

TRAUME OG MESTRING

– receptiv musikterapi i ungdomspsykiatrisk ambulatorium

on and similar papers at core.ac.uk

provided by Tidsskrift

På baggrund af en kort gennemgang af forskellige former for traumer og deres diagnoser, indkredses metoder og principper for traumebehandling. Genfortælling kontra kropslig bearbejdning af traumatet diskuteres, og mulighederne for kropslig/imaginativ bearbejdning behandles i relation til den receptive musikterapi metode The Bonny Method of Guided Imagery and Music (GIM) og dens modifikation som gruppebehandlingsmetode i psykiatrien. Musikkens æstetiske, dynamiske og strukturelle kvaliteter samt musikterapiens muligheder for symbolisering, containment, stressreduktion, emotionel bearbejdning, ressourcembliering, kognitiv omstrukturering og integration af mening relateres til Hermans tre traumbearbejdningsfaser og til Wilsons ti principper for heling og behandling af traumer. Erfaringer med metoden til traumebehandling i ungdomspsykiatrisk ambulatorium gennemgås, og to casehistorier eksemplificerer musikterapi metoden som virkningsfuld ved behandling af traumer opstået i både verbale og nonverbale udviklingsfaser.

»Like trauma, music, or at least the way it affects us, possesses the characteristic that it cannot really be remembered. It can only be repeated.... Amazement signals that the patient is establishing distance from what is repeated, thanks to the shaping of an image in his mind. Grief points to the loss of immediacy, and nostalgia to the finding of delightful symbolic equivalents to bear the grief.« (van Camp 1999, s. 268)

Indledning

At lytte til en tone, en klang, en melodi, kan berøre og vække dybtliggende minder og stemninger – og måske være en mere umiddelbar vej til kontakt med traumatiske hændelser og heling af det sårede selv end samtale alene. Hvordan kan en fordybet musiklytning skabe kontakt med følelser, tanker og

Bolette Daniels Beck er cand. mag. i musikterapi og folkloristik, GIM-terapeut, ph.d. stipendiat på musikterapiforskerskolen på Ålborg Universitet. Deltidsansat i musikterapi projekt for traumatiserede flygtninge i Region Sjælland. Privat konsultation.

kropslige fornemmelser, som kan løse den traumatiske stivnen? Hvordan kan indre billeder og symboler, der opstår under musiklytningen formidle en transformation af det traumatiske mønster?

Med udgangspunkt i erfaringer fra musikterapigrupper i psykiatrien i det tidligere Vestsjællands Amt, vil jeg inddrage traumekomplekset og veje til heling af traumer samt beskrive en modificeret form af musikterapietoden Bonny Method of Guided Imagery and Music (BMGIM/GIM), og hvordan den kan bruges i arbejdet med traumer. Jeg vil beskrive brugen af en modificeret form for GIM i arbejdet med to unge i ambulans psykiatrisk behandling.

I de senere år har neurologisk forskning bidraget til ny forståelse af, hvordan enkeltstående og multiple traumer processeres i nervesystemet momentant og på længere sigt. Teoridannelser indenfor 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. Vigtige kilder for denne artikel er psykiater Judith Herman (1992), og psykolog/biomediciner Peter Levine (1997) samt John Wilson (2001, 2006).

Effekten af GIM som metode ved traumebehandling af voksne er uddybende behandlet af Körlin (2002, 2004), som blandt andet har formuleret en teori ud fra de neurologiske processer, der har betydning for traumatiseredes billeddannelse. GIM som individuel behandlingsform for voksne med incestbaggrund er tidligere beskrevet (blandt andet af Tasney (1992), Bishop (1994) og Ventre (1994), og GIM som behandlingsmetode af krigsveteraner er beskrevet af Blake (1994). Der er ikke tidligere publiceret beskrivelser af anvendelsen af GIM som traumebehandlingsmetode i ungdomspsykiatrien. Da jeg ikke har beskæftiget mig specifikt med ungdomspsykiatrisk teori og metode, vil jeg ikke underbygge artiklen med betragtninger herfra. Dog vil jeg nævne Finn Skårderud som en inspirationskilde for mit arbejde¹.

Under gennemgangen af teorien vil jeg bruge begrebet klient, hvorimod jeg under gennemgangen af casematerialet bruger begrebet patient, da dette stemmer overens med behandlingsrammen.

1. Traumekomplekset

Når vi som mennesker rammes af enkeltstående traumatiske oplevelser – f.eks. pludselige tab af nærtstående, ulykker, indbrud, overfald – vil mange oftest i løbet af en periode med bearbejdning og rekonstruktion af den indre

1 Mit eget teoretiske udgangspunkt er fortrinsvis den psykodynamiske objektrelations-teori, som den anvendes i musikterapiuddannelsen på Ålborg universitet. Derudover er jeg inspireret af Jung og eksistentiel psykoterapiteori.

ligevægt komme over traumet og kunne fortsætte tilværelsen mere eller mindre som før. Hvis traumet har meget alvorlig karakter, vil et enkeltstående traume godt kunne virke mere invaliderende.

Posttraumatisk stressbelastning

Posttraumatisk belastningsreaktion er den danske betegnelse for Post Traumatic Stress Disorder (PTSD, DSM-III, American Psychiatric Association, 1980), som gives ved forlængede stresstilstande, hvor traumet ikke kan integreres i bevidstheden, men fungerer som et afspaltet og intrusivt fænomen. En traumatisk oplevelse beskrives ved denne diagnose som en livstruende begivenhed, som man observerer ramme andre, eller som rammer en selv. Det triadiske symptombillede, der skal have været i mindst tre måneder for at udløse PTSD-diagnosen, består af intrusive genoplevelser (mareridt, flash-backs), arousal (højt stressniveau, vagtsomhed og overfølsomhed f.eks. over for pludselige lyde) og tilbagetrækning (fra situationer, mennesker og ting der minder om eller restimulerer traumet). Hukommelse og koncentration er nedsat, søvnbesvær udtalt, og ved kroniske tilstande optræder fysiologiske ændringer i bl.a. stresshormonbalance og hjernefunktion.

For de, der rammes af gentagne traumer, måske oven i købet forårsaget af en nærtstående person – f.eks. mobning, incest eller mishandling – vil der meget ofte optræde dybe spor i selvopfattelse, kognitiv og affektiv funktion, samt adfærd og social funktion. Tab af fremtidsforestillinger/håb, ændrede opfattelser af forfølgeren og mistillid til andre mennesker er typiske skader. Akkumulerede traumer gør en person mere sårbar i forhold til retraumatisering. DSM-IV diagnosen »disorder of extreme stress not otherwise specified« (DESNOS) omfatter konsekvenserne af perioder af totalitær kontrol og misbrug (for eksempel opvækst i et miljø med overgreb eller tortur) og kaldes af Herman 1992 m.fl. Complex PTSD.

»...abuse in childhood seems to be one of the main factors that lead a person to seek psychiatric treatment as an adult« (Herman 1992, s. 122).

Følgesymptomer til traumatisk stress kan være lavt selvværd, angst, skyld og skam, depression, misbrug, spiseforstyrrelser og selvskadende adfærd. Wilson (2006, s. 446) beskriver kædereaktionen i traumatisering således: Traume → Forlængede stressreaktioner → Dysregulerede psykobiologiske systemer → Tredelt symptombillede (genoplevelse, undgåelse/forsvar, hyperarousale tilstande) → Adfærdsmæssige konsekvenser (min oversættelse).

Fastfrysning

I konfrontationen med døden – symbolsk/psykisk eller konkret/fysisk – vil forsvarsreaktionen, når der ikke er mulighed for kamp eller flugt, ofte være

en form for dissociation: 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 at spalte følelserne fra intellektet, så situationen virker ligegyldig og uvedkommende. Disse reaktioner er en naturlig og nådig del af vores forsvar overfor smerte, men bruges de over længere tid, vil der opstå betydelige skader i hele organismen (Herman, 2001). Ifølge Levine (1997) er menneskets evne til at restituere sig efter en livstruende oplevelse ikke lige så velfungerende som hos pattedyr, der f.eks. i en flugt fra rovdyr undgår at blive ædt ved at simulere død, og som, når faren er ovre, ryster oplevelsen af sig og græsser videre. Menneskets senere udviklede frontale neocortex (størhjerne) forhindrer afladningen af den store mængde »kamp-og flugt« energi, der standses ved »frysningen«. Den naturlige sekvens af reaktioner kompletteres ikke. Kroniske følelser af hjælpeløshed, sammentrækning og følelsesløshed indikerer denne forlængede traumesituation.

Traumekomplekset

Wilson (2006) beskriver dannelsen af et »traumekompleks« som en fraspaltet, indkapslet autonom konstellation, der bryder ind i personligheden som mareridt og flash backs med hele traumets energetiske ladning. Endvidere beskriver han »traumearketyper« som en figuration, der danner forbindelse med og indvirker på alle andre arketyper i psyken.

2. Behandling af traumer

Mange forskellige specielle behandlingsmetoder er dokumenteret virksomme i forhold til traumebehandling: Kognitiv (adfærds) terapi, EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), forskellige exposure-teknikker, afspænding og biofeedback, støttende terapi og traumefokuseret gruppeterapi. En metagennemgang af metoder findes hos Wilson (2001) og Bradley m.fl. (2005).

Herman har beskrevet 3 faser i traumebehandlingen, som er universelle for alle terapeutiske metoder: etablering af sikkerhed, bearbejdning af traumet (genkaldelses- og sorgproces), og genetablering af forbindelse med andre mennesker/omverdenen. Forudsætningen for den terapeutiske proces er etableringen af en helende relation med fokus på, at klienten selv tager kontrol og opnår empowerment (Herman 1992, s. 133).

En meget høj grad af etisk og empatisk fornemmelse bør være til stede hos traumeterapeuten, således at klientens grænser ikke (igen) overskrides, evt. som følge af de ved traumeterapi ofte beskrevne meget kraftige modoverføringsmekanismer. Mange traumehistorier er omgærdet af skamfuldhed, og det er af stor betydning, at terapeuten ikke presser, men forstår at udvise respekt og ydmyghed over for klientens tempo (Andersen, 2001). I visse tilfælde vil bearbejdningen af traumet kunne ske, uden at selve epi-

soden nogensinde fortælles, f.eks. ved tidlige præverbale traumer, idet kun følgerkninger som angst og utryghed vil være åbenlyse eftervirkninger. I arbejdet med unge psykiatriske patienter, hvis identitet ikke er færdigdannet, er det især vigtigt at balancere mellem at etablere sig som en troværdig voksen og at kunne fungere som en medrejsende ind i den unges univers.

Genfortælling eller genforhandling

Blandt traumeterapeuter er der kontrasterende opfattelser af og en stående diskussion om nødvendigheden af at arbejde direkte med traumat (erindringer), eller om det er tilstrækkeligt for helingen at arbejde symbolsk/imaginativt korrigerende med traumat. For et traumeoffer, der har lidt under f.eks. incest eller overgreb, kan det være uhyre vigtigt at få »fortalt historien«, dels så den ikke længere skal være en belastende hemmelighed, dels så tanker og konklusioner, som offeret måtte have gjort sig om sin egen skyld eller andel, kan korrigeres. Og endelig kan en retslig proces være en måde at få genetableret en følelse af retfærdighed og ligevægt. Det kan også have en meget stor betydning, at terapeuten kan modtage og rumme historien, og at traumat som en del af mestringen kan placeres og efterlades i terapisituationen. På den anden side kan den arousal, der opstår i forbindelse med genfortællingen, virke retraumatiserende og forhindrende for et positivt resultat. En anden usikkerhed ved at arbejde med traumeerindringer er, at perceptionen kan være blevet ændret, spaltet eller forskudt i den traumatiseres bevidsthed, især hvis offeret har været dissocieret. Som argumentation for en traumebehandling, der ikke baserer sig primært på genfortælling af traumat, bruger Levine (1997) nyere hukommelsesforskning, der viser, at hukommelsen tilsyneladende bruges til blandt alle kendte muligheder at udvælge de reaktioner og indre billeder, der bedst passer med den øjeblikkelige oplevelse, og således er offerets rekonstruktion mere end en endegyldig sandhed. Gentagelse af historien vil ikke forløse traumets frosne energi på et kropsligt niveau:

»Being able to recall a terrible scenario and to know that you have survived it is an important element in building self-esteem. Important as that element is, it pales beside the healthy sense of resolution, mastery, and empowerment that accompanies true healing and transformation.«
(Levine 1997, s. 216).

Levines traumebehandlingsmetode, som tager udgangspunkt i kompletteringen af traumereaktionen gennem kropslige følte fornemmelser og indre billeder, muliggør en korrektion af traumesituationen/historien i det imaginative domæne, som altså opleves som personens nye »virkelighed«. Forudsætningen for at kunne forløse den bundne energi gennem mentalt forestillede, symbolske og imaginative, kropslige handlinger er traumeofferets kontakt med indre ressourcer. Det kan være i form af forberedte eller

spontant aktiverede ressourcebilleder, som kan kaldes frem, hvis klienten begynder at føle sig overvældet. Levine (1997) beskriver helingsprocessen som en pendulbevægelse mellem »the trauma vortex« og »the healing vortex«, som han ser som to modsatrettede energispiraler, hvorimellem en »forhandling« kan finde sted, indtil begge vortex'er opløses ind i livsstrømmen igen:

»By moving between these vortices, we release the tightly bound energies at their cores – as if they were being unwound.« (Levine 1997, s. 197).

Positive oplevelser som ressourcer

Wilson (2006) har forsket i højresiliente traumeoverlevende og beskriver en positiv traumepsykologi. Han opfatter ligesom Levine traumer som en mulighed for en transformation af selvet, hvor selve den kraftige energetiske respons på traumat kan aktivere dybere lag af personligheden, og hvor etiske, moralske og eksistentielle betydningslag bliver berørt, når personen skal skabe mening i sin oplevelse.

Han formulerer 10 principper for transformation og heling af traumer, som jeg i afsnittet om musik og traumebehandling har sidestillet med nogle af GIM-terapiens potentialer (s. 12). Et af principperne er at skabe positive mini-peak-experiences som kan lede klienten ind i nye oplevelsesbaner og tilstande. Wilson nævner musikterapi, kunstterapi, afslapningstræning, kognitiv rekonstruktion, spirituel meditation, kontakt med resiliente traumeoverlevende, gruppeidentitet, humor, atletisk træning og naturoplevelser som veje til mini-højdepunktsoplevelser.

3. Beskrivelse af metoden Guided Imagery and Music

Netop Maslows arbejde med højdepunktsoplevelsen har været en af inspirationskilderne til GIM (Bonny & Savary 1973, Bonny 2003). GIM er en ressourcefokuseret terapiform, som blev udviklet i 1970'erne af den amerikanske musikterapeut Helen Bonny. Hun havde, indtil LSD-terapi blev forbudt i USA, assisteret Stanislaw Grof ved LSD-sessioner, hvor hun udvalgte og ledsagede de døgnlange sessioner med musik i mange forskellige genrer og stilarter. En af svaghederne ved LSD-terapien var dog, at klienterne ikke kunne huske oplevelserne bagefter. Til brug for bevidsthedsudvidende sessioner uden stoffer, hvor musikken kunne være den bærende kraft, skabte Bonny en metode, der bestod af afspænding, musiklytning i en let ændret bevidsthedstilstand, tegning af en mandala (cirkelformet billede) og integration af oplevelsen, alt sammen indenfor 1 ½ – 2 timer. Bonny sammensatte en række musikprogrammer af udvalgte klassiske satser på i alt 30-55 minutters varighed, med fokus på blandt andet sorgbearbejdning,

transformation af relationer, arbejde med barndomsoplevelser, omsorg og kreativitet.

Musiksatserne, som overvejende stammer fra den romantiske, symfoniske og korale musiktradition, er udvalgt med stor omhu med henblik på at formidle følelsesmæssig og billeddannende stimuli. Musikoplevelsen skal fungere som en vej til at skabe kontakt med ubevidste ressourcer og konflikter og er også tænkt som en spirituel metode, hvor religiøse og transpersonelle tilstande og symboler kunne være en vej til opnåelse af personlig transformation. Over et forløb på flere sessioner kan symboler og temaer udvikle og forvandle sig som et synligt tegn på de indre processer. Musikens rolle er ifølge Bonny at være den primære terapeut, mens terapeuten er guide eller facilitator.

Elementerne i en GIM-oplevelse

En kort gennemgang af elementerne i en GIM-session kan illustrere metoden: I forsamlingen indkredses klientens aktuelle situation, og der aftales et fokus for rejsen. Det kan f.eks. være en aktuell eller fortidig (traumatisk) situation, et drømmebillede, en relation, en følelse eller et (smerte)kropssted. Terapeuten guider verbalt den nu liggende klient gennem en individuelt afstemt progressiv afspændingsøvelse, som afsluttes med opmærksomhed på rejsens fokus. Musikken inviteres ind, f.eks.: »..og lad musikken tage dig med derhen, hvor du har brug for at være...«. I en vedvarende ikke-direktiv verbal dialog med musikterapeuten oplever klienten en strøm af indre billeder (»imagery« dækker både sensoriske kropoplevelser, emotioner, tanker, erindringer og indre viden). Terapeuten noterer oplevelserne ned undervejs. Når musikken er slut skabes en overgang til almindelig bevidsthedstilstand gennem en (valgfri) udførelse af en cirkelformet »mandala«-tegning eller andet kreativt udtryk. Mandalaformen er inspireret af buddhistisk tradition og kan ses som en måde at strukturere selvet. Den runde form giver en ramme omkring patientens tegneproses på samme måde, som musikken giver en »holding« omkring patientens tanke- og oplevelsesstrøm. Musikoplevelsen bearbejdes og integreres gennem en afsluttende samtale. Terapeutens rolle er at validere og støtte klienten i at finde sin egen forståelse af oplevelsen frem for at tolke. Valideringen har stor betydning, fordi værdsættelsen af indre oplevelser ikke altid er en selvfølge, især ikke for traumatiserede klienter. Det, at klienten finder sin egen forståelse af musikoplevelsens elementer i forhold til sin livssituation, er ligeledes med til at opbygge klientens følelse af mestring og empowerment.

Guide-rolle

Musikterapeutens rolle som guide/facilitator/co-terapeut i forhold til musikken er en vigtig del af GIM-trekanten musik-terapeut-klient. Terapeutens brug af stemmen under guidningen har stor betydning:

»When guiding, you attune to implicit (non-verbal) memories and ineffable experiences evoked in the traveller by the music, using only your senses, emotions, presence and voice to perceive and support his experience. You also implicitly learn to attune to your co-therapist, the music, and to be in a musical field of play together with the client.« (Körlin 2004).

Udbredelse

GIM-metoden har opnået en anelig udbredelse og er nok den mest anvendte receptive musikterapi metode i dag. GIM-adaptationer er udviklet til brug i mange forskellige terapeutiske målgrupper, f.eks. i psykiatrien, på hospice og i cancerrehabilitering, hvor behandlingsmål som ændret stemningsleje, smertelindring, fysiologiske ændringer (blodtryk, stresshormoner) er påvist (Bonde 2000 (GIM-database) og Bruscia 2002). Der er udviklet mange nye musikprogrammer, enkelte inden for andre musikgenrer end den klassiske musik. Udvikling af forskellige teoretiske rammer er en fortsat proces, f.eks. indenfor jungianske, psykodynamiske, selvpsykologiske, narrative og feltteoretiske traditioner (Bruscia, 2002).

Gruppebehandling med GIM i psykiatrien

Grundlæggende går de samme strukturelle elementer igen i gruppebehandlingsmetoden som i den individuelle metode. Bonny brugte selv gruppesessioner, især som introduktion til den individuelle metode.

Summer (2002) har beskrevet Group Music and Imagery (GMI) som en GIM-modifikation tilpasset behovene i den psykiatriske setting. Her fokuseres på en støttende og egostyrkende terapi, hvor musikens rolle er at opbygge tryghed og en »fælles grund« for gruppedeltagerne. Musiklytningen er reduceret til 5-10 minutter, ofte i en siddende stilling. Efter en check-inrunde med gruppedeltagerne guider terapeuten en kort afspændingsøvelse og introducerer derefter et fælles gruppefokus for musiklytningen.

Terapeuten styrer billeddannelsen ved at introducere et fokus. Billeddannelsen er tættere på vågenbevidstheden end i en individuel GIM-session, men trækker alligevel på ubevidste og kreative ressourcer. Efter at have tegnet mandalaer fortæller hver gruppedeltager om sine oplevelser. Der arbejdes mere med relationerne mellem gruppedeltagerne end med en successiv individuel terapi i gruppen. Opnår terapigruppen en stabil tilstand med gode relationer mellem deltagerne, kan behandlingen udvides til det eksplorative niveau, hvor konflikter i musikken kan introduceres og udspilles i billedannelsen, og der kan åbnes for konfliktbearbejdning i gruppen. Musikken udvælges efter ISO-princippet²: overensstemmelse mellem klientens følel-

2 »ISO-princippet« og »Kompensationsprincippet« er to komplementære principper for musikterapeutisk behandling og musikanvendelse. Iflg. ISO-princippet skal der anvendes/spilles musik, der i udgangspunktet har samme stemning, som præger kli-

sesmæssige tilstand, tema og jeg-styrke /musikkens grad af struktur, udfordring og billeddannelsespotentialer, så den kan danne en passende ramme for rejsen. Der er ikke en direkte forbindelse mellem musikkens tema og forskellige GIM-rejsendes temaer – dog kan stemningen i musikken styre klienten til en vis grad.

Musikstykkerne, som anvendes, kaldes »små containere« (Summer, 2002). Satsene er karakteriseret ved en enkel struktur, forudsigelighed (f.eks. gentagelser af et genkendeligt melodisk tema), stabil form og kun få dynamiske udsving (ABA, AA eller AB form) og jævn lydstyrke uden overraskelser eller højdepunkter. Tempoet er langsomt (adagio-andante). Ofte spilles melodien af et soloinstrument, og stemningen er overvejende positiv eller neutral, med en varm/følelsesfuld klang. Musikken udvælges, så den bedst muligt spejler gruppens stemning, og så den kan holde deltagerne i en afslappet og fokuseret tilstand. Musikken kan også anvendes til at formidle omsorg og følelsesmæssig støtte.

GIM-repertoires klassiske satsers dynamiske tematiske transformationer kan på et ubevidst ikke-lineært niveau lede den rejsende gennem forvandlinger af det psykiske materiale. Hvorimod f.eks. folkemusik eller new-age musik via sine gentagelser eller forbliven i samme harmoniske og tonale univers i højere grad holder den rejsende på stedet, hvilket kan bruges til klienter med behov for jeg-støtte.

Goldberg (1994) beskriver yderligere modifikationer af metoden til brug for hospitaliserede psykotiske patienter, idet hun anvender verbal guidning (»talk-over«) under musiklytningen ved meget jeg-svage eller traumatiserede klienter, således at billeddannelsen til dels er styret udelukkende til brug for afspænding eller til brug for en guidet fantasirejse, hvor der evt. kan etableres et lille »vindue« på fra 20-30 sekunder til flere minutter til individuel billeddannelse afhængigt af gruppens kapacitet.

En dansk ph.d.-afhandling beskriver kurative faktorer ved GIM i behandling af patienter med skizofreni og skizotypiske træk (Moe, 2001). En interessant konklusion i afhandlingen er, at man ikke, som måske forventet, ser en forværring af psykotiske træk ved det introspektive arbejde, men tværtimod over tid ser en forbedring af forsvarsmekanismer (»defensive manøvrer«) og dermed af egostruktur. En af de væsentligste restituerende faktorer ved GIM i denne sammenhæng ses at være musikkens evne til affektiv afstemning (se i øvrigt Moes artikel i dette nummer).

enten, mens kompensationsprincippet siger, at der skal bruges musik med kontrasterende kvaliteter. ISO-princippet i musikterapi er første gang formuleret i Altschuler, I. (1948): A psychiatrist's experience with music as a therapeutic agent. In: Schullian, D.M. & Schoen, M. (Eds.) *Music and Medicine*. New York: Henry Schumann. Genoptrykt i *Nordic Journal of Music Therapy* 10(1): 69-76 (2001).

4. Traumebehandling med GIM

Analog og diskursiv symbolisering

Med baggrund i neuropsykologiske studier har Körlin (2002) indkredset, hvorledes diskursiv og analog symbolisering af traumatiske oplevelser kan optræde i GIM. Diskursiv symbolisering betegnes som primært lineær og sproglig; analog symbolisering kan noget forenklet beskrives som den billedlige/affektive repræsentation (såvel indre billeddannelse som ydre billeddannelse (tegninger)). Dissocierede traumatiske fragmenter fra traumet vil efter Körlins erfaring ofte først manifestere sig i GIM som traumatisk billeddannelse (repetitioner). I en GIM-proces, som mobiliserer ressourceopbygning i form af beskyttende/kontaktfuld nærende billeddannelse og understøttelse af selvværd, vil det blive muligt for klienten at »eje« de traumatiske affekter og gøre dem til genstand for analog/diskursiv symbolisering:

»Analogic symbolic imagery reflects not only existing but also new combinations of memories and representations, suggesting a creative process in the altered state« (Körlin, 2002, s. 394).

Som eksempel på traumatisk billeddannelse beskriver Körlin s. 391, hvordan et traumefragment (tænderne fra en overgrebsmand) i en GIM-session senere udviklede sig til en analog symbolsk bearbejdning af den samme oplevelse; (overgrebsmanden repræsenteredes nu som en mølle med »tænder«, mens klienten står ved siden af og kan bevæge sig). Når bevidstheden begynder at danne symboler i stedet for direkte genoplevelser, har patienten bevæget sig ind i en bearbejdningsproces, som ellers har været bremset af det dissocierede traumemateriale.

Hvis en klient endnu ikke kan danne indre analoge symboliseringer (imagery), kan mandalategningen som en ydre symbolisering være formidler af denne funktion. En udelukkende sproglig/kognitiv forståelse af traumet vil ikke forløse den emotionelle tilbagesøgning, hvorfor den analoge omdannelse af affekter til emotioner er af største betydning. Som endemål ses traumets integration i den selvbiografiske hukommelse.

Vigtige implikationer for musikvalget er traumatiseredes forhøjede alarmberedskab (styret af hjerneområdet amygdala, der som følge af forlænget påvirkning af stresshormoner er dysreguleret). Dette betyder at musikkens eventuelle pludselige skift eller høje lydstyrke kan virke restimulerende. Körlin har gode erfaringer med som udgangspunkt at finde en musik, som opleves som »musikalsk hjem« for klienten, også selvom det ikke er en »lille container«.

Helende faktorer i musikken

Jeg vil her beskrive, hvilke elementer i musiklytningen, jeg selv finder virksomme i forhold til traumbearbejdning.

I forhold til Hermans tre faser i traumbearbejdningen (Herman, 1992) kan musikken i den receptive musikterapi være et virksomt element i opbygningen af tryghed og sikkerhed, idet musikoplevelsen umiddelbart skaber containment og giver adgang til indre ressourcer. Opbygning af tryghed kan også opnås gennem psykoedukation i forhold til traumesymptomer og deres heling generelt, og specifikt i i forhold til GIM-metoden og klientens møde med og brug af musikken i den indre verden. Jeg har fundet det vigtigt, at klienten får flere valgmuligheder og alternativer til selv at styre sin fordybelse i processen og evt. standse musiklytningen. F.eks. åbne/lukkede øjne, siddende/liggende stilling, brug af åndedrættet, brug af muligheden for at kalde på terapeutens hjælp, brug af musikken som støtte og opbakning under den indre oplevelse, brug af kroppens ressourcer (spænding/afslapning, grounding). Med musikken som støtte kan traumeofferet måske for første gang være i kontakt med erindringer/fornemmelser fra traumet i stedet for at søge at undgå det, og dette kan afstedkomme en mulighed for at fortælle om det og begynde at bearbejde det.

I gennearbejdningsfasen kan musikken støtte klienten i at møde, rumme og transformere sine følelser. Musikken udgør en ramme, hvor det er til at holde ud at være i følelserne: musikken kan opleves som den, der rummer og tager imod følelserne, og den kan spejle og møde intensiteten i stærk sorg, angst og vrede på en ikke-konfronterende måde. Musikken kan assistere i sorgprocesser, hvor tab, afsavn og længsel bearbejdes. Endvidere er musikken flertydig og kan møde modsatrettede og komplekse følelser, f.eks. skam. Musikken kan via sine æstetiske kvaliteter tilføre klienten berøring med skønhed, som kan betragtes som en helende faktor (Kenny, 1989). Musikkens skønhed kan for eksempel åbne for oplevelsen af hjælpende figurer, smukke og nærende indre scenarier og andre ressourcensymboler. I musikoplevelsen kan klienten være »helten« i sit eget indre drama. Musikken kan fungere som projektionsskærm for et korrigerende møde med en overgrebsfigur eller traumatisk situation: musikken kan udgøre et dialogisk skema, hvor f.eks. to instrumenters dialog kan bruges til at afspejle to personers samtale eller opgør.

Pendulbevægelsen mellem ressource og traume (Levines to vortex'er) kan finde sted til samme musik i cykliske processer (Bishop, 1994).

GIM-musikkens evne til at skabe multimodale integrative processer kan understøtte dannelsen af indre kontinuitet i traumehistorien, og processen mod at skabe mening og personlig betydning af traumet kan opstå med hjælp fra musikoplevelsens billeder og symboler.

I nyorienteringsfasen, hvor traumeklienten begynder at genskabe sin forbindelse med omverdenen og danne nye relationer, kan de indre oplevelser til musik fungere som et indre øvelsesfelt, hvor kreative, visualiserede af-

prøvninger af nye muligheder kan foregå som en understøttelse af klientens ressourcer i forhold til at bevæge sig ud i verden.

I følgende skema er Wilsons 10 principper for transformation og heling af traumer (min oversættelse) sidestillet med mulige helingspotentialer i GIM:

Wilsons 10 principper for transformation og heling af traumer – (Wilson 2006)	GIM musikterapiens helende potentialer
1. Genskabe en optimal organismerisk funktion	Multi-modale integrative ekspansive processer på biologisk/kropslige, emotionelle og mentale/kognitive og eksistentielle niveauer
2. Dæmpe overdreven/fejltilpasset stress-respons	Afspænding og musiklytning reducerer stress/skaber mulighed for skift til sympatiske nervesystemsfunktioner/dæmper overdreven stressrespons
3. Identifikation af traumatiske milepæle i livshistorien.	Musikken hjælper klienten med at få kontakt med og åbne for bearbejdning af traumatiske oplevelser i såvel præverbale som verbale udviklingsaldrer.
4. Understøtte den naturlige indre stræben mod syntese mellem selvet og traumekomplekset.	GIM skaber et rum, hvor forskellige dele af personligheden kan forbinde sig på nye måder. Analoge symboldannelse integrerer traumefragmenter i bevidstheden.
5. Genskabe optimal kongruens mellem indre oplevelsesverden og ydre verden	Gennem samtale og kreative medier forbindes GIM-oplevelsen med livssituationen.
6. Genskabelse af kontinuitet og forbindelse til selv og andre.	GIM-musikken udgør et musikalsk narrativ som den rejsende kan bruge som kontinuitetsmatrix i indre og ydre relationsarbejde.
7. Transformere og integrere dissociative tilstande.	GIM faciliterer kontakt med fraspaltede delansninger og værenstilstande, som symboliseres, transformeres og integreres
8. Varetage udviklingen af resiliens.	Det kreative rum skaber mulighed for udvikling af mere fleksible forsvarsmekanismer (/manøvrer) og copingstrategier
9. Skabe positive oplevelser, behovsopfyldelse og mini-højdepunktsoplevelser til afbalancering af traumet.	GIM-oplevelsen kan være meget positiv og behagelig. Klienten kan skabe indre billeder af skønhed, behovsopfyldelse og gratifikation. Klienten er helten i sin egen oplevelse.
10. Skabe mening og moralsk betydning – transformation af selvet.	GIM kan understøtte indsigt og mening i forhold til traumets betydning for klienten, f.eks. med hensyn til at give ny forståelse, nye værdier eller eksistentiel mening.

Retraumatisering

En problemstilling, som er betydningsfuld i arbejdet med traumer, er risikoen for retraumatisering indenfor terapiens rammer. Musiklytning kan være et tveægget sværd – idet musikken på den ene side kan åbne for bearbejdning og omstrukturering, men på den anden side meget let kan restimulere traumatisk materiale. Det kan være en balancegang at forhindre retraumatisering og overvældelse i processen med at støtte forløsningen af de blokerede reaktioner.

GIM-metoden kan på flere måder destabilisere det forsvar, som traumeofferet har så meget brug for at genetablere: den liggende stilling, lukkede øjne, induktionen af ændret bevidsthed, og musikkens evne til at gå bag forsvaret.

Graden af intensitet og fordybelse kan til en vis grad styres gennem valget af musik; dog er det nogen gange sådan, at selv et meget lidt evokativt stykke musik kan virke restimulerende og overvældende for et traumeoffer. GIM-terapeuten bør være bevidst om denne risiko, have skabt en tryk ramme samt have forberedt klienten godt. For meget traumatiserede klienter, som mere eller mindre permanent lever i traumets virkelighed, kan metoden være kontraindikeret, indtil en vis stabilisering er opnået.

GIM-terapeutens muligheder under en session, hvor retraumatisering er en risiko, er at være opmærksom på penduleringen mellem traume og ressource. Hvis musikken opleves som restimulerende, kan terapeuten foreslå en tilbagetrækning til det sikre sted (»safe place«), dæmpe eller afbryde musikken og fortsætte med verbal guidning. En ekstensiv verbal guidning vil under alle omstændigheder være nyttig, idet den stimulerer den diskursive symbolisering, som modvirker overvældende emotioner og sanseindtryk. En effektiv verbal og kropsligt groundende opsamling efter en evt. retraumatiserende musikoplevelse kan betyde, at oplevelsen kan vendes til en mestringserfaring og danne udgangspunkt for senere analog symbolisering af indholdet.

5. GIM med unge i psykiatrisk behandling

Gennem en periode på halvandet år arbejdede jeg med to grupper med unge ambulante patienter i det daværende Vestsjællands Amt. Ligesom Körlin (2005) arbejdede jeg med en blanding af den støttende og den eksplorative tilgang, idet gruppedeltagerne i højere grad end i Summers gruppemodel arbejdede individuelt i gruppen.

Visitation til musikerterapi grupperne foregik via ungdomsambulatoriets ugentlige visitationsmøde. Oprindeligt var det meningen at starte en gruppe med psykosepatienter og en gruppe med angstpatienter, således at musikvalg og interventioner kunne tilpasses graden af jægstruktur. Borderlinepatienter er efter min erfaring kontraindikerede i en GIM-gruppe (men ikke i

individuel GIM eller aktiv gruppemusikterapi), da musikken kan stimulere til acting out i billeddannelsen eller i gruppeprocessen.

Der blev en slow-open gruppe med 5 deltagere, som lukkede efter et halvt år på grund af for lille tilgang. Den anden gruppe rummede 6 deltagere og fungerede i et år. Co-terapeuter fra ambulatoriet var henholdsvis en distrikts-sygeplejerske og en psykiater. Begge musikterapi-grupper kom til at rumme fortrinsvis piger i alderen 16-20 år med forskellige diagnoser (dysthymi, posttraumatisk belastningsreaktion, evasiv personlighedsstruktur, periodisk depression, emotionelt ustabil personlighedsstruktur m.fl.).

Tilpasninger og erfaringer

Temaerne i GIM-grupperne handlede om patienternes familiesituation og øvrige nære relationer, deres problemer med manglende selvværd, eksamensangst og præstationsangst, svingende følelses tilstande, samt bearbejdning af traumatiske oplevelser især med hensyn til seksuelle overgreb, vold og misbrug i familien.

I forhold til GIM-terapien har jeg gjort nogle erfaringer og tilpasset metoden til den ungdomspsykiatriske patientgruppe. Det viste sig, at en slow open-gruppeform gav mindre tryk end en fast gruppe, og at det var meget gavnligt med en fastlæggelse af arbejds mål og en opfølgning på disse efter afslutningen.

Jeg havde i den ene GIM-gruppe indført to nye faste punkter, som ikke fra starten var en del af metoden: startrunden blev fokuseret på, at patienterne skulle sætte ord på de følelser, der fyldte mest i dem, da det blev tydeligt, at flere af patienterne havde problemer med at sætte ord på deres følelser. Andet faste punkt var en kort fysisk opvarmning, hvor patienterne stod op i rundkreds og lavede forskellige bevægelser. I netop denne gruppe var en del af problematikken at hjælpe patienterne med at komme mere frem og udtrykke sig, og disse aktiviteter var en god måde at skabe lidt mere dynamik og mod hos patienterne.

Det var fra starten meningen, at patienterne skulle ligge ned på madrasser under musiklytningen, men dette kom de ikke til. For nogle var det mere trygt at blive siddende på deres stole. Det virkede, som om det betød meget for disse patienter at bevare kontrollen over sig selv, og ved at sidde op kunne de bedre styre, hvad der skete.

Co-terapeuten pegede på det positive i at kunne give patienterne »en gave« – musikken – som et sted de kunne få noget godt, kunne slappe af og opleve ro. Flere af patienterne opnåede i den første fase af terapiforløbet en meget dyb og velgørende afspænding, hvor de fik farve i kinderne, hvilket nok har været en af årsagerne til, at de kunne bliver trygge og begynde at arbejde forholdsvis hurtigt med dybe temaer.

Musikvalget spændte fra meget struktureret og »holdende« musik til en mere åben og afvekslende musik, og deltagerne kunne efterhånden bruge musik, der gav mere udfordring. Jeg havde været nysgerrig på, om de unge

ville opleve den klassiske musik som kedelig eller uvedkommende, fordi den ikke matchede deres egen populære musik, men tværtimod kunne de bruge musikken som en form for fristed, hvor de ikke behøvede at vurdere musikken, men mere kunne tage den ind og bruge den som hjælp til afspænding og ro. Nogle få patienter mærkede deres angst og uro tydeligere under musiklytningen og kunne således ikke med det samme mærke lindring, men til gengæld kunne de begynde at sætte ord på uroen og fortælle mere udbydende om den.

Undervejs i forløbet begyndte jeg af og til at fortsætte med at spille musik, mens patienterne tegnede, og det virkede godt og brugbart. Jeg vekslede mellem at gentage den samme musik og at spille noget lignende. Mandalategningen var noget, patienterne brugte meget tid på og fordybede sig i. Når de ikke havde haft oplevelser under musikken, opfordrede jeg dem til at tegne det, der ellers fyldte deres tanker, og det gav ofte nogle gode udgangspunkter for den verbale opsamling.

Psykiateren/coterapeuten problematiserede balancen mellem den faste struktur og de mange ting, man skulle nå (afspænding, lytte, tegne), i forhold til at arbejde med det gruppedynamiske. Undervejs i forløbet blev den verbale del af terapien mere og mere vigtig, og vi droppede nogle gange musiklytningen for at få tid nok til at gå i dybden med en patients arbejde. Dette gjaldt f.eks. de gange, hvor patienterne fortalte om seksuelle overgreb eller arbejdede i dybden med familiemønstre eller med gruppedynamikken. Disse gange brugte vi f.eks. musikken som afslutning og overgang ud af rummet, hvor patienterne kunne samle sig, mens de lyttede til musikken.

I den verbale bearbejdning af mandalategninger og musiklytning var vi som terapeuter mere konfronterende og fastholdende, end jeg er vant til fra andre patientgrupper. Det virkede godt, at vi stod meget tydeligt frem som personer og virkelig viste vores motivation og støtte, fastholdt og strukturerede samtalerne, tilbød kontakt og fortalte om tankerne bag det, vi gjorde. På baggrund af, at en del af patienterne kom med mange negative oplevelser med voksne omsorgsgivere, gjorde dette, at patienterne kunne føle sig trygge nok til at komme frem med deres følelser og tanker, og at de kunne bruge os som stabile og tydelige voksne. De fik muligheden for at opleve en anden form for kontakt, og de fik også muligheden for at opleve og iscenesætte deres ambivalens.

6. Cases

De to følgende cases illustrerer først og fremmest unge med traumatiske oplevelser, som har haft en negativ indflydelse på deres selvværd og personlighedsdannelse op gennem puberteten. De viser to meget forskellige måder at arbejde med musikken og mandalaerne på. I den første case er traumet opstået i de første (non-verbale) leveår og kommer ikke eksplicit

frem i terapien. Her vil jeg gerne vise, hvordan man kan se en bedring ud fra oplevelserne i musik og ud fra tegningerne. I den anden case er der tale om et traume, der stammer fra 8-10 års alderen, hvor den væsentlige bedring sker efter en verbal fortælling om overgrebene, hvor musik og billeder imidlertid lægger op til og monitorerer processen. Navnene på patienterne er ændrede. Farveillustrationer af mandalaerne forefindes på den medfølgende CD-rom.

Case 1

Lise, 16 år, blev visiteret pga. angst og uro samt selvmordstanker. Hun blev – ifølge journalen – som spæd opereret i tarmen, havde deraf følgende vanskeligheder med at beherske afføringen og blev først renlig som 6-årig. Lise fortalte selv i forsamtalen, at hun havde et ængsteligt gemyt, og at flere skoleskift i begyndelsen af puberteten havde gjort hende usikker og angst i forhold til social kontakt. Hun led også af præstationsangst. Forældrene oplevede hun som støttende og hjemmet som trygt. Hun ville gerne have mere selvværd og blive mere fri i forhold til andre mennesker.

I de første 5-6 sessioner oplevede Lise smukke og idylliske naturbilleder, som viste hendes ressourcer, håb og længsel efter ro og frihed. I første session fik hun varme i kroppen under afspændingen, så et kærestepar, der kyssede foran en stor orange sol, og kommenterede, at hun håbede, det blev virkeligt for hende engang (ill. 1).

I de næste sessioner svømmede hun med delfiner, så mennesker, der hyggede sig på græsset ved en eventyrsø med en svane, og så en smuk solnedgang med en orange sol. Til *Enigmavariationerne* nr. 8 og 9 (Elgar) med fokuset »stå på et bjerg og føl din styrke« oplevede Lise bjergets »længsel efter himmelen« og friheden. I underkanten af flere af Lises mandalabilleder var der mørke områder, f.eks. en haj under delfinerne og sorte bjerge. I runderne arbejdede Lise meget med at turde sige noget i gruppen, men holdt sig tilbage, når hun syntes, de andre havde større problemer end hun selv. Hendes indlæg var støttende, fornuftige og konstruktive,

I 7. session fortalte Lise om sin stærke eksamensangst, som holdt hende vågen om natten, og under musikken så hun et spinkelt træ med lyserøde blomster (træet kunne være billede på hende selv og den usikkerhed hun følte). I de følgende sessioner begyndte Lise at kunne forholde sig mere direkte til sin angst: et billede af natten med en måne, der spejlede sig i vandet, mindede hende om hendes frygt for mordere i huset. Lise skulle for første gang være alene hjemme i en weekend. I den følgende session fortalte hun, hvordan hun klarede weekenden ved at ringe til nogen, og hun tegnede for første gang sin konkrete hverdag med møbler og tv over et mørkt område, som hun selv forbandt med sin angst og sine mange spekulationer.

Illustration 1



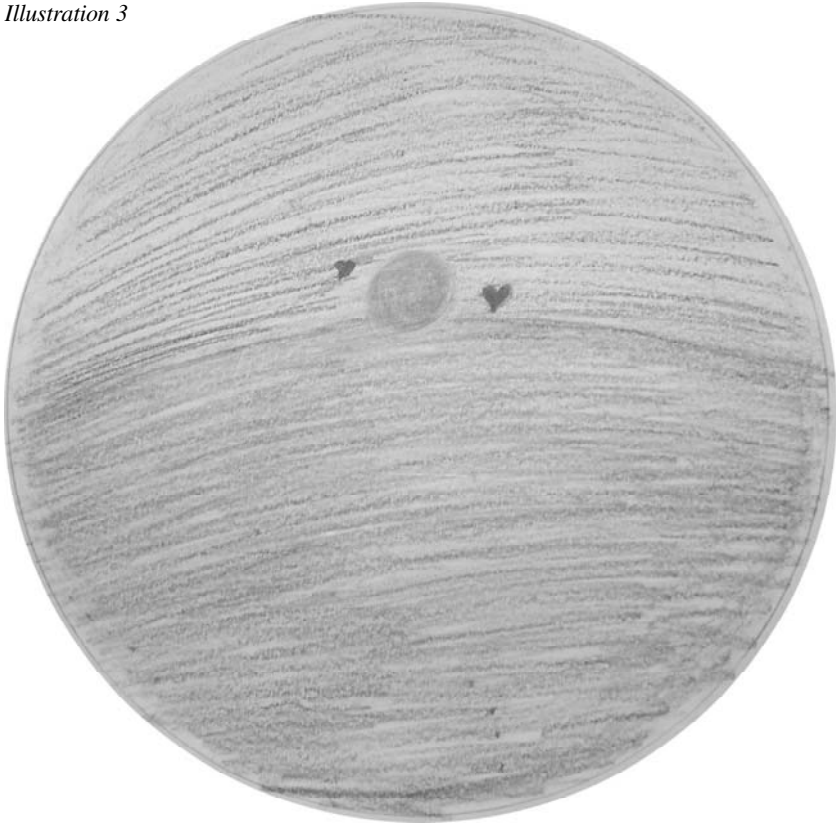
I 10. session fik gruppen fokuset »gå ind i en urskov og find en skat« til Holsts *Venus*, som både rummer udfordrende og stille passager. Dette fokus blev skabt sammen med Lise og gruppen med det formål at finde og bruge sit mod i forhold til angsten. Lise trænger igennem en ufremkommelig skov, der til hendes undren er stille og fredelig – på en eller anden måde formår hun at være rolig og tryk, selvom hun er helt alene. Skatten er en orangegul kugle, hun er lige ved at nå den. I bearbejdningen talte vi om, at den orangegule kugle var mod, som Lise håbede hun kunne bruge til eksamen. Det var den første rejse (udover delfinsvømmeturen) hvor Lise var fysisk aktiv og handlende, og det blev et vendepunkt i terapien. På mandalaen havde Lise tegnet sig selv som en hvid pileformet gestalt (ill. 2).

Illustration 2



(Det kunne man både forbinde med renhed og med maskulin kraft). I den følgende session arbejdede Lise under musikken (Pachelbels *Kanon*) med at bruge kuglen som et copingredskab: på indåndingen tog hun den orange kugle og oplevelsen af mod ind i kroppen, og på udåndingen gav hun slip på bangefølelsen. I sin sidste session oplevede Lise den orange kugle svævende på grænse mellem en lyserød og en lyseblå halvkugle, omgivet af to røde hjerter. Hun så også en bondekone, der vasker tøj, og en moden kornmark med lys på. Hun syntes selv, billedet af kuglen var lidt tomt, men der var også ro og fred (ill. 3).

Illustration 3



Lise gav i eftersamtalen udtryk for, at hun syntes, hun havde fået det bedre, at hun nu vidste mere om, »hvem jeg selv er, og hvad jeg kan tåle«. Hvor hun før forløbet kunne gå i panikangst og begynde at græde ukontrolleret, var det nu sådan, at hvis hun oplevede begyndende panik, tog hun sig sammen og sagde til sig selv, at »det skal nok gå«, hvilket stoppede panikangsten. Hun syntes, hun var blevet bedre til at åbne sig over for andre og sige sin mening i skolen. Hun følte sig ikke så bange mere.

Kommentar til case 1

Lises billeddannelse var æstetisk og farverig, og hun oplevede ofte naturbilleder. Hun oplevede i sammenhængende narrativer i hver session, og brugte flere oplevelsesmodaliteter: kropslig/kinæstetisk, visuel og emotionel. Billederne symboliserede fortrinsvis positive oplevelser.

På det symbolske plan bearbejdede Lise, styrket af ressourcerne i sine billeder, den underliggende angst og brugte også mandalaerne som hjælp imellem terapisesessionerne ved at hænge dem op ved sit skrivebord. Mange

af oplevelserne gav ro og frihedsfølelse. Den orange kugle var et gennemgående symbol, som i løbet af processen blev omdannet fra at være et passivt baggrundsfænomen (solnedgang) til at være en skat, hun aktivt kunne gribe og bruge i sin tilværelse. I det sidste billede befandt kuglen sig svævende i et tomt univers. Måske viste det Lises åbne muligheder med hendes nye handlekraft. Tilsyneladende kom Lise ikke i kontakt med egentlige traumatiske oplevelser, men arbejdede mere med sin egen personlighed og på måder at finde styrke til at overvinde angst og præstationskrav. Man kan diskutere, om der overhovedet er tale om traumeterapi, og om så tidlige traumer egentlig er traumer eller snarere figurerer som udviklingsforstyrrelser. Det er min forståelse, at selvom der ikke er en bevidst viden om tidlige traumer (operationer f.eks.), vil disse erindringer alligevel ligge i bevidsthed og krop og kunne skabe usikker grund, når personligheden skal til at modnes og adskille sig fra forældrene i puberteten. Set i lyset af traumebehandling mener jeg, casen illustrerer, hvordan musiklytningen kan formidle opbygningen af indre ressourcer, og hvordan bearbejdningen af traumer ikke behøver involvere en bevidst erindring eller genfortælling, når der blot etableres ressourcer og mestring.

Case 2

Julie, 16 år, havde som 8-10-årig været udsat for seksuelt misbrug af sin onkel, havde siden da lidt af spiseforstyrrelser (anorexi), gentagne selvmordsforsøg med piller, selvhad og lavt selvværd, stemningsudsving; hun havde hørt en negativ indre stemme og haft svært ved at passe skolen. Julie ønskede at arbejde med den seksuelle krænkelse, samt med sit selvhad. Julie havde en styrende rolle i familien, som støttede hende meget, men der var ægteskabelige problemer mellem forældrene, og faren havde et alkoholproblem. Julie kom hver gang i musikterapigruppen og modtog undervejs desuden individuelle samtaler og familiesamtaler, samt var indlagt en kortere periode (i øvrigt i modstrid med ambulatoriets behandlingspraksis om eet terapitilbud ad gangen). Hendes diagnose var posttraumatisk stressbelastning samt depressiv enkeltepisode.

Julie fremtrådte i starten modløs, lidende og ambivalent i forhold til at tale med terapeuterne. Hun sad med alt overtøjet på og talte kun ved megen udspørgen og efter lange pauser. Hun vækkede de øvrige gruppedeltageres medfølelse i kraft af sin forpinthed og fik også en rolle som emotionel »igangsætter«. I den allerførste musiklytning (Pachelbels *Kanon*) så hun sig selv vriste sig løs fra nogle ukendte personer og gå over en bro. Julie kom frem til, at broen kunne vise overgangen mellem det gamle og det nye liv, eller konflikten mellem at gemme sig indeni eller tale. I den følgende session anvendte jeg Beethovens 5. *klaverkoncert*, adagiosatsen, som Körlin ofte bruger til at stimulere symboliseringen af traumatisk materiale (Körlin 2002). Julie mødte en indre destruktiv stemme, som sagde, hun skulle tage

sit eget liv. Hun forsøgte at flygte gennem en tunnel, men stemmen forfulgte hende (se ill. 4).

Illustration 4



Julie ville ødelægge tegningen, og vi støttede hende i på denne måde at komme ud med vreden. I de følgende sessioner viste Julie sit indre univers gennem fragmenterede tegninger af småbitte tændstikfigurer (sig selv og forældrene), veje, og håndmadder, som symboliserede hendes kamp mod den krop, hun oplevede som tyk. I 7. session tegnede hun et sjippetov (motion), piller og jordkloden: »hvis jeg spiser pillerne slipper jeg for at være her« (ill. 5).

Illustration 5



En mandala om ambivalente følelser over for en ekskæreste var opdelt i gulgrøn glæde og sort vrede. Hun syntes, at det eneste, hun kunne gøre ved sin situation, var at tabe sig, og planlagde at tabe sig 5 kilo på en lejrskole. I den følgende session fortalte hun, at lejrskolen gik dårligt, hun havde følt sig svimmel og havde hørt stemmer. Hun tegnede sit hjem med rosa streger, der var tv på alle etager: hun havde kun lyst til at ligge og se tv. Huset var i midten af mandalaen, fritsvævende i luften.

Den følgende gang oplevede Julie under musikken, at hun var på vej til at løbe ind i en mørk skov. Hendes nye kæreste løb efter hende, for at hun ikke skulle gå derind. Hun stoppede selv op. På mandalaen var der en blomstereng og farver. Vi talte om hendes muligheder for at stoppe op og tænke sig om, når hun ikke vidste, hvad hun ville (en coping-strategi). Den følgende session var Julie parat til at fortælle om de seksuelle overgreb, hun havde været ude for. Hun havde ikke fortalt om dem før, undtagen i korte vendinger til sine forældre, som derefter havde stoppet al kontakt med onk-

len. Det var svært for Julie at fortælle sin historie, men også en »lettelse«. Som fokus for den afsluttende musiklytning valgte Julie en hule. I den følgende session følte hun sig »ved siden af sig selv« under musikken. Derefter oplevede Julie en hurtig bedring af sin situation. Hun kom til musikterapi i nyt rødt tøj. Til Warlocks *Pieds en l'Air* oplevede hun en smuk solnedgang ved en strand, hvor hendes kæreste engang havde taget hende hen, da hun havde det dårligt. Vi talte om, at det så ud til, at Julie havde valgt livet uden for skoven. Julie fortalte, hvordan hun kunne overveje at springe i havnen for at få sin kærestes opmærksomhed, og kom frem til, at hun i stedet måske bare kunne fortælle ham om sine varme følelser. De sidste gange blev hun aktiv i gruppen, åben og talende og gav spontant feedback. F.eks. sagde hun en af de sidste gange til en af de andre: »Får du nok at spise?«, samt: »Jeg synes ikke, du skulle lave dig selv om eller hade dig selv så meget – det er nok mere din familie, som skulle lave sig om«. I den sidste session tegnede Julie et billede med store, fritsvævende, røde blomster, et vibrerende hjerte og blomster, der groede op af den brune muld. Billedet kaldte hun »Ingen ting« (ill. 6).

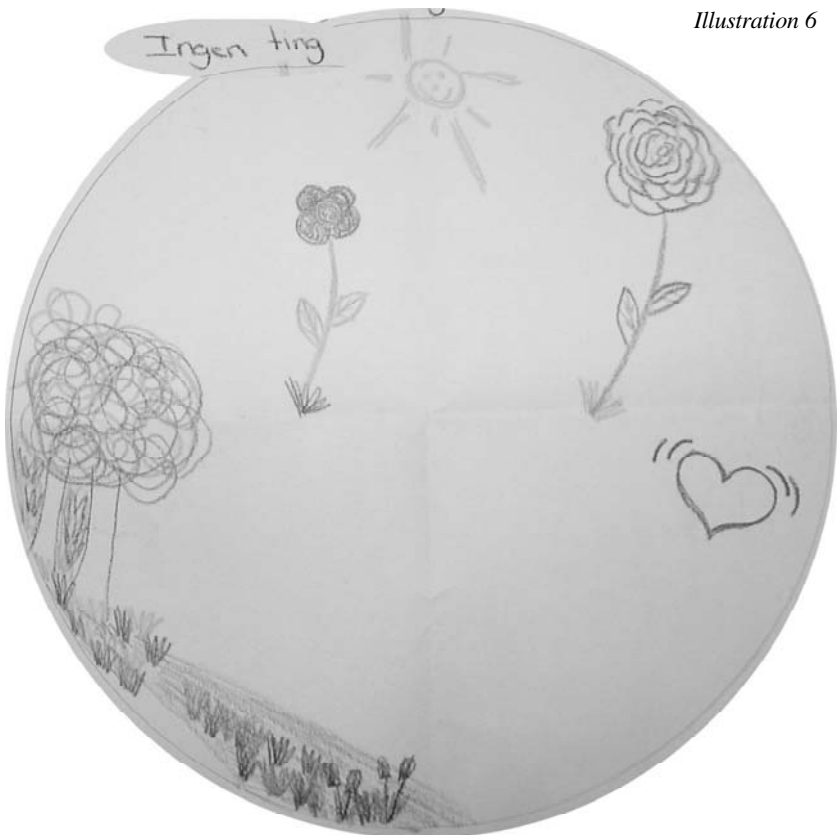


Illustration 6

Julie fortalte i eftersamtalen, at hun for nogle måneder siden blev angrebet af en mand en aften, hun gik på gaden alene. Hun slog ham med sin flaske, sparkede ham og løb væk i stedet for at stivne af skræk, og det tog hun som et tegn på, at hun var kommet over det værste i forhold til de tidligere overgreb. Hun følte, at hun var kommet på en god afstand af disse og ikke tænkte så meget over det mere. Hun fortalte, at hun en dag pludselig var vågnet og havde syntes, at hun egentlig var meget pæn, og siden da var det gået fremad, hun var blevet mere udadvendt i forhold til kammeraterne og havde fået lyst til at spise normalt igen. Hun var stadig nervøs for edderkopper og for at være alene, havde stadig nogle humørsvingninger, men sov godt om natten, havde meget mere selvtillid og var mere glad sammen med sine venner.

Kommentar til case 2

Julies historie viser, hvordan traumekompleksets destruktive virkninger næsten kan overtage en person fuldstændigt, og hvordan det at få fortalt om traumatiske oplevelser kan være et vigtigt vendepunkt. Julie brugte musiklytningen til at eksternalisere den indre dæmoniske stemme, og sine destruktive forestillinger og tanker. Hun havde ofte kinæstetiske oplevelser og af og til narrative sekvenser, men få følelsesmæssige billeder. Hun modtog den verbale bearbejdning, som vi kunne tilbyde hende, selvom hun havde besvær ved selv at sige noget. Selvmordstanker fyldte meget, og vi valgte derfor i nogle perioder også at tilbyde Julie støttende samtaler, hvilket også gjorde de øvrige gruppedeltagere mere trygge. Samtidig var det vigtigt for Julie at kunne tale om disse tanker. Udviklingen i Julies indre verden ses meget tydeligt i mandalaerne, der fra at bestå af små fragmenterede tændstikfigurer, objekter og veje, begynder at danne sammenhængende billeder med flere positive symboler og farver. Da Julie tegnede et rosa hus, virkede det som et første ressourcebillede (huset kan symbolisere mobiliseringen af Jæg'et, og den rosa farve kan betyde selvomsorg). Hulen kunne også tyde på en integration af omsorg og beskyttelse. Herefter kom der flere farver, mere liv, og større motiver på billederne, og til sidst også ligefrem positivt ladede symboler som solen, hjertet og blomsterne. Måske betyder »Ingenting« i sidste mandala, at der ikke er mere i vejen eller ikke er mere at fortælle.

7. Opsummering af GIM og traumeheling

Opsamlende kan GIM som traumeterapeutisk metode karakteriseres på følgende måde: Musikkens æstetiske, dynamiske og strukturelle kvaliteter mobiliserer det helende potentiale i form af:

- fysisk afspænding og stressreduktion (skift til parasympatisk nervesystem)
- integration af sansemodaliteter

- ressourcemobilisering (hjælpende figurer, steder eller kræfter)
- traumekompletterende kropslig kamp/flugt eller anden afgrænsende respons
- følelsesmæssig bearbejdning
- korrektion/kognitiv omstrukturering af traumet (magtforhold, betydning og indvirkning)
- kontakt med indre visdomslag og meningsgivende indsigt

GIM-terapi i ungdomspsykiatrisk regi byder på et supplement til verbale terapiformer, idet den inkorporerer en form for traumbearbejdning, der indvirker direkte på de sensorisk og emotionelt lagrede traumeerindringer, den påvirker non-verbale processer og psykiske lag, og den katalyserer via de kreative processer de unges evne til at løse problemstillinger på nye måder.

Supplerende materiale til denne artikel findes på www.musikterapi.aau.dk/musikogpsykologi – se side 636.

LITTERATUR

- ANDERSEN, T. (2001): Ethics before ontology – a few words. *Journal of systemic therapies* (s. 11-13), vol. 20, nr. 4, 2001.
- BECK, B. (2004): *Rapport om musikterapi på Ungdomspsykiatrisk ambulatorium og sengeafsnit*. Psykiatrisk Center Vestsjælland. Upubliceret.
- BISHOP, S. (1994): *The use of Guided Imagery and Music with Adult Female Survivors of Abuse in an Inpatient Psychiatric Setting*. Salinas, California: Bonny Foundation, 1994.
- BONDE, L.O. (2000): BMGIM-Database: [www.http://www.musik.aau.dk/research/musikterapi/gim-resource-center/GIMANNOT.PDF](http://www.musik.aau.dk/research/musikterapi/gim-resource-center/GIMANNOT.PDF)
- BONDE, L.O. (2005): *Guided Imagery and Music (BMGIM) with Cancer Survivors. A Psychosocial Study with Focus on the Influence of BMGIM on Mood and Quality of Life*. Ph.d. Afhandling, Ålborg Universitet, 2005.
- BONNY, H. , SAVARY, L. (1973): *Music and your Mind, Listening with a new Consciousness*. New York: Harper & Row, 1973.
- BONNY, H. (SUMMER, L. (Ed.)): (2003) *Music and Consciousness: The Evolution of Guided Imagery and Music*. USA: Barcelona Publishers, 2003
- BRADLEY, R. m.fl. (2005): A Multidimensional Meta-analysis of Psychotherapeutic treatment for PTSD. *American Journal of Psychiatry* 162, (s. 214-227).
- BRUSCIA, K.; GROCKE, D. (Eds.) (2002): *Guided Imagery and Music: The Bonny Method and Beyond*. USA: Barcelona Publishers, 2002.
- CAMP, J. VAN (1999): Reflections on music in music therapy. IN: Wigram & de Backer (Ed.s): *Clinical Applications of Music Therapy in Psychiatry* (s. 265-68). London: Jessica Kingsley Publishers, 1999.
- GOLDBERG, F. (1994): The Bonny Method of Guided Imagery and Music (GIM) as individual and group treatment in a short-term acute psychiatric hospital. *Journal of the Association for Music and Imagery*, 3 (s. 5-18).
- HERMAN, J. (1992): *Trauma and Recovery, from domestic abuse to political terror*. USA: Basic Books, 1992. 2001-udgave med nyt efterord.
- KENNY, C. (1989): *The Field of Play: A Guide for the Theory and Practice of Music Therapy*. California: Ridgeview Publishing Company, 1989.

- KÖRLIN, D. (2002): A neuropsychological Theory of Traumatic Imagery in the Bonny Method of Guided Imagery and Music (BMGIM). IN: Bruscia & Grocke (Ed.s): *Guided Imagery and Music – the Bonny Method and Beyond*. USA: Barcelona Publishers, 2002.
- KÖRLIN, D. (2004): The Spectrum GIM Group Therapy. IN: Frohne-Hagemann (Ed.): *Rezeptive Musiktherapie: Theorie und Praxis*. Wiesbaden: Reichert Verlag, 2004.
- KÖRLIN, D. (2005): *Creative Arts Therapies in Psychiatric Treatment*. Ph.d. Afhandling. Stockholm: Karolinska Institutet, Department of neuroscience, 2005.
- LEVINE, P. (1997): *Waking the Tiger Healing Trauma*. California: North Atlantic Books, 1997.
- MOE, TORBEN (2001): *Restituerende faktorer ved gruppemusikterapi – baseret på en modifikation af Guided Imagery and Music (GIM)*. Institut for Musik og Musikterapi, Ålborg Universitet, 2001.
- SKÅRDERUD, F. (2000): *Sterk/svak. Håndboken om spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug. Dansk udgave 2002. København: Hans Reitzels Forlag, 2000.
- SUMMER, L. (2002): Group Music and Imagery Therapy. IN: Bruscia & Grocke (Eds): *Guided Imagery and Music – the Bonny Method and Beyond*. USA: Barcelona Publishers, 2002.
- TASNEY, K. (1993): Beginning the Healing of Incest through Guided Imagery and Music. *Journal of the Association of Music and Imagery* 2 (s. 35-47).
- VENTRE, M. (1994): Healing the Wounds of Childhood abuse: a Guided Imagery and Music case study. *Music Therapy Perspectives* 12, 2 (s. 98-103).
- WILSON, J.P.; FRIEDMAN M.J.; LINDY J.D. (Eds.) (2001): *Treating psychological trauma and PTSD*. New York, Guilford Publications, 2001.
- WILSON, J. (2006): Transformational principles: Healing and Recovery from Psychic Trauma. IN: Wilson (Ed.): *The Posttraumatic Self. Restoring Meaning and Wholeness to Personality* (s. 425-458). New York: Routledge, 2006.