

Monika Overå  
*Forord av Gro Trondalen*

Hekta på musikk



Norges  
musikkhøgskole  
Norwegian Academy  
of Music

NMH-publikasjoner  
2013:11

# Hekta på musikk

Monika Overå

*Forord av Gro Trondalen*

NMH-publikasjoner 2013:11

Hekta på musikk  
Monika Overå  
Norges musikkhøgskole

Utgitt av Senter for musikk og helse  
NMH-publikasjoner 2013:11

Fagredaktører: Marie Strand Skånland og Gro Trondalen

Alle foto: © Marie Strand Skånland  
Alle illustrasjoner: © Eivind Haugstad

© Monika Overå og Norges musikkhøgskole  
ISSN 0333-3760  
ISBN 978-82-7853-081-8

Publisert med økonomisk støtte fra Extrastiftelsen Helse og Rehabilitering,  
gjennom Mental Helse.

Norges musikkhøgskole  
PB 5190 Majorstua  
NO-0302 OSLO

Tel.: +47 23 36 70 00  
E-post: [post@nmh.no](mailto:post@nmh.no)  
[nmh.no](http://nmh.no)

Publisert i samarbeid med Akademika forlag  
Trykk: AIT Oslo AS, 2013

# Forord

## Musikk er for alle

Mennesker med rusutfordringer har mange og viktige musikkhistorier å fortelle. Dette erfarte ikke minst Monika Overå gjennom sitt arbeid som musikkterapeut ved avgiftningsenheten ved Akershus universitetssykehus. *Hekta på musikk* springer ut fra dette arbeidet. Boka forteller om musikkbruk og musikkopplevelser, erfart av mennesker med rusutfordringer. I denne teksten blir vi presentert for både aktiv spilling, låtskriving, musikklytting i fellesskap og ikke minst fortellinger om musikkopplevelser.

Musikk tilhører alle. Vi møter musikk i det offentlige rom som på kafé og konsert, og stadig flere lager sine private spillelister, som de lytter aktivt til i hverdagen. Forskjellig bruk av musikk åpner for ulike opplevelser — for *alle* mennesker. Å spille sammen, eller lytte til sanger i fellesskap kan åpne for opplevelser av tilhørighet, fellesskap og gi mening i livet. Sanger skrevet av andre kan gi ord til opplevelser en selv ikke har ord for. Egenkomponerte sanger kan deles med andre og bidra til personlig anerkjennelse og opplevelse av nærhet og fellesskap med andre. Musikalsk samspill kan fungere vitaliserende og åpne for utforskning av nye relasjonelle erfaringer — for oss alle.

I *Hekta på musikk* møter vi mennesker med ruserfaringer som forteller om opplevelse av mestring, motivasjon, fellesskap, mening og livskvalitet gjennom å engasjere seg i musikk (se også Lossius, 2011). Å engasjere seg i lyd og bevegelser i samspill med andre synes å være et universelt fenomen på tvers av musikkulturer (Mallock & Trevarthen, 2009). I praksis viser det seg at musikktilbud som fokuserer personers sterke sider kan fungere som et forebyggende, rehabiliterende og helsefremmende tiltak for mennesker med rusavhengighet (Rolvsjord, 2010; Trondalen & Ruud, 2008).

Dagens forskning på musikkterapi med mennesker med rusutfordringer, viser en klar effekt i behandling med tanke på generell motivasjon, tilgang til emosjoner og sosiale funksjon (Aldridge & Fachner, 2010; Mössler, Chen, Heldal, & Gold, 2011). Dessuten viser det seg at musikkterapi er særlig effektivt for å redusere negative symptomer. Det er også indikasjoner på at virkningen av en slik behandling er til stede seks måneder etter at intervensjonen er avsluttet. Musikkterapi er like effektivt for pasienter som er innlagt på døgnheter, som for dem som får poliklinisk behandling (Gold, 2011; Gold, Solli, Krüger & Lie, 2009). Forskning viser at musikkterapi både kan inngå i behandling innen psykisk helsevern og i kommunalt arbeid (Stige & Aarø, 2011).

### Kultur, Rus, Samhandling (KuRS)

Historien om *Hekta på musikk* har røtter tilbake til høsten 2010, da Torhild Kielland (KoRus-Øst) tok initiativ til å etablere det nasjonale kompetansenettverket *Kultur, Rus, Samhandling (KuRS)*. Hovedmålsettingen med nettverket var å stimulere til kunnskapsutvikling og praksisnær forskning på musikkterapi i rusfeltet, der samhandlingsreformen dannet bakgrunn for arbeidet (Kielland, Stige & Trondalen, 2013).

I flere offentlige styringsdokumenter knyttet til rus og psykisk helse, er metodisk bruk av musikk og musikkterapi blitt nevnt og anbefalt de siste årene. Se for eksempel *Helsedirektoratets (2011) rapport IS 1914* om hvordan tjenestene til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer kan bli bedre, og *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (2013)* der musikkterapi er gitt en klar anbefaling (med høyeste evidensnivå 1a og gradering A). I sistnevnte tekst vises det til at musikkterapi fremmer tilfriskning, og behandlingen bør starte i en så tidlig fase som mulig med henblikk på å redusere negative symptomer. Det er også presisert at behandlingen må utføres av terapeuter med godkjent utdanning innen musikkterapi.

*Kultur, Rus, Samhandling* består i dag av fem kompetansesentre (KoRus-Bergen, KoRus-Midt, KoRus-Oslo, KoRus-Stavanger og KoRus-Øst), samt de to de

forskningssentrene i musikkterapi ved Norges musikkhøgskole og Universitetet i Bergen<sup>1</sup>. KoRus-Øst spilte en sentral rolle da Akershus universitetssykehus 1. januar 2011 inngikk samarbeid med Norges musikkhøgskole og (den gang) masterstudent i musikkterapi Monika Overå om musikktilbud ved Seksjon Illegale Rusmidler (IR). Avgiftningsenheten har tilbud om korttidsbehandling for personer fra 18 år og oppover, og musikktilbudet var en del av en større behandlingsprosess pasientene gikk gjennom mens de er på avdelingen.<sup>2</sup> *Hekta på musikk* formidler pasienterfaringer fra nettopp dette musikkterapitilbudet i rusbehandlingen.

## Hekta på musikk

*Hekta på musikk* inneholder både teori, pasientfortellinger og metodiske tips til musikkbruk. Inspirasjonsboka foreslår ideer til både individuell musikalsk utøvelse, og til musikalsk samspill. I tillegg inkluderes sangtekster som pasienter har skrevet.

Pasientenes bidrag til denne boka synliggjør ressurser og skapende evner, og fungerer som inspirasjon for *alle* mennesker til å ta i bruk mer av sine egne kreative krefter. For øvrig viser det seg at det å bidra til en slik inspirasjonsbok også gir pasientene selv en opplevelse av mestring og mening som går ut over selve deltakelsen i musikktilbudet.

*Hekta på musikk* bidrar til generell kunnskapsheving om bruk av musikk i rusbehandlingen, samt inspirerer til videre utforskning av musikk enten det dreier seg om individuell musikkbruk, eller musikalsk utøvelse sammen med andre. Slik sett har boka også en verdi knyttet til det nasjonale nettverket *Kultur, Rus, Samhandling* sitt arbeid med tanke på å synliggjøre – og videreutvikle — musikktilbud i rusbehandlingen.

---

1 Både Norges musikkhøgskole og Universitetet i Bergen tilbyr master- og doktorgradsutdanning i musikkterapi. Begge utdanningsinstitusjoner har også forskningssentre, henholdsvis Senter for musikk og helse ved Norges musikkhøgskole og Griegakademiets senter for musikkterapiforskning ved Universitetet i Bergen.

2 Flere tilsvarende samarbeidsprosjekt er inngått både i Bergen og Oslo, med tanke på å undersøke og dokumentere musikkterapi som systematisk behandlings- og rehabiliteringstiltak og bygge opp god musikkterapipraksis knyttet til rusfeltet.

*Hekta på musikk* er interessant for et bredt publikum: brukere, pasienter, nærperso-  
ner, ansatte i rusfeltet, lærere, samt som allmennopplysning for oss alle. Musikterapi  
gir muligheter for utvikling og endring gjennom et musikalsk, ressursorientert og  
mellommenneskelig fellesskap for alle mennesker.

Musikk tilhører oss alle — musikk er for oss alle.

Oslo, 23. september 2013

Gro Trondalen

Professor i musikkterapi

Leder av Senter for musikk og helse, Norges musikkhøgskole

## Referanser

Aldridge, D., & Fachner, J. (Eds.). (2010). *Music Therapy and Addiction*. London:  
Jessica Kingsley.

Gold C. (2011) Music therapy improves symptoms in adults hospitalised with  
schizophrenia. *Evid Based Mental Health*, 10(3):77.

Gold C., Solli, H.P., Krüger, V., Lie, S.A. (2009). Dose-response relationship in music  
therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-  
analysis. *Clin Psychol Rev*, 29(3), 193-207.

Helsedirektoratet (2011) *Rapport IS 1914: Kvalitet og kompetanse ... om hvordan  
tjenestene til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer kan bli bedre*.  
Oslo: Helsedirektoratet. [http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/  
nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-  
personer-med-psykoselidelser/Sider/default.aspx](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalfaglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser/Sider/default.aspx)

Kielland, T., Stige, B., & Trondalen, G. (2013). Musikterapi i rusfeltet. *Praksisnær  
forskning og kunnskapsutvikling. Rusfag*(1).  
<http://www.rus-midt.no/Rus/KoRus/Artikkelsamling%202013.pdf>

Lossius, K. (Ed.). (2011). *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til  
alvorlig rusmiddelavhengighet*. Oslo: Gyldendal Akademisk forlag.

- Mallock, S., & Trevarthen, C. (2009). *Communicative Musicality. Exploring the basis of human companionship*. Oxford: Oxford University Press.
- Mössler, K., Chen, X., Heldal, T. O., & Gold, C. (2011). Music Therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database of Systematic Review*(12).
- Rolvjord, R. (2010). *Resource Oriented Music Therapy in Mental Health Care*. Gilsum: Barcelona publishers.
- Stige, B, Aarø, L.E. (2011) *Invitation to Community Music Therapy*. New York, NY:Routledge.
- Trondalen, G., & Ruud, E. (2008). *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi*: Skriftserie fra Senter for musikk og helse. Norges Musikkhøgskole. NMH-publikasjoner 2008:3. Oslo.





## Forfatterens forord

Denne boka begynte med et ønske om å inspirere andre til å starte opp musikkterapi tilbud innenfor rus og psykisk helsevern. Dette ville vi gjøre gjennom å formidle viktige praksiserfaringer fra en musikkterapi gruppe.

Takk til Norges musikkhøgskole ved Senter for musikk og helse som utgir boka.

Fagredaktørene Gro Trondalen og Marie Strand Skånland har gjennom hele prosessen med skriving av teksten løftet meg videre og utfordret meg med klartenkte innspill. Jeg ser opp til dere og har lært mye av samarbeidet. Takk!

Fagmiljøet i musikkterapi ved praksiskoordinator Rita Strand Frisk, vil jeg også takke. Samarbeidet med henne har vært avgjørende.

Videre vil jeg takke Extrastiftelsen Helse og Rehabilitering, gjennom Mental Helse, for midler som gjorde det mulig å skrive og trykke denne boka.

Torhild Kielland; tusen takk for ditt engasjement for musikkterapi i rusfeltet. Du har vært særdeles viktig fra starten av og gjennom hele prosessen.

Takk til Ahus for en spennende praksisplass, og takk til KoRus-Øst for instrumenter. Det ble morsommere da vi fikk «ordentlige» instrumenter å spille på!

Jeg ser dere sjelden for tiden, men tenker ofte på dere, kjære tidligere kolleger på Seksjon IR. Takk for at dere tok imot meg med åpne armer og viste meg den tilliten og støtten jeg trengte for å våge å starte opp og gjennomføre musikkterapi gruppene.

Takk til korrekturleser Merete Roaldsnes som med et skarpt blikk gikk gjennom teksten når mine egne øyne begynte å se seg blinde.

Jeg vil også takke familien min for alt dere har lest av tekst, og for at dere tålmodig har lyttet til alle idéer og tanker jeg har hatt underveis i prosessen. Det ble en bok til slutt!

Men mest av alt vil jeg takke alle som deltok i musikkterapigruppene. Tankene dere delte – og det dere gjorde – i gruppa er selve kjernen i denne boka. Takk for at dere gav meg lov til å videreformidle opplevelsene deres.

Oslo, 5. oktober 2013

Monika Overå

Musikkterapeut

Akershus Universitetssykehus

# Innhold

Forord	3
Forfatterens forord	9
Innledning	13
<i>DEL 1</i>	<i>17</i>
Teoretisk bakteppe	19
<i>DEL 2</i>	<i>43</i>
Brukerfortellinger	45
<i>DEL 3</i>	<i>71</i>
Metode	73
Pasientsanger	97
Litteraturliste	109



## Innledning

Denne boka håper jeg mange kan ha utbytte av å lese. Dersom du jobber innenfor rusfeltet og har en musikkinteresse du drømmer om å kunne bruke på jobb, inneholder boka noen gode tips. Kanskje har du allerede startet opp et musikkprosjekt, men trenger litt teori for å begrunne og sette ord på hvorfor du skal fortsette med prosjektet? Jeg tenker også at en musikkterapeut kan ta i bruk mye av denne teksten innenfor ulike praksiser. Jobber du på en avdeling der det er mennesker med rusavhengighet eller psykisk lidelse, og er interessert i å finne ut hva musikkterapi kan tilføre en avdeling og hva det kan bety for den enkelte, håper jeg du blir inspirert av denne boka. Om du bare er interessert i musikk, kan dette også være spennende lesning. Også om du jobber innenfor rusfeltet uten å ha noen særlig stor musikkinteresse, kan det hende du finner denne teksten aktuell likevel.

Boka er delt inn i tre deler. **Del 1** handler om teori og forskning på musikkterapi innenfor psykisk helsevern og rus. Leser du del én før du leser de andre delene, vil du få en annen forståelse av del to og del tre. Del én gir deg innblikk i *teorien* som ligger i bunn for tilnærmingen i musikkterapigruppa, og kan samtidig gi noen forståelser av hva som ligger bak det som skjer. I del én finner du også eksempel på *forskning* som er blitt gjort innenfor musikkterapi og rus og nærliggende felt. **Del 2** består av pasientutsagn og noen refleksjoner rundt det pasientene sier. Hvis det er *brukerperspektivet* du er mest interessert i, ville jeg startet med å ta tatt fatt på del to. I **del 3** kan du lese om ulike måter å gjennomføre musikkterapi praksis på. Her kan du få tips om hva en musikkterapigruppe kan inneholde og ulike metoder blir beskrevet. Her er eksempel på hva jeg har gjort i min praksis, altså ulike *metoder og aktiviteter*. Denne delen er ment som en idébank til inspirasjon, ikke som en fasit på hvordan musikkterapi – eller bruk av musikk i gruppe – skal gjennomføres.

Masterprosjektet mitt på Norges musikkhøgskole gikk ut på å starte opp et musikkterapitilbud på en avgiftningsenhet ved Akershus Universitetssykehus og se hvilke opplevelser musikkterapi kunne gi pasientene der. Avgiftningsenheten ligger under Seksjon IR og er en del av psykiatrisk divisjon, avdeling rus og avhengighet. IR står for illegale rusmidler og viser til at pasientene som er innlagt har et hovedmisbruk av illegale rusmidler. Seksjon IR rommer nå to avdelinger; en korttidsavdeling og en nylig åpnet avdeling som har et tilbud over lengre tid (inntil tre måneder). Denne avdelingen er blant annet for pasienter som trenger kartlegging og utredning. Begge avdelingene er for mennesker fra 18 år og oppover. Avgiftningsenheten (korttidsavdelingen) har plass til ti pasienter. Pasientene får tilbud om et opphold på sykehuset fra seks dager til tre uker. Dette fører i praksis til at en musikkterapigruppe som foregår en gang i uka vil få en ulik sammensetning av pasienter hver gang, selv om enkelte kan delta i gruppa opp til tre ganger på rad. Musikkterapitilbudet, ofte kalt «musikkgruppa» i det daglige på sykehuset, kommer her til å bli omtalt som musikkterapigruppa. I tillegg til gruppetimer har jeg også gjennomført individuelle timer med pasienter, men det har ikke vært organisert som en fast del av behandlingstilbudet på Seksjon IR. Det har funnet sted når det har vært behov for det.

Det som er skrevet i denne boka kommer fra mine egne erfaringer og vil derfor ha en noe personlig vinkling. Min stemme og erfaringer jeg har gjort meg, vil komme tydelig til uttrykk gjennom et «jeg» i den videre teksten. Musikkterapigruppa foregår på et sykehus der gruppedeltagerne er pasienter. I denne boka vil de som deltar i gruppa derfor kalles pasienter og gruppedeltagere.

Ett av målene med denne boka er at flere skal kjenne en glød og interesse for musikkterapi i rusbehandling, noe som igjen kan føre til andre lignende prosjekt som dette, slik at vi får sett mer av hva musikkterapi kan tilby mennesker med rusavhengighet.

## Flue på veggen

*«Nå er det musikkgruppe!» sier jeg, og ønsker å motivere denne mangfoldige gjengen. Det er ikke alltid så lett å være motivert for oppgaver en ikke kjenner. For mange føles det uoverkommelig å skulle komme seg helt ned til musikkrommet på et ukjent opplegg den første gangen de er med. Men av erfaring vet vi at pasientene trives når vi først har kommet inn på musikkrommet og er i gang med gruppa. «Jeg visste ikke at det var så bra!» er en respons som vi ofte hører fra gruppedeltagerne når de kommer opp igjen i miljøet.*

*Vi har hatt musikkgruppa flere steder på avdelingen. I en TV-stue, på et aktivitetsrom, på et kontor og på et lagerrom. Musikkrommet er organisert på samme måte. Stoler settes i en sirkel med passe avstand mellom hver stol. I midten settes et lite bord der sangpermene legges i en bunke. En eggekartong fylt opp med rytmeegg, en tamburin og et par andre perkusjonsinstrumenter plasseres også på bordet eller rundt omkring på stolene. En fordel med å la instrumentet være på en stol, er at da må pasientene ta i instrumentet før de setter seg ned. Det kan gjøre terskelen for å spille på instrumentet litt lavere. Trommene kan fordeles litt innimellom og foran stolene. Da er min erfaring at pasientene plutselig sitter og trommer i vei før jeg har rukket og si noe som helst.*

*Jeg går opp for å invitere pasientene til musikkterapi og går først innom kjøkkenet og møter en smilende kar som leter i skapet etter mer sukker til kaffen. Han er klar for musikk, sier han. Enkelte vil ha like mye sukker som kaffe i kaffen. Da går det fort tomt for sukker. Mens han gjør kaffen sin klar, banker jeg på et par dører for å minne dem på at gruppa begynner snart. I TV-stua sitter en ung jente med et ullpledd surret tett rundt seg, selv om det ikke er spesielt kaldt. Hun sier hun kjenner seg i dårlig form, men at hun skal prøve å komme seg ned til gruppa etter hvert. På kjøkkenet har det kommet ut et par søvnige menn som bare må ha en røyk før de klarer å være med på noe som helst.*



*Vi går ned i første etasje til musikkrommet, som egentlig er et lite lagerrom. På veggen henger det plakater som noen av pasientene har laget på kunst og uttrykksterapi, spesielt designet til musikkrommet. På flere av plakatene står det bandnavn. På en plakat er det en som har tegnet en G-nøkkel. Han har vært veldig nøyaktig og dekorert den med svart, rødt og gull. Vi setter oss ned på stolene og musikkterapigruppen er i gang.*

# DEL 1





# Teoretisk bakteppe

## Musikkterapeut

La oss starte med å presentere musikkterapeuten: En musikkterapeut arbeider med utgangspunkt i pasientens egne ressurser og sterke sider gjennom musikalske uttrykk. Det overordnede målet er å fremme helse og livskvalitet. I Norge vektlegges særlig brukerinvolvering og en likeverdig relasjon i det terapeutiske samarbeidet med pasienten (Stige, 2002; Stige & Aarø, 2012; Trondalen, 2008). Musikk kan gi tilgang til følelser, minner, sosiale opplevelser, motivasjon og mestring. Slike erfaringer tar musikkterapeuten i bruk og bygger videre på i det terapeutiske samarbeidet. Musikkterapeuter arbeider ofte med aktiv musisering, eller bruk av spesielt tilrettelagt musikklytting innenfor en psykoterapeutisk ramme (Kielland, Stige & Trondalen, 2013). I praksisen som blir omtalt i denne boka blir pasienter engasjert i en musikalsk samhandling som blant annet omfatter samspill på ulike instrumenter, sang, improvisasjon, sangskrivning og lytting til musikk.

## Rusbehandling

I 2004 gjennomførte Norge en rusreform som innebærer at spesialisthelsetjenesten<sup>3</sup> overtok ansvaret for all behandling av rusmiddelavhengige. Dette førte til at mennesker med rusavhengighet fikk status som pasienter og pasientrettigheter på lik linje med øvrige pasienter innen spesialisthelsetjenesten. Ruslidelse blir dermed definert som en sykdom (Harsvik, 2007). Rusbehandling er komplisert og sammensatt, noe som har sammenheng med at hvert enkelt menneske med rusproblem er unikt, med sin historie og sine særskilte behov. På tross av dette kan en likevel peke på noen punkt som kjennetegner vellykket rusbehandling. Kronholm (2011) trekker fram at

---

3 Spesialisthelsetjenesten er et samlebegrep for helsetjenestene kommunene ikke har ansvaret for (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006).

det trengs en tverrfaglig innsats som tar hensyn til rusmessige faktorer i pasientens liv og eventuelt psykiatrisk komorbiditet<sup>4</sup>. Somatisk helsestatus, sosiale problemer og det nettverk og den familien pasienten har, må også tas med i helhetsforståelsen av pasienten. Videre skriver Kronholm (ibid.) at en vellykket behandling forutsetter en god terapeutisk allianse, der hver enkelt pasient blir møtt med forståelse, empati og respekt. Behandling kan forstås som et samspill der hjelper, for eksempel en terapeut, og pasient begge er aktive i å bidra inn i et samarbeid på en måte som hjelper pasienten videre i egen endringsprosess. Det er en aktiv handling å skape endring i eget liv (Ulvestad et.al., 2008).

## Gruppeterapi

Mange har lenge hatt et negativt syn på rusbehandling, skriver Bramness (2011). Han mener det er en misforståelse at intervensjonene er nytteløse, og viser blant annet til gruppeterapi som har gitt gode resultat. Bramness uttrykker videre at det bør være et mål innenfor rusfeltet å engasjere mange ulike faggrupper i et tett samarbeid med pasienten. Lossius (2011) er også positiv til gruppeterapi i rusbehandling og mener det er en god arena for å prøve ut og trene på ulike sosiale ferdigheter i trygge omgivelser. I tillegg til dette er gruppeterapi effektivt, virksomt og økonomisk. Sammenlignet med individualterapi gir behandlingsformen pasientene større tilfang til mulige løsninger på de utfordringer de står ovenfor. Problemer eller konflikter har ulike løsninger og innfallsvinkler, noe som kan synliggjøres i grupper. Dette kan hjelpe medlemmene til økt bevissthet til å forstå seg selv og andre. Ifølge Lossius (ibid.) har gruppeterapi som et av sine primære mål å hjelpe medlemmene i gruppa til å forholde seg til seg selv og andre på en ny og mer konstruktiv måte. Ved å delta i et gruppetilbud kan pasientene få en opplevelse av å delta i et likeverdig fellesskap. Det kan være betydningsfullt å oppleve å ha noe grunnleggende felles med andre

---

4 Komorbiditet er forekomst av flere ulike sykdommer eller lidelser samtidig hos samme person (Store norske leksikon, 2013).

mennesker i en gruppe, altså å ha en opplevelse av universalitet. Dette kan fungere som en motgift mot skamfølelse, hevder Kjølstad (2004).

## Musikkterapi på avgiftningsenheten

Pasientene som deltar i musikkterapigruppa har det felles at de har et rusproblem, i tillegg til at mange har tilknytningsvansker (Gråwe, 2004). Samtidig som det kan være godt å se at en ikke er alene om slike utfordringer, vil det være viktig å legge til rette for at pasientene kan oppdage andre sider de kan ha felles med medpasienter, som for eksempel en musikkinteresse. I musikkterapi kan musikk være det som skaper universalitet. Musikken gjøres mer tilgjengelig i en musikkterapigruppe ved å anerkjenne og bevisstgjøre gruppedeltagerne den kunnskapen de allerede *har* om ulike band, artister og sjangre, og at de for eksempel kan spille mange sanger på gitar med kun noen få akkorder. En musikkterapeut kan bidra til at gruppedeltagerne finner fram sine musikalske musikkpreferanser og musikalske uttrykk, noe som igjen kan løftes fram som en viktig del av gruppa som helhet.

På tross av fordelene med gruppeterapi jeg nå har belyst, er det flere pasienter som opplever det vanskelig å delta i en gruppe. Noen begrunner det med at de har gjort seg negative erfaringer med gruppeterapi, og har derfor et anstrengt forhold til å delta i grupper på generell basis. Andre har sosial angst og synes det er vanskelig å bli med i en gruppe av den grunn. En fordel med å ha *musikk*terapigruppe, er at mange trosser angst og negative erfaringer fra tidligere fordi de er interessert i musikk.

For å bedre forstå hva deltagelse i en musikkterapigruppe kan bety for pasientene på avgiftningsenheten, må en vite noe om situasjonen pasientene står i og konteksten der gruppa foregår. Det er vanskelig å si noe om hva musikk betyr, eller hvilken virkning den kan ha, uavhengig av en bestemt situasjon. Ruud (2008) skriver at situasjonen vi innretter oss innenfor vil være med på å prege og gi mening til selve musikkopplevelsen. Å tilby musikkterapi i grupper på et sted der pasientene er over så kort tid, byr på utfordringer, og det innehar også uante muligheter. Det er naturligvis andre mål som gjør seg gjeldene på korttidsbehandling enn i behandling som foregår over

lengre tid. På avgiftningsenheten er det for eksempel tilrettelagt for at pasientene skal få dekket sine mest basale behov. De får mat, husrom og medisiner. I tillegg til dette har avdelingen et ønske om å tilby pasientene noe mer enn «nødhjelp». De ønsker et behandlingstilbud som skal «tilpasses den enkelte pasient med utgangspunkt i behov og ønsker beskrevet i henvisning» (Seksjon IR, 2012). Dette omhandler blant annet motivasjonsarbeid og miljøterapi. Innenfor klare rammer og en trygg struktur ønsker avdelingen å tilrettelegge for situasjoner der læring, mestring og personlig ansvar fremmes. En del av behandlingen er individuelle samtaler og deltakelse i samtalegrupper. På avgiftningsenheten er det et mål å motivere pasientene til endring av livsstil og hjelpe pasientene inn på en retning mot et liv uten rusmisbruk. Avgiftningsenheten er en del av spesialisthelsetjenesten.

### Hva er kort tid?

Gjennomsnittlig lengde på behandling for en pasient som går i psykoterapi er ifølge Berg og Miller (1998) et sted mellom fem og seks timer, noe de karakteriserer som kort tid. Korttidsterapi ble tidligere sett på som et unødvendig alternativ til langtidsbehandling, og det ble fremsatt forskjellige forklaringer på dette (ibid.). Det ble hevdet at problemer som en hadde utviklet gjennom mange år og som bunnet i dype, ubevisste, indre psykiske konflikter, ikke kunne bedres uten tilsvarende langvarig og dyp terapi. På grunnlag av denne hypotesen hevdet teoretikere at behandling som konsentrerte seg om å fjerne symptomene, uten å trenge inn til problemets kilde, i siste instans måtte resultere i at nevrotiske symptomer ville dukke opp igjen. Når behandlingen over kortere tid fikk gode resultater, ble det ikke tillagt gyldighet. Berg og Miller (ibid.) skriver at det var vanlig å avkrefte slike resultat ved å si at pasienten ikke hadde opplevd ekte helbredelse, men snarere en «flukt til helbred».

Poulsen (2000) peker på at terapi i korttidsgrupper har blitt anvendt gjennom en årrekke, og at denne behandlingsformen er blitt mer populær i takt med de stigende krav til utviklingen av effektive og billige behandlingsformer. Innenfor psykoterapi utviklet behandlingen seg mot at det ble *mer* vanlig med korttidsbehandling enn

behandling over lengre tid (Berg & Miller, 1998). Trondalen (2010) skriver at det fremdeles er en utbredt oppfatning at alle virkelige endringer krever en viss tid, og at dybden på endringen sies å være proporsjonal med lengden på terapi. Samtidig trekker hun frem betydningen av korttidsterapi, ikke minst fordi den terapeutiske prosessen synes å komme raskere i gang, siden pasienten kjenner til at tiden som er til rådighet er begrenset. Piper og Joyce (i Poulsen, 2000) har på den annen side tatt for seg undersøkelser av terapi i korttidsgrupper og har gjort funn som tyder på at gruppeterapi over kort tid er en mindre effektiv behandlingsform enn langtidsgruppeterapi, korttidsindividualterapi og individualterapi som går over lengre tid. Berg og Miller (1998) er av en annen oppfatning og skriver at forskning på behandlingsresultater entydig har vist at korttidsbehandling er like effektivt som tradisjonell langtidsterapi.

Noen pasienter trenger lang tid, mens andre hovedsakelig trenger at noen setter i gang en prosess. Korttidsterapi kan sette i gang prosesser i den enkelte som trenger oppfølging. Derfor er det viktig at det som skjer i musikkterapigruppa blir formidlet videre til det tverrfaglige teamet som samarbeider med pasienten. Det er også på bakgrunn av dette at hver musikkterapigruppe på avgiftningsenheten blir betraktet som en avsluttet enhet (se også Pavlicevic, 2003).

Tidsavgrensning i terapi har flere vesentlige funksjoner (Poulsen, 2000). Det bidrar til at pasientene lettere kaster seg ut i den terapeutiske prosess siden de vet de ikke har ubegrenset tid på å bli klar. Trondalen (2010) skriver at tidsavgrensningen kan fungere som en måte å «speede opp» den terapeutiske prosessen, at det kan føre til at det skjer mer på kort tid. Samtidig innebærer den avgrensede tidsperioden en viss form for trygghet, siden den signaliserer at selv om en gir seg hen til den terapeutiske prosess, vil en ikke bli helt oppslukt av den, siden den har et forhåndsbestemt endepunkt. Poulsen (2000) på sin side, viser til at gruppesamhørighet og gruppeidentitet utvikles raskere i korttidsterapi dersom det er en viss homogenitet blant pasientene og de har et felles tema å samles om. Det sier seg selv at en gruppe som er satt sammen på bakgrunn av at de alle har et rusproblem, ikke nødvendigvis er homogen. Men likevel kan det denne pasientgruppa har felles gjøre at gruppeidentiteten etablerer seg raskt.



Mennesker med rusavhengighet har som nevnt ofte et tilknytningsproblem i tillegg til rusproblemet (Gråwe, 2004). Det er gjerne mindre synlig enn rusproblemet. Vanskene med tilknytning kan i noen tilfeller være det som ligger til grunn for rusmisbruket (ibid.). Når en har et slikt problem kan det være vanskelig å forplikte seg til en langvarig terapibehandling. På bakgrunn av dette kan en si at behandling over kort tid kan være det som er mest hensiktsmessig for mennesker med rusproblemer. Trondalen (2010) skriver at klinisk erfaring og forskning viser at korttidsterapi tilbyr mer enn et uferdig substitutt for langtidsterapi. Piper og Joyce viser til en «massiv dokumentation for effekten av denne behandlingsform, når der sammenlignes med ingen behandling» (Poulsen, 2000, s. 15). Det er altså godt dokumentert at gruppeterapi som foregår over et kortere tidsforløp vil ha en effekt. En har en viss tid til disposisjon, og den tiden må brukes til det beste for den enkelte pasient.

## Musikk og rus

Sterke musikalske opplevelser kan utløse signalstoffet dopamin (Salimpoor et.al., 2011). Dopamin er en nevrotransmitter som stimulerer belønningssenteret i hjernen som også blir stimulert når en ruser seg (Fachner, 2010). Dette er viktig kunnskap med hensyn til musikkens relevans innen rusfeltet (Kielland, Stige & Trondalen, 2013). Seligman (2002) skiller mellom nytelse (pleasure) og tilfredsstillelse (gratification). Nytelse er en umiddelbar respons. Tilfredsstillelse handler om noe annet; det er en opplevelse vi kan nå etter å ha vært engasjert i en aktivitet over tid, blitt oppslukt av den, kanskje møtt noen utfordringer, og så oppleve at noe kom ut av det. En skal ikke undervurdere musikkens betydning for nytelse, men musikkens potensial som redskap i rusfeltet er sannsynligvis i minst like stor grad knyttet til nyvunne muligheter for å oppnå tilfredsstillelse. Dette gjelder for de pasientene som velger å ha musikk som et livsprosjekt der de kan sette seg mål, oppleve å nå målene de setter seg, lære noe, spille sammen med andre og utfolde seg kreativt (Kielland, Stige & Trondalen, 2013).

*Det kommer stadig pasienter som har sterke opplevelser med å ruse seg og lytte til musikk. På lunsjen etter gruppa satt vi og pratet om musikk. Da sa han ene: «Jeg vet vi ikke skal snakke rusprat her. Men jeg må bare fortelle...» Han skildret en opplevelse han hadde med en bestemt sang han lyttet til etter å ha inntatt rusmiddel. En medpasient skjønte veldig godt hva han pratet om. Jeg kunne se på blikket og kroppen til medpasienten at dette var noe han selv også hadde erfart. Det så for meg ut som om medpasienten gjenkjente følelsen og ristet (han ristet fysisk på kroppen) av seg følelsen.*

Den engelske kunstforsker og musikkterapeut David Aldridge (2010) trekker en parallell mellom rus og musikk ved å skrive at begge deler tilbyr noe direkte og umiddelbart. Musikk kan være umiddelbar i den forstand at musikk når inn til mennesket på ulike nivåer. Den er ikke avhengig av kunnskap om musikken eller artisten, som sådan. Kjenner du et behov for å lytte til en bestemt sang, så kan dette behovet bli tilfredsstilt ved at du for eksempel trykker play på MP3-spilleren som er med overalt. Horesh (2006) jobber med rusavhengige i Israel og forteller at musikk kan fylle det emosjonelle vakuemet rusavhengige kan føle uten rus. Hennes klienter forteller også om at de anvender musikk for å unngå å kjenne på emosjonelle konflikter. Det kan tenkes at det i noen tilfeller kan være en virkelighetsflukt som fører til at en unngår å ta tak i problemer, og at musikken slik har en uheldig påvirkning. Musikk kan ifølge forfatteren ha en triggende effekt ved at den fungerer som en kognitiv «cue» som framkaller rusopplevelser.

Dersom en bruker rusmidler, kan tidsopplevelsen bli påvirket. En mister i noen tilfeller opplevelsen av timing, sammenheng og kontakt med andre (Aldridge, 2010). Dette kan føre til at en blir isolert fra verden og det sosiale liv. Deltagelse i musikkterapi kan være en måte å hindre at en stagnerer i isolasjon fra omverdenen, da musikk er et medium basert på framføring i tid. Når en deltar i musikalsk samspill må en være til stede her-og-nå, og en må følge den samme tiden og timingen som de en spiller sammen med.

## Musikkterapi i psykisk helsevern

Metodisk bruk av musikk og musikkterapi har de siste årene blitt nevnt og anbefalt i flere offentlige styringsdokumenter knyttet til rus og psykisk helse (Kielland, Stige & Trondalen, 2013). I Norge har det foreløpig vært lite systematisk arbeid med musikkterapi innenfor rusfeltet, men erfaringer fra tilliggende felt, som for eksempel kriminalomsorgen (Gotaas, 2006; Nilsen, 2007; Tuastad & Finsås, 2008), barnevern (Trolldalen 1997; Krüger, 2012) og psykisk helsevern (Rolvjord, 2010) har likevel bidratt med en god del kunnskap som peker i retning av at det er ønskelig å prøve ut og evaluere bruk av musikkterapi innen rus; både under forebygging, behandling og utredning.

Musikkterapi har blitt brukt innen psykisk helsevern i flere tiår. De siste årene har effekten av musikkterapi blitt dokumentert i økende grad, og særlig for mennesker med schizofreni eller depresjon (Gold, 2013). En oversikt av åtte randomiserte kontrollerte studier (RCT) på schizofreni (Mössler, Chen, Heldal & Gold, 2011) viser at musikkterapi sammenlignet med vanlig behandling reduserer symptombelastning og øker funksjonsnivå. For mennesker med depresjon viser en annen oversikt basert på fem RCTer (Maratos, Gold, Wang & Crawford, 2008) og en nyere RCT (Erkkilä et al., 2011) lignende effekter. Den sistnevnte studien viser særlig at det er viktig å jobbe med musikalsk improvisasjon. Gold (2013) skriver at dette innebærer en fleksibel tilnærming der terapeut og pasient uttrykker seg spontant og diskuterer innholdet i en samtale knyttet til musikken. En fleksibel og ressursorientert tilnærming har vist gode effekter på tvers av diagnoser (Gold et al., 2013).

Helsedirektoratet anbefaler musikkterapi i de nasjonale retningslinjene for psyko-sefeltet (2013). Musikkterapi er gitt høyeste gradering (A) og kunnskapsgrunnlaget for behandlingen er vurdert til høyeste evidensnivå (1a). I retningslinjene står det følgende:

Musikkterapi fremmer tilfriskning, og behandlingen bør starte i en så tidlig fase som mulig med henblikk på å redusere negative symptomer.

Behandlingen må utføres av terapeuter med godkjent utdanning innen musikkterapi (2013, s. 70).

Pasientene som deltar i musikkterapi erfarer å være musikalsk aktive, oppleve mestring, positive følelser og får mulighet for å utforske og uttrykke negative følelser (Rolvsjord, 2010). Pasientene får anledning til å forhandle om problemer og ressurser, samt erfaring med gjensidig myndiggjøring og styrking (empowerment). Empowerment er mer enn å utvikle ferdigheter som gjør oss i stand til deltagelse; det 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 (ibid.). Samlet sett er det god dokumentasjon på musikkterapiens effekter innenfor psykisk helsevern, og det finnes også studier spesielt på mennesker med rusproblematikk (for eksempel Alborno, 2011).

Musikkterapi er et tilbud pasientene ofte er motiverte for å ta del i (Gallagher & Steele, 2002; Sohensky, 2001; Overå, 2012). Den amerikanske psykiateren Stephen Ross og kolleger (2008) har publisert en undersøkelse med slående observasjoner knyttet til nettopp pasientenes motivasjon. Når disse observasjonene ble undersøkt mer systematisk, viste det seg at ulike forskjeller mellom pasientene før de deltok i musikkterapi ikke var korrelert med pasientenes deltakelse i, og verdsettelse av musikkterapitilbudet. De fleste deltagerne møtte opp til musikkterapitimene og uttrykte at de verdsatte tilbudet. Motivasjonen var uavhengig av grad av symptombelastning før musikkterapi, og også uavhengig av faktorer som hvor mye utdanning de hadde, om de hadde jobb eller bosted, om de hadde kriminell bakgrunn, eller om de hadde nyttiggjort seg av eksisterende behandlingstilbud ved sykehuset eller ikke. Ross og kolleger (2008) argumenterer for at dette viser at musikkterapi ikke bare er for de spesielt interesserte, men at det er en behandlingsform som appellerer til svært mange pasienter. Dette var en relativt liten undersøkelse, men den viser tydelig at musikkterapi ser ut til å spille en viktig rolle med tanke på behandlingsmotivasjon (Kielland, Stige & Trondalen, 2013).

Tanken om at musikkterapiens motiverende funksjon er viktig, finner vi også i internasjonal musikkterapiforskning fra 1970-tallet og fram til i dag. Brooks (1973)

skriver om hvordan musikkterapiaktiviteter i gruppe kan motivere sosialt isolerte pasienter til å delta og engasjere seg mer i en sosial situasjon. Det har også blitt gjort en undersøkelse av musikkterapi i kombinasjon med kognitiv atferdsterapi som viser at motivasjonen for å delta i musikkterapitilbudet jevnt over var svært høy (Dingle, Gleadhill & Baker, 2008). Her konkluderes det med at musikkterapi integrert i et tverrfaglig team vil kunne bidra positivt i motivasjonsarbeidet for ulike gruppeterapitilbud:

En reflektert forståelse av musikkterapiens mulige plass i rusfeltet, fordrer likevel at en ikke bare ser på musikk som et virkemiddel for å realisere de mål terapeuter og institusjoner setter seg, men at en tar inn over seg musikkens rolle og betydning sett fra et brukerperspektiv (Kielland, Trondalen & Stige, 2013, s.47).

I sitatet ovenfor fremheves viktigheten av å ikke glemme brukerperspektivet og at musikken i seg selv er verdifull for den enkelte pasient. Den er ikke bare et middel for å oppnå noe annet. I et behandlingssystem som har som mål å gjennomføre behandling mest mulig effektivt, kan en bli for fokusert på tall og resultater og glemme å lytte til pasientens stemme. Musikkterapi er noe mange er motivert for å være med på. Når en pasient deltar i noe fordi hun selv ønsker det, kan det være et godt utgangspunkt for å få kontakt og gå inn i en relasjon.

## Hele mennesket

Ruspasienter er ikke en ensartet gruppe og det er stor spredning fra de best til de dårligst fungerende pasientene. Behandlingsapparatet bør derfor kunne tilby ruspasienter et multimodalt og flerfaglig behandlingstilbud (Solli, 2009; Lossius, 2011; Johnsen & Nygaard, 1995), som for eksempel musikkterapi. Innenfor musikkterapi er en opptatt av menneskets iboende ressurser, og det er det velfungerende og friske i menneskene en søker, med musikken som middel, innhold og ramme (Trondalen, 2004). En søker å «styrke sterke sider og stimulere ressurser» hos brukeren (Rolvsjord,

2008, s. 125). Det er viktig at musikkterapeuten involverer seg i sammenhengen pasienten står i. En del av det å involvere seg er å kjenne til diagnoser og den biomedisinske tankegangen, dersom gruppa foregår på et sted der dette er sentralt, som for eksempel sykehus. Slik jeg ser det, er det hensiktsmessig å samarbeide med de andre som også ønsker det beste for den enkelte pasient. Tverrfaglighet er viktig for å kunne møte og hjelpe hele mennesket.

Et menneske er mer enn summen av delene. Støre (2013) skriver i et innlegg til Norsk Psykologforening at helsepersonell møter syke mennesker, ikke syke organer. Videre skriver han at det er viktig at pasienten blir sett som et helt menneske når han eller hun er syk. Når helheten blir jobbet med, innebærer det også å stimulere menneskets ressurser, noe som igjen kan ha en gunstig virkning på det som *ikke* fungerer som det skal.

I opptrappingsplanen for rusfeltet (2008-2010/2012) står det hva som er viktig i den enkeltes rehabiliteringsprosess:

Meningsfulle aktiviteter, mestring og livskvalitet er grunnleggende i den enkeltes rehabiliteringsprosess. Personer med rusmiddelavhengighet skal gis mulighet til sosial inkludering og deltakelse i sitt nærmiljø ut fra den enkeltes behov og mål. (...) Kultur og fritidstiltak, for eksempel bruk av teater og musikk, kan være viktig for mange» (Regjeringen, 2011, s.43).

Det kan oppleves meningsfullt å engasjere seg i musikk. Gjennom for eksempel å spille i band eller synge i kor, kan en knytte relasjoner til andre. Musikkterapi kan legge til rette for meningsfulle aktiviteter og mestring, noe som kan bidra til økt livskvalitet (Ruud, 2008). Med livskvalitet menes et godt følelsesliv, gode mestringsopplevelser, sosiale kontakter og relasjoner til andre og opplevelser av mening og livssammenheng i tilværelsen. Det er ikke bare et pluss om pasientene får delta i meningsfulle aktiviteter og kjenne mestring: I opptrappingsplanen for rusfeltet er dette beskrevet som grunnleggende i den enkeltes rehabiliteringsprosess.

Rusmisbruk er en stor utfordring å gjøre noe med, både for enkeltmennesket med rusproblemer og for samfunnet rundt. Siden rusproblemene er så sammensatte, kan det være utfordrende å finne løsninger på hvordan en kan hjelpe det enkelte mennesket med rusavhengighet. Sitatet under er fra en rapport utgitt av helsedirektoratet som tar for seg hvordan en kan bedre kvalitet og kompetanse i arbeid med mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer:

Spesialisert kompetanse er viktig for utredning og behandling i helsetjenester for psykiske lidelser og rus. Det er dette mange fagfolk først og fremst vil tenke på som kompetanse, fordi det er denne kompetansen som er mest spesifikk og spesialisert. Dette kan være kompetanse i ulike typer individuell psykoterapi eller gruppeterapi, familiearbeid, nettverksmøter, psyko-farmaka, psykoedukasjon, motiverende intervju, relasjonsbygging, spesialisert støtte i arbeidssituasjon eller boligsituasjon, sosial trening, fysioterapi, musikkterapi og en rekke andre former for behandling (Helsedirektoratet, 2011, s. 15).

Gruppeterapi og musikkterapi er to behandlingsformer rapporten eksemplifiserer som spesialisert kompetanse. Denne kompetansen blir beskrevet som viktig med tanke på utredning og behandling av mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer. I den samme rapporten påpekes også at en må kunne se og forholde seg til at pasienten har et liv som inneholder mye mer enn sykdommen. Dette gjelder både på det aktuelle tidspunktet og sett over tid.

## Emosjonsregulering

Baker et. al. (2007) har undersøkt hvordan mennesker med rusavhengighet opplevde emosjoner som ikke var rusrelaterte gjennom bruk av musikk på en musikkterapigruppe. Informantene fortalte at musikkterapi førte til at de kunne oppleve ulike emosjoner uten bruk av rusmidler. Forfatterne anbefaler at klinikere inkluderer

intervensjoner som oppmuntrer utforsking også av *negative* emosjoner slik at pasientene kan oppleve slike emosjoner i en trygg situasjon. Dersom en pasient sier at hun ønsker å lytte til en sang som hun knytter negative emosjoner til i gruppa, er det viktig å gjøre nettopp dette (ibid.).

I musikkterapigruppa lyttet vi til musikk som betydde noe for pasientene og samtalte om den. Slik kunne pasientene utvikle et mer reflektert forhold til hvordan de selv brukte musikk og høre hvilket forhold medpasienter hadde til musikk. Noen ganger kom pasientene med ønske om å lytte til sanger med et tekstlig innhold som beskrev en livsstil eller en tankegang som jeg undret meg over, og som slik jeg så det, kunne påvirke sinnsstemningen i negativ retning. Samtidig viser mine erfaringer at pasientene kjente seg møtt og forstått i disse skildringene som sangene gir. Opplevelsene pasientene fikk i musikkterapigruppa kunne inspirere dem til å utforske musikken, og hvordan vi påvirkes av den, videre på egenhånd.

## Her-og-nå

Et av målene for musikkterapigruppa var å skape et her-og-nå fokus. Et argument for å ha et slikt fokus, er at menneskelige problemer for det meste har med relasjoner å gjøre, og at et individs relasjonsmessige problemer i siste instans vil manifestere seg i det terapeutiske møtets her-og-nå (Yalom, 2003). Korte møter kan gjøre en stor forskjell. Møter mellom mennesker kan sitte i kroppen og i hukommelsen lenge etter det reelle møtet fant sted. I nå-øyeblikk kan det bli opprettet en spesiell menneskelig kontakt, hevder Stern (2007). Med møter mellom mennesker mener jeg stunder eller øyeblikk der en kjenner at en ikke er alene i denne verden, men at en er en del av et fellesskap, en del av en annens verden. Ofte kan bare det å sette i gang en prosess være fruktbart, og så kan pasienten jobbe videre med prosessen på egenhånd eller sammen med andre i hjelpeapparatet. Stern skildrer nå-øyeblikket på følgende måte:

Nå-øyeblikket blir aldri helt overskygget av fortiden eller helt visket ut av fremtiden. Det beholder sin egen form samtidig som det blir påvirket av det



som skjedde før og det som kommer etter. Det bestemmer også formen på den fortiden som trekkes inn i nåtiden og konturene av den tenkte fremtiden. Denne dialogen mellom fortid, nåtid og fremtid dukker nesten kontinuerlig opp fra øyeblikk til øyeblikk i kunsten, livet og psykoterapien (Stern, 2007, s.56).

Nå-øyeblikket er altså ikke bare en avgrenset, lukket og upåvirkelig periode. Det som allerede har skjedd, og det en tenker om fremtiden, virker inn på opplevelsen av det som skjer her-og-nå. Hvordan du ser på situasjonen nå, kan også endre opplevelsen av det som har skjedd tidligere. Når en hendelse betraktes mens den skjer og enda ikke er avsluttet, er verken begynnelsestilstand eller slutttilstand så tydelige. Vi beveger oss fra en undersøkelse av intensjoner, midler og måltilstander til en undersøkelse av skapelsesprosesser, utvikling og tilblivelse (Stern, 2010). Fremtiden får en større betydning enn fortiden, men det betyr imidlertid ikke at det som blir formidlet om fortiden i nåtid anses som uvesentlig. Denne informasjonen blir i stedet sett på som en gjenspeiling av pasientens nåværende tilværelse. Behandlingen innrettes på å hjelpe pasientene å tilpasse seg nået og fremtiden (ibid.; Berg & Miller, 2008). Innenfor de fleste former for psykoterapi er det en tankegang om at terapeutisk arbeid som foregår her-og-nå har størst evne til å skape forandring.

Det er ikke slik at grad av endring står i et proporsjonalt forhold til tid. En pasient trenger ikke mange timer med musikkterapi for å oppleve noen viktige øyeblikk, eller signifikante øyeblikk, som Trondalen (2004) kaller det. Opplever du å være fullt og helt til stede i et øyeblikk, tenker du ikke over om tiden er av kort eller lang varighet. Når en pasient står i slike nå-øyeblikk og terapeuten ikke tilstreber en umiddelbar nedkjøling av sterke følelser, mener Kjølstad (2004) at iboende helende krefter blir stimulert ved at pasienten får være akkurat så involverte og engasjerte som de faktisk er.

I en forhåndsbestemt, tidsavgrenset terapi blir relasjonen i her-og-nå i forgrunnen (Trondalen, 2010). Denne tidsavgrensningen trenger ikke å skape begrensninger, men kan derimot påvirke terapeuten og pasienten til å beholde et klart fokus på pasientens hovedutfordringer, slik at en kan understøtte en rekke mulige løsninger.

## Handling og deltagelse i musikalsk samspill

Det finnes ingen entydig definisjon på musikk. Innenfor ulike miljø og kulturer varierer det hvilken rolle musikken har og hva en tenker musikk er. Musikalsk mening kan sies å være noe som konstrueres av personen i møte med musikken. Meningsopplevelsen blir også påvirket av hvordan musikken blir fremført. Ifølge Christopher Small (1998) er musikk avhengig av en situasjon. Small gjør musikk til et verb ved å bruke ordet «musicing». Slik blir musikk noe aktivt, noe du gjør. Denne tankegangen ser musikk som en sosial og situert aktivitet, og setter søkelys på hvordan mening konstrueres i relasjonen som oppstår i den musikalske konteksten. Musikkopplevelsen blir da et relasjonelt fenomen. Mening oppstår i et fortolkende forhold mellom «meg og musikk» hvor det fortolkende «jeg» alltid står innenfor en bestemt kulturell posisjon eller horisont (Ruud, 2003). En slik kontekstuell forståelse av musikk åpner for mange former for musikalsk praksis. Den sier også noe om at vi ikke kan forutsi den mening mennesker vil trekke ut av musikken i ulike situasjoner (Ruud, 2008).

James Gibsons økologiske modell viser forskjellen mellom mulighetene et objekt tilbyr et subjekt (affordance) og virkeliggjørelsen (appropriation). Med virkeliggjørelse menes hvordan subjektet tar imot det objektet tilbyr. Hvordan subjektet tar det til seg har sammenheng med erfaring, fantasi og kontekst (Bonde, 2009). En av de første til å innføre Gibsons begrep i musikkforskningen var musikk sosiolog Tia DeNora (2000). DeNora benytter begrepene «musical affordance» og «musical appropriation» for å forklare hvordan musikk får mening for mennesker. Musikken har kvaliteter ved seg som rommer muligheter, men mulighetene kommer først 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». Måten vi bruker musikk på, kaller hun for «appropriation». Rolvsjord (2010) skriver at vi med et slikt perspektiv ser at musikken bare kan få betydning og bli til en helseressurs, når den tas i bruk. Meningen avgjøres utfra hvordan, og på hvilke måter, musikken brukes.

Trondalen (2004) skiller mellom handling og behandling. Det er forskjell på å legge til rette for situasjoner som setter i gang deltagelse hos pasientene, og det at pasientene passivt mottar noe som blir gitt dem, for eksempel med hensyn til diagnosen de måtte ha. Rusproblemer er ikke noe en passivt overlater til profesjonelle helsearbeidere. Terapeutens rolle er å stimulere pasienten til å bli bevisst egne ressurser og samtidig bli en «medhjelper» i sitt eget endringsprosjekt (Lossius, 2011, s.33). I en musikkterapi-gruppe går gruppedeltagerne fra å være pasienter til å bli produsenter, de kan være skapende og kreative. Musikalsk samspill tilbyr en arena for utforskning og utvikling av nye samspillmønstre (Trondalen, 2004). Når en deltar i musikalsk samspill kan en erfare det å kunne regulere og kontrollere indre og ytre spenning. Sissel Holten (2008, s. 265) skriver at «å oppleve et samspill er det samme som å være emosjonelt tilstede sammen med en annen». En blir rytmisk tilpasset til de en spiller sammen med, noe som også kan skje i en enkelt sesjon (Tråsdahl, 2011).

Rusavhengige kan i perioder leve isolert (Aldridge, 2010), som tidligere nevnt. Gjennom deltagelse i en musikkterapi-gruppe kan rusavhengige gjenopprette kontakten med omverdenen. Fachner (2010) skriver at musikkterapi-grupper i rusbehandling kan hjelpe individ til å erfare gruppefellesskap og personlig identitet uten en emosjonell forsterkning skapt av rusmidler, som resulterer i former av midlertidige eller varende emosjonelle forstyrrelser og hjernesykdommer. Musikkterapi kan bli brukt som et forsterkende eller komplementerende tilbud i behandling. Deltagelse i en musikkterapi-gruppe kan vise pasientene hvordan de kan opptre her-og-nå, hjelpe dem til å kjenne etter i kroppen på en annen måte enn når de er påvirket av rusmidler, og tilby dem kreative alternativ til en rigid avhengighet, skriver Fachner (ibid.).

Når en framfører musikk er det som å framføre seg selv, skriver Aldridge (2010). Selvet har en identitet som framføres hver dag. Våre minner er også en del av den framføringen. Vi gjenoppretter sammenhengen i livene våre og vår selvfølelse gjennom måten vi framfører våre liv på her-og-nå sammen med andre (ibid.). En sammenhengende og meningsbærende menneskelig identitetsopplevelse kan neppe utvikles eller

bestå uten at vi lever i et kontinuerlig samspill med andre mennesker. Vi blir ikke mennesker uten andre mennesker. Bildene av hvem vi er og hvem vi blir, bygges opp i samhandling hvor ingen av partene ensidig påvirker eller blir påvirket (Kjølstad, 2004). Gjennom musikken dannes sosiale, relasjonelle og kulturelle koder som gir utgangspunkt for verdiforhandling og utveksling av mening. Dette kan igjen danne grunnlag for individuell og sosial forandring (Stige, 2006).

### Triggende eller tryggende - Kan musikk være farlig?

Det er viktig å vite noe om forholdet pasientene har til musikk. Ved å lytte til bestemte sanger kan pasientene bli minnet på tidligere opplevelser eller hendelser, og lysten til å ruse seg kan bli trigget dersom pasienten i nåtid hører en sang hun lyttet til mens hun ruset seg. En konsekvens av denne kunnskapen om at musikk kan virke triggende, kan være at det opprettes forbud mot musikk eller bestemte musikksjangre mens pasientene er under avgiftning. Slik jeg ser det, er slike forbud lite hensiktsmessige.

Musikkterapeuter som har jobbet med mennesker med ruslidelser og/eller dobbeldiagnoser<sup>5</sup> har skrevet mye om forholdet pasientene har til musikk, og flere undersøker om det er sammenheng mellom rusavhengighet og musikken de lytter til (McFerran til the Melbourne Newsroom, 2011; Doak, 2004; Horesh, 2006). I gruppene på avgiftningsenheten har ikke det usunne forholdet enkelte musikkterapeuter (Horesh, 2006; Abdollahnejad, 2006) mener rusavhengige kan ha til musikk, vært et sentralt tema. Likevel er det enkelte pasienter som har nevnt det, slik det kommer frem i del to av denne boka. Flere av pasientene som har deltatt i musikkterapigruppa, har et sammensatt forhold til musikk. Det kan imidlertid også mennesker uten rusproblemer ha. Minnene som ble fremkalt hos pasientene da de deltok på musikkterapigruppa var i hovedsak ikke rusrelatert. De har delt minner knyttet til sine foreldre, til da de var barn og minner fra store konsertopplevelser. Det kan være de var ruset under «den

---

5 En dobbeldiagnose betyr samtidig rusproblem og annen psykisk lidelse.

store konsertopplevelsen», men i gruppa har ikke jeg problematisert dette. Musikk er mer tilgjengelig nå enn noen gang, og noe vi alle må forholde oss til. Framfor å frykte musikkens potensielle negative virkninger, kan vi heller gå i dialog med den enkelte pasient og bli kjent med hva musikk betyr for han eller henne.

Katrina McFerran (The Melbourne Newsroom, 2011) har gjort en studie om ungdommers lyttevener, som skapte diskusjon da den kom. Hennes funn viste at ungdom med risiko for å få depresjon oftere kunne få et vanedannende og repetitivt forhold til musikk, og mange av dem lyttet til sjangeren heavy metal. McFerran skriver i sin studie at ungdommene kunne bli «fastlåst» i negative mønster, der musikken kunne gjøre vondt verre. Informantene fortalte at de følte seg *verre* etter å ha lyttet til musikk. McFerran (Metalinsider, 2011) stiller spørsmål ved om de følte seg verre fordi de fikk kontakt med kompliserte minner eller følelser, for så å føle seg bedre etter å ha fått bearbeidet disse. Hvis så var tilfelle; hvorfor krysset de av på at de følte seg verre en uke senere da de reflekterte over opplevelsen, spør McFerran (Metalinsider, 2011) i et innlegg på nettstedet «Metalinsider».

Dette skapte stor furore og oppslag på ulike nettsteder med overskrifter som «Study Says Metal Causes Depression In Teens» (Metalinjection, 2011). McFerran påpeker imidlertid at det ikke er musikksjangeren som er destruktiv, men at studien hennes viste at metal var en sjanger disse ungdommene ofte lyttet til og at *lyttemanene* deres virket destruktivt. Utsagnet om at det var musikken som forårsaket psykiske lidelser blir derfor ikke riktig. Det blir en forenkling å konkludere med at heavy metal har en negativ påvirkning på ungdom. Ungdommens problem trenger ikke ha noen sammenheng med musikken de lytter til, årsaksforholdet kan også være omvendt.

I lys av denne debatten finner jeg det interessant å trekke inn den israelske musikkterapeuten Tsvia Horesh (2006) sine funn omkring rus og musikk. Hun skriver at musikk kan misbrukes på samme måte som rus, og at det hun kaller «misbruk av musikk» kan lede en inn i brutale sirkler med avhengighet og selvdestruktivitet. Samtidig som Horesh kan kalle musikk «farlig» (2006, s. 125), mener hun at musikken også har «helende potensial» (2006, s.139). Hun ønsker å hjelpe pasientene til å få kontroll på deres musikalske opplevelse, heller enn å *bli* kontrollert av den. Horesh

(2007) tror at ved å nå en dypere forståelse av forholdet mennesker med rusproblemer har til musikken, kan musikkterapeuten hjelpe dem med å oppdage mer av deres indre selv manifestert i deres musikk. Ved å rehabilitere deres musikklyttingsvaner, kan de begynne å inkorporere musikken i deres liv som en kilde til «glede og rikdom» (ibid., s. 332). Horesh skriver at hun på pasientenes initiativ hjalp dem med å finne ny musikk de kunne lytte til som de ikke forbandt med rus.

Det kan være koblinger mellom visse musikkulturer og ulike rusmiljø. Noen mennesker integrerer utvalgt musikk i sine misbruksritualer. Horesh (2010) er en av dem som har vært opptatt av dette problemkomplekset. Hun beskriver hvordan mange rehabiliteringssentre reagerer med å sensurere visse former for musikk eller musikkbruk. Hennes erfaring peker i retning av at en da undervurderer den betydningen musikk kan ha for den enkeltes identitet. Horesh mener at de som ikke har fått hjelp til å arbeide med sin musikalske identitet under sitt rehabiliteringsopphold, lettere vender tilbake til etablert musikkbruk med tilhørende rusmisbruk. På bakgrunn av dette kan en si at det er viktig å integrere arbeid med musikk og identitet i selve rehabiliteringsoppholdet.

Den amerikanske musikkterapeuten Bridget A. Doak (2004) har undersøkt forholdet mellom musikkpreferanser, ruspreferanser og diagnose hos en gruppe ungdommer. Hun har blant annet sett på om det er noen sammenheng mellom forklaringer ungdommene gir for hvorfor de ruser seg og hvorfor de anvender musikk. Hun fant at det var en signifikant sammenheng mellom diagnose og ruspreferanse og musikkpreferanse. Dette støtter ideen om at ungdommer muligens bruker musikk og rus av de samme grunnene. Hun skriver at mange av ungdommene lyttet til musikk for å slappe av og redusere stressnivået, og at bruken av rus og musikklytting var et forsøk på å hjelpe seg selv. Det er imidlertid uklart om musikken er en del av en sunn prosess med selvregulering eller om musikk er en del av en usunn syklus. Doak (ibid.) skriver at ungdommens bruk av musikk er kompleks, noe jeg gjenkjenner fra egen praksis.

Det blir feil å likestille musikk og rus. Musikk er en naturlig, og etter min oppfatning også en sunn, del av livene til mange av pasientene jeg har møtt i gruppene på Seksjon IR. Det er viktig at en musikkterapeut på en avgiftningsenhet legger til rette

for at pasientene kan bli kjent med noe av det musikk kan tilby dem. Vi tar utgangspunkt i musikken de liker og er opptatt av, utforsker hvordan de selv sier de anvender musikk i egen hverdag, og snakker om hvilken ressurs musikken kanskje allerede *er* i livene deres, framfor å gjøre forholdet de har til musikk til noe problematisk som må rehabiliteres, på samme måte som rusavhengigheten. Det er ikke nødvendigvis slik at en trenger å ha destruktive musikklytteevaner selv om en har et rusproblem.

Horesh (2006) skriver at hun, på pasientenes initiativ, hjalp dem til å finne ny musikk de kunne lytte til som de ikke forbandt med rus. Denne tilnærmingen til ruspasientenes musikk kan være hensiktsmessig. Samtidig må en som musikkterapeut ha kjennskap til den nære sammenhengen mellom musikk og identitet (Ruud, 2003). Dersom en skal gå gjennom en annens musikksmak, plukke den fra hverandre og legge tilbake det som en musikkterapeut ser på som «kilde til rikdom», som Horesh (2006) skriver, mener jeg det kan være skadelig for selvfølelsen til den enkelte. En skal trå varsomt når en jobber med mennesker og deres musikkpreferanser. Men når det kommer et initiativ fra pasientene, slik Horesh hevder at det gjorde, mener jeg det er noe annet enn dersom en musikkterapeut har «rehabilitering av lytteevaner» som et av punktene som skal gjennomgås på dagens gruppe. Musikkterapi må ikke bli et nytt fag som objektiverer menneskers musikksmak og musikkopplevelser ved å foreskrive en bestemt musikalsk kultur, og på den måten kolonialisere pasientens musikalske livsverden (Ruud, 2008, s. 16).

I en musikkterapi gruppe kan pasientene bevisstgjøres det de kan om musikk, og sammen med pasienten kan en utforske hva musikk betyr og hva musikk eventuelt kan bety i framtiden. Som musikkterapeut må en møte pasientene med en nysgjerrighet og en så åpen holdning som mulig, samtidig som en må være bevisst hvilket sammensatt forhold alle mennesker, uavhengig av ruslidelse, psykisk lidelse eller ingen lidelse, kan ha til musikk. Musikken kan ofte ha spilt en viktig rolle i ulike faser i et menneskes liv. Livet er sammensatt, og det er også musikken som har fulgt en gjennom det sammensatte livet. Derfor ser jeg det lite hensiktsmessig å forsøke å lage et system over hvilken musikk som kan være farlig for mennesker med rusproblemer, slik Horesh har gjort på bakgrunn av innspill fra sine klienter. Dette vet den enkelte best selv.

## Fra isolasjon til relasjon

Jeg ser på identitet som noe som skapes i samspill med andre (Jf. Skaalvik & Skaalvik, 1996; Vygostkij, 2004; Kjølstad, 2004). Blant annet derfor mener jeg det er viktig at musikkterapeuttilbudet på avgiftningsenheten var et *gruppetilbud*; det kunne påvirke pasientene til å gå fra isolasjon til relasjon (Jf. Trondalen, 2008). Ruud (2008) skriver at vi ikke skal overse de sosiale effekter bruken av musikk har når det gjelder å få mennesker til å delta i samspill, knytte sosiale kontakter og inngå i nettverk. Musikkterapigruppa tilbød pasientene en mulighet for å komme ut fra rommet de hadde på sykehuset, i konkret og billedlig forstand, og inn i relasjon, handling og deltagelse. Ulvestad (2008) skiller mellom russtemmen og pasientens *egentlige* stemme. Den psykologiske avhengigheten pasienten kjenner, kan beskrives som en russtemme som forholder seg til verden med den intensjon å skjule og opprettholde rusing. Personens egen stemme er knyttet opp mot identitet og selvoppfatning (ibid.). Det er viktig at en terapeut kan skille disse to stemmene fra hverandre og videre hjelper pasienten til å la deres egentlige stemme få mer plass. På musikkterapigruppa fikk pasientene anledning til å tydeliggjøre hvem de var ved å stå fram med sitt eget uttrykk i det musikalske samspillet i gruppa.

I musikkterapigruppa bestod den musikalske relasjonen av en improvisatorisk tilnærming til gruppedeltagerne og til musikken. Pasientene ble møtt i det de var opptatt av der og da, og relasjonen ble til ut fra det, med musikken som ramme og agent (Trondalen, 2010). En musikalsk relasjon er noe mer enn å sitte i samme rom og spille den samme sangen. Relasjonen som dannes skaper utvikling og fremdrift, både musikalsk og intra/inter-personlig. Musikken og den terapeutiske relasjonen kan skape endring som ikke er begrenset til kun å gjelde i øyeblikket, men det kan gi ringvirkninger i hele pasientens liv (Tråsdahl, 2011). Berg og Miller (1998) er av en lignende oppfatning og sier at terapi noen ganger bare handler om å velte den første dominobrikken (ibid., s.34). En liten forandring på ett område kan i neste omgang resultere i gjennomgripende forandringer på mange andre områder. Terapeuten tilbyr pasienten en musikalsk relasjon, og dersom pasienten velger å utforske samspillet



sammen med terapeuten, mener Trondalen (2008) at det kan sette i gang en prosess hos vedkommende som kan vare utover den ene eller de få sesjonene en har sammen.

Jeg har lett etter ord eller metaforer som kan beskrive det som skjedde i musikkterapigruppa. Gruppene opplevdes noen ganger som en feiring og det var ofte mye energi og glede i omløp. I et spleiselag tar en med det man har der og da og gjør det beste ut av det, en tankegang jeg gjenkjenner fra min praksis. Musikkterapigruppa kan beskrives som et spleiselag. Dit kom alle som de var, med det de hadde av musikalske evner og tanker om musikk. Vi visste aldri hvordan gruppa ble, fordi vi ikke visste hvem som kom og hva de hadde med seg. Hver enkelt valgte hva han ville dele med gruppa, og hva han ønsket å ta imot. Jeg gikk i dialog med pasientene og tilbød dem en musikalsk relasjon, som kan kalles *affordance* (DeNora, 2000). Gjestene valgte selv hva de gjorde med tilbudet, om det skjedde en *appropriation* (ibid.). Musikken i spleiselaget muliggjorde meningskonstruksjon, og det ble avgjort hvordan mulighetene for mening skulle utnyttes (Bonde, 2009). Vi spilte med de instrumenter og de stemmene vi hadde. Det var bevegelse og handling, med andre ord; musicking. I dette spleiselaget kunne alt skje. Det var som et mulighetens rom på sykehuset. Gjestene kunne lytte til musikk eller spille selv og bli inspirert til nye måter å leve livet på. Musikken skapte vi der og da, og den ble til i samspill med konteksten.

Gjensidig anerkjennelse skaper deltagelse, deltagelse krever gjensidig anerkjennelse (Stige, 2006). Det er det som skjer av meningsutveksling mellom deltagerne som er viktig (Ruud, 1998). Det er moro å holde på med musikk. Det er meningsfullt i seg selv. Relasjonene og opplevelsene som ble til på musikkterapigruppa kunne få ringvirkninger til andre som skulle samarbeide og jobbe med pasientene

I musikkterapigruppa har flere uttrykt overraskelse over det de selv har gjort. Etter en improvisasjon eller en annen form for samspill var over har pasienter noen ganger begynt å le over eget engasjement. Mange sa at de ikke kunne synge eller at de ikke kunne noe om musikk, men så deltok de likevel. Pasientene har gjort noe de i utgangspunktet trodde de aldri kom til å gjøre og uttrykte glede over at de likevel gjorde det.

Musikkterapi kan tilføre en avgiftningsenhet et tilbud pasientene ofte *ønsker* å ta del i. Når en pasient deltar i noe fordi hun selv *ønsker* det, er det et godt utgangspunkt for å få kontakt og gå inn i relasjon. I musikalsk samspill kan det åpnes for mange nye handlemuligheter (Ruud, 1990), og slik jeg ser det, vil pasienten lettere kunne jobbe med endringsarbeid dersom det er et rom der hun kan være fri, uttrykke følelser og være sammen med andre.

Deltagelse i en musikkterapigruppe kan bidra til at pasientene gjennomfører avgiftningen ved at det skapes mulighet for avkobling fra vanskelige tanker og situasjoner, og påkobling til musikk og mestringsopplevelser som igjen kan påvirke motivasjonen for å stå i behandlingen. I tillegg kan de oppleve å se seg selv og medpasienter på en annen måte når de i musikkterapigruppa blir tilbudt nye roller som ikke har noe med dem som pasienter eller rusavhengige å gjøre. De kan oppdage at de har valgmuligheter og at de kan påvirke det som skjer rundt seg. Selv om noen deltar bare én gang, kan den ene gangen bli noe pasienten tar med seg som en verdifull erfaring. Opplevelsene pasientene får, kan inspirere dem til å utforske musikken videre på egenhånd. Når en blir rusfri etter å ha ruset seg over lang tid, kan det oppstå et tomrom. Jeg tenker at musikk kan være med på å fylle dette tomrommet.

Det trengs flere forskningsprosjekter som ser nærmere på hvordan musikkterapi kan bli et fremtidig bidrag til pasienter med ruslidelser. Ved å tilføre musikkterapi til rusfeltet, vil en kunne styrke kompetanse og kvalitet i tilbudet til pasienter med rusmiddelavhengighet.



## DEL 2





## Brukerfortellinger

*Music is inexpensive, easily available, and (unlike drugs) it has no side effects!*

Oliver Sacks

Noen ganger trenger vi mennesker hjelp. Når vi ønsker hjelp er det gjerne en endring vi søker; fra å være syk til å bli frisk, fra å ha det vondt til å få det godt. En kan ha det vanskelig uten å vite helt hvordan det begynte eller hvor en skal søke den hjelpen en trenger. Da er det mange som finner fram musikken sin og begynner å lete. Musikken kan uttrykke noe av det en kjenner på, og være en hjelp på veien mot den endringen en ønsker å se. Erfaringer fra musikkterapigruppene på Seksjon IR viser at musikk betyr mye for mange. En musikkinteresse kan du dele med andre, samtidig som musikken din også er personlig og kan si noe om hvem du er, har vært, eller ønsker å være.

Pasientene har fortalt mye om sitt forhold til musikk og hva de tenkte om å være med i musikkterapigruppe under oppholdet på sykehuset. Noe av dette kan du lese om i denne delen av boka der jeg, sammen med noen refleksjoner og kommentarer, har plassert utsagnene under følgende overskrifter: Terapi, minner, identitet, følelser, mestring og motivasjon, påkobling og tidsopplevelse, vitalitet og til slutt fellesskap.

### Terapi

*Hvor solens stråler ikke nåe hen, der nåe dog tonerne.*

Søren Kierkegaard

Pasientene ble engasjerte av samtaler om hvordan musikken påvirker oss. De fortalte at musikk vekket følelser i dem uten at de helt forstod hvorfor. Da pratet vi om det Kirkegaard sier i sitatet ovenfor, at musikken har en egen måte å nå inn til oss på.

Den går på et vis gjennom alle lag. Musikken kan også uttrykke noe mer og noe annet enn ord (Jensen, 2000).

I musikkterapigruppa kunne pasientene, gjennom musikalsk samspill, oppdage nye sider ved seg selv. De sang, selv om de kanskje ikke hadde sunget på ti år. Noen ble inspirerte til å utforske musikken videre på egenhånd. Friheten til å velge sanger selv ble satt pris på, og flere sa at det var «god musikk» i gruppa og det var moro å være med. Gledesfylte øyeblikk og positive opplevelser kan være viktig for pasientene under sitt opphold på sykehuset.

Jeg spurte pasientene om hva musikk betydde for dem og hvordan de syntes det var å være med i en musikkterapigruppe. Flere fortalte at musikk fungerer som terapi for dem. En sa det slik:

Altså; musikk er terapi. Uansett, liksom.

En annen sa følgende:

Jeg er avhengig av musikk, jeg. Musikk er alt! Det gir fred inni meg. Og glede. Og så masse tanker. Gode tanker.

Noen omtalte musikk som en måte å av reagere på:

Sånn i forhold til musikk og terapi så... er det en måte å av reagere på. Ved å høre på musikk, du får liksom... Ja, det er terapi.

Flere sa at det var moro å være med i gruppa:

Det er positivt. Det er moro med litt musikk og litt liv, folk ler og... Når vi er her inne så blir det veldig ensformig... Så det er bra med noe som er litt annerledes.

En av pasientene fortalte at han sang i kor da han var yngre og sa følgende etter timen var slutt:

Det er alt for lenge mellom hver gang man synger, tydeligvis. Det er ti år siden sist, eller no.

En kvinnelig pasient kommenterte hvordan gruppa var lagt opp:

Jeg liker at du er så romslig! Det tror jeg er lurt... Det er ikke sånn at en *må* prate om følelser.

Det var flere som fortalte at de satt pris på at vi skapte timen sammen:

Veldig ålreit. Veldig mye god musikk. Å få lov til å liksom... (latter) ikke bli fortalt hva man skal og ikke skal synge, men... Og at alle kommer med ting og tang, for da husker man ting man har hørt på sjøl også, ikke sant. For det fins så mye musikk, vet du! Og så bare: «Åja, stemmer, det var den, det!» Ikke sant. Det var kjempekoselig.

En mannlig pasient knyttet blant annet følelser til musikk i følgende utsagn:

Det er veldig viktig! Minner, følelser, alt til musikk, ikke sant.

En kvinnelig pasient uttrykte at musikkterapi ga dagen innhold:

Det er viktig å ha musikkterapi på avrusning, og det er verdt å prøve ut flere steder, for det har gitt meg noe inne her på IR. Denne dagen har vært mer innholdsrik og bedre enn de andre dagene her inne (...). Å sitte i gruppeterapi og sånt synes jeg at da er det fort gjort å falle inn i tanker som du ikke trenger på avrusning. Det er min mening.



På spørsmål om hvordan gruppa hadde vært svarte en pasient:

Det sier alt at jeg sitter her.

Det var tydelig at mange hadde et bevisst forhold til musikk og hvordan musikk kunne påvirke dem. En kvinne sa det var lettere med musikkterapi enn annen gruppeterapi, fordi musikkterapi hadde en annen evne til å fange hennes oppmerksomhet. Pasienter har gjentatte ganger sagt at musikk *er* terapi. De hadde imidlertid vansker med å utdype hva de mente med det. Etter å ha hørt flere ulike forklaringer på dette, viste seg at det ofte handlet om at det å lytte til bestemte sanger vekket følelser i dem.

Flere fortalte at de opplevde å bli forstått av musikken, eller at de brukte følelsene en bestemt musikk skapte i dem til å komme i en ønsket sinnstilstand. Enkelte opplevde å være avhengig av musikk, men det trenger ikke bety at musikken hadde en destruktiv virkning. Mange av deltagerne sa at musikk var en hjelp i hverdagen og at musikk kunne tilby dem avkobling, glede og gode tanker. Noen skildret hvordan de levde seg inn i musikken når livet blir for slitsomt.

Musikk kan være en nødvendig avkobling fra en vanskelig tilværelse. Ingvild Stene (2009) hadde et musikkterapiprosjekt med en gruppe ungdommer på en barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling. Hennes erfaringer med ungdommene der viste at de ikke kun anvendte musikken som en positiv forsterker. De fortalte også om hvordan de har brukt musikk som pådriver til å skade seg selv. Dette var ikke noe pasientene som deltok i gruppene på Seksjon IR var opptatt av, men jeg nevner det likevel da det er viktig å være bevisst at musikken og dens bruksområder er mangfoldige.

Minner

*Musikk er et metaforisk bilde av livet slik det er. Musikken er en analogisk representasjon av den levende forms prinsipper i en ny «virtuell» form.*

Susanne Langer

Musikk kan «tørke støv» av glemte minner og forsterke nye minner som blir skapt. I gruppa fortalte deltagerne ofte om situasjoner, følelser og opplevelser knyttet til sangene vi spilte. Det kunne være minner de helst ville glemme, eller minner de ble glade for å huske på at de hadde. Ruud (2003) skriver at enkelte musikkstykker kan summere opp sentrale livserfaringer og verdier, og fungere som en «minnebank» for livserfaring. Ved å tenke tilbake på musikkopplevelser, vil vi også summere opp sentrale episoder i livet vårt og skape sammenheng i et livsforløp.

Noen knyttet minner om barndommen og familien til bestemte sanger:

Pasient: Metallica minner meg om guttungen, ikke sant. Vi pleide å høre på den da vi skulle legge oss.

Monika: Nothing else matters?

Pasient: Ja.

Monika: Likte han den?

Pasient: Ja, han pleide å sovne hver gang.

Monika: Men er det gode minner, da?

Pasient: Jaja, veldig gode.

Monika: Så det var litt sånn høydepunkt i dag?

Pasient: Det var det. Absolutt. Det kan jeg leve lenge på...

En pasient ønsket å synge en sang som minnet henne om hennes far:

Kan vi ikke synge «Musevisa»? Den pleide alltid pappa å synge for meg da jeg var liten. Jeg har skikkelig gode minner med den. Det er sånn god stemning.

En i gruppa opplevde at minner ble vekket til liv når han lyttet til musikk:

Musikk er følelser. Det henger sammen med minner. Hvis jeg hører på bestemte låter så blir jeg dratt tilbake i tid. Det er på samme måte med

musikk som med parfyme. Jeg bare kjenner en lukt og så er jeg der med en gang. Sånn er det med sanger også!

En annen delte minner han knyttet til teksten i sangen «Seasons in the sun»:

Ja, for da gikk den på radioen hele tiden. Jeg husker jeg spurte moren min hele tiden, så måtte hun fortelle meg gang på gang på gang hva han sang om, for jeg hang meg veldig opp i det. At den unge gutten skulle dø og... Han visste han skulle dø og det gjorde sterkt inntrykk på meg og da var jeg ikke gammel. For det var jo sånn på begynnelsen av 70-tallet.

En kvinnelig pasient hadde sterke minner knyttet til en sang og ønsket ikke at vi skulle spille den:

Jeg får mange følelser og gamle minner og sånne ting. Sånn som «4 Non Blondes» her, den kan jeg ikke høre, for den hørte jeg etter begravelsen til farmor, så den orker jeg ikke å høre. Det er 17 år siden. Og jeg klarer ikke å høre den.

Noen forbandt musikk med rus:

Det er egentlig godt å tenke musikk og høre musikk, tenke på tekster og sånn. Være til stede, på en aller annen måte. Ofte, der jeg har vært der ute, der har det vært musikk. Kanskje det er noe å ta med i forhold til det med musikkterapi og... Sånn relatert til rus, så er det mye rusrelatert. I hvert fall for meg, da.

Enkelte delte minner fra konsertopplevelser knyttet til ulike sanger. Noen hadde også framført musikk selv, og mintes det i gruppa, slik som denne pasienten:

Er det lov å velge sanger som ikke står i permen? Da vil jeg gjerne at vi skal synge «Mitt hjerte alltid vanker». Jeg er så glad i den gamle salmen! Jeg har spilt den på kornett med organisten på julegudstjenester.

Musikkopplevelser kan fungere som en indre representasjon av noe som har vært viktig for oss. Gjennom musikken kan disse minnene leve videre med oss som trygge forankringspunkt eller selvobjekter (Ruud, 2003). Ordet selvobjekt kommer fra selvpsykologien og blir brukt om selvet som har behov for ytre støttepunkt for å kunne fungere (Frøysa, 2007). Når musikken fungerer som selvobjekt vil det si at bestemte sanger blir stående som symboler for trygghet og tillit, og kan ha en beroligende effekt når vi gjentar sangene for oss selv i ettertid (Ruud, 2003). I løpet av gruppa var det mange minner som dukket opp. Det varierte hvilke minner pasientene delte, men ofte gikk tankene til familien og til barndommen. En av pasientene opplevde en kobling mellom musikk og rus, og sa det var noe jeg som musikkterapeut kunne tenke på. Mange lyttet til musikk når de ruset seg, eller deltok på fester og festivaler der musikk var sentralt.

## Identitet

*Netop fordi musik er flertydig og mangelaget, kan den fungere som en metafor for identitet. Mennesket er ikke en maskine, men en komposition, som blant andet bliver til gennem livets lange række af improvisationer.*

Lars Ole Bonde

Det finnes ulike betydninger av og definisjoner på identitet. Mest vanlig er det imidlertid å bruke identitetsbegrepet til å beskrive en person i forhold til et sosialt miljø; for eksempel en persons posisjon i miljøet. Identiteten blir da bestemt av de ulike rollene en person har. Klapp (1996) anvender begrepet enda videre og sier at en persons identitet er ethvert tilfredsstillende svar på spørsmålet «Hvem er jeg?». Identitet omfatter

da navn, biografi, yrke, nasjonalitet, kjønn, alder, tilhørighet til bestemte grupper og så videre. Identitet blir slik et kvalitativt og beskrivende begrep. For at det skal være meningsfullt å snakke om en persons identitet, kreves det at personen opplever en viss grad av stabilitet – at han er den samme i dag som i går. Identitet innebærer kontinuitet til tross for mer overflatiske endringer (ibid.). Ruud (1997) beskriver identitet som en del av vår indre, opplevde oppmerksomhet på oss selv. Han vektlegger også opplevelsen av kontinuitet, individets bevissthet om å være den samme. En kan se på identitet som summen av fortellingene vi lager om oss selv (Ruud, 2003). Identitet blir da noe en selv kan påvirke. Ruud skriver videre at vi komponerer, spiller ut og improviserer fram vår identitet i en vedvarende prosess. Musikk knytter oss til tid og sted, andre mennesker og opplevelsen av å tilhøre en større sammenheng.

Jeg vil nå presentere noen utsagn som sier noe om sammenhengen mellom musikk og identitet.

En mannlig pasient var stille i starten av timen og hadde lite mimikk i ansiktet. Men da jeg spurte han om hvilken musikk han liker, våknet han opp. Vi fikk øyekontakt og han beveget kroppen mens han pratet om metalmusikken han liker så godt. Han smilte og spurte:

Du ser det kanskje på håret at jeg liker sånn musikk?

En annen pasient rullet opp genseren og viste en stor tatovering på underarmen av favorittartisten som svar på spørsmålet om hvilken musikk han liker.

Vi hadde akkurat lyttet til en sang som betyr mye for en av pasientene i gruppa. Hun reflekterte over hvorfor sangen var så viktig for henne:

Pasient: Jeg synes den har så ufattelig sterk tekst. Det er noe med å være ærlig med seg selv om hvem man er. Man mister aldri den man er, da, selv om man mister, på en måte, kanskje festepunktet i livet, på en måte. Så mister man ikke seg sjøl.

Monika: Nei. Man går seg bare litt vill innimellom.

Pasient: Ja. Jeg tror kanskje alle mennesker går seg vill på en eller annen måte. Man kan ta noen steg i feil retning i linje, kanskje. Men du har bestandig noe å komme tilbake til.

En av gruppedeltagerne tenkte på forholdet mellom det et band hun likte uttrykte og det hun selv opplevde:

Dem har sånne tekster, vet du. Ikke sant, som bare får meg til å sortere ut det som jeg, jeg relaterer det som skjer i mitt liv med det dem synger, skjønner du?

I løpet av de gruppene jeg har vært med på, har jeg lært at musikk er noe alle har et forhold til. Det er ikke mulig å leve i verden i dag uten å ha noen tanker om musikk. De aller fleste har også bestemte meninger om hva som er bra og hva som ikke er det. I starten av hver gruppe, ble pasientene spurt om hvilken musikk de likte. Noen ramset da opp flere band og artister med stort engasjement. Andre tenkte seg godt om og kom med en favoritt, mens andre igjen løftet på skuldrene og sa at de hørte på det som var på radioen. Det kan oppleves personlig å fortelle hvilken musikk som betyr noe for en. En bestemt sang kan også bety mye, selv om en ikke identifiserer seg med musikkstilen sangen representerer. Så er det også de som identifiserer seg med imaget til en bestemt musikk sjanger, men som ikke har noe personlig forhold til sangene. Det har vært spennende å lytte til den enkeltes musikkpreferanser. Noen ganger kunne jeg se på en av gruppedeltagerne og gjøre meg opp en mening om hvilken musikk hun eller han likte, og så stemte det på en prikk. Men jeg har også opplevd å få «fordommene» mine avkrefte, som når en av pasientene ville vi skulle synges salmen «Mitt hjerte alltid vanker».

Musikk, minner og identitet er noe jeg erfarte hang tett sammen for mange av pasientene som deltok i gruppene. Musikken de likte å lytte til, uttrykte noe om hvem de var eller ønsket å være. Den kunne representere noe stabilt, noe som hadde vært til stede hele livet og som alltid kom til å ha med seg.

## Følelser

*Musikken er mennesket mye mer enn ord er det. Musikk rører våre følelser dypere enn ord flest og får oss til å reagere med hele vårt vesen.*

Yehudi Menuhin

Det finnes lite som er så levende, og som på samme tid kan være så skjult, som følelsene. Følelselivet er mangfoldig og vanskelig å få tak på. Noen har følelsene smurt utenpå, mens andre har gjemt dem bort i et lite hull langt inni seg selv. Mange knytter følelser og musikk sammen. Noen anvender musikk for å klare å kommunisere noe om egne følelser til omverdenen. Når en deltar i musikalsk samspill kan en erfare å kunne regulere og kontrollere indre og ytre spenning. Musikk tilbyr pasientene å utforske ulike følelser uten bruk av rusmidler (Baker, Gleadhill, Dingle & Genevieve, 2007). Det kan være viktig for pasientene å erfare og utforske negative emosjoner i et trygt miljø. Tekstanalyse og det å dele sanger med andre, kan føre til økt kompetanse i å uttrykke emosjoner og tanker (Abdollahnejad, 2006). Musikkterapi tilbyr muligheter for identifisering av og uttrykk for følelser. Noe av det pasientene blir presentert for i musikkterapi kan «tas med hjem» og tilby effektive strategier for blant annet avkobling og stressmestring. Gallagher og Steele (2002) argumenterer med dette for at musikkterapi kan hindre tilbakefall etter endt behandling.

En pasient reflekterte rundt hva som er unikt med musikkterapi:

Jeg tenker i forhold til det med musikkterapi at det er lett å gå gjennom mange følelser eller følelsesspekter på veldig kort tid. (...) Det er ikke så lett å gå gjennom alle følelsene sånn ellers... Ved bare å sitte og prate om hverdagslige ting, så går en ikke gjennom det samme følelsesregisteret.

Enkelte opplevde å bli møtt i musikken:

Jeg kan høre en låt og så plutselig er det enten noe med låta eller teksten som... *Å, Gud så digg, det er liksom akkurat sånn jeg har det*, for eksempel.

En fortalte at hun i en periode av livet trengte pause fra musikken:

For mange år sida så skar det seg. Jeg hørte ikke på musikk på fem år, jeg. Det var sånn, for sterkt inni meg.

Flere brukte musikk for å komme i en bestemt sinnsstemning:

Hvordan jeg bruker musikk kommer an på sinnsstemningen min. Hvis jeg har kjempedårlig tid til bussen, så setter jeg på noe «hardstyle».

En annen pasient fortalte noe tilsvarende og la også til at hun skiftet musikk når humøret endret seg:

Det er det som er greia med «Mountain I can't climb», så hender det at jeg føler jeg ikke klarer noe, skjønner du? Men det hender det endrer seg da, vettu. Og da har man en annen sang, ikke sant. For eksempel «Red, Red, Wine» med Bob Marley.

En annen sa:

Jeg hører på hissig musikk når jeg er hissig. Hard musikk som metal, for eksempel.

To kvinnelige pasienter fortalte at de kunne uttrykke følelser ved bruk av musikk. Den ene sa:



Musikk er en måte å få ut følelser. Følelser er musikk. Altså noen musikk, det går på humøret, det kommer helt an på humøret.

Den andre fortsatte:

Vi får uttrykke stemninger.

Flere pasienter beskrev en følelse av glede ved å delta i gruppa. En pasient uttrykte det slik:

Jeg har hatt det kjempekoselig som alltid. Jeg blir glad av musikk, jeg. Jeg blir så revet med og synes det er kjempemoro! Jeg gleder meg hver gang det er musikktime, jeg.

For noen opplevdes det intenst å delta:

Intenst... Det er ingen musikk ellers, så det kommer litt brått på. Jeg kan synge litt for meg selv når jeg hører på musikk sånn ellers, men...

I løpet av en sang vi lyttet til begynte to av pasientene i gruppa å gråte. Den ene av dem sa:

Det er sånn med musikken at den går rett inn til meg. Da klarer jeg ikke å skjule følelsene.

Jeg spurte hvordan det var å gråte i gruppa og den andre pasienten som gråt sa:

Det er godt å få det ut!

En annen fortalte at det hadde skjedd en følelsesmessig endring fra han kom i gruppa til gruppa var ferdig:

Jeg var helt «utafor» da jeg kom på timen, tårer i øya og greier. Men nå, etter å ha vært her, er det bra.

Skånland (2009) skriver at vi nå bruker musikk i større grad enn tidligere og mer som en ressurs. Lytteren anvender musikk blant annet for å skape bestemte stemninger, for å regulere energinivå, for å oppnå eller opprettholde et spesifikt humør eller lignende. Deltagerne i gruppa forteller at musikk når inn til følelsene på en annen måte enn ved bare å bruke verbalspråket. Musikk blir skildret som noe mangfoldig og sterkt. Bruscia sier følgende om musikk og følelser:

Sometimes the way the clients feel is validated by what the music is expressing, almost as if the music is saying: Yes, this is the way it feels. Sometimes the music is validating because it offers emotional support and reassurance. It creates and sustains a holding environment for us to feel safe (Bruscia, 1998a, s. 70).

Bruscia setter med dette ord på det mange pasienter har vansker med å beskrive, at musikken kan tilby emosjonell støtte og trygghet, og at følelsene blir validert gjennom det musikken uttrykker. Flere av gruppedeltagerne knyttet minner til musikken, som igjen skapte følelser i dem, følelser de en gang hadde. Det varierte om pasientene ønsket å lytte til sanger de hadde et sterkt forhold til i gruppa eller ikke. Noen syntes ikke det passet å vise følelser i en gruppesammenheng, mens andre fant det helt naturlig. En av pasientene sa at hun kunne kjenne på ulike følelser, som hun vanskelig kunne «få tak på» i hverdagslivet. Musikkterapi muliggjorde at hun kunne gå gjennom ulike følelser på kort tid. Hun beskrev ikke *én* følelse, hun brukte ord som følelsesregister og følelsesspekter. Dette sier noe om hvor sterke og komplekse musikkopplevelser kan være.

## Mestring og motivasjon

*Musikken gjør en svak på en måte så man blir sterk.*

Benny Andersen

Et av målene for gruppa har vært at de som er med skal få oppleve at de mestrer noe, gjerne noe de i utgangspunktet ikke hadde sett for seg at de kunne få til. Når et menneske kjenner mestring gjennom musikalske erfaringer, kan det skapes nye fortellinger å fortelle. Slik kan selvpoppfatningen endres. Bruscia (1998a) skriver at musikk er motiverende i seg selv. Gleden en får av å lytte til og spille musikk gir en lyst til å fortsette. Han mener at musikk også påvirker og motiverer terapeuten:

Music is such a pleasureable and rewarding activity, that it motivates both therapist and client to reach beyond their limits, to explore new horizons, to find new resources, to take new risks, and to try out new ways of being in the world (Bruscia, 1998a, s.69).

Som musikkterapeut har mitt fokus vært rettet mot gruppedeltagernes ressurser, og i mange tilfeller har dette ført til at nettopp pasientenes ressurser ble synlige både for dem selv og de andre i gruppa.

En pasient fortalte om en oppfatning hun hadde om seg selv før hun deltok i musikkterapigruppa. I løpet av gruppa trosset hun denne oppfatningen og gjorde noe hun i utgangspunktet tenkte hun ikke kunne:

Jeg har tenkt at jeg synger surt, at jeg ikke kan syng. Men i dag sang jeg.

En annen prøvde å spille for første gang:

Jeg likte å spille bass. Egentlig hadde jeg ikke lyst å prøve bassen, men glad jeg gjorde det. Jeg er tøff! (Framstår energisk, reiser seg opp og danser.)

Sangen «Mountain I can't climb» av Elvis Presly var en hjelp for en av gruppedeltagerne når hun møtte utfordringer:

Det er litt sånn personlig, da... Det er liksom hva man går igjennom, da. Man føler man ikke klarer det. Man får et fjell man ikke kan bestige. Skjønner du? Fjellet er jo utfordringer, ikke sant.

En pasient sa følgende om hvordan det var å være med i gruppa:

Det er bra for selvtilliten.

En annen ønsket å lære å spille gitar:

Monika: Du lærer så fort! Du kan allerede to akkorder på gitar!

Pasienten: Det er fordi jeg er interessert i dette. Dette vil jeg lære.

Noen var skeptiske til gruppa:

Jeg var skeptisk først, lurte på å bare gå til å begynne med. Men så ble jeg overrasket over bra sangvalg i permen. Ble positivt overrasket. Jeg sang med på «Skyfri himmel», men det ble for vanskelig for stemmen. Så jeg datt ut. Men... Jeg kjente mestrings, at jeg fikk til noe.

En annen sa:

Jeg tenkte egentlig at: Uff, dette orker jeg ikke i dag. Men jeg er glad jeg ble med.

Andre satte pris på mestringsopplevelser:

Bra, man kjenner mestring. Selv om det er musikkgruppe stilles det ingen krav til at man må være musikalsk. Det er bra!

Enkelte ble inspirert til å gjenoppta musikkinteressen:

Jeg spilte mye gitar før. Men det er lenge siden nå. Rusen har ødelagt alt for meg. (...) Men hvis jeg spiller litt hver dag, hele tiden, så kommer det.

Pasientene sa noe om hva de tenkte før de var med i gruppa og hva de tenkte etter å ha gjennomført en time. En sa at han var skeptisk først, men at han opplevde mestring. En annen tenkte «uff» i forkant av gruppa, men sa til slutt at hun var glad hun ble med. I musikkterapeutisk samspill gjorde gjerne pasientene mer enn de trodde at de turte, og de oppdaget at de kunne mer enn de trodde at de kunne. Når gruppedeltagerne får til noe de ikke trodde de skulle få til, eller når de liker noe de ikke trodde de skulle like, er det skapt et godt utgangspunkt for mestringsopplevelser. Skaalvik & Skaalvik (1996) skriver at mestringsopplevelser kan styrke selvfølelsen. Når en overrasker seg selv (og andre) med å få til noe, kan man erfare at man tidligere har lagt falske begrensinger på seg selv. Som nevnt i del én, er det satt fokus på mestringserfaringer i opptrappingsplanen for rusfeltet (2008 – 2010/2012). Både motivasjon og mestring er begrep som går igjen i litteratur om rusbehandling (Berg & Miller, 1998; Miller & Carrol, 2006; Lossius, 2011). Miller og Carrol (2006) mener at ingen mennesker er umotiverte, men at spørsmålet er hva pasienten er motivert *for*.

Kronholm (2011) skriver at brukere av illegale rusmidler over tid utvikler en spesiell overlevelsessevne. Over en tidsperiode på flere år kan de ferdes i en tilværelse som er nesten helt ukjent for folk flest. Denne overlevelsessevnen kan være en ressurs. Dersom det hadde vært mulig å få kanalisert en del av deres overlevelseskraft til «konstruktive» aktiviteter, hadde det nesten ikke vært genser for hva de kunne fått til i livet. En av pasientene fortalte at han tidligere har spilt gitar, men at rusen hadde ødelagt alt for

han. Han sa at dersom han spilte litt hver dag, så ville det komme tilbake. Dette tenker jeg er en indikasjon på at pasienten har et håp om – og tro på – at endring er mulig.

## Påkobling og tidsopplevelse

*With this beautiful new technology you can have all the music which is significant for you in something as big as a matchbox or whatever. And I think this may be very, very important in helping to animate, organize and bringing a sense of identity back to people who are out of it. Otherwise, music can bring them back into it! Into their own personal memories, their autobiographies.*

Oliver Sacks

I sitatet over forteller Sacks hvordan musikk kan hjelpe personer som er «out of it» til å komme «into it». Trondalen (2004) skriver om noe av det samme, men benytter begrepene avkobling og *påkobling*. Musikk kan representere et privat rom med mulighet for frihet fra en belastende livssituasjon i tillegg til fordypning i og utvidelse av viktige følelser, tanker og opplevelser, skriver Johns (2009). Gjennom å la seg påvirke av ulike kvaliteter ved musikken og teksten, kan også egne behov fokuseres og musikken oppleves som egenomsorg (ibid.) Flere pasienter kommenterte tidsopplevelsen. De sa at tiden gikk fort og uttrykte overraskelse over at timen allerede var slutt da jeg sa at tiden var inne for avslutning av gruppen.

Ettersom pasientene var i gruppa over så kort tid, fikk de ikke tilstrekkelig med tid til å lande i en bestemt rolle i gruppa. Dette kunne skape frihet og rom til å oppdage og utforske ulike sider ved seg selv. Den korte tiden vi hadde sammen i musikkterapi gruppa, førte til at noen våget mer, mens andre våget mindre. Noen ganger ble gruppedeltagerne så oppslukt av det de gjorde at de glemte alt annet. Er en virkelig tilstede i det som skjer og bare tenker på det som foregår akkurat der og da, kan det føles som om tiden går fortere enn vanlig. Ved å delta i musikalsk samspill kan

nettopp dette skje, at en får en annen opplevelse av tid. Under runden (se del tre) til slutt fortalte flere om hvor oppmerksomhetsfangende de opplevde at musikk var. I musikkterapigruppa kunne de koble ut lite hensiktsmessige tanker og heller koble seg på musikkens verden. Slik kunne musikkterapi tilby et nødvendig pusterom, som på ingen måte representerte tomhet, der deltagerne kunne hente energi og skape meningsfulle opplevelser sammen med medpasienter. Mange fortalte hvordan musikk påvirker tankene. Én uttrykte det slik:

Musikk får tankene til å begynne å tenke på andre ting, liksom...

En annen sa:

Det betyr mye, faktisk. Slappe av... Med tankene.

En pasient uttrykte at han forbandt musikk med avkobling:

Avkobling, la tankene vandre av sted. Det er veldig behagelig terapeutisk. Den får tankene et annet sted, en slapper av.

En annen fortalte at han levde seg inn i musikken:

Øretelefoner er veldig viktig. Når jeg flyr rundt på rockeren og sånt, etter hvert som folk begynner å dette av, liksom. Så begynner en å få litt noia av dunderen og da setter jeg på Police på bønn guffe, ikke sant. Og lever meg inn i det.

En mannlig pasient fortalte hvordan det var å bare ligge på rommet:

Hvis jeg bare ligger på rommet så kommer tankekjøret. Det er godt å kunne holde på med noe mens jeg er her.

Flere uttrykte hvor altopplukende det var å holde på med musikk og spille selv:

Det er som om jeg får adrenalin i kroppen. Det er behagelig. Når jeg spiller, tenker jeg ikke på noe annet, da klarer jeg å være helt til stede.

En annen sa:

Du kan klare å koble helt ut og bare lytte, spille instrumenter og ha masse rytmer i hue.

Etter en improvisasjon sa en mannlig pasient:

Man går liksom helt inn i det. Man glemmer alt annet.

En sa at han kjente seg i dårlig form da han kom til timen. Da han skulle forlate gruppa sa han følgende:

Jeg glemte at jeg var sjuk...

En av pasientene kommenterte tiden:

Er vi ferdige allerede, liksom? Denne timen her er helt latterlig fort, eller kort.

Tilsvarende sa en annen:

Det gikk altfor fort. En time med sang er ikke nok når man elsker å synge.

Enkelte uttrykte at de ønsket mer musikk:



Det burde vart lenger. Hvis du hadde vært her hver dag hadde vi fått jo mer.

Pasientene fortalte at musikk kunne påvirke dem i den forstand at de ble avslappet og at tankene gikk til «noe annet». Flere sa at musikk betydde mye for dem, og enkelte opplevde det terapeutisk å lytte til musikk. De kom til gruppa i varierende form; noen kjente på abstinenser, andre var bare slitne. Andre kom med glede og innestengt energi de ønsket utløp for.

Noen tilbakemeldinger var nøkterne. Enkelte sa det var helt greit å delta i gruppa, at det var «ålreit» med litt sånne innslag. Andre uttrykte at det betydde mye for dem. Noen så verdien av å kunne koble ut stressomme tanker, glemme alt annet og bare spille og «ha masse rytmer inni hue», som en pasient sa. Pasientene sa at tiden gikk fort mens de deltok i musikkterapigruppa. Flere mente det burde vart lenger og at de kunne tenke seg å delta i musikkterapigruppa oftere.

## Vitalitet

*Musikk gir universet sjel, den gir sinnet vinger, fantasien flukt, alvoret sjarm,  
den gir munterhet og liv til alt.*

Platon

Musikk kan sette i gang bevegelse i mennesker. Noen ganger skjer dette nærmest ufrivillig. Pasienter kunne komme til musikkterapigruppa med armene i kors og hetta over hodet og gå fra gruppa med røde kinn og knipsende hender. Det skjedde altså en *endring* i pasientene ved at de deltok i musikkterapigruppa. Flere sa at de fikk energi av å delta. En av grunnene til at de følte det slik, kan være utskilling av dopamin som er knyttet til hjernens belønningssystem (Salimpoor et.al, 2011). En annen forklaring kan være at når en er aktivt deltagende i noe, kan en oppleve at en *får* energi. Det kan også ha sammenheng med at musikk kan påvirke følelser (Borchgrevink, 2008). Unni Johns (2009) skriver at kontinuerlig og gjensidig tilpasning i musikkterapisisuasjonen,

fremmer oppmerksom tilstedeværelse og vitalitet. Videre beskriver Johns vitalitet som selve opplevelsen av å være levende og kroppslig tilstede. Psykiater og spedbarnsforsker Daniel Stern fremhever improvisatorisk musikkterapi som en tilnærming som kan gi nettopp slike delte opplevelser og gjensidig «smitte» av dynamiske former for vitalitet (Stern, 2010, s. 139).

En pasient kommenterte endring i kroppstemperatur:

Jeg er veldig varm og... Varmen stiger på her!

Tilsvarende sa en annen:

Jeg er ikke noe kald lenger nå.

En kvinnelig pasient som deltok på flere musikkgrupper fortalte hvilke kroppslige endringer hun merket seg i løpet av gruppeprosessen:

Da jeg var med her første gang satt jeg sånn (løfter skuldrene opp til ørene)  
Mens nå sitter jeg her med senkede skuldrer. Det har blitt bedre og bedre å være med for hver gang.

Avslutningsvis på en musikkgruppe fortalte tre pasienter hvordan de hadde det:

Pasient 1: Det er slutt på kroppen, men det har jo ingenting med musikken å gjøre (latter).

Pasient 2: Du får ta medisinene for dagen.

Pasient 1: (Latter) Mentalt er jeg i veldig fin form nå. Men kroppen henger ikke helt med.

Pasient 3: Man føler liksom at man har mer energi!

Pasient 1: I hodet mitt har jeg mer energi jeg også.

Etter endt musikkgruppe brukte en mannlig pasient *ett* ord på å oppsummere hvordan det var å delta i gruppa:

Befriende.

Én sa følgende om å delta i musikkterapigruppa:

Jeg elsker dette!

En annen sa:

Dette er det kuleste jeg har gjort på lenge! Det er som om... Man kommer i stemning!

En av gruppedeltagerne løftet armene da jeg spurte henne hvordan hun hadde hatt det på dagens musikkterapigruppe og sa:

Tjoho! Det er bare det jeg vil si.

En annen var også fornøyd med gruppa, smilte og sa:

Jeg har hatt det fantastisk! Og jeg var ikke sarkastisk nå.

Alle i gruppa lo og en av pasientene sa:

Take off! (rister kraftig på rytmeeggene)

En av deltagerne lo etter vi hadde sunget en sang og sa:

Det er bra det ikke er noen musikkkritikere her, men det var jævlig moro!

En pasient improviserte på djembe sammen med resten av gruppa en lang stund. Etter vi hadde avsluttet improvisasjonen, laget han et ivrig uttrykk med kroppen og ansiktet, vinket ivrig med hendene, smilte og sa:

Det er som om jeg er tre år igjen.

Musikkterapigruppa inspirerte til mer spilling på egenhånd:

Jeg skal synge og spille resten av dagen, jeg!

Pasientene fortalte de ble varme og at skuldrene senket seg når de deltok i gruppa. Flere sa de hadde hatt det fantastisk, og en følte seg som et barn igjen. Ulike fysiologiske prosesser blir igangsatt når en deltar i musikalsk samspill eller lytter til musikk. En kan kjenne at det bruser i kroppen og kiler i magen. Håret reiser seg på armene og en får frysninger. Slik respons på musikkopplevelser var synlige i musikkterapigruppene.

En av pasientene sa det var moro med musikk, at det skapte liv og at folk lo. Latter kommer ofte som reaksjon på noe uventet. Tyr dal (2002) ser på humor som en evne til å oppdage, uttrykke eller sette pris på elementer av latterlig eller absurd inkongruens i idéer, situasjoner, hendelser eller handlinger. Det kan være situasjoner eller idéer som passer dårlig sammen, eller som avviker fra det som er vanlig, normgivende eller forventet. Flere av pasientene har sagt at de ikke hadde forventet at de skulle ta del i en musikkterapigruppe når de skulle til avgiftningsenheten. Dette uventede elementet kan være med på å skape humoristiske situasjoner. I tillegg er det noe med selve det musikalske samspillet som åpner opp for humor og glede (Hermundstad, 2008), som igjen kan legge til rette for vitalitetsopplevelser. Responser pasientene ga etter at vi lyttet til sanger eller spilte selv, var blant annet latter, spontan applaus, gledesrop, tårer og dype sukk. Deltagerne kunne oppleve å få løst opp emosjonelle og fysiske spenninger.

## Fellesskap

*Musikken begynte med stemmen og med vår overveldende behov for å nå frem til andre mennesker.*

Yehudi Menuhin

Mennesker trenger andre mennesker. Et liv i isolasjon når en selv ikke ønsker det, er krevende. Det å ha noen å prate med er viktigere enn vi ofte er oss bevisste. Dersom det er rus du har felles med dem du pleier å være sammen med, kan det være viktig å få noe annet å fokusere på og samles om.

En mannlig pasient opplevde at det var rom for ulike uttrykk i musikkterapigruppa:

Det er veldig inkluderende, da. Enten kan man sitte stille og høre på eller så kan man synge eller slå seg løs (slår hardt to ganger på vanntank-tromma og ler).

En annen uttrykte gleden over at hans medpasienter var med og deltok:

Alle blir med, ikke sant! Alle synger, det er dritbra!

Én trakk fram hva som skjedde med forholdet til medpasienter og seg selv:

Vi får kontakt med de andre som bor her... Og oss selv.

Noen kom med kommentarer til medpasienter:

Pasient 1: Du ser i mye bedre form ut nå, du som sitter der. Jeg husker ikke helt hva du heter.

Pasient 2: Hvem, jeg? Det er bra! Tusen takk! (latter)

En kvinnelig pasient sa følgende til en mannlig medpasient etter han hadde sunget solo:

Jeg ble skikkelig imponert over deg. Jeg visste ikke du sang så fint!

En annen var imponert over gitarspillinga til en i gruppa:

Fett, ass, du kan jo spille, jo!

De fleste kommentarene pasientene ga hverandre underveis var støttende og oppmuntrende. Gruppedeltagerne ga gjerne ros til de andre i gruppa dersom noen hadde sunget eller spilt noe. Men det var ikke nødvendigvis de store musikalske prestasjonene de var opptatt av. Det kom like ofte kommentarer på at de hadde vært modige, som at de ga hverandre ros for måten de spilte eller sang på. De beskrev det å delta i gruppa som noe inkluderende. De opplevde å ha valgmuligheter, at de selv kunne være med å bestemme innholdet. Enkelte trakk fram at de likte at alle kunne delta, og en glede over at medpasienter ble med.

Gruppeterapi kan hjelpe medlemmene i gruppa til å forholde seg til seg selv og andre på en ny og mer konstruktiv måte. «Vi får kontakt med de andre som bor her... Og oss selv», var det en som sa da jeg spurte om hva han tenkte om dagens musikkgruppe. Dette mener jeg griper noe av essensen av hva som gjør at en musikkterapigruppe byr på så mange muligheter. En får ikke bare kontakt med noe i seg selv, det skjer også noe med og i relasjonen til de andre gruppedeltagerne. Mennesker skapes av relasjoner og mennesker *skaper* relasjoner (Kjølstad, 2004). Pasientene ga responser til hverandre, uttrykte gjerne entusiasme over at alle var med, og «heiet hverandre fram».



## DEL 3







## Metode

Det er viktig å ha en åpen holdning når en skal starte opp et musikkterapitilbud. Inspirasjon til hva timen skal inneholde kan komme ulike hold; Spør gruppedeltagerne om innspill, prat med kolleger, venner og familie. Selv laget jeg laget en liste over ulike idéer og aktiviteter som kunne være spennende å gjennomføre, før musikkterapitilbudets oppstart. Dette satte i gang en kreativ prosess, som jeg tenker er viktig før en skal starte opp noe helt nytt. Det viste seg imidlertid at de gruppene som engasjerte pasientene mest, det var når vi skapte innholdet i fellesskap, der og da. Gruppedeltagerne inspirerte hverandre og de inspirerte meg slik at innholdet ble annerledes enn hva jeg kunne hatt mulighet for å planlegge på forhånd. Noen ganger gikk samspillet helt av seg selv og min lederrolle ble mindre tydelig. Relasjonen oss i mellom ble endret; fra å være pasienter, medpasienter og musikkterapeut, ble vi likeverdige deltagere i et musikalsk samspill.

Gruppene var ulikt sammensatt hver gang. Dette krevde at timene ble tilpasset etter hvem som deltok i gruppa den aktuelle dagen. Er du musikkterapeut i en slik gruppe, er det en fordel å ha et her-og-nå fokus, at du er løsningsorientert og ser muligheter framfor begrensninger.

### Forutsetninger for at musikkterapitilbudet skal fungere

En musikkterapigruppe kan inneholde mye forskjellig og bli ledet på ulike måter. Den enkelte musikkterapeut må finne *sin* måte å være på. Likevel er det noe jeg mener er essensielt for at en slik gruppe skal fungere. Samspill står sentralt. Det som skjer skapes i fellesskap med utgangspunkt i det pasientene bringer inn i gruppa. Musikkterapeuten må være fleksibel og kunne improvisere, både personlig og musikalsk. Dersom musikkterapeuten blir fastlåst i en forhåndsbestemt plan, kan det virke hemmende for deltagerne, noe som kan føre til passivitet framfor deltagelse (Kjølstad, 2004). Når gruppedeltagerne opplever at innspillene de kommer med

skaper innholdet i timen, kan det derimot være bevisstgjørende med tanke på at det har noe å si at de er der. Den enkelte gruppedeltager er viktig.

Det er ikke mulig å forutse det som kommer til å skje i en slik gruppe og du kan heller ikke gjenskape det som har skjedd. Hvert enkelt gruppemøte er unikt. Du må ha et genuint engasjement for musikk og for gruppedeltagerne når du skal drive en musikkterapigruppe. Det er også viktig at musikkterapeuten har musikalsk bredde, både når det gjelder kunnskap om ulike band og musikksjangre, og at du behersker å spille ulike instrument.

Som leder av en musikkterapigruppe må du opptre tydelig og ta valg og avgjørelser når det trengs. I en så uforutsigbar setting kan ikke en forhåndsbestemt plan gjennomføres til punkt og prikke, men det er viktig å forberede seg likevel. Jeg opplevde at jeg møtte gruppa med en annen energi og tilstedeværelse når jeg hadde en tanke om hva vi *kunne* gjøre, enn hvis alt var «fri flyt». Samtidig var jeg åpen for de innspill gruppedeltagerne kom med. Det optimale i en slik setting mener jeg er at musikkterapeuten har en struktur som et utgangspunkt og ramme for gruppa, men at innholdet er påvirkelig for innspill fra gruppedeltagerne.

Motstand og uenigheter kan oppstå i en musikkterapigruppe. Det er musikkterapeutens ansvar å avgjøre hva som er hensiktsmessig å ta opp der og da, og hva som med fordel kan tas opp i en annen setting. Noen ganger vil det dukke det opp problemstillinger som kan være nødvendig å dele med noen. Det anbefales at musikkterapeuten har en veileder å gå til når slikt oppstår. Det kan være en fast veiledningsavtale, eller at en har en person en kan snakke med når det trengs. Musikkterapitilbudet må være forankret i ledelsen, slik at musikkterapeuten ikke jobber isolert, men samarbeider med og deltar i det tverrfaglige teamet rundt pasientene.

## Relasjonell tilnærming

Jeg har hatt en relasjonell tilnærming til pasientene. Det vil si at både mellommenneskelige og musikalske gester påvirket den musikalske aktiviteten (Trondalen, 2004). I praksis handlet dette blant annet om at hver gruppe startet med at den enkelte ble

møtt, og at jeg videre var bevisst på å gi den hver og en fokus og rom for å uttrykke seg. Det som skjedde deretter var til en viss grad planlagt, men innholdet i timen ble påvirket av hvilken relasjon gruppedeltagerne fikk til hverandre og til meg, hva de sa og hva de gjorde. Det var et improvisatorisk samspill, musikalsk og relasjonelt. Fra pasientene kom inn døren til musikkrommet, så jeg etter tegn på noe de hadde lyst til å gjøre. Kanskje det var en som lot blikket ligge lenge på slagverket, eller en som hamret en rytme med fingrene på låret. Dette er signal jeg var oppmerksom på og kunne ta inn i gruppa. Jeg spurte også hva de kunne tenke seg å gjøre. Fokuset var på deltagerens ressurser, og det var et mål at de skulle få oppleve å ha noe å bidra med i løpet av timen. Det kunne være noe innenfor musikkens verden de hadde kunnskap om fra før av, noe de interesserte seg for eller noe de hadde lyst til å lære seg.

### Hvordan invitere pasientene til deltagelse?

Noen ganger kunne enkelte pasienter framstå uinteresserte og lite motiverte for å delta i gruppa. De viste et kroppsspråk og en væremåte som jeg på ingen måte opplevde inviterte til musikalsk samspill. Da jeg gikk for å invitere pasienter til gruppa ble jeg mange ganger utfordret på min forutinntatthet. Jeg har tenkt at «hun får jeg aldri i livet med meg uansett.» Men så bestemte jeg meg for å trosse den første impulsen og gi alle en sjanse, uansett hva jeg opplevde de sendte ut av negative signal. Jeg erfarte at når jeg satte meg ned i stua og slo av en prat med pasientene i forkant av gruppa, ble det lettere for dem å bli med ned på musikkrommet. Da var litt av spenningen rundt musikkterapigruppa blitt brutt. Hver morgen var det morgenmøte for pasientene der de planla dagen sammen med de ansatte. Her fikk de informasjon om hva som kunne skje i en musikkterapigruppe, og at det var lagt opp slik at alle kunne delta, uansett hvordan de opplevde formen var og hva de kunne om musikk fra før. Det ble også fortalt at dersom noen bare ville være der og lytte til det som skjedde, var det helt greit.

Jeg har blitt fortalt av kolleger at jeg ikke måtte forvente at det skulle gå bra, og at pasientene kanskje ikke ble med på alt. Noen ganger ble jeg også gjort oppmerksom

på enkelte pasienter som kunne være «vanskelige» å ha med å gjøre. Jeg har hele tiden hatt et ønske om at pasientene skulle få vise sine positive sider og sin egen versjon av hvem de var, før noen andre kom dem i forkjøpet. Noe informasjon kunne det være avdelingen ønsket å videreformidle, som for eksempel om det var fare for utagering, eller om det var noe spesielt de ønsket skulle observeres. Men min holdning var at jeg møtte pasientene med en forventning om at alle kunne delta. Likevel var jeg forberedt på at formen kunne være varierende og at ikke alle pasientene ble med når det kom til stykket. Slik jeg ser det er det en stor forskjell mellom hva en forventer og hva en er forberedt på.

Dersom du har en holdning som viser at du har troen på den enkelte gruppedeltager, kan det gi næring til samspillet i gruppa. Løgstrup (1991) mener at holdningen en har til andre mennesker er med å påvirke hvordan livene deres blir og han sier også noe om hvilket ansvar som fører med når et menneske viser tillit til et annet:

Med vor blotte holdning til hinanden er vi med på at give hinandens verden dens skikkelse. Hvilken vidde og farve den andens verden får for ham selv er jeg med til at bestemme med min holdning til ham. Jeg er med til at gøre den vid eller snæver, lys eller mørk, mangfoldig eller kedelig – og ikke mindst er jeg med til at gøre den truende eller tryg. Ikke ved teorier eller anskuelser, men ved min blot holdning. Hvorfor der er en udtalt, så at sige anonym fordring til os om at tage vare på det liv, som tilliden lægger i vor hånd (Løgstrup, 1991, s. 28).

Hva vi tenker om våre medmennesker og hvilke holdninger vi viser, er med på å påvirke hvordan de rundt oss velger å opptre. Dette gjør seg også gjeldende i musikkterapigruppa. Det er et privilegium å få tillit av et annet menneske og det er også et stort ansvar, som Løgstrup (ibid.) påpeker i avsnittet ovenfor.

*«Du spiller alt for fort! Denne sangen må gå saktere!» sa en av deltagerne mens vi holdt på å synge «Her kommer vinteren» av Jocke og Valentinerne.*

*«Du har helt rett, det er litt typisk meg det. Alt går ofte litt for fort,» svarte jeg. Alle lo, en sa han kjente seg igjen. Vi startet sangen på nytt, denne gang i et litt roligere tempo. Spesielt én var opptatt av tempo. Det var en av dem jeg på forhånd fikk vite har AD/HD problematikk i tillegg til rusproblemer. Han er en type som kan holde det gående i lang tid og i et høyt tempo, ble jeg fortalt. Det er interessant at nettopp han var opptatt av at jeg måtte spille saktere. På forhånd sa en av de ansatte på avdelingen at han kom til å ta mye plass i gruppa. Hvis han ble sint, kunne det blir tøft. Han viste seg å være en av de som virkelig ga av seg selv til gruppa og bidro virkelig til at dagens musikkgruppe ble så bra som den ble.*

## Struktur i det uforutsigbare

En terapeut kan umulig vite nøyaktig hva pasienten kommer til å si neste gang, og langt mindre hva han selv kommer til å si neste gang, før han faktisk gjør det, mener Stern (2007). Selv når terapeuten vet på forhånd at pasienten vil måtte snakke om et bestemt tema, kan han ikke vite når dette temaet vil komme opp eller nøyaktig hvilken form det vil få. Ofte er det foreliggende temaet godt kjent, men likevel vet man ikke hva som vil skje om kort tid. Dersom terapeuten tror at han vet, behandles en teori og ikke en person (ibid.).

Veien pasient og terapeut sammen skal gå, kan ikke alltid være fastlagt på forhånd, skriver Bruscia (1998a). Han mener det uforutsigbare er spesielt sentralt i en musikalsk kontekst. Når noe uforutsett skjer, må en gjerne improvisere. Slik henger improvisasjon og uforutsigbarhet tett sammen. Men det er vanskelig å improvisere dersom en ikke har noen struktur å forholde seg til, eller i det minste et utgangspunkt. Alt kan skje når en pasient og terapeut interagerer gjennom musikken; noe uventet, overraskende eller annerledes oppstår når to mennesker begynner å eksperimentere med og teste ut nye måter å være sammen på og handle på. Professor i kognitiv forskning, Margaret Boden (1995), har skrevet følgende om uforutsigbarhet:

Unpredictability is often said to be the essence of creativity. But unpredictability is not enough. At the heart of creativity lie constraints: the very opposite of unpredictability. Constraints and unpredictability, familiarity and surprise, are somehow combined in original thinking (Boden, 1995, ingen sidetall).

Samtidig som Boden (ibid.) sier at uforutsigbarhet kan sies å være kreativitetens essens, skriver hun at man også trenger rammer. Kjølstad (2004) mener at en gruppe blir fratatt noe av sitt vekstfremmende potensial dersom en på forhånd i stor grad har bestemt hva som skal skje under møtet. Da blir det mindre rom for kreativitet og levende samhandling i gruppa. Men Kjølstad understreker også viktigheten av struktur. Dersom alt er helt åpent kan det oppleves utrygt for enkelte gruppede medlemmer.

Det er mye som var uforutsigbart i musikkterapi gruppa. Samtidig som både rammer og innhold var preget av en improvisatorisk tilnærming, så jeg verdien av å ha en struktur som et utgangspunkt. Dette har vært med på å skape trygghet både for pasientene og for meg som musikkterapeut. Pasienter som deltok i gruppa flere ganger kjente igjen deler av innholdet, noe som kunne gjøre det lettere å stå i situasjonen enn første gang da alt var helt nytt.

Hvert møte ble betraktet som en avsluttet enhet (Pavlicevic, 2003). Det vil si at gruppa hadde en tydelig start og en tydelig avslutning. Dette ble gjort for å hindre at noen forlot gruppa før de selv kjente at de var ferdige. Det var viktig å være tydelig på varigheten av gruppa på forhånd, slik at pasientene visste hva de hadde å forholde seg til. Etter hvert som vi prøvde ut ulike idéer, endte vi opp med en fast struktur som jeg nå vil presentere.

Vi begynte gruppene med en *stemningsrapport*. Her fikk pasientene anledning til å fortelle hvordan de hadde det og hvordan det var å være på avdelingen. Samtalen var en sentral del av gruppa. Rudy Garred (2008) skriver at når en har en åpen dialog, kan en ha fokus på mulighetene til enhver tid, heller enn det fast gitte og allerede bestemte.

En vanlig problemstilling de kom med var den uavklarte situasjonen mange av pasientene stod i. Hvor lenge skulle de være på Ahus? Hvor gikk veien videre? I tillegg

til dette hadde mange abstinenser, fysiske smerter og ubehag. Etter dette tok vi *runden* der jeg presenterte meg selv, og gruppedeltagerne fortalte hvilken musikk de likte. Jeg stilte spørsmål som: Hva betyr musikk for deg? Liker du å lytte til musikk? Hvordan bruker du musikk i hverdagen? Slik flyttet vi fokus fra det som skjedde i avdelingen til det vi skulle gjøre i gruppa.

*«Musikk er følelser». Sa han ene. «Det er sant», sa jeg. Jeg hadde egentlig planlagt å ha en oppvarming for å få i gang kropp og stemme, men de var så engasjerte, og vi fikk i gang en så god samtale til å begynne med, at det opplevdes der og da som et unødvendig brudd i flyten. Derfor droppet jeg det. Vi samtalte om hva musikk er. «Usynlige lydbølger,» sa han ene. «Det må være takt og tone», sa en annen. Jeg sa at det er vanskelig å komme med en klar definisjon på hva musikk er, mange har prøvd. Men musikk kan være så mye. Vi pratet om det å bruke musikk som «matcher sinnstemningen». Jeg fortalte at det har blitt skrevet mye om musikk og følelser. «Musikk er terapi, det. Jeg bruker det som det», sa den ene.*

På bakgrunn av musikkpreferanser som kom opp i runden, *lyttet* vi til en sang eller to. Videre bestemte vi oss for hvilket *konsept* den aktuelle gruppa skulle fokusere på. Hvilket konsept vi valgte varierte fra gang til gang. Under er noen av disse konseptene beskrevet nærmere. Vi avsluttet slik vi startet, med en *runde* der alle sa noe om hvordan de hadde hatt det på dagens gruppe.

I runden til slutt, fikk si noe om hvordan det var å delta på dagens musikkgruppe, hva de syntes hadde fungert godt og hva som ikke var bra. Her kom jeg også med min opplevelse av dagens gruppe. Pasientene sa ofte at de skulle ønske det varte lenger, at de hadde musikkgruppe oftere og at det var et lignende tilbud å gå til etter endt sykehusopphold. Enkelte sa dette tilbudet hadde vært viktig å ha på en institusjon der pasienten oppholder seg over lengre tid. Etter hvert brukte jeg også runden til å løfte fram noe ved hver enkelt som jeg la merke til på dagens gruppe. Når det falt seg naturlig, sa jeg også at de ville få mest ut av gruppa dersom de våget å gi litt av seg



selv. Denne runden til slutt er kanskje det jeg har lært mest av. Det er interessant hvor forskjellig hver enkelt kan oppleve gruppa selv om det tilsynelatende kan virke som en har en felles forståelse av hvordan timen har vært. Dersom det er kort tid igjen når en kommer til runden, er det nok at alle bare sier et ord hver. Det kan kalles en «Blitz-runde» der en får et kort glimt at den enkeltes opplevelse. I forkant og etterkant av gruppa, kan det også skje mye spennende. Det er viktig å ta seg tid til disse møtene som skjer utenfor gruppesituasjonen.

*«Hvordan var det å være med på musikkgruppa i dag?» spurte jeg. En av pasientene svarte:*

*«Det var bra. Men det var nå vi skulle begynt. Det er først nå vi er ordentlig varme i trøya, liksom» (Etter siste sangen). «Vi går jo bare rundt her, ikke sant. Det er bra med musikk. Jeg er helt avhengig av musikk, jeg. Jeg går med musikk på øra hele tida. Du er sporty da! Ja, du er sporty som kommer her og spiller...»*

*Etter musikkgruppa i dag kom en av pasientene bort til meg og spurte om jeg ville se hvilke CD'er han hadde med seg. Det er klart jeg ville! Han gikk til rommet sitt og kom tilbake med hele CD-samlinga tredd nedover et par sølvtusjer. De var til tørk fordi han hadde vært så uheldig og sølt saft over hele mappa si med tre hundre CD'er, sa han. Han satt seg på en stol ved siden av meg og vi begynte å sette inn CD'ene som var ferdigtørket i mappa. Vi prata om musikken hans og sang innimellon. Han måtte gå, men sa jeg kunne bare se ferdig på musikken hans og legge mappa på rommet hans da jeg var ferdig, noe jeg også gjorde.*

## Ulike konsept

Den faste strukturen har et allsidig innhold. Videre vil jeg gå nærmere den delen av innholdet som var forskjellig hver gang, som kan kalles konsept. Disse konseptene har blitt til som følge av pasientenes initiativ, ønsker, handlinger, tanker og uttrykk, samt mine egne idéer. Mye av dette vil fungere fint med ulike grupper og kan utføres av et bredt spekter av musikkterapeuter.

### Ønskelåt

«Hvilken musikk liker du?» er et spørsmål som kunne starte en lang samtale i gruppa. Dersom det var mange gruppedeltagere som hadde mye på hjertet, ba jeg dem om å nevne én sang de likte, eller et band de likte, for at vi ikke skulle bruke hele timen på dette. Pasientene sa noen ganger mye om hvilken musikk de *ikke* liker. Det kan være interessant, men jeg forsøkte alltid å få dem til å komme med eksempel på noe de likte også. Basert på det de delte av musikkpreferanser, lyttet vi til noen sanger. Ved at pasientene kom med sine egne ønskelåter, fikk også pasientene som ikke ønsket å spille eller synge deltatt. Jeg har brukt både Spotify og YouTube for å finne sanger pasientene ønsket å lytte til. Så langt det lot seg gjøre, brukte jeg Spotify. På YouTube finnes det så mange versjoner av sangene med bilder og film, at det kan bli et forstyrrende element i musikklyttingen. Noen ganger ønsket pasientene at vi skulle lese teksten samtidig som vi lyttet til sangen. Da fant jeg ofte fram en versjon av sangen på YouTube der teksten kom opp. Jeg spurte alltid pasienten som ønsket seg sangen om han eller hun ønsket at vi skal ha musikkvideoen på i bakgrunnen eller ikke.

*En av pasientene i gruppa holdt seg i bakgrunnen i fellesmiljøet og var vanskelig å få kontakt med. I musikkterapigruppa oppførte han seg annerledes og var mer tilgjengelig, selv om han bare pratet når han fikk spørsmål direkte stilt til seg. Da han fikk ordet, fortalte han med innlevelse om musikken som var viktig for ham og om CD-samlingen sin på åtte hundre CD'er. Denne pasienten deltok på flere musikkterapigrupper. På en av gruppene spurte han om*

*vi kunne lytte til en sang som betydde mye for ham. Han sa følgende: «Det er en sang som betyr mye for meg... «How will I Laugh Tomorrow» av Suicidal Tendencies. Den sangen uttrykker akkurat hvordan jeg har det.» Uken etter kom den samme pasienten med interessant info om ulike artister og band vi lyttet til. Det var tydelig at han kunne mye om musikk. Pasienten ønsket at vi skulle lytte til en sang som heter «Living On Love», noe vi også gjorde. Han fortalte at sangen handler om at uansett hvem du er eller hvor gammel du er, så kan kjærligheten overvinne alt. Etter at vi hadde lyttet til sangen smilte han (for første gang så lenge jeg hadde kjent ham) og sa det var vakkert å høre den. På evalueringsrunden sa pasienten at det var fint å vise musikk for de andre og at «Living On Love» er sang som er hysterisk fengende og at den alltid påvirket ham positivt.*

## **Samspill**

Til å begynne med hadde vi ingen instrumenter. Jeg så meg litt rundt på avdelingen, og fant et lagerrom der det blant annet stod et lite keyboard. I enden av rommet var det stablet noen tomme vanntanker oppå hverandre. Keyboardet og noen vanntanker ble tatt med til gruppa. De tomme vanntankene fungerte fint som trommer. Keyboardet var det dårlig lyd i, men vi brukte rytmene som var innebygd som et morsomt innslag til noen av sangene. Det dukket også opp en gitar som en pasient hadde glemt igjen. Vi klarte ikke å lage det mest proffe lydbildet med dette utstyret, men det var godt nok. Jeg tror det er en lavere terskel for mange å slå på en vanntank enn å spille bassgitar, for eksempel, noe som kanskje bidro til mer deltakelse fra pasientene. Etter hvert fikk vi økonomiske midler fra KoRus-Øst,<sup>6</sup> og kjøpte inn et godt utvalg av instrumenter. Men vanntankene var med videre og ble mye brukt, selv etter at vi fikk nye trommer. Vi spilte mange forskjellige sanger i gruppene. Men to sanger som ble brukt mye var «What's Up» av 4 Non Blondes og «Don't Worry Be Happy» av Bobby McFerrin. Har

---

6 Komptansesenter Rus Øst.

du lært tre akkorder kan du plutselig spille disse to sangene. Flere hadde hørt mye på sangene vi sang i gruppa på forhånd og kom med en forventning om at skulle bli akkurat som på CD-en. Da pratet vi om at vi kunne gjøre det på *vår* måte. Jeg delte ut instrumenter, ofte rytmeinstrumenter, og inviterte pasientene med på å spille til mens vi sang. Enkelte fikk spille bass/gitar, og prøve hvordan de kunne akkompagnere på en enkel måte. Musikalsk samspill ble tilrettelagt etter den enkeltes nivå.

*En av gruppedeltagerne begynte å spille gitar med en gang hun kom inn på musikkrommet og husket godt det hun lærte forrige uke. Hun sang solo i mikrofon og prøvde også å spille bassgitar. Hun sa at det hadde vært fint å se andre sider ved medpasientene på de andre musikkgruppene hun har vært med på. Mot slutten av timen sa pasienten at hun synes det var synd at dagens gruppe ble den siste musikkgruppa, da hun opplevde at dette er en gruppe hun får mye ut av. Jeg ga pasienten anerkjennelse for at hun ikke ga opp å lære seg å spille gitar. Hun fortsatte å spille selv om hun ikke fikk det til med en gang. Pasienten sa da at en av grunnene til at hun er her på avdelingen er at hun aldri klarer å fullføre det hun begynner på og at hun har lett for å gi opp. Vi pratet litt om at hun har vist at hun har den egenskapen ved seg og at dette kan overføres til andre områder. Jeg sa at det var modig gjort av henne å synge solo i mikrofon og våge å bli så synlig med sin stemme i gruppa. Hun sa det ga henne en opplevelse av mestring.*

## **Sangskrivning**

På musikkterapigruppa jobbet vi en del med sangskrivning, enten sammen med hele gruppa eller i en en-til-en setting. Noen skrev om hvordan de hadde det, andre laget en tekst om noe de syntes var morsomt, vakkert eller fengende, uten at det trengte å ha noe med dem selv å gjøre. Sangskrivning kan være en fin måte å uttrykke seg på. Når en skriver sangtekster kan en bruke metaforer for å beskrive eller forstå meningen med hva som skjer med oss. Bruscia (1998b) sier at en kan utforske følelser gjennom sanger:

Songs are the ways that human beings explore emotions. They express who we are and how we feel, they bring us closer to others, they keep us company when we are alone. They articulate our beliefs and values. As the years pass, songs bear witness to our lives. They allow us to relive the past, examine the present, and to voice our dreams of the future. Songs weave tales of our joys and sorrows, they reveal our innermost secrets, and they express our hopes and disappointments, our fears and triumphs. They are the sound of our personal development (ibid., s. 9).

Bruscia skriver om sanger generelt, dette kan også gjelde sanger en skriver selv. Når vi laget sanger i musikkterapigruppa har det variert i hvor stor grad pasientene trengte ledelse. De har gjerne tatt ulike roller. En tok pennen og satt seg ned for å skrive, en annen satt seg ned med bassgitaren og prøvde å lage en basslinje mens to andre nynet på en melodi. Musikkerapeuten kan i en slik situasjon bidra med å samle trådene slik at det blir et felles prosjekt på veien mot en ferdig sang. På en gruppetime klarer en kanskje bare et vers, og det er greit. Hensikten med denne aktiviteten er at pasientene skal få anledning til å uttrykke noe, være skapende og kreative. Dersom en har sangskrivning med hele gruppa, kan det også være et mål at de skal få oppleve å lage noe *sammen*. Veien mot sangen går gjerne gjennom følgende punkt:

1. Hva skal vi skrive om? (Tema)
2. Hva tenker dere på/forbinder dere med dette tema?
3. Lage setninger, sette setninger sammen til vers
4. Hva kan være refreng?
5. Velge sjanger
6. Skal melodien være trist/glad?
7. Tempo

*Monika: Er det noe spesielt du tenker på for tiden? Kanskje er det noe du har lyst til... Eller noe du er lei av... Eller...*

*Pasient: Jeg er skikkelig lei abstinenser.*

*Monika: Ja! Der har vi det. Det er et tema vi kan skrive om.*

*Pasienten hadde lært seg noen akkorder på piano. Da hun var yngre spilte hun piano, og det tok ikke lang tid før hun spilte rytmisk og fint. Hun prøvde seg litt fram, og endte opp med følgende akkorder:*

*C – Dm – F*

*Em – F – G – C*

**«I Want To Be Free»**

*Vers:*

*I'm tired of being absitent*

*I want to be free*

*from all this drug that kills me inside x2*

*Refr.:*

*I want to be free*

*From all this trouble*

*So I can start a new life x2*

*Jeg spurte om pasienten kunne tenke seg å spille sangen for de andre på avdelingen. Hun nølte litt, men smilte med hele ansiktet. Hun hadde ikke lyst til å synge, sa hun. – Hva med å spille djembe? Spurte jeg. Det kunne pasienten tenke seg. Vi spilte gjennom sangen to ganger der hun spilte djembe og jeg sang og spilte gitar. Så gikk vi opp i avdelingen. Der satt det tre pasienter og to ansatte i TV-stua og så på en film. Vi spurte om det passet at vi spilte en sang for dem. Det kom et enstemmig ja fra gjengen i stua og filmen ble satt på pause. Pasienten spilte taktfast på djembe gjennom hele sangen og smilte.*

*Da vi hadde spilt sangen ferdig applauderte «publikum» for oss. Vi reiste oss, holdt armene rundt hverandre og bukket høytidelig før vi gikk lattermilde ned igjen på musikkrommet. Tidligere på dagen hadde denne pasienten vært i så dårlig form at hun sa hun ikke orket å være på sykehuset lenger. Flere ansatte sa til meg at det skulle litt til å motivere pasienten for å være med på noe som helst. Hun var negativ og veldig abstinent, sa de. Så endte det slik...*

### **Framføringer**

Det skjedde mye i musikkterapigruppa som pasientene fikk lyst til å vise fram for flere. Jeg spurte noen ganger pasientene om vi skulle gjøre opptak av det vi spilte, og så spilte vi av opptaket for de andre i miljøet, både ansatte og medpasienter. Noen ganger har vi også tatt med oss instrumenter opp i stua og hatt minikonsert med et par sanger. Unni Johns (2009) skriver at når en deltar i en musikalsk framføring på en konsert gir det mulighet for å bli sett og anerkjent. Rudy Garred (2008) løfter fram muligheten en får til å vise sider ved seg selv som tilhørerne kanskje ikke visste om fra før. Men det er ikke alltid det er hensiktsmessig å gjøre dette. Det kan være vel så bra å bare fortelle til de andre hva vi har gjort i gruppa.

Dersom en gruppe skal framføre noe for andre, må musikkterapeuten vite at deltagerne har lyst til å gjøre det og at det er sannsynlig at de kommer til å klare å gjennomføre opptreden. Hvis ikke kan det bli en dårlig opplevelse for pasientene som kan skape, eller forsterke, en følelse av å aldri få til noe. Noen av gruppedeltagerne ble så oppspilte og glade over at de fikk til å spille eller synge noe, at de kunne miste litt bakkekontakten. Enkelte har sagt at de hadde lyst å spille inn noe og legge ut på YouTube eller begynne å lage musikk og legge det ut på Myspace. Som leder av en slik gruppe må en vise deltagerne hvordan de kan å beskytte seg selv og unngå å sette seg selv i en sårbar posisjon. En skal støtte og anerkjenne deltagerne, men en skal ikke rose pasienter bare fordi det er hyggelig med skryt. Da kan pasientene få et urealistisk bilde av hva de kan og vise seg fram for offentligheten, uten at de egentlig

er klar for det. Det er så fort gjort, bare et klikk så er en synlig for hele verden. Det kan en komme såret ut av.

*To pasienter og jeg satt på musikkrommet og sang i etterkant av gruppa. Vi bladde i noen sangbøker, lo og prata. Hun ene hadde vært med to ganger før, han andre en gang før. Begge framstår frimodige, positive, glad i musikk og vi har fått god kontakt. Jeg fikk en idè, men så det litt an, ventet til den rette sangen kom. Etter vi hadde sunget «Wild Rose» sa jeg: «Bli med inn, så framfører vi den for de andre». De lo og sa det var en vill idè, men ble med. Jeg banket på personalrommet og spurte om de var opptatt. Det var de ikke, så jeg inviterte dem med inn i stua så skulle vi synge en sang for dem. Inne i stua satt det noen og så på TV. Jeg spurte om de fulgte med på noe eller om vi kunne synge en sang for dem. «Det er mye bedre med live musikk!» sa de. Vi satt oss ned i sofaen der og sang. Noen ansatte stod i døra, noen satt i stoler og i sofa. Noen pasienter lyttet også til oss. Vi som framførte sangen hadde kontakt underveis og smilte til hverandre. Et par ganger falt pasientene ut av melodien, da støttet jeg dem så de fant tonen igjen. Da sangen var ferdig bukket og neiet vi, så gikk vi tilbake til musikkrommet. Vi lo høyt alle tre mens vi gikk tilbake til musikkrommet. Den ene pasienten sa: «Dette var litt flaut, men veldig moro!» Hun andre bare lo. Pasienten sa at han ikke skjønnte hva som skjedde med melodien, han ble plutselig litt usikker, enda han hadde hørt sangen flere ganger før. Jeg sa at det er forskjell på å høre på sanger og å synge dem selv, men at det hadde gått strålende med dem begge. Den ene pasienten sa til den andre: «Jeg ble skikkelig imponert over deg. Jeg visste ikke du sang så fint!»*

### **Min musikk**

Konseptet «Min musikk» gikk ut på at alle gruppedeltagerne fortalte om hvilken musikk de likte, hvorfor de likte akkurat den musikken og hva denne musikken



betydde for dem. Dersom det var få deltakere, kunne de for eksempel presentere fire-fem sanger hver. Var det mange deltakere og det var ønskelig å slippe flere til, valgte de bare en sang hver.

*En av deltagerne i gruppa hadde vært på avdelingen i over en lengre periode. Til i dag hadde han forberedt fem sanger som var viktige for ham. Han sa at han bevisst hadde valgt ut sanger som gir han positive følelser. Den første sangen han presenterte for oss var «Who Is It» av Michael Jackson. Flere av sangene til Michael Jackson har vært viktig for ham hele livet, og pasienten sa han har gode minner fra da han hørte denne musikken på kassett som barn. Neste sang pasienten presenterte for oss var «Fading Like A Flower» av Roxette. Han fortalte at han hørte mye på Roxette da han var liten. På bussen hjem fra skoleleir hadde han mimet til alle sangene. Han kunne teksten utenat og de andre på bussen ble imponerte. Når han hører denne sangen husker han tilbake til den tiden da alt var bra. Han viste oss to sanger til som ga ham en god følelse; «Summer Of 69» av Bryan Adams og «Keep Your Hands Ringing» av Dr. Dre. Sistnevnte var en «fredagssang», sa pasienten. Pasienten avsluttet presentasjonen av musikken sin med «Life Goes On» av 2pac. På slutten av timen hadde vi som vanlig en runde der alle kunne dele hvordan det hadde vært å delta i gruppa. Pasienten som hadde delt musikken sin med oss andre sa følgende: «Takk for at jeg fikk lov til å dele musikken min med dere. Det gjør noe med meg og jeg merker at det gjør noe med dere også. Alt har ikke alltid vært vanskelig. Tross 14 år med rus. Når jeg hører på musikk fra den tiden da jeg var ung og uskyldig, kjenner jeg at jeg har det positive i meg fremdeles. At det går an å ha det bra uten rus.»*

### **Sanger fra permene**

Til dette konseptet hadde vi noen permene med mange ulike sangtekster. Da musikk-terapitilbudet startet opp, var permene tomme. Etter hvert som pasientene kom

med sangønsker, ble permene fylt opp med et stort spekter sanger i ulike sjangre. Konseptet «*Sanger fra permen*» gikk ut på at hver enkelt gruppedeltaker fikk velge en sang fra permen som vi skulle synge/spille. Jeg understreket hver gang at permen var åpen for utvidelse, og at innspill om nye sanger til permen ble tatt imot med takk. De aller fleste ble begeistret over sangpermene og syntes det var moro at de kunne være med på å utvide den. Vi pratet ofte om sangene de valgte og hva gruppedeltagerne var mest opptatt av; tekst eller melodi. Dette fikk i gang mange gode samtaler i gruppa. Vi holdt også på med en form for teksttolkning. Vi har blant annet oversatt «Wish You Were Here» av Pink Floyd til norsk, og diskutert hva som menes med teksten.

*Før vi begynte med musikkgruppa i dag satt jeg i sofaen og ordnet med sanger og hadde noter og permer over hele stuebordet. Det satt to pasienter der hele tiden mens jeg holdt på å organisere, blant annet han jeg hadde som mål å engasjere i dag. Han fikk en perm med mange ulike sanger og jeg spurte om det var noen av sangene han kjente. Jeg kunne ikke alle, sa jeg. Han begynte å bla og sang litt av sangene etter hvert som han kjente dem igjen. Han fikk videre assosiasjoner til andre sanger, og det fikk jeg også. Vi sang gamle slagere og lo av at vi ikke kunne teksten skikkelig. Jeg sa at mange av de sangene jeg lærte da jeg var liten synger jeg bare tulleengelsk på. Han lo og sa at det var litt sånn med ham også. Han valgte «Desperado» fra permen, jeg kopierte den opp og satt den inn permene. Jeg satt meg inn på musikkrommet 20 minutter før musikkgruppa begynte. Da klokka var 16 minutter over 10 stakk han hodet innom, så på klokka og sa: «Fjorten minutter igjen...» Klokka 10.22 kom han susende inn i rommet. «Jeg setter meg her jeg satt forrige gang,» sa han. «Oi! Du er tidlig ute i dag, så bra!» sa jeg. Vi begynte å høre på musikk på Spotify mens vi venta på de andre.*

## Å bli sunget for

*I think being sung to is the nicest thing in the world. There's nothing more comforting or enjoyable.*

Emily Stavelly

Det er mange måter å delta i musikalsk samvær på. Selv om deltagerne ikke spilte eller sang selv, kunne de få mye ut av å det å sitte i ringen, sammen med andre, og ta inn musikken og det som skjedde. Noen ganger ønsket pasientene at jeg skulle spille noe for dem. Til å begynne med tenkte jeg at det var litt rart at bare jeg skulle spille, uten å ha gruppedeltagerne med i et musikalsk samspill. Men flere kommenterte at de satt veldig pris på dette, noe som førte til at jeg innimellom også på eget initiativ sang en sang for dem. Da har jeg forsøkt å finne sanger som passet til den aktuelle gruppa.

*I dag var det to pasienter som var med i gruppa. De har deltatt flere ganger på musikkgruppa og vist en veldig utvikling fra første gang vi var sammen. I dag var det siste gang i gruppa før de skal videre i behandling et annet sted. De virket nå så ærlige og tydelige på hvem de var. Det var som om de viste meg litt av hvor mye som bor i dem. Jeg takket dem for tiden vi hadde hatt sammen og sa jeg ville gi dem en sang som jeg synes passet til dem og sang en versjon av «True Colours» av Billy Steinberg og Tom Kelly. Det ble helt stille i rommet etter siste strofen var sunget. En av gruppedeltagerne sukket og sa det var fin avslutning i gruppa.*

## Improvisasjon

Improvisasjon stod sentralt i musikkterapigruppa. Vi improviserte både med instrumenter og egen stemme. Johns (2009) skriver at improvisasjon og kreativitet anses å være selve kjernen i musikkterapi. Det var uvant for noen å bare skulle spille noe,

uten at de på forhånd visste hva de skulle spille. Når en improviserer med personer som ikke er vant til det, er det viktig at musikkterapeuten er tydelig i sin væremåte og spillemåte. Gå gjerne foran med både godt og dårlig eksempel. Her kan en finne på mye morsomt. Jeg pleide å dele ut instrumenter uten å gjøre et stort nummer ut at det. «Nå skal vi spille akkurat det vi har lyst til», sa jeg gjerne. Deltagerne kan bli inspirert av noen enkle forlag til hva en kan gjøre i en improvisasjon, som å herme etter hverandre, variere styrkegrad, bruke stemmen og så videre. Noe som også fungerer fint, er å gi deltagerne ulike rytmer slik at det hver og en spiller utgjør en fengende groove til sammen. Når en har fått til en jevn og god rytme, kan dette varieres over. Hallan Tønsberg (2010) skriver at improvisasjon først og fremst innebærer å si ja til den andre, å berøre og la seg blir berørt, å lytte, følge og anerkjenne den andres rett til å stå frem med sitt ansikt og sine uttrykk. En inntar en posisjon som en som lytter og søker å se bak uttrykket. En går fra å være tilskuer til medopplever og medskaper (ibid.).

*Jeg delte ut tomme vanntanker som vi spilte trommer på. Jeg lærte gruppedeltagerne en groove fra Tanzania. Den lærte de så fort at de fikk lære noen bevegelser og et break som hørte med grooven i tillegg. Så improviserte vi. En av pasientene hadde spilt trommer tidligere og lærte oss en groove han kunne. Etter han hadde lært oss den, improviserte vi også over denne. Det var en utfordring å få med alle, men jeg opplevde at det fungerte bra. Jeg forsøkte å tilrettelegge det underveis, viste enklere versjoner av rytmene, at de bare kunne slå på annenhvert slag, men de ville enten spille den samme rytmen som meg eller ingenting. Etter hvert ble det mer improvisasjon. Vi spilte grooven fra Tanzania igjen til slutt.*

### **Musikk på internett; tips og triks**

Bakgrunnen for dette konseptet er at det viste seg at mange av gruppedeltagerne visste lite om hvilke muligheter som finnes for å videreutvikle en musikkinteresse på internett. Enkelte sa de synes det var pinlig at de ikke en gang visste hvordan de kunne finne sangtekster på internett. Når vi holdt på med konseptet «Musikk på

internett» var vi innom ulike nettsteder der en kunne finne akkorder og sangtekster, og vi så filmsnutter på YouTube der en kan lære seg å spille alt fra gitar til å spille på skje. Til dette konseptet utarbeidet jeg et hefte som pasientene kunne ta med seg hjem. Her har jeg skrevet ned ulike nettsteder de kunne besøke for å lære mer om musikk, og bakerst i heftet har jeg en oversikt over akkorder på gitar og piano. Heftet var noe konkret de kunne ta med seg hjem som ga tips og inspirasjon til å utforske «musikkverdenen» videre på egenhånd. En side vi har brukt mye er «[www.music-map.com](http://www.music-map.com)». På denne siden kan en skrive inn bandnavn/artist i en boks, trykke Enter, og så kommer det opp et musikkart med artisten sentrert på midten. Rundt boksen kommer det opp flere navn på band og sangere som er tilsvarende det du nettopp tastet inn. Slik kan en oppdage ny musikk som det er sannsynlig at en vil like.

*I gruppa satt en av gruppedeltagerne hele tiden med den ene gitaren i fanget. Da jeg spurte pasienten etter gruppa hvordan det hadde vært i dag, sa hun: «Jeg elsker dette!» Planen videre var at hun skulle lære seg å spille en av favorittlåtene sine «Ruby Tuesday» av Rolling Stones. Med tanke på pasientens konsentrasjonsvansker, fant jeg det interessant å se hvordan hun opptrådte på musikkgruppa. En dag viste hun god konsentrasjon og klarte å holde fokus over lengre tid. Hun viste et stort engasjement for musikk og interesse for å lære å spille gitar. Jeg ga henne heftet «Musikk på internett», der hun kan lære seg gitarakkorder på egenhånd og internettdresser der hun kan videre utforske musikkinteressen etter endt opphold på Seksjon IR.*

### **Musikk og følelser**

Dette konseptet ble utarbeidet sammen med den ene psykologen på Seksjon IR. Vi hadde en gruppe vi kalte «musikk og følelser» der psykologen fortalte om ulike følelser og jeg spilte av musikkseksempler innimellom. Vi spurte pasientene hva de tenkte om musikken og hvilke følelser musikken skapte i dem. Musikkseksemplene var av meget ulik i karakter.

*Jeg spilte av «Spiegel im Spiegel» som er et skjørt pianostykke av komponisten Arvo Pärt, «Fuel for Hatred» av Satyricon (metal), «So Far to Go» av J Dilla (Hip Hop/rap) og «Teenage Dream» av Katy Perry (Pop). Psykologen og jeg uttrykte også hva vi tenkte om disse musikk eksempene. Vi fikk i gang en interessant samtale omkring musikk og hvor ulikt vi reagerte på musikken vi hørte. Psykologen syntes for eksempel at det var ubehagelig å høre Satyricon, mens en av pasientene sa at han ble beroliget. Alle fikk si hvilken musikk de likte å høre på, og en av pasientene fortalte om en sang som betydde mye for ham. Han hadde den på iPod, sa han. Jeg oppfordret ham til å ta den med fram så vi kunne koble den til høyttalerne. Det ville han, og han presenterte sangen sin, «Lyseblått Helvete» av Svartepetter. Det var en sterk låt. Jeg opplevde den som brutal, trist og tankevekkende. Den hadde en fengende groove. Alle i gruppa satt helt stille og lyttet helt til sangen var ferdig. Jeg takket pasienten for at han hadde delt sangen med oss og jeg med flere uttrykte at vi likte det vi hadde hørt. «Hva er det med denne sangen du liker så godt?» spurte jeg pasienten. «Det er litt sånn livet mitt er...»*

### **Musikk og... dyr?**

Jeg har vært på jakt etter å finne noe gruppedeltagerne er opptatt av, som ikke hadde med rus og medisiner å gjøre, men som kunne si noe om hvem de er. Mange fortalte at det som betyr mest for dem i livet, er hunden. Dette førte til at jeg skrev ned ulike YouTube-klipp der det blant annet var en hund som danset og en papegøye som sang opera. Når en spiller av morsomme filmsnutter med noe gruppedeltagerne er opptatt av, skjer det noe med stemningen i gruppa. Det er en god måte å skape kontakt på og får deltagerne til å senke skuldrene. Det er en fin «icebreaker», med andre ord. Vi ler sammen av YouTube klippet og går så videre til å musisere sammen.

### **Musikk og bevegelse**

Gjennom hele livet erfarer vi at lyd og bevegelse henger sammen. I musikkterapi-gruppa har det flere ganger skjedd at noen har hoppet opp fra stolen og begynt å

danse, som en reaksjon på en sang vi har lyttet til eller spilt selv. Det er vanskelig å lytte til musikk uten å få en kroppslig fornemmelse av de underliggende kvalitetene i lyden, mener musikkviter Jensenius (Forskning, 2008). Bare det å si at en «lytter» til musikk blir da misvisende. Musikkopplevelsen er multimodal, det vil si at alle sansene involveres (ibid.). Det lagerrommet vi har hatt de fleste musikkterapigruppene i, har vært så lite at dersom vi var flere enn fire gruppedeltagere, var det liten plass til bevegelse. Likevel har deltagerne beveget seg såpass mye at flere kommenterte at de ble varme i kroppen, som du kan lese om i del to av denne boka. Noen ganger var det også med deltagere som hadde danset mye tidligere og som ikke brydde seg om at det var litt trangt, som han i eksempelet under.

*Den ene av gruppedeltagerne begynte plutselig å danse i dag! Han som satt stiv og forknytt forrige gang, tok helt av med hip-hop-bevegelser. Han begynte å danse da vi spilte av sangen han ønsket seg, «Ice Baby» av Vanilla Ice. De andre i gruppa lo og kom med utsagn som «Wow» og «Så flink du er til å danse!»*

## Overraskelser

Før oppstarten av dette musikkterapitilbudet visste jeg ingenting om Seksjon IR og nesten like lite om rusfeltet. Det tror jeg gjorde det lettere for meg å møte gruppedeltagerne med en åpenhet. Likevel hadde jeg med meg min forforståelse som kunne påvirke måten jeg møtte pasientene på. Det har vært overraskende å se hvor frimodige og engasjerte gruppedeltagerne har vært. Jeg var forberedt på å møte motstand og negative kommentarer. I stedet viste pasientene takknemlighet.

*Etter musikkterapigruppa var ferdig tok en av pasientene meg spontant i hånda og sa: «Tusen takk! Dette var skikkelig kult!». Alle de andre tok meg også i hånda og flere sa de gledet seg til neste gang. En sa «Jeg har blitt skikkelig inspirert til å holde på musikk hjemme også.» En annen sa: «Jeg vil bare sitte på stranden og spille gitar...»*

Jeg hadde ikke sett for meg at det skulle bli så mye humor og glede, og det var interessant å se hvor annerledes mange opptrådte på musikkrommet enn i miljøet ellers. Jeg var klar over at musikk er viktig for mange, men det har gjort inntrykk å høre hvor stor rolle musikk faktisk spiller i livene til de jeg har møtt gjennom musikkterapigruppene. Hvor sammensatte problemer et menneske kan ha, vet jeg mer om nå enn før jeg begynte på Seksjon IR. Mange står i meget kompliserte situasjoner.

Det har vært godt å bli tatt så vel imot av kolleger og se hvor mange dyktige fagfolk og varme medmennesker som jobber innenfor rusfeltet. Musikkterapi ble en naturlig del av opplegget på avdelingen. Jeg hadde på forhånd trodd det skulle bli vanskeligere å argumentere for og forklare hvorfor avgiftningsenheten skulle ha musikkterapi. Noen «kamper» har jeg måttet ta, men pasientenes fortellinger og kollegers observasjoner gjorde det til en takknemlig oppgave å være musikkterapeut på Seksjon IR.

Jeg husker veldig godt en av de første gangene jeg skulle presentere musikkterapitilbudet for en gruppe pasienter på morgenmøtet. Jeg prøvde å forklare hva musikkgruppa var på en konkret og jordnær måte. Tilbakemeldingen var unison; «Musikk er TERRAPI, det!». Pasientene har også blitt overrasket over å møte et musikkterapitilbud under sitt avgiftingsopphold. De har sagt at de ikke skjønnte hvorfor jeg «gadd» å komme til Seksjon IR å for å ha musikk med dem når jeg heller kunne brukt tiden min på å lage en CD, for eksempel. Jeg har da sagt at jeg ikke kunne se for meg noe bedre enn å være nettopp der, i musikkterapigruppa, sammen med dem.

Det har vært spennende å starte opp og drive musikkterapitilbudet på Seksjon IR. Det fungerte så godt at det var trist da prosjektmidlene tok slutt og tilbudet måtte avsluttes. Mitt ønske er at erfaringene fra musikkterapitilbudet på Seksjon IR kan åpne opp nye dører og muligheter for musikkterapi praksis innenfor rusfeltet.

Etter endt musikkterapigruppe sa en pasient følgende:

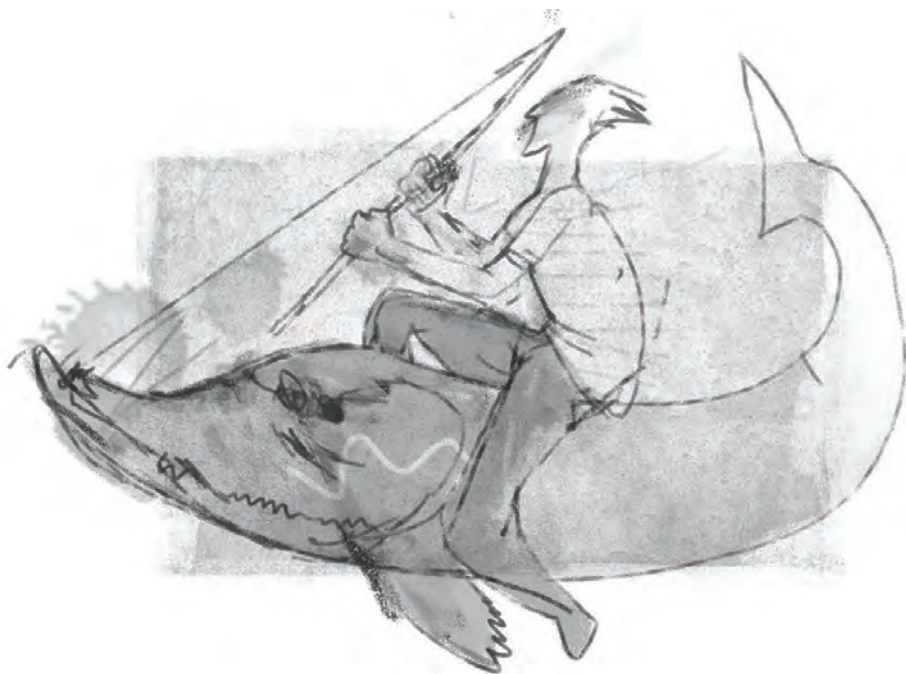
Dette er det beste sjukehuset jeg har vært på, i hvert fall. Det må jeg innrømme.





# PASIENTSANGER





### **Elvekanten min**

Jeg har en plass nede ved elvas bredde  
Der fisker jeg gjedde

Den kan bli stor, kjempestor  
10-12 kilo

Det er ikke grenser for det som er stort  
Jeg husker min første jakt  
Den var helt intakt

Ettersom gjedda var 10-15 cm større enn det hodet jeg rakk  
Jeg vandret utover elvekanten

Jeg gikk så langt at støvlene ble fylt  
Gjedda var stygg som faen  
Den var større enn den Lars tok her om da'n  
Fortsatt lever drømmen om  
Gjedde som kanskje blir sju meter lang  
Og stygg som faen



### Savn

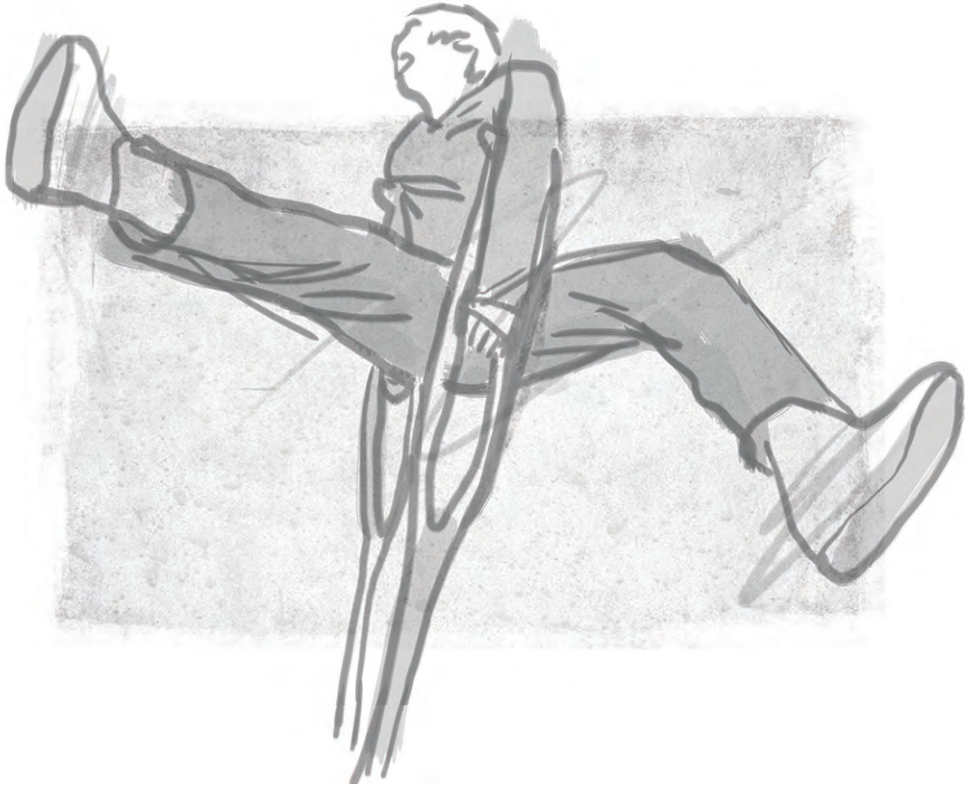
Jeg har et savn  
Det er enormt stort  
Jeg har et savn  
Jeg kan bare ikke gjemme det bort

Refr.:  
Når skal jeg lære  
Hvor lenge kan jeg sorgen bære?  
Over tapet av deg  
Jeg er bare så lei meg

Jeg har et savn som også har sitt navn  
Min kjære datter  
Jeg håper jeg snart får se deg igjen  
Min kjære, kjære, godeste venn

Refr.  
For du er for meg  
Det andre kaller gull  
Jeg veit du har et hjerte  
Og mitt savn det er ikke bare tull

Refr.  
Jeg vil så gjerne formidle til deg  
All lengsel jeg har inni meg  
Min kjære, min kjære  
Jeg savner deg så jeg blir gærn!  
Det har vart lenge.  
Det har vært mange liter med tårer  
Jeg veit det ennå vil vare lenge.  
Uansett hvor mye det sårer  
Men jeg veit, min kjære  
Det kommer ei tid som ennå ikke har  
glidd forbi  
At jeg snart vil få treffe deg  
Det er bare noe jeg føler i mitt hjerte,  
i meg



### **Krykkebilly Boogie**

Du ser larsa oppi klubben din og danser under røykutvikling  
Litt hasj, litt sprit og ca 100 sprøytestikker  
skikkelig høyt trykk, ja det kommer jo an på hvor høyt jeg trykker  
Jeg bøyer verb, bøyer deg, knekte bein og bøydde krykker

Jeg orker ikke å orke mer  
Jeg orker ikke å korke mer  
Så nå skurr jeg snart på korken  
Og orker ikke se folk no mer.

Med fløyelsmyke tøfler, sitter jeg å nynner på Shit rett inn på Dada,  
inni diske spinner det Gits.  
Kliner med chicks, chick etter chick, forfører chicks litt etter litt,  
jeg er smør på flesk, som å spytte på spytt  
Vi knekker bein og krykker  
jeg liker meg når jeg er nykter  
jeg trenger ikke støttehjul lenger, lenger. Jeg trenger penger...

Jeg orker ikke å orke mer  
Jeg orker ikke å korke mer  
Så nå skurr jeg snart på korken  
Og orker ikke se folk no mer.





### **I Will Love You 'Till Tomorrow**

I will love you 'till tomorrow 'till the morning comes  
That is all that I can tell you right now.  
Hopefully young baby I didn't act so very shady  
When I met you in the bar last night

But you my little lady, you were like a tiny sunshine  
Lighting up the darkest parts of my mind  
You were smiling, you were shining, and your eyes they spoke so kind  
I was so happy hoping you could be mine.

Asking, trembling and shivering  
Can I enjoy your sweet company tonight  
You answered to me softly; that is all I've ever wanted in my life.

I fried the eggs and bacon  
But you were a vegetarian  
so I already fucked up before lunch  
I got a little embarrassed but you said that's quite alright  
I can sacrifice the bacon for you



### **Krig og fred**

Snakket om krig tok uendelig med tid  
Min tid, vår framtid  
Vi vil jo kun ha fred på denne jord  
Er det så mye å be om det?  
Hva er poenget med krig  
Hvorfor kriger egentlig vi? Var vi ikke venner? Trodde vi var det.  
Hva skal til for å gjøre oss venner igjen?  
Trodde kjærligheten skulle føre oss sammen igjen  
Hvorfor gjorde den ikke det?  
Ingen soldater på denne jord kan falle nå  
Alle er egentlig en, alle er med, syng med  
Syng med alle sammen

La håpet aldri forsvinne  
La håpet aldri dø  
Syng med, det er fred  
Det er fred vi alle ville ha  
Det var det vi sa i stad

Tydeligvis

Blir det jo krig av enkle detta  
La håpet aldri forsvinne, la håpet aldri dø  
Mine ord, våre linjer, alles strofer vil kun ha fred på denne jord  
Ja, syng med, ja riktig, er det, det stemmer, det var fred vi sa  
Det var fred vi ville ha, men hva skal til for å få til dette da?  
Å skape den fred vi alle vil ha.  
Alt for mange har falt.  
Vi kan ikke la flere falle nå, vi må gjøre noe nå, hvis ikke kommer det ikke til å gå.  
Men det skal gå. Vi skal få det til.

Det blir ord mot ord, tro mot tro  
Sånn har det alltid vært på vår jord  
For religion er roten til alt vondt  
Religion er grunnen til at vi kriger og at uskyldige mennesker dør  
Det blir ord mot ord, tro mot tro  
Så hvordan tror vi dette vil gå, hvis vi ikke tar og setter ned vår fot  
For religion er roten til alt vondt, og det blir bare vondt verre  
For mange har det vondt nå og enda flere vil få vondt

Så hvorfor gjør vi dette mot folk som ikke er i stand til å kjempe.



## Litteraturliste

- Abdollahnejad, M. R. (2006). The Use of Music Therapy with Substance Abusers. *Music Therapy Today*, 7(2), 318-332.
- Albornoz, Y. (2011). The effects of group improvisational music therapy on depression in adolescents and adults with substance abuse: a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Music Therapy*, 20(3), 208-225.
- Aldridge, D. (2010). Introduction: Coherence and Timing. I: D. Aldridge & J. Fachner (red.), *Music Therapy and Addictions*. (s. 7-17). London: Jessica Kingsley.
- Baker, A. F., Gleadhill, L. M., & Dingle, A. G. (2007). Music therapy and emotional exploration: Exposing substance abuse clients to the experiences of non-drug-induced emotions. *The Arts in Psychotherapy*, 34(4), 321-330.
- Berg, I. K. & Miller, S. D. (1998). *Rusbehandling – en løsningsfokusert tilnærming*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Boden, M. (1995). Creativity and unpredictability. *Stanford University SEHR*, 4 (2).
- Bonde, L. O. (2009). *Musik og menneske: Introduktion til musikkpsykologi*. Fredriksberg C: Samfundslitteratur.
- Borchgrevink, H. (2008). *Nevrologisk grunnlag for musikkterapi*. I: G. Trondalen & E. Ruud (red.), *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi*. (s. 189-201). Skriftserie fra Senter for musikk og helse, vol. 1. Oslo: NMH-publikasjoner 2008:3.
- Bramness, J.G. (2011). Innledende ord. I: K. Lossius (red.), *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. Oslo: Gyldendal akademisk forlag.

- Brooks, H. B. (1973). The role of music therapy in a community drug abuse prevention program. *Journal of Music Therapy, 10*(1). 3-6.
- Bruscia, K. E. (1998a). *Defining Music Therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. E. (1998b). *The Dynamics of Music Psychotherapy*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- DeNora, T. (2000). *Music in Everyday Life*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dingle, G. A., Gleadhill, L., & Baker, F. A. (2008). Can music therapy engage patients in group cognitive behaviour therapy for substance abuse treatment? *Drug and Alcohol Review, 27*, 190-196.
- Doak, A. B. (2004). Relationships Between Adolescent Psychiatric Diagnoses, Music Preferences, and Drug Preferences, *Music Therapy Perspectives, 21*(2), 69-76.
- Erkkilä, J., Punkanen, M., Fachner, J., Ala-Ruona, E., Pöntiö, I., Tervaniemi, M. Gold, C. (2011). Individual music therapy for depression: randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 199*(2), 132-139. doi:10.1192/bjp.bp.110.085431.
- Fachner, J. (2010). Music Therapy, Drugs and State-dependent Recall. I: D. Aldridge & J. Fachner (red.), *Music Therapy and Addictions*. (s.18-34). London: Jessica Kingsley.
- Forskning.no (2008): *Musikk er bevegelse*.  
<http://www.forskning.no/artikler/2008/januar/1200997557.7>  
Lesedato: 30. September 2013.
- Frøysaa, C. (2007). Heinz Kohuts selvobjekt - et nyttig begrep? Hovedoppgave. Oslo: Universitet i Oslo.  
<https://www.duo.uio.no/handle/10852/18261?show=full>  
Lesedato: 30. September 2013.
- Gallagher, L. M. & Steele, A. L. (2002). Music Therapy with Offenders in a Substance Abuse/Mental Illness Treatment Program. *Music Therapy Perspectives, 20*(2), 117- 122.

- Garred, R. (2008). Et dialogisk perspektiv på musikk som terapi. I: G. Trondalen & E. Ruud (red.), *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi.* (s. 99-109). Skriftserie fra Senter for musikk og helse, vol. 1. Oslo: NMH-publikasjoner 2008:3.
- Gold, C. (2013). Hva vet vi i dag om musikkterapiens effekter i psykisk helsevern? *Paper presentert på Konferanse om musikk, musikkterapi og rus; ny kunnskap og erfaringer.* Litteraturhuset Oslo, 23. Mai 2013.
- Gold, C., Mössler, K., Grocke, D., Heldal, T.O., Tjemsland, L., Aarre, T., Rolvsjord, R. (2013). Individual music therapy for mental health care clients with low therapy motivation: Multi-centre randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(5), 319-331. doi:10.1159/000348452.
- Gotaas, N. (2006). *Rocka stabilitet. En evaluering av prosjektet Musikk i fengsel og frihet. Et tilbud for kvinner i Oslo.* Oslo: NIBR-rapport 2006:8.
- Gråwe, R.W. (2004). Alvorlige psykiske lidelser og rusmisbruk. Hvordan forstå og behandle de med dobbeldiagnose? *Norsk farmaceutisk tidsskrift* 12, 34-36.
- Harsvik, W. (2007). *Rusmiddelmissbrukere og psykiske lidelser.*  
[http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rusmiddelmissbrukere-og-psykiske-lidelser-.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rusmiddelmissbrukere-og-psykiske-lidelser-/Publikasjoner/rusmiddelmissbrukere-og-psykiske-lidelser-.pdf)  
Lesedato: 30. September 2013.
- Helsedirektoratet (2011). *Rapport IS 1914: Kvalitet og kompetanse. Om hvordan tjenestene til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer kan bli bedre.* Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser.* (Veileder IS-1957) <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser/Sider/default.aspx>  
Lesedato: 30. September 2013



- Helse- og omsorgsdepartementet (2006). *Norsk helsearkiv – siste stopp for pasientjournalene*. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2006/nou-2006-05/4/3.html?id=157191>  
Lesedato: 30. September 2013.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *Opptappingsplan for rusfeltet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. [http://www.regjeringen.no/Upload/HOD/Dokumenter FHA/Opptr.plan.pdf](http://www.regjeringen.no/Upload/HOD/Dokumenter_FHA/Opptr.plan.pdf) Lesedato: 30. September 2013.
- Hermundstad, B. A. (2008). Humor og musikkterapi. I: G. Trondalen & E. Ruud (red.), *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi*. (s. 291-299). Skriftserie fra Senter for musikk og helse, vol. 1. Oslo: NMH-publikasjoner 2008:3.
- Holten, S. (2008). Musikkterapi i tilstøtende praksis. I: G. Trondalen & E. Ruud (red.), *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi*. (s. 263-290). Skriftserie fra Senter for musikk og helse, vol. 1. Oslo: NMH-publikasjoner 2008:3.
- Horesh, T. (2006). Dangerous Music: Working with the Destructive and Healing Powers of Popular Music in the Treatment of Substance Abusers. I: D. Aldridge & J. Fachner (red.), *Music and Altered States Consciousness, Transcendence, Therapy and Addictions*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Horesh, T. (2007). Music therapy, regression and symbolic distance in substance abusers and their preferred music. *Music Therapy Today*, 7(3), 324-333.
- Horesh, T. (2010). Drug Addicts and Their Music: A Story of a Complex Relationship. I: D. Aldridge & J. Fachner (red.), *Music Therapy and Addictions*. (s. 57-74). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Jensen, B. (2000). Gruppemusikterapi med psykiatiske pasienter. *Musikterapi i Psykiatrien*, 2(1), 129-140.
- Johnsen, J. & Nygaard, E. (1995). *Effekter av behandling*. Oslo: Rusmiddeldirektoratet.

- Johns, U. T. (2009). Forord. I: E. Ruud (red.), *Musikk i psykisk helsearbeid med barn og unge*. (s.1-5) Skriftserie fra Senter for musikk og helse, vol. 2. Oslo: NMH-publikasjoner 2009:5.
- Kielland, T., Stige, B., & Trondalen, G. (2013). Musikkterapi i rusfeltet. Praksisnær forskning og kunnskapsutvikling. *Rusfag*(1). 43-51.
- Kjølstad, H. (2004). *Gruppeterapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Klapp, O.E. (1969). *Collective Search for Identity*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Kronholm, K. (2011). Avrusning. I: K. Lossius (red.): *Håndbok i rusbehandling: Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. (s. 139-163). Oslo: Gyldendal akademisk forlag.
- Krüger, V. (2012). *Musikk – Fortelling – Fellesskap. En kvalitativ undersøkelse av ungdommers perspektiver på deltagelse i samfunnsmusikkterapeutisk barnevernsarbeid*. PhD, Universitetet i Bergen.
- Lossius, K. (red.). (2011). *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. Oslo: Gyldendal Akademisk forlag.
- Løgstrup, K. E. (1991). *Den etiske fordring*. København: Gyldendal.
- Maratos, A., Gold, C., Wang, X., & Crawford, M. (2008). Music therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD004517.
- The Melbourne Newsroom (2011). *Heavy Metal Music Has Negative Impacts On Youth*. <http://newsroom.melbourne.edu/news/n-666>
- Lesedato: 30. September 2013.
- Metalinsider (2011). *Exclusive: Dr. Katrina McFerran Responds To Reaction Towards Her Study On Music And Mood*. <http://www.metalinsider.net/guest-blog/exclusive-dr-katrina-mcferran-responds-to-reaction-towards-her-study-on-music-and-mood>
- Lesedato: 30. September 2013.
- Metalinjection (2011). *Study Says Metal Causes Depression In Teens*. <http://www.metalinjection.net/shocking-revelations/study-metal-depression-teens>.
- Lesedato: 30. September 2013.

- Miller, W. R. & Carrol, M. K. (2006). *Rethinking Substance Abuse, What the Science Shows, and What We should Do about It*. New York: The Guildford Press.
- Mössler, K., Chen, X. J., Heldal, T. O., & Gold, C. (2011). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD004025. doi: 10.1002/14651858.CD004025.pub3
- Nilsen, V. R. (2007). *Musikk i fengsel og frihet – et samfunnsmusikkterapeutisk tilbud*. Masteroppgave i musikkterapi. Oslo: Norges musikkhøgskole.
- Overå, M. (2012). *Hekta på musikk – En studie om betydningen av deltagelse i en musikkterapi gruppe på en avgiftningsenhet*. Masteroppgave i musikkterapi. Oslo: Norges musikkhøgskole.
- Pavlicevic, M. (2003). *Groups in Music: Strategies from Music Therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Poulsen, S. (2000). Gruppeanalytisk og interpersonal korttidsgruppeterapi – teori og forskning. *Nordisk tidsskrift for psykoterapi*. 17(1) s. 5-52.
- Rolvjord, R. (2008). En ressursorientert musikkterapi. I: G. Trondalen & E. Ruud (red), *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi*. (s. 123-137). Skriftserie fra Senter for musikk og helse, vol. 1. Oslo: NMH-publikasjoner 2008:3.
- Rolvjord, R. (2010). *Resource-Oriented Music Therapy in Mental Health Care*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Ross, S., Cidambi, I., Dermatis, H., Weinstein, J., Ziedonis D, Roth S, Galanter M. (2008). Music therapy: A novel motivational approach for dually diagnosed patients. *Journal of Addictive Diseases*, 27(1), 41-53.
- Ruud, E. (1990). *Musikk som kommunikasjon og samhandling*. Oslo: Solum Forlag Solli.
- Ruud, E. (1997). *Musikk og identitet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ruud, E. (1998). *Music Therapy: Improvisation, Communication and Culture*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Ruud, E. (2003). Musikalsk identitet. *GRUS Tidsskriftet*, 24(69), 6-24.

- Ruud, E. (2008). Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi. I G. Trondalen & E. Ruud (red.), *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi*. (s. 5-28). Skriftserie fra senter for musikk og helse, vol. 1. Oslo: NMH-publikasjoner 2008:3.
- Salimpoor, V. N., Benovoy, M., Larcher, K., Dagher, A., & Zatorre, R. J. (2011). Anatomically distinct dopamine release during anticipation and experience of peak emotion to music. *Nature Neuroscience*, 14, 257–262. DOI: doi:10.1038/nn.2726
- Seksjon IR (2012). *Behandlingstilbudet*. <http://www.ahus.no/omoss/avdelinger/illegale-rusmidler/ir/behandlingstilbud/Sider/side.aspx>  
Lesedato: 30. September 2013.
- Seligman, M. (2002). *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize your Potential for Lasting Fulfillment*. New York: Free Press.
- Skaalvik, E. M. & Skaalvik, S. (1996). *Selvoppfatning, motivasjon og læringsmiljø*. Oslo: TANO A.S.
- Skånland, M. S. (2009). (Mobil) musikk som mestringsstrategi. I: E. Ruud (red.), *Musikk i psykisk helsearbeid med barn og unge*. (s. 113-130). Skriftserie fra senter for musikk og helse, vol. 2. Oslo: NMH-publikasjoner 2009:5.
- Small, C. (1998). *Musicking: the meanings of performing and listening*. Hanover NH: Wesleyan University Press.
- Sohensky, R. (2001). Music Therapy and Addiction. *Music Therapy Perspectives*, 19(1), 45-52.
- Solli, H. P. (2009). Musikkterapi som integrert del av standard behandling i psykisk helsevern. I: E. Ruud (red.), *Musikk i psykisk helsearbeid med barn og unge*. (s. 15-36) Skriftserie fra Senter for musikk og helse, vol. 2. Oslo: NMH-publikasjoner 2009:5.
- Stene, Ingvild (2009). Musikkterapi som gruppetilbud for ungdom. I: E. Ruud (red.), *Musikk i psykisk helsearbeid med barn og unge*. (s. 85-100). Skriftserie fra senter for musikk og helse, vol. 2. Oslo: NMH-publikasjoner 2009:5.

- Stern, D. N. (2007). *Her og nå. Øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagsliv*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Stern, D. N. (2010). *Vitalitetsformer. Dynamiske opplevelser i psykologi, kunst, psykoterapi og utvikling*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Stige, B. (2002). *Culture-Centered Music Therapy*. Gilsum NH: Barcelona Publishers.
- Stige, B (2006). The notion of participation in music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 15(2), 121-138.
- Stige, B. & Aarø, L. E. (2012). *Invitation to Community Music Therapy*. New York: Routledge.
- Store Norske Leksikon (2013). *Komorbiditet*. <http://sml.snl.no/komorbiditet>  
Lesedato: 30. September 2013.
- Støre, J. G. (2013). Dugnad for hele mennesker. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 2, 26-27.
- Trolldalen, G. (1997). *Musikkterapi og samspill. Et musikkterapiprojekt for mor og barn*. Hovedoppgave i musikkvitenskap/musikkterapi, Universitetet i Oslo.
- Trondalen, G. (2004). *Klingende relasjoner. En musikkterapistudie av "signifikante øyeblikk" i musikalsk samspill med unge mennesker med anoreksi*. Ph.D, Norges musikkhøgskole.
- Trondalen, G. (2008). Musikkterapi - et relasjonelt perspektiv. I G. Trondalen & E. Ruud (red.), *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi*. (s. 29-48). Skriftserie fra senter for musikk og helse, vol. 1. Oslo: NMH-publikasjoner 2008:3.
- Trondalen, G. (2010). Exploring the rucksack of sadness. *Journal of Association for Music and Imagery*, 12,(1), 1-20.
- Tråsdahl, O. B. (2011). *Effekt av musikk og musikkterapi med barn på sykehus*. Masteroppgave i musikkterapi, Norges musikkhøgskole.
- Tuastad, L. & Finsås, R. (2008). *Jeg fremfører, altså er jeg. En studie av deltagerens opplevelser i to rockeband tilknyttet musikktilbudet "Musikk i fengsel og frihet"*. Masteroppgave i musikkterapi, Universitetet i Bergen.

- Tyrdal, S. (2002). *Humor og helse i teori og praksis* (Bok 1). Kommuneforlaget AS, Oslo.
- Tønsberg, G. H. (2010). Improvisasjon i et dialogisk kommunikasjonsperspektiv. I: K. Stensæth, T. A. Eggen & R. S. Frisk (red.), *Musikk, helse, multifunksjonshemming*. (s. 41-53). Skriftserie fra Senter for musikk og helse, vol. 3. Oslo: NMH- publikasjoner 2010:2.
- Ulvestad, A. K., Henriksen A. K., Tuseth A.G, & Fjeldstad, T. ( 2008). *Klienten, den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Vygotskij, L. (2004). *Tenkning og tale*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Yalom, I. (2003). *Terapiens gave*. Oslo: Pax forlag.



«Hekta på musikk» handler om musikkterapi med mennesker med rusutfordringer. Boka formidler brukernes erfaringer fra en musikkterapigruppe på en avgiftningsenhet ved Akershus Universitetssykehus.

I tillegg til å gi innblikk i hvordan brukerne opplevde det å delta i musikkterapi, er boka ment som en inspirasjon til andre som ønsker å starte opp lignende tilbud. Boka består derfor av tre deler: 1. Teoretisk bakteppe for arbeidet; 2. Brukernes fortellinger; og 3. Metodiske tips til gjennomføring av musikkterapi grupper.

«Hekta på musikk» er utgitt av Senter for musikk og helse (Norges musikkhøgskole) med økonomisk støtte fra Ekstrastiftelsen Helse og Rehabilitering, gjennom Mental Helse.

Monika Overå er musikkterapeut. Hun startet opp og drev musikkterapitilbudet på avgiftningsenheten ved Akershus Universitetssykehus. Nå jobber hun på Barne- og ungdomsklinikken ved samme sykehus.