Rapport om

"Musik- og tegneterapi

med traumatiserede flygtninge"

- et projekt under psykiatrien i

Vestsjællands Amt / Region Sjælland
2004-2007.

Cand. psych. aut. Jan Fjordbak &
PhD stipendiat musikterapeut
Bolette Daniels Beck

1. Indledning

Denne rapport er en evaluering af projektet ”Musik- og tegneterapi for traumatiserede flygtninge”. Projektet har afprøvet musik- og tegneterapi til traumatiserede flygtninge både i gruppe og individuelt. 10 flygtninge fra forskellige lande har gennemført behandlingsforløb og der er arbejdet med afprøvning og vurdering af musikterapi kombineret med forskellige andre metoder i et gruppeforløb og i seks individuelle forløb. Projektet er gennemført i perioden 2004-2007 med afsæt i Sygehus Vestsjælland og siden Region Sjælland. Første del af projektet havde base i Dianalund og anden del i Holbæk.

Rapporten er delt i fire hovedafsnit: projektbeskrivelse, introduktion til musikterapi, redegørelse for metoder og evaluering.

I første hovedafsnit beskriver vi projektets formål, målgruppe og forløb, så det bliver tydeligt hvad projektets ide har været og hvordan det så praktisk kom til at udmønte sig.

Andet hovedafsnit er en generel introduktion til projektets hovedomdrejningspunkt: musikterapi. Efter en beskrivelse af musikterapiens grundformer vil vi fremlægge vores generelle overvejelser omkring brug af musikterapi i forhold til traumatiserede flygtninge.

I tredje hovedafsnit beskrives projektets metoder. Da projektets formål er en afprøvning og vurdering af nogle terapeutiske metoder, som de fleste formentlig ikke har noget særligt stort forhåndskendskab til, vil vi gøre forholdsvis meget ud af at beskrive de anvendte metoder. Udover forskellige former for musikterapi har vi hentet inspiration i traumeterapi, kunstterapi og eksistentiel terapi. Beskrivelsen vil blive anskueliggjort med konkrete eksempler fra de terapeutiske sessioner, så det bliver tydeligt hvordan de forskellige metoder har været bragt i spil. Når vi gør forholdsvis meget ud af denne beskrivelse, er det, fordi det er vores håb, at andre der arbejder med terapi og behandling af flygtninge (eller andre klientgrupper) vil kunne finde inspiration til at inddrage de kreative metoder i deres praksis.

Efter metodebeskrivelsen tager vi hul på fjerde hovedafsnit som indeholder evalueringen af forløbet. Her starter vi med klienternes vurdering af terapien baseret på kvalitative interviews ved de enkelte terapiforløbs afslutning. Dernæst følger vores (terapeuternes) vurdering og diskussion af projekts perspektiver. Der var fra starten langt op til mere systematisk effektevaluering, men det måtte af flere grunde opgives undervejs, så evalueringen skal først og fremmest ses som en systematisk opsamling på de indhøstede erfaringer. Vi slutter med en konklusion, der peger på både muligheder og begrænsninger omkring brug af musik- og tegneterapi til traumatiserede flygtninge.

2. Projektbeskrivelse

2.1. Projektets formål

Projektets formål var at afklare, om musik – og tegneterapi er en velegnet behandlingsform til at afhjælpe traumatiserede flygtninges psykiske lidelser.

I de seneste år har der været en øget opmærksomhed på vanskelighederne med hensyn til at mindske traumatiserede flygtninges psykiske symptomer på stress, dårlig livskvalitet og ringe evne til at socialisere sig i det danske samfund. Trods mangeartede behandlingstiltag, er det endnu ikke lykkedes at finde frem til én eller flere konkrete behandlingsmetoder, der med sikkerhed gavner de fleste traumatiserede flygtninge.

Erfaringer viser, at en kunstnerisk/kreativ indfaldsvinkel til bearbejdning af de psykiske symptomer hos mange har gavnlig effekt. Projektets mål var således at afklare og om muligt dokumentere effekten af musik – og tegneterapi. Målsætningen for de traumatiserede flygtninge var at styrke deres ressourcer, således at deres symptomer på stress mindskedes, livskvaliteten øgedes og evnen til socialisering bedredes.

2.2. Målgruppe

Projektets målgruppe var defineret som traumatiserede flygtninge, der led af PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) uden anden psykisk lidelse. Der sigtedes mod traumatiserede flygtninge, som ikke i forvejen havde et velfungerende socialt netværk eller var tilknyttet hospitalspsykiatrien.

2.3. Projektets forløb

Projektet blev iværksat af Sygehus Vestsjælland - Psykiatrisk Center i 2004, på baggrund af en beslutning om at gøre traumatiserede flygtninge til et indsatsområde. Psykiatrisk Center fik bevilget 1,4 mio. kr. til projektet fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets psykiatriske pulje. Projektet var berammet til at løbe i 2004-2006.

Projektet blev startet op i 2004 med et pilotprojekt omfattende ét forløb med en mindre gruppe klienter fra Sorø Kommune, men det egentlige projekt blev først afviklet i 2006-2007 efter et års bevilget forlængelse af projektets afvikling. Denne gang med klienter fra Holbæk og Odsherred Kommune.

Formålet med projektet var som nævnt at klargøre om musik- og tegneterapi gavner de traumatiserede flygtninge. Projektet blev derfor fra starten bemandet med en musikterapeut og en tegneterapeut. I opstarten var en speciallæge i psykiatri, som samtidig var tegneterapeut, tilknyttet projektet som den ene terapeut, men hun blev nødt til at trække sig på grund af andet arbejde. I stedet blev der tilknyttet en musikterapeut mere, således at terapiforløbet i pilotfasen primært blev et musikterapeutisk forløb, men der blev også anvendt tegning som terapeutisk metode.

Da pilotfasen af projektet tidligere er beskrevet i evalueringsrapporten ”Projekt for traumatiserede flygtninge i Sorø kommune – et behandlingstilbud baseret på musikterapi. Pilotprojekt maj-september 2004”[1] vil denne del ikke blive uddybet her.

Efter pilotfasen kom projektet til at ligge stille i næsten to år, inden det blev genstartet i midten af 2006. Årsagen var at projektet var uden reel organisatorisk forankring i Psykiatrisk Center og derfor stod og faldt med terapeuternes engagement. Det kom på

[1] Mørch, Nana Hostrup og Beck, Bolette Daniels: ”Projekt for traumatiserede flygtninge i Sorø kommune – et behandlingstilbud baseret på musikterapi. Pilotprojekt maj-september 2004.” Vestsjællands Amt 2004

stand by pga. 2 x barselsorlov og for den enes vedkommende andet arbejde. I kraft af en ihærdig indsats lykkedes det imidlertid i foråret 2006 den ene musikterapeut Bolette Beck at få tilsagn fra Psykiatrisk Center om at fortsætte projektet med reference til en kontorchef i staben.[2] Hun blev sideløbende ansat som phd stipendiat på Ålborg Universitet med henblik på at skrive en afhandling om flygtningeprojektet. Som erstatning for den anden musikterapeut ansattes en psykolog med efteruddannelse i kunstterapi. De psykiatriske afdelinger ville ikke have ansvar for projektet, og der kunne ikke længere stilles lokaler til rådighed. Projektet måtte derfor tilknytte en ekstern psykiater og forsøge at skaffe lokaler andetsteds.

Som ekstern psykiater tilknyttede den privatpraktiserende psykiater Kurt Schnoor, som havde omfattende erfaring med behandling af flygtninge i egen praksis. Han påtog sig det psykiatriske behandlingsansvar i projektet.

Det lykkedes endvidere at etablere et samarbejde med Holbæk Kommune, som ville være behjælpelig med at skaffe lokaler og klienter. Der blev aftalt en visitationsprocedure og sagsbehandlerne skulle formidle kontakten til de relevante flygtninge og indkalde til visitationssamtaler. Der blev kalkuleret med godt 40 visitationssamtaler, som skulle føre til sammensætning af 4 grupper á 6 personer. Der blev imidlertid ikke indkaldt en eneste flygtning til samtale, så strategien måtte lægges om.

Ved at kontakte forskellige boligselskaber lykkedes det bl.a. via opbakning fra den lokale beboerrådgiver at få lov til at låne et beboerlokale to gange om ugen i det sociale boligkompleks Ladegårdsparken i Holbæk. Integrationsrådet i Holbæk trådte til og dækkede omkostningerne til lokaleudlånet. De to terapeuter tog herefter på besøg og lavede prøvesessioner på aktivitetsstedet Platanhuset og på Sprogskolen i Holbæk. Derudover blev der afholdt et informationsmøde, hvor der blev orienteret om projektet og deltagerne fik lejlighed til at få en smagsprøve på projektets metoder. Mødet var relativt velbesøgt (20-25 deltagere), formentlig fordi en stor gruppe flygtninge via brev fra deres sagsbehandler var blevet opfordret til at deltage (med motivationsfremmende trussel om at blive trukket i kontakthjælp, hvis de ikke mødte op). Der var desuden god kontakt til den lokale beboerrådgiver samt aktivitetsmedarbejdere i kommunen, som var behjælpelige med at henvise klienter. På baggrund af disse indledende pr-tiltag blev der afholdt 12 visitationssamtaler, som førte til fem deltagere i projektet[3]. I løbet af foråret 2007 kom endnu en deltager til, så projektet blev gennemført med seks deltagere – tre fra Kosova, en fra Iran, en fra Irak og en fra Afghanistan.

Grundet de store vanskeligheder i forbindelse med rekruttering måtte konceptet ændres fra gruppebaseret til individuel behandling. Der var for stor spredning på køn (fire kvinder og to mænd), sproggrupper, og hos flere for voldsom traumatisering og mistillid til andre til at gruppebehandling overhovedet kunne komme på tale.

Behandlingen kom derfor til at køre som individuel behandling med én session ugentligt med en varighed på 1-1½ time over en periode på op til 13 måneder. I sessionerne deltog begge terapeuter samt for fire af klienternes vedkommende en tolk.

---

[2] Efter 1.1.07 overgik projektet til Region Sjælland, hvor den organisatoriske tilknytning har været Organisation og HR.

[3] Der var frafald af mange forskellige grunde: En fik arbejde. En viste sig at være indvandrer og ikke flygtning. En var for ambivalent og ustabil til at møde frem. En var meget depressiv og angst og ikke i stand til at møde op. En var i anden behandling. En var for konfus og krisepræget. Vi fik yderligere et par stykker henvist, men det lykkedes ikke at etablere kontakt.

Bolettes Ph.d. projekt, der var bundet til en kvantitativ effektundersøgelse, blev omdirigeret til en anden klientgruppe grundet de ændrede betingelser og problemer med at indsamle data (deltagerne kunne ikke overkomme at udfylde spørgeskemaer og vi ville ikke optage sessioner på bånd eller video af etiske grunde).

I forløbet blev det ret hurtigt klart, at de musik- og kunstterapeutiske metoder ikke kunne stå alene. Klienterne havde et stort behov for at tale om deres problemstillinger, så hvis vi overhovedet ville fastholde klienterne i forløbet måtte vi lade samtaleterapi spille en væsentlig større rolle end oprindeligt planlagt. Der kom derfor til at indgå kriseterapi, SE-terapi, eksistentiel psykoterapi samt vejledning og rådgivning i forhold til klienternes håndtering af diverse relationer.[4] Vi har også udfærdiget udtalelser til klienterne, som de kan bruge i deres videre afklaring hos myndigheder osv. Projektet afsluttedes ved udgangen af 2007. Tre ønskede ikke yderligere behandling. To blev henvist til videre psykologisk behandling i andet regi, og en fortsætter i et igangværende forløb i OASIS.

Da projektets formål er at vurdere de terapeutiske metoders potentiale, vil vi i det følgende gå nærmere ind i en beskrivelse af de anvendte metoder. Herefter følger en række konkrete eksempler på anvendelse af metoderne, hvorefter vi vender os mod en evaluering af forløbet og en opsamling på projektets resultater og de indhøstede erfaringer.

3. Introduktion til musikterapi

3.1. Beskrivelse af musikterapi

Musikterapi kan defineres på følgende måde:
"Musikterapi er en systematisk interventionsproces, i hvilken terapeuten søger at fremme klientens sundhed og velbefindende ved at bruge musikalske oplevelser samt de relationer, der udvikler sig gennem disse, som dynamiske kræfter til forandring". (Bruscia, 1998, oversat i Bonde et al., 2001)[5].

I Danmark bygger musikterapi hovedsageligt på et psykodynamisk udgangspunkt i forhold til teoretisk inspiration, forståelsesmodeller, og klinisk praksis, der så er udviklet ind i en musikterapeutisk kontekst. Musikterapeuter uddannes på Aalborg Universitet i en 5-årig kandidatuddannelse, hvor en international musikterapiforskerskole også er placeret. Musikterapi anvendes indenfor voksenpsykiatrien i Danmark som en evidensbaseret komplementær behandlingsform[6]. Musikterapeutisk behandling med traumatiserede flygtninge er beskrevet i casestudies, og flere europæiske musikterapeuter har udviklet og beskrevet erfaringsbaserede metoder[7]. Der pågår også en løbende debat om musikterapi

---

4 Det skal også i denne forbindelse nævnes at vi under hele forløbet har fået supervision af psykolog Ursula Fürstenwald, som er specialist i psykotraumatologi.

5 Bonde, L.O. Pedersen, I.N. & Wigram, T.: *Musikterapi - når ord ikke slår til.* Forlaget Klim, 2001.

6 3 nordiske afhandlinger: *Moe, Torben*: Restituerende faktorer i gruppeterapi med psykiatriske patienter - baseret på en modifikation af Guided Imagery and Music (GIM) (2001). Körlin, Dag *Creative Arts Therapies in Psychiatric Treatment*. Ph.d. Afhandling. Stockholm: Karolinska Institutet, Department of neuroscience (2005) Randi Rolvsjord: "Blackbirds singing": An Explorational study of resource-oriented music therapy in mental health care (2007).

7 Orth, J.J., L. Doorschodt, J. Verburgt & B. Drozdek (2004) Sounds of trauma: an Introduction to Methodology in Music Therapy With Traumatized refugees in Clinical and Outpatient Settings. In: Broken Spirits: The Treatment of Traumatised Asylum Seekers , Refugees, War and Torture Victims. Routledge. Allane, Sami (2004) Music psychotherapy for torture survivors. 5. European Music Therapy Congress, Helsinki. Proceedings, chapter 3. Ph.D. Dissertation in press. www.musictherapyworld.de/modules/mmmagazine/issues/downloads/Proceedings_Screen.pdf

som kulturmøde[8].

I musikterapi anvendes musik systematisk og planlagt efter behandlingens formål og den enkelte klients behov. Der skelnes overordnet mellem to former for musikterapi:

- Aktiv musikterapi indebærer tematiske improvisationer med klienten med stemme og på instrumenter, sangskrivning og performance, terapirettede sammenspilsgrupper og fællessang m.m.
- Receptiv musikterapi indebærer lyttegrupper, afspænding og fantasirejser, "life panorama" - at kæde musikstykker sammen til en livshistorie, musiklytning og spontan indre billeddannelse m.m.

I musikterapi opfatter man musikken som et symbolsk sprog, der berører følelserne og kan bruges til kommunikation. Musikken kan f.eks. bruges til at arbejde med initiativ og styring, til at udtrykke følelser og stemninger, til at arbejde med psykisk nærhed og grænser, og til at projicere indre oplevelser ud i en hørbar lyd. Aktiv improvisation med stemme og instrumenter udfra en spilleregel eller et tema, er en metode, der bruger musikkens elementer (klange, rytmer, melodier og lyde) som en fælles udtryksform. På lettilgængelige instrumenter opbygges en improviseret klang og rytmeflade, som optages på bånd/CD for senere fælles gennemlytning. Musikterapeuten og klienten kan have forskellige roller i musikken.

I receptiv musik kan en fordybet lytteoplevelse betyde, at musikken kan opleves som et rum hvor forskellige oplevelser kan komme frem, eller musikken kan bruges som et fokus til at udvælge og holde fast i bestemte oplevelser. Musikken kan også give stærke æstetiske oplevelser. En retning indenfor den receptive musikterapi er Bonny Method of Guided Imagery and Music. Her guides man gennem en afspænding og lytter til udvalgte stykker af klassisk musik, som vælges udfra principper om musikkens grad af "psykisk bæreevne", struktur og dynamik. De indre oplevelser, tanker, følelser, billeder, kropssansninger m.m., der optræder, udtrykkes direkte efter musiklytningen i en mandalategning, hvorefter man taler om oplevelsen.

3.2. Musikterapi med traumatiserede flygtninge

Musikterapi med traumatiserede flygtninge kan have følgende særlige potentialer:

◆*Musikken som tværkulturelt mødested*

I musikterapi med traumatiserede flygtninge kan musikken blandt andet være med til at give klienten/klienterne mulighed for i trygge omgivelser at udtrykke sig ved hjælp af musikken på tværs af sprogbarrierer. Musikken kan således have funktion som en fælles referenceramme for klient(er) og terapeut, hvor musikken er et fælles mødested. Der kan f.eks. bruges instrumenter og musikstykker fra klientens hjemland. Klienten fungerer som ekspert i sit hjemlands musik. Musikken kan også fungere som afsæt for diskussion af specifikke temaer som for eksempel eksil eller krigsoplevelser. Klienter med musikalske forudsætninger kan bruge musikterapien som afsæt til performance og kulturudveksling med det omgivende samfund.

◆*Musikken som non-verbal kommunikation*

Gennem musik kan flygtningen udforske og udtrykke følelser og oplevelser, der ellers kan være svære at tale om. Musikken kan anvendes som metafor for ubeskrivelige oplevelser af f.eks. tab og overgreb, såvel som kærlighed og håb.

---

[8] Se f.eks. Brown, Julie (2002) Towards a Culturally Centered Music Therapy Practice. *Voices,* Vol 2(1), March 1, 2002. http://www.voices.no/mainissues/Voices2(1)brown.html

◆*Musikken som middel til kontakt og tillid*

Musikken kan også være med til at genskabe flygtningens tillid til andre mennesker og håb om at blive forstået, hvis terapeuten gennem sin musik kan kommunikere sin respekt og empati med flygtningen. Da et af symptomerne i PTSD er tilbagetrækning fra kontakt, er genopbygningen af trygge og positive relationserfaringer et vigtigt indsatsområde.

◆*Musikken som kropsligt-følelsesmæssigt udtryk*

Traumatiske erindringer er ofte svært tilgængelige for kognitiv bearbejdning, da de lagres i dybereliggende dele af hjernen. Gennem musikalsk påvirkning og udtryk kan følelser og kropslige fornemmelser påvirkes, bearbejdes og bevidstgøres.

◆*Musikken som middel til afspænding*

Musiklytningen og guidet afspænding kan formidle skift til det parasympatiske regenererende nervesystem, og kan efterhånden læres af flygtningen og bruges som copingredskab i hverdagen.

◆*Musikken som middel til opspænding*

Afmagt og kontroltab er en almindelig følge af traumatisering. Musik brugt som holdende ramme om kropsopmærksomhed eller som fysisk handlende udtryk kan understøtte opspænding og fornemmelsen af kroppens grænser, styrke og ressourcer.

◆*Musikken som stimulus til billeddannelse*

Kroppen reagerer på indre billeder og sansninger på samme måde som på "virkelige oplevelser", derfor kan indre billeddannelse som en form for vågne drømme være en måde at bearbejde og omskabe traumatiske oplevelser, samt få adgang til ressourcer og positive tilstande.

◆*Musikken som smertelindring eller smerteafledning*

Stemmelyde der synges med opmærksomhed på et smertested, eller musiklytning med fokus på afledning af eller modifikation af smerten er dokumenteret i musikterapi og musikmedicin i mange forskellige kliniske sammenhænge.

◆*Musikken som ramme for bearbejdning af livshistorie*

Kontinuiteten i flygtninges livsforløb er tit brudt ned som følge af traumatiseringen. I et såkaldt "musical life panorama" kan livshistorien udtrykkes gennem af klienten udvalgte indspillede eller improviserede musikstykker som repræsenterer stemninger og begivenheder i forskellige livsfaser, for eksempel: hjemlandet før flugten/traumer, traumer/flugten og livet i det nye land.

Når man anvender musikterapi med traumatiserede flygtninge, bør man være opmærksom på tinnitus eller lydoverfølsomhed som følge af tortur, stress eller skade på hovedet. Her er det vigtigt at være meget omhyggelig med at regulere lydstyrken og undgå pludselig volumenskift, samt checke klientens oplevelse og gøre opmærksom på at de kan stoppe eller ændre på musikken og lydstyrken. I nogle former for tortur anvendes musik, og det er vigtigt at være opmærksom på ikke at restimulere sådanne oplevelser. Når man vælger musik fra klientens hjemland, skal man være opmærksom på lyrik og musikalsk kontekst, og evt. at bruge tolkebistand til at evaluere musikken før man bruger den. Musiklytning, som er en passiv modtagende tilstand, kan i visse tilfælde udløse flashbacks og restimulation af traumer, og her er det også vigtigt at indføre metoder til opbremsning og klientkontrol for at forebygge ubehagelige oplevelser. Valg af musik og

situation må bero på terapeuternes fornemmelse for timing og nytte af musiklytningen, samt kendskab til de enkelte klienters reaktionsmønstre og præferencer.

4. Beskrivelse af terapeutiske metoder i projektet

4.1. Musikterapeutiske metoder anvendt i flygtningeprojektet

- GIM modificeret til PTSD patienter
- Musikimprovisation over tema
- Toning (stemmebrug) til smertelindring
- Sang til guitar/percussion akkompagnement
- Maleri med musikledsagelse
- Kropsoplevelse med musikledsagelse

GIM har været anvendt som metode såvel i pilotprojektet med gruppen, i gruppesessioner med rekrutteringsformål, og med alle individuelle klienter (undtagen en). Vi har anvendt dels enkle stykker klassisk musik (Bizet's *Intermezzo fra Carmen,* Pachelbell's *Kanon i D*, Mozart's: *Koncert for fløjte og harpe*, new age stykker (*Song from a Secret Garden* fra Secret Gardens Dreamcatcher, og Daniel Kobialka's *When I Wish upon a Star),* derudover har vi benyttet enkelte musikstykker fra deltagernes lande, f.eks. Lila Feroher: "*Lyt til Nai'en*" (vores oversættelse), fra CD'en Radio Kabul, Mahwash: hommage to composers, #1), og Fairuz: *Dhia Anov* fra "The Lady and the Legend". Det har været nødvendigt at tilpasse metoden for at modvirke retraumatiseringsoplevelser: vi har i en del tilfælde ladet klienterne lytte siddende, med åbne øjne, og givet mulighed for at afbryde oplevelsen undervejs. De fleste af klienterne i hovedprojektet har ikke været motiveret for at tegne efter musiklytningen, hvorimod deltagerne i pilotprojektet holdt meget af at tegne.

Casevignet: Eksempel på GIM som afledning fra smerte og stress

41-årig kvinde fra Kosovo med PTSD, højstress og psykosomatiske smerter.

2. session: S. fandt selv ordet fred som det, hun savner i sin tilværelse. Tp tog ordet med i en kort kropsgennemgnag (oplev fred i fødder, knæ, mave osv.), og som overgang til musikken: "lad musikken hjælpe dig med at mærke fred og finde et sted med fred". S. lyttede siddende med lukkede øjne til new age stykket *Song from Secret Garden* (5 min.). Hun oplevede grønne og blå farver, så sig selv sammen med veninderne som 16-årig, et træ med røde blomster og et silketørklæde i mange farver der bølgede i vinden. Hun oplevede lethed i kroppen, som at flyve. Havde ikke lyst til at komme tilbage til det grå regnvejr.

- Musikken gav adgang til følelser af frihed, glæde og lethed som modvægt til den dybe frustration og fysiske smerter, klienten oplever i sin dagligdag.

Musikimprovisation har vi anvendt med en bestemt klient flere gange, til kontakt og fremme af mod og udtryk. Vi har afprøvet metoden med flere andre klienter, som ikke havde glæde af den (i modsætning til i pilotprojektet). Vi har anvendt det at spille til/for klienterne i flere tilfælde med succes, samt brugt det at synge en sang for eller med klienten.

Toning (sang af en enkelt eller få toner) har vi brugt som en metode til at reducere smerte, primært i skulder/arm regionen hos forskellige klienter. Nogle af gangene sang de selv med, andre gange sang og improviserede terapeuterne på instrumenter under sangen, med henblik på afslapning i kropsdelen. Det havde en lindrende effekt og fungerede også som en måde at vise empati med smerten.

Inspireret af SE-metoden har vi arbejdet med kropslig opmærksomhed til musikledsagelse. De faktiske sansninger i forskellige kropsdele blev undersøgt og en proces kunne sættes i gang f.eks. "pendulering": vekslen mellem neutrale-behagelige og ubehagelige kropsoplevelser med henblik på øget fleksibilitet i nervesystemet. Musikken har her fungeret som en form for holdende rum som støtte for koncentration og fordybelse i processen.

4.2. Andre metoder anvendt i projektet

Udover de musikterapeutiske metoder har vi i projektet anvendt en række andre metoder. Vi har hentet inspiration i kunstterapi, sikker traumeterapi, SE-metoden og eksistentiel terapi.
Vi vil kort redegøre for de enkelte metoder og beskrive, hvorledes vi har bragt dem i spil.

4.2.1. Kunstterapi

Kunstterapi er en samlebetegnelse for terapeutiske metoder, der benytter forskellige former for kreative udtryk som symbolsk sprog til bearbejdning af psykiske problemer og til personlig udvikling. I forhold til andre terapeutiske metoder er kunstterapi kendetegnet ved at der er et tredje element med i terapien i form af et kunstnerisk produkt i billedmæssig, skulpturel eller kropslig form. Det terapeutiske kommer ind både i forbindelse med fremstillings-processen og den efterfølgende samtale. Hovedprincippet er at noget indre psykisk bliver synligt som noget ydre, som terapeuten og klienten kan forholde sig til sammen, kan bearbejde og forvandle på et symbolsk plan og derefter integrere og omsætte til nye indsigter og handlinger.

Casevignet: Aktiv musikterapi brugt sammen med kunstterapi til bearbejdning af fastlåsthed i frustration

40-årig kvinde fra Kosovo med mange psykosomatiske smerter og fysiske symptomer, og oplevelsen af negativ afhængighed af praktiserende læge.

> 14. session: Klienten var meget vred på sin læge over ikke at føle sig hørt og taget alvorligt, og få de henvisninger til specialistbehandling, som hun ønskede. Hun kom frem til med følelse at kunne sige: "Han er rigtig dum!", med både en humoristisk distance, som gjorde det muligt at arbejde med følelsen og ikke lade sig overvælde, og en god kontakt til vreden. Vi opfordrede hende til at tegne den følelse, mens vi spillede musik for hende (begge to på "vredt" keyboard med rockrytmeakkompagnement).

Hun sagde: "Hans hjerte er sort, selvom han prøver at sige undskyld, så går han tilbage igen". Tp1 spurgte: "Hvad vil du gøre med billedet?" Hun foldede det og skubbede det væk med hånden (aktivering af copingmekanisme i form af aktiv fysisk handling fremfor afmagt). "Hvad skal der så ske?" spurgte Tp1. Hun tog en hvid blank side frem: "Det skal være åbent". Tp2: "Skal der være omsorg, støtte? Hvilken farve?" Hun sagde: "Lyserød, men jeg kan ikke tegne det". Tp 1 tegnede for hende (stedfortrædende). Klienten sagde: "Det har jeg aldrig prøvet, med ham (lægen)". Hun blev ved med at gå tilbage til frustrationen. Vi sagde: "Prøv at være stille og se fremad". Vi sad og var helt stille i to minutter. Hun følte sig lettet. 3 sessioner senere havde hun bestilt ekstra tid hos sin læge for at give ham en chance til, og kom efterfølgende og fortalte om en succesfuld konsultation, hvor hun havde oplevet, at lægen kunne støtte hende og lytte på hende og også var villig til at gøre noget for at fremskynde hendes behandling.

I relation til arbejdet med traumatiserede flygtninge kan der benyttes billedfremstilling, arbejde med ler og andre materialer, drama, bevægelse mv., som veje til at eksternalisere belastende psykiske problemstillinger, så de lettere kan iagttages og gøres til genstand for bevidst dialog. Når det ubevidste meddeler sig gennem billeder kan det åbne for en kommunikation om det traumatiske indhold, som går på tværs af sproglige barrierer. Diskussionen af flygtningens opfattelse af billedet kan ofte bidrage med en væsentlig forståelse af baggrunden for problemet og den fortsatte proces i forhold til billedfremstillingen kan give afsæt til nye copingmetoder. Kunstterapi er overvejende beskrevet som behandlingsform med traumatiserede flygtninge i form af casestudies[9].

[9] Wertheim-Cahen, Truus;van Dijk, Marion;Schouten, Karin;Roozen, Inge;Drozdek, Boris (2004) About a Weeping Willow, a Phoenix Rising From Its Ashes, and Building a House... Art Therapy With Refugees: Three Different Perspectives. In: Wilson & Drodek (Eds.): Broken Spirits: The treatment of traumatized asylum seekers, refugees, war and torture victims. Brunner-Routledge, New York, 2004.

Casevignet: Eksempel på kontakt med ressourcer gennem arbejde med ler

Kvinde, 40 år, mellemøstligt land.
7. session: N. prøvede at arbejde med ler med lukkede øjne og lade hænderne gøre, hvad de ville med leret. Vi spillede et stykke fra Musicure (1) som ledsagelse til arbejdet. Hun associerede leret med at lave juledekorationer på sprogskolen, lerklining af huset i sit hjemland, og da de lavede beskyttelsesrum mens hun boede hos svigerforældrene. N. arbejdede 5 minutter med leret og formede først et fad, så en gryde og senere låget til gryden. Hun kom i kontakt med barndomserindringer fra hun var 9-10 år, hvor hun og veninderne lavede dukkestel af ler fra søen. De lavede også "måltider" og dukker, og fik ros af forældrene for det. Nogen gange konkurrerede de blandt pigerne om at lave de flotteste ting, og pudsede dem med vand. "Låget" symboliserer i N. land forældregenerationen – de der dækker og beskytter familien. Vi talte med N. om at være "låg" for sine to døtre, og at hun klarer det godt. Hun ville gerne vise sine døtre sin lerfigur og fortælle om sine barndomsoplevelser.

- Vi var overraskede over at der kom så mange associationer og symboler, som gav indtryk fra klientens kultur. Øvelsen gav adgang til positive erindringer fra klientens barndomsliv, som hun ikke ellers havde fortalt om, da de traumatiske erindringer ofte meldte sig først.

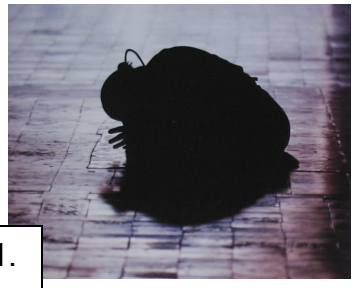
De anvendte metoder i projektet har været: billedfremstilling med farvekridt, akrylmaleri i kropsstørrelse, formning af ler (med lukkede øjne). Vi har endvidere brugt et ledelsesværktøj "Visual Explorer" bestående af 400 fotografier med et vidt spektrum af motiver. Klienten vælger et eller flere fotos fra et udvalg af billeder udfra en instruktion. Det kan f.eks. være "Vælg et billede som du synes udtrykker hvordan du har det", "Vælg et billede som du godt kan lide" eller "Vælg et billede som du synes siger dig noget, som du gerne vil tale om." Fordelen ved at benytte dette redskab er, at det er en meget let tilgængelig måde at komme i gang med at arbejde med billeder, symboler og metaforer.

Casevignet: Visual Explorer som redskab til at arbejde symbolsk med traumer og ressourcer

52-årig mand (H.) fra Irak, som lider af kompleks PTSD efter fængselsophold med tortur, samt krigsoplevelser og forfølgelse i sit hjemland.

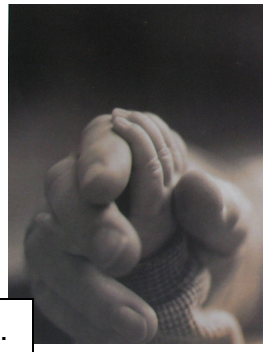
4. session: Inden H. ankommer til sessionen har vi placeret ca. 100 billeder i A4-størrelse fra redskabet Visual Explorer på borde i rummet. Efter en kort velkomst beder vi ham om at gå rundt og se på billederne og vælge min. 2 billeder. Et som repræsenterer noget, der er problematisk og et der repræsenterer noget positivt. Vi beder ham om at være opmærksom på om der er nogle billeder, der i særlig grad siger ham noget, uden at han nødvendigvis ved hvorfor. Han er meget motiveret og vælger følgende 5 billeder.

Det første billede handler om hvor meget man har brug for kærlighed. ”Vi skulle sidde sådan på det kolde gulv efter tortur i fængslet” – han kunne ikke selv rejse sig og måtte bede om hjælp til at blive løftet over på et tæppe. ”Billedet er ligesom man er rigtig træt og håbløs.” Kan huske hvordan han i perioder havde det sådan. H. bliver stærkt påvirket, bider tænderne sammen, sveder, så vi beder ham om at gå videre til det næste billede.



1.

Det minder ham om stor kærlighed, som en far der holder sit lille barn i hånden.



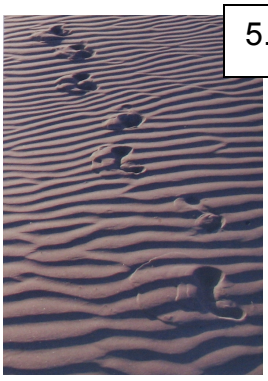
2.

3.

Det tredje billede symboliserer flugten over vandet “hvor vi ikke vidste om vi overlevede. 99 % klarede den ikke, alligevel greb jeg chancen og reddede min familie.”

4.

Det fjerde billede med den udtørrede jord handler om at vente på Guds hjælp. “Men det minder også om Saddams ugerninger. Jorden er blevet sådan i Sydirak pga. de dæmninger der blev bygget under Saddam. Han var også ond mod dyr og planter.” “Det minder også om tiden i fængslet, hvor jeg bad om vand, men fik beskeden “Du skal give mig noget (en underskrift) før du kan få noget.””



5.

Det femte billede med spor i ørkenen handler ligesom billedet med havet om flugten og om at din skæbne er ukendt. Om forvirring, være væk, ikke vide hvad der sker.

Efter gennemgangen af billederne kigger vi på dem samlet og H. fokuserer især på billede nr 2., som symboliserer tryghed og håb for fremtiden.
Vi taler om håbet for fremtiden, hvordan det føles i kroppen, hvornår han oplever det, hvor meget det fylder i det daglige osv. Vi taler også om, hvad det kan betyde at bide tænderne sammen. Om der er sammenhæng til ikke at ville sige noget i fængslet.

Den ene terapeut samler nu billederne i en bunke, så kun billedet med barnehånden er synligt. Vi ved de andre er der, men vi vælger at fokusere på det positive.

Efterfølgende afspænding til et stykke musik af Bizet i 3 minutter. H. guides til at slappe af i hele kroppen, men især i kæberne. H. fortæller efter musikken, at han kom til at tænke på en sang (traditionel) om en pige der venter på en ven. Vennen kommer og beder hende om vand, som hun afviser. Vandet er her

symbol på kærligheden. Vi taler om at give og modtage kærlighed. Vi kobler tilbage til billederne med havet og tørken. H. siger at kærlighedens billede heler de andre billeder.

Ved sessionens afslutning siger H., at han føler sig 80 % glad.

4.2.2. SE-metoden (Levine)

Somatic Experiencing (SE) er en metode til at behandle traumer via fokusering på kropslige fornemmelser, hvor man forsøger at løsne traumernes fysiske oplagring i kroppen, ved at (gen)aktivere kroppens egne naturlige selvregulerende processer. Tankegangen er, at et traume opstår, ved at man udsættes for oplevelser af så voldsom karakter, at det sædvanlige psykiske forsvar ikke slår til. Derfor aktiveres mere primitive, nærmest dyriske reaktionsmønstre som kamp, flugt og fastfrysning, hvor især den sidstnævnte er karakteristisk for den kroniske posttraumatiske tilstand. Her kombineres en højaktivering af nervesystemet (stress) med en handlingslammelse, som fører til en vedvarende oplevelse af ubehag. Dertil kommer fysiske smerter, træthed, koncentrationsbesvær, dissociation, flashbacks mv. Ideen i SE-terapi er at finde en vej til at forløse den ophobede energi, så kroppens naturlige fleksibilitet mellem opspænding og afspænding genoprettes. Det sker ved at finde positive ressourcer i kroppen og hele tiden bruge adgangen til dem som modvægt til arbejdet med traumerne.

I projektet her har alle klienter haft markante kropslige symptomer i form af smerter, og vi har arbejdet med forskellige op- og afspændingsøvelser for at fremme fleksibiliteten hos den enkelte. Vi har også arbejdet meget med at finde ressourcer i kroppen og styrke positive kropsfornemmelser, som middel til at forbedre muligheden for integration af de svære og smertefulde oplevelser forbundet med de mange trusler og tab. Vi har her haft stort udbytte af supervision af den tilknyttede psykolog med SE-terapeutuddannelse.

Casevignet : Eksempel på integration af musikterapi og SE-inspireret kropsarbejde

40-årig kvinde (N.) fra et mellemøstligt land, fraskilt, med to døtre. Sideløbende med at arbejde med fysiske smerter, blandt andet en sovende og slap højre arm, bearbejdede klienten sin livshistorie og sin forholdemåde til sig selv og tilværelsen.

N. fortalte i fjerde session om sin barndom, hvor hun var “stille” i betydningen submissiv: én der ikke siger fra, men får beskyttelse fra andre. Hendes søster og hendes datter er derimod “stærke”: glade, levende, kan sige fra og blive vrede. Vi undersøgte med N., om der fandtes situationer i hendes liv, hvor hun havde været vred og sagt fra. Hun kom i tanker om flere situationer, mest fra sit liv i Danmark. Tp: Hvor i kroppen oplever du den styrke vi snakker om? N.: “Jeg føler mig stærk i hjertet”. Tp: “Og resten af kroppen?” N.: “Hele kroppen, men ikke højre arm”. Tp: “Er der et dyr du synes du ligner i din følelse af styrke?” N.: “Ikke et rovdyr, de er farlige”. Tp skiftede fokus, tilbage til kroppen: “Er der en måde du kan opleve styrken brede sig ud i højre arm?” N. prøver, men det er svært. Tp: “Vil armen gerne?” N.: “Jeg ser et billede af at den løfter sig med knyttet hånd”. "OK!". Terapeuterne spillede 3-4 minutters musik på guitar og rasleinstrument med temaet: styrke i armen (N. ville ikke selv spille). Efter musikken sad N. stille og havde en intens øjenkontakt med en af terapeuterne, uden smil eller facade. Tp spurgte hvad hun mærkede i armen. Den føltes varm og svedig – er ellers næsten altid kold. N. sagde, at hun kan høre i musikken, at vi gerne vil hjælpe hende.

- Pausen efter musiklytningen kan have stor betydning for integration af nye/korrigerende erfaringer. Musikken vi spillede fungerede som spejling og validering af ressourcen - følelsen af styrke. Det virkede som om N. oplevede at kunne tage imod omsorg gennem musikken og at det fik en positiv betydning for spændingerne i den højre arm og skulder.

4.2.3. Sikker traumeterapi (Rothschild)

Vi har i forbindelse med projektet deltaget i et todages-kursus og læst Rothschilds bog om traumebehandling[10]. Det har været meget nyttigt, fordi hun har en samlet tilgang baseret på den nyeste forskning om nervesystemets funktion og traumer (herunder SE-terapi) kombineret med den praktiske behandlingserfaring. Vi vil her fremhæve to områder, som vi har fundet nyttige. Det drejer sig om vurdering af klientens traumatisering og ressourcer (diagnosticering), samt om brug af forskellige metoder til at bremse terapien op for at undgå retraumatisering.

Babette Rothschild har udviklet et redskab til vurdering/diagnosticering af den enkelte klient, hvor der skelnes mellem typerne O, I, II. Type II-klienterne har oplevet to eller flere traumer som ikke er forløst og lider typisk af kompleks PTSD. Type II-klienterne underinddeles igen i Type A, med gode ego-grænser og Type B, med svage ego-grænser (dvs. at de nemt overvældes når de tænker på traumet). Type B kan så igen underinddeles i Type II B (R), som er de klienter som har haft mange ressourcer før traumatiseringen og Type II B (nR), som har haft få ressourcer før traumerne. Alle vores klienter var af type II B med fire 4 klienter, der tydeligvis havde haft mange ressourcer tidligere og to som nærmere var type II B (nR).

Pointen med kategoriseringen er at tilpasse terapiens metoder og målsætninger til den enkeltes muligheder og behov. For os betød det, at vi måtte lægge stor vægt på stabilisering og etablering af tillid, og mindre på den direkte bearbejdning af traumer, samt at vi skulle være meget opmærksomme på at hjælpe klienterne med grænseregulering.

Et andet af Babette Rothschilds fokuspunkter er nødvendigheden af at kunne bremse op i terapien for at undgå at klienten overvældes og retraumatiseres. Hun har opstillet ti grundregler eller principper for sikker traumeterapi. De forholdsregler vi især har taget til os, har været at arbejde med at udvikle god kontakt med klienten forud for adressering af traumer, at tilpasse terapien til klienten snarere end at forvente at klienten tilpasser sig terapien, at have et bredt kendskab til traumeteori, ikke at forvente at den samme intervention vil have samme effekt på forskellige klienter, og at være parat til at lægge alle metoder og teorier til side og bare tale med klienten.

Disse råd har vist sig yderst nytitige, også selv om de på nogle punkter modsiger projektets ide med at afprøve bestemte metoder. Vi har fundet det nødvendigt at give hensynet til klienten forrang i forhold til den systematiske metodeafprøvning. Vi har med disse råd i bagagen haft mulighed for i højere grad at møde den enkelte klient på egne præmisser og lade diverse kreative metodetiltag afvente. Samtidig åbner Babette Rothschilds råd op for at inddrage forskellige teorier og modeller i forhold til den enkelte klient. Vi skal kort omtale en af de tilgange vi har suppleret med, nemlig den eksistentielle.

4.2.4. Eksistentiel terapi

Eksistentiel terapi baserer sig på ideen om, at vi alle som mennesker står overfor nogle grundlæggende betingelser, som kendetegner det at være menneske. Det afgørende er hvordan vi forholder os til disse grundvilkår, at vi skal dø, den grundlæggende

---

10 Babette Rotschild: The Body Remembers. New York 2000.

meningsløshed, at vi skal træffe valg osv. Denne tilgang er udviklet af bl.a. Kierkegaard, Sartre, Frankl, Yalom. Grundtanken er, at man som terapeut skal hjælpe klienten ved at være sammen med personen og leve sig ind i og forstå personen uden at have projekter på klientens vegne. Ved at dele klientens oplevelse og være åben for drøftelse af de grundlæggende spørgsmål, som optager klienten åbnes for forandring. Denne tilgang viste sig at være vældig nyttig som udgangspunkt for at være med klienterne i deres svære oplevelser og deres forhold til fænomener som liv, død, skyld, hævn, meningsløshed, fortvivlelse, smerte og håb.

Casevignet

40-årig kvinde K. fra Iran, som lider af smerter, søvnbesvær, voldsomme mareridt hver nat, kronisk træthed, skyld og skam. Hun kommer hver gang 5 minutter efter aftalt tid (for at være sikker på at vi er kommet). Hun vil på intet tidspunkt høre musik, male eller blot se på billeder. ”Det får alt til at blive værre”, angiver hun. Vi taler derfor med hende, arbejder med at finde ressourcer (hvilket stort set ikke lykkes) og prøver at hjælpe hende med at se på sig selv med mildere øjne og sætte sig små overskuelige mål. Der anvendes tolk, da hun kun kan meget lidt dansk. Hendes problem er opstået efter at hun for 15 år siden blev gift med en mand, der allerede dengang havde asyl i Danmark. Herefter ventede hun i adskillige år på at blive familiesammenført og da det lykkedes måtte hun efterlade sin 5-årige søn i Iran. Det tog yderligere 4 år inden han kom til Danmark. På det tidspunkt var hun så ødelagt af ventetiden, at hun ikke har kunnet komme ud af ventetilstanden og gradvist har fået det værre og værre. Hun har prøvet psykiatrisk behandling (sove-, antidepressiv og antipsykotisk medicin)) gennem flere år, men uden positiv effekt.

Session nr. 30: Sessionen indledes med at K. fortæller at hun har det dårligt hver eneste dag Terapeuten udviser empati og siger at det må være rigtigt hårdt at have det sådan. Herefter fortæller K. om et mareridt hun havde for to dage siden. En mand og en kvinde prøvede at kvæle hende og skære halsen over på hende. K. skriger og de skærer i stedet noget af hendes højre ben af. Hun prøvede at flygte, men kunne ikke.
Efter beretningen om drømmen, spørger terapeuten, om det hun oplevede i drømmen, minder hende om noget i hendes vågne liv. Hun svarer, at det svarer til den følelse af fastlåsthed og afmagt hun oplever i sit liv i øvrigt. Fastlåstheden afspejler sig i hendes næsten paralyserede kropslige udtryk, hvor hun næsten går i stå. Hun fortæller herefter at hun ikke har været glad siden hun blev gift for 14 år siden. Når hun ind i mellem har det en lille smule bedre – i 5-10 allerhøjest 15 minutter, så kommer de negative tanker, og hun kan intet stille op. Selvhadet overvælder hende. Ved fælles hjælp når vi frem til, at der trods alt er to ting, som ikke er ødelagt hos hende: hendes kærlighed til sin mand og sin søn, samt evnen til at gå og tale. Sessionen sluttede med at tale om hvor svært det er, når man ikke kan vise sin kærlighed i ord eller handling, men at det er vigtigt at formidle sin intention, selvom handling ikke er mulig. F.eks. når sønnen beder hende om at gå med på biblioteket og hun gerne vil, men ikke magter det.

Gennemgangen af metoder med eksempler dækker nogenlunde forskelligheden og omfanget af de musik- og kunstterapeutiske redskaber vi har brugt. Det er vigtigt at pointere, at redskaberne er blevet tilpasset den enkelte klient og ikke kan opfattes som standardværktøjer.

5. Evaluering af projektet

5.1. Deltagernes evaluering

Vi præsenterede klienterne for standardiserede spørgeskemaer (Harvard Trauma Questionnaire, WHO Quality of Life- Bref og Herth Hope Scale, oversat til klienternes modersmål) i starten af terapiforløbene. Den terapeutiske alliance var for skrøbelig i starten til at komme med spørgeskemaer i to tilfælde. Tre deltagere følte sig ude af stand til at udfylde dem. Den eneste klient der udfyldte dem, opfyldte kriterierne for PTSD (Harvard Trauma Questionnare) og scorede forholdsvist lavt på håbsskalaen. Ved afslutningen af projektet udfyldte hun kun et af de udleverede skemaer (håbsskalaen) og da var hendes score to point lavere end ved terapistart, dvs. hendes håb var blevet mindre i løbet af året.

Vi evaluerede alle forløbene i næstsidste session ved hjælp af strukturerede interviews udfra et skema, vi selv havde lavet (bilag). Vi tog ordrette noter af alle interviews for at få deltagernes egne formuleringer frem.

Ændringer i fysisk velbefindende
2 værre, 4 uændret, 0 bedre.

Ændringer i psykisk velbefindende
1 værre, 3 det samme, 2 bedre.

Flere af deltagerne ser en sammenhæng mellem psykisk og fysisk velbefindende, f.eks.: “Hvis jeg er ensom, ked af det, har problemer, kommer smerterne – hvis jeg er glad forsvinder de!”

Forhold til nærmeste
0 værre, 1 det samme, 4 bedre.
Især forholdet til børnene blev vurderet som bedre efter terapien. En deltager har lært sig at gå en tur i stedet for at skælde ud når børnenes støj virker overvældende (coping). En anden oplever at kunne lytte bedre til sine børn

Positive (hjælpsomme) og negative oplevelser i terapiforløbene
Mange af deltagerne anførte at det, der havde hjulpet dem mest, var at opleve at få en mulighed for at tale om sine problemer, at blive taget alvorligt og blive forstået. Flere af udtalelserne kunne tyde på en ændring i det psykiske velbefindende og øget coping, som ikke kom frem under spørgsmål 2: “Det er svært at finde en ven eller en veninde – jeg er udlænding og tror ikke så meget på mennesker. En lettelse at give det (problemerne) ud.”, “God rådgivning og vejledning fra jer. Går efter den. Jeg accepterer min psykiske situation, kræver ikke for meget af mig selv”.

Deltagernes beskrivelser af negative oplevelser var for nogen præget af at det var vanskeligt overhovedet at udtale sig kritisk – på baggrund af opdragelse og opvækst i totalitære eller diskriminerende samfund. En deltager beskrev det svære ved at skulle arbejde med smertefulde temaer: “Det var svært at fortælle alle mine problemer, blev meget følsom, dårlig, af at åbne så meget – hårdt og belastende. Hårdt at mærke det – men godt at give det ud og fortælle det”.

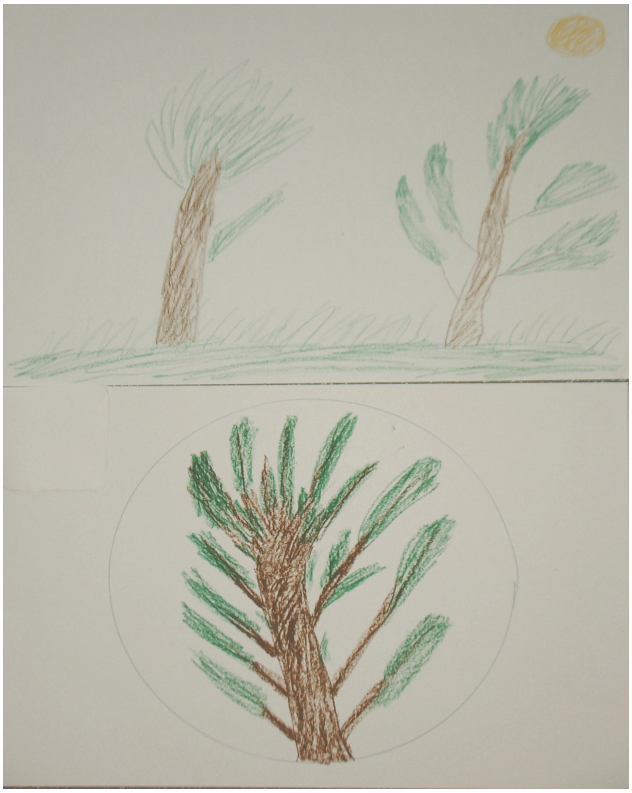
Evaluering af musik- og kunstterapimetoderne
Nogle deltagere havde oplevet at få ro, positive indre billeder og afledning fra smerter af den receptive musikterapi. Andre kan ikke huske at det hjalp dem eller var negative i forhold til musik og deres egne manglende evner til at tegne og spille. De, der oplevede kon-

takt med traumatiske oplevelser under musiklytningen, syntes det var hårdt. De, der oplevede at bruge aktiv musikterapi, var glade for at lytte til terapeuternes musik, en har en positiv oplevelse af at lytte til sange: "Det var roligt, det skal være stille, kan ikke tåle stærkt/hurtig musik". En deltager var meget positiv i forhold til Visual Explorer: "Visual Explorer var spændende, ligesom en udstilling man kommer på".

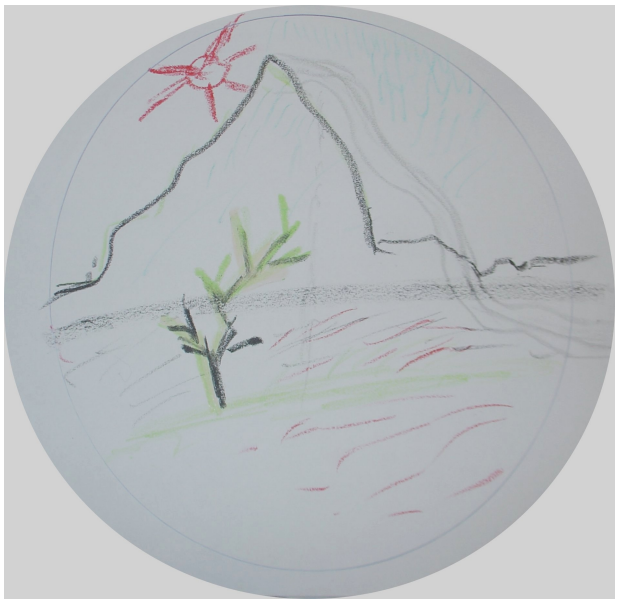
Betydningen af forholdet til terapeuterne og tolken
Flere af deltagerne har brugt billedet af venner eller familie som eksempel på det fortrolige forhold de har oplevet at få til terapeuterne: ""Det var en god oplevelse. At møde to gode venner. Der gik et stykke tid – vi kender nu hinanden, mine følelser – I har hjulpet."
Tolkene blev generelt oplevet som gode og hjælpsomme.

Fremtidshåb
På spørgsmålet om fremtiden kom flere af vores deltagere i kontakt med håbløshed og fortvivlelse: "Jeg har ikke nogen fremtid. Jeg er en der trækker vejret og spiser lidt en gang imellem".
Men nogle få kunne godt fornemme et vist håb:
"Jeg håber jeg får mere hjælp. Jeg håber jeg kommer fra en tunnel ud i lyset. Jeg kæmper for mig selv for at få det bedre. Håber på at få det rigtige medicin og få en forklaring på smerterne."
"Håber der bliver fred i mit liv, fred i hele verden. Jeg håber det kommer."

Som en alternativ form for evaluering lod vi enkelte af deltagerne lave en indre rejse og et billede af et træ, eller lod dem blot tegne et træ under musiklytning, ligesom i begyndelsen af terapi forløbet. Træet kunne på en symbolsk måde fortælle om deltagerens kropslige og psykiske tilstand, ressourcer og problemområder.
40-årig kvinde (N.) tegnede til musikken *Song from a Secret Garden* i første og næstsidste session. Det er tydeligt, at det sidste træ er rettet op i forhold til det første, og der er kommet mere liv og energi i træet.



Vi havde inviteret en af deltagerne fra pilotprojektet til informationsmødet på hovedprojektet og bedt ham om at fortælle om sine oplevelser med musikterapi til de kommende klienter. Han deltog også i tegneøvelsen. På næste side viser vi en tegning fra en GIM-øvelse i begyndelsen af pilotprojektet og hans tegning til Bizets *Intermezzo fra Carmen* på mødet 2 år efter.
Det første træ er sort og livløst, men det sidste træ har fået grønne farver, og der er i det hele taget sket et skift fra sort-hvid til farver. Den 50-årige mand er torturoverlever fra Afghanistan, og var især i starten af terapien (pilotprojektet) meget belastet af angst, smerter og mareridt. Han havde nu to år efter fået lært at klare sig på dansk, og fremstod meget stærkere. Der kan selvfølgelig være mange faktorer der spiller ind, men da mange af PTSD patienterne er kronisk syge og ikke kan indlære sprog, kan man måske også gisne om deltagelsen i gruppeterapien har haft en langsigtet positiv effekt.



5.2. Terapeuternes kommentar til deltagerevalueringen

Som en kommentar til evalueringerne, kan vi nævne den modsætning vi ofte har stået i mellem klienternes og vores terapisyn: Deltagernes behov har været at vi skulle "tage det dårlige væk" fra dem, og ikke at de selv skulle igennem en bearbejdningsproces, hvor man gradvist forholder sig til og integrerer sin psykiske smerte. Måske har vi ikke været gode nok til at formidle dette princip i behandlingen. Det kan imidlertid også dreje sig om en kulturel forskel – hvor man f.eks. i arabisk kultur gerne må skrige sin smerte ud, og i den afghanske måske mere bærer smerten tavst. I begge tilfælde spiller religionen en rolle i forhold til at acceptere og lide. I Kosovo bliver smerten også afledt, f.eks. bliver de efterladte ved en begravelse holdt beskæftiget i dagevis med op til tusind besøg i hjemmet, for ikke at komme til at græde eller tænke på den afdøde. Disse forskelle kan have influeret på, hvordan deltagerne har vurderet terapiforløbene.

En anden faktor kan være at vi i nogle tilfælde har overvurderet de enkelte klienters ressourcer og evner til at forholde sig til deres traumer. Måske skulle vi hellere have bremset endnu mere op og mere holdt os til her og nu. En af deltagerne havde formentlig haft mere glæde af et rent socialt tilbud uden decideret behandling.

Relationen til terapeuterne har betydet meget for klienterne, hvilket både skal ses på baggrund af deres isolation både kulturelt og socialt, men også som en del af PTSD, hvor et af kernesymptomerne er social tilbagetrækning. Af og til kunne vi i terapiforløbene opleve at klienterne spontant udtrykte tilfredshed eller glæde med relationen. F.eks. sagde en kvinde: "Jeg glemmer jer aldrig. Uden jer havde jeg ikke klaret det". En anden sagde: "I er nogle meget venlige mennesker". Ud fra psykoterapiforskning (Hougaard, 2004)[11] ved man at det er relationen til terapeuterne. der er det vigtigste, mere end de enkelte metoder eller terapeutiske orienteringer der anvendes. Meningen med at opbygge en terapeutisk relation er, at denne erfaring så gerne skulle integrere sig i klientens liv og befordre evnen til at relatere og danne nye eller mere tilfredsstillende sociale kontakter.

Vi funderer over, om musik- og kunstterapiarbejdet har fungeret som en måde at opnå kontakt og en tillid med mennesker, som af mange grunde har mistet den basale tillid til andre mennesker, en tillid som delvis er blevet genopbygget gennem brugen af musik og billeder som medier for forståelse og empati.

[11] Hougaard, Esben: *Psykoterapi - teori og forskning*. Dansk psykologisk forskning 2004.

Hvordan skal vi forstå deltagernes til tider mangelfulde eller negative evaluering af musik- og kunstterapimetoderne? En af grundene er måske at oplevelserne lå tidsligt på afstand af evalueringen (vi benyttede de kreative metoder mest i starten). En anden at det for de fleste af vores klienter var behæftet med skam at skulle udtrykke sig selv med billeder og toner, når de ikke var skolet i det, og at denne skam spillede en rolle for evalueringen. En tredje kan være, at det faldt klienterne svært at skulle forholde sig til dette at skulle evaluere på metoder, når de måske ikke selv så dette som det primære formål med terapiforløbet.
Vi har også overvejet, om den forestående afsked kan have farvet evalueringen, således at det "dårlige" ved afskeden kunne overføres på musikken ("musik får mig til at græde, jeg vil aldrig mere høre musik" - sagde en kvinde, der ellers i selve sessionerne havde givet udtryk for at have haft gode oplevelser med musikterapien). Mange afkald og tab har gjort afsked til en svær ting.

Vi kan se, at alle deltagere som først havde sagt ja til et terapiforløb holdt ved og kom til aftalerne, trods periodevise afbud og udeblivelser på grund af sygdom og lægebesøg. Der var altså ingen drop out, som man ellers ofte ser med denne klientgruppe. Dette må ses som et positivt resultat.

5.3. Terapeuternes evaluering af forløbet
Det har været et spændende, lærerigt og meget udfordrende år både professionelt og personligt. Dels har det været udfordrende at tage de kolbøtter i starten af projektet og tilpasse sig de vilkår projektet kom til at forløbe under, dels har det været en hel rejse at møde disse meget forskellige personligheder fra andre kulturer, som alle har gjort et dybt indtryk på os.

I psykoterapi taler man om overføring og med terapeuter til traumeofre om faren for sekundær traumatisering, og vi har begge måttet lære at håndtere disse fænomener, da klienternes stof begyndte at gå ind i vores eget liv og f.eks. optrådte i drømme og som periodevis udtrættethed. Fænomener som tilbagetrækning/handlingslammelse og overinvolvering har vi også måttet igennem. Flere gange har vi selv spillet musik eller malet billeder uden klienterne som en form for selvsupervision, for at finde ud af hvordan vi skulle håndtere de ting vi fik at høre, f.eks. om grusomheder under folkedrabet i Kosovo, og hvilke ressourcer vi kunne hente i os selv for at åbne nye veje i behandlingerne.

På grund af lokalets indretning var det ikke muligt at have flere klienter ad gangen, så vi har hele tiden arbejdet to sammen om en klient. Det har været utrolig vigtigt for at vi har kunnet holde til arbejdet, da vi jo ikke havde andre kolleger omkring os at tale med, og det har også givet en god dynamik i forløbene, hvor klient, tolk og to terapeuter nærmest kom til at fungere som en lille gruppe.

Vi har været heldige at finde to meget kompetente tolke, som formåede at være til stede i de ofte meget bevægende og svære seancer uden at blande sig selv ind i det. Samtidig har de kunnet bruge deres sproglige og kulturelle fællesskab med klienterne til at opbygge tillid og kontakt. De har også fungeret som tovejs kulturelle tolke, der har kunnet omforme vores spørgsmål og gøre dem forståelige for klienterne, samt fanget vores eventuelle "kulturelle brølere" inden de blev oversat. På flere måder blev de vores lærere i forhold i flygtningenes oprindelige lande, og i måder at integrere traditionelle og danske livsformer og værdier. Betydningen af at forberede tolkene på vores planer med behandlingen og at efterbearbejde blev større efterhånden som fordybelsen i de terapeutiske forløb øgedes.

Vi har været meget glade for den månedlige supervision, hvor vi også blev klare over, at de klienter vi har haft med at gøre i projektet er belastede i en grad, så vi også skulle lære at tage vare på os selv, og skrue ned for alt for store forventninger til at de fik det bedre hurtigt.

Vi kom til at arbejde meget intenst på at forsøge at bremse klienterne i at fortælle så meget om deres traumer og negative tanker og følelser, at der ikke blev overskud til at komme fri af dem, men tværtimod at finde udveje og måder at hente ressourcer frem via alle de virkemidler, vi kunne mønstre. Vi har måttet trække på vore samlede repertoire af viden og kunnen, og også forsøgt at bruge humor og historier fra vore egne liv som kilder til at løfte sig op over traumerne. Ind imellem har vi brugt psykoedukation i traumer og coping som en måde at bringe os og klienterne til et overblik.

Vi prøvede at arbejde mere og mere med relationen i stedet for med bearbejdning af traumerne, da vi ikke kunne opfatte nogen bedring hos klienterne, og da de også selv havde en del modstand mod andre metoder end samtale. De udfordringer der var her var: kulturmødet – betydningen af at vise respekt for de kulturelle normer hos klienten, sprogbarrierer – afhængigheden af tolkens oversættelse og tilstedeværelse som mellemled, og brugen af vores egen personlighed og erfaringer fra vores egen hverdag – at være “troværdige mennesker og danskere”. Som man også kan finde beskrevet i litteraturen om behandling af traumatiserede flygtninge, kommer man ofte til at arbejde utraditionelt og til at støtte deltagerne på måder, der går lidt ud over almindelig psykoterapi, f.eks. at ringe til kommunen og tage sig af akutte sager hvor sprogbarrieren hindrer en positiv udvikling, at hente en klient i bil da man ikke kan forklare dem vejen, eller at kommunikere via en flygtnings kone eller barn i telefonen, da man ikke altid lige har en tolk der kan formidle en ny aftale.

Parallelt med klientevalueringen vil vi nu opregne på hvilke områder vi mener at behandlingerne er lykkedes eller ikke er lykkedes.

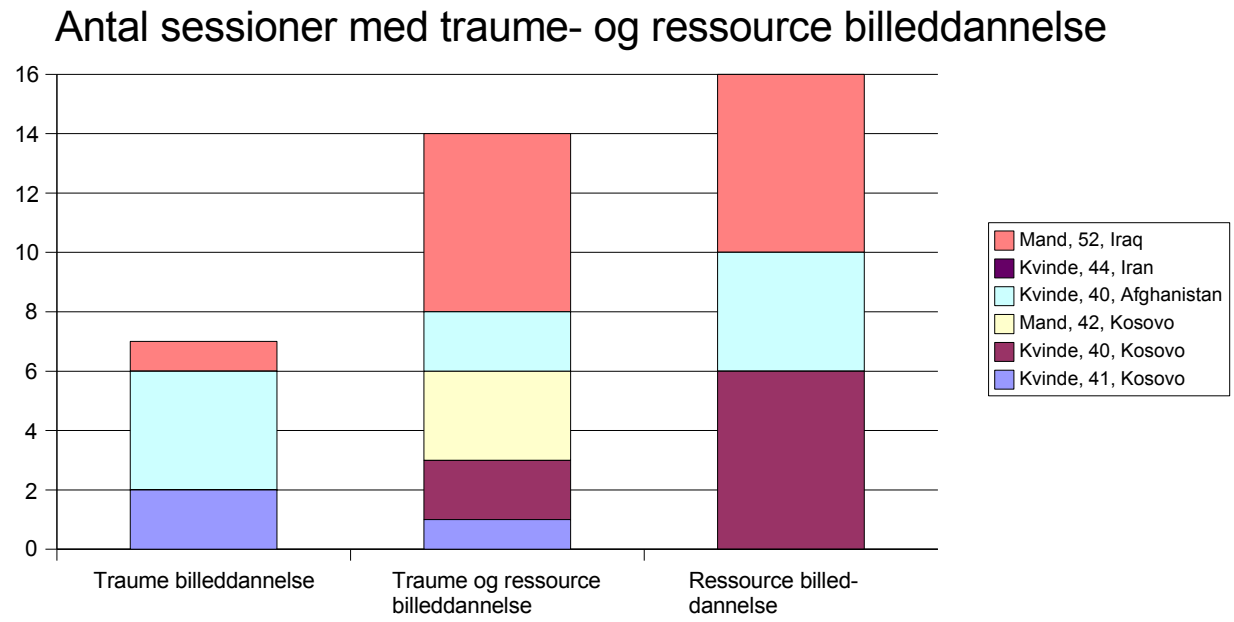
Fysisk bedring: vi havde håbet på at kunne arbejde med psykosomatiske smerter på en sådan måde at smerten via musikken blev kanaliseret ind i en symbolsk proces og blev forstået som resultat af psykiske processer, tanke-følelses- og handlemønstre, og at smerten ved øget forståelse langsomt ville aftage. Det lykkedes os ikke trods ihærdige forsøg at mindske smerter, undtaget i et tilfælde, hvor klienten i terapien fik oplevelser af sin krop på nye måder og faktisk fik en forståelse af hvordan stress og belastning øgede hendes smerter, og begyndte at give slip på sit eget pres på sig selv.

Psykisk bedring: vi havde nok også håbet at kunne lindre om end ikke behandle PTSD symptomer, som angst, mareridt, flashbacks mv. I realiteten har vi nok mest kunnet opnå at introducere enkelte nye copingmetoder, samt at formidle en følelse af at blive forstået og mødt i sin lidelse. Dette er heller ikke underordnet, og kan over tid godt forårsage en bedring som vi ikke kan registrere umiddelbart. To af klienterne mente selv de havde fået det psykisk bedre, og vi kunne i hvert fald konstatere at stemningen i lokalet og fornemmelsen af at sidde sammen ændrede sig mærkbart i løbet af behandlingerne for flere af klienternes vedkommende.

Relationer: Der, hvor vi selv synes at have haft succes, har været i at opbygge gode og stabile relationer til klienterne. Det har ikke været helt enkelt, da der i starten var enorme barrierer med flere af klienterne, som f.eks. havde været igennem meget belastende oplevelser med krig og forfølgelse, skilsmisse og tab. Langsomt lukkede de op for posen og vi kunne tale om flere og flere emner. I nogle tilfælde fortalte kvinderne om andre ting når der kun var en kvindelig terapeut tilstede (hvis Jan f.eks. var syg en dag). Omvendt

var mændene mere indforstået med den mandlige terapeut på visse områder. Det er en helt forståelig del af den kulturelle kontekst, som vi brugte til som hovedregel at lade Bolette styre snakken med kvinderne og Jan styre snakken med mændene.

Det har været svært at kvantificere forløbenes effekt, når vi havde så få klienter. Dog har Bolette alligevel vovet pelsen: 8 måneder inde i projektet skulle hun på musikterapikonference i Holland, og lavede hertil en poster, der evaluerede GIM, maleri med musikledsagelse samt Visual Explorer som metoder i forhold til om de kunne siges at være restimulerende for traumer eller ressourceopbyggende. I grafen kan man se samtlige sessioner fordelt på de 6 klienter, opdelt i tre kolonner: sessioner med traumatiske billeder, sessioner med både traumebilleder og ressourcebilleder og sessioner med rene ressourcebilleder. Kriterierne for valget af traumebilleder og ressourcebilleder var, om de udgjorde negative/positive oplevelser for deltagerne, om de var en genoplevelse eller en oplevelse af at mestre et traume, samt motiverne. En klient (mørklilla) arbejdede slet ikke med billeddannelse, udover drømme og sproglige metaforer som vi ikke tog med.



Resultatet af undersøgelsen var, at der var en overraskende overvægt af sessioner med positiv og blandet billeddannelse. Vi ville på baggrund af vores oplevelse af at mange af sessionerne havde været fyldt af beretninger om traumatiske oplevelser have forventet et billede med mere traumatisk materiale. 81 % af sessioner med billeddannelse indeholdt ressource samt kombinationer af traume og ressource billeddannelse, hvor de sidstnævnte ofte endte i en mestringsoplevelse. Det peger på, at trods oplevelsen af at den verbale samtaleterapi drejede sig meget om det traumatiske, det belastende, kan et lille stykke arbejde (5-15 minutter) med musik og indre billeder fremkalde ressourcer og positive oplevelser. Trods det lille klientudvalg, kan man forsigtigt konkludere at brugen af musikterapi og kunstterapi er en måde at stimulere ressourcer i denne klientgruppe.

5.4. Konklusion

Projektet er gennemført og musik- og tegne/kunstterapi er blevet afprøvet på målgruppen traumatiserede flygtninge i et gruppepilotprojekt og i et hovedprojekt med individuel terapi.

Igennem pilotforsøg og hovedprojektdelen har vi afprøvet mange forskellige metoder, og vi kan konkludere at modificeret GIM, med siddende musiklytning og fokus på indre oplevelser er en metode der egner sig til både afledning fra stress og smerter og som metode til opbygning af ressourcer. Metoden Visual Explorer er god til at åbne for en kommunikation på symbolplan om flygtningens livshistorie og til at anskueliggøre coping med vanskelige erindringer. At male og tegne er metoder der både kan benyttes til assessment (træet som billede på styrker og svagheder), og til at arbejde med oplevelser der ikke kan verbaliseres på en måde så flygtningen kan eksternalisere og få kontrol og overblik over dem. Endeligt kan fælles musikalsk improvisation være en måde at opbygge tillid og kontakt på det følelsesmæssige niveau.

Vi kan konkludere at metoderne kan benyttes både i gruppe og individuel behandling, men at de især kommer til deres ret i gruppeforløb, hvor deltagere fra samme eller forskellige lande kan bruge det musikalske sprog og billedsproget som et fælles sprog, der ofte appellerer til og harmonerer med flygtningelandenes poetiske traditioner. I individuel behandling kan brugen af musik- og kunstterapi være befordrende for den terapeutiske relation og for adgangen til ressourcer og positive oplevelser, men det kræver et vist mål af overskud, eller specifik interesse/kompetence hos flygtningen at få det fulde udbytte af metoderne.

Den væsentligste lære vi kan uddrage af projektforløbet er, at musik- og kunstterapi byder på mange gode muligheder for at være sammen med traumatiserede flygtninge fra andre kulturer og for at hente ressourcer ind. Men behandlingsformerne kan ikke stå alene. Dels bør en musik/kunstterapeut der arbejder i dette felt have brede kompetencer og erfaring, dels bør der være god supervision. Sidst men ikke mindst bør et sådant tilbud optimalt set være organisatorisk forankret, og være en del af et bredere behandlingskoncept, hvor man arbejder i et team med andre faggrupper.

Bilag

Spørgsmål til Musik- og Kunstterapiprojekt med traumatiserede flygtninge

◆Hvordan er din fysiske tilstand nu i forhold til da du startede på behandlingen? (Bedre værre, det samme)

◆Hvordan er din psykiske tilstand nu i forhold til da du startede på behandlingen? (Bedre værre, det samme)

◆Hvordan er dit forhold til dine nærmeste nu i forhold til da du startede på terapiforløbet?

◆Hvad har hjulpet dig mest i forløbet?

◆Hvad har været negativt for dig i forløbet?

◆Hvordan har du oplevet at arbejde med musik til afslapning? Til indre billeder? Som baggrund mens du malede eller tegnede?

◆Hvordan har du oplevet at spille musik selv? At lytte til terapeuternes musik?

◆Hvordan har du oplevet at vælge fotografier og tale om dem?

◆Hvordan har du oplevet at male og tegne?

◆Hvad har været vigtigst i dit forhold til terapeuterne?

◆Hvilken betydning har tolken haft for dit forløb?

◆Hvad tager du med dig fra terapien – f.eks. metoder, tanker, minder?

◆Hvordan ser du på din fremtid?

◆Har du andre kommentarer?