

Strukturert stemme- og bevegelseslek som intervensjon ved traumerelaterte dissosiative lidelser hos barn og unge

Mette Kleive

Jeg ønsker med denne artikkelen, gjennom argumentasjon hentet fra moderne kunnskap om tilknytnings- og utviklingsteori, og gjennom kliniske eksempler, å vise at strukturert lek med vekt på bevegelses- og stemmeuttrykk kan bidra i en terapiprosess i forhold til traumatiserte pasienter, i denne omgang barn og unge. Et nødvendig bakteppe vil være å formidle en forståelse av hva alvorlig traumatisering kan gjøre med individets opplevelse av seg selv og omgivelsene, en forståelse av dissosiative fenomener og dissosiative lidelser. I tillegg til utviklingspsykologisk tenkning må jeg hente referanser som søker å beskrive prosesser og fenomener som er lydlig og kinestetiske, og kort referere til teori og praksis fra et eget område innen sangpedagogikk/terapi. Jeg konsentrerer meg om intervensjoner i en henholdsvis stabiliserende og delvis eksplorerende fase av behandlingen, en omfattende førstefase relatert til behandlingsteori og -metodikk knyttet til en forståelse av strukturell dissosiasjon, slik den er fremstilt av bl.a. van der Hart og Nijenhuis.

Innledning

Da jeg begynte å arbeide som psykolog var dissosiasjonsbegrepet nesten ukjent for meg, og det var knapt nevnt under studiet som annet enn i form av symptomer som fulgte en del diagnoser. Nå vet jeg at hvis jeg hadde sittet inne med den kunnskapen jeg etter hvert fikk om traumerelatert dissosiasjon, og om dissosiative lidelser, hadde en del pasienter jeg har forholdt meg til i min praksis, blitt svært mye bedre møtt. De uforutsigbare, uregjerlige multitraumatiserte ungdommene jeg møtte i barnevernet, de ustabile kvinnene i rusomsorgen som stadig stilte seg til disposisjon for mannlige medpasienter, de tause, redde barna som ble henvist fra somatisk avdeling til barnepsykiatrisk poliklinikk fordi man ”fant ikke noe galt” til tross for en rekke somatiske plager, alle ville jeg sett med litt andre briller enn da.

Etterhvert lærte jeg traumefeltet å kjenne gjennom arbeid på en spesialisert traumeavdeling for voksne, og møtte rystende historier. Historiene hadde fellestrekk ved

at de handlet om traumatisering av nødvendige relasjoner i oppveksten, gjennom omfattende omsorgssvikt og/eller seksuelle overgrep. Siden jeg også har bakgrunn som musikkterapeut, ble det nærliggende for meg å tenke hvordan jeg av og til kunne nyttegjøre meg dette i terapirommet i forhold til denne pasientgruppen. Hvordan kunne jeg bidra til å gi det traumatiserte barnet i pasienten en mulighet til å skape sammenheng og mening gjennom stemme- og bevegelseslek? Etter hvert ble veien kort mellom å dra erfaringer fra ”barnet i den voksne” til barne- og ungdomsfeltet. Denne artikkelen belyser og begrunner intervensjoner i en terapi med en ung jente.

Tilknytning, kropp og sanser

En rekke teoretikere uttaler seg om betydningen av barnets tilknytning til viktige andre som nødvendig forutsetning for å kunne utvikle en samlet personlighet, en sunn psykisk fungering i voksen alder med kapasitet til å regulere stress og vanskelige affekter. Uten å gå inn i spesifikke teorier mener jeg å ha dekning for å si at begrepet tilknytning brukes både om en prosess og et resultat, samt et gjensidig påvirkende forhold mellom disse. Bowlby, Winnicott, Stern og Trevarthen m.fl. danner en resonansbunn for denne forståelsen, og Allan Schore representerer en nevropsykologisk vinkling på begrepet.⁴ En god tilknytning mellom foreldre og barn betyr bl.a. at barnet kan bruke foreldrene som trygg referanse for å forstå seg selv og verden, oppleve at egne følelser og tanker har gyldighet og betydning for dem, at egne handlinger møter mothandlinger som er bekreftende og samtidig tydeliggjør sammenheng mellom handling og reaksjon fra omverdenen. Tilknytning forutsetter en tilstrekkelig nevropsykologisk kapasitet (Schore 2001, 2003), en kapasitet som kan ødelegges av et disorganisert eller neglisjerende omsorgsmiljø i barnets første leveår. Schore dokumenterer gjennom sin forskning endrete tilstander i det limbiske systemet, som er sentralt for regulering av affekter, og i kommunikasjonen mellom deler av det limbiske systemet og høyre frontallapp hos traumatiserte barn. Dette fører til svekking av kapasitet til affektregulering. Han dokumenterer også hvordan denne manglende kapasitet kan påvirkes og bedres gjennom tilpassete intervensjoner. Rytmiske aktiviteter der en veksler mellom høyre og venstresidig aktivering, bruk av språklige metaforer som vekker barnet affektivt og varierende kvaliteter i berøring er ifølge Schore uvurderlige redskaper i forhold til å stimulere utvikling i hippocampusområdet, det området av hjernen hvor man klartest ser organiske forandringer i form av volumreduksjon ved langvarig traumatisering, og som er vital for hukommelse og konsentrasjon (Schore

4 Allan Schore har fått tilnavnet ”den nye Bowlby”.

2003). Intervensjonene skal innebære både en vertikal og en horisontal kommunikasjon i hjernen, det vil si forsterke opp- og nedadgående nevralt nettverk, samt sikre informasjonsutveksling mellom høyre og venstre hjernehalvdel. Alle sanser bør involveres, syn, hørsel, taktilsans, lukt, vestibulærsans og kinestetisk sans. Dette danner grunnlag for ny erfaringsbasert læring og ny begrepsdannelse. Slik støttes kobling mellom sensomotorikk, affekter og kognisjon.

Ogden og Minton refererer også til Schore i sin beskrivelse av *Sensorimotoric Therapy* (Ogden & Minton 2000), der de påpeker betydningen av for traumatiserte pasienter å kunne gjenkjenne sensomotoriske fornemmelser og reaksjoner i kroppen. Mental bevegelse har alltid en sensomotorisk komponent, liksom den fysiske bevegelse har det. Thelen påpeker at vi beveger oss for å sanse og forstå verden, og vi sanser og forstår verden fordi vi må bevege oss i den. Bevegelse er persepsjon, en måte både å oppfatte verden på og handle i forhold til den (Thelen 1995).

Persepsjon er en forutsetning for mental og fysisk bevegelse, som igjen er en forutsetning for nyansert persepsjon. De sanseintrykk vi bevisst opplever, er våre primære forbindelseslinjer til her og nå, gjennom vår kroppsbevissthet. Kroppsbevissthet har fått en gradvis økende sentral plassering i psykoterapeutisk behandling av traumer og PTSD (Posttraumatisk stress). Ulike terapiretninger har hatt fokus på kroppslige fenomener som uttrykk for mentalt innhold. Rotschild (2004) belyser nødvendigheten av å bruke kroppen som informasjonsbase for terapeutiske intervensjoner, nettopp fordi den somatiske hukommelse er så sentral ved dissosiative tilstander. Hun definerer kroppsbevissthet slik: ”Kropsbevidshed indebærer den præcise, subjektive bevidshed af kropsfornemmelser fra stimuli, der stammer både inde fra og uden for kroppen” (Rotschild 2004:122). God kroppsbevissthet gjør det mulig å justere, senke og stanse traumatisk hyperaktivering, og holde fast i kontinuitet i tid, skille fortid og nåtid (ibid).

Kontraindikasjon for å trene kroppsbevissthet kan imidlertid være at noen traumer har en så ødeleggende virkning på klientens kroppslige integritet, at ethvert forsøk på å ha fokus på kroppssignaler skaper overveldelse og risiko for dekompenisering. Dess mer omfattende traumatisering, dess mer forsiktig skal terapeuten være med å fokusere på kropp, noe som går klart frem av følgende teori om strukturell dissosiasjon.

Strukturell dissosiasjon og dissosiative lidelser

Teorien om strukturell dissosiasjon av personligheten (van der Hart, Nijenhuis & Steele 2006) er en teori om utvikling av dissosiative lidelser, etiologi, struktur og hensiktsmessig behandling.

Etiologiske prosesser

van der Hart, Nijenhuis og Steele (2006) bygger videre på henholdsvis Pierre Janet og Charles Myers teoretiske utgangspunkt som beskriver dissosiasjon som en ”organisert oppdeling av personligheten” og som forekommer i ulike grader. Med referanse til nevropsykologisk forskning videreutvikles og underbygges dette perspektivet, og man mener å ha grunnlag for å se på dissosiative symptomer som resultat av en manglende integrativ kapasitet. Den kan være en predisposisjon for fragmentering av bevisstheten, og/eller påført gjennom kontinuerlig overbelastning. Ulike personer har ulik motstandskraft mot traumatisering, ulik nevropsykologisk kapasitet (ibid.: 74).⁵

Sentralt i teorien er de såkalte medfødte handlings- eller funksjonssystemer, Action Systems. De utvikles over tid, delvis som en biogenetisk gitt prosess, delvis som modning i samspill med individets erfaringer. Noen av disse systemene er basert på lyst (”attraction”) og oppleves som belønnende, andre på frykt (”aversion”).

Eksempler på lystbaserte prosesser er tilknytning, utforskning, lek og sosialisering, som er nødvendige for at utvikling kan skje. Det fryktbaserte systemet har som oppgave å fjerne trusler og ubehag, og personen har valget mellom to aktivt handlende strategier, kamp (fight) og flukt (flight), og to tilsynelatende passive strategier, frysposisjonen (freeze) og total underkastelse (submission). Disse handlingsalternativene er knyttet til refleksiv overlevelsesatferd mennesker har til felles med dyr.

I de situasjoner der den truede personen greier å aktivt forsvare seg mot trusselen, komme ut av situasjonen eller på annen måte oppnå stabilitet igjen, kan opplevelsen mest sannsynlig integreres som en del av vedkommendes handlingsrepertoar og hukommelse, og språkliggjøres. Eksplorering og sosial atferd stopper ikke opp, opplevelsen og affektene knyttet til den kan integreres. I motsatt fall, der reaksjonen er å sette seg i frysposisjon og/eller underkaste seg for å unngå trussel som oppfattes som ekstrem utstøtelse eller ødeleggelse, vil personen ofte ha delvis amnesi for det som er skjedd. Hjernen lagrer hendelsen i stor grad som sensomotoriske fragmenter,

5 Diskusjonen rundt individuell sårbarhet og motstandskraft, ”resilience” vurderer jeg til å ligge utenfor denne artikkelen, liksom refleksjonen hvorvidt dissosiasjon kan betraktes som et klassisk forsvar.

samtidig som det skjer et brudd i kontakten med sensomotoriske signaler fra kroppen og emosjonell og kognitiv fungering.⁶ En slik strukturell fragmentering er det som kjennetegner de ulike dissosiative lidelser i varierende grad, der Dissosiativ Identitetsforstyrrelse representerer den mest ekstreme variant (van der Hart, Nijenhuis & Steele 2006).

Symptomer, fremtredelsesformer, begrepsavklaring

Dissosiasjon som begrep har vært ulikt definert og brukt i faglitteraturen, noe som har ført til en til tider uklar og upresis bruk av begrepet. Det har til dels vært en sammenblanding av symptomene og prosessene som leder frem til dem, samt vekslende meninger om hvilke fenomener begrepet skal dekke. I den videre fremstillingen vil jeg holde meg til den begrepsbruk som nå er felles innenfor store deler av traumerforskningsmiljøet, og som baserer seg på en oppfatning av traumerelatert dissosiasjon som et psykisk fenomen som både ytrer seg som negative symptomer, det vil si fravær av funksjoner, og positive symptomer i form av ulike former for mentale og kroppslige aktive ytringer. Positive og negative psykoforme symptomer opptrer ofte som henholdsvis gjenopplevelser av traumatiske tidligere hendelser i form av flashbacks og såkalte fuguer. Flashbacks gir gjenopplevelser av traumatiske situasjoner så livaktig at personen opplever å være i det på nytt, fugue er en tilstand av en slags "ikke-bevissthet" der personen fjerner seg fra her og nå etterfulgt av hukommelsestap for mentalt innhold. Positive og negative somatoforme symptomer møter vi i første tilfelle som kroppslige smerter, krampeliknende rykninger og kramper, og i negativ form som nummenhet og lammelse (van der Hart et al 2006).

Primær, sekundær og tertiær dissosiasjon

Dissosiative lidelser kan graderes i forhold til hvilke strukturelle skader og medfølgende symptomer en finner hos personen. Dess større påkjenninger personen har vært utsatt for, dess høyere grad av fragmentering kan en regne med (Benum 2002), skjønt vi vet at tålegrensene er forskjellige.

Primær dissosiasjon omfatter PTSD, med noe amnesi for hendelser, konsentrasjonsvansker, forhøyet engstelig beredskap. Integreringskapasiteten skades, og det skjer liten eller ingen bearbeiding av hendelsen. Individet veksler mellom å bli følel-

6 Se senere avsnitt om tilknytning og om sensomotorikk.

sesmessig overveldet av traumeminnet eller å unngå det totalt.⁷ Hendelsen fragmenteres og lagres, som nevnt ovenfor, perseptuelt på et ikke-språklig/sensomotorisk nivå, i form av sensomotoriske fragmenter som kan aktiveres ved stimulering ("trigging").⁸ Dette gjør at senere stimuli, f. eks. i form av en lukt, smaksopplevelse, en farge eller en annen persons eller ens egne bevegelser m.m., oppleves som triggere for overveldende redsel. Det kan argumenteres for at PTSD bør kalles en somatisk lidelse (Jakobsen, Benum & Anstorp 2006), da symptomene viser så klart hvordan sensomotoriske og somatiske fenomener utløser mentale reaksjoner. Dette er viktig å ha in mente når en skal bruke kroppsrelaterte terapiteknikker.

Sekundær dissosiasjon omfatter først og fremst DDNOS (Dissociative Disorder Not Other Specified). Den manglende integrering av erfaringer ytrer seg som mangelfull kontakt mellom den del av personen som styrer handlingssystemene for daglig fungering (Apparently Normal Personalities) og de deler som styrer aversiv atferd i forbindelse med opplevd fare (Emotional Personalities), avspaltete affekter som eksisterer mer eller mindre avsondret fra den daglige fungeringen. Gjentakende traumatisering over tid, der personen ikke har mulighet til å komme seg unna, samt manglende mulighet for bearbeiding, gjør at personen i enda større grad trenger å fjerne seg emosjonelt fra "seg selv". Depersonalisering og derealisering blir en "løsning". Er overgriper en person som barnet står i et avhengighetsforhold til og/eller traumatiseringen er gjentakende og sterk, rammes selve evnen til å knytte seg til andre eller omgivelsene. Personen kaster nærmest et slags uvirkelig slør over både det som skjer og sine egne reaksjoner. Det at opplevelsen ikke integreres på vanlig måte og danner grunnlag for videre fortolkning og forståelse av seg selv og andre, kan gi seg utslag i at barn under mishandling kan utvikle tankemønstre knyttet til et alderstrinn og en spesifikk følelse, og lagre det som en separat affektdel med en egen avgrenset virkelighetsforståelse.⁹ Etterhvert kan det bli flere slike enheter. Ofte er det en sint og ganske paranoid del, en redd, en seksualiserende, en trygghetssøkende. Ulike affektdeler representerer ulike aldre og følelser. Slik unngår personen å huske med hele seg, men betaler en høy pris i form av at kognitiv og følelsmessig utvikling stopper opp, samt at opplevelsen av kontinuitet i tid forstyrres.

De aggressive affektdelene er straffende mot personen, og kan også være det mot omgivelsene. De viser gjennom utagering en kamp for å mestre følelser som frykt

7 Henholdsvis kalt "intrusjon" og "unngåelse".

8 "Trigging" er et hyppig brukt begrep innen feltet, i betydningen overveldelse av traumerelaterte reaksjoner utløst av eksterne stimuli og/eller sansestimuli i personen selv.

9 Nijenhuis kaller dette "emotional parts".

og skam, smerte og hjelpeløshet. De har naturlig nok en begrenset bevissthet, og er rigide og uten den samlede kapasitet som skal til for å planlegge eller vurdere strategi.

I tertiær dissosiasjon har personen, i tillegg til de primære og sekundære symptomene, utviklet separate identiteter som befinner seg i handlingssystemet for daglig fungering, det vil si flere hverdagsfungerende personligheter. Det er grunnlag for diskusjon hvorvidt ”personligheter” er et korrekt uttrykk, da personen er fratatt store deler av biografisk hukommelse og evne til å reflektere over egne motiver og følelser. Personen handler automatisert, og utvikler konkrete ferdigheter som tar seg av ulike hverdagsfunksjoner. Vi har en *Dissosiativ Identitetsforstyrrelse*.

Jeg går ikke dypere inn i diskusjonen rundt struktur, men nevner dette fordi forståelsen av fragmenteringens omfang og struktur får betydning for behandlingssintrensjoner (Nijenhuis, E.R.S., van der Hart, O. & Steele, K. 2006).

Lekens betydning

Barnets utvikling skjer som kjent i form av å oppfatte verden og handle i og påvirke den. Dette er en dialektisk prosess som former barnets oppveksthistorie og opplevelse av å være til. I den historien er barnets lek nødvendig. I sped- og småbarnsalder skjer leken gjennom et positivt emosjonelt samspill med omsorgspersoner, der barnet og den voksne initiativ veksler i en forutsigbar rytme. Etterhvert skal barnet utforske verden og seg selv gjennom symbollek der verden internaliseres og mestring og forståelse utvides gjennom lekeaktiviteter.

Jorunn Gran skriver: ”For at noe skal kalles en lek, må det bestå av en mental handling som inkluderer bevisste og ubevisste fantasier og ønsker, en fysisk handling hvor det mentale manifesterer seg i atferd og en oppmerksomhet på at det som foregår ikke er realitet men på liksom” (Gran 2000). Det funksjonelle ved lek kan sees som det å skape en imaginær verden der opplevde utfordringer i det virkelige liv gjøres til metaforer som forsøkes mestret. Mestringsstrategier utvikles, samtidig som evne til mentalisering og abstrahering øker. Barnet beveger seg i et rom mellom det virkelige og det imaginære, et rom som er

defined as a form of relating where integration of, and mobility between fantasy and reality, unity and difference as well as sensitivity and reflection, are the central elements (Holgersen 1998:17).

Dette uttrykkes fysisk gjennom kroppen og gjennom språket, og har alltid et affektivt innhold. Slik er leken medvirkende til å etablere en sammenheng mellom sensomotoriske erfaringer, emosjoner, kognisjoner og språk. Men ikke nødvendigvis

for de traumatiserte barna. Under kontinuerlig traumatisering, når selve tilknytnings-systemet rammes, slik det er beskrevet ved sekundær dissosiasjon, rammes også barnets integrative evne, og dermed også lekeevne (Terr 1981). Disse barnas lek har ofte mistet sin sosialiserende funksjon, og fungerer heller ikke som angstregulator slik den gjør for ikke-traumatiserte barn. Barna leker ikke ut sin indre verden i leketerapi, men blir konkrete og imiterende i forhold til den ytre verden de omgis med, og leken mister sin spesielle symboliserende funksjon. Barnet kan ikke bruke en liksom-verden til å prøve ut den reelle, men ser ut til å bli stående fast i et repetitivt mønster av imitasjon, kanskje i et forsøk på å integrere og forstå det ubegripelige og truende?

Sammenhengen mellom kropp og personlighetsmessig utvikling gjør det for meg meningsfullt å leke med barn og unge som kartlegging av leke- og mentaliserings-evne, som utprøving av kroppslig/sensomotorisk tilgjengelighet, som kontaktskapende og kommuniserende oss imellom. I forhold til behandling av dissosiative symptomer og/eller tilstander har jeg erfart at strukturert lek med bevegelse og stemme både kan gi nyttig informasjon og virke belønnende og stabiliserende for pasienten. Ved bruk av øvelser og strukturert instruksjon, kan en hjelpe pasienten til å regulere og tydeliggjøre de sensomotoriske reaksjoner som kan komme, noe som er en forutsetning for å kunne kjenne dem igjen og bruke dem stabiliserende for seg selv. Det er vanskelige differensialdiagnostiske overveielser som ligger til grunn for hvilke pasienter som kan håndtere en slik tilnærming uten å bli for overveldet. Og barns utviklingsnivå vil uansett være avgjørende.

Stabilisering, behandlingens kjerneoppgaver i ulike stadier

Ifølge teorien om strukturell dissosiasjon representerer den innebygde fobien mellom de forskjellige affektdelene hovedutfordringen i det terapeutiske arbeidet, som består i å gradvis styrke pasientens integrerende kapasitet. Dette betyr å styrke sammenheng mellom de ulike avspaltede affektdeler, og mellom dem og den/de personligheter som styrer dagligfungeringen. I praksis medfører dette å trene pasienten til å gjenkjenne, tåle, forstå og etter hvert språkliggjøre følelser og virkelighetsforståelse. De terapeutiske utfordringene må justeres i forhold til pasientens tålegrense, og en må styrke daglig funksjonsnivå gjennom mestringsoppgaver og psykoedukative intervensjoner.

Dette foregår totalt sett i tre faser med økende grad av integrativ kapasitet, grovt sett klassifisert slik:

Fase 1. Fokus: Å overkomme pasientens (Apparently Normal Personality) fobi for de dissosiative deler, affektdelene (Emotional Personalities).

Fase 2. Fokus: Å overkomme fobi for traumeminner, bedre regulering av affekt.

Fase 3. Fokus: Integreering av traumeminner.

Første fase, som gjerne er den lengste og kan vare over år for de tyngst traumatiserte, preges av stabiliseringsarbeid og symptomreduksjon. Hovedmål i første fase er å senke fobi for følelser og tanker knyttet til ulike dissosierte deler, samt fobi for tilknytning til og eksponering for behandler.¹⁰ Man tilstreber at pasienten ikke blir overvældet av u håndterlig emosjonelt materiale slik at dissosiasjon og muligens påfølgende frembrudd av affektdeler skjer. De ulike dissosiative tilstander kartlegges, kommuniseres med og oppfordres på forskjellige måter til å kommunisere seg imellom. I tillegg arbeides det med stabilisering av det ytre liv, det vil si etablering av gode rutiner og så trygge praktiske rammer som mulig (Levy & Orleans 1998).

Stabiliseringsarbeid er spesielt utfordrende fordi det alltid inneholder noe destabilisering, som en del av utviklingsmessig endring. For å skape bevegelse i retning av høyere toleranse for affekter og symptomer, må en ny (sanse)erfaring igangsettes, hvilket innebærer en viss grad av destabilisering. Noen av komponentene i det mentale systemet bringes ut av balanse, og muliggjør utforskning av nye erfaringer. Dette kan innimellom medføre overvældelse og dissosiative episoder, selv om det ikke er ønskelig. Erfaringsmessig er dette vanskelig å unngå helt.

Sang- og stemmeterapeutiske refleksjoner

Det sangpedagogiske feltet har naturlig nok alltid arbeidet med muskulatur og pust. Store pedagoger som for eksempel Paul Newham (Newham 1999), Wolphson i Roy Hart Theatre (Bragstad 2001) har representert en utvikling der betydningen av sammenhengen muskulatur – pust – stemmefunksjon – kvaliteter i stemmeuttrykk er blitt brukt mer systematisk til å påvirke psyken, og dermed vinklet faget i en psykoterapeutisk retning.

Den enkeltes stemme kan høres og fortolkes på ulike nivåer. Språk og stemmeklang er kulturelt og sosialt betinget, samtidig som det er et personlig uttrykk som bærer i seg en personlig historie. Siden stemmebruk er en vital del av vår måte å forholde oss til oss selv og andre på, har den en sosialiseringshistorie, og er knyttet til minner og hukommelse. Ikke minst vet vi at sanger kan være svært assosiasjonsvekkende. Vuggesanger, populære sanger fra en sårbar eller betydningsfull fase i livet,

10 Thelle, Mona: Psykoedukativ undervisning for pasienter ved Modum Bad, Avdeling for traumebehandling.

nasjonalsanger og ikke minst sanger om kjærlighet og det å tilhøre en annen, vekker minner, ofte sanselige. Minnene kan være gode eller dårlige, eller for den sagt skyld traumatiske.

Her skal jeg begrense meg til å ta utgangspunkt i stemmens betydning i de følelsesmessige nære relasjonene i personens liv, og la de sosiokulturelle refleksjonene ligge, selv om det naturlig nok finnes en sammenheng mellom disse nivåene. Jeg fokuserer på stemmelyd som kommuniserende via ikke-språklige, affektive lyduttrykk, d.v.s. som et klanglig uttrykk for en persons selvopplevelse, som et klanglig uttrykk for en persons opplevelser av og i samspill med andre.¹¹

Vi reagerer emosjonelt på stemmekvaliteter, og stemmens kvalitet er en viktig ingrediens i det vi kaller ”felt immediacy” i samspill med en annen, det ”å føle” den andres tilstand (Bråten 2004). Min erfaring er at ulike affektive tilstander kan høres og bearbeides gjennom egen stemme. Metaforisk sagt med sangterapeuten Paul Newham:

In therapy one of the most common problems which people bring is the feeling that their most intimate and primary relationship does not provide sufficient room for their voice to be heard (Newham1999: 24).

Stemmen skal sørge for at vi blir hørt, at vi får plass i det sosiale samspillet. Som tidligere påpekt må affekter som kun er tilgjengelige fra kroppen, hentes i kroppen. Og da må kroppslige fornemmelser oppdages, utforskes og bevegges. Ikke bare den fysiske kropp, men primært den uttrykkelige, opplevde kropp, bl.a. slik den formidler seg gjennom lyd og rytmisk bevegelse (Imerslund 2000; Kleive 1999).¹²

Newham beskriver de psykologiske forhold som kan uttrykkes gjennom ren stemmelyd, med og uten tekstlig innhold, og nevner ti forskjellige stemmeparametre som han arbeider med i terapi: Styrke (loudness), tonehøyde (pitch), vibrato (pitch fluctuation), register, klangfarge (timbre), nasalitet (nasality), fri luftstrøm (free air), attackering (attack), vrenging (disruption) og artikulering (articulation). De ulike parametrene interagerer med hverandre og får gjensidige konsekvenser.

Newham forklarer de fysiske forutsetninger som produserer ulike kvaliteter ved stemmen, og de psykologiske forhold som påvirkes av og uttrykkes gjennom dem, slik han har erfart det som stemmelærer og -terapeut. De fysiologiske forhold omhandler trakten fra munnen via strupehodet og ned til lungene og muskulaturen som styrer dem, med stemmebåndene som omdanner luftstrøm til lyd. Forkorting eller

11 Oppsummering av egen workshop og forelesning ved Nordisk konferanse i musikkterapi 1991, Høgskulesenteret på Sandane, Sogn og Fjordane.

12 ”Bevege” blir her brukt som det tyske ”Bewegung”, i betydningen både mental og fysisk bevegelse.

forlengelse av trakten ved muskelbruk, fleksibilitet og kraft i musklene, muskelspenninger i ganeseil, hals og diafragma, stemmebåndenes beskaffenhet, tyngdeplassing i kroppen, alt dette og mer er med på å avgjøre hvilken lyd personen lager. De fysiologiske forhold ligger imidlertid utenfor denne oppgaven. Jeg vil her konsentrere meg om det jeg anser som mest sentralt i mitt arbeid, nemlig *register*.

Register refererer til hvor i kroppen ansatsen til tonen settes. Vi snakker ofte om et lavt register (brystregisteret, modalregisteret) og et høyt register (hoderegisteret, falsettregisteret). Hvis man tenker seg at en synger en skala over to oktaver, så vil starten gjerne være i brystregisteret, mens de siste tonene (hvis man kommer så høyt opp) være i hoderegisteret. Men det er en forenkling å tenke at lavt register inneholder lave toner og høye toner settes an i hode- og hals-området. Et eller annet sted underveis vil det foreligge et såkalt ”registerknekk”,¹³ det vil si der en naturlig beveger seg over fra et register til et annet. Dette knekkpunktet oppleves ofte som kraftløst. Å bygge bro over dette knekket og kunne utvikle en lys klang med resonans i brystregisteret eller mørke toner der hodeklngen er tilstede, gir ofte en følelse av kraft og frihet i uttrykket, og en rundere, mer fyldig lyd. For å oppnå dette må man trene opp en fleksibel muskelbruk som støtter og regulerer pusten godt,¹⁴ noe som betyr at både føtter, ben og lår, mage og rygg og halsmuskulatur er involvert (Newham1999). Rigide skiller mellom registrene kan ofte være et tegn på manglende kroppslig og mental fleksibilitet, eller bevegelse. For å utforske registeret kan man ta i bruk alle de ni andre parametrene. Hver gang du skifter fokus for å sette an tonen, vrir eller forandrer på den i form av å puste annerledes, søke en annen klangfarge, synger hardt eller mykt osv vil muskelbruk påvirkes samtidig med sensomotoriske opplevelser.

Øvelser

I stabiliserende arbeid er det et mål å unngå overveldelse ved å legge vekt på at pasienten opplever mestring og kontroll. Det er derfor nødvendig å legge aktiviteter inn i en struktur som gjør det mulig å forbli her-og-nå og ikke innhentes i for stor grad av triggere. Dette er en vanskelig balansegang, da som nevnt stabilisering alltid har et utforskende element. Kunsten er, slik Ogden og Minton påpeker, å holde oppmerksomheten på et plan som gjør at en ikke blir overveldet.

Øvelsene er delvis faste, men ofte i kombinasjon med improvisatoriske innfall. Jeg har praktisert øvelser som har det til felles at der finnes et element av

13 ”Register break” (Newham 1999:83).

14 Også kalt ”egalitet”.

- lek med språklige metaforer (eks.: ”Kan du synge litt mer sitronaktig? Kan du la den tonen hoppe som en sprettball?”).
- kryssing av høyre og venstre side og rotasjon rundt egen akse (Shore 2003).
- variasjoner i alle parametre, men med fokus på register (Newham 1999), hvilket også innebærer
- variasjoner i tempo, rytme og posisjonering av kroppen for å gi ulike sensoriske opplevelser (Rotschildt 2004).
- perseptuelt tydeliggjørende kontraster, eks. strekke og trekke sammen (Sparre 1989).
- lek med tyngde og bevissthet om å kjenne underlaget (Sparre 1989).

I bunnen ligger alltid en ”som-om” kvalitet, en understreking av at dette er et slags speil for hvordan ting kan oppleves i verden utenfor terapirommet, men samtidig atskilt fra den. Målet er å senke fobi for affekter, hvilket inkluderer å tåle dem bedre.

Hilarion Petzold (1981) beskriver fire intervensjonsnivåer i Integrativ Terapi: Et funksjonelt, øvelsesbasert nivå der man øver seg på å lære en aktivitet gjennom imitasjon og vekslende samspill, et ekspressivt og eksplorerende nivå der man leker og improviserer ulike emosjonelle uttrykk rundt aktiviteten og et konfliktorientert nivå der en nærmer seg bearbeiding av det som blir uttrykt, samt et integrerende nivå. Jeg ser det slik at det funksjonelle/øvelsesbaserte og ekspressive/eksplorerende nivået sammenfaller med hva som kan kalles stabiliserende intervensjoner i en tidlig fase av traumebehandling fase 1.

Jeg lager øvelser ut ifra momenter som allerede fins i rommet, enten det er en idé som pasienten kommer med eller noe jeg selv tenker kan være nyttig som innfalls-vinkel til å få ned affektfobi, alltid med fokus på personens grenser og mulighet til å stoppe og la aktiviteten ta en annen retning. Etter hvert forsøker jeg å la pasienten ta mer og mer initiativ, i økende grad være et handlende subjekt, en som kan endre forløpet i samhandlingen ved egen påvirkning. Så lenge vi jobber på et funksjonelt nivå er faren for overveldelse og dissosiasjon ikke overhengende, mens eksplorering som nevnt, er mer risikabelt.

Min agenda er ikke å drive stemme- eller bevegelsesterapi, men å bruke opplevelse av stemme og ulike bevegelsesmåter som innfallsport til nye opplevelser og samtaler om dem.

I terapirommet

Terapirommet skal gi rom for å forbinde seg med egen fortid, nåtid og fremtid. Men mest av alt skal terapirommet representere en ramme for å være her og nå, i så fortrolig kontakt som mulig for pasienten. I de følgende kliniske sekvenser kan jeg ikke få med meg alle typer aktiviteter som er nevnt tidligere, men vise hvilke konsekvenser det kan få ved å skyve eller rokkere på et affektivt stemme- og kroppsuttrykk, eller hvordan en kan gi rom for en affekt gjennom strukturert øvelse. Og ikke minst, hvordan nyanser i uttrykk kan tydeliggjøres.

Berit er 17 år, henvist med mistanke om en bipolar lidelse eller ADHD. Hun har en lang historie med observerte atferdsvansker, og historie fra 8 til 15 års alder med seksuelt misbruk fra far, men uvisst hvor omfattende. Hun ruser seg, går inn i nye mishandlingsforhold, overprøver mors autoritet i en grad som gjør at mor nå har bedt barnevernet ta omsorgen. For tiden bor hun i en barnevernsinstitusjon, men er innlagt for 8 uker til observasjon på min avdeling i Psykisk Helsevern for barn og unge. Anamnese tatt opp med mor viser tidvis ”bisarr” atferd som høytsnakking med seg selv, flere fantasivenner, tidvis glassaktig blick og vanskelig å nå fra femårsalderen. (For drøfting rundt diagnostikk, se Putnam, 1991)

Eksplorering

Vi sitter overfor hverandre i hver vår stol. Hun viser en viss tillit, vi har kjent hverandre i fire uker. Nå skal vi ha ”sangtime”. Hun ser velvillig, litt avventende på meg. Hun har sagt at hun synes jeg er ”kul”. (Det er for så vidt gjensidig, hun er usedvanlig oppvakt og lydlig/musikalsk nysgjerrig.) Håret er svartfarget og stritt, tatoveringene på skuldrene er godt synlige, og i ører, øyebryn, nese og tunge blinker det i piercing. Tidligere har vi bl.a. snakket om hva slags musikk hun liker å lytte til på avdelingen. Hun har med seg cd-er som vi ofte lytter på i starten av timen. Denne gangen er det The Rolling Stones.

Jeg: *Du liker 60- og 70-tallsmusikk, du! Det er vel ikke så vanlig blant vennene dine?*

Berit: Joa, det er flere det. Og muttern og. Vi digger Stones begge to.

Jeg: *‘I can’t get no Satisfaction?’* Det er den eneste jeg kommer på i farten som går an å synge sammen.

Berit: Jada, den og. Muttern synger bestandig med når hun hører på den.

Jeg: *Ikke du?*

Berit: Ikke så hun hører det, i alle fall. (Slår blikket ned).

(Vi lytter oss gjennom "Satisfaction").

Jeg: *Men her kan vi brøle så mye vi vil uten at noen hører oss!* Setter meg frem på stolen for å indikere "klar, ferdig..." (Med referanse til øvelser vi har gjort før).

Berit: Jada, masa. (Smiler).

Jeg: *Ok, da reiser vi oss.*

Står ved siden av hverandre, muligheter for blikkontakt, men ikke påtrengende direkte. Vi åpner med å stå så støtt vi kan, føttene cirka i hoftebredde. Det er det rituelle apebrølet med dunking på brystet som skal starte timen i dag. Ler og tøyser, flytter tonen opp og nedover i kroppen mens vi dunker, opp og ned i register. Så sier jeg: *Nå skal vi jobbe Stones....* Vi trør med vekselvis venstre og høyre ben i takt. *Hør Stones-teksten inni deg!* Vi nynner melodien svakt begge to, i mørkt stemmeleie, mens vi går glidende med venstre/høyre fot.

Berit: Du er ikke riktig klok! Lattermild.

Jeg: *Stones er bra, kom igjen!* Knytter nevene og bokser utover vekselvis med høyre og venstre arm i takt, beina går diagonalt. Det får et glidende dansepreg, hun går bak meg. *Dette er en konsentrasjonsøvelse. Opp i tempo!* Vi øker og senker tempo et par minutter, hun imiterer meg. Pause. Vi senker armene. *Nå gjør vi det samme, men i sakte tempo. Og så setter vi på andre del av teksten: And I try, and I try, and I try, and I try, I can't get no Satisfaction!* (Oppadstigende melodilinje som ender i crescendo!)

Berit beveger seg usikkert, mestrer diagonalen. Stemmen blir svakere, lattermildheten etterhvert borte. Innadvendt uttrykk i ansiktet.

Jeg: *Sett på kraft sammen med meg.* Hun synger i mellomregisteret, vi synger sammen: "And I try, and I try...."

Jeg: *Kan du gå ned i stemmestyrke?*

Berit: Nei, nå blir jeg så skjelven i beina...

Sakker tempo enda mer.

Jeg: *Kan du la stemmen skjelve sammen med bena?* Viser henne, ned i tempo, svak fiolinlydende stemme.

Berit: Nei, det går ikke...

Jeg: *Stopp gåingen og armbevegelsene, la stemmen synge hvordan bena dine har det.*

Hun står stille, synger med svak, skjelvende stemme: "And I try, and I try..." Stopper, tårer i øynene: "Hvorfor synger jeg så svakt?"

Jeg: *Hvordan føler du deg?*

Berit: Svak.

Vi setter oss.

Jeg: *Hva slags følelse er det, tror du?*

Berit: Vet ikke jeg. (Lang pause) Sikkert trist.

Retter seg opp etter noen sekunder, sender meg et oppgitt blikk: "Fy faen, følelser er kjipt!"

Overveldelse

To uker senere. Berit har med seg en cd med rockegruppen *Red Hot Chili Peppers*, avtalen var at vi skulle spille noe som hun "digger". Sangen heter "Under the Bridge". Trist tekst, men med mye nonsensord som kan lekes med, lydkonstruksjoner. Jeg spør om hun vil at vi skal høre på den?

Hun: Ja, hvis du vil så...

Jeg: *Vil ikke du?*

Berit: Vet ikke jeg...

Jeg: *Er du fortsatt trist?*

Berit: Jeg har så vondt i magen, det er akkurat som det er en klump der som svir. Akkurat som det er piggråd på den. Hun peker mot mellomgulvet.

Jeg: *Den har du sikkert kjent mange ganger før...*

Berit: Nei, ikke på lenge, ikke på kjempelenge.

Jeg: *Kan du gni litt på den?* (Viser på min egen brystkasse og mellomgulv.) Berit imiterer.

Jeg: *Kan du gi en lyd mens du gnir?* Jeg foreslår å synge med en svak tone med lite brystklang. Jeg nynner melodien til vuggesangen 'So, ro lillemann' fra Hakkebakkeskogen til Thorbjørn Egner. Uten tekst, bare på "na, na, nana na". Hun synger etter, kjenner melodien.

Jeg: *Så kan du forandre lyden akkurat sånn som du vil.*

Jeg viser igjen, går opp og ned i styrke og tonehøyde, forandrer klangen, forandrer melodien. Vi veksler annenhver gang, hun imiterer meg til jeg stopper. Jeg oppfordrer henne til å fortsette, tar et stjernedryss og akkompagnerer henne forsiktig med det.¹⁵

Hun ser veldig konsentrert ut, jeg vet fra før at hun liker å improvisere innenfor en gitt ramme. Hun beveger seg litt frem og tilbake i klangbildet.

Jeg: *Nå kan du gå tilbake til den opprinnelige tonen og klangen, som du startet med.*

Hun går tilbake til 'So, ro' (synger uten tekst på "na, na")

Jeg: *Nå synger du fint for deg selv!*

Plutselig knekker stemmen hennes, og gråten kommer. Haken faller ned mot brystet.

Jeg: *Ble det vondt?*

15 Stjernedryss er en treplate formet som en stjerne, med en lærhank midt på og metallstaver i vekslende lengde under. De er stemt slik at når du holder instrumentet i hanken og forsiktig rister, spiller den en en glitrende, sprø "stjerneliknende" akkord som en kan variere i styrke, tempo osv.

Hun hvisker med tynn barnestemme: ”Jeg vil til mamma!” Ansiktet får et veldig barnslig preg, hun kommer med noen tynne gråtelyder som hun forsøker å kvele. ”Mamma, jeg vil til mamma!”

Intensjonen i begge disse timene var å bruke hennes egen kodefortrolighet i forhold til musikk som utgangspunkt for kontakt, og eksplorere derfra. I begge tilfeller er sensomotoriske opplevelser i fokus, og tydeliggjøring av dem. Samtidig er selve de klanglige fenomenene med på å skape stemningen i rommet, og ikke minst er vekslingen i tempo viktig. Lavere tempo gir uten unntak mulighet for å kjenne kroppen tydeligere, og tydeliggjør sanseinntrykk. Diagonalbevegelser, veksling i klangfarger og kroppslig plassering av tonen gir ulik bruk av muskulatur og pust. Som tommelfingerregel kan en si at dess lenger ned i kroppen tonen settes an, dess nærmere kommer en opplevelsen av kraft og tyngde eller opplevelsen av kraften og tyngdens fravær. Begge deler kan sette i gang engstelsesreaksjoner, slik vi ser i eksemplene her. Når Berit skal stige i volum samtidig som hun beveger seg diagonalt i saktere tempo enn tidligere, kommer følelsen av å være svak. I det andre eksempelet tydeliggjøres sårheten i tonen ved å gå fra den til et mangeartet og improvisert uttrykk og tilbake til den igjen. Siste gang spilte vi ikke cd-en hennes i det hele tatt, timen tok en annen vei fordi hun rapporterte direkte om en kroppslig følelse som plaget henne. For meg var det grunn til å tro at den var knyttet til sterk affekt, noe som stemte.

Stabilisering

Hun har vært mer sint enn vanlig, sies det på avdelingen. Har ved en anledning kuttet seg, personalet har problemer med å få henne i tale. Kommer til time med meg, sur og tverr. Vil ikke snakke.

Jeg: *Kanskje du ikke hadde spesielt lyst til å komme hit til meg i dag?*

Berit: Joa. Men det er kjipt på avdelingen.

Jeg: *Hvordan kjipt?*

Berit: Jeg kan ikke fordra hu derre pleieren som maser sånn hele tida, hu Randi.

Jeg: *Hva er det hun gjør som du ikke liker?* Lang pause.

Berit: Hun bare maser så jævlig. Hisser seg opp over ingen ting. Herregud, det er da ikke så farlig om jeg risper meg litt. Jeg veit hva jeg driver med, det er ikke så farlig.

Vi snakker litt frem og tilbake om hvilket ansvar personalet har og hvilke rutiner som skal følges ved kutting.

Jeg: Er det hele deg som vil kutte deg, eller er det noe i deg som protesterer?

Hun tenker, gløtter opp fra en nedsunken posisjon i en stol: ”Jeg har egentlig noe mot det og....Men det nytter ikke når trøkket blir så hardt, jeg klarer ikke å stoppe det liksom.”

Jeg: Hadde det hjulpet at det var noen der som trøstet deg?

Berit: Veit ikke. Men det er liksom som jeg blir holdt fast i det trøkket, kommer ikke ut av det før jeg har rispa...

Jeg: Ok, vi prøver å lage en lyd for hvordan det trøkket kjennes ut. Jeg lager en knurrelyd. Er det noe sånt?

Berit: Det likner. (Ler litt).

Jeg: Nå lager vi en lydsalat sammen! Kom, vi reiser oss opp!

Vi knurrer, hveser, brummer, flytter lyden opp i masken, ned i kroppen, fremover og bakover via ulike vokaler.

Jeg: Stopp! Hvis du skulle lage en film med en scene der en person hadde slikt ’rispe-trøkk’, hvilken lyd ville du sette på av de lydene vi har lekt med?

Hun er ikke i tvil, det er knurringen.

Berit: Det liksom sprenger i kroppen.

Jeg: Ok. Hva er den motsatte lyden til den knurringen? En lyd som er avspent og glad? Vi lager lydsalat igjen. Jeg foran, hun imiterer. En lang glissando nedover fra hoderegisteret, en lydsekvens som man kunne beskrive som om noen setter seg ned etter et godt dagsverk og sier fornøyd Aaaaahhh – den endte vi opp med.

Jeg: Kjenner du forskjellen mellom de to tydelig?

Berit: Det var lett.

Jeg: *Ok, nå veksler vi på de to lydene. Jeg knurrer, du uttrykker velbehag og omvendt. Vi bytter på, ler og er allikevel klar over at dette er krevende. Etter noen få runder sier hun : ”Den ene kommer først, og så den andre etterpå!”*

Jeg: *Først knurrer det i kroppen, så risper du deg, og så er det en lettelse?*

Berit: Ja, akkurat sånn er det.

Jeg: *Ja, nå kjenner du de tilstandene godt fra hverandre. Men skal vi forsøke å blande dem sånn at det blir én lyd? Jeg skal vise deg.* Jeg setter an en tone samtidig som jeg lar bukmuskulaturen støtvis skyve tonen ut, slik at du får en avbrutt lyd, men som er ganske myk. Det krever muskulært arbeid i rygg, mageregion og bena.

Berit: Å fy f..., det høres kult ut! Åssen klarer du det?

Jeg viser henne: Å få til den lyden forutsetter at du har god kontakt med underlaget, og jobber godt med magen samtidig som ryggen er stabil.

Berit: Den er liksom sterk og snill på en gang!

Hun prøver seg frem, jeg synger foran. Holder høyt tempo i instruksjonen, bruker mye latter og humor. Plutselig får hun det til. Hun ser forskrekket på meg og utbryter: ”Jøssenamn, så rart! Jeg blir jo helt støl i låra!”

Jeg: *Nå bruker du kreftene dine på å ha kontakt med bakken, bena og med kraften din. Den behøver ikke å være slem mot deg, skjønner du, den kan brukes til å passe på deg også!*

Etter denne timen gikk hun tilbake til avdelingen i veldig rolig tempo, men ikke sammensunken. Hun kuttet seg ikke flere ganger under oppholdet, men vi sang ”rispetrøkket” gjentatte ganger.

Min intensjon var å eksternalisere følelser hun ikke ville ha, gi dem et lydlig uttrykk, kontrastere dem, forankre dem i kroppen gjennom å repetere, og så blande kontrastene slik at begge affekter kunne få rom samtidig.

Drøfting

Kan en slik måte å arbeide på brukes i en diagnostisk prosess? Lekeevnen, det vil si bl.a. evnen til å kunne symbolisere et indre liv gjennom en ytre metafor, blir utfordret

i disse timene. Evnen til kontakt med meg, gjennom på den ene siden samarbeide og lytte og på den andre siden selv foreslå ting vi kan gjøre, utfordres også. Evne, eventuelt manglende evne til å ta utfordringer og eksplorere blir tydelig. Eksempelene fra disse timene viste meg at jeg hadde å gjøre med en jente med avspaltete affekter i en grad som gjorde henne lite i stand til å uttrykke sårbarhet og behov, hun var nesten ikke i kontakt med lengselen etter mamma, og ble overveldet av den. Selvstraffen/kuttingen var et forsøk på selvregulering og typisk nok effektivt til å holde savn og sorg unna, slik det ofte er for disse pasientene. Samtidig hadde hun bevart en lekeevne som ikke fikk meg til å tenke i retning av dissosiative diagnoser der svært mye av kroppsvitaliteten er avspaltet. Hun tok fort en metaforståelse av øvelsene, forstod at de faktisk hadde en relevans i forhold til hennes indre liv, noe som fortalte meg at hun hadde evne til å reflektere og symbolisere.

Kan denne måten å arbeide på brukes i forhold til alle traumatiserte pasienter? Jeg mener at dette er en god måte å møte alle traumepasienter på, forutsatt at terapeuten, i dette tilfelle meg, greier å tilpasse øvelsene slik at pasienten ikke til stadighet blir overveldet. I det tilfellet der Berit plutselig roper på moren sin, ville jeg i ettertid heller valgt å la henne fortsette å veksle i dynamikk i stemmeuttrykket mens hun strøk seg selv, og nærmet seg smerten mer gradvis.

I tillegg til de parametrene som er lagt inn i øvelsene, varierer man i intensitet i instruksjon, fysisk avstand og blikk-kontakt, samt grad av improvisasjon. Det er heller ingenting i veien for å utelate sangen og bruke sitat fra tekster isteden, tekster man kan rope, hviske, grynte osv., eller lage mange forskjellige lyduttrykk på.¹⁶

Det er terapeutens instruksjoner som skaper strukturen i utgangspunktet, og metoden skal, slik jeg ser det, ikke brukes uten at man har allianser med et støttesystem av voksne utenfor terapirommet. Timene skal være til fast tid og sted, i skjermete omgivelser, for å skape mest mulig forutsigbarhet og regulering. Rekkefølgen er viktig, forankringsarbeid og oppmerksomhet mot egne grenser skal alltid ligge som en grunnforutsetning for timene. Kompetanse i og sensitivitet for lydlige og kroppslige uttrykk er en forutsetning. Med barn og unge har disse timene alltid foregått i en avdeling der jeg får informasjon fra miljøpersonalet både i for- og etterkant. Men rett skal være rett, for meg er det lettere å arbeide med et barn som er musikalsk nysgjerrig en ett som ikke er det.

16 *Alice i Eventyrland* er fortreffelig, der det finnes mye nonsensord og lydkonstruksjoner som gir forskjellige affektive assosiasjoner.

Hva er det som virker?

Dette er ikke musikk- eller sangterapi, ikke samtaleterapi, ikke bevegelsesterapi. Det er en ”helhetlig pakke”, en form for uttrykksterapi som i stor grad er øvelsesbasert og instruert. Leken skal inneholde flest mulige anledninger til å koble sansemodaliteter og øke muligheten for kobling mellom sensomotorisk bevissthet og mentalisering.

Jeg ”skyver” litt på det pasienten gjør, etterspør en annen klang, en annen bevegelse, tar tak i den affekten jeg aner er på vei frem, tydeliggjør uttrykket enten gjennom å kontrastere det, la det følges av et liknende uttrykk fra en annen modalitet (f.eks. det å la beina skjelve sammen med stemmen), eller bare la det være en stund i rommet. Jeg bruker mye humor for å lokke frem leken. Det er en helhet av stimuli som utgjør kontekst for det som skjer, og det er vanskelig å løsrive én faktor. Og vanskeligst er det vel å se egen påvirkning på situasjonen, utover de bevisste valg som gjøres. Men gitt at bevegelse av kroppen, affektiv inntoning, rytmikk og lek er utviklingsbefordrende, mener jeg å ha hold for at dette er en måte å arbeide på som tar tak i grunnleggende forutsetninger for å kunne oppleve seg selv, også i relasjon til andre.

Hva jeg velger å fokusere på i timene, med hvilken affekt jeg gjør det selv, hva jeg velger å etterspørre av endringer, er selvfølgelig farget av meg som person og de briller jeg har på. Egne følelser, egne ferdigheter og ressurser påvirker de valg jeg tar. Jeg er ganske sikker på at min opplevelse av dette som en nyttig og kreativ arbeidsform, mine egne gode erfaringer med å jobbe på liknende måter i min egen terapiprosess, min egen nysgjerrighet på kommunikasjonen i lydige fenomen, er sterkt medvirkende til at pasientene tør å gjøre seg bedre kjent med og tåle sine følelsesmessige reaksjoner i timene. Dette er en forutsetning for å vedstå seg dem, hvilket er behandlingens endelige mål, og som denne terapien er en del av.

Med forbehold om at ikke-verbale fenomener er vanskelige å omsette i språk, mener jeg med dette å ha vist at kunnskap om tilknytning og utvikling med fordel kan anvendes i kombinasjon med strukturert sang- og bevegelseslek, for å utforske og arbeide med intervensjoner i forhold til traumerelaterte symptomer.

(Takk til gode diskusjonspartnere og inspiratorer, sangere og musikere Anne Kleivset og Ruth Wilhelmine Meyer)

Litteratur

- Anstorp, T., Benum, K. & Jakobsen, M. (red.) (2006) *Dissosiasjon og relasjonstraumer, integrering av det splittede jeg*. Oslo:Universitetsforlaget.
- Benum, K., Boe, T. & Ursin (1997). Dissosiasjon som beskyttelse mot overgrep, fortåelse og betydning for behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* (34), 81-91.
- Benum, K. (2006). Når tilknytningen blir traumatisert. I: Anstorp, T., Benum, K. & Jakobsen, M. (red.) *Dissosiasjon og relasjonstraumer, integrering av det splittede jeg*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bragstad, R. (2001). *Roy Hart sangmetode i lys av didaktikk, jungiansk psykologi og anatomi*. Hovedoppgave i musikkvitenskap, Institutt for musikk og teater, UiO.
- Bråten, S. (2004). *Kommunikasjon og samspill – fra fødsel til alderdom*. Oslo: Universitetsforlaget.
- DSM-IV, American Psychiatric Association, Washington DC, 1994.
- Gran, J. (2000), Dissosiative tilstander hos barn. Upublisert spesialistoppgave.
- Hart, O. van der & Nijenhuis, E. R.S. (1999). Bearing Witness to Uncorroborated Trauma: The Clinician's Development of Reflective Belief. *Professional Psychology, Research and Practice* 30 (1) 37- 44.
- Holgersen, H. (1998). Lekeobservasjon. Noen betraktninger med utgangspunkt i Winnicotts begrep "Potensielt rom". *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 35, 16-21.
- ICD-10*. Gyldendal, Oslo 2000.
- Imerslund, K. (2000). *Det sårbare selvuttrykk. Sang sett i lys av narsissistisk problematikk*. Hovedoppgave, Institutt for musikk og teater, UiO.
- Jakobsen, M., Benum, K. & Anstorp, T. (2006). Dissosiasjon, noen diagnostiske overveielser. I: Anstorp, T., Benum, K. & Jakobsen, M. (red.) *Dissosiasjon og relasjonstraumer, integrering av det splittede jeg*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kleive, K. M. (1999). En edruelig metode? Strukturert bevegelses- og uttrykksterapi i behandling av kvinnelige rusmisbrukere. Rasjonale og terapeutisk effekt. Hovedoppgave, profesjonsstudiet i psykologi, NTNU.
- Levy, T.M. & Orlans, M. (1998). *Attachment, Trauma and Healing. Understanding and Treating Attachment Disorder in Children and Families*. CWLA Press.
- Newham, P. (1999): *Using Voice and Song in Therapy. The Practical Application of Voice Movement Therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Nijenhuis, E.R.S., van der Hart, O. & Steele, K. (2006). Traumerelatert strukturell dissosiasjon av personligheten. I: Anstorp, T., Benum, K. & Jakobsen, M. (red.)

- Dissosiasjon og relasjonstraumer, integrering av det splittede jeg.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Ogden, P., & Minton, K (2000). Sensorimotor Psychotherapy: One Method for Processing Traumatic Memory. *Traumatology (Electronic Journal) 6 (3) Article 3, October*.
- Petzold, H. G. (1981) Integrative Bewegungstherapie. I: Petzold H. (red.) *Psychotherapie und Körperdynamik*. Paderborn: Junfermann Verlag, 289 – 406.
- Putnam, F.W. (1991). Dissociative Disorders in Children and Adolescents. A Developmental Perspective. *The Psychiatric Clinics of North America*, 14:3, 519 – 531.
- Rothschild, B. (2004). *Kroppen husker. Om krop og psyke i traumebehandling*. Århus: Klim Forlag.
- Schore, A N. (2001). The Effects of a Secure Attachment Relationship on Right Brain Development, Affect Regulation and Infant Mental Health. *Infant Journal of Mental Health*, 22, 7-66.
- Schore, A. N. (2003). *Affect Regulation and the Repair of Self*. New York: WW Norton.
- Sparre, M. (1989): Psykomotorisk fysioterapi som sangpedagogisk supplement. Revidert versjon av kompetanseoppgave i psykomotorisk fysioterapi fra 1986.
- Terr, L. C. (1981). "Forbidden Games". Post-Traumatic Child's Play. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 20, 74 -760.
- Thelen, E. (1995). Motor Development, A New Synthesis. *American Psychologist*, 50, (2) 79-95.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E., & Steele, K. (2006). *The Haunted Self*. New York: Norton & Company.