

Indholdsfortegnelse

1. INTRODUKTION	4
1.1 Indledning	4
1.2 Hensigt og målgruppe	5
1.3 Problemformulering	5
1.4 Metode	6
1.5 Forforståelse	6
1.6 Et musikterapeutisk frirum	7
1.7 Begrebsafklaring	7
1.8 Specialets struktur	8
2. PÅRØRENDE TIL DEMENTE	9
2.1 Indhold og anvendte kilder	9
2.2 Demens og Alzheimers sygdom	9
2.2.1 Prævalens.....	9
2.2.2 Alzheimers sygdom.....	10
2.3 De pårørendes sygdom	10
2.3.1 Fra omsorg til sorg.....	10
2.3.2 Undersøgelser af de pårørendes vilkår.....	11
2.4 Pårørendes oplevelser af sorg og støtte	11
2.4.1 Oplevelsernes art.....	11
2.4.2 Betydningen af støtte.....	12
2.6 Eksistentielle perspektiver på krise, lidelse og livsmening	13
2.6.1 Krise.....	13
2.6.1.1 <i>Tab</i>	14
2.6.1.2 <i>Modgang</i>	14
2.6.1.3 <i>Eksistentiel åbning</i>	14
2.6.2 Lidelse.....	15
2.6.3 Livsmening.....	15
2.6.4 Eksistenspsykologiens terapeutiske relevans.....	16
2.7 Sorg	16
2.7.1 Hvad er sorg?.....	16
2.7.2 Sorgen som arbejde og opgave.....	17
2.7.2.1 <i>Sorgarbejdet</i>	17
2.7.2.2 <i>Sorgens opgaver</i>	17
2.7.2.3 <i>Andre syn på sorgprocessen</i>	17
2.7.3 Sorgens to spor.....	18
2.7.5 Foregribende sorg.....	19
2.7.5.1 <i>Definition</i>	19
2.7.5.2 <i>Mestringsstrategier</i>	20
2.7.5.3 <i>Antagelsesverden</i>	21
2.7.5.4 <i>Tab af fortid, nutid og fremtid</i>	21
2.7.5.5 <i>Angst og skyld</i>	22
2.7.5.6 <i>Opsummering</i>	22
2.8 Frafald i sorggruppeterapi	23
2.9 Sammenfatning og diskussion	24
2.9.1 Sorgens samtidige processer.....	24
2.9.2 At mestre og møde.....	25

3. RECEPTIV MUSIKTERAPI.....	27
3.1 Indhold og anvendte kilder.....	27
3.2 Introduktion til receptiv musikerterapi.....	27
3.3 Guided Imagery and Music.....	28
3.3.1 Oprindelse.....	28
3.3.2 Anvendelse og tilgang.....	28
3.3.4 Musikkens rolle.....	29
3.3.4.1 <i>Musikken som co-terapeut og container.....</i>	29
3.3.4.2 <i>Stemmingskategorier.....</i>	30
3.3.4.3 <i>Intensitetsprofiler.....</i>	30
3.3.4.4 <i>Musikalske rum.....</i>	31
3.3.5 Symbolik & fortolkning.....	31
3.4 Group Music and Imagery.....	32
3.4.1 Baggrund og formål.....	33
3.4.2 Tre praksisniveauer.....	33
3.4.2.1 <i>Det støttende niveau.....</i>	33
3.4.2.2 <i>Det indsigtbefordrende niveau.....</i>	34
3.4.2.3 <i>Det forandrende niveau.....</i>	35
3.4.3 Sammenfatning.....	35
3.5 Musikterapeutisk sorgarbejde.....	36
3.5.1 Kliniske eksempler.....	37
3.5.2 GIM som redskab i forandringsprocesser.....	37
3.6 Opsamling.....	38
4. EMPIRI.....	39
4.1 Rekruttering.....	39
4.2 Rammer.....	39
4.2.1 Praktiske rammer.....	39
4.2.2 Terapeutiske rammer.....	40
4.3 Sessionens elementer.....	41
4.3.1 Samtale og fokus.....	41
4.3.2 Afspænding og åbningsbillede.....	41
4.3.3 Musikvalg.....	42
4.3.4 Tegning.....	42
4.4 Undersøgelsesmetode.....	42
4.5 Præsentation af deltagerne.....	43
4.5.1 Peter.....	43
4.5.2 Anna.....	44
4.5.3 Ole.....	44
4.5.4 Marie.....	44
4.6 Musikterapien: Gruppens forløb.....	45
4.6.1 Første session.....	45
4.6.2 Anden session.....	46
4.6.3 Tredje session.....	46
4.6.4 Fjerde session.....	47
4.6.5 Femte session.....	47
4.7 Gruppens forløb: sammenfatning og analyse.....	48
4.7.1 Oversigter.....	49
4.7.2 Billeddannelsen og de induktive og musikalske interventioner.....	50
4.7.3 Udviklingen i terapeutiske forholdemåder og verbale interventioner.....	53
4.7.4 Beskrivelse og vurdering af behov, mål og udbytte.....	54

4.8 De enkelte deltageres forløb: Sammenfatning og fortolkning.....	57
4.8.1 Peter.....	57
4.8.2 Anna.....	58
4.8.3 Marie.....	58
4.8.4 Ole.....	59
4.9 Anna: en 'negativ case'.....	60
4.9.1 Annas aktuelle situation.....	60
4.9.2 Musikterapiens 3. session.....	61
4.9.3 Fortolkninger / 'At møde mor'.....	62
4.9.4 Modoverføringsfølelser.....	63
4.9.5 Mulige årsager til frafald.....	63
4.9.6 Sammenfatning.....	64
5. DISKUSSION.....	65
5.1 Analysens indhold og fund.....	65
5.2 At mestre og møde: individuelle tilgange og processer.....	66
5.3 Gruppeprocessen og tabsniveauerne.....	68
5.4 Gruppeprocessen i relation til GrpMI.....	70
5.5 Sorgprocesser og musikterapeutiske interventioner.....	71
5.6 Musikterapien som frirum.....	73
6. KONKLUSION.....	75
6.1 Konklusion.....	75
6.2 Metodekritik.....	76
KILDEFORTEGNELSE.....	1
Bilag 1. Tilbud til pårørende.....	5
Bilag 2. Begrebet Frirum.....	6
Bilag 3. Litteratursøgning.....	7
Bilag 4. The Mood Wheel.....	9
Bilag 5. Kompliceret sorg.....	10
Bilag 6. Musikken.....	11
Bilag 7. Transskriptioner (selvstændig nummerering).....	(1-66)
Skema I Tilknytning, mestring og sorg.....	19
Skema II Mestring og eksistentielle møder.....	26
Skema III De 3 GrpMI-niveauer.....	35
Skema IV Deltagernes motivation og mål.....	45
Skema V Rejsefoci, åbningsbilleder og musik.....	49
Skema VI Tegningernes titel/indhold; fællestræk og forskelle.....	50
Skema VII Deltagernes udbytte.....	55

1. INTRODUKTION

1.1 Indledning

Alting forandrer sig. I og mellem mennesker, på jorden og i universet er alt under stadig forandring. Selv det, der tilsyneladende forbliver det samme, ændres over tid. Nogle *forandringer* sker således næsten umærkeligt og af sig selv, imens vores daglige liv udfolder sig; andre forandringer kæmper vi selv ihærdigt for at skabe. Og visse forandringer kommer ganske uønsket og ofte uventet; de ryster os i vores grundvold og efterlader, som efter et jordskælv, dybe sprækker i vores liv og verden.

Når et familiemedlem får konstateret en degenererende eller livstruende sygdom, virker forandringerne ofte altomvæltende for de pårørende. Det, der måske før var en mistanke, er nu et faktum. Fortid, nutid og fremtid ses pludseligt i et helt nyt lys. Og selvom det kan være en lettelse at få vished, begynder nu det krævende arbejde med at tilpasse sig de nye omstændigheder, passe den syge og samtidig passe på sig selv. Dette indebærer blandt andet, at man som pårørende skal acceptere de *tab*, der følger med sygdommen, ved at gennemgå den proces, som det er, at forandre sit forhold til det, der var - og lære at leve med det, som er og kommer.

Musikterapien har længe kunnet dokumentere, at demensramte mennesker igennem musik og sang kan opnå kontakt til både tidlige minder, vigtige følelser og andre mennesker (Ridder 2005; Aldridge 2000). Dette resulterer i, at en del bo- og dagtilbud i Danmark ansætter musikterapeuter for at kunne give de demensramte denne hjælp. Samtidig er der endnu kun få kendte eksempler på musikterapi med demente og deres pårørende sammen (Skou 2008; Rasmussen 2007; Clair & Hanser 1995), og endnu færre har berettet om musikterapi som et tilbud til *pårørende til demente* alene (Skou 2009).

At der med den receptive musikterapi er en enestående mulighed for at yde hjælp til at møde og rumme livets store forandringer og udfordringer er til gengæld veldokumenteret (Bruscia & Grocke 2002; Grocke & Wigram 2007). Derfor er receptiv musikterapi i form af BMGIM¹ en del af musikterapeutuddannelsen i Danmark, og derfor har jeg selv siden mit eget første møde med musikterapi på demensområdet arbejdet for at afprøve den receptive musikterapi som et musikterapeutisk *frirum* for pårørende til demente.

I foråret 2009 gennemførte jeg således et forløb med partneren til en demensramt, hvor mine antagelser om et positivt udbytte for pårørende i individuel receptiv musikterapi blev bekræftet.

1 BMGIM: the Bonny Method of Guided Imagery and Music, også kaldet GIM.

Dette pilotprojekt medførte ønsket om at skabe lignende støttetilbud for flere pårørende til demensramte mennesker, hvilket resulterede i et forløb med receptiv gruppemusikterapi for voksne børn af demente i 2010. Mine egne og deltagernes oplevelser under dette forløb var både udfordrende og opmuntrende og er grunden til, at jeg i dag skriver dette speciale; i håb om at lære mere om musikterapiens - og mine egne - muligheder for at støtte mennesker i *at mestre og møde* denne krævende livssituation.

1.2 Hensigt og målgruppe

Min hensigt med dette speciale er dels at udvide min egen videns- og erfaringsbase som musikterapeut, og dels at berette om receptiv gruppemusikterapi som et tilbud til pårørende til demente. Det er i denne forbindelse væsentligt at nævne mit ansvar i forhold til to centrale parter, nemlig musikterapien som fagområde og deltagerne i det musikterapeutiske forløb. Jeg ønsker således med dette speciale at kunne inspirere andre musikterapeuter og musikterapistuderende i deres arbejde med receptiv musikterapi, med pårørende til demente eller andre sygdomsramte mennesker, samt med de øvrige i specialet berørte aspekter. Mit mål hermed er at bidrage til, at musikterapien rummer udvikling og implementering af støttetilbud til pårørende. Derudover er det et ønskeligt udkomme, at medarbejdere indenfor det sundheds- og demensfaglige område får mulighed for at læse specialet og derved bliver opmærksomme på musikterapiens endnu relativt uudnyttede ressourcer som støtte til pårørende. Endelig håber jeg, at deltagerne i musikterapien vil kunne genkende egne oplevede problemstillinger og få udbytte af at læse specialet.

1.3 Problemformulering

*Kan receptiv musikterapi i form af modificeret GIM / GrpMI hjælpe voksne børn af demensramte mennesker med at mestre og møde de forandringer og tab, som førstnævnte oplever i forbindelse med sygdomsforløbene?
Hvis ja: hvordan?*

1.4 Metode

For at besvare problemformuleringens spørgsmål vil jeg i specialet præsentere udvalgt teoretisk materiale samt empirisk materiale, som bygger på et gruppemusikterapiforløb med voksne børn af demensramte. Som led i besvarelsen af spørgsmålet vil jeg således undersøge, dels hvilke behov og problematikker pårørende til demente oplever at have, og dels om og hvordan musikterapien og jeg selv som musikterapeut ved hjælp af den receptive gruppemusikterapi kan imødekomme disse.

Der er således tale om et *teoretisk-empirisk* speciale, som på den ene side inddrager elementer fra det musikterapeutiske, psykologiske, kunstterapeutiske og demensfaglige område, og som på den anden side beskriver praksis gennem et *multiple case study* og et *single case study*, der analyseres, fortolkes og efterfølgende diskuteres gennem inddragelse af det præsenterede teoretiske materiale.

Det empiriske materiale består af:

- 1) transskriptioner af forløbets sessioner (bilag 7)
- 2) den anvendte musik (skema V)
- 3) deltagernes tegninger (skema VI)
- 4) det skriftlige tilbud om receptiv gruppemusik (bilag 1)
- 5) deltagernes mundtlige sammenfatning af deres udbytte (skema VII)

Både teori og praksis indgår i dette speciale som led i en gennemgående *hermeneutisk metode*.

Jeg lægger således vægt på både løbende og opsamlende refleksion samt en åben forståelses- og fortolkningsproces, som inddrager de teoretiske og empiriske perspektiver i varierende kombinationer i en hermeneutisk cirkelbevægelse, hvor optikken skifter mellem de forskellige dele og den stadig voksende helhed. Desuden anerkender jeg i kraft af den hermeneutiske metode betydningen af at klarlægge min forforståelse af specialeemnet, ligesom jeg vil søge at klargøre den videnskabstereotiske forforståelse, som ligger til grund for mine valg og fravalg i forbindelse med dette speciale.

1.5 Forforståelse

Min videnskabsteoretiske forforståelse er holistisk funderet og systemisk inspireret og bygger på den overbevisning, at menneskelivet *både* rummer universelle betingelser og udfoldes i en konstant igangværende fortolknings- og konstruktionsproces, som er social og samtidig dybt individuel. Vi lever derfor efter min opfattelse som mennesker på én gang i en fælles virkelighed, som rummer en mængde lokale og individuelle antagelser om sandhed, og i en eksistentiel og universel virkelighed, som på forskellige måder kan erfares af alle mennesker.

Et hvert menneskeliv rummer i mine øjne således et ubegrænset potentiale for erfaringsdannelse og

udvikling gennem kontakt med eksistentielle vilkår, andre menneskers væremåder og omverdens øvrige fysiske, kulturelle, sociale, psykiske og spirituelle fænomener, samt gennem alle disse med sig selv. Samtidig eksisterer der i alle menneskeliv mønstre, forudsætninger og begivenheder, som kan virke dels fremmede og dels begrænsende for vores udvikling og trivsel, og som derved kan fremskynde os til at granske vores egen unikke oplevelse af målet og meningen med livet.

Det er min forståelse af *sygdom*, at den påvirker hele mennesket og hele det system, det er en del af. Pårørende har derfor i min optik en lige så vigtig ret til omsorg og opmærksomhed som den syge. Denne omsorg kan bl.a. bestå i 'frirum' til at nærme sig selv og dermed de relationer, som man indgår i. Min forståelse af *sundhed* er derfor også, at både fysisk, mental og sjælelig sundhed er forbundet både indbyrdes, med vores måde at indgå i systemer på og med vores evne til at forholde os til os selv og vores omverden som en helhed. Sundhed ser jeg derfor ikke som en definitiv tilstand, men som en proces, der formes gennem vores tanker, følelser og handlinger.

1.6 Et musikterapeutisk frirum

Jeg har benyttet begrebet *frirum* om receptiv musikterapi med pårørende til demente siden mit arbejde med en demensramt mand og hans partner under den afsluttende praktik på musikterapiuddannelsen (Skou 2008). Det er dog først nu, i forbindelse med det aktuelle musikterapiforløb, at jeg har sat mig for at undersøge dets anvendelighed i det musikterapeutiske arbejde med pårørende til demente.

Min forforståelse af begrebet er i skrivende stund, at et *frirum* er et fænomen, som kan hjælpe mennesker til på én gang at forlade og bearbejde de udfordringer, som livet iøvrigt rummer - og at musikken i musikterapien "er særligt velegnet til at skabe dette frirum, fordi den både kan løfte én lidt ud af hverdagen og samtidig kan give nogle nye perspektiver på de problemer, man møder der", som det formuleres i det aktuelle musikterapiforløb.² Et *musikterapeutisk frirum* er således efter min opfattelse både et tidsrum, et relationelt rum, et musikalsk rum og en mental tilstand, hvori man kan finde mod til at slippe sine udfordringer og lære at mestre og møde dem på nye måder.³

1.7 Begrebsafklaring

Forforståelse af specialeemnet følges nu af en afgrænsning af problemformuleringens begreber med henblik på at tydeliggøre dens indhold og implikationer:

Med *receptiv musikterapi* menes musikterapi, hvor deltagerne lytter til fremført eller afspillet musik; i modsætning til aktiv musikterapi, hvor deltagerne selv skaber musik gennem

2 Se bilag 1

3 Se bilag 2

improvisation, rekreation eller komposition (Bruscia 1998). Receptiv musikterapi rummer flere forskellige metoder, heriblandt BMGIM⁴.

Voksne børn af demensramte er ét eksempel på pårørende og udgør den empiriske klientgruppe. Med *pårørende* menes mennesker, der har en tæt familiemæssig og/eller følelsesmæssig relation til en person, som er syg eller døende (Rando 2000, s. 53). Begge betegnelser anvendes i dette speciale.

Alle deltagerne i forløbet har en mor med Alzheimers sygdom, men jeg vil i det fleste tilfælde bruge betegnelserne *demens*, *demensramt* og *dement* for at indikere sandsynligheden af, at de omtalte problemstillinger og potentialer også gør sig gældende for pårørende til mennesker med andre former for demens.

Min forståelse og brug af begreberne *forandring* og *tab* er i vid udstrækning inspireret af Smith (1997) og Jakobsen (2009). De vigtigste træk ved denne forståelse er, at forandringer og tab er uløseligt forbundet, og at begge dele bringer nye udviklingsmuligheder med sig.⁵

At mestre og møde forandringer og tab er i min optik vigtige led i en livslang proces, hvormed vi udvikler vores evne til at tage imod skiftende og blivende livsbetingelser.

Jeg benævner desuden de implicerede pårørende *deltagere* i de fleste sammenhænge i dette speciale. Dette sker som en fortsættelse af sprogbrugen i forløbet, fordi de er en del af den valgte målgruppe for specialet, samt for at understrege deres frivillige og aktive rolle i forløbet. Dog vil betegnelsen *klient* blive brugt, når der er tale om et fast begreb med en særlig betydning indenfor (musik)terapeutisk terminologi.

1.8 Specialets struktur

Dette kapitel følges af teoridelen, som indeholder elementer til belysning af specialets emne og empiri og omhandler dels pårørende til demente og dels receptiv musikterapi (kap. 2 og 3). Herpå følger empiridelens beskrivelse, analyse, samt enkelte fortolkninger, af det empiriske materiale (kap. 4). Dette følges af en opsamling og diskussion af det empiriske studie (kap. 5). Den afsluttende del rummer konklusion på specialet samt kritik af den anvendte metode (kap. 6). Af hensyn til de forskellige grupper af potentielle læsere (se 1.2) har jeg i min fremstilling af specialets teoretiske aspekter valgt at oversætte næsten al anvendt engelsk tekst til dansk.

4 Se kap. 3

5 Se kap. 2

2. PÅRØRENDE TIL DEMENTE

2.1 Indhold og anvendte kilder

Målet med dette kapitel er tilegnelse og formidling af viden om mulige problematikker, processer og behov hos pårørende med henblik på at skabe grundlag for en forståelse af musikterapiens mulighed for at imødekomme disse. Der er tale om et udvalg og dermed også et fravalg af en række mulige teorier og tekster, og det formidlede stof er valgt på baggrund af dets relevans for specialeempirien. Nogle få teoretiske elementer vil blive anvendt som analyseredskaber i den empiriske del af specialet, mens de øvrige vil fungere som referenceramme for den efterfølgende diskussionsdel.

I forbindelse med pilotprojektet (Skou 2009) satte jeg den pårørendes musikterapeutiske proces ind i en forståelsesramme primært baseret på Wordens (2001) og Qualls (2003). Under arbejdet med specialet og den nye klientgruppe har jeg, for at opdatere og tilpasse min vidensbase til den ændrede kontekst, i højere grad ladet mig inspirere af interviewundersøgelser med pårørende til demente (Almberg et al. 2000), eksistentiel psykologi (Jacobsen 2009), forskellige syn på sorgprocessen (Worden 2001; White 2006; Stroebe & Schut 1999/2001; Elklit & O'Connor 2004; Rando 2000), samt forskning i sorggruppeterapi (Piper et al. 2004). Indledningsvis vil jeg beskrive demenssygdommens udbredelse, Alzheimer-sygdommens overordnede forløb samt nyere dansk forskning i pårørendes oplevelser og vilkår. Kapitlet afsluttes af en sammenfatning og diskussion.

2.2 Demens og Alzheimers sygdom⁶

2.2.1 Prævalens

Der antoges i 2009 at være ca. 35 millioner demensramte mennesker i verden, og antallet ventes at vokse til det dobbelte i løbet af næste to årtier (Prince & Jackson 2009). I en dansk kontekst er omfanget mindre, men tendensen den samme: levealderen stiger, og med den højere alder øges risikoen for at blive ramt af en demenssygdom. Demens er den 5. hyppigste dødsårsag i Danmark⁷, og op mod 80.000 danskere menes i dag at være ramt af demens, heraf ca. halvdelen af Alzheimers sygdom. Hvert år får ca. 15.000 konstateret en demenssygdom, og prævalensen er stigende⁸. Det samme gælder de samfundsmæssige omkostninger af demens (Wimo 2010).

6 Dette afsnit består af uddrag og bearbejdning af samt tilføjelser til kap. 3 i pilotprojektet (Skou 2009, s. 13ff)

7 www.videnscenterfordemens.dk/forskning/forskningsnyheder/2010/01/demens-er-den-5-mest-udbredte-doedsarsag-i-danmark. Hentet 29.5. 2011

8 www.videnscenterfordemens.dk/viden-om-demens/noegletal/forekomst-af-demens-i-danmark. Hentet 29.5. 2011

2.2.2 Alzheimers sygdom

Demens er et syndrom, og dermed en betegnelse for en række symptomer, som kan skyldes forskellige sygdomme (Johannsen 2010). Alzheimers sygdom er den hyppigst forekommende af de otte primærdegenerative demenssygdomme og skyldes sandsynligvis kromosomforandringer og/eller sårbarheder i genmassen (Basun et al. 2006). Sygdommens indtræden er ofte svær at tidsbestemme, og udviklingen varierer, men dens forløb kan dog inddeles i syv kliniske faser, som spænder fra glemsomhed over stigende grader af hukommelsestab og andre kognitive svigt til tidlig, moderat og til slut svær demens (ibid.). Sygdomsforløbet er gennemsnitligt 9 år, men kan vare fra ét til tyve år. Let demens begrænser den dementes daglige aktiviteter, moderat demens skaber tiltagende behov for hjælp, mens svær demens kræver konstant tilsyn (Buss et al. 2008). Sideløbende med de kognitive ændringer, ses en række funktionelle og motoriske symptomer, samt adfærdsmæssige forandringer, som ofte er de sværeste at håndtere for omgivelserne: depression, vrangforestillinger, søvnbesvær, rastløshed, angst, apati, agitation og aggression (ibid., s. 18ff). Den medicinske behandling består i symptombehandling af disse følgevirkninger, samt forsøg på medicinsk at forsinke udbredelsen af de kognitive svækkelser, men sygdomsudviklingen kan ikke stoppes (ibid., s. 27ff). Nære slægtninge af mennesker med Alzheimers sygdom har på grund af arvelige gener tre til fire gange større risiko for at få sygdommen (ibid. s. 39).

2.3 De pårørendes sygdom

2.3.1 Fra omsorg til sorg⁹

Demens er også blevet kaldt *de pårørendes sygdom*, hvilket den store mængde internationalt publicerede forskning i pårørende og demente indenfor de seneste årtier kan ses som et udtryk for¹⁰. I de sidste cirka 25 år er der således blevet forsket intensivt i demens og pårørende som omsorgsgivere. Emnet for meget af denne forskning er *omsorgsgiverbyrden*, hvormed menes de fysiske, psykiske, sociale og økonomiske problemer samt den stresstilstand, som nære pårørende til demente ofte befinder sig i (Qualls 2003; Frank 2008), og som er resultatet af bl.a. det uformelle omsorgsarbejde¹¹ og de ovenfor nævnte omfattende adfærdsendringer. Hvor forskningen tidligere har haft tendens til at fokusere på de fysiske belastninger ved pårørendes omsorgsarbejde, er man i de seneste år begyndt at undersøge de psykiske udfordringer, herunder de *tab* og den *sorg*, som pårørende til demente oplever både under og efter sygdomsforløbet (Frank 2008).

9 Afsnit 2.3.1 består af opsummering og sammenskrivning af to afsnit i pilotprojektet (Skou 2009, s. 15 og 17).

10 Se bilag 3

11 *Uformel omsorg* defineres ved, at omsorgsyderen ikke modtager modydelser, f.eks. penge. (Horsted et al. 2007, s. 7).

2.3.2 Undersøgelser af de pårørendes vilkår

Indenfor de seneste år har Servicestyrelsen igangsat undersøgelser af pårørendes behov, udgivelse af pjecer samt analyser af nationale tilbud og internationale interventions-undersøgelser i samarbejde med Syddansk Universitet (Andersen-Ranberg et al. 2007; Birk 2007; Horsted et al. 2007) og Nationalt Videnscenter for Demens (Buss et al. 2005; Buss et al. 2008).

Meta-analyserne af internationale undersøgelser (Buss et al. 2005) har således vist positive resultater af psykosociale interventioner for pårørende; korte tilbud uden mulighed for opfølgning havde mindst effekt, imens længerevarende støtte i form af støttegruppe eller undervisning modvirkede psykiske symptomer og indvirkede positivt på især mestring og modtaget social støtte (ibid.). En dansk undersøgelse viser desuden, at pårørende foretrækker at modtage information og støtte som individuel rådgivning (ibid.), og en anden (Oxford Research 2008) konstaterer, at et væsentligt udbytte af aktivitetstilbud til demente er de pårørendes oplevelse af at få et 'frirum' uden den demente (ibid., s. 66). Tilbud om hjælp til personlig pleje og praktiske opgaver samt aflastning af pårørende med omsorgsgiverfunktion er i Danmark påbudt ved lov. En del kommuner har demenskoordinatorer, som bl.a. yder rådgivning til patienter og pårørende gennem hjemmebesøg, igangsættelse af pårørendegrupper¹², undervisning og foredrag. Der er generelt stigning i støttetilbud målrettet pårørende til demente (Buss et al. 2005, s. 7ff), og visse frivilligorganisationer tilbyder også undervisning, støtte og aflastning. Som konklusion på de seneste danske undersøgelser anbefales en tidlig, opsøgende indsats overfor både demente og pårørende, da begge parter påvirkes af den dementes funktionstab allerede ved sygdommens opståen (Buss et al. 2008).

2.4 Pårørendes oplevelser af sorg og støtte

Almberg et al. (2000) undersøger oplevelsen af sorg og støtte hos pårørende til demente på baggrund af interviews med 20 pårørende, hvoraf tretten er voksne børn af demente. Undersøgelsen tager udgangspunkt i antagelsen om, at det er vigtigt at anerkende de pårørendes bidrag til omsorgen for den demente, og at der på grund af multiple tab samt risikoen for overbebyrdelse hos pårørende til demente er behov for særlige støtteinterventioner overfor disse mennesker.

2.4.1 Oplevelsernes art

Interviewundersøgelse resulterer i en inddeling af gennemgående temaer i følgende kategorier:

Sorg og gode minder inden døden

Ønsket om at den pårørende bliver som før; sorgen over tabet af den dementes personlighed og af dennes evne til genkendelse af sønnen/datteren, hvilket opleves som traumatisk. Positive minder

¹² I pårørendegrupper mødes pårørende til patienter med alvorlige psykiatriske eller somatiske sygdomme for at udveksle erfaringer og få viden om sygdommen.

sammen med demente skabes også i denne periode.

Byrde

Oplevelser af sammenbrud, udmattelse, nedtyngthed og søvnløshed er udbredte hos de pårørende, som nærer større bekymring for den demente end for egne børn.

Afsked

Afskeden med den demente er betydningsfuld at tage del i og gør det lettere at komme videre.¹³

Ambivalens efter døden

Ensomhed og sorg over det, som kunne have været; genoplevelse af tidligere sorg og tab. Døden medfører en lettelse over at slippe omsorgsarbejdet, dette beskrives som ”en lettelse fuld af sorg” (ibid. s. 85). Skyldfølelser over uforløste forhold¹⁴ og over ikke at have gjort nok er udbredte; pårørende med skyldfølelser har tendens til at dvæle ved deres negative tilstand.

Adskillelse efter døden

Tiden efter døden beskrives som en krævende periode med udvikling af en ny opfattelse af sig selv og relationen; man holder fast og giver slip og er også klar til dette. Oplevelse af større forståelse for andres tab og taknemmelighed over det, der har fundet sted.

Betydningen af privat støtte

Det er vigtigt at tage imod hjælp og fra nogen, der er med under hele sygsomsforløbet; især praktisk hjælp og samtale er vigtigt. Uønskede råd og tilskyndelser til at komme sig hurtigt opleves som negativ støtte; manglende hjælp fra familie og venner skaber bitterhed; følelsen af social isolering er udbredt.

Betydningen af professionel støtte

Personalets støtte er afgørende for de pårørende og savnes efter døden. Religiøsitet opleves som tilstedeværelse af en indre støtte. Overbevisning om, at ingen forstår tabet, fører til lukkethed omkring følelser og oplevelser efter døden.

2.4.2 Betydningen af støtte

Forskernes analyse af deres interviews viser følgende sammenhænge med relevans for specialeemnet:

Positive følelser og oplevelser under omsorgsperioden er forbundet med *større tilfredshed* med støtten og *større lettelse* efter døden (Almberg et al. 2000, s. 87). En stor grad af udmattelse inden døden er derimod forbundet med mindre lettelse og mere skyldfølelse efter døden, hvilket ifølge Almberg et al. påviser en sammenhæng mellem personernes selvopfattelse og oplevelse af støtte.

De uddyber ikke denne slutning, som kan forstås således, at modtaget støtte skaber en mere positiv

13 Hvilke former for afsked, der er tale om, nævnes ikke.

14 Fra engelsk "unfinished business".

selvopfattelse, og at en positiv selvopfattelse øger følelsen af at være støttet i tilstrækkelig grad. At finde mening og struktur gennem religiøsitet er desuden forbundet med en bedre relation til den demente, en mindre grad af rolleomvending i forholdet og mindre forekomst af depression. Forskerne konkluderer på baggrund heraf, at den følelsesmæssige tilstand hos de pårørende sandsynligvis ligger fast tidligt i omsorgsgiverperioden, samt at det er vigtigt at dele minder med andre og at få hjælp fra de(n) samme under omsorgsfasen og efter døden.

"Awareness that someone cares may motivate caregivers to overcome the burden.

Social support may assist the caregiver in making interpretations of a stressful event thus making the situation less painful and more manageable" (ibid. s. 88)

Samtidig viser interviewundersøgelsen ifølge Almborg et al., at *foregribende sorg* er en væsentlig del af de pårørendes oplevelse af demenssygdommens forløb i kraft af den samtidige tilstedeværelse af sorg og overbebyrdelse, samt på grund af problemer med at afslutte sorgprocessen som følge af den manglende mulighed for at tage afsked med den demente, imens hun/han stadig er psykisk til stede.¹⁵

2.6 Eksistentielle perspektiver på krise, lidelse og livsmening

Bo Jacobsen er forfatter til en række værker omhandlende psykologiske emner, herunder *Livets dilemmaer* (2009), hvori han præsenterer den eksistentielle psykologiske forståelse af universelle livsvilkår og deres betydning i menneskers liv. Blandt de anvendte kilder er Yalom¹⁶ og Boss¹⁷. Flere af Jacobsens betragtninger kunne have relevans for den aktuelle empiri, men jeg har af hensyn til vægtningen af andet teoretisk materiale valgt at inddrage temaerne *krise, lidelse og livsmening* i min udforskning af behov og problematikker hos pårørende til demente.

2.6.1 Krise

At opleve krise er et grundvilkår i menneskers liv. Kriser *kan* være en følge af traumatiske begivenheder og betyder altid et smertefuldt brud på éns hidtige livsførelse. Samtidig er krisen fra et eksistentielt synspunkt en nødvendig forudsætning for personlig udvikling henimod bevidste valg, frigørelse og ansvarlighed; kriser skal derfor hverken undgås eller overståes, men *gennemleves*, hvilket indebærer et refleksivt forhold til sig selv. En ydre krise medfører derfor ofte en krise i éns selvopfattelse, som må udvides for at kunne rumme de nye følelser og tanker (ibid., s. 125).

Den eksistentielt orienterede terapeut tjener ifølge Jacobsen den kriseramte bedst ved at betragte krisen som *en naturlig del af livet*, der ikke rummer bestemte opgaver eller faser og ikke

15 Begrebet *foregribende sorg* uddybes i 2.7.5

16 Irving D. Yalom (f. 1931) eksistentiel psykolog og forfatter.

17 Médard Boss (1903-1990) Schweizisk psykiater og eksistentialist

nødvendigvis kræver lang tids terapi. Med opgave- og faseinddelingen¹⁸ risikerer man således at miste fokus på klientens følelsesmæssige virkelighed og primære behov, som er at blive mødt med åbenhed og 'med-væren' (ibid. s. 111) og heri finde mod til at kaste sig ud i livet igen. Jacobsen beskriver istedet tre *krisedimensioner*, som viser krisen som tab, modgang og eksistentiel åbning.

2.6.1.1 Tab

At gennemleve en svær krise indebærer oplevelser af tab på forskellige niveauer: fysiske tab, psykiske tab, tab af mening og grundlæggende billede af verden samt tab af en del af ens livsudfoldelse og selv.

De fysiske og især de *psykiske tab* er fremtrædende for pårørende til demente, hvor personens kognitive funktioner, psykiske karaktertræk og dermed en række konkrete og mentale fælles samværs måder gradvist ændres og forsvinder.

Tabet af mening og af ens *grundlæggende billede af verden* betyder dels, at livsmodet kan vige, dels at det kan blive nødvendigt at overveje en ny mulig mening i livet. Jacobsen henviser til, at grundantagelsen hos mange er, at verden er et godt sted at være, at den er meningsfuld og beregnelig, og at jeg er selv værdifuld (Janoff-Bulman 1992, i Jacobsen 2009, s. 112), samt at det kriseramte menneske ofte oplever svækkelse af denne antagelse.

Tabet af en del af ens livsudfoldelse og selv hænger ofte sammen med tabet af en vigtig relation; glemmer man den/det mistede, vil noget væsentligt ved ens eksistens forsvinde, og en nærtståendes død bliver således "et stykke af ens egen død." (Bollnow 1966 i Jacobsen 2009 s. 114). Dette påpeger vigtigheden af at bevare en relation til den/det mistede fremfor at lægge den bag sig¹⁹.

2.6.1.2 Modgang

At opleve modgang i livet er uundgåeligt og universelt, men det afgørende er, *hvordan* man møder modgangen. Nogle får en ekstremt hård skæbne og styrkes derved, mens andres livsmod nedbrydes efter få svære oplevelser. At skelne mellem *skæbnen* som de givne livsbetingelser og *indstillingen* til den som noget selvvalgt kan gøre det lettere at acceptere den modgang, man oplever.

2.6.1.3 Eksistentiel åbning

Jacobsen skriver, at "krisen giver en sjælden mulighed for en åbning til eksistensens dybder" (2009, s. 116), og mener dermed, at vi som mennesker gennem krisen kommer i kontakt med de grundlæggende livsvilkår, som de f.eks. beskrives af Yalom²⁰. At mærke og erkende 'eksistensens dybder' hænger tæt sammen med den følelse af intensitet og autencitet, der ofte opstår under kriser.

18 En psykodynamisk forståelse af krisens faser er formuleret af J. Cullberg (svensk psykiater, f. 1934) som: 1. Chok, 2. Reaktionen, 3. Bearbejdning, 4. Nyorientering (Cullberg 2007 i Jacobsen 2009, s. 110).

19 Dette vil blive omtalt senere, bl.a. i 2.7.2

20 Yalom beskriver grundvilkårene som: Død, ensomhed, frihed og meningsløshed (1980, i Jacobsen 2009).

Og heri ligger ifølge den eksistentielle psykologi udviklingsmuligheden som menneske, idet vi med en forstærket fornemmelse af virkelighed og af, hvad der virkelig betyder noget, kan blive friere i vores levemåde og livsvalg (ibid., s. 167ff).

2.6.2 Lidelse

At alting forandres, er en grundlæggende antagelse og et udgangspunkt i dette speciale; på samme måde er det en grundlæggende opfattelse hos Jacobsen og andre eksistentielle psykologer, at *menneskelivet rummer lidelse*, hvilket ifølge Jacobsen betyder tilstande af følt og udholdt smerte (ibid. s. 42). Lidelsen kan have fysisk, psykisk, social eller spirituel karakter; uanset hvori den består, er det *menneskets måde at møde lidelsen* på, der skaber personens oplevelse og udbytte heraf. Jakobsen opstiller derfor 4 forskellige tilgange til lidelse, som ses i forbindelse med menneskers oplevelse af sygdom, død eller andre former for smertelige oplevelser, og som her skal skitseres på følgende måde:

1. At møde lidelsen med **kontrol**: Jeg forsøger at håndtere lidelsen gennem mestringsstrategier, f.eks. ved at søge ny viden og kontrollere mine følelser.
2. At møde lidelsen med **dialog**: Jeg er i indre dialog med lidelsen, idet jeg forsøger at forstå, hvad jeg skal gøre for at kunne leve med den.
3. At tage imod lidelsen som en **gave**: Jeg oplever lidelsen som en gave i form af en mulighed for at skabe en ny livsmening og selvopfattelse.
4. At opleve lidelsen som en **grænsesituation**: Jeg anerkender lidelsens uundgåelige og konkrete tilstedeværelse i mit liv, og ønsket om en anden virkelighed ophører, hvorfor jeg bliver i stand til at acceptere og elske mit liv, som det ér.

(Efter Jacobsen 2009, s. 52ff).

2.6.3 Livsmening

Et meningsfuldt liv rummer ifølge Jacobsen mønster, formål og sammenhæng samt en levemåde, der prioriterer og er i overensstemmelse med ens livsmål og livsværdier; livsmening drejer sig således om at rette sit liv mod bestemte mål og at leve ud fra ens grundlæggende opfattelse af, hvad der skaber et godt liv. Livsmening kan derfor opnås på utallige måder, men centralt i det eksistentielle syn på mening står nødvendigheden af, at individet udfolder sit menneskelige potentiale ved at tage imod de udviklingsmuligheder, som netop dette liv byder på. Hvis dette ikke sker, lever vi ifølge Yalom og May i en tilstand af eksistentiel eller 'ontologisk'²¹ *skyld* og *angst*; tilstande og følelser, som opstår, fordi mennesket svigter sig selv, negerer sin væren og lever et uautentisk liv²² (ibid. s.

21 'Ontologisk': det som vedrører menneskets væren.

22 Rollo May (1909-1994) ser således angst som et resultat af en ikke-grebet livsmulighed (May 1966).

38, 142). Ifølge eksistenspsykologien er der desuden en vigtig forbindelse mellem *stress og livsmening*, da stress er tæt forbundet med oplevelsen af engagement i livet (Boss 1994, i Jacobsen 2009). Derfor opstår der efter lettelse af en stressende opgave ofte tomhedsfølelse eller depression.

2.6.4 Eksistenspsykologiens terapeutiske relevans

I specialets indledning skriver jeg, at visse forandringer ”ryster os i vores grundvold og efterlader, som efter et jordskælv, dybe sprækker i vores liv og verden” (1.1). At et nærtstående menneske rammes af en livstruende sygdom er et eksempel på, at jorden åbner sig under os, så vi mister fornemmelsen af sikker grund under fødderne og må erkende, at verden ikke er som før. Vores grundlæggende opfattelse af verden er herpå under voldsom forandring, og disse forandringer afkræver os tid, plads og opmærksomhed for at vi kan lære at kende og leve med nye opfattelser af verden og os selv. Omvæltningerne repræsenterer således en mulighed for at genoverveje meningen med livet, og kriseforløbet menneskets vej til indsigt og udvikling.

Som terapeut er beskrivelsen af krisens forskellige dimensioner nyttig, fordi den giver et indblik i de følelsesmæssige og eksistentielle udfordringer, som pårørende til demensramte kan opleve. Derfor kan meningsgivende konstruktion gennem samtale og praksis være en vigtigt led i den helingsproces, som følger af krisen (Jacobsen 2009, s. 122), og rådet til den eksistentielt orienterede terapeut er i forlængelse heraf at forholde sig lyttende, med-værende og åben for at kunne spejle, rumme og bekræfte den kriseramtes oplevelser, samt at drøfte emner relateret til alle tabsniveauer.

2.7 Sorg

I dette afsnit præsenteres, med udgangspunkt i opfattelsen af oplevelser hos pårørende til demente som tabs- og sorgrelaterede²³, væsentlige teorier indenfor sorgforskningen med vægt på de seneste årtiers fund. Der er tale om introduktioner, som tilsammen skal give et indblik dels i sorgens forskellige udtryksformer og dels i nogle af de relevante forståelsesrammer, der i de disse år præger forskning i emnet.

2.7.1 Hvad er sorg?

Blandt flere mulige definitioner af begrebet *sorg* vælger jeg her at citere GIM-terapeuten Barbara Smith, hvis udsagn også findes i lignende varianter hos senere omtalte sorgteoretikere:

"Sorg er den naturlige, normale og nødvendige proces, gennem hvilken mennesker tilpasser sig tab." (Smith 1997, s. 3, min oversættelse).

At tab følges af sorg, og at sorg udgør en proces, hersker der således en udstrakt enighed om; hvori

²³ Jf. 2.3.1.

denne proces består, er der til gengæld ikke videnskabelig konsensus om, og jeg vil derfor i de følgende afsnit udlægge forskellige teoretikers bud på emnet, idet jeg både undervejs og i den senere sammenfatning (2.9) fremhæver nogle væsentlige indbyrdes forskelle og ligheder.

2.7.2 Sorgen som arbejde og opgave

2.7.2.1 Sorgarbejdet

Freuds udgivelse af *Trauer und Melancholië* (1917) har i det seneste århundrede udgjort grundlaget for den udbredte opfattelse af menneskets tabs- og sorgoplevelser som et psykisk krævende *sorgarbejde*, hvilket størstedelen af al senere sorgforskning bygger på (Freud 1917, i Worden 2001). Både hos Freud og senere Lindemann²⁴ tilstræbes det desuden at skabe en differentiering mellem normale og patologiske sorgreaktioner (Lindemann 1944, i Davidsen-Nielsen & Leick 2003), hvilket ligeledes har skabt grundlag for senere teoretikers forskning i forekomster af forskellige typer sorgprocesser.²⁵

2.7.2.2 Sorgens opgaver

W. Wordens forståelse af sorgen som en proces bestående af en række *sorgopgaver*, der må udføres af den tabsramte, har siden udgivelsen af *Grief Counselling and Grief Therapy* i 1983 opnået vid udbredelse. Udførelse af sorgopgaverne udgør således et væsentligt grundlag for de anbefalinger, som psykoterapeuterne Davidsen-Nielsen & Leick fremsætter i deres hyppigt citerede bog, *Den nødvendige smerte* (2003), og Wordens opgavemodell er også et element i sorgforskningen hos Stroebe & Schut (Stroebe & Schut 1999, i Elklit & O'Connor 2004)²⁶. Sorgopgaver skal derfor kort nævnes her:

1. at erkende tabets virkelighed
2. at arbejde sig igennem sorgens smerte
3. at tilpasse sig et liv uden afdøde
4. at finde en ny følelsesmæssig placering af afdøde og komme videre i livet

(Worden 2001, s. 27ff, min oversættelse)

2.7.2.3 Andre syn på sorgprocessen

Både Freuds opfattelse af sorgarbejdet, den skarpe skelnen mellem normale og unormale sorgreaktioner og Wordens opgavemodell, samt kliniske anvendelser heraf, er blevet kritiseret for at kræve, at efterladte endegyldigt må *adskille* sig fra afdøde for at gå videre i livet (Elklit & O'Connor 2003). Disse krav modsiges af kliniske erfaringer indenfor bl.a. narrativ sorgterapi, hvor det

24 Erich Lindemann (1900-1974): tysk-amerikansk psykolog

25 I bilag 5 findes en kommenteret oversigt over forskellige former for patologisk/kompliceret sorg.

26 Se 2.7.3.

traditionelle fokus på *afsked* med afdøde erstattes af bestræbelser på at *genskabe* det følelsesmæssige bånd. Målet er at give efterladte mulighed for at 'genindlemme' (White²⁷ 2006, s. 49) dele af deres selvoplevelse, som udsprang eller havde hjemme i relationen til afdøde, og som de kan opleve at miste som led i arbejdet med intrapsykisk adskillelse fra den elskede, som ifølge White ofte er årsag til 'patologiske' sorgreaktioner (ibid.).

Worden understreger dog i 3. udgave af *Grief Counselling and Grief Therapy* (2001), at sorgopgaverne kan løses både lineært, cyklisk, enkeltvist og samtidigt. Sorgen ses dermed som en individuel proces indeholdende nødvendige delprocesser, og opgavemodellens vigtigste aspekt er ikke afsked, men at *at elske andre*, levende mennesker igen (ibid., s. 37).

2.7.3 Sorgens to spor

De hollandske forskere M. & W. Stroebe og H. Schut har bidraget betydeligt til nyere sorgforskning og har i samarbejde med endnu en sorgforsker udgivet *Handbook of Bereavement Research* (Hanson, Schut & Stroebe 2001). Dette afsnit bygger dog på 2 artikler af Elklit & O'Connor (2004). Stroebe & Schut relaterer menneskets tilknytning²⁸ til tabsreaktioner ved at tillægge den enkeltes tilknytningsstil betydning for måden *at mestre sorgen* på. Mestringsbegrebet spiller således en central rolle i denne opfattelse af sorgprocessen, hvor bestemte mestringsstrategier sammenkædes med bestemte tilknytningsformer og indikerer bestemte udviklingspotentialer, interventionsområder og sandsynlige komplikationer (ibid.).

Et andet bidrag til forståelsen af sorg er '*to-sporsmodellen*', som beskriver den sunde sorgreaktion som en kontinuerlig vekselvirkning mellem to forskellige måder at opleve tabet på, der begge er afgørende for en konstruktiv sorgproces:

1. *Det tabsorienterede spor* - hvor man erkender tabets endelighed, oplever sorgens smerte og løbende forandrer det følelsesmæssige bånd til afdøde
2. *Genindfølelsessporet* - hvor man accepterer den ændrede virkelighed, 'holder fri' fra smerten og udvikler nye roller og relationer

(efter Stroebe & Schut 1999, i Elklit & O'Connor 2004, s. 6ff).

Stroebe & Schut relaterer som nævnt denne tese til teorier om forskellige tilknytningsformer. En afbalanceret proces gennem begge sorgspor må derfor antages at udspringe af sikker tilknytning hos den efterladte, som forventes at have gode muligheder for at gennemleve en ukompliceret sorgproces. En *usikker tilknytning* medfører derimod øget risiko for komplikationer, hvilket fremgår

27 Michael White (1948-2008): Australisk psykoterapeut, betragtes som grundlægger af den narrative terapi.

28 Tilknytningsstilen grundlægges gennem samspillet med den primære omsorgsperson i den tidlige barndom (Hansen et al. 2003); tilknytningens betydning for tab er tidligere beskrevet af Bowlby (1980, i Worden).

af nedenstående skema, hvori jeg har forsøgt at sammenfatte Stroebe & Schuts antagelser.

SKEMA I TILKNYTNING, MESTRING & SORG

(Efter Stroebe & Schut, i Elklit & O'Connor 2004)

Tilknytningsform	Mestringsstrategi	Udviklings-potentiale	Typisk komplikation	Foretrukket spor i sorgprocessen
Usikker-dependent	Emotionel	Handlingsorienteret mestring	Kronisk sorg	Det tabsorienterede spor
Usikker-afvisende	Handlingsorienteret	Emotionel mestring	Undgået sorg	Det genindførende spor
Usikker-ængstelig	Vekslen ml. voldsomme følelser og undgåelse	Behandling af PTSD ²⁹	PTSD	Det tabsorienterede spor

2.7.5 Foregribende sorg

Den amerikanske psykolog Therese Rando udgav i 2000 en bog om *foregribende sorg*³⁰. Hensigten med hendes og medforfatternes udforskning af fænomenet er at skabe klarhed og forståelse i den i disse år – bl.a. i forbindelse med demenssygdommens udbredelse – aktuelle debat om sorgprocesser i forbindelse med langvarig/livstruende sygdom (Fulton 2003). Jeg vil i de følgende afsnit fremlægge udvalgte aspekter af relevans for specialets empiriske og øvrige teoretiske indhold.

2.7.5.1 Definition

Begrebet *foregribende sorg* henviser til, at en mængde kritiske oplevelser finder sted hos alle involverede i et sygdomsforløb, og at disse har betydning for de pårørendes oplevelser af tab under og efter forløbet. Foregribende sorg er derfor ifølge Rando ”et tveægget sværd” (2000, s. 3), som kan være til både skade og gavn for de pårørende. Hendes definition på foregribende sorg er, at:

”Foregribende sorg er et fænomen, der spænder over processer med sorg, mestring, interaktion, planlægning og psykologisk reorganisering, som begynder delvist som reaktion på et igangværende tab af en elsket person og erkendelsen af tilknyttede tab i fortiden, nutiden og fremtiden. Det erkendes sjældent direkte, men en sand terapeutisk oplevelse af foregribende sorg kræver en vanskelig balance mellem de modsætningsfyldte krav om på samme tid at holde fast, give slip og komme nærmere på den døende patient.”

(Ibid., s. 29, min oversættelse).

²⁹ *Posttraumatisk stressforstyrrelse* (PTSD) konstateres iflg. ICD-10 og DSM IV ved tilstedeværelse af en eller flere stressorer samt kernesymptomerne invasion, undgåelse og hyper-arousal, som på baggrund af varighed og tidspunkt for indtræden kan diagnosticeres som *akut*, *kronisk* eller *forsinket* (Bjerg 2004).

³⁰ I mangel på officiel oversættelse af 'anticipatory mourning' til dansk har jeg valgt denne betegnelse.

2.7.5.2 Mestringsstrategier

Forsøg på at *mestre* udfordringer i forbindelse med sygdommen udgør ifølge Rando et af de primære elementer i pårørendes oplevelse af foregribende sorg og vil derfor blive inddraget i denne sammenhæng. Mestrings- eller *coping*begrebet er opstået indenfor stressforskningen, hvor Rando finder de problemfokuserede, emotionsfokuserede og vurderingsfokuserede mestringsstrategier, som aktiveres hos mennesker i krævende situationer. Beskrivelsen af disse strategier vil i dette og næste afsnit ledsages af mine overvejelser om anvendelsen hos pårørende til demente.

Den emotionsfokuserede strategi anvendes mest, når en særligt krævende livssituation vurderes ikke at kunne ændres, hvorfor mestringsforsøgene har som mål at mindske det oplevede følelsesmæssige pres og eventuelt finde en mening med situationen. Forsøgene består f.eks. i at distancere sig følelsesmæssigt, undgå situationen eller minimere dens betydning, at sammenligne med værre situationer, at dyrke motion eller meditation, at søge følelsesmæssig hjælp og se positive elementer i den negative situation. (Lazarus & Folkman 1984, i Rando 2000).

For pårørende til demente kan dette indebære at benægte sygdommens forværring, holde op med at besøge den demente, fokusere på andre pårørendes lidelser som sværere end ens egne, forsøge at kontrollere og skabe distance til egne følelser eller søge hjælp gennem meningsgivende samtaler og sammenhænge.

Den problemfokuserede strategi indebærer forsøg på at definere og løse problemer og ses ofte, når en situation vurderes at kunne ændres. Mestringsstrategien består således i at ændre forventnings- eller ambitionsniveau, at finde alternative tilfredsstillelsesmåder, at udvikle nye adfærdsmønstre og tilegne sig nye færdigheder. (Kahn et al. 1964, i Rando 2000).

For pårørende til demente kan det betyde, at man i erkendelse af den dementes nedadgående kognitive/funktionelle kapacitet beder andre om hjælp, flytter hjem til den demente, flytter den demente på plejehjem, tilrettelægger sit liv anderledes og tilpasser sine forventninger til den aktuelle situation.

Den vurderingsfokuserede strategi rummer forsøg på revurdere betydningen af en vanskelig livssituation ved at se mønstre i og finde en mening med den. Dette indebærer ofte en evaluering af ens hidtige livsmening, personlige overbevisning og nuværende engagement (Moos & Billings 1982, i Rando 2000).

For pårørende til demente kan denne vurderingsproces medføre en accept af sygdommen og alle dens implikationer, samt muligvis erkendelse og accept af andre grundlæggende livsvilkår.

2.7.5.3 *Antagelsesverden*

Et vigtigt element i Randos forståelse af foregribende sorg er menneskets *antagelsesverden*³¹ som en betegnelse for menneskets opfattelse af verden og sig selv på grundlag af alle hidtige livserfaringer (ibid. s. 8). De mange *forandrings- og tabsprocesser* under et sygdomsforløb indbærer, som tidligere pointeret af Jacobsen (2009) et stor mængde krav om tilpasning, forandring og reorganisering af et menneskets selv- og verdensopfattelse. Forandringerne og tabene sker hos pårørende til demente både på et intrapsykisk plan og et konkret plan, hvor den demente og den pårørende kan være fysisk til stede sammen, imens de begge lider under den dementes gradvise psykologiske og sociale død (Rando 2000, s. 69ff). For den pårørende er den dementes skiftende kognitive kapacitetsniveau, som det vil fremgå af empirien, en kilde til frustration, skyldfølelser og sorg.

At en dement person kun momentant genkender sin søn eller datter kan således vanskeliggøre en forandring eller reorganisering af den indre antagelsesverden; genkendelsen 'trækker' så at sige den pårørende tættere på den demente, samtidig med at vedkommende måske er i færd med at give slip på sin følelse af og forestilling om at have en levende og tilgængelig forælder.

2.7.5.4 *Tab af fortid, nutid og fremtid*

I forbindelse med forandringer i den pårørendes indre verden beskriver Rando, hvordan foregribende sorg er knyttet til pårørendes tidsmæssige tabsfokus:

Tab af fortid drejer sig f.eks. om fortidens *tabte muligheder* ('ting, der aldrig skete') og sammenligninger mellem den nuværende og tidligere tilstand.

Tab af nutid opleves ofte som frustration og sorg over det nedadgående funktionsniveau og dermed de dele af *den dementes personlighed*, der i færd med at forsvinde.

Tab af fremtid er ofte forbundet med erkendelsen af, at *håb og ønsker* for fremtiden på grund af sygdommen ikke kan indfries; usikkerhed over fremtiden er et udbredt aspekt herved.

Sorg over disse og andre tab vil ofte blive fortrængt bevidst/ubevidst af den pårørende, som søger at beskytte den syge ved at skjule negative følelser og at undlade at sørge for at kunne klare omsorgsarbejdet (Rando 2000, s. 54ff). At tage vare på sorgen er således en krævende arbejdsopgave (jf. 2.7.2), som forudsætter tilstrækkelige indre ressourcer hos den tabsramte.

31 Fra engelsk 'the assumptive world'

2.7.5.5 Angst og skyld

I Randos optik indebærer betydelige tab ofte traumatiske elementer, hvilket kædes sammen med forekomst af følelserne sorg, depression, angst, vrede og skyld. Jeg vil her kort omtale Randos udlægning af udtryk for *angst* og *skyld* i forbindelse med foregribende sorg, da disse er særligt relevante i den empiriske kontekst.

Angst

Angst er med Randos ord ”en central dynamisk faktor i, en iboende reaktion på og en kernemanifestation af traumatisering og tab under livstruende sygdom og forestående død” (ibid., s. 340). Typisk angstskabende elementer er magtesløshed, overvældende følelser, anvendte forsvarsmekanismer, separation og tanker om egen død (ibid.). Desuden indebærer alle former for angreb på ens antagelsesverden i sig selv en trussel om tab, som kan skabe utryghed og angst. Voldsom angst opstået af f.eks. indre konflikter er ofte svær at slippe; målet bliver her at reducere angsten og herefter håndtere tabet og følelserne så godt som muligt (2000, s. 339)³².

Skyld

Skyldfølelse forekommer iflg. Rando hyppigt hos pårørende og især de, der påtager sig rollen som omsorgsgivere, da omsorgsarbejdet ofte medfører ambivalente og negative følelser, udsprunget af de mange valg under et sygdomsforløb. Omsorgsgiverrollen skaber f.eks. grobund for skyldfølelse som reaktion på *vrede* over omsorgsarbejdets omkostninger for indre ressourcer og øvrige liv, som følge af valg på bekostning af den syges behov eller som følge af ønsket om den syges snarlige død. Skyldfølelser kan samtidig fungere som et forsvar mod følelser som netop *vrede* eller *sorg* og som et redskab til at bevare den tætte forbindelse til den syge.

Rando understreger nødvendigheden af at bevidstgøre og bearbejde skyldfølelser ved f.eks. at støtte den pårørende i at skelne mellem reel og uretmæssig skyld, revidere forventningerne til sig selv, respektere egne behov samt styrke positive aspekter ved forholdet til den syge som modvægt til de negative følelser, der naturligt og kontinuerligt opstår som led i foregribende sorg. (Ibid. s. 349ff).

2.7.5.6 Opsummering

Et langvarigt sygdomsforløb, som ofte ses ved demens, giver de pårørende mulighed for at erkende det forestående endelige tab, rumme sorgens følelser og gradvist tilpasse sig livet uden den demente, hvilket af Rando fremhæves som en væsentlig fordel ved foregribende sorg, som f.eks. pårørende til pludseligt omkomne trafikofre ikke oplever at have. Samtidig indebærer den foregribende sorg ofte en lang periode med omsorgsarbejde og psykisk belastning i kraft af de mange valg, forandringer og tab, som pårørende må forholde sig til. Denne tidsperiode rummer

³² Jf. forekomst/behandling af PTSD som kompliceret sorgreaktion, 2.7.3.

således både muligheden for og vanskeligheden ved at afbalancere modsætningsfyldte krav og behov, som er en del af definitionen på foregribende sorg, og som er hyppige kilder til bl.a. angst, skyld og overbelastning, der i sig selv ofte er forhindringer i en foregribende sorgproces.

En særligt krævende proces for pårørende til demente er den nedadgående, svingende kognitive funktionsevne, som kan gribe forstyrrende ind i konstruktive forandringsprocesser i den indre antagelsesverden, herunder tilpasningen til den gradvise, psykosociale død.

2.8 Frafald i sorggruppeterapi

Dette afsnit er baseret på en artikel af Piper et al. (2002) af tidlige tegn på frafald i

korttidsgruppeterapi som behandlingstilbud til mennesker med komplicerede sorgreaktioner.

Indholdet anvendes senere i den empiriske analyse af en case, som rummer et muligt frafald³³.

Artiklen beskriver en undersøgelse af 16 gruppeterapiforløb på 12 sessioner med fokus på enten støttende eller fortolkende interventioner. Frafaldsprocenten var i begge typer terapi på 23 %, idet definitionen på frafald var, at klienten deltog i mindre end 2/3 af forløbet og ikke fuldførte det.

Undersøgelsen rummede en prætest til afdækning af klienternes forudgående problematikker og personlighedstræk, samt posttests efter hver session og efter hver gennemført tredjedel af forløbet.

Posttestene bestod af spørgeskemaer, som omhandlede klienternes oplevelse af sig selv og hinanden og terapeutens oplevelse af klienterne.

Sammenligning af testresultater hos frafaldne og fuldførende klienterne viste ingen forskelle i prætesten, men derimod signifikante forskelle i postsessionstests og i den opsamlende test efter første tredjedel af forløbet. Disse viste, at de frafaldne klienter oplevede færre positive følelser allerede i første session, og at terapeutens oplevelse af disse klienter allerede tidligt i forløbet var mindre positiv, vurderet udfra spørgsmål om at være ”mindre tiltalende”, ”mindre ønskelig som ven” og som havende ”mindre betydning i gruppen” (ibid., s. 251, min oversættelse).

Forfatterens konklusion i forhold til første fund er, at det er nødvendigt for terapeuter i forløb som disse at være mere opmærksomme på fravær af positive følelser frem for at koncentrere sig om tilstedeværelse af negative følelser. Sorgterapeuter har ifølge Piper et al. tendens til at fokusere på, at klienter skal turde mærke sorgens smerte, ser derved ofte bort fra, at både positive og negative følelser har en konstruktiv, helende virkning i sorgprocessen. Som implikation for fremtidig praksis nævnes muligheden for at bede klienterne fortælle om positive oplevelser efter sessionen og/eller siden sidst for at stimulere positive følelser hos både frafaldende og fuldførende klienter.

33 Se afsnit 4.9

Som tentative konklusioner på andet fund, omhandlende terapeutens negative oplevelse af senere frafaldende klienter, fremfører forfatterne tre teser:

1. Terapeuten fornemmer en risiko for frafald hos klienten tidligt i forløbet.
2. Terapeutens negative modoverføringsfølelser medvirker til frafaldet ved at bevirke, at hun/han bevidst/ubevidst er med til at skubbe disse klienter ud i gruppens periferi; der bliver derfor tale om terapeuternes 'selvopfyldende profeti'.
3. Terapeuten vælger ved ustabilitet i gruppen at koncentrere sit arbejde om de fuldførende klienter, som forventes at opnå terapeutisk udbytte, og ikke om klienter, hvis mulighed for at få udbytte af forløbet virker mere usikker.

Disse årsagssammenhænge vil blive taget op i forbindelse med den senere case-analyse.

2.9 Sammenfatning og diskussion

Jeg har med denne præsentation af teoretiske perspektiver på krise, lidelse, livsmening, (foregribende) sorg og omsorg forsøgt at indkredse, hvilke *problematikker og behov*, der kan identificeres hos voksne børn af demente. Jeg mener med de nævnte perspektiver at have understøttet problemformuleringens tese om, at oplevelserne hos pårørende til demente overordnet kan betragtes som processer omhandlende *forandringer og tab*. Dette vil jeg nu uddybe en smule.

2.9.1 Sorgens samtidige processer

Rando (2000) beskriver, at foregribende sorg rummer modsatrettede processer i de pårørendes indre 'antagelsesverden' i form af samtidige forsøg på at *holde fast, give slip og komme tættere på* den syge. Denne dobbeltrettethed findes ligeledes hos Stroebe & Schut (2001, 1999; i Elklit & O'Connor 2004), der mener, at sorgprocessen rummer et tabsorienteret spor og et genindfølelæsspor, som den sørgende *i en kontinuerlig vekselvirkning* må befinde sig i for at gennemleve en konstruktiv og afbalanceret sorgproces. Jacobsen (2009) beskriver ikke specifikt sorgprocessen, men mener, at kriseprocesser rummer tab *på forskellige niveauer*, som alle må inddrages i en terapeutisk situation for at give den tabs- og kriseramte mulighed for at rumme sine følelser og overveje sin selvopfattelse og livsmening.

Jeg ser således hos de nævnte *en forståelse af sorgen som en overordnet proces bestående af forskellige, men ligeværdige delprocesser, hvis indbyrdes ambivalens er en naturlig og potentielt problematisk forudsætning*. Denne kræver indre ressourcer at gennemleve og kan involvere forskellige sorgreaktioner og sorgterapeutiske interventioner.

Det eksistentielle syn på de kriserelaterede *fysiske og psykiske tab* samt tab forbundet med *mening*

og *verdensbillede* (Jacobsen 2009, s. 112ff) er desuden beslægtet med oplevelser, der også beskrives som udbredte hos mennesker i foregribende sorg:

- *Tabet af den dementes personlighed*, der også betegnes som 'en psykosocial død' (Doka 2000 in Rando, s. 481) og som 'tab af personlighed' hos Almborg et al. (2000, s. 84).
- *Tabet af grundlæggende antagelser om verden*, som ifølge Rando er det centrale mål for den foregribende sorg, og som derfor udsættes for 'angreb' og mangfoldige tab relateret til både fortid, nutid og fremtid.

Tabet af dele af ens livsudfoldelse og selv (Jacobsen 2009) kan være forbundet med tabet af den dementes psyke og funktioner og et omfattende uformelt omsorgsarbejde (Horsted et al. 2007) samt dets konsekvenser for den pårørendes mulige livsudfoldelse, hvilket ofte medfører voldsomme skyldfølelser af enten reel eller 'uretmæssig' (Rando 2000, s. 31) og dermed neurotisk art (Yalom 1980, i Jacobsen 2009) eller eksistentiel/ontologisk art (Yalom 1980, May 1983, i Jacobsen 2009).

Tabet af dele af ens livsudfoldelse og selv er også et centralt element i den narrative sorgterapi, som i Whites (2006) udformning fokuserer på den efterladtes behov for at reintegrere dele af sig selv, der er gået tabt i forbindelse med afskeden med afdøde. Den narrative og eksistentielle tilgang til sorg- og kriseterapi kan derfor hypotetisk betragtes som en sammenføjning af de to sorgspor (jf. Stroebe & Schut), hvor hensigten med terapien er, at den sorgramte orienterer sig mod *tabet* for derigennem at kunne *føre sig selv ind i verden igen* med en umindsket selvopfattelse (Jacobsen 2009, s. 114) eller en udvidet selvfortælling (White 2006, s. 54) til følge. Dette vil blive taget op igen i specialets diskussionsdel.

2.9.2 At mestre og møde

Samlet understøtter den fremlagte teori som nævnt efter min vurdering specialets indledende tese om, at *forandringer og tab* kan udgøre en samlende betegnelse for såvel psykiske som praktiske udfordringer og tilpasningskrav hos pårørende til demente. Hvordan disse *mestres og mødes* vil i min optik³⁴ afhænge af såvel livssituation som -indstilling. Dette er søgt anskueliggjort dels gennem den eksistentielt funderede opfattelse af forskellige måder at møde lidelsen på (2.6.2) og dels i udlægningen af forskellige mestringsstrategier (2.7.5.2).

Om den pårørende således møder demenssygdommen med *kontrol* eller *dialog* eller tager imod den som en *gave* eller *grænsesituation* er et spørgsmål, som i lighed med anvendelsen af *emotions-*, *problem-* eller *vurderingsorienterede* mestringsstrategier vil blive taget op i diskussionskapitlet på baggrund af den kommende beskrivelse og analyse af specialets empiri.

34 Dvs. i forlængelse af min forforståelse (1.5) og terapeutiske tilgang (4.2.2)

Jeg vil dog forinden forsøgsvis sammenstille Randos og Jacobsens syn på menneskers tilgange til særligt krævende livssituationer:

SKEMA II MESTRINGSSTRATEGIER OG EKSISTENTIELLE MØDER

(efter Rando 2000 og Jacobsen 2009).

Mestringsstrategi	Formål	Indstilling til lidelsen	Formål
Emotionsfokuseret	lette følelsesmæssigt pres ved at aktivere forsvar	Kontrol	kontrollere sig selv og situationen (mestring)
Problemfokuseret	ændre betingelser og forventninger	Dialog	lære, hvad der skal til, for at leve med en dement mor
Vurderingsfokuseret	finde/revidere mening	Gave	tage imod muligheden for at ændre livsmening og selvopfattelse
Erkendelses- /eksistensfokuseret	Erkende/acceptere livets vilkår	Grænsesituation	acceptere sin skæbne

Jacobsen betragter alle mestringsstrategier som forsøg på at *kontrollere* lidelsen, idet han tager afstand fra den udbredte anvendelse af mestrings- /copingstrategier som en 'teknik', der kan 'isoleres' og ordineres kriseramte mennesker (Jacobsen 2009, s. 53). Dette kritiske standpunkt giver i mine øjne mening, da en sådan isolering risikerer at adskille *lidelsen* fra menneskets eksistentielle vilkår, og *tilgangen til lidelsen* fra menneskers øvrige livserfaring, livsmening og livsindstilling, hvilket naturligvis er problematisk ud fra såvel det eksistentielle som mit eget holistisk og psykodynamisk funderede synspunkt.³⁵

Jeg har derfor i ovenstående skema taget udgangspunkt i den oprindelige opfattelse af mestringsstrategierne som en *undersøgelse og beskrivelse* af menneskers forskellige spontane reaktioner på særligt krævende livssituationer (jf. Jacobsen 2009, s. 53; Bjerg 2004, s. 98); herved bliver det efter min mening muligt at sammenligne, men ikke sidestille, de tre mestringsstrategier med henholdsvis kontrollen, dialogen og gaven i den eksistentielle beskrivelse af menneskers reaktionsmåder. Det fjerde 'niveau' er dels den eksistentielle grænsesituation, dels min tilføjelse af en erkendelsesfokuseret strategi, hvorigennem personen kan antages at blive i stand til at inkludere eksistentielle aspekter og vilkår i sin tilgang til sin livssituation. Sammenligningen afspejles i problemformuleringens implicite tese om, at pårørende til demente i musikterapien skal have mulighed for både at *mestre* og *møde* de forandringer og tab, som livet med demente forældre medfører, for i sandhed at føle sig hjulpet heraf. Emnet vil som nævnt blive drøftet i diskussionen.

³⁵ Jf. min forforståelse (1.5) og terapeutiske tilgang (4.2.2)

3. RECEPTIV MUSIKTERAPI

3.1 Indhold og anvendte kilder

I redegørelsen for specialets andet teoretiske hovedemne vil jeg introducere den receptive musikterapi og derpå beskrive den receptive metode *the Bonny Method of Guided Imagery and Music* (BMGIM) samt den receptive gruppemusikterapi i form af *Group Music and Imagery* og et eksempel på receptiv sorgmusikterapi. Til disse formål inddrages tekster af musikterapeuten Tony Wigram, BMGIM-metodens grundlægger Helen Bonny, kunstterapeuten Joan Kellogg, musik- og GIM terapeuterne Denise Grocke, Lisa Summer, Francis Goldberg, Ken Bruscia, Lars Ole Bonde og Margareta Wärja, samt GIM- og psykoterapeuten Barbara Smith.

3.2 Introduktion til receptiv musikterapi

Den receptive musikterapi er en overordnet musikterapeutisk metode, som i sig selv rummer forskellige receptive metoder og teknikker, og som anvendes med forskellige alders- og klientgrupper. Den receptive musikterapi er bl.a. beskrevet i håndbogen *Receptive Methods in Music Therapy* (Grocke & Wigram 2007) og som et delelement i *Defining Music Therapy* (Bruscia 1998). Receptiv musikterapi kan med udgangspunkt i Bruscias definition af receptive musikoplevelser beskrives som lytning til levende eller indspillet musik med fokus på bestemte musikalske aspekter, hvor klientens respons på musikken tilrettelægges med et specifikt terapeutisk sigte, f.eks. at forbinde mennesker, fremkalde følelsesmæssige oplevelser og virke afspændende eller stimulerende (ibid.).

Musik og billeddannelse er således et område indenfor den receptive musikterapi, hvorimod GIM kan ses som en selvstændig metode indenfor den receptive musikpsykoterapi (Bruscia 1998; Goldberg 1995). I forlængelse heraf placeres GIM af Bruscia på det intensive praksisniveau, hvor musikterapien er et centralt element i et behandlingsforløb og det primære redskab til opnåelse af målsætningen, som er „betydelige forandringer i klientens nuværende situation“ (Bruscia 1998, s. 163, min oversættelse).

3.3 Guided Imagery and Music

3.3.1 Oprindelse³⁶

The Bonny Method of Guided Imagery and Music³⁷ blev skabt af musikterapeuten Helen Lindquist Bonny på baggrund af hendes erfaringer med at facilitere musikledsagede LSD-rejser på Maryland Psychiatric Research Center i 1960'erne og 1970'erne (Summer 1988). Efter LSD-forbuddet i 1972 udviklede Bonny en stoffri terapiform, hvor musikken erstattede den euforiserende virkning ved at stimulere indre billeddannelser i et let ændret bevidsthedsleje, opnået gennem afspænding (Bonde, Pedersen & Wigram 2001). Bonny sammensatte hermed en række forskellige programmer med klassisk kompositionsmusik til ledsagelse af klienternes indre rejser.

Blandt inspirationskilderne til den nye terapiform var bl.a. dybdepsykologien og forståelsen af psyken hos C. G. Jung (1875-1961), anvendelsen af symboltolkning hos H. Leuner (1918-1996), samt den humanistiske psykologi, som den bl.a. udformedes i Rogers' klient-centrerede terapi (Bonny 2002a) og Maslows begreb om højdepunkts-oplevelser m.m. (Goldberg 1995). Uddannelse af GIM terapeuter begyndte på 'Institute for Music and Consciousness', oprettet af Bonny i 1972, og er i dag en formaliseret videreuddannelse af terapeuter og andre indenfor nærliggende fagområder (Summer 1988). Samtidig er GIM og deraf inspirerede teknikker en fast bestanddel af musikterapeutuddannelser verden over (Summer 2002).

3.3.2 Anvendelse og tilgang

Bonnys udvikling af GIM tog udgangspunkt i individuel psykoterapi med selvrealisering og personlig vækst som mål (Bonny 1980, i Summer 1988, s. 8), og med tiden inkluderedes andre klientgrupper. Udfoldelsen af den indre emotionelle proces er det centrale element i den oprindelige udformning af BMGIM, hvor verbal interaktion og problemfokusering træder i baggrunden (ibid.). Bonny m.fl. har siden skabt modifikationer af GIM, som nu anvendes med mange områder, herunder selvudvikling, psykiatri og somatisk sygdom (Goldberg 1995; Bonde, Pedersen og Wigram 2001). Kriterierne for anvendelsen af GIM er ifølge Summer (1988), at klienten kan "anvende symbolsk tænkning, differentiere mellem symbolsk tænkning og virkeligheden, dele sin oplevelse med terapeuten, og opnå positiv vækst gennem GIM." (s. 35, min oversættelse). Bonny (2002a) tilføjer, at de bedste klienter er personer, som er "motiverede for behandling", og "hvis trossystem tillader en ny og innovativ tilgang" (s. 293, min oversættelse). GIM-terapeuten må derfor have et holistisk syn på mennesket, som kan rumme mulige transpersonlige oplevelser på

36 Afsnit 3.3.1 til 3.3.4.1 og 3.3.5 er skrevet på baggrund af en nøje bearbejdning og udvidelse af kap. 2 i pilotprojektet (Skou 2009, s. 10ff).

37 Fremover benævnt GIM

musikrejsen. Bonnys egen definition af GIM var ifølge Summer: „en teknik, der indebærer musiklytning i en afspændt tilstand for at fremkalde billeddannelse, symboler og/eller følelser med det formål at fremme kreativitet, selvindsigt og religiøs (spirituel) oplevelse.“ (Bonny & Tansill 1977, i Summer 1988, s. 8).

3.3.3 Sessionen

En klassisk GIM session består af fire dele, mens flere GIM terapeuter i dag anvender en femdelte strukturering af sessionen, hvor *tilbagevenden* udgør en samlet, selvstændig fase før postludiet (Bonde & Thomasen 2010):

1. *Præludium* eller forsamtale, hvor klienten med terapeutens hjælp vælger fokus og åbningsbillede for rejsen, og terapeuten forbereder induktionen og musikvalget
2. *Induktion*, en guidet afspænding, der fører til et dybere og mere afspændt bevidsthedsniveau og placerer klienten i det valgte åbningsbillede
3. *Musikrejse*, hvorunder klienten beretter om sin indre rejse, og terapeuten understøtter og uddyber oplevelsen af billeder, symboler, tanker, følelser og sansninger
4. *Tilbagevenden* fra rejsen er oftest guidet og inkluderer mandala-tegning
5. *Postludium* bruges til at fremhæve betydningsfulde oplevelser og symboler og relatere rejsens indhold til klientens liv (Bonny 2002a).

3.3.4 Musikkens rolle

3.3.4.1 Musikken som *co-terapeut* og *container*

Musikken fungerer i GIM som en *co-terapeut* (Bonde 2006), der på én gang agerer sikker 'container' og fremadgående kraft. Dette er med til at skabe effektive og "gensidigt støttende regressions- og modningsprocesser" (Bonny 2002a, s. 294, min oversættelse), idet musikkens dynamiske bevægelser sætter klienten i stand til at bevæge sig friere imellem forskellige bevidsthedslag (Goldberg 1995). I kraft af musikkens evne til at fremskynde psykiske integrationsprocesser, kan GIM muligvis skabe kortere terapeutiske forløb end andre terapiformer (ibid. s. 295).

At musikken samtidig har en funktion som *container* hænger sammen med D. W. Winnicotts udviklingspsykologiske begreb om forældrenes 'containment' af barnets følelser (Grocke & Wigram 2007, p. 49). Begrebet henviser til terapeutens mulighed for rumme og bære klientens følelser og derved skabe overskud og plads hos denne til at håndtere problematikker relateret hertil. (Hansen.

M. et al. 2003, s. 74). Indenfor musikterapien er forståelsen af musikken som container blevet anvendt bl.a. i de Backers (1993) beskrivelse af, hvordan musikterapeuten med sin musikalske rummelighed overfor klienternes musik giver dem oplevelsen af at voldsomme og kaotiske følelser bliver hørt og accepteret (ibid., s. 38ff). I forbindelse med receptiv musikterapi kan også nævnes begreberne *små* og *store containere*, som er et udtryk for musikkens udfordring af den rejsende gennem grader af kompleksitet og stemningsskift.

3.3.4.2 Stemningskategorier

Kate Hevners (1937) undersøgelse og kategorisering af den klassiske musiks forskellige følelsesudtryk førte til opstillingen af *the mood wheel. Stemningshjulet*, som det betegnes på dansk, anvendes i specialets empiriske undersøgelse af de valgte musikstykkers potentielle betydning for deltagerne oplevelse og udbytte af deres musikrejser. Stemningshjulet består i sin oprindelige udgave af otte forskellige følelseskategorier opstillet i cirkelform og placeret succesivt i relation til hinandens indbyrdes ligheder og forskelle (Hevner 1937, i Bonde 2009).³⁸

3.3.4.3 Intensitetsprofiler

En musikalsk intensitetsprofil er i denne sammenhæng en grafisk fremstilling af et musikstykkets varighed og lydstyrke. Grafen kan opstilles ved hjælp af et passende softwareprogram³⁹ og viser musikkens fortløbende volumen, som ifølge Bonde (2009, s. 213) er „det enkeltelement, der bedst kan repræsentere oplevet intensitet som dynamisk forløb“. Bestemmelsen af et musikstykkets intensitetsprofil afhænger dog ikke alene af volumen, men må i hvert tilfælde foretages på grundlag af forskellige musikalske elementer. Bonde opstiller tre forskellige intensitetsprofiler som hjælp til analyse af musikkens terapeutiske potentiale:

1. En *støttende* intensitetsprofil, som viser et jævnt fremadskridende musikalsk forløb.
 2. En *blandet støttende/udfordrende* intensitetsprofil, som viser et overordnet ensartet musikalsk forløb med et gradvist og forudsigeligt opbygget klimaks midt i af stykket.
 3. En *udfordrende* intensitetsprofil, som viser et ujævnt forløb med mange uforudsigelige skift.
- (Efter Bonde 2009, s. 212ff)

Placeringen af musikstykker i forhold til disse tre profiltyper kan angive, hvor støttende eller udfordrende musikken er (ibid.). De er derfor et muligt redskab til forberedende eller retrospektiv forståelse af musikkens anvendelse og virkning i GIM-sessioner.

³⁸ Se bilag 4

³⁹ Programmet anvendt i dette speciale er MIA: Music Imaging Analysis, udviklet af S. Rickman (2005, i Bonde 2007).

3.3.4.4 Musikalske rum

Musikterapeuten Margareta Wårja har på baggrund af sit GIM arbejde udviklet en receptiv musikterapeutisk teknik kaldet korte musikrejser (KMR), hvor et musikstykke af to til fem minutters varighed danner grundlag for en kort GIM-rejse med et støttende sigte (Wårja 2010). Hun har i denne forbindelse opstillet tre forskellige musikalske oplevelsesrum⁴⁰ som et redskab til udvælgelse og anvendelse af forskellige former for *støttende musik*.

1. *Det trygge rum* skabes af enkel og forudsigelig musik, som ikke kræver andet end klientens tillid til at følge med musikken.
2. *Det åbne rum* skabes af musik med flere temaer og stemmer og opfordrer klienten til at åbne lidt op og være nysgerrig overfor sig selv.
3. *Det udforskende rum* skabes af musik med lidt mere dynamik, kompleksitet og spænding, som skaber afsæt for mere forskelligartede oplevelser på rejsen.

(Efter Wårja 2010, s. 27).

Denne differentiering mellem forskellige støttende musikoplevelser viser, at selv små nuancer i musikken har betydning for klienternes oplevelser og udbytte af GIM-rejserne. Samtidig antyder den, hvor afgørende et nøje afstemt musikvalg er for at imødekomme klienternes behov og udviklingsmulighed.

3.3.5 Symbolik & fortolkning

Der er i GIM som klient-centreret terapiform vigtigt ikke nødvendigvis at anvende standardiserede symbolfortolkninger og istedet give plads til *deltagerens spontane associationer og personlige værdiladning* af rejsens elementer (Summer 1988). I forlængelse heraf kan nævnes Wigram & Grockes indkredsning af vigtige elementer i forbindelse med *verbal bearbejdning* af musikoplevelser i receptiv musikterapi som værende: aktiv lytning, spejling, parafrasering, åbne spørgsmål, udforskning og fokuserede spørgsmål, samt valgfrihed for klienten, tryghed ved tavshed, etablering, udvikling og opretholdelse af en terapeutisk tilstedeværelse og endelig afslutning af sessionen. (Ibid. s. 28ff).

Brugen af *mandalategninger*⁴¹ blev indført allerede ved de tidlige LSD-musikrejser (Bonny & Kellogg 2002). Dette skete i et samarbejde mellem Bonny og Kellogg, som i sin fortolkning af mandalerne inddrager betydningen af universelle symboler i former og farver. Kellogg et al. (1977) skriver således om farvernes symbolik, at alle farver kan have både positive og negative betydninger og må ses i relation til deres samlede kontekst, bestående af bl.a. formgivning, placering og den rejsendes køn (ibid.).

40 Wårjas egne betegnelser er: *det trygga rummet, det öppna rummet, det utforskanda rummet* (2010, s. 27).

41 En *mandala* er en cirkelformet tegning, hvis indhold opfattes som udtryk for Selvet (Kellogg 2001).

Selve *billeddannelsesprocessen* kan kortfattet beskrives som metaforiske udtryk for den rejsendes følelsesmæssige respons på musiklytningen (Bonde 2006; Goldberg 1995). I forlængelse heraf understreger Goldberg vigtigheden af at lade musikken følge klientens følelser, hvis disse ændrer sig pludseligt og i en grad, så den valgte musik ikke længere kan rumme dem (Goldberg 1995). De opståede indre metaforer eller billeder kan have utallige former, og Summer (1988) beskriver i denne forbindelse fire forskellige oplevelsesniveauer⁴²:

Det *abstrakte/æstetiske* niveau rummer visuelle og kinæstetiske oplevelser præget af skønhed, sanselighed, humoristiske og surelle elementer, som kan medvirke til problemløsning gennem nye perspektiver på eksisterende problematikker. Det *psykodynamiske* niveau består af direkte og symbolske udtryk for fortrængte minder og psykiske konflikter. Det *perinatale* niveau rummer somatiske og eksistentielle oplevelser af fysiske traumer, fødsel, død og genfødsel, og det *transpersonlige* niveau rummer mystiske og spirituelle oplevelser. Oplevelser på det sidstnævnte niveau forekommer sjældent i GIM og stort set aldrig på uguidede rejser i GrpGIM.

Summer understreger vigtigheden i at opfordre klienterne til at tage imod de oplevelsesniveauer og oplevelsestyper, som opstår spontant på rejserne. (Summer 1988, s. 27ff).

Wigram og Grocke (2007) anvender en mere ekklektisk opstilling af forskellige typer billeddannelser og andre reaktioner, som bl.a. kan være visuelle oplevelser, minder, følelser, ændret auditiv perception, associationer til musikken, arketypiske figurer og symbolske former. (Ibid., s. 134ff). I forlængelse heraf er det værd at nævne, at termen *billeddannelse*⁴³ betegner alle former for kognitive, sansemæssige, kropslige, åndelige og øvrige bevidsthedsmæssige oplevelser under musikrejsen.

3.4 Group Music and Imagery

Formålet med dette afsnit om Group Music and Imagery er at præsentere en mulig anvendelig forståelsesramme for den kommende empiriske undersøgelse. Lisa Summer har på baggrund af sit virke som GIM terapeut og mangeårige samarbejde med Bonny redigeret hendes bog "Music and Consciousness", samt medvirket i den anden store GIM-udgivelse fra samme år (Bruscia & Grocke 2002). Summers kapitel heri udgør et forsøg på at formulere generelle retningslinier for den receptive gruppemusikterapi og er grundlaget for dette afsnit.⁴⁴

42 Summers beskrivelse af oplevelsesniveauerne bygger på Stanislav Grof: *Realms of the Human Unconscious* (1976). Grof (f. 1931) er tjekkisk psykoanalytiker og igangsætter af de tidlige LSD-rejser, bl.a. i samarbejde med Bonny.

43 Benævnes også 'indre billeder', f.eks. hos Bonde & Thomasen (2010)

44 Et andet forsøg findes hos Grocke & Wigram (2007)

3.4.1 Baggrund og formål

Summers version af den receptive gruppemusikterapi tager afsæt i Bonnys udvikling af 'Group GIM' som et gruppeformat til brug ved workshops og introduktioner til BMGIM metoden for potentielle klienter og fagligt interesserede (Summer 2002 s. 298). I bestræbelse på at udvikle en selvstændig musikterapeutisk metode, som adskiller sig dels fra Bonnys oprindelige gruppeformat, som bestod af individuelle terapeutiske forløb i gruppe, og dels fra det dybdepsykologiske individuelle format, har Summer m.fl. givet denne form for receptiv gruppemusikterapi betegnelsen 'Group Music and Imagery'⁴⁵(GMI). I dette speciale anvendes dog betegnelsen GrpMI om dette gruppeformat, da den siden brugen hos Grocke & Wigram (2007) har været hyppigt anvendt. Hovedformålet med Summers distinktion er at understrege det gruppeterapeutiske aspekt i denne brug af GIM, hvor ikke kun musikken, men også gruppens dynamik og proces spiller en væsentlig rolle. Dette stiller særlige krav til terapeuten og forudsætter derfor iflg. Summer kvalifikationer hos gruppelederen svarende til afsluttet musikterapiuddannelse (ibid. s. 299).

3.4.2 Tre praksisniveauer

Summer (2002) beskriver tre forskellige praksisniveauer indenfor GrpMI med tilhørende formål, induktioner og anvendelse af musikalske og verbale teknikker. Disse elementer skaber tilsammen receptiv gruppemusikterapi-niveauer tilpasset forskellige målgrupper. Jeg vil her præsentere de tre praksisniveauer, som er det støttende, indsigtbefordrende og forandrende niveau.⁴⁶

3.4.2.1 Det støttende niveau

Støttende GrpMI er målrettet mennesker, som i kraft af fysiske/psykiske begrænsninger eller som deltagere i et korttidsterapiforløb har behov for en særligt struktureret terapiform. Fremgangsmåden på dette niveau kan desuden være grundlag eller opstartsfasen i et længerevarende eller mere dybdegående gruppemusikterapiforløb.

Vægten på det støttende niveau bør iflg. Summer lægges på dannelse af et positivt fælles fundament og derved på opbyggelse af tillid og fællesskab i gruppen. Den støttende GrpMI kræver derfor, at musikterapeuten gennem alle sessionens dele med sine interventioner holder deltagerens indre konfliktmateriale på afstand, indtil gruppen er i stand til at håndtere det konstruktivt, samt at musikterapeuten bestræber sig på at lade alle deltagere føle sig som en fuldbyrdig og central del af gruppen (Summer 2002 s. 300).

45 'Gruppe musik og billedannelse'

46 Eng.: *supportive, reeducative, and reconstructive level*. Oversættelsen heraf følger Bonde & Thomasen (2010), som mig bekendt indeholder eneste eksisterende udlægning af Summers GrpMI på dansk. Summer anfører iøvrigt Barbara Wheelers tre praksisniveauer som inspirationskilde til denne niveauinddeling (Summer 2002, s. 299).

Induktionen⁴⁷ og dens tilhørende åbningsbillede bør i forlængelse heraf frembringe støttende og styrkende oplevelser med positive og letforståelige indre billeder hos deltagerne og kan iflg. Summer bestå i deres indre associationer til positivt ladede begreber samt formulering eller tegning heraf. Musikken bør først og fremmest skabe en fælles æstetisk oplevelse, som på den ene side kan medvirke til styrkelse af gruppefølelsen gennem en 'musikalsk bundet fællesnævner' (ibid. s. 301, min oversættelse) og stimulere til både billeddannelse og følelsesmæssigt engagement og på den anden side modvirker fremkomsten af konfliktfyldt materiale. Summer anbefaler derfor anvendelse af musikstykker af 5 til 10 minutters varighed med begrænset dynamik, mange gentagelser og få stemmer. Barok, klassisk og let romantisk musik er mulige musikvalg på dette niveau, men musikken kan også være ikke-klassisk.

Som sidste led i et støttende gruppemusikterapisession fremhæver Summer postludiet som musikterapeutens mulighed for at uddybe og fastholde alle positive følelser. Dette kan f.eks. ske gennem musikalske udtryksformer såsom fælles sangskrivning, fællessang eller instrumental/vokal improvisation.

3.4.2.2 Det indsigtbefordrende niveau

Målet med indsigtbefordrende GrpMI er større selverkendelse hos deltagerne gennem øget bevidsthed om interpersonelle relationer. Det er dog afgørende, at det først sker, når gruppen har opnået et fællesskab med gensidig støtte, hvori problematikker kan rummes og bearbejdes. Induktionen/præludiet er nu blevet et rum, hvori deltagernes aktuelle oplevelser, følelser, konflikter og behov kommer til udtryk som udgangspunkt for musikrejsen. Summer anbefaler som indledning til musikrejsen på dette niveau brugen af dybe åndedræt, muskelafspænding og fokuserende teknikker. Hun mener, at netop denne type induktion er medvirkende til deltagernes mere forskellige billeddannelser, som på dette niveau bør kunne rummes og anvendes konstruktivt af gruppen både før, under og efter musikrejsen.

Musikken bør også på dette niveau danne grobund for æstetisk oplevelser, hvori deltagernes føler sig rummet. Summer anbefaler musikstykker med længere varighed og større kompleksitet end på det støttende niveau, uden dog at miste de genkendelige og repetitive musikalske elementer. Som anvendelig klassisk musik nævnes langsomme satser fra klassiske og romantiske symfonier og ekspositionsdele af førstesatser.

Postludiet består oftest af samtaler, hvori de enkeltes musikrejser danner udgangspunkt for fælles refleksion over repræsenterede temaer og konflikter. Musikterapeutens opgave er i denne forbindelse at opfordre deltagerne til at udtrykke reaktioner på hinandens oplevelser i gruppen som

⁴⁷ Summer nævner ikke *præludiet* i sin udlægning af Group Music and Imagery, men lader til muligvis at sideordne det med induktionen som én samlet opstartsfasen på gruppesessionen.

et middel til gensidig støtte, konfrontation og udvikling.

3.4.2.3 Det forandrende niveau

Det forandrende niveau anvendes kun i langvarige gruppeterapiforløb og er kun aktuelt, hvor deltagerne er i stand til at medvirke i dyberegående personligt arbejde med transformerende spirituelle, eksistentielle og transpersonlige oplevelser og erkendelser, som er målet på dette niveau. Induktionen er som den ovenfor nævnte, men med grundigere afspænding som middel til at nå et dybereliggende bevidsthedsleje. Den anvendte musik er kompleks og suggestiv og kan f.eks. bestå i tredje- og fjerdesatser fra romantiske symfonier. Postludiet er også her et forum for såvel støttende som konfronterende interaktioner mellem gruppemedlemmerne.

3.4.3 Sammenfatning

Den ovenstående præsentation af Summers udformning af GrpMI vidner om væsentlige forskelle mellem de tre niveauer, som skal forsøges tydeliggjort gennem følgende oversigt, hvor jeg har forsøgt at skelne mellem anbefalingerne om henholdsvis præludium, rejsefokus og induktion.

SKEMA III DE 3 GrpMI-NIVEAUER

(efter Summer 2002)

	<i>1. Støttende niveau</i>	<i>2. Indsigtsbefordrende niveau</i>	<i>3. Forandrende niveau</i>
Målgruppe	Personer med fysiske/psykiske begrænsninger. Korttidsterapi.	Personer med stabilt ego. Langtidsterapi. Institutionaliserede patienter.	Personer med god egostyrke. Langtidsterapi med stabil gruppe og dedikerede medlemmer..
Målsætning	Skabelse/opretholdelse af et tillidsfuldt fællesskab	Øget selverkendelse: rumme og bearbejde problematikker.	Dybdegående forandring, eksistential og spirituel bearbejdelse af problematikker.
Præludium	Støttende, styrkende oplevelser. Fokus på alles ligeværdige medlemskab af gruppen. Konfliktmateriale dæmpes.	Fokus på individuelle oplevelser, problematikker og behov	Fokus på individuelle oplevelser, problematikker og behov
Rejsefokus	Positive temaer	Aktuelle stemninger, relationer, livssituationer	Aktuelle processer
Induktion	Støttende, styrkende oplevelser	Afspænding. Fordybelse.	Dyb afspænding. Opnåelse af et dybere bevidsthedsleje
Billed-dannelse	Lineær, positiv og indbyrdes ensartet billeddannelse	Personlig og indbyrdes forskelligartet billeddannelse.	Alle billeddannelsestyper
Musikvalg	Vægt på æstetik. 5-10 min. Begrænset dynamik. Gentagelser. Få stemmer.	Æstetik, genkendelighed, gentagelse vigtig. Længere varighed. Øget kompleksitet.	Kompleks og længerevarende musik
Postludium	Fastholdelse af positive følelser. Musikalske udtryksformer.	Fælles refleksion og undersøgelse af musikrejserne. Støttende/konfronterende interaktion mellem deltagerne.	Fælles refleksion og undersøgelse af musikrejserne. Støttende/konfronterende interaktion mellem deltagerne.

Oversigten viser, hvordan de tre niveauer adskiller sig fra hinanden med hensyn til målgruppe, målsætning, rejsefokus, induktion og musik samt tilsigtet billeddannelse og anvendte verbale teknikker. Der er dog sammenfald i præludiets fokus på individuelle oplevelser, problematikker og behov samt postludiets vægt på deltagernes fælles refleksion og interaktion på 2. og 3. niveau. En terapigruppens forløb vil altid afhænge af de aktuelle deltagere og gruppedynamikker, og nogle grupper forbliver således på det støttende niveau, mens andre gruppers proces indenfor kort tid befinder sig på det indsigtbefordrende niveau. Summer understreger i denne forbindelse, at deltagere i gruppemusikterapi på alle niveauer kan opleve forandring og indsigt, samt at niveaubestemmelsen defineres af, og dermed er et udtryk for, terapeutens intentioner snarere end deltagernes faktiske udbytte af gruppeforløbet (ibid., s. 305).

Der flere træk ved Summers samlede udlægning af GrpMI, som adskiller den fra de klassiske BMGIM formater, hvilket som nævnt er Summers intention.

Det klassiske individuelle format giver således terapeuten mulighed for at tage udgangspunkt i en enkelt klients behov gennem alle verbale og musikalske interventioner. I GrpMI må terapeuten gennem alle sessionens dele istedet tage afsæt i gruppens samlede behov, bl.a. for at opretholde et positivt og stabilt interrelationelt fundament for det terapeutiske arbejde, som i de individuelle forløb sker på baggrund af relationen/alliancen mellem terapeut og klient. Bonnys oprindelige gruppeformat har i forlængelse heraf fokus på deltagernes individuelle proces og udbytte, hvorimod GrpMI har et andet og bredere sigte ved at inkludere og prioritere de gruppedynamiske aspekter i musikterapiens målsætning og udviklingsforløb.

3.5 Musikterapeutisk sorgarbejde

Barbara Smith beskriver i en artikel (1997) sit arbejde med mennesker med komplicerede sorgreaktioner⁴⁸, hvor GIM rejserne udgør forløsende vendepunkter i en fastlåst følelsesmæssig proces. Hendes tese på baggrund af dette arbejde er, at uforløst sorg ligger til grund for de fleste fysiske såvel som mentale problemer, som vi som mennesker søger hjælp til at løse. Påstanden underbygges af eksempler fra klinisk praksis med mennesker, som på grund af tidligere ubearbejdede tab nu lider under andre svære symptomer. Gennem anerkendelse og genoplevelse af sorgens følelser under musikrejser, og under samtaler i tilknytning hertil, bliver de sørgende i stand til at gå videre i livet som mere hele mennesker, idet de erkender og formår at (re)integrere vigtige sider af deres personlighed (ibid.).

48 Se bilag 5

3.5.1 Kliniske eksempler

Et eksempel på sorgterapi i gruppe er Smiths casebeskrivelse af en midaldrende mand, der efter sin søns død søger psykoterapeutisk hjælp, hvorved han under en musikrejse bliver opmærksom på betydningen af sin bedstefars død i mandens barndom. Tabet blev fortiet af familien, hvilket iflg. Smith resulterede i en 'frarøvet sorg', der først blev erkendt og forløst under musikrejsen mange år senere; med udvidet selvopfattelse og øget livsglæde hos manden til følge (ibid. s. 16ff).

I et andet eksempel på brugen af receptiv gruppeterapi med sorgramte, bliver deltagerne opfordret til at benytte rejsen til at lade den afdøde forære dem noget, som kan hjælpe dem videre i deres sorgproces. Til denne type rejse anvender Smith gerne Pachelbels *Canon i D* eller *Fantasia on Greensleeves* fra det klassiske BMGIM repertoire, idet hun understreger den generelle vigtighed af at anvende musik, som tilvejebringer oplevelser på en sådan måde, at klienten har de nødvendige ressourcer til at møde problemet eller udfordringen.

I et lignende eksempel fra individuel terapi bliver den rejsende ført ind i et åbningsbillede, hvor hun/han sidder på en bæk sammen med afdøde og kan udtrykke de tanker, følelser eller spørgsmål, hvorpå den anden person får lov til at svare. At krydse en bro eller betræde en ny sti er andre eksempler på åbningsbilleder, som iflg. Smith stimulerer deltagernes mod og evne til at komme videre i deres eget liv efter oplevelser af betydningsfulde tab (ibid. s. 7).

Smith benytter typisk denne type interventioner i tilfælde af kronisk akut sorg, hvor det ifølge Smith ofte er uforløste forhold, der besværliggør sorgprocessens udfoldelse og frugtbare forløb (ibid.). Samtidig pointerer hun, at de nævnte teknikker er relevante for alle typer sorgreaktioner.

3.5.2 GIM som redskab i forandringsprocesser

Smith skriver indledningsvist sin artikel, at "Død og forandring er de mest universelle livsoplevelser. Følgelig er tilpasningsprocessen, sorg, en uundgåelig del af livet (..) Hvordan man tilpasser sig de mangfoldige forandringer og tab igennem livet, er bestemmende for ens livskvalitet." (ibid., s. 1, min oversættelse). Hun understreger derpå sorgens afgørende betydning i denne tilpasningsproces med ordene: "Når vi ikke imødekommer en invitation til at sørge, modbygger vi heling og inviterer katastrofe." (Ibid. s. 2, min oversættelse).

Disse citater afspejler en opfattelse af livet og dets tab som værende præget og båret af forandringens kraft, og Smith fremhæver, at GIM metoden er et unikt og gavnligt redskab netop til at støtte mennesker i de tilpasnings- og forandringsprocesser, som deres tab afstedkommer. Jeg vil derfor afslutningsvist nævne nogle af Smiths argumenter for anvendelse af GIM i terapeutisk arbejde med sorgprocesser. Flere af disse er naturligt nok beslægtede med kapitlets indledende beskrivelse af GIM metoden.

- Det metaforiske sprog i GIM giver grafisk eller visuel information om, hvor og hvordan klienten 'sidder fast' i sin sorgproces.
- GIM-rejsen er non-verbal og har dermed mulighed for at gå udenom klientens kritiske tanker, som ellers kan øge følelsen af magtesløshed i en given situation.
- GIM-metoden skyder derfor ofte genvej til kernen i en given problematik ved at vise relevansen af tidligere oplevelser for klientens nuværende udfordringer.
- I kraft af, at metoden er klientcentreret og har klientens spontant frembragte materiale under rejsen som fokus, kan GIM fungere som 'en tryk container' i klientens arbejde med udfordrende materiale.
- GIM kan i forlængelse heraf være med til at finde indre styrker og ressourcer til erstatning af uhensigtsmæssige forsvar og som grundlag for den terapeutiske proces.
- Klientens symptomer og oplevede vanskeligheder kan i GIM blive til billeder, som hun/han kan interagere med, hvorved der kan ske en styrkelse af personens selvtillid.

(Smith 1997, s. 10ff).

3.6 Opsamling

Jeg har i dette kapitel fremstillet grundlæggende elementer i BMGIM og relaterede receptive gruppemusikterapeutiske metoder. Bonnys oprindelige metode er således blevet modificeret på forskellige måder og med forskellige hensigter, og relevante anvendelsesmåder er blevet lokaliseret:

- Den gruppedynamiske orientering og formålsbestemte differentiering mellem støttende, indsigtbefordrende og forandrende GrpMI (Summer)
- Den kliniske anvendelse af receptiv musikterapi som sorgterapi med vægt på musikrejsens mulighed for at afdække/udforske tab, samt på erkendelse af tabets betydning og styrkelse af livsmodet (Smith)

Desuden er forskellige måder at analysere og kategorisere den anvendte musik blevet præsenteret:

- Forskellige musikstykker som havende enten støttende, blandede eller udfordrende intensitetsprofiler som et udtryk for musikkens grad af støtte og udfordring (Bonde)
- Forskellige typer støttende musik, som skaber trygge, åbne eller udforskende rum (Wärja)
- Forskellige stemningskategorier som indikation på musikkens mængde og typer af stemningsskift (Hevner)

Disse anvendelses- og kategoriseringsmåder implementeres i analysen af det empiriske materiale og den efterfølgende diskussion.

4. EMPIRI

I dette kapitel beskrives rammerne for indsamling af det empiriske materiale samt den anvendte undersøgelsesmetode. Derpå præsenteres deltagerne, og musikterapiforløbet beskrives og analyseres med udgangspunkt i deltagernes fælles og individuelle oplevelser. Til slut uddrages enkeltdele til en nærmere analyse af aspekter, som har stået frem som særligt betydningsfulde for gruppens og/eller individernes proces.

4.1 Rekruttering

I januar 2010 sendte jeg e-mails om et forestående musikterapiforløb for pårørende til demente til en række demenskoordinatorer, til Alzheimerforeningen, Rigshospitalets Hukommelsesklinikk og Samvirkende Menighedsplejer⁴⁹. Jeg modtog én positiv tilbagemelding fra en demenskoordinator om en aktuel pårørendegruppe bestående af voksne børn af demente, samt et svar fra Hukommelsesklinikken om at måtte kontakte de pårørende partnere, som man på grund af begrænsede ressourcer ikke kunne tilbyde at hjælpe. Jeg tog imod demenskoordinatorens tilbud dels af tidsmæssige årsager, da tidsrammen for specialet som udgangspunkt var snæver, og dels fordi det gav mig mulighed for at arbejde med en ny klientgruppe, som potentielt kunne præsentere mig for andre oplevelser og problemstillinger end dem, jeg havde fået kendskab til under pilotprojektets musikterapiforløb (Skou 2009). Jeg sendte herpå tilbud om gruppemusikterapi til den omtalte pårørendegruppe, som bestod af fem voksne børn af demente, og fik fire tilsagn om deltagelse.

4.2 Rammer

4.2.1 Praktiske rammer

De tidsmæssige rammer for musikterapiforløbet var på forhånd fastlagt som 5 sessioner af 1½ times varighed. Hermed fulgtes både pilotprojektets empiriske rammer og specialevejlederens anbefalinger om det kortest mulige ansvarlige forløb for mennesker uden tidligere erfaring med BMGIM. Sessionerne blev udført med en uges mellemrum i marts 2010 og blev af hensyn til deltagernes arbejdsliv og forskellige aftenrutiner med deres demente forældre placeret på skiftende tidspunkter. Alle sessioner fandt sted på et plejecenter, hvor deltagerne i forvejen var vant til at være med pårørendegruppen, og de sad på komfortable lænestole under alle faser af sessionen.

⁴⁹ finder bl.a. besøgsvenner til demente

4.2.2 Terapeutiske rammer

Min terapeutiske tilgang til forløbet tog udgangspunkt dels i min indhentede viden om demens, Alzheimers sygdom og behov hos pårørende til demente, dels i tilegnet erfaring med og kendskab til *psykodynamisk teori* (bevidstgørelse af overføring og modoverføring, sammenhænge mellem person, tidligere oplevelser og livsbetingelser), *eksistentiel psykologi* (åbenhed for eksistentielle temaer såsom ensomhed, død, tab og meningsløshed), *narrativ terapi* (vægtning af muligheden for at omskrive sin egen livsfortælling) og endelig *klientcentreret terapi* (respekt for individets livssyn og levestrategier), som danner grundlag for hensigten om at indtage en *validerende* holdning til menneskers oplevelsesverden og følelsesmæssige virkelighed. Disse forskellige kilder til erfaring og inspiration kan samlet ses som et eklektisk fundament for musikterapeutisk arbejde med fokus på menneskets indre virkelighed og udviklingspotentiale.

Udgangspunktet for deltagernes tilslutning til gruppeforløbet var det skriftlige tilbud om musikterapi. Jeg nævner i dette tilbud, at mit speciale omhandler ”musikterapi som støtte til pårørende til demente i den krævende proces, som det er at have - og miste - en demensramt forælder.”⁵⁰ Derudover skriver jeg om den receptive gruppemusikterapi, at den er ”en mulighed for at få et anderledes *frirum* i en hverdag, som ofte rummer mange udfordringer og forandringer” og om musikken, at den ”er særligt velegnet til at skabe dette frirum, fordi den både kan *løfte én lidt ud af hverdagen* og samtidig kan *give nogle nye perspektiver på de problemer*, man møder der.”

Herved (kursiveret) fremhæver jeg min forståelse af de pårørendes behov primære behov som et behov for støtte, samt min forståelse af det musikalske frirum som både fristed og arbejdsrum⁵¹.

Dermed bliver det tentative terapeutiske mål for det kommende forløb:

- at yde støtte til deltagerne (I)
- at give deltagerne mulighed for at slappe af og slippe belastende bekymringer (II)
- at skabe plads til refleksioner og erkendelser omkring aktuelle problemstillinger (III)

Ved forløbets begyndelse underskrev deltagerne og jeg en gensidig aftale om deltagelse i samtlige sessioner, samt fra min side ansvarlig musikterapipraksis i henhold til etiske principper for medlemmer af musikterapeuternes landsklub. I forlængelse af mine tidligere erfaringer med musikterapipraksis var jeg især opmærksom på rækkevidden af egne kompetencer, supervisionsmuligheder, samt varsomhed ved anvendelse af metoder, som endnu ikke beherskes

50 Bilag 1

51 Jf. bilag 2 samt 1.6

fuldstændigt af musikterapeuten, hvortil i mit tilfælde hører BMGIM/GrpMI.⁵² Derudover var jeg naturligvis bevidst om gældende principper for tavshedspligt og fortrolighed i forbindelse med udførelse, anvendelse og offentliggørelse af musikterapien og dens resultater. Jeg har derfor også i dette speciale anonymiseret deltagerne gennem ændringer af personlige data og stednavne.

4.3 Sessionens elementer

4.3.1 Samtale og fokus

Præludiet rummer i hver session en runde, hvor deltagerne får mulighed for at tale om, hvordan de har det og har haft det siden sidst. Heraf opstår en indkredsning af sessionens tema, deltagernes behov og musikrejsens fokus. Valget af rejsefokus foretages i varierende grad af deltagerne gennem fælles samtale og af mig som musikterapeut på baggrund af deltagernes udsagn. Postludiet består hver gang i en opsamling samt en mere eller mindre dybdegående udforskning af deltagernes udbytte af rejsen. Disse samtaler tager som oftest udgangspunkt i de netop udførte tegninger.

4.3.2 Afspænding og åbningsbillede

Som afspændingsteknik vælger jeg at benytte en kombination af fordybelse, visuel fokusering og progressiv gennemgang af kroppen: Tre dybe åndedræt efterfulgt af visualisering af en lyskugle af valgfri farve over issen, hvorfra lys strømmer ned over kroppen, som kropsdel for kropsdel nævnes fra hoved til fod. Denne teknik har jeg tidligere positiv erfaring med at anvende både som rejsende og guide, og det er min oplevelse, at:

- de indledende åndedræt skaber øget kropsfornemmelse og tilstedeværelse
- det visualiserede lys åbner bevidstheden for nye sanseindtryk og impulser, herunder billeddannelse
- den progressive fokusering på alle kroppens dele skaber fysisk afspænding og frembringer en tilstand af parathed, restituering og fornyet energi

Afspændingen gentages med små variationer i alle sessioner og efterfølges af deltagernes indføring i et *åbningsbillede*, som danner udgangspunkt for deres videre rejse, og som formuleres af mig som musikterapeut og guide på baggrund af deltagernes aktuelle behov og fokus for musikrejsen.

⁵² Jeg har gennemgået de to første dele af GIM-terapeut uddannelsen, (GIM I og II), men ikke den sidste, omfattende del (GIM III).

4.3.3 Musikvalg

Mine valg af musik til rejserne er i hele forløbet baseret på en samling af musikstykker i og udenfor de eksisterende GIM programmer⁵³. Mine kriterier for udvælgelse er dels, at de har en varighed på to til ti minutter, og dels at musikken virker *omsorgsfuld* eller beskrevet med andre ord: støttende, rummende og til en vis grad følelses- og billeddannelsesstimulerende. Disse udvælgelseskriterier er baseret på Summers beskrivelse af det støttende og indsigtbefordrende GrpMI-niveau, på rammerne for guidens kompetencer på de første dele af GIM uddannelsen samt, i forlængelse heraf, med hensyntagen til varsomheden ved brug af metoder, som muskiterapeuten ikke mestrer til fulde. Udover musik fra GIM programmerne *Caring, Nurturing, Pastorale, Quiet Music, Explorations og Imagery* anvendes musiksamlingen 'Magic Small Containers', udvalgt af den svenske GIM terapeut Dag Körlin, samt albummet 'Songs From A Secret Garden' med den norske duo Secret Garden. Med undtagelse af 2 musikstykker⁵⁴ har jeg tidligere erfaring med at anvende de 7 udvalgte musikstykker som guide eller rejsende i GIM.

4.3.4 Tegning

I alle sessioner efterfølges musikrejsen af en guidet tilbagevenden til gruppen og 5-10 minutters tegning af rejseoplevelsens væsentligste elementer. Deltagerne kan vælge at benytte et tomt papirark eller et ark med indtegnet mandalacirkel samt forskellige typer farvekridt, farveblyanter og tusser i en bred variation af farver. Jeg omtaler mandalategningerne som 'tegninger' i den kommende beskrivelse og analyse af empirien, bl.a. som en konsekvens af, at flere deltagere vælger at benytte papirark uden mandalacirkel.

4.4 Undersøgelsesmetode

Undersøgelsen af den udførte musikterapi er baseret på forskellige typer empirisk materiale:

1. Transskriptioner af sessionerne (bilag 6)
2. De 7 anvendte musikstykker (skema V)
3. Deltagernes tegninger af deres rejseoplevelser (skema VI)
4. Det skriftlige tilbud til deltagerne om receptiv gruppemusikterapi (bilag 1)
5. Deltagernes mundtlige udsagn om deres udbytte af de enkelte sessioner (skema VII)

Der er tale om kvalitative data, som danner grundlag for en hermeneutisk fortolkning og analyse. En del af disse data præsenteres i narrativ form, hvor fokus er på formgivning, kontekstualisering og integritet. At konstruere narrativer kan ifølge Kenny betragtes som en hermeneutisk aktivitet i

53 Bilag 7

54 Einaudi: 'I Giorno' fra 'Magic small containers'; Secret Garden: 'Song from a Secret Garden'

kraft af de implicit/eksplicit fortolkende valg i konstruktionen og er derfor et anvendeligt redskab i kvalitative musikterapeutiske undersøgelser (Kenny 2005, s. 420). Som opsamling på de indledende beskrivelser af deltagerne og forløbet præsenteres en række skematiske oversigter, som har til hensigt at anskueliggøre, hvilke forskellige og sammenlignelige data, der er indeholdt i materialet. Deltagernes udsagn om deres udbytte af de enkelte sessioner er en central del af undersøgelsen og danner sammen med de øvrige skemaer grundlag for beskrivelse, sammenfatning og analyse af *gruppens forløb*, den sammenfattende fortolkning af *deltagernes individuelle udbytte* samt en *'negativ case'*, hvori jeg foretager en mere indgående analyse og fortolkning af udvalgte dele af musikterapiforløbet⁵⁵.

Musikterapeuterne Smeijsters og Aagaard definerer en case som ”a particular thing with functioning parts that is differentiated from its environment by boundaries and unfolds in the present” (Smeijsters & Aagaard 2005, s. 440), hvilket gør sig gældende både for gruppemusikterapien og den omtalt enkelt-case. Samtidig er det væsentligt at nævne, at jeg ikke har til hensigt at udføre egentlig case studie forskning og følgelig ikke inkorporerer elementer som udtømmende analyse, peer review og deltagerverificering.

4.5 Præsentation af deltagerne

De fire deltagere er alle eneste pårørende, som er regelmæssigt og aktivt engageret i omsorgen for den demente har alle søskende, der bor længere væk, imens de selv bor tæt på den demente. Deltagernes mødre er fra 70 til 90 år gamle og har Alzheimers sygdom i forskellige stadier, mens deres fædre har været døde i en kortere eller længere årrække. Selv er de mellem 45 og 50 år.

4.5.1 Peter

Peter virker fra første færd tryk ved både gruppen og mig. Han fortæller i højt tempo om sin livshistorie, som rummer mange skift mellem forskellige arbejds- og levemåder, samt et overgreb i barndommen, som han ikke uddyber, men nævner som forklaring på sine livserfaringer og mulige kommende visualiseringer. Peter har desuden et barn og et barnebarn, som kun omtales i første session. Peter bor sammen med sin mor, som har været enke i 25 år og er let til moderat demensramt. Han valgte at flytte ind hos hende efter sygdommens frembrud for omkring 2 år siden og påbegyndte samtidig en videregående uddannelse for at kunne kombinere sit omsorgsarbejde for moren med noget andet, som han gør kun for sin egen skyld. Peter kalder det selv 'en meget, meget gunstig situation'. Han er efter eget udsagn åben og glad for musik og har en livlig fantasi, som altid har fyldt meget. Hans mål med deltagelsen er at opleve *understøttelse*.

55 'Negativ case' anvendes her som betegnelse for et ufuldendt forløb. Begrebet kan generelt siges at dække fund, der rummer afvigelser fra normen i det øvrige undersøgelsesmateriale

4.5.2 Anna

Anna virker belastet og taler flere gange på grådens rand, imens hun i første session fortæller om sin situation. Annas far døde for ca. 4 år siden efter få års demenssygdom, og hendes mor viste allerede dengang tidlige tegn på demens. Når Anna nævner sin *far*, lægger hun en særlig betoning på ordet. Anna bor i samme gade som sin mor og besøger hende hver dag. Hun har svært ved at sove om natten på grund af bekymring for moren og finder situationen stressende, også fordi alle morens øvrige familiemedlemmer og venner trækker sig. Anna er den eneste i gruppen, der har en ægtefælle samt børn og børnebørn, som hun har tæt kontakt med, men der er ikke ressourcer til så meget andet end moren, fortæller hun. Når Anna en sjælden gang holder fri fra omsorgsarbejdet og tager i sommerhus, forstyrres hun ofte af hjemmeplejens henvendelser vedrørende moren. Hun har et fuldtidsarbejde, som hun er glad for, men savner at kunne fokusere på andet end sin mor. Annas mål med at deltage i forløbet er at *koble af og fordybe sig* i noget og bare sidde og *slappe af* - 'det kunne være dejligt at prøve', bedyrer hun.

4.5.3 Ole

Ole er den yngste deltager, og hans mor, som har været enke i omkring 25 år, fik konstateret Alzheimers for cirka halvandet år siden. Hun er hjemmeboende, selvom hendes sygdom er støt fremadskridende, og Ole plages især om natten af bekymringer for hende. Han er eneste pårørende i Danmark, da moren er født i USA, hvor al hendes øvrige familie stadig bor; dog ikke Oles søster, som bor i Schweiz. Ole ser ikke sin mor i hverdagen, da han har et travlt arbejde, der inkluderer en del rejseaktivitet; i stedet ser han hende et par gange hver weekend. Ole fortæller, at man som pårørende til en Alzheimerpatient har brug for at lære at slappe af, fordi man spænder og stresser meget. På grund af udlandsrejserne kan han kun deltage i tre af de fem planlagte sessioner. Oles mål for forløbet er at *være mindre anspændt og slappe mere af*.

4.5.4 Marie

Marie bor også i samme gade som sin mor og besøger hende dagligt. Maries søskende og deres familier kommer ind imellem på besøg, men det er svært for dem at forstå såvel Maries som morens belastningsgrad, bl.a. fordi moren ofte liver gevaldigt op under disse besøg. Moren har været syg i ca. 2 år, og Marie har i denne periode taget sig af alle dagligdagens ærinder og kontakt til social- og sundhedsvæsenet. Hun har undervejs haft gavn af musiklytning og et kursus i 'mindfulness meditation'. Hun har tidligere haft en stress-relateret sygeorlov og virker en smule skrøbelig eller forsigtig. Maries mål for forløbet er at *slippe bekymringerne lidt og lære at slappe af*.

SKEMA IV DELTAGERNES MOTIVATION & MÅL

	Peter	Anna	Ole	Marie
Motivation for deltagelse	<i>Et tilbud til mig, dejligt</i>	<i>Dårlig søvn. Ikke ressourcer til andet, man gerne vil - aldrig fri uden at tænke på hende</i>	<i>Sover dårligt - vågner og spekulerer på, hvordan det mon skal gå</i>	<i>Det er anstrengende, som det er</i>
Mål med deltagelse (Behov)	<i>Understøttelse</i>	<i>Koble fra Bare sidde og slappe af At kunne fordybe sig</i>	<i>Være mindre anspændt Slappe mere af</i>	<i>Slippe bekymringer lidt Lære at slappe af</i>

4.6 Musikterapien: Gruppens forløb

4.6.1 Første session

Jeg tager imod deltagerne i et lille hyggeligt lokale. Der er gået nogle uger siden deres seneste månedlige møde i pårørendegruppen, og de virker glade for at se hinanden igen. Jeg byder velkommen, fortæller om sessionens form og indhold, og at den overordnet vil være ens under hele forløbet; og sætter derpå en struktureret samtale i gang med udgangspunkt i spørgsmål til de enkelte deltagere om deres livssituation og motivation og mål for deltagelse i forløbet. På baggrund heraf vælger jeg som fokus for den første musikrejse temaet *Mit eget sted*. Målet med dette fokus er at tilvejebringe oplevelser af *understøttelse, fravær af bekymringer, afslapning, afspænding, afkobling og fordybelse*, som er deltagerne erklærede mål med forløbet. Dette fokus forventes desuden at kunne give mig en fornemmelse af, om og hvordan de hver især finder indre støtte til deres personlige og forestående musikterapeutiske proces. Da jeg indleder induktionen med at bede deltagerne indstille sig på at skulle ud på en lille rejse, "hvor I ikke har nogen forpligtelser, eller noget som helst andet I skal, end bare at være lige her, lige nu"(..), mærker jeg et lydløst suk fra deltagerne som et sus af lettelse gå igennem rummet. Til rejsen vælger jeg *Secret Garden: Song From A Secret Garden* på grund af stykkets enkle, sekvenserede melodi og dens rolige tempo og langsomme udfoldelse, de mange gentagelser og få instrumentstemmer, som tilsammen har et omsorgsgivende og tryghedskabende potentiale. Efter musikrejsen beder jeg deltagerne vende tilbage til rummet og tegne de vigtigste elementer fra rejsen. Tegningerne viser, at rejsen har bragt alle deltagere hen til virkeligt eksisterende steder, hvor de har, og tidligere har haft, oplevelser af ro, indre tyngde, selvfordybelse, afbræk fra dagdagen, aleneværen og væren i naturen. Udbyttet af rejsen og sessionen formulerer de som *nærvær, sammenhæng, ro, koncentration, rum, frihed, afslapning og afkobling*.

4.6.2 Anden session

Først i sessionen minder jeg deltagerne om, at vi har fortrolighed i gruppen, og at jeg som musikerapeut har tavshedspligt. Jeg spørger, hvordan de har haft det siden sidst, og alle nævner en aktuel problematik opstået af deres mødres sygdom samt de forskellige måder, hvorpå de håndterer den: med udtryk for overbebyrdelse og skyldfølelse; med humor og insisteren; eller med afstemning af forventningerne til moren og sig selv. På Maries initiativ taler vi om usikkerheden omkring, hvordan det bliver, når mødrene er væk: et tomrum eller en lettelse? Under samtalen stiller jeg uddybende spørgsmål og giver bekræftende kommentarer og lader ellers deltagerne udveksle erfaringer og overvejelser omkring valg på mødrenes vegne. Især for Anna er valg af morens bopæl en kilde til stærke, modsatrettede følelser, hvilket er en grund til, at jeg som rejsefokus foreslår *Det, jeg gør, er godt nok*.

Hertil vælger jeg stykket *Vaughan-Williams: Fantasia on Greensleeves* på grund af dets blide instrumentering og spilleteknik samt den langsomme, ømme melodi, der modsvares af et mere aktivt, konfronterende 2. tema. Det første tema vækker, også i kraft af potentielle associationer til Greensleeves-sangteksten, bl.a. mulighed for følelser af tryghed, længsel og kærlighed, imens det andet tema kan stimulere andre typer indre billeddannelser og refleksioner. Rejsen vidner også i dag om, at alle deltagerne, på meget forskellige måder, har adgang til indre livsbekræftende oplevelser og minder, som findes enten alene i naturen, med familiemedlemmer eller med udsyn til en evigt brændende sol. Jeg opfordrer til at relatere oplevelserne til rejsefokus, og Anna og Peter udtrykker deres vidt forskellige oplevelser af muligheden for at gøre det 'godt nok'. Deltagernes udbytte af sessionen dels *at være og tale sammen med hinanden*, og dels at opleve indre *ro* og *kommen langt ned*, dels et *holdepunkt indeni*.

4.6.3 Tredje session

Sessionen påbegyndes igen med en 'siden sidst' runde. Under en deltagers beretning om ugens oplevelser med sin mor, stiller jeg spørgsmålet, "Hvad savner I mest ved jeres mor og jeres forhold?". Alle deltagernes svar handler om at kunne tale med moren, og om at hun ikke længere kan følge med i, hvad der sker i deres liv. Jeg spørger, om de kunne tænke sig at prøve at møde deres mødre på rejsen. Ideen vækker ulyst og undren, og jeg understreger, at dette er i orden, og spørger, hvad de i stedet kunne have brug for. Jeg kombinerer Maries og Peters udmeldinger og foreslår som fokus for rejsen *Åbenhed & Orientering*.

Musikken til rejsen er *Puccini: Humming Chorus* samt *Pachelbel: Canon*. Det første stykke vælges på grund af den blide koriske klang og det sparsomme akkompagnement, som bl.a. kan skabe grundlang for indadvendt søgen og støtte. Det andet stykke vælges på grund af dets, i den aktuelle

fremførelse, gennemstrukturerede kombination af harmoniske gentagelser og melodisk fremdrift og udfoldelse, som kan give konnotationer til oplevelser af både sbekræftelse, udvikling og handling. Deltagernes rejser er meget forskellige og rummer oplevelser af alternativ kontakt, engles fremkomst og hos Anna morens uønskede tilstedeværelse. Sessionsudbyttet spænder følgende fra *kontakt over rum til at være her, fred, harmoni og glæde til en masse tanker.*

4.6.4 Fjerde session

Kun Ole og Peter dukker op til forløbets næstsidste session. Anna har meldt afbud, fordi hun skulle noget andet⁵⁶, og Marie er blevet hjemme på grund af hovedpine (finder jeg senere ud af). Dette sætter på ny spørgsmålstejn ved forrige sessions indhold, men giver samtidig mulighed for øget fordybelse i samtalerne, hvor både deltagerne og jeg udtrykker os med flere ord og større åbenhed end tidligere. En aktuel konflikt i Peters studieliv, suppleret af Oles råd om håndtering heraf, bliver hurtigt centrum i præludiets samtale om indflydelsen af mødrenes sygdom på de to deltagers levemåde og livsindstilling.

Rejsens fokus vælges på baggrund heraf og formuleres ved fælles hjælp som *At stå fast og holde fast i det gode i mit liv.* Jeg vælger musikstykkerne *Einaudi: I Giorno* samt *Bach: Air*, som bl.a. kan repræsentere henholdsvis fremadrettethed og falden til ro.

Musikrejsen kredser for begges vedkommende, omend på ganske forskellige måder, omkring oplevelsen af en oprindelig eller uberørt natur og af at møde deres mor i en nutidig kontekst. Deres udbytte af sessionen formuleres henholdsvis som *at vende tilbage til en tilstand, til mig selv* og som *perspektiv på problemer, framing, proportionering.*

4.6.5 Femte session

Den afsluttende session bærer fra første færd præg af en åben og munter stemning i gruppen. Anna melder afbud umiddelbart inden sessionen, fordi hendes mor skal tilses af en vagtlæge, mens de tre resterende deltagere alle har haft positive oplevelser med deres mødre siden sidst, herunder oplevelsen af at tage positivt imod svære oplevelser med dem. I mig selv mærker jeg både opstemthed og øget koncentration og tilstedeværelse ved bevidstheden om at afslutte forløbet. Jeg spørger, hvad deltagerne har brug for at opleve på forløbets sidste rejse, og præludiet udvikler sig herpå til en længere samtale, hvor Ole og Peter taler om deres hidtidige udbytte af musikterapien, og alle deltager engageret, opsatte på at finde ord, som kan udtrykke deres nuværende behov: *Ro, accept og tillid* bliver den fælles formulering af fokus for rejsen. Jeg vælger hertil *Haydn: Cello Concerto in C, Adagio* på grund af stykkets maleriske melodi og varme

⁵⁶ Der har siden sidst været e-mail-korrespondance om evt. at flytte tidspunktet for denne session, og Anna har i den forbindelse lavet en anden aftale på det hidtil aftalte mødetidspunkt.

instrumentalklang samt dets overordnede, understøttende stemning og struktur.

Deltagernes rejser bringer oplevelser af henholdsvis fremtidshåb, en fornemmelse af forår og et minde om barndommens ro og tillid med sig. De udtrykker alle tilfredshed og glæde ved deres oplevelser og går over til at reflektere over deres tegninger fra hele musikterapiforløbet. Deres udbytte af dagens session spænder fra *egentlighed, autentisk, et fremtidsbillede, over temaet klingede helt rent og virkede meget meningsfuldt for mig, og til et lille stykke videre måske på vej mod accept eller forligelse.*

4.7 Gruppens forløb: sammenfatning og analyse

Jeg vil på de følgende sider fremlægge gennemgående og atypiske træk ved udvalgte empiriske aspekter: gruppedeltagernes rejseoplevelser, åbningsbillederne, den anvendte musik, terapeutens forholdemåder og verbale interventioner, samt deltagernes udbytte af de enkelte sessioner.

Disse elementer præsenteres ved hjælp af tre skematiske oversigter⁵⁷ - to først og ét sidst i afsnittet - og ledsages af refleksioner over indbyrdes sammenhænge, hvorfor dette afsnit rummer både sammenfatning og analyse af gruppens forløb. Gruppens samtaletemaer behandles ikke særskilt, men indgår i analyserne af de nævnte empiriske aspekter. I hele afsnittet, og fremover i specialet, anvendes deltagernavnets forbogstav, sessionstal samt side- og linienummer (f.eks. P1, 6/1) ved citering fra og henvisning til sessionstranskriptionerne (bilag 8). Hvor navn og session allerede er nævnt, henvises blot til sidetal og linienummer.

⁵⁷ Dog ikke terapeutiske forholdemåder og verbale interventioner, som beskrives i afsnit 4.7.3

4.7.1 Oversigter

Det første skema er en oversigt over musikterapiforløbet, som viser dels fokus, åbningsbilleder og musikvalg for rejserne i de enkelte sessioner, dels musikkens varigheder og min placering af den i forhold til Hevners stemningskategorier, Bondes intensitetsprofiler og Wårjas musikalske rum.

SKEMA V REJSEFOCI, ÅBNINGSBILLEDER & MUSIK

	1	2	3	4	5
Fokus	<i>Mit eget sted</i>	<i>Det, jeg gør, er godt nok</i>	<i>Åbenhed & Orientering</i>	<i>At stå fast og holde fast i det gode i mit liv</i>	<i>Ro, accept og tillid</i>
Åbningsbillede	”dit helt eget sted, hvor der er plads til dig”	”en eng...(hvor der) snor sig en sti, som du går på”	”et sted, du har lyst til at være, og hvor alt kan ske”	”du står ved et vandfald”	”en have, hvor du er, og som er din”
Musik	Secret Garden: <i>Song from a secret garden</i>	Vaughan-Williams: <i>Fantasia on Greensleeves</i>	Puccini: <i>Humming Chorus</i> Pachelbel: <i>Canon</i>	Einaudi: <i>I Giorni</i> Bach: <i>Air</i>	Haydn: <i>Cello Concerto in C, Adagio</i>
Varighed	03:35:00	04:50:00	07:52:00 (ialt)	08:13:00 (ialt)	09:42:00
Stemnings-kategori	(3) Længselsfuld (4) Lyrisk	(3) Sentimental (4) Lyrisk (5) Fantasifuld	Puccini: (3) Blød (4) Rolig Pachelbel: (3) Sentimental (4) Mild (5) Livlig	Einaudi: (3) Drømmende (6) Glad Bach: (1) Værdig (2) Sørgmodig (4) Rolig	(3) Blød (4) Lyrisk
Intensitets-profil	Støttende	Blandet	Puccini: Støttende Pachelbel: Støttende	Einaudi: Blandet Bach: Støttende	Støttende
Musikalsk rum	Det åbne rum	Det udforskende rum	Puccini: Det trygge rum Pachelbel: Det åbne rum	Einaudi: Det udforskende rum Bach: Det udforskende rum	Det udforskende rum

Det næste skema har til formål at vise indholdet i deltageres musikrejser med udgangspunkt i tegningernes titel og/eller konkrete indhold. I en del tilfælde sørgede jeg desværre ikke for at bede deltagerne formulere en titel. Derfor gælder følgende: I kursiv står tegningernes titler. I anførselstegn står deltagerens egne kommentarer, som skrevet på tegningen. I parentes står tegningernes, ifølge deltagerens egne udsagn, mest fremtrædende indhold. En streg betyder, at vedkommende ikke var tilstede i den pågældende session. I sidste kolonne opsummeres væsentlige fællestræk og forskelle i tegningernes/rejsernes indhold, baseret på min forståelse af deltageres øvrige udsagn i sessionerne.

SKEMA VI TEGNINGERNES TITEL/INDHOLD; FÆLLESTRÆK OG FORSKELLE

Session & fokus	Peter	Marie	Ole	Anna	Kommentarer
1 Mit eget sted	<i>Rejse fra krav til indre tyngde</i>	<i>Frihed Lykke</i>	<i>Svensk skov</i>	<i>Mit sommerhus</i>	Alle har et sted at søge hen og lade op i sig selv; alene i naturen og/eller med betydningsfulde personer
2 Det, jeg gør, er godt nok	(Konstant, hvid sol på orange himmel).	(Alene ved Vesterhavet)	-	(Anna, børn og børnebørn)	Alle finder bekræftelse; alene i naturen og/eller med betydningsfulde personer
3 Åbenhed & Orientering	'Det er kanaler. De har ingen ende. Man finder dem'	(Mormor. Luften fyldt af engle)	-	Ingen tegning. (En håbet fælles rejse. Mor en blanding af før og nu. Noget rod)	Alternativ kontakt (P) Tryghed, talstærke hjælpere (M) Mistet håb, mor som hun var og er, indre rod (A)
4 At stå fast og holde fast i det gode i mit liv	<i>Ud af mørket</i> 'Relationelt'	-	<i>Vandfald</i>	-	Begge: Alene & sammen med mor. Oprindelighed. Forskelle: Inde i og udenfor bjerget (P) Udenfor, betragter klipper (O)
5 Ro, accept og tillid	<i>Haven</i>	(Barndomshaven)	<i>Bøgeskov</i>	-	Fremtidshåb (P) Barndomsminde (M) Forår (O) Alle finder håb - fokus på fremtid, nutid eller fortid

4.7.2 Billeddannelsen og de induktive og musikalske interventioner

Analysen viser, at alle fire deltagere i 1. session tilsyneladende er i stand til at opnå en indre tilstand af ro, og at det valgte fokus samt induktionen og musikken derfor har virket efter hensigten.

Musikkens stemningskategorier bestemmes som *længselsfuld og lyrisk*, og det musikalske rum som *det åbne rum*, hvorfor musikken kan stimulere deltagernes længsel efter og billeddannelse af en sådan indre tryk og rolig tilstand med de meget personlige forestillinger om det på nuværende tidspunkt mulige og ideelle 'eget sted'. Musikkens støttende intensitetsprofil lader til at kunne medvirke til udfoldelsen af dette tema, hvilket bekræftes af oversigten over rejseindhold med betydelige fællestræk i deltagernes oplevelser, som udover det i skemaet nævnte rummer et ”stille og fredeligt” sted i en skov på ”en forårs- eller sommerdag” (O, 9/38) og et ”afslappende” og ”dejligt” sommerhusophold (A, 7/26).

Rejseoplevelserne i 2. session kan samlet ses som kilder til indirekte bekræftelse af den sentens, der udgør rejsens fokus ('det, jeg gør, er godt nok') og også er en vigtig del af gruppens samtalefokus i sessionen, især for Anna (11/24, 18/2). Ca. midtvejs skifter musikkens stemning brat fra fortrinsvis *sentimental* og *lyrisk* til mere *fantasifuld*, hvilket muligvis har været medvirkende til at tilføre billeddannelsen nye elementer såsom at se ”min far (..som) lå og var død” og gå igennem ”et hul ind (..) det blå” (P2, 14/13-16) eller børn og børnebørns tilslutning til vandringen (A2, 15/26). Den *blandede intensitetsprofil* udspringer bl.a. af dette pludselige skift til et nyt musikalsk tema og kan muligvis, på linie med det musikalsk *udforskende rum*, bidrage til især Peters forskelligartede oplevelser (13/37), der henimod rejsens slutning udmunder i mødet med en sol, som skinner, uanset hvor han befinder sig: ”himlen var ensfarvet orange farvet, og solen var lys, hvid (..) i forskellige scenarier (..) Og det var sådan et eller andet: 'det her, det er noget,(..) som bliver ved dig (..), det er et godt sted at være” (14/19). Musikken lander i *Greensleeves*-stemningen igen på sidste del af rejsen, og deltagerne beretter efterfølgende om en samlet oplevelse af ”fortrøstning” (P2, 14/6) og ”forankring” (P2, 14/11) ved synet af solen, at det var ”sjovt”, ”dejligt” (A2, 15/34) og ”utroligt rart” (A2, 16/27) og gav ”en god fornemmelse” at gå afsted sammen med familiens yngre generationer (A2, 16/11), samt af at være ”i harmoni med mig selv” ved havet (M2, 13/31).

Mens der i de to første sessioner er betydelige fællestræk i deltageres rejser, rummer 3. session flere forskellige tendenser: Peter og Marie oplever nye former for kontakt og hjælp gennem henholdsvis endeløse ”kanaler” (P3, 26/1), som et svar på ”kategorierne, jeg mangler” i kommunikationen med moren (P3, 20/3), og ”mormor” og ”engle” (M3, 23/34;23/38), som et muligt resultat af ønsket om at ”bare være åbne for, hvad der kommer” (M3, 21/2). Anna konfronteres derimod med sin mors uønskede tilstedeværelse på et sted forbundet med håb (22/19). Hvor Peters konklusion på rejsen er, at ”der kan hele tiden være kontakt (..), og det er fint” (26/17-19), og Marie betegner dens indhold som ”positivt alt sammen” (24/30), skabes der således hos Anna frustration: ”det var rigtig irriterende, at du lige havde fået plantet det” (22/25). Rejsens *åbningsbillede* adskiller sig fra de øvrige sessioners, idet der er tale om et spontant selvvalgt sted, ”hvor du har lyst til at være, og hvor alt kan ske” (Mtp3, 21/22). Musikken virker umiddelbart ikke i sig selv åbnende i betragtning af den *støttende intensitetsprofil* og de *bløde, rolige, sentimentale* og *milde* stemninger, men undervejs i Pachelbels *Canon* udfolder violinerne sig mere *livligt*, og stykket skaber ligeledes i kraft af de flerdelte stemmer et *åbent rum*, der ifølge Wårja ”opfordrer (..) klienten til at åbne lidt op og være nysgerrig overfor sig selv”. (2010, s. 29). De forskellige reaktioner vidner dog om, at der er tale om dels ønsket og konstruktiv, dels uønsket og muligvis ukonstruktiv, indre åbenhed hos deltagerne. Dette vil blive taget op igen i afsnit 4.8.

I 4. session optræder mødrene på begge deltageres musikrejser som led i 'at stå fast og holde fast ved det gode i mit liv', hvilket kommer til udtryk dels i form af en "parallel tankerække" (O4, 40/2) om positive samværsrutiner med moren og dels i form af et uventet møde med moren som afslutning på rejsen (P4, 41/3). Det uventede møde sker efter Peters udsagn i forbindelse med det musikalske skift fra Einaudis *I Giorno*, som har først en *drømmende* og siden en mere fremadrettet og *optimistisk stemning*, og Bachs *Air*, som bærer præg af *værdighed*, *sørgmodighed* og *ro*; et skift, som begge deltagere på hver sin måde undrer sig over (P4, 40/36; O4, 40/18). De to stykker skaber på hver sin måde et musikalsk *udforskende rum*, hvilket er en mulig medvirkende faktor i Peters oplevelse af at gå ind i en grotte og "danse inde i bjerget, inde i mørket" (40/33) hvilket for ham skaber en kvalitet, der føles som "at vende tilbage til mig selv". Dette er for Peter "den bedste beskyttelse, den bedste måde at holde fast på" (P4, 41/13) i udfordrende relationelle møder som det aktuelle. Han tager således kvaliteten med 'ud af mørket' (41/21), da han træder ud af grotten ved overgangen til *Air*, "udsat(..som) fugleunge" (40/35). Ole opholder sig derimod under hele rejsen ved *åbningsbilledets* vandfald, hvor han betragter "nogle grå klippeblokke" udefra (O4, 39/16) og tænker på sin mor. Dette naturlandskab oplever han som "befriet for mennesker" (39/22) samt "uskyldsrønt" (O4, 39/25) og "fuldstændig uberørt" (O4, 39/32). Oplevelse af 'oprindelighed', som jeg vælger at betegne den, og dens symbol på bestandighed omtales på senere tidspunkter som et vigtigt element i hans egen udforskning og søgen efter "trøst" (O4, 37/31, 37/34, 37/37, 38/5, 42/38, 43/11), som hos Ole fremstår som et centralt tema i sessionen og forløbet. Musikstykkerne har henholdsvis en *blandet* og en *støttende intensitetsprofil*, hvilket kan ses som musikalske interventioner, der hos Peters henholdsvis stimulerer til indre udforskning gennem dansen i grotten og støtter ham i oplevelsen af at kunne rumme at være i verden i som en 'grottedanser' og i sin oprindelige 'fugleunge'-tilstand.

I 5. session rækker deltagernes rejseoplevelser både tilbage og frem i tiden: Peter visualiserer en gammel drøm om at "at falde på plads i tilværelsen" (P5, 56/5) gennem et integreret arbejds- og livsprojekt på smukt sted, hvilket for ham betyder "en ro og accept af de ting, der er til stede og en tillid til, at der er noget derude i fremtiden et sted" (56/24), "ud fra en forestilling om, at min mor formodentlig dør, før jeg gør." (56/20). Maries falder på rejsen ned i sin barndoms have, som hun "var meget knyttet til" (M5, 57/24), og ind i den "følelse af ro og tillid" og af, at "tingene var, som de skulle være" (M5, 57/25), som hun havde dengang. Oles rejse består i at betragte et landskabsmaleri med bøgetræer, som, idet de bliver virkelige at se på for ham, "udstråler ro og fred" (58/35), samtidig med, at de "knejses og er ranke" (58/36) og "peger op mod himlen" (O4, 58/1). Musikkens *bløde, lyriske stemning* lader til at være nærværende i alle deltagernes rejser, samtidig

med at dens *støttende profil* er med til at understøtte og bevare den *ro*, som er en del af rejsens fokus, og som alle deltagerne nævner som et væsentligt element. Musikken skaber samtidig et *udforskende rum*, som ved dels at have gentagelser og langsomt tempo og dels rumme forskellige temaer og stemmer, lader til at fungere godt som baggrund for visuel og følelsesmæssig udforskning af personlige, betydningsbærende symboler på *ro*, accept og tillid. *Induktionen* og det uddybede *åbningsbillede* kan ses som en forberedelse af denne oplevelse: ”Se nu for dig en have(..)Læg mærke til, hvordan din have ser ud. Mærk, hvordan accepten og tilliden er der sammen med dig. Mærk, hvordan den bor der sammen med dig” (Mtp, 54/21).

4.7.3 Udviklingen i terapeutiske forholdemåder og verbale interventioner

1. session

Første sessions forløb er på forhånd planlagt af mig og er dermed *gennemstruktureret*, hvilket bl.a. tjener til det formål at skabe en tryk ramme eller 'base' med klare linier for struktur og rollefordeling som fundament for det kommende forløb. Præludiet består således af en *direktiv* grupperunde, postludiet af *samtaler mellem terapeuten og hver enkelt deltager* om rejsens indhold med udgangspunkt i tegningen.

2. session

Anden session bærer præg af en *løse struktur* og en mere tilbageholdende, *non-direktiv* terapeutisk forholdemåde, som giver deltagerne mere plads til fælles dialog styret af egne behov og initiativer og resulterer i *fælles rum og dialog* som et væsentligt element i denne session. De verbale interventioner er således få efter den indledende grupperunde, hvor jeg primært stiller lukkede, opklarende spørgsmål. Deltagerne derimod kommenterer og spørger ind til hinandens oplevelser; deres behov for at tale med hinanden er tydeligt, og selvom de har forskellige måder at opfatte udfordringerne på, kender dem alle'. Postludiet rummer først en grupperunde, hvor samtaler med hver enkelt om rejsens/tegningens indhold suppleres af *kommentarer og spørgsmål fra de øvrige deltagere*, og derpå en *diskussion* efter *terapeutens opfordring til at relatere* rejseoplevelserne til det aktuelle fokus for rejsen.

3. session

I tredje session lægger jeg indledningsvist op til en *åben grupperunde* om deltagernes oplevelser siden sidst, men samtalen afbrydes allerede under den første deltagerberetning af en *forberedt udforskende intervention* fra min side med spørgsmålet om, hvad hun og de andre savner mest ved deres mor. Jeg stiller desuden et ligeledes *på forhånd overvejet, konfronterende* og i forhold til sessionens tidsramme *tidligt* forslag om fokus for dagens musikrejse ('at møde mor'), hvilket må beskrives som en *direktiv intervention*, der møder modstand hos deltagerne. I postludiet opfordrer

jeg ikke deltagerne til at relatere rejseoplevelserne til rejsefokus; en enkelt deltager gør det selv.

4. session

I fjerde session er vi tilbage i en næsten gennemført løst struktureret samtaleform med en *non-direktiv* terapeutisk forholdemåde, hvor vægten lægges på både *spejlende* og *mentalerende kommentarer og uddybende eller udforskende spørgsmål*, hvilket bl.a. kan skyldes det lave antal fremmødte samt dynamikken i gruppeinteraktionen. Både præ- og postludium er langvarige, da begge deltagere før og efter rejsen reflekterer indgående over deres forhold til dens fokus.

5. session

Femte session rummer samme *åbne og løse struktur* som den foregående. Præludiet tager afsæt i *terapeutens opfordring til deltagerne om at overveje*, hvad de har særligt brug for at få med fra den sidste session, og bliver meget langt, da opfordringen leder til en fælles udforskning og formulering af et dækkende rejsefokus. I postludiet *opfordrer jeg til refleksion* over deltagernes tegninger fra hele forløbet. Som terapeut indgår jeg *aktivt og udforskende* i samtalerne (f.eks. 48/28-49/5, 53/23, 56/35), samtidig med at jeg lægger vægt på en *non-direktiv* terapeutisk holdning med både *spejlende/bekræftende kommentarer og uddybende/afklarende spørgsmål*.

Opsummering

Formålet med denne beskrivelse af den terapeutiske fremgangsmåde er at fremhæve, at første og tredje session med deres *direktive* terapeutiske forholdemåde adskiller sig fra de øvrige, hvilket i første session lader til at *fremme trygheden* i gruppen, mens det i tredje session *skaber rådvildhed* især hos én deltager, at jeg ændrer tilgang og interventionsmåde ved at foregribe bestemmelsen af et rejsefokus og ekspliciterer mødrenes mulige optræden i rejsen. Dette skift i interventionsmåde, dets årsager og konsekvenser, er grundlaget for mit valg af *Annas forløb* til den kommende case-analyse. Desuden fremgår det af både indeværende afsnit og beskrivelsen af forløbet (4.6), at kombinationen af *udforskende spørgsmål* og en *støttende, non-direktiv terapeutisk forholdemåde* har en konstruktiv indflydelse på - og muligvis også udspringer af - deltagergruppens tydelige engagement og *selvstyrende interaktion* i de sidste to sessioner, hvilket vil blive taget op i diskussionen.

4.7.4 Beskrivelse og vurdering af behov, mål og udbytte

Deltagernes udsagn om deres mål for forløbet stemmer overens med det første af de behov, som jeg forinden har formuleret i tilbuddet om musikterapi, og med de to første mål, som jeg på baggrund heraf tentativt har formuleret som det terapeutiske mål med forløbet, nemlig behovet for og målet om at yde (1) *støtte* og (2) *mulighed for at slippe bekymringer og udfordringer*⁵⁸. Derimod er behovet for at få (3) *plads til refleksioner og erkendelser omkring aktuelle problemstillinger* ikke

⁵⁸ Kursiveringer henviser i 4.7.4 til det skriftlige tilbud til deltagerne (bilag 1), som er implementeret i de terapeutiske målsætninger for forløbet (se 4.2.2).

umiddelbart fremtrædende, bortset fra at mål om 'understøttelse' og 'fordybelse' eventuelt kan fortolkes som sådan.

Deltagerne blev til sidst i hver session bedt om at opsummere deres udbytte af sessionen og eventuelt rejsen. Deres svar fremgår af følgende oversigt:

SKEMA VII DELTAGERNES UDBYTTE ("Sig ét til tre ord om sessionen og eventuelt rejsen")

	Peter	Anna	Ole	Marie
1. sess.	<i>Nærvær - Sammenhæng med det, der ivotrigt omgiver mig - Ro</i>	<i>Positivt Koblet mere fra end længe Afslappet at være i gruppen</i>	<i>Afslapning; at give sig lidt hen, slappe af på en mere systematisk måde, koble lidt fra</i>	<i>Koncentration Rum Frihed</i>
2. sess.	Session: <i>Rart at være her.</i> Rejse: <i>Et holdepunkt indeni</i>	Session: <i>Den dialog, vi lige har(..)giver mig meget, fordi vi nu er i samme båd. Rigtig rart at være her.</i> Rejse: <i>Man kommer fuldstændigt ned, eller langt ned ihvertfald</i>	(ej til stede)	Session: <i>Rum og tid til at være sammen med nogen, som er i samme situation</i> Rejse: <i>Ro; et sted mentalt, hvor jeg godt kan lide at være, og hvor jeg har gode minder fra</i>
3. sess.	<i>Kontakt</i>	<i>En masse tanker - om at jeg var overrasket over, hvad det kunne sætte igang, bare at du lige nævnte den mulighed (for at møde mor)</i>	(ej til stede)	Session: <i>Rum til at være her</i> Rejse: <i>Fred – Harmoni - Glæde</i>
4. sess.	<i>'Torno a Surriento' - at vende tilbage til en tilstand, til mig selv</i>	(ej til stede)	<i>Perspektiv på problemer Proportionering Framing</i>	(ej til stede)
5. sess.	Session: <i>Autentisk Egentlighed</i> Rejse: <i>Et fremtidsbillede</i>	(ej til stede)	<i>Temaet(..)har klinget helt rent... Dagens tema(..)virkede meget meningsfuldt for mig</i>	<i>Et lille stykke videre(..)måske, på vej mod accept eller forligelse</i>

Udsagnene i skemaet peger på både fællestræk og forskellighed i udbyttet af den samme session og hos de samme deltagere. Som led i undersøgelsen af disse udbyttet af forløbet opstiller jeg nedenfor en kategorisering af deres udsagn; med forbehold for, at visse udbytteudsagn er placeret i flere kategorier, samt at kategori-inddelingen er et udtryk for én mulig fortolkning af skemaet, baseret på min forståelse af det samlede forløb.

- **Kategori 1** *Det ydre rum: oplevelser af fællesskab* (nærvær; positivt; afslappet et være her; rum; rart at være her; den dialog vi lige har; rum og tid sammen; kontakt; rum til at være her; temaet har klinget helt rent).
- **Kategori 2** *Det indre rum*, med de tre underkategorier:
 - **2a.** *Erkendelsesmæssig proces* (sammenhæng; et holdepunkt indeni; kontakt; en masse tanker; at vende tilbage til en tilstand, til mig selv; perspektiv på problemer, proportionering, framing; autentisk, egentlighed, et fremtidsbillede; dagens tema virkede meget meningsfuldt for mig; et lille stykke videre måske på vej mod accept og tillid).
 - **2b.** *Følelsesmæssige tilstande, minder og visioner* (koncentration, frihed; et mentalt sted, hvor jeg godt kan lide at være, gode minder; kontakt; fred, harmoni, glæde; at vende tilbage til en tilstand, til mig selv; autentisk, egentlighed, et fremtidsbillede).
 - **2c.** *Fysisk og mental afspænding* (ro; afslapning, koblet fra; ro; man kommer fuldstændigt ned, eller langt ned i hvert fald).

Kategori 1 vidner om et fælles udbytte af de interrelationelle *gruppeprocesser* i et musikterapeutisk rum, hvori der gennem nærvær og dialog mellem mennesker 'i samme båd' (A2, 18/25) skabes oplevelser af et givende fællesskab. De erkendelsesmæssige processer i kategori 2a sker tilsyneladende mest gennem sessionen i den fælles samtale i præ-/postludierne. Kategori 2b vidner om individuelle udbytter af de intrapersonlige processer i de indre rum, hvori der gennem musikterapien - muligvis i kraft af fællesskabsoplevelserne, afspændingen og erkendelserne - skabes positive indre tilstande, følelser, minder og visioner. Kategori 2c vidner om tilfredsstillelsen af et basalt og højaktuelt behov for deltagerne, som for fleres vedkommende lider under *dårlig søvn, anstrengelser, spekulationer og manglende ressourcer* og følgelig udtrykker netop *afspænding, afslapning, afkobling* som væsentlige personlige mål for musikterapiforløbet.

Ser vi på den kronologiske udvikling i udbyttet, er der er tendens til flere indre tilstande (2b, 2c) og oplevelser af fællesskab (1) i de første sessioner og flere erkendelsesmæssige processer (2a) i de sidste sessioner. Dette kan ses som en udvikling i de enkelte deltagers åbenhed, afspændingsgrad og fordybelse i den indbyrdes samtale, som muligvis styrker alle øvrige nævnte aspekter. Der er med andre ord tegn på, at både de individuelle processer og gruppeprocesserne bevæger sig fra at være centreret omkring afspænding og indre emotionelle tilstande til at omhandle erkendelser, og at denne udvikling bæres frem af en positiv fællesskabsfølelse. Som forløbet skrider frem, udvikler denne gruppefølelse sig muligvis til et givet præmis, der derfor ikke længere nævnes eksplicit af

deltagerne. Herudover er der nogle forskelle mellem deltagerens typiske udbyttekategorier, som vil blive taget op i 4.8. De tre terapeutiske delmål for forløbet kan på baggrund af *gruppens samlede udbytte* siges at være nået. Der er dog mulige forskelle mellem deltagerens eget forventede og faktiske udbytte, hvilket ligeledes vil blive taget op i 4.8.

4.8 De enkelte deltagers forløb: Sammenfatning og fortolkning

I dette afsnit vil jeg med en sammenfattende fortolkning af de fremlagte analyseresultater foretage en vurdering af deltagerens individuelle proces og udbytte af musikterapien, ledsaget af deres egne udsagn herom. De *kursiverede* ord henviser til oversigten over deltagerens sessionsudbytte (skema VII) og til deltagerens motivation for og mål med deltagelse (skema IV).

4.8.1 Peter

Peter har efter min opfattelse et betydeligt udbytte af musikterapien. Han deltager som den eneste i alle fem sessioner og nævner om den eneste en positiv bevæggrund for sin deltagelse i musikterapien (*Et tilbud til mig, dejligt*), hvilket viser sig at afspejle både morens sygdomsgrad og livskvalitet og i hans åbne og umiddelbare tilgang til musikterapien og sin egen livssituation. Denne tilgang er især præget af en vilje til at lære af sine livserfaringer, hvilket sandsynligvis er medvirkende til at give ham plads (i sig selv og i gruppen) til at reflektere over sine oplevelser fra musikrejserne og hans dagligliv. Herved oplever han *nærvær, sammenhæng, indre ro, forankring og fortrosning* og kommer i *kontakt* med en fornemmelse af *egentlighed* og en livsdrøm, som giver ham håb for sin egen *fremtid*.

Peters udbytte vidner primært om erkendelsesmæssige processer, sekundært følelsesmæssige tilstande og visioner og endelig nærvær, samvær, og ro. Peters billeddannelser er i begyndelsen af forløbet relativt diffuse og omskiftelige og rummer dels kreative problemløsninger (f.eks. endeløse kanaler som billede på *kontakt* som alternativ kommunikationsform med den demensramte) og dels stærke symboler som mulige svar på hans mål om *understøttelse* gennem musikterapien (f.eks. den evige sol som symbol på en unedbrydelig indre forankring). I de sidste sessioner bliver hans billeddannelsesrejser mere enkle, rolige og følelsesmæssigt udforskende, hvilket muligvis kan ses som et tegn på øget indre ro i forhold til sig selv og sin situation. Peters afsluttende kommentarer (64/19) om sit udbytte af forløbet lyder: *"For mig er der en god sammenhæng, som jeg måske ikke lige kan sætte ord på, men et eller andet med at finde en tyngde og nogle ting både op og ned og en tyngde i sig selv. Og en udsigt at have det fra og en kontakt udadtil. Og en konkret oplevelse af at være det (...) Altså være det, som de her ting egentlig handler om, være kontakten og den gode udsigt og tyngden og tage det med ud. Og så et fremtidsperspektiv, en form for håb."*

4.8.2 Anna

Annas udbytte er efter min vurdering størst eller mest positivt efter de to første sessioner, hvor afspændingen, åbningsbillederne og musikken i sig selv lader til at have stor effekt; hun får herigennem oplevelser af at være i stand til at tænke på andet end moren samt af ubekymret samvær med børn og børnebørn. Gruppesamtalerne og afspændingen giver hende ressourcer til at gøre noget konstruktivt for sig selv og glæde sig til samværet moren, men i 3. session overrumples Anna af mit forslag om at møde mor på musikrejsen, hvilket forhindrer hende i at opnå den frihed for sine følelser omkring sin mor, som hun så brændende ønsker. Dette bliver afslutningen på gruppeforløbet for Anna.

Anna er den gruppedeltager, der hyppigst formulerer sit udbytte som *fysisk og mental afspænding* (kategori 2c). Sammen med det støttende samvær i gruppen (A2, 11/35) giver dette hende mere overskud til at gøre noget for sig selv (A3, 19/18) og sin mor (A3, 20/17-19), end hun lod til at have ved forløbets start. I 3. session bliver Anna dog ”overrasket” (27/23) og finder det ”irriterende” (22/25), at moren viser sig under musikrejsen, og hun udebliver fra de efterfølgende sessioner. Anna oplever således sit udbytte af de første to sessioner som *positivt* (A1, 11/3) og *givende* (A2, 18/28) i kraft af *afslappet samvær, afkobling, dialog* samt *at komme langt ned* (skema VI), og udbyttet af tredje session som *en masse tanker* (ibid.) efter en musikrejse, som var ”noget rod” (22/11). Annas umiddelbare forståelse heraf er, at ”jeg tror, jeg styrer det for meget (...) til at komme væk” (22/32).

4.8.3 Marie

Min vurdering er, at Marie har et moderat, positivt udbytte af sine egne og gruppens processer i forløbet. Hun har, som jeg oplever hende, noget skrøbeligt over sig, og mine ofte lukkede spørgsmål til hende under postludierne (f.eks. M2, 13/15-35) afspejler en fornemmet, men muligvis urigtig, nødvendighed af forsigtige interventioner. Alle Maries musikrejser består af positive minder fra sit liv, med englene som eneste overraskende element; f.eks. genoplever hun en periode i sit voksenliv med ”frihed og lykke” (M1, 9/25) og en barndomserindring, ”hvor jeg ligesom syntes, at jeg havde det godt” (M5, 57/24). Hun tilføjer modigt samtalerne emner som eksempelvis frygten for tomhed efter morens død (M2, 12/10-13) og skyldfølelse over at udtrykke frustration overfor hende (M3, 19/21). Hun forbinder i sidste session for første gang på eget initiativ sine musikrejser til sin livssituation (58/4), og i forhold til hendes tilstand og behov ved forløbets begyndelse, virker hun mindre anspændt og anstrengt ved afslutningen; hun har formået at *slippe sine bekymringer lidt* under musikrejserne og har muligvis *lært at slappe af* på nye måder i musikterapien.

Maries åbenhed om svære emner afspejler sandsynligvis hendes udbytte af det givende fællesskab (*rum, rum og tid sammen, rum til at være her*) i gruppen, hvilket sammen med oplevelsen af

positive minder og følelser (*frihed, ro, et mentalt sted, gode minder, fred, harmoni, glæde*) udgør hendes hyppigste sessionsudbytte. I sidste session er udbyttet efter Maries eget udsagn *måske et lille skridt videre på vej mod accept og forligelse* (65/34), hvilket kan betragtes som led i en potentiel erkendelsesmæssig proces, der kan gælde demenssygdommen og andre betydningsfulde livsoplevelser. Marie erindrer således under sidste musikrejse den trøstende virkning af et bibelsk ordsprog med tesen om, ”at man ikke bliver udsat for mere, end man kan klare” (57/32). Efterfølgende bemærker hun, at hun håber på at møde sine engle igen, og at de muligvis kunne være skytsengle (63/4).

4.8.4 Ole

Det er min opfattelse, at Ole har et begrænset udbytte af sine første musikrejser og derimod drager nytte af de lange samtaler i de sidste to sessioner, hvor han gradvist giver sig mere hen til begge sessionselementer. Dette er muligvis med til at styrke hans afsluttende engagement i og udbytte af musikterapien. Ved at italesætte oplevelsen og håndteringen af sin livssituation udtrykker han således (og øger eventuelt) sin bevidsthed om og tilfredshed med, hvordan han er i færd med at lære at klare sig ved hjælp af ro, gode venner, adspredelser, musiklytning og motion, samt den trøst, som han finder dels i naturens bestandighed og dels i en forståelse for egne og andre menneskers udfordringer. Denne bevidsthed lader til at understøtte en accept af morens demenssygdom og muligvis også af livets øvrige udfordringer. Ole har på denne måde umiddelbart fået noget andet - og måske mere - ud af forløbet end håbet, i kraft af en mulig øget bevidsthed og accept, som potentielt kan gøre det lettere *lære at slappe lidt mere af og være mindre anspændt*.

Ole er på alle tre musikrejser alene i naturen, hvis fornemmelse af ”uberørthed” (O4, 39/32), ”uforanderlighed” og ”kontinuitet” (O5, 59/27-28) han også opsøger i sit daglige liv. Han forholder sig oftest betragende til denne natur og opholder sig altid ét sted på rejserne. Han opsummerer: ”Jeg bruger naturen som billede på de temaer, vi har været igennem (...) noget omkring ro, kontinuitet, fastholdelse, holde fast, fred.” (O5, 60/30). Oles udbytte af første session er *afslapning* (2c), hvilket sammen med *at være mindre anspændt* er hans erklærede mål for forløbet.

I fjerde session er det centrale for Ole en ”stor trøst”, som han finder i at se sin nuværende livssituation i lyset af andre menneskers udfordringer (42/38), der fungerer dels som en *perspektivering* af hans egne problemer, og dels som et tegn på, at ”det måske i virkeligheden er sådan et grundvilkår i tilværelsen, at man skal opleve sådan nogle...” (43/6). I sidste session bliver rejsefokus således i fællesskab fastlagt som 'ro, accept og tillid', hvilket giver Ole en oplevelse af *meningsfuldhed* ved at kunne ”få det hele til at gå op i en højere enhed” (65/15), hvor dette fokus kommer til at virke som et gennemgående tema for Ole både i samtalerne og i hans rejseoplevelse

og tegning af naturens uforanderlighed: ”Så det kan godt være, at mennesker forgår, og nye kommer til, men der er noget, som vedbliver at være” (60/3).

4.9 Anna: en 'negativ case'

Jeg har omtalt Annas musikterapiforløb som en 'negativ case', da det i modsætning til de øvrige deltageres forløb er ufuldendt og alene derved udgør en afvigelse fra normen. I dette afsnit er det min hensigt at undersøge denne afvigelse for at øge forståelsen af det ufuldendte forløb og dets mulige implikationer for en samlet forståelse af receptiv gruppemusikterapi med pårørende til demente. Jeg vil derfor belyse Annas oplevelser i forløbet fra flere vinkler ved at uddybe hendes aktuelle livssituation og inddrage af relevante aspekter af foregribende sorg (Rando 2000), beskrive de musikterapeutiske interventioner i 3. session samt inddrage mine modoverføringsfølelser og teserne om frafald i sorgterapi (Piper et al. 2002).

4.9.1 Annas aktuelle situation

Anna er i en unik situation i forhold til de øvrige gruppedeltagere ved at have stiftet egen familie og ved allerede at have mistet én forælder til demens. Hun har dermed allerede været igennem ét sygdomsforløb med mange tab og sin fars endelige dødsfald; tab, som hun på grund af morens samtidige symptomer og diagnosticering af først depression og siden demens muligvis ikke har haft mange indre ressourcer til at bearbejde (jf. Rando 2000, 2.7.5.4).

I Annas tilfælde er der således ikke blot tale om igangværende multiple tab under hendes mors sygdomsforløb, men også om sandsynlige ubearbejdede tab forbundet med farens sygdom og død; og dermed en årrække med syge pårørende i sit liv uden andre familiemedlemmer at dele oplevelserne og de praktiske gøremål med:

”hun har en søn, men han bor i Jylland. Og altså han kan slet ikke forholde sig til det der (..) hvis man bliver syg og besværlig, jamen så må man ligesom klare det (..) han går ikke ind i det. Så det ér mig, at det er på.” (A1, 3/2).

Anna er ved musikterapiens begyndelse hverken om dagen eller om natten i stand til at slappe af eller tænke på andet end sin mor:

”jeg har prøvet nogen gange, når jeg ikke kan falde i søvn, at sige, 'nu tænker jeg på noget rigtig godt'. Og så går der en tiendedel sekund, og så tænker jeg på alt muligt andet. (A1, 7/30)

Hun plages af stærke, modsatrettede følelser i forhold til sin mors situation, idet hun føler, at hun ved, hvad moren har brug for, men hverken kan eller vil give hende det på grund af hensynet til sig selv og sin egen familie:

”jeg har jo konstant dårlig samvittighed, fordi jeg ved, hvad der ville være bedst for hende. Altså det ville være at flytte ind hos os, men jeg gør det ikke. Det kan jeg ikke, eller det vil jeg heller ikke. Man har jo

ligesom sit eget liv nu, og vi er vant til at være to forskellige familier” (A2, 11/23).

”hun er i tanker hele tiden, lige meget om man er sammen med hende eller hvad, for når man ikke er sammen med hende, så har man jo bare sin dårlige samvittighed over, at man ikke er det” (A3, 23/11).

Den konstante dårlige samvittighed overfor moren, den manglende evne til at slappe af og følelsen af, ”at man ikke har ressourcer til så meget andet” (A1, 3/16) er alle sandsynlige årsager til, at Anna oplever morens sygdomstilstand som en byrde og forbinder sin mors fremtidige død med, at ”måske bliver det en lettelse”(A2, 12/14).

I lyset af disse forhold omkring Annas situation, er det plausibelt at antage, at hun plages af både multiple tab, overbebyrdelse, påtrængende skyldfølelser og muligvis angst som følge af forældrenes demens, farens død, omsorgen for hendes mor og dens omkostninger for Annas liv og helbred, herunder muligheden for at finde ressourcer til at sørge over tabet af faren. Hele denne situation udgør samtidig en væsentlig grobund for komplicerede sorgreaktioner på grund af flere på hinanden følgende tab, samt fortrængt sorg som følge af hendes behov for at være stærk nok til at varetage det daglige omsorgsarbejde og udfylde både omsorgsgiverrollen og andre roller i livet i forhold til bl.a. børn, børnebørn, partner og arbejde.

4.9.2 Musikterapiens 3. session

Som det fremgår af den hidtidige beskrivelse og analyse af musikterapiforløbet, er det med tydeligt ubehag til følge, at Anna i 3. session ser sin mor på musikrejsen efter to sessioner med fokus på afspænding og positive oplevelser på rejserne.

Min terapeutiske tilgang er som tidligere nævnt (4.7.3) ændret i en mere direktiv, udforskende og konfronterende retning i denne session, idet jeg forinden har overvejet en bestemt intervention vedrørende musikrejsen og i sessionen foreslår 'et møde med mor' som rejsefokus. Anna afviser det: ”Jeg har ikke lyst til det, at hun skal være med her. Jeg har ikke lyst til at se hende, som hun er nu – og jeg kan næsten ikke huske andet” (20/23), og jeg foreslår kort efter et andet rejsefokus, som Anna indvilliger i, men jeg fornemmer noget modstridende under hendes samtykke (Mtp3, 21/9).

På rejsen placerer Anna sig et naturskønt sted, som hun kender og har håbet at nå at besøge sammen med moren, men ”hvis hun så det nu, så kunne det være lige meget” (A3, 22/17), hvilket kan ses som et udtryk for et mistet fremtidshåb - og med Rados ord et *tab af fremtid* (2.7.4.5). Moren viser sig på rejsen, selvom Anna prøver at komme væk fra hende, og hun ser ud ”som hun er nu(..)og som hun var engang” (A3,), hvilket Anna efterfølgende beskriver som, at ”det var noget rod” (A3, 22/13), og ”jeg føler bare ikke lige, at det var det, der skulle til nu” (A3, 22/22).

Mine første reaktioner på Annas beretning om sin rejse spejler hendes negative oplevelse, mens de

følgende kan ses som insisterende/konfronterende og derved (muligvis) misforstående overfor Annas aktuelle behov: ”Måske *kunne* det godt for dig at møde hende(..)for at spørge om noget eller sige nogle ting(..)og det gjorde du jo faktisk også, et eller andet sted i dig, så lukkede du hende jo ind”. (23/16-29). Anna lader til samtidig at opgive og trække sig tilbage fra situationen med korte svar i et affærdigende tonefald: ”Mm(..) Ja, ja(..)Helt sikkert, ja” (23/17-28) – i stil med formuleringerne sidst i præludiet (21/9). Jeg forsøger herefter ikke at relatere Annas eller de øvrige deltageres oplevelser til rejsens fokus, 'åbenhed & orientering'.

4.9.3 Fortolkninger / 'At møde mor'

Multiple tab nødvendiggør ifølge Almborg et al. (2000) særlige støtteinterventioner hos pårørende til demente (2.4), ikke mindst hvis de, som Anna, bærer tegn på en samtidig *overbebyrdelse* (2.4.2). *Skyldfølelser* er ifølge Rando udbredte, når menneskers oplevelser af tab rummer traumatiske træk, hvilket kan siges at gøre sig gældende for Anna, som kæmper med søvnløshed og øget vagtsomhed eller ængstelse, muligvis på grund af invaderende skyldfølelser og bekymringer for moren⁵⁹. Skyldfølelser kan have rod i vrede over omsorgsarbejdets omkostninger for én selv, i at måtte foretage valg i strid med den syges behov eller i ønsket om den syges snarlige død, som alle er sandsynlige elementer i Annas oplevelse som pårørende, jf. de ovenstående citater fra musikterapien. *Angst* ses iflg. Rando også hyppigt hos pårørende til demente og kan foruden divergerende følelser og krav bl.a. være forbundet med risikoen for selv at udvikle en demenssygdom, hvilket for Annas vedkommende er en sandsynlig overvejelse, da nære pårørende til Alzheimer-ramte har 3-4 gange højere risiko for at få sygdommen (2.2.2), samtidig med at visse typer frontotemporal demens hos en forælder medfører 50 % risiko for selv at få sygdommen (Alzheimerforeningen 2007).

Interventionen 'at møde mor' var inspireret af samtidig læsning af Smith, Almborg et al. og Rando. Smith (1997) anvender et møde med afdøde som intervention i forbindelse med kronisk akut sorg, hvor det at hænge fast i sorgen er en måde at bevare forbindelsen til afdøde, og målet er, at mødet giver deltagerne noget, som kan hjælpe dem videre i sorgprocessen; Almborg et al. (2000) vurderer, at positive følelser under omsorgsgiverperioden har afgørende betydning for pårørendes tilstand efter dødens indtræden; Rando (2000) anfører øget bevidsthed om positive aspekter af forholdet til den syge som et redskab til bedre at kunne rumme stærke negative følelser som f.eks. skyld og vrede.

At foreslå 'et møde med mor' er således fra min side et forsøg på at give deltagerne mulighed for at (gen)finde positive følelser i forhold til moren og for at få noget fra hende/rejsen, som vil kunne

59 Jf. PTSD-diagnosen, s. ??

hjælpe dem videre i deres respektive processer. For Anna virker selve ideen om dette møde afskrækkende og modarbejdende for hendes proces; hun føler sig i sit daglige liv jaget af sine tanker om moren og ønsker sandsynligvis at bevare sin oplevelse af musikterapien, hvor hun i de første sessioner har opnået en vis grad af afspænding og fordybelse. Disse positive oplevelser kan siges at være mål nok i sig selv for Anna, som i kraft af sin aktuelle situation og belastede tilstand ikke føler behov for yderligere udfordringer eller konfronterende interventioner. (I lyset af hendes tabshistorie kunne 'et møde med far' i en anden terapeutisk kontekst have været en mulig passende intervention, jf. A2, 11/32; Mtp2, 11/37; 3.5.1). I forlængelse heraf er der sandsynlighed for, at Anna føler sig skuffet eller svigtet (jf. A2, 18/30) efter oplevelserne i 3. session, hvor moren så at sige trænger ind i hendes nyetablerede *frirum* i musikterapien.

At jeg ved at have opfordret Anna til at relatere denne 'indtrængen' til rejsefokus kunne have støttet hende i at finde et andet, mere konstruktivt perspektiv på oplevelsen er muligt, men ikke givet. Om hendes afbud til de følgende sessioner sker for bevidst/ubevidst at beskytte sig selv mod flere negative oplevelser, end hun på nuværende tidspunkt kan bære, er svært at afgøre, men ligeledes muligt.

4.9.4 Modoverføringsfølelser⁶⁰

I forløbets første session, da deltagerne præsenterer sig selv, bemærker jeg som tidligere nævnt, at Anna virker belastet og flere gange 'taler på grådens rand' (Mtp1, 3/35), og allerede under første præludium tvivler jeg på, hvorvidt jeg kan hjælpe hende under dette gruppeforløb. Jeg føler stærk indlevelse i Annas situation og sympati med hendes følelsesmæssige tilstand, men jeg er overvældet over hendes mange udfordringer og tænker, at jeg muligvis ikke er 'klædt på' til opgaven med at hjælpe hende videre. Samtidig bemærker jeg en kontrast imellem hendes kontrollede, 'tjekkede' ydre og de voldsomme følelser, som lader til at fylde hendes indre. Disse modsætninger skaber en vag fornemmelse af afstandtagen overfor Anna i mig; en negativ (mod)overføring, som jeg ikke er stolt over at konstatere, men ikke desto mindre noterer mig.

4.9.5 Mulige årsager til frafald

Piper et al. (2000) undersøger frafald i korttidsgruppeterapi med personer med tilfælde af kompliceret sorg og beretter, at der blev rapporteret *flere negative følelser* hos terapeuten overfor frafaldende klienter, samt flere negative følelser hos frafaldende klienter generelt (end hos de blivende klienter i gruppeterapien) i første del af forløbet. Fra faldet var desuden på 23 % i både

⁶⁰ Min forståelse af modoverføring er baseret på musikterapeuten Mary Priestley (1994); jeg anvender dog ikke hendes differentiering af (mod)overføring samt komplementær og empatisk modoverføring (ibid., s. 80ff) i denne case-analyse.

støttende og eksplorativ gruppeterapi. Som mulige sammenhænge mellem undersøgelsesresultater og årsager til frafald anfører de:

Terapeuten fornemmer en risiko for frafald tidligt i forløbet – aktuelt: *Jeg er usikker på, om jeg kan hjælpe Anna.*

Terapeutens negative modoverføringsfølelser er medvirkende til frafaldet ved at skubbe de usikre klienter ud i periferien og skabe en 'selvopfyldende profeti' – aktuelt: *Anna virker meget belastet og kontrolleret; jeg føler mig overvældet og afstandstagende.*

Terapeuten koncentrerer sig om de klienter, hvis udbytte der er positive forventninger til – aktuelt: *Jeg forventer mere af udbyttet hos Peter, som fra begyndelsen virker åben og tryk i musikterapien og som efterfølgende tager/får meget af gruppens taletid.* (jf. 4.5.1 og 4.7.1).

Anna udtrykker desuden flere negative følelser i forbindelse med præsentationen af sig selv i første session end de øvrige deltagere (4.5.2), men har et positivt udbytte af de første to sessioner; først i 3. session sker der tilsyneladende et mærkbart skift i hendes proces i og udbytte af musikterapien.

4.9.6 Sammenfatning

Anna udebliver ikke fra forløbet, men melder telefonisk afbud til de resterende to sessioner; første gang efter usikkerhed om sessionens tidspunkt, og anden gang fordi hendes mor skal tilses af en vagtlæge. Der er således ikke nødvendigvis tale om et intenderet frafald fra Annas side.

Ikke desto mindre er det interessant/bemærkelsesværdigt, at modoverføringsfølelser, observationer og fornemmelser hos musikterapeuten under forløbets første sessioner viser sig muligvis at kunne foregribe forløbets udvikling.

En variation af de ovenstående forklaringer hos Piper et al. er, at min usikkerhed om egen kapacitet til at hjælpe Anna bliver styrende for mine interventioner i forløbet, hvorfor jeg muligvis både tvivler på hendes 'succes' som **udbytterig** gruppedeltager og foretager unødvendige interventioner i forsøg på at kompensere for denne usikkerhed. Forslaget om 'at møde mor', som stilles tidligt i 3. session, kan således ses som et muligt udtryk for begrænset, passende eller for stor tillid til gruppelederrollen, den pågældende deltager og/eller gruppeprocessen. Dette vil blive taget op igen i diskussionen af gruppens proces i næste kapitel.

5. DISKUSSION

5.1 Analysens indhold og fund

Jeg har i den foregående analyse bearbejdet empiriske data med særligt henblik på de enkelte sessioners indhold, deltagernes billeddannelsesrejser i relation til de musikalske interventioner, betydningen af forskellige terapeutiske forholdemåder og verbale interventioner, samt deltagernes individuelle udbytte og proces. Annas forløb har desuden som en 'negativ case' vist sig at afvige fra normen gennem bl.a. et afbrudt forløb, en særligt belastende livssituation, terapeutens negative modoverføringsfølelser samt deltagerens negative reaktioner på de ændrede musikterapeutiske interventioner i 3. session. Samlet peger analysen ikke overraskende på en sammenhæng mellem 1. livssituation, behov, mål og udbytte, 2. musikkens stemning, intensitetsprofil, rum og billeddannelse, 3. terapeutiske forholdemåder og verbale og musikalske interventioner.

1) Deltagernes *udbytte* lader til at være forbundet med deres *behov* og *mål* med terapien, som udspringer af deres samlede *livssituation* og *belastningsgrad*. Der er således en tendens til, at deltagernes typer og mængde af forandringer i eller angreb på deres indre *antagelsesverdener* i form af tabs- og kriseoplevelser samt morens demensstadium hænger sammen både indbyrdes, med deres mestringsstrategier og i forhold til deres udbytte af musikterapien.

2) Der er i forløbet generelt tale om *musik* med varierende, men begrænset kompleksitet og udfordring, som ikke på noget tidspunkt mister det *æstetiske* karaktertræk og *støttende* potentiale. Den støttende virkning udgøres ofte af bløde og lyriske stemningskategorier (Hevner) og kædes oftes sammen med deltagernes positive rejseoplevelser af tryghed, glæde, ro, harmoni, m.m. Når musikken tilføres flere nye elementer i form af flere forskellige stemningskategorier, et udforskende musikalsk rum (Wärja) og/eller en blandet intensitetsprofil (Bonde) opstår ofte nye billeddannelser, f.eks. i session 3 og 4. Billeddannelsen i gruppen foregår på det *æstetisk/abstrakte* og det *psykodynamiske niveau* (Summer 1988), men er indbyrdes i gruppen meget forskellig, også med hensyn til interaktionsgrad, som spænder fra en høj grad af involvering og konfliktbearbejdning til mere æstetiske, betragtende og overfladiske oplevelser.

Forløbet begynder og ender med støttende, blød og lyriske musik, som i sidste session i kraft af bl.a. tempo, varighed, klang, form og dynamik skaber et udforskende rum for et åbent musikalsk rum, hvilket kan have betydning for deltagernes følelsesmæssige fordybelse i og udbytte af billeddannelsen. Der kan således gennem forløbet muligvis anes en *stigende musikalsk*

udfordringskurve med et gennemgående støttende fundament, som dog ikke udgør en tilstrækkelig *container* for alle deltagernes billeddannelses-oplevelser.

3) Direktive *verbale interventioner* anvendes fortrinsvist i forbindelse med musik med *støttende intensitetsprofiler* samt *trygge og åbne* musikalske rum (session 1, 3), mens musik med øget kompleksitet, og i relation hertil en *blandet intensitetsprofil* og/eller et musikalsk *udforskende rum*, anvendes i de sessioner (2, 4, 5), hvor den gennemgående *terapeutiske forholdemåde* er non-direktiv og bærer præg af åbenhed, oprigtig nysgerrighed og udforskende interventioner. Musikvalget lader således til at afspejle den terapeutiske forholde- og interventionsmåde i præ- og postludiet.

Det er nu min hensigt at uddybe disse fund og desuden skabe øget fokus på gruppeprocessen. Dette sker gennem inddragelse af specialets teoretiske perspektiver, hvorved følgende diskussionsemner opstår:

- Deltagernes procesudbytte i relation til mestringsstrategier og eksistentielle møder
- Gruppeprocessens udvikling gennem forskellige tabsniveauer
- Gruppeprocessen i relation til GrpMI
- Sorgprocesser og musikterapeutiske interventioner
- Musikterapien som *frirum*

5.2 At mestre og møde: individuelle tilgange og processer

Om 2. session bemærker jeg i analysen, at 'selvom de har forskellige måder at håndtere og opfatte udfordringerne på, kender de dem alle', hvilket vidner dels om deltagernes generelle udbytte af dialogen og samværet i musikterapiens *fælles rum*, og dels om deres forskelligheder i forhold til livssituation, livsindstilling og anvendelse af musikterapien i de egne, *indre rum*. Disse forskelle skal her uddybes, idet jeg bl.a. indrager de eksistentielle perspektiver på lidelse (Jacobsen 2009) og Rados (2000) udlægning af mestringsstrategier i forbindelse med forgribende sorg:

Anna udtrykker et akut behov for at 'lære at tackle' sin livssituation, som er præget af invaderende skyldfølelser og uro. Dette kan ses som udtryk for en *emotionsfokuseret mestringsstrategi*, hvor målet er at aktivere forsvaret for at mindske det følelsesmæssige pres, hvilket er forståeligt i betragtning af hendes tabshistorie. Annas indre pres lettes således ved hjælp af de første induktioners/musikrejsers virkning som indre *afspænding*, der giver hende sjældne, positive

oplevelser af at være i ro; men hendes forsvar kan siges at 'give efter' og tilvejebringe indre kaos og *en masse tanker*, da jeg byder moren indenfor i hendes nyetablerede *frirum*. Dette brud i Annas proces kan pege på, at det at *møde lidelsen med kontrol* viser sig ikke at være holdbart i længden, hvilket er en almindelig indvending mod at benytte mestring som behandlingsstrategi⁶¹ (Jacobsen 2009; Bjerg 2004).

Maries behov for at slippe bekymringer og slappe af bliver i forløbet tilsyneladende hurtigt udvidet eller erstattet af behovet for at finde trøst ved at kontakte *dele af sig selv*, som er relateret til tryk, harmonisk og glædesfyldt *livsudfoldelse*. Oplevelserne frembringer et erindret håb om, at hun er stærk nok til at tage imod lidelsen, og at der, med englens som løfterigt symbol, findes hjælp og støtte til denne proces. Dette kan ses som en bestræbelse, et håb og en mulig tro hos Marie på at kunne opleve *grænsesituationen*, hvor det bliver muligt for hende at nå endnu videre på sin vej mod at 'acceptere og forlige' sig med sin skæbne. Samtidig er der i hendes tilgang til gruppen en åbenhed for at dele erfaringer og tanker, som peger på et reflekteret ønske om at *møde lidelsen med dialog* samt at *tage imod den som en gave* og *se krisen som en proces* med mulighed for at revidere opfattelsen af sig selv og verden omkring sig. Maries bestræbelse på at se det positive i det negative og søge hjælp gennem meditation kan eventuelt ses som emotionsfokuserede mestringsforsøg, men er ikke dækkende for hendes tilgang til situationen, hvilket muligvis kan være med til at påpege mestringsbegrebets utilstrækkelighed i forhold til terapeutiske processer.

Peter og Ole har i forløbets sidste del nogle samtaler, som viser deres forskellige tilgange til såvel deres livssituation som musikterapien. Peter har allerede taget imod sin og morens situation som *en gave* ('en meget gunstig situation') i form af en mulighed for at ændre livsindhold og livsmening, og han ser i forlængelse heraf overvejende musikterapien som et redskab til *personlig udvikling og indsigt* ("jeg bruger det også til afslapning (...), men det giver mentale indsigter for mig").

I 4. session viser han åbent sin *indre proces* til gruppen gennem en aktuel konflikt; Ole svarer, for at støtte både Peter og sig selv, med en beskrivelse af sine egne forsøg på at *mestre* sin egen livssituation og opfordrer ham til at bruge følelsesmæssig selvkontrol, problemløsning og revurdering af situationens betydning som indre konfliktløsning. Ole viser dermed sin egen effektive anvendelse af alle de tre typer *mestringsstrategier* og nævner også musikterapien og anden musiklytning som led heri. Især musiklytningen og de emotionsfokuserede sammenligningsforsøg tilvejebringer tilsyneladende en betydningsfuld fornemmelse af *trøst*, mens de mere menings- og

61 Jf. udviklingspotentialer i forbindelse med sorgbehandling hos Stroebe & Schut (skema I) samt kommentarer til skema II.

vurderingsfokuserede strategier hos Ole indebærer en udtrykt åbenhed for og stræben efter at kende 'livets grundvilkår'.

I Oles tilfælde kan det derfor give mening at sammenligne mestringsstrategierne med de eksistentielt orienterede beskrivelser af møder med lidelsen, da Ole såvel som Peter ved at forsøge at afstemme sine forventninger og tilpasse sin antagelsesverden går *i dialog med situationen* for at lære, hvad der skal til for at leve med sin dement mor. Oles æstetiske billeddannelsesstil, hvor han *betragter og åbner sig* for naturens bestandighedssymbolik uden dog at interagere deri, kan ses som et udtryk for denne bestræbelse på undervejs i musikterapien at åbne sig en smule (jf. udbyttet ”at give sig lidt hen”), og i sit eget tempo, for både musikken, livets mulige *gaver* og sin egen proces gennem den igangværende krise.

Oles tilgang minder desuden om Wårjas beskrivelse af det musikalsk støttende, trygge og åbne rum, hvor klienten blot skal have *tillid til musikken* og være *lidt nysgerrig overfor sig selv* (2010, s. 27).

Sat i forhold til Peters interagerende, psykodynamiske billeddannelsesstil og udnyttelse af musikkens udforskende rum i forløbets sidste sessioner, viser der sig her ikke overraskende en sammenhæng mellem deltagernes forskellige forudsætninger for, tilgange til og udbytte af såvel demenssygdommen som musikterapien og musikrejserne. Dette kan ses som en tilføjelse til samt fortsættelse og sammenkædning af analysens fund.

5.3 Gruppeprocessen og tabsniveauerne

Udgangspunktet for dette diskussionsemne er de omtalte individuelle processer i de afsluttende sessioner, samt de ændringer i intervention og forholdemåde i 3. session, som i case-analysen viste sig at have betydning for Anna. Min fornemmelse og hypotese er, at hun (og den anden kvindelige deltager) ved ikke at møde op til 4. session muligvis giver gruppen mulighed for at bevæge sig i nye retninger, hvilket jeg her vil argumentere for:

At Peter bringer en aktuel konflikt op i præludiet i 4. session kan hænge sammen med hans udtalte åbenhed og tryghed ved konteksten, samt at der kun er de to deltagere til stede, og at der derfor ikke under præludiet fremkommer andre presserende problematikker, som er mere direkte relateret til de demente mødre og derfor kunne fremstå som mere relevante indenfor den aktuelle musikterapeutiske diskurs, som jo er konstitueret netop af/omkring pårørende til demente. Dette skaber mulighed for et ændret indhold og udbytte i denne session, som lader til at blive ført med videre til den afsluttende session.

Idet jeg inddrager analysens udbytteskema og Jacobsens (2009) beskrivelse af krisens 4 tabsniveauer, kan der i *første halvdel af forløbet* således ses tendenser til:

- deltagerudbytter: *oplevelser af fællesskab, følelsesmæssige tilstande, minder og visioner og fysisk/mental afspænding* (kat. 1, 2b, og 2c)
- fokus på oplevelser af *fysiske og psykiske tab* (niveau 1 og 2)

I *anden halvdel af forløbet* er der derimod tendenser til en større mængde af:

- deltagerudbytter: *erkendelsesmæssige processer og følelsesmæssige tilstande* (kat.2a og 2b)
- fokus på oplevelser af tab relateret til *livsmening, verdensbillede* (niveau 3) og *antagelsesverden* (Rando 2000)

I gennem hele forløbet er mange gruppesamtaler desuden centreret omkring oplevelser af *tab af livsudfoldelse og selv* (niveau 4). I de første sessioner drejer det sig dog ofte om konkrete udfoldelsesmuligheder og bekymring og dårlig samvittighed overfor mødrene, der kan ses som udtryk for såkaldt 'neurotiske' skyldfølelser. I de sidste sessioner er der oftere tegn på refleksion over indre tab og følelsen af muligvis at svigte noget i sig selv, som udtryk for tab og skyld på et 'eksistentielt' eller 'ontologisk' plan (Jacobsen 2009, s. 38). Dette ses f.eks. i 4. session ved Peters frustration over at have mistet en indre tilstand og hans følgende musikterapeutiske arbejde med at genfinde sin uskyld/oprindelighed, samt i 5. session under diskussionen omkring deltagerens vigtigste behov, som fører til en fælles formulering af deres rejsefokus 'ro, accept og tillid'.

Gruppens proces *kan* derfor siges at bevæge sig fremad på en ændret måde og i et ændret tempo efter 3. session, hvorved deltagerens samlede behov og udbytte ikke primært er afspænding og pause fra invaderende tanker og følelser, men i lige så høj grad et mere indsigtsorienteret terapeutisk arbejde. Dette er i tråd med min iagttagelse af, at de 'udforskende spørgsmål og en støttende, non-direktiv terapeutisk forholdemåde har en konstruktiv indflydelse på - og muligvis også udspringer af - deltagergruppens tydelige engagement og selvstyrende interaktion i de sidste to sessioner'.

Der er dog allerede i 2. session åbninger, der peger i retning af en mere indsigtsorienteret eller eksistentielt betonet tilgang til den indbyrdes samtale; f.eks. da Marie nævner tabet af sin mors genkendelse af hende og usikkerheden om, hvad der sker, når hun dør, og Anna ærligt bemærker, at "måske bliver det en lettelse". Hvor jeg i 2. session er tilbageholdende i forhold til at deltage i deres indbyrdes samtale om dagligdagens udfordringer som pårørende, indtager jeg dog i 4. og især 5. session en mere ligeværdig, udforskende og aktiv position i forhold til gruppen; bl.a. gennem oprigtigt nysgerrige undersøgelsesspørgsmål, som i kombination med de spejlende og bekræftende kommentarer både kan være medvirkende til og virke som en afspejling af gruppens øgede

engagement og interaktion, samtalerne mere indsigtbetonede indhold og min egen øgede trykthed i terapeutrollen.

Dette kaster igen fokus på Annas rolle i gruppen samt betydningen af mine *modoverføringer* for gruppens udviklingsproces. Det er således ikke utænkeligt, at mine følelser af usikkerhed og utilstrækkelighed i forhold til Annas belastningsgrad er med til at skabe en *mistillid* hos mig til i forhold til både gruppens dynamik og min egen kapacitet som terapeut. Derfor griber jeg muligvis med min direkte tilgang og intervention i 3. session *forstyrrende* ind i gruppens egen udviklings- og udforskningsproces, som den udfolder sig i forløbets første sessioner. Af samme grund mærker jeg muligvis også en øget tillid til min egen rolle i gruppen samt dens udbytte i 4. og 5. session, hvor Anna (og Marie) ikke er til stede, med øget engagement og autencitet til følge.

5.4 Gruppeprocessen i relation til GrpMI

Jeg havde inden forløbet en formodning om, at gruppens proces kunne udfolde sig som både *støttende og indsigtbefordrende* receptive gruppemusikterapi (GrpMI) (Summer 2002). Dette afspejledes dels i overvejelserne om musikvalg og dels i den terapeutiske målsætning, som har en parallel i hensigten på begge de to GrpMI-niveauer. Jeg ønskede således både (1) *at yde støtte og give mulighed for at slippe udfordringer/bekymringer* og (2) *skabe plads til refleksion og erkendelse*. Hos Summer er målet således på første niveau sammenfattet som (1) skabelse/opretholdelse af et tillidsfuldt fællesskab og på andet niveau som (2) øget erkendelse: at rumme og bearbejde problematikker.

Empiriens *niveau-delte* målsætning kan muligvis afspejles i gruppens samlede deltagerudbytte i de første to sessioner, som fortrinsvis er (1) positive følelsesmæssige og afspændte tilstande i det indre rum samt oplevelser af fællesskab i det ydre rum, og udbyttet i de sidste to sessioner, som primært (2) erkendelsesmæssige processer. I 3. session er udbyttet derimod fordelt ligeligt på afspænding, indre tilstande og erkendelse, hvilket *kan* ses som et udtryk for sessionens rolle som et *vendepunkt* i forløbet, hvor forskellige kræfter, processer og niveauer 'støder sammen'.

I forlængelse heraf skaber induktionsfasen i kraft af den anvendte afspændingsteknik igennem hele forløbet både (1) støttende, styrkende oplevelser⁶² samt (2) afspænding og forskellige grader af fordybelse. Sessionernes rejsefokus rummer ligeledes både (1) positive temaer og, især i 2. og 4. session, udtryk for deltagerne (2) aktuelle stemninger, relationer og livssituation. I 3. session tilføjes både rejsefokus og åbningsbillede desuden en høj grad af *åbenhed* i kraft af musikterapeutens ordvalg, som i modsætning til forløbets øvrige sessioner ikke er søgt konkretiseret og individuelt afstemt i præludiet og heller ikke er et "letforståeligt og positivt" (Summer 2002, s.

62 Dette bekræftes af deltagerne i sessionerne (f.eks. A1, 10/15; O1, 10/24; M2, 13/33; P5, 47/14)

300) værdiladet tema, men må udfyldes mere aktivt af de rejsende. Dette kan muligvis, sammen med de øvrige verbale og musikalske elementer i sessionen, ses som en stimulering af en øget bevidsthedsmæssig fordybelse og åbning under rejsen, som hos to deltagere har en konstruktiv virkning, men hos den tredje forbigår en bevidst modstand/selvbeskyttelse.

Samlet peger musikterapiens indhold i relation til Summers (2002) GrpMI-niveauer på et skift midtvejs i forløbet, hvor de *støttende*, positive elementer med fokus på tillid og fællesskab i det ydre rum viger for mere *indsigtsbefordrende*, individuelle, relations- og erkendelsesorienterede træk i deltagernes initiativer, interaktioner og indre oplevelser. Dette er iflg. Summer ikke en utænkelig udvikling for den velfungerende musikterapigruppe; i det aktuelle tilfælde sker forandringerne i gruppeprocessen dog ikke som en naturlig udvikling af gruppens eksisterende parathed til at rumme (selvvalgt) konfliktstof i 2. session, men snarere som en pludselig bevægelse på musikterapeutens foranledning i 3. session.

Som tidligere nævnt sker forløbets fleste/største musikalske stemningsskift også i 3. session med en støttende/åbnende musikalsk karakter samt i 4. session med en mere udfordrende/udforskende karakter: De billeddannelsesmæssige resultater heraf kan være med til at understrege, at 'brydningen' mellem de forskellige GrpMI-niveauer finder sted på flere måder, og at tydeliggøre den forandring, som her finder sted.

I forlængelse heraf kan nævnes Smith (1997), som i sin beskrivelse af GIM metodens potentialer for at hjælpe mennesker under tilpasnings- og forandringsprocesser pointerer, at metoden har klientens *spontant* frembragte materiale under rejsen som fokus. Dette er muligvis ikke er tilfældet i alle dele af det aktuelle forløb, hvor jeg med forskellige hensigter og resultater i 1. og 3. session præsenterer mine på forhånd overvejede direkte interventioner. Disse fungerer godt som en tryk, strukturgivende opstart på forløbet, men er uhensigtsmæssige i form af det konfronterende forslag om *at møde mor* på musikrejsen, hvor interventionen kan se ud til at true dels den opbyggede tillid og fællesskabet i gruppens *ydre rum* og dels en gryende udvikling i gruppens egen bevægelse henimod fælles refleksion og en vilje til øget erkendelse i de *indre rum*, som er kendetegnende for den indsigtsbefordrende GrpMI. Tråden tages dog op igen i 4. session, denne gang på deltagernes eget initiativ, hvilket lader til at kunne styrke gruppens sammenhængskraft og deltagernes gensidige inspiration og støtte i den resterende del af gruppens korte levetid.

5.5 Sorgprocesser og musikterapeutiske interventioner

I forlængelse af ovenstående refleksioner over gruppeprocessens skift, vil jeg nu inddrage forskellige syn på krise- og sorgprocesser i diskussionen om anvendelsen af GrpMI med voksne

børn af demente:

'At møde mor' kan ses som en meget konkret intervention, der risikerer at se bort fra GIMs enestående mulighed for gennem symbolik og metaforik at kontakte de *livgivende aspekter*, som netop moren kan repræsentere. Interventionen i 3. session kan derfor muligvis opfattes som et forsøg på at trække deltagerne ind i *det tabsorienterede spor* og 'holde fast' i moren⁶³ i stedet for at støtte dem i at befinde sig (godt) i det *genindfølelsesspor*, hvor der arbejdes med 'at give slip'⁶⁴; hvilket ellers kan ses som værende igangsat og/eller understøttet af de indledende oplevelser af at finde indre rum og ro og derved skabe fokus på og plads til egne behov.

Disse afspændings-/udbytteoplevelser i forløbets og sessionens første del er dog i kraft af induktionsfasens historiske rolle i GIM et grundlæggende fundament for alle typer oplevelser i GrpMI af at *være i indre kontakt*; og de kan som sådan forberede de rejsende på at 'komme tættere på'⁶⁵ alle dele af sig selv samt alle former for indre antagelser/repræsentationer gennem forskellige former for - i det aktuelle forløb - æstetisk og psykodynamisk billeddannelse.

GIM kan netop derfor, som Smith skriver, 'gå direkte' (1997, s. 11) til de fastlåste tilstande eller problematikker, der forhindrer tabsramte i at komme videre i sorgprocessen; dette sker hos Smith ved at skifte fra det tabsorienterede spor til genindfølelsessporet, kunne man med henvisning til Stroebe & Schut tilføje (1999; i Elklit & O'Connor 2004). Smiths møde-intervention er således et forsøg på *at komme i kontakt med* for at kunne *skabe en ny relation eller afstand til den afdøde*, hvilket ifølge Worden er vigtige led i – og ud fra en kronologisk betragtning af sorgopgaverne forudsætninger for – at kunne reinvestere sin energi i nye relationer og ”komme til at elske igen” (2001, s. 37).

Hos de to deltagere Peter og Marie er der således i 3. session mulige tegn på, at nye veje/spor åbner sig gennem musikrejserne: Peters 'kanaler' repræsenterer alternativer til sproglig kommunikation med moren ved for ham at symbolisere *kontakt* som en ny ledetråd, hvilket jeg iøvrigt validerer og understøtter ved at fremhæve muligheden for alternativ kontakt som kongstanken i aktiv musikterapi med demente. Maries kontakt med sit barndomsunivers og mødrene ophav baner i samme session vejen for en stor folk engle, hvilket jeg ser som en kontakt med en indre, spirituelt/religiøst betonet støtte i form af 'hjælper' i hendes personlige proces, der muligvis gør det lettere at rumme og møde de aktuelle og kommende tab af bl.a. morens genkendelse, personlighed og eksistens, hvilket hendes sidste sessionsudbytte antyder.

63 Jf. Randos definition af foregribende sorg, 2.7.5.1

64 Ibid.

65 Ibid.

I disse tilfælde er der således antydninger af nye veje i sorg- og tabsprocessen hos de pårørende, som i gruppemusikterapiens samtaler og indre billeddannelsesrejser vover at åbne deres indre oplevelses- og antagelsesverden for nye mulige perspektiver og virkeligheder.

5.6 Musikterapien som frirum

I introduktionskapitlet refererer jeg til de pårørendes positive udbytte af et *frirum* uden den demente (Oxford Research 2006). Dette udgjorde en del af rationalet for pilotprojektets (Skou 2009) individuelle musikterapiforløb, som indebar en oplevelse af et frirum til både at *være* og *gøre* (ibid. s. 26). I dette speciale er denne dobbeltbetydning, bl.a. på baggrund af en undersøgelse af andres brug af begrebet⁶⁶, uddybet og formuleret som *at slippe sine udfordringer og mestre og møde dem på nye måder*, hvilket kan ses som en implicit, men integreret del af den tentative terapeutiske målsætning for gruppemusikterapiforløbet om både at yde støtte til deltagerne (I), give dem mulighed for at slappe af og slippe belastende bekymringer (II) og skabe plads til refleksioner og erkendelser omkring aktuelle problemstillinger (III).

Deltagerne tilkendegav ved forløbets begyndelse flest behov relateret til de første to delmål, mens behov for 'understøttelse' og 'fordybelse' muligvis kunne ses som et håb eller mål om refleksion og erkendelse. Case-analysen viste dog, at netop Anna var særligt sårbar overfor erkendelser omkring aktuelle problemstillinger, hvorfor hendes mål om *at kunne fordybe sig i noget* sandsynligvis vidnede om behovet for et *frirum til at slippe* sin syge mor – f.eks. for at fokusere på egne behov og øge sine indre ressourcer til at tage vare på sig selv og sine relationer. Dette peger på vigtigheden af dels at klargøre rammerne for den receptive gruppemusikterapi overfor deltagerne *og sig selv* som musikterapeut/gruppeleder, dels at vægte en grundig forståelse af de enkelte deltagers egentlige, *væsentligste behov*.

Analysen viste desuden, at netop Peter var særligt modtagelig for både intra- og interrelationelle erkendelsesmæssige processer, hvorfor hans behov for *understøttelse* viste sig at gælde samtlige de formulerede mål (og niveauer) for musikterapien som et *frirum*.

Samlet kan disse fund påpege dels på den afgørende dobbelte betydning af begrebet frirum, og dels betydningen af en form for assessment som forberedelse af det gruppemusikterapeutiske forløb. En udtalt tvivl om, hvilke(t) GrpMI-niveauer, gruppeprocessen kan forventes at udfolde sig på, kan således være en afgørende faktor ikke mindst for det individuelle procesudbytte.

Specialets forforståelse af *et musikterapeutisk frirum* var, at det var 'et tidsrum, et relationelt rum, et musikalsk rum og en mental tilstand, hvori man kan finde mod til at slippe sine udfordringer og

66 Bilag 2

lære at mestre og møde dem på nye måder.'

Mit syn på anvendelsen af begrebet frirum i relation til receptiv gruppemusikterapi med pårørende til demente er efter dette speciale blevet ændret og udvidet med en vigtig tilføjelse; nemlig, som eksemplerne på brugen af begrebet i andre sammenhænge (bilag 2) også antyder, at et frirum først og fremmest er *et rum, man selv fylder ud*. "Et frirum i dagligdagen, hvor der er plads til alt" (ibid.) betyder således, at man som deltager ideelt set får en fornemmelse af frihed til at mærke og udtrykke alle potentielle tanker og følelser i gruppen, men naturligvis ikke at musikterapeuten kan foretage alle tænkelige interventioner overfor gruppen.

Dette udelukker ikke anvendelsen af receptiv gruppemusikterapi som et frirum med en terapeutisk målsætning om at 'yde støtte til at slippe udfordringer og til at mestre og møde dem på nye måder', men det understreger vigtigheden af, at musikterapeuten bestræber sig på at afbalancere og respektere både de individuelle behov og den gruppeterapeutiske proces, som i lighed med tabs- og sorgprocessen ofte består af modsatrettede drivkræfter og elementer. Jo mere musikterapeuten er i stand til at rumme og udholde denne ambivalens, desto mere frirum kan deltagerne sandsynligvis få til at finde deres individuelle veje, skridt for skridt og i deres eget tempo, gennem sorgen og krisen.

6. KONKLUSION

6.1 Konklusion

Dette teoretisk-empiriske speciales emne og problemformulering udspringer af en oprigtig nysgerrighed overfor livets forandringsprocesser, pårørende til syge mennesker samt musikterapien som et støttende og udviklende *frirum*. Jeg har anvendt en hermeneutisk undersøgelsesmetode samt teoretiske perspektiver og empirisk materiale i min udforskning af emnet.

Jeg har søgt at skabe en forståelse af vilkår, behov og mulige processer hos *pårørende til demensramte mennesker* ved undersøge deres oplevelser af *forandringer og tab*. Dette har ført til en antagelse om, at de pårørendes oplevelser konstitueres af både omsorg, sorg, krise og lidelse og samlet kan beskrives som foregribende sorg, samt en forståelse af sorg som en overordnet proces bestående af forskellige, men ligeværdige delprocesser, hvis indbyrdes ambivalens er en naturlig og potentielt problematisk forudsætning og en kilde til mulig personlig vækst. At gennemleve disse kræver ressourcer, som kan opbygges bl.a. igennem mestringsstrategier og eksistentielle møder. Jeg har for at undersøge muligheden for med GIM og den receptive musikterapi at hjælpe pårørende i den foregribende sorgs processer præsenteret GIM metoden samt Summers (2002) 3 Group Music and Imagery (GrpMI) niveauer og Smiths (1997) anvendelse af GIM som sorgterapi.

Jeg har endelig udført en kvalitativ, empirisk undersøgelse af et receptivt gruppemusikterapiforløb med 4 voksne børn af demente på 5 sessioner med transskriptioner, musikfiler, behandlingstilbud, tegninger og udsagn om sessionsudbytte som empirisk materiale. Analysen heraf bekræfter anvendeligheden af den opnåede teoretiske forståelse af de pårørendes oplevelser og mulige forandringsprocesser. Musikterapiforløbet har udfoldet sig indenfor rammerne af den støttende og indsigtbefordrende gruppemusikterapi (GrpMI) med skift i verbale og musikalske interventioner som katalysatorer for både konstruktive og ukonstruktive forandringer i deltagerens proces. Dette har medført en diskussion af de terapeutiske modoverførings mulige funktion som årsag til og/eller forudsigelse af et frafald i musikterapigruppen, af den receptive musikterapis særlige muligheder for at støtte de pårørende i forbindelsen med sorgens modsatrettede delprocesser, samt af det 'musikterapeutiske frirum' som en mulig begrebsliggørelse af musikterapiens anvendelighed i forhold til pårørende til demente.

I forlængelse heraf kan jeg konkludere, at den receptive gruppemusikterapi i form af GrpMI *kan* hjælpe voksne børn af demensramte mennesker med at mestre og møde de forandringer og tab, som førstnævnte oplever i forbindelse med sygdomsforløbene.

Dette sker ved at rumme mulighed for *både* at skabe øget overskud til den foregribende sorgproces gennem fysisk og mentalt afspændende processer, som i GrpMi tilvejebringes gennem bl.a. støttende inducerende, musikalske og verbale interventioner og gruppeinteraktioner, og at skabe øget erkendelse gennem udforskende terapeutiske interventioner, gruppeinteraktioner og indre billeddannelsesrejser til musik. Det er dog en forudsætning, at musikterapeuten lægger vægt på afklaring af og plads til både fælles og individuelle behov og processer, samt på bevidstgørelse af egne modoverføringer.

6.2 Metodekritik

Jeg har i dette speciale foretaget en overordnet hermeneutisk undersøgelse af teoretiske perspektiver og empirisk materiale, og som led i min analyse heraf har jeg benyttet narrative og kategorisende analyse- og formidlingsteknikker. Disse komplementende fremgangsmåder har efter min vurdering virket fremmende for forståelsen af det aktuelle specialeemne og -materiale.

Specialets teoretiske materiale lader til at udgøre et relevant grundlag for en nuanceret og anvendelig forståelse af processer i den aktuelle kliniske musikterapi; dog kunne andre eksistentielle perspektiver, samt en mere aktiv anvendelse af flere af de eksisterende teoretiske perspektiver, muligvis have bidraget konstruktivt til denne forståelse.

Jeg kunne ligeledes have ønsket at uddrage flere/andre aspekter af det empiriske stof. Dette kunne eventuelt være sket gennem implementering af GrpMi-niveauerne som analysemetode i stedet for diskussionen heraf.

Desuden kunne en perspektivering af specialets fund i relation til pilotprojektets empiri og evt. nyere undersøgelser udgøre en bestræbelse på at indkredse dets mulige implikationer.

Endelig kunne en eksplicit, videnskabsteoretisk tilgang til undersøgelsens metodologi sandsynligvis bidrage betydeligt til specialets videnskabelighed.