

Isabel Eriksson

Musikkterapeutiske verktøy og tilnærminger i behandling av mennesker med psykoselidelser

Musikk gir god helse. Kan vi hjelpe mennesker med psykoselidelser ved å tilby musikkterapeutiske verktøy og tilnærminger?

Bacheloroppgave i Musikkvitenskap

Veileder: Ola Nordal

Mai 2022

Isabel Eriksson

Musikkterapeutiske verktøy og tilnærminger i behandling av mennesker med psykoselidelser

Musikk gir god helse. Kan vi hjelpe mennesker med psykoselidelser ved å tilby musikkterapeutiske verktøy og tilnærminger?

Bacheloroppgave i Musikkvitenskap
Veileder: Ola Nordal
Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Det humanistiske fakultet
Institutt for musikk



Kunnskap for en bedre verden

Forord

Takk til veileder Ola Nordal for all hjelp.

Takk til Erlend Daaland Wormdal for god innsikt inn i musikkterapien. Og takk til

Mamma for all støtte igjennom oppgaven.

Innholdet i denne oppgaven står på forfatterens regning.

Sammendrag

Musikkterapi viser seg å fungere godt på pasienter med psykoselidelser. I denne oppgaven skal jeg argumentere for hvordan musikkterapi fungerer på pasient med psykoselidelser, ved å legge frem relevant forskning rundt fagfeltet, samt sette lys på viktigheten av musikkterapi innenfor psykisk helsevern. Forskningen og teoriene som blir tatt utgangspunkt i er hentet fra Norge, og norske musikkterapeuter, som Hans Petter Solli, Even Ruud og Randi Rolvsjord. Ved å ta utgangspunkt i dette stilles det spørsmål om musikkterapi fungerer som et supplement til den standardiserte behandlingen, samt om det er nok kvantitativ forskning for å kunne si om musikkterapi er et positivt verktøy eller ikke. Denne teksten konkluderer med at musikkterapi er en ressurs i arbeidet med psykoselidelser.

Abstract

Music therapy has been shown to work well in patients with psychotic disorders. In this thesis, I will argue for how music therapy works on patients with psychotic disorders, by presenting relevant research in the field, as well as shed light on the importance of music therapy in mental health care. The research and theories that are based on are taken from Norway, and Norwegian music therapists, such as Hans Petter Solli, Even Ruud and Randi Rolvsjord. Based on this, the question is asked whether music therapy works as a supplement to the standardized treatment, as well as whether there is enough quantitative research to be able to not. This text concludes that music therapy is a resource for patient with psychosis.

Innholdsfortegnelse:

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Problemstilling.....	1
1.3 Avgrensing og begrepsforklaring	2
2.0 Gjennomgang av litteratur	4
2.1 Musikk, identitet og helse	4
2.1.1 Musikkbegrepet	5
2.1.2 Musikkbegrepet i musikkterapi	6
2.1.3 Identitet	7
2.1.4 Helsebegrepet	8
2.2 Musikkterapi	10
2.2.1 Musikkterapi – en historisk innføring	10
2.2.3 Hva er en musikkterapeut?	11
2.2.4 Den norske musikkterapi tradisjonen	11
2.3 Psykisk helse	13
2.3.1 Psykisk helsevern og Psykisk helsearbeid.....	13
2.3.2 Standardisert behandling og bedringsprosesser	15
2.3.4 Musikkterapi i psykisk helsevern	16
3.0 Musikkterapi i møte med psykoselidelser – to eksempler fra praksis	21
3.1. Flexibilitet og imøtekommenhet	26
4.0 Drøfting	27
5.0 Konklusjon	30
Litteraturliste:	32

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Helt siden jeg var liten har jeg hatt et spesielt forhold til musikk. Musikk ble en redning fra hverdagen. Jeg fant en salgs tilflukt i musikken. Når jeg plagget inn høretelefonene mine inn i den splitter nye Sony Ericssonen min var jeg ustoppelig. Når jeg begynte å studere musikkvitenskap, ble jeg fasinert over hvordan musikk har en så sterk rot i alle menneskers liv. Jeg begynte å sette spørsmålstegn ved hvorfor mennesker er så knyttet til musikk, og hva er det som gjør dragningen til musikk så spennende og nesten euforisk.

1.2 Problemstilling

Musikk gir god helse. Kan vi hjelpe mennesker med psykoselidelser ved å tilby musikkterapeutiske verktøy og tilnærminger?

Musikk, musikkterapi, og psykoselidelser er gjennomgående begreper i denne oppgaven. I den forskningen jeg kommer til å legge frem inngår temaene helsevitenskap, musikkterapi, musikkpsykologi, musikkvitenskap og psykisk helsevern. Jeg kommer til å ta utgangspunkt i forskningen til musikkterapeutene Even Ruud, Hans Petter Solli og Randi Rolvsjord. Denne forskningen innebærer musikkterapeutiske perspektiver og to kvalitative studier som forklarer hvordan pasientene med psykose reagerer eller samhandler med musikkterapeutisk behandling.

I oppgaven argumenteres det for at musikkterapi fungerer for pasienter med psykoselidelser ved å legge frem relevant forskning rundt fagfeltet, samt se på om musikkterapi kan bli en del av standardisert behandling innenfor psykisk helsevern i Norge. Denne forskningen viser at musikkterapi har en positiv helseeffekt på pasienter med psykoselidelser, men peker også mot andre viktige spørsmål. Hva er det konkret som gjør at musikkterapi har en positiv effekt på pasienter med psykose? Hva er det musikkterapeuter gjør annerledes enn en psykologer eller og leger? Og siden de positive effektene er såpass godt dokumentert, hvorfor er ikke

musikkterapi en større del av standardisert behandling ved psykisk helsevern og helsearbeid i Norge? For å svare på det vil det undersøkes sammenhengen mellom musikk, helse og terapi og andre påviste effekter musikkterapi har på pasienter med psykose. Det trekkes også frem forskjellige perspektiver på musikkterapi, men med hovedfokus på ressursorientert og samfunnsrettet musikkterapi.

Det er vanskelig å definere musikkterapi, men denne teksten tar utgangspunkt i følgende formulering: «Musikkterapi gir muligheter for utvikling og endring gjennom et musikalsk og mellommenneskelig samarbeid mellom terapeut og klient» (Norsk forening for musikkterapi, 2022). For å kunne praktisere musikkterapi, må det være en musikkterapeut til stede. Dette er fordi musikkterapi handler om reflekterte og planlagte aktiviteter som innebærer en rekke valg, gjerne valg som blir tatt i øyeblikket. Dette er valg som er bygd på kunnskap om situasjonen og musikkens påvirkning av den. Og hvordan kan musikken fungere i møte med mennesker.

Teksten argumenterer for at den norske musikkterapiens teoretiske og metodiske tilnærminger er særdeles godt tilpasset de faglige og politiske føringer for psykisk helsevern og psykisk helsearbeid (Helsedirektoratet, 2013). Det blir også beskrevet eksempler og teorier på hvordan musikkterapi brukes for å fremme mestring og empowerment hos pasienter med psykoselidelser. Ved beskrivelse av hva psykoselidelser er og hvordan de i dag blir brukt som en del av den integrerte behandlingen i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid i Norge, forklares det hvordan musikkterapien kan styrke god helse og bedringsprosesser hos pasienter med psykoselidelser. Oppgavens struktur er som følger: den diskuterer mer generelt om hva god helse er og hva musikkbegrepet er. Videre diskuteres det bredt om musikkterapiens tradisjon i Norge, hvor det blir fremlagt relevante teorier for problemstillingen. Videre blir psykisk helsevern og psykisk helsearbeid diskutert, og hvordan musikkterapi blir brukt i psykisk helsevern i Norge. Samt vil det bli lagt frem to caser som ser på bruken av musikkterapi i psykisk helsearbeid med to pasienter med psykoselidelse. Deretter kommer drøftingen og en avslutning, hvor noen av hovedfunnene som er nevnt ovenfor vil bli diskutert.

1.3 Avgrensning og begrepsforklaring

Forskningen jeg tar utgangspunktet i denne oppgaven omhandler teorier og kvalitative studier skrevet av Even Ruud, Hans Petter Solli og Randi Rolvsjord. Jeg tar også for meg

musikkterapeutiske perspektiver som blir brukt i Norge, når jeg ser på voksne pasienter med psykoselidelser. Med utgangspunkt i den norske musikkterapi tradisjonen blir det også sett på ulike relasjoner musikkterapi har til psykisk helse i Norge. Derfor defineres disse begrepene under, for å få en større forståelse av hva som blir å ta opp i denne oppgaven.

Psykisk helsevern

Psykisk helsevern defineres som spesialhelsetjenesten undersøkelse og behandling av mennesker med psykiske lidelser, samt omsorgen og pleien de behøver. Psykisk helsevern omfatter både tjenester for barn, unge, voksne, eldre, består av frivillige tjenester, og ved svært få tilfeller tvang (Andersen og Braut, 2009). Hovedprinsippet for behandlingen er at hjelpen skal tilbys ut i fra den enkeltes behov og kapasitet, og skal tilbys på en slik måte at den skal oppleves som hjelp.

Psykisk helsearbeid

Psykisk helsearbeid kan beskrives som et samarbeid mellom å fremme og å bedre enkeltmenneskes psykiske helse. Hensikten blir å styrke menneskers egenverd og livskraft, og finne frem til våre ressurser for å fremme mestring og kontroll over egne liv. Arbeidet inkluderer å påpeke og endre forholdet i samfunnet som skaper psykisk uhelse og bidrar til stigmatisering og undertrykkelse (Andresen, 2016). Det er ofte lokale tilbud, som kan legge til rette for meningsfulle aktivitet og mulige arbeidstiltak.

Pasientbegrepet

Med pasient mener jeg personer som er syke eller har en psykisk lidelse, og er under behandling i helsetjenesten (i dette tilfellet psykisk helse). Jeg velger å bruke dette begrepet for mennesker med psykoselidelser, siden det gir en bred forståelse. En pasient har både rettigheter og plikter, men jeg ønsker å understreke at disse pasientene ikke er definert av sykdommen sin, og derfor ikke bør stigmatiseres for sykdommen sin. (Bruusgaard, 2009).

Psykoselidelse

Psykoselidelser og/eller psykose henvises til helsedirektoratet slikt:

«Psykoser er fellesbetegnelsen på en sammensatt gruppe psykiske lidelser med det felles kjennetegnet at personen med den psykiske lidelsen har nedsatt eller manglende

realitetstestende evne (vansker med å skille mellom ytre og indre faktorer) ...» (Helsedirektoratet, 2013).

Psykoselidelser er en sammensatt gruppe psykiske lidelser kjennetegnet ved psykose, som kan ha en alvorlig forstyrret virkelighetsoppfatning eller forvirringstilstand. Virkeligheten oppfattes som en realitetsbrist. Psykoselidelser er en samlebetegnelse på blandt annet schizofreni, paranoide psykose, schizoaffektive lidelser, stoffutløste psykoser, bipolar lidelse og akutte og forbigående psykoser (Malt og Røssberg, 2009).

2.0 Gjennomgang av litteratur

I denne delen av oppgaven vil jeg redegjøre for noen grunnleggende musikkvitenskapelige og musikkterapeutiske teorier som jeg finner relevant for min problemstilling. Mye av det litteraturen er basert på teorier og forskning av musikkterapeuten Even Ruud. Alle teoriene og forklaringene relaterer ikke nødvendigvis til pasienter med psykoselidelser, men omhandler mer generelt om mennesket og dets forhold til musikk. Disse teoriene danner grunnlaget for hvorfor man kan si at musikkterapeutisk verkøy kan hjelpe pasienter med psykoselidelser. Videre legges det frem om den norske musikkterapi tradisjonen, samt relevante teorier og litteratur som underbygger problemstillingen. Deretter forklares det generelt rundt psykosebegrepet, og relevante studier som underbygger problemstillingen.

2.1 Musikk, identitet og helse

For å se en sammenheng mellom musikk, identitet og helse, trengs det både teoretiske argumenter og empiri for å kunne underbygge hva et slikt utsagn kan grunne i. Det skal redegjøres for tre hovedbegreper som må defineres for å kunne diskutere problemstillingen. Når det snakkes om hvordan musikk kan ha en positiv helseeffekt, blir det viktig og definere «fellesnevnerne» som i vårt møte med musikken kan bringe fram en helsegevinst. Om de klarer å bruke denne kunnskapen til en musikalsk levestil, kan det gi et bidrag til forståelsen av musikk som et «kulturelt immunogen» (Ruud, 2011, s. 13), som kan bli en motstandsdyktig ressurs ovenfor stress og helsetruende tilstander, og kan i psykosetilfelle bli en forebyggende faktor.

2.1.1 Musikkbegrepet

Når musikk og helse knyttes sammen kan man spørre seg om det finnes en bestemt type musikk eller musikkstykker som gir en bedre helseeffekt enn annen musikk. Videre kan det spørres om det finnes objektive trekk ved musikken som dynamikk, tonehøyden, rytmikk eller bestemte melodiske figurer osv. som kan virke regulerende på helsen til mennesker uavhengig av kultur, kontekst eller musikalske erfaringer (Ruud, 2011, s. 13). Den musikkpsykologiske forskningen, om musikkens virkninger på helse og identitet, møter oss et stykke på veien i en søken om den musikalske strukturen. Det kan være et langsomt tempo, trinnvis melodi, lite overraskelser, klare melodiske og rytmiske strukturer osv. syntes å være beroligende på de fleste mennesker (Ruud, 2011, s. 13). Hvis du vil få opp energien eller oppleve stimulerende tilstander, søker man ofte musikk med større sprang, irregulære rytmer, et raskt tempo dissonanser osv. som for eksempel om du ønsker å få opp pulsen når du trener, eller når du danser på klubben. Det blir derfor ikke så rart at mennesker søker etter slike musikalske elementer. Musikken blir en slags refleksjon av humøret ditt, men det er også viktig å poengtere at dette er generaliserende, og at det er stor individuell forskjell fra person til person hva som oppfattes som «riktig» til de gitte situasjonene.

Det kan også være gunstig å se på de innholdsmessige eller språklige aspektene ved musikkopplevelsen som gir opphav til mange forskjellige assosiasjoner, stemninger eller tilstander som kan settes i forbindelse med helse (Ruud, 2011, s. 14). Slike assosiasjoner til musikk kan både være forutsigbare og intime fordi de er formet etter gjentatte møter med musikalske klisjeer og stereotyper, på denne måten skaper du et eget nettverk med faste assosiasjonsmønstre. Men assosiasjonene kan også være private, tilfeldige og situasjonsbaserte. Hvis vi ikke kan forutsi musikkens virkning er det lett at musikken får en relativistisk oppfatning, da blir man å søke etter musikkens virkning igjennom personlige og kulturelle opplevelser. Det vil si at musikken påvirker oss forskjellig ikke bare i samme situasjon, men også når situasjonen eller konteksten forandrer seg (Ruud, 2011, s. 14).

En helt objektbasert tilnærming til forståelsen av hvordan musikk kan påvirke helsetilstander kan bli vanskelig, man ser i metastudiene av hvordan musikk påvirker smerte. For eksempel kan man trekke frem databasen Cocharnes¹ metastudier om musikkens

¹ Se <http://www.cochrane.org/about-us>. Cochrane er et nettverk av forskere som publiserer oversikter over forskning om effekten av en spesiell behandling, slik at behandlingen kan være best mulig basert på evidens. Mye brukt i musikkterapi forskning på mennesker med psykoselidelser.

påvirkning på smerte, ofte viser liten effekt av musikk. Hvorfor musikken har så lite effekt kan være fordi denne type forskning ikke vurderer undersøkelser hvor musikken blir anvendt sammen med andre terapeutiske tilnærming, som kan være avspenning, visualisering, musikkterapi eller språklig påvirkning (Ruud, 2011, s 14).

Det finnes også flere måter å studere musikkens virkning i en helsesammenheng. Forskeren Christopher Small (1989) argumenterer for at musikken ikke skal betraktes som et objekt eller et symbol, musikken blir betraktet mer som en handling. Small beskriver musikken som et verb – «musicking» (Small, 1989). Det blir en handling hvor vi må forstå situasjonen for å kunne skjønne dens virkning på oss (Ruud, 2011, s. 15). Forståelsen av musikk som et verb kan også knyttes opp til ordet «preformance», som sier hva musikken kan gjøre med oss (Aldridge, 2005, s. 27). Et annet alternativ er å studere samspillet mellom musikalske strukturer, de assosiasjonene musikk utløser, personers individuelle musikksmak, samt de fysiske og psykiske aspektene som skjer i møte med musikk. Musikkterapeuter har i senere tid funnet opp begreper som «affordance» og «appropriation» (DeNora 2000) for å forstå hvilke føringer musikken gir. Disse begrepene gir en beskrivelse av at musikken ikke har en bestemt iboende mening, men den kan gi noen retningslinjer for meningsopplevelser. Musikken kan gi en rekke fordeler for mennesker, men disse fordelene er avhengig av hvordan potensiale (*affordance*) brukes (*appropriation*) av individer og deres kontekst. Med andre ord kan vi si at musikken har egenskaper og strukturer (*affordance*) som «tilbyr» noen bestemte opplevelser som vi i situasjonen kan «appropriere» (Ruud, 2011, s. 16).

2.1.2 Musikkbegrepet i musikkterapi

Musikkterapi har mye av den samme oppfatningen av musikkbegrepet, men trekker ofte frem mestring og at musikk er noe man gjør for å kunne løfte pasientens selvtillit og mestring. Det finnes flere perspektiver på musikkterapi, men den norske musikkterapien er tuftet på et humanistisk perspektiv, hvor de ønsker å skape en motvekt til terapi og behandling som reduserer mennesker til et objekt (Ruud, 2008, s. 8). Dette betyr ikke at et humanistisk perspektiv på musikkterapien ikke anerkjenner kropp og biologi som sentrale forutsetninger for å jobbe med helse og terapi. Tvert imot har de betont nødvendigheten av å samarbeide i team med andre faggrupper, hvor de ønsker å bidra og utfylle samarbeidet, snarere enn å erstatte (Ruud, 2008, s. 8).

Mennesker må forstås ut ifra sin historie, sin kontekst, sin kultur og sin sosiale sammenheng. Musikkopplevelsen, som danner utgangspunktet for terapi, skal ikke være reflektert av musikalske strukturer, men en meningsopplevelse som oppstår i samspill og dialog mellom personen og et musikkobjekt innenfor en bestemt kontekst eller kulturell situasjon. I en behandlingshverdag hvor mange pasienter blir møtt med medisiner, tester, utredninger og diagnoser blir det fort mye, og da kan musikkterapeuten tilby sin tid og tilstedeværelse for å skape tillit og lytte. Musikkterapi tar ikke bare utgangspunkt i diagnoser eller sykdom for å forklare pasientens mangler, men bygger heller på samarbeid om og utvide pasientens ressurser (Ruud, 2008, s. 8).

2.1.3 Identitet

Hvis spørsmålet om musikalsk identitet, og hvordan musikk har en påvirkning på psykisk helse skal forstås, faller det naturlig å snakke om identitet og hvordan identiteten påvirker oss. Om vi ser på musikalsk identitet som en bakgrunn for musikalsk fortolkning blir det tydelig hvordan livshistoriske hendelser kan prege hvordan vi opplever og forstår musikk. (Ruud, 2011, s. 13). «Identitet er ikke noe som vi er utstyrt med. Identitet er noe vi konstruerer gjennom hele livet. Identitet er summen av alle fortellingene vi lager om oss selv.» (Ruud, 2013, s. 4). Utgangspunktet for en slik identitetsforståelse er vestlige forestillinger om et avgrenset selv. Identitet handler ikke bare om å søke kontinuitet bakover i livet, men også å forstå forholdet om hva vi identifiserer oss med. Våre identifiseringer og væremåte blir viktige for å forstå vår musikalske smak og preferanser (Ruud, 2011, s. 13).

For å bygge videre på denne identitetsforståelsen i musikkvitenskapen, må det ses nærmere på sammenhengen mellom musikalsk identitet og fortellingen om god helse/psykisk helse. Forskningen til DeNora (2000) viser at musikalsk identitet har blitt en viktig del av vår selvforståelse, musikken er viktige markeringer av hvordan vi forstår og plasserer oss selv inn i et sosialt landskap (DeNora, 2000, s. 21). Sammenhengen mellom musikk, helse og identitet, kan man se hvordan mennesker bevarer helsen sin ved å ha en type kreativt utløp eller performance, en estetisk praksis som fremmer en livsstil eller selvpåførte personlige verdier og kulturelle normer. Det betyr ikke at man kan ønske bort alvorlig fysisk og psykisk sykdom, men snarere handler det om at våre begreper om «helse» omfatter mer enn og trene og spise sunn mat. Det handler om å fremme flere helsefremmende mentale aktiviteter, som bønn, meditasjon og kunstneriske fremføringer (Ruud, 2011, s. 17). Forskeren og musikkterapeuten

David Aldridge mener at dette er en type estetisk praksis uttrykt gjennom vår egen kropp som er innskrevet i en sosial praksis (Aldridge, 2005, s. 45). Det sosiale er innarbeidet, «i kroppen», og du blir en innarbeidet versjon igjennom underbevisstheten, som blir indoktrinert av seg selv (Ibid). En slik tilnærming kan også ses i sammenheng av en type emosjonssosiologi som utforsker uttrykk gjennom hvordan personlige sosiale opplevelser kan knyttes til filosofiske perfektiver som kan vise en sammenheng mellom kognisjon og emosjoner (Aldridge, 2005, s. 45). Dersom vi skal forske på musikk fra et slikt perspektiv må vi ikke bare studere musikalsk produksjon eller likheter mellom musikkverk og sosiale strukturer, men også se på hva musikken «gjør» i det sosiale livet. Hvilke interaksjoner du som enkelt individ har med musikk i hverdagslivet (den sosiale funksjonen og konstruksjon av emosjon). Når vi studerer sammenhengen mellom musikk og helse/psykisk helse må vi være oppmerksomme på det «emosjonelle arbeidet» (Ruud, 2011, s. 17) eller strategiene som folk anvender. Hvordan vi føler, og hva vi føler mens vi opplever musikk er et viktig aspekt for å forstå sammenhengen mellom helse og musikk.

2.1.4 Helsebegrepet

Det finnes flere oppfatninger av helse innenfor musikk, medisin og hverdagen. Helsebegrepet blir utsatt for mange antall av fortolkninger, og trenger derfor en redegjørelse. I den medisinske forklaringen, hvor leger ofte tar et objektivt standpunkt, gis muligheten til en målbar eller positiv tilgang til god «helse» (Ruud, 2011, s. 13). En annen vinkling kan være den fortolkende, eller den hermeneutiske posisjonen, som åpner opp for tankegangen om å se musikkbruk i sammenheng med helseatferd og helseopplevelse. Blir det objektive synet på god helse som en tilstand med fravær av sykdom (antikkens Hellas), hvor kroppen fungerer normalt enten biologisk eller statisk. Her underbygges teoriene om kroppen som et mekanisk sted, hvor de livsbetingende funksjonene fungerer på en mekanisk måte (Ibid). Med et slikt mekanisk syn på helse kan noen av årsakene til denne tradisjonens forskning på musikkens virkning, tenke mekanisk og se på musikkens som uavhengig av kulturell og sosial kontekst. Med andre ord blir musikken et slags medikament for å hindre dårlig helse.

Innenfor den fortolkende tradisjonen blir helse oppfattet som en opplevelse. Med andre ord å ha god helse er det samme som å oppleve velbehag og mening med livet. God helse kan bli sett på som et reservoar av energi som vi kan stole på når det handler om å motstå sykdom (Ibid). Et rasjonelt forhold til helse, det vil si at relasjonen til egen kropp, andre mennesker og

eksistensielle verdier skal tas i betraktning. I den forstand oppfattes ikke helse som en fiksert tilstand, men som noe dynamisk som kan påvirkes og aktiv fremmes. Ved å ha dette perspektivet bli ikke helse en fiksert tilstand, men noe dynamisk som kan påvirkes og aktiv fremmes. Ut ifra dette perspektivet blir ikke god helse noe vi har, men noe vi skaper gjennom vår adferd og væremåte i forhold til andre mennesker og omgivelsene våre. Det vil si at helsereelatert musikkbruk kan både brukes forebyggende eller helsefremmede. Og vi er nødt til å holde disse perspektivene åpne for diskusjon om musikk og helse.

Verdens helseorganisasjon definerer helse slik: «Helse er definert som en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser» (Regjeringen 2022). Her blir ordet «helse» brukt til å beskrive fysiske og sosiale plager, noe av det som ble snakket om i den første forståelsen av hva helse er. Men i sammenhengen som drøftes ovenfor omhandler «helse» en subjektiv fortolkning av vår relasjon til verden, og til oss selv og vår egen kropp, til andre personer og til vår eksistensielle situasjon. Helsebegrepet nærmer seg en «livskvalitet», og med fare for å nedtone betydningen av våre kroppslige tilstander blir helse en helhetlig ting. I musikkterapi trekker musikkterapeuten og forskeren Even Ruud frem fire dimensjoner ved musikkens rolle i livet og helse:

- Vitalitet, som omhandler vårt følelsesliv, om estetisk sensibilitet og vår evne til tilpasning og fleksibilitet.
- Handlingskompetanse, som er knyttet til opplevelse av mestring og empowerment.
- Tilhørighet, forbindelse til et nettverk, og en sosial kapital
- Meningsdimensjonen handler om opplevelsen av kontinuitet i livet og tilhørighet til historiske og kulturelle tradisjoner, kontekst og transcendentale verdier og håp (Ruud, 2011, s. 18).

Istedenfor å søke etter en objektiv definisjon av god helse kan man innenfor musikkterapi se på helse som en «opplevelseskategori» (Ibid), et perspektiv som informerer oss om hvordan vi har det, og forteller noe om våre menneskelige og sosiale realiteter. Når god helse omtales, uttrykkes det som nevnt over, et kulturelt ideal om «velvære» og «livskvalitet». På denne måten blir god helse et genererende begrep og en verdi som vi kan føye til våre andre verdier. Ved å ha sett nærmere på historien om hvordan musikk kan hjelpe mennesker i opplevelsen av bedre helse, kan vi vise hvordan estetiske verdier har blitt en del av vår egen helsekultur og hvordan vi kan bruke musikken til å fremme god helse (Ibid).

2.2 Musikkterapi

2.2.1 Musikkterapi – en historisk innføring

Musikkterapien er et relativt nytt fagfelt innenfor musikkvitenskapen, det ble dannet på midten av 1960-tallet i USA (Ruud, 2016, s. 81). Faget blir sett på som et praksisfelt for musikkpsykologi og musikkpedagogikk. De som driver med dette yrket er kalt musikkterapeuter, de jobber til daglig med mennesker som musiserer under marginaliserte/undertrykte forhold, eller mennesker med funksjonsnedsettelse som demente, psykiske lidelser og helseplager (Ibid). Musikkterapeutenes oppgave er å skape samspill hvor improvisasjon og kommunikasjonsformer er fremtredende.

Musikk kan knyttes til mange opplevelser i livet. En kan føle en sterk tilknytning til musikkopplevelser, og musikken kan ha stor innvirkning på deg selv etter den har sluttet å klinge. Musikken er knyttet til medisin, psykologi og helse er ikke bare kjent for den europeiske historien, men hele verden har et kjennskap til hvordan musikk påvirker mennesket. Her i vesten kan musikkens innvirkning spores helt tilbake til antikkens musikkvitere (Ibid).

Antikkens medisin bestod av flere forskjellige nye tankemåter, og en av ideene var et nytt medisinsk musikk-syn. Det første musikkgrunnsynet var at musikken hadde en stor påvirkning på sinnet. Antikkens musikkforståelse hadde forankret sitt syn i en kosmologi hvor man tenkte at musikken reflekterte de samme tallforholdene som lå til grunn for hele universets oppbygning (Ibid). De mente at når musikken nådde mennesket kunne sinnet stemmes, som en gitarstreng. Musikken gjorde disharmonien/dissonansen til en harmoni. De mente at sykdom oppstod som følge av en grunnleggende ubalanse imellom væskene i kroppen (humoralpatologien). Legene var opptatte av å fremme riktige levekår, og det ble gjort ved å lage noen leveregler, som beskrev det fornuftige forholdet mellom arbeid, søvn, hvile og næringsopptak.

Ideen om at mennesker fungerer som et toveis system mellom kropp og sjel ble realisert i den arabiske medisinen fra andre halvdel av 800-tallet. På denne måten brakte de den klingende musikken helt til sykehussenga. Historikeren Peregrine Horden forklarer i teksten «glede og velbehag» hvordan musikk blir en del av medisinen (Ruud, 2016, s. 82). Han mente at musikk, med den rette etos, kunne manipulere «sjelens lidenskaper» ved å dempe og lindre sykdommer, og ved å styrke sjelelige tilstander som skulle forhindre eller forebygge sykdom. Ved å se

sammenhengen mellom den arabiske og antikkens forståelse av musikkens påvirkning på kropp og sinnet, utviklet det seg en forståelse rundt grunnleggende elementer i et forebyggende og helsefremmede arbeid gjennom musikk (Ibid).

Dagens musikkterapi ble dannet på starten av 1900-tallet. Selve faget musikkterapi ble etablert på midten av 1900-tallet i USA. I tiden etter etablerte musikkterapien seg raskt på flere universiteter i USA. Musikkterapi er både et fag, en profesjon, og en praksis (Ruud, 2016, s. 84). Faget er det som står i fokus, men man kan ikke se bort i fra det interaktive forholdet mennesker har til musikken.

2.2.3 Hva er en musikkterapeut?

Som praksis, beskriver Ruud (1979 s. 34-35) musikkterapi slikt «å gi mennesker nye handlingsmuligheter gjennom musikk». Her blir musikkterapeutene er opptatt av menneskets potensielle muligheter til opplevelser, hvilke sosiale, kulturelle, materielle, fysiske og psykiske prosesser som kan hindre disse handlingsmulighetene. Det er her musikkterapeuten kommer inn som et hjelpemiddel for akkurat denne interaksjonen for å fremme handlingsmulighetene. Terapien skjer i møtet mellom pasienten og musikken. Musikkterapeuten tilnærmer seg pasienten som et subjekt, der deltagelse og innlevelse er et viktig aspekt for utviklingen av det terapeutiske samarbeidet. Musikkterapeuten tilbyr sin tilstedeværelse og verktøy, for å anerkjenne pasientens ønsker og ytringer og behov igjennom musikk. I denne relasjonen skapes det rom for opplevelser, følelser, fantasi, uttrykk og mestring (Ruud, 2008).

2.2.4 Den norske musikkterapi tradisjonen

Utviklingen innenfor psykisk helsevern i Norge har på mange måter vært forut for sin tid når det gjelder det teoretiske rammeverket og den praktiske tilnærmingen til mennesker med spesielle behov. Musikkterapeuten og forskeren Even Ruud tufter den norske musikkterapeutiske tradisjonen på humanistisk filosofi og livssyn, noe som fører til forståelsen av å forstå menneskes liv og forutsetninger for autonomi og selvbestemmelse (Ruud, 2008). Ruud definerer det slikt «å gi mennesker nye handlingsmuligheter gjennom musikk.» (Ruud, 1979, s. 34-35). Ved å ha denne definisjonen som grunnstein i den norske musikkterapi tradisjonen har vi fått et fokus som strekker seg utover kropp og biologien som gir et grunnlag for å rette arbeidet mot kontekster knyttet til psykologiske, sosiale, kulturelle og materielle prosesser (Solli, 2009, s. 18). Ruuds tanker om musikk som

kommunikasjonsverktøy for samhandling har også vært med på å fange fagets fundament tuftet på tanken om gjensidig respekt og samarbeid i samspill og relasjoner. Han har i tillegg vært med på å konkretisere viktigheten av et flerdimensjonalt og mangfoldig syn av mennesket (Ruud, 2008).

Videre har den norske musikktradisjonen vært tuftet på et systemperspektiv, samfunnsdeltagelse og kontekst. De norske musikkterapeutene er derfor vant til å tenke at musikkterapi kan tilrettelegges utenfor terapirommet og følge pasientens hverdagslige behov. Mye av det som gjør norsk musikkterapi annerledes fra internasjonal musikkterapi er bruken av rasjonell og interaksjonsrettet tenkning. De gode øyeblikkene i samvær med andre, blir selve bærebjelken for musikkterapi. En siste innfallsvinkel i den norske musikkterapien er at den har hatt et ressursorientert fokus, der inkludering og mestringsorientert tilrettelegging for aktiviteter er i fokus (Solli, 2009, s. 18).

Med en slik tradisjon i bakgrunn, har det blitt et ressursorientert perspektiv på psykisk helsevern/arbeid i Norge (Solli, 2009, s. 18). Med Randi Rolvsjords doktorgrad fra 2007, *Blackbird Singing” – Explorations of resource-oriented music therapy in mental health care*, (Rolvsjord, 2007) har dette perspektivet fått et solid teoretisk fundament. Ressursorientert musikkterapi er her fremlagt som positiv psykologi og empowerment filosofi, og kan gi nye tilnærminger og teorier til musikkterapien. Her poengteres viktigheten av å arbeide med å fremme pasientens sterke sider ved å fokusere på problemområder. Perspektivet blir bygget på en kontekstuell forståelse av helse-og terapibegrepet og det gjensidige samarbeidet mellom pasient og terapeut

Det vil si at den humanistiske og ressursorienterte terapien gjør at musikkterapeuter i Norge er godt utrustet for utfordringene de kan møte innenfor psykisk helsearbeid. Dagens musikkterapeuter sitter på oppdatert teoretisk kunnskap, og praktiske tilnærminger som i dag kreves i arbeidet med unge og voksne med psykiske helseproblemer (Ibid).

Musikkterapi er som fag, profesjon og praksis satt sammen av flere omfattende kunnskapsfelt, praksisformer, profesjoner, og tverrfaglige teoretiske felt. Som et naturvitenskapelig preget fag knytter musikkterapien seg til forskning innenfor flere fysiologiske, biologiske og nevrologiske teorier, og kan vise til en kvantitativ forskning som kartlegger musikkens virkning på både sinnet og kroppen. (Ruud, 2008, s. 5).

Musikkterapi som yrke og profesjon har utviklet seg stort i Norge de siste 40 årene. Even Ruud, med fler, startet musikkterapi som en liten gruppe musikkpedagoger som arbeidet innenfor et

spesialpedagogisk felt, og her dannet de den *Norske foreningen for musikkterapi*, hvor de lagde en formålsparagraf «hvor vi ville utbre kjennskap til og kunnskap om musikkterapi og ikke minst sette i gang en utdanning.» (Ruud, u.å.). Ruud forklarer hvordan mange av kollegene måtte dra til utlandet for å få en godkjent utdanning, men de kom senere i gang med to små utdanninger i Norge. Da den norske foreningen for musikkterapi oppstod i 1972 var de i utgangspunktet en interesseforening for 20-30 talls personer som ønsket å fremme et arbeid med musikk blant mennesker med ulike former for handikap, og ut ifra dette vokste det frem en toårig videre utdanning for personer med en tre eller fireårig utdanning i bunnen. Ti år senere ble det etablert en tilsvarende utdanning på Sandane (Ruud, u.å.).

Utover på 1980-tallet skjedde det en videre organisering av studiet igjennom utviklingen av fagplaner, samt utviklingen av nye praksisplasser. En stor del av å etablere denne profesjonen handlet om å utvikle utdanninger som blir godkjent av det offentlige (Ruud, u.å.). Det skal også nevnes at godkjenningen av utdanningen ikke skjedde uten motstand, men til slutt ble det en enighet om hvilke utdanninger som skal gjelde for Norge. «Ved NMH kan man bygge på sin utdanning ved å få en bachelor i musikk og helse først, før man begynner på masterstudiet i musikkterapi» (Ruud, u.å.). Ved Griegakademiet, Universitetet i Bergen, har det blitt laget en femårig integrert masterstudie i musikkterapi med muligheter for innpasninger (Ruud, u.å.). Til tross for den gode utviklingen har norske musikkterapeuter foreløpig ikke fått anerkjennelse og autorisasjon av helsemyndighetene, noe som er viktig for videre utvikling og anerkjennelse av musikkterapi som en profesjon og som en integrert del av behandlingen i psykisk helsevern.

2.3 Psykisk helse

I dette kapitlet redegjøres det for det norske psykiske helsevern og helsearbeidet. Det blir lagt frem definisjoner på hva psykisk helsevern og psykisk helsearbeid er, og gi en bredere forståelse av hvordan psykisk helsevern og helsearbeid fungerer i musikkterapi, samt forklare standardisert behandling og bedringsprosesser.

2.3.1 Psykisk helsevern og Psykisk helsearbeid

For å forstå sammenhengen mellom musikk, helse og psykisk helse, blir man nødt til å definere psykisk helse og hva som innebærer i psykisk helsearbeid. De siste tiårene har det skjedd store

forandringer innenfor feltet «psykiatrien», men som i dag blir omtalt som psykisk helsevern (Solli, 2009, s. 16). Begrepet psykiatri er opprinnelig brukt i sammenheng med en medisinsk spesialitet på linje med kirurgi eller medisin. Betegnelsen «psykiatrien» ble navnet og helsetilbudet til mennesker med psykiske lidelser, hvor hovedtanken ble tuftet på en medisinsk tenkning (Ibid, s. 16). Senere ble det en større bredde og tverrfaglighet i tilbudet rundt mennesker med psykiske lidelser, og derfor ble ikke «psykiatrien» lenger et dekkende begrep. I de nye helselovene som tredde i kraft i 2001 ble det tatt i etterretning at ikke lenger «psykiatrien» var et dekkende begrep, men begrepet «psykisk helsevern» ble fremstilt som den nye offentlige betegnelsen av «spesialhelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever» (Ibid, s. 16). (Psykisk helsevernlovens § 1.2; Torgaldsbøen 2005). For nye yrkesgrupper som ønsker å bidra til å fremme psykisk helsevern, for eksempel musikkterapeuter, er denne begrepsforandringen og loven av stor betydning, nemlig fordi den åpner opp for tverrfaglighet og inviterer til bruk av mer kreative og meningsfulle behandlingsmåter (Ibid, s. 16).

De siste 20 årene har det blitt gjennomført store strukturelle forandringer i behandlingstilbudet for mennesker med psykiske lidelser/helseproblemer. Mange av de store institusjonene har siden midten av 1980-tallet blitt nedlagt til fordel for lokalbaserte behandlingstilbud i kommunen, og distriktpsykiatriskesentre (DPS) i spesialhelsetjenesten (Ibid). Et av hovedmålet med denne prosessen er å skape et mer normalisert forhold til personer med psykiske lidelser, og minske stigma og øke selvfølelse og makt blant personer med psykiske lidelser. De ønsker også å styrke de lokale behandlingstilbudene ved å fremme og styrke normalisering og integrering i samfunnet, og minske stigma rundt psykiske lidelser. Dette lokale tilbudet tilegnes som *psykisk helsearbeid*. Kommunens innsats omfatter arbeid på systematisk nivå, ved å legge til rette for meningsfylte aktiviteter og muliggjøre arbeidsmuligheter. Det inngår i den nødvendige bistanden å fremme deltagelse i det sosiale felleskapet i kommunens lokale tilbud, som idrettslag, kor, svømming eller korps (Ibid, s. 16).

Parallelt med de strukturelle endringene vokste det frem en ideologi som har ført til en reformulering av teori og praksis innenfor psykisk helsevern. Tidligere fokuserte terapien på behandling av negative livshendelser og følelsene knyttet til disse, samt diagnose og medikasjon, mens det i mindre grad har vært fokus på mestring, normalisering og brukervedvirkning (Ibid s. 17). Det er tydelige teorier som underbygger denne typen mestrings

og brukermedvirkende terapi, som positiv psykologi², empowermentfilosofien og selvhjelp. Som i *Opptrappingsplanen for psykisk helse* beskrives en felles forståelse for psykisk helsearbeid med vektlegging av mestring, normalisering og brukermedvirkning (Stortingsmelding nr. 25). De psykoterapeutiske teoriene og metodene har rettet seg mer mot det rasjonelle, og påvirket av objektrelasjonsteorien³, der mennesker nå forstås som relasjonsøkende og meningsskapende.

Som forklart har musikkterapien en mestrings- og ressursorientert tilnærming til psykisk lidelser, og støttes av moderne forskning (Ibid, s. 17). Studier som ser på hvilke faktorer som har vært viktig for mennesker som opplever bedring fra alvorlige psykiske lidelser, trekkes ofte frem viktigheten av å delta i normale sosiale aktiviteter, egen motivasjon til å bli frisk, og viktigheten av å føle seg som et normalt menneske som bidrar til det sosiale miljøet rundt seg. Å ikke bli stemplet som et menneske med sykdom, og heller bli sett på som en ressurs og bli møtt med forståelse (Ibid, s. 17). Denne kunnskapen støtter opp om viktigheten av å legge til rette for en multifunksjonell og et flerfaglig behandlingstilbud for mennesker med psykiske lidelser. Musikkterapi blir et komplimenteretilskudd til det psykiske helsevernet.

2.3.2 Standardisert behandling og bedringsprosesser

På sykehusavdelingene i psykisk helsevern i Norge tilbys pasientene et standardisert behandlingstilbud bestående av medikamentell behandling, samtaleterapi, miljøterapi og andre behandlingstilbud (Ibid, s. 17). Mye av den medikamentelle behandlingen handler om symptomreduksjon, funksjonsbedring og å forhindre tilbakefall med minimum av bivirkninger. En annen tanke er at medikamentene har en vedlikeholdningsbehandling og skal gi pasienten et godt utgangspunkt for å ta del i andre type tiltak (Ibid, s. 17). Psykoterapi eller samtaleterapi kan foregå individuelt eller i grupper, der målet utvikler seg mellom å gi støtte og håp i vanskelige situasjoner, til innsikt i egen sykdom, hvor du kan få hjelp til å forandre tankemønstret ditt. Miljøterapi er en samlebetegnelse på den delen av behandlingen som foregår på en sykehusavdeling, og omhandler å tilrettelegge fysiske, psykiske og sosiale faktorer i miljøet for at pasienten skal oppnå personlig vekst og utvikling (Ibid, s. 18). Andre behandlingstilbud som ofte tas i bruk på norske sykehus er fysioterapi, som jobber med kropp,

² «Ny retning innenfor psykologien der oppmerksomheten rettes mot psykologisk vekst og velvære snarere mot behandling av psykiske lidelser» (Skre og Svartland, 2009).

³ «Objektrelasjonsteorien er en nyre psykodynamisk personlighetsteori som vektlegger individets interaksjoner med ytre og indre bilder av andre personer, som innebærer at man har god selvfølelse og kan forholde seg til at andre mennesker har både gode og dårlige sider.» (SNL, 2009).

bevegelse og funksjon på ulike måter for å fremme aktivitet og ledelse, og sosionomer som tar seg av arbeid med sosiale og økonomiske utfordringene hos pasientene. Ved andre sykehus kan musikkterapi være organisert i en flerfaglig enhet sammen med fysioterapeuter, ergoterapeuter og sosionomer, og regnes derfor som en integrert del av den tverrfaglige behandlingen (Ibid, s. 18).

Bedring og bedringsprosesser i forhold til psykiske lidelser ble tidligere brukt for å beskrive pasienter som oppnådde full bedring av sykdommen. På starten av 1970-tallet ble begrepet bedring omdefinert, og blir heller omtalt om personer med egne erfaringer med alvorlige psykiske helseproblemer. De påpekte at man kan oppnå en subjektiv opplevelse av bedring selv om mange av symptomene er til stede. Bedringen gjenspeiler seg i å kunne ta tilbake kontrollen, og komme seg videre i livet, å greie å mestre hverdagen og dens utfordringer, samt gjøre ting i sitt eget tempo (Solli, 2009, s. 28). Rolvsjord beskriver bedring hos de med alvorlige psykiske lidelser som en sosial prosess, ikke et resultat, og noe som opptrer imellom pasienten og deres miljø og samfunn (ressursorientert musikkterapi og samfunnsrettet musikkterapi) (Solli og Rolvsjord, 2009). Teorier om bedring går hånd i hånd med empowerment, mestring og tro på seg selv. Derfor tuftes en ressursorientert og samfunnsrettet tilnærming til musikkterapi for mennesker med psykiske helseproblemer (Rolvsjord, 2008).

2.3.4 Musikkterapi i psykisk helsevern

De siste tiårene har musikkterapi blitt en integrert del av den tverrfaglige behandlingen innenfor psykisk helsevern, og regnes som et supplerende tilbud fremfor å fungere som hovedelementer for behandlinger (Solli, 2009, s. 19). Musikkterapi innenfor psykisk helse rettes ofte mot en psykoterapeutisk tilnærming, der pasienten kan uttrykke seg gjennom musikk og verbale samtaler (Solli og Rolvsjord, 2009, s. 10).

Innenfor musikkterapi i psykisk helsevern har *et ressursorientert og samfunnsrettet perspektiv* blitt artikulert de siste årene, som går i tråd med det norske musikkterapiens fundament. Teorier som danner denne tilnærmingen er som tidligere nevnt, blant annet positiv psykologi, empowermentfilosofi, og flere tilnærminger ut fra nyere musikkvitenskap (Solli og Rolvsjord, 2009). I den ressursorienterte musikkterapien blir viktigheten av å arbeide med, og å fremme, pasientens sterke sider i tillegg til å fokusere på problemområdet. Som ved psykiske lidelser, er det generelt gjennom tester og diagnostiske systemer man får

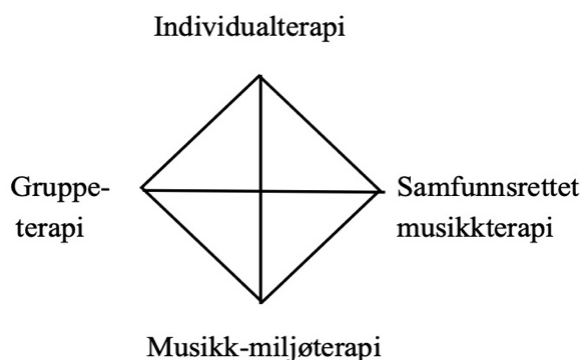
påvist en psykisk lidelse, samme tilnærming som mange av de fysiske lidelsene blir påvist. Ved å definere fysiske lidelser som en sykdom eller mangel ved et individ som trenger særskilte tiltak eller hjelp med formål om kurering av sykdommen, får psykoterapi eller musikkterapi en funksjon som en «analog til en pille» (Rolvjord, 2008, s. 125), med andre ord, blir terapeutens interaksjon og teknikker brukt som en «motgift» for sykdommen.

Ved «Å styrke sterke sider og stimulere ressurser» (Rolvjord, 2008, s. 125) kan man utvikle sine ressurser på en terapeutisk verdifull måte, ergo musikken blir en ressurs. «Musikk kan forstås som en helseressurs som avhengig av bruk kan innebære et sett av helserelaterte potensialer.» (Ruud, 1997; Rolvsjord, 2008). Med dette i bakhodet, artikuleres dette i musikkterapien ved helserelaterte potensialer, blant annet gjennom musikkterapeutiske arbeidsformer, som improvisasjon, sang, samspill, lytting til musikk og låtskriving. I takt med en ressursorientert tenkning blir det essensielt at pasienten har en stor grad av medbestemmelse i form av å finne frem til ulike arbeidsmetoder og hvilken type musikk vedkommende vil ta i bruk i terapien (Solli og Rolvsjord, 2009, s. 11).

For pasienter med psykose kan improvisasjon og bruk av sang gi gode relasjoner, og positive erfaringer. Med samspill kan man lære seg struktur, sosial trygghet, og sosial aksept for å uttrykke følelser. Gjennom musikklytting kan pasienten oppleve terapeutiske relevante temaer, å arbeide seg igjennom vanskelige emosjoner eller å gi støtte og struktur i hverdagen. Sangskrivning kan åpne opp muligheter for pasientene til å uttrykke og kommunisere følelser og opplevelser, samt gi opplevelser av mestring og egenverd (Solli og Rolvsjord, 2009, s. 11).

Samfunnsmusikkterapi eller *samfunnsrettet musikkterapi* er et komplekst sammensatt begrep som avhenger av konteksten den anvendes i, noe som kan gjøre det problematisk og definere (Solli, 2009, s. 21). Begrepet omfatter en ressursorientert tankegang som vektlegger samspille mellom individer og den sosiale og samfunnsmessige konteksten (Stige, 2008). Det vil bli tatt utgangspunkt i Hans Petter Solli sin måte og bruke samfunnsrettet musikkterapi i behandlingen. Han har fire arbeidsområder eller tilnærming til musikkterapi: musikk-miljøterapi, individualterapi, gruppeterapi, samfunnsrettet musikkterapi (Solli, 2009, s. 20). *Musikk-miljøterapi* handler om å bruke musikk som en del av systematiske handlinger av det totale institusjonelle miljøet. Miljøterapien kan bidra til å bedre betingelsene for et godt samvær mellom pasienter og personalet. Her kan musikkterapeuten bidra med tilstedeværelse i miljøet, hvor samtale og musikalske møter skjer. *Musikkterapi grupper* fungerer ved å ha enten lukkede eller åpne grupper, hvor aktivitetene er basert på mestring og selvfølelse, og timene må tilpasses

pasientgruppen og den ønskede målsetningen (Solli, 2009, s. 20). Disse gruppetimene som finner sted inne på avdelingen vil også måtte forholde seg til en miljøterapeutisk dimensjon, men til forskjell fra miljøterapi vil musikkterapi grupper potensielt arbeide mot et mer intensivt arbeidsnivå (Solli, 2009, s. 20). *Individualtimer* gir muligheter for å skreddersy terapiforløpet for den enkelte pasient. Denne type terapi samarbeider ofte med den ansvarlige behandleren og det tverrfaglige teamet rundt pasienten. Flere aspekter ved individualtimer er at du får brukt alle de musikkterapeutiske tilnærmingene, som improvisasjon, sang og spille kjente sanger, sangskrivning, musikklytting og andre kreative uttrykksformer. Arbeidsnivået i timene kan variere ut ifra pasientens egne behov (Solli, 2009, s. 20). *Samfunnsrettet musikkterapi* kommer som nevnt, med arbeidet å videreføre pasientens lokale musikktilbud som pasienten kan fortsette med etter utskrivelsen. Disse tilbudene finner du på ulike musikkskoler, aktivitetssenter eller frivillige musikktilbud, som kan være kor, instrumentopplæring, band eller korps. Det gjelder å finne den enkeltes interesser erfaringer og funksjonsnivå. Stige kaller dette musikkterapeutiske arbeidet for «musikkterapi i kulturarbeid» (Stige, 2008). Solli velger å kalle dette arbeidet samfunnsrettet musikkterapi siden han ikke tilbyr det eksterne musikkterapeutilbudet, men hjelper til med å knytte pasienten opp mot aktivitetene.



Figur 1. (Solli, 2009, s. 21).

2.4. Psykoselidelser

I dette kapittelet skal det redegjøres for hva psykoselidelser er, hvordan de defineres, psykoseliknende erfaringer og hvilke faktorer som kan øke risikoen for utviklingen av psykoselidelser. Pasientene kan ha ulike bakgrunner, og kan derfor allerede være diagnostisert, eller under utredning. Det er viktig med innsikt og forståelse av denne sykdommens hovedtrekk og symptomer for å kunne møte denne pasientgruppen på best mulig måte. Norge er medlem i Verdens helseorganisasjon (WHO), og da forpliktes alle kliniske institusjoner til å følge de internasjonale diagnostiske retningslinjene ICD-10 som består av kliniske beskrivelser og

diagnoseretningslinjer (WHO, 2002, s. 3). ICS-10 manualen gir konkrete beskrivelser av alle diagnosene innenfor psykospekteret, men selve psykosebegrepet er ikke en spesifikk diagnose.

Psykose kan beskrives som en fellesbetegnelse på en rekke diagnoser med psykose som fellesnevner. Denne oppgaven befatter seg med det generelle psykosebegrepet og vil derfor ikke diskutere diagnosene som går under kodene F-20 til F-29 (WHO, 2002, s. 45) hvor diagnosen blir gjennomgått i detalj, men heller diskutere i henhold til de mer generelle trekkene som kommer frem i Helsedirektoratets nasjonalfaglige retningslinjer for utredning, oppfølging og behandling av personer med psykoselidelser (2013).

Psykoselidelser har alle til felles at den aktuelle psykoselidelsen gir en manglende eller nedsatt evne til å tolke realiteten, samt påvirker den pasientens evne til å skille mellom indre og ytre faktorer. I Helsedirektoratets nasjonalfaglige retningslinjer (2013) forklarer de psykoselidelse slikt:

Psykoselidelser debuterer oftest tidlig i livet, og de aller fleste har en innledende fase med følelsesmessige problemer som kan være tidlige tegn på psykose. Ved å oppdage disse tegnene tidlig kan man sørge for at ubehandlet psykose blir av kort varighet. Tidlig oppdagelse og tidlig innsats med kunnskapsbaserte virksomme tiltak øker mulighetene for tilfriskning. Tiltakene må være individuelt tilpasset, ta hensyn til den enkeltes ressurser og bidra til økt mestring og deltakelse i samfunnet (Helsedirektoratet, 2013, s. 3).

Utviklingen av en psykoselidelse medfører i mange tilfeller også de mer basale funksjonene, som gjør at vi føler oss som individer, selvoppfatningen og jeg-et, blir annerledes en det vanlige deg (Helsedirektoratet, 2013, s. 129). Det kan samtidig være vanskelig å få en diagnose innenfor psykospekteret, det kan bringe med seg uheldige sider som kan svekke ens personlige selvoppfatning ytterligere, ved både å føle seg redusert til en diagnose, men også oppleve stigma, eller selvstigmatisering. Pasienten ser seg selv som en sykdom i stedet for et menneske med muligheter for utvikling.

Psykose kan være svært ulikt fra person til person. Ved flere episoder med psykose hos samme person kan også symptomene variere fra gang til gang. Psykosen kan gjøre at du hører stemmer

andre ikke hører, eller har sanseopplevelser som andre ikke opplever (Helsedirektoratet, 2013). Du kan kjenne deg forfulgt, ha tankekaos, skape misforståelser eller uforklarlige fortellinger. En psykose kan gi en følelse av og miste seg selv, og mange opplever uro og angst (Helsedirektoratet, 2013). Det må understrekes at psykose ikke er en bestemt sykdom eller lidelse, men et tegn eller symptom på det som kalles en forvirringstilstand, som for eksempel kan forekomme hos personer med schizofreni og bipolar lidelse. Derfor er det viktig og finne riktig behandling for mennesker med psykoselidelser, og det argumenteres for at musikkterapi kan være et alternativ til behandling.

Tre prosent av befolkningen opplever psykose i løpet av livet («Psykose», 2017). Selve psykosebegrepet kan fremstå skremmende og misforstått da det er en kompleks og flersidet tilstand der pasientens opplevelser og overbevisning av omverden skiller seg fra den normale oppfatningen av den. Det er en alvorlig forstyrrelse av hjernens funksjon og kan forårsake mange ulike forhold som skissert over, men ved mange tilfeller finner de ikke årsaken («Psykose», 2017). Kunnskap om at psykose er en bred og sammensatt tilstand er relevant i musikkterapien i møte med pasienter. I et stadig mer globalt samfunn der ulike tradisjoner møtes og adopteres er det viktig for musikkterapeuter å være bevisst på at feltet møter et vidt spekter av mennesker med ulike kulturelle oppfatninger av hva som anses å være psykiske lidelser eller ikke.

Noe av det som argumenteres for finnes i Paragraf 8.7 «Kunst - og musikkterapi» i Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser står det dette:

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 (Helsedirektoratet, 2013).

Utredningen graderer musikkterapi til en A, som vil si at musikkterapi har en stor påvirkning på mennesker som har psykoselidelser, og de anbefaler og sette i gang med behandling tidlig i løpet. Disse anbefalingene i retningslinjene bygger på en systematisk gjennomgang av kvalitetsvurdering av relevant litteratur (Helsedirektoratet, 2013).

3.0 Musikkterapi i møte med psykoselidelser – to eksempler fra praksis

I avsnittene over har det blitt lagt frem den generelle teorier som ligger til grunn for å kunne si at musikkterapi har en påvirkning på mennesker med psykose. Nå blir det lagt fram to «caser» fra praksis. Her skal det ses på hvordan pasientene møter musikkterapien og musikken i psykisk helsevern.

Det første eksemplet kommer fra teksten *Musikkterapi som supplement til standard behandling av pasienter med psykose* av Hans Petter Solli og Randi Rolvsjord (2009). Vignetten de legger frem er et svært kort sammendrag av syv måneders behandling med en pasient innlagt på tvang ved lukket subakuttpost⁴. Pasienten «David» er en ung voksen mann, som isolerer seg mye. Han har fått diagnosen paranoid schizofreni (Solli og Rolvsjord, 2009, s. 11). David er beskrevet som økende psykotisk og han virker forvirret og kaotisk i sin adferd og denne aggressive adferden gjør ofte at han må skjermes. De forklarer videre at pasienten har avist alle aktivitetstilbud den første tiden, inkludert tilbud om samtaler med sin lege. Legen konkluderer til slutt med at David ikke vil ha noe nytte av samtaleterapi i noen form (Solli og Rolvsjord, 2009, s. 11). Men David har imidlertid vist en stor interesse for musikk og spiller gitar. Han blir på bakgrunn av dette henvist videre til musikkterapi. Som argumentert ovenfor handler musikkterapi om samhandling mellom terapeuten og pasienten gjennom musikalsk improvisasjon og noe samtale. De forklarer videre at David fort tar initiativ til å spille elektrisk gitar. Spillingen er energisk og kaotisk, men det oppleves som han lukker seg inn i sin egen verden av musikk. De sier videre at han kan spille hele timen uten å ha ønske om å stoppe, og han aviser enhver verbal interaksjon fra terapeuten ved å spille videre (Solli og Rolvsjord, 2009, s. 11).

Videre presenterer de noen funn ved behandlingen med David. Han preges av en kaotisk gitarspilling, derfor velger terapeuten å spille på trommesett for å tilby struktur og forutsigbarhet til det musikalske samspillet, samt få nok volum for å bryte igjennom den kaotiske og høye gitarlyden. I den musikalske improvisasjonen som ofte er sjangeren blues/rock veksler David imellom et innadvendt og kaotisk gitarspill, til tidvis mer lyttende og forholder seg til noe av terapeutens struktur, for å rask gå tilbake til den introverte spillingen (Solli og Rolvsjord, 2009, s. 12). Den musikkterapeutiske tilnærmingen blir å la pasienten uttrykke seg

⁴ Se Solli (2008) for en grundigere gjennomgang av dette caset.

etter eget ønske, mens musikkterapeuten tilfører musikken i dette tilfellet, struktur og forutsigbarhet med en stødig grunnpuls, empatisk lytting og et sett av musikkterapeutiske verktøy for å invitere personen til et mer samhandlende samspill. I en samtale etter en improvisasjon forteller pasienten at han prøver å finne riktig kombinasjonen av toner: toner som vil gjøre «at alt blir bra». «En gang fikk jeg det nesten til» sier han (Solli og Rolvsjord, 2009, s. 12). Pasienten forteller videre at han prøver å få tak i en aggresjon når han spiller, noe som vises i det intense og kaotiske uttrykket i musikken. Videre forklarer de at etter fire måneder med ukentlig individuell musikkterapi merkes det stor forandring i pasientens interaksjonsmønster. Det vises ved samspillet, der David følger oftere en felles grunnpuls, han spiller tydelige melodier og det musikalske uttrykket har blitt mer dynamisk (Solli og Rolvsjord, 2009, s. 12). Solli og Rolvsjord forklarer videre at pasienten har blitt sterkere verbalt og viser dette ved å kommunisere musikalske ideer til musikkterapeuten. I miljøet rapporteres det om forandringer i David sitt adferdsmønster. De forklarer videre at pasienten følger en mer strukturert døgnrytme, og er oftere med på fellesturer og samlinger med de andre pasientene i miljøet, og den voldelige adferden har opphørt helt. De sier også at det i denne perioden ikke er gjort noen forandringer på Davids medisiner. Senere i terapiløpet opplever David perioder da han blir mer kaotisk og innadvendt i musikken, men nå oppleves det som en bevisst regulering fra pasientens side, da velger musikkterapeuten og løse opp noe av strukturen og følge pasienten i større grad. De forklarer at i etterkant av musikkterapitimene, rapporterer en av sykepleierne på avdelingen at David har fortalt henne at «det å spille sammen med musikkterapeuten gjør at jeg får følelser.» (Solli og Rolvsjord, 2009, s. 13). Etter syv måneder med individuell musikkterapi, i tillegg til standard behandling, skrives David ut til en institusjon med lavere omsorgsnivå (Solli og Rolvsjord, 2009, s. 13).

Case nummer to er Ingrid og er hentet fra teksten *Musikkterapi som en integrert del av standard behandling i psykisk helsevern* av Hans Petter Solli. Hun er en ung jente som i tenårene ble lagt inn med psykotiske symptomer i form av stemmer og synshallusinasjoner. Hun ble da innlagt på sykehus der hun etter en utredning fikk diagnosen paranoid schizofreni (Solli, 2009, s. 21). Solli forklarer: «Hennes hovedproblemstilling er knyttet opp til selvbildeproblematikk og interpersonlig sårbarhet, med selvskading som mestringsstrategi.» (Solli, 2009, s. 22). På tross av denne problematikken har Ingrid bevart mange av sine interesser og ressurser, hun har beholdt venner, og fortsatte å gå på skole. Ingrid har drevet mye med musikk, som å synge i kor, og hun kan også spille flere instrumenter. Kort oppsummert forklarer Solli at han først inviterte Ingrid til å bli med på gruppeterapitimer, men dette takket hun nei til. Hun ville heller

begynne med individuelle timer. Etter Ingrids eget ønske startet de å begynne og spille sanger fra en sangbok hun hadde med. Ingrid sang og spilte piano eller fløyte, og Solli akkompagnerte på gitar. Her valgte hun ofte sanger med tekster som kildret optimisme, varme og håp (Solli, 2009, s. 22). Solli forklarer videre at Ingrid ønsket å prøve trommer, hun hadde en tanke om at trommene kunne hjelpe henne å få bedre kontakt med aggresjon og sinne. Hun forklarer selv at hun ikke har noe forhold til disse følelsene. Solli introduserer noen grunnleggende rytmiske figurer, og de utfører et samspill på trommer og bass, og Ingrid ga uttrykk for at det føles godt å befriende «å lage så mye lyd» (Solli, 2009, s. 22).

Solli forklarer videre at hun etter noen uker begynte og komme til musikkterapigruppa også. Hun er i denne gruppa passiv og lyttet mye til de andre, men møtte opp stabilt hver uke. Solli sier at hun opplevde gruppa som bra, men tenkte ofte at de andre i gruppa var bedre og flinkere musikalsk enn henne. De brukte å snakke sammen og reflektere over disse bekymringene i de individuelle timene (Solli, 2009, s. 22). Noen måneder senere blir Ingrid av ulike årsaker mer psykotisk. I ukene som fulgte hadde hun flere alvorlige tilfeller med selvsykdom og ble økende suicidal. Solli sier at hun ble flyttet opp til skjermet avdeling der personalet fikk følge henne opp tettere. Noen ganger var selvsykdommen så alvorlig at hun ble lagt i belter. I denne tiden ga Ingrid uttrykk for at hun ville opprettholde de individuelle timene og delta i musikkgruppen. Når psykosen og selvsykdommen var på sitt verste ble timene tilpasset hennes tilstand, og varte ofte ikke lenger enn 10- 15 minutter. Hun forklarte at hun ønsket å bruke musikken «for å koble av de vonde tankene» (Solli, 2009, s. 23). Ukene etter dette forverret tilstanden til Ingrid seg ytterligere, hun greide nå ikke og komme seg på gruppetime eller enetimer. Under disse ukene tok Solli med seg CD-spiller og besøkte henne på rommet inne på skjermet avdeling. Hun responderte lite på musikken i denne perioden, men nikkete signaliserende når Solli spurte om hun ville høre mer. Solli forklarer: «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.» (Solli, 2009, s. 23). Her ser vi hvordan gjennom disse enkle lyttesesjonene opprettholdt de kontinuiteten i musikkterapitilbudet, selv om hun var innlagt på skjermet avdeling.

Etter noen uker avtok de psykotiske symptomene og selvsykdommen. Hun ønsket å flytte tilbake til rommet ute i posten, og ville fortsette med musikkterapitimene. Solli introduserer nå muligheten til å ta opptak av musikken, Ingrid likte denne ideen, og de gjorde senere opptak av fire sanger. De trykket opp til 10 CD-er med fargerike cover og egen musikk. CD-en ble gitt bort til familie og venner i julegave. Improvisasjonen ble stadig finere og hun spilte stadig

hardere og mer energisk på trommene, og utforsket også muligheten til å bruke stemmen samtidig som de spilte sammen. Ingrid forklarer selv at selvskadningen avtok, hun sier: «Ah, det følte utrolig godt!» og «Jeg visste ikke at jeg var så sint!» (Solli, 2009, s. 23). De siste månedene brukte Solli på å finne musikalsk tilbud for Ingrid i kommunen. De dro sammen til en ekstern musikkterapeut for å se på tilbudet her, men Ingrid uttrykte at hun fikk angst av å skulle møte nye mennesker og være på et nytt sted, og var usikker på om hun kunne benytte seg av tilbudet.

Etter et år med standard behandling i tillegg til musikkterapi skulle Ingrid utskrives. Solli forklarer at hun ikke hadde skadet seg selv på flere måneder og den psykiske tilstand er langt mer stabil enn ved ankomst (Solli, 2009, s. 24). De oppsummerer musikkterapien sammen, og Ingrid forklarer hvordan musikken og samspillet hadde vært noe som ledet oppmerksomheten bort fra sykdommen og de destruktive tankene hennes, og over på glede og positive opplevelser. Hun forklarer hvordan musikken har vært livsviktig for henne, og uttrykker det slikt: «i disse timene har jeg følt meg som et musiserende menneske – og ikke som en pleietrengende pasient – og det har vært utrolig godt!» (Solli, 2009, s. 24). Hun forklarer videre at musikkterapien har gitt henne erfaringer med å mestre noe hun ikke har mestret før (spesielt trommer). Gjennom og ta en ting av gangen, og lære å tro på seg selv og egen mestring, ble instrumentet i denne sammenhengen et symbol på at hun kan mestre de utfordringene som komme senere i livet (Solli, 2009, s. 24).

De to casene som er presentert ovenfor forklarer hvordan musikkterapi fungerer i praksis som et tillegg til standardisert behandling. Med teorien som er fremlagt i avsnittene over kan vi se at musikken kan brukes som en god helseressurs. Det kan også trekkes frem fire hovedgrunner til at behandlingen har fungert; *Motivasjon, struktur, emosjonelt uttrykk og sosial deltakelse* (Solli og Rolvsjord, 2009, s. 13).

Motivasjon står sentralt i forutsetningen for at psykoterapi skal kunne føre til bedring (Solli og Rolvsjord, 2009, s. 13). Som Davids og Ingrids sitt tilfelle var musikkterapi noe som fanget deres interesse. Tilbudet om musikkterapi blir en motiverende faktor. Kanskje først og fremst fordi de begge er veldig interessert i musikk, men trolig også fordi det musikalske samspillet tilbød gode opplevelser og oppfostring av gode følelser og mestring. Som vi så i både eksemplet med David og Ingrid, oppleves mestring og utfordring knyttet til musisering, noe som ofte forbindes med motivasjon. Motivasjon blir helt essensielt i forhold til aktivisering og forholdet til sosial utvikling (Solli og Rolvsjord, 2009, s. 13). I David og Ingrid sitt tilfelle var motivasjon

for musikken en viktig faktor for at de våget og trosse isolasjonen og utsette seg selv for sosiale interaksjoner med musikkterapeuten. *Struktur* er viktig for pasienter med psykose, siden mange opplever verden som kaotisk og noe usammenhengende. Derfor er struktur og forutsigbarhet en viktig del av en god behandling. Davids og Ingrids prosess handlet terapeutens tilnærming om å skape en musikalsk ramme hvor pasienten kan oppleve struktur, forutsigbarhet og trygghet. Konkret kan dette gjøres ved å tilby musikalske elementer som *stødig grunnpuls, tydelig rytme, en forutsigbar form og få dynamiske variasjoner* igjennom musikkterapeutens spill på trommesettet. Pasientene sin egen musikkpreferanse hadde også noe å si på strukturen, David likte best blues og rock, noe som gjorde at terapeuten brukte elementer fra denne musikken i utformingen av samspillet (Solli og Rolvsjord, 2009, s. 14).

Det er viktig å påpeke at behov for struktur er individuelt, og at enkeltpasienter vil prioritere løse musikalske rammer. Hvis rammene er strenge er det viktig at pasienten kan i stor grad regulere samspillet etter sitt eget behov. Det kan knyttes til det ressursorienterte synet på musikkterapi. Gjennom teorier som affektinntoning⁵ kan terapeuten her regulere sitt spill i forhold til dynamikk, melodiske, rytmiske og formmessige elementer i pasientens spill og kan slik «tone» seg inn på pasientens følelser ved spill og uttrykk (Stern, 2003). På denne måten kan musikalsk samhandling og musisering gi muligheter for fleksibilitet og en varighet i forholdet til pasientens uttrykk, samtidig som det foregår innenfor en strukturert og forutsigbar ramme (Solli og Rolvsjord, 2009, s. 15). I Ingrid sitt tilfelle var ikke strukturen den store faktoren som gjorde musikkterapien mulig, men det var heller mestring som ga resultater og rom.

Emosjonelt uttrykk kan ofte knyttes til musikk som en helseressurser siden det svært ofte er knyttet til musikkens særegne mulighet til å påvirke og uttrykke våre følelser (DeNora, 2000). I musikkterapi søkes det ofte etter en forståelse av hvordan det musikalske samspill kan fungere i interaksjon mellom musikkterapeuten og pasienten. Gode relasjoner mellom pasient og terapeut er viktig, og hvordan pasienten kan dele et felles fokus utover en selv, og der han/hun kan dele oppmerksomhet og interaksjoner med en annen person, som grunnlag for indre og ytre forandringer. En slik kontakt med følelsene sine er en sentral del av våre kommunikative og relasjonelle ferdigheter (Solli og Rolvsjord, 2009, s. 15). Som vist i eksemplet både med David og Ingrid, refererte de til musikkterapi som et sted der de kunne uttrykke aggresjon og «få følelser» (Solli og Rolvsjord, 2009, s. 14). Musikken blir dermed en

⁵ «Affektinntoning er derfor utførelse av atferd som uttrykker 3 følelses kvaliteten ved en delt affektiv tilstand uten å imitere det nøyaktige atferdsmessige uttrykk for den indre tilstand». (Stern, 2003, s 209) Som vil si at moren oppfatter barnets følelses tilstand, og uttrykker deretter samme følelsenes tilstand, bare på en litt annen måte.

mulighet for de til å få kontakt med følelsene sine. Musikken blir her et instrument for å uttrykke følelser og eget følelses liv, samtidig kan musikken også bare representere seg selv.

Mange som opplever psykose kan miste grepet om virkeligheten, og det kan gjøre at enkelte pasienter utfører ekstreme handlinger for å oppnå følelser av «å være i livet» (Solli og Rolvsjord, 2009, s. 15). Noe vi kan se i Davids utagerende adferd, men den voldelige adferden opphørte helt da han begynte på det musikkterapeutiske løpet. Dermed ga musikkterapeuten David mulighet til å uttrykke seg emosjonelt i relasjon med et annet menneske, og bidro dermed til en økt vitalitet og opplevelse av egen eksistens (Solli og Rolvsjord, 2009, s. 15). Mens i Ingrid sitt tilfelle ønsket hun å få kontakt med de sinte følelsene, og derfor valgte musikkterapeuten og Ingrid selv å lære seg å uttrykke sin aggresjon igjennom å spille trommer (Solli, 2009, s. 24).

Sosial deltagelse er noe vi har snakket mye om i den samfunnsrettende musikkterapien, her ser vi hvor viktig det er med et sosialt nettverk og sosialkompetanse. Derfor er sosial deltagelse ekstremt viktig for «recovery» perioden til en pasient. Bedringsprosessen fra psykoser går ofte i linje fra å bli atskilt, frakoblet og desintegret til å bli tilkoblet og integrert i den sosiale sfæren. I både Ingrid og David sitt tilfelle ser man at musikkterapi blir et bidrag til å redusere og bedre deres sosiale isolasjon. Videre ser pasientene ut til å både mestre den musikalske og emosjonelle interaksjonen med musikkterapeuten, og isolere seg mindre og delta i flere sosiale aktiviteter på avdelingen (Solli og Rolvsjord, 2009, s. 16) (Solli, 2009, s. 24). Den musikalske samhandlingen er helt grunnleggende sosial (Small, 1998), og som sett, tilbyr musikken musikalske, sosiale og tverrfaglige interaksjoner. Det musikalske samspillet blir en viktig faktor for relasjonelle og sosiale ferdigheter. Gjennom samspillet med musikkterapeuten får David og Ingrid mulighet til å være i en relasjonell samhandling, samtidig utvikler de musikalsk kompetanse og deltar mer i det sosiale miljøet utenfor musikkterapirommet.

3.1. Flexibilitet og imøtekommenhet

De to eksemplene ovenfor viser hvordan musikkterapi kan implementeres som en del av standard behandling, samt hvordan denne behandlingen kan relateres til dagens føringer i psykisk helsevern, som vist i de nye psykoselidelse lovene som kom i 2013. Som nevnt tidligere er det samfunnsmusikkterapi og ressursorientert musikkterapi som kan knyttes til begge eksemplene over. Solli sine fire arbeidsområder (musikk-miljøterapi, individualterapi, gruppeterapi, samfunnsrettet musikkterapi), (2009, s. 20) kan knyttes opp til både casen om Ingrid og David. De tar begge i bruk forskjellige områder av mestring, empowerment,

positiviteter og egen innsats for bedring. Men husk- to eksempler er tynt grunnlag for å trekke bastante konklusjoner, og viten er heller ikke der om hvor mange mislykkede forsøk det skulle ta før de fant ut av om musikkterapien kan fungere i praksis eller ikke. Derfor må vi være kritiske til denne kvalitative dataen, og forske videre på dette området.

Den amerikanske psykoterapeuten Irvin Yalom forklarer i sin bok *Terapiens gave* (2003) hvordan hovedpoenget bak det å tilrettelegge for et godt behandlingstilbud innenfor den tverrfaglige utviklingen som skjer innenfor det psykiske helsevernet:

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 terapeutens unike møte med pasienten (Yalom, 2003, s 45)

Her ser man hvordan musikkterapien utviklet seg både med David og Ingrid korresponderer med en slik tankegang. Terapien ble til underveis, og utformet og skreddersydd for begge pasienters behov. Fleksibilitet og imøtekommenhet er i terapi en viktig del for å gi pasienten mulighet til enhver tid. Samtidig som den aktive deltagelsen i utformingen av terapien er essensielt for å fremme en gjensidig terapeutisk relasjon (Solli, 2009, s. 27).

4.0 Drøfting

Den ulike forskningen jeg har henvist til viser flere eksempler på at musikkterapi fungerer som et godt verktøy for personer med psykoselidelse, og at det fungerer godt som en integrert standard i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Problemstillingen min spør etter om vi kan tilby musikkterapeutiske verktøy for å fremme bedring hos pasienter med psykoselidelse. Litteraturen viser flere ulike eksempler på hvordan musikkterapeutiske verktøy og tilnærminger

fungerer i møte med psykoselidelser, samt viser hvordan musikkterapien blir et supplement til det psykiske helsevernet.

De generelle helsegevinstene med musikk og musikk terapeutiske tilnærminger kan gi mennesker med psykoselidelser (Solli, 2009). Mye av opplevelsen av musikk som en helsefremmende ressurs, er en viktig del av deg som person og din identitet, derfor er jeg enig i Ruud sin påstand om «å gi mennesker nye handlingsmuligheter gjennom musikk.» (Ruud, 1979, s. 34-35). Dette blir artikulert som grunnpilaren i det musikkterapeutiske arbeidet. Musikkterapeutene bruker forskjellige tilnærminger som ressursorientert- og samfunnsrettetmusikkterapi, med fokus på bedringsprosesser og tilby nye muligheter for psykose pasienter etter endt behandling (Solli, 2009).

Mye av litteraturen som er gjennomgått fremhever viktigheten av mestring, sosial deltagelse, emosjonelle uttrykk og bedringsprosesser. Dette er temaer som grunner i flere aspekter av livet, ikke bare musikkterapi. Pasienter som får tilbudet om musikkterapi gagnar mye på opplevelsene de opplever i musikkterapirommet til senere å kunne bruke opplevelsene med mestring og selvkontroll for å beherske hverdagslige ting (Solli og Rolvsjord, 2009).

Kjente strukturer, sosial deltagelse, emosjonelt uttrykk, individuell terapi og musikkterapi grupper gir trygghet, mestring og selvkontroll til pasienter med psykose (Ruud, 2008). Mye av det som innebærer å ha psykoselidelse handler om å ha en virkelighetsoppfatning som er forvrent, hvor mye av de strukturelle og hverdagslige tingene kan bli vanskelig å mestre. I en sykehushverdag hvor mange av pasientene blir møtt med medisiner, strukturelle omveltninger, nye mennesker og nye inntrykk, er det viktig at disse pasientene har en arena hvor de kan uttrykke seg kreativt, og slippe å tenke på hvordan andre mennesker ser på de som syke. De trenger et sted hvor de blir møtt av likesinnede mennesker (terapeuter) som møter de med respekt og forståelse. Dette er noe Solli og Rolvsjord har klart, de møter pasientene som mennesker, og reduserer de ikke ned til sin psykiske lidelse. Men med fare for at Solli og Rolvsjord skal bli helter i egen historie, må vi ikke glemme at dette er et nytt forskningsfelt som ikke enda tilbyr stor kvalitativ forskning.

I casene om David og Ingrid, viser begge pasientene at de etter et års behandling med musikkterapi kunne føle bedring og mestring. Solli og Rolvsjord forklarer hvordan begge pasientene hadde tilbakefall, men ønsket å fortsette med terapien. Begge pasientene forklarte at

de opplevde at de hadde bedre kontakt med følelsene sine. Ingrid sier det så fint selv: «i disse timene har jeg følt meg som et musiserende menneske – og ikke som en pleietrengende pasient – og det har vært utrolig godt!» (Solli, 2009, s. 24). Ved at terapeuten møtte Ingrid og David med respekt, forståelse og tålmodighet gjorde det at begge pasientene klarte å uttrykke og kjenne på følelser de ikke har kjent på før, å finne en mestring i eget arbeid, og ikke kjenne seg mindre verdt enn andre. Det er viktig å påpeke at terapeuten er fleksibel og har et stort repertoar av kunstneriske muligheter som pasienten kan gis.

Noe som har blitt sett på i denne oppgaven er terapeutens rolle i det musikalske samspillet. Som sett mener både Ruud (2008), Solli og Rolvsjord (2009) at tilnærminger (ressursorientert og samfunnsmusikkterapi) og forståelse er en viktig del av arbeidet i musikkterapi. Noe som er unikt ved musikkterapi er at tilnærmingene og verktøyene blir til etter hvert som terapien utvikler seg. Noe som er annerledes fra det standardiserte systemet vi møter i psykisk helsevern, hvor ofte behandlingen og diagnostiseringen er hentet fra en standardisert modell, med lite rom for utvikling.

Bruk av musikkterapi i møte med psykosepasienter kan og har åpnet nye dører, og kan avdekke nye muligheter for utvikling. Flere av teoriene og studiene viser viktigheten av relasjonen mellom terapeut og pasient. Musikkterapeuter kan vise til mange gode resultater og vi finner til og med noen eksempler på mirakelhistorier. Musikkterapi er likevel ikke en vidunderkur for mennesker med psykose, men som Ruud (2008) og Solli og Rolvsjord (2009) viste har musikkterapien stort nok evidens på at det kan gjøre pasienten mer empatiske, og minske symptombilde og fremme stabilitet i psykoselidelsen videre i livet. Men forskningsresultatene er enda få, og det burde komme flere studier som kan avdekke flere slående resultater.

Jeg tenker, i likhet med Ruud at målet med musikkterapi er å bruke terapien som en tilnærming og verktøy for pasienter med psykoselidelser, og ikke å gjøre pasientene redusert ned til sin tilstand, men heller gjøre pasienten funksjonell nok til å fungere i hverdagen, og skape en arena for utvikling. Det viser seg at det kan være vanskelig å fastslå om musikkterapi har en langtids effekt om du ikke forsetter i behandling.⁶ Derfor kan man stille seg spørsmålet om den standardiserte behandlingen fungerer, er det da noe vits å bruke ressurser på musikkterapi for

⁶ Se <http://www.cochrane.org/about-us>. Cochrane er et nettverk av forskere som publiserer oversikter over forskning om effekten av en spesiell behandling, slik at behandlingen kan være best mulig basert på evidens. Mye brukt i musikkterapi forskning på mennesker med psykoselidelser.

pasienter med psykose? Jeg mener ja. Musikkterapi tilbyr noe til pasienter med psykose som ingen av de andre terapiformene kan tilby. De henter ut den kreative delen av behandling ved å skape et sted hvor pasienten blir møtt med medmenneskelighet og åpenhet. Terapirommet blir et sted som åpner for samspill, mestring og sosialdeltakelse, som mye av den standardiserte behandlingen ikke tilbyr. Der ligger fokuset på å få en diagnose, og finne riktige piller eller behandling. I motsetning til musikkterapi blir man møtt med lite forståelse, og blir ofte stigmatisert ned til en psykisk lidelse. Der tjener musikkterapien på at terapeuten er fleksibel og ikke har et ønsket om at du skal bli «friskere», men heller skape et rom hvor pasienten kan utvikle seg som menneske utenom diagnosen sin.

For at dette skal realiseres på landsbasis, trengs det mer forskning og flere utdanninger som tilbyr ekspertise på akkurat dette området. Den kan også implementeres som en del av utdanningen på musikkvitenskap, og det blir nødt til å få flere kvalitative studier som støtter noe av den kunnskapen som allerede fins, samt støtte videre studier av musikkterapi.

5.0 Konklusjon

I denne oppgaven har det blitt argumentert for at *musikk gir god helse* og at *kan vi hjelpe mennesker med psykoselidelser ved å tilby musikkterapeutiske verktøy og tilnærminger?*

(Solli, 2009), (Rolvsjord, 2017), (Helsedirektoratet, 2013), (Ruud, 2008, 2011, 2013). Det har også blitt beskrevet ved både eksempler og teorier hvordan musikkterapi brukes for å fremme mestring og empowerment hos pasienter med psykoselidelser. Ved beskrivelse av hva psykoselidelser er, og hvordan de i dag blir brukt som en del av den integrerte behandlingen i psykisk helsevern og psykisk helsearbeid i Norge. Ved å beskrive musikkterapiens danning i Norge og hvordan det psykiske helsevernet fungerer, har det blitt argumentert for viktigheten av bruk av musikkterapi for mennesker med psykoselidelser.

Det finnes fortsatt mange utfordringer i dette feltet. Kan terapeuten få for mange ulike roller, hvor dette fort kan bli krevende og tidvis frustrerende. Pionerne som Ruud, Solli og Rolvsjord har revolusjonert dette fagfeltet i Norge og representerer i dag en relativ ny yrkesgruppe av musikkterapeuter som er opptatt av faglig anerkjennelse og respekt, hvor tradisjonelt biomedisinske og psykodynamiske tilnærminger har vært ansett som de standardiserte perspektivene (Solli, 2009, s. 32). Spørsmålet om hvordan terapien kan tilrettelegges bør besvares med hva som tjener pasientens bedringsprosesser på best mulig måte. Her tror jeg de humanistiske og ressursorienterte tilnærmingene som åpner opp får å jobbe både med pasienten

og kontekst vil gi mulighet for et helhetlig terapitilbud for mennesker med psykose. Jeg mener at med musikk som en helsefremmende tilnærming kan bidra til å fremme normalisering og integrering i samfunnet, og minske stigmaet rundt psykoselidelser og øke mestringen og makt blant personer med psykiske lidelser.

Nyere forskning støtter opp arbeidet om at musikkterapi er et viktig tilskudd til dagens psykiske helsevern og helsearbeid. Studier indikerer at musikkterapi, gitt med standardisert behandling, gir betydelig effekt både for pasienter med psykiske lidelser (Gold, Solli, Krüger og Lie, 2009), og psykoseproblematikk (Solli, 2008 og 2009). Disse teoriene og studiene som fremlagt ovenfor viser at et interdisiplinært behandlingstilbud er grunnleggende i behandlingen av mennesker med psykotiske lidelser.

Veien videre blir å fortsette å bygge på musikkterapitradisjonen, og tilby flere utdanninger og arbeidsplasser i det etablerte psykiske helsevernet, samt viktigheten av å fortsette å forske på psykoseproblematikk og hvordan den kan bedres av musikkterapi. Med en solid tradisjon som er bygget på humanistiske verdier og en ressursorientert tilnærming, har musikkterapi utvilsomt en plass til å kunne bidra og komplimentere standard behandling i dagens psykiske helsevern og psykisk helsearbeid, samt styrke den allerede voksende behandlingen for mennesker med psykoser.

Litteraturliste:

Aldridge, D. (2005). *Music Therapy and Neurological Rehabilitation: Performing Health*.

London: Jessica Kingsley Publishers. Hentet: 09.03.22.

[https://books.google.no/books?hl=no&lr=&id=xuIPBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&q=Aldridge,+D.+\(2005\).+Music+Therapy+and+Neurological+Rehabilitation:+Perfo](https://books.google.no/books?hl=no&lr=&id=xuIPBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&q=Aldridge,+D.+(2005).+Music+Therapy+and+Neurological+Rehabilitation:+Perfo)

[ming+Health.+London:+Jessica+Kingsley+Publishers.&ots=b](https://books.google.no/books?hl=no&lr=&id=xuIPBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&q=Aldridge,+D.+(2005).+Music+Therapy+and+Neurological+Rehabilitation:+Perfo)

Andersen, Anders Johan W, Braut, Geir Sverre (2009): *psykisk helsevern* i *Store medisinske leksikon* på snl.no. Hentet 22. april 2022 fra https://sml.snl.no/psykisk_helsevern

Andersen, Anders Johan W. (2016): *psykisk helsearbeid* i *Store medisinske leksikon* på snl.no. Hentet 22. april 2022 fra https://sml.snl.no/psykisk_helsearbeid

Balsnes, A. H. (2011). *Sangen har gitt meg et nytt liv: kor, identitet og helse*.

Bonde, L. O. (2009). *Musik og menneske. Introduktion til musikkpsykologi*. København: Samfundslitteratur.

Bruusgaard, D. (2009): *pasient* i *Store medisinske leksikon* på snl.no. Hentet 22. april 2022 fra <https://sml.snl.no/pasient>

Campbell, J (1998) *Musikk som medisin: om hvordan musikk og lyd kan styrke kropp og sjel*.

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.

DeNora. (2000). *Music in everyday life*. Cambridge University Press.

Helsedirektoratet (2013). *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser* [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 01. juli 2013, lest 28. mars 2022). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser>

Malt, Ulrik; Røssberg, Jan Ivar (2009): *psykoselidelser* i *Store medisinske leksikon* på snl.no. Hentet 22. april 2022 fra <https://sml.snl.no/psykoselidelser>

Psykiske helsevernloven (2002). Medlex - Norsk Helseinformasjon: Oslo.

- Psykose (2017, 31. januar). I *Felleskatalogen*. Hentet fra <https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/psykoser>
- Rådet for psykisk helse. (21.10.2019). *Psykose*. Hentet fra <https://psykiskhelse.no/psykose>
- Regjeringen. (2022, 27.april). Verdens helseorganisasjon. Regjeringen.no. https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/internasjonalt_helsesamarbeid/innsikt/verdens-helseorganisasjon-who/id435126/
- 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.
- Rolvsvjord, R. (2008). En ressursorientert musikkterapi. I: Trondalen, G. & Ruud, E.(red), *Perspektiver på musikk og helse*. Oslo: Norges Musikkhøgskole.
- Rolvsvjord, R. (2010). Resource-oriented music therapy in mental health care. Barcelona Pub.
- Ruud, E. (1979). Musikkterapi. *Musikk i skolen*, 4, 34-35.
- Ruud, E. (2008). Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi. *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi*. Skriftserie fra Senter for musikk og helse. Oslo: Norges musikkhøgskole.
- Ruud, E. (2011). Musikk, identitet og helse—hva er sammenhengen? I: Stensæth, K. & Bonde, L. O (red), *Musikk, helse, identitet*. NMH publikasjoner 2011(utg.3.) Skriftserie fra sentere for musikk og helse. Oslo: Norges musikkhøgskole.
- Ruud, E. (2013). *Musikk og identitet*. Universitetsforlaget.
- Ruud, E. (u.å.). *Norsk musikkterapi – skisse av en profesjonshistorie og noen tanker om en norsk musikkterapi identitet*. Norsk forening for musikkterapi. <https://www.musikkterapi.no/nyheter/2020/4/3/norsk-musikkterapi-skisse-av-en-profesjonshistorie-og-noen-tanker-om-en-norsk-musikkterapeutisk-identitet> (hentet.15.04.22.)
- Ruud. (2016). *Musikkvitenskap* (p. 368). Universitetsforlaget.
- Skre, Ingunn B.; Svartdal, Frode (2009): *positiv psykologi* i *Store norske leksikon* på snl.no. Hentet 16. mars 2022 fra http://snl.no/positiv_psykologi
- Small, Christopher (1998). *Musicking: The Meanings of Performing and Listening*. Middletown: Wesleyan University Press.
- SNL (2009), *helse* i *Store medisinske leksikon* på snl.no. Hentet 7. mars 2022 fra <http://sml.snl.no/helse>

- 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*. (5. utg). (s. 15-36). Oslo: NMH-publikasjoner.
- 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.
- Solli, H.P. & Rolvsjord, R. (2009). Musikkterapi som supplement til standard behandling av pasienter med psykose. *Dialog, Bulletin for SEPREP*, nr.1/19, s.9-21.
- Stensæth, K., & Bonde, L. O. (2011). *Musikk, helse, identitet*. Norges musikkhøgskole.
- Stern, D. N. (2003). *Spedbarnets interpersonlige verden*. Gjøvik: Gyldendal akademiske forlag.
- Stige, B. (2008). Samfunnsmusikkterapi – mellom kvardag og klinikk. I: Trondalen, G., & Ruud, E.(red.). *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med musikkterapi*. Skrift- serie fra Senter for musikk og helse. Oslo: Norges musikkhøgskole.
- Store norske leksikon (2022), *Objektrelasjonsteorien*, på snl.no. Hentet 22. april 2022 fra <https://snl.no/objektrelasjonsteori>
- Stortingsmelding nr. 25. (1996-1997). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Torgalsbøen, A.K. (2005) «Jeg jobber i psykiatrien». *Impuls*, nr 3.
- Trondalen, G. (2008). Musikkterapi – et relasjonelt perspektiv. I: Trondalen, G., & Ruud, E.(red.). *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med musikkterapi*. Skrift- serie fra Senter for musikk og helse. Oslo: Norges musikkhøgskole.
- WHO. (2002). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Yalom, I. D. (2003). *Terapiens gave*. Oslo: Pax Forlag.

