

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	1
INLEDNING.....	3
SYFTE	3
PROBLEMFÖRMULERING	3
BAKGRUND	4
PTSD, KOMPLEX PTSD och DISSOCIATION	4
PTSD.....	4
Komplex PTSD eller DESNOS.....	6
Dissociativa störningar.....	7
Strukturell Dissociation	8
Fasspecifik behandling.....	9
MUSIKTERAPEUTISK METOD	10
BMGIM (The Bonny Method of Guided Imagery and Music).....	10
Tidigare forskning	11
Modifierad GIM i stabiliseringsgrupp	14
Musikval.....	15
METOD	15
GRUNDAD TEORI	15
Skillnaden mellan Glaser och Strauss.....	16
STUDIENS GENOMFÖRANDE	18
Kontext.....	18
Intervjuer	18
Dataanalys	19
Bilder	19
RESULTAT	19
REGLERING – DYSREGLERING (Huvudkategori)	20
Avspänning (teoretisk kod).....	20
Spänning (teoretisk kod).....	20
Närvaro (teoretisk kod).....	21
Grundning (teoretisk kod).....	22
(ÅTER)UPPRÄTTA ANKNYTNING (Huvudkategori)	22
Samhörighet (teoretisk kod).....	23
Kontakt (teoretisk kod).....	23
(ÅTER)UPPTÄCKA RESURSER (Huvudkategori)	24
Installera hopp (teoretisk kod).....	24
Förstärkta resurser (teoretisk kod).....	25
INTONING (Kärnkategori)	25
ANALYS AV BILDERNA	26
Grundning	26
Avspänning.....	26
Förstärkta resurser	26
SAMMANFATTNING	27
DISKUSSION	29
METODDISKUSSION	29
Validitet / trovärdighet.....	29
Etiska överväganden.....	29

RESULTATDISKUSSION	29
Intoning	31
(Åter)upprätta Anknytning.....	34
Reglering — Dysreglering	36
(Åter)upptäcka Resurser	41
KONKLUSION OCH FRAMTIDA FORSKNING.....	43
REFERENSER.....	45
BILAGA I: BILDMATERIAL	48

INLEDNING

Flyktingströmmen till Sverige av människor sargade av krigsupplevelser med tortyr och våldtäkter tycks aldrig sina. Dessa människors lidande är många gånger så stort att det blivit outhärdligt. Minnena av det som hänt tycks leva sitt eget liv och likt spöken förfölja den utsatte för att ta henne/ honom tillbaka att återuppleva det hemska igen och igen och igen, dyka upp på natten som mardrömmar, eller försvinna in i kroppens gömslen för att ta sig andra uttryck i form av minnesstörningar, koncentrationssvårigheter, psykosomatiska besvär eller känslomässig stumhet (Herman, 1992). De kan berätta om upplevelser av att vara galna och att ha en känsla av att deras kroppar bebos av flera (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006).

I mitt arbete på Kris och Traumacentrum har jag kommit att möta dessa djupt olyckliga människor. Många gånger tycks de inte klara av att tala om det som de varit med om, dels på grund av att de kanske inte minns, dels på grund av att det väcker för mycket ångest att berätta. Det som de varit med om är onämnt, det går inte att verbalisera.

Inom Kris och Traumacentrum har det pågått en försöksverksamhet med s.k. stabiliseringsgrupper för denna patientkategori. Meningen med stabiliseringsgrupp är att via psykopedagogiska insatser samt olika former av jagstärkande övningar hjälpa patienten med symptomlindring för att bättre klara av sin vardag. Patienten behöver alltså stabiliseras vilket innebär att få hjälp att lära sig att själv lindra sin ofta alltför höga anspänningsnivå och finna en någorlunda balans i tillvaron. Detta som en förberedelse för att patienten i nästa skede ska orka med en traumabearbetning. Inom ramen för verksamheten med stabiliseringsgrupper har jag prövat att använda mig av en modifierad form av Guided Imagery and Music, GIM (Bonny, 2002; Bruscia & Grocke, 2002; Körlin, 2009; Wärja, 2009).

SYFTE

Studiens syfte är att generera teori som ökar förståelsen för musikens betydelse i fas 1 behandling vid komplex traumatisering hos flyktingkvinnor från krigsdrabbade länder. Dessa kvinnor har blivit utsatta för tortyr, våldtäkter, misshandel, bevittnat grovt våld och mord, förlorat närstående m.m. Kvinnorna har deltagit i stabiliseringsgrupper där musik används som en del av behandlingen. För att undersöka om den musik som använts i grupperna varit till hjälp för patienterna eller inte har ett antal kvinnor intervjuats. Den forskningsmetod som används är Grundad Teori enligt Strauss & Corbin, (1996).

PROBLEMFORMULERING

Utifrån syftet har följande frågeställningar växt fram:

- Hur upplevdes musiken som användes i stabiliseringsgrupperna av gruppdeltagarna?
- Har musiken hjälpt dem med deras besvär?
- Vad har musiken i så fall varit till hjälp med?
- Vad i själva musiken är det som varit till hjälp?
- Om musiken inte varit till hjälp, varför inte, och har musiken påverkat ändå?

BAKGRUND

Den grupp med flyktingkvinnor som legat till grund för denna undersökning lider alla av komplex PTSD med psykoform och somatoform dissociation. I följande del kommer därför begreppen PTSD, komplex PTSD och dissociation att förklaras. Därefter kommer den musikterapeutiska metod som använts att klarläggas.

PTSD, KOMPLEX PTSD och DISSOCIATION

PTSD

Definitionen av posttraumatiskt stressyndrom är enligt American Psychiatric Association (APA) Mini DSM IV (2000) s 160:

- A. Personen har varit utsatt för en traumatisk händelse där följande ingått i bilden:
 - Personen upplevde, bevittnade eller konfronterades med en händelse eller serie av händelser som innebar död, allvarlig skada (eller hot om detta) eller ett hot mot egen eller andras fysiska integritet.
 - Personen reagerade med intensiv rädsla, hjälplöshet eller skräck.
- B. Den traumatiska händelsen återupplevs om och om igen på ett eller fler av följande sätt
 - Återkommande, påträngande och plågsamma minnesbilder, tankar eller perceptioner relaterade till händelsen.
 - Återkommande mardrömmar.
 - Handlingar eller känslor som om den traumatiska händelsen inträffar på nytt (en känsla av att återuppleva händelsen, illusioner, hallucinationer och dissociativa flashbacksupplevelser).
- C. Ständigt undvikande av stimuli som associeras med traumat och allmänt nedsatt själslig vitalitet (som inte funnits före traumat) enligt tre eller fler av följande kriterier:
 - Aktivt undvikande av tankar, känslor eller samtal som förknippas med traumat
 - Aktivt undvikande av aktiviteter, platser eller personer som framkallar minnen av traumat
 - Oförmåga att minnas någon viktig del av händelsen.
 - Klart minskat intresse för eller delaktighet i viktiga aktiviteter.
 - Begränsade affekter.
 - Känsla av att sakna framtid.
- D. Ihållande symptom av överspändhet (som inte funnits före traumat), vilket indikeras av två eller fler av följande kriterier:
 - Svårt att somna eller orolig sömn
 - Irritabilitet eller vredesutbrott
 - Koncentrationssvårigheter
 - Överdriven vaksamhet
 - Lättskrämdhet
- E. Störningen ska ha varat i mer än en månad.

PTSD (posttraumatiskt stressyndrom) kan alltså uppkomma när en människa utsätts för hot mot livet eller den fysiska integriteten, eller vid personlig konfrontation med våld och död. När individen hamnar i en traumatisk situation där handling inte längre tjänar något till försätts hon/ han i ett tillstånd av maktlöshet och skräck. De vanliga försvarssystemen av att fly eller göra motstånd sätts ur spel och individen går över till att "spela död" eller hamna i ett uppgivenhetstillstånd och så att säga "släcka ner systemet" (Herman, 1992). De traumatiska minnena från upplevelsen är ofta fragmenterade och innehåller enstaka sensoriska kvalitéer snarare än neutrala minnesbilder (Van der Kolk & Fisher, 1995; Levine, 1997; Ogden, 2006). Människor kan uppleva intensiva känslor utan att ha klart minne av händelsen, eller komma ihåg allt i detalj utan känslor. De kan pendla mellan att vara mycket spända, överdrivet vaksamma och irriterade utan att veta varför, och att känna sig avstängda, tomma och avskärmade från sig själva och omvärlden. Typiska symptom vid PTSD är överspändhet, intrång och avskärmning (Herman, 1992; Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006; Forgash & Copeley, 2008).

Överspändhet

Överspändheten uppkommer genom att den fysiska anspänning som uppstått under den traumatiska händelsen kvarstår efter traumat. Individen är försatt i en permanent katastrofberedskap som om faran skulle återkomma vilken sekund som helst. Detta tillstånd skapar lättskrämdhet, irritation och sömnproblem (Herman, 1992).

Intrång

Intrång av traumatiska minnen gör det svårt att återgå till det vanliga livet eftersom det ständigt avbryts av dessa återupplevanden. De traumatiska minnena har stelnat och förblivit ordlösa. De saknar sammanhang och är kodade som livliga känslöförmimmelser och sensoriska förmimmelser eller inre bilder och benämns ofta som "flashbacks". Eftersom dessa återupplevanden är så emotionellt intensiva och störande försöker den traumadrabbade människan ofta hitta sätt att undvika dem, vilket leder till att den traumatiserade drar sig undan och lever ett mycket begränsat liv (Herman, 1992).

Avskärmning

När varje försök till motstånd varit förgäves flyr personen in i ett uppgivenhetstillstånd. Personen hamnar i en form av "negativ" hypnotisk trans där intrycken kan bli avtrubbade och förvridda, känslor bedövas och sinnesförmimmelser avskärmas eller förloras. Tidsuppfattningen förändras ofta till "slowmotion", rörelserna bromsas och det går långsamt. Personen kan uppleva sig vara i en dröm, vara utanför den egna kroppen, känslomässigt bedövad, likgiltig och mycket passiv (Herman, 1992). Dessa symptom kallas för depersonalisation eller derealisation och är dissociativa symptom. De dissociativa symptomen hos personer med PTSD är dock inte lika allvarliga som hos de med komplex PTSD och olika former av dissociativa störningar.

De ovan beskrivna tillstånden tenderar att pendla. Personen svänger mellan överväldigande känslor och intrång av traumatiska minnesbilder (flashbacks) och total avsaknad av känslor med förnekande av trauma eller avskärmning. De traumatiserade har ofta förlorat tron på sig själva och på omvärlden. Störningen ska ha varat i mer än en månad, annars kallas det för Akut Stressyndrom, vilken avklingar efter ca fyra veckor. Om symtomen kvarstår har personen utvecklat en PTSD. Har symptomen varat i mindre än 3 månader kallas det akut PTSD och kronisk när symptomen varat i 3 månader eller längre. Ibland uppstår inte

symptomen förrän 6 månader eller längre efter traumat och specificeras då som PTSD med försenad debut (APA, 2000).

Komplex PTSD eller DESNOS

DESNOS är en förkortning av disorder of extreme stress not otherwise specified (Van der Kolk, 1996) Diagnosen kallas också för komplex PTSD. Diagnosen finns inte beskriven i DSM IV, men kommer förmodligen att finnas med i DSM V.

Individer med komplex PTSD har flera trauman i sitt liv och ofta interpersonella barndomstrauman med övergrepp och/eller övergivande och omsorgssvikt. Förutom de vanliga PTSD symptomen med undvikande, överspändhet och återupplevanden har de ofta svåra dissociativa symptom av somatoform (kroppslig) eller psykoform (psykisk) karaktär (för närmare beskrivning, se nedan). De föreslagna kriterierna för komplex PTSD är följande:

- Svårigheter med affektreglering och impuls kontroll
- Förändringar i medvetande, minne och koncentration
- Förändringar i upplevelse av självet
- Förändringar i relationer med andra
- Somatisering
- Förändringar i meningskapande

(Van der Hart et al., 2006, min översättning).

I DSM IV (2000) finns olika former av somatoforma (psykosomatiska) och dissociativa syndrom beskrivna. Nedan följer några somatoforma diagnoser som är relevanta för den patientgrupp som undersökningen grundar sig på.

” Somatoformt (idiopatiskt) smärtsyndrom

- A. Smärta inom ett anatomiskt område dominerar symtombilden och är en svårighetsgrad som motiverar klinisk utredning.
- B. Smärtan orsakar signifikant lidande eller försämrad funktion.
- C. Psykologiska faktorer bedöms ha en viktig roll för smärtans debut, svårighetsgrad och fortbestånd.” (s 172)

Många av dessa patienter klagar på smärta i olika delar av kroppen och söker hjälp inom den somatiska vården vilka ofta står villrådigast inför hur dessa patienter ska behandlas.

” Konversionssyndrom

- A. Minst ett symptom eller funktionsbortfall som rör viljestyrda motoriska eller sensoriska funktioner vilket antyder neurologisk eller annan somatisk sjukdom.
- B. Dessa symptom eller funktionsbortfall bedöms ha samband med psykologiska faktorer, eftersom debut eller försämring av störningen har föregåtts av konflikter eller andra stressfaktorer.” (s 171)

Symtomen kan vara motoriska störningar eller funktionsbortfall såsom försämrad koordination eller balans, förlamning eller lokal svaghet, svårighet att svälja eller klump i halsen eller tappat rösten etc. De kan vara med sensoriska störningar eller funktionsbortfall såsom förlust av berörings – eller smärtekänsla, dubbelseende, blindhet, dövhet och hallucinationer. De kan vara av arten krampanfall eller konvulsioner eller de kan vara blandade med symptom från flera av dessa olika kategorier. (APA, 2000).

Dissociativa störningar

Dissociativa störningar finns skildrat i DSM IV under rubriken Dissociativa syndrom. Nedan beskrivs några av dessa störningar utifrån DSM:

Dissociativ amnesi

En oförmåga att minnas viktig personlig information under en tidsrymd. Upplevs ofta som traumatiskt och är betydligt mer omfattande än vanlig glömska.

Depersonalisationssyndrom

Bestående eller återkommande upplevelser av att känna sig avskild från sig själv, sina tankar och/eller sin kropp. Det kan kännas som att betrakta sig själv utifrån eller befinna sig i en dröm. Upplevelsen medför ofta en känsla av överklighet. Realitetsprövningen påverkas inte utan förblir intakt.

”Dissociativ identitetsstörning (DID)

- A. Två eller fler åtskilda identiteter eller personlighetstillstånd existerar sida vid sida (var och en med sitt eget relativt bestående sätt att uppfatta, tänka kring och relatera till omgivningen och sig själva).
- B. Minst två av dessa identiteter eller personlighetstillstånd tar vid återkommande tillfällen kontrollen över personens beteende.
- C. Personen är oförmögen att minnas viktig personlig information. Oförmågan att minnas är mer betydande än vad som kan förklaras med vanlig glömska.” (APA, 2000, s 178).

Dissociativt syndrom UNS eller DDnos

DDnos (dissociativ disorder not otherwise specified) är ett samlingsnamn för en rad olika dissociativa störningar. Det kan finnas stora likheter med DID men med den skillnaden att de amnestiska barriärerna (amnesi = minnesförlust) mellan olika personlighetstillstånd inte är så starka eller alls förekommer. Hit räknas också en rad andra dissociativa tillstånd såsom besatthet, överklighetskänslor efter depersonalisationsupplevelser, dissociativa tillstånd som kan uppkomma efter långvarig och intensiv psykisk påverkan under tvång (hjärntvätt eller indoktrinering under fångenskap), medvetlöshet som inte beror på somatisk sjukdom/skada, m.m.(Ibid.).

Begreppet dissociation

Van der Hart och Nijenhuis (2009) problematiserar begreppet dissociation. De lyfter fram att begreppet används olika i olika teoribildningar och efterlyser en enhetlig överenskommelse av begreppets betydelse. De ifrågasätter APA:s definition av dissociation som en störning i de vanligtvis integrerade funktionerna i medvetande, minne, identitet och perception av omgivningen eftersom de motoriska och sensoriska funktionerna helt har utelämnats. De menar att de sensomotoriska funktionerna också är viktiga aspekter av en individs integrativa förmåga. Det som i DSM IV klassificeras som dissociativa syndrom och konversionssyndrom har historiskt sett kallats för hysteri (Janet, 1907; Van der Hart & Nijenhuis, 2009). Myers (1940) relaterade störningar i motoriska och sensoriska funktioner till den dissociativa uppdelningen av personligheten som svar på ett misslyckande i att integrera en alltför fruktansvärd händelse på sensomotorisk och psykologisk nivå, och kallade denna somatoform dissociation (Nijenhuis, 2005). När Freud tog avstånd från teorierna om dissociation som ett resultat av ointegrerade traumatiska upplevelser förändrades begreppet somatoform dissociation till konversionssyndrom. Han menade att det istället handlade om oacceptabla känslor och inre konflikter som tog sig uttryck i fysiska symtom (Freud, 1916/1989). Van der

Hart och Nijenhuis (2009) föreslår att konversionssyndrom ändras tillbaka till somatoform dissociation och förläggs under Dissociativa Syndrom i nästa upplaga av DSM.

Van der Hart & Nijenhuis tar också upp diskussionen om positiv psykoform dissociation. De menar att intrusiva flashbacks av traumatiska minnen egentligen är en positiv psykoform dissociation och att även PTSD skulle förstås bättre som en dissociativ störning än som en ångeststörning såsom den klassificeras i DSM IV. Individer som lider av PTSD pendlar mellan positiva dissociativa symtom (flashbacks, traumatiska minnen) och negativa dissociativa symtom (depersonalisation, derealisation). Båda dessa tillstånd innebär en störning av individens förmåga att integrera en upplevelse.

Författaren undrar då också om inte somatoformt (idiopatiskt) smärtsyndrom i samma anda skulle kunna kallas för positiv somatoform dissociation utifrån att flertalet klienter i denna undersökning lider av smärta som kan relateras till ointegrerade traumaupplevelser. Utifrån att Janet och Myers teorier om dissociation och trauma har återupptäckts och vidareutvecklats redovisas nedan en av de nu rådande teorierna om trauma och dissociation.

Strukturell Dissociation

Van der Hart, Nijenhuis och Steele (2006) har återupplivat begreppet strukturell dissociation. Teorin kommer ursprungligen från Janet (1907) och Myers (1940), men hamnade i glömska under skuggan av Freud och har nu åter blivit aktuell inom den psykotraumatologiska teoribildningens framväxt. Van der Kolk (1996) beskriver primär dissociation som en oförmåga att integrera en traumatisk upplevelse. Upplevelsen blir fragmenterat och tränger sig in i medvetandet i första hand i sensorisk form. Dessa påträngande sensoriska minnesfragment kan vara av visuell, kinestetisk, lukt, smak, auditiv eller på inälvsnivå (Forgash & Copeley, 2008).

PTSD karaktäriseras av primär strukturell dissociation. Primär dissociation innebär att psyket delas upp i ett jagtillstånd som kallas ANP (apparently normal personality), och ett jag tillstånd som kallas EP (emotional personality). ANP består av de funktioner som behövs för att klara av vardagslivet. EP är den del av psyket som blir bärare av traumaminnen (Van der Hart et al., 2006). Via "flashbacks" och mardrömmar tränger sig EP genom de barriärer som ANP skapat för att klara av det dagliga livet. ANP försöker att hålla de traumaminnen som EP bär på borta från medvetandet. Det uppstår en inre kamp mellan undvikande och återupplevande (Ibid.).

I komplex PTSD eller DESNOS har dissociationen utvecklats till sekundär strukturell dissociation. Individen har inte bara varit utsatt för ett trauma utan många trauman av övermäktig karaktär. Här uppstår de dissociativa störningar som kallas för depersonalisation, att känna sig överklig, och derealisation, att omvärlden blir överklig. Individen kan få en utanförkroppen upplevelse under pågående trauma, och uppleva sig titta på sig själv utifrån. En ytterliggare fragmentering sker och EP (emotional personality) delas upp till flera EP som ANP (apparently normal personality) behöver använda ännu mer psykisk energi för att skydda sig emot. Individen bär på flera ointegrerade traumaminnen som lever sina egna liv, eller ett svårt traumaminne fragmenterat i många små delar som inte har kontakt med varandra (Van der Hart et al., 2006; Forgash & Copeley, 2008; Ogden, Minton & Pain, 2006).

Vid tertiär strukturell dissociation sker ännu en uppdelning där det förutom att finnas flera EP också finns flera ANP. Dessa olika deljag eller jagtillstånd (egostates) kommer att leva sina egna liv, ofta med egna namn och omedvetna om varandras existens. Flera personligheter tycks dela samma kropp med amnestiska barriärer emellan. Klienten tappar tid då olika delar av psyket inte känner till varandras existens. Detta kallas för DID, dissociative identity disorder (Van der Hart et al. 2006).

Fasspecifik behandling

Inom behandling av psykologiskt trauma är man idag överrens om att behandlingen ska ske i olika faser (Herman, 1992; Van der Hart et al., 2006; ISSD, 2005).

- **Fas 1: Stabilisering:** Viktiga moment i denna fas är att se till att den traumatiserade är trygg och har en fungerande vardag, kontrollera om det behövs medicinering, skapa en terapeutisk allians, stärka resurser, affektreglering, få hjälp med symtomlindring, lära sig ångesthantering samt via psykoedukativa inslag ge patienten kunskap om sitt tillstånd (ISSD, 2005).
- **Fas 2: Traumabearbetning:** I denna fas arbetar man direkt och på djupet med de traumatiska minnena för att skapa personifikation (det hände mig) och presentifikation (det hände mig men det händer inte nu). Syftet är att de traumatiska minnena ska kunna omvandlas till en del av livsberättelsen och att skapa möjlighet för att sörja traumatiska förluster (Van der Hart et al., 2006; ISSD, 2005; Herman, 1992).
- **Fas 3: Prevention av återfall och fortsatt mognad.** Den traumatiserade har nu omvandlats från offer till överlevare. Hon/han behöver försonas med sig själv och utveckla sitt nya jag. Återskapa samhörighet med andra och kanske utveckla nya relationer. Finna en ny uppgift som överlevare och börja sin återgång till det vanliga livet (Herman, 1992).

MUSIKTERAPEUTISK METOD

BMGIM (The Bonny Method of Guided Imagery and Music)

BMGIM utvecklades av Helen Lindquist Bonny på 1970 talet i hennes arbete på Psychiatric Research Centre i Baltimore i Maryland (Bruscia, 2002). Inspirerad av hypnos och Leuners symboldrama, utvecklade hon en metod där noga utvald klassisk musik användes för att hjälpa klienter att i ett förändrat medvetande tillstånd utforska sin inre värld i psykoterapeutiskt syfte. Hon valde ut klassisk musik och satte ihop musikband speciellt designade för detta ändamål, och menar att terapeuten är sekundär till musiken. Det är musikens påverkan som hjälper klienten att finna sin egen inre resa till läkning. Terapeutens roll är att underlätta denna resa genom att ställa lämpliga frågor under musiklyssningen för att fördjupa det inre bildskapandet, samt finnas som ett vittne och ett skydd om så skulle behövas (Bruscia, 2002; Summer, 2002).

Med Bonnys egna ord:

The rewards are in watching the remarkable power of great music as it opens people to their inner resources for problem solving, as it suggests a balance in reducing stress, as it uncovers and expresses painful areas of the mind and then works to heal the hurting place, as it reminds one of beauty and fosters creativity, as it works to heal both the mind and the body. (Summer: 2002, s 15)

Nedan följer en beskrivning av en BMGIM session. Dessa sessioner är individuella och tar ca 1 ½ till 2 timmar att genomföra.

- **Preludium:** Sessionen startar med ett samtal mellan klient och terapeut för att finna ett lämpligt fokus att undersöka via musiken.
- **Induktion:** Terapeuten väljer lämplig avspänningsmetod och hjälper sin klient att sjunka ner i ett förändrat medvetandetillstånd.
- **Fokus:** Terapeuten för in det överenskomna fokus som en ingång till kommande imaginationer och väljer lämplig musik.
- **Musiklyssningsfas:** Klienten beskriver de inre bilder som väcks till musiken och terapeuten underlättar det inre bildskapandet genom olika former av guidande frågor. Musiken varar mellan 30 – 50 min.
- **Postludium:** Klienten återkommer från sin inre resa till musiken och gör vanligtvis en bild. Terapeut hjälper klienten att lyfta fram och integrera viktiga upplevelser under musiken samt samtala om bilden (Summer, 2002).

När BMGIM började användas kliniskt upptäckte Bonny och hennes efterföljare att metoden många gånger var alltför stark. Speciellt med traumatiserade patienter kunde de spontana bilderna som väcktes under musiklyssningen vara överväldigande och hotfulla och därmed riskera att skapa återtraumatisering. Metoden utvecklade olika modifierade former, både individuella och gruppformer med betydligt kortare avspänning, ett mer avgränsat fokus och en kort musiklyssningsfas. Musiken är noga utvald för att inte vara uppväckande. BMGIM är namnet för den individuella ursprungliga formen utvecklad av Bonny (1978) medan

Guided Imagery and Music (GIM) blivit ett paraplybegrepp för de många olika modifierade former både individuellt och i grupp som utvecklats.

Tidigare forskning

En sökning gjordes via datasökbaserna PubMed och PsychInfo på orden GIM + PTSD, GIM + komplex PTSD och GIM + dissociativa störningar. Nedan kommer en sammanställning av vad som hittades om BMGIM och olika former av modifierad GIM.

Goldberg (1994) beskriver hur hon använt en modifierad form av GIM med vuxna traumatiserade klienter, både individuellt och i grupp, på en akut psykiatrisk avdelning med korta behandlingstider. Hon har fokuserat på stabilisering, närvaro och förstärkt jagstyrka för att hjälpa klienterna att bättre hantera sina symtom och kunna återvända till samhället. Musikens syfte är här att vara stödjande och strukturerande. Hon använder aktiv och ibland direkt guidning för att hjälpa klienter att röra sig bort från hotfulla överväldigande inre bilder och istället hitta närande och skyddande inre gestalter. Först efter att klienten är förmögen till detta är det möjligt att konfrontera de traumatiska inre bilderna, menar hon.

Blake & Bishop (1994) beskriver hur de använt en modifierad form av GIM i behandling av inneliggande psykiatriska patienter med post-traumatiskt stressyndrom (PTSD). De visar hur GIM kan vara effektivt i behandling av PTSD symptom såsom hyperarousal med invasiva minnesbilder eller hypoarousal med undvikande, maktlöshetskänslor och avklyvning av delar eller hela traumaminnat. De menar att GIM processen skapar tillgång till avklivna känslor, inre bilder och minnen och att GIM också kan stärka resurser och känslan av självgrens samt återskapa tillit via ökad självinsikt och allians med terapeuten. Den modifiering av GIM som beskrivs som effektiv med inneliggande PTSD patienter är en gruppmodell baserad på:

1. Kort avspänning 1-2 min
2. Sitter i stolar
3. Hög nivå av terapeutisk aktivitet med specifika bilder och mål för induktionen
4. Under musiklyssningsfasen har patienterna ögonen öppna samt målar, skriver eller rör sig till musiken.
5. Under post-sessionen ligger betoning på att skapa trygghet, validera upplevelsen under musiken och stärka resurser.

De lyfter också fram vikten av att vara utbildad inom BMGIM och ha erfarenhet av att arbeta med traumatiserade klienter för att använda metoden. De drar slutsatsen att både individuell och grupp-GIM kan vara effektivt i behandling av PTSD hos inneliggande psykiatriska patienter. Noga utvald musik samt närvaron av en terapeut skapar struktur som tillåter bilder, minnen och känslor att komma fram. Blake och Bishop använder sig alltså till skillnad från Goldberg inte av guidning under musiken. Blake och Bishop bearbetar det material som kommit upp under musiklyssningsfasen i postludiet istället (Meadows i Bruscia, 2002).

Shulman & Wool (1999) beskriver ett fall med en patient med PTSD och somatoform dissociation där en kombination av BMGIM, psykodynamisk terapi och traditionell psykiatrisk behandling varit effektiv. Betoningen i BMGIM har varit att utveckla en repertoar

av trygga och fridfulla inre platser att använda för att reducera ångest när denna blivit övermäktig vid traumabearbetningen.

Orth, Doorschodt, Verburgt & Drozdek (2004) skriver i kapitlet Sounds of Trauma, i boken Broken Spirits om att använda musikterapi med traumatiserade flyktingar. De skriver att BMGIM kan vara svårt att använda med traumatiserade flyktingar eftersom de kommer från andra kulturer och det kan vara svårt att hitta musik som möter dessa klienters emotionella tillstånd och behov.

Blake (1994) utvecklade en modifierad form av GIM som hon kallar Directed Imagery and Music (DIM) för att möta behoven hos Vietnam veteranerna. DIM liknar BMGIM i strukturen men med tre viktiga skillnader. Terapeut och klient träffas en vecka innan sessionen och bestämmer vilket trauma som ska vara fokus för nästa DIM session. Klienten får beskriva den traumatiska upplevelsen med så många detaljer som möjligt. Under själva DIM sessionen får klienten i preludiet återigen beskriva den traumatiska upplevelsen och benämna tillhörande känslor. Terapeuten väljer 3-4 musikstycken under musiklyssningsfasen som får ackompanjera klientens minne. Syfte är att hjälpa klienten att våga stanna kvar i minnet, återknyta till viktiga känslor och få en känslomässig lättnad.

Picket & Sonnen (1993) beskriver hur BMGIM används i behandling av MPD (multipel personality disorder), numera kallad DID (dissociativ identity disorder). Fortsättningsvis kommer DID att användas i denna uppsats istället för MPD. De menar att genom att lyssna på noga utvald musik kan emotionella mönster förändras och tänkandet struktureras. De framhåller imagination (inre bildskapande) som den kommunikativa mekanismen mellan perception och emotion och att via kombinationen av musik och inre bildskapande har en effektiv terapeutisk metod skapats.

De lyfter också fram likheten mellan BMGIM och hypnos och den dissociativa processen. De reflekterar runt att medvetandet under en BMGIM session liknar det som upplevs under hypnos. Individu är vaken men fokus har flyttats från att vara medveten om den yttre världen till ett intensivt och receptivt upplevande av den inre världen, ett transtillstånd. Detta hypnotiska tillstånd kan också induceras via övergrepp och traumatiska händelser, och om dessa skett i tidig ålder kan det skapas DID. För att det ska vara möjligt att integrera avspjälkade jagtillstånd såsom är fallet vid DID, och avtäcka trauman samt den smärta dessa orsakat krävs att det skapats tillit och anknytning till terapeuten. De menar att BMGIM sessionerna kan användas för att möta klientens olika jag tillstånd (ego states), underlätta interpersonell kommunikation mellan dem, avtäcka allvarliga fysiska, emotionella och sexuella trauman samt hjälpa till med integrering. De har utvecklat olika tekniker för att arbeta med DID. Nedan följer några exempel:

1. Fantom ankare och resa genom tiden: För att skydda patienten från att bli återtraumatiserad använder sig terapeuten av fantomankare vilket innebär att terapeuten efter att klienten fått emotionell kontakt med ett traumatiskt minne ber om tillåtelse att få hålla i klientens högra arm. Därefter föreslår terapeuten att de tillsammans kan resa tillbaka i tiden till det barnjagtillstånd som är i smärta. Terapeuten ber patienten att vara närvarande med sitt "inre barnjag" på samma sätt som terapeuten är närvarande med patienten samt berätta för sitt "inre barnjag" att

patienten är vuxen idag och har helt andra resurser att ta hand om och skydda sig själv än då det traumatiska inträffade.

2. Visuellt och kinestetiskt dissociation: Terapeuten stoppar klienten när klienten blir emotionellt översvämmad av sina inre bilder och ställer klienten upp och ber honom/henne att projicera imaginationerna på en vägg och på så sätt skapa ett större avstånd till materialet.
3. ”Reframing”: Terapeuten hjälper klienten att skapa en dialog med ett stort eller aggressivt ”egostate” och försöker finna alternativa vägar för att ge uttryck för de känslor som finns härbärgerat i detta ”egostate”. De beskriver hur speciell musik har använts under ”reframing” sessioner för att hjälpa klienten att arbeta med olika jagtillstånd.

Körlin i Bruscia (2002) ger en neuropsykologisk beskrivning av effekten av BMGIM i arbete med traumatiska minnen. Han beskriver traumatiska minnen, s.k. flashbacks, som dysfunktionella implicita minnen avskurna eller dissocierade från den självbiografiska livshistorien. Han menar att traumatiska minnen inte är symboliserade och att BMGIM har verktyg för att hjälpa dessa minnen att symboliseras och därmed börja bearbetas. Han tar upp vikten av att analog (inre bilder) och diskursiv (ord) symbolisering integreras och anser att det i BMGIM finns många tillfällen för detta att ske. Dels via den pågående guidningen under musiklyssningsfasen, då klienten verbalt förmedlar sina inre bilder till guiden, dels via kognitivt bildskapande samt verbaliserandet av den bild klienten målat efter musiklyssningsfasen samt det verbala processandet av musikupplevelsen. Sagor, metaforer och dikter är också ett sätt att integrera diskursiv och analog symbolisering. Han visar på skillnaden mellan symboliserade och icke symboliserade inre bilder i BMGIM. De icke-symboliserade visar del aspekter av själva traumaminnet, t.ex. tänder från en förövrare, med efterföljande kaotiska känslor. När denna klient förmådde börja symbolisera blev detta till en väderkvarn med tänder. Denna bild var mer hanterbar för klienten som kunde avlägsna sig från väderkvarnen. Körlin betonar vikten av musikval i sitt arbete med patienter med komplex PTSD, eftersom traumatiserade patienter kan vara känsliga för alarmkvaliteter i musiken såsom plötsliga förändringar, dissonanser och starka ljud.

Han avslutar med att beskriva traumatiska återupplevanden såsom information som är avskuren från och inte längre förstås av de integrativa funktionerna i hjärnan. Via musiken kan de avskurna sensoriska och affektiva minnena medvetandegöras och resurser mobiliseras. En transformation av traumatiska bilder till symboliska bilder, skapandet av kognitivt minne och förståelse samt integrering av diskursiv symbolisering med analog symbolisering och affekter återskapar ett sammanhang och ett sammanhållet narrativ, menar han.

Körlin (2009) skriver om en modifierad form av BMGIM som han utvecklat för att möta behoven hos patienter med PTSD och dissociativa störningar. Han kallar metoden Music Breathing- Breath Grounding and Modulation of the BMGIM. Han beskriver hur han stegvis genom musik och andning lär patienten att bättre hantera sina ”flash-backs” och hur detta så småningom skapar möjlighet att fortsätta bearbetningen via regelrätt BMGIM. Han berättar hur en av grundgestalterna inom BMGIM, Frances Goldberg i personlig kommunikation lär

ha uttryckt att ” practicing GIM is like having a tiger by the tail” (Körlin, 2009, s 1). Körlin betonar vikten av att, på grund av styrkan i BMGIM, utveckla mindre kraftfulla former av GIM för patienter med PTSD och traumarelaterade störningar som en förberedelse för att kanske sedan kunna använda metoden i sin fulla form.

Wärja (2009) har utvecklat en form som hon kallar Korta Musik Resor (KMR), vilken innebär att klienten lyssnar till korta utvalda musikstycken i ett lätt förändrat medvetandetillstånd tillsammans med en terapeut. Musiken är mellan 3-6 min lång och klienten sitter upp. Terapeuten gör en kort avspänning och en induktion med fokus för musikresan. Terapeuten kan också göra s.k. ”talk-overs” vilket innebär verbal guidning genom musiken och ibland små pausar på någon minut för att ge plats för klients egna imaginationer.

Modifierad GIM i stabiliseringsgrupp

Det urval som denna undersökning grundar sig på är en samling flyktingkvinnor från olika länder med PTSD och psykoform och somatoform dissociation. Kvinnorna har för att förberedas för kommande traumabearbetning gått i en s.k. stabiliseringsgrupp där fokus legat på att stabilisera dvs. att bygga jagstyrka, lära sig hantera sina symtom, samt psykoedukativa inslag. Kvinnorna har valts ut utifrån att det funnits somatoforma (psykosomatiska) och dissociativa inslag förutom PTSD och att de därför bedömts behöva stabiliseras innan traumabearbetning.

De musikterapeutiska metoder som använts i stabiliseringsgrupperna har varit modifierade form av GIM inspirerade av Dag Körlins ”Andningsmodulerad GIM” (Music Breathing) och Margareta Wärjas ”KMR (Korta musikresor).”

I min version av andningsmodulerad GIM har klienterna fått börja med att rita sina kroppskonturer på ett papper och sedan fylla i kroppskonturerna med förnimmelser såsom spänningar, värk och andra sensationer med olika färger. Vid behov har klienterna också skrivit. Därefter har en transinduktion gjorts där de olika kroppsdelarna adresserats för att sedan fokusera på andningen. Musiken har satts på och jag har fortsatt guida genom musiken med betoning på avslappning och andning. Efter musiklyssningsfasen har en ny kroppsbild gjorts med kroppskonturer och ifyllda kroppssensationer. Därefter har deltagarna delgivit sina upplevelser under musiklyssningsfasen samt jämfört sina bilder före och efter övningen.

Ibland har klienter hamnat i traumabearbetning där minnen och känslor kommit fram. Detta har varit ok när det bedömts att klienten klarat detta, även om syftet med denna övning i första hand varit stabilisering.

En annan övning har varit att innan musiklyssningsfas måla en god inre plats för att sedan i musikresa göra en inre resa till denna plats. Denna övning har dock inte kunnat göras innan den tidigare fungerat väl.

En ytterligare övning som använts när andningsmodulerad GIM varit för stark har varit att lyssna på musiken och samtidigt i takt med musiken utföra bilateral stimulering (fjärilskram) tänkandes på något positivt. Fjärilskram, eller ”Butterfly Hug” utvecklades av Lucina Artigas under arbetet med de överlevande efter orkanen Paulina i Acapulco Mexico (1997). Det går

till så att armarna korsas över bröstet så att fingrarna når att trycka på området mellan nyckelben och axel. Därefter sker en växelvis tryckning på höger och vänster sida simulerande fladdrande fjärilsvingar.

Klienterna har också fått med sig musik hem för att öva andning till musik, alternativt bilateral stimulering ”fjärilskram” till musik hemma.

Musikval

Den musik som använts har valts med tanke på tempo, dynamik och förutsägbarhet. Tempot har en puls runt 60 och dynamiken är så jämn som möjligt utan plötsliga crescendo eller överraskningar. Harmoniken är enkel utan moduleringar och med en melodislinga som återkommer (Körllin, 2009; Wärja, 2009; Goldberg, 1994; Aldridge, 1996). Instrumenteringen är enkel och har en tydlig grund. Instrument med starka och hårda ljud har undvikits (Aldridge, 1998; Körllin, 2002; Körllin, 2009; Goldberg, 1996; Wärja, 2009). I första hand har Deva Premal: *Om Namō Bhagavate* eller Arvo Pärts: *Spiegel im Spiegel* använts. Men även annan musik av liknande karaktär har kommit ifråga. Det har alltså förekommit musik både med och utan den mänskliga rösten.

METOD

GRUNDAD TEORI

Den metod som används i denna studie är grundad teori enligt Strauss & Corbin (1998). Den ursprungliga versionen av Grundad Teori presenterades av Glaser & Strauss (1967) i *The Discovery of Grounded Theory*. Grundad Teori går ut på att skapa teori ur den mening människan själv tillskriver verkligheten. Det handlar inte om att organisera en mängd data som i den positivistiska traditionen, utan att samla och utveckla idéer genererade ur dessa data (Starrin, Larsson, Dahlgren & Styrborn, 1991).

I den positivistiska forskartraditionen framläggs hypoteser som beskriver något som går att mäta. Därefter görs en deduktiv undersökning för att pröva hypoteserna. Metoden är kvantitativ och insamlad data analyseras med hjälp av matematiska och logiska tankemodeller samt statistiska mätmetoder. Resultatet verifierar eller falsifierar den hypotes som legat till grund för undersökningen. På så sätt försöker man finna den ”säkra” kunskapen. Forskningen ska kunna göras om av annan forskare och komma till samma resultat (Kvale, 1997).

I den kvalitativa forskartraditionen ligger tonvikten istället på att tolka och förstå. Viktiga inriktningar är hermeneutik och fenomenologi. Här används exempelvis intervjuer eller fallstudier som metoder. Inom hermeneutiken sker en ständig växling mellan närhet och distans, förklaring och förståelse. Grunden för tolkningen är forskarens förförståelse, d.v.s. att forskaren är påläst inom det område som ska beforskas. Forskaren börjar tolkningsprocessen

med att skapa sig en intuitiv helhetsuppfattning av materialet. Därefter tolkas delarna utifrån denna uppfattning och relateras så åter till helheten som modifieras efter den fördjupade meningen av delarna. Detta fortsätter tills en god sammanhängande gestalt utan motstridigheter har hittats. Denna process kallas den hermeneutiska cirkeln (Hartman, 2001; Kvale, 1997; Ödman, 2007). Inom fenomenologin handlar det om att beskriva upplevda skeenden utan att ta hänsyn till upplevelsens ursprung eller orsak. Betoning är att observera utifrån sina perceptioner och inte att tolka. Man är intresserad av att tydliggöra och det som framträder och hur detta sker för att söka strukturer och innehåll i individers upplevelse av världen (Kvale, 1997). Materialet inom den kvalitativa forskningstraditionen bearbetas i första hand induktivt, dvs. man försöker ur data finna en teori som beskriver t.ex. människors inre värld eller betydelsen av olika fenomen (Guvå & Hylander, 2003).

I positivistisk forskning används metoder som skall minimera forskarens inflytande och skapa möjlighet för data att inhämtas och analyseras så objektivt som möjligt. I kvalitativ forskning är det forskaren själv som är mätinstrumentet och gör observationer, beskrivningar och tolkningar. I den grundade teorin använder forskaren visserligen sig själv som mätinstrument, men med hjälp av en mer strikt strukturerad metod än den hermeneutiskt tolkande ansatsen (Guvå & Hylander, 2003).

Grundad teori uppstod som ett diskussionsinlägg mot den rådande positivistiska forskningstraditionen inom sociologin på 1960-talet. Glaser och Strauss menade att forskaren inte fick möjlighet att generera nya teorier eftersom det enda som ansågs vetenskapligt var att deducera hypoteser från redan befintliga teorier. De utvecklade därför denna metod, grundad teori, där resultaten istället skulle få tala för sig själva och generera mindre omfattande men i data förankrad teori (Kvale, 1997; Strauss & Corbin, 1998). Grundad teori har både induktiva och deduktiva moment i sig och kan användas i både kvalitativa och kvantitativa undersökningar. Ett induktivt (från det specifika till det generella) utforskande av insamlad rådata som forskaren förstår via abduktion (teoretiska antaganden) och sedan prövar deduktivt genom att gå tillbaka och jämföra med ursprungliga rådata (Guvå & Hylander, 2003).

Skillnaden mellan Glaser och Strauss

Glaser och Strauss kom fortsättningsvis att utveckla olika varianter av grundad teori. Glaser, som anses stå för den ursprungliga versionen, är mer förutsättningslös och har som utgångspunkt att forskningsproblemet inte formuleras från början utan växer fram ur data. Det är inte forskaren som identifierar problemet utan det ska komma från undersökningssubjektet. Det handlar inte om att besvara en fråga, menar han, utan om att ta reda på vad som pågår. I den första öppna fasen försöker man få fram så många kategorier som möjligt. Med kategori menas meningsbärande enhet. När inga nya kategorier framkommer har den relevanta kärnkategorin blivit upptäckt. Den öppna fasen övergår då till den selektiva där bara de kategorier som kan relateras till kärnkategorin bevaras. Efter det undersöks hur dessa kategorier relaterar till varandra, vilket skapar hypoteser som sedan efter ytterligare datainsamling genererar den slutliga teorin. Teorin växer fram ur data (Hartman, 2001).

Strauss tillsammans med Corbin menar att teorin konstrueras ur data. Forskaren utgår från det problemområde som ska undersökas och formulerar relevanta forskningsfrågor. Dessa ska vara fria och flexibla nog att utforska ett fenomen på djupet (Guvå & Hylander, 2003; Strauss

& Corbin, 1998). Datakällor kan vara utskriftar av intervjuer, observationer, protokoll, videoinspelningar och audioinspelningar etc.

Guvå och Hylander anser att grundvalarna för grundad teori är:

- Teoretiskt urval — kodning — komparation — konceptualisering.

Dessa fyra moment ska utföras i varje fas.

Med teoretiskt urval menas att urvalet ska vara ändamålsenligt men inte styras av förutfattade åsikter om vad som är viktigt, utan idéerna ska vara generade ur data. Urvalet görs kontinuerligt och inte en gång för alla.

I Strauss & Corbin (1998) delas forskningsprocessen upp i tre faser:

- Den öppna fasen
- Den axiala fasen
- Den selektiva fasen

I den öppna fasen kodas allt det som är meningsbärande och utifrån detta skapas dynamiska begrepp. De dynamiska begreppen är sedan ledtrådar i det fortsatta forskningsarbetet. Dessa begrepp kan antingen bestå av ”in vivo-begrepp” ord hämtade direkt ur data, eller ”in vitro-begrepp” ord konstruerade av forskaren. Man skiljer också på substantiva koder (de faktiska koderna) och teoretiska koder. De substantiva koderna utgörs av de framväxande kategorierna och begreppen. De är själva substansen i den framväxande teorin. De teoretiska koderna ska vidga perspektiven och är abstraherade begrepp utifrån hur de substantiva koderna kan relateras till varandra (Guvå & Hylander, 2003; Starrin et al., 1991).

När tillräckligt många substantiva koder är funna övergår man till den axiala fasen, mönstersökningsfasen. Här letas det efter de teoretiska sambanden mellan kategorierna och kategoriernas dimensioner. Lämpliga frågor att ställa sig är: Kan begreppen relateras till varandra på ett meningsfullt sätt? I så fall hur? Går det att urskilja mönster ur data? (Guvå & Hylander, 2003).

De substantiva koderna relateras till varandra och skapar teoretiska koder som kommer att bilda hypoteser inför det fortsatta sökandet efter ny teori. Ändamålet med den axiala kodningen är att återintegrera den data som i splittrats i den tidigare öppna kodningen, men nu i en mer förtätad form. Detta skapar sedan grund för den selektiva fasen (Strauss & Corbin, 1998).

Den selektiva fasen handlar om att relatera större processer i sökandet efter en teori. Kategorierna och deras egenskaper relateras med varandra och en kärnkategori identifieras. Kärnkategorin är den kategori som kommer att vara den centrala i slutresultatet. Genom att fokus nu läggs på kärnkategorin och den framväxande teorin vävs samman runt denna, kommer undersökningen att få en naturlig begränsning. Bara de kategorier som verkligen kan relateras till kärnkategorin integreras i teorin. Parallellt med kodningen skrivs också s.k. ”memos” ner. Memos är minnesanteckningar med beskrivningar av olika begrepp och deras dimensioner samt idéer och uppslag som föds under arbetets gång. Memos blir mer och mer teoretiska allteftersom processen fortskrider. Dessa kommer också att koda och sorteras och bildar sedan grund för en form av berättelse (story-line). Denna berättelse utgör den

framväxande teorin, som forskaren sedan ska försöka verifiera via deduktion. (Hartman, 2001; Strauss & Corbin, 1998).

STUDIENS GENOMFÖRANDE

Utifrån syftet att öka förståelsen av musikens betydelse för patienter i fas 1 behandling vid komplex traumatisering, samt ur detta skapa ny teori, har jag i denna studie gjort ett teorigenererande arbete utifrån Strauss & Corbins version av grundad teori.

Kontext

Studie har genomförts på patienter i pågående behandling på Kris- och Traumacentrum i Stockholm. Informanterna har alla deltagit i stabiliseringsgrupp hos författaren. Kriterierna för att delta i stabiliseringsgrupp är att vara kvinna (eftersom många av dessa kvinnor varit utsatta för våldtäkter och övergrepp av män är det svårt att blanda män och kvinnor i grupperna), att vara flykting samt lida av komplex PTSD med somatoform och/eller psykoform samsjuklighet. Kvinnorna kommer från krigsdrabbade länder från olika delar av världen och talar alla hjälplig svenska. Grupperna har satts samman så att kvinnorna i möjligaste mån kommit från olika länder och från länder som inte varit i konflikt med varandra. Detta för att undvika onödiga konflikter. Grupptiden har varit två timmar och gruppen har träffats en gång i veckan vid fem tillfällen och en gång varannan vecka vid två tillfällen. Därefter har de slussats vidare till regelrätt traumabehandling om så behövs. En del gruppdeltagare var nöjda efter gruppbehandling och tyckte sig inte behöva någon fortsatt behandling, andra valde att fortsätta.

Intervjuer

Datainsamlingen skedde via intervjuer. Informanterna rekryterades från stabiliseringsgrupperna. Intervjuerna utfördes i ett avskilt rum på Kris - och Traumacentrum. Urvalet var teoretiskt såtillvida att alla informanterna tillhörde den kategori som författaren var intresserad av att undersöka. De fick veta att intervjuerna skulle spelas in och därefter skrivas ner ordagrant av författaren. De fick också veta att materialet skulle behandlas strikt konfidentiellt och att de skulle vara anonyma. Intervjuerna var semistrukturerade med problemområden att avtäckas, men med frihet och flexibilitet för intervjuaren att utforska de fenomen som framkom i intervjuerna samt utrymme för informanterna att fritt utveckla sina tankar. Problemområden som skulle avtäckas var; hur de upplevde sina besvär idag och om det blivit någon förbättring eller inte; reflektioner runt den musik som använts i stabiliseringsgrupperna, om den varit till hjälp med deras besvär eller inte, i så fall hur, och vad i musiken som upplevts som hjälpsamt samt hur det varit att vara i grupp. Efter sex intervjuer upplevdes materialet som mättat av författaren och inga fler intervjuer genomfördes.

Dataanalys

Vartefter intervjuerna skrivits ut ordagrant påbörjades den öppna kodningen. Intervjuerna genomlästes och allt som var meningsbärande plockades ut. Det skrevs ut på lappar och sorterades efter tema på olikfärgade post-it lappar. Substantiva koder genererades utifrån dessa koder och formulerades så nära informanternas egna ord som möjligt. Parallellt med kodningen skrevs minnesanteckningar i ett annat block med idéer och uppslag genererade från data och daterades. När materialet upplevdes som mättat fortsatte kodningen in i den axiella fasen. De substantiva koderna jämfördes med varandra och relationer mellan dem söktes för att hitta mönster vilka abstraherades till teoretiska koder. Därefter påbörjades den selektiva kodningen och sökandet efter kärnkategorin. Kärnkategorin som ska svara på frågan om vad allt detta handlar om identifierades, och de andra kategorierna relaterades till kärnkategorin. Återkommande återkoppling till ursprungsdata gjordes under hela processen för att kontrollera och modifiera hypoteserna (Strauss & Corbin, 1998).

Den preliminära modell som skapades finns på s. 28 (fig.1).

Bilder

En annan datakälla är de bilder som klienterna gjort före och efter musiklyssningen. Klienterna fick rita sina kroppskonturer på ett papper och fylla i kroppssensationer före musiklyssningen och efter musiklyssningen. Dessa jämfördes sedan för att se om det blivit någon förändring i bilderna från före och efter musiklyssning, och i så fall vad? Dessa bilder har också kodats och jämförts med de kategorier som framkommit i intervjuerna och införlivats i teorin.

RESULTAT

Det ursprungliga problemområde som denna uppsats syftar till att undersöka är vad den musik som använts i stabiliseringsgrupperna haft för betydelse för klienterna. Har den varit till hjälp för dem med deras besvär och i så fall hur? Jag kommer nedan att delge resultatet av kodningen genom att presentera de tre huvudkategorierna i den selektiva fasen och under respektive kategori de teoretiska koderna från den axiella fasen. Därefter följer exempel på citat ifrån informanterna som lett fram till de substantiva koder som ligger till grund för de teoretiska koderna. De substantiva koderna har i möjligaste mån fått behålla ”invivo” karaktär. De finns inte namngivna här men går att se i fig.1: s. 28. Sist i resultatdelen presenteras kärnkategorin och efter det följer en sammanfattning av resultatet.

REGLERING – DYSREGLERING (Huvudkategori)

Många av informanterna tycker att musiken varit till hjälp för att lindra deras besvär och att de fått lättare att hantera sina PTSD symptom. Men ibland har det också varit tvärtom. Musikens reglerande eller dysreglerande effekt har nedan delats in i fyra underliggande kategorier som är de teoretiska begrepp som vuxit fram under den axiala kodningen. I texten finns också citat med som exempel på vad som ligger till grund för de substantiva koderna. Eftersom informanterna inte har svenska som modersmål är språket i citaten ibland lite felaktigt. Jag har ibland putsat till språket lite men oftast valt att behålla citaten i sin ursprungliga form.

Avspänning (teoretisk kod)

Många av informanterna upplevde den musik som användes som lugnande och avslappnande. Några framhöll vikten av att min röst fanns med samtidigt som musiken för att stödja och fördjupa avspänningen.

*Hemma med musik inte samma sak, där finns ingen som säger hur jag ska göra.
Men här när jag sitter och blundar så hör jag bara dig... (IP 1)*

För andra fungerade det bra även med bara musik när de använde sig av musiken hemma.

*Musiken är jättebra. Har aldrig lyssnat sådär på musik. Hemma lyssnar jag
jättemycket och väldigt, väldigt jag slappnar av... (IP 4)*

En annan tyckte att det förutom musik och min röst också var betydelsefullt att höra hur jag andades för att kunna slappna av.

*Med musik och din röst, jag slappnar av, men din röst också utan musik, jag
märker också att det hjälper mig när du andas... (IP 5)*

Det påpekades också att musiken gav harmoni. Denna informant väntade på en speciell klang och när den klangen kom kunde hon slappna av.

*Musiken ger mig harmoni. Jag tror det är klangen som kommer. [...] precis att
man är spänd och så plötsligt kan du slappna av. Jag väntar på att klangen ska
komma...(IP 6)*

Spänning (teoretisk kod)

Alla informanter upplevde sig spända och hade värk i kroppen. Någon menade att övningarna med musik nog var bra men inte för henne. Hon blev mera spänd, fick ryckningar och skakningar. När hon provade hemma gick det ännu sämre.

...prövade hemma med CDn men började nästan skrika och skaka och skaka och skaka. Jag vill slappna av men kan inte...(IP 2)

Samma informant uttryckte sig också såhär:

Gruppen inte bra för mig, jag har så mkt här inne, orkar inte höra mer, orkar inte bara säga och säga och säga [...] jag vet det finns många som har samma, men jag orkar inte höra...(IP 2)

Att vara tillsammans med andra och höra deras erfarenheter tycktes förvärra hennes spännings tillstånd eftersom hon redan var till brädden fylld av sitt eget material. Hon nämner också att hon kunnat slappna av till musik förut men att det inte fungerar längre.

Musik betyder mycket men det beror på vilken karaktär jag har [...] ibland har jag ont i skelettet [...] och mycket bekymmer då hjälper det nästan ingenting...(IP 5)

För denna informant hjälpte musiken ibland men inte när värken och bekymren var alltför påträngande.

Närvaro (teoretisk kod)

Flera av informanterna tyckte musiken hjälpte dem att koncentrera sig. Att lyssna på melodin kunde vara till hjälp för att förhindra att tankarna flög iväg eller stoppa svåra minnen, tankar och bilder från att tränga sig på.

... att man koncentrerar sig på musiken och lyssnar på melodin så far inte tankarna iväg som dom brukar... (IP 3)

En annan informant säger:

Precis när vi är här, då får jag bort alla minnen, börjar tänka på musik och lyssna på musik och på dig. Man kommer in i musiken och lyssnar bara på dig...(IP 1)

En tredje menade att musiken påverkade henne så hon kunde slappna av och släppa katastroftankarna och vila från att ständigt vara på sin vakt.

Jag tänker inte, var är nu mitt barn, och om det hänt något. Jag tänker inte, jag koncentrerar mig på musiken. Alltså tankarna går inte runt mitt barn. Det är det mest positiva, att få vila från att ständigt vara på vakt...(IP 4)

En menade att musiken hjälpte till att hitta en närvaro och hjälp att stanna upp i sig själv.

Musiken hjälper att man hittar en plats i sig själv. Det är det som är kärnan, allt annat är surr runt omkring... (IP 6)

Grundning (teoretisk kod)

Musiken hjälpte till med att hitta magandning tyckte flera av informanterna. En kvinna berättade att hennes uppsvällda mage nu blivit mindre. Detta berodde enligt henne på att hon nu lärt sig att andas på ett annat sätt.

Förut kändes det som jag kvävdes när jag pratade [...] men nu har andningen blivit bättre, andas mer med magen nu [...] min mage var uppsvälld förut men den har blivit mindre [...] lättare att hitta andningen när man lyssnar på musik. Men det ska vara lugn musik...(IP 3)

En annan berättar hur hon vid en panikattack som hon nyligen haft kunnat häva attacken för första gången. Hon känner sig mkt stolt. Hon berättar såhär:

Jag fick en panikattack igen, det känns som kroppen attackerar, men nu när jag har det här med andningen och musiken, det hjälper mig [...] Jag andades djupt och försökte komma ihåg allt vi hållit på med. Så släppte det och en massa kilo tappade jag...(IP 4)

Flera informanter talar också om att musiken hjälpt dem att släppa värk i kroppen.

Förut hade jag ont i magen jätte mycket och ont i ryggen. Nu har jag släppt det ganska bra. Kommer ibland men inte så ofta ...(IP 1)

En annan berättar hur musiken hjälper mot huvudvärk.

Ibland har jag huvudvärk och nackvärk när jag kommer hit. Men musik och din röst fick det att släppa [...] Den musiken hjälper mig att det blir mindre huvudvärk...(IP 5)

En tredje beskriver hur en klump i bröstet förändras under musik lyssningen och blir till känslor av sorg..

Spänningen går ur kroppen. Klumpen blir lite lättare. Även om jag känner trycket så är det nu skön värk. Skön smärta...(IP 6)

Värken har transformerats till känslor vilket informanten beskriver som befriande.

(ÅTER)UPPRÄTTA ANKNYTNING (Huvudkategori)

Den andra kategorin som framstod som viktig var upplevelsen av att musiken kunde hjälpa till med att återupprätta kontakten med sig själv och sina känslor, samt att känna samhörighet med andra som också varit med om svåra händelser.

Samhörighet (teoretisk kod)

Flera informanter talar om vikten av samhörighet.

När man är här, och det bara är vi som allihopa är samma sak och lyssnar, och bara två röster som kommer, musik och din röst, då kommer man in i musiken och bara lyssnar på dig...(IP 1)

Att lyssna på musik tillsammans med andra som varit med om liknande trauma tycktes skapa en känsla av samhörighet som fördjupar koncentrationen under musiklyssningen. En annan informant talar om att det kändes skönt att få öppna sig och visa hur hon känner, att få dela sina känslor med andra samt att förstå att det finns flera som har det som hon.

Jag brukar inte gråta framför folk. Men när jag kommer hit det är precis som jag är i min egen värld. Jag var inte så mycket för grupp, men det kändes som att när man är flera som har samma, då kanske det hjälper, att dela sorgen. Här får jag visa hur jag känner. Våga öppna mig...(IP 6)

Kontakt (teoretisk kod)

Flera av informanterna lyfter fram att de får kontakt med sig själva via musiken.

Det är som en gömd skatt som någon har öppnat. Inne i kistan känner jag. Jag har vågat öppna mig...(IP 6)

Hon fortsätter:

När jag lyssnar på CDn jag fick av dig påminner det mig om hur jag kände här, i den här lokalen. Då hamnar jag i en annan värld. Där som jag kan vara mig själv...(IP 6)

Denna kvinna kan använda sig av musiken hemma som ett slags ankare och berättar att hon när hon lyssnar på musiken känner sig som att hon är i terapilokalen och att det hjälper henne att känna trygghet. Senare i intervjun uttrycker hon:

... så är det den där låten tick tack (gör fjärilskram). När jag lyssnar på den om och om igen så är det på nåt konstigt sätt som att man ligger i mammas famn. Jättekonstig känsla. Jag tänker på ålder och alltihopa...(IP 6)

Musiken tycks hjälpa till att skapa trygghet och anknytning. Fjärilskram är en form av bilateral stimulering som jag lärt ut i grupperna och som tycks vara till hjälp att använda tillsammans med musiken (se sid: 14). En annan kvinna uttrycker sig såhär:

Förut så har jag inte lyssnat sådär på musik. Men den här musiken lyssnar jag på. Jag slappnar av faktiskt. Och så gör jag mycket så här (visar fjärilskram) och tänker på nåt fint, nåt fint minne eller så. Det kommer ju också sådär snabb blick något som inte är fint. Sådär blandar både bra och dåligt, men ändå på något sätt så jag känner mig avslappnad...(IP 4)

Denna informant tycks få kontakt med både goda och dåliga minnen men klarar av att vara med det och ändå känna sig avslappnad. En annan informant säger:

När man sitter och blundar och lyssnar på musiken och dig, då hör man inte bilarna som kommer förbi eller nånting. Då kommer man in i musiken och så bara lyssna på dig. Tar bort de andra ljuden runt omkring...(IP 1)

Musiken och min röst tycks hjälpa henne att få sjunka in i sig själv.

(ÅTER)UPPTÄCKA RESURSER (Huvudkategori)

Många av informanterna upplever ofta en känsla av hopplöshet och av att vara förstörda för all framtid. En viktig aspekt som musiken tycktes hjälpa till med att skapa är en känsla av att förändring är möjlig, samt förstärka minnen av goda platser och hitta resurser.

Installera hopp (teoretisk kod)

Det är allt bättre. Det kommer upp. Det tar lite tid men det blir bättre...(IP 1)

Denna informant talar om att hon ibland inte vill leva. Hon har mycket flashbacks från otäcka upplevelser. Att allt går henne på nerverna då. Att få en upplevelse av att det blir bättre tycks därför viktigt. Hon fortsätter:

Precis när vi är här, då får jag bort alla minnen, då börjar jag tänka på musik och lyssna på musik, lyssna på dig och bara gå den där vägen. Då känns det som något går ifrån mig, nån stor sten eller något sånt, och jag känner mig avslappnad... (IP 1)

Hon beskriver hur hon släpper ifrån sig något tungt och kan slappna av. Temat att släppa ifrån sig något tungt och bli lättare eller mer avslappnad går igen. En annan är glad för att hon med hjälp av musiken fått en bättre andning.

Jag har haft nytta, mycket nytta av det. Först och främst andningen som har blivit mycket bättre...(IP 3)

En tredje uttrycker sig såhär:

Det verkar som man hittat rätt väg. Det går ju åt rätt håll även om jag inte trodde det från början [...] nu håller man på att läka...(IP 6)

Musiken tycks ha hjälpt henne att skapa förväntningar på att hon ska läka och må bättre. Att få hopp om att det går att förändra och att det går att läka tycks väsentligt för flera av informanterna.

Förstärkta resurser (teoretisk kod)

En informant talar om att musiken hjälper henne att uppleva med sina sinnen bättre.

När man koncentrerar sig på musiken och lyssnar på melodin, då är det som att öppna sinnen på något vis...(IP 3)

En annan betonar vikten av att ha musik med vid avslappningsövningarna och att musiken hjälper till att få kontakt med goda inre bilder.

När det inte är musik koncentrerar jag mig bara på vad du säger och då blir det prestation, men när det är musik, då kan jag liksom tänka på något också, att jag är på nåt fint ställe, och jag känner musiken är jätteromantisk, och jag lyssnar också på din röst men inte så mycket, och så sjönk jag ner, och så blev jag, hela kroppen blev sådär lätt. Fysisk lättnad på något vis, inte tungt i huvudet...(IP 4)

Upplevelsen fick henne också att finna lätthet i kroppen och det tunga i huvudet släppte. En tredje upplevde sig istället starkare.

Känner mig starkare på nåt sätt. Jag vet inte varför, kanske för jag vågat öppna mig... (IP 6)

Denna informant betonar hur viktigt det varit att knyta an till sitt folks traditioner, och att det varit till hjälp när jag guidat under musiken och använt mig av sagor eller berättat om naturen.

Musiken bra, men det hjälpte när du pratade också samtidigt. När du pratar om naturen kommer det direkt till mitt hjärta. Jag blir glad. Mitt folk lever nära naturen, träden och blommorna är som bröder för oss...(IP 5)

INTONING (Kärnkategori)

Den kategori som kom att framstå som den mest centrala och som tycktes besvara frågan vad det hela handlar om är **Intoning**. Intoning är alltså kärnkategorin i denna studie. Intoning innebär känslomässig matchning (Stern, 1991). Terapeuten tonar in på klienten och väljer lämplig musik utifrån sin upplevelse av vad klienten behöver. Detta hjälper sedan klienten att återskapa anknytning, hitta resurser samt reglera sin anspänningsnivå. Enligt informanterna har de många gånger upplevt det som att musiken haft en förmåga att tona in på och hjälpa dem med deras besvär. Intoning har inneburit både att bli känslomässigt matchad av terapeuten som valt musik, samt av den valda musiken. Musiken har enligt informanterna hjälpt dem att finna lugn och reglera den egna spänningsnivån, hjälpt dem att tona in på och våga lyssna till sig själva och sina känslor, hjälpt dem att hitta en trygg inre plats samt skapat en känsla av samhörighet med de andra gruppdeltagarna. I vissa fall tycks detta dock inte ha varit fallet utan musiken har istället upplevts orsaka ökad spänning och obehag.

Som det centrala temat kan intoning kopplas till de övriga kategorierna. Med intoningens hjälp kan anknytning återupprättas, det autonoma nervsystemet regleras (Schore, 2003), samt resurser, hopp och goda minnen aktiveras. Intoning kan relateras till de tre kategorier som framkom i den selektiva kodningen: Reglering - Dysreglering, (Åter)upprätta Anknytning och (Åter)upptäcka Resurser.

ANALYS AV BILDERNA

Vid analys av bilderna framkom substantiva koder som vid jämförelse med de teoretiska koder som uppstod vid den axiala kodningen av intervjuerna passade väl in i det föreslagna mönstret. Exempel på kodning nedan: För bilder s. bilaga: 1.

Grundning

Värk i kroppen släpper.
Smärtan förflyttar sig
Tyngd i huvud förflyttar sig till mage och ben
Tyngd i huvud förflyttar sig till ryggen
Puls i hela bålen
Lättare att andas
Tryck lättar
Smärta i bäcken släpper

Avspänning

Spänningar i axlar släpper

Förstärkta resurser

Hittar härlig sol, härlig dröm

SAMMANFATTNING

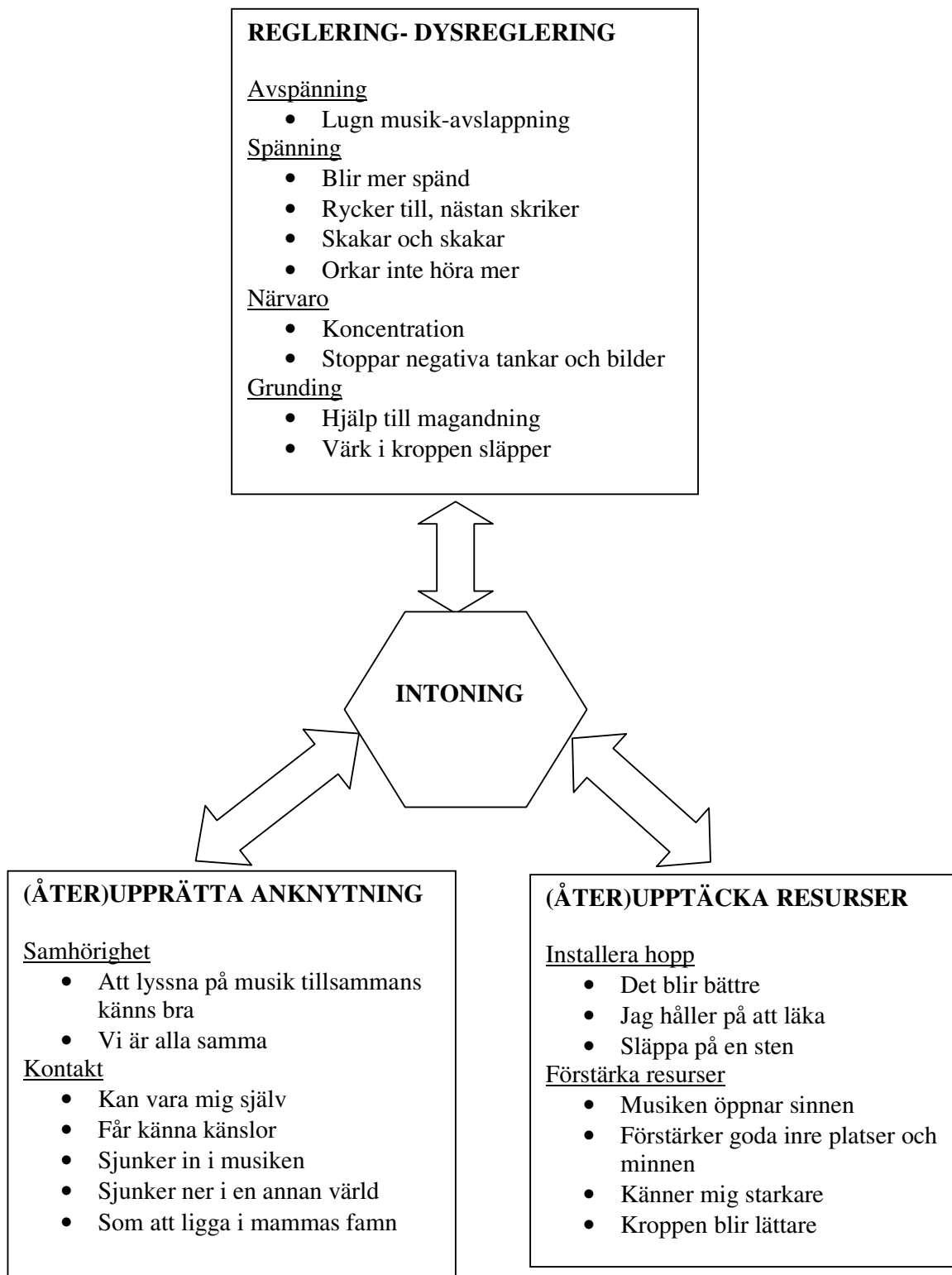
Sammanfattning av intervjuerna angående upplevelsen av modifierad GIM i stabiliseringsgrupperna samt av bildmaterialet.

Flertalet informanter tycks ha haft nytta av de musikterapeutiska receptiva övningar, modifierad GIM, som använts i stabiliseringsgrupperna. De har betonat att musiken hjälpt till med att reglera spänningsnivån i kroppen samt att de haft hjälp att hitta sin andning i den modifierade form som kallas "Andningsmodulerad GIM" (Körlin, 2009). Vidare framkommer hur det koncentrerade lyssnandet på musiken hjälpt dem att bli mer närvarande här och nu och sålunda hållit de traumatiska minnena i schack. Musiken har också haft effekt på värk i kroppen så att magont, huvudvärk, ryggont, ont i bröstet etc. kunnat släppa eller minska efter musiklyssningssessionerna. För en informant har musiken istället haft en dysreglerande effekt. För denna informant tycktes övningarna ha varit för kraftfulla och hon behövde förmodligen bli intonad på ett annat sätt. Det visade sig så småningom att denna informant var under pågående trauma och i behov av annan hjälp. Flera informanter lyfte fram att musiken kunde hjälpa till återfinna kontakten med sig själv, samt att lyssna tillsammans med andra skapade en känsla av samhörighet. Övningarna med Korta Musik Resor, KMR (Wärja, 2009), hjälpte till att stärka kontakten med goda minnen och återfinna resurser. Upplevelsen av att känna sig bättre och kunna hantera sina symptom gav enligt informanterna en känsla av hopp och av att det går att läka och återhämta sig.

När denna analys kompletterades av bildmaterialet stämde bildanalysen väl in i det mönster som hittats. I bildmaterialet framstod vikten av att grunda i kroppen som det viktigaste. I bilderna visar sig aspekter som: Andningen blev lättare, tyngd förflyttade sig från huvud längre ner i kroppen och spänningar började lösas upp och gav vibrationer och pulsförnimmelser. Goda inre bilder som hittades i musiklyssningsfasen fanns också uttryckta på bilderna.

Vikten av intoning har varit ett genomgående tema. Intoningen i musiklyssningsövningarna har skett dels via musiken, dels via min röst och dels via min andning. Att känna sig intonad har underlättat för informanterna att tona in på sig själva och samt även tona in på varandra. På så vis tycktes de, i alla fall stundtals, vara förmögna att känna att de inte är ensamma och inte behöver vara rädda.

**KÄRNKATEGORI, HUVUDKATEGORIER, TEORETISKA OCH SUBSTANTIVA
KODER. FIG. 1:**



DISKUSSION

METODDISKUSSION

Validitet / trovärdighet

Grundad teori beskrivs på många olika sätt i olika böcker. Det har därför inte varit lätt att riktigt förstå hur det ska gå till. Det är kanske först genom att försöka göra en studie som man förstår vad man inte har förstått. Antalet intervjuer begränsades av att det inte fanns så många att intervjua eftersom bara två stabiliseringsgrupper med inslag av modifierad GIM genomförts till dags datum. För att öka validiteten behövs flera sådana grupper genomföras, studeras och jämföras med varandra. Intervjumaterialet upplevdes dock av författaren som tillräckligt mättat för att en pilotstudie av detta slag skulle kunna genomföras. En annan faktor som minskar validiteten är att intervjuerna genomfördes av författaren som också var terapeut i grupperna. Detta medför bias som kan minska trovärdigheten i intervjuerna. Kanske påverkades informanterna av att det var jag som intervjuade.

Etiska överväganden

Informanterna fick ta ställning till om de ville medverka i studien. De fick veta att intervjuerna skulle spelas in och skrivas ut ordagrant av författaren samt att citat skulle plockas ut och användas i uppsatsen. De blev informerade om att materialet skulle behandlas konfidentiellt och de tillförsäkrades anonymitet. De fick även ge sitt medgivande till att författaren fick använda de bilder som finns medtagna i uppsatsen. Eftersom informanterna var under pågående behandling ansöktes ej om tillstånd för denna studie från etiska rådet. Däremot hade redan tillstånd sökts och beviljats från etiska rådet gällande studier på dessa stabiliseringsgrupper och alla informanterna hade skrivit under papper på att de var villiga att delta i forskningsprojektet. Vetenskapsrådets (2004) rekommendationer anses därför ha följts.

RESULTATDISKUSSION

Den ursprungliga frågan gällde om de modifierade GIM övningar som använts i stabiliseringsgrupperna varit till hjälp för deltagarna med deras besvär eller inte, och i så fall hur, och vad i musiken, samt hur gruppdeltagarna upplevde den musik som användes.

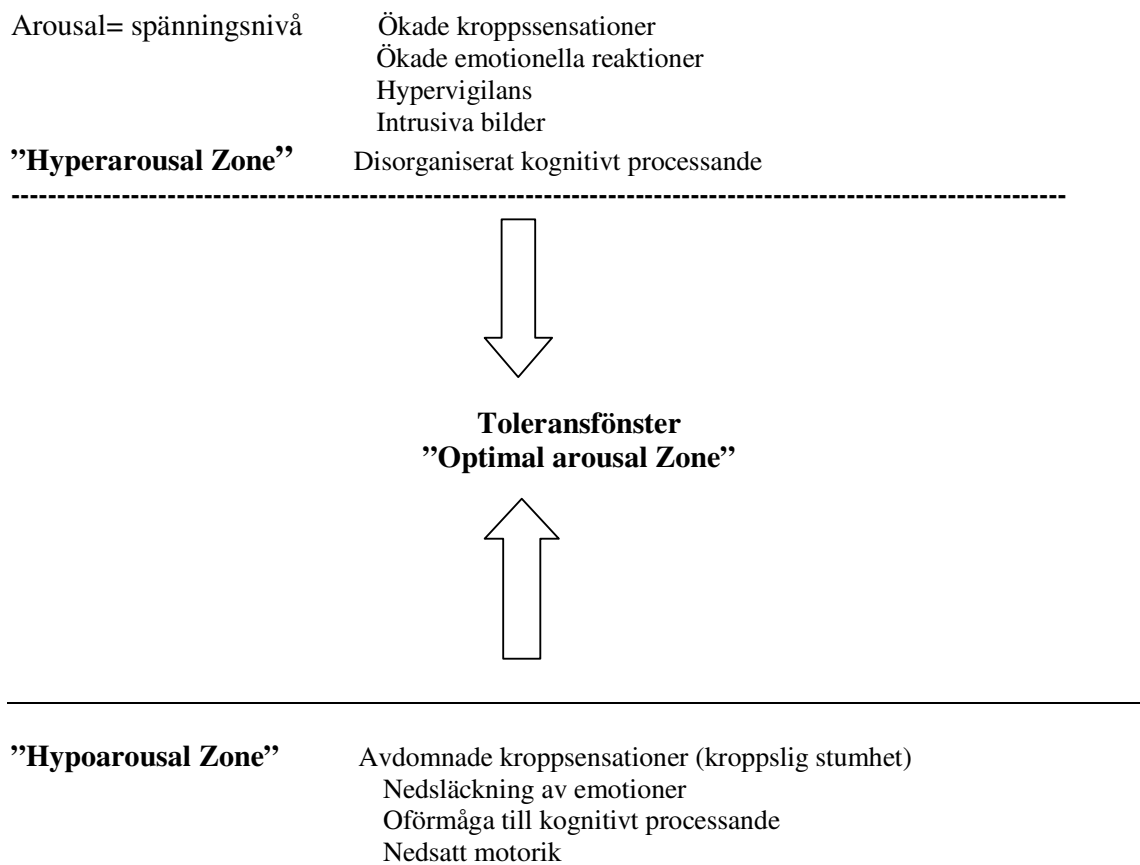
Deltagarna i stabiliseringsgrupperna har bestått av traumatiserade flyktingkvinnor med PTSD/komplex PTSD och psykoform/somatoform dissociation. De besvär som kvinnorna beskrivit är bl.a. mardrömmar, sömnsvårigheter, återkommande återupplevanden av traumatiska minnen, flashbacks, hopplöshetskänslor, nedstämdhet, självmordstankar, värk i kroppen,

andningssvårigheter, koncentrationssvårigheter, minnesstörningar, minnesluckor, partiell förlamning, förlust av kroppsörnimmelser, svimningar, illamående, känsla av att inte finnas, social fobi, panikattacker, känsla av att kroppen attackerar sig själv, identitetsförvirring, känsla av att vara två, katastrof ångest, ständig vaksamhet listan kan göras lång men går att förknippa med begreppen hyper- och hypoarousal (Siegel, 1999).

I kommande diskussion kommer resultatet av studien att jämföras med författarens förståelse samt relevant litteratur inom området.

Siegel har myntat begreppet toleransfönster, och menar det område inom vilket individen tolererar emotionell intensitet eller anspänning.

DIAGRAM ÖVER TOLERANSFÖNSTER. FIG. 2:
(Bild: Ogden et al., 2006, s 27, min översättning)



För att individen ska klara av att bearbeta upplevelser behöver upplevelsernas intensitet vara inom individens s.k. toleransfönster. När individen hamnar utanför sitt toleransfönster hamnar han/hon i extrem tillståndet ”hyperarousal” eller ”hypoarousal”. Dessa tillstånd kan beskrivas som att köra bil med gasen i botten med bindel för ögonen, ”hyperarousal”, eller köra bil med

både gasen och bromsen i botten samtidigt, ”hypoarousal”. För att traumabearbetning skall kunna vara möjlig behöver den ske inom individens ”toleransfönster”(Ogden et al., 2006; Siegel, 1999). Deltagarna i stabiliseringsgrupperna befinner sig ofta utanför sitt toleransfönster och tycks behöva hjälp med att återfinna det. Svaren på frågan om musiken varit till hjälp med detta och i så fall hur, har fångats upp i följande teman och begrepp:

Teoretiska koder	Huvudkategorier	Kärnkategori
Avspänning		
Spänning		
Närvaro	Reglering - Dysreglering	
Grundning		
Samhörighet	(Åter)upprätta anknytning	Intoning
Kontakt		
Installera Hopp	(Åter)upptäcka Resurser	
Förstärka Resurser		

Intoning

Stern (1991) tar i sin bok *Spädbarnets interpersonella värld* upp begreppet ”affect attunement”. Affect attunement kommer här att översättas med känslointoning. Att dela känslotillstånd är en väsentlig del av det interpersonella relaterandet, menar Stern. Att tona in känslomässigt innebär inte att imitera den andres yttre beteende utan att utföra beteenden som uttrycker den emotionella kvalitén av den andres känslotillstånd, en slags känslomässig matchning. Man ställer in den känslomässiga ”frekvensen” på samma nivå som hos en annan människa. På så vis uppstår en känsla av att dela känslotillstånd och bli förstådd, ett interpersonellt relaterande. Imitation är ett bra sätt för att lära sig yttre beteenden men fungerar inte som känslointoning eftersom fokus blir på det yttre beteendet istället för det inre tillståndet. Känslointoningar sker därför ofta mellan olika modaliteter och är ofta speglingar av vitalitetsaffekter (Stern, 1991). Stern skiljer på vitalitetsaffekter och kategori-affekter (se nedan).

Kategori-affekter

Begreppet kategori-affekter kommer ifrån Tomkins som under mitten av 1900-talet tog upp Darwins teorier om de medfödda affekterna och vidareutvecklade detta till en sammanhängande affektteori med nio subsystem (Nathanson, 1992; Havnesköld & Mothander, 2002). Kategori-affekterna består av affektprogram med samverkande system som innefattar förändringar i ansiktsuttryck och muskulär respons, rytm och tonfall, det endokrina systemet (hormoner), signalsubstanser i hjärnan och det autonoma nervsystemet (andning och puls). Upplevelsen, det biologiska systemet och kroppsspråket samverkar och det utlöses en affekt (Ibid.). De medfödda affekterna uppdelade i nio subsystem enligt Nathanson (1992):

Två positiva

Intresse/Nyfikenhet — Upphetsning
Lättnad/Välbehag — Glädje

En neutral

Förvåning — Häpnad — Förvirring

Tre negativt kopplade till fara/hot

Oro — Rädsla — Skräck
Obehag — Lidande — Plåga
Ilska — Vrede — Raseri

Tre negativa kopplade till närhet och distans i relationer

Avsky på grund av dålig lukt (Förakt)
Avsmak på grund av dålig smak (Avsky)
Förödmjukelse — Skam — Förnedring

När den utlösta affekten blir till en subjektiv upplevelse, dvs. får ett individuellt och kognitivt innehåll blir det en emotion (Ibid.).

Känslor och trauma

Vid upplevelser av hot eller fara används instinktiva försvarsresponser såsom kamp, flykt och frys (spela död). Har ett av dessa försvarsmönster använts och fungerat vid en hotfull situation är chansen stor att reaktionssättet används igen vid upplevelse av fara. Beteenden som är associerade till en traumatisk händelse lagras i det somatiska nervsystemet och ibland kan det räcka med ett enda tillfälle när ett försvarssätt inte fungerade för att det skall tas bort från individens repertoar av försvarsmöjligheter menar Rothschild (2000).

Ilska — Vrede — Raseri

Ilska är en känsla som används för självhävdelse och självförsvar, men om en individs gränssättning inte respekteras kan ilskan övergå från vrede till raseri. Om detta raseri ligger kvar i individens system och blir kroniskt på grund av obearbetade trauman kan det ställa till med problem både för individen själv och för dennes omgivning (Ibid.).

Oro — Rädsla — Skräck

Rädsla skapar en förhöjd vaksamhet och är en adekvat känsla vid hot eller fara, som förbereder individen för flykt. LeDoux (1996) skiljer på rädsla och ångest och menar att rädsla är när individen är rädd för något i sin omgivning. Ångesten är däremot mera diffus och individen vet ofta inte vad hon/han är rädd för. Det väcks ofta av inre sensationer. Skräck är den mest extrema formen av rädsla och brukar vara central vid trauma av livshotande karaktär. När traumat väl är över och individen har överlevt, brukar skräcken lugna ner sig. Vid "flashbacks" (okontrollerade återupplevanden av hela eller delar av trauma) kan skräcken ifrån den ursprungliga upplevelsen återkomma i sin fulla styrka (Rothschild, 2000; Van der Kolk, 1996). Individen kan också bli kvar i den förhöjda vaksamheten och beredskapen på att fly om något händer. Detta skapar en ständig anspänning med svårigheter att koncentrera sig och fungera i vardagslivet (Ibid.).

Skam och Skuld

Skam tycks också vara en vanlig känsla efter trauma, i synnerhet efter sexuella övergrepp men även i samband med andra trauman. Offret har ofta en känsla av att ha svikit sig själv och andra och lägger gärna skulden på sig själv. Frågor som: Varför just jag? Är det mitt fel? Varför kämpade jag inte emot mer? Varför flydde jag inte? Står det madrass i pannan på mig? Torterade flyktingar bär ofta också på skuld för att deras familjer fått lida och ibland dödat för deras skull (Nathanson, 1992; Rohtschild, 2000).

Sorg — Smärta

När väl sorgen och smärtan över att ha varit utsatt kommer börjar det ske en läkning menar Rohtschild. Sorgen och smärtan brukar komma i omgångar under en traumaterapi och är en respons på förlust och förändring. När olika aspekter av traumat börjar bearbetas kommer sorgen över att ha varit utsatt och den traumatiska händelsen förvandlas från något som sker nu via "flashbacks" och okontrollerade återupplevanden till något som skett i det förflutna (Ibid.). Den traumatiserade börjar nu sörja de förlorade möjligheterna och de förlorade åren och kanske närstående som dött som de inte förmått att sörja tidigare.

Många av kvinnorna i stabiliseringsgrupperna har mycket svårt att sätta ord på det de varit med om. Att närma sig de svåra upplevelserna gör dem upprörda, de får värk i kroppen, kanske svimmar eller får ångestattacker. Känslor av skam över vad de varit utsatta för gör det svårt för dem att verbalisera. De berättar om skuldskänslor för sina närstående, t.ex. barnen som kanske varit tvungna att åse när mamma blir misshandlad och våldtagen, eller föräldrar som de varit tvungna att överge i sin flykt från krigets fasor, och som de sedan inte vet vad som hänt med. De lever redan i ett alltför högt spänningstillstånd och orkar inte ta till sig de traumatiska upplevelserna. De är ofta fast i ett tillstånd av hypervigilans (förhöjd vaksamhet) samt en känsla av hopplöshet. Att få dem att börja släppa på sin alltför höga anspänning och ge utrymme för "musikalisk intoning" är något som informanterna lyfter fram som värdefullt.

Vitalitetsaffekter

Vitalitetsaffekter är enligt Stern (2005) de subjektivt upplevda förändringarna i inre känslotillstånd som åtföljer stimuleringens temporala kontur. Med temporal kontur menas de analoga växlingarna i intensitet, rytm och form på stimuli.

Vi är inneslutna i en "musik" från världen på mikronivå – en komplex polyfon, polyrytmisk omgivning där olika temporala konturer rör sig fram och tillbaka mellan den psykologiska förgrunden och bakgrunden (Stern, 2005, s 81).

De temporala konturerna finns alltså naturligt i det som händer omkring och inom oss. Dessa temporala konturer påverkar vårt nervsystem och transformeras till en slags känslöförmimmelser, vitalitetsaffekter. Exakt hur det sker finns inte kunskap om än men Tomkins (1992) citerad i Stern (2005) menar att stimuleringens temporala kontur förmodligen skapar en liknande temporal kontur hos neuronens signaleringshastighet i nervsystemet. Vitalitetsaffekter beskrivs närmast med rörelsetermer som: uppsvallande, ökande, minskande, utdragen, trevande, plötslig, dröjande... dvs. hur känslor kommer och går, hur det är att leva, hur vi andas, etc. Vitalitetsaffekter kan speglas via intoning i t.ex: intensitetsnivå, puls, rytm, duration och form (Stern, 2005). På så vis kan det skapas en känsla av samhörighet och att känna sig förstådd. Dessa aspekter lämpar sig väl för att uttryckas via musik.

Spegelneuroner

I Italien 1995 gjorde en forskargrupp under Giacomo Rizzolatti en spännande upptäckt. Hos nyfödda apor hittades en speciell grupp neuron som kunde länkas till en medfödd förmåga att härma rörelser och ansiktsuttryck (Havnesköld & Mothander, 2002; Stern, 2005). Dessa neuron fick namnet "mirrorneuron" eller spegelneuron och de betedde sig likadant om apan såg en annan apa göra en rörelse som när den gjorde det själv. Spegelneuroner hos apor finns i vissa delar av hjärnbarken som reglerar motorik, i synnerhet handens rörelse. Dessa neuron har hittats även hos människan och tycks vara belägna intill motorneuronen vid Broccas area, en av de delar i hjärnan som styr talet (Havnesköld & Mothander, 2002). Spegelneuroner finns där neuronal nätverk av visuella, motoriska och emotionella mönster samordnas. Inom spegelneuronsystemen förmodas kognitiva och emotionella upplevelser koordineras med motoriska beteenden (Cozolino, 2002). Detta skapar möjlighet till ny förståelse för varför vi kan avläsa andra människors sinnestillstånd och intentioner, och hur känslointoning kan komma till stånd (Stern, 2005; Cozolino, 2002).

Intoning är den kärnkategori som framkommit i denna studie. De intervjuade har alla varit med om överväldigande upplevelser som de inte klarat av att härbärgera och bearbeta på egen hand och därför fått en PTSD problematik. Delar av händelser eller aspekter av dem är avskurna från medvetandet. För att få kontakt med dessa avskurna eller dissocierade delaspekter av de traumatiska minnena tycks individen behöva hjälp att våga lyssna på sig själv och sin kropps signaler. För att våga börja lyssna på sig själv kan det vara viktigt att individen upplever sig känslointonad, dvs. att det finns någon annan där som är emotionellt närvarande. Musiken har enligt informanterna många gånger haft en intonande och lugnande effekt och kanske kan det förklaras med att musikens temporala kontur, dvs. dess växlingar i intensitet, rytm och form via spegelneuroner skapat vitalitetsaffekter av lugnande karaktär.

(Åter)upprätta Anknytning

Musik och anknytning

Det har visat sig att människor lätt fångar upp känslor hos andra genom att titta på deras ansiktsuttryck och lyssna på deras vokala uttryck via en form av motorisk spegling. När mammor vill lugna sina barn talar de långsammare och sänker intensiteten i sitt tal och fraserna får en kontur med fallande tonhöjd. Om de vill uttrycka missnöje använder de istället fraser med snabba, skarpa, staccatolika konturer (Juslin & Sloboda, 2001).

Det finns en relation mellan musiken och den mänskliga rösten. Mammor runt om i världen sjunger för sina småbarn med intentionen att lugna och trösta och reglera spädbarnets spänningstillstånd (Juslin & Sloboda, 2001). Ett spädbarn tycks kunna behålla uppmärksamheten längre på mammans sång än en hennes tal. Mamman lugnar sitt barn genom att sjunga långsammare, med överdriven rytm och på ett kärleksfullt och engagerat sätt. Liksom ansiktsuttryck verkar musiken kunna förmedla en ickeverbal kommunikation som speglar och ger uttryck för olika känslor och sinnestämningar. Musik kan kategoriseras som glad, arg, ledsen etc. eller ge uttryck för vitalitetsaffekter. Tanken att musik kan påverka ANS

både på ett lugnande och upphetsande sätt är mycket gammal. Bartlett (1996) har sammanställt studier från de senaste 120 åren som visar att musik har effekt på autonoma nervsystemet med ex. ökad hjärtrytm och ökad muskelspänning för upphetsande musik och långsammare hjärtrytm och minskad muskelspänning, ökad hudtemperatur och minskad hudkonduktans för lugn musik (Juslin & Sloboda, 2001). Musiken verkar ha en förmåga att skapa strukturer och behållare för känslor så att vi kan känna oss speglade och hörda av musiken. Musik kan också vara en kraftfull "trigger" för en mängd associationer till olika händelser, minnen och platser. Våra omedvetna önsknings, farhågor och minnen kan, påverkade av vad musikens emotionella kontur föreslår, stiga upp till medvetandet och musiken får rollen av en slags emotionell "Rorschach blot" (Juslin & Sloboda, 2001). "Rorschach blot" är en form av bläckplumpstest som psykologer använder där testpersonen får tolka in vad de ser i olika bläckplumpar. Svaren analyseras sedan (Egidius, 2005).

Väl utvald musik verkar alltså ha en förmåga att vara till hjälp i spänningsreglering och att skapa anknytning och känslointoning med små barn och tycks också ha haft en liknande effekt med de traumatiserade kvinnorna i stabiliseringsgrupperna.

Trauma och anknytning

Individer som utsatts för allt för hemska övergrepp av andra människor har ofta förlorat tron på mänskligheten och samhället. De kan ha fastnat i en rädsla för närhet till en annan människa och en rädsla för att bli övergivna om de skulle komma nära. Om de släpper en annan människa in på livet kanske de blir slukade och förlorar sin kontroll och autonomi och dessutom när deras behov av den andres stöd, uppmuntran och acceptans är som störst, så kanske de blir avvisade, förlöjligade eller övergivna. Anknytning kan också väcka trauma-relaterade stimuli såsom känslor, uppfyllda önsknings och behov och minnen, sådant om traumaöverlevaren försökt att undvika. Det första steget i traumabearbetning med svårt traumatiserade individer är att komma över fobin för anknytning och för att förlora anknytningsobjektet (Van der Hart et al., 2006; Ogden et al., 2006).

Individer med trygg anknytning vet att relationell smärta och förlust är en del av livet och kan lättare förhålla sig till det och se det som en naturlig del av livet. De har internaliserade mentala representationer av tillräckligt god anknytning som de kan luta sig mot även om anknytningspersonen inte är närvarande. Men individer med komplex traumatisering har ofta otrygga anknytningsmönster som en del av traumat. Lämnade med liten eller ingen förmåga till inre omhändertagande och förmåga till självreglering kan de vara oförmögna att läsa av terapeutens signaler så deras försvar väcks samtidigt som de klänger på terapeuten. Fobin för anknytning och för att bli övergiven är två sidor av samma mynt baserad på att anknytning är smärtsam. En trygg anknytning med terapeuten är väsentlig för en bra terapi (Van der Hart et al., 2006).

Flera av informanterna framhåller att de upplevt samhörighet i grupperna. En beskriver hur hon när hon lyssnar på musiken hemma, upplever att hon är i terapilokalen och att det hjälper henne att känna trygghet. Hon tycks ha skapat en god inre representation av stabiliseringsgrupp och musik som hon kunnat bära med sig till tillvaron utanför gruppen. Musiken hjälper henne att associera och i sitt inre återskapa den känsla av trygghet som hon känt i terapilokalen. Flera av kvinnorna betonar att musiken tillsammans med min röst påverkat dem så att de känt sig mer trygga och kunnat slappna av. Det verkar som att samverkan mellan musik och röst varit det som fungerat bäst för dessa kvinnor. Jag har

anpassat min röst efter musiken för att skapa en helhet, och den musik som de flesta av informanterna föredragit innehåller mjuk återuppreparande sång av kvinnoröster. Musiken har varit enkel och förutsägbar, dvs. inga överraskningar eller förändringar, ingen komplicerad harmonik och ett begränsat antal instrument. En av informanterna där modern varit en av förövarna tyckte bättre om musik utan mänsklig röst. Kvinnorna tycks ha skapat anknytning till både musiken och min röst och via det, i alla fall för stunden, fått hjälp att släppa efter på sin rädsla och sin alltför höga spänningsnivå.

Kanske har förhållandet att behandlingen skett i grupp gjort det mindre hotfullt att våga lita på terapeuten. Det har funnits fler människor att förlita sig på som haft liknande problematik som de själva. Många av kvinnorna har dessutom en någorlunda god anknytning i botten men har sedan varit med om så mycket traumatiska upplevelser att de tappat förtroendet för både sig själva och andra. Det kan då vara lättare att hitta tillbaka än om det aldrig funnits en god anknytning. Däremot väcks starka känslor av övergivenhet när grupptiden närmar sig sitt slut. Hur ska de klara sig nu, nu när de fått smak på att livet kan vara på ett annat sätt? Nu när de funnit en plats där de kan känna gemenskap och våga visa mer av hur de egentligen känner sig. Flertalet av kvinnorna behöver fortsatt behandling för att kunna läka trauma och återskapa en internaliserad mental modell av tillräckligt god anknytning att luta sig emot i tillvaron.

Sociala engagemangssystemet

Porges (2009) har myntat begreppet ”det sociala engagemangssystemet”. När barnet får återkommande upplevelser av att bli känslomässigt intonat så att dess signaler får respons, utvecklas det sociala engagemangssystemet. Barnet ler, joddlar, gråter, blir förvånat etc. Dess ansiktsuttryck och vokala ljud speglas och intonas av mamman. Det sociala engagemangssystemet kan sägas vara uppbyggt av en serie ansikte mot ansikte och kropp mot kropp interaktioner där anknytningspersonen hjälper barnet att reglera sin automatiska och emotionella arousalnivå (Ogden et al., 2006; Shore, 1994).

Det tycks som att återskapandet av det sociala engagemangssystemet i kontakt med terapeut och medsystrar är av stor betydelse för informanterna. Uttryck som ”vi är alla samma” och ”som att ligga i mammas famn” talar sitt eget tydliga språk. Det verkar vara viktigt att inte känna sig ensam. Att vara traumatiserad innebär ofta att känna sig avkliven från andra människor och sig själv samt att känna sig mycket ensam och annorlunda. De upplever många gånger att ingen kan förstå dem och att de måste vara konstiga.

Reglering — Dysreglering

Det autonoma nervsystemet

Porges diskuterar det komplexa samspelet mellan det parasympatiska och sympatiska nervsystemets två grenar av vårt autonoma nervsystem.

Det sympatiska nervsystemet som utvecklas under första åren i livet och aktiverar positiva känslor som intresse/ upphetsning och glädje och negativa känslor som ilska och rädsla (Siegel, 1999; Rothschild, 2000).

Det parasympatiska nervsystemet börjar utvecklas under andra året och har som funktion att lugna ner, dämpa och avbryta en icke lämplig sympatisk aktivitet. Det är verksamt vid vila och avspänning men också vid känslor av skam (Nathanson, 1992) Enligt Porges (2009) har två grenar av det parasympatiska nervsystemet identifierats där varje gren understödjer olika adaptiva funktioner och beteendestrategier, ”ventral vagal” och ”dorsal vagal”. Detta innebär att autonoma nervsystemet kan delas in i tre subsystem med olika funktioner:

1. **Ventral parasympatisk gren, främre vaguskomplexet eller det sociala engagemangssystemet.** Länkat till social kommunikation såsom ansiktsuttryck, vokalisera, lyssna.
2. **Sympatiska nervsystemet.** Mobiliserar individen för kamp/flykt men också ett tillstånd av ”freeze” närmast översatt med frys. Individen är alldeles stilla, hyperalert och skannar av omgivningen i väntan på första bästa möjlighet att undkomma fara.
3. **Dorsal parasympatisk gren, bakre vaguskomplexet.** Släcker ner systemet. Skapar orörlighet. Individen går in i ett tillstånd av ”spela död” eller total uppgivenhet (Porges, 2009; Ogden et al., 2006)

Det sociala engagemangssystemet kontrollerar ögonlocken, ansiktsmuskler och mellanöra. Det reglerar snabbt engagemang och desengagemang med omgivningen och sociala relationer genom att reglera hjärtrytmen och dämpa HPA axeln (se nedan) för att inte mobilisera sympatiska nervsystemets kamp och flykt funktioner (Ogden et al., 2006; Porges, 2009). Detta hjälper individen att stanna kvar i sitt toleransfönster.

Under traumatiska omständigheter sätts försvarsmekanismerna igång. Det sociala engagemangssystemet, också kallad ”den smarta grenen” försöker använda sig av sociala förmågor för att förhindra fara. Det kan innebära att ropa på hjälp eller kanske att försöka skapa kontakt med förövaren och tala sig ur den hotfulla situationen.

Om detta inte är möjligt drar sympatiska nervsystemet igång och mobiliserar systemet för kamp/ flykt. Det limbiska systemet (den del av hjärnan som också kallas den emotionella hjärnan) svarar på extrem stress genom att utlösa hormoner för att försätta kroppen i försvarsberedskap. Amygdala, kroppens alarmcentral som bedömer om inkommande stimuli är farliga eller ofarliga signalerar till hypothalamus att sätta igång två system, Sympatiska nervsystemet aktiverar binjuremargen att utsöndra adrenalin och noradrenalin för aktivera kroppen. Samtidigt i det andra systemet, bildar hypothalamus CRH (corticotropin releasing hormon) som via hypofysen stimulerar binjurebarken att utsöndra kortisol. Detta system kallas HPA axeln, (hypothalamus - pituitary gland - adrenal gland). När den hotfulla situationen är över kommer kortisolet att hjälpa till att lugna ner adrenalin och noradrenalin tillförseln så kroppen kan få återhämta sig (Rotschild, 2000; Wärborg, 2002). Individen kan återvända till sitt toleransfönster och sociala engagemangssystem (Porges, 2009; Ogden et al., 2006).

Om inte kamp eller flykt lyckas sätter det mest primitiva försvaret igång, dorsal vagal komplex. Parasympatiska nervsystemet slår på för att bromsa sympatikusenergin. Det uppstår

syrebrist i vävnaderna och individen hamnar i ett tillstånd av frys, kollaps och skendöd. (Ogden et al., 2006).

Ogden särskiljer på två olika frystillstånd, frys 1 och frys 2. Vid frys 1 är individen i stånd att fly så fort tillfälle ges och är hyperalert med högt påslag av sympatikus energi. Det kan sägas att frys 1 är ett ”alert frystillstånd”. Vid frys 2 däremot har individen blivit paralyserad och är oförmögen att röra sig. Individen upplever sig fångad i en fälla och utan möjlighet att undkomma.

När alla andra försvarsmöjligheter är uttömda går individen in i ett tillstånd av total uppgivenhet och spelar död. Hela systemet släcker ner, allt går på lågvarv, Hjärtat saktar ner, blodtrycket sjunker och de spända musklerna kollapsar. Det tidigare alerta och fokuserade medvetandet domnar av och individen dissocierar. Det kognitiva processandet fungerar inte längre. Individen kan uppleva sig lämna kroppen under den traumatiska upplevelsen, s.k. perinatal dissociation. Kroppen pumpas full med endorfiner som gör individen okänslig för smärta (analgesia) och skapar amnesi (minnesförlust). Individen befinner sig i det slutliga stadiet av extrem ”hypoarousal”. Det förefaller vara naturens gåva att ge smärtlindring när situationen är hopplös (Scaer, 2001). Det är detta tillstånd som verkar ligga till grund för PTSD. Kroppen har inte kunnat återta sin homeostas utan är kvar i alarmtillståndet, och det verkar som att HPA-axeln inte fungerat (Van der Kolk, 1996; Rothschild, 2000).

Levine (1997) menar att djur som överlever en frys eller spela död – situation efteråt går in i en avreageringsfas av vibrationer som sprider sig genom hela kroppen och avslutas med djupa andetag och avslappning. Han ser detta som ett sätt för kroppen att göra sig av med den sympatikusenergi som hämmats av det parasympatiska påslaget. En jämförelse kan göras med en av kvinnornas teckningar där hon gestaltar hur hon under en musiklyssnings-session får en upplevelse av puls och vibrationer i hela bålen. Möjligen är detta en avreagering av sympatikusenergi.

Om det sociala engagemangssystemet gång på gång misslyckas att undvika fara (såsom är fallet vid många övergrepp) kan individens förmåga till relation minskas. Klienter som lider av traumatiska störningar har ofta tappat sin förmåga till socialt engagemang i omgivningen och i sociala relationer. De har förlorat sin förmåga att reglera sig och hamnar lätt i hyper- eller hypoarousal - tillstånd (Ogden et al., 2006).

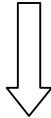
Klinisk hyperarousal - tillstånd kan ta sig uttryck som mardrömmar, flashbacks, högt blodtryck, somatoforma symtom och okontrollerade rörelser.

Klinisk hypoarousal – tillstånd kan visa sig via förlust av minne, motoriska och affektiva funktioner, somatoforma dissociativa symtom, försvagad motorik, koncentrationssvårigheter, passivitet och rörelser i ”slowmotion” (Ibid.).

Hierarkin inom det autonoma nervsystemet kan placeras i toleransfönstermetaforen på följande sätt:

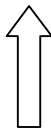
TOLERANSFÖNSTER OCH PORGES POLYVAGAL TEORI. FIG. 3:

"Hyperarousal Zone" : Sympatiska nervsystemet : Mobiliserar : Kamp, Flykt, Frys 1



"Optimal arousal Zone" : Tolerans fönster: Ventral vagal parasympatisk gren:

Sociala engagemangssystemet
Social kommunikation



"Hypoarousal Zone" : Dorsal vagal parasympatisk gren: Orörlighet: Frys 2,
Spela död, Total uppgivenhet

När sympatiska och parasympatiska nervsystemet är i relativ balans med varandra med mindre modulationer efter vad som passar bäst i situationen har individen har tillgång till sociala engagemangssystemet och befinner sig alltså inom sitt toleransfönster och har kontakt med sig själv och andra. När de andra systemen tar över fungerar individen på mer primitiv nivå och kan inte använda sig av andra människor för att reglera sitt spänningstillstånd (Porges, 2009; Ogden et al., 2006; Rothschild, 2000).

Traumatiserade individer som låst sig i "hypoarousal" tycks ha svårt att hitta tillbaka till sin tidigare personlighet och fastnar lätt i en offerposition med slavlik personlighet som förlorat sin förmåga till självhävdelse, medan personer som fastnat i "hyperarousal" kan styras av beteenden karakteriserade av kamp/flykt och vara försvarsinställda, ångestfyllda och/eller aggressiva (Ogden et al., 2006).

Ogden (2006) nämner två regleringsstrategier för det lilla barnet som växer upp. Interaktiv reglering via det sociala engagemangssystemet som sker i samspel mellan två personer, t.ex. mor och barn där modern hjälper barnet att reglera sin spänningsnivå och emotionell självreglering som uppstår när det för ett tryggt barn räcker att tänka på föräldern för att känna sig lugnad.

Det otrygga barnet däremot med en avvisande anknytningsstörning är beroende av självreglering och har ofta en "dorsal vagal" parasympatisk dominans vilket skapar en inåtvändhet och flykt från verkligheten. Barnet försöker tänka bort föräldern och klara sig själv, fly in i hobbies och fantasier, leva i en illusorisk värld med ett förnekande av verkligheten (Ogden et al., 2006; Siegel, 1999; Cozolino, 2002).

Barnet med ambivalent anknytningsstörning har istället en dominans av sympatiska nervsystemet. Detta barn klänger på anknytningsobjektet och är överdrivet beroende av interaktiv reglering men saknar samtidigt förmågan att lätt bli lugnad och tröstad i relationen. Barnet är i ett tillstånd av hyperarousal och hypervigilans (Ibid.).

Har barnet en desorganiserad anknytningstörning är både hyper- och hypoarousala tillstånd involverade. Barn med desorganiserad anknytningsstörning har ofta mammor med obearbetade trauma som förs vidare till dem via mammans sätt att relatera till sitt barn, eller vårdnadshavare som omväxlande är omhändertagande och omväxlande är förövare (Ibid.).

Individer med komplex PTSD befinner också i ett tillstånd där de åker kana mellan hyper- och hypoarousal. Kvinnorna i stabiliseringsgrupperna berättar hur de ömsom har ont i kroppen, mardrömmar, "flashbacks", ångestattacker och upplevelser av att vara jagade av något ont och ömsom känner sig hopplösa, nedstämda, tappar minnet, svimmar, upplever sig överkliga, orkeslösa och oförmögna att tänka, och har en känsla av att leva i ett vakuum. De talar om behovet av att få känna sig trygga och längtar efter att kunna slappna av. De beskriver hur de under musiklyssningen förmår sjunka ner sig själva och även få kontakt med varandra. Detta tycks få värk i kroppen och återkommande "flashbacks" att avta. Att stärka det sociala engagemangssystemet förefaller ha en stabiliserande effekt. En av informanterna tyckte att musiken istället förvärrade hennes tillstånd. Hon hamnade i ett dysreglerat högt arousaltillstånd. Här lyckades varken musik eller terapeut nå fram. Hon kunde inte hitta sitt sociala engagemangssystem i denna form. Hon orkade inte med gruppen och det visade sig att hon var under pågående traumatisering, och var i behov av mer handfast och konkret hjälp.

Närvaro

Flera av informanterna betonade att lyssna på musiken och följa med i melodin och lyssna på guidningen av min röst kunde hjälpa dem att koncentrera sig på det nuvarande ögonblicket. Detta fick enligt flera informanter en skyddande effekt emot "flashbacks" och traumatiska minnen. Stern (2005) skriver att det nuvarande ögonblicket behöver skyddas från det förflutna och från framtiden:

Det nuvarande ögonblicket kan tas som gisslan av antingen det förflutna eller framtiden [...]. Det förflutna kan fördunkla nuet genom att kasta en stark skugga över det så att nuet bara kan bekräfta det som redan var känt och inte tillägga särskilt mycket. (Stern, 2005, s. 48)

Ett poetiskt sätt att uttrycka hur traumatiska händelser från tidigare i livet kan skapa en oförmåga att stanna upp eller en rädsla för framtiden, som begränsar och färgar upplevelsen av nuet.

Om traumatiska upplevelser är överväldigande förlorar hjärnan sin förmåga att integrera olika neuronala nätverk som styr beteende, känslor, sensationer och kognitioner. När minnen som förvarade i sensoriska och emotionella nätverk är dissocierade från dem som organiserar kognitioner, kunskap och perspektiv blir vi sårbara för det förflutnas invaderande av nuet. PTSD kan sägas vara en störning av hjärnans integrativa förmåga (Cozolino, 2002).

Kvinnorna i stabiliseringsgrupperna har ett förflutet som återkommande kastar sin skugga över nuet. De har svårt att vara närvarande här och nu och är i behov av hjälp för att hålla de störande minnena i schack tills de har tillräcklig förmåga att reglera sig själva och klara av att

bearbeta sina traumatiska minnen. De är också oroliga för vad som ska hända i framtiden och bär på katastroftankar om att det ska hända dem eller deras anhöriga något hemskt. De behöver stöttning via interaktiv reglering för att kunna öva upp sin förmåga till självreglering mer och mer. Det koncentrerade lyssnandet på musikens olika element och samt musikens lugnande påverkan tycks här vara till hjälp. En möjlig förklaring är att musikens struktur och emotionella kontur via spegelneuronerna påverkar och lugnar deras autonoma nervsystem och på så vis skapar ett skydd emot invasiva och hotfulla inre bilder.

Grundning via kropp och andning

I stabiliseringsgrupperna har det också ingått att måla en bild av kroppen med kroppssensationer och spänningar före och efter musiklyssningen. Detta dels för att hjälpa deltagarna att via bilden kunna följa sina kroppsförnimmelser som ett led i bli tydligare för sig själva och koncentrera sig på nuet, och dels för att åskådliggöra om något förändrats. Det visade sig att så ofta var fallet. Värk och spänningar släppte eller förflyttade sig, alternativt transformerades till känslor. Detta gav kvinnorna en känsla av att förändring var möjlig vilket kunde få dem att börja hitta tillbaka till sina egna resurser. Många gånger satte de också ord till sina bilder för att ytterligare förtydliga. En viktig del av traumabearbetningen är just att hitta ord för sina upplevelser (Herman, 1991; Siegel, 1999).

En annan viktig aspekt har varit andningen. I ett ”hyperarousal” tillstånd där det sympatiska påslaget är högt är andningen snabb och ytlig. Hyperventileringen tillför kroppen mycket syre och balansen mellan syre och koldioxid störs vilket tycks öka möjligheterna för panikattacker och ”flaschbacks” (Körlin, 2009; Hendricks, 1996). I ”hypoarousal” tillstånd stannar andningen istället av så allt för lite syre kommer till kroppens vävnader och kroppen börjar domna bort. Därför är det viktigt att fokusera på andningen menar Körlin. Genom att lära sig påverka andningen har individen ett verktyg för att själv kunna reglera sitt autonoma nervsystem och återfinna sitt toleransfönster. Att använda musik med en långsam andningspuls tillsammans med fokusering på magandning, (en metod som Körlin kallar Musik - Andning), har visat sig vara verksamt. Flera av informanterna har betonat att musiken hjälpte dem att andas på ett bättre sätt och att det varit en viktig del av behandlingen. De har beskrivit hur andningen allteftersom fördjupats och kunnat komma längre och längre ner i kroppen, efter att från början varit fast i bröstkorgen eller halsen. De har sedan kunnat använda sig av metoden själva för att reglera ångestattacker och minska förhöjd arousalnivå. Att fokusera på andningen har också varit ett sätt att hålla ”flaschbacks” borta enligt flera informanter.

(Åter)upptäcka Resurser

Traumatiserade individer tycks ha fastnat i ett repeterande av det försvarsmönster som väcktes vid det ursprungliga traumat, och som väcks om och om igen av ”triggers” som påminner om traumat. De har misslyckats med att aktivt försvara sig och gått in i ett tillstånd av fryshet eller total uppgivenhet. De tycks ha förlorat förmågan att försvara sig och sätta gränser (Ogden et al., 2006).

Att återupprätta resurser och känslan av att vara en värdefull människa är en viktig del i traumabearbetning. Nathanson (1997) talar om stolthet som motsatts till den skam som en

traumatiserad individ ofta känner. Stolthet är något man gärna visar upp men skammen gömmer man fortsätter han. Att återupprätta sig själv och kunna uppleva stolthet över sig själv igen är väsentligt.

Van der Hart et al. (2006) talar om "the act of triumph" och menar att det är viktigt för den traumatiserade att få avsluta det försvarsmönster av kamp eller flykt som bromsats av parasympatiska nervsystemet för att återfå tron på sin egen förmåga att kunna försvara sig igen. Detta kan t.ex. ske via inre gestaltande. Här kan musiken vara till stor hjälp med att stärka resurser och mobilisera rörlighet och kraft hos individen.

Levine (1997) betonar vikten av att få avreagera sig den sympatikusenergi som bromsats upp av parasympatiska "dorsal vagal" gren när traumat varit för överväldigande.

Kvinnorna i stabiliseringsgrupperna beskriver hopplöshetskänslor och suicidtankar. Det är bättre om jag inte lever säger de. Jag är bara till besvär för alla. Jag är värdelös. Jag orkar inte. Det går inte att leva när man upplevt sådant som jag. De upplever sig som offer och omöjliga att hjälpa. Det har av informanterna upplevts som viktigt att åter kunna känna hopp om att det går att förändra, att de kanske kan återfå förmågan att leva ett liv och ha sociala kontakter. De är kanske inte konstiga och förstörda för all framtid. Hoppet blir en motkraft mot hopplösheten och självmordstankarna.

Att hitta tillbaka till goda minnen och upplevelser där de känt sig kompetenta har haft betydelse. Att leta i sitt minne efter något som varit gott och förstärka det via imaginationer i guidade musikresor har upplevts som läkande för informanterna. Att orientera dem mot positiva stimuli kan överraska och försäkra klienten att de inte är hopplöst fångade i en inre värld av hotande traumatiska minnesbilder (Ogden et al., 2006). Informanterna har känt sig hjälpta av att minnas att det funnits en tillvaro innan traumat, där det funnits goda upplevelser, vilket skapat möjligheter att börja tänka att det kan vara möjligt att återigen få njuta av livet. Genom att återfå tillgång till dessa minnen har det också varit lättare att börja stå ut med de traumatiska minnena. Livet är inte bara svart. Att få kontakt med sin kropp och upptäcka att de kan få värk och spänningar att släppa eller minska, skapar också en känsla av kompetens. De kan själva påverka hur de mår. En tonvikt i grupperna har legat på att lära sig att ta hand om sig själv.

Forgasch och Copeley (2008) talar om "dual attention" och menar att kunna tala om det förgångna men ändå ha en fot kvar i nuet. Genom att spåra kroppssensationer och inre upplevelser i nuvarande tid blir det möjligt att etablera medveten närvaro och grundning. Viktiga kompetenser för att inte bli översvämmad vid traumabearbetning.

I grupperna har spårandet av kroppssensationer och inre upplevelser gjorts om och om igen via modulerad GIM och bild.

Musiken som integrerande resurs

Schore (2003) beskriver hur känslointoning och affektreglering mellan en mamma och hennes spädbarn sker interpersonellt från moderns högra hjärnhalva till barnets högra hjärnhalva. Det emotionella processandet har visat sig ske huvudsakligen i höger hemisfär. Ett barn som inte fått adekvat känslointoning och affektreglering har senare i livet en större sårbarhet för att utveckla PTSD vid traumatiska upplevelser. PTSD kan enligt Schore ses som en störning av

höger hjärnhalvas funktioner såsom anknytning, affektreglering och stressmodulering, vilket skapar svårigheter att ha en sammanhängande känsla av själv. Ett centralt tema i PTSD är den förlorade förmågan att hantera stress samt att kunna lita på sin kropp's signaler. PTSD kan sägas vara en störning i hjärnans integrerande funktioner.

Den melodiska helheten i musiken och musikens emotionella kvalitéer varseblivs främst i höger hjärnhalva. Vänster hjärnhalva tycks vara bättre på att urskilja och analysera enskilda detaljer i musiken (Fagius, 2001). Vänster öra, som är länkat till höger hjärnhalva, förmodas vara bäst på att uppfatta den emotionella tonen i en röst och höger öra bäst på att uppfatta innehållet i det som sägs. Röst och musik har en nära relation. Processandet av musikens emotionella kvalitéer och känslouttoning mellan individer tycks alltså ske i samma hjärnhalva. Kanske är detta en del av förklaringen till varför musik kan upplevas som intonande. Levitin (2006) menar att musik påverkar hela hjärnan, från de äldre hjärnstrukturerna med cerebellum (lillhjärnan), belägen i bakre delen av hjärnan till limbiska systemet och frontalloberna i neocortex, bakom ögonen. När vi tycker om ett stycke musik, påminner det oss om liknande musik vi hört och kan aktivera betydelsefulla minnen från vårt tidigare liv. Den belönande och upplyftande effekt som kan uppnås genom att lyssna på god musik verkar medföra ökade dopaminnivåer, och via cerebellums medverkan i affektreglering tillsammans med limbiska systemet och frontalloberna kunna påverka individens sinnesstämning. Ökade dopaminnivåer har enligt Levitin visat sig vara korrelerade med ett ökat välmående och positiva känslor. Han betonar också att eftersom musik påverkar hela hjärnan har den en integrerande effekt.

Kvinnornas upplevelse av musiken som använts i stabiliseringsgrupperna har varit ett genomgående tema i denna uppsats. Vad som framkommit av informanterna är att musiken många gånger skapat en känsla av att vara intonade och att den också påverkat dem på ett sätt som fått dem att känna sig bättre till mods.

KONKLUSION OCH FRAMTIDA FORSKNING

Analysen av intervjumaterialet och bilderna visade att musiken haft betydelse för både reglering av det autonoma nervsystemet, återskapande av anknytning och att uppväckande av resurser. Musiken tycktes ha en förmåga att lugna och få individerna att slappna av. En rimlig förklaring är att musiken via sin temporala kontur, dvs. sin intensitet, rytm och form via individernas spegelneuroner framkallar lugnande vitalitetsaffekter. Musiken får på så vis en intonande och affektreglerande effekt. Individer som lider av PTSD har svårt att reglera sin spänningsnivå. De hamnar gärna i hyper - eller hypoarousal - tillstånd. Med musikens hjälp har kvinnorna i stabiliseringsgrupperna börjat få tillgång till sitt sociala engagemangssystem vilket är en viktig del i fas 1 stabiliseringsbehandling. Att återfinna sitt "toleransfönster" är väsentligt för att det ska vara möjligt att integrera ointegrerade traumaminnen utan att bli överväldigad. Kvinnorna tycks också ha fått en lindring i somatoform problematik som smärta och spänningar, vilket kan kopplas till att uppleva sig känslomässigt och kroppsligt intonad och lugnad av musiken. De har även haft nytta av att vara tillsammans med andra som varit med om liknande upplevelser som de själva. Genomgående tema tycks vara att med hjälp av musiken förmedla: Du behöver inte vara ensam. Du behöver inte vara rädd. Eller med andra ord: Vi är tillsammans. Du kan vara trygg nu.

I framtida forskning skulle det vara intressant att studera flera stabiliseringsgrupper där musik använts för att få att se om resultatet håller i ett större jämförelsematerial. Det kunde också vara värdefullt att via "biofeedback" apparatur mäta stressnivån före, under och efter ett musiklyssningspass. Gruppmedlemmarna gjorde salivtest före och efter grupp. Dessa har inte analyserats ännu men vore intressant att jämföra med resultatet.

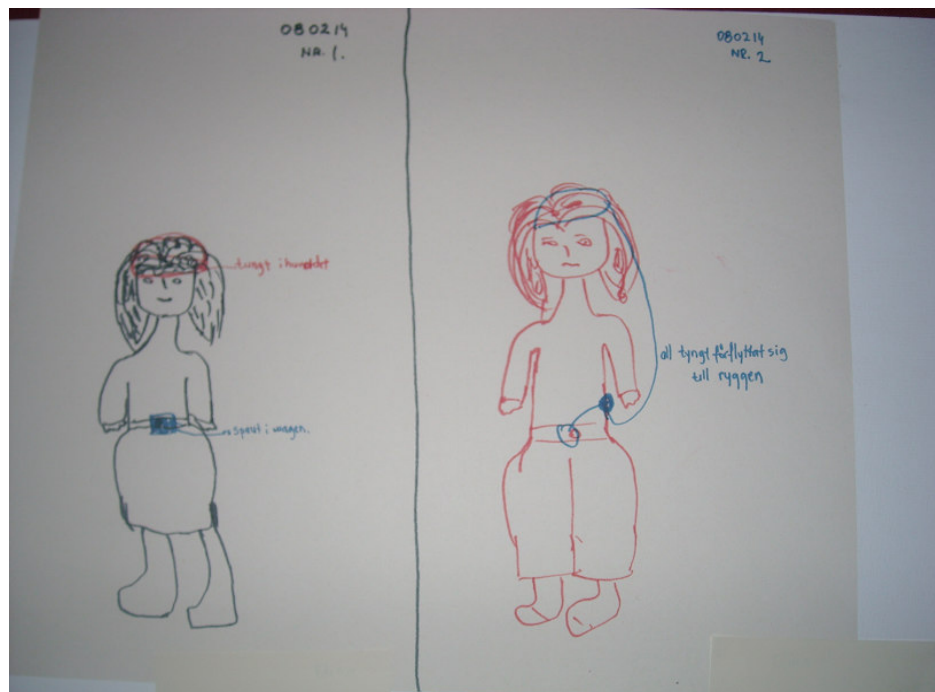
REFERENSER

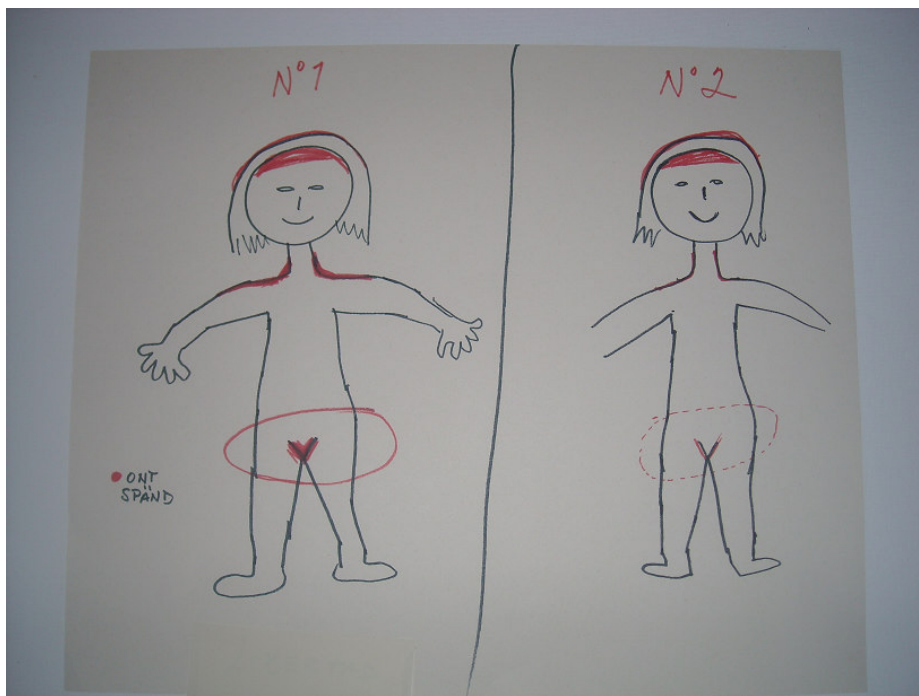
- Aldrige, D. (1996). *Music Therapy Research and Practice in Medicine*. London and Bristol, Pennsylvania: Jessica Kingsley.
- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and Manual of Mental disorder, DSM-IV- TR* (4th ed.). (J, Herlofson & M, Landquist övers.). Danderyd: Pilgrim Press (Originalutgåva 2000).
- Blake, R, L. (1994) Vietnam veterans with posttraumatic stress disorders: Findings from music and imagery project. *Journal of the Association for Music and Imagery*, 3, 5-17.
- Blake, R, L. & Bishop, S. (1994). The Bonny Method of BMGIM in the treatment of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) with adults in a psychiatric setting. *Music Therapy Perspective*, 12(2), 125-129.
- Bruscia, K. & Grocke, D. (2002). *Guided Imagery and Music*. Gilsum: Barcelona.
- Cozolino, L. (2002). *The Neuroscience of Psychotherapy*. New York: W.W. Norton & Company.
- Cozolino, L. (2006). *The Neuroscience of Human Relationships*. New York: W.W. Norton & Company.
- Egidius, H. (2005). *Psykologi-lexikon*. (3:e rev.uppl). Stockholm: Natur och Kultur.
- Fagius, J. (2001). *Hemisfärernas musik*. Göteborg: Bo Ejeby.
- Forgash, C. & Copeley, M. (2008). *Healing the Heart of Trauma and Dissociation*. New York: Springer.
- Freud, S. (2007). *Freud Tidiga Skrifter och historik*. (2:a rev. uppl.) (C. Crafoord, L. Sjögren, & B. Warren övers.) Stockholm: Natur och Kultur.
- Goldberg, F. (1994). The Bonny Method of Guided Imagery and Music as individual and group treatment in a short-term acute psychiatric hospital. *Journal of the Association for Music and Imagery*, 3, 18-34.
- Guvå, G. & Hylander, I. (2003). *Grundad teori*. Stockholm: Liber.
- Hartman, J. (2001). *Grundad teori*. Lund: Studentlitteratur.
- Havnesköld, L. & Mothander Risholm, P. (2002). Stockholm: Liber.
- Hendricks, G. (1996). *Andningsövningar för ett bättre liv*. (L-G. Larsson övers.). Södertälje: Svenska Förlaget. (Originalarbete publicerat 1995)
- Herman, J. (1992) *Trauma and recovery*. USA: HarperCollins.

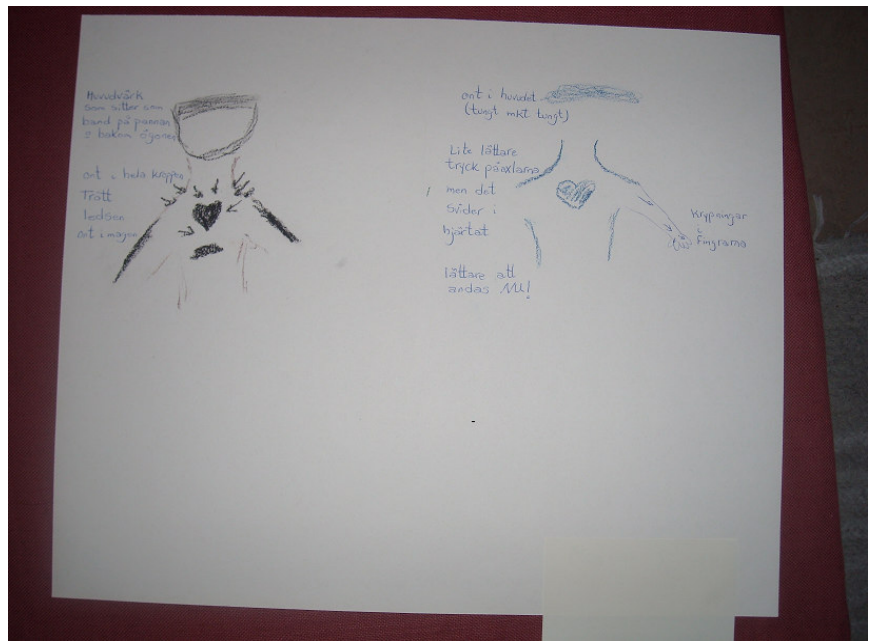
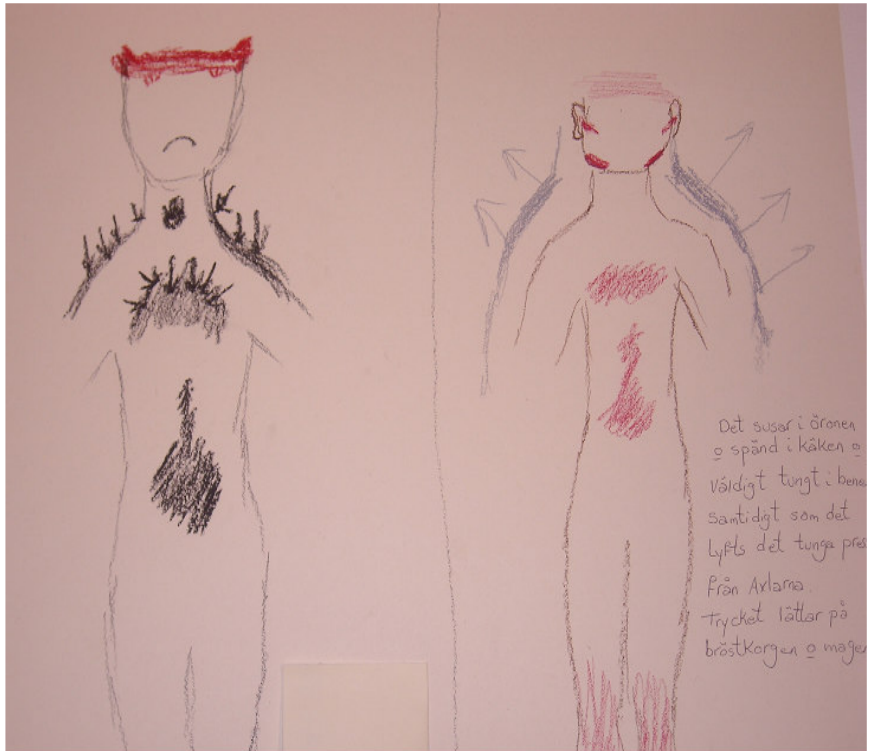
- International Society for the Study of Dissociation. (2005). Guidelines for treating dissociative identity disorders in adults *Journal of Trauma and Dissociation*, 6 (4), 69-149.
- Juslin, P. & Sloboda, J. (2001). *Music and emotion*. Oxford & New York: Oxford university press.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (S-E Torhell övers.). Lund: Studentlitteratur.
- Körlin, D. (2002). A neuropsychological theory of traumatic imagery in the BMGIM. K. Bruscia & D. Grocke (Red.), *Guided Imagery and Music*. (pp. 379-406). Gilsum: Barcelona.
- Körlin, D. (2009). *Music Breathing- Breath Grounding and Modulation of the BMGIM*. Unpublished manuscript. Stockholm.
- LeDoux, J. (1996). *The emotional brain*. New York: Simon& Schuster.
- Levine, P. & Frederick. A. (1997). *Waking the Tiger*. Carlifornia: North Atlantic.
- Levitin, D. (2006). *This is your brain on music*. New York: Plume.
- Nathanson, D. L. (1992). *Shame and Pride*. London & New York: W.W. Norton & Company.
- Nijenhuis, E., Van der Hart, O. & Steele, K. (2006). *The Haunted Self*. London & New York: W.W. Norton & Company.
- Nijenhuis, E, & Van der Hart, O. (2009). *Dissociative Disorders*. (2th ed.) Oxford: Oxford University Press.
- Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2006). *Trauma and the Body*. New York & London: W.W. Norton & Company.
- Orth, J., Doorschodt, L., Verburgt, J. & Drozdek, B. (2004). Sounds of Trauma. J. Wilson & B Drozdek (ed.). *Broken Spirits*. (pp. 443- 480). New York & Hove: Brunner- Routledge.
- Picket, E., & Sonnen, C. (1993). Guided imagery and music: A music therapy approach to Multiple Personality Disorders. E. S. Cluft (ed.). *Experiential and Funcional Therapies in the Treatment of Multiple Personality Disorders*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Porges, S. (2009) The polyvagal theory: New insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system. *Cleveland clinic journal of medicine*. 76 (2), 86- 90.
- Rothschild, B. (2000). *The Body remembers*. New York & London. W.W. Norton & Company.
- Scaer, R. (2007). *The body bears the burden*. USA: The Haworth press
- Schore, A. (2003). *Affect Dysregulation & Disorder of the Self*. New York & London. W.W. Norton & Company.

- Schore, A. (2003). *Affect Regulation & the Repair of the Self*. New York & London. W.W. Norton & Company.
- Shulman, T., & Wool, C. (1999). Conjoint therapy: Psychiatry and music therapy in the treatment of psychosomatic illness. *International journal of arts medicine*. 6 (1) pp. 4-9.
- Siegel, D. (1999). *The Developing Mind*. New York: Guilford.
- Siegel, D. & Solomon, F. (2003). *Healing Trauma*. New York & London: W.W. Norton & Company.
- Starrin, B., Larsson, G., Dahlgren, L. & Styrborn, S. (1991). *Från upptäckt till presentation*. Lund: Studentlitteratur.
- Stern, D. (1991). *Spädbarnets interpersonella värld*. (M. Faxén övers.) Stockholm: Natur och Kultur. (Originalutgåva 1985).
- Stern, D. (2005). *Ögonblickets psykologi*. (G. Zetterström övers.) Falkenberg: Natur och Kultur. (Originalutgåva 2004).
- Strauss, A. & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research* (2th ed.). USA: Sage.
- Summer, L. (2002). *Helen Lindquist Bonny: Music & Conciousness*. USA: Barcelona.
- Van der Kolk, B. (1994). *The body keeps the score*. Boston: Harvard Medical School.
- Van der Kolk, B. McFarlane, A. & Weisaeth, L. (1996). *Traumatic Stress*. New York: Guilford.
- Vetenskapsrådet. (2004). *Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Währborg, P. (2002). *Stress och den nya ohälsan*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Wärja Fors, M. (2009) *KMR, utbildningsmaterial*. Stockholm: Expressive arts.
- Ödman, P – J. (2007). Hermeneutik och forskningspraktik. I B. Gustavsson (Red.), *Kunskapande metoder* (pp 71 - 93). Malmö: Studentlitteratur.

BILAGA I: BILDMATERIAL







Spänningar
just nu känns
att det värkar
i hela kroppen
spec. huvudet
& benen



Det är en skönt &
härlig känsla!
Som en härlig dröm!!
Det känns att man är
barn & sover i Mamma's famn.



