

Samfunnsmusikkterapi – mellom kvardag og klinikk

Brynjulf Stige

Kva er musikkterapi (nett no)?

“Alexsander Uthaug (16) har vært under omsorg av barnevernet. Nå går han og teatergruppen *Kom Nærmore* til scenen for å endre vår oppfatning av barnevernsbarn.” Slik byrjar Bergens Tidende ein reportasje om eit prosjekt som musikkterapeuten Viggo Krüger arbeider med, m.a. saman med tekstforfattaren Morten Lorentzen. “Jeg har mye på hjertet og dette er et talerør hvor jeg og resten av ungdommene kan uttrykke oss”, forklarar Alexsander, som også legg vekt på musikk- og teatergruppa som eit positivt tiltak der barn og unge i same situasjon kan få kontakt med og lære av kvarandre. Her ser vi då eit døme på praksis der terapeut og klient går ut av musikkterapirommet og inn i det offentlege rom. Krüger definerer arbeidet sitt som samfunnsmusikkterapi og fokuserer både på korleis musikken kan hjelpe ungdommane til å samarbeide og forstå seg sjølv betre, og på korleis dette i neste omgang kan endre haldninga i samfunnet. I følgje Alexsander er det behov for eit slikt dobbelt fokus: “Det har hendt at foreldre har nektet barna sine å være med meg, bare fordi jeg har vært i barnevernet. Vi vil vise at det også finnes masse positivt i oss”, seier han (Severud 2006).

Uttrykket samfunnsmusikkterapi er relativt nytt i den norske musikkterapilitteraturen, medan den tilsvarande engelske termen *community music therapy* har vore bruk i den amerikanske litteraturen sidan 1960-talet.¹ Etter eit lite oppsving tidleg på 1970-talet vart likevel den amerikanske bruken av termen mindre sentral utover 1980- og 1990-talet, og det er først etter år 2000 at det er etablert ein internasjonal litteratur om temaet. Dei siste åra har interessa vore sterkt aukande i mange land, og denne nye situasjonen har ført til at det er behov for eit språkleg uttrykk som kan fungere i norsk språkleg faglitteratur. Då er det altså at termen “samfunnsmusikkterapi” er tatt i bruk. Somme vil hevde at samfunnsmusikkterapi er eit sjølvmotseende uttrykk, då dei meiner “terapi” er knytt til behandling av individ. I filosofien snakkar ein gjerne om *contradiccio in adjecto* dersom det er ei motseiing mellom eit omgrep og ei tilføyning til dette. Eit døme kan vere “firkanta sirkel”. Dersom det først er ein slik logisk motsetnad mellom eit omgrep og ei tilføyning, hjelper det sjølvsagt ikkje å lage eit samansett substantiv (“firkantsirkel”). Spørsmålet vert då; er tilføyninga som

¹ Nokre delar av dette kapitlet er omskrivne frå ein tidlegare publisert tekst (Stige 2005a).

“samfunnsintegrert” eller “samfunnsorientert” meiningsfulle for musikkterapien, slik at eit samansett uttrykk som “samfunnsmusikkterapi” også vert det?

Allereie “musikkterapi” er sjølvsagt eit samansett uttrykk, og det finst dei som vil argumentere for at også *det* er ein sjølvmotseiande term. Somme fokuserer på musikk som perfeksjonert prestasjon, andre på musikk som kritisk medvit, dei vil kanskje begge vegre seg mot tanken på musikk som lindring og behandling. Dette illustrerer vel at kva som er gangbare uttrykk ikkje alltid berre har med logikk å gjere, men like gjerne handlar om verdiar. Slik vil “samfunnsmusikkterapi” etter mi vurdering ikkje vere å samanlikne med logisk inkonsistente uttrykk som “firkantsirkel”, snarare med samanstillingar som “borgarleg konfirmasjon” eller “muslimsk feminism”. Somme meiner dette er sjølvmotseiande uttrykk, andre ikkje, alt etter oppfatningar og erfaringar elles. Skal vi bruke uttrykket “samfunnsmusikkterapi”, må vi difor klårgjere kva vi legg i uttrykka “samfunn” og “musikkterapi”. Det er ikkje rom for ein grundig diskusjon av det her, men eg skal gje nokre korte kommentarar.

Ordet *samfunn* kjem av det norrøne “samfundr” (samankomst) og har i dag tre hovudtydingar på norsk: For det første, samfunn kan tyde samkvem og kontakt, slik det t.d. i nokre bibelomsetjingar står beskrive korleis menneske kan ha samfunn med Gud.² For det andre, samfunn kan tyde eit lag eller selskap skipa for ulike føremål, slik vi t.d. møter det i nemninga “studentsamfunn”. For det tredje, samfunn kan tyde ei folkegruppe med eigne institusjonar, strukturar og styresett. Det er den siste tydinga som har dominert i samfunnsvitskapane, men det norske substantivet “samfunn” er altså fleirtydig. Kvifor presisere dette? Fordi eg oppfattar det manetydige som sentralt i den engelskspråklege litteraturen om community music therapy, der det av og til er fokus på oppleving av fellesskap, andre gongar på lokalsamfunn eller andre sosiale strukturar, og ofte på samspelet mellom desse nivåa.

Ordet *musikkterapi* er definert på mange måtar, noko Kenneth Bruscias (1998) bok *Defining Music Therapy* illustrerer. Det som er interessant i denne samanhengen er at både Bruscias eigen definisjon og dei aller fleste av dei over 100 definisjonane som er refererte i appendikset til boka, er definisjonar av musikkterapeutisk *praksis*. Eg har funne det nødvendig å definere musikkterapi på tre ulike nivå; som *praksis, fag og yrke* (Stige 2002a). Ved å etablere eit slikt skilje, vert det lettare å forstå og forsvere at musikkterapi er ei historisk gitt nemning med eit innhald som kan endrast over tid. Musikkterapi som fag vil hente impulsar frå musikkterapeutisk praksis, men kan også velje å interessere seg for fleire helserelaterte musikkpraksisar enn det musikkterapeutane sjølve står for. Musikkterapi som yrke vil dels kunne handle om å utvikle ei terapeutrolle, men kan også innebere utforsking av andre roller for andre praksisformer enn terapi, t.d. helsefremmende arbeid, førebygging, habilitering, rehabilitering og palliativ omsorg.

Dette poenget med at musikkterapien er definert av historie og samfunnsforhold, vel så mykje som av fagintern teoriutvikling, kan eg illustrere

² Sjå t.d. Johannes' første brev, 1, 6-7 i den nynorske 1978-omsetjinga.

ved kort å skissere nokre trekk i utviklinga av amerikansk musikkterapi. 1940-talet sine overfylte amerikanske sjukehus for veteranar frå den andre verdskriga vert gjerne gjort til tid og stad for framveksten av moderne musikkterapi (sjå Horden 2000). Rett nok vil mange forfattarar peike på viktige forløparar, t.d. musikaren Frederick Kill Harford sitt pionerarbeid på engelske sjukehus tidleg i det tjuande hundreåret (Tyler 2002). Men sjølv om arbeidet til slike pionerar er særstak, er det ikkje før på 1940-talet at ein får ei akademisering og profesjonalisering av musikkterapeutisk praksis. Dette skjedde altså først i den amerikanske konteksten og ein viktig katalysator for utviklinga ser ut til å ha vore ei erkjenning av at det kunne vere behov for noko meir enn konvensjonell medisin i møte med dei samansette vanskane som krigsveteranane opplevde, fysisk, psykisk og sosialt. Vi skal kanskje merke oss at dette skjedde i ei tid der WHO sette heilskaplege perspektiv på helse på dagsordenen gjennom sin kjende definisjon av helse frå 1946, der nettopp samanhengen mellom fysiske, psykiske og sosiale aspekt vart framheva.

Det er difor noko paradoksalt at dei første freistnader på å utvikle eit teoretisk språk for musikkterapien var så sterkt påverka av medisinens. Ein av dei første publiserte bøkene, redigert av Schullian og Schoen i 1948, hadde nettopp *Music and Medicine* som tittel. I denne boka finn vi m.a. tekstar av Ira Alshuler (1948/2000) og Charles W. Hughes (1948/2001), som i dag er interessante som historisk dokumentasjon på korleis gamle kulturelle førestillingar og moderne medisinsk vitskap vart forsøkt smelta saman i ein argumentasjon om musikkens kraft (sjå Gouk 2000; Horden 2001). No er det usikkert kor viktig nett Schullian og Schoen si bok frå 1948 vart for den amerikanske musikkterapien, men boka tener likevel som døme på korleis musikkterapien sökte å legitimere seg. Valet er vel forståeleg og var kanskje på mange måtar strategisk klokt i den gitte situasjonen. Paradokset eg peikar på handlar difor ikkje om ei vurdering av fagpolitisk strategi, men om avstanden som oppsto mellom teori og praksis. Medan praksis dei første åra i stor grad ser ut til å ha vore sosial og gruppebasert, skjer teoretisk legitimering gjennom appell til individorienterte perspektiv i medisin og (etter kvart) behavioristisk psykologi.

Med ei slik legitimering var det ikkje til å unngå at profesjonaliseringa av musikkterapien førte med seg eit aukande individfokus i praksis. Kritiske refleksjonar over dette var til stades allereie i ei av årbøkene som *National Association for Music Therapy* publiserte på 1950-talet (sjå Nettl 1956), utan at det ser ut til å endre utviklinga nemneverdig. Ein viss snunad vart det likevel på 1960-talet, knytt til helsereformer med nedbygging av dei største psykiatriske sjukehusa og oppbygging av såkalla Community Health Centers. Det er difor interessant å leggje merke til at den første antologien over amerikansk musikkterapi også inneholdt ei gruppe kapittel med overskrifta "Development of Music Therapy in the Community" (sjå Gaston 1968). Her finn vi m.a. Florence Tysoms (1968) tekst "The Community Music Therapy Center."

Finlesing av desse tekstane frå 1960-talet viser likevel at det her kanskje først og fremst handla om lokalsamfunnet som kontekst for meir konvensjonell terapi, meir enn ei radikal nytenking som kunne utfordre individorienterte perspektiv. Når eg no – 40 år seinare – sit og skriv på eit kapittel for den første

antologien over norsk musikkterapi, er det difor interessant å peike på perspektiv som sto sentralt då musikkterapien fekk fotfeste her i landet på 1970-talet. Ein liten tekst med stor verdi for klargjering av dette, er ein artikkel Even Ruud (1979) skreiv i tidsskriftet *Musikk i skolen*, der han definerer musikkterapi som musikkarbeid som har som siktet mål å gi “*utvidede handlemuligheter*”. Denne definisjonen vart seinare ståande som sentral i fleire teoretiske arbeid av same forfattar (sjå m.m. Ruud 1980, 1987/1990, 1998). Det som er interessant i denne samanhengen er at Ruud med ei slik formulering introduserer eit samfunnsperspektiv på musikkterapien: ein persons rom for handling er ikkje berre knytt til individet sin funksjon, men også til prosessar og strukturar i samfunnet, med den konsekvens at relasjonen mellom individ og samfunn må i fokus. Dette kan vi samanfatte slik: Sjølv om det er tradisjonar for å tenke individ- og patologi-orientert i moderne musikkterapi – eller snarare *sidan* det er tradisjonar for å tenke slik – er det behov for å utvikle perspektiv og praksisformer som i større grad legg vekt på ressursar i samspelet mellom individ og samfunn.

Denne fortolkinga av Ruuds argument kan truleg også fungere som eit greitt program for dagens samfunnsmusikkterapi. Vi kan sjå på samfunnsmusikkterapien dels som eit kritisk korrektiv, dels som eit konstruktivt bidrag til utvikling av musikkterapien. Det ligg då i korta at kritikken må omfatte sjølvkritikk. Det er greitt å vere nysgjerrig på alle dei nye praksisformene som opnar seg for ein meir samfunnsintegret musikkterapi – på kulturskulane, i den opne kriminalomsorga, på musikkafear og andre stader med “låg terskel” – men like sentralt vert det å stille spørsmål om grensene for det ein kan få til, om etiske utfordringar og om eventuelle uheldige sideeffektar (som mogeleg “klientifisering” av deltakarar og “terapeutisering” av kulturtilbod).

Musikkterapi i lys av folkehelseperspektivet og norsk kulturpolitikk

Når ein vert sjuk er gode helsetenester gode å ha, men i eit folkehelseperspektiv er andre samfunnstilhøve viktigare. Døme på slike samfunnstilhøve er levande lokalsamfunn, meiningsfullt arbeid, gode skular og ulike aktivitets- og kulturtildob (Fylkeslegen i Sogn og Fjordane, i høyringsfråsegn til Fylkesplan 2001-2004).

Dette sitatet – som byggjer på etablerte synspunkt i WHO – illustrerer godt eit dilemma for moderne norsk musikkterapi: Skal ein konsentrere seg om å få musikkterapi integrert i dei etablerte helsetenestene, eller skal ein – utifrå eit folkehelseperspektiv – også tenke på musikkterapien som ein del av arbeidet med å utvikle levande lokalsamfunn, gode skular og meiningsfulle aktivitets- og kulturtildob? Kari Aftret (2005) og mange andre norske musikkterapeutar som har arbeidd i ulike kommunale samanhengar har valt å svare ja på det siste spørsmålet. Mitt eige engasjement for samfunnsmusikkterapien heng saman med ei positiv vurdering av verdien av eit slikt svar. I ein tidlegare tekst har eg gitt eit oversyn over norsk musikkterapi orientert mot lokalsamfunnet (Stige 2006a). Her skal eg i staden freiste å gje ein kontekst ved å skissere nokre av dei

samfunnssendringane og politiske føringane som har gjort dette arbeidet mogeleg og relevant.

Vi har lenge sett konturane av ein helsepolitikk der den enkelte person i langt større grad enn tidlegare vert utfordra på å engasjere seg aktivt i høve til eiga helse og der lokalsamfunnet vert utfordra på å tilby inkluderande møteplassar der trivselsskapande aktivitetar, kulturtilbod, informasjon og opplæring vert gjort tilgjengeleg for flest mogeleg. Det opnar seg då eit stort felt der gode skule-, fritids- og kulturtilbod vert sett i samanheng med helsefremjande og førebyggjande tiltak. Ein bakgrunn for dette er at sjukdomsbiletet i befolkninga har vore i endring sidan 1970-talet, med ei dreiling mot det som er blitt kalla "samsjukdomar" (problem med samliv, samhandling og samarbeid). Samstundes har vi innan felt som samfunnsmedisin, samfunnspsykologi og rehabilitering fått meir kunnskap om verdien av å arbeide tverrsektorelt for å få til heilskaplege og brukarorienterte tilbod (Mæland 2005).

Eit viktig bakteppe her er at WHO dei siste tiåra i endå større grad enn tidlegare har lagt vekt på helsefremjande arbeid, som ein motsats til den tradisjonelle sjukdomsførebyggjande strategien. Ved å ta utgangspunkt i helse i staden for sjukdom vert det argumentert for at ein ikkje primært skal arbeide med risikofaktorar men med å styrke ressursane for god helse. På ein konferanse i 1986 i Ottawa, vart WHOs hovudstrategiar for det helsefremjande arbeidet utforma, i det såkalla Ottawa-charteret. Behovet for å styrke lokalmiljøa sine mogelegheiter for handling vart framheva, med fokus på at det enkelte lokalsamfunnet må ha nødvendig makt og kontroll over eiga framtid. Ottawa-charteret slår fast at omsynet til helse skal vere til stades som premiss for planlegging og utføring av oppgåver i alle sektorar. Medan helsevesenet tradisjonelt har reparert når skaden alt er oppstått, byggjer dette prinsippet på ei erkjenning av at helseproblem og ressursar er knytt til mange samfunnssektorar. Helsefremjande arbeid føreset då støttande miljø og gode nettverk som kan gje individet helseopplysning og kunnskap. Dette føreset også at den etablerte helsetenesta går inn i nye roller, med større vekt på samarbeid med andre instansar og aktørar som kan fremme helse (NOU 1991:10; Fosse & Røiseland 1999).

WHOs tenking rundt helsefremmende arbeid samsvarar på mange måtar med prinsipp for helsearbeidet slik det vart utforma i den nordiske velferdsstaten etter andre verdskrigene. Norske styresmakter slutta seg då også tidleg til synspunkta i Ottawa-charteret. I St. meld. 37 (1992-93) vart det gitt eksplisitt støtte til WHO sitt syn på sjukdom og helse og dette er seinare følgt opp, t.d. i St. meld. 16 (2002-03). I lov om helseteneste i kommunane (først vedtatt i 1982) står det at kommunane skal sørge for nødvendig helseteneste for alle som bur i kommunen, der det eksplisitt heiter om helsetenesta sitt formål:

Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen (Lov om helsetjeneste i kommunene § 1.2).

Det norske lovverket legg altså opp til ei helseteneste som skal ha helsefremjande arbeid som ei av sine sentrale oppgåver. Spørsmålet er då korleis dette lar seg realisere. Arbeidsmåtane i det helsefremjande arbeidet skil seg mykje frå det kurative og sjukdomsførebyggjande. Brukarmedverknad er som regel heilt avgjerande og lokalsamfunnet vert kanskje den viktigaste arenaen for dette arbeidet, noko som krev nye og meir fleksible tilnærningsmåtar, med større vekt på lokal forankring og sektorovergripande tiltak (Mæland 2005).

Det folkehelseperspektivet som her er skissert dannar eit viktig grunnlag for å legitimere samfunnsmusikkterapeutisk praksis. Samstundes er nok norsk kulturpolitikk eit like viktig bakteppe for å forstå framveksten av den norske samfunnsmusikkterapeutiske tradisjonen. For å seie det på ein annan måte; den verdibaserte parolen "musikk for alle" har vore like viktig som målsetjinga om "helse for alle".

1970-talet – det tiåret då musikkterapien fekk fotfeste i Noreg – representerte ei radikal omlegging av norsk kulturpolitikk, med konsekvensar som gjer seg gjeldande framleis. Fram til 1970-talet gjekk hovudtyngda av offentlege kulturmiddlar til byane og større kunstinstitusjonar som teater og symfoniorkester, medan den nye kulturpolitikken i dette tiåret var basert på verdiar som *desentralisering* og *demokratisering*. Denne endringa representerte ei dreiling også i høve til kvalitetssomgrepet, der *deltaking* og *aktivitet* vart gitt ein eigenverdi (sjå Kleive & Stige 1988).

Sjølv om det seinare har vore mange kursendringar i kulturpolitikken, der t.d. tradisjonell produktkvalitet igjen har vorte sterkare vektlagd, vil eg hevde at norsk kulturpolitikk nokså stabilt sidan 1970-talet har vore basert på nokre grunnleggande idear knytt til den skandinaviske modellen for velferdsstaten, med vekt på likskap og universelle rettar (Stige 2004). Samstundes er det også klårt at det er mange spennande nyorienteringar i kulturlivet i dag, som også er reflekterte i kulturpolitikken i byrjinga av det 21. hundreåret. Nokre slike element er internasjonalisering og ny informasjonsteknologi, noko som kanskje har vore med på å framheve kunstnarleg kvalitet i meir produksjorientert forstand. Dette skjer likevel i ei tid der det ikkje lenger er statiske hierarki mellom det "høge" og det "låge". Det ser ut som om kulturfeltet no har rom for eksperimentering og dynamiske rørsler mellom motsetningar, slik at det vert mindre statiske skilje mellom produkt og prosess, kvalitet og deltaking, osb. Denne nye situasjonen er m.a. illustrert ved den nasjonale satsinga på feltet *kultur og helse* (Baklien & Carlsson 2000).

Det er neppe mogeleg å skrive ei adekvat norsk musikkterapihistorie utan å sjå denne i lys av samfunnsendringar og politiske føringar av den typen som eg har skissert over. Musikkterapien har til dels definert seg som ein antielitistisk motkultur, med fokus på at alle menneske har rett til musikk- og kulturtildel. Utifra det som her er skrive om norsk kulturpolitikk, ser vi at dette i stor grad har vore ein "politiske korrekt" motkultur. Det er likevel berre ein del av biletet, for den offisielle kulturpolitikken har sjølv sagt ikkje alltid manifestert seg i nye haldningar og ny praksis i ein kvar lokal kontekst. "Kulturkampen" som musikkterapeutar har stått i har nok difor i mange høve likevel vore intens nok (Stige 2002a).

Dagens samfunnsmusikkterapi

Vi ser altså at ei samfunnsorientering har vore del av den norske musikkterapien like sidan starten. Kva er så situasjonen internasjonalt? Det er ikkje utan vidare lett å svare på det spørsmålet, då mykje tyder på at samfunnsorienterte og samfunnsintegreerde praksisformer har hatt sin plass i svært mange land, utan at dette nødvendigvis er dokumentert i litteraturen. Det er difor først dei seinare åra at vi har fått ein internasjonalt orientert litteratur og debatt om desse spørsmåla (Ans dell 2002; Kenny & Stige, 2002; Stige 2002a, 2003, 2004; Pavlicevic & Ans dell 2004), sjølv om det har vore viktige forløparar i mange land (sjå Stige 2002b, 2003). Eit bilete av den internasjonale situasjonen i dag kan ein få ved å lese *Voices: A World Forum for Music Therapy*, og eg vil kort gje nokre glimt derifrå:

I Cape Town i Sør-Afrika har to musikkterapeutar etablert det dei kallar *The Music Therapy Community Clinic*, der dei i samarbeid med politiet i ein bydel har utvikla eit førebyggjande og helsefremmende arbeid i høve til ungdom i kriminelt belasta gjengmiljø:

The Police were reluctant to place these youngsters into the criminal justice system as the rehabilitation statistics in Southern African prisons are exceedingly low, with notorious prison gangs constantly recruiting young adolescents to a life of organized crime, saw music therapy as an alternative form of intervention. Each week, the Police fetch the youngsters, disarm them and deliver them to our Music Therapy door. Police supervision ends and the musicking begins...

While the police fetch the youngsters each week, their attendance is not compulsory. Although the group appeared very sceptical and aloof at the first meeting, they have returned willingly and eagerly every week. Music seems to be the magnet. It is a ‘cool’ thing to do. Within the gangs’ Rap/Hip-Hop culture, the musicians are the ‘heroes’, looked up to by the youth; the ones who give social commentary. The music energises them, gets them moving, and gives them purpose (Fouché & Torrance 2005).

Forfattarane legg vekt på at i eit fragmentert lokalsamfunn så representerer gjengmiljøa på mange måtar sosiale ressursar for desse ungdommane, ved å tilby støtte og identitet, ei kjensle av å ha ein funksjon og av å høre til. Problemet er sjølv sagt at eit gjengmiljø også leier medlemmene inn i nokså destruktive deltarbanar. Fouché og Torrance spør kva ei opa musikkterapigruppe kan tilby i ein slik samanheng, og svarar at det m.a. kan handle om å tilby ein alternativ identitet og eit nytt sosial nettverk, støtta av nye typar forteljingar om seg sjølv.

I Sør-Afrika, som dette eksempelet er henta frå, er ein samfunnsintegret praksis truleg einaste tilnærminga musikkterapien kan ta, dersom ein ønskjer å tilby noko som har relevans anna enn for ein liten elite. Situasjonen i USA og Europa, der det alt finst ein sterkt individualterapeutisk tradisjon, kan vere noko annleis. Eg skal kort gje eit døme frå den amerikanske konteksten, der Alan Turry (2005) i New York er ein av dei som med utgangspunkt i ein individualterapeutisk praksis har argumentert for behovet for å opne opp for samfunnsmusikkterapeutiske perspektiv og praksisformer. Turry skriv i detalj om ein terapiprosess han har gjennomført saman med ein kvinneleg klient, Maria,

som etter å ha fått diagnosen kreft først valde å gå i verbal psykoterapi før ho oppsøkte musikkterapi, utifrå eit sterkt ønskje om å kunne få synge. Musikkterapeuten og klienten byrja då å arbeide saman, i individueltimar med vekt på improvisasjon. Turry beskriv korleis dei begge opplevde at dei musikalske improvisasjonane gjorde det mogeleg for Maria å få kontakt med emosjonane sine, inklusivt angst som kreftdiagnosen hadde gitt. Så langt kunne dette vere ei beskriving av ein ordinær psykoterapeutisk orientert musikkterapiprosess. Men så endrar ting seg: Maria kjenner at ho har behov for å framføre musikken sin offentleg, og får etter ein del om og men musikkterapeuten med på å prøve ut dette:

In addition to working in the therapy room, she has found that performing for others and creating a musical product has helped her to stand up to the voice of the critic inside that would, in her own words, “silence and paralyze” her if left unchallenged (Turry 2005).

Slik denne terapiprosessen vert beskrive, ser han ut til å vere svært samarbeidsorientert, der terapeuten etter grundig dialog og refleksjon er villig til å følge Marias forslag om å sprengje rammene for kva ein tradisjonelt gjer i terapi. Det er tydeleg at begge erkjenner at det er risiko involvert ved eit slikt val, og artikkelen inneholder m.a. refleksjonar over kor viktig det er å *velje sitt publikum* ut i frå klientens behov på det aktuelle tidspunktet.

Heilt andre typar utfordringar, av meir teoretisk og prinsipiell art er skildra av Setsu Inoue (2007), med utgangspunkt i den japanske konteksten. Inoue, som har tatt musikkterapiutdanninga si i Noreg, skriv om kulturelle problemstillingar knytt til utviklinga av ein japansk samfunnsmusikkterapeutisk tradisjon. Inoue finn det problematisk at det engelske uttrykket “community music therapy” har vore tatt rett inn i den japanske musikkterapidiskursen, utan forsøk på omsetjing til japansk språk og kultur. Med utgangspunkt i denne kritikken, utviklar ho ein argumentasjon for relevansen av nokre tradisjonelle japanske omgrep som *seken* og *ibasho*, der det første står for ein *relasjonelt orientert livsform* og det andre for det å *vere* på ein stad som kan opplevast som trygg og god. Diskusjonen aktualiserer sjølvsagt forholdet mellom tradisjon og fornying i ein kvar kontekst der samfunnsmusikkterapeutiske tema er aktuelle, samstundes som spesifikke japanske utfordringar vert drøfta.

Eksempla over illustrerer korleis samfunnsmusikkterapien i dag er eit internasjonalt og samansett fenomen. Det siste er ikkje minst viktig. Samfunnsmusikkterapien er ikkje ein skule eller metode innan musikkterapien. Dei konkrete mål og framgangsmåtar må nødvendigvis utformast i lokal kontekst. Det er difor knapt mogeleg å gje veldig konkrete eller spesifikke definisjonar av samfunnsmusikkterapien, men eg skal likevel kort sjå på nokre aktuelle definisjonar. Den første formelle definisjonen vart gitt av Kenneth Bruscia så seint som i 1998, i andreutgåva av boka *Defining Music Therapy*:

In *Community Music Therapy*, the therapist works with clients in traditional individual or group music therapy settings, while also working with the community. The purpose is twofold: to prepare the client to participate in community functions and become a valued member of the community; and to prepare the community to accept and embrace the

clients by helping its members understand and interact with the clients (Bruscia 1998: 237).

Bruscia knyter samfunnsmusikkterapien til det han kallar økologisk musikkterapi og vektlegg samspelet mellom individ og samfunn. Sjølv om denne definisjonen av samfunnsmusikkterapi til dels har vore neglisjert, til dels diskutert, er det ikkje tvil om at Bruscia i andreutgåva av *Defining Music Therapy* fangar opp viktige økologiske og systemiske perspektiv på musikkterapi. Dette er perspektiv som tidlegare var presenterte m.a. av Carolyn Kenny (1985) og som i dei seinare år m.a. har vore klårt framme i Trygve Aasgaards (1998, 1999, 2002) arbeid.

Den teksten som kanskje meir enn nokon annan sette samfunnsmusikkterapien på det internasjonale kartet var eit essay Gary Ansdell (2002) publiserte i *Voices*, nemleg “Community Music Therapy and the Winds of Change.” I dette essayet argumenterer Ansdell for verdien av å la musikkterapeutisk praksis utforske heile spekteret frå det private og individuelle til det offentlege og fellesskapsorienterte. Argumentasjonen hans tar dels utgangspunkt i ein kritikk av det sterke individfokuset han meiner å finne i etablert engelsk musikkterapi, dels i ein interesse for den engelske tradisjonen for sosialt engasjert musisering som ofte går under nemninga *community music*. Ansdells 2002-artikkel inneheld ein slags beskrivande definisjon av kva samfunnsmusikkterapi kan vere, men Ansdell (2005) har seinare likevel åtvara mot førestillinga om at ein tilfredsstillande definisjon lar seg formulere.

Med utgangspunkt i ei tredelt forståing av musikkterapi som praksis, fag og yrke, har eg sjølv forsøkt å definere samfunnsmusikkterapi på følgjande måte:

Som praksisfelt byggjer samfunnsmusikkterapien på ein deltakar- og samarbeidsorientert prosess med sikte på individuell vekst og sosial endring, der musikkens evne til å skape helsefremmende relasjonar på ulike plan vert utforska på ulike arenaer.

Som fagområde fokuserer samfunnsmusikkterapien på forholdet mellom musikk og helse, slik dette utviklar seg innafor og mellom dei ulike fellesskap og samfunnsstrukturane som individet er ein del av.

Som yrkesspesialitet representerer samfunnsmusikkterapien ein fellesskap av fagpersonar med utdanning som kvalifiserer dei for å ta ei aktiv rolle – musikalsk og sosialt – i utviklinga av samfunn med vekt på verdiar som rettferd og lik fordeling av ressursar og på vilkår for helsefremmende deltaking (Stige 2003: 254).³

Her legg eg altså vekt på at samfunnsmusikkterapeutisk praksis er open og inkluderande og at prosessen er samarbeidsorientert, med utgangspunkt i problem og ressursar slik dei vert erfarte av deltakarane i ein aktuell sosial situasjon. Samfunnsmusikkterapi som fagområde og yrkesspesialitet er framleis i støypeskeia, men to moment som eg peikar på i definisjonen over skal utdjupast i det følgjande: For det første; samfunnsmusikkterapien utfordrar til integrasjon av individ- og samfunnsorienterte teoriperspektiv på musikk og helse, noko som

³ Mi omsetjing, gjort for dette kapitlet.

skapar behov for såkalla “interlevel-teori”. For det andre; musikkterapeutens yrkesutøving vil i ein samfunnsmusikkterapeutisk perspektiv nødvendigvis vere verdibasert, der rettferd og lik fordeling av ressursar er nokre av dei meir framtredande verdiene å ta omsyn til, noko som skapar behov for å setje den musikkterapeutiske litteraturen om yrkesetikk under debatt, då denne i liten grad fangar opp dette perspektivet.

Teoretiske og etiske utfordringar

Eg argumenterer altså for at det er meiningsfullt å sjå samfunnsmusikkterapien dels som eit kritisk korrektiv, dels som eit delområde av musikkterapien. I begge tilfelle handlar det om å vise interesse for relasjonen mellom individ og samfunn. Dette vil nærmest per definisjon krevje at ein arbeider tverrfagleg. Samfunnsmusikkterapien vert t.d. både aktualisert og legitimert av den kulturelle og sosiologiske vendinga som vi har sett i musikkvitenskapen dei seinare åra, eksemplifisert ved Smalls (1998) omgrep *musicking* og DeNora (2000) bruk av omgrepet *affordance*. Det første omgrepet minner oss om musikk som situert aktivitet, altså som samhandling i ein gitt situasjon, medan det andre minner oss om korleis musikk ikkje berre påverkar oss, men er eit “verktøy” som vi kan ta i bruk i ulike kvar dagssituasjonar; for å strukturere eller engasjere, for å skape stemning eller energi, osb.

Når slike sosiale musikkomgrep vert sett i samanheng med sosiale og relasjonelle teoriar om helse, kan vi byrje å sjå konturane av eit teoretisk felt som samfunnsmusikkterapien både kan byggje på og bidra til. Sosiale og relasjonelle teoriar om helse finst det fleire av, og ein måte å systematisere på kan vere å ta utgangspunkt i *analysenivå*. Innan samfunnspsykologien er det t.d. vanleg å snakke om *personlege*, *relasjonelle* og *kollektive* nivå (Nelson & Prilleltensky 2005). Helse kan dels forståast som noko personleg, og det er vel det vi vanlegvis tenkjer på når vi nyttar omgrepet, anten vi forstår helse som fråver av sjukdom, motstandskraft, overskot eller livskvalitet. Men helse kan også forståast relasjonelt eller kollektivt. Det relasjonelle nivået viser til kvaliteten av samhandling mellom menneske og grupper av menneske. Teori om psykisk helse og sosiale nettverk (Dalgard & Sørensen 1988) eksemplifiserer dette nivået, medan teori om helse og sosial kapital (Putnam 2000) kan eksemplifisere det kollektive nivået. Mange teoretikarar vel likevel å snakke om dette siste nivået som faktorar og prosessar som påverkar personleg helse, framfor å nytte nemningar som kollektiv helse.

Det relasjonelle nivået viser oss korleis mellommenneskelege relasjonar i nettverk både er viktige for korleis vi har det på det jamne og korleis vi tar det når det røyner på. Her er det då mogeleg å undersøkje korleis deltaking i musikalske aktivitetar kan verke inn på utvikling av sosiale nettverk (Stige 2001). Det kollektive nivået viser oss at deltaking i ulike sosiale aktivitetar kan byggje ressursar i eit samfunn; ein “sosial kapital” som medlemmene kan bruke for å sikre vekst og utvikling (Procter 2004). Både på det relasjonelle og det kollektive nivået er vilkår for *deltaking* (Stige 2005b) eit sentralt tema, og i ulik grad og på ulike måtar vil teoriar om det relasjonelle og kollektive kunne knytast

til det personlege nivået. Samfunnsmusikkterapien treng med andre ord eit teori-grunnlag som knyter dei ulike analysenivåa saman. Dette kallast gjerne “inter-levelteori” og samfunnsmusikkterapien vil måtte leggje vekt på utvikling og utprøving av slik teori, slik også andre disiplinar som handlar om menneske i kontekst må (Kvernbekk 2005).

Det er i dag mogeleg å sjå konturane av samfunnsmusikkterapi som eit gryande forskingsfelt, med ulike tematiske og metodiske tilnærmingar. Nokre døme frå ulike nasjonale kontekstar dei siste åra kan vere: I Storbritannia har Catherine Warner (2005) tatt i bruk aksjonsforskning som tilnærming til ei utforsking av musikkterapi i ein bustad for vaksne menn med alvorlege funksjons-, språk- og åtferdsvanskar. Denne tilnærminga gjorde det mogeleg for henne å fokusere på korleis desse mennene kan påverke eiga deltaking i eit ope musikkterapitilbod, eller eventuelt også velje vekk musikkterapi. I Australia valde Lucy O’Grady (2005) å bruke ein heilt annan framgangsmåte då ho gjennom kvalitative intervju forska på haldningar og verdiar hos ei gruppe musikkterapeutar i samfunnsintegrerte praksisformer, der ho m.a. fann at musikkterapeutane følte seg sterkt forplikta av yrkesetiske retningslinjer som i stor grad er utarbeidd med utgangspunkt i medisinske og psykoterapeutiske kontekstar. Ein av O’Gradys konklusjonar er difor at musikkterapeutane med fordel kunne leggje meir vekt på situasjonsbestemte etiske vurderingar. I Tyskland har Ulrike Völker (2005) gjort eit teoretisk studium av forståinga av samfunns-deltaking i integrativ psykoterapi, med samfunnsmusikkterapien som referanse-ramme. Dei seinare åra har eg sjølv arbeidd med teoriar som fokuserer på *deltaking* og *samarbeid* og argumentert for at dette er tema av særleg relevans for samfunnsmusikkterapien (Stige 2002a, 2005b, 2006b). Nemnast kan også eit internasjonalt samarbeidsprosjekt med utforsking av åtte ulike samfunnsmusikk-terapeutiske prosjekt i Noreg, Israel, England og Sør Afrika, der tema som deltaking, samhandling, gruppeprosess, framføring, omsorg og aktivisme vert sett i relasjon til ei kontekstuell musikkforståing (Stige, Ansdell, Elefant & Pavlicevic, in process).

I tillegg til desse eksempla, finst der fleire døme på musikkterapeutiske kasusstudium som implisitt knyter seg opp i mot eller kastar lys over aspekt som er svært viktige for samfunnsmusikkterapien. Eit døme er Trygve Aasgaards (2002) doktoravhandling om songskriving med kreftsjuke born, der sosiale og økologiske dimensjonar i arbeidet er sterkt vektlagd. Eit anna døme er Viggo Krügers hovudoppgåve som er basert på teoriar om læring som deltaking i praksisfellesskap (Krüger 2004). Eit tredje døme er Randi Rolvsjords (2004, 2007) utforsking av musikkterapi og mental helse, der likeverdig samarbeid, empowerment, og ressursorientering står sentralt. Når slike perspektiv vert sett i sammenheng med samfunnsintegrert praksis, der det ikkje lenger berre er snakk om å styrke individuelle utviklingsbanar, men også om å leggje til rette for deltaking i institusjonelle og samfunnsbaserte læringsbanar (Stige 2006b), kan vi sjå konturane av ei vending i forståinga av kva musikkterapi kan vere. Der er også i dag eksempel på forskingsprosjekt i tilgrensande disiplinar som refererer til samfunnsmusikkterapien, som t.d. Baileys studium av eit kor for heimlause menn (Bailey & Davidson 2003) og Kari Bjerke Batt-Rawdens undersøking av

musikk som helsefremmende arbeid for menneske med kroniske lidinger (Batt-Rawden, DeNora & Ruud 2005).

Ein kombinasjonen av teoretiske studium og kasusstudium, dei siste gjerne inspirerte av aksjonsforskning og etnografi, vurderer eg som viktig og relevant for samfunnsmusikkterapien, samstundes som eg ikkje vil utelukke at surveys og kvantitative evalueringar kan verte viktig for feltet i framtida (Aasgaard & Stige 2005). Det er allereie ein del forsking å byggje på, og opplagt mykje u gjort. Dersom den samfunnsmusikkterapeutiske forskinga vert integrert med fleirfagleg “interlevel-teori”, skulle ein kunne utvikle eit betre kunnskapsgrunnlag for praksis. Dette vil vere nødvendig, men vil aldri kunne verte tilstrekkeleg. Musikkterapeutisk praksis, og ikkje minst samfunnsintegritt praksis, vil aldri kunne basere seg fullt ut på teori og forsking. I ein gitt situasjon vil ein i tillegg måtte handle ut i frå personleg og lokal kunnskap. I samfunnsmusikkterapien vert det meir enn vanleg tydeleg at universelle eller kontekstuavhengige teoriutkast kjem til kort.

I ein gitt kontekst er der gjerne fleire aktørar som handlar ut i frå ulike og gjerne motstridande normer. Samfunnsmusikkterapeutisk praksis vil difor nesten alltid vere omstridt praksis. Det talar i retning av at det er viktig å utvikle eit eksplisitt verdigrunnnlag som utgangspunkt for dialog og samarbeid. Eg har argumentert for at samfunnsmusikkterapien er opptatt av relasjonar på fleire analysenivå, det personlege, det relasjonelle og det kollektive. Av dette følgjer at samfunnsmusikkterapien vil måtte ha eit eksplisitt verdigrunnnlag på alle desse analysenivåa.

Skal vi prøve å konkretisere dette vil eit utgangspunkt kunne vere å gje ei kritisk vurdering av Cheryl Dileos (2000) forslag til felles verdigrunnnlag for musikkterapien. I innleiingskapitlet til *Ethical Thinking in Music Therapy* argumenterer ho for relevansen av eit sett etiske “kjerneprinsipp” som i større eller mindre grad er aksepterte i mange helsefaglege profesjonar. Desse omfattar m.a. prinsipp som går heilt tilbake til Hippokrates sine tekstar om legens yrkesetikk: *forbodet mot å gjøre skade og påbodet om å gjøre det ein kan for å gjøre godt*. Lista til Dileo omfattar dessutan prinsipp som *autonomi* (klienten sin rett til å velje) og *rettferd* (på eit mellommenneskeleg og kollektivt nivå). I tillegg kjem prinsipp knytt til krav om å vere påliteleg, sannferdig, kompetent, osb. (Dileo 2000: 7-8). Det er vanskeleg å vere ueinig i noko av dette, isolert sett, men det er konfliktar mellom desse prinsippa som Dileo ikkje får heilt klårt fram.

Arven frå Hippokrates og medisinien er ikkje uproblematisk, då dei prinsippa som er skisserte er knytte til rolle og funksjon. Det er legen – som ekspert – som veit kva som er til det beste for pasienten. Legen kan velje å lytte til pasienten, men pasienten sine vurderingar er likevel underordna legens vurderingar (Fjelland & Gjengedal 1995). Vi ser at det er ei innebygd spenning til prinsippet om autonomi, og relevansen av rettferd på eit kollektivt nivå er heller ikkje opplagt innan ein slik tradisjon. Det problematiske i det etiske grunnlaget som Dileo (2000) skisserer, er difor at forholdet mellom dei ulike analysenivåa (det personlege, det relasjonelle og det kollektive) ikkje er klårgjort. Vi ser då også at argumentasjonen hennar først og fremst legg vekt på det individuelle og mellommenneskelege nivået. Dette er i tråd med etablert tenking innan medisin

og psykologi, men det gjev få reiskap til å handtere problemstillingar knytt til det sosiale eller kollektive nivået (utover at ein gjerne på eit generelt grunnlag erklærer at rettferd og likskap er bra).

Samfunnsmusikkterapi i praksis

Kva konsekvensar vil dei teoretiske perspektiva og etiske utfordringane då kunne ha for praksis? Svar må først og fremst utviklast i ein gitt situasjon, men eg vil likevel foreslå følgjande meir generelle kjenneteikn:

I samfunnsmusikkterapeutisk praksis er mål knytt til samspelet mellom individ og samfunn, prosessen er deltarstyrt, arenaene er opne og inkluderande og musikkbruken kontekstrelatert og økologisk (etter Stige 2003:451).

Det er mange praksisformer som i større eller mindre grad er i samsvar med ei slik generell beskriving, t.d. revyar, konsertar og andre framføringsorienterte praksisformer, brukarstyrte band, opne improvisasjonsgrupper og ulike former for allsong, korarbeid og musikkafé. Dette er praksisformer som til dels var til stades i arbeidet hjå pionerane i faget. Det er vel kjend at Nordoff og Robbins (1971/1983) gjerne arbeidde med heile spekteret frå individuelle timer til gruppetimer til offentlege konsertar. Mindre kjend er det kanskje at Mary Priestley (1975/1985), som av mange vert rekna for den heilt sentrale pioneren for ei utvikling av musikkterapien i retning av individuell psykoterapi, også hadde ei særslig forståing av kva musikkterapi kunne vere, med bruk av improvisasjons-, vokal- og kammermusikkgruppe, “terapeutisk undervisning”, lyttegruppe og musikkklubb. I ein diskusjon av om slike opne gruppetilbod kunne vere musikkterapi, argumenterer ho slik:

... music offers the opportunity to become a live, vibrating member of such a group and this is the therapeutic experience (Priestley 1975/1985: 95).

Dette argumentet plasserer delar av Priestleys arbeid og tenking nærare dagens samfunnsmusikkterapi enn det som vi kanskje er vande med å tenke. Profesjonaliseringa av engelsk musikkterapi på 1980- og 1990-talet førte til at det helst var det individualterapeutiske arbeidet til Priestley som vart vektlagt (sjå Ansdell 2002). I nokre land og kontekstar vil dagens samfunnsmusikkterapeutiske praksis difor kunne sjåast som ei *gjenopning* av praksisformer som gjennom nokre tiår har vorte meir lukka gjennom påverknad frå medisinske, spesialpedagogiske eller psykoterapeutiske premiss. I andre kontekstar har kanskje dei opne praksisformene lang tradisjon, medan det eksisterer eit behov for teoriutvikling og forsking. I begge tilfelle får vi ei utviding av forståinga av kva musikkterapi kan vere.

Dette synlegger behovet for å sjå samfunnsmusikkterapien i relasjon til andre delområde og perspektiv innan musikkterapien. Eg vil argumentere for at vi kan tale om tre “idealtypiske” praksisformer i musikkterapien; den funksjonsorienterte musikkterapien (påverka av medisin og naturvitenskapleg kunnskap), den dialogorienterte musikkterapien (påverka av humaniora og teoriar om

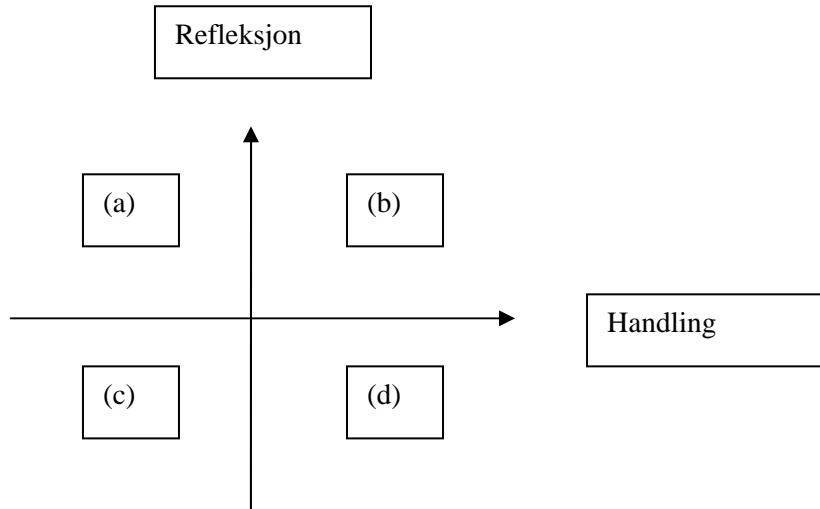
kommunikasjon) og den samfunnsorienterte musikkterapien (påverka av samfunnsfag og kritisk teori) (sjå Stige 2003: 414).⁴

Idealtypiske beskrivingar avspeglar ikkje det ideelle, dei er ikkje formulerte for å beskrive kva som skulle vere etisk eller estetisk ønskjeleg. Dei avspeglar heller ikkje det reelle, dei er snarare forenkla bilete av ein kompleks praktisk røyndom, formulerte for å klårgjere nokre sentrale eigenskapar eller karaktertrekk ved visse fenomen. For å illustrere dette poenget, kan vi bruke eit bilet og tenkje på dei tre idealtypane som eg skisserte over som dei tre primærfargane i ein fargesirkel. Vi kan t.d. beskrive den funksjonsorienterte musikkterapien som blå, den dialogorienterte som gul og den samfunnsorienterte som raud.⁵ Med utgangspunkt i eit slikt bilet, vil det vere rimeleg å seie at svært mykje praksis representerer ulike former for "fargeblandingar". I den norske musikkterapeutiske kvardagen vil ein t.d. finne den reine blåfargen ganske sjeldan, men sikkert nokre variantar av grønt (altså blanding av funksjons- og kommunikasjonsorienterte former). Gult vil ein kunne finne, medan den "reine raudfargen" nok vil vere meir sjeldan. Eg trur derimot at vi ville finne ganske mykje oransje, altså blanding av kommunikasjons- og samfunnsorienterte former. Tilsvارande, trur eg at ein t.d. i australsk musikkterapi ville finne ein god del lilla, altså funksjonsorientert praksis som samstundes er oppteken av lokalsamfunn og integrering.

Kva som er god praksis er kontekstavhengig, og mi vurdering er difor at det er ikkje noko mål i seg sjølv å få mest mogeleg raudfarge på lerretet. Eg er meir opptatt av at det skal vere raudfarge på paletten, slik at bruk av denne fargen vert eit reelt alternativ når det er ønskjeleg og forsvarleg. Alan Turrys (2005) artikkel, referert tidlegare i dette kapitlet, fokuserer nettopp på samspel mellom "konvensjonell" musikkterapi og samfunnsorientert arbeid, noko som seinare er vektlagt m.a. i ein artikkel av Wood (2006). Dette var framme allereie i det såkalla "Gloppen-prosjektet" (Kleive & Stige 1988) og vart framheva i Bruscias (1998:237) definisjon av community music therapy. Eg ser det difor som eit viktig punkt å stoppe opp ved. Dersom samfunnsmusikkterapi kan gje grunnlag for å vurdere ei mogeleg *opening* av meir konvensjonelle former for musikkterapipraksis, vert det eit spørsmål om når og korleis ein eventuelt skal handle i høve til dette. Figur 1 illustrerer fire alternativ:

⁴ Utan at det er rom for å gå nærmare inn på dette her, kan ei slik tredeling av musikkterapien sjåast i samanheng med Habermas (1968/1971) sin diskusjon av det han meiner er tre grunnleggjande erkjenningssinteresser; den tekniske, den praktisk-kommunikative og den frigjerande.

⁵ Tidlegare i kapitlet har eg argumentert for at samfunnsmusikkterapien er verdibasert, noko som nødvendigvis kan ha politiske implikasjonar. Men det tener ikkje til ei meir presis forståing av musikkterapien å kombinere *det* argumentet med ei tolking av dei tre idealtypane i lys av ulike politiske fargekart.



Figur 1: Forholdet mellom handling og refleksjon når spørsmål om å opne opp konvensjonelle terapeutiske rammer kjem opp. Figuren skisserer fire alternativ: a) inga handling, men refleksjon, b) handling og refleksjon, c) inga handling og ingen refleksjon, d) handling, men ingen refleksjon.

Etter mi vurdering vil felt (a) og (b) i Figur 1 begge vere fagleg og etisk forsvarlege, til ulike tider og på ulike måtar for ulike klientar og situasjonar. I felt (a) held ein på dei konvensjonelle terapeutiske rammene og handlar ikkje i høve til spørsmålet om å opne opp praksis, men klienten og terapeuten reflekterer over kva dette spørsmålet betyr, kvifor det kjem opp og korleis diskusjonen av det verkar inn på samspelet mellom klient og terapeut. I felt (b) vel ein, på grunnlag av dialog og refleksjon, å handle i høve til spørsmålet om å opne praksis, t.d. ved å framføre musikk offentleg eller ved å spele inn ei plate. Ein kan vel tenkje seg musikkterapeutisk praksis både i felt (c) og (d) også, men dette ser eg som langt meir problematiske felt. Ein respons i felt (c) kunne t.d. vere: "Nei, dette er musikkterapi, vil du lære å spele må du gå til ein musikkpedagog" – utan at det vert nokon vidare dialog eller refleksjon over kvifor spørsmålet kjem opp og korleis det vert møtt. Ein respons i felt (d) kunne vere: "Kult! Ja visst kan vi spele inn ei plate!" – igjen utan vidare dialog og refleksjon.

Slik eg ser det, vil faren for at vi som praktiserande musikkterapeutar vert rigide og hamnar i felt (c) auke dersom vi ikkje kjenner til fargen raud, altså dersom samfunnsmusikkterapi ikkje eksisterer som diskursfelt. Faren for at vi ukritisk opnar dørene og spring til nærmeste platestudio, altså hamnar i felt (d), aukar dersom samfunnsmusikkterapi får lov til å vere ein vag og fancy idé utan kritikk, forsking og teoriutvikling. Det er altså ein samanheng mellom dei teoretiske og etiske utfordringar vi diskuterte tidlegare i kapitlet.

Figuren og dei valalternativa som eg her har skissert skal ikkje tolkast som at eg meiner at individorienterte arbeidsmåtar er primære og at meir opne og samfunnsintegrerte arbeidsmåtar alltid skal sjåast som eit andreval i høve til det. I somme samanhengar vil ein samfunnsorientert praksis vere eit naturleg førsteval. Siktemålet mitt med figuren er difor først og fremst å understreke at valet mellom individualterapeutiske og samfunnsmusikkterapeutiske tilnærmingar må vere informert og reflektert og skje i dialog med dei aktuelle brukarane av tilbodet.

Avslutning

Det har vore eit hovudpoeng i dette kapitlet at vi ikkje treng å forstå samfunns-musikkterapi som flytting av fokus frå individ til lokal- eller storsamfunn; vi kan forstå det som interesse for forholdet mellom individ og samfunn, inklusivt fenomen som fellesskapsopplevelingar, deltaking og samarbeid. Dessutan kan vi sjå samfunnsintegrert praksis som noko anna enn utvatning av terapeutrolla, vi kan sjå det som utforsking av *nye yrkesroller*. Skal det siste vere etisk og fagleg legitimt, må det eksistere eit fagleg fundament å bygge på.

Her vil musikkterapien trenge relasjonar til andre fag og fagområde, m.a. til *samfunnspsykologien* (sjå t.d. Dalton, Elias & Wandersman 2007). Samfunnspsykologien har sidan 1960-talet utvikla seg som fagfelt og som korrektiv til den meir individorienterte psykologien. Men kva er eigentleg samfunnspsykologi? Dei fleste lærebøker vegrar seg for å gje korte og eksakte definisjonar. Grunngjevinga er at både det teoretiske og det praktiske feltet er for komplekst og samansett til at definisjonar vert særleg opplysende. Meir vanleg er det etter kvart å skissere nokre typiske kjenneteikn, som at samfunnspsykologien er økologisk/systemisk, ressursorientert, kulturrelativ og opptatt av sosial endring med utgangspunkt i verdiar som rettferd og deltaking. Eit bilet av korleis samfunnspsykologien har utvikla seg, kan vi få ved å studere oppbygginga av ei ny lærebok i faget. Når Nelson og Prilleltensky (2005) skisserer samfunnspsykologisk praksis, er kapitla ikkje berre organiserte i høve til gitte målgrupper (som t.d. "psychiatric consumers/survivors" eller "disadvantaged children and families"), men også i høve til meir overgripande tema, som marginalisering, fattigdom, rasisme, immigrasjon, kjønn, makt og frigjering.

Det gjenstår å sjå kor langt samfunnsmusikkterapien kan og vil gå i ei liknande retning. Førebelser er det kanskje helst i sørafrikanske og søramerikanske tekstar at vi har sett dei klåraste tendensane til ei slik meir politisk forståing av praksis, men dette er sjølv sagt relevant i alle samfunn. Even Ruud formulerer det slik:

Det sies at helheten er mer en summen av delene. I dette tilfelle vil det å arbeide innenfor community music therapy/samfunnsmusikkterapi innebære et ansvar for grensesnittet mellom klient og samfunnet, en særlig sensibilitet for dette vage grenselandet som mange av våre klienter beveger seg i. Det kan bety en ny språkpraksis hvor ord som "connect", "empower", "marginalized", "solidarity", "human resource", "identity", "helse" osv inngår i musikkterapiens språk i stedet for "motor development",

“attention“, “behaviour“, “inner resources“, “handicap“, “illness” (se Ruud 2004 [a]). Sagt på en annen måte – eller sett i et diskursteoretisk perspektiv – kunne vi innkretse community musikkterapien ved å si at den er et diskursfelt, et teoretisk område hvor man diskuterer betydningen av å se musikkterapeutisk praksis i en større samfunnsmessig sammenheng, bruke et antropologisk musikkbegrep, utvide arenaen for musikkterapien, finne nye identiteter for musikkterapeuten og anerkjenne framføring som gyldig metode. Å arbeide med samfunnsmusikkterapien som perspektiv, handler om å utføre, forklare og forstå sin praksis ved å vise til diskurser innen dette feltet (Ruud 2004b: 32-33).

Samfunnsmusikkterapien vil dels vere eit supplement til og dels ei utfordring for resten av det musikkterapeutiske feltet, og eg opplever at Ruud her formulerer dette på ein sær fin måte. Ein liten “detalj” vil eg likevel stoppe opp ved til slutt: Ruud skriv om grensesnittet mellom klient og samfunn. Dette er nok ei formulering som vi bør problematisere, då klient ikkje er noko ein er, utan i ein gitt rollekontekst. I samfunnsmusikkterapeutisk arbeid er det ikkje uvanleg å snakke om deltakarar i staden for klientar, og dette er ikkje berre språkleg pynt, det handlar om å skape eit språkleg og haldningsmessig grunnlag for utforsking av meir likeverdige roller enn det ein vanlegvis finn i kliniske kontekstar. Kanskje er det difor fleire grensesnitt samfunnsmusikkterapien bør interessere seg for, som grensesnittet mellom individ og samfunn og mellom kvar dag og klinikks.

Litteratur

- Aftret, K. (2005). *Samspill. Om musikkterapeuten i kommunen*. Hovudoppgåve i musikkterapi, Oslo: Norges musikkhøgskole.
- Altshuler, I. (1948/2000). A Psychiatrist’s Experience with Music as a Therapeutic Agent (gjentrykk av tekst frå 1948). *Nordic Journal of Music Therapy*, 10(1), 69-76.
- Ansdell, G. (2002). Community Music Therapy & The Winds of Change. I: Kenny, C. & Stige, B. (red.). *Contemporary Voices of Music Therapy: Communication, Culture, and Community*. Oslo: Unipub.
- Ansdell, G. (2005). Community Music Therapy: A Plea For “Fuzzy Recognition” Instead of “Final Definition”. [Contribution to Moderated Discussions] *Voices: A World Forum for Music Therapy*. Lasta ned 8. september 2007, frå http://www.voices.no/discussions/discrim4_07.html
- Bailey, B. & Davidson, J. W. (2003). Amateur Group Singing as a Therapeutic Instrument. *Nordic Journal of Music Therapy*, 12(1), 18-32.
- Baklien, B. & Carlsson, Y. (2000). *Helse og kultur. Prosessevaluering av en nasjonal satsing på kultur som helsefremmende virkemiddel*. NIBR prosjektrapport 2000:11, Oslo.
- Batt-Rawden, K. B., DeNora, T. & Ruud, E. (2005). Music Listening and Empowerment in Health Promotion: A Study of the Role and Significance of Music in Everyday Life of the Long-term Ill. *Nordic Journal of Music Therapy*, 14(2), 120-136.

- Bruscia, K. (1998). *Defining Music Therapy* (Second Edition). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Dalgard, O. S. & Sørensen, T. (red.) (1988). *Sosialt nettverk og psykisk helse*. Oslo: Tano.
- Dalton, J. H., Elias, M. J. & Wandersman, A. (2007). *Community Psychology. Linking Individuals and Communities* (Second edition). London: Wadsworth (Thomson Learning).
- DeNora, T. (2000). *Music in Everyday Life*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Dileo, C. (2000). *Ethical Thinking in Music Therapy*. Cherry Hill, NJ: Jeffrey Books.
- Fjelland, R. & Gjengedal, E. (1995). *Vitenskap på egne premisser. Vitenskapsteori og etikk for helsearbeidere*. Oslo: AdNotam Gyldendal.
- Fosse, E. & Røiseland, A. (1999). Fra visjon til virkelighet? Om sammenhengen mellom Ottawa-charteret og norsk helsepolitikk. I: Røiseland, A., Eide, A.H., Andrews, T. & Fosse, E. (red.). *Lokalsamfunn og helse. Forebyggende arbeid i en brytingstid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Fouché, S. & Torrance, K. (2005). Lose Yourself in the Music, the Moment, Yo! Music Therapy with an Adolescent Group Involved in Gangsterism. *Voices: A World Forum for Music Therapy*. Lasta ned 9. november, 2005, fra <http://www.voices.no/mainissues/mi40005000190.html>
- Fylkeslegen i Sogn og Fjordane. *Høyriksfråsregn til Fylkesplan for Sogn og Fjordane*, 2001-2004.
- Gaston, E. T. (red.) (1968). *Music in Therapy*. New York: Macmillan Publishing.
- Gouk, P. (2000). Objective Science or Just a Metaphor? The 'Iso' Principle of Ira Altshuler. *Nordic Journal of Music Therapy*, 10(1), 65-68.
- Habermas, J. (1968/1971). *Knowledge and Human Interests* (Originaltittel: Erkenntnis und Interesse]. Boston: Beacon Press.
- Harford, F. K. (2002). Music in Illness/The Guild of St. Cecilia/Is Exhilarating or Soft Music Best for Invalids? (gjentrykk av tekstar frå tidleg nittenhundretal). *Nordic Journal of Music Therapy*, 11(1), 43-47.
- Horden, P. (red.) (2000). *Music as Medicine: The History of Music Therapy since Antiquity*. Aldershot, UK: Ashgate Publishing Limited.
- Horden, P. (2001). Science, Magic, and Continuity in the History of Music Therapy. On "Rhythm and Health" by Charles W. Hughes. *Nordic Journal of Music Therapy*, 10(2), 188-190.
- Hughes, C. W. (1948/2001). Rhythm and Health (gjentrykk av tekst fra 1948). *Nordic Journal of Music Therapy*, 10(2), 191-204.
- Inoue, S. (2007). A Study of Japanese Concepts of Community. *Voices: A World Forum for Music Therapy*. Lasta ned 8. september 8, 2007, <http://www.voices.no/mainissues/mi40007000234.php>
- Kenny, C. (1985). Music: A Whole Systems Approach. *Music Therapy*, 5(1), 3-11.
- Kenny, C. & Stige, B. (2002). *Contemporary Voices of Music Therapy. Communication, Culture, and Community*. Oslo: Unipub.

- Kleive, M. & Stige, B. (1988). *Med lengting, liv og song*. Oslo: Samlaget.
- Krüger, V. (2004). *Læring gjennom deltagelse i et rockeband. Et instrumentelt case studie om situert læring i musikkterapi*. Hovudoppgåve i musikkterapi, Høgskulen i Sogn og Fjordane/Norges musikkhøgskole.
- Kvernbeck, T. (2005). *Pedagogisk teoridannelse. Insidere, teoriformer og praksis*. Bergen: fagbokforlaget.
- Lov om helsetjenesten i kommunene*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nelson, G. & Prilleltensky, I. (red.). (2005). *Community Psychology. In Pursuit of Liberation and Well-being*. New York: Palgrave MacMillan.
- Nettl, B. (1956). Aspects of Primitive and Folk Music Relevant to Music Therapy. I: *Music Therapy 1955. Fifth Book of Proceedings of the National Association for Music Therapy*. Lawrence, KS: The National Association for Music Therapy.
- Nordoff, P. & Robbins, C. (1971/1983). *Music Therapy in Special Education*. Saint Louis, MO: Magna-Music Baton.
- NOU 1991:10. *Flera gode leveår for alle*. Forebyggingsstrategier. Sosialdepartementet.
- O'Grady, L. (2005). *The Relationship between the Ways that Musicians and Music Therapists Describe their Work in Community Contexts: A Grounded Theory Analysis*. Unpublished Master Thesis, Faculty of Music, the University of Melbourne.
- Pavlicevic, M. & Ansdell, G. (red.) (2004). *Community Music Therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Priestley, M. (1975/1985). *Music Therapy in Action*. St. Louis, MO: Magna-Music Baton.
- Procter, S. (2004). Playing Politics: Community Music Therapy and the Therapeutic Redistribution of Music Capital for Mental Health. I: Pavlicevic, M. & Ansdell, G. (red.) *Community Music Therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Putnam, R. (2000). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon and Schuster.
- Rolvsjord, R. (2004). Therapy as Empowerment: Clinical and Political Implications of Empowerment Philosophy in Mental Health Practices of Music Therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 13(2), 99-111.
- Rolvsjord, R. (2007). "Blackbirds Singing": Explorations of Resource-oriented Music Therapy in Mental Health Care. Upublisert Ph.D. Institutt for psykologi og kommunikasjon, Aalborg Universitet.
- Ruud, E. (1979). Musikkterapi. *Musikk i Skolen*, 4, 34-35.
- Ruud, E. (1973/1980). *Music Therapy and its Relationship to Current Treatment Theories*. St. Louis, MO: Magna-Music Baton.
- Ruud, E. (1980). *Hva er musikkterapi?* Oslo: Gyldendal.
- Ruud, E. (1987/1990). *Musikk som kommunikasjon og samhandling. Teoretiske perspektiv på musikkterapien*. Oslo: Solum.

- Ruud, E. (1998). *Music Therapy: Improvisation, Communication and Culture*. Gilsum, NH: Barcelona.
- Ruud, E. (2004a). Foreword: Reclaiming Music. I: Pavlicevic, M. & Ansdell, G. (red.). *Community Music Therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Ruud, E. (2004b). Systemisk og framføringsbasert musikkterapi. *Musikkterapi*, 4, 28-34.
- Severud, H. (2006). *Barnevernsbarn på scenen*. Reportasje på bt.no, publisert 24. nov. 2006, Lasta ned 11. feb. 2007,
<http://www.bt.no/lokalt/bergen/tettpa/article318158.ece>
- Small, C. (1998). *Musicking. The Meanings of Performing and Listening*. Hanover, NH: Wesleyan University Press.
- Stige, B. (2001). Helse på akkord. Om musikkterapi og helsefremjande arbeid. *Musikkterapi*, nr. 1, 2001.
- Stige, B. (2002a). *Culture-Centered Music Therapy*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Stige, B. (2002b). The Relentless Roots of Community Music Therapy. *Voices: A World Forum for Music Therapy*. Lasta ned 20. januar 2007, fra [http://www.voices.no/mainissues/Voices2\(3\)Stige.html](http://www.voices.no/mainissues/Voices2(3)Stige.html)
- Stige, B. (2003). *Elaborations toward a Notion of Community Music Therapy*. Doktoravhandling, institutt for musikk og teater, UiO. Oslo: Unipub.
- Stige, B. (2004). Community Music Therapy: Culture, Care, and Welfare. I: Pavlicevic, M. & Ansdell, G. (red.). *Community Music Therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Stige, B. (2005a). Om å få system på samfunnsmusikkterapien. *Musikkterapi*, 1, 24-33.
- Stige, B. (2005b). Musikk som tilbud om deltagelse. I: Säfvenbom, R. (red.). *Fritidsaktiviteter i moderne oppvekst – grunnbok i aktivitetsfag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Stige, B. (2006a). Musikk og helse i lokalsamfunnet. I: Aasgaard, T. (red.). *Musikk og helse*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Stige, B. (2006b). Toward a Notion of Participation in Music Therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 15(2), 121-138.
- Stige, B., Ansdell, G., Elefant, C. & Pavlicevic, M. (in process). *Where Music Helps. Community Music Therapy in Action and Reflection* [bok, forlag ikkje avklara].
- St.meld. 37 (1992-1993) *Utfordringar i helsefremmande og forebyggande arbeid*. Oslo: Sosial og helsedepartementet.
- St.meld. 16 (2002–2003). *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Oslo: Helsedepartementet.
- Turry, A. (2005). Music Psychotherapy and Community Music Therapy: Questions and Considerations. *Voices: A World Forum for Music Therapy*. Lasta ned 26. november 2005,
<http://www.voices.no/mainissues/mi40005000171.html>
- Tyler, H. P. (2002). Frederick Kill Harford – Dilettante Dabbler or Man of Our Time? *Nordic Journal of Music Therapy*, 11(1), 39-42.

- Tyson, F. (1968). The Community Music Therapy Center. I: Gaston, E. T. (red.). *Music in Therapy*. New York: Macmillan Publishing. *Voices: A Wold Forum for Music Therapy* www.voices.no GAMUT, Griegakademiet senter for musikkterapiforskning.
- Völker, U. (2005). *Chance zur Teilhabe über die Therapie hinaus. Musiktherapie zwischen kultur-therapeutischen Fragestellungen und (psycho-)therapeutischem Selbstverständnis auf der Grundlage Integrativer Therapie*. Upublisert masteroppgåve, Hochschule Magdeburg-Stendal.
- Warner, C. (2005). *Music Therapy with Adults with Learning Difficulties and 'Severe Challenging Behaviour.' An Action Research Inquiry into the Benefits of Group Music Therapy within a Community Home*. Upublisert doktoravhandling, University of the West of England, Bristol, UK.
- Wood, S. (2006). "The Matrix": A Model of Community Music Therapy Processes. *Voices: A World Forum for Music Therapy*. Lasta ned 20. januar 2007, frå <http://www.voices.no/mainissues/mi40006000218.php>
- Aasgaard, T. (1998). Musikk-miljøterapi: Uvanlig? Uinteressant? Uutforsket! Kommentarer til Nisima Marie Munk-Madsen. *Nordic Journal of Music Therapy*, 7(2), 168-171
- Aasgaard, T. (1999). Music Therapy as a Milieu in the Hospice and Pediatric Oncology Ward. I: Aldridge, D. (red.). *Music Therapy in Palliative Care. New Voices*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Aasgaard, T. (2002). *Song Creations by Children with Cancer – Process and Meaning*. Aalborg: Upublisert PhD, Institutt for musik og musikterapi, Aalborg Universitet.
- Aasgaard, T. & Stige, B. (2005). *Researching Community Music Therapy: Topics, Objectives, and Methods*. Foredrag på The 11th World Congress of Music Therapy. "From Lullaby to Lament", Brisbane, Australia