
MED PASIENTEN I FØRERSETET

– Recovery-perspektivets implikasjoner for musikkterapi i psykisk helsearbeid

“Musikkterapien rommer så mye mer enn det å lindre symptomer og bedre funksjon, og sett fra et recovery-perspektiv: noe mye viktigere.”

Hans Petter Solli



HANS PETTER SOLLI. Cand. mag. i psykologi og religion 1999, mastergrad i musikkterapi 2006. Snart 10 års arbeidserfaring som musikkterapeut på allmenpsykiatrisk avdeling ved Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS) i Oslo. Har vært gjestelærer og praksisveileder ved Norges Musikkhøgskole, og jobbet to år som lektor i musikkterapi ved Universitetet i Bergen (UiB). Er for tiden PhD-student ved UiB og LDS. Tilknyttet GAMUT, Griegakademiet – Institutt for musikk, Universitetet i Bergen og Lovisenberg Diakonale Sykehus. Epost: hpsolli@gmail.com

Abstract

Artikkelen introduserer recovery-perspektivet i forhold til psykiske lidelser og psykisk helse, og ser på dets mulige implikasjoner for musikkterapien. Det gjøres greie for historiske utviklingstrekk og rasjonale bak den medisinske modellen i behandling og psykoterapi, og for recovery-perspektivets historiske utvikling og konseptualisering. En case-vignett danner bakgrunn for en diskusjon av bedringsperspektivets implikasjoner for meta-perspektiv, praksis og forskning. Humanistiske -, ressursorienterte - og samfunnsorienterte tilnærminger til musikkterapi foreslås som konstruktive veier mot en mer recovery-orientert musikkterapi.

“Det er veldig mange personale som snakker til meg som om jeg er skikkelig syk og sånn. Og da blir jeg litt sånn oppgitt, og så tenker jeg “Herre Gud”[...] Jeg føler meg ofte som en feilmontert vare. At det er liksom så mye feil ved meg, hvis du skjønner? Og når jeg er her [i musikkterapi], da føler jeg ikke at det er så mye galt. Jeg kan senke skuldrene ned og liksom...tenke at ‘Nå er jeg her’...hvis du skjønner, da?”

[Viktoria, forskningsinformant]

Innledning

Ulike mennesker har ulike erfaringer med hvordan psykiske lidelser utarter seg og i hvilken grad behandling og terapi hjelper. I følge Slade [2009] kan man snakke om tre grupper pasienter. Den første gruppen er de som opplever at psykiske vansker opptrer brått i et ellers normalt liv, men som etter effektiv behandling i helsevesenet kan fortsette å leve livet stort sett som før. En annen gruppe kjennetegnes av mer langvarige lidelser, men de opplever at problemene gradvis avtar med årene - enten med hjelp fra helsevesenet, gjennom naturlig utvikling eller som en kombinasjon av behandling og livsløp. En siste gruppe mennesker kjennetegnes ved at de psykiske problemene i løpet av livet gradvis øker i grad og omfang, til et punkt der lidelsen setter et altoverskyggende preg på tilværelsen. Mens dagens helsesystem bidrar til relativt god hjelp for personer i de to første gruppene, fører lang tids behandling innenfor psykiatriske institusjoner ofte til mer skade enn hjelp for personer i den siste gruppen. Desto mer behandling som blir gitt av profesjonelle hjelpere, desto sterkere tar identiteten av å være "psykiatrisk pasient" overhånd, og desto mindre blir håpet om bedring og drømmen om et mer normalt liv.

Viktoria, en kvinne innlagt på lukket avdeling med psykoseproblematikk, synes å tilhøre den siste gruppen. Hun har vært innlagt på ulike psykiatriske institusjoner i lengre tid - så lenge at hun nå opplever seg som en "feilmontert vare", og føler "det står syk i panna mi". En stadig større mengde litteratur har de senere årene gitt oss innblikk i hvordan personer med alvorlige psykiske lidelser selv opplever psykiatrisk behandling - hva som hjelper, hva som ikke hjelper og hva som er direkte skadelig [Slade 2009]. Klare stemmer fra personer med brukererfaring, sammen med stadig mer aktive brukerbevegelser over hele den vestlige verden, har bidratt til at det har vokst frem et nytt perspektiv på psykiske lidelser og psykisk helse som går under betegnelsen *recovery* eller *bedringsprosesser*¹. I denne teksten brukes *recovery* og *bedring* om hverandre for å beskrive det samme. Som vi snart skal se, har *recovery* de siste 10-15 årene blitt et begrep som stadig flere land i den vestlige verden bruker som visjon og målsetting for psykiske helsearbeid [Slade, Adams & O'Hagan 2012].

Målet med denne teksten er å se nærmere på hvilke implikasjoner *recovery*-perspektivet kan ha for musikkterapi. Siden *recovery* i stor grad har vokst fram som en kritikk av moderne psykiatri, vil jeg starte med å se på noen historiske utviklingstrekk og rasjonale bak den medisinske modellen i behandling og psykoterapi. Deretter vil jeg presentere *recovery*-perspektivets historiske utvikling og konseptualiseringen av begrepet. En case-vignett om Viktoria danner deretter utgangspunkt for en diskusjon av *bedringsperspektivets* implikasjoner på tre nivå: Først en diskusjon av meta-perspektiver, deretter implikasjoner for musikkterapeutisk praksis og -forskning.

Det medisinske perspektivet på psykiske lidelser

I middelalderen ble "de gale" ansett for å være besatt av demoner eller straffet av Gud. Mange ble sendt fra gård til gård eller innestengt, og de ble behandlet svært primitivt. På 1700-tallet kom opplysningstiden som motreaksjon mot religiøs overtro og heksekunst. Med bakgrunnen i historiske hendelser innen naturvitenskapelig forskning, som oppfinnelsen av mikroskopet, utvikling av bakteriologien og ny kunnskap om anatomi og fysiologi, vant tanken om galskap som sykdom frem [Ludviksen 2002; Kringlen 2007].

1 I Norden er begrepet blant annet oversatt til "*bedrings- og mestringsprosesser*" [Borg & Karlsson 2011], "*å komme seg*" [Borg & Topor 2003] og "*återhåmtning*" [Topor 2006].

Opplysningstiden bar med seg to viktige skift i tenkningen rundt behandling av psykisk sykdom som bidrog til å forme psykiatrien, forstått som medisinsk subdisiplin, slik vi kjenner den i dag (Bracken & Thomas 2005; Kringlen 2001). Det ene var tanken om at sannhet kan avdekkes gjennom å se på årsakssammenhenger i naturen, der man ved rasjonalitet skulle overvinne overtro og religiøsitet. Det andre skiftet var interessen for å definere hva det vil si å være en person, gjennom utforsking av motiv og individuelle personlighetstrekk. Samtidig med denne utviklingen vokste interessen for en "mental vitenskap" fram, og derfra begynte psykiatrien å etablere seg som et modernistisk fag på begynnelsen av 1900-tallet.

To personer har vært spesielt viktige for utviklingen av dagens psykiatri - Karl Jaspers og Emil Kraepelin. Tyske Jaspers (1883-1963) var filosof og psykiater, og hadde stor innflytelse på teologi, psykiatri og filosofi i sin samtid. Hans berømte bok *General psychopathology* (1963) hadde som mål å bringe sammen psykologien og biologien ved å studere symptomer hos den individuelle pasienten. Gjennom sin fenomenologi gav Jaspers en detaljert definisjon av individuelle symptomer og måter å klassifisere disse på. Her skilte han tydelig mellom form og innhold. Psykopatologiens *former* ble sett på som universelle og årsakene ble knyttet til forhold i personen selv. *Innholdet* i psykopatologiske fenomen ble sett på som avhengig av personens kontekst, og derfor av mindre betydning. Spesielt gjaldt dette psykoser, som Jaspers så som en rent biologisk sykdom. Boken *General psychopathology* hadde stor innflytelse på datidens leger, og har hatt stor betydning for utviklingen av dagens biomedisinske psykopatologi (Bentall 2004).

En annen innflytelsesrik person i psykiatriens historie var den tyske legen Emil Kraepelin (1856-1926). Han var pioner i arbeidet med å etablere et diagnosesystem for psykiske lidelser (Kringlen 2001; Bentall 2004). I sin søken etter måter å kategorisere psykiske lidelser på vendte Kraepelin seg til botanikken, der systematisk klassifisering av biologiske arter var basert på likheter og ulikheter. Kraepelin brukte samme prinsipp da han systematisk innførte kategoriske diagnoser for psykiske lidelser. Hans bidrag var å utvikle psykologiske normer basert på nøyaktige kliniske beskrivelser, der man kunne fastsette avvik og skille mellom ulike kategorier gjennom ulike kvantitative mål. Diagnosene handlet således i mindre grad om pasientenes unike problem, men i stedet om hva de hadde til felles med andre pasienter.

Kraepelins innflytelse på moderne psykiatri kom først mange år senere, da diagnosemanualen til den amerikanske psykiaterforeningen DSM-II (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) skulle revideres på 1970-tallet. DSM-II, som var basert på en psykoanalytisk forståelse av psykiske lidelser, ble kritisert for å være tvetydig, verdiladet og lite egnet for vitenskaplig undersøkelser (Simonsen, 1999). DSM-III ble i stedet bygget på Kraepelins beskrivende klassifisering, noe som viste seg å falle godt i smak hos flere aktører. Bentall (2004) peker på at grunner til at DSM-III fikk så stor internasjonal oppslutning handler om at de reduksjonistiske strukturene fra Kraepelin diagnosesystem appellerte sterkt til de mest innflytelsesrike instansene på den tiden: Forskere som savnet en mer strukturert og pålitelig diagnostikk, den farmasøytiske industrien som ønsket større klarhet i kriterier for godkjenning av preparater, forsikringsselskapene som skulle betale for psykiatrisk behandling og psykiaterne som fikk styrket sin autoritet og posisjon. DSM-systemet er i dag, sammen med WHO's diagnosesystem ICD-10 (International Classification of Diseases 2011), definerende for hvordan psykiske lidelser blir forstått og behandlet i store deler av verden² (Kringlen 2001; Bentall 2004).

2 *Forskjellene mellom dagens ICD-10 og DSM-IV er liten. I klinisk bruk er de funksjonelt likeverdige, men mindre ulikheter finnes i nesten alle diagnosekategorier (Andrews, Slade & Peters 1999).*

I de senere årene har det biomedisinske paradigmet blitt nært knyttet til en evidensbasert praksis. Her bygges det videre på den kraepelinske diagnostikken, der den underliggende tenkningen er at intervensjoner skal være rasjonelle og målbare og gi observerbar effekt på et eller flere symptomer hos mottakeren av intervensjonen [Laugharne 1999].

I denne gjennomgangen av psykiatriens historie er det også relevant å se på psykoterapienes posisjon i forhold til det medisinske paradigme, siden psykoterapeutiske tradisjoner også har en sentral posisjon i dagens psykiske helsearbeid. Wampold [2001] peker på at psykoterapien har sterke røtter i medisinen, og beskriver den medisinske modellen i psykoterapi på følgende måte (s. 13-14): Ut fra tegn og symptomer diagnostiseres klienten til å ha et gitt problem eller forstyrrelse med en gitt psykologisk forklaring. Deretter tenkes psykoterapien å kunne påvirke virkningsmekanismene som forårsaker problemene eller forstyrrelsene. Psykoanalytiske terapeuter gjør det ubevisste bevisst, kognitive terapeuter endrer uhensiktsmessige tankemønstre og interpersonlige terapeuter forbedrer sosiale relasjoner. Man finner en tanke om at spesifikke terapeutiske ingredienser skal benyttes, ofte beskrevet i manualer. Bruken av disse intervensjonene sees som en nødvendighet for klientens prosess mot terapeutiske mål. Den medisinske modellen i medisinen og den medisinske modellen i psykoterapien inneholder de samme komponentene, hevder Wampold. Forskjellen er at teorier, forklaringer og teknikker i medisinen er basert på fysiokjemi, mens de i psykoterapien er basert på psykologi.

Denne gjennomgangen av utviklingstrekk ved psykiatrien og tankegodset i det medisinske perspektivet skal vi ta med oss videre når vi skal se på recovery-perspektivets kritikk av behandlingsfokuset i psykiatrien. For å unngå en polarisering mellom en naturvitenskapelig og en kontekstuell og humanistisk tilnærming til psykisk helse, er det viktig å presisere at den medisinske praksisen som råder i dag utvilsomt bidrar til å hjelpe mange mennesker med psykiske lidelser til bedre helse og et bedre liv. Det er imidlertid mange som ikke opplever at medisinsk behandling er til hjelp, og en del pasienter tar regelrett skade av lengre tids behandling [Slade 2009]. Selv om det har vært en stor utvikling innen psykiatrien siden opplysningstiden, holder fortsatt store deler av den akademiske psykiatrien fast ved identiteten av å være eksperter som leverer vitenskapsbaserte teknologier til pasienter som lider av gitte identifiserbare lidelser. En slik tilnærming, der ekspertrollen og de profesjonelle intervensjonene står i fokus, mens interessen for mening, verdier og forutsetninger er av sekundær karakter, er lite tilfredsstillende for mange pasienter med alvorlige psykiske lidelser [Bracken & Thomas 2005]. Som vi snart skal se, er dette noe av kjernen i kritikken fra recovery-perspektivet. Men før vi går over til recovery-perspektivet skal vi kort se på musikkterapiens forhold til den medisinske modellen.

Musikkterapi og den medisinske modellen

Helt siden musikkterapiens spede begynnelse på 1950-tallet finner vi at musikkens virkninger har blitt knyttet til en biomedisinsk forståelse [Ruud 1980]. I denne tradisjonen beskrives musikkterapi som systematisk bruk av musikalske stimuli i kartlegging og intervensjon i forhold til mennesker med psykiske lidelser, og med fokus på hvordan intervensjoner rettet mot hjerneaktivitet, kognisjon og adferd påvirker biologiske prosesser [Unkefer & Thaut 2005; Taylor 1997]. Et annet uttrykk for en medisinsk tenkning i musikkterapien er bruken av kliniske manualer. I boka *Multimodal psychiatric music therapy for adults, adolescents and children: a clinical manual* [Cassity & Cassity 2006] foreslår forfatterne spesifikke intervensjoner til spesifikke problemområder etter en medisinsk årsaks-virkning modell [Wampold 2001].

Hos Odell-Miller [2007] finner vi en oversikt over metoder i musikkterapeutisk praksis. I en systematisk litteraturgjennomgang av kliniske tekster og forskningsstudier innen feltet musikkterapi og psykiatri/psykisk helse frem til 2004, kommer det frem at i alle tekster bortsett fra én³ var musikkterapi basert på diagnosespesifikke intervensjoner. Hvis vi legger til grunn at diagnoser er selve bærebjelken i det medisinske paradigme [Wampold 2001], indikerer dette at den medisinske diskursen er sterkt representert i musikkterapien. Her kan man imidlertid tenke seg, som Odell-Miller [ibid.] er inne på, at musikkterapeuter som jobber på en medisinsk institusjon ikke har hatt så mange valg. De må forholde seg til konteksten de jobber i og adaptere de dertil gjeldende perspektiver, mens praksisen likevel i større grad kan være holistisk og humanistisk.

Foruten Ruud [1980], har også Rolvsjord [2010] skrevet spesifikt om den medisinske modellen i musikkterapi [2010]. Hun argumenterer for at en medisinsk sykdoms- og behandlingsmodell er sterkt tilstedeværende i musikkterapien. I tillegg til den biomedisinske musikkterapien fremhever hun at også psykoanalytisk orienterte tilnærminger til musikkterapi har et integrert medisinsk metaperspektiv. Hun understreker imidlertid at det finnes store variasjoner og ulike diskurser innenfor den psykoanalytisk orienterte tradisjonen [s. 26-28].

Recovery - mot et nytt syn på psykiske lidelser

De siste årtier har organiseringen av behandlingstilbud for personer med alvorlige psykiske lidelser hatt en radikal utvikling. Helt siden 50-tallet har deinstitutionalisering dominert psykiske helseformer i den vestlige verden. De store psykiatriske sykehusene har blitt bygd ned eller stengt, og sengeplassene har blitt færre⁴. Dette til fordel for etablering av stadig flere tilbud i lokalsamfunnet [Fakhoury & Priebe 2002]. Sammen med denne utviklingen har det kommet krav om at innholdet i behandlingstilbudene skal inkludere mer enn bare psykiatri, forstått som medisinsk praksis. Som et tilsvar på dette har termen *psykisk helsearbeid* [mental health care] i mange land erstattet ordet "psykiatri", nettopp for å markere overgangen til helsetjenester der flere faggrupper, behandlingsformer og forståelsesformer enn den medisinske skal inkluderes [Bøe & Thomassen 2007; Torgaldsbøen 2005].

Sammen med denne utviklingen finner vi et radikalt nytt perspektiv på psykisk helse - recovery-perspektivet. Recovery kan framstå som en forvirrende term fordi det finnes to distinkt forskjellige forståelser av ordet. Slade [2009] skiller mellom de to betydningene ved å benevne de som *klinisk recovery* og *personlig recovery*. Klinisk recovery springer ut av tradisjonell medisinsk forskning og praksis [som tidligere beskrevet], og handler forenklet sagt å returnere til en normal tilstand. En mye brukt definisjon av klinisk recovery fra psykisk sykdom er:

"full symptom remission; full- or part-time involvement in work or school; independent living without supervision by family or surrogate caregivers; not fully dependent on financial support from disability insurance; and having friends with whom activities are shared on a regular basis" [Lieberman, Kopelowicz, Ventura & Gutin, 2002:1].

3 Denne teksten er Stige [1999].

4 Nyere rapporter peker på at det de senere årene også har foregått en reinstitusjonalisering i mange av de samme landene, med en økning av antall plasser til psykisk syke i fengsler og i bemannede boliger [Fakhoury & Priebe 2007].

Recovery i medisinsk forstand handler om resultat. Et resultat som kan observeres utenfra, måles og undersøkes gjennom epidemiologiske studier. Det handler om helbredelse av symptomer og rehabilitering av funksjoner, begge deler som resultat av de profesjonelles innsats (Topor 2006). Det viser seg imidlertid at en slik forståelse av recovery passer dårlig med hvordan mange mennesker med alvorlige psykiske lidelser opplever det. Siden tidlig på 80-tallet har personer som selv har erfaring med psykiske lidelser i økende grad gitt uttrykk for sine erfaringer og opplevelser i litteraturen og i mediene (Deegan 1988; Read & Reynolds 1996, Topor 2006; Rose 2008). Disse historiene tyder på at klinisk recovery i liten grad samsvarer med hvordan personer med alvorlige psykiske lidelser selv erfarer bedring.

Personlige narrativ og forskning på bedringsprosesser viser nemlig at folk kommer seg, men ofte på en annen måte enn den vi finner i den tradisjonell kliniske forståelsen. For mange personer med psykiske problemer er ikke målet først og fremst å bli kvitt symptomer og bedre funksjoner. De beskriver bedring i langt større grad som en prosess enn et resultat, og fokuserer på elementer som personens rett til selvbestemmelse og inklusjon i lokalsamfunnet (Davidson & Roe 2007). Bedringsprosesser beskrives som individuelle med store variasjoner i hva som hjelper og hvordan bedring skjer (Topor 2006; Borg 2007).

Slade (2009) benevner denne typen bedring for *personlig recovery* til forskjell fra *klinisk recovery*. En annen begrepsbruk som har blitt framsatt for å skille de to tradisjonene er *recovery fra psykiske lidelser*, som handler om klinisk bedring, og *recovery i psykiske lidelser*, som refererer til den personlige bedringsprosessen (Davidson og Roe 2007). I denne teksten vil jeg bruke termene *recovery* og *bedring* om hverandre for å beskrive perspektivet i den personlige og kontekstuelle bedringsprosessen.

En mye brukt definisjonen av *recovery* eller *bedring* er:

“Recovery is a deeply personal, unique process of changing one’s attitudes, values, feelings, goals, skills and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life, even with limitations caused by the illness, recovery involves the development of new meaning and purpose in life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness”
(Anthony 1993, p 7).

Slik *recovery* her er definert, aner vi et nytt paradigme i synet på psykisk helse og psykiske lidelser, med distinkte terminologier, verdier, oppfatninger og praksis (Onken et al. 2007).

I følge Topor (2006, s. 18-19) skiller personlig *recovery* seg fra klinisk *recovery* på tre avgjørende punkter. For det første kjennetegnes personlig *recovery* av et arbeid som individet selv gjør, og ikke først og fremst noe som følger av profesjonell behandling, slik vi finner det i et medisinsk perspektiv. *Recovery* kommer alltid som følge av egen innsats, men oftest med hjelp fra andre, skriver Topor. I en slik forståelse kan ikke personen “bedres” gjennom intervensjoner utenfra, fordi dette fremmer en tingliggjøring av personen og gir u hensiktsmessig stor autoritet, makt og kontroll til den som utøver behandling. Empowerment blir derfor et kjernebegrep i *recovery*, som både peker på viktigheten av medbestemmelse og likeverd i relasjoner, men også på et sosialt nivå og strukturelt nivå (Slade 2009).

For det andre handler bedringsprosesser om mer enn bare symptomer og funksjoner. Personlige bedringsprosesser handler om å se hele mennesket i sammenheng, og selv om symptomene kan

være viktige for bedring, behøver man ikke være symptomfri for å være i en bedringsprosess. Det tredje aspektet handler om makt. I et bedringsperspektiv understrekes viktigheten av at personen skaffer seg makt over eget liv, med hensyn til hvordan livet leves og utformes. Behandlingsapparatet skal fortsatt være tilstedeværende når det behøves, men ha en mer avgrenset rolle, samt tilrettelegges for å forhindre stigmatisering, sosial isolasjon, tap av selvbestemmelse, sykeliggjøring og dermed tap av håp [Slade 2009]. Man kan godt motta behandling av profesjonelle hjelpere – det viktigste er at man selv sitter i førersetet i sitt eget liv og i sin egen bedringsprosess. Deegan [1993 s. 10] beskriver sin recovery-prosess slik:

“To me recovery means I try to stay in the driver’s seat of my life. I don’t let my illness run me. Over the years I have worked hard to become an expert in my own self-care. Being in recovery means I don’t just take medications ... Rather I use medications as part of my recovery process ... ”

Her viser Deegan hvordan samspillet mellom medisinsk behandling og egen prosess fungerer bedre når hun får mulighet til å innta en aktiv og deltakende rolle, og slik beholde makten over eget liv. I tillegg til den enkeltes individuelle prosess, omhandler recovery-litteraturen også sosiale og samfunnsmessige aspekt ved psykiske lidelser. Problemene kommer når samfunnet frastøter seg mennesker med psykisk sykdom og barrierer som fattigdom, marginalisering og stigmatisering blir til hinder for bedringsprosesser [Onken et al. 2007]. Sosial inklusjon og inntakelse av meningsfulle roller blir her viktige faktorer i en bedringsprosess.

I tillegg til å omhandle både personlige prosesser og sosiale- og samfunnsmessige utfordringer, har talsmenn for recovery-perspektivet også ambisjoner om å påvirke profesjonell praksis. Davidson [et al. 2009] peker på at konsekvenser for en recovery-orientert praksis blant annet innebærer å være orientert mot å fremme recovery, være ressursorientert, samfunnsfokuset og persondreven. I diskusjonsdelen vil jeg se nærmere på disse fire punktene som grunnlag for musikkterapeutisk praksis.

Studier av recovery har forsøkt å identifisere faktorer som har betydning for det å komme seg og leve et så godt liv som mulig – å være i recovery [Davidson & Roe 2007]. Forskere ved King’s College i London gjennomførte i 2010 et systematisk litteratursøk og narrativ analyse av konseptuelle rammeverk for personlig recovery i psykisk helse [Leamy et al. 2011]. Ut fra totalt 5208 tekster om recovery, ble 97 identifisert som forsøk på konseptualisering av recovery-begrepet. Fem faktorer ved recovery-prosesser ble identifisert som de mest gjennomgående: tilhørighet, håp og fremtidsoptimisme, identitet, mening med livet og empowerment. Denne typen kunnskap er viktig i arbeidet med å utvikle gode recovery-orienterte helsetjenester [Davidson et al. 2009].

Recovery-perspektivet har de siste årene fått stor utbredelse og anerkjennelse i hele den vestlige verden. Verdens helseorganisasjon [WHO] har i flere av sine rapporter gitt klart uttrykk for at en orientering mot personlig recovery bør omfavnes og settes ut i praksis [WHO 2005; Friedli 2009]. En rapport fra 2005 konkluderer på følgende måte, etter å ha gått gjennom nyere studier av personlig recovery:

“These studies suggest the value of developing more comprehensive clinical approaches that focus on a person’s positive health, strengths, capabilities and efforts towards recovery. This approach would prove valuable across the spectrum of prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation. Implications for health professionals are significant. They include the need for an approach that considers and promotes recovery [hopefulness] and a willingness to collaborate with consumers in developing tools that promote functioning and meaning” [WHO 2005 s. 137].

Stadig flere land har gitt recovery-perspektivet en sentral plass i utformingen av helsetilbudet for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Land som Australia, Israel, New Zealand, Canada, Scotland, England, USA, Hong Kong og Østerrike har satt recovery som visjon for hvordan psykiske helsetjenester skal utvikles [Slade, Adams & O'Hagan 2012⁵].

I de nordiske landene er recovery-perspektivet representert i mange praksiser og styringsdokumenter, men i ulik grad i de forskjellige landene [Borg et al. 2011]. For eksempel har det i Danmark siden år 2000 vært iverksatt statlige, regionale og kommunale initiativer og prosjekter med mål om å fremme implementeringen av en recovery-orientert tilnærming [Petersen 2010]. Et annet eksempel er Opptrappingsplanen for psykisk helse i Norge, som har bidratt med en omfattende reform av de psykiske helsetjenestene. Den inneholder mye av tankegodset fra recovery-perspektivet, men uten at recovery eller bedring brukes som sentralt begrep [St.prp.nr 63 1997-98]. Sentrale nordiske bidragsyttere til recovery-tenkningen er Marit Borg [Norge], Alain Topor [Sverige] og Pernille Jensen [Danmark], som alle har bidratt med studier og teoretisk utvikling [se litteraturlisen]. I tillegg er elementer fra recovery-perspektivet sentrale i den innflytelsesrike bokserien *Relasjonsbehandling i psykiatrien* av Lars Thorgaard [2007].

Denne gjennomgangen viser at recovery-perspektivet bidrar med en radikal nytenkning for hvordan psykiske lidelser skal forstås og hvordan mennesker skal hjelpes. Et så sterkt fokus på personens egen innsats og medbestemmelse har store implikasjoner for både forskning og praksis, noe jeg vil belyse i diskusjonsdelen. Først skal vi se nærmere på hvilke forbindelser som kan trekkes mellom recovery og musikkterapi.

Musikkterapi og recovery

På tross av den sterke innflytelsen recovery-perspektivet har fått de siste tiårene, er det skrevet overraskende lite om recovery i musikkterapilitteraturen. Her følger en kort litteraturgjennomgang. I en artikkel har Chhina [2004] skrevet om musikkterapi som psykososial rehabilitering. Hun peker på at musikkterapi gjennom fokus på håp, samarbeid og empowerment kan bidra med å gi brukere ferdigheter og støtte som kan fremme bedring i forhold til identitet og sosiale roller, slik at vedkommende kan leve et tilfredsstillende liv i lokalsamfunnet. Danske Bent Jensen [2008] har tematisert hvordan han jobber som musikkterapeut i et recovery-orientert arbeid i sosialpsykiatrien i Danmark. Han er blant annet opptatt av sosial inklusjon, partnerskap og ansvarliggjørelse i sin praksis. Samme år argumenterer Grocke, Block & Castle [2008] for at recovery er en modell musikkterapien bør knytte seg til, ettersom psykiatriske tilbud i Australia i stadig større grad overføres til lokalbaserte tilbud. Året etter ble det publisert en studie som analyserer tekster fra sangskrivning i et recovery-perspektiv [Kooij 2009]. I en artikkel fra 2011 spør McCaffrey, Edwards og Fannon om musikkterapien kan ha en rolle innen recovery-orientert arbeid med psykisk helse. De hevder at recovery-filosofien speiler noen av kjerneprinsippene i musikkterapi, noe de blant annet begrunner i musikkterapiens fokus på ressurser. Til sist har Solli & Rolvsjord [2008] og Solli [2009] knyttet egen musikkterapipraksis opp mot recovery-perspektivet, og argumentert for en kontekstuell og ressursorientert tilnærming til musikkterapi for personer med alvorlige psykiske lidelser.

5 Referansen er til introduksjonsteksten av et temanummer om recovery i et internasjonalt perspektiv. Se resten av dette nummeret for detaljert informasjon om recovery i hvert av landene.

I musikkterapien finner vi perspektiver som ligger tett opp mot recovery-tenkningen. Recovery er tett knyttet opp mot humanistisk filosofi og teori [Slade 2009]. En humanistisk og ressursorientert tilnærming til musikkterapi har siden fagets tidlige utvikling vært implisitt for mange musikkterapeuters forståelse av eget fag [Ruud 1990; 2010]. Denne teksten gir ikke plass til en grundig gjennomgang av musikkterapitradisjoner knyttet til humanistiske, ressursorienterte og kontekstuelle tilnærminger. Leseren henvises her til Ruuds [2010] bok *Music therapy: A perspective from the humanities*, og et sammendrag av ressursorienterte tradisjoner hos Rolvsjord [2010 s. 6-9]. Jeg vil nøye meg med å nevne to retninger som de senere årene har artikulert en tilnærming til musikkterapi som etter min mening harmonerer med recovery-tenkningen.

Det ene er samfunnsmusikkterapi eller community music therapy [Ansdell 2002; Stige 2002; Stige, Ansdell, Elefant & Pavlicevic 2010; Stige og Aarø 2012]. Her påpekes det at det individuelle og mellommenneskelige nivået i musikkterapi ikke er tilstrekkelig, fordi utfordringer knyttet til det sosiale og kollektive nivået er en så viktig del av menneskers helse. Som i recovery-litteraturen, vektlegger samfunnsmusikkterapien at kontekstuelle faktorer alltid må tas med i hjelperens perspektiv. Samfunnsmusikkterapien peker derfor på at musikkterapi ikke bare må tenkes innenfor institusjoner og lukkede terapirom, men ha større nærhet til lokalsamfunnet og folks hverdagsliv. Et endelig mål i samfunnsmusikkterapien er i samsvar med recovery-filosofien - "to move clients from therapy to community" [Ansdell 2002].

Den andre teoretiske konseptualiseringen jeg ønsker å trekke fram, er Randi Rolvsjords [2004; 2010] konseptualisering av en ressursorientert musikkterapi i psykisk helsearbeid. Hennes forskning er informert av positiv psykologi, empowerment-filosofi, tilnærming ut fra fellesfaktorer, og nyere musikkvitenskap. Rolvsjord tar aktivt avstand fra en sykdomsideologi. Hun presiserer i stedet viktigheten av å fremme pasientens sterke sider, i tillegg til å fokusere på problemområdene. Hun bygger, i likhet med recovery-perspektivet, på en kontekstuell forståelse av helse- og terapibegrepet og betrakter et gjensidig samarbeid mellom klient og terapeut som en grunnleggende forutsetning for den terapeutiske relasjonen.

Musikkterapi med Viktoria. En case-vignett

Før vi ser nærmere på hvilke implikasjoner recovery-perspektivet har for metaperspektiv, forskning og praksis for musikkterapi, vil jeg presentere "Viktoria" litt nærmere, og trekke frem noen av hennes erfaringer med musikkterapi. Hun er en av ni informanter i min pågående kvalitative PhD-studie om psykotiske pasienters opplevelser av musikkterapi, og sitatene nedenfor er hentet fra to lengre intervju. Viktoria er en kvinne i 30-årene som er innlagt på lukket psykiatrisk avdeling med psykoseproblematikk. Under tidligere innleggelse har hun hatt flere ulike diagnoser, men har nå endt opp med diagnosen paranoid schizofreni. Viktoria forteller selv at hun sliter med stemme- og synshalusinasjoner, har angst og vonde tanker. Arrene på armen viser at hun har drevet lenge med selvskading. Uten å gå i detalj i hennes historie, kan det kort sies at hun har opplevd alvorlige traumer tidlig i livet. Alt dette gjør at både hverdagsfungering, arbeidsliv og sosiale aktiviteter er vanskelig.

Viktorias behandling består av medisiner, miljøterapi, samtaleterapi, ergoterapi og musikkterapi. Under hele oppholdet ønsker hun å delta i musikkterapi, og får både tilbud om å være med i en åpen musikkgruppe og å ha ukentlige individuelle timer⁶. Musikkterapien kan beskrives som en humanis-

6 For mer informasjon om musikkterapitilbudet ved sykehuset, se Salli [2009].

tisk, ressursorientert tilnærming der terapeuten har et sterkt fokus på Viktorias interesser og sterke sider, og der terapeut - pasientrelasjonen i stor grad er preget av gjensidighet og samarbeid [Solli 2008b; Rolvsjord 2010]. Viktoria er selv med å bestemme hva som skal være fokuset for timene. Hun har ikke så mange tanker om hva hun selv trenger i terapien, men sier hun ønsker å gjøre "normale" aktiviteter, som å synge, spille trommer og skrive sanger. De fleste av timene er todelt, der vi først jobber med sangtekster og melodier, og spiller sangene inn på PC. Deretter går vi over til samspill og improvisasjon på trommer og bass. Her er tilnærmingen ofte mer didaktisk, da Viktoria sier at hun ønsker å lære seg noen rytmer og "fills" på trommesettet. Ved flere anledninger opptrer Viktoria med egne sanger på sykehusets interne årstidsfester. Her får hun anledning til å vise fram musikken sin og tekstene sine til personale og medpasienter. Etter konsertene gir hun bort CD-er med musikken sin til de som vil ha.

I et forskningsintervju deler Viktoria sine erfaringer med musikkterapi⁷. Etter en lengre improvisasjon på trommer og bass, forteller hun at det å spille trommer er noe som hun knytter opp til noen spesielle opplevelser. Hun forteller at hun ser skygger i rommet, skygger som noen ganger opptrer mer som tåke, men som av og til tar form som personer. Skyggene er noe hun er svært redd for, men hun forteller at når hun spiller trommer får hun mer mot og opplever økt kontroll:

"Det er veldig behagelig følelse. Jeg vet ikke helt hvordan jeg skal si det, men det er...det er på en måte...den erstatter...fordi jeg ser for meg en sånn skygge, på en måte. Og så erstatter den... det jeg ser...hvis du skjønner hva jeg mener, da? For eksempel hvis jeg vil hevne meg, ikke sant, så hevner jeg meg ved å se på den skyggen. Ved å spille trommer og sånn, for da føler jeg at jeg har mer kontroll og mer "guts" til å liksom slippe tak i å se den, da. [...] Det er jeg som styrer de, og dem styrer ikke meg."

I terapien er de vonde temaene fra Viktorias liv alltid tilstedeværende, både gjennom sangtekstene, improvisasjonene og samtalene. Samtidig preges møtene av mye latter, glede, kreativitet og gjensidig begeistring for musikken vi lager sammen. Senere i intervjuet forteller Viktoria hvordan hun opplever at musikkterapien tilfører et annet fokus enn mange av de andre behandlingstilnærmingene ved sykehuset:

"Jeg har følt meg veldig frisk når jeg har vært her [i musikkterapien], altså. Selv om jeg har sett ting og sånn. Men jeg har følt meg veldig sånn oppegående og frisk og sånn. Kanskje ikke alltid. Jeg har hatt noen ganger jeg har syntes at det er litt tyngre og sånn, da. Men...at jeg føler meg mye... fordi jeg føler at du fokuserer veldig mye på det å kunne noe, på en måte, og at...du får fram veldig...hvordan skal jeg si det...sånn... du fokuserer ikke bare på sånn...sånn som psykologen min, [hun] må jo gjøre det...fokusere på at man er syk, på en måte. Men du er veldig sånn som får fram det gode i en person, da. Det som er bra, liksom. Det de kan og ressursene deres og sånn. Og det er det ikke alle som gjør, altså. Det har jeg merket veldig mye her [på sykehuset] i hvert fall...at mange har sett på meg som veldig syk, og sånn...Men jeg føler at det her har vært et sånt fristed hvor jeg bare kan...spille trommer og være aggressiv og få det ut skikkelig, liksom."

Viktoria opplever seg altså som frisk og ressurssterk selv om hun på ulike måter tematiserer sine traumer i terapien, både i sangskrivningen, improvisasjonene og samtalene. Vi skal nå ta med oss

7 Intervjuene er noe redigert for å tilpasses formatet til denne teksten. Sensitive opplysninger og språklige formuleringer som kan bidra til å identifisere informantene er skrevet om eller utelatt. Forandringene er gjort med fokus på at meningsinnholdet ikke skal fordreies.

Viktorias erfaringer inn i diskusjonsdelen, der vi skal se nærmere på recovery-tenkningens implikasjoner for musikkterapi.

Diskusjon

I det følgende vil jeg diskutere recovery-perspektivets implikasjoner for meta-perspektiv, forskning og praksis.

Innenfra-perspektiv og utenfra-perspektiv

I recovery-litteraturen kritiseres medisinske praksiser for ikke tilstrekkelig å ta hensyn til innenfra-perspektivet i forskning og praksis [Amering & Schmolke 2009; Slade 2009]. Innenfra-perspektivet kan konkret forstås som brukernes- eller pasientens perspektiv, mens et utenfra-perspektiv refererer til det profesjonelle perspektivet. I det følgende vil jeg imidlertid løfte diskusjonen opp på et metanivå, og se nærmere på hva de to perspektivene innebærer i våre holdninger og relasjoner til pasienter og brukere. For å undersøke dette vil jeg bruke en tekst av den norske filosofen Hans Skjervheim, og diskutere hans tanker i lys av historien om Viktoria.

Skjervheim [2001/1976] hevder at når vi i møtet med et annet menneske bare konstaterer hva den andre sier, eller kun lytter til lydene som ordene lager, blir vi tilskuere i samtalen. Å innta et slikt tilskuerperspektiv er spesielt fristende når vi ikke forstår språket til den andre, eller når det er vanskelig å ta det den andre sier alvorlig. Skjervheim eksemplifiserer med hvordan man ofte reagerer på psykotiske forestillinger, som i vårt tilfelle når Viktoria forteller at hun ser "skygger" i rommet og hører stemmer. I møte med utsagn der det er vanskelig å tro på det personen sier, vil reaksjonen til den som lytter lett være å registrere det faktum at pasienten sier det hun sier, for deretter å innordne utsagnet i en faktisk sammenheng - psykisk lidelse. På den måten kan pasienter som Viktoria bli redusert til et foreliggende faktum, en sak, et psykiatrisk kasus, noe som vi ikke forholder oss deltagende til, men studerer fra tilskuerplass, sier Skjervheim. Jaspers [1963] fokus på form fremfor innhold har bidratt til at psykiatrien tradisjonelt har etterstrebet et slikt utenfra-perspektiv i behandling og forskning.

En objektiviserende innstilling er en angrepsholdning, fortsetter Skjervheim (ibid. s.476). Man angriper den andres frihet ved å gjøre den andre til et faktum, til en ting i sin verden. Jeg tenker at dette resonerer med Viktorias fortelling om møtet med et patologiserende behandlingssyn på sykehuset. Fordi personen og den psykiske lidelsen henger tett sammen, vil et ensidig utenfra-blikk medføre fare for at personen blir tingliggjort og dermed sykeliggjort. Når pasienter oppholder seg på psykiatriske institusjoner over tid, og det er et sterkt fokus på diagnoser, slike som tilfellet var hos Viktoria, vil møtet med profesjonelle hjelpere med et utenfra-perspektiv bidra til å sette personen i en pasientrolle preget av hjelpeløshet, håpløshet og avhengighet [Norvoll 2002].

Skjervheim peker på at når vi som forskere eller praktikere ser våre pasienter i et utenfra-perspektiv, og inntar rollen som tilskuer, fremmedgjør vi de andre og oss selv i forhold til dem. Vi inntar da en væremåte som bryter kommunikasjon og samhörighet [Østerberg 2003]. Skjervheims mente at den som behandler den andre som et objekt, om så i beste hensikt, ikke tar den andre på alvor (ibid). Viktoria opplevde at mange av de som jobbet på sykehuset først og fremst så på henne som syk, som en "psykiatrisk pasient" eller en "schizofren dame". Hun var mye frustrert over dette.

Når man i stedet begynner å lytte til det den andre sier og lar seg engasjere i den andres problem, inntar man en deltakende rolle, sier Skjervheim. Her handler det om å lytte til den påstanden eller meningen den andre uttrykker, diskutere og komme med andre syn, med oppmerksomheten rettet mot saksforholdet. Når man lar seg engasjere i det den andre sier og tar den andre på alvor, blir man et medsubjekt med den andre, i følge Skjervheim. Viktoria fortalte at det var viktig for henne å få anerkjennelse for sine normale og friske sider, ressurser og interesser i musikkterapien. I arbeidet med sangskrivning ønsket hun alltid ærlige og konkrete tilbakemeldinger, selv om det kunne innebære kritikk. Hun ville ikke bli dullet med fordi hun var syk, men ville bli behandlet som en vanlig oppegående person, fortalte hun. Med Skjervheims termer kan vi si hun ønsket seg deltakende, lyttende, diskuterende terapeuter som tok henne og hennes verden på alvor. Hun reagerte svært negativt nå hun opplevde å bli redusert til et objekt, som en diagnose. Funn fra forskning på recovery peker på at det å bli tatt på alvor og oppleve medbestemmelse har stor positiv betydelig innvirkning på egen bedringsprosess (Borg 2007; Wilken 2007).

Skjervheims filosofi belyser hvordan ulike forståelsesformer påvirker vår relasjon og holdning til mennesker med psykiske lidelser. Perspektivene er presentert som to ytre motpoler, men jeg tenker at vi som profesjonelle hjelpere ofte veksler og benytter oss av både ytre og indre perspektiv. Jeg mener i likehet med Skårderud, Haugsgjerd & Stånice (2010) at vi trenger begge perspektiv, som begge kan gi oss verdifull kunnskap. Problemet med utenfra-perspektivet er at for personer med alvorlige psykiske lidelser som er innlagt på sykehus over flere år, kan et slikt perspektiv rett og slett være skadelig (Slade 2009). Når man jobber innenfor en medisinsk institusjon, som mange musikkterapeuter gjør, er det lett å adaptere et overskyggende utenfra-perspektiv slik som de medisinske profesjonene kritiseres for (Bracken & Thomas 2005). Da er en bevissthet omkring hvilket perspektiv man inntar og hvilke antagelser man bygger terapien på av stor betydning. Gjennom å reflektere over hva som skjer med relasjonen mellom oss og de vi skal hjelpe, tror vi lettere kan unngå feilen med å bli tilskuere, og kan invitere pasienter og brukere inn i en genuint deltakende musikkterapi.

Implikasjoner for forskning

I den medisinske tradisjonen er diagnosesystemene selve ryggraden i forskning og praksis i forhold til psykiske lidelser (Skårderud, Haugsgjerd & Stånice 2010). I den fenomenologien som legges til grunn for forståelsen av de ulike lidelsene, får vi derfor fokus på form fremfor innhold. Form vil i Viktorias tilfelle handle om hvordan symptomene utarter seg (som angst, stemmehøring, tilbaketrekking), og hvor omfattende de er i forhold til normal fungering. Innhold handler om hvordan hun selv opplever sin tilværelse med de psykiske helseplagene hun har – hva er meningsaspektet bak angsten og isolasjonen, og hva betyr det stemmene sier? Disse to måtene å tilnærme seg et fenomen gjenspeiles i forskning som to ulike typer kunnskap – nomotetisk og idiografisk. I forhold til tanken om utenfra- og innenfra-perspektiv, fanger disse begrepene noe av det samme. Forskjellen, slik jeg forstår den, er at begrepene nomotetisk og idiografisk i større grad peker på hvordan man praktisk forholder seg til data, mens innenfra- og utenfra-kunnskap fanger en større filosofisk diskusjon om forståelsesformer.

Begrepene nomotetisk og idiografisk kunnskap ble introdusert i psykologien av den tyske filosofen Wilhelm Windelband i 1904 (Windelband 1904, i Salvatore & Valsiner 2010). I dag⁸ brukes begrepet nomotetisk om kunnskap som etableres ved å undersøke et stort antall individer og derfra utlede

8 *I Windelbands opprinnelige teori var de to begrepene ikke tenkt som uforenelige motpoler, men mer som to sider ved alle typer vitenskap [Salvatore & Valsiner 2010].*

generelle trekk. Denne vitenskapstilnærmingen er grunnlaget for diagnosesystemene, og er selve grunnmuren i evidensbasert medisin. En vitenskap som i motsetning søker inngående kunnskap om enkelttilfeller og enkelthendelser, og går inn for å forstå meningsinnhold, kalles *idiografisk*. Her er utgangspunkt at vi mennesker er betydelig forskjellige fra objekter og biologi. Vi har holdninger, vi er aktive agenter i vår verden, vi har en bevissthet, kan ta avgjørelser og kan forandre mening. I et recovery-perspektiv legges det stor vekt på idiografisk kunnskap og innenfra-perspektivet (Slade 2009, s. 49)

Viktoria har en historie med ulike psykiatriske diagnoser. Det som i begynnelsen ble betegnet som en personlighetsforstyrrelse og stemningslidelse, ble senere satt til diagnosen paranoid schizofreni. Viktoria fortalte ofte om hvor forvirret hun ble av denne stadige byttingen av merkelapper på tilstanden sin, og hvordan de hyppige utskiftingene av medikamenter følte ubehagelig på kroppen. Dagen hun fikk schizofrenidiagnosen var en tøff dag i hennes liv. Det virket som hun slet med å tilpasse sin egen identitet til den alvorlige diagnosen.

En diagnose bygd på nomotetisk kunnskap sier lite om pasienten som unik person og subjekt, den sier bare noe om hva dette individet kan ha til felles med andre individ (Ekeland, 2003). Dette henger sammen med at det i et naturvitenskaplig perspektiv er individuelle objekter først og fremst interessante som bærere av generelle egenskaper (Nerheim 1996). Signifikansen av nomotetisk forskning for den enkelte pasient, med sin unike historie og bestemte behandlingssituasjon, blir derfor begrenset. Når Viktoria ble tildelt en schizofrenidiagnose, tok behandlerne utgangspunkt i generelle elementer ved hennes tilstand slik de er beskrevet i diagnosemanualen ICD-10 (2011), som "vrangforestillinger ledsaget av hallusinasjoner" og "forstyrrelser av affekt og vilje". Diagnosemanualene som i dag anvendes (ICD-10 og DSM IV), viser ikke interesse i hvordan Viktorias "skygger" ser ut eller hva de representerer. Enda mindre fanger de positive sider ved hennes psykiske helse eller hva som er hennes sterke sider og interesser. Her finner vi igjen den jasperianske dualismen der lidelsens form får den betydningsfulle oppmerksomhet, mens *innholdet* i blir sett på som mindre viktig (Bracken & Thomas 2005). For Viktoria var innholdet i det hun så, skyggene som av og til tok form av personer, og budskapet stemmene kom med viktig, selv om de var vanskelig å snakke om.

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). Idiografisk kunnskap er her en nødvendig og komplementerende kilde til viten om psykiske lidelser, sammen med nomotetisk "ekspert kunnskap". Ved å gi større plass til kvalitativ forskning på enkeltmenneskers opplevelser av sin psykiske lidelse, og samle tykke beskrivelser av hvordan individuelle bedringsprosesser foregår, vil vi kunne oppnå et mer nyansert bilde av hva lidelsene handler om for den enkelte, og hvordan hjelpeapparatet best kan bidra til å hjelpe de som lider.

Selv om recovery-tradisjonen representerer en kritikk av ensidig biomedisinsk tenkning og et overskyggende fokus på nomotetisk kunnskap, anerkjenner den også biomedisinens bidrag. Slade (2009 s. 139) mener imidlertid det er viktig å se begrensningene ved en evidensbasert praksis og argumenterer for en kombinasjon av en evidensbasert praksis og det han kaller "narrativ-basert praksis". Implikasjoner for musikkterapeutisk forskning vil her være å utforske både kvantitative og kvalitative sider ved musikkterapeutisk praksis. Musikkterapien har de senere årene produsert stadig flere randomiserte kontrollerte studier som fremmer musikkterapien som evidensbasert praksis (Mössler, Chen, Heldal & Gold 2011; Erkkilä et al. 2011; Gold, Solli, Krüger & Lie 2009). Med recovery som stadig mer innflytelsesrikt paradigme, mener jeg det er viktig med en like stor satsning mot å produsere gode kvalitative studier med fokus på brukerperspektiv i årene fremover.

Implikasjoner for praksis

I litteraturen er det uenigheter om hva som konstituerer en recovery-orientert praksis [Le Boutillier et al. 2011; Leamy et al. 2011]. I det følgende vil jeg ta utgangspunkt ett forsøk på å konstituere en slik praksis, hentet fra i boka *A practical guide to recovery-oriented practice* [Davidson, et al 2009]. Jeg har her valgt å belyse fire av ti beskrevne punkter⁹, valgt ut etter hva jeg vurderer er mest relevant for musikkterapien, og med hensyn til plass.

[a] *Praksisen skal være orientert mot å fremme recovery.* I dette legges det at praksis må være rettet mot å fremme de faktorene som i bruker-orientert forskning kommer fram som viktig for personlige bedringsprosesser. Slike faktorer inkluderer blant annet å fremme håp og en fornyet mening i livet, styrke identitetsfølelse, empowerment, utvikle verdifulle sosiale roller og fremme tilknytning til samfunnet [Davidson et al. 2009; Leamy et al. 2011]. I musikkterapien med Viktoria var alle disse faktorene implisitte målsettinger. Viktoria gav utrykk for at musikkterapien hadde gitt henne håp for fremtiden og fornyet mening med livet. Først og fremst handlet det om at hun gjennom å holde på med musikk fikk fornyet tro på seg selv og sine evner. I tillegg var sangskrivning, trommespilling, opp-tredener og utgivelse av CD-er trolig med på å styrke hennes identitet som medborger og musiker. Her inntok hun en sosialt inkludert og - inkluderende rolle som en person med kompetanse og talent som hadde noe viktig å fortelle andre. I arbeidet med utgivelse av CD hadde Viktoria rolle som både produsent, tekniker, musiker og art designer. Her tok hun i stor grad kontroll over prosessen og bestemte selv hva hun ønsket å gjøre. En slik aktiv medbestemmelse kan knyttes til empowerment-tenkningen. En annen opplevelsen av å ha makt ser vi i måten Viktoria fortalte at hun styrte over "skyggene" når hun spilte trommer. Til sist så vi at musikkterapien bidro til hjelpe henne inn i en sosial verdsatt rolle, både når hun kunne vise sine nyinnspilte CD-er for venner, familie, medpasienter og personale, og når hun på årstidsfestene fikk mulighet til å fremføre sine sanger for et publikum.

[b] *Praksisen skal være ressursorientert.* I dette ligger det at praksisen i mindre grad skal fokusere på feil, mangler og symptomer, da en slik tilnærming nærer opplevelsen av håpløshet og fortvilelse hos mange personer med alvorlige psykiske lidelser. Fokuset må i større grad være på personens sameksisterende områder av god helse, kompetanse og ulike ressurser [Davidson et al. 2009]. I musikkterapi med Viktoria var hennes sterke sider og interesser selve utgangspunktet for musikkterapien. I sangskrivning og innspillingen av sanger fikk hun brukt personlige ressurser som kreativiteten, skrivekunsten og sangstemmen. Gjennom plateinnspilling og konserter fikk hun pleiet sine sosiale relasjoner – som familie, venner og bekjente. Slike ytre ressurser vil kunne hjelpe henne å leve et godt liv ute i samfunnet etter utskrivelsen, og vil derfor være et viktig mål for en musikkterapi orientert mot recovery.

Her må det presiseres at selv om terapien fokuserer på ressurser, betyr det ikke at problemområder skal unngås. I improvisasjonene med Viktoria, handlet det ofte om vonde tanker og minner som plaget henne. Hun opplevde å konfrontere både "skygger" og stemmer i den improviserte musikk. Rolvsjord [2010] skriver at styrker og svakheter, ressurser og problemer må være naturlig deler av en terapiprosess og skal regnes som samhandlende mer enn separate deler [s.177]. I tråd med Rolvsjord opplevde jeg at Viktorias mot til å jobbe med de vanskelige temaene nettopp sprang ut av at terapien hadde et sterkt fokus på hennes sterke sider og potensialer. Gjennom en trygghet på egen musikalitet, skaperevne og person, fikk hun mer kontroll og mer "guts" til å konfrontere skyggene i livet sitt, og omsider komme fram til erkjennelsen av at "det er jeg som styrer de, og dem styrer ikke meg" [Viktoria].

9 De andre punktene er at praksisen/omsorgen: [5] tillater gjensidighet i relasjoner, [6] er kultursensitiv, [7] er tuftet på personens livskontekst, [8] adresserer den sosioøkonomiske konteksten i personens liv, [9] er basert på relasjoner og [10] optimaliserer naturlig støtte.

[c] *Praksisen skal være samfunns-fokusert.* I samsvar med desentraliseringen av psykiske helsetjenester, skal dagens psykiske helsetilbud i størst mulig grad tilbys utenfor sykehus og i nærheten av brukerens naturlige miljø. Lokale tilbud skal bidra til at brukeren lettere utvikler borger-skap og verdifulle roller i lokalsamfunnet [Davidson et al. 2009]. I eksempelet med Viktoria foregikk terapien inne på en lukket sykehusavdeling. Jeg mener det er gode grunner til å fortsette å bygge ut gode musikkterapitilbud inne på institusjoner. Forskning viser at musikkterapi blant annet bidrar til å redusere negative symptomer som tilbaketrekning, affektavflatning og mangel av motivasjon [Gold et al. 2009]. Musikkterapi gir også de dårligste pasientene muligheter for meningsfullt samspill og positive opplevelser [Solli 2008]. Denne forskningen har bidratt til at de kommende norske nasjonale retningslinjene for utredning, behandling og oppfølging av psykoselidelser kommer til å inkludere musikkterapi som anbefalt behandlingsform i Norge [Helsedirektoratet 2012].

Jeg ser imidlertid et sterkt behov for å få tilsatt flere musikkterapeuter ute i lokalsamfunnet. Ved utskrivelsen var Viktoria svært frustrert over at musikkterapitilbudet hennes nå ville ta slutt. Hun skulle så gjerne hatt et sted hun kunne fortsatt å jobbe med musikken sin, der hun kunne spilt inn musikk i studio, opptrådt på konserter, truffet folk, knyttet kontakter og bygget sitt sosialt nettverk. I Norge finnes det enkelte kommunale musikktilbud, men min erfaring er at de sjeldent er tilpasset personer med alvorlige psykiske lidelser. Implikasjoner for en recovery-orientert musikkterapi praksis vil derfor bety at musikkterapeuter i de kommende årene må jobbe for å få flere stillinger ute i kommuner og bydeler.

[d] *Praksisen skal være person-dreven.* Hos Davidson [et al. 2009] handler det om å la brukeren være aktivt med å utforme behandlingstilbudet. I musikkterapeutisk praksis tenker jeg dette handler både om å skape en likeverdighet i relasjonen mellom pasient og terapeut, og å la pasienten være med på å utforme innholdet i terapien. Viktoria og jeg hadde regelmessig samtaler om hva innholdet i musikkterapien skulle være. I begynnelsen virket hun noe uvant med denne aktive rollen, men etter hvert som hun ble kjent med arbeidsformen ble hun stadig mer deltakende. Rolvsvjord [2010] argumenterer for en relasjon mellom pasient og terapeut som er preget av samarbeid. Der begge parter er aktivt med både i utredningsprosessen, utarbeidelse av målsettinger for terapien og i å finne veier for å jobbe med problemløsning og utvikling. Hun hevder at et slikt samarbeid bygger opp under gjensidig empowerment. Her må man selvfølgelig ta hensyn til hvilken fase en pasient befinner seg i. Personer som er i en akutt psykotisk fase eller er alvorlig deprimert vil ha mindre forutsetninger for å være aktiv i å ta avgjørelser om eget liv og egen terapi. I situasjoner, der en pasienten er til fare for andre eller seg selv, er profesjonelle helsearbeiderne pålagt å ta over ansvaret, og i ytterste konsekvens å bruke tvang. Så snart personen er utenfor disse ekstremtilstandene, er det imidlertid viktig at de får tilbake autonomien og kontrollen så raskt som mulig [Nordvoll 2002]. Min erfaring er at de fleste pasienter med alvorlige psykiske lidelser er kompetente til å bidra i utforming av musikkterapien, og at denne medbestemmelsen er noe som både fremmer en gjensidig god terapeutisk relasjon og bidrar til bedring hos pasientene [Solli, 2008]. Kanskje reflekteres noe av denne medbestemmelsen når Viktoria i et av intervjuene uttaler følgende:

”Jeg føler at jeg har blitt en annen person etter at jeg har hatt disse timene her. Fordi det er...jeg føler at jeg har blitt mer sånn...Før jeg var litt sånn tilbaketrukket og sånn...og jeg var kanskje ikke så med... og sånn. Men jeg føler at etter disse timene har jeg følt at jeg virkelig har fått mer guts inni meg. Jeg skriver helt andre tekster og jeg gjør helt andre ting.”

Vi ser her at Viktoria opplever at hun har utviklet seg fra å være mer tilbaketrukket til å bli mer aktiv. Min forståelse er at hun (blant annet) i musikkterapien har møtt en praksis som har invitert henne inn i en deltakende og aktiv rolle. En recovery-orientert praksis impliserer en streben etter en slik deltakende og gjensidig arbeidsform, der pasienten kommer i førersetet i eget liv.

Avslutning

Vi har nå sett på nærmere på recovery som perspektiv på psykiske lidelser og psykisk helsearbeid. Forskning på recovery fremmer en kritikk av en ensidig medisinsk forståelse og av smale kunnskapsregimer. Når visjonen i stadig flere land er å ha et recovery-orientert helsevesen, betyr det at psykiske helsetjenester i langt større grad enn i dag må sette relasjon, mening, innhold og kontekst i forgrunnen. En betydelig mengde forskning tyder på at behandlingstilnærminger og -tilbud som glemmer disse aspektene kan skade pasienter og brukere mer enn de gagnar (Bracken & Thomas 2005; Slade 2009).

Implikasjoner for musikkterapien innebærer å inkludere og styrke fokuset på innenfra-perspektivet som et sentralt perspektiv i kunnskapsbygging og praksis. I forhold til forskning gir recovery-perspektivet en påminnelse om at verdien av idiografisk kunnskap er spesielt stor fordi psykiske lidelser i så stor grad er en individuell prosess. Vi har også sett at recovery-perspektivets implikasjoner for musikkterapeutisk praksis handler om at musikkterapien i større grad må ha recovery som målsetting, fokusere på ressurser, være samfunns-fokusert og være persondreven.

Odell-Millers (2007) litteraturstudie, som jeg omtalte innledningsvis, fant at nesten all musikkterapi i psykiatrisk praksis frem til 2004 var basert på diagnosespesifikke intervensjoner. Funnet kan tolkes på i hvert fall to måter. En tolkning er at den medisinske modellen representerer en forståelse som foretrekkes av mange musikkterapeuter fordi den best innrammer hva musikkterapi kan utrette for personer med alvorlige psykiske lidelser. En annen fortolkning er at mange musikkterapeuter har tilpasset seg den medisinske diskursen for å få innpass på psykiatriske institusjoner, og for å kunne kommunisere med psykiatere, psykologer og annet helsepersonell. Odell-Miller støtter selv den siste fortolkningen:

“[...] the reality is that many patients only access services within the medical psychiatric setting, and therefore is it argued that music therapists need to provide therapy that is rigorously informed and appropriately formulated within that context, whilst maintaining a holistic approach to the person and their needs” [Odell-Miller 2007, s. 104].

Kan det være slik Odell-Miller her indikerer, at mange musikkterapeuter har adaptert en medisinsk diskurs for å få innpass på psykiatriske institusjoner uten egentlig å stå inne for hele det medisinske perspektivet? Jeg kan i hvert fall selv kjenne meg igjen i en slik virkelighetsbeskrivelse. I min mangeårige jobb som musikkterapeut på en psykiatrisk avdeling har jeg daglig forholdt meg til diagnosekriteriene fra ICD-10, og jeg har ofte rapportert om musikkterapiens virkning på symptomer og funksjonsnivå i behandlingsmøtene. Nede på musikkterapirommet har jeg derimot svært sjelden jobbet med diagnosespesifikke intervensjoner og teknikker, men i stedet fokusert musikkterapien rundt musikalske møter med meningsfullt og deltakende samspill i fokus. På den måten opplever jeg at disse to verdenene, den medisinske og den musikalske, ikke passer helt godt sammen.

I denne artikkelen har jeg belyst de problematiske sidene ved å prøve å kombinere likeverdighet og samarbeid i den terapeutiske relasjonen med bruk av diagnosespesifikke intervensjoner. Vi har sett at det kan være vanskelig å møte pasientens innenfra-perspektiv og å sette seg selv i en deltakerrolle når man jobber i en kontekst som er så tungt basert på et utenfra-perspektiv. Fra historien om Viktoria så vi også hvor vanskelig det kan være å jobbe med å fremme ressurser og håp, og samtidig tilhøre et medisinsk paradigme som i så stor grad fokuserer på feil og mangler. På bakgrunn av dette mener jeg at en medisinsk diskurs er begrensende som rasjonale for musikkterapeutisk praksis. Musikkterapien rommer så mye mer enn det å lindre symptomer og bedre funksjon, og sett fra et recovery-perspektiv: noe mye viktigere. Som vi så i fortellingen om Viktoria, kan musikkterapien brukes av personen selv som en kilde til bedring, gjennom å tilrettelegge for prosesser som fremmer aspekter som normalitet, sosial inklusjon, mestring, håp og glede.

Med recovery som stadig mer utbredt visjon og målsetting for psykisk helsearbeid, er det mulig å legitimere musikkterapi i psykisk helsearbeid på en annen måte enn det medisinske. I lys av dagens utvikling mot et mer recovery-orienterte helsevesen og recovery-fokuserte helsetjenester tror jeg en musikkterapi som fremhever de humanistiske, ressursorienterte og samfunnsorienterte aspektene vil være en fruktbar vei mot å bli inkludert i helsevesenets kjerneytelser og sikre flere arbeidsplasser [Bonde, Hannibal & Pedersen 2012]. Når Leamy [et al. 2011] konstaterer at det å fremme recovery handler om å fremme tilhørighet, håp, fremtidsoptimisme, identitet, mening og empowerment, så tenker jeg at dette ligger svært tett opp til mange musikkterapeuters allerede eksisterende praksis. Når verdens helseorganisasjon [WHO 2005 s. 137] etterspør "more comprehensive clinical approaches that focus on a person's positive health, strengths, capabilities and efforts towards recovery", tenker jeg derfor at musikkterapien burde gi seg til kjenne som en tilnærming som kan bidra til en mer recovery-orientert praksis i psykisk helsearbeid. En måte å gi seg til kjenne er gjennom å gjøre kvalitative undersøkelser av pasienters og brukeres egne erfaringer med musikkterapi. Slike studier finnes det svært få av [Aigen 2008a; 2008b]. I min pågående PhD-studie, *A Qualitative Study of Psychotic Patients' Experiences with Music Therapy*, intervjuer jeg ni pasienter om deres erfaringer med musikkterapi. En slik studie vil kunne bidra med en type "narrativ evidens" (jfr. Slade 2009) som sammen med kvantitative effektstudier vil kunne bidra til å styrke musikkterapiens posisjon i et (forhåpentlig vis) stadig mer recovery-orientert helsevesen i årene som kommer.

Litteratur

- Aigen, K. [2008a]. An analysis of qualitative music therapy research reports 1987-2006: Articles and book chapters. *The Arts in Psychotherapy* 35(4), 251-261.
- Aigen, K. [2008b]. An analysis of qualitative music therapy research reports 1987-2006: Doctoral studies. *The Arts in Psychotherapy*, 35(5), 307-319.
- Amering, M. & Schmolke, M. [2009]. Recovery in mental health. *Reshaping scientific and clinical responsibilities*. Singapore: Wiley-Blackwell.
- Andrews, G., Slade, T. & Peters, L. [1999]. Classification in psychiatry: ICD-10 versus DSM-IV. *The British Journal of Psychiatry*, 174, 3-5.
- Ansdell, G. [2002]. Community Music Therapy & The Winds of Change. A Discussion Paper. *Voices.no*, 2 [2]. Hentet fra: <https://normt.uib.no/index.php/voices/article/view-Article/83/65> [Lest: 01.10.2011]
- Anthony, W.A. [1993]. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Bentall, R.P. [2004]. *Madness explained. Psychosis and Human Nature*. Penguin books: London.
- Bonde, L.O., Hannibal, N. & Pedersen I.N [2012]. Musikterapi i psykiatrien – Klinisk praksis, forskning og formidling. *Musikterapi i psykiatrien online*, 7 [1], 1-20.

Borg, M. (2007). *The nature of recovery as lived in everyday life: perspectives of individuals recovering from severe mental illness*. Ph.d. thesis. Trondheim: NTNU.

Borg, M. & Kristiansen, K. (2008). Working on the edge. Everyday life research from Norway on the meaning of work for people recovering in psychosis. *Disability & Society*, 23(5), 511-523.

Borg, M. & Karlsson, B. (2011). Recovery – og hva så. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 8(4), 314-323.

Borg, M. & Topor, A. (2003). *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget.

Borg, M., Jensen, P., Topor, A. & Andersen, J.W. (2011). Recovery med nordisk blikk. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, (8) 4, 290-292.

Bøe, T.D. & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Bracken, P. & Thomas, P. (2005). *Postpsychiatry. Mental health in a postmodern world*. New York: Oxford University Press.

Boutillier, C.L., Leamy, M., Bird, V.J., Davidson, L., Williams, J., Slade, M. (2011). What Does Recovery Mean in Practice? A Qualitative Analysis of International Recovery-Oriented Practice Guidance. *Psychiatric services*, 62(12), 1470-1476.

Cassity, M.D. & Cassity, J.E. (2006). *Multimodal Psychiatric Music Therapy for Adults, Adolescents and Children: A Clinical Manual*. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Chhina, C. (2004). Music therapy and psychosocial rehabilitation: Towards a person-centered music therapy model. *Canadian Journal of Music Therapy* 11 (1), 8-30.

Davidson, L. (2003). *Living outside mental illness. Qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New York and London: New York University Press.

Davidson, L. & Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 16(4), 459 – 470.

Davidson, L., Tondora, J., Lawless, M.S., O'Connell, M.J. & Rowe, M. (2009). *A practical guide to recovery-oriented practice. Tools for transforming mental health care*. New York: Oxford University press.

Deegan, P.E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 11, 11-19.

Deegan, P.E. (1993). Recovering our sense of value after being labeled. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 3(4), 7-11.

DSM-IV [1994]. *Diagnostic criteria from DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association

Ekeland, T. J [2003]. Ein diagnose av psykiatridiagnoser. *Impuls* nr 1.

Erkkilä, J., Punkanen, M., Fachner, J., Ala-Ruona, E., Pöntiö, I., Tervaniemi, M., Vanhala, M. & Gold, C. [2011]. Individual music therapy for depression: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 199, 132-139.

Fakhoury, W. & Priebe, S. [2002]. The process of deinstitutionalization: an international Overview. *Current Opinion in Psychiatry*, 15, 187-192.

Fakhoury, W. & Priebe, S. [2007] Deinstitutionalization and reinstitutionalization: major changes in the provision of mental healthcare. *Psychiatry*, 6, 313-316.

Friedli, L. [2009]. *Mental health, resilience and inequalities*. A report by World health organization, Europe.

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.

Grocke, D., Bloch, S. & Castle, D. [2008] Is there a role for music therapy in the care of the severely mentally ill? *Australasian Psychiatry*, 16 [6], 442-445.

Helsedirektoratet [2012]. *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av psykoselidelser*. Avdeling Psykisk helsevern og rus. IS-1957.

ICD-10. [2011]. Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. Hentet fra www.kith.no/sokeverktoy/icd10/icd10.htm. [Lest: 12.11.2011].

Jaspers, K. [1963]. *General psychopathology* [Trans. J. Hoenig & M.W. Hamilton]. Manchester: Manchester University Press.

Jensen, B. [2008]. Musikkterapi i sosialpsykiatrien i Århus – musikkterapeuten som socialarbeider. I U. Holck [red] *Musikkterapi i psykiatrien*. Årsskrift 5. Musikkterapiklinikken, Aalborg psykiatriske sykehus og Aalborg universitet.

Jensen, P. [2006]. *En helt anden hjælp: Recovery i bruger- og pårørendeperspektiv*. København: Akademisk forlag.

Kooij, C.V. [2009]. Recovery themes in songs written by adults living with serious mental illnesses. *Canadian Journal of Music Therapy*, 15[1], 37.

Kringlen, E. [2001]. *Psykiatriens samtidshistorie*. Otta: Universitetsforlaget.

Kringlen, E. [2007]. *Norsk psykiatri gjennom tidene*. Skien: N.W Damm & Søn AS.

Laugharne, R. [1999]. Evidence-based medicine, user involvement and the post-modern paradigm. *Psychiatric Bulletin*, 23, 641.

Lauveng, A. [2006]. *I morgen var jeg alltid en løve*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag.

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., Slade, M.A. [2011]. A conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199, 445-452.

Liberman, R.P. & Kopelowic, A. [2002]. Recovery from schizophrenia: a challenge for the 21st century. *International Review of Psychiatry*, 14, 245-25.

Ludviksen, K. [2002]. Forståelse og praksis knyttet til psykiske lidelser 1850-1920. I R. Norvoll [red], *Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon*. Gjøvik: Gyldendal akademisk.

McCaffrey, T., Edwards, J. & Fannon, D. [2011]. Is there a role for music therapy in the recovery approach in mental health? *The Arts in Psychotherapy*. 38, 185- 189.

Mössler, K., Chen, X., Heldal, T.O. & Gold, C. [2012]. Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 12. Art. No.: CD004025. DOI:10.1002/14651858.CD004025.pub3.

Nerheim, H. [1996]. *Vitenskap og kommunikasjon. Paradigmer, modeller og kommunikative strategier i helsefagenes vitenskapsteori*. Oslo: Universitetsforlaget.

Norvoll, R. [2002]. Makt og sosial kontroll innenfor psykisk helsevern. I: R. Norvoll [red] *Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon*. Oslo: Gyldendal akademiske forlag.

Odell-Miller, H. [2007]. *The practice of music therapy for adults with mental health problems: The relationship between diagnosis and clinical method*. Unpublished doctoral thesis. Aalborg university, Aalborg.

Onken, S.J., Craig, C.M., Ridgway, P., Ralph, R.O., & Cook, J.A. [2007]. An Analysis of the Definitions and Elements of Recovery: A Review of the Literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31, 9-22.

Petersen, K. [2010]. Recovery i sosialpsykiatrien – paradigmeskifte eller blot en trend? *Udenfor Nummer*, [21] 32-39. Dansk Socialrådgiverforening.

Rolvjord, R. [2004]. Therapy as Empowerment. Clinical and Political Implications of Empowerment Philosophy in Mental Health Practises of Music Therapy. *Nordic Journal of Music Therapy* 13(2), 99-111.

- Rolvjord, R. [2010]. *Resource-oriented music therapy in mental health care*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Rose, D. [2008]. Madness strikes back. *Journal of Community & Applied Social Psychology* 18, 638–644.
- Read, J. & Reynolds, J. [1996]. *Speaking our minds. An Anthology*. London: Macmillian.
- Ruud, E [1990]. *Musikk som kommunikasjon og samhandling*. Oslo: Solum forlag.
- Ruud, E. [2010]. *Music Therapy: A Perspective from the Humanities*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers
- Salvatore, S. & Valsiner, J. [2010]. Between the General and the Unique: Overcoming the Nomothetic versus Idiographic Opposition. *Theory Psychology*, 20, 817–833.
- Simonsen, E. [1999] Diagnostikk og klassifikasjon av psykiske lidelser. I J. Cullberg, *Dynamisk psykiatri*. Otta: Tano Aschehoug.
- Skjervheim [1976/2001]. *Deltakar og tilskodar*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stånice, E. [2010] *Psykiatriboken. Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Slade, M. [2009]. *Personal recovery and mental illness*. New York: Cambridge University Press.
- Slade, M., Adams, N. & O’Hagan, M. [2012]. Recovery: past progress and future challenges. *International Review of Psychiatry*; 24[1], 1–4.
- 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. [2009]. Musikkterapi som integrert del av standard behandling i psykisk helsevern. I E.Ruud (red.) *Musikkterapi i psykisk helsearbeid for barn og unge*. Skriftserie fra Senter for musikk og helse. Oslo: Norges musikkhøgskole.
- Solli, H.P. & Rolvjord, R. [2008]. Musikkterapi som behandlingstilbud for pasienter med psykose. *Musikkterapi*, nr 3, 8–16.
- Stige [1999]. The meaning of music - from a client's perspective. I T. Wigram & J. DeBacker [red] *Clinical applications of musictherapy in psychiatry*, s. 61–83. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Stige [2002]. *Culture-Centered Music Therapy*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.

Stige, B., Ansdell, G., Elefant, C. & Pavlicevic, M. [2010]. *Where Music Helps: Community Music Therapy in Action and Reflection*. Aldershot: Ashgate Publishers.

Stige, B. & Aarø, L.E. [2012]. *Invitation to Community Music Therapy*. New York: Routledge.

St.prp 63 [1997-1998]. *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Taylor, D. [1997]. *Biomedical foundations of music as therapy*. St. Louis: MMB Music.

Topor, A. [2006]. *Hva hjelper? Veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer*. Oslo: Kommuneforlaget.

Torgalsbøen, A.K. [2005] "Jeg jobber i psykiatrien". *Impuls*, 3.

Thorgaard, L. [2007]. *Relasjonsbehandling i psykiatrien, bind IV*. Individuell mestring og mestring i relasjon. Stavanger: Hertervig forlag.

Unkefer, R.F. & Thaut, M.H. [2005]. *Music Therapy in the Treatment of Adults with Mental Disorders: Theoretical Bases and Clinical Interventions*. Gilsum: Barcelona Publishers.

Wampold, B.E. [2001]. *The Great Psychotherapy Debate*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Wilken, J.P. [2007]. Understanding Recovery from Psychosis: A Growing Body of Knowledge. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44 [5], 658-666.

WHO [2005]. *Promoting Mental Health, Concepts; Emerging Evidence Practice*. A Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and The University of Melbourne. Eds: H. Herrman, S. Saxena & R. Moodie.

Østerberg, D. [2003]. Skjervheim og kritikken av objektivismen. Skjervheim-forelesning 1997. *Sosiologisk årbok 2003*.1:105-124. Oslo: Novus forlag.