

Musikkterapi som integrert del av standard behandling i psykisk helsevern

Hans Petter Solli

Musikk fra hjertet

*Jeg har vondt i sjelen
Jeg mestrer ingen ting
Jeg tar opp munnspeilet
og begynner å spille
Pust ut, pust inn
De sprø, melankolske tonene
omgir meg, fyller meg*

*Fylt av glede jeg ikke kan se
En tristhet jeg bare kan føle
I hjertet en uro
– en lengsel etter noe mer?*

*Jeg føler meg vår
som en hare i skogbrynet
Redd for at fortryllelsen skal bli borte
Tonene fanger meg,
spiller på strenger
Jeg ikke visste jeg hadde*

*De gir meg håp
men forteller også om nederlag
Alt jeg ikke fikk til
Alt jeg likevel drømmer om*

*Pust inn, pust ut
– kjenn at du lever*

”Ingrid”

Innledning

Jeg har valgt å starte dette kapittelet med et dikt skrevet av ”Ingrid”, en ung kvinne som har vært pasient ved sykehuset der jeg jobber. Diktet sier mye om det å ha en alvorlig psykisk lidelse. Det sier også mye om hvordan musikk kan ha en betydningsfull rolle i et liv som ikke ble helt som det var tenkt. I denne konteksten ligger det noen muligheter og utfordringer for faget og profesjonen musikkterapi. I denne teksten vil jeg se nærmere på hvordan musikkterapi kan integreres som en del av standard behandling i psykisk helsevern. Jeg vil gjøre dette ved først å skissere utviklingen innen psykisk helsearbeid de siste årene, og se på hvordan musikkterapien som fag og prak-

sisfelt korresponderer med denne. Deretter vil jeg presentere et caseeksempel fra et terapiforløp med ”Ingrid”. Til slutt vil jeg se på caset i lys av fire ulike arbeidsområder i musikkterapien, og diskutere muligheter og utfordringer ved en slik modell i lys av teori om empowerment og begrepet *bedring*.

Psykisk helsevern og psykisk helsearbeid

De siste tiårene har det skjedd store forandringer i det feltet som de fleste kjenner og omtaler som ”psykiatrien”, men som i dag heter psykisk helsevern. Begrepet psykiatri er opprinnelig navnet på en medisinsk spesialitet, på linje med kirurgi eller indremedisin. Betegnelsen ”psykiatrien” som navn på helsetilbudet til mennesker med psykiske helseproblemer stammer fra den tiden da behandling av psykiske lidelser i hovedsak var tuftet på en medisinsk tenkning, og der institusjonene ofte hadde psykiatere i lederstillinger. Etterhvert som bredden og tverrfagligheten i de tilbud som ble gitt til mennesker med psykiske helseproblemer økte, ble ikke lengre psykiatri et dekkende begrep. I de nye helselovene som trådte i kraft i 2001 ble dette tatt til etterretning, og begrepet ”*psykisk helsevern*” ble framsatt som den nye offentlige betegnelsen av ”spesialhelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever” (Psykisk helsevernlovens § 1.2; Torgaldsbøen 2005). For nye yrkesgrupper som ønsker å bidra i arbeidet med å fremme psykisk helse, som for eksempel musikkterapeuter, er denne loven og begrepsbruken av stor betydning fordi den åpner opp for flerfaglighet og inviterer til bruk av mer aktive og meningssskapende behandlingstilnæringer.

De siste tiårene er det også gjennomført store strukturelle forandringer i behandlingstilbudet for personer med psykiske helseproblemer. De store institusjonene har siden midten av 1980-tallet blitt bygget ned til fordel for lokalbaserte behandlingstilbud i kommunene, og distriktpsykiatriske sentre (DPS) i spesialhelsetjenesten. Et hovedmål med denne prosessen har vært å forbedre behandlingstilbudet gjennom å fremme normalisering og integrering i samfunnet, minske stigma og å øke autonomi og makt blant personer med psykiske lidelser. Dette lokalbaserte tilbudet betegnes ofte som *psykisk helsearbeid*. Kommunenes innsats omfatter også arbeid på systemnivå, som å legge til rette for meningsfulle aktiviteter og mulige arbeidstiltak. Her inngår nødvendig bistand til å fremme deltagelse i sosiale fellesskap i kommunens eller bydelens ordinære lokale tilbud, som for eksempel idrettslaget, sangkoret eller korpset (Sosial- og helsedirektoratet 2005; Langeland 2006).

Parallelt med de strukturelle endringene har det vokst frem store ideologiske utfordringer som har ført til en reformulering av teori og praksis innenfor psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Tidligere har det tradisjonelle terapitilbudet i større grad vært fokusert rundt bearbeiding av negative livshendelser og følelser tilknyttet disse, samt diagnoser og medikasjon, mens det i mindre grad har vært fokusert på læring, mestring og egenaktivitet. I *Opptrappingsplanen for psykisk helse* beskrives et felles verdigrunnlag for psykisk helsearbeid med vektlegging av mestring, normalisering og brukermedvirkning (Stortingsmelding nr. 25). Teorier som har informert denne prosessen er blant annet positiv psykologi, resiliens, empowermentfilosofien og salutogenese (Langeland 2006). Også i psykoterapeutisk og psykoanalytisk teori og metode har vi de siste tiår sett en vending mot det relasjonelle, påvirket av objektrelasjonsteori og spedbarnsforskning, der mennesket nå i større grad forstås som relasjonssøkende og meningsskapende. Her blir terapeuten i større grad sett på som medaktør i terapien, og fokuset rettes i større grad mot relasjon og interaksjon (Binder et al. 2006).

En slik mestrings- og ressursorientert tilnærming til arbeid med alvorlige psykiske lidelser støttes av nyere forskning. Mens mange lidelser tidligere ble sett på som kroniske og uhelbredelige, viser nyere studier at mange av pasientene kan oppnå stor grad av bedring gjennom en kombinasjon av psykoterapi, psykososial rehabilitering, brukerstyrte selvhjelpsprogram og medikasjon (Aanonsen 2007). I studier som ser på hvilke faktorer som har vært viktige for mennesker som har oppnådd stor grad av bedring fra alvorlige psykiske lidelser, fremheves blant annet viktigheten av å delta i normale sosiale aktiviteter, egen motivasjonen til å bli frisk, å ha ressurser i miljøet rundt seg, viktigheten av å føle seg som et normalt menneske bak sykdommen og ferdigheter til å takle sykdommen (Wilken 2005; Davidson et.al. 2005). Denne kunnskapen støtter opp om viktigheten av å legge til rette for et multimodalt og flerfaglig behandlingstilbud for mennesker med psykiske lidelser (Aanonsen 2007). I denne konteksten tilbyr musikkterapi et komplimenterende tilskudd til den tverrfaglige behandlingen. Før jeg går nærmere inn på hvordan musikkterapi kan integreres i et slikt arbeid, vil jeg først si noen ord om den behandlingen som tilbys i mitt praksisområde, som er sykehusavdelinger i psykisk helsevern.

Standard behandling

I sykehusavdelinger i psykisk helsevern i Norge tilbys pasientene et mer eller mindre standardisert behandlingstilbud bestående av medikamentell behandling, samtalerapi, miljøterapi og det man kan kalle ”andre behandlingstilbud”. Målet for den me-

dikamentelle behandlingen er symptomreduksjon, funksjonsbedring og å forhindre tilbakefall med et minimum av bivirkninger. En grunntanke er også at medikamentell vedlikeholdsbehandling skal gi et godt utgangspunkt for at pasienten kan nyttiggjøre seg andre typer tiltak. Psykoterapi eller samtalerapi kan foregå individuelt eller i grupper, der formålet spenner mellom det å gi økt innsikt i sykdom og situasjon, via arbeid med å forandre tankemønstre, til å gi støtte og håp i en vanskelig situasjon. Innen behandling av alvorlige psykiske lidelser er det bred enighet om at antipsykotika og psykoterapi ikke kan erstatte hverandre (Jørgensen 2004). Miljøterapi brukes ofte som en samlebetegnelse på den delen av behandlingen som foregår i sykehusavdelingen, og handler om å tilrettelegge fysiske, psykiske og sosiale faktorer i miljøet for å oppnå personlig vekst og utvikling hos den enkelte pasient (Fellesorganisasjonen 2000). Andre behandlingstilnærminger som ofte er en del av standard behandling ved norske sykehus er fysioterapi, som jobber med kropp, bevegelse og funksjon, ergoterapi som på ulike måter arbeider med å fremme aktivitet og deltagelse, og sosionomer som arbeider med sosiale og økonomiske utfordringer hos pasientene. Ved mitt sykehus er musikkterapi organisert i en flerfaglig enhet sammen med ergoterapeuter, fysioterapeuter og sosionomer, og regnes som en integrert del av den tverrfaglige behandlingen.

Den norske musikkterapi tradisjonen

Når vi ser de siste års utvikling innen psykisk helsearbeid, slår det meg at musikkterapien i Norge på mange måter har vært forut for sin tid når det gjelder teoretisk fundament og praktisk tilnærming til å arbeide med mennesker med spesielle behov. Jeg vil her kort skissere hvorfor: Ruud (2008) fremhever at den norske musikkterapi tradisjonen er tuftet på humanistisk filosofi og livssyn, noe som gir holdepunkter for å forstå menneskers livsverden og forutsetninger for autonomi og selvbestemmelse. Ruuds egen definisjon av musikkterapi som det ”å gi mennesker nye handlemuligheter gjennom musikk” (Ruud 1979), utfordrer det tradisjonelle terapi- og sykdomsbegrepet. Med denne definisjonen som grunnstein i den norske musikkterapi tradisjonen har vi fått et fokus som strekker seg utover kropp og biologi, og som gir grunnlag for å rette arbeidet mot barrierer knyttet til psykologi, sosiale, kulturelle og materielle prosesser. Ruuds tanker om musikken som kommunikasjon og samhandling har også gitt faget et fundament tuftet på tanken om gjensidighet og samarbeid i samspill og relasjon, i tillegg til at han vært med på å understreke viktigheten av et flerdimensjonalt menneskesyn (Ruud 1990; 2008).

Den norske musikkterapi tradisjonen har videre vært opptatt av systemperspektiv, samfunnsdeltagelse og kontekst. Norske musikkterapeuter er derfor vant til å tenke at musikkterapi også kan tilrettelegges utenfor terapirommet og følge klientens deltagerbaner (Stige 2002; Aasgaard 2002). Et tredje særpreg er at musikkterapien har vært nært knyttet opp mot en relasjonell og interaksjonsrettet tenkning, der gode og meningsfulle øyeblikk i samvær med andre blir sett på som selve bærebjelken i terapien (Rolvsjord 2002; Trondalen 2004; 2008; Johns 2008). For det fjerde har musikkterapien i Norge alltid hatt et ressursorientert fokus, der en inkluderende holdning og mestringsorientert tilrettelegging av aktiviteter har vært i fokus (Ruud 2008).

Med denne tradisjonen som bakgrunn har det de siste årene blitt artikulert et ressursorientert perspektiv for musikkterapi i psykisk helsearbeid (Rolvsjord 2004; Rolvsjord, Gold & Stige 2005; Solli 2006a; 2008). Med Randi Rolvsjords doktorgrad fra 2007, *“Blackbird Singing” – Explorations of recourse-oriented music therapy in mental health care*, har dette perspektivet fått et solid teoretisk fundament. Ressursorientert musikkterapi er her informert av teori fra positiv psykologi, empowerment-filosofi, tilnærming ut fra fellesfaktorer og nyere musikkvitenskap. Her understrekes viktigheten av å arbeide med, og å fremme, pasientens sterke sider i tillegg til å fokusere på problemområder, perspektivet bygget på en kontekstuell forståelse av helse- og terapibegrepet og gjensidig samarbeid mellom klient og terapeut betraktes som en grunnleggende forutsetning for den terapeutiske relasjonen.

Dette humanistiske og ressursorienterte fundamentet i den norske musikkterapi tradisjonen gjør at musikkterapeuter i Norge er svært godt rustet i møte med dagens utfordringer i psykisk helsearbeid. Musikkterapeutene innehar en veltilpasset og oppdatert teoretisk kunnskap, og vi sitter på praktiske tilnærminger som i dag etterspørres i arbeidet med unge og voksne med psykiske helseproblemer. Dette er antagelig også mye av grunnen til at vi de siste årene har sett en økning i antall musikkterapeuter innen psykisk helsearbeid (Hodne 2007).

Musikkterapi i psykisk helsevern

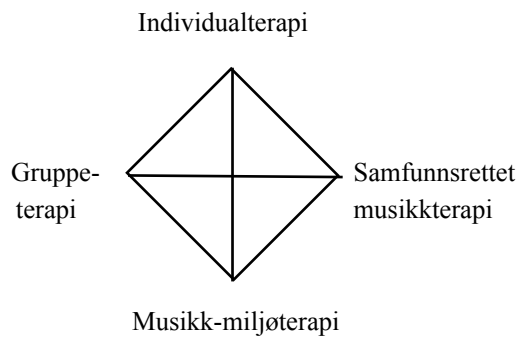
Ved min arbeidsplass regnes som sagt musikkterapi som en integrert del av den tverrfaglige behandlingen. Med det menes at musikkterapi er en behandling som er inkludert i, og støtter opp om, standard behandling. I forhold til den amerikanske musikkterapeuten Kenneth E. Bruscias (1998) inndeling av musikkterapeutiske arbeidsnivå (levels of practice) vil deler av min praksis kunne plasseres under et *supplerende nivå* (augmentative level), der musikkterapien bidrar med en avgrenset del i

en overordnet behandlingsplan. I arbeidet som foregår i individualltimer går terapien ofte over til et *intensivt nivå* (intensive level), der musikkterapien får en mer sentral og selvstendig rolle i behandlingen. Sykehusets lovverk tillater kun leger og psykologer å ha det formelle hovedansvaret for behandlingen, det som tilsvarer Bruscias *primary level*. Likevel ser jeg at enkelte pasienter har så stor nytte av musikkterapi at terapiforløpet beveger seg mot et primært nivå, selv om pasienten formelt sett har en psykolog eller en psykiater som hovedbehandler. I det tverrfaglige samarbeidet som skal prege psykisk helsearbeid tror jeg det er viktig at de ulike behandlingstilnærmingene kan jobbe på ulike arbeidsnivå, og at en alternering mellom nivåene er nødvendig for å gi pasientene et tilpasset behandlingstilbud.

I min praksis på en sykehusavdeling opererer jeg med fire arbeidsområder eller tilnærminger til musikkterapi: musikk-miljøterapi, individualterapi, gruppeterapi og samfunnsrettet musikkterapi (se figur 1). *Musikk-miljøterapi*¹ handler om å bruke musikk og musikalske aktiviteter som en del av den systematiske utformingen av det totale institusjonelle miljøet. Miljøterapi kan beskrives som bevisste, planlagte handlinger og ytringer i miljøet som bidrar til beskyttelse, støtte, struktur, engasjement og gyldiggjøring i forhold til pasienten (Gundersen, i Kværna & Lund 2004:15). I tillegg har miljøterapien til hensikt å bedre betingelsene for et godt samvær mellom pasienter og personale. Musikkterapeuten kan her bidra både gjennom tilstedeværelse i miljøet, der samtaler og tilfeldige musikalske møter finner sted, og gjennom mer strukturert bruk av musikk eller allsang i og utenfor avdelingen – som under ”fredagsskaffen”, høytidsmarkeringer, årstidsfester eller på fellesturer. *Musikkterapi grupper* kan organiseres som åpne eller lukkede grupper, de kan være basert på aktive og/eller reseptive musikkaktiviteter, og må alltid tilpasses pasientgruppen og ønskede målsetninger. Grupper som finner sted inne på en avdeling vil også ha en miljøterapeutisk dimensjon, men til forskjell fra miljøterapi vil musikkterapi grupper potensielt kunne arbeide med mer konkrete terapeutiske målsetninger og derfor tidvis bevege seg mot et mer intensivt arbeidsnivå (Solti 2003, 2006b). *Individualltimer* gir muligheter for å utforme et terapiforløp som er individuelt tilpasset den enkelte pasient. Målsetninger for denne terapien settes ofte i samarbeid med ansvarlig behandler og det tverrfaglige teamet rundt pasienten. Individualltimer gir større mulighet til å bruke hele spektret av musikkterapeutiske tilnærminger, som improvisasjon, sang og spill av kjente sanger, sangskrivning, musikklytting og andre kreative uttrykksmåter. Arbeidsnivået i individualltimer vil kunne bevege seg fra et supplerende nivå til primært nivå avhengig av blant annet pasientens behov og dybden i prosessen (Bruscia 1998). Under det jeg

1 Begrepet “musikk-miljøterapi” har tidligere blitt brukt av Munk-Madsen (1998) og Aasgaard (1998).

kaller *samfunnsrettet musikkterapi* kommer arbeidet med å videreføre pasienten til lokale musikktilbud som han eller hun kan fortsette med etter utskrivelsen. Slike tilbud finnes på ulike musikkskoler, dag- og aktivitetssentra eller i det frivillige musikklivet, og kan for eksempel være allsanggrupper, instrumentopplæring, kor, band eller korps. Aktivitetene er ofte i ulik grad tilpasset personer med psykiske helseproblemer, og her gjelder det å finne tilbud som korresponderer med interesse, erfaring og funksjonsnivå. Stige (1991:53) kaller musikkterapeutisk arbeid knyttet til integreringsprosessen i samfunnet for “musikkterapi som kulturarbeid” og plasserer det både på tilgrensende nivå og intensivt nivå. I min jobb tilbyr jeg ikke selv det eksterne musikkterapeutilbudet, men hjelper til med å knytte pasienten opp mot aktivitetene. Jeg velger derfor å kalle arbeidet samfunnsrettet musikkterapi, og vil plassere det på et supplerende nivå, og som en viktig del av det helhetlige behandlingstilbudet.



For å eksemplifisere hvordan musikkterapi kan fungere som en integrert del av standard behandling ved et sykehus, vil jeg nå presentere et case-eksempel fra min egen praksis. Her beskrives et helt forløp, fra pasienten kommer til avdelingen til hun skrives ut om lag et år senere, og framstillingen vil ha et bredt fokus på de ulike musikkterapeutiske tilbudene pasienten benyttet seg av.

Case - Ingrid

Pasienten vi møter i dette terapiforløpet velger jeg å kalle ”Ingrid”.² I slutten av tenårene ble Ingrid i økende grad plaget av psykotiske symptomer i form av stemmer og synshallusinasjoner. Hun ble da innlagt på sykehus der hun etter en utredning

2 Denne vignetten er utformet på bakgrunn av journalnotater og samtaler med pasienten, og er skrevet i samarbeid med, og med godkjenning av, pasienten selv.

fikk diagnosen paranoid schizofreni. Siden hun ble innlagt første gang har hun hatt en rekke sykehusopphold av ulik varighet og omfang. Hun har hatt relativ god effekt av medikamentell behandling, og har få negative symptomer, som tilbaketrekning eller isolasjon. Hennes hovedproblemstilling er knyttet opp til selvbildeproblematikk og interpersonlig sårbarhet, med selvskading som mestringsstrategi. På tross av en særdeles vanskelig livssituasjon med sykdom og mange innleggelseser har Ingrid bevart mange av sine interesser og ressurser, hun beholdt mange av sine venner, og fortsatte å gå på skole. Ingrid har også drevet mye med musikk – hun hadde sunget i kor, og spilte flere instrumenter.

Den første tiden møtte jeg Ingrid når jeg var innom avdelingen, og på fredagskaffen, der posten var samlet til kake, kaffe og allsang. Jeg inviterte henne her til å bli med på den ukentlige musikkterapigruppen, men hun takket nei. Jeg fikk inntrykk av at dette i stor grad handlet om hennes lave tillit til egne musikalske evner, og angst for å være i større grupper. Hun kunne imidlertid tenke seg individuelle timer, og om lag en måned etter innleggelsesdatoen startet vi opp med dette. Etter Ingrids eget ønske begynte vi med å spille og synge sanger fra en sangbok hun hadde - Ingrid sang og spilte piano eller fløyte, og jeg akkompagnerte på gitar. Hun valgte her sanger som ”Gjev meg handa di ven” og ”What a wonderful world”, tekster med mye varme, optimisme og håp. Hun virker trygg og gav god emosjonell kontakt i disse timene, samtidig som hun kunne fortelle at hun mye av tiden kjente på angst og trang til selvskading. Til tross for dette bød timene på mange smil og mye latter, og Ingrid sa hun likte godt å ha noen å spille musikk sammen med.

Tidlig i forløpet ønsket Ingrid å prøve trommesettet som stod i hjørnet av musikkterapirommet. Hun sa hun hadde en tanke om at trommene kanskje kunne hjelpe henne å få bedre kontakt med aggresjon og sinne. Hun fortalte at dette var følelser hun ikke hadde noe forhold til, følelser hun tidligere hadde jobbet med i terapi men uten å føle at hun hadde kommet noe lengre. Jeg introduserte henne for de ulike trommene og symbolene, og lærte henne noen grunnleggende rytmer. Etter vårt første samspill med trommer og bass gav hun uttrykk for at det føltes godt og befriende å lage så mye lyd!

Etter noen uker med individualtimer begynte Ingrid også å møte opp på musikkterapigruppa. Her var hun mer forsiktig enn i enetimen. Hun satt ofte passivt og lyttet til de andre, sang med nesten uhørlig stemme og spilte med et skjørt og nedtonet musikalsk uttrykk. Men hun møtte stabilt opp hver uke. I individualtimene hadde vi muligheter til å snakke sammen om hennes opplevelser av å være i gruppa. Hun fortalte at hun ofte tenkte de andre i gruppa var flinkere og mer musikalske enn henne, at hun ble svært stresset når det var mange til stede og at hun ofte tenkte gruppen ville

ha det bedre uten henne. Jeg lyttet til, og anerkjente, hennes opplevelser, og vi brukte tid på å reflektere over disse temaene.

Noen måneder senere kom en periode der Ingrid av ulike årsaker ble økende psykotisk. I ukene som fulgte hadde hun flere alvorlige tilfeller med selvskading og ble økende suicidal. Hun ble flyttet inn på en skjermet enhet der personalet fikk mulighet til å følge henne tettere opp. Noen ganger var selvskadingstrangen så stor at hun måtte legges i belter. I denne tiden gav Ingrid uttrykk for at hun ville opprettholde de individuelle timene i musikkterapi og delta på musikkgruppen. Noen av dagene var det ikke mer enn et par timer fra hun lå i belter til hun kom ned til musikkrommet, føtfulgt av en sykepleier. Sesjonene ble tilpasset hennes tilstand, og varte ofte ikke lengre enn 10-15 minutter. Denne tiden sa hun at hun ønsket å bruke musikken for å koble av fra de vonde tankene.

Uken etter forverret Ingrids tilstand seg ytterligere. Hun greide nå verken å komme til gruppen eller enetimer. Disse dagene tok jeg med en CD-spiller og besøkte henne på rommet inne på skjermet avdeling. Her spilte jeg enkle, kjente, instrumentale musikkstykker fra CD for henne. Hun gav lite respons på musikken i denne perioden, men nikket forsiktig når jeg spurte om hun ville høre mer. En gang kunne hun fortelle at hun kunne se flere hallusinasjoner i rommet, men at jo enklere musikken var, og desto færre instrumenter som spilte, jo færre hallusinasjoner så hun. Gjennom disse enkle lyttesesjonene opprettholdt vi kontinuiteten i musikkterapeutilbudet gjennom ukene på skjermet avdeling.

Etter noen uker avtok de psykotiske symptomene og selvskadingstrangen. Ingrid kunne nå flytte tilbake til rommet sitt ute i posten, og hun ønsket å fortsette med gruppene og individualterapien. I en av timene som fulgte sa hun at hun følte seg veldig tom, og at hun ville at musikken skulle fylle dette tomrommet. Vi fortsatte etter hennes eget ønske, å jobbe med kjente sanger og trommespill. I denne perioden introduserte jeg henne for muligheten for å gjøre opptak av sangene vi spilte. Ingrid syntes dette var en spennende idé, og etter noen uker hadde vi gjort opptak av fire sanger. Jeg lærte henne å bruke et dataprogram for å lage CD-cover, og etter noen timer med kreativt arbeid hadde Ingrid designet og trykket opp 10 CD-er med fargerike cover og egen musikk. CD-ene ble gitt bort som eneste julegave til familie og venner dette året.

Vi fortsatte å improvisere sammen på trommer og bass. Jeg presenterte nå Ingrid for muligheten til å spille frie tematiske improvisasjoner. Etter noen uker der vi utforsket denne nye måten å spille sammen på ble Ingrid mer bevisst hvilke tema hun ønsket å ta opp i timene. Hun tok nå opp situasjoner fra hverdagen der hun hadde følt på sinne og aggresjon, men der hun ikke hadde greid å vise dette ovenfor den det gjaldt. I improvisasjoner spilte hun stadig hardere og mer energisk på trommesettet,

og vi utforsket det å bruke stemmen samtidig som vi spilte. Ingrid fortalte at det å spille og improvisere på trommesett gav noe av den samme utladningen som ved selvskadning, og at dette var noe som reduserte trangen til selvskadning – selv om det bare varte noen timer. Etter enkelte sesjoner fortalte hun at på en skala fra 1-10 kunne selvskadningstrangen gå ned fra 8 i begynnelsen av timen, til 5 ved slutten av timen. Etter disse improvisasjonene utbrøt hun ofte ”Ah, det føltes utrolig godt!” og ”Jeg visste ikke at jeg var så sint!”

De siste månedene før utskrivelsen begynte vi å arbeide med å finne et kommunalt musikktilbud til Ingrid. Jeg fortalte henne om de ulike musikktilbudene i bydelen, som dessverre ikke var så mange, og hun valgte selv det hun syntes hørt best ut. Vi gjorde en avtale med den eksterne musikkterapeuten, og dro sammen for å se på det nye tilbudet. Etterpå gav Ingrid uttrykk for at hun fikk mye angst av å komme til et nytt sted og møte nye mennesker, og sa at hun var usikker på om hun ville greie å benytte seg av tilbudet.

Etter om lag ett år med standard behandling i tillegg til musikkterapi skulle Ingrid utskrives. Hun hadde ikke skadet seg på flere måneder, og hennes psykiske tilstand var langt mer stabil nå enn ved innkomst. Når vi før utskrivelsen oppsummerte musikkterapien, uttrykte Ingrid at musikken og samspillet først og fremst hadde vært noe som ledet oppmerksomheten vekk fra sykdommen og de destruktive tankene hennes, og over på glede og gode opplevelser. Hun sa at musikkterapien på denne måten hadde vært et livsviktig pusterom for henne under oppholdet. Hun uttrykte også at ”i disse timene har jeg følt meg som et musiserende menneske – og ikke som en pleietrengende pasient – og det har vært utrolig godt!” Videre oppsummerte hun at det å jobbe med å få tak i sin egen aggresjon ved å spille på trommer hadde vært utfordrende men lærerikt, og at hun på denne måten hadde blitt mer bevisst sitt eget sinne og behovet for å kanalisere dette på en konstruktiv måte. Til slutt sa Ingrid at musikkterapien hadde gitt henne erfaringer med å mestre noe hun ikke har mestret før – spesielt når det gjaldt trommer. Gjennom å ta en ting om gangen, og ved å lære å tro på seg selv, hadde dette instrumentet vært et symbol på at hun kan mestre de utfordringer som kommer senere i livet.

Ut fra denne beskrivelsen av et terapiforløp med en ung kvinne innlagt i psykisk helsevern er det mange temaer det kunne vært interessant å gå videre på. Fokuset for denne teksten er hvordan musikkterapi kan implementeres som en del av standard behandling, samt hvordan denne behandlingen kan relateres til dagens føringer i psykisk helsevern. Jeg vil derfor ikke gå nærmere inn på de psykologiske og psykoterapeutiske sidene ved caset, selv om det også kunne vært spennende. I det følgende vil jeg først ta for meg de strukturelle forholdene rundt terapiforløpet, og se på hvordan

de fire arbeidsområdene i musikkterapien gjensidig påvirker hverandre. Deretter vil jeg belyse noen av temaene fra caset med teori fra nyere psykisk helseverntenkning.

Et terapiforløp – fire arbeidsområder

I praksisområdet musikk-miljøterapi er en helhetlig og systemisk tenkning førende for terapien, og musikkterapeuten har muligheter til å jobbe med *både* sykehusmiljøet, pasientene, og relasjonen mellom disse. I likhet med Aasgaard (2002) ser jeg på den musikalske sosialiseringen i sykehusavdelingen som en mulig kilde til å skape en vennlig og trygg atmosfære i et miljø der utrygghet og lidelsestrykk ofte kan dominere. Her har musikkterapeuter en mulighet til å påvirke miljøet til å bli en bedre plass å oppholde seg i, bo og jobbe. I mitt møte med Ingrid var allsanggruppen og andre møteplasser i sykehusmiljøet inngangsporten til å bli kjent. Under fredagskaffen serveres kaker og kaffe, og sammen med allsangen blir dette en uformell møteplass der musikk og andre interesser ofte blir samtaletema. Denne settingen blir derfor ofte utgangspunkt for å knytte relasjoner til pasientene, og er derfor av stor betydning for videre samarbeid i grupper og individualtimer, slik som tilfellet var med Ingrid.

Individualtimene ble organisert som ukentlige møter på musikkterapirommet. Her var Ingrid selv aktivt med på å utforme målsetninger og struktur for timene, og hun tok med seg sanger og instrumenter hun kjente fra før. På denne måten opprettet vi en trygg base som etter hvert ble utgangspunkt for videre deltagelse i musikalske aktiviteter også utenfor terapirommet. En interessant karakteristikk ved individualtimene var hvordan Ingrid selv valgte å dele timene i to, der vi først jobbet med kjente sanger og aktiviteter, og deretter gikk over til å jobbe med improvisasjoner rundt vanskeligere og mer konfliktfylte tema. Man kan her tenke seg at det første musikalske samspillet gav pasienten opplevelser av mestring og positive emosjoner, noe som gav trygghet og styrke til å gå inn i mer konfliktfylte tema. Et rasjonale for denne tankegangen finner vi i positiv psykologi, der Fredrickson (2000:1) hevder at “cultivated positive emotions (...) broaden individuals’ habitual modes of thinking and build their personal resources for coping.” På denne måten fikk musikkterapien preg av en balanse mellom å jobbe både med pasientens problemer og ressurser. Dette er et mønster jeg kjenner igjen fra mange av terapiforløpene i min praksis, og det er forbausende hvor ofte pasienten selv er pådriver for en slik balanse.

En annen karakteristikk ved Ingrids individualtimer var at timene måtte tilpasses hennes dagsform og postens vurdering av selvmordsfare. Da pasienten ble flyttet til skjermet avdeling og etter hvert ikke kunne komme ned på musikkterapirommet,

ble timene flyttet til rommet hennes, og den musikkterapeutiske tilnærmingen måtte tilpasses hennes funksjonsnivå. Vi ser her at musikkterapi er en fleksibel og tilpassningsdyktig behandlingstilnærming som også kan tilbys svært dårlig fungerende pasienter.

Individualtimene i musikkterapi foregikk parallelt med at Ingrid mottok medikamentell behandling og samtaleterapi fra sin behandler, miljøterapi i avdelingen samt fysioterapi og ergoterapi. De ulike faggruppene møttes til ukentlige rapporter og behandlingsmøter, og alle hadde tilgang til hverandres journaler. Musikkterapien gav her behandler og kontaktsykepleiere tilgang til informasjon fra musikkterapeuten som de igjen kunne bruke i sin kartlegging, diagnostisering og medisinerer. På samme måte kunne musikkterapeuten bruke informasjon fra avdelingen og fra behandler til å tilpasse musikkterapien til pasientens tilstand. Musikkterapien fungerte på denne måten som en integrert del av Ingrids behandling ved sykehuset.

Etter at Ingrid hadde hatt individualterapi noen uker, begynte hun å møte opp til den åpne musikkterapigruppen. Her møtte hun andre pasienter fra avdelingen, noe som i begynnelsen brakte fram mye angst og tanker om ikke å være flink nok. Enetimene fungerte da som en støtte når hun syntes gruppene ble for vanskelige. I enetime-ene kunne hun fortelle om sine tanker og forestillinger, og vi kunne sammen reflektere over mulige mestringsstrategier. På denne måten fungerte de to praksisområdene som gjensidig utfyllende og støttende, og Ingrid hadde muligheter til å få tett oppfølging når hun gjorde nye erfaringer i gruppen. Gruppen fungerte også som et sted der Ingrid kunne bli bedre kjent med medpasienter og personale, og således bygge relasjoner til personer i det miljøet hun bodde i. Både musikk-miljøterapien og gruppene fungerte her som en form for sosial trening og som hjelp til å mestre angst og ønske om tilbakeføring, ferdigheter som er svært viktige i den sosiale integreringsprosessen etter en utskrivelse.

Det er spesielt to aspekter ved Ingrids terapiforløp som kan knyttes opp til det området jeg har kalt samfunnsrettet musikkterapi. Det første er knyttet til produksjonen av CD. Det at CD-en ble gitt videre til Ingrids familie og venner var noe som virket svært betydningsfullt for pasienten. I det CD-en ble distribuert utenfor terapirommet, fikk musikkterapien en funksjon i forhold til Ingrids nettverk utenfor sykehuset. Det å beholde og pleie nære relasjoner utenfor sykehuset er svært viktig for pasienter som har lengre opphold på sykehus. I studier av hva som bidrar til bedring av psykiske problemer, kommer gode relasjoner med familie og annet nettverk ut som viktige faktorer (Topor 2004). Et slik musikkterapeutisk arbeid, der målene er knyttet opp mot samspillet mellom individ og samfunn, og mellom hverdag og klinikk, kaller Stige (2002, 2008) en samfunnsmusikkterapeutisk praksis, et perspektiv som oppfordrer til

en integrasjon av individ- og samfunnsorienterte teoriperspektiv på musikk og helse. For Ingrid ble arbeidet med CD-ene noe som både virket positivt inn på individuelle prosesser, i form av økt selvfølelse, selvtillit, glede og muligheter for avkobling, og samtidig fremmet hennes sosiale relasjoner og nettverk.

Det andre aspektet som kan knyttes til samfunnsrettet musikkterapi, er arbeidet med å finne et kommunalt musikktilbud for Ingrid. Som følge av de senere årenes helsepolitiske utvikling skal tiden pasienten er på sykehus reduseres til fordel for behandlingstilbud og aktiviteter i pasientens nærmiljø. Det er derfor viktig å tidlig starte jobben med å knytte pasientene opp mot eksterne tilbud. I dette arbeidet er det viktig å trekke veksel på erfaringene pasientene har fått i behandlingen ved sykehuset. Ingrid hadde her fått verdifulle erfaringer i å omgås andre mennesker i sosiale settinger fra musikkterapigruppen og miljøterapien, noe hun kunne bruke i møtet med den nye gruppen.

Jeg har nå sett på hvordan fire arbeidsområder i musikkterapi kan integreres som del av den tverrfaglige behandlingen i psykisk helsevern. Når det gjelder tverrfaglighet har vi sett at musikkterapien kan integreres som en del av utredning, behandling, miljøterapi, samt i videreføring til bydelstilbud. Jeg vil avslutte dette avsnittet med å ta med et sitat fra den amerikanske psykoterapeuten Irvin Yalom som i sin bok *Terapiens gave* etter min mening fanger noe av essensen i det å tilrettelegge et godt og helhetlig terapeutisk tilbud:

Terapeuten må bestrebe seg på å skape en ny terapi for hver pasient. Med det mener jeg at den overordnede oppgaven er at terapeut og pasient sammen skal bygge opp en relasjon som vil bli selve verktøyet til forandring. (...) Fremfor alt, terapeuten må være forberedt på å følge pasienten overalt hvor hun vil gå og gjøre alt som er nødvendig for å bygge opp tillit og trygghet i forholdet. Jeg prøver å skreddersy terapien for hver pasient, å finne den beste fremgangsmåten, og jeg betrakter denne prosessen med utforming av terapien ikke som et grunnarbeid eller preludium, men som selve essensen i arbeidet (...) Jeg prøver å unngå prefabrikert teknikk, og yter mitt beste når jeg lar mine valg springe spontant ut fra kravene i den aktuelle kliniske situasjonen. Jeg tror en ”metode” er gunstig bare når den springer ut av terapeutenes unike møte med pasienten (Yalom 2002:45).

Innholdet i musikkterapien med Ingrid utviklet seg i tråd med en slik tankegang, der terapien ble til underveis, og utformet og skreddersydd etter Ingrids behov og ønsker. Fleksibiliteten og allsidigheten i terapien, organisert gjennom de fire arbeidsområdene, gav mulighet til å følge pasienten der hun til enhver tid var, både fysisk og psykisk. Her er det i tillegg viktig å la pasienten selv være aktivt deltagende i

utformingen av terapien, for på den måten å fremme gjensidighet i den terapeutiske relasjonen (Rolvsjord 2007).

Bedringsprosesser

Jeg vil nå se nærmere på begrepet bedring (recovery), og hvordan dette kan belyse musikkterapiforløpet. Bedring og bedringsprosesser i forhold til alvorlige psykiske lidelser ble tidligere brukt for å beskrive den populasjonen av pasienter som oppnådde full restitusjon av sykdommen. Fra midten av 1970-tallet ble begrepet omdefinert av ulike brukerbevegelser, der personer med egne erfaringer med alvorlige psykiske helseproblemer påpekte at man kan oppnå en subjektiv opplevelse av bedring selv om mange av symptomene fortsatt er tilstede. Etter hvert har begrepet blitt tatt i bruk av ulike teoretikere og brukes i økende grad som kjernebegrep i litteratur om alvorlige psykiske lidelser (Anthony 1996; Davidson et.al. 2005).

Bedring kan defineres som: “the process of learning how to live with and manage or compensate for an ongoing condition, while being engaged in the process of living one’s life as fully as possible within or beyond the limitations imposed by that condition” (Davidson et.al. 2005:180). Bedring henspiller altså på det å ta tilbake kontrollen og komme videre med livet sitt, å greie det meste av tiden, selv om man gjør det på sin egen måte og i sitt eget tempo. Bedring handler ikke nødvendigvis om det kurative, men om å lære å leve med problemene man har og å kontrollere vanskene som oppstår. Bedring fra alvorlige psykiske lidelser blir beskrevet som en dynamisk og sosial prosess, ikke et resultat, og som noe som opptrer mellom individene og deres miljø og samfunn. Forskning på bedringsprosesser har en underliggende tro på at mennesker gjennom egne livserfaringer selv er eksperter på å identifisere hva som hjelper dem i en bedringsprosess (Borg & Kristiansen 2008). Teori om bedring og bedringsprosesser sammenfaller i stor grad både med føringer innen dagens psykiske helsevern og med teorier som empowerment og salutogenese, og dermed også i stor grad med en ressursorientert tilnærming til musikkterapi for mennesker med psykiske helseproblemer (Rolvsjord 2007; Solli 2006b).

Svenske Alain Topor (2004) har sammenfattet internasjonale funn og har selv gjort intervjustudier med personer med alvorlige psykiske lidelser. Han finner her at faktorer som er viktige for bedring er: håp og egeninnsats, noen gode forhold til andre mennesker, bolig og penger, noen som har bruk for deg, individuelle, relasjonelle og materielle forhold, i tillegg til verdsatte roller. Han finner også at behandlingsinnsatsen til hjelpeapparatet vurderes ulikt fra person til person. Noen mener at medisiner

eller psykoterapi er viktig, mens andre mener dette er av mindre betydning, eller til og med at det står i veien for deres bedring.

I Ingrids musikkterapi er det i ettertid vanskelig å peke på hvilken effekt eller konkrete forandringer musikkterapien bidro til. Selv om ekspressive improvisasjoner på trommene reduserte trang til selvskading, varte dette i følge pasienten bare noen timer. Da Ingrid var ”ferdigbehandlet” ved sykehuset og ble utskrevet til en kommunal bolig, hadde hun noe redusert angst, litt større tro på egne evner og et mer kontrollert forhold til selvskading. Men de fleste av hennes problemområder var fortsatt tilstede også etter utskrivelsen. Ifølge Ingrid selv var det viktigste med musikkterapien å skape et pusterom, noe som gav henne en pause fra vonde tanker, stemmer og selvskadingstrang. Hun satte stor pris på å synge kjente sanger med tema som håp og vennskap, hun uttrykte ofte glede og stolthet over å oppleve mestring av trommespill og innspillingen og distribusjon av CD var noe som økte opplevelsen av egenverd og produktivitet. Hun ønsker også inderlig å fortsette med musikk eller musikkterapi etter utskrivelsen. Sett i et bedringsperspektiv kan man si at musikkterapien var et av mange bidrag i den tverrfaglige behandlingen som hjalp Ingrid til å holde ut hverdagen med en alvorlig psykisk lidelse. Hennes bedringsprosess handlet om å skade seg mindre, og å prøve å ha det bedre med seg selv på tross av sykdommen. I Ingrids dikt *Musikk fra hjertet* skriver hun: ”Alt jeg ikke fikk til. Alt jeg likevel drømmer om.” Disse to setningene oppsummerer på mange måter det å jobbe med bedring som prosess. Bedring handler ikke om å få til alt eller å bli kvitt all smerte og plage. Bedring handler om å beholde håpet og drømmen, og å fortsette å leve livet ut fra sine egne forutsetninger. Å fortsette å puste inn og ut – og kjenne at man lever.

Fra pleietrengende pasient til musiserende menneske

I teksten så vi at Ingrid fortalte om den nedverdiggende opplevelsen av å være en ”pleietrengende pasient”. Det å bli innlagt på sykehus i psykisk helsevern kan i seg selv være en stor påkjenning og medfører ofte stigmatisering. Stigma refererer til det å ha en egenskap som er diskrediterende og vanærende, og at personen derfor bør utelukkes fra det sosiale fellesskapet. En stigmatiseringsprosess kan føre til en avpersonalisering, der personen blir totalt oppslukt av stigma, slik at omgivelsene ser sykdommen og ikke personen. Et resultat av dette kan bli at personen får en forstyrret selvidentitet, der vedkommende kun identifiserer seg med sin egen funksjonshemming (Norvoll 2002a). Den norske psykologen Anne-Kari Torgalsbøen relaterer stigmatisering av pasienter med psykiske lidelser til den medisinske dominansen som

tidligere har vært rådende i behandlingen, og maner til språklig bevissthet:

Konsekvensene av at psykiatere har satt dagsorden i ”psykiatrien” er at vi har fått begreper som: psykiatrien, psykiatrisk pasient, psykiatrisk lidelse og schizofren. Disse begrepene lever i folks bevissthet, fungerer svært stigmatiserende og gir assosiasjoner til respektive maktmisbruk, manglende kontroll, galskap, utilregnelighet og håpløshet. Det er et stort tankekors at disse betegnelse lever i beste velgående til tross for at vi er over halvveis i implementeringen av *Opptrappingsplanen for psykisk helse*, der en av de mange noble målsetningene er å bygge ned fordommene knyttet til psykiske lidelser (Torgalsbøen 2005:35-36).

Etter flere år med innleggelse var det tydelig at Ingrid hadde kjent på den ubehagelige identiteten som ”pleietrengende pasient”. I musikkterapien forteller hun om opplevelsen av en ny rolle – å være et musiserende menneske. I en humanistisk og ressursorientert tilnærming til musikkterapi er fokus på ressurser, gjensidighet, samarbeid om målsettinger og kontekstsensitivitet viktige stikkord (Rolvsjord 2007, Solli 2006a), aspekt som vil kunne bidra til å fremme opplevelser av normalisering, egenverd, selvråderett og egne ressurser. Dette er opplevelser som kan knyttes til teori om empowerment. Det sentrale målet med empowerment er å overføre makt til personer med psykiske lidelser, eller til andre som er sosialt vanskeligstilte, slik at de kan gjenvinne styringen over forhold som påvirker deres liv (Norvoll 2002b). Selv om empowermentbegrepet oppstod som en kritikk av det medisinske paradigmet, og ofte sees som uforenlig med det å motta behandling på en lukket avdeling, mener jeg dette er et viktig begrep å ha med seg inn i behandlingen i dagens psykiske helsevern, også på individnivå. Gjennom å etterstrebe en terapeutisk relasjon der pasienten opplever seg som ekspert på eget liv, og der han eller hun selv er med på å utforme (musikk) terapien, vil man kunne bidra til å minske personens følelse av avmakt.

En forfatter som selv har erfaringer som pasient i psykisk helsevern er Arnhild Lauveng. Hun jobber i dag som psykolog, men var i mange år innlagt på lukket avdeling med diagnosen schizofreni. Hun forteller fra en tidligere innleggelse:

Da jeg var syk, opplevde jeg at det var mye fokus på min sykdom, og også på mine svake sider. Jeg opplevde mindre interesse og oppmerksomhet omkring mine sterke sider, på hvem jeg var, utenom sykdommen min. Av og til hadde jeg nesten en følelse av at interesser, hobbyer og ønsker bare var til bryderi, noe som forstyrret det vi egentlig holdt på med, nemlig sykdommen og behandlingen av den. (...) For jeg var aldri, i mine øyne, ’en pasient med schizofreni’. Jeg var Arnhild (Lauveng 2005).

Vi ser her at når problemområdene overskygger de friske sidene av personen vil behandlingen lett få et negativt fokus. En overfokusering på de patologiske sidene

fører til at man mister det helhetlige perspektivet, noe som igjen vanskeliggjør et godt samarbeid med personen. Musikkterapi er et behandlingstilbud som etter min erfaring har en spesiell god mulighet til å møte pasienten på en ressursorientert og likeverdig måte. I timene med Ingrid spilte vi ofte sammen med hvert vårt instrument, noe som krevde at begge parter var aktive og som gjorde at begge fikk en mer likeverdig rolle i samspillet. På den måten kan vi tenke oss at musikkterapitimene var et sted der Ingrid opplevde seg som en person som hadde noe å gi, noe å framføre, noe annet enn bare sin sykdom.

På samme måte var det å spille inn en CD, og å gi denne videre til venner og familie, noe som støttet opplevelsen av å være noe mer enn en pleietrengende pasient. I sin studie av musikkterapi med pasienter i psykisk helsevern framhever den israelske musikkterapeuten Dorit Amir verdien av noen ganger å kunne jobbe produkt- og resultatrettet: ”for some clients (...) the final product gives them a feeling of achievement and completion. Therefore, it should be considered an important component of the therapeutic experience” (Amir 1992:191-192). I mitt eksempel ble produksjonen og distribusjonen av CD-en noe som gav Ingrid opplevelser av nye handlemuligheter,³ bidro til å styrke hennes følelse av autonomi og kompetanse og på den måten en viktig del av behandlingstilbudet. Aasgaard (2002) argumenterer ut fra sin forskning på barn på sykehus at terapiprosesser der pasienten får mulighet til å uttrykke, kommunisere, være skapende og vise sine prosjekter til andre, og der de får mulighet til å oppleve glede og velvære, bidrar til å utvide personens sosiale roller.

When the five children were assisted to create and to perform their own songs, these activities *added* new elements of health to their lives and to their social environment(s) during the long and complicated process of being treated for serious blood disorders (Aasgaard 2002:ii).

På samme måte kan det argumenteres for at innspillingen og produksjonen av en CD var en prosess som gav Ingrid en ny sosial rolle, og som derfor var viktig i hennes bedringsprosess.

Rolvjord (2007) kobler musikk som empowerment og helseressurs til tanken om å vinne tilbake retten til musikk. I casusbeskrivelsen så vi hvordan Ingrid kjempet med tanker om ikke å være flink nok i musikkgruppen, og dermed ikke følte at hun fortjente en plass i det musikalske samværet. Gjennom en trygg og forutsigbar start i individualterapien vant hun etter hvert tilbake troen på seg selv, og turte å hevde seg selv og ta tilbake retten til å spille musikk. Denne ervervede retten til musikk ble en ressurs som Ingrid kunne bruke for å delta i allsangen i miljøet, i musikkterapigruppen

3 jfr Ruuds definisjon av musikkterapi (1979, 1990).

og når hun reiste ut for å knytte seg til et kommunalt musikktilbud. På den måten var musikkterapien, vandringsen fra pleietrengende pasient til musiserende menneske, en “empowering” prosess og et viktig bidrag i den tverrfaglige behandlingen.

Avslutning

I denne teksten har jeg argumentert for at den norske musikkterapiens teoretiske basis og metodiske tilnærming er særdeles godt tilpasset dagens faglige og politiske føringer for psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Jeg har også beskrevet og eksemplifisert en tilnærming til hvordan musikkterapi kan implementeres som en del av standard behandling på en sykehusavdeling. Det finnes fortsatt mange utfordringer i dette arbeidsfeltet. Det å jobbe som terapeut med mange ulike roller – som individualterapeut, gruppeterapeut, miljøterapeut og som tilrettelegger for eksterne tilbud – er en svært krevende og tidvis frustrerende rolle. Som representanter for en relativt ny yrkesgruppe er vi som musikkterapeuter opptatt av faglig anerkjennelse og respekt, og tradisjonelt har biomedisinske og psykodynamiske/analytiske tilnærminger vært ansett som de mest autoritative perspektivene. Kan da beskjefligelse med miljøterapi og samfunnsmusikkterapi svekke vår profesjonalitet og omdømme som terapeuter? Aasgaard (1998:168) sier om dette at: ”Jeg tror imidlertid ikke at økende interesse for musikk og miljøsammenhenger behøver å fortrenge musikkterapeuten som individual- eller gruppeterapeut, men snarere utvide vårt aksjonspotensiale og gjøre oss mer synlig i institusjonsmiljøene.” Jeg tror dette stemmer. Spørsmålet om hvordan terapien til en hver tid skal tilrettelegges bør besvares med hva som tjener pasientenes bedringsprosesser på best mulig måte. Her tror jeg en humanistisk og ressursorientert tilnærming som åpner for å jobbe både med individ og kontekst vil gi muligheter for å skape et helhetlig terapeutisk tilbud som kan bidra til å fremme normalisering og integrering i samfunnet, minske stigma og å øke autonomi og makt blant personer med psykiske lidelser, i tråd med føringene fra opptrappingsplanen for psykisk helse (Stortingsmelding nr. 25).

Nyere forskning støtter også opp om musikkterapi som et viktig tilskudd til dagens psykiske helsevern og helsearbeid. Studier indikerer at musikkterapi, når gitt sammen med standard behandling, gir signifikant effekt både for pasienter med alvorlige psykiske lidelser (Gold, Solli, Krüger & Lie 2009), psykoseproblematikk (Gold, Heldal, Dahle & Wigram 2005) og depresjon (Maratos, Gold, Wang & Crawford 2008). Nyere forskning på bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser fremhever også viktigheten av multimodale og flerfaglige behandlingstilbud (Aanonsen

2007), og det virker derfor som det i dag er større åpenhet for kreative terapiformer innen psykisk helsearbeid (Thorsen og Johannessen 2008). I Norge er det i dag ansatt i overkant av 20 musikkterapeuter innen psykisk helsevern for voksne (Hodne 2007). I tillegg jobber det musikkterapeuter i psykisk helseverninstitusjoner for barn og ungdom og i arbeidsfelt som ligger i forlengelsen av psykisk helsevern, som videregående skoler, musikk- og kulturskoler og ulike aktivitets- og dagsenter. Nedbyggingen av de store institusjonene gjør at arbeidsfeltet for fremtidens musikkterapeuter i større grad vil være psykisk helsearbeid i bydelene eller kommunene, men det vil også være behov for musikkterapeuter på spesialistnivå. Med en solid tradisjon bygget på humanistiske verdier og ressursorienterte tilnærminger, og gjennom fleksible og veltilpassede metodiske tilnærminger, har musikkterapien utvilsomt potensiale til å kunne bidra til å komplementere standard behandling i dagens psykiske helsevern og psykiske helsearbeid på en god måte.

Litteratur

- Amir, D. (1992). *Awakening and expanding the self: Meaningful Moments in the Music Therapy Process as Experienced and Described by Music Therapists and Music Therapy Clients*. Doctoral Dissertation. New York: School of Education, Health, Nursing and Arts Professions New York University.
- Anthony, W. A. (1996). Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1993, 16(4), 11–23.
- Binder, P. E., Nielsen, G. H., Vøllestad, J., Holgersen, H. & Schanche, E. (2006). Hva er relasjonell psykoanalyse? Nye psykoanalytiske perspektiver på samhandling, det ubevisste og selvet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 899-908.
- Bruscia, K. E. (1998). *Defining Music Therapy*. Second edition. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Borg, M. & Kristiansen, K. (2008). Working on the edge: the meaning of work for people recovering from severe mental distress in Norway. *Disability & Society*, 23:5, 511-523.
- Davidson, L., Borg, M., Marin, I., Topor, A., Mezzina, R., & Sells, D. (2005). Processes of Recovery in Serious Mental Illness: Findings from a Multinational Study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8, 177–201.
- Fellesorganisasjonen (2000). *Om vernepleieyrket*. Oslo.

- Fredrickson, B. (2000). Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. *Prevention & Treatment*, Volume 3, Article 0001a.
- Gold, C., Haldal T.O., Dahle T., & Wigram T. (2005). Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD004025.pub2. DOI: 10.1002/14651858.CD004025.pub2.
- 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. *Clinical Psychology Review* 29, 193–207.
- Hodne, I. H. (2007). Musikterapeutene som profesjonsgruppe i Norge. *Musikkterapi*, nr 3.
- Johns, U. T. (2008). ”Å bruke tiden – hva betyr egentlig det?” Tid og relasjon – et intersubjektivt perspektiv. I: Trondalen, G., & Ruud, E.(red). *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi*. Skriftserie fra Senter for musikk og helse. Oslo: Norges musikkhøgskole.
- Jørgensen, H. A. (2004). Behandling. *FRAM – Rehabilitering ved schizofreni*. CD-ROM fra Astra Zeneca AS, Oslo.
- Kværna, E., & Lund, B. (2004). *Biter av liv. Miljøterapeutiske fortellinger og refleksjoner*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lauveng, A. (2006). *I morgen var jeg alltid en løve*. Oslo: Cappelen Forlag AS.
- Langeland, E. (2006). Mestring av psykiske helseproblemer. Salutogenese i teori og praksis. I: Almvik, A. & Borge, L.(red.) *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Maratos, A.S., Gold, C., Wang, X. & Crawford M.J. (2008). Music therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD004517. DOI: 10.1002/14651858.CD004517.pub2.
- Munk-Matsen, N. M. (1998). Musikterapeut i en miljøterapeutisk institusjonskultur. *Nordic Journal of Music Therapy*, 7(1): 65-69.
- Norvoll, R. (2002a). Makt og sosial kontroll innenfor psykisk helsevern. I: Norvoll, R. (red.). *Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskaplige perspektiver – en introduksjon*. Oslo: Gyldendal akademiske forlag.
- Norvoll, R. (2002b). Psykisk helse som sosial prosess. I Norvoll, R. (red). *Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskaplige perspektiver – en introduksjon*. Oslo: Gyldendal akademiske forlag.
- Psykiske helsevernloven (2002). Medlex - Norsk Helseinformasjon: Oslo.
- Rolvsvjord, R. (2002). *Når musikken blir språk. Musikalsk kommunikasjon i musikkterapi – et dialektisk perspektiv*. Oslo: Unipub forlag.

- Rolvsvjord, R. (2004). Therapy as Empowerment. Clinical and Political Implications of Empowerment Philosophy in Mental Health Practises of Music Therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 13(2), 99-112.
- Rolvsvjord, R., Gold, C. & Stige, B. (2005). Therapeutic Principles for Resource-oriented Music Therapy: A Contextual Approach to the Field of Mental Health. *Nordic Journal of Music Therapy*. URL: <http://www.njmt.no>. [Lesedato: 29.03.2006]
- Rolvsvjord, R. (2007). *Blackbird singing. Explorations of Resource-oriented Music Therapy in Mental Health Care*. Thesis submitted for the degree of Doctor of Philosophy. Aalborg University.
- Ruud, E. (1979). Musikkterapi. *Musikk i skolen*, 4, 34-35.
- Ruud, E. (1990). *Musikk som kommunikasjon og samhandling*. Solum forlag, Oslo.
- Ruud, E. (2008). Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi. I: Trondalen, G., & Ruud, E.(red). *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi*. Skriftserie fra Senter for musikk og helse. Oslo: Norges musikkhøgskole.
- Solli, H.P. (2003). ”Twist and Shout”- improvisasjon som gruppemusikkterapi på psykiatrisk sykehus. *Musikkterapi*, 2, 10-19.
- Solli, H.P. (2006a). Aldri bare syk. Om ressursorientert musikkterapi for en mann med schizofreni. *Masteroppgave i musikkterapi*. Oslo: Norges musikkhøgskole.
- Solli, H.P. (2006b). Musikk i psykiatrisk praksis. Aasgaard, T. (red.) *Musikk og helse*. Oslo: Cappelen akademiske forlag.
- Solli, H.P. (2008). ”Shut up and play!” Improvisational use of popular music for a man with schizophrenia. *Nordic Journal of Music Therapy*.17(1), 67-77.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*. IS1332. Oslo.
- Stige, B. (1991). *Musiske born. Ein tekst om improvisatorisk musikkterapi*. Høgskuleutdanninga på Sandane.
- Stige, B. (2003). *Culture centered music therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Stige, B. (2008). Samfunnsmusikkterapi – mellom kvardag og klinikk. I: Trondalen, G., & Ruud, E.(red.). *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi*. Skriftserie fra Senter for musikk og helse. Oslo: Norges musikkhøgskole.
- Stortingsmelding nr. 25. (1996-1997). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Thorsen, G. R. B., & Johannessen, J. O. (red.) (2008). *Schizofreni. For pasienter, pårørende, helsepersonell og andre*. Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning.
- Topor, A. (2004). *Vad hjälper? Vägar till återhämtning från svåra psykiska problem*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Torgalsbøen, A.K. (2005) ”Jeg jobber i psykiatrien”. *Impuls*, nr 3.

- Trondalen, G. (2004). *Klingende relasjoner. En musikkterapistudie av "signifikante-øyeblikk" i musikalsk samspill med unge mennesker med anoreksi*. Avhandling for graden Ph.D. Oslo, Norges musikkhøgskole.
- Trondalen, G. (2008). Musikkterapi – et relasjonelt perspektiv. I: Trondalen, G., & Ruud, E. (red.). *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med musikkterapi*. Skriftserie fra Senter for musikk og helse. Oslo: Norges musikkhøgskole.
- Yalom, I. D. (2003). *Terapiens gave*. Oslo: Pax Forlag.
- Wilken, J.P. (2007). Understanding Recovery of Psychosis: A Growing Body of Knowledge. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 44(5): 658-666.
- Aanonsen, A.M. (2007). Psychosis and the Mission of Professional Psychology. *Tidsskrift for norsk psykologforening*. 44 (5), 521.
- Aasgaard, T. (1998). Musikk-miljøterapi: Uvanlig? Uinteressant? Uutforsket! *Nordic Journal of Music Therapy*. 7(2),168-171.
- Aasgaard, T. (1999). Music therapy as milieu in the hospice and paediatric oncology ward. I: Aldridge, D. (red.) *Music Therapy in Palliative Care: New Voices*. London: Jessica Kingsley.
- Aasgaard, T. (2002). *Song Creations by Children with Cancer – Process and Meaning*. Upublisert Ph.D., Avdeling for musikk og musikkterapi, Aalborg: Aalborg Universitet.