikterapi.

Abstract

Denne artikel er tredje og sidste del af afrapporteringen fra det kliniske pilotprojekt “Musiklytning og indre billeder”, et projekt som blev gennemført i et samarbejde mellem de to forfattere, som begge var musikterapeuter for grupperne i projektet. Første del blev præsenteret af Bonde [2011] i årsskriftet Musikterapi i psykiatrien 6 og omhandlede assessment-delen af projektet. Anden del blev rapporteret af Bonde & Pedersen [2012] i Musikterapi i Psykiatrien Online 7 og omhandlede resultaterne fra pilotprojektet og begrundelse for, at en sådan metode kan reducere ambulante psykiatriske patienters sociale angst, styrke deres identitetsfølelse, og selv værd og deres evne til at opleve ro og fokuseret opmærksomhed. I denne tredje del præsenteres et detaljeret case-studie omhandlende en enkelt af deltagerne, som deltog i to gruppeforløb i forlængelse af hinanden. Der fokuseres på delprocesser undervejs i casen, og der anvendes kliniske og eksistentielle teorier og forståelsesmodeller udviklet på baggrund af teorier om relationel behandling i psykiatrien [Thorgaard, 2006] og teorier om dimensioner i den menneskelige eksistens [v.Deurzen, 1999]. Forfatterne udvikler på baggrund heraf en klinisk teori vedrørende “De tre værens- og kommunikationsrum”. Denne anvendes til at identificere udviklingsstrin i klientens proces gennem forløbet.

Indledning

Denne artikel er tredje og sidste del af afrapporteringen fra det kliniske pilotprojekt "Musiklytning og indre billeder", et projekt som blev lavet i et samarbejde mellem de to forfattere. De var begge terapeuter i projektet. Første del blev præsenteret af Bonde [2011] i årsskriftet Musikterapi i psykiatrien 6 og omhandlede assessment-delen af projektet. Anden del blev rapporteret af Bonde & Pedersen [2012] i Musikterapi i Psykiatrien Online 7 og omhandlede resultaterne fra pilotprojektet og begrundelse for, at en sådan metode kan reducere ambulante psykiatriske patienters sociale angst, styrke deres identitetsfølelse, og selvværd og deres evne til at opleve ro og fokuseret opmærksomhed. I anden del blev baggrunden for og tilrettelæggelsen af dette receptive musikterapiforløb beskrevet, og den særligt udvalgte musik blev karakteriseret og begrundet i forhold til dens kliniske relevans. Til slut i anden del blev der fokuseret på et enkelt gruppeforløb til illustration af fremgangsmåder og resultater.

I denne tredje del præsenteres et detaljeret case-studie omhandlende en enkelt af deltagerne, som deltog i to gruppeforløb i forlængelse af hinanden. Der fokuseres på delprocesser undervejs i casen, og der anvendes kliniske og eksistentielle teorier og forståelsesmodeller, der fokuserer såvel på patientens udviklingsprocesser som på terapeuternes forståelse og fortolkning af forskellige faser i relationen med patienten. Grundlaget for de kliniske beskrivelser er dels audiooptagelser af alle sessioner, dels spørgeskemaer vedrørende mål for terapien, samt selvevalueringsskemaer udfyldt af deltagerne. Tillige indgår logbogsnoter, som vi to terapeuter udfyldte sammen efter hver session. Vi ønsker her at give konkrete bud på en klinisk og teoretisk udlægning af udviklingsprocesserne i case-eksemplet. Denne forståelse illustreres gennem en beskrivelse af sammenhænge mellem patientens subjektive udsagn og patientens billedudtryk gennem gruppeforløbene i musiklytning og indre billeder.

Teoretiske forståelsesrammer

Flere forskellige filosofiske perspektiver og kliniske teorier kan udvælges og anvendes til at forstå materiale fra og journalbeskrivelser af musikterapeutiske case-forløb. Da sådanne casematerialer oftest omfatter individuelle verbale udsagn, dialoger, musikalske improvisationer og/eller udvalgte musikstykker samt tegninger eller billeder, er der meget rige narrativer og komplekst materiale til rådighed. Et første trin i en case-beskrivelse kan med fordel være at inddele forløbet i faser. Faseopdelingen afspejler klientens behandlingsbehov og metodens rettedhed mod forskellige behandlingsbehov i forskellige faser. Patienten, som præsenteres her, led af dyb angst. Denne angst viste sig også at bunde i dyb sorg over erfarede livshændelser. Casen illustrerer en bevægelse i patientens evne til at håndtere disse følelser fra en manglende evne til at rumme egne følelser til en betydelig større rummelighed. Vi beskriver en forståelse af denne proces ud fra flere forskellige teorier, som præsenteres i det følgende.

I denne artikel præsenterer vi perspektiver på case-materialet, der er hentet fra teorier om relationsbehandling i psykiatrien, nemlig Thorgaard & Haga, Bd I, [2006 a], Thorgaard, Bd II, III, IV, V [2006 b,c,d,e], samt fra en [lokal] klinisk teori udviklet af Pedersen [2000, 2002] benævnt de tre værens- og kommunikationsrum. Denne sidstnævnte kliniske teori har rødder i teorier om eksistentielle dimensioner [Van Deurzen, 1999] og essensen af sådanne dimensioner kan genkendes i teorierne om relationsbehandling i psykiatrien. Psykiater Lars Thorgaard [refereret ovenfor] har skrevet fem bøger om relationsbehandling i psykiatrien [hvoraf Ejvind Haga er medforfatter til bind I].

Disse bøger har været meget inspirerende for udviklingen af den teoretiske model, som vores forståelse bygger på. Som konkluderet af Bonde formår forfatterne at skabe en vellykket og praktisk yderst anvendelig eklektisk syntese af psykodynamiske, objektrelationsteoretiske, humanistiske og eksistentielle perspektiver på relationen og relationsbehandlingen [Bonde, 2008, s. 154]. Udgangspunktet er, ligesom det er tilfældet i vores forsøg på teoriudvikling i artiklen her, at være åben overfor, hvordan man som [relationsbehandler] musikerapeut kan relatere sig både til symptomer for psykiske lidelser, og hvordan man kan komme til at genkende helende ressourcer hos patienterne, når sådanne symptomer for psykiske lidelser har indflydelse på relationen til terapeuten/erne. Disse ovenfor nævnte teorier har også givet inspiration til at beskrive patientens udviklingsproces i den her præsenterede case.

Thorgaard [2006c] taler om menneskers generelle kapacitet til at håndtere angst og sorg. Han udfolder gennem mange kapitler beskrivelser af, hvordan et almindeligt levet liv [hvor personen ikke får en psykiatrisk diagnose] forudsætter, at man ikke er for sårbar, samtidig med at det kræver en sensitivitet til at kunne håndtere sårbarhedsfølelser. Man skal med andre ord kunne mestre, arbejde sig igennem, overkomme og så kreativt som muligt adaptere sig til sårbarhedsoplevelser og tab i livet. Han påpeger, at kapaciteten til at kunne mestre angst og sorg er en forudsætning for selvets udvikling, - en forudsætning for at selvet kan blive udholdende, accepteret og udviklet. Han forstår det at være i kreative relationer til andre i sin opvækst og sit sociale liv som et vigtigt bidrag til udviklingen af sådanne kapaciteter hos det enkelte individ - kapaciteter som understøtter, at mennesker kan mestre tab i livet.

Mennesker med psykiske lidelser har ifølge Thorgaard [2006 c] ofte et akkumuleret bjerg af sorg og angst, da de ikke blot har ophobet sorg og angst fra negative og traumatiserende oplevelser i livet, men også har fået intensiveret deres sorg og angst i forhold til det at opleve at være psykisk syg. Meget ofte lider de både af ekstra sårbarhed, som de ikke kan mestre, og af at de ikke har oplevet kreative menneskelige relationer i deres opvækst.

Thorgaard & Haga [2006 a] præsenterer en tre-faset udviklingsmodel for mennesker med psykiske lidelser. Opsummerede kan disse faser benævnes:

1. AFSPALTNING: Patienten afspalter visse dele af personligheden, så disse dele må holdes borte i relationer med andre - også i relationen med terapeuten
2. ACCEPT: Patienten lykkes i at transformere det patologiske trauma til almen menneskelig elendighed - når han/hun er i stand til at vise desperation og er parat til at møde terapeuten gennem det aspekt, som tidligere ikke var accepteret
3. BEVÆGELSE MOD EN MERE HEL TILSTAND: Sygdommen kommer til en slutning og en mere hel tilstand starter, når patienten opnår en attitude til sin egen svaghed, som gør det muligt for ham/hende at gribe de prospektive muligheder i livet gennem disse svagheder. Han/hun kan se gennem revnen i patologien, og dette kan give en masse indsigt som eliminerer eller regulerer selve patologien.

Vi kan meget nemt følge dette forståelsesperspektiv på en udvikling af psykiske lidelser frem mod en mere hel og integreret tilstand. Nedenfor tilføjer vi hvilken primær terapeutposition vi, gennem mange års klinisk praksis, har erfaret som værende meningsfuld, når vi er i en terapeut/patient-

relation, der er fastlåst i den første af Thorgaards ovenfor definerede tilstande. Position to og tre afspejler hvad der giver mening, når terapeut/patient relationen gennemlever en bevægelse frem mod den tredje definerede tilstand. Vi beskriver positionerne som:

1. Rummende: når der er tale om afspaltning
2. Empatisk, undersøgende og udfordrende: når der er en begyndende accept
3. Opmuntrende og bekræftende: når der er tale om en bevægelse mod en mere hel tilstand.

For at terapeuten skal kunne være autentisk til stede i de tre ovenfor definerede positioner i de forskellige faser med patienten er det vigtigt, at han/hun kender sine muligheder og begrænsninger i forhold til at være i resonans med sig selv (i resonans med egne sansninger og følelser) i relationen, uanset position. Vi vil her i kortform (se i øvrigt bilag 1) præsentere en af de øvelser, "De tre værens- og kommunikationsrum" (fremover benævnt 'De tre rum'), der anvendes på musikterapiuddannelsen mhp. at bevidstgøre disse muligheder og begrænsninger (i træningen ansues begrænsninger som udviklingspotentialer). Denne øvelse er tidligere beskrevet dels som træningsøvelse for musikterapistuderende (Pedersen 2002), dels som forståelsesramme til at forstå og tolke udviklingsprocesser hos patienter med psykiske lidelser (Hestbæk, 2002). Vi vil her beskrive og anvende begge aspekter af øvelsen, da vi mener terapeutens bevidsthed om egen måde at være til stede på (egen resonans i relationen) er et medskabende element i den udvikling der kan ske hos patienten.

De tre værens- og kommunikationsrum

For at kunne arbejde relationsorienteret i psykiatrien kræver det, at terapeuten er trænet i at kunne opfange og bevidstgøre sig om, hvad der sker i relationen mellem patienten/erne og terapeuten. En af de øvelser som indgår i en sådan træning på musikterapiuddannelsen, er øvelsen: "De tre værens- og kommunikationsrum".

Formålet med øvelsen er at give de studerende en fornemmelse af deres evne til at kunne være til stede i, opleve og udtrykke et forestillet indre privat rum, et forestillet socialt rum og et forestillet solist-rum samt deres evne til at kunne genkende grænser og overgange mellem de tre rum. De skal med andre ord udvikle deres evne til at være opmærksomme på egne indre sansninger samtidig med at de sanser omverdenen.

Formålet med øvelsen er, at deltagerne får en mulighed for at erfare, om de kan forblive et afgrænset selv, også når de åbner sig mod andre i sociale udvekslinger, eller når de åbner sig mod en større plads i omgivelserne eller mod noget større i spirituel betydning. Det sker ofte, at stemmegiveren i solistrummet får en oplevelse af, at lyden bevæger sig ligeså langt indad som udad, og at de oplever sig som en lydsøjle med forbindelse ned i kroppen og opad/udad mod noget uendeligt. For nogle kan det være en stærk spirituel oplevelse. De kan mao. meget konkret gennem øvelsen blive bevidstgjort om oplevelse af egne grænser mod omverdenen og muligheder for at bevare og udvide disse.

Øvelsen vedrørende 'De tre rum' kan også bruges som orienteringsværktøj hos musikterapeuten til at bevidstgøre sig om, hvordan det er muligt at være resonerende til stede i disse tre rum sammen med patienten. Dette gælder i forhold til terapeutens fokusering af opmærksomhed indad mod egne sansninger eller udad mod patienten og til terapeutens udtryksmuligheder, da dette afstemmes efter patientens proces. Her afspejler musikterapeutens oplevelse i relationen også den fælles rela-

tion mellem terapeuten og klienten. I dette perspektiv giver det mening at forstå de tre rum psykologisk, eksistentielt (inspireret af van Deurzen 1999), ved en identifikation af at hvert rum indeholder polariteter mellem det positive og det negative for den enkelte person, kaldet "de to poler". I denne model ses en psykologisk bevægelse fra fastlåste polære positioner hen mod en mere dynamisk udveksling mellem disse - eller i perioder kampe mellem de to poler. Denne bevægelse ses som lig med menneskelig udvikling mod større fleksibilitet og deraf følgende større livskvalitet.

Denne polaritetsopdeling og -tænkning har vi overført fra Deurzens model til vores model med 'De tre rum' (se nedenfor), og den bliver et vigtigt element i casen her mht. vores tolkning af patientens proces frem mod styrkelse af identitet og selvverd.

Vi arbejder ud fra den antagelse, at mange mennesker med psykiske lidelser er fastlåst i en af to poler i kraft af deres patologi. Hver af disse poler kan knyttes til et af rummene (privat, socialt, solistisk). Selve den psykologiske udviklingsproces betragtes som en eksistentiel kamp mellem de to poler. Da mennesker med psykiske lidelser ofte er fastlåst i én af to poler, handler arbejdet i terapien (udviklingsprocessen) om at få løsnet denne fastlåsthed i en grad, så de tør forbinde sig med den afspaltede pol og gradvist selv kan begynde en dynamisk kamp mellem de indre poler. En sådan måde at forstå menneskets væren i verden på kan, ifølge vores opfattelse, direkte relateres til Thorgaards forståelse af forskellige faser i udviklingen af psykiske lidelser, og dermed også relateres til patientens evne til at mestre tab. Case-eksemplerne i artiklen her vil illustrere denne måde at forstå udvikling på i processen mod styrkelse af identitets- og selvværdsfølelse, hvor såvel Thorgaards fasetænkning som terapeutens positionsbevidsthed i 'De tre rum' og forståelsen af polariteter i 'De tre rum' er i spil.

Rødder fra eksistentielistisk teori

Van Deurzen [1999] skriver om fire eksistentielle dimensioner ud fra en holistisk forståelse af menneskets eksistens. Hun skelner mellem en fysisk, en social, en psykologisk og en åndelig dimension. Hun beskriver menneskelivet som et fænomen, der hele tiden befinder sig og udvikler sig i dynamiske indre kampe mellem de positive og negative poler hos det enkelte individ.

Hun opstiller disse poler for de enkelte dimensioner på følgende måde.

Polariteter i eksistentielle dimensioner:	Positiv Pol	Negativ Pol	Mellemliggende værdi
Fysisk dimension	Liv, Sundhed, rigdom, lyst	Død, sygdom, fattigdom, smerte	Tryghed
Social dimension	Høre til, accept, kærlighed, beundring	Isolation, afvisning, had, fordømmelse	Anerkendelse
Psykisk dimension	Integritet, identitet, fuldkommenhed, tillid	Disintegration, forvirring, mangelfuldhed, tvivl	Autonomi
Åndelig dimension	Mening, sjælefred, formål, det gode	Meningsløshed, skyld, håbløshed, det onde	Visdom

Figur 1. De fire eksistentielle dimensioner. Van Deurzen 1999, s. 143.

Van Deurzen betoner, at denne teoris konsekvens for psykoterapi basalt handler om at terapeut og klient sammen observerer og fokuserer på 1] klientens oplevelse af sin egen eksistens og 2] på at bidrage til at patienten forbinder sin historie med sin særlige måde at interagere med verden på. Dette ser hun som en modpol til at fokusere på intrapsykeiske teorier baseret på karakterstrukturer, patologi eller selv-strukturer. Hun påpeger, at forskellige forfattere er enige om at opfatte den menneskelige eksistens som noget, der udspiller sig i sådanne fire, overordnede eksistentielle dimensioner som vist i figuren ovenfor, der er indbyrdes forbundne og som væver sig ind i og overlapper hinanden. Disse dimensioner kan alligevel adskilles som enkeltstående med det formål at skabe teoretisk overblik. Ikke alle forfattere opererer med alle fire dimensioner, og nogle specialiserer sig inden for et enkelt område, men de fleste teorier kan indeholdes i denne firfoldige model. Hvad angår vores model med 'De tre rum', så forstår vi denne som en specialisering inden for van Deurzens psykiske dimension. Hun definerer selv denne dimension som en måde at forbinde

"...vores "jeg" eller "selv" med den indre verden, vi konstruerer ud fra vore oplevelser og erfaringer på de andre niveauer. Her er vi hovedsagelig optaget af at skabe selve den centreret-hed, der giver os en fornemmelse af stabilitet, integration og selv. Niveauet reguleres af tænkning i ordets bredeste betydning, verbal eller non-verbal. Ved hjælp af begreber, skemaer og billeder udforsker vi vores opfattelser af os selv og vores personlige verden. Vores afløb er skabelsen af en indre fornemmelse af individualitet, som i sig selv skaber et stadig mere sikkert kontaktpunkt for selvet. Mening på dette niveau skabes gennem en fornemmelse for selvværd: en viden om, at man er et godt og værdifuldt menneske." [van Deurzen, 1999, s. 142]

Hun beskriver meget tydeligt kampene mellem de to poler som en definition af tilværelsen idet:

"Tilværelsen kan defineres som bevægelsesaktivitet mellem disse modsætninger. Mennesket bevæges og motiveres af kræfter, der skabes i spændingen mellem to sådanne ekstremer. Tilværelsespolerne modsvarer i høj grad den negative og positive pol, hvorimellem der går en elektrisk strøm. Uden forskellene ville der overhovedet ikke være noget kraftfelt. Eksistensen er spændingen mellem liv og død og kræfternes spil indimellem. Uden denne spænding, der river os med i uophørlig stræben og desperation, evindelige op- og nedture, til'er og fra'er, ville der slet ikke være nogen menneskelig eksistens." [ibid. s. 139]

Vi har på lignende vis identificeret to poler i hvert af 'De tre rum' ud fra vore mangeårige erfaringer med arbejde med mennesker med psykiske lidelser. Vi har defineret disse poler som:

Polaritetspoler i "De tre værens- og kommunikationsrum."	Negativ pol	Positiv pol	Mellemliggende værdi i form af grader på et kontinuum
Det private rum	At gemme sig, være uvirkelig, angst, selvhad/selvdevaluering	At være levende, virkelighedsfølelse, rummende, selvomsorg/selvbevidst	Grad af identitets- og selvværdfølelse
Det sociale rum	Føle sig udenfor, isoleret, jaloux, arrogant, afvisende	Give/tage imod, flow, legende, sætte naturlige grænser	Grad af oplevelse af afgrænsning
Solist rummet	Fylde ubevidst, uintegreret, unaturlig autoritet, give op, krævende	Føle sig kraftfuld, integritetsfølelse, naturlig autoritet, udholdende, fleksibel	Grad af oplevelse af integration

Figur 2. De tre værens- og kommunikationsrum. Pedersen & Bonde 2013.

Denne model med 'De tre rum', hvor hvert rum identificeres ved hjælp af to polariteter, er en forståelsesramme i forhold til den terapeutiske relation. Modellen kan hjælpe med at bevidstgøre og kan anvendes til at indplacere, hvor vi, som musikterapeuter, kan placere os i forhold til patienten på dennes vej i en proces henimod at komme ind i en dynamisk kamp mellem de to poler - som alternativ til at være fastlåst i den ene pol. Der er eksempelvis forskel på at placere sig som en der forventer gensidig handling eller refleksion, hvis en patient er i den negative pol i det private rum. Her kan det være af gørende, at terapeuten er sensitivt rummende og inviterer til fælles handling i et tempo, hvor patienten kan tillade det.

Vi har således præsenteret teorier og redskaber til dels at træne musikterapeuter til at forstå og være i resonans med egne sansninger i relationen med en eller flere patienter med psykiske lidelser, og vi har præsenteret modeller for at forstå helingsprocesser fra at være fastlåst i én pol til at kunne bevæge sig friere mellem de to poler i modeller, som giver mening for os. Der er tale om helingsprocesser hos mennesker med dårligt selvværd, problemer med grænsesætning og dyb angst. Herfra vil vi gå over til case-præsentationen, hvor disse teorier og modeller vil indgå som forståelsesrammer.

Case præsentation 1. Ursula (U)

Ursula er sidst i trediveerne og har fået at vide, at hun lider af Post Traumatisk Stress Syndrom (PTSD). Hun fortæller ved prøvesessionen før gruppeterapiens start, at hun har haft en diagnose som depressiv gennem to år, hvor hun fik antidepressiv medicin, men at det ikke hjalp hende. Hun fortæller, at hun i flere år har lidt af ekstrem angst, der bl.a. har forårsaget, at hun ikke har været i stand til at køre med bus, og at hun må anvende tvangsritualer for overhovedet at kunne bevæge sig rundt uden for sin bopæl.

Hun har tidligere levet i et voldeligt forhold igennem nogle år og har stadig ekstrem angst over for sin tidligere partner. Hun har ofte en oplevelse af, at hun ikke eksisterer, og hun har ikke kunnet passe et arbejde de sidste år. Hun lider ofte af panikanfald.

Ved henvisningen er det blevet påpeget, at U lider af social angst og stærke dissociationstendenser under stress, hvorved hun mentalt forlader kroppen. Hun har problemer med at koncentrere sig og nedsat hukommelse - hun har svært ved at have tillid til andre og er meget sensitiv over for pres eller forventninger, som hun oplever, hun ikke kan opfylde. Hun kan skifte sindstilstand hurtigt fra at føle sig meget kompetent med en stærk vilje - til at føle sig meget usikker og skrøbelig. Hendes overordnede funktionsniveau ud fra GAF scoring [se f.eks. Bonde & Pedersen, 2012] er på 58. Ved tidspunktet for prøvesessionen er hun ude af antidepressiv medicin og i en arbejdsprøvning på halv tid. Målet er, at hun gradvist skal kunne arbejde på fuld tid.

Prøvesession med U

U lytter ligesom de andre i prøvesessionen [se Bonde, 2011] til Geir Tveitt: O be ye heartily welcome [fra musikprogrammet Soundscapes, skæring 1]. Hun er i stand til at gøre dette, liggende på en madras på gulvet med lukkede øjne. Under lytningen oplevede hun en slags "film" - i form af et lille eventyr om en person, der vandrede i skoven, og der var både lys og mørke. Personen kom til en stor lysning. I skyggen var der en troldlignende skikkelse, som først kom nærmere [samtidig med at der

kom noget forstyrrende med mørkere klange i musikken]. Senere kom denne skikkelse ud og slugte hvad den havde brug for, før den forsvandt igen og lyset kom tilbage. U var ikke bange for hverken mørket eller trolden under lytningen. Hun kunne godt lide musikken.

Bagefter fortalte hun, at hun var bange for at komme ind i en gruppe, og at hun indtil nu kun havde modtaget individuel behandling. Hun forestillede sig, at hun ville blive nødt til at vandre ud af terapilokalet ind imellem, da hun ikke kunne forestille sig, at hun kunne være til stede og være koncentreret så længe (1,5 time) som gruppesessionerne varede. Vi fortalte, at dette var tilladt og at hun kunne følge sin egen rytme.

Vi som terapeuter bemærkede begge, at hun talte meget og hurtigt og gentog mange ting og fyldte meget i rummet, samtidig med, at vi oplevede, at det var svært at fornemme en kontakt med hende – som om hun var delvist dissocieret. Ud fra forståelsesrammen 'De tre rum' kan vi forstå dette møde på følgende måde: U var fastlåst i den negative pol i det private rum (uvirkelig) og solistrummet (fyldte ubevidst). Af samme grund kom vi i relationen til hende til at føle os udenfor. Vi accepterede bevidst denne position i relationen på dette tidspunkt i samarbejdsprocessen.

Struktur og Musikanvendelse i gruppeforløb 1 for U

I dette kliniske projekt er vi både en mandlig og kvindelig terapeut til stede (hhv. Lars Ole Bonde og Inge Nygaard Pedersen). Sessionerne varer halvanden time med en fast struktur i 5 dele:

1. En samtaleled (45-60 minutter), afsluttende med formuleringen af et fælles fokus. Dette fokus danner via et metaforisk udtryk udgangspunkt for valget af musik, og terapeuten vælger klassisk musik med en blandet intensitets-profil fra GIM-repertoiret (forklares nærmere nedenfor)
2. Induktion (kort afspænding, siddende eller liggende efter pt.s valg, 3-5 minutter)
3. Musiklytning (4-12 minutter)
4. Mandala-tegning (7-8 minutter)
5. Afsluttende samtale med udgangspunkt i mandalaerne (10-20 minutter)

Størstedelen af sessionen forgår altså verbalt; deltagerne taler frit til og med hinanden, guidet løst af terapeuterne, som samler trådene i deltagerens psykologiske temaer og behov til et fokus: Dette tema er ofte metaforisk formuleret. Musiklytningen efter afspændingen er uguidet, og også tegnedelen foregår i tavshed.

Sessionen slutter med en verbal opsamling, der knytter fokus og billeddannelse sammen.

Bonde & Pedersen (2012)

U starter i en gruppe med 3 deltagere (U plus to mandlige deltagere) i et forløb på i alt 12 sessioner. Hun vælger at fortsætte i en efterfølgende gruppe med fire deltagere (de samme deltagere plus en nytilkommen kvindelig deltager), og denne gruppe har, pga. ferie, kun et forløb på i alt 9 sessioner. Med aflysninger og fravær deltager U i 17 gruppesessioner med musiklytning og indre billeddannelse.

Musikken som bliver anvendt i den første gruppe, U deltog i, var følgende:

- 1) Samtale hele sessionen. Ikke musikanvendelse
- 2) Respighi: Gianicola (U udeblev)
- 3) Geir Tveitt: Klaverkoncert nr.1 F-dur, 1 sats

- 4) Russisk korsang: "The joy of those who mourn"
- 5) Mozart: Laudate Dominum
- 6) Sjostakovitj: Klaverkoncert nr. 2, 2. sats
- 7) Rachmaninov: Vocalise [cello]
- 8) Pachelbel: Kanon i D
- 9) Faure: Pavane [U afbud]
- 10) Samtale hele sessionen. Ikke musikanvendelse
- 11) Aflyst af terapeuterne
- 12) Butterworth: On the banks

Faser i U's udvikling gennem gruppeforløbet

Vi terapeuter inddeler efter gruppeforløbenes afslutning processen i forskellige faser, hvis overskrifter betegner U's fokus i de enkelte faser:

Fase I.	Session 1-5.	'Finde tryghed i gruppen.' [det personlige rum]
Fase II.	Session 6 -7.	'Start på at beskytte sig selv bedre.' [det sociale rum]
Fase III.	Session 8 -10.	'Ned i kroppen.' [tilbage i det personlige rum]
Fase IV.	Session 12.	'Nye veje mod ukendte steder.'

Fase I. session 1 - 5. Finde tryghed i gruppen

U virker usikker i gruppen i den *første session*, taler meget og viser tegn på dissociation i starten. Efterhånden som alle i gruppen finder ud af, at de har sammenlignelige oplevelser, som de kan dele med hinanden, udvikler samtalen sig dynamisk og engageret, og alle bliver mere afslappede og tilstedeværende. Samtalen forløber, for en første session, ret livligt og dynamisk, og vi vælger at udelade musik og tegning. Et tema for U og andre i gruppen bliver vrede og angst. For U er det vrede overfor fejlagnostisering og deraf følgende medicinering, en overvældende vrede overfor sin voldelige ekspartner samt en vrede mod sig selv og sin fortid og en massiv angst i forbindelse med byture etc. Det eneste sted hun for øjeblikket oplever lidt succes, er med arbejdsprøvningen hvor hun føler sig godt modtaget på arbejdspladsen og oplever, at det går godt for hende med at magte arbejdsopgaven på halv tid.

I den *tredje session* bliver det fælles *fokus* i samtalen 'hvem i deres omgangskreds gruppedeltagerne tør fortælle, at de lider af en psykisk sygdom'. Strategierne er forskellige. U beskriver, at hun er meget selektiv, og at hun scanner sine omgivelser mhp. at finde ud af, hvad hun tør fortælle og hvor. Deltagerne deler oplevelsen af et enormt pres i forhold til at leve et dobbelt liv.

Vi som gruppeledere vælger til musiklytningen Tveitts *Klaverkoncert i F-dur, 1. sats*, da denne musik indeholder en dialogisk udveksling mellem noget lyrisk og noget meget kraftigt, der tenderer til at invadere den lyriske stemning. Musikken udtrykker gradvist en stadig stærkere intensitet.

U's *tegning* efter musikken får titlen "Balanceakt" [se billede 1 på næste side].

Hun fortæller om to kræfter, hun ser i billedet: en lys og en mørk som konstant bevæger sig rundt om hinanden i en slags balanceakt. Nogle små gule mennesker danser i hvirvelstrømmen og søger at undgå at blive skubbet ind i den mørke kraft – som at bevæge sig på en knivsæg. U virker mere sikker i gruppen i både den første og opsamlende samtale, og der er opstået en dyb fortrolighed allerede i denne 3. session, som alle gruppedeltagerne udtrykker positiv overraskelse over.



Billede 1.

Vi som gruppeledere oplever gruppesessionen som meget dynamisk – som om vi lytter til tre eksperter. U taler hurtigt og lidt hektisk. Vi oplever at være i resonans i forhold til U, der udtrykker sig følelsesmæssigt og energisk. Vi får en oplevelse af, at hun arbejder på at kunne tillade både de mørke og de lyse kræfter i sig selv. Hun er meget deltagende, men hendes selvforståelse virker stadig ikke så kropsligt funderet.

Ud fra forståelsesrammen med 'De tre rum' og de negative og positive poler forstår vi det sådan, at U er i en begyndende kontakt med de positive poler både i det private og i det sociale rum, men hun er endnu ikke parat til at indgå i en kamp imellem de to polariteter. Polariteterne er på vej til at blive bevidste for hende, men hun har stadig brug for at 'gemme sig' lidt i det private rum.

I den *fjerde session* fortæller U meget åbent om traumatiske oplevelser i sin barndom. Hun er vokset op med en psykisk syg alenemor, der forbød hende at fortælle om dette forhold til nogen, da moderen var bange for, at datteren ville blive fjernet fra hjemmet. Derfra har U lært at scanne omgivelserne mht., hvad der kan fortælles til hvem og i hvilken sammenhæng. Hun beskriver sig selv med en metafor som en 'tumling', forstået som en person, der ofte bliver slået omkuld, men som altid hurtigt rejser sig igen. Dette karaktertræk har både positive og negative konsekvenser for hende – det er positivt, når det anskues som en overlevelsesstrategi, men negativ mht. at U ikke formår at flytte sig fra negative relationer mv. F.eks. fortæller hun, at hun er blevet for længe i et voldeligt forhold. U fortæller, at hun er i gang med at lære at se sig selv udefra og lære at tackle problemer på nye måder, og at det er meget hårdt – som at skulle skifte identitet.

Det *fælles fokus* i denne session bliver ordet forsoning – at blive styret af indre snarere end ydre kræfter, samt grader af angst og angst versus tillid.

Vi som gruppeledere vælger til musiklytningen et stykke russisk kormusik "The joy of those who mourn" (russisk hymne for kor), da vi finder at disse dybe russiske mandsstemmer musikalsk udtrykker en forsoning med noget meget sorg- og smertefuldt, som derigennem bliver til noget inderligt og smukt.

U fortæller om sin tegning (se billede 2 på næste side), at hun oplever dybde, og at det har en dobbelt mening: dels som en dybde der føles i kroppen, dels som en dybde i sin selvforståelse. På tegningen ses en regnbue over sangerne og nedenunder dem et bæger i form af en gral (den hellige

gral]. Hun oplever regnbuen som en slags skærmning fra et gyldent lys eller en glorie. Hun udtaler for første gang, at hun er klar over, at hun har brug for en bedre forbindelse ned i kroppen for at få forbindelse til noget, der er større end hende selv (det er første gang vi hører hende omtale noget, vi forstår som noget spirituelt).



Billede 2.

Vi som *gruppetedere* oplever begge to en taknemmelighed over at være vidne til disse, i vore øjne, smukke begivenheder og vi mærker som *modoverføring* en positiv følelse i kroppen af at være forbundet med alle i gruppen.

Ud fra forståelsesrammen 'De tre rum' viser U her, at hun erkender, at de andre i gruppen har lignende oplevelser som hun, og at hun ikke behøver at scanne nogen her for at kunne være åben. Hun kan være åbent til stede med sit private rum i den positive pol – en sådan tilstedeværelse har dog stadig brug for beskyttelse i form af en regnbue med lys. Den forandring, hun gennemlever, er, at hun tør bevæge sig fra den negative pol til den positive pol. Hun er dog endnu ikke parat til at starte den dynamiske kamp mellem stærke kræfter i de to poler som ifølge de ovenfor beskrevne eksistentielle dimensioner, og polariteterne i 'De tre rum' befordrer en udvikling mod større frihed og livskvalitet.

I den *femte session* er U midtpunkt i gruppen, da der er massive problemer og pres på hende på forskellige måder. Hun beskriver et pres fra det kommunale system, der ønsker, at hun skal arbejde flere timer, hvilket hun ikke selv føler, hun er parat til. Hun har støtte fra sin arbejdsplads. Hun vil gerne være meget ambitiøs ift. at kunne udfylde den halvtids plads hun har, men det er en kamp at bevare den status, hun har via sin uddannelse, så længe hun kun klarer at arbejde på halv tid. Hun skal kæmpe for ikke at blive degraderet. Det vigtigste for hende i denne musikterapisession er, at hun kan dele disse problemer med de andre gruppemedlemmer, der kalder hende ambitiøs og giver hende støtte.

Vi som terapeuter vælger til musiklytningen Mozarts *Laudate Dominum*. Denne musik vælges ud fra den betragtning, at solostemmen udtrykker varm støtte/bekræftelse – ligesom U's souschef. Det er tydeligt, at der er brug for støtte, primært for U, men også for de andre i gruppen. Efter musiklytningen vender U tilbage til temaet omkring vigtigheden af at kunne dele sine problemer. Hun erklærer, at hun føler sig meget tryk i gruppen, men at det her og nu også bevirker, at hun kommer til at fremstille sig selv, som om hun har det bedre end hun egentlig føler hun har. Et dilemma som bliver mødt

med stor accept. Hun vælger ikke at tegne i denne session. Hendes udvikling kan i forhold til teorien om 'De tre rum' i denne fase forstås sådan, at hun gradvist tør slippe fastlåsheden i den negative pol i det private rum. Hun tør gradvist bevæge sig ud i det sociale rum – dog stadig med en del angst for at miste en nødvendig identitet som traumatiseret.

Fase II. Session 6 – 7. Start på at beskytte sig selv bedre

I *sjette session* er U midtpunkt igen, da der er sket en traumatisk hændelse for hende. Hun er uforvarende blevet lukket inde i et lille rum på arbejdspladsen, og hun måtte springe ud af et vindue, da hun ikke kunne råbe nogen op og derfor ikke kunne blive lukket ud. Denne hændelse har vakt mange minder fra barndommen, hvor hun ofte blev lukket inde i mørke rum. Hun oplevede under hændelsen her, at hun blev så påvirket at hele kroppen rystede, og at hun måtte sunde sig længe, før hun kunne gå ind igen. På trods af denne reaktion valgte hun at lade som ingenting. Hun fortalte ikke om det og fortsatte på arbejdet. Da hun efterfølgende kom hjem, blev det dog klart for hende, at hun måtte tage sine angstsymptomer alvorligt, og hun valgte at melde sig syg i 3 dage for at komme på højkant igen. Denne valgmulighed var helt ny for U, og i stærk kontrast til hendes kendte mønster med "at tage en maske på" og ikke vise eller tage hensyn til sig selv, når hun har været traumatiseret eller oplevet dyb angst.

Fælles Fokus for hele gruppen denne dag bliver grænsen mellem at kæmpe for at overleve og at kæmpe for at tillade traumatiske oplevelser at fylde. Et fælles begreb for gruppen bliver værdighed: Hvordan fastholder jeg min værdighed, når jeg indimellem bevidst tager en maske på og indimellem overgiver mig til at være i og håndtere traumatiske følelser mhp at lære at skabe en større distance til disse? Hvor er min selvforståelse i disse udsving? Der er fælles refleksioner over, at kontakt til traumatiske følelser er en forudsætning for at opnå en nødvendig [positiv] distance til traumatet. Det rejser spørgsmålet om, hvordan man kan være tro mod egne grænser og behov, og hvordan man kan undgå gentagelser af tidligere negative copingstrategier, når en form for re-traumatisering opstår? Vi vælger som gruppeledere til musiklytningen Sjostakovitj' 2. klaverkoncert, *Andante satsen*, fordi dette musikstykke har en klar og skøn klaverstemme, der løber gennem hele satsen, uanset hvad der ellers sker i orkestret i den mørktfarvede og sørgmodige grundstemning. Musikken bliver oplevet som smuk og stærk af alle i gruppen. Den bliver også oplevet som et symbol på en værdig selvforståelse – uanset nødvendige udsving mellem maske og autenticitet. U's *tegning* får titlen 'Ny start' (se billede 3 nedenunder) og U associerer tegningen med forårets kamp med vinteren – foråret bryder frem – en ny start!



Billede 3.

Som gruppeledere oplever vi en stærk følelse af samhørighed med gruppemedlemmerne. Vi bemærker, at gruppen har udviklet sin rummelighed og evner til at give plads til og støtte U i hendes behov for at fylde og dele. Der er masser af respekt og positive følelser til stede i gruppen. Ud fra forståelsesrammen 'De tre rum' og ud fra U's tegning tolkes det, at der foregår en kamp mellem forår og vinter, hvilket symboliserer en begyndende dynamiske kamp i U's private rum mellem den negative og den positive pol, hvor der nu er bedre plads til begge poler. En begyndende kamp mellem at være uvirkelig, dissocierende og fyldt af selvhad og at være mere levende til stede og tage hånd om egne behov.

I syvende session virker U meget tryk, og hun fortæller i den første samtaledel om, hvordan hun oplevede at tage medicin i de år hun var fejl-diagnosticeret, og hvordan det fik hende til at føle sig endnu mere uvirkelig. Hun fortæller også, at hun selv insisterede på at blive trappet ud af medicinen, hvilket gjorde hende mere uafhængig af andre. Hun oplevede dengang, at nogle nære familie-medlemmer ikke kunne acceptere denne forandring, hvilket medførte, at hun måtte droppe forbindelsen til nogle af dem, heriblandt hendes mor. Hun ønsker nu, at hun kan tilgive sin gamle mor, men det er ikke muligt.

Fælles fokus for gruppen bliver at acceptere ens valg som det bedste valg i den givne situation. Vi som gruppeledere vælger til musiklytningen Rachmaninovs *Vocalise* (solo-cello spiller den oprindelige vokalstemme), da vi oplever at denne musik tilbyder omsorg og bekræftelse = accept. Musikken forbinder en stærk instrumentalstemme med mørke stemninger og stærke følelser af en ofte vanskelig karakter.

Titlen på U's tegning bliver 'Tilgivelsen' (se billede 4 nedenunder) og hun beskriver, at det vigtigste ved oplevelsen er, at hun bliver klar over, at det er allermest vigtigt at tilgive sig selv, samt at hun ikke kan tilgive andre, før dette er sket. Tegningen viser et hjerte (også en æbleform), hvor der vokser små spirer frem inden i, og denne hjerteform beskytter det, der vokser frem. Samtidig er der en realistisk forståelse hos U af, at omgivelserne uden om hjerteformen er kolde, og at det er det, der har været hendes virkelige erfaring i de faser af livet, hvor hun skulle udvikle sig baseret på kærlighed og omsorg. Vi som gruppeledere oplever at være vidner til en vigtig proces hos U og i samspillet mellem hende og gruppen. Vi kan se hendes kamp for at komme til at mestre sin sorg bedre og til at turde dele den med gruppen, så hun kan blive spejlet positivt i denne udvikling.



Billede 4.

Ud fra forståelsesrammen 'De tre rum' viser U's tegning og fortælling hendes oplevelse af at kunne tilgive sig selv og give plads til nye spirer og nyt liv inde i hjerteformen. Det er en realistisk indsigt for U, at det at få varme og beskyttelse udefra ikke har været muligt – omgivelserne er kolde – og en indsigt i, at kun ved at hun tilgiver sig selv og skaber en indre varme og forståelse for sine livsforhold, kan U blive parat til at kunne give sig ind i den udviklende dynamiske kamp mellem de negative og positive poler i det private rum.

Fase III. Session 8 – 10. Ned i kroppen

I session 8 er U den eneste, der møder frem til sessionen. Hun virker stresset og fortæller, at der er mange problemer på arbejdspladsen, som hun har svært ved at tackle. Hun er blevet klart over, at hun ikke vil fortsætte på denne arbejdsplads, og at hun gerne vil skifte spor. For at kunne skifte spor kræves det til gengæld, at hun skal være udskrevet fra psykiatrien og erklæret rask. Hun er klar over, at hun ikke kan opfylde disse krav på nuværende tidspunkt. Vi beslutter at lave en speciel session med hende, der imødekommer hendes behov her og nu. Vi tilbyder hende en meget *lang og dyb afspænding*, hvor hun bliver guidet langsomt gennem alle dele af kroppen, og der bliver fokuseret på en dyb vejrtrækning og på at lade tanker og tankeforstyrrelser komme og gå uden at fastholde dem – samtidig med, at hun tillader sig at synke ned i underlaget og tage musikken ind under musiklytningen.

Vi vælger til musiklytningen Pachelbels *Kanon i D dur*, da denne musik indeholder et ostinat, dvs. en stabil basstemme, som gentager det samme tema gennem hele stykket. Samtidig bevæger de andre instrumenter sig efterhånden væk fra bassen og fylder ud i rummet og formidler en hvirvlende energi. Dette opfattes som parallelt til den bevægelse, som U også har i relationer med andre, men hvor hun samtidig har brug for en stabilitet i omgivelserne. U laver efter musiklytningen en *tegning*, hun giver titlen "Harmoni – natur. Oksefrøen og guldsmeden." (se billede 5 nedenunder) Hun fortæller, at hun næsten faldt i søvn under afspændingen, og at hun oplevede den som meget effektiv, og at hun nærmest måtte kæmpe med sig selv for at holde sig vågen under musiklytningen. Vi snakker om, at de to dyr spejler to energilag i musikken – den rolige langsomme stabile basstemme og de hvirvlende violiner blandet med andre instrumenter. Hun genkender, at hun også indeholder og kender to energilag i sig selv, og at hun har brug for at give mere opmærksomhed til den langsomme stabile energi [oksefrøen], når hun hvirvler for meget rundt i tanker og bevidsthed [guldsmeden]. Det bliver også klart for hende, at hun har brug for mere tid til at hele fra sin lidelse, og at hendes ønske om at skifte spor må placeres ude i fremtiden. Vi som gruppeledere oplever begge to, at der er en anderledes kontakt med U i denne session; som om hun er fysisk mere tilstede. Det er første gang hun nævner noget om sine egne forskellige kropslige energilag.



Billede 5.

Ud fra forståelsesrammen 'De tre rum' bliver det tydeligt, at hun nu også gennem sansning og kropsoplevelse er bedre forbundet med den positive pol i det private rum – forbindelsen er blevet fysisk og bevidst. Hendes selvindsigt er blevet bedre 'grounded'.

U ringer ugen efter og fortæller, at hun har brug for at blive hjemme i den næste session. I den efterfølgende session 10 kommer de tre gruppemedlemmer ind i en meget intens og dynamisk diskussion, og vi beslutter ikke at anvende musik og tegning i sessionen - hvilket de mod sessionens slutning kommenterer at de værdsætter. Hovedtemaet for dem alle er personlig forandring: Hvad er det? Hvad betyder timing og hvad betyder reaktioner fra omgivelserne? Og hvad er prisen for forandring for den enkelte? U føler sig provokeret til at overveje, om det at hun deltager både i denne gruppe, og i individuel terapi hos en anden terapeut og føler sig meget tryk begge steder, kan skabe en negativ afhængighed for hende. Hun bliver gennem refleksionen klar over, at dette ikke er tilfældet. Gruppen taler meget intenst om disse problematikker og er meget reflekterende. Vi gruppeledere lytter mest og bekræfter deres refleksioner og bekræfter også den konklusion, de kommer frem til, nemlig at en vis afhængighed af et terapiforløb er nødvendig, for at de kan udvikle sig til at blive mere naturligt uafhængige. I denne session skal de også tage stilling til, om de ønsker at fortsætte gruppebehandlingen i det næste gruppeforløb, da der kun er to sessioner tilbage i denne gruppekonstellation. Alle tre ønsker at fortsætte. I session 11 må vi desværre aflyse terapien. I fase tre i dette gruppeforløb kan udviklingen for U ud fra teorien om 'De tre rum' tolkes som en bevægelse mod den positive pol i det sociale rum. Det er OK at tage imod, selv om det kan opleves som afhængighed her og nu.

Fase IV. Session 12. Nye veje mod ukendte steder

I session 12 kommer alle tre før starttidspunktet, og de er allerede i dyb samtale, da vi kommer ind i rummet. U er meget optaget af, at hun nu igen oplever et stort pres i forhold til at skulle gå op i arbejdstid, fra halv tid til fuld tid. På trods af dette pres er det dog lykkedes for hende at holde fast i sit krav om at forblive på halv tid, indtil hun selv oplever at være i stand til at varetage fuldtidsarbejde. Hun er klar over, at det er et vigtigt skridt for hende ift. at kunne stå ved egne behov og ønsker, da hun ifølge egne beskrivelser tidligere blot ville have adlydt og kæmpet sig igennem og ikke vist, hvordan hun egentlig havde det med det. Hun nævner også, at hun så formentlig ville have været nødt til at give op igen efter kort tid. Hun virker glad og lettet og stolt over sin egen kraft og beslutning. Hun oplever at være blevet bedre til at sætte grænser og til at passe på sig selv. Vi som gruppeledere vælger til musiklytningen Butterworths *On the banks*, fordi denne musik er fyldt med en let energi og en lys stemning.

U laver en tegning som får titlen "Sidste" (se billede 6 på næste side), og hun fortæller til tegningen en metaforisk historie om en kanin, der på sin vej møder en ræv og slipper fra den. Sommerfuglen svæver over landskabet og har lethed og overblik. Tegningen indeholder, for første gang i U's tegninger i gruppen her, en vej, der fører et ukendt sted hen. Det kan forstås sådan, at U stadig har god kontakt til sin 'fortælle eventyr side', som hun udfoldede allerede i prøvesessionen. I prøvesessionen var hun ikke i kontrol med situationen. Trolden kom dengang frem (se side 23-24) og forsynede sig med det den havde brug for, mens U var skjult i billedet. I sessionen her er hun synlig i billedet og tør vove sig forbi faren (ræven), og det lykkes hende at komme forbi, hvilket giver hende frihed til at søge mod ukendte nye veje. Sommerfuglen – den lette energi der lader som om angsten ikke eksisterer – er stadig levende tilstede og kan nu støtte hende i kampen mod større frihed. Her viser både hendes udsagn og billedet, at hun er helt parat til at starte den dynamiske kamp mellem de negative

og de positive poler i "det private rum". Dette ses som et afgørende skridt på vejen mod at styrke identitets- og selvværdsfølelse. Det er samtidig et afgørende skridt for hende i at kunne begynde at være mere autentisk til stede i det sociale rum og til at besidde en mere naturlig autoritet i solistrummet. I hendes fortælling fra hverdagslivet er hun nu i stand til at tage bedre hånd om sig selv og egne behov, og vi som gruppeledere oplever, at vi kan slippe bekymrede tanker om hendes tilstand uden for terapien og om hendes muligheder for at klare de udfordringer, der viser sig.



Billede 6.

Subjektive evalueringer af mål og udvikling – evalueringer med modsætninger

U blev, ligesom de andre gruppedeltagere, bedt om at identificere tre eller fire målsætninger for sin gruppedeltagelse under den første session hun deltog i under gruppeforløbet [se videre om dette i Bonde 2012].

Der var oplistet 14 mulige målsætninger, grupperet under

- A. Interpersonelle/socialt mål [3 kategorier]
- B. Intrapersonelle mål [4 kategorier]
- C. Fysiologiske/psykologiske mål [3 kategorier]
- D. Musikalske mål [2 kategorier].

U valgte følgende fire kategorier, en fra hver gruppering af A, B, C og D.:

- A. Arbejde med social angst
- B. Arbejde med at sætte ord på min selvoplevelse
- C. Arbejde med at opleve ro og fokuseret opmærksomhed
- D. Arbejde med meningsfulde indre billeddannelser under musiklytningen

Midtvejs gennem forløbet og efter gruppeforløbets afslutning blev alle deltagere bedt om at score på en skala mellem 1 og 5, hvor 1 betyder slet ikke og 5 betyder rigtig meget. De skulle med disse tal angive, hvordan de oplevede udsagnet i de valgte målsætninger. Eksempelvis betyder scoring 1 ved udsagn A: "Jeg mærker angst ved det sociale samvær", at jeg slet ikke mærker angst. U scorede følgende i henholdsvis sin midtvejsscore og sin slutscore:

- A) Jeg mærker angst ved det sociale samvær. 2 - 1
- B) Jeg sætter ord på min identitetsfølelse og mit selvværd. 5 - 5
- C) Jeg oplever ro og fokuseret opmærksomhed. 4 - 4
- D) Jeg oplever meningsfulde indre billeder til musikken. 5 - 5

Umiddelbart kan det synes som meget positive evalueringer i forhold til U's situation, da forløbet startede. Det kan til gengæld forekomme bemærkelsesværdigt, at hun scorer det samme ved både midtvejsscoren og slutscoren. Hun oplever således, at den sociale angst er reduceret, men de andre mål bliver scoret som om, hun er det samme sted både midtvejs i forløbet og efter forløbets afslutning. Da U beslutter at fortsætte i endnu et gruppeforløb, får vi en forklaring på dette overraskende resultat efter afslutningen på dette andet gruppeforløb (se side XX).

Faser i U's udvikling gennem gruppeforløb 2

I gruppeforløb 2 giver det mening, ud fra gruppeledernes forståelse, at inddele forløbet i to faser:

Fase I: session 1 – 5 'Det lange seje træk'

Fase II: session 6 – 9 'Fra at bevæge sig i overgange mellem de tre tilstande 'særpræg, særhed, sygdom' til en meditativ indre ro'

U vælger i gruppeforløb 2 at ændre to kategorier i sine målsætninger fra deltagelsen i det første gruppeforløb. Hendes fire nye mål kategorier bliver således:

- 1: Fra 'at reducere social angst' i første gruppeforløb - til 'udvikle kontakt med andre' i det andet gruppeforløb
- 2: At 'styrke identitetsfølelse og selvværd' er det samme mål i begge forløb.
- 3: At 'opleve ro og fokuseret opmærksomhed' er det samme mål i begge forløb.
- 4: Fra 'at opleve meningsfulde indre billeder' i det første gruppeforløb til 'at få respons fra de andre deltagere' i det andet gruppeforløb.

Der er altså tale om en klar udvikling i retning af ønske om mere social interaktion.

Fase 1 i gruppeforløb to for U. Session 1 – 5. Det lange seje træk

I dette gruppeforløb deltager de samme personer som i gruppeforløb 1. Efter 3. session kommer yderligere en kvindelig deltager med. I dette forløb er der meget behov for at diskutere i nogle af sessionerne, så session 1 og 3 bliver *samtalessioner* uden brug af musik og tegning. Deltagerne er nu alle i en fase af deres udvikling, hvor de stiller spørgsmålstejn både ved betydningen af deres diagnoser, diskuterer virkningen af og mulighederne med deres symptomer og diskuterer håb og ønsker for fremtiden. U giver, ligesom de andre, udtryk for, hvor vigtig en funktion denne gruppe har for hende mht. at kunne tale frit med andre, der har haft lignende oplevelser.

U udtrykker på et tidspunkt igen bekymring over, hvorvidt det ligefrem er blevet en form for 'afhængighed'. Hun kan dog se, at denne form for afhængighed kan være et vigtigt skridt på vejen mod at blive mere autonom og mindre fastlåst. Et andet tema er deltagerens behov for at være alene, og samtidig være bange for at ryge ind i gamle mønstre eller ritualer og ikke formå at håndtere angsten på en måde, som de gerne vil kunne. En af deltagerne mener, at det handler om hurtige – nærmest psykotiske – bevidsthedsskift, lige nu og her som aha-oplevelser. U mener, at det for hende handler mere om ændringer af uhensigtsmæssige være- og handlemåder (såkaldte scripts) i perioder over både kort og længere tid, og hun gentager udtrykket: "det lange seje træk".

Specielt i session tre bliver samtalen drejet over på de forskellige deltageres arbejdssituationer, og U får fortalt, at noget, hun har klaget over på sin arbejdsplads, er blevet hørt og ændret, så hendes arbejdsdage er blevet nemmere. Hun får megen anerkendelse fra de andre deltagere, og det er

tydeligt, at det er svært for hende at tage imod dette. Det er helt uvant for hende.

Vi som gruppeledere indgår som en naturlig del af samtalen, uden at vi behøver at facilitere denne særlig meget. Vi anerkender og bakker op om, at der ikke skal tilføjes musik i disse to sessioner, da samtalen, gruppemedlemmerne imellem, forløber ligesom musik – med forskellige motiver og variationer over samme stemning. Refleksioner, der bliver knyttet sammen af forskellige udsagn, afspejler nye erkendelser.

I *session 4* er U alene i gruppen, og hun bringer et tema ind, som omhandler, at hun skulle tage en vigtig beslutning mht. om:

- 1) Hun skal forblive på den nuværende arbejdsplads som hun er blevet ret glad for. Hun føler sig aktuelt mere tryk, værdsat og kreativ med sine udfordringer.
- 2) Hun skal rive sig løs også fra arbejdspladsen og revalideringssystemet og søge at bygge et nyt arbejdsliv op med det antal timer, hun selv synes, hun kan magte. Hun er blevet optaget af en form for buddhistisk meditation, som hun synes giver en indre ro, som hun nu oplever at være parat til at kunne bruge som værktøj. Der er kommet mere afklaring og ro omkring hendes egen selvforståelse og selvværd, så det nu er muligt for hende at anvende et sådant værktøj i hverdagen.

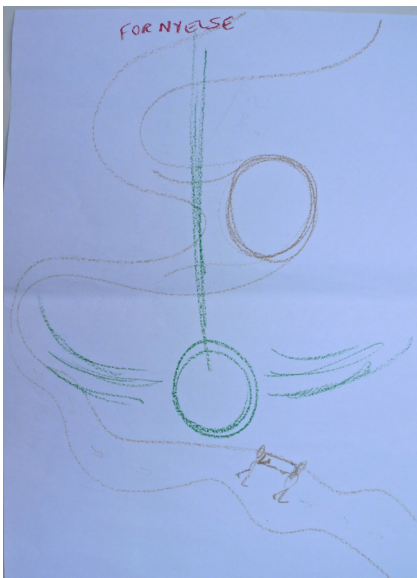
Hun vender flere gange tilbage til spørgsmålet om, hvad hun skal vælge, og på vores spørgsmål om, hvordan vi kunne hjælpe hende, bliver det klart, at hun kan bruge, at vi som gruppeledere oplister fordele og ulemper for hende vedrørende de to mulige beslutninger. Denne form fører vi med over i musikvalget, da U er alene til stede, og hun får valget mellem at lytte til tre forskellige slags *musik* 1) klassisk som vi plejer, 2) meditativ musik eller 3) aktiv improvisation mellem os alle tre. Hun vælger nummer 2 og lytter til Ketil Bjørnstad: *The Lake*. [skæring 2 fra GIM-programmet *Awakenings*].

U oplever, at også denne musik kan give hende en tilstrækkelig indre ro til, at hun kan træffe en så vigtig beslutning. Hun virker overbevisende og ægte i sine udsagn om lytningen og beslutningen. Der bliver ikke tegnet i sessionen.

I *session 5* er U til stede sammen med den nye kvindelige deltager, som er til stede for anden gang. U er meget inviterende i forhold til at tale åbent om sig selv, og det viser sig, at de to kvinder har mange fælles træk i deres livserfaringer mht., at begge har oplevet ekstrem vold især fra tidligere partnere. De er ligeledes helt enige i, at de begge, mens de var i disse forhold, ikke kunne forestille sig, at de kunne komme væk fra disse. De har til gengæld begge oplevet ekstrem vrede og dræberimpulser i forhold til partneren, mens de var i forholdene. Begge har oplevet, at familiemedlemmer havde hjulpet dem ud af forholdet, men at de, selv om de kom fysisk ud af forholdet, ikke fik det bedre. Dette skyldes ifølge dem selv, at de havde vendt vreden mod sig selv, og begge havde suicidal tanker i en længere periode. De snakker i gruppen her om en genkendelig følelse af at være totalt identitetsløs og af, at måtte starte med at overvinde trangen til selvmord for at komme videre. De må også bruge store ressourcer på at holde sammen på selv fragmenter af sig selv. De er også enige i, at det at komme ud af en identitet som voldsoffer og få en anden selvoplevelse er et langt og sejt træk.

Denne samtale inspirerer gruppelederne til at vælge Barbers *Adagio for strygere* til musiklytningen, da denne følelsesmæssigt højspændte musik afspejler et langt sejt træk med store udsving, men også med megen styrke i de høje strygere og i bassen.

U tegner en vej, hvor to personer bærer en kiste væk for, som hun siger, at vejen kan give plads til fornyelse i mange retninger (se billede 7 nedenunder). Hen over vejen svinger et stort pendul der kan have forskellige udsving. Det er positivt at kisten bæres væk. Tegningen får titlen `Fornyelse.`



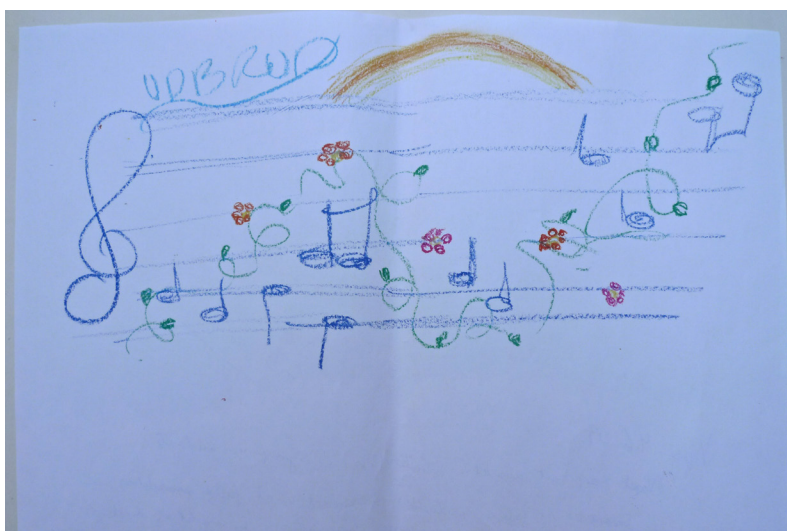
Billede 7.

I opsamlingen på sessionen taler de to kvinder om deres egne udsving mellem at identificere sig som syge, og identificere sig som personer der ønske sig at være raske og normale. De taler også om, hvor svært det er, at udholde disse udsving, når de på den ene side ønsker sig alt muligt af fremtiden og på den anden side må være realistiske i deres ønsker. Begge taler om oplevelsen af at have særheder, og dette begreb får os som gruppeledere til at foreslå dem at læse psykolog Lars Sørensens bog "Særpræg, særhed, sygdom" (Sørensen, 1996), som netop omhandler disse tilstande og overgangene imellem dem. Sessionen bliver meget vigtig for U, da det er første gang, hun symbolsk begraver en vigtig del af sin fortid og giver sig selv lov til ikke bare at håbe på nye veje, men konkret at være på vej i nye og for hende mere konstruktive retninger med sin selvforståelse og sit liv. Fra forståelsesrammen 'De tre rum' er U nu på vej ind i en dynamisk kamp mellem polariteter - især i det private rum, men også i solistrummet. Hun er på vej til at kunne rumme sig selv bedre (opleve indre ro), og til at opleve en naturlig autoritet og sammenhæng i tanke og handlinger. Hun kæmper også en dynamisk indre kamp i det sociale rum mellem at føle sig isoleret og at føle sig anerkendt og i stand til at sætte naturlige grænser.

Fase II. Session 6-9 i gruppeforløb to med U. Fra særpræg til særhed til sygdom

Da disse sessioner alle handler om at konsolidere denne nye spirende identitet for U, vil vi begrænse omtalen her til *session 6* og *session 9*. I session 6 bliver temaet det samme som sidst: de tre tilstande særpræg, særhed og sygdom debatteres igen, da det havde sat sig spor i refleksionerne fra sidste session. Samtalen omhandler grænserne mellem særpræg og særhed og egentlige lidelser som sygdom. Debatten omhandler også hvordan de enkelte medlemmer identificerer sig selv, og hvad de oplever, at de tør/kan vise omverdenen. I den fælles gruppe-refleksion kommer et tema frem, der handler om vigtigheden af først at kæmpe mod sig selv og mod egne destruktive impulser. Når disse impulser er mindsket, kæmper man med sig selv om at opretholde en disciplin og bevare nye handle-mønstre. Først langt senere kan der arbejdes mere i retning af at justere ens særhed hen mod den identitet, som den enkelte ønsker at genkende som sin egen og ønsker at vise omverdenen. Der bliver dvælet længe ved ordene særhed og særpræg, og det får gruppelederne til at vælge en

ganske særpræget sats til musiklytningen, nemlig Kallinikovs 2. *Symfoni*. Andante satsen. U har svært ved at følge musikken, da melodien [det indledende tema] indimellem forsvinder i musik- kens forløb, og andre instrumenter og musikalske temaer kommer ind over. Hun prøver at fastholde strukturen ved at tegne nodestreger med noder [symboliserende melodien, når den er der], og blomsterranker på nodestregerne, når melodien forsvinder. Hun bruger flere gange ordet udbrud om melodien, og synes at den er meget dystert i begyndelsen; men den bliver lysere og gladere mod slutningen. En lille orange bue foroven skal beskytte mod for mange udbrud [se billede 8 neden- for]. Gruppelederne erfarer, at det ikke fylder så meget for U, at musikken er særpræget, men at det snarere er vigtigt, at den bliver oplevet med afbrydelser og som svær at forstå. U giver udtryk for, at hun håber, at hun forstår musikken bedre næste gang – samtidig med, at hun accepterer, at det er OK at være med i noget der er uforudsigeligt. Hun bemærker, at hun er i stand til at give udtryk for, at der er noget hun ikke forstår, uden at hun føler sig skamfuld. Det giver mening for hende at for- stå musikken som en struktur med en særpræget melodi, der bliver skubbet af banen, og hun kan sammenligne dette med sin egen proces. Hendes eget særpræg og særhed er blevet 'skubbet' over i sygdom og lidelse undervejs i livet. Hun er sammen med de andre i gruppen meget optaget af over- gangene mellem de tre tilstande.



Billede 8.

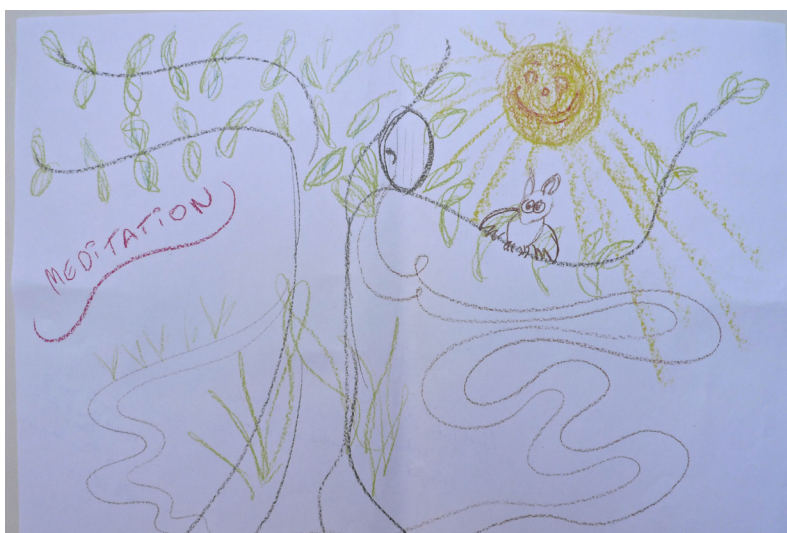
Fra forståelsesrammen: 'De tre rum' er det tydeligt i dag, at den indre konflikt kan stilles lidt i bero, og at der kan reflekteres over de forskellige tilstande og overgange med lidt mere emotionel dis- tance til disse. Dette ses som en begyndende fleksibilitet hos U. Hun kan veksle mellem både at kunne opleve at kæmpe og at kunne opleve at undre sig og få nye indsigter gennem refleksioner.

I session 9 i gruppeforløb to, den sidste session U deltog i, fortæller U om, hvordan hun nu fuldt ud har erkendt og accepteret, at hun har en lang og sej vej foran sig. Hun fortæller også, at hun har besluttet at blive på den nuværende arbejdsplads det næste halve år, for at give sig selv ro til at blive mere afbalanceret på et indre plan, før hun springer ud i at ændre tingene på et ydre plan. Denne beslutning har givet hende en ro, så hun bl.a. for første gang i mange år har taget en længere bus- rejse over flere timer og har haft en god oplevelse med det. Hun fortæller dog om en voldsom kamp for og imod med sig selv inden starten, og at hun af samme grund havde været rigtig stolt og følt sig ovenpå, efter at hun havde gennemført busturen. U har også overskud til at være indfølelse i forhold til de andre i gruppen, og hun vælger at dedikere sin tegning til den anden kvindelige deltager. De to snakker om at være forskellige steder i deres udvikling, hvor den anden kvinde er afhængig af veninder for at komme uden for døren, og hun har svært ved at acceptere sit negative selvbillede.

U oplever at være aktiv i sit eget selskab og oplever, at hun kan acceptere de indre kampe og lade være med at give op, hvilket hun tidligere har gjort i forbindelse med eksempelvis busture.

Gruppenlederne vælger til musiklytningen Mozarts *Koncert for 2 klaverer*, 2. sats, da denne musik viser flere måder at vælge og være på i forhold til et givet musikalsk tema, og da satsen også viser, at musikken kan forme en helhed, selv om der (af de to solister) bliver valgt flere måder at fremføre temaet på.

U's tegning kalder hun "Meditation" (se billede 9 nedenfor). Tegningens essentielle betydning for hende er identifikation med uglen i træet. Den har nu fået visdom og en tryk base, som er tilstrækkelig til, at den kan opbygge og mærke et personligt, trygt indre rum. Samtidig kan hun tillade andre at guide sig i de nødvendige retninger mod fremtiden. Hun taler om at tillade sig selv at placere sækken med forstyrrende og uønskede elementer uden for døren, når det er nødvendigt. Hendes tegning tolkes som udtryk for, at hun har mere kontrol over sine egne indre forstyrrende elementer, at hun kan acceptere og rumme dem, og at hun nu kender og kan genkende, hvordan det føles at have en tryk base, der er så tryk, at det er OK at tage imod råd fra andre.



Billede 9.

Vi som gruppeledere tilbyder denne tolkning af tegningen til U, som hun kunne tage imod og tage med sig: "Uglen sidder på maven af en 'moder jord' lignende figur, der støtter sig op af træet (livets træ). Uglen har fundet et trygt sted, hvor den ikke behøver en bue ovenover som beskyttelse mod lyset. Dette indebærer, at solen kan skinne uhindret på uglen. Figuren uglen hviler på, der kan sammenlignes med en moderlig figur, har hvirvlende mønstre i dragten som kan ligne U's hvirvlende mønstre fra billede 1 (se side XX), hvor disse mønstre i billede 1 symboliserer forskellige, ikke-'groundede' energier, som er en fare for U, og som U ikke har kontrol over. Hun bevæger sig der på en knivsæg. I billede 8 her er de hvirvlende mønstre snarere nye veje, der fører mod ukendte og nye mål for U."

U slutter med at erkende, at både det lette og glade samt det tunge og svære hører med til at være til, og at begge sider skal udtrykkes. Somme tider opnås balancen over længere tid - somme tider over kortere tid; det er altid forbundet med en form for indre kamp at genoprette en balance. Fra forståelsesrammen 'De tre rum' giver det god mening at se U's egne udsagn og gruppeledernes forståelse af tegningen som en helhed, hvor U nu synes at være parat til at tage kampene op i alle

tre rum; dynamiske indre kampe mellem de negative og positive poler. Det kan ligeledes forstås, at hun har erhvervet en så grundlæggende tryghed, at hun kan være fuldt til stede i det private rum uden behov for `kunstig` beskyttelse i form af regnbuer eller andre buer. Vi som gruppeledere har en god fornemmelse af at tage afsked med U og sende hende videre ud på sin egen videre udviklingsvej.

Subjektive evalueringer af mål for gruppeforløb 2 for U.

U evaluerede sine mål for terapien igen ud fra at en scoring på 1 er lig med `slet ikke` og en scoring på 5 er lig med `rigtig meget`. Scoringerne blev udført efter femte og efter niende session i gruppeforløb 2, hvor tallene nedenfor viser de to scoringsmål:

A: Udvikle kontakt med andre	4-4
B: Styrke identitetsfølelse og selvværd	4-4
C: Opleve ro og fokuseret opmærksomhed	4-4
D: Få respons fra de andre deltagere	4-4

Hun tilføjer som kommentar nederst på evalueringsskemaet efter den niende session, at hun nu oplever at have så meget overskud, at hun ikke længere behøver at bruge femtallet i sin scoring. Hun oplever at have opnået et mere realistisk billede af sig selv.

Dette resultat viser os, at der kan være stor usikkerhed forbundet med udelukkende at anvende selvevaluering i form af scoring med talangivelser som billede på udviklingsprocesser med denne målgruppe. Umiddelbart viser tallene i scoringen efter første gruppeforløb (se side XX), at U havde det rigtig fint ved andet gruppeforløbs start og at kun den sociale angst er blevet forbedret gennem behandlingsforløbet. U's egne udtalelser, tegningerne og vores relation med hende og forståelsesrammen med `De tre rum` viser et meget anderledes billede af U's tilstande og udviklingsprocesser.

Konklusion

Da der er blevet konkluderet på de forskellige trin i udviklingen undervejs i beskrivelsen af forløbet over deltagelse i to gruppeforløb med U ud fra teorien om `De tre rum`, vil vi ikke gentage disse konklusioner her. Blot vil vi opsummere, at det har givet god mening for os at forstå U's udvikling dels gennem de tre trin i Thorgaards forståelse af helingsprocesser og dels gennem forståelsesrammen `De tre rum`. U har ifølge Thorgaards forståelse været fastlåst i en angstfase, kontrolleret af angsten for at andre skulle se hendes forfærdelige lidelser. Hendes angst startede, da hun var barn, hvor hun måtte være voksen for sin mor og ikke måtte fortælle andre, hvad der foregik i hjemmet. Dette mønster ses hos hende som voksen, hvor hun ikke har turdet fortælle andre om sig selv eller om, at hun i en periode har været nødt til at leve i et voldeligt parforhold. Hun turde heller ikke fortælle andre, at hun lider af en psykisk sygdom. Hun er nu kommet til et punkt, hvor hun har erkendt sin egen lidelse, og hun kan bedre rumme de forskellige livsvilkår, hun har været en del af. Dette bevirker, at hun ikke længere behøver at scanne omgivelserne mhp. at finde ud af, hvad hun tør sige og hvor. Hun har erhvervet sig en tryk base, der kan give hende det fornødne fundament og deraf følgende overskud til at kæmpe med sig selv. Forståelsesrammen `De tre rum` anvendes her som en egnet klinisk teori til at beskrive udviklingstrin i den forandringsproces, hun har gennemlevet: først er hun fastlåst i den ene pol – den negative i et eller flere rum, for derefter at bevæge sig til den anden pol i et eller flere rum uden at udviklingen af den grund er tilstrækkelig grounded eller anvendelig i hverdagen. I og med at U gradvist erkender sin tilstand som både særpræg, sær-

hed og sygdom, kan hun lidt efter lidt begynde et langt sejt træk for at komme videre. Hun søger at frigøre kræfter til at kæmpe mod og med sig selv og overvinde sig selv, som et meget vigtigt trin i en grounding af identitetsoplevelsen og selvværdet.

Afslutning

Vi to gruppeledere har begge været taknemmelige for at have haft muligheden for at være til stede i og følge processerne i disse to grupper. Vi har også været taknemmelige for at kunne følge U's kampe og erkendelsestrin på nært hold og være en del af processen med hende. Vi håber via denne meget detaljerede beskrivelse af processen, at U's proces kan være til inspiration for andre mennesker, der bevæger sig på grænsen mellem særpræg, særhed og sygdom. Ligeledes håber vi, at artiklen kan fungere som inspiration for mennesker, der bevæger sig mellem at være til stede i fastlåste positioner i polerne i de indre rum, så de bliver motiveret til at nå frem til muligheder for større personlig frihed gennem dynamiske indre kampe i de tre rum, som de er præsenteret her i forståelsesrammen 'De tre værens- og kommunikationsrum.' Denne model har været meningsfuld at anvende i forståelsen af denne patients helingsproces. Vi forestiller os at den også kan anvendes i musikterapeutisk arbejde med andre målgrupper med psykiske lidelser, der - ligesom forudsætningen var her - har en GAF skala evaluering over 41 ved terapiens start.

Litteraturliste

Bonde, L.O. [2008]. Anmeldelse – Relationsbehandling i Psykiatrien [Thorgaard 2006]. I: *Musikterapi i Psykiatrien. Årgang 5. 2008.* [s. 148-155]. Aalborg: Musikterapi klinikken. Aalborg Universitet/Aalborg Psykiatriske Sygehus.

Bonde, L.O. [2011]. Musiklytning og indre billeder som klinisk vurderingsredskab. Assessment i receptiv gruppemusikterapi med ambulante psykiatriske patienter. I: Bonde, L.O. [Red.] *Musikterapi i Psykiatrien. Årgang 6.* [s. 38-56] Aalborg: Musikterapi klinikken. Aalborg Universitet/Aalborg Psykiatriske Sygehus.

Bonde, L.O. & Pedersen, I.N. [2012]. Musiklytning og indre billeder – receptiv gruppemusikterapi med ambulante psykiatriske patienter. I: MIPO. Musikterapi i Psykiatrien Online. Årgang 7, nr 2. <http://journals.aau.dk/index.php/MIPO>

Hestbæk, T. [2002]. *De tre rum.* Specialeafhandling. Upubliceret. Aalborg Universitet. 2002

Pedersen, I.N. [2000]. Inde-fra eller ude-fra - orientering i terapeutens tilstedeværelse og nærvær. I: Lindvang, C. [Red.] *Musikterapi i psykiatrien. Årsskrift 2,* [s. 81-103]. Aalborg: Musikterapi klinikken. Aalborg Universitet/Aalborg Psykiatriske Sygehus.

Pedersen, I. N. [2002]. Psychodynamic Movement – A basis training Methodology for Music Therapists. In J.T. Eschen [Ed.], *Analytical Music Therapy.* [s. 64-85]. London: Jessica Kingsley Publishers.

Sørensen, L. [1996]. *Særpræg, særhed, sygdom.* København: Hans Reitzels Forlag

Thorgaard, L. & Haga, E. [2006 a]. *Relationsbehandling i psykiatrien – bind I. Gode relationsbehandlere og god miljøterapi.* Stavanger: Hertevig Forlag.

Thorgaard, L. [2006, b,c,d,e]. *Relationsbehandling i psykiatrien – bind II – V*. Stavanger: Hertevig Forlag.

Van Deurzen, E. [1999]. *Eksistentielle Dimensioner*. København: Hans Reitzels Forlag.

Bilag 1. Øvelsen "De tre værens- og kommunikationsrum."

Øvelsen "de tre værens- og kommunikationsrum" handler om at en gruppe af studerende bliver delt op i par (A og B) hvoraf A'erne står op med lukkede øjne og improviserer med stemmen ud fra instruktioner fra gruppelederen. Stemmegiverne (A'erne) står i en cirkel i rummet med ansigtet ind mod midten. Deres partnere (B'erne) sidder inde i cirklen med ansigtet vendt mod deres partner (A), lytter aktivt til deres partners stemmelyde og maler et billede spontant ud fra lytteoplevelsen. Selve improvisationen er delt op i tre dele, hvor instruktionen til hvert rum inviterer den studerende til at forestille sig at være helt til stede i rummet med lukkede øjne. Den studerende opmuntres til at lade oplevelsen af og i rummet lyde ud i fællesrummet gennem stemmeimprovisation.

Instruktionerne understreger de mulige kvaliteter i de tre rum. Eksempelvis instrueres der i den første del (det private rum) i, at A'erne, med lukkede øjne, skal forestille sig et rum inde i kroppen og bevidstheden og et rum lige omkring kroppen – "et rum" de kan vende tilbage til og hente energi fra, når de har været meget ude hos andre med deres opmærksomhed; men også et rum hvor de kan gemme sig for andre, hvis det er det der er behov for. De bliver opmuntret til at holde fast i egne lyde, selv om de kan høre de andres lyde i omgivelserne. De bliver opmuntret til at mærke efter, hvordan det opleves/føles at være til stede i dette indre private rum, og til at give denne oplevelse lyd. I den anden del af improvisationen (det sociale rum) opmuntres A'erne til at lade sig inspirere af, og at inspirere de andre gennem lyde, til at lege sammen i lyde og bygge noget op sammen. Kun fantasien sætter grænser her. Det er vigtigt i instruktionen til dette andet rum, at deltagerne bliver bedt om at søge at vedligeholde kontakten til det private rum – også selv om de er ude i det sociale rum og lege med de andre deltagere i stemme lydene. De bliver også bedt om, at de, hvis de oplever at miste kontakten til det private rum og nærmest forsvinder ud i lydene med de andre, at de da holder en kort pause og bevidst prøver at komme tilbage til selvoplevelsen i det private rum, før de igen bevæger sig ud og leger med de andre gennem lydene. I den tredje del af improvisationen opmuntres A'erne til at forestille sig at de står på en scene i en stor hal, hvor de skal prøve at blive hørt fra den bagerste række med deres stemme. De skal her ikke tage hensyn til de andre deltagere, lige som andre ikke skal tage hensyn til dem. De skal finde deres personlige måde at blive hørt på i de fjerneste kroge af hallen, og de skal forsøge at forblive i deres egen soliststil, selv om de kan høre de andre solister omkring sig. Også her bliver det i instruktionen betonet at hver enkelt deltager skal søge at vedligeholde kontakten til det private rum, også selv om han/hun fylder det store rum ud med sin egen stemmeimprovisation. Hvis en har en fornemmelse af at miste denne kontakt og at forsvinde ud i lydene, skal vedkommende holde en kort pause og forsøge at få kontakten til det private rum genetableret – og derfra skabe solistisk lydimpromvisation igen samtidig med, at kontakten til det private rum er intakt.

I øvelsen gives 5-10 minutter til at leve sig ind i og udtrykke hvert af de tre rum gennem stemmen.

Partnere (B'erne), som sidder overfor stemmegiverne inde i cirklen, maler et billede, mens de lytter til hvert af de tre rum, ud fra hvad de hører fra deres stemmepartner. Når øvelsen er afsluttet, snakker de to parter (stemmegiveren og maleren) sammen om oplevelsen, således at stemmegiveren først fortæller om sin oplevelse indefra (med lukkede øjne), før maleren viser sine billeder og for-

søger at sætte ord på, hvad han/hun har hørt udefra. Her kan forskellige oplevelser komme i spil og øvelsen går ud på, at stemmegiveren tager imod de ytringer fra partneren som vedkommende oplever meningsfulde. Øvelsen fortsættes gennem rolleskift. Øvelsen afsluttes med at stemmegiveren får de tre billeder samt skrevne noter som materiale fra partneren, og dette materiale, sammen med stemmegiverens egne skrevne noter til de tre rum, bliver kopieret og gemt af gruppelederen, så de sikkert kan hentes frem igen, når øvelsen gentages 5 semestre senere.

Essensen af øvelsen er, at deltagerne får en mulighed for at erfare, om de kan forblive et afgrænset selv også når de åbner sig mod andre i sociale udvekslinger eller åbner sig mod en større plads i omgivelserne eller mod noget større i spirituel betydning. Det sker ofte, at stemmegiveren i solistrummet får en oplevelse af at lyden bevæger sig ligeså langt indad som udad, og at de kommer til at opleve sig som en lydsøjle med forbindelse ned i kroppen og opad mod noget uendeligt. For nogle en stærk spirituel oplevelse. De kan mao meget konkret gennem øvelsen blive bevidstgjort om egne grænser og muligheder for at bevare og udvide disse.

De bliver ligeledes gennem observatørens tegning og notater spejlet i egen formåen i dels at fylde, dels at beskytte sig selv og de bliver spejlet i deres dynamiske fleksibilitet og kreativitet i nonverbal kommunikation med andre.

Som træningsøvelse for musikerterapistuderende anvendes øvelsen De tre rum som en slags assessment for de studerende, idet den gentages på 5 semester efter at de studerende har været igennem gruppemusikterapiforløb og andre selvudviklingsdiscipliner.. Det er oftest overraskende for den enkelte, hvordan oplevelsen af øvelsen, og det de har skrevet ned om disse oplevelser samt observatørens materiale, forandrer sig mellem de to øvelsesgange på henholdsvis 1 og 5.

GUIDET MUSIK- OG KROPS-LYTNING.

En ny form for receptiv musikterapi inden for traditionen Guided Imagery and Music [GIM] – i psykodynamisk traumebehandling af patienter med PTSD i voksenpsykiatrien.

Kvinden evaluerer: ...At "lytte med kroppen" hjælper med til at fastholde fokus og koncentration og skaber et trygt rum, hvor der er plads til selv-konfronterende og smertefulde følelser. ...Det giver nye strategier til at håndtere angst. Endelig genetablerer det følelsen af håb – og en oplevelse af, at "jeg KAN gøre det!"

Charlotte Dammeyer



Charlotte Dammeyer

Musikterapeut cand. phil. 1998, cand. mag. 2003, Aalborg Universitet. Musikterapeut i Bosnien 1998, privatpraktiserende i klinikfællesskab i Aalborg 1999 – 2004. Siden 2004 ansat som klinisk musikterapeut, Aalborg Psykiatriske Sygehus på almene og retspsykiatriske afsnit. Medlem af redaktionen for Tidsskriftet Dansk Musikterapi, censor på musikterapiuddannelsen samt supervisor.

Abstract

Med udgangspunkt i kliniske erfaringer fra psykodynamisk musikterapi i psykiatrien, Region Nord, beskriver denne artikel en ny supplerende metode inden for traditionen Guided Imagery and Music [GIM]. Grundelementerne i metoden Guidet Musik- og Kropslytning [GMKL] består overordnet af: guidning, lytning til specifikt udvalgt klassisk musik, udtrykt og fortolket gennem krop & bevægelse, med henblik på afklaring, integration og personlig udvikling. I artiklen beskrives, hvordan GMKL med brug af det kropslige element kan bidrage som supplerende behandlingsform til anden traumebehandling i voksenpsykiatrien. Artiklen er overvejende baseret på klinisk materiale fra ét patientforløb i musikterapi, hvorfra eksempler er skildret med casevignetter. I artiklen gennemgås relevant forskningsrelateret og teoretisk baggrundsmateriale.

Indledning

Formålet med denne artikel er at give en introduktion til og indføring i anvendelsen af metoden GMKL udviklet på baggrund af flere års klinisk erfaring med psykodynamisk aktiv og receptiv musikterapi i voksenpsykiatrien. GMKL er baseret på den receptive metode Guided Imagery and Music udviklet af Helen Bonny¹. Forfatteren er under sin musikpsykoterapeutiske efteruddannelse til GIM-terapeut blevet optaget af udvikling og omdefinering af træningselementet Body Listening, som benyttes på nogle GIM-uddannelser som bl.a. opvarmning til en klinisk anvendelig metode.

I behandling af et begrænset antal patienter med en diagnoseprofil af svær personlighedsforstyrrelse med periodiske psykotiske episoder samt varieret grad af posttraumatisk belastningsreaktion [PTSD²] med stemmehøring, selvskadende og dissociative handlinger har denne nye metode vist sig velegnet.

Artiklen vil som en del af metodebeskrivelsen af GMKL indledningsvis beskrive GIM-metoden, herunder i relation til traumebehandling, samt definere begrebet Body Listening relateret til metoden Authentic Movement. I selve metodeafsnittet gives en step-by-step-oversigt over GMKL samt en teoretisk gennemgang af det kropslige og musikalske element i GMKL. Artiklen afsluttes med sammenfatning, perspektivering og konklusion. Undervejs inddrages tre kliniske vignetter fra samme patientforløb tænkt som en perspektivering af metodebeskrivelsen.

Med en kombination af teori og kliniske eksempler er det hensigten at vise, at anvendelsen af GMKL i behandling i psykiatrisk regi med ovennævnte målgruppe har vist sig at kunne facilitere et rammesat og afgrænset eksplorativt terapeutisk rum, som i praksis kan skabe mulighed for bearbejdning af traumer, affektregulering, internalisering, nedsættelse af angst, selvskadende og dissocierende handlinger, forbedring af symptomer samt give øget håb og livskvalitet.

Vignet 1 – I Know That My Redeemer Liveth³

En ganske bestemt arie fra G. F. Händels *Messias*: "I Know That My Redeemer Liveth" satte gang i udviklingen af metoden Guidet Musik- og Kropslytning og dermed grundlaget for denne artikel⁴. En kvindelig patient i et længerevarende individuelt musikterapiforløb medbragte musikstykket og forklarede, hvordan hun, hver gang hun lyttede til det, begyndte at dissociere og selvskade sig, fordi hun forbandt det med traumatiske hændelser i sin barndom, hvor hun hele sin opvækst blev udsat for voldsomme, systematiske seksuelle overgreb fra sin far uden indgriben fra moderen eller andre omsorgspersoner [Thellefsen, 2007⁵]. Hun holdt meget af hele *Messias* og ville gerne kunne nyde

1 Den klassiske individuelle terapiform kaldes i dag *The Bonny Method of Guided Imagery of Music (GIM)*, mens forkortelsen GIM anvendes som et paraply-begreb for de mange forskellige selvstændige individuelle og gruppe-formater [Bruscia, 2002].

2 For nærmere uddybning af PTSD-diagnosen henvises til DSM-IV [2000] eller ICD-10 [1994].

3 London Philharmonic Orchestra, dirigent: Karl Richter, solist: Helen Donath, sopran, Deutsche Grammophon, 1973

4 Guidet Musik- og Kropslytning præsenteredes første gang på Europæisk GIM-konference, Vadstena, Sverige, 2012. Præsentationen danner sammen med det kliniske materiale udgangspunkt for denne artikel. Respons fra workshop afholdt i Receptivt Netværk, København, 2013 har ligeledes bidraget til perspektivering af GMKL.

5 Camille Thellefsen har skrevet dokumentarbogen "Kunstmalerens datter" om sin opvækst og godkendt de kliniske vignetter fra musikterapien.

musikken i sin helhed og på den måde lære at tackle angsten forbundet med erindringerne. Med udgangspunkt i mine erfaringer fra GIM-uddannelsen, hvor der trænes i at lytte og percipere et musikstykke på forskellige måder, besluttede vi os for at forsøge at "afgifte" stykket ved at lytte til det på flere måder, bl.a. med inddragelse af krop og bevægelse for herigennem at skabe mulighed for at integrere musikken på ny i en terapeutisk kontekst.

Teoretisk baggrund

Den metodiske idé, der udspringer af eksemplet fra vignet 1, er tanken om at inddrage kropslig bevægelse, herunder kroppens evne til at sanse, lytte, forstå og udtrykke sig, som et terapeutisk redskab. Tanken om at inddrage kroppen i psykoterapi er på ingen måde ny. Men at tilføje fysisk/kropslig bevægelse til den klassiske GIM-metode i psykiatrisk regi er nyt. I de følgende afsnit defineres de elementer i GMKL samt nærværende målgruppe. I forlængelse heraf gennemgås metoden.

Guided Imagery and Music

Den receptive musikpsykoterapeutiske metode Guided Imagery and Music (GIM) udvikledes i 1970'erne af Helen Bonny og defineredes meget enkelt af Bonny selv som "en proces, hvor indre billeder fremkaldes under musiklytning" (Bonny, 1990 i Bonde, Pedersen & Wigam, 2001, s. 88). Goldberg har defineret GIM som en "dyberegående musikpsykoterapeutisk metode, hvor specielt udvalgt klassisk musik bruges til at skabe indre oplevelser" (Goldberg, 1995 i Bonde et al., 2001, s.88). Med behandling i GIM sigtes mod en transformation af klientens problemer via dybtgående musikoplevelser, hvor ændringer i personlighedsstrukturen kan opnås uafhængigt af psykodynamisk indsigt (Bruscia, 1998).

En individuel GIM-session indledes med et præludium, en forsamtale, hvor patientens problemstilling og behov samles i et fokus. Herefter følger en induktion med henblik på afspænding til ændret bevidsthedstilstand, som efterfølges af guidet lytning til særligt udvalgt klassisk musik med henblik på at understøtte den tematik, som patienten ønsker at arbejde med i henhold til valgte fokus. Musikterapeuten fungerer som co-terapeut til musikken, og under musiklytningen fortæller patienten om sine billeder/oplevelser i dialog med terapeuten, hvilket uddyber patientens evne til billeddannelse (Summer, 1988). Efter musiklytning guides patienten tilbage til normaltilstand, og i postludiet, en eftersamtale, bearbejdes patientens oplevelser og indre billeder og relateres til dennes proces.

Musikprogrammerne er sammensat af klassisk musik, så de kan understøtte og uddybe forskellige psykologiske behov. Bonde beskriver denne psykologiske proces således: "Gennem rejsen til/i musikken oplever klienten (dele af) sit liv i billedlig form, fortæller sin historie – og får mulighed for at opleve den og at sætte den sammen på en ny måde. Musikkens rolle er at forhindre gamle og udtjente "livsmanuskripter" i at blive repeteret endnu en gang og i stedet stimulere klienten til, at "en ny fortælling kan begynde" (Bonde et al., 2001, s. 89).

GIM og traumebehandling – et psykiatrisk perspektiv

Inden for hospitalspsykiatrien kan det stadig synes kontroversielt at tilbyde patienter med såvel PTSD som dissociative og skizofrenilignende symptomer som stemmehøring behandling i psykoterapi. Dette begrundes med, at psykoterapi kan retraumatisere og/eller forværre tilstanden. Mange

psykiatriske patienter bærer på traumer i forskellig grad, heraf er mange udløst af voldsomme og gentagne seksuelle overgreb i opvæksten (Dyhr, 2010). Disse patienter udvikler ofte et negativt og selvdestruktivt selv- og kropsbillede og har en tendens til at være meget selvskadende.

I Becks artikel om GIM-gruppebehandling i ungdomspsykiatrisk regi "Traume og mestring" (2007) fremgår, at neurologisk forskning de senere år har bidraget til forståelse af, hvordan enkeltstående og multiple traumer processeres i nervesystemet momentant og på længere sigt. Endvidere beskrives, hvorledes teoridannelser inden for psykotraumatologi og somatisk psykologi har integreret denne forståelse og vist vej til nye behandlingsmetoder, hvor kroppen, nervesystemet og det imaginative beskrives som væsentlige fokusområder for traumatisk hukommelse og for behandlingen af traumatiske forstyrrelser (Ibid, s.500). I forlængelse heraf skriver Thorgaard (2009) som fortæller for en dynamisk psykoseforståelse i sit fembindsværk om relationsbehandling, at jo flere kumulative traumer, der kommer oven i en individuel sårbarhed, des mere ilde er patienten stedt, og des mere er der brug for selvskabte mestringsforsøg, fx i forbindelse med dissociering⁶, stemmehøring⁷ og selvskade⁸, hvorved patienten erhverver yderligere problemer. Thorgaard refererer til Ross, som skriver, at forskning i dag har et tiltagende blik for at anskue mange skizofrenisymptomer i lyset af traumatisering og dissociation. Ross redegør for en dissociativ skizofreni med betydelig bedre prognose end normalt ved skizofreni, hvor der er indikation for psykoterapi, og definerer et kontinuum gående fra non-dissociativ skizofreni over dissociativ skizofreni til det, han kalder: dissociativ identitetsforstyrrelse (Ross, 2006 i Thorgaard 2009, s. 182).

Carola Maack henviser i sin Ph.d.-afhandling: *Resultater og processer i Guided Imagery and Music (GIM) til kvinder med kompleks PTSD* (2012), idet hun anvender Judith Hermans definition. Hermans model koncentrerer sig om flere traumatiserende episoder over en længere periode og deres konsekvenser for offeret. Den omfatter nogle områder, der ikke indgår i PTSD-diagnosen såsom: dissociative oplevelser, interpersonelle vanskeligheder og tab af grundlæggende antagelser. Diagnosen indgår hverken i DSM-IV (2000) eller i ICD-10 (1994). Herman skriver om behovet for en mere præcis diagnose af traumelidelse: "Generelt er de diagnostiske kategorier i den eksisterende psykiatriske kanon simpelthen ikke beregnet til overlevende i ekstreme situationer og passer ikke godt til dem...nedbrydningen af deres identitet og relationelle liv er ikke det samme som almindelig personlighedsforstyrrelse... Selv diagnosticering af PTSD, som det i øjeblikket er defineret, passer ikke præcist nok. De overlevende udvikler efter længere tids misbrug karakteristiske personlighedssændringer, herunder deformationer af relationsevne og identitet". (Herman, 1998, s. 118). Når Hermans definition af kriterierne for komplekse traumer forekommer relevante i forhold til GMKL, som er udviklet på baggrund af erfaring med bl.a. denne målgruppe, er det, fordi der ses forskellige

6 Dissociering kan defineres som; at gå ud af kroppen og se sig selv udefra, at gå i en trancetilstand, hvor tiden opleves som uendelig, og lyde og synsindtryk forandres, eller fraspaltning af følelserne fra intellektet, så situationen virker ligegyldig og uvedkommende. Dette er naturlige reaktioner og en del af vores forsvar over for smerte, men bruges de over en længere tid, vil der opstå betydelige skader i hele organismen (Herman, 2001 i Beck, 2007).

7 Med udgangspunkt i en dynamisk psykoseforståelse definerer Thorgaard som modspil til den traditionelle bio-fysiologiske model stemmehøring som udtryk for indre patologiske spaltningprocesser, hvor arkaiske internaliseringer af samspillet mellem objekt og subjekt kommer til udtryk som stemmehøring og patientens forhold til sine stemmer. Stemmerne forstås her som en mestringsstrategi udviklet på baggrund af bl.a. sorg, tab og skam, ubærlige livssituationer og barndomstraumer (Thorgaard, 2009).

8 Thorgaard definerer bl.a. selvskadende handlinger således; et forsvar/en mestringsstrategi over for følelsen af disintegration/psykose, forsøg på at overdøve, kontrollere eller "slå stemmerne ihjel" på, ombringe og kontrollere påtrængende og skræmmende og/eller forbudte og uindbudte tanker (Thorgaard, 2009).

holdninger til anvendelse af psykoterapi til patienter med disse symptomer, idet psykoterapi antages at være kontraindiceret og derfor bliver et overset supplement til medicinsk behandling. Hermans model synes at underbygge behovet for udvikling af relevante behandlingsmetoder til denne målgruppe. Med de af Beck anførte nyere teorier inden for bl.a. psykotraumatologi samt Ross' definition af dissociativ skizofreni banes vejen for en forståelse af, hvorledes skizofrenilignende symptomer i nogle tilfælde kan forklares som udtryk for multiple, kumulative traumatiske oplevelser, herved skabes mulighed for nytænkning og udvikling af nye behandlingsmuligheder.

Med fokus rettet mod GIM ses, at indikation for behandling med GIM i traditionel forstand almindeligvis er patienter med stabil jeg-fornemmelse og virkelighedsopfattelse, og som evner at tænke abstrakt, og som kan symbolisere [Summer, 1988; Bonde et al., 2001]. Forskning viser i imidlertid, at patienter, som i perioder mister virkelighedsopfattelsen, evt. igennem stemmehøring og dissociering, også kan profitere af GIM og variationer heraf. Moe [2001] konkluderer i sin ph.d.-afhandling; *Restituerende faktorer i gruppe musikterapi med psykiatriske patienter* [GIM-behandling i gruppe af patienter med skizofreni og skizotypiske træk], at man ikke, som måske forventet, ser en forværing af psykotiske træk ved det introspektive arbejde, men tværtimod over tid ser en forbedring af forsvarsmekanismer og dermed af egostruktur. På den baggrund konkluderer Moe, at musikalske stemningsskift kan hjælpe patienten til bearbejdning af svære følelsesmæssige problemområder, og desuden, at udvalgt musik og guidning kan hjælpe patienterne med at få kontakt med stabiliserende ressourcer i sig selv, som konfigureres billedmæssigt/metaforisk og emotionelt [Moe, 2001]⁹.

Maacks ph.d.-afhandling viser signifikant større forbedring af symptomer på kompleks PTSD, dissociation og livskvalitet samt signifikant større reduktion af interpersonelle problemer for GIM-gruppen sammenlignet med kontrolgruppen. Desuden at reduktionen var stabil over tid efter afslutningen af behandlingen. I den kvalitative del af resultaterne beskrev deltagerne fx, at de opbyggede en relation til musikken og dens skønhed, oplevede den som en "beholder", som en "lærer", som en repræsentant for dissocierede dele og som forbindelsesled til ikkevoldelige dele af verden. Om billeddannelsen i GIM sagde deltagerne bl.a., at indre billeder er en måde at håndtere traumer på, som kan bruges som en ressource i hverdagen som en hjælp til at fokusere og som en måde at fortælle på [Maack, 2012].

I tillæg hertil viste psykiater og GIM-terapeut Körlin [2002] med udgangspunkt i neuropsykologiske studier, hvorledes diskursiv og analog [rationel og intuitiv] symbolisering af traumatiske oplevelser kan optræde i GIM. Dissocierede traumatiske fragmenter af traumet vil ofte manifestere sig i GIM som traumatisk billeddannelse [repetitioner]. Herved skabes ifølge Körlin en proces med mulighed for transformation af traumatisk billedsprog til symbolsk billedsprog, etablering af kognitiv hukommelse og forståelse og integrering af de nye diskursive symboler med analoge symboler og affekter. Han mener endvidere, at patienten på denne vis kan få ejerskab over sine genoplevede erfaringer, som herved bliver tilgængelige for symbolisering [ibid, 2002].

I lyset af de forskellige teorier og forskningsresultater som beskrevet Dette afsnit peger meget på, at målgruppen af patienter med multiple traumer kan profitere af psykoterapi og endvidere, at GIM og supplerende metoder er relevante som psykoterapeutisk behandlingsform i traumebehandling af nævnte målgruppe. I følgende ses nærmere på, hvilken rolle kroppen som sansemodalitet har spillet i forhold til GIM og siden i udviklingen af metoden GMKL.

9 For uddybende information om dokumentation og forskning vedr. musikterapi og skizofreni se aa.cedomus.dk

Body Listening – Authentic Movement

Brug af kropslig bevægelse indgår som nævnt ikke i traditionel GIM-behandling, men kan bl.a. indgå som en del af træningsforløbet under uddannelsen til GIM-terapeut. I en historisk gennemgang af GIM træningsprogrammernes udvikling anfører Lewis dans og bevægelse til musik som kompletterende teknikker i uddannelsen til GIM-terapeut med det formål at stimulere de studerendes imaginationsevner og selvudvikling [Lewis i Bruscia, 2002, s. 512]. Der defineres dog ikke former og rammer for, hvordan der danses og bevæges til musik.

I en kortere artikel, *Body Listening: A New Way to Review GIM tapes* [Bonny, 1993] introducerer Helen Bonny lyttemåden Body Listening, dvs. lytning med kroppen, som én af flere lyttemåder til brug for GIM-terapeuter i tilegnelsesprocessen af GIM-musikprogrammerne, den såkaldt affektive intuitive lyttemåde: "Basically, it is feeling music within the body first, and then letting the body express that feeling through movement" [Ibid. s. 3-13]. Hun beskriver spontane bevægelser til musik som dansens genesis og mener, at vi på et eller andet tidspunkt har glemt at bruge kroppens uddannelsesfunktion, som hun kalder for kropsimprovisation. Med Bonnys definition af Body Listening forstås, at der lyttes til musikken åbent, uden afklaring af tema, guidning og bearbejdning.

Unkefer & Thaut beskriver, hvordan Authentic Movement kan anvendes som non-verbal assessmentmetode før en GIM-session for at bringe terapeuten: "a sense of the clients current level of ego strength and defenses and a focal point for choosing the music and introduction for a GIM-session" [Unkefer & Thaut, 2005]. GIM-terapeut Lisa Summer beskriver brug af kropslig bevægelse som en metode i gruppeterapeutiske musiklytteøvelser kaldet Trio, som kan udføres af terapeuter uden GIM-træning, og tilpasses alle målgrupper. Her lyttes til tre nøje udvalgte stykker musik, hvor deltagerne undervejs enten bevæger sig, tegner eller skriver tekster med udgangspunkt i et personligt tema. [Summer, 1988].

Også i dag inddrages Body Listening som en del af GIM-træningen, enten som opvarmning eller som supplerende måde at tilegne sig og percipere musikstykkerne på. Her arbejdes sædvanligvis i par, hvor den ene bevæger sig spontant og frit til musikken med lukkede øjne, mens den anden, som et slags vidne, observerer og spejler den bevægendes bevægelser samt beskytter mod sammenstød. Denne metode er ligeledes inspireret af elementer af Authentic Movement [Moe, 2013, personlig kommentar¹⁰, GIM uddannelsen v. Bonde & Thomassen, 2011].

Terapiformen Authentic Movement [Wikipedia 22.11.2012; Adler, 2002] defineres som en ekspressiv, spontan, improvisatorisk bevægelsesform, der udvikledes i 1950'erne af danser og psykoterapeut Mary S. Whitehouse oprindeligt under betegnelsen Movement in Depth. Inspireret af Jungs principper om aktiv imagination integrerede hun sin viden om dans med Jungs principper og skabte eksperimentel gruppepsykoterapi. Denne havde fokus på udforskning af spontan, intuitiv og ekspressiv bevægelsesudtryk med det formål at bearbejde psykologiske processer opstået på baggrund af kinæstetisk respons på bevægelse eller lyde – men uden brug af musik [ibid.]. Whitehouse beskriver, hvorledes bevægelsesprocessen kan ses som et moment, hvor:

"the ego gives up control...allowing the Self to take over moving the physical body as it will. It is a moment of unpremeditated surrender that cannot be explained, repeated exactly...the core of the

10 Moe 2013: Adopteret Authentic Movement som øvelse i mit GIM-træningsprogram. Hørte om det via GIM-træner Francis Goldberg – tidspunkt ukendt.

movement experience is the sensation of moving and being moved...” [Adler, 2002].

Selv om Authentic Movement foregår uden brug af musik og i en anden kontekst, lægger forståelsen af det kropslige bevægelsesudtryk som udtryk for indre processer sig tæt op af det kropslige element i GMKL, hvilket uddybes nærmere i afsnittet om det kropslige element i GMKL.

Vignet 2 – Kunstmalerens datter

Kvinden nævnt i vignet 1 har en lang række indlæggelser i psykiatrien bag sig. Hun har på baggrund af skizofrenilignende tilstande med bl.a. stemmehøring tidligere været diagnosticeret med skizofreni. I dag lyder diagnosen på multi-traumatiseret dissociativ personlighedsstruktur, PTSD med alvorlige selvskadende handlinger og auditive hallucinationer.

Messias indspilningen medbragt til musikterapien var den nu afdøde fars originale CD, der afspilledes i barndomshjemmet ved juletid. Satsen ”I Know That My Redeemer Liveth” er en smuk sopranarie, der kan beskrives som omsorgsfuld og favnende.

I musikterapien lyttede vi sammen til musikstykket – siddende, opmærksomme. Da musikken blev for angstprovokerende, og hun var på kanten til at dissociere, guidedes hun verbalt til at holde fast i nuet, musikken og nærværet i lytningen. Der opstod et behov for fokusskift og for mere dynamik og kropslig udfoldelse hos både patient og terapeut. Med erindringen om øvelsen Body Listening fra GIM-uddannelse, forekom det derfor nærliggende at inddrage denne lyttemåde i terapien og vi besluttede derfor at lytte til samme stykke stående med fokus på lytning kombineret med kropslig bevægelse. Efter en kort inducerende åndedræts- og grounding-øvelse, bevægede vi os begge spontant til musikken, terapeuten observerende, kvinden med lukkede øjne, for et øget fokus på kropsbevidstheden. Den emotionelle tolkning af musikken udtrykt kropsligt kombineret med oplevelsen af tilpas øget arousalniveau, gav kvinden en følelse af at kunne kontrollere angsten, at kunne mestre uudholdelige følelser, så hun kunne forblive i nuet og tillade sig at nyde musikken – uden at ’forsvinde’ i dissociering. Hendes egen tolkning af stykkets betydning blev forbundet med følelsen af svigt – den omsorgsfulde sopranstemme mindede hende om en ”morfigur” og den mor, der aldrig hjalp hende (i henhold til stykkets titel), men beskyldte hende for at stjæle manden. Desuden mindede det hende om paradokset mellem farens mange krænkelser og hans afspilning af den smukke musik, som forgæves gav håb.

Efter denne session blev det muligt for kvinden at gennemføre lytningen til hele Messias uden at mærke angst. Og metoden blev herefter en integreret del af hendes terapiforløb.

Guidet Musik- og Kropslytning

I de foregående afsnit har jeg beskrevet teori, historik og casemateriale, som har været inspirationskilde for udviklingen af GMKL, samt gennemgået nogle af de forskellige elementer, som tilsammen udgør metoden og dens anvendelse med nævnte målgruppe. I følgende rettes fokus på en gennemgang af procedurerne ved brug af selve GMKL-metoden, herunder specifikt på det kropslige og musikalske element, som begge kan karakteriseres som grundelementer i GMKL.

Procedurer ved brug af GMKL

I bestræbelserne på at gøre metoden så overskuelig og anvendelig som mulig skitseres denne i følgende step-by-step-model. Det tilbyder et overblik, ikke en udtømmende gennemgang.

1. Patient og terapeut indkredser fokus/tema for sessionen og sætter rammen for GMKL
2. Patienten finder et behageligt/trygt sted at stå i rummet
3. Kort vejrtræknings- og groundingøvelse [kropsgennemgang efter behov], helst med lukkede øjne, men ikke bevidst med henblik på ændret bevidsthedstilstand. Terapeuten står foran patienten i passende afstand [ikke for tæt, ikke for langt væk til at kunne skærme patienten mod at bevæge sig ind i noget].
4. Verbal guidning ud fra aftalt fokus/tema [image, følelse, etc.] ledende hen til musiklytningen.
5. Musiklytning og spontan bevægelse [med udgangspunkt i valgt tema] fra patient og terapeut, som laver empatisk spejling med opmærksomhed på evt. modoverføring og refleksioner over patientens proces. Med kropsligt udtryk forstås kropslige bevægelsesudtryk som udtryk for indre processer.
6. Ingen verbal guidning under musiklytning/bevægelse, for at sikre størst mulig forankring i den fysiske oplevelse.
7. Afhængig af behov kan terapeuten verbalt holde kontakten ved at spørge til patientens velbefindende undervejs [for at mindske mulighed for dissociation] - stemmen kan fungere som en samlende faktor - 'talk-over'.
8. Hvis dissociation/retraumatisering opstår, kan terapeuten guide patienten til at 'gå ud' af den traumatiske billeddannelse og 'hen til' et mere trygt mentalt sted i billedannelsen. Et sådan sted kan være aftalt på forhånd, og patienten guides dertil hvis nødvendigt.
9. Efter musiklytning/bevægelse guides patienten tilbage til normalt tilstand.
10. Oplevelsen opsamles og bearbejdes med samtale og refleksion.

Metoden skal betragtes som fleksibel, den kan gradueres og tager altid udgangspunkt i patientens situation og aktuelle behov. Som det ses i punkt 2 er patienten stående i GMKL, dels for at understøtte kropslig bevægelse, dels for at modvirke dissociation/retraumatisering ved liggende position [som i GIM]. Som det ses i punkt 3 tilstræbes der i modsætning til GIM ikke ændret bevidsthedstilstand hos patienten i GMKL, da målgruppen er patienter, som i forvejen periodevis kan have dysfunktionel virkelighedsopfattelse, og derfor skal støttes til at forblive i nuet for at modvirke dissociation og retraumatisering. I relation hertil anvendes i punkt 9 begrebet "normaltilstand", som refererer til overgangen fra dyb fokuseret musiklytning med indre billeddannelse til ydre opmærksom tilstand fokuseret på tolkning og refleksion. Den verbale guidning, punkt 4, må være strukturerende, støttende, enkel og lede patienten hen til det ønskede fokus og musiklytning, hvor både terapeut og musik fungerer som guide. Som Moe skriver, kan guidningen sammenlignes med et instrument, hvor stemmeføringen afstemmes med musikken ledende ind og ud af den dybe, fokuserede musiklytning og som en støtte til patienternes billeddannelse [Moe, 2002]. I punkt 5 skildres synergieffekten mellem patient og terapeut under musiklytningen, hvor patienten har lukkede øjne, men er vidende om, at terapeuten samtidigt bevæger sig empatisk/dynamisk spejlende. Dette er dels for at sanse/oplevelse patientens tema og herigennem blive opmærksom på modoverføringsreaktioner og forståelse af dennes problematik. Dels en måde for terapeuten at være medrejsende på frem for at forholde sig neutralt observerende samt en støtte for patienten i det grænseoverskridende at skulle bevæge sig foran en anden. Med Simonsen kan det siges at være en måde at stille sig til rådighed i processen med 'emotionelt nærvær' [Simonsen, 2013]. I punkt 7 kan det

verbalt at holde kontakten sidestilles med Goldbergs verbale guidning 'talk-over' under musiklytning ved meget jeg-svage eller traumatiserede psykiatriske patienter [Goldberg, 1994 i Beck, 2007]. I afsnittet "Det musikalske element i GMKL" uddybes mere om musikkens varighed, antal stykker m.m.

Det kropslige element i Guidet Musik- og Kropslytning – også i relation til traumebehandling

I bestræbelserne på at forstå, hvorfor brug af kroppen synes så indlysende anvendelig som psykoterapeutisk element i GMKL (som eksemplet i vignen 2) samt i forsøget på at definere betydningen af kroppen som lyttende, inddrages i det følgende forskellige teorier og refleksioner omhandlende kroppen som sansemodalitet, dette også i forhold til musik og perception¹¹.

Bonde [2009] peger i bogen *Musik og Menneske* på hvorledes forbindelsen mellem krop, bevægelse og musik er åbenlys, når mennesker danser, klapper i takt eller spiller luftguitar, men er mindre åbenlys, når mennesker lytter til musik tilsyneladende uden at bevæge sig. I vores vestlige verdens dualistiske opfattelse af musiklytning forstås krop og bevidsthed som adskilt fra hinanden, tænkning udelukkende knyttet til bevidstheden og kroppen som en sekundær funktion i musiklytning. Bonde henviser til Dura [2002], som i en teoretisk analyse fokuserer på musiklytningens kinæstetiske dimension; selv hvor der ikke forekommer synlige, fysiske bevægelser, oplever mange lyttere skjulte, indre følelser af bevægelse og gestisk aktivitet. Det kan være

"rytmisk respons, indre repræsentationer af spænding og afspænding, oplevelser af ændringer af rum og spatiale forhold, muskelimitationer af spille- eller syngbevægelser, stemningsbetingede ændringer af kropsholdning, tempo og gestik" (Bonde, 2009, s. 199).

I Dura [2002] beskrives, hvordan det at lytte til musik er som at opleve en indre kraft og aktivitet. At høre musik er som at høre bevægelse, og der kan, sagt meget enkelt, skelnes mellem to slags bevægelse: en kropslig, "motion", og en psykisk, "emotion", i forbindelse med musiklytning. Psyken eller sjælen kan ikke kropsligt flytte sig. Indre aktivitet som respons på tonal bevægelse i forbindelse med musiklytning opfattes derfor ofte metaforisk i betydningen ændret bevidstheds- eller følelses-tilstand [ibid.].

I forlængelse heraf foreslår Ruud [2007] i en artikel om "Kropp og gester i musikalske samhandlinger", at den i GIM beskrevne ændrede bevidsthedstilstand (ÆBT) kan omdefineres til ændret "kropstilstand". På baggrund af teoretiske undersøgelser af sammenhængen mellem musiklytning, kropskognition og musikalsk meningsdannelse beskriver Ruud, at kroppen altid befinder sig i en eller anden form for emotionel tilstand:

"denne emosjonelle kropstilstanden forutsetter, at vi ser på kroppen som et persepsjonssystem, og at bevissthet oppstår, når denne emosjonelle kropstilstanden bliver endret av inntrykkene fra et objekt" (Ruud, 2009, s.131)."

Videre skriver han, at vi ved at se sammenhængen mellem kropslige og musikalske bevægelser åbner vi for, at kommunikation kan etableres ved hjælp af musik på baggrund af fællesmenneskelige erfaringer knyttet til kroppens tilstedeværelse i musikalske ytringer. Ruud henviser til Benjamins [Binder, 2006 i Ruud, 2007] begreb 'tredjehet'. Begrebet tredjehet skal forstås som refererende til

¹¹ Emnet lyttemåder er omfattende, og ønskes yderligere fordybelse heri, henvises til *Musik & Menneske* [Bonde, 2009].

den fælles rytme og melodi i forældre-barn-samspillet eller som en fællesrelationel matrice, som i GMKL svarer til patient-/terapeut-musik/bevægelse. Ruud skriver;

”Dette åbner også opp for en ikke-verbal oplevelse av samstemthet i samhandling, som innenfor den relasjonelle psykoterapien [...], handler om hva de kaller ’tredjehet’. Kroppens tilstedeværelse som betingelse for persepsjon og kognisjon gjør samtidig at våre lytteopplevelser farges av de metaforer og bildeskjemaer kroppen legger grunnlaget for. Dette betyr noe for hvordan vi tenker omkring hva som skjer når vi går inn i en dyp musikkopplevelse” (Ruud, 2007, s. 135).

I tilknytning til sammenhængen mellem metaforer og kropslige fornemmelser skriver Bonde, at

”metaforenes betydning for kognitionen er funderet i basale, ikke-sproglige erfaringer og kropsskemaer, som aktiveres i omgangen med musik, der opleves som bevægelser i en særlig form for tid og rum, hvor samspillet af de musikalske elementer skaber kropslige fornemmelser af spænding og afspænding, forhindringer og overvindelser af dem” (Bonde, 2009, s. 200).

Ruuds introduktion af begrebet ændret kropstilstand, og hans opfattelse af kroppens tilstedeværelse som præmis for fokuseret og dyb lytteoplevelse med dannelsen af metaforer, er sammenhængende med Bondes beskrivelser af musikrelaterede kropslige spændinger, følelsen af forhindringer og ikke mindst overvindelsen af disse som en forløsende faktor, eksempelvis muliggjort gennem GMKL.

Et andet fokus på kroppen i terapi findes i bogen *Smertegrænsen* (Sørensen, 2006), som skildrer, hvordan det med Rothschilds metode Bodydynamic's¹² behandling af choktraumer, fx. voldtægt, er muligt at bearbejde traumatiske begivenheder gennem brug af kroppen i psykoterapi. Rothschild skriver, at kropsligt vil man altid bringe sin fortid med sig, kroppen husker. Det er ikke usædvanligt, at kroppens reaktioner afspejler central viden om fortiden og dens betydning (Rothschild, 2004; Sørensen, 2006). Chokkets følelsesmæssige overvældende og handlingslammende oplevelse vil tilsyneladende reproducere sig selv, fordi den kan vækkes på mindste foranledning, hvilket afspejles i det autonome nervesystem som kamp- og flugtreaktioner og dissociering. Ifølge Sørensen er et optimalt arousal-niveau nødvendigt for en vellykket terapeutisk udvikling og en forudsætning for det tætte samarbejde, hvor patienten forsøger at nærme sig de traumatiske begivenheder (ibid.).

I et foredrag om ”Traume og spiritualitet i GIM-behandling” afholdt på Europæisk GIM-konference 2012 i Vadstena, Sverige, beskriver GIM-terapeut Gabriella Rudstam, hvorledes det i traumebehandling er vigtigt, at patienten i processen bevæger sig fra at være offer til overlever. Bevægelsen fra immobilitet til mobilitet skal ligeledes støttes i behandlingen. I lighed med Rothschild er det hendes erfaring, med henvisning til Peter Levines traumebehandlings-metode ”Somatic Experiencing” (Levine, 1997; 2012), at patientens bevidsthed om kroppens sanser og impulser øges gennem renegotiation (genforhandling) og genopdagelse af de naturlige forsvarsmekanismer, hvilket bl.a. kan gøres ved at arbejde fysisk; skubbe, sparke, slå, løbe etc. I forlængelse heraf citerer Rudstam, Ogden et al; ”When the mobilizing defense action is completed, the sensory fragments related to both immobilizing and mobilizing response can be integrated (Ogden et al 2006 i Rudstam, 2012, PowerPoint).

12 Bodydynamic's og GMKL har ikke metodeoverlap ud over et fælles fokus på kroppen som en væsentlig del af psykoterapeutisk traumebehandling.

Med kombinationen af guidet musiklytning og kropslig bevægelse skabes i GMKL en terapeutisk fleksibel og tryk oplevelses- og patientcentreret setting med mulighed for løbende justering af arousal-niveau gennem musikken, guidningen og det kropslige udtryk. Herved får selv meget dårlige patienter med bl.a. dissociationslidelser mulighed for gradvis gennemlevelse og integrering af traumatiske oplevelser. Erfaring fra praksis viser, at disse patienter, som ofte mentalt har "afskåret" kontakten til deres krop, sansninger, kropsfornemmelse og seksualitet., profiterer af den fysiske bevægelse i GMKL og oplevelsen af fornyet kontrol, tyngde og virkelighedsfornemmelse gennem arbejdet med jordforbindelse [være stående versus liggende som i GIM]. På baggrund af klinisk erfaring tyder meget på, at denne kontakt gradvis kan reetableres gennem brug af GMKL.

Det musikalske element i Guidet Musik- og Kropslytning

Musikvalget i GMKL varierer alt afhængig af patientens tilstand og behov. Da musikken lyttes til stående/i bevægelse, tages der af terapeuten hensyn til både længde og mængde af stykker samt til graden af stimulering af billeddannelse og kropslig bevægelse. Endvidere er det essentielt, at terapeuten kendskab til det musikalske repertoire er så grundlæggende, at denne viden kan omsættes til en psykologisk profil af patienten. Vælges kun ét musikstykke, er det væsentligt, at det i sin helhed afspejler det tema og den problematik, som patienten har valgt som fokus. Musikstykket må gennem sit rytmiske, melodiske og klanglige udtryk tilvejebringe muligheder for, at patienten kan spejle sig selv heri og følelsesmæssigt opleve sig rummet og matchet. Vælges flere musikstykker, foreslås max to til tre, som i deres sammensætning ligeledes må afspejle den tematik, som patienten ønsker at udforske.

Herom skriver GIM-terapeut Margareta Wärja, som har udviklet metoden Korta Musik Resor [KMR¹³]:

"Man behöver också kunna ta reda på klientens beredskap och förmåga i stunden att undersöka sin inre värld. Detta innebär att man behöver veta hur denne har det med sin symboliseringsförmåga, hur anknytningen gestaltas och hur stor graden av sårbarhet och stress är just för tillfället" [Wärja, 2010, s. 26].

I KMR modellen anvendes ét til to musikstykker, hvorfor denne model er relevant i definerings af musikvalg til GMKL. Om valget af musik i KMR skriver Wärja videre:

"Gemensamt för musiken i KMR är att den avser att vara hållande och skapa trygghet. Med detta avses att musiken omedelbart förmedlar en ljudbild som innehåller en stadig puls, en eller ett par utskiljbara melodier, ett tematiskt förlopp med något som böjer, utvecklar sig och sen avslutas på ett begripligt sätt" [ibid. s. 26].

Wärjas definitioner og afgrænsninger er meget brugbare og svarer i vid udstrækning til refleksionerne gjort om musikvalget i GMKL, som til forskel fra KMR er udviklet med henblik på at kunne tilbyde støttende psykoterapeutisk behandling til indlagte psykisk syge patienter i en meget kort afgrænset form. Længden og antal af musikstykker er derfor overlappende med KMR, men adskiller sig samtidig i forhold til, at musikstykkerne valgt i GMKL i tillæg udvælges med henblik på at stimulere og motivere en fysisk bevægelse og herved understøtte et kropsligt udtryk forankret i musikken. I KMR benyttes både klassiske og ikke-klassiske musikstykker, som alle lever op til ovennævnte kriterier. I

13 KMR anvendes i psykoterapi til personlig udvikling, arbejdsrelaterede problemstillinger, livsspørgsmål, kriser samt afgrænsede psykiske problemer [Wärja, 2010].

GMKL er hidtil udelukkende benyttet klassiske musikstykker, dog ikke alle inden for GIM-repertoiret¹⁴, som i eksemplet med arien fra Händels Messias.

Vignet 3 - Ituslået vase

Samme kvinde [fra Vignet 1 og 2] ankommer nogle uger efter til musikterapi og beskriver at føle sig som en ituslået vase, der efter forsøgt reparation er blevet placeret bagerst i skabet. Hun er ikke-dissocierende og uden stemmehøring. Hun har lyst til at arbejde med dette tema i GMKL, og vi aftaler følgende tema for hendes musiklytning: forestille sig vasens stykker blive repareret, at vasen gendannes, placeres forrest og frem i lyset.

Musikvalg: fra GIM CD Imaginative spor 3,4,9 [stykkerne udgør ikke et helt GIM-program, men sammensatte stykker fra programmerne Imagery-M og Inner Odyssey].

3. Tchaikovsky, 4th Symphony [Scherzo].

Patienten oplever en meget tydelig og meningsfuld billeddannelse og kropslig fornemmelse af selv at være vasens stykker, der langsomt gendanner sig og repareres, mens hun lytter til musikken og spontant bevæger sig hertil. Hun refererer efterfølgende til sine mange fysiske ar fra selvskade i den symbolske helingsproces.

4. Mendelssohn, 5th Symphony [Andante].

Patienten føler fred og tryghed, føler at hun selv, som vase, flyttes op foran i lyset.

9. Corelli, Concerto Grosso [Adagio].

Billeddannelse og kropslig fornemmelse transformeres til barndomshjemmet i skoven, hun mærker angst, men formår stadig at nyde musikken. Overraskes over, at hun formår at bevare jordforbindelsen [undgår dissociering] på trods af angstfremkaldende billeder og erindringer.

Kvinden evaluerer: at "lytte med kroppen" og omsætte lyden til bevægelse giver en god fornemmelse af grounding og kontrol. At "lytte med kroppen" hjælper med til at fastholde fokus og koncentration og skaber et trygt rum, hvor der er plads til selv konfronterende og smertefulde følelser. Det giver en kraftfuld selvindsigt og integration af nye tanker og følelser. Det giver nye strategier til at håndtere angst. Endelig genetablerer det følelsen af håb – og en oplevelse af, at "jeg KAN gøre det!".

I Vignet 3: "Ituslået vase" valgtes stykkerne i første omgang på baggrund af kvindens aktuelle tilstand: ikke-dissocierende, tydelig fornemmelse af sig selv og motivationen til at udforske og udvikle sig. Tchaikovskys hurtige Scherzo valgtes for kropsligt at stimulere billeddannelsen af skår, der klinkes, Mendelssohns rolige og meget forudsigelige Andante valgtes for at stimulere en følelse af at blive holdt, rummet og passet på. Corellis langsomme, men varierede adagiosats valgtes med den hensigt at afrunde den musikalske rejse og stimulere til integration af følelser, krop og kognition.

14 *Et musikprogram fra det klassiske GIM-repertoire varer typisk 40 minutter og indeholder 5-7 musikstykker.*

Som det ses i vignetten, indgik mange overvejelser i forhold til valg af, mængde og rækkefølge af musikstykkerne. Kvinden gav udtryk for, at det oplevedes for langt med tre stykker, men at det samtidig var i det tredje stykke, hun oplevede at tage kampen op med fortiden og en følelse af mestring og coping. Det er sandsynligt, at to musikstykker havde været nok (måske to helt andre end de valgte med en anden dynamisk profil), men havde hun så opnået samme følelse af mestring og integration? I kvindens oplevelse ses en udvikling fra følelsen af immobilitet, dvs. fastfrysning i håbløshed, udtrykt som at være "itustlået" og "placeret bagerst i skabet" til en følelse af mobilitet. Billedeligt ser hun sig selv som vasens stykker, der repareres, fysisk mærker hun sin egen bevægelse som jordforbindelse, og mentalt oplever hun at kunne tage kampen op. Dette endda på trods af, hvad der kan antages at være dissocierede traumatiske fragmenter af traumat (repetitioner af barndomshjemmet i skoven). I beslutningen om mængden, kombinationen samt profil af de valgte musikstykker må tages højde for, hvor meget og hvad den enkelte formodes at magte i forhold til udbytte og mål. Dette kræver et omfattende kendskab til personens psykiske beredskab og evne til at symbolisere.

Sammenfatning og perspektivering

På baggrund af de foreløbige erfaringer gjort med Guidet Musik- og Kropslytning perspektiveret gennem de anvendte teorier vurderes, at sidstnævnte understøtter resultaterne fra praksis. I al sin enkelhed er metoden GMKL udviklet i dynamisk sammenspil mellem patienter og behandler, når der i klinikken opstod behov for nytænkning og udvikling af nye metoder i traumearbejdet med nærværende målgruppe, der grundet alvorlig symptomer og 'kroniske' tilstande syntes udfordrende at tilpasse relevant og kurativ behandling. En svaghed ved metoden er det begrænsede antal patienter som empirisk grundlag, hvilket har indflydelse på metodens validitet. Fortsat udvikling af metoden, evt. i form af et kvalitativt pilotprojekt, vil kunne bidrage til en større bredde af erfaringer og yderligere konsolidering.

Artiklens fokus har primært været rettet mod at belyse den teoretiske baggrund for metodeudviklingen af GMKL med det kropslige element som del af en ny variation af GIM samt GMKL som supplerende psykoterapeutisk metode i traumebehandling. Litteraturgennemgangen er funderet på mange til- og fravalg, bl.a. er fagområderne GIM og psykotraumatologi meget omfattende og kun mulige at inddrage i begrænset omfang, hvilket har indflydelse på artiklens validitet. Ved gennemgang af GIM-litteratur undrer det, at der ikke tidligere i nævneværdigt omfang har været fokus på inddragelse af det kropslige element bevægelse som del af GIM-metodens udvikling. Et muligt svar kan være, at den traditionelle GIM er udviklet med henblik på behandling af andre målgrupper med andre behov end de her fra psykiatrien beskrevne. Et andet og mere nærliggende svar kan måske findes i forståelsen af vores, jf. Bonde [2009] vestlige dualistiske opfattelse af musiklytning, der anskuer krop og bevidsthed som adskilt fra hinanden. Måske er det en forklaring på, at det i psykiatrien kan forekomme uvant at betragte kroppen som sansemodalitet og udtryksmiddel i psykoterapi, hvilket perspektiveres af Duras differentiering mellem emotion og motion ved musiklytning [2002]. I praksis spores en umiddelbar hæmmethed, en modstand eller forlegenhed over for at inddrage kroppen i terapi. Det opleves som en blottelse, der kræver overvindelse og ekstra stor tillid til den terapeutiske relation, dette at turde 'koble' kroppen på psyken eller psyken på kroppen og lade de to blive ét i den terapeutiske proces.

Set i lyset heraf kan GMKL i klassisk psykoterapeutisk forstand forekomme meget fri og eksplorativ med anvendelsen af spontan og intuitiv bevægelse. Som det fremstår i selve metodeafsnittet er

GMKL mere direktiv end GIM, idet den spontane bevægelse rammesættes af guidning og fokuseret musiklytning. Med den affektive intuitive lyttemåde, jf. Bonny [1993], støttes patienten gennem musiklytningen til at fortolke egen proces og genetablere kontakten til sig selv, og med Körlins ord, få ejerskab over sine indre symboler [Körlin, 2002]. Det er i denne proces, at det formodes, at der skabes mulighed for transformation af traumatisk billedsprog til symbolsk billedsprog med henblik på mobilisering af indre ressourcer [ibid.].

På baggrund af de læste teorier om det kropslige element, såvel set i relation til traumeteori som i forhold til musik og perception, er det nærliggende at integrere Ruuds [2007] definition af kroppen som perceptionssystem samt Rothschilds [2004] forståelse af, at kroppens reaktioner afspejler central viden om fortiden og dens betydning i behandlingsarbejdet af svært traumatiserede mennesker. Litteraturgennemgangen har vist, at inddragelse af kroppen som terapeutisk redskab på ingen måde er ny. Tværtimod synes udvalget af teorier og erfaringer at underbygge, at det er nærliggende at kombinere det kropslige element med GIM-metodens guidning og lytning til klassisk musik. Den traumerelaterede litteratur viste i afsnittet om GIM og traumebehandling, hvordan kroppen, nervesystemet og det imaginative spiller en central rolle i forståelsen af, hvordan traumer manifesterer og forløser sig. At det kropslige element i GMKL har vist at understøtte den vigtige proces fra emotionel immobilitet til emotionel mobilitet i behandlingen af de traumatiske oplevelser, bekræfter med andre ord den centrale hypotese, at traumer, der sidder fast i "kroppen, som husker", som i den beskrevne case, kan forløses gennem kropslig udfoldelse i GMKL. Således kan samspillet af de musikalske elementer skabe kropslige fornemmelser af spænding og afspænding, forhindringer og overvindelse af dem, jf. Bonde [2009]. Med GMKL-metodens tilgang er det muligt løbende at finjustere musik, guidning og bevægelse, så der kan tilstræbes det optimale arousal-niveau, der ifølge Sørensen [2006] er vigtigt for godt traumearbejde.

Set ud fra Duras [2002] vinkel foreslås, at man ved at udtrykke sig selv gennem bevægelse, lyttende til musik, stimuleres til en multimodal oplevelse af musikken på et meget dybt niveau. Hvis der i tillæg hertil suppleres med guidning og billeddannelse, kan GMKL som sådan ses som en naturlig måde at integrere forskellige sanser som den kinæstetiske, auditive, visuelle og hermed bidrage til udvikling af ny, meningsfuld indsigt og transformation.

Gennem arbejdet med denne artikel er flere nye spørgsmål dukket op, som vil have relevans for videre undersøgelse i klinisk praksis. Den benyttede metode har som nævnt været anvendt med en begrænset målgruppe som klinisk grundlag. Videre arbejde med GMKL vil kunne vise, om metoden kan operationaliseres i behandlingen af andre patientgrupper, som f.eks. patienter med depression, bipolare, skizoaffektive- og skizofreniforme lidelser samt vise, hvilke udfordringer det vil medføre. Det er muligt, at også målgrupper uden for psykiatrien vil kunne profitere af metoden, fx i behandling, som ikke er traumebehandling. Kontraindicerende for GMKL er selvsagt patienter med varige psykose lidelser og manglende virkelighedsopfattelse.

Et stadigt pågående arbejde i udviklingen af GMKL er en uddybning og videre afgrænsning af den benyttede musik. Hidtil er udelukkende klassiske stykker fra primært GIM-repertoiret blevet anvendt, men det er sandsynligt, at ikke-klassiske stykker ligeledes kan anvendes med samme resultat. Dette vil dog kræve en omfattende afprøvning og undersøgelse af musikstykkernes intensitetsprofil og karakter med øje for patientens behov og formåen. Et grundigt kendskab til de anvendte musikstykker og kombinationen af disse anses for at være en forudsætning for vellykket behandling.

Indtil nu er den verbale guidning mellem patient og terapeut fravalgt under musiklytningen i GMKL for som nævnt at støtte patientens fokus og koncentration i forsøget på at fastholde oplevelsen af kropslig fornemmelse og jordforbindelse - med mindre der opstår behov for dialog. Det kunne være et mål for videre undersøgelse at afprøve, om nogle patienter vil kunne profitere af GMKL med øget verbal interaktion, da det guidende element hermed kan forlænges fra selve induktionen inden musiklytningen til at omfatte hele forløbet. Det er anført, at musikken i sig selv er guidet. En variant kunne derfor være udelukkende at samtale mellem musikstykkerne, hvis flere afspilles. I tilknytning til musikvalget kombineret med verbal interaktion kunne overvejes, om musikstykkerne kunne udvælges løbende på baggrund af samtale mellem musikstykkerne for at imødekomme patientens behov mest muligt.

Som anført i step-by-step-metodeoversigten af GMKL, undgås bevidst induktion med henblik på ændret bevidsthedstilstand af hensyn til målgruppens symptomer. En antagelse kunne, jf. Whitehouses "unpremeditated surrender" være, at kroppen automatisk kommer i ÆBT ved fokuseret bevægelse, eller som Ruud foreslår, at kroppen under musiklytningen kommer i "ændret kropstilstand". Antageligvis stemmes sindet på baggrund af den indledende vejrtræknings- og groundingøvelse efterfulgt af den fokuserede musiklytning i relation til eget tema, så oplevelsen, udtrykt gennem kroppen, skaber en tilstand af intens fordybelse, som måske kan opfattes som ændret bevidsthedstilstand i tanker og krop. Når terapeuten empatisk eller dynamisk spejler og afstemmer patientens bevægelser i GMKL, etableres en oplevet tilstand af intens nonverbal fælles bevidsthed, som måske kan sidestilles med Ruuds (2007) "tredjehet" under henvisning til relationel psykoterapi. Denne "fælles" bevidsthed støtter tilsyneladende patienten til at forblive i nuet og ikke forsvinde i dyb ændret bevidsthedstilstand eller dissociering. Som det nævnes i afsnittet om det musikalske element er det derfor af stor vigtighed, at musikken, der udvælges specifikt til patienten, i sin form og udtryk er så konkret og rammesættende samt kropsligt forankret, at den imødekommer den ønskede billeddannelse og stimulerer en kontrolleret "ind-i-kroppen-og-sindet-oplevelse" frem for en "ud-af-kroppen-og-sindet-oplevelse".

Et relevant spørgsmål er afsluttende, om brug af GMKL forudsætter en uddannelse som GIM-terapeut, eller om musikterapeuter uden GIM-kompetencer også vil kunne drage nytte af denne metode? At guide en patient ind i og igennem musikken fordrer en stor indsigt og sikkerhed i forhold til at guide, kende og benytte musikken som co-terapeut samt i forhold til at støtte patienten til at udforske sin indre verden i forhold til et valgt fokus. Det kræver mest af alt evnen til at afgrænse og kende egen og patientens formåen/begrænsninger. Jeg vil derfor mene, at brug af Musik- og Kropslytning alias Body Listening som nævnt i afsnit om Body Listening og Autentisk bevægelse, med fordel vil kunne benyttes af alle musikterapeuter, men at Guidet Musik- og Kropslytning kræver uddannelse som GIM-terapeut, eller at man er under uddannelse hertil på niveau III og således har et omfattende kendskab til målgruppen.

Konklusion

På baggrund af denne artikel kan det afrundende konkluderes, at lytning til klassisk musik udvalgt specifikt med henblik på patientens tema og proces, fortolket og omsat til kropslig bevægelse, efterfulgt af terapeutisk samtale, kan skabe en tilstand, hvor det er muligt at gennemleve, rekonstruere og reinternalisere følelser forbundet med den musikalske erfaring, eller følelser genoplevet i musikken, og herigennem komme i kontakt med nye symboler og erkendelser. Hermed antages processen at kunne "afgifte" et musikstykke, og/eller "afgifte" angstfyldte traumatiske erindringer og

oplevelser. Sagt med andre ord kan processen måske siges at være udtryk for en genforhandlende emotionel og musikalsk oplevelse. Kliniske erfaringer viser, at patienter, der har gjort erfaringer med GMKL, har oplevet at kunne generobre følelsen af mestring og kontrol over de erfarede følelser og reaktioner.

Anvendelse af GMKL som selvstændig, nænsom psykoterapeutisk behandlingsform i psykiatrisk regi med patienter med traumerelaterede symptomer kan med andre ord fungere som et fleksibelt eksplorativt behandlingstilbud, som muliggør bearbejdning af traumer, affektregulering, internalisering, nedsættelse af angst, selvskadende og dissocierende handlinger samt forbedring af symptomer, håb og livskvalitet. Behandling med GMKL sigter mod at forebygge retraumatisering og tilbagefald.

Som anført i indledningen er udviklingen af metoden GMKL stadig i sin vorden. Det kræver tålmodighed, tid til refleksion og tillid fra patienter, som magter at indstille sig på at arbejde på denne måde i deres proces mod bedring og udvikling. Det har været et privilegium at møde patienter, som ønskede at udfordre sig selv med musikterapi i denne form - stor tak til dem.

Litteratur

Adler, J. [2002]. *Offering from the Conscious Body: The Discipline of Authentic Movement*. Rochester: Inner Traditions.

Beck, B. D. [2007]. Traume og mestring – receptiv musikterapi i ungdomspsykiatrisk ambulatorium. *Psyke og Logos*. 28 [1]: s.499-524.

Bonde, L. O., Pedersen, I. N. & Wigram, T. [2001]. *Musikterapi: når ord ikke slår til. En håndbog i musikterapiens teori og praksis i Danmark*. Århus: Klim.

Bonde, L.O. [2009]. *Musik og menneske – introduktion til musikpsykologi*. København: Samfundslitteratur.

Bonny, H. L. [1993]. Body Listening: A New Way to Review GIM tapes. *Journal of the Association for Music and Imagery* 2: s. 3-13.

Bruscia, K. E. [1998]. *Defining Music Therapy*. 2nd Ed. Gilsum, NH: Barcelona Publishers

Bruscia, K. E. & Grocke, D. [Eds.]. [2002]. *Guided Imagery and Music. The Bonny Method and Beyond*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.

Dura, M.T. [2002]. *Music Education and the Music Listening Experience*. Lewiston: The Edwin Mellen Press.

Dyhr, K. [2010]. *Bag om borderline*. København: Nyt Nordisk forlag Arnold Busck.

Herman, J. [1997]. *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books

- Körlin, D. [2002]. A neuropsychological Theory of Traumatic Imagery in the Bonny Method of Guided Imagery and Music [BMGIM]. Bruscia & Grocke [Ed.s]: *Guided Imagery and Music – the Bonny Method and Beyond*. USA: Barcelona Publishers, 2002.
- Levine, P. A. [1997]. *Waking the Tiger-Healing Trauma*. California: North Atlantic Books
- Levine, P. A. [2012]. *Den tavse stemme*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Lewis, K. [2002]. The development of training in the Bonny Method of Guided Imagery and Music [BMGIM] from 1975 to 2000. IN: Bruscia & Grocke [Ed.s]: *Guided Imagery and Music – the Bonny Method and Beyond*. Gilsum: Barcelona Publishers, 2002
- 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, AAU. Dansk resumé af Lars Ole Bonde.
www.mtphd.aau.dk/organisation/current_phd_researchers/Carola+Maack
- Moe, T. [2001]. *Restituerende faktorer ved gruppemusikterapi – baseret på en modifikation af Guided Imagery and Music [GIM]*. Ph.d.-afhandling, Institut for Musik og Musikterapi, Aalborg Universitet.
- Moe, T. [2002]. Restitutional Factors in Receptive Group Music Therapy Inspired by GIM. *Nordic Journal of Music Therapy*. special Issue: *Guided Imagery and Music – and Beyond?* 11 [2] s.152-166.
- Ruud, E. [2007]. Kropp og gester i musikalske samhandlinger. *Psyke og Logos*. 28 [1]: s.122-137.
- Rothschild, B. [2004]. *Kroppen husker: om krop og psyke i traumebehandling – nye psykologiske perspektiver*. Århus: Klim.
- Simonsen, C. [2012]. *Modoverføringsfølelser – Betydningsfulde og betydningsskabende i terapi med Borderlineklinter*. *Psyke og Logos*. Tema: *Emotioner*. Nr. 1, Årgang 33. København: Dansk Psykologisk Forlag,
- Summer, L. [1988]. *Guided Imagery and Music in the Institutional Setting*. St. Louis: MB Music.
- Sørensen L. J. [2006]. *Smertegrænsen – traumer, tilknytning og psykisk sygdom*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Thellefsen, C. [2007]. *Kunstmalerens datter*. Hellerup: Forlaget Dokumentas.
- Thorgaard, L. [2009]. *Relationsbehandling i psykiatrien. Dynamisk psykoseforståelse og dynamisk relationsbehandling*. Bind III, Stavanger, Hertevig Forlag.
- Unkefer, R. F. & Thaut, M. H. [2005]. *Music Therapy in the Treatment of Adults with Mental Disorders Theoretical Bases and Clinical Interventions*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Wärja, M. [2010]: *Korta Musikresor [KMR]*. Kungl. Musikhögskolan i Stockholm.

Andet:

Bonde, L.O. & Thomasen, E [2011]. *Kompendium GIM uddannelsen*.

DSM IV. Diagnostic Criteria. American Psychiatric Association. Washington 1994

Rudstam, G. [2012]. *Trauma and Spirituality in GIM work*. PowerPoint fra foredrag på Europæisk GIM konference 2012, Vadstena, Sverige.

Wikipedia: http://en.wikipedia.org/wiki/Authentic_Movement 22.11.2012

WHO ICD-10 Klassifikation og diagnostiske kriterier. Munksgaard, København 199

HUR LÅTER DET DU HAR VARIT MED OM?

– Musikterapi med barn och ungdomar med erfarenhet av potentiellt traumatiserande händelser

”Barn och ungdomar som upplevt potentiellt traumatiserande händelser är en betydelsefull grupp att uppmärksamma och satsa på, så att deras hälsa och psykiska växt hamnar i gynnsamma utvecklingsspår. Detta framförallt för deras egen skull, men också för de människor som påverkas av deras liv, nu och i en kommande framtid”.

Hillevi Torell



HILLEVI TORELL.

Hillevi Torell är utbildad musikterapeut från Kungliga Musikhögskolan i Stockholm samt fil. mag. leg. psykoterapeut för barn och ungdom. Hillevi arbetar på Centrum för Introduktion i Skola, en mottagningsenhet för nyanlända barn och ungdomar i Uppsala kommun, är privatpraktiserande psykoterapeut/musikterapeut samt arbetar med konsultation och utbildning

Abstract

Med tilladelse fra forfatter og forlag præsenterer MIPO her et kapitel fra den svenske bog: Gerge, A. [red.] [2013] *Vad har du varit med om? PTSD och dissociation hos barn och unga. Förekomst, diagnostik och behandling.* Stockholm: Insidan.

Bogen udkommer i efteråret 2013.

introduktion

Jag är musikterapeut och legitimerad psykoterapeut med inriktning mot barn och ungdom. Idag arbetar jag på Centrum för Introduktion i skola (CIS), en mottagningsenhet för nyanlända i Uppsala kommun och därutöver som privatpraktiserande psykoterapeut. I det här kapitlet vill jag belysa musikterapiens ämnesområde när det gäller behandling av barn och ungdomar som upplevt potentiellt traumatiserande händelser.

”Hur låter det du har varit med om?” är rubriken för mitt kapitel, vilket är en modifiering av bokens titel. Rubrikens fråga kan associeras med inställningen att lyssna och vara lyhörd för det som sker bortom språket som kommunikationsmedel. Det är sannolikt ett förhållningssätt vi som psykoterapeuter kan ha, utan att vara vare sig musikterapeuter eller blanda in musik i psykoterapi. Kunskaper från musikterapiens ämnesområde kan vara av värde då vi som terapeuter, oberoende av metodisk inriktning, försöker förstå vad som kan hjälpa våra patienter. När det gäller frågan om vad som egentligen är verksamt i psykoterapi är forskare och psykoterapeuter idag mer intresserade av hur olika terapier har effekt och vilka faktorer i en, flera eller alla terapimetoder som ger förbättring, snarare än vilken terapiform som är mest effektiv (Philips, Holmqvist 2008). Det är i den andan detta kapitel är skrivet.

Vad är musikterapi

Musik som terapeutiskt redskap har uråldriga rötter som går tillbaka till antiken (Wigram et al 2002). Som profession etablerades musikterapi i USA efter andra världskriget i rehabilitering av hemvändande soldater där insatser gjordes på det fysiska, sociala och emotionella området (Hallam et al 2009). Musikterapi är i vår tid en internationellt etablerad behandlingsform. I de flesta europeiska länder vilar musikterapeuters professionella identitet på en humanistisk, psykodynamisk och musikpsykologisk grund (Wigram et al 2002). Världsorganisationen för musikterapi (WFMT) har sedan 2011 fastslagit följande definition för musikterapi:

”Musikterapi är den professionella användningen av musik och dess element som intervention i medicinska, utbildningsmässiga och vardagliga miljöer, riktad till individer, grupper, familjer eller andra gemenskaper i samhället med syftet att optimera livskvalitet och förbättra fysisk, social, kommunikativ, emotionell, intellektuell och andlig hälsa och välbefinnande. Forskning, klinisk yrkesutövning, utbildning och praktik i musikterapi är baserad på professionella normer i enlighet med kulturell, social och politisk kontext” (WFMT, 2011/ översättning från engelska av Hillevi Torell).

I avhandlingen ”Meningen med att gå i musikterapi” (2011) ger musikterapeut Ann Sofie Paulander en ingående beskrivning av de tre olika musikterapiinriktningar som finns i Sverige idag: Psykodynamiskt grundad musikterapi, Guided Imagery and Music (GIM) och Funktionsinriktad musikterapi (FMT). Den förstnämnda beskrivs innehållsmässigt som ett bredare integrativt ämnesområde, medan de två sistnämnda karaktäriseras som musikterapeutiska metoder. Då min hemvist är den psykodynamiskt grundade musikterapien, och min framställning följaktligen bygger på den, vill jag kortfattat utveckla beskrivningen av denna. Fortsättningsvis syftar benämningen musikterapi på denna inriktning om inte annat anges.

Psykodynamisk musikterapi

Inom psykodynamisk musikterapi arbetar terapeuten både med grupper och individuella terapier. I gruppverksamhet finns ofta musikterapeuten tillsammans med en medhjälpare. Både aktivt musicerande och receptivt musiklyssnande är moment som förekommer i musikterapi. När det gäller teori och metodik är musikterapiinriktningen integrativ och rör sig inom ett brett område. Den gren av psykodynamisk musikterapi som min musikterapeutiska verksamhet står i störst överensstämmelse med, är den analytiskt orienterade musikterapin (AOM). Benämningen att musikterapi är analytiskt "orienterad" indikerar att även andra teoribildningar än den renodlat psykoanalytiska inbegrips. I AOM är musikterapeuten, patienten och musiken i fokus för förståelsen av den terapeutiska processen, där överföringsfenomen och relationen mellan terapeut och patient är av betydelse. Under en session förekommer inte enbart musik. Verbalt reflekterande är med på något stadium under sessionen för att medvetandegöra deltagarens inre upplevelse som skapats under musikaliska aktiviteter [Wigram et al 2002]. Ursprungligen härstammar den analytiska musikterapin från den engelska violinisten Mary Priestley som på 1970-talet förenade 246 Vad har du varit med om? psykoanalys och musicerande. Musikalisk improvisation är ett centralt inslag liksom musikaliskt skapande i olika former, se vidare Paulander [2011].

Potentiellt traumatiserande händelser

Mina exempel från musikterapiområdet har i det här kapitlet sin utgångspunkt huvudsakligen i erfarenheter från unga nyanlända flyktingar. Men musikterapi kan naturligtvis även riktas till gruppen barn och unga som helhet. Traumatiska erfarenheter kan ha sin orsak i yttre samhälleliga förhållanden, vilket är vanligt förekommande bland flyktingar. Men de kan också ha sin upprinnelse i nära intima relationer under uppväxten och handla om långtgående omsorgssvikt, förhållanden vi kan finna i familjer i vårt samhälle i stort liksom i övriga världen. Vi kan egentligen inte förutsäga vilka händelser som är traumatiserande. Hur en individ påverkas av händelsen i sig avgör om den kan benämnas traumatisk eller inte. En viss sorts påfrestning ger inte alltid en viss sorts reaktion. Individens motståndskraft och hans eller hennes sårbarhet är av betydelse. Sårbarhetsfaktorer kan vara av både genetisk och utvecklingspsykologisk art. Mot denna bakgrund kan händelser som inträffar och förhållanden som råder ha potential att vara traumatiserande eller inte för en individ.

Centrum för Introduktion i Skola, CIS är en mottagningsenhet för nyanlända. Ibland brukar jag tänka på det som en första port som barn, ungdomar och föräldrar träder in i på sin väg till det svenska skolsystemet. Jag möter i mitt arbete där ungdomar i åldern 16–20 år. De kommer från otaliga länder. De har varierande skolbakgrund och bär alla på en egen berättelse som är färgad av mångskiftande uppväxtmiljöer, samhällsstrukturer och livsvillkor. Situationerna i många av ungdomarnas hemländer är sådana som skapar flyktingströmmar. Mer än 50 procent av de ungdomar jag möter är i dagsläget ensamkommande flyktingbarn. Utan att veta exakt vad varje individ i gruppen nyanlända varit med om, kan vi räkna med att det i gruppen som helhet finns erfarenheter av potentiellt traumatiserande händelser.

Trauma, barndom, adolescens och vuxenliv

Enligt FNs barnkonvention är barn varje människa under 18 år. Men gränsen mellan barndom och vuxenvärld är inte glasklar i verkligheten. På CIS kan jag ibland fundera över om det verkligen kan vara så, att denne unge man som ger ett sådant moget intryck inte är mer än 16 år? Jag möter

då ett barn som alltför tidigt fått ta en vuxens ansvar på grund av ansträngande och svåra förhållanden i familj och/eller samhälle. Detta har oftast skett på bekostnad av den egna barndomen. Vid andra tillfällen kan det yviga intrycket av en 20-åring rimma bättre mot ett barns beteende än den vuxne han eller hon förväntas vara, kanske just därför att behovet av lek är så stort. I mina möten med barn och ungdomar som är nyanlända har jag dessutom erfarit, att det mycket lilla barnet i det inre, oberoende av den ungas biologiska ålder, kan göra sig påmint i nuets utsatta position, där man lever sitt liv långt borta från en välkänd miljö i ett helt främmande land. Vaggvisor kan tyckas vara en repertoar som inte lämpar sig särskilt väl för en ungdomsgeneration. Ändå kan det bli mycket tyst och stilla då "mycket stora barn" med inlevelse och andakt sjunger med i en vaggvisas hållande tongångar.

Att som barn eller ung person uppleva överväldigande händelser utgör i sig självt en riskfaktor för att utveckla PTSD. När barn och ungdomar infinder sig i terapirummen behöver vi hitta olika sätt att möta dem. Framförallt behöver vi hitta de sätt som över tid förmår integrera viktiga funktioner i hjärnan som leder till utveckling och hållbar identitetsuppfattning, se vidare Hart (2008), när sådana funktioner skadats eller avstannat på grund av tillstötande traumatisering. Ju yngre barnen är då de får möjlighet till behandling desto större möjligheter finns för reparation.

Adolescensen benämns som tiden mellan vuxenliv och barndom. Adolescensen brukar sägas infalla mellan 10 och 19 år, men WHO sätter den övre gränsen vid 25 och talar således om tidig, medel och sen adolescens (McFerran 2010). Människans hjärna är inte fullt utvecklad förrän vid 25 års ålder (Doidge 2007) och det är därför rimligt att ha adolescensen som riktmärke i tiden när vi bestämmer oss för var gränsen för behandlingsinsatser i ungdomsåren ska gå. Det är av största vikt att den som behöver psykoterapeutiska insatser på grund av traumatiska upplevelser får det, så att den utveckling som eventuellt avstannat kan komma igång igen innan stegen ut i vuxenlivet ska tas.

Frågan "Vad har du varit med om?" i hälsofrämjande och förebyggande arbete samt i behandling

Musikterapi på CIS sorterar organisationsmässigt under elevhälsa. I vår nya skollag (SFS nr: 2010:800) beskriver man att elevhälsan ska vara förebyggande och hälsofrämjande. Den ska handla om medicinska åtgärder men också om psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Elevhälsan i stort ska verka för att undanröja hinder för inläring och stödja eleven i att nå utbildningens mål.

Den direkta frågan vad en patient varit med om i form av traumatiska händelser faller sig naturlig inom ramen för ett behandlingssammanhang där utforskande av ett trauma pågår. I de sammanhangen behöver vi som behandlare dock alltid göra överväganden som handlar om när det är dags att börja bearbeta traumatiska minnen (Rothschild, 2000, Herman, 1992). I musikterapi på CIS används inte musik med syftet att nå traumatiska minnen, utan interventionerna är av stärkande och stödjande slag. Psykosocialt krisstöd behövs för människor som upplevt traumatiska upplevelser (Hammarlund 2012), och särskilt för dem som flytt hit. De måste innan de utforskar sina trauman många gånger först ha hjälp med att förstärka sina försvagade resurser, för att klara av de höga krav som emigrationen till ett nytt land innebär (Bravo & Lönnback 2003).

Reaktioner och uttryck för traumatisk stress ger sig emellertid inte enbart tillkänna under de tider och på de platser där tider bokats för behandling av ett trauma. För att låna undertiteln på Françoise Davoine och Jean-Max Gaudillières bok *History beyond trauma* (2004) som lyder: "Whereof one can-

not speak, thereof one cannot stay silent” – Det vi inte kan tala om kan vi ändå inte vara tysta om. I direkta möten med unga människor, där det finns en bakgrund av potentiellt traumatiserande händelser, kan frågan vad någon varit med om hjälpa oss att uppmärksamma det som inte sägs och uttalas verbalt, men ändå kommuniceras. Den som lider av traumatisk stress bär sina uttryck med sig i tid och rum. När bågaren rinner över för den som drabbats är det viktigt att psykotera-
peutisk kunskap finns på plats. Genom att fånga upp det som låter och märks, kan uttryck av inre eller yttre kaos omvandlas till meningsfull kommunikation. Den sortens uppdrag faller under musik-
terapiens verksamhetsfält på CIS. På ett övergripande plan kan tänkandet runt frågan ”vad någon har varit med om” påverka hur vi skapar förhållanden som gynnar dem som har varit med om potentiellt traumatiserande händelser. Frågan har inflytande på hur strukturer runt människor som upplevt sådana händelser utformas. Valfungerande organisation t ex inom skola och vård med nyckelord som tydlighet, förutsägbarhet, kontinuitet och stabilitet är grundförutsättningar för ett gott bemötande av traumatiserade individer. På så sätt kan ytterligare påfrestande händelser som slår mot redan utsatta individer och utgör riskfaktorer för utvecklandet av traumatisering motverkas. Vi vet att för litet eller inget stöd samt nya stresspåslag efter traumatiska händelser är riskfaktorer för utvecklandet och kronifierandet av PTSD.

Den musikaliska hjärnan och trauma

Musik och emotion är nära förbundna med varandra. Många av oss har våra favoriter inom musikens värld – den där låten eller det särskilda musikstycket som väcker minnen, förknippas med känslor och händelser av betydelse i våra liv. I ett forskningsprojekt har Alf Gabrielsson, professor emeritus i psykologi, undersökt starka musikupplevelser för att se vad sådana upplevelser kan innehålla, vad som ligger bakom dem och vilken betydelse de kan ha. Han kom fram till att musiken som element i upplevelserna många gånger var den främsta orsaken till människors starka upplevelser, men att även växelspelet mellan musik, människa och situation är av största vikt och skapar oändliga varianter av upplevelser av olika slag [Gabrielsson, 2008]. Perspektivet får oss att förstå att en viss sorts musik inte alltid ger en viss sorts effekt eller reaktion. När vi studerar hur musik verkar som terapeutiskt verktyg behöver vi belysa ämnet från olika utgångspunkter och med olika förståelseperspektiv.

Den neurologiska synvinkeln som handlar om hur själva musiken bearbetas i hjärnan är av betydelse just när det gäller erfarenheter av traumatisk art. Hur musik hanteras av hjärnan är ett mycket komplext forskningsfält. Vi berörs känslomässigt av musik och när det sker aktiveras de delar av hjärnan som är utvecklingsmässigt gamla, t ex det limbiska systemet [Fagius 2001]. Limbiska systemet är funktionellt knutet till känslor och minne. Systemet belönar beteenden som leder till överlevnad och hjälper oss att klara hotande och farliga situationer [Hart 2008]. Att lyssna på musik kan ha en belönande och förstärkande effekt [Rudstam 2010]. Dessutom kan det limbiska systemet öka utsöndrandet av substanser som t ex endorfiner, vilka får oss att må bra [Swallow 2002].

Men musik kan också ha motsatt inverkan. Musik kan väcka känslor av ångest och rädsla. Jag har emellanåt i min verksamhet lagt märke till att överraskande ljud, såsom ett plötsligt rasslande från en maraccas eller en oväntad rytmisk figur i klassisk musik kan ha förmåga att framkalla minnen av farofyllda och otäcka situationer i det förflutna. Detta kan ske utan att det finns en musikterapeutisk intervention som medvetet adresserat sådana minnen. Neurologen Michael Swallow uttrycker att musikterapeuter har ett verktyg som ger dem direkt tillgång till emotionernas värld där också hotfulla och obehagliga minnen finns [Swallow 2002]. I musikterapeutisk behandling av trauma finns

följaktligen också olika tekniker som en musikterapeut kan välja att använda. Detta särskilt för att nå omedvetna nivåer för utforskande [Amir 2004].

Jag kommer nu att öppna dörren till musikterapiummet på CIS och ge en vinjett därifrån för att därefter stanna upp vid några aspekter av det musikterapeutiska arbetet samt förmedla några reflektioner på temat musikterapi för barn och unga i samband med psykisk traumatisering.

Edo och den ensamma elefanten

Edo är flykting från ett utomeuropeiskt land i krig. Han är 16 år och har anlänt utan anhöriga till Sverige. Hans far och en bror är döda och en bror är försvunnen. Hans mor och en syster är kvar i hemlandet. Edo väntar på asyl. I skolan har han inlärnings- och koncentrationssvårigheter. Han fungerar inte socialt med kamrater. I musikterapiummet har han ofta valt att spela piano på ett improviserat sätt. Självt brukar jag samspeja på gitarr, flöjt eller något rytminstrument. Ibland vill han spela ensam. Musikterapisessionen som beskrivs nedan är den åttonde av sammanlagt 20 sessioner.

Edos ansikte är blekt och ögonen har stora svarta ringar. Han är märkbart trött. Han verkar samtidigt uppskärnad. Han stirrar på mig. Han verkar inte riktigt närvarande och mina försök till kontakt känns trevande. Jag undrar vad han vill göra idag och han rycker på axlarna. Det blir väldigt tyst mellan oss. Tiden som går känns lång i rummet. Till slut rör han sig mot pianot och slår sig ned. Självtar jag gitarren.

Hans toner börjar vandra. Det går lite långsamt och han verkar leta sig fram till något slags mönster eller någon form. Jag försöker hitta passande ackord och en hållande rytm som förbinder vårt spelande. Vi delar ganska snart en gemensam rytm, en puls där våra slag sammanfaller i tiden. Musiken som skapas i stunden är enkel, men finstämd och harmonisk. Den börjar hitta någon slags struktur och flyter på i ett lugnt tempo. Jag är snart liksom han inne i den. Han känns nu borta från mig, har glömt min närvaro trots att vi spelar tillsammans och delar den värld som tonerna skapar. Jag sneglar på honom ibland. Jag slås av att ansiktet är avslappnat nu, munnen lite halvöppen, ögonen riktade på pianots tangenter, lyssnande. Han verkar drömsk, som ett barn som är inne i sitt, på avstånd från omvärlden. Det råder ett vilsamt tillstånd över det hela och jag får en känsla av ro. Det känns som om musiken omsluter honom, som om han för ögonblicket är trygg. Det är en märkbar skillnad mot det jagade ansikte jag nyss mötte.

Vi sitter i fåtöljerna och talar om musiken. Jag undrar vad han tänkte på eller såg i sitt inre då han spelade. Han berättar om en stor elefant. Den har kommit bort från sin flock och hittar inte grässlätten där de andra är. Elefanten längtar och är ensam. Den tänker på slätten med det höga gräset och vill vara där. Han beskriver det gröna gräset, himlen, solen, värmen och tryggheten där den brukar vandra. Vi går in i bilden och börjar ett metaforiskt samtal om elefanten. Vad den känner. Hur den kan tänka på sitt hem och hur den ska hitta dit. Vad den behöver just nu. Vi befinner oss i känslan av hur elefanten har det och en verbal berättelse skapas i stunden om den. Jag ber honom ge musiken vi tidigare har spelat tillsammans ett namn. Han vill kalla den "Den ensamma elefanten".

Lite senare berättar Edo att han är rädd. Han är rädd på kvällarna och kan inte sova. Han är rädd för mardrömmarna. I går såg han på TV-nyheterna att en bomb smällt på ett torg i hans hemstad. Många på torget dog. Han tänker på sin mamma och lillasyster som fortfarande bor där. Var de på torget? Är de döda? Han kan inte ringa. Han har ingen kontakt. Nu förstår jag bättre min känsla av honom då han kom. Då var han inte alls närvarande i musikterapiummet. Istället sprang han, i sin

inre föreställningsvärld, skräckslaget och förtvivlat omkring på torget i sin hemstad och letade efter resterna av en sönderbombad familj.

Vi gör avslutningsvis en andnings- och rörelseövning. Vi står på golvet och han får härma min andning från magen. Vi sträcker på oss, på hela kroppen och slappnar av i ben och armar. Jag sätter på en lugn musik och ger honom två sjalar och tar själv två. Vi rör oss i rummet, går till musiken, andas, gör vida cirklar i luften med schalarna. Vi imiterar varandra växelvis. Det är som en slags dans. Det är lite genant men samtidigt roligt. Nu ler han. Möter blicken. Nu är han här och inte där. Senare när han går ser han glad och avspänd ut. Inom mig känns det hoppfullt.

Reflektioner

Många inslag i musikterapi har likheter med andra terapiformer. Det kan handla om den hållande miljön, ramar, terapeutiska förhållningssätt, det narrativa samtalet som ju också förekommer i musikterapi, terapins kontinuitet i tiden för att nämna några exempel. Men vad är speciellt för musikterapi och då med särskilt hänseende på trauma och unga människor? Med vinjetten som utgångspunkt vill jag lyfta fram några specifika musikterapeutiska karaktäristika och utveckla dem något.

Musik och lekande

Vad lek är har framställts av D.W. Winnicott i *Playing and reality* [1999]. Det lekande barnets tillstånd utifrån Winnicotts beskrivning, påminner mycket om skildringen av musicerandet i vinjetten. Liksom ett lekande barn är den musicerande Edo i stunden försjunken i sitt spelande. Han kan inte lämnas, men inte heller störas. Samspelet kan liknas vid ett lekområde i Winnicottsk anda - ett mentalt fält som varken försiggår enbart i Edos eller i en yttre reell verklighet, även om musiken och spelandet händer i rummet i stunden. Fortsättningsvis beskriver Winnicott [ibid] att lek är ett slags drömliknande tillstånd, där verklighetens fenomen manipuleras och får drömlika betydelser och känslolöshet. Det finns ett delande i leken och tillit mellan de lekande. Allt detta påminner om det som försiggår i vinjetten. Winnicott karaktäriserar också lek som en lustfylld sysselsättning även när höga ångestnivåer aktiveras. När ångesten blir outhärdlig bryts dock leken.

Barn som utsatts för eller bevittnat händelser som skapar outhärdlig ångest kan ha mycket svårt att leka [Wieland et al 2011]. Därför är det betydelsefullt att i terapeutiska sammanhang med barn som lider av traumatisk stress få igång den sönderslagna leken. Ångestnivån hos Edo är i början av sessionen mycket hög. Han är också avsevärt avskärmad. Men han finner ett lekutrymme som blir en slags fristad från stress. Därefter blir länken till verkligheten starkare. Då blir det också möjligt att benämna det som tidigare inte var möjligt att sätta ord på. Winnicott [1999] menar att vi leker genom hela livet, även om formerna för leken varierar under livets gång. Musik kan betraktas som en slags lek. Inte vid någon annan tid i livet spelar musik en så central roll som under adolescensen [McFerran 2010]. Musik som en slags lek lämpar sig därför väl i psykoterapeutiskt arbete med just unga människor.

Musikupplevelse och den goda platsen

Som tidigare beskrivits kan musik ge upphov till starka emotionella upplevelser. Gabrielsson [2008] visar i sin forskning att ett av många kännetecken i starka musikupplevelser är att de kan ge upphov till inre bilder. Detta sker också för Edo då han spelar. I sitt inre ser han den ensamma elefanten. I samtalet som följer på musicerandet bryts inte den symboliska dimensionen genom att terapeuten verbaliserar att elefantens situation liknar Edos egen. I stället bidrar terapeuten till ett verbalt utforskande av symbolen genom att den inre bilden får delas i det mellanmänniska. Ett respektfullt utforskande och delande av de känslor och tankar som den inre bilden väckt sker, där symbolen be-

varas. Jag gör alltså inte någon tolkning. Men här kan sägas att elefanten i en tolkning mycket väl kan tänkas symbolisera Edos egen längtan efter en plats av ro, trygghet och hemmahörande. Det anknyter till att vi människor vill springa hem till vårt "bo" när vi varit med om överväldigande händelser för att få den näring och omsorg som behövs. För Edo, flykting och ensamkommande till Sverige, finns inte längre detta "bo". I stunden blir musikterapi dock en plats och ett tillfälle att i ett möte med en annan människa erfara ett mer fridfullt tillstånd.

Vinjetten speglar att Edo, som ursprungligen varit med om traumatiska händelser, är sårbar för ytterligare händelser. Dessa utgjordes vid det beskrivna tillfället av TV-reportaget från hemlandet och omständigheten att han liksom elefanten befinner sig i en ny miljö som är mycket olik hans egen ursprungliga. Han är också otrygg och osäker då han går i väntan på asyl. Musikterapi blir i Edos fall en plats där han får en stunds ro, kan vila och får uttrycka sig över sin situation innan han går vidare på sin vandring.

Musiken som spelas av Edo låter enkel, lugn, finstämd och harmonisk. Under spelandet befinner sig Edo också i ett tillstånd som andas mer av ro än stresspåslag. Edos förmåga att finna vägen till tröst och hjälp i stunden kan sägas vara god. Så är dock inte alltid fallet för alla barn och ungdomar som lider av psykisk traumatisering. I psykoterapi kan vi behöva hjälpa dem med att frammana minnet av en god plats de upplevt i livet där de varit trygga och sig själva utan risk för inträngande faror [Rothschild 2000, Gerge 2009]. När jag arbetar som musikterapeut bland ungdomar som upplevt och upplever traumatisk stress får de därför emellanåt lyssna på musik med instruktionen att tänka på en god plats de föreställer sig eller minns. Därpå följer målning och ritning samt ett berättande om den goda platsen. Tillsammans talar vi om det positiva med att tänka på den egna goda platsen till egen vald musik och hur de kan använda detta i stunder av stress, nedslagenhet och oro. Detta kan hjälpa ungdomarna att bryta ett stresspåslag s.k. "hyperarousal" som annars kan överväldiga i vardagen.

Musik och traumatid

Inledningsvis befinner sig Edo i ett tillstånd som påminner om att vara i pågående traumatid (van der Hart et al 2010) eller i ett vaket traumainducerat transtillstånd (Gerge 2009), där en individ i nuet upplever samma känslö- och anspänningstillstånd som fanns i det förflutna. Detta tillstånd är inte alldeles ovanligt i skolsammanhang med ungdomar som har liknande bakgrund som Edo. Det är inte svårt att föreställa sig att de har bekymmer med socialt samspel, koncentration och inläring.

Senare musicerar Edo på ett improviserat sätt med musikterapeuten. Musikterapeut Gary Ansdell menar att musikalisk improvisation innebär att lyssna, att vara uppmärksam och att våga skapa, vilket innebär att befinna sig i nuet (Ansdell 1995). Enligt det synsättet kan man säga att det tillstånd Edo inledningsvis befinner sig i bryts genom övergången till musikaliskt samspel. Han befinner sig under musicerandet inte längre i pågående traumatid. Skulle han ha gjort det skulle ljuden av hans musik ha låtit helt annorlunda, och förmodligen hade ett samspel med ömsesidigt utbyte varit svårt att få till. Avslutningsvis lyssnar han på lugn musik där han tillsammans med musikterapeuten rör sig till musik på ett lekfullt sätt, på avstånd från traumatid men med närvaro i nuet. Musik har funktionen att skapa samspel i nuet, men kan också föra en människa tillbaka till dåtidens både goda och svåra erfarenheter. Musik har förmågan att väcka minnen av implicit omedveten karaktär och kan därför användas i musikterapi i bearbetning av traumatiska upplevelser. Men musikalisk verksamhet kan också ha funktionen att bryta nivåer av ångest och återföra en förtvivlad och anspänd människa till en värld av samspel, lek och relaterande.

Trauma och normalitet

Allas vår "normala" vardag har en särskild rytm som vi tar för givet och upplever som naturlig. Inom ramen för det normala finns förutsägbarhet och kontinuitet. Svårare känslor och emotionella tillstånd kan komma och gå, men vi befinner oss trots detta inom gränserna för en slags normalitet. Vår vardag kastas inte omkull och vi faller inte samman. Vardagen flyter på och genom uppprepning skapar vi inom oss en känsla för vad som är normalt. Ofta rymmer vår egen upplevelse och våra känslor av vad som är normalt hyfsat med andra människors uppfattning i vår omgivning och vi kan dela våra erfarenheter och känna igen oss i varandra. Detta skapar trygghet och en känsla av identitet i varandet. Det är just detta som slås sönder av en traumatisk händelse, och känslan av "det normala livet" behöver således upprättas. I samband med migration och flykt kommer dessutom vad som är "vanligt" att behöva omprövas.

Tanken på en vardagens "normalitet" kan associeras med benämningen "känsla av permanens", som professor Aaron Antonovsky (1991) stannat upp vid i formulerandet av hälsoskapande faktorer. En känsla av permanens bygger på en tro eller uppfattning om att centrala och värdeladdade element i livet är stabila och bestående. Nyckelord i resonemangen om hur en sådan "känsla av permanens" skapas är rutiner, rytmisk aktivitet, ritualer, repetitiva beteenden och upplevelsen av oss själva som kompetenta och pålitliga [ibid].

Terapi kan betraktas som en permanensskapande aktivitet. Ramar för terapeutisk verksamhet som regelbundenhet i rum, tid och plats är självklara och tydliga exempel på fenomen som frambringar permanens. I just musikterapi finns också möjligheter för klienten att själv befinna sig i tillstånd som är rytmiska till sin karaktär, genom musikalisk aktivitet som att spela, lyssna på eller röra sig till musik. Sång är ett annat gott exempel på en permanensskapande aktivitet i musikterapi, vilket även beskrivits utgöra ett betydelsefullt inslag i musikterapi bland traumatiserade barn i flyktingläger i Kenya [Otieno 2000]. Att sjunga tillsammans är ett vanligt förekommande inslag i musikterapi i grupp på CIS. Många av sångerna blir återkommande moment som känns igen i tiden, och kan sägas utgöra ett slags repetitivt rituellt inslag inom ramen för permanensskapande.

Vilken betydelse regelbundna återkommande musikupplevelser i vardagen har i ett hälsoperspektiv resonerar stressforskaren och professor i psykosocial miljömedicin Töres Theorell om. Han för in både biologiska och psykologiska perspektiv och tänker sig att sådana musikupplevelser kan tänkas dämpa intensitet och uppvarvningsreaktioner i kroppen. Vidare kan de möjligen förstärka kroppens anabolism och reparationsförmåga. Detta i sin tur ökar förmågan att klara av uppvarvningsreaktioner rent biologiskt. Psykologiskt kan förändringar äga rum i fråga om förmågan att bemästra problem där förbättrade förväntningar och handlingsstrategier skapas i belastande situationer [Theorell, 2009]. I vinjetten befinner sig Edo utanför gränserna för vardagens normalitet då han kommer in i musikterapiummet, fångad av sitt stresspåslag. Företeelsen att kontinuerligt få komma till musikterapi, att träffa en och samma musikterapeut, att lära känna möjligheterna till musikaliska uttryck i musikterapiummet - allt det kan i sig självt utgöra ett fenomen som skapar förutsättningar för en känsla av permanens. Om vi betraktar innehållet i sessionen tar Edo ett initiativ till att spela, vilket utvecklar händelseförloppet. Så småningom verbaliserar och delar Edo även i samtalsform sin starka rädsla. Mot slutet av sessionen deltar han i den dansande aktiviteten, där relaterande finns med ögonkontakt och lekfullt speglade i nuet. Edos tillstånd i sessionen kan sägas övergå mer till ett som ligger närmare upplevelsen av ett varande i vardagens normalitet.

I musikterapi kan en och samma musikterapisession både innehålla moment som handlar om bearbetning och hälsobringande moment där permanensskapande musikaliska aktiviteter äger rum. En återföring till det "normala" kan ske genom lyssnande/skapande av lugn musik som syftar till att patienten kan lugna sig igen och komma i besittning av känslor som handlar om stöd, skydd och ro.

Tystnad, trauma och musik

Många tänker sig nog att en musikterapeut är fokuserad på enbart ljud och hur de kan förstås. Men just därför att musik är hörbar, kan en musikterapeut också ägna en hel del intresse åt det som inte hörs – tystnaden mellan ljuden. Tystnaden finns hos Edo inledningsvis. Jag tänker på den som en inre upplevelse av avstånd och kontaktlöshet. Avstånd finns och bruten kontakt råder till hans familj och ursprungsmiljö. Tillståndet i hans hemland flimrar förbi som ett kort inlägg på nyheterna och han är själv långt från händelserna där. Edos emotionella tillstånd av ångest har försatt honom på avstånd också till den yttre verklighet där han för ögonblicket befinner sig. Han är inte hos mig i musikterapiummet annat än i fysisk bemärkelse.

Tystnad är ett av musikens element. Den har ett innehåll som skapas i mellanrummet mellan den musik som nyss hördes och det som komma ska. Tystnad skapar dynamik mellan toner och avsnitt i musik. Pausen leder till att olika känslor föds hos den som lyssnar: spänning, förvåning, förväntan, frustration, eftertanke, bara för att nämna några. Trauma och tystnad har med varandra att göra. Svaret på frågan "hur låter det du har varit med om?" är emellanåt just tystnad. Om den som kommer till musikterapi inte säger någonting och inga ansatser finns att göra något av det musikaliska som erbjuds blir det tyst. En sådan tystnad kan ibland utgöra ett uttryck för undvikande och sänkt anspänning och kan kanske förstås som kommunikation av känslomässig och kroppslig stumhet, tomhetskänslor, isolation och/ eller oförmåga att känna sina egna känslor. Allt detta är mycket vanligt hos traumatiserade människor och är väl beskrivet i tidigare kapitel i boken. Kanske behöver tystnaden delas en tid i musikterapi, men på sikt är den musikterapeutiska intentionen att försöka fånga en impuls, försöka hitta en ingång eller, i Winnicotts ordalag, få patienten att gå från ett tillstånd av att inte kunna leka till ett där han eller hon kan leka (Winnicott 1999).

Lorenz bär på en annan sorts tystnad. Honom möter jag också kontinuerligt i musikterapiummet. Han kastar sig direkt på trummorna. Han binder fast tamburiner på händer och fötter och rasslar med frenesi. Hans röst skriker mer än den sjunger och det sker utan paus. Han väntar inte in. Han kör på och det går fort. Jag tänker på hans spelande och sjungande som på musik där tystnaden som han egentligen bär på är förvisad. Tystnaden får inte finnas, därför att den påminner honom om upplevelsen av död. Vid varje paus tränger sig minnena på. Hans upplevelse av pågående traumatid kommer till uttryck både i avsaknaden av pauser och i ljudkaraktären på hans musik. I musikterapi handlar den stora utmaningen för mig som terapeut om att på något sätt möta upp i den kaotiska ljudmassan. Jag försöker hitta ansatser som med tiden kan skapa ett begynnande samspel, vilket kan leda vidare till pausen som så väl behöver infinna sig för Lorenz, och tolereras av honom.

Dissociation är ytterligare en slags tystnad där det fasanfullt upplevda avskilts från medvetandet. Neurologiska synsätt ger vid handen att tidiga emotionella erfarenheter av hotande eller stressfylld karaktär kan ha en tendens att bli osymboliserade och språklösa (Hart 2009). För exempel på musikterapi för bearbetning av t ex sexuella övergrepp i barndomen och andra överväldigande trauman, se Amir (2004, 2007).

Sammanfattning och några avslutande ord

Jag har givit några exempel på hur musikterapiens kunskapsfält och metodik kan bidra till både verksamheter med hälsofrämjande och förebyggande syfte och i behandlingssammanhang, där utforskande och bearbetning av ett trauma pågår. På ett övergripande plan passar musikterapeutiska metoder väl i psykoterapeutiskt behandlingsarbete med människor som upplevt potentiellt traumatiserande händelser. Musik som ett sätt att kommunicera och uttrycka sig på tilltalar särskilt barn och ungdomar. Musikaliskt skapande, som t ex improvisation, påminner i mångt och mycket om processer som handlar om lek. Musik är tillika ett stort ungdomsintresse. För de "stora barnen" som

lämnat leksakerna bakom sig kan därför erbjudandet om musikalisk verksamhet vara ett sätt att nå det sociala samspel och den kommunikation som behövs för att sätta igång reparerande processer. Där leken från början inte finns menade Winnicott (1999) att det är terapeutens uppgift att få patienten att gå från tillstånd av icke-lek till att börja leka. Ingångsättandet av den lek som eventuellt skadats eller avstannat på grund av överväldigande traumatiska upplevelser är ett mycket betydelsefullt mål i psykoterapeutiskt arbete med barn och unga som upplevt traumatiska händelser.

I terapeutiskt arbete med psykiska trauman kan musik betraktas som ett brukbart redskap. Musik kan väcka minnen, associationer, inre bilder och skapa emotionella upplevelser hos den som lyssnar och/eller utövar musik. Musik kan ge uttryck för en patients omedvetna material, t ex i en musikalisk improvisation. Musikterapeutiska metoder kan möjliggöra att traumatiska erfarenheter, som inte på ett enkelt sätt kan uttryckas verbalt, ändå låter sig höras. Detta skapar gynnsamma villkor för fortsatt integrering och bearbetning, i en terapiprocess där också verbalisering av de traumatiska upplevelserna finns med. Jag har i mitt kapitel inte enbart lyft fram "det som låter" utan också berört ämnet tystnad och trauma. Avslutningsvis vill jag nämna ytterligare en sorts tystnad. Det är den som emellanåt tar sig uttryck hos patienter som aldrig upplevt ett trauma, men ändå är drabbade i egenskap av att vara barn till föräldrar med traumatiska erfarenheter. Sådana patienter vet kanske inte ens någonting om de traumatiska händelser som en gång utspelade sig. Hur ett trauma kan vandra mellan generationer och konsekvenserna av en sådan process har beskrivits väl i litteratur [Apitzsch 1986, Epstein, 1990, Davoine et al 2004]. Perspektiven får oss att förstå hur viktigt det är att psykisk traumatisering bearbetas och får läka ut. Om tystnaden får lägga sig runt händelser som skapat traumatisering drabbar det inte bara den som är utsatt och lever här och nu, utan konsekvenserna riskerar vandra tidlöst vidare till efterkommande generationer.

Ni har fått möta Edo, ett ensamkommande flyktingbarn i ett musikterapium i Sverige. Han är endast en av många med erfarenhet av psykisk traumatisering. Barn och ungdomar som upplevt potentiellt traumatiserande händelser är en betydelsefull grupp att uppmärksamma och satsa på, så att deras hälsa och psykiska växt hamnar i gynnsamma utvecklingsspår. Detta framförallt för deras egen skull, men också för de människor som påverkas av deras liv, nu och i en kommande framtid.

Litteratur

Amir, D. [2004] Giving trauma a voice: the role of improvisational music therapy in exposing, dealing with and healing a traumatic experience of sexual abuse. *Music Therapy Perspectives*, 22(2): 96-103.

Amir, D. [2007] "Meine Kindheit – ich erinnere mich – ich erlebe sie erneut – ich beweine sie." Ravels „Bolero“ und Erinnerungen an den Holocaust. *Musiktherapeutische Umschau Band 28(2)*: 77-92

Ansdell, G. [1995] *Music for life. Aspects of Creative Music therapy with Adult Clients*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Antonovsky, A. [1991] *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.

Apitzsch, H. [1986] *Det upprepade traumat.* [sfph:s monografiserie nr. 23.] Stockholm: Svenska föreningen för psykisk hälsovård.

Bravo, M. & Lönnback, E. [2003] Invandringskrisen eller Det förlorade paradiset. I: *Ungdom, kulturmöten, identitet*. Nader Ahmadi [red]. Stockholm: Liber.

- Davoine, F. & Gaudillière, J. [2004] *History beyond trauma. Whereof one cannot speak, thereof one cannot stay silent*. New York: Other Press
- Doidge, N. [2007] *The brain that changes itself*. New York: Penguin Books.
- Epstein, H. [1990]. *De överlevandes barn. Möten med andragenerationen*. Stockholm: Natur och kultur.
- Fagius, J. [2001] *Hemisfärernas musik. Om musikhandlingen i hjärnan*. Göteborg: Bo Ejeby Förlag.
- Gabrielsson, A., [2008] *Starka musikupplevelser. Musik är mycket mer än bara musik*. Hedemora: Gidlunds förlag i samarbete med Kungl. Musikaliska Akademien.
- Gerge, A. [2009] *Klinisk hypnos i psykoterapeutiskt arbete: Ett integrativt perspektiv*. Stockholm: Insidan.
- Grönlund, E., Hammarlund, I. & Alm, A. [1999] *Konstnärliga terapier: bild, dans och musik i den läkande processen*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Hallam, S., Cross, I. & Thaut, M. [2009] *The Oxford Handbook of Music Psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Hammarlund, C. [2012] *Bearbetande samtal. Krisstöd, avlastningssamtal, stress och konflikthantering*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Hart, S. [2008] *Neuroaffektiv utvecklingspsykologi. Hjärna, samhörighet, personlighet*. Malmö: Gleerup
- Herman, J.L. [1992] *Trauma and recovery. The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. New York: Basic books.
- McFerran, K. [2010] *Adolescents, Music and Music Therapy. Methods and Techniques for Clinicians, Educators and Students*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Otieno Akombo, D. [2000] Reporting on Music Therapy in Kenya. *Nordic Journal of Music Therapy*.9[1].
- Paulander, A. [2011] *Meningen med att gå i musikterapi: En fenomenologisk studie om deltagares upplevelser*. Doktorsavhandling, Stockholms universitet, Kungl. Musikhögskolan. Stockholm: KMH-förlaget.
- Philips, B. Holmqvist, R. [2008] *Vad är verksamt i psykoterapi*. Stockholm: Liber
- Rothschild, B. [2000] *The Body Remembers. The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*. New York: Norton & Company.