

En ressursorientert musikkterapi

Randi Rolvsjord

Introduksjon

”Emma”, som er en av mine informanter i min forskningsstudie om ressursorientert musikkterapi (Rolvsjord 2007), samarbeidet med meg om musikkterapi gjennom omkring tre år. Vi sang masse sammen og vi laget 30 sanger. I de mange timene vi har møttes har Emma brukt sanger, både egenkomponerte og andre, til å gi stemme til sine livserfaringer. Erfaringer som hun burde vært foruten. Erfaringer av vold, svik, frykt, smerte. Men også erfaringer av vennskap, glede og mestring. Sammen har vi sunget om livet, til livet, for livet. Sangene, både tekstene og melodiene rommer disse aspektene. Det har vært mye glede og varme i musikkterapien, men samtidig også mange sterke følelser, og vonde følelser. I forskningsintervjuer jeg har gjort med Emma trekker hun fram dette spekteret av erfaringer. Hun forteller at musikken har vært en måte å komme i kontakt med følelser på, å få uttrykke seg gjennom, å få kommunisere til andre. Men samtidig har musikkterapien gitt henne tilbake et forhold til musikken, en opplevelse av at hun kan bruke musikken der hun er, at hun ikke trenger å være så fantastisk flink for å få lov til å drive med musikk. Musikken er ikke bare for de profesjonelle musikerne.

På min vei mot en forståelse av hva ressursorientert musikkterapi er, har jeg søkt etter en måte å snakke om musikkterapi på som gir rom for disse typer erfaringer. Dette handler om de positive erfaringene og de sterke sidene som blir tatt i bruk i musikkterapien, så vel som det å utforske problemer eller traumer gjennom musikken. Når vi prøver å beskrive hva musikkterapi er, og hva det inneholder, møter vi mange utfordringer. Kanskje nettopp fordi når vi tenker på terapi som en profesjonell praksis, så tenker vi på behandling av problemer og sykdom snarere enn på utviklingen av ressurser. Også Emma problematiserer musikkterapi som ”behandling”, og beskriver i et intervju sine erfaringer i musikkterapien som noe som overskrider rammene for det hun tenker på som behandling.

E: Jeg tenker ikke på musikkterapien som en ”behandlingsmetode”. Det gjør jeg jo når jeg skal til psykiateren. Da tenker jeg at jeg skal til en behandlingstime. Jeg tenker liksom ikke når jeg skal til deg, at jeg skal på en behandlingstime – det har kanskje litt med det å gjøre også.

R: Hva skal du på da?

E: Til musikkterapi.

R: Hva tenker du? Hva er en behandlingstime?

E: Noe som tar opp store alvorlige, fæle ting...det skal være liksom så veldig profesjonelt. Det skal være noe der hele tiden, og du må ha noe å komme med, et eller annet problem eller et eller annet. Jeg kan liksom ikke komme der og ikke ha noe spesielt å komme med. Men det kan jeg her.

R: Hva skjer da hvis du ikke kommer med noen ting her?

E: Da bare synger vi eller et eller annet, eller bare gjør noe.

R: Er ikke det noe å komme med noe da?

E: Jo, men ikke på samme måte. Jeg kan liksom ikke komme til psykiateren og fortelle et eventyr, ikke sant?

R: Har du prøvd? (Begge ler)

E: Nei, jeg har... (uforståelig)

R: Men jeg tror det er viktig akkurat det der, at det blir en litt annen, det blir ikke sånn behandling på den måten.

E: Men det er jo det – jeg merker jo det selv når jeg ser tilbake på alle sangene og sånt. Det er bare det at jeg tenker ikke på det når jeg er midt oppi det.

R: Så du tenker at det har vært en behandling? (Ler)

E: Ja, men ikke – jeg ser jo at det har vært behandling på den måten at jeg har fått sagt veldig mye, fått bearbeidet veldig mye, fått uttrykt veldig mye i musikken, og det blir jo behandling. Men jeg går ikke og tenker på det.

R: Kanskje det er et ord som ikke passer helt?

E: Nei jeg tror ikke det.

R: Jeg syns ikke det jeg heller, faktisk.

Å utforske hva et ressursorientert perspektiv på musikkterapi kan innebære for arbeid innenfor psykisk helse og omsorg har vært fokus for min forskning de siste årene. Jeg har gjort en kvalitativ forskningsstudie basert på min egen praksis i en psykiatrisk institusjon. Jeg har studert litteratur for å finne frem til teori som kan informere en slik praksis, og studert musikkterapicase for å få en bedre forståelse for hva ressursorientert musikkterapi kan innebære. En kvantitativ, randomisert og kontrollert studie av effekten av ressursorientert musikkterapi i forhold til psykisk helse er også pågående (Gold, Rolvsjord & Stige 2005). Dette kapittelet bygger på denne forskningen, som er orientert omkring musikkterapi med voksne med psykiske helseproblemer. De teoretiske perspektivene vil like fullt være aktuelle for musikkterapi knyttet til andre arbeidsfelt.

For mange musikkterapeuter virker kanskje et ressursorientert perspektiv ganske selvfølgelig og kanskje unødvendig. Likevel, vi ser at innenfor helsesystemet, og i vår kultur, finnes en forståelse av terapeutisk virksomhet som er knyttet til en sykdomsideologi og en tradisjonell medisinsk behandlingstenkning. Å betone ressurser og pasientens sterke sider er imidlertid i økende grad betonet fra en rekke ulike fagfelt. Felles for disse ulike perspektivene er en sterk kritikk av den tradisjonelle behandlingstenkningen innenfor psykiatrien og psykologien. Kritikk mot sykdomsideologi, mot individfokus, mot maktmisbruk

og ekspertfokus i terapeutisk virksomhet er reist fra mange hold. I min utforsking av ressursorientert musikkterapi har jeg derfor støttet meg til teori fra flere tradisjoner og fag: fra empowerment filosofien som har sprunget ut ifra bevegelser relatert til sosiale rettigheter, feminisme og fra antipsykiatri-bevegelsen (Dalton, Elias & Wandersman 2001; Fitzimons & Fuller 2002; Saleebey 1997; Sprague & Hayes 2000) fra den positive psykologien som har oppstått som en kritikk av tradisjonell psykologi (Carr 2004; Seligman & Csikszentmihalyi 2000; Snyder & Lopez 2002), fra psykoterapiforskningen og perspektiver på felles faktorer og kontekstuelle modeller i psykoterapi (Wampold 2001; Hubble, Duncan & Miller 1999), samt fra den salutogene modellen til Antonovsky (1979, 1987) som har vært sentral i musikkterapeutisk litteratur, og som har bidratt til å relatere musikkterapeutisk virksomhet til livskvalitet og helsearbeid (Ruud 1997, 1998; Bruscia 1998).

Å styrke sterke sider og stimulere ressurser

Tradisjonelt sett blir terapeutisk virksomhet relatert til sykdomsbekjempelse eller problemløsning i forbindelse med ulike helse- og livsproblemer. Psykiske helseproblemer, eller psykiske lidelser, er generelt gjennom de diagnostiske systemene DSM IV og ICD-10 forstått på den samme måten som andre klarere definerte fysiske lidelser, som en sykdom eller mangel ved individet som krever særskilte tiltak eller intervensjoner med sikte på kurering eller symptomlette (Maddux 2002; Furedi 2004).¹ Psykoterapi, eller eventuelt musikkterapi får i et slikt lys en funksjon som er analog til en pille, dvs. at man tenker seg at det er terapeutens intervensjon eller teknikker som virker inn på det som forårsaker sykdommen. En slik ”medisinsk” forståelse av terapi behøver ikke nødvendigvis relateres til fysiologiske årsaker til lidelsen, men kan like gjerne knyttes til psykologiske forklaringer av psykopatologi (Wampold 2002). Begrepet ”behandling” er oftest knyttet opp mot en slik modell, mens begrepet ”terapi” også kan omfatte andre forståelsesmodeller. Som allerede Ruud (1990) understreker er det problematisk å se musikkterapi som behandling i dette lys, og jeg vil gjerne tilføye, i særskilt grad for en ressursorientert musikkterapi.

Å styrke sterke sider og stimulere ressurser er en like viktig del av terapi som det å løse problemer, lindre symptomer eller kurere sykdom, hevder Seligman og Csikszentmihalyi (2000). Det påpekes også at sterke sider og ressurser er av stor betydning i forhold til diagnostisk fokus, kartlegging og evaluering (Wright, Shane & Lopez 2002). For å forstå hva slike ressursorienterte perspektiver på terapi skulle innebære, og hvordan de skulle kunne hjelpe personer med psykiske lidelser, trenger vi en forståelse av hva det å utvikle eller bruke sine ressurser betyr i forhold til helse og livskvalitet. Antonovsky (1979, 1987) beskrev en alternativ tilnærming til forståelse av helse og terapi som er relatert til mulighetene for å forhindre sykdom og å holde seg frisk, mer enn til å kurere sykdom. Denne salutogene modellen fremsto som et alternativ til den

¹ Det må bemerkes at skillet mellom psykiske og fysiske lidelser også er konstruert (Kandel 1998).

patogene, og skisserer en terapi som tar sikte på å gjøre mennesker bedre rustet til å mestre sykdom. Antonovsky understreket betydningen av å finne mening, sammenheng og å ha kontroll (sense of coherence) over ulike typer stress-situasjoner for å bedre mestre dette og opprettholde en god helse. Antonovskys tenkning har vært en viktig inspirasjon og gir mye kunnskap om betydningen av forebyggende- og helsefremmende tiltak, men de terapeutiske konsekvensene av hans teori er uklare, da han hevder at opplevelse av mening, sammenheng og kontroll er svært vanskelig å utvikle som voksen. Jeg velger derfor å anvende annen teori som grunnlag for et ressursorientert perspektiv.

Før jeg kommer nærmere inn på teoretiske perspektiver som kan danne grunnlag for en ressursorientert musikkterapi vil jeg imidlertid klargjøre hva jeg mener med begrepet ressurser. Jeg har valgt å bruke dette begrepet både fordi det er veletablert i den norske musikkterapitradisjonen, men også fordi det rommer mer enn kun personlige egenskaper eller sterke sider. Begrepet ressurs brukes ofte i forbindelse med økonomi, og der ser vi at det innebærer like mye det å ha tilgang til noe, som å faktisk ha det i egne hender. Slik også med det ressursbegrepet som ligger til grunn for dette ressursorienterte perspektivet. Ressurs innebærer både noe en person har, som for eksempel personlige egenskaper og ferdigheter, men også det en person har tilgang til gjennom sitt sosiale nettverk, gjennom organisering av samfunnet, gjennom sin kultur. Jeg vil understreke at ressursbegrepet omfatter personens musikalske ressurser, slik som musikalsk kompetanse, ferdigheter på instrumenter, koret som han/hun synger i, tilgangen til pianoet etc. Ressursbegrepet skal imidlertid ikke begrenses til slike musikalske ressurser. Å fokusere på klientens ressurser kan dermed bety å engasjere hun eller han til å bruke sine musikalske ferdigheter, men det kan også innebære mye mer enn det.

Det å bruke sine sterke sider og utvikle sine ressurser kan være terapeutisk verdifullt på flere måter. På mange måter må dette forståes også i forhold til problemer og sykdom, dvs. at det har sammenheng med våre ulike måter og vår evne til ikke bare å forebygge problemer og sykdom, men også vår evne til å mestre eller takle motgang og sykdom slik den salutogene modellen og "resilience"-forskningen informerer oss om. "Resilience" er et begrep som hen-spiller på individets evne til å tåle påkjenninger, og det omfatter aspekter som hardførhet og motstandskraft. Resiliencetankegangen har imidlertid blitt kritisert fra mange hold, også fordi det lett kan ende opp i å skylde på offeret, at de som ikke takler en vanskelig livssituasjon selv er skyld i det. Terapeutisk virksomhet skal ikke gjøre personer i stand til å tåle å stå i situasjoner der urett og undertrykkelse eller misbruk blir begått mot dem, men snarere å bli i stand til å komme seg ut av slike livssituasjoner (Maracek 2002).

Innenfor sosiologisk teori har man snakket om ressurser som modererer den negative effekten av en stressor eller et helseproblem (Pearlin 1999). En ressurs kan for eksempel være viktig i forhold til å demme opp for negative konsekvenser av sykdom eller livsproblemer gjennom å gjøre personen bedre rustet til å mestre det. Slik kan ressurser nøytralisere eller moderere den negative effekten av for eksempel psykiske helseproblemer. Samtidig kan ressurser også ha en mer indirekte funksjon i forhold til å bidra til å bygge opp ressurser som

kan fremme de ressurser som i første instans hadde en modererende effekt på en stressor (ibid.). Å utvikle ressurser kan med andre ord være betydningsfullt selv om disse ikke direkte har noen effekt i forhold til de problemene klienten sliter med.

Å forhindre demoraliseringen som følger med en sykdom, er noe Frank og Frank (1991) pekte på i forbindelse med terapeutisk virksomhet. Når sykdom eller helseproblemer rammer oss, er det ikke bare selve sykdommen som truer vår helse, men også de følgene dette har for hele vår livssituasjon. For eksempel vil en innleggelse i psykiatrisk sykehus kunne omfatte både en stigmatisering, og også forhindre deltakelse i aktiviteter og sammenhenger som vanligvis knyttes til vår identitet og livskvalitet. Resultatet er at våre muligheter til å gjøre helt normale ting kan oppleves begrenset. Dette er akkurat denne funksjon vi ser beskrevet gjennom Aasgaard (2002, 2006) sitt arbeid med barn i sykehusavdelinger. Å gjøre ting som ikke har noe med behandling eller sykdom å gjøre kan dermed spille en meget viktig rolle i forhold til helsesituasjonen. Det må understrekes at betydningen av ressursorientert musikkterapi, og det å utvikle en persons ressurser ikke bare må forstås i forhold til den indirekte effekten det har på sykdom og problemer. Først og fremst må vi se på det å bruke ressurser som en kilde til økt livskvalitet og empowerment i seg selv. Jeg vil gjerne få spekulere også i forholdet mellom ressurser og problemer. Mange ganger kan vi kanskje ledes til å tro at økte ressurser er lik mindre problemer, eller at en person som har mange ressurser ikke kan ha mange problemer. Jeg tror dette er en feilaktig forestilling, som kanskje enkelte ganger har ført til manglende hjelp, andre ganger til at vi ikke ser personens problemer for alle ressursene.

Å bruke sine sterke sider er viktig for å oppleve glede, som det er understreket av Seligman (2003, 2005), en av frontfigurene innenfor den positive psykologien. Han har relatert det å bruke sine sterke sider og spesielt de sterke sidene som er mest karakteristiske for en person (signature strengths), som viktige i forhold til å oppleve glede og lykke i livet. Nettopp dette med å bruke sine sterke sider, og oppleve mestring eller flow (Csikszentmihalyi 2002) er kanskje en av de viktigste kildene til den gleden vi opplever gjennom musisering. Og de positive følelser som musikalsk aktivitet fremkaller er også interessante i forhold til helse og velvære. Positive følelsesopplevelser, som glede, tilfredshet og interesse, er meget viktige i forhold til helse og empowerment. Fredricksons forskning og hennes "broaden and build"- teori om positive emosjoner, støtter teorien om at positive opplevelser kan bidra til empowerment. I følge denne teorien, som er understøttet gjennom forskning, er positive følelser knyttet sammen med et mer fleksibelt tankesett. Mens negative følelser, som sinne eller sorg begrenser våre tankebaner, gjør positive følelser oss i stand til å se flere alternative handlemuligheter. Et slikt utvidet tankesett får oss i gang med ting slik at vi i neste omgang skaffer oss nye erfaringer som igjen gir positive følelser. På denne måten opplever vi en positiv spiral mot økte handlemuligheter og helse (Fredrickson 2000, 2002).

De positive følelsesopplevelsene vi ofte får når vi deltar i musikalsk samhandling, kan dermed være meget viktige i forhold til å motivere oss til, og å gjøre oss i stand til deltakelse, og gjøre oss bedre rustet til å gjøre de ting som vi

ønsker i livet. Dette er en viktig del av empowerment. Å utvikle ressurser betraktes dermed som helt sentralt i forhold til empowermentperspektiver på helsearbeid (Fitzimons & Fuller; Stewart 1994; Procter 2002; Rolvsjord 2004). På denne måten er ikke ressurser bare noe som har betydning i forhold til å demme opp for eller gjøre oss i stand til å takle problemer, men også fordi det har en verdi i seg selv. Empowerment er for øvrig noe mer enn det å utvikle ferdigheter som gjør oss i stand til deltakelse, slik Procter (2002) tydeliggjør når han skiller mellom "enablement" og "empowerment". Empowerment handler også om at tilgang til og kontroll over ressurser kan gjøre oss bedre i stand til å gjøre det vi selv ønsker med livet vårt. Disse aspektene knyttet til kontroll og selvbestemmelse gir empowermentbegrepet en tydelig politisk dimensjon. Denne politiske dimensjonen må knyttes til forholdet mellom individ og samfunn, til maktrelasjoner i samfunnet, så vel som til den terapeutiske settingen. Det er imidlertid viktig når vi snakker om empowerment, at myndiggjøringen, eller det å kontrollere og bestemme over eget liv og handling, innebærer å ha "makt til" snarere enn "makt over" (Rolvsjord 2004).

Individ i samspill med kultur og samfunn

Med empowermentfilosofien som grunnlag for en ressursorientert tenkning, understrekes samspillet mellom individet og den sosiale og kulturelle konteksten. Empowerment er et begrep som ikke kan forstås uten å relatere individ og samfunn. Å oppleve empowerment kan aldri være kun en personlig prosess, den utspilles alltid i samhandling med andre (Dalton, Elias & Wandersman 1999).

Mye av kritikken som er blitt reist mot tradisjonell psykologi og psykiatri er relatert til et sykdomsbegrep som, i særdeleshet overfor de diagnostiske systemene DSM IV og ICD-10, forstår sykdom som noe som er en "feil" ved individet. Gjennom et diagnostisk system som posisjonerer sykdom i individet, skjules de interpersonlige og ikke minst de strukturelle (samfunnsrelaterte og kulturelle) aspekter ved problemene. Som et eksempel har man pekt på problemer med diagnosen Post-traumatisk stresslidelse (PTSD). Denne diagnosen forutsetter at individet har gjennomlevd en situasjon som kan oppleves traumatisk, og som gjerne er knyttet til trussel om død eller lemlestelse. Ofte er slike opplevelser knyttet til kriminalitet, som for eksempel ved voldtekt eller ved mishandling av barn. Men gjennom individualiseringen av problemene blir det individet som har overlevd traumene som det er noe "galt" med (Suyemoto 2002).

Gjennom en slik individualisering av sykdom og problemer, skapes også uheldige maktrelasjoner i behandlingsapparatet. I boken *Therapeutic Culture* hevder Furedi (2004) at diagnostiseringen av problemer som sykdommer hos individet bidrar til å skape sårbarhet i forhold til det å mestre utfordringer og livsproblemer. Gjennom denne diagnostiseringen og sykeliggjøringen skapes det noen ganger et kunstig behov for eksperthjelp, som både reduserer muligheten til å få erfaring med mestring av utfordringer og problemer, og som derfor skaper sårbarhet og øker omfanget av psykiske lidelser.

Nødvendigheten av et empowermentbegrep som relaterer individets forhold til andre og til samfunnet, understrekes av Becker (2005). Hun kritiserer en bruk av empowermentbegrepet i forhold til psykoterapeutisk virksomhet generelt, og feministisk terapi spesielt, som har redusert empowerment til en individuell psykologisk utvikling. Dette er et problem, i følge Becker, fordi man da ruster individene bedre til å mestre og alene ta ansvar for interpersonlige relasjoner, og dermed hindrer muligheten for likeverd. Bevissthet omkring den sosiale livssituasjonen og det samfunnet en person lever i er med andre ord helt nødvendig i forhold til empowerment. Dette betyr nødvendigvis ikke at musikkterapeuten må jobbe direkte på samfunnsnivå, men at kulturell bevissthet og sosialt engasjement må være en del av den terapeutiske virksomheten. Feminist-slagordet "det personlige er alltid politisk" (Worell & Remer 2003) uttrykker en slik nødvendig bevissthet om sosial og politisk kontekst. I en musikkterapeutisk praksis vil bevisstheten om samfunn og kultur også omhandle musikkens rolle i klientens hverdagsliv. Å stimulere til bruk av musikk i hverdagslivet vil dermed bli et anliggende også for terapi i en individuell setting.

Med empowermentfilosofien som fundament, blir en ressursorientert musikkterapi knyttet til politikk. Et politisk engasjement betraktes ofte som fremmed for og uønsket i terapeutisk virksomhet, men like fullt er den terapeutiske virksomheten del av en politisk kontekst. Det politiske budskapet i empowermentfilosofien er knyttet til likeverd og like rettigheter. I forhold til musikkterapien vil jeg se det som et politisk engasjement å fremme tilgjengelighet til musikk, å fremme rettigheter til medbestemmelse i psykiatrien, og å kjempe for likeverdighet i terapeutiske relasjoner.

Fra intervensjon til samarbeid

En terapeutisk virksomhet som har som siktemål å hjelpe andre til å styrke sterke sider og fremme ressurser, kan fort få et paradoksalt preg over seg. Hjelp til ressursutvikling kan fungere som en demonstrasjon av mangel på ressurser og mangel på selvbestemmelse, og slik virke paradoksalt i forhold til sin hensikt (Dreier 1994). Dette paradokset hviler imidlertid på den tenkningen omkring terapi som er knyttet til den medisinske modellen, dvs. at vi tenker oss at det er klienten som har et problem og at det er eksperten (dvs. terapeuten) som vet hvordan man kan avhjelpe dette problemet. Ekspertens intervensjon er den sentrale forandrende kraft i terapien. En ressursorientert virksomhet som hviler på dette fundamentet blir paradoksalt fordi man nettopp ved å intervenere, demonstrerer så tydelig at klientens ressurser er begrensede og for små. Den ressursorienterte praksis trenger et annet fundament å stå på. Vi kan ikke på den ene siden fremme klientens ressurser, mens vi på den andre siden neglisjerer klientens ressurser i forhold til å vite hvordan hun eller han kan bruke musikkterapien.

Forskning på psykoterapi har demonstrert tydelig at intervensjonene (dvs. de teknikkene som terapeuten bruker) har mye mindre betydning for effekten av psykoterapi enn det man lenge antok. Gjentatte meta-analyser har vist at effekten av ulike psykoterapimetoder er slående lik – den såkalte "Dodo-Bird

verdict” (Lambert & Ogles 2004; Luborsky et al. 2002). Med dette som utgangspunkt har man fått ny interesse av å finne ut hva det er som virker i psykoterapi. I flere modeller ser vi at terapeutens intervensjoner bare tillegges en liten del av effekten, mens såkalte kontekstuelle faktorer og felles faktorer tillegges større del av effekten. I en kontekstuell modell for å forstå psykoterapeutisk praksis er dette tatt til etterretning, og man ser at det er svært mange aspekter *ved* terapien og *utenfor* terapien som gjør at terapien virker. En av de viktigste faktorene er klienten selv (Bohart 2000; Bohart & Tallmann 1999). Hvordan klienten tar i bruk det som det legges til rette for i den terapeutiske samhandlingen er av avgjørende betydning. Det er klienten selv som tar i bruk det som en terapeutisk setting kan tilby, og som overfører lærdom fra terapien til hverdagslivet.

Også i empowermentfilosofien har man understreket ubalansen og ulikheten i terapeutiske relasjoner, der terapeuten fremstår som en ekspert, om enn utifra en annen argumentasjon. Empowerment oversettes noen ganger med begrepet myndiggjøring. Å ha myndighet over eget liv er ingen selvfølge for de klientene jeg jobber med, klienter med psykiske helseproblemer. Med andre ord er empowerment relatert til det å ha makt og medbestemmelse i sitt eget liv. Denne retten og evnen til kontroll og medbestemmelse i eget liv kan ikke utvikles i en relasjon som ikke er likeverdig. For å erfare kontroll over eget liv er det svært viktig å etablere en relasjon som baseres på likeverd, gjensidighet og medbestemmelse. Det er imidlertid viktig å understreke at likeverd ikke utelukker ulikhet. Snarere er ulikhet en forutsetning for at vi i det hele tatt kan snakke om likeverd (Becker 2005). Gjensidig respekt bunner i en forståelse av den andres evner og ferdigheter så vel som begrensninger (Sennet 2003). Likeverdighet og gjensidighet krever derfor en tydelig terapeut, som også fremstår med sin kompetanse og sine begrensninger.

Gjensidighet og likeverd i den terapeutiske relasjonen betyr imidlertid ikke at terapeuten blir overflødig, usynlig eller underordnet, snarere at terapeuten og klienten må samarbeide om terapien. Et vellykket samarbeid krever tydelighet og respekt, og dette innebærer anerkjennelse av hverandres ressurser og begrensninger. Å ta avstand fra en ekspertrolle som terapeut innebærer derfor ikke avstand fra terapeutens ekspertise. Likeverd er ikke det samme som likhet. Likeverd bygger snarere på ulikhet slik det er hevdet. Enhver diskusjon om likeverd forutsetter at vi aksepterer ulikhet. Men terapeutens ekspertise skal heller ikke usynliggjøre kunnskapen klienten sitter inne med. Derfor må det terapeutiske samarbeidet omfatte det å avgjøre hvordan man skal jobbe sammen i musikkterapien, hvordan man skal bruke musikk, og til hva. Den terapeutiske effekten kommer ikke av terapeutens intervensjoner, men fra de mulighetene som oppstår i samarbeidet mellom terapeut og klient. Medbestemmelse og likeverd må innebefatte samarbeid om alle deler av terapiprosessen, om målvalg, valg av arbeidsformer og evaluering.

Musikk som helseressurs

Hvordan kan vi betrakte musikken og musikkens rolle i musikkterapien i et ressursorientert perspektiv? Ruud (1998) omtaler musikken som en potensiell

helseressurs. Et slikt perspektiv på musikken må innebære at musikk kan bli en ressurs som kan ha betydning for vår helse på mange ulike måter. En slik tenkemåte finner vi støtte for hos musikk sosiologen DeNora (2000). Hun bruker begrepene "musical affordance" og "musical appropriations" for å forklare hvordan musikk får mening for mennesker. Musikken har kvaliteter ved seg som rommer muligheter, men disse mulighetene kan først komme til sin rett når musikken tas i bruk. Med disse begrepene antyder hun en tosidig prosess som relateres til noen kvaliteter eller potensialer ved musikken som hun kaller for musikkens "affordance", og den måten vi bruker musikk på som hun kaller for "appropriations". Med dette perspektivet ser vi at musikken bare kan få betydning, og bli til en helseressurs, når vi tar den i bruk. Meningen avgjøres utifra hvordan og på hvilke måter musikken brukes. Viderefører vi dette til musikkterapi, så følger at musikkens terapeutiske effekt er avhengig av hvordan en person tar i bruk musikken. På denne måten kan musikalsk aktivitet og musikkterapi romme et stort potensial i forhold til helse og livskvalitet.

Fra forskning omkring bruk av musikk i dagliglivet ser vi at mennesker bruker musikk på måter som kan relateres til helse. Gjennom musikk opplever de glede, mestring og motivasjon (Persen 2004), og de bruker musikk til å regulere sosiale relasjoner og til å konstruere identitet (DeNora 2000; Ruud 1997). Gjennom musikkaktivitet oppleves følelsesvitalitet og kroppslighet (Ruud 1997; Davidson 2005). Gjennom denne typen forskning har vi fått tydelig demonstrert ikke bare musikkens effekt som en ressurs i forhold til helse- og livskvalitet, men også at dette "terapeutiske" repertoar av måter å bruke musikken på brukes av mennesker i dagliglivet og ikke bare innenfor settingen av musikkterapi. Klientene våre har med andre ord ofte mye kompetanse i forhold til hvordan de kan bruke musikk til å gjøre livet sitt bedre, og det blir sentralt i et ressursorientert perspektiv å anerkjenne denne ressursen (Rolvsjord 2006).

Som helseressurs er musikken knyttet til helse snarere enn til sykdom, og jeg tror at det er viktig at vi lar musikken fortsette å ha denne rollen. I en behandlingspraksis som fokuserer på patologi og problemer, kan det være fare for at musikken som kanskje var knyttet nettopp til noe friskt og sunt og gledesfullt blir omformet til noe sykt. Dette ville være en meget uheldig bi-effekt av musikkterapien. Musikken har for mange mennesker en verdi i seg selv, som ikke direkte er relatert til eventuelle helsegevinster. Å ha mulighet til å delta i musikalsk aktivitet må kunne være et legitimt mål i seg selv innenfor et ressursorientert perspektiv. Kanskje er det slik Stige (2003) foreslår, at noen ganger vil det være like legitimt å søke å ha helse til å musisere som å fremme helse gjennom musikk?

Som en helseressurs må vi til sist bli oppmerksomme på tilgjengeligheten til musikken. "Musikk for alle" har lenge vært et slagord og en bevegelse musikkterapeuter har vært tilknyttet. Målsettingen om "musikk for alle" er tuftet på erfaringer om at musikkaktivitet ikke har vært tilgjengelig for alle. Det er ulike former for restriksjoner knyttet til deltakelse i musikalske aktiviteter, for eksempel knyttet til musikalske ferdigheter eller til sosial tilhørighet. Selv om musikk for de fleste er tilgjengelig i rikelig monn gjennom

internett, CD-plater, radio og TV, er det likevel mange som opplever at deres muligheter for aktiv deltakelse i musikk er begrenset. Den rådende musikk-kulturen i vestlige land er til en stor grad relatert til de musikalske geniene, og musikk blir ofte sett på som en aktivitet som krever en særskilt begavelse, slik Small (1998) og Sloboda (2005) har pekt på. Dette fører til at mange ikke opplever at de kan eller er flinke nok til å delta i musikk. De har, som Small uttrykker, mistet sin fødselsrett til musikken (Small 1998). Med dette som utgangspunkt vil jeg understreke at musikkterapien også må fungere som et forbilde i forhold til at klienten må få ha "makt til" og "rett til" musikken. Hvordan musikken skal brukes i musikkterapien må være en del av samarbeidet mellom terapeut og klient (Rolvjord 2006).

En ressursorientert praksis

Ressursorientert musikkterapi er etter mitt skjønn ikke et "enkelt" alternativ til musikkterapi som skulle kreve mindre av terapeuten i forhold til kunnskap eller ekspertise. Å stimulere eller utvikle ressurser er like krevende for både terapeut og klient som å jobbe med problemene. Å jobbe ressursorientert krever en åpen holdning og stor fleksibilitet både menneskelig og musikalsk. Musikkterapi-utdanningen gir trolig en god startkompetanse i forhold til dette. Men, som alltid, lærer man også gjennom arbeidserfaring. Det er heller ikke slik at en ressursorientert praksis vil innebære at man ikke også forholder seg til og jobber med problemer, traumer eller vanskelige følelser. Å fokusere på ressurser er ikke et "tårefritt" alternativ – eller en musikkterapi "light". Min erfaring tilsier imidlertid at vektleggingen eller fokuset på problemer versus ressurser og sterke sider kan variere mye fra en terapi til en annen, og også fra en terapitime til en annen. Det ville være meget lite ressursorientert å neglisjere klientens problemer hvis det er dette klienten bringer fram i en time. Like fullt er aldri et menneske bare syk eller bare definert av sine problemer. Det er også viktig å understreke at det å fokusere på ressurser og sterke sider og muligheten for mestring kan være meget konfronterende og vanskelig.

Jeg har i det foregående understreket fire aspekter som kan være beskrivende for ressursorientert musikkterapi: Fokuset på anerkjennelse og stimulering av sterke sider og ressurser; En vektlegging av samspillet mellom individ og samfunn; En likeverdig relasjon som betoner samarbeid og medbestemmelse, og til sist; En forståelse av musikk som en helseressurs. I forbindelse med disse punktene har jeg understreket betydningen av klientens rolle i forhold til å få terapien til "å virke" som viktigere enn terapeuten intervensjoner. Dette utelukker selvsagt ikke betydningen av terapeuten holdninger og handlinger. Sammen med kolleger har jeg forsøkt å definere noen prinsipper for en ressursorientert musikkterapi (Rolvjord, Gold & Stige 2005). Disse prinsippene tar utgangspunkt i terapeuten holdning og handling, men skal ikke betraktes som intervensjoner. Vi har sortert prinsippene i følgende fire kategorier, etter Waltz (1993): 1) Unike og essensielle: Disse er de prinsippene som vi oppfattet som mest typiske og karakteristiske for en ressursorientert musikkterapi. 2) Essensielle, men ikke unike prinsipper: Dette er prinsipper som

er essensielle eller vektlegges i de aller fleste musikkterapeutiske metoder. 3) Akseptable, men ikke nødvendige prinsipper: Dette er prinsipper som mange ganger kan inngå i en ressursorientert musikkterapi, og som i disse tilfellene kan være meget viktige deler av terapien. 4) Ikke akseptabelt: Dette er holdninger eller handlinger som er uforenelige med et ressursorientert perspektiv.

1. Unike og essensielle prinsipper:

- 1.1 Fokuserer på klientens ressurser og potensialer.
- 1.2 Anerkjennelse klientens kompetanse relatert til den terapeutiske prosessen.
- 1.3 Samarbeide med klienten om mål og arbeidsformer og evaluering.
- 1.4 Anerkjennelse klientens musikalske identitet.
- 1.5 Være emosjonelt engasjert i musikken.
- 1.6 Fostre positive følelser.

2. Essensielle, men ikke unike prinsipper:

- 2.1 Engasjere klienten i musikalsk samhandling (slik som improvisasjon, sangskrivning, samspill eller lytting).
- 2.2 Samtale om musikk og musikalsk samspill.
- 2.3 Lytte og samhandle empatisk.
- 2.4 Inntone seg til klientens musikalske uttrykk.
- 2.5 Samarbeide med klienten om varighet og avslutningen på terapien.

3. Akseptable, men ikke nødvendige prinsipper:

- 3.1 Gi opplæring i musikk/på instrument.
- 3.2 Dele egne erfaringer.
- 3.3 Fremføre musikk utenom terapien.
- 3.4 Gi rasjonale for terapien.
- 3.5 Musikk som primært mål for terapien.
- 3.6 Reflektere verbalt og musikalsk omkring problemer.

4. Ikke akseptabelt.

- 4.1 Overse klientens ressurser og potensialer.
- 4.2 Sterkt fokus på sykdom.
- 4.3 Unngå problemer og negative følelser som kommer frem i timen.
- 4.4 Lede i en ikke-samarbeidende (autoritær) stil.

Det sier seg kanskje selv at å definere prinsipper for en ressursorientert musikkterapi er paradoksalt. Dette er imidlertid ikke tenkt som en manual som gir en oppskrift for hvordan man kan jobbe ressursorientert. Det er snarere et forsøk på å konkretisere noen konsekvenser av de aspektene som har blitt understreket tidligere i dette kapitlet. Prinsippene er laget med henblikk på ressursorientert musikkterapi med voksne med psykiske helseproblemer i individuelle terapissettinger. Det sier seg selv at med et ressursorientert perspektiv, må musikkterapien bli ganske så forskjellig avhengig av hva som er klientens (og terapeutens) ressurser, og avhengig av på hvilken måte klienten ønsker å bruke musikk.

De terapeutiske prinsippene kan representere en rettesnor til en ressursorientert musikkterapeutisk praksis. Det er imidlertid ikke slik at alle prinsipper nødvendigvis må brukes i alle timer, eller at jo mer de brukes, jo bedre er det. Videre innebærer noen av prinsippene kanskje først og fremst en holdning, mens andre fordrer en konkret handling. Noen prinsipper vil naturlig vektlegges mer i noen faser av terapien enn i andre, for eksempel det å planlegge avslutning av terapien vil kanskje vektlegges mest ved oppstart og avslutning. Det vil videre kanskje være timer der klienten er opptatt og tynget av sine problemer, og det ville være meget konfronterende og lite empatisk hvis terapeuten fokuserte for mye på de sterke sidene til klienten. Like fullt er det viktig at terapeuten fremdeles også legger merke til ressursene til klienten. Så en god bruk av disse prinsippene vil nok forutsette erfaring, sensibilitet overfor klienten og god terapeutisk vurderingsevne.

Konklusjon

Ressursorientert musikkterapi har i dette kapitlet blitt relatert til empowermentfilosofien og positiv psykologi, og satt i sammenheng med en kontekstuell modell for psykoterapi. At musikkterapi ikke bare handler om å kurere sykdom eller å hjelpe mennesker med deres problemer, men også handler om å styrke de sterke sidene og stimulere ressurser, er utgangspunktet for en ressursorientert musikkterapi. Jeg har videre pekt på at en ressursorientert musikkterapi må strebe etter en likeverdig og gjensidig relasjon mellom terapeut og klient, en relasjon som muliggjør et genuint samarbeid. Det er først og fremst klienten som får musikkterapien til å virke i samarbeid med terapeuten. Det ressursorienterte perspektivet vil også nødvendiggjøre en bevissthet om samfunn, kultur og politikk. Å jobbe ressursorientert fordrer fleksibilitet i forhold til arbeidsformer og musikalske aktiviteter, men først og fremst utfordrer det oss til å ta våre klienter på alvor. Det er jo i bunn og grunn klientens terapi og liv det handler om.

Litteratur

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. London: Jossey-Bass Publishers.

- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. London: Jossey-Bass Publishers.
- Becker, D. (2005). *The Myth of Empowerment. Women and the Therapeutic Culture in America*. New York: New York University press.
- Bruscia, K. E. (1998). *Defining Music Therapy*. NH: Barcelona Publishers.
- Bohart, A. C. (2000). The Client Is the Most Important Common Factor: Clients' Self-Healing Capacities and Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10 (2), 127-149.
- Bohart, A. C. & Tallman, K. (1999). *How Clients Make Therapy Work. The Process of Active Self-Healing*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Carr, A. (2004). *Positive Psychology. The Science of Happiness and Human Strengths*. Hove and New York: Brunner-Routledge.
- Csikszentmihalyi, M. (2002). *Flow. The classic work on how to achieve happiness*. London: Rider books.
- Dalton, J.H., Elias, M.J., & Wandersman, A. (2001). *Community Psychology. Linking Individuals and Communities*. London: Wadsworth (Thomson Learning).
- Davidson, J. (2005). Bodily Communication in Musical performance. I: Miell, D., MacDonald, R. & Hargreaves, D. J. (red.). *Musical Communication*. Oxford: Oxford University press.
- DeNora, T. (2000). *Music in Everyday Life*. Cambridge: University Press.
- Dreier, O. (1994). Sundhedsbegreber i psykosocial praksis. I: Jensen, U. J. & Andersen, P. F. (1994). *Sundhedsbegreper. Filosofi og Praksis*. Aarhus: Forlaget Philosophia.
- Fitzsimons, S. & Fuller, R. (2002). Empowerment and It's Implications for Clinical Practise in Mental Health: A review. *Journal of Mental Health*, 11(5), 481-499.
- Frank, J. D. & Frank, J.B. (1991). *Persuasion & Healing. A Comparative Study of Psychotherapy*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Fredrickson, B. L. (2000). Cultivating Positive Emotions to Optimize Health and Well-Being. *Prevention & Treatment*, 3, Article 0001a, posted March 7, 2000.
- Fredrickson, B. L (2002). Positive Emotions. I: Snyder, C.R. & Lopez, S. J. (red.). *Handbook of Positive Psychology*. Oxford University Press.
- Furedi, F. (2004). *Therapy Culture. Cultivating Vulnerability in an Uncertain Age*. London: Routledge.
- Gold, C., Rolvsjord, R. & Stige, B. (2005): Resource-oriented music therapy for psychiatric patients with low therapy motivation: Protocol for a randomised controlled trial [NCT00137189] *BMC Psychiatry* 2005, 5:39
- Hubble, D. & Miller (1999) (red). *The Heart and Soul of Change. What Works in Therapy*. Washington DC: American Psychological Association.
- Kandel, E. R. (1998): A New Intellectual Framework for Psychiatry. *AM. J. Psychiatry* 155 (4), 457-469.

- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. I: Lambert, M. J. (red.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. NY: John Wiley & Sons Inc.
- Luborsky, L., et.al. (2002): The Dodo Bird Verdict Is Alive and Well – Mostly. *Clinical Psychology; Science and Practice*. 9 (1), 2-12.
- Maddux, J. E. (2002). Stopping the “Madness”. Positive Psychology and the Deconstruction of the Illness ideology and the DSM. I: Lopez, S. J. & Snyder C.R. (red.). *Positive Psychological Assessment*. Washington DC.: American Psychological Association.
- Maracek, J. (2002). Unfinished Business. Postmodern Feminism in Personality Psychology. I: Ballou, M. & Brown, L. S. (red.). *Rethinking Mental Health and Disorder. Feminist Perspectives*. New York: Guildford Press.
- Pearlin, L. I. (1999). Stress and mental Health: A Conceptual Overview. I: Horwitz, A. V. & Scheid, T. L. (red.). *A Handbook for the Study of Mental Health*. Cambridge: Cambridge University press.
- Persen, Å. B. (2005) “*Utrolig å få synge ut*”. *Om hvordan sangglede kan fremmes og hemmes*. Masteroppgave ved Institutt for musikkvitenskap. Universitetet i Oslo
- Procter, S. (2002). Empowering and Enabling – Music Therapy in Non-medical Mental Health Provision. I: Kenny, C. & Stige, B. (red.). *Contemporary Voices in Music Therapy*. Oslo: Unipub Forlag.
- Rolvjord, R. (2004): Therapy as Empowerment. Clinical and Political Implications of Empowerment Philosophy in Mental health Practises of Music Therapy. *Nordic Journal of Music Therapy* 13 (2), 99-111.
- Rolvjord, R.; Gold, C. & Stige, B. (2005) Research rigour and therapeutic flexibility: rationale for a therapy manual developed for a randomised controlled trial. *Nordic Journal of Music Therapy*, 14 (1), 15-32
- Rolvjord, R. (2006). Whose Power of Music? A Discussion on Music and Power Relations in Music Therapy. *British Journal of Music Therapy* 20 (1), 5-12.
- Rolvjord, R. (2007). “*Blackbirds Singing*”. *Explorations of Resource-oriented Music Therapy in Mental Health Care*. Unpublished Ph.D. Institut for kommunikation, Aalborg University.
- Ruud, E. (1990). *Musikk som kommunikasjon og samhandling. Teoretiske perspektiv på musikkterapien*. Oslo: Solum forlag.
- Ruud, E. (1997): *Musikk og identitet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ruud, E. (1998). *Music Therapy. Improvisation, Communication and Culture*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Saleebey, D. (1997). The Strengths Approach to Practise. I: Saleebey, D. (red.). *The Strengths Perspective in Social Work Practise*. New York: Longman.
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive Psychology*. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14.
- Seligman, M. (2003). *Authentic Happiness. Using the new Positive Psychology to Realize Your Potential for Deep Fulfillment*. London: Nicholas Brealey Publishing.

- Seligman, M. et. al. (2005). Positive Psychology Progress. Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*, 60 (5), 410-421.
- Sennet, R. (2003). *Respect in a World of Inequality*. New York and London: W.W.Norton & Company.
- Sloboda, J. (2005). *Exploring the Musical Mind*. Oxford: Oxford University press.
- Small, C. (1998). *Musicking. The Meanings of Performing and Listening*. Middeltown, Connecticut: Wesleyan University Press.
- Snyder, C.R. & Lopez, S. J. (red.). *Handbook of Positive Psychology*. Oxford: Oxford University press.
- Sprague, J. & Hayes, J. (2000). Self-Determination and Empowerment: A Feminist Standpoint Analyses of Talk about Disability. *American Journal of Community Psychology*, 28 (5), 671-695.
- Stewart, A. (1994). Empowerment and Enablement. Occupational Therapy 2001. *British Journal of Occupational Therapy*, 57(7), 248-254.
- Stige, B. (2003). Musikk og helse – smør på flekk, jordbær med brun saus, eller sukker og gjær? Om utdanning, fag- og yrkesidentitet. *Musikkterapi*, 3, 18-27.
- Stige, B. (2006). The Problem of Pleasure in Music Therapy. *British Journal of Music Therapy*, 20 (1), 39-51.
- Suyemoto, K. L. (2002). Constructing Identities. A Feminist, Culturally Contextualized Alternative to Personality. I: Ballou, M. & Brown, L. S. (red.). *Rethinking Mental Health. Feminist Perspectives*. New York: Guildford Press.
- Waltz, J., Addis, M. E., Koerner, K. & Jacobson, N. S (1993): Testing the integrity of a psychotherapy protocol: assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (4), 620-630.
- Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods and Findings*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Worrel, J. & Remer, P. (1996/2003). *Feminist Perspectives in Therapy. Empowering Diverse Women*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Wright, B. & Lopez, S. J. (2002): Widening the Diagnostic Focus. A Case for Including Human Strengths and Environmental Resources. I: Snyder, C.R. & Lopez, S. J. (red.). *Handbook of Positive Psychology*. Oxford: Oxford University press.
- Aasgaard, T. (2002). *Song Creations by Children with Cancer – process and meaning*. Unpublished PhD Thesis, Institute of Music and Music Therapy, Aalborg University.
- Aasgaard, T. (2006). A Pied Piper among White Coats and Infusion Pumps: Community Music Therapy in a Paediatric Hospital Setting. I: Pavlicevic, M. & Ansdell, G. (red.). *Community Music Therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers.