



VOL. 7 NR. 2
DECEMBER 2012

MUSIKTERAPI I PSYKIATRIEN

- Klinisk praksis, forskning og formidling.

Tidsskrift: Musikterapi i psykiatrien Online

Ansvarshavende redaktører:

Professor Lars Ole Bonde, Musikterapi, Institut for Kommunikation, Aalborg Universitet

Lektor Niels Hannibal, Musikterapi, Institut for Kommunikation, Aalborg Universitet

Lektor Randi Rolvsjord, Griegakademiet – Institutt for musikk, Universitetet i Bergen

© forfatterne 2012

ISBN: 978-87-7112-033-2

ISSN: 2245-3342

URL: <http://journals.aau.dk/index.php/MIPO/index>

Udgivet af:

Aalborg Universitetsforlag

Skjernvej 4A, 2. sal 9220 Aalborg Ø

T 99407140 F 96350076

aauf@forlag.aau.dk

www.forlag.aau.dk

INDHOLDSFORTEGNELSE

Indholdsfortegnelse MIPO Vol. 7[2] - December 2012

Leder	Side 22
Hans Petter Solli: Med pasienten i førerretet – Recovery-perspektivets implikasjoner for musikkterapi i psykisk helsearbeid.	Side 23
Lars Ole Bonde & Inge Nygaard Pedersen: Musiklytning og indre billeder. Receptiv gruppemusikterapi med ambulante psykiatriske patienter.	Side 45
Niels Hannibal, Inge Nygaard Pedersen, Lars Ole Bonde, Lars Rye Bertelsen, Charlotte Dammeyer & Helle Nystrup Lund: Manual for procesorienteret musikterapi med personer med BPD.	Side 64
Nystrup Lund: "My battle of life" – Musikterapi med brug af sangskrivning, rap-performance og kognitive metoder.	Side 81

MIPO ER NU ET SKANDINAVISK TIDSSKRIFT

Redaktionen bag tidsskriftet Musikterapi i psykiatrien Online [MIPO] kan hermed byde velkommen til det andet nummer i tidsskriftets elektroniske æra.

Vi skrev i det allerførste forord: "MIPO har til formål at være et væsentligt dansk og skandinavisk forum for formidling af forskning og klinisk praksis inden for musikterapi i psykiatrien." – I det snart udrundne år er det lykkedes at etablere faste aftaler med kolleger i både Norge og Sverige. Den norske forbindelse ses i dette nummer af, at Randi Rolvsjord fra musikterapiforskningsmiljøet i Bergen er indtrådt i redaktionen, og at MIPO 7[2] præsenterer en norsk artikel. Den svenske forbindelse kommer vi til at se mere til i 2013. Den erfarne musikterapeut Gabriella Rudstam har sagt ja til at indtræde i redaktionen, som hermed tæller to danskere, en nordmand og en svensker. Det lover godt for formidlingen af forskning i musikterapi i psykiatrien på dansk, norsk og svensk!

MIPO præsenterer denne gang fire originale, peer-reviewede artikler, som tilsammen viser bredden i det nordiske musikterapeutiske arbejde. Flere af artiklerne er baseret på oplæg holdt på 7. nordiske musikterapikonference i Jyväskylä, Finland, i juni.

Hans Petter Solli giver en grundig indføring i recovery-begrebets relation til psykisk helsearbejde og diskuterer dets relevans for og implikationer for musikterapi i psykiatrien (eller som det hedder på norsk: psykisk helsevern).

Lars Ole Bonde og Inge Nygaard Pedersen rapporterer fra et klinisk udviklingsprojekt med ambulante psykiatriske patienter i receptiv gruppemusikterapi.

Niels Hannibal og kolleger på Musikterapiklinikken præsenterer en ny manual for musikterapi med mennesker, der lider af en personlighedsforstyrrelse.

Endelig skriver Helle Nystrup Lund med udgangspunkt i en konkret case om mulighederne i kombinationen af dynamisk musikterapi og kognitiv terapi.

Fra og med dette nummer findes MIPO på Aalborg Universitetsbiblioteks tidsskriftserver. Adressen er <http://journals.aau.dk/index.php/MIPO/index>

Vi glæder os til samarbejdet med AUB og siger tak til Statsbiblioteket i Århus for at have huset MIPO det første år.

God læselyst!
Redaktionen

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 "*återhåmning*" [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 persondriven. 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, Elephant & 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 uttrykk 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 borgerskap 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, optrådt 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 psykose lidelser*. 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 applicatons 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.

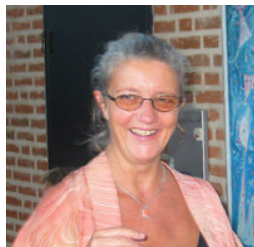
Østerberg, D. [2003]. Skjervheim og kritikken av objektivismen. Skjervheim-forelesning 1997. *Sosiologisk årbok 2003*.1:105-124. Oslo: Novus forlag.

MUSIKLYTNING OG INDRE BILLEDER

– Receptiv gruppemusikterapi med ambulante psykiatriske patienter¹

“Et pilotprojekt på Musikterapiklinikken APS tyder på, at det gennem receptiv gruppemusikterapi – lytning til udvalgt klassisk musik og oplevelsen af indre forestillingsbilleder under musiklytningen – er muligt at reducere ambulante psykiatriske patienters sociale angst, styrke deres identitetsfølelse og selvværd, og deres evne til at opleve ro og fokuseret opmærksomhed.”

Lars Ole Bonde og Inge Nygaard Pedersen



LARS OLE BONDE: Professor i musikterapi ved AAU. Professor II ved Senter for musikk og helse, Norges Musikkhøgskole. GIM-terapeut, -træner og supervisor. Talrige publikationer om musikterapi, musikpsykologi, musikpædagogik og musikdramatik.
INGE NYGAARD PEDERSEN: Professor MSO i musikterapi ved AAU. Leder af Musikterapiklinikken Aalborg psykiatiske sygehus / Aalborg Universitet. Godkendt Supervisor. Talrige publikationer om musikterapi.

Resume

Kan lytning og indre billeddannelse til udvalgt klassisk musik være en effektiv gruppeterapiform for ambulante psykiatriske patienter? Med henblik på at besvare dette spørgsmål deltog 12 ambulante patienter i årene 2008-10 i et pilotprojekt med i alt 8 gruppeforløb (2-4 deltagere per gruppe; enkeltpersoner kunne deltage i flere grupper), og i denne artikel gøres der status over forløbet og resultaterne. Først præsenteres baggrunden for og tilrettelæggelsen af det receptive musikterapiforløb, og den særligt udvalgte musik karakteriseres og begrundes. Derefter fokuseres der på en enkelt gruppe til illustration af fremgangsmåder og resultater. Endelige diskuteres resultaterne af pilotprojektet i et bredere perspektiv. – Denne artikel er anden del af rapporteringen fra det kliniske pilotprojekt “Musiklytning og indre billeder”. Første del stod i Musikterapi i psykiatrien. Årsskrift 2011 og handlede om assessment-delen af projektet.

¹ Denne artikel er en stærkt udvidet og bearbejdet version af Lars Ole Bondes keynote på 10th European GIM Conference, Vadstena [Sverige] i september 2012.

Indledning

Pilotprojektet ”Musiklytning og indre billeder som gruppeterapi for ambulante psykiatriske patienter” blev gennemført på Musikterapi-klinikken APS fra 2008 til 2010. Formålet var at undersøge, om og i givet fald hvordan arbejde med musiklytning og indre forestillingsbilleder i små grupper kunne hjælpe ambulante psykiatriske patienter i deres rehabiliteringsproces. Pilotprojektet stræbte efter svar på følgende spørgsmål :

- Kan receptiv musikterapi med elementerne forsamtale, fokus, induktion, musiklytning, tegning og verbal bearbejdning være en relevant behandlingsform for ambulante psykiatriske patienter med social angst?
- Kan udvalgt klassisk musik med en blandet støttende/udfordrende intensitetsprofil fremkalde relevante indre forestillingsbilleder hos ambulante psykiatriske patienter, og kan psykoterapeutisk dialog i gruppe anvendes til at bearbejde disse oplevelser på en meningsfuld måde?
- Kan et udvalgt stykke klassisk musik med en blandet støttende/udfordrende intensitetsprofil bruges til assessment af potentielle deltagere i ”Musiklytning og indre billeder som gruppeterapi for ambulante psykiatriske patienter”?

Spørgsmålet vedrørende assessment blev besvaret bekræftende i en separat artikel, 1. del af rapporteringen fra dette pilotprojekt [Bonde 2011]. I denne artikel skal der fokuseres på de to andre spørgsmål. Artiklen er bygget sådan op, at den indledningsvis kort beskriver den anvendte musikterapeutiske metode og dens kliniske og teoretiske baggrund. Derefter præsenteres og analyseres det kliniske materiale med udvalgte eksempler til illustration. Der fokuseres på én gruppe, én session og én deltager. Artiklen afsluttes med en diskussion af projektets resultater og overvejelser i forhold til videreførelse af denne type musikterapi i psykiatrien.

Receptiv gruppemusikterapi: Musiklytning og indre billeder

Receptiv gruppemusikterapi er mange ting [Grocke & Wigram 2007], og også med psykiatriske patienter i Danmark kan der tales om mindst fem forskellige typer eller formater, som kortlagt af Lund & Fønsbo [2011]. Elementerne, der kan sammensættes på forskellige måder er [1] musik [patientvalgt og eller terapeutvalgt], [2] samtale, [3] afspænding, [4] tegning, [5] indre forestillingsbilleder og [6] improvisation [en mulig videreførelse af processen i aktiv musicering]. Det særlige ved den metode, som beskrives her, er at der anvendes *terapeutvalgt klassisk musik* som afsæt for en lyttemåde, der lægger op til at deltagerne [patienterne] via en afspænding og et fælles fokus danner indre billeder mens musikken spiller. Efter musiklytningen tegner patienterne, og oplevelserne bearbejdes afslutningsvis verbalt. ”Indre billeder” (eng. Imagery) dækker over indtryk sanset med alle de indre sanser, dvs. ikke kun visuelle men også auditive, olfaktoriske, gustatoriske, sensorisk-kinæstetiske indtryk og kropsfornemmelser samt følelser og erindringsbilleder.

Metoden har sit udspring i den individuelle receptive musikterapi metode The Bonny Method of Guided Imagery and Music [GIM] [Bonny 2002], og dette specifikke gruppeformat kaldes i GIM-terminologien *Group music and imagery* [GrpMI] [Summer 2002; Grocke & Wigram 2007]. I dette projekt var der normalt både en mandlig og kvindelig terapeut til stede [hhv. Lars Ole Bonde og Inge Nygaard Pedersen]. Sessionerne varede halvanden time med en fast struktur i 5 dele:

1. En samtaleled [45-60 minutter], afsluttende med formuleringen af et fælles fokus. Dette fokus danner via et metaforisk udtryk udgangspunkt for valget af musik, og terapeuten vælger klassisk musik med en blandet intensitets-profil fra GIM-repertoiret [forklares nærmere nedenfor].
2. Induktion [kort afspænding, siddende eller liggende efter pt.s valg], 3-5 minutter.
3. Musiklytning [4-12 minutter].
4. Mandala-tegning [7-8 minutter].
5. Afsluttende samtale med udgangspunkt i mandalaerne [10-20 minutter]

Størstedelen af sessionen er altså verbal; deltagerne taler frit til og med hinanden, guidet løst af terapeuten, som samler trådene i deltagerens temaer og behov til et fokus, gerne metaforisk formuleret. Musiklytningen efter afspændingen er uguidet, og også tegnedelen foregår i tavshed. Sessionen slutter med en verbal opsamling, der knytter fokus og billeddannelse sammen.

”Intensitetsprofiler” i musik

I assessment-artiklen, første del af rapporten fra dette pilotprojekt, er der en udførlig forklaring af begrebet ”Intensitetsprofiler” [Bonde 2011]. Her kommer en kort opsummering med eksempler.

Helen Bonny, som udviklede den musiklytnings-baserede terapiform GIM, skabte også en grafisk fremstillingsform til at illustrere den permanent skiftende oplevede affektive intensitet i et GIM-musikprogram. Denne ”affektive kontur” aftegnede musikkens oplevede spændingsniveau over tid – de 30-45 minutter et GIM-program typisk varer. Bonnys konturer var intuitivt tegnet, senere har S.Rickmans computerprogram MIA [Bonde 2007] gjort det muligt at tegne konturer (profiler) mere eksakt, nemlig som en todimensionel fremstilling af styrkegraden, som næsten altid er et vigtigt [men ikke nødvendigvis det vigtigste] element i oplevelsen af intensitet². Bonny hæftede sig ved, at det er opbygningen og udløsningen af spænding skabt med et eller flere af musikkens elementer [melodik, harmonik, tempo, rytme, styrkegrad, klang] der bestemmer intensiteten og dermed påvirker billeddannelsen. Bondes undersøgelser af forholdet mellem musik og billeddannelse [Bonde 2005] peger på, at følgende elementer har størst betydning for billeddannelsen: musikkens intenderede stemningsudtryk [mood], musikkens form [fra enkelt strofisk form til gennemkomponeret eller fri, rapsodisk form], intensitetsprofilen og den melodiske sammenhæng [fra genkendelige melodier og temaer til frit behandlede korte motiver]. Som lyttere reagerer vi på musikken ud fra vores erfaringer med hvordan musik kan lyde, og ud fra disse erfaringer opstår vores forskelligartede reaktioner – med Helen Bonnys ord: ”Forventninger, spænding i forhold til og opfyldelse af forventningerne skaber vores reaktioner.” [”Expectations, suspense and fulfilment bring out responses”] [Grocke 2013]

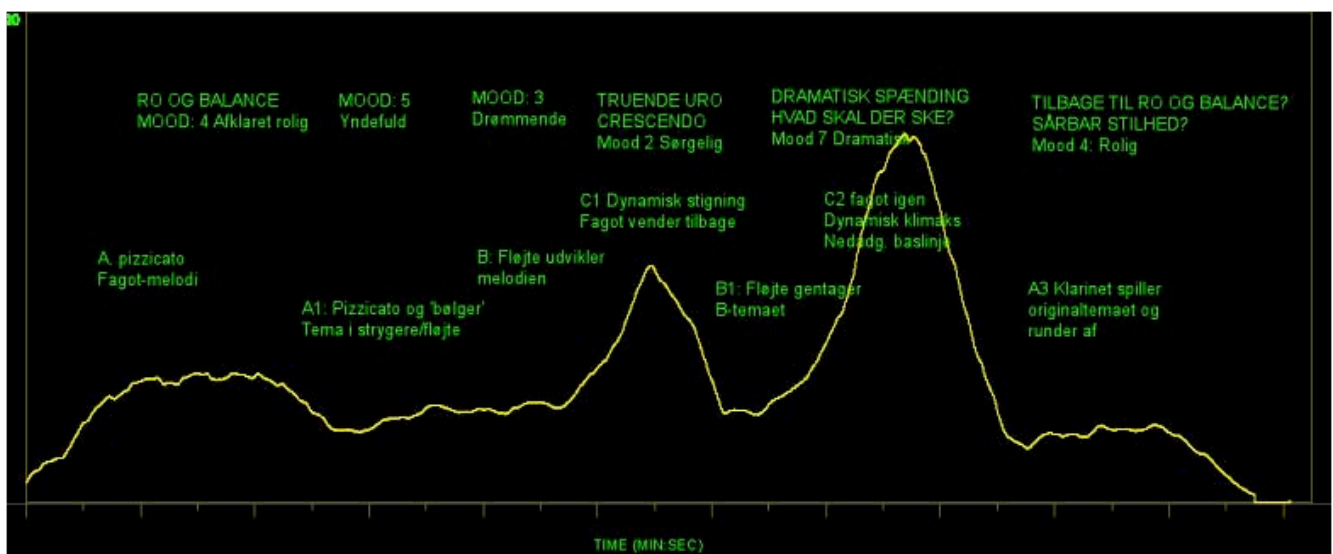
Der skelnes i GIM-litteraturen mellem tre typer programmer eller programprofiler: [1] grundprogrammer, som ofte har en primært støttende og billedstimulerende karakter og en intensitetsprofil uden store udsving, [2] arbejdsprogrammer, som byder på udfordringer i et eller andet omfang og på en langt mere varieret intensitetsprofil, og [3] avancerede eller specialprogrammer, som kan være endog meget udfordrende og med en stærkt varieret og uforudsigelig intensitetsprofil. Med Helen Bonnys ord kan balancen mellem spænding og afspænding i musikken være et yderst nuanceret musikterapeutisk redskab:

2 *For en diskussion af forholdet mellem oplevet intensitet og intensitet som volumen, se Bonde 2010, 2011*

*“Music creates imbalance for the purpose of balance, and GIM is a radar to ferret and search out psychic imbalances of experience and to resolve them with the full support of the conscious mind.”
[Grocke 2013]*

Bonde har udviklet begrebet om intensitetsprofil til også at dække den nuancerede karakteristik af et enkelt stykke musik (en del af et GIM-program eller et enkeltstående stykke musik i GrpMI). Der skelnes mellem tre hovedtyper: [1] ”Støttende”, [2] ”Udfordrende”, [3] ”Blandet støttende/udfordrende”. (Grafiske fremstillinger af profilerne kan ses i assessmentartiklen eller i bogen *Musik og menneske* [Bonde 2009, s. 212]).

I dette projekt har der været fokus på musik med den såkaldte ”Blandet støttende/udfordrende profil”, og det stykke musik, som blev anvendt til assessment kan illustrere en typisk profil – med en støttende og rolig begyndelse og afslutning, og nogle udfordringer i form af perioder med stigende spænding/intensitet undervejs:



Figur 1. Kommenteret intensitetsprofil [Mia] af Geir Tveitt: *O be ye most heartily welcome*. Om Tveitt og GIM musikprogrammet ”Soundscapes”, se Aksnes & Ruud [2006]

Den amerikanske GIM-træner og -forsker Lisa Summer [2002, 2010] er en af de få GIM-terapeuter, der har foretaget en beslægtet klassificering af musikken i GIM. Hun opererer med tre typer musik, som relateres til tre niveauer i psykoterapeutisk arbejde: 1. Støttende; 2. Indsigtsbefordrende; 3. Transformativt. De tre niveauer, som omtales kort nedenfor, stiller forskellige krav til deltagerne, terapeuten, settingen og musikvalget i GrpMI.

1. Støttende [supportive] niveau.

Deltagernes følelse af tryghed ift. terapeuten, de øvrige gruppemedlemmer, musikken og de indre billeder er det vigtigste. Trygheden er forudsætningen for, at deltagerne, der som regel har et skrøbeligt ego, tør give sig hen i oplevelserne og dele dem aktivt med andre. Oplevelserne skal derfor motivere deltagerne gennem positive oplevelser, der kan befordre selvtillid og samhørighedsfølelse. Det sker gennem fælles æstetiske oplevelser af positiv karakter, stimuleret af kortvarig, enkelt struktureret musik fra forskellige genrer og stilarter [Summer giver eks. s. 302]. Terapeutens opgave er at ’holde’ gruppen og facilitere og forstærke de positive oplevelser, der befordre ego-udvikling.

2. Indsigtsbefordrende [re-educative] niveau.

Deltagerne på dette niveau har et bedre konsolideret ego, og gruppemusikterapiens mål er at støtte forandring gennem indsigt. Også her er etablering af tryghed en forudsætning for udvikling og forandring, men på dette niveau er der ikke kun fokus på deltagerens styrkesider, men også på deres mindre hensigtsmæssige, ofte plagsomme mønstre og følelsesreaktioner. Jo tryggere gruppen er, des bedre kan der fokuseres på de enkelte deltagers konfliktområder. Musikken som anvendes i denne proces er stadig enkelt opbygget og æstetisk tiltalende, men den kan have længere varighed og rumme mere variation [eks. Summer 2002, s. 303]. Terapeutens opgave er bl.a. at hjælpe deltagerne med at forstå sammenhængen mellem de indre billeder og konfliktområderne, og det sker bl.a. ved at lade deltagerne kommentere hinandens oplevelser.

3. Transformativt [reconstructive] niveau.

Dette niveau er det sjældent muligt at arbejde på, hvis deltagerne er patienter på et somatisk eller psykiatrisk hospital. Det kræver nemlig, at deltagerne har en god ego-styrke og ikke er bange for at lade sig udfordre, for formålet er personlig forandring/vækst og evt. transpersonlig transformation. Konteksten er derfor ofte eksplicit vækst-orienterede selvudviklingsgrupper eller uddannelsesgrupper. Graden af accept ift udfordringer – fra terapeuten, fra gruppen, fra musikken – er potentielt høj, og gruppen bruges meget aktivt. Musikken kan på dette niveau være mere kompleks og varieret, og der anvendes som regel klassisk musik af op til 10-12 minutters varighed, f.eks. symfoniske satser af Brahms og Mahler.

I nedenstående figur giver Summer eksempler på musik, der er blevet anvendt på de tre niveauer. En anden metafor, der ofte bruges i GIM-litteraturen til at karakterisere musikken er begrebet "container". Musik på det støttende niveau er således en lille container [med begrænset råderum], mens hhv. en medium og en large container svarer til de to øvrige niveauer.

Supportive	Re-educative	Reconstructive
<ul style="list-style-type: none">• Faure <i>Pavane</i>• Mozart <i>Vesperae Solemnes, Laudate Dominum</i>• Canteloube <i>Songs of the Auvergne, Brezairola</i>• Beethoven <i>Piano Concerto #5, mvt 2</i>• Schumann <i>Fünf Stücke im Volkston, Langsam</i>	<ul style="list-style-type: none">• Debussy <i>String Quartet, Andantino</i>• Copland <i>Rodeo, Corral Nocturne</i>• Bach (orchestrated) <i>Prelude in Eb minor</i>• Mascagni <i>Cavalleria Rusticana, Regina Coeli</i>• Strauss <i>Death&Transf, Transfiguration</i>• Brahms <i>Symphony #3, mvt 3</i>	<ul style="list-style-type: none">• Rodrigo <i>Concierto de Aranjuez, mvt 2</i>• Wagner <i>Siegfried Idyll</i>• Beethoven <i>Violin Concerto, mvt 2</i>• Respighi <i>Pines of Rome, Giancolo</i>• Debussy <i>Danses Sacred and Profane</i>

Figur 2. Lisa Summers tre kategorier af GIM-musik, med eksempler [Summer 2010].

Den svenske GIM-træner Margareta Wårja har udviklet metoden "Korte musikrejser" (KMR) til brug i individuelt og gruppearbejde i kontekster, hvor den klassiske individuelle GIM-session ikke er relevant eller praktisabel. Al musik i KMR har i princippet hvad jeg kalder en støttende profil, men det er alligevel muligt at differentiere, og Wårja (2010) opererer med tre typer musik – eller musik-genererede felter – i KMR:

- *Det sikre og holdende felt.* Dette er musik, der er så pålidelig og forudsigelig som muligt. Musikken vil tage dig ved hånden og føre dig blidt. Den kræver ikke så meget af dig. Som rejsende skal du blot følge musikken og give dig så meget hen som du kan. Musikken formidler sikkerhed og enkelhed i sin struktur, måske er der et soloinstrument eller et lille forløb, som ikke "kræver for meget" af lytteren. Ex Puccini: Humming Chorus (from *Madama Butterfly*)
- *Det åbnende felt.* Her er der tale om musik, der lukker op for et lidt mere varieret udtryk. Her er klienten åben over for muligheden af at møde noget, der er en smule ukendt. Det kan være et ønske om at undersøge noget, måske endda noget ubehageligt, som involverer forskellige dele af personligheden. Musikken kan have forskellige temaer og introducere mere end ét soloinstrument. Der kan være stemmer i dialog. Eks. Beethoven: *Klaverkoncert No. 5, 2. sats*
- *Den udforskende felt.* Her er der tale om musik, der åbner op og giver mere plads, flere muligheder for dynamik og dermed rejser i forskellige retninger. Musik med mere dynamisk spænding, med *crescendi* og *diminuendi*. Et vist mål af harmonisk spænding. Forskellige stemmer. Mere kompleksitet. Eks. Vaughan Williams: *Rhosymedre*

På baggrund af resultaterne af nærværende projekt er vi nået frem til en parallel kategorisering af musik med en blandet intensitetsprofil. Generelt kan man om den blandede profil sige, at

Mixed music has a supportive beginning and ending, however some episodes may present the participant with a challenge, typically by changes in mood (also including categories 2 or 7 in the Mood Wheel), tempo and volume, a higher level of tension, which also means an increase in intensity. The form types are often more elaborate ternary forms with contrasting middle sections, or more rhapsodic forms. - The images evoked and sustained by mixed music include core images/metaphors and self images pointing at problem areas or developmental potentials. [Bonde 2005/2010]

I forbindelse med præsentationen af projektets resultater vil denne karakteristik blive uddybet, og der vil blive givet eksempler nedenfor.

Den receptive gruppemusikterapis metaforiske aspekt er meget vigtigt for forståelsen, jf. artiklen om assessment-delen (Bonde 2010, 2011). Musikken forstås og anvendes som metaforisk udtryk for de problemer, der fokuseres på i gruppeterapien, og deres dynamik. Og deltagernes musikoplevelser og tegninger (mandalaer) er meget ofte metaforiske udtryk for deres mere eller mindre klare forståelse af de kræfter der er på spil i deres kamp for at genvinde kontrollen over deres tilværelse, både på det indre og det ydre plan. Der er imidlertid ikke i denne artikel plads til at behandle det metaforiske aspekt, men nogle få af perspektiverne i dette vil blive taget op i diskussionen³.

3 Bonde har diskuteret musikkens metaforiske dimension i en række artikler. Se f.eks. Bonde 2009, s. 201ff.

PROJEKTET: DELTAGERE OG DATA

Projektets deltagere og datamateriale præsenteres indledningsvis ganske kort. Derefter fokuseres der på én gruppe. En session dokumenterer sessions-formatet i praksis samt deltagernes interaktioner og udbytte af sessionen. De anvendte måleredskaber præsenteres, og endelig undersøges den anvendte musik nærmere.

- Deltagere: 12 ambulante psykiatriske patienter med en GAF score på min. 41, henvist fra "Almen Ambulatoriet" APS. 7 mænd, 5 kvinder i alderen 25-55 år. Alle deltagere fik en individuel assessment-session og udfyldte en blanket om informeret samtykke, hvor det blev gjort klart, at de når som helst kunne trække sig ud af gruppeforløbet.
- Diagnoser: Paranoid skizofreni, social angst, personlighedsforstyrrelser, PTSD, OCD mm. Fælles problem: Social angst. (Der var ikke formuleret in/eksklusionskriterier ift diagnoser).
- Musik: Klassisk musik med en blandet støttende-udfordrende intensitetsprofil, dvs. musik som præsenterer mange forskellige stemninger og klangfarver. (Musik med en støttende profil kunne dog anvendes efter terapeutens skøn).
- 7 grupper med 2-4 deltagere i 9-15 sessioner (median 12) over to år.
- Data-materiale: Målsætningsskemaer, Skema til angivelse af oplevet udbytte af terapien, audio-optagelser af sessionerne, deltagernes tegninger (mandalaer).

Figur 3. Samlet oversigt over projektdeltagere og datamateriale.

Musikterapiklinikken har haft meget få muligheder for at tilbyde forløb til ambulante patienter, så dette pilotprojekt var et praktisk forsøg på at tilrettelægge et sådant tilbud for grupper af patienter, der ofte har været indlagt tidligere, og som får opfølgende og støttende psykolog- (eller psykiater) behandling på et ambulatorium. Patienterne er velfungerende nok til at kunne bo i eget hjem, og det afspejles i deres scoring på den almene funktionsskala Global Assessment of Function (GAF), der i disse år indføres som almen assessmentskala i psykiatrien i Danmark. Skalaen går fra 1-100. En score over 70 er ensbetydende med et normalt funktionsniveau evt. med mindre problemer, mens en score på 40 og derunder indikerer behov for intensiv støtte og behandling. Vi definerede derfor inklusionskriteriet som min. 41.

Pilotprojektet var primært et klinisk projekt, der skulle afprøve den receptive gruppemusikterapi som arbejdsmetode med ambulante patienter. Projektet var ikke tilrettelagt som et stramt designet forskningsprojekt til bl.a. afprøvning af forskellige kvantitative måleredskaber (f.eks. standardiserede selvrapporteringsskemaer). Vi valgte praksisnært at anvende de mål- og evalueringsskemaer, der allerede anvendes med de fleste patienter på Musikterapiklinikken (se bilag 1 og 2). Dette medførte imidlertid en del problemer med at 'måle effekten' af terapien (jf. senere), men statistisk bearbejdning af den terapeutiske effekt var altså heller ikke det primære formål.

FOKUS PÅ EN SESSION

Vi vil nu fokusere på en enkelt session til illustration af arbejdet i en gruppe, der fungerede godt og trygt. Det drejer sig om Gruppe 5, session nr. 9. Gruppen havde 3 deltagere: Ole, Tina og Vera. Teksten er baseret på de sessionsnotater, terapeuterne nedskrev umiddelbart efter sessionen.

Temaer i samtalen/præludiet:

OLE: fortalte om livet med det nyfødte barn – og om sine fritidsmuligheder i fremtiden. Feriemål handler ikke længere kun om tryghed, men også om glæde – han gjorde meget ud af at klargøre forskellen på at glæde sig over at 'noget er overstået' (lettelse) og glæden over en rar oplevelse.

TINA: fortalte om nyopdukkede problemer med socialrådgiveren ift. højskoleopholdet. Hun virker i bedre kontakt med sin vredesenergi. Hun og Vera viste sig at have diametralt modsatte mønstre ift. at 'komme ud af røret': T er afhængig af veninder der rykker i hende og tager med hende, mens V helst vil forblive i sit eget selskab. T kæmper også med sit negativ selvbillede (jeg er en idiot) og kæmper for at tillade sig selv at være 'negativ'. V gjorde det klart for hende, hvor vigtigt det er at kunne 'lukke døren for uønskede' (spørgsmål såvel som personer).

VERA: fortalte om den langsomme vej fremad: Udsigten til tryghed i arbejdet frem til jul – og arbejdet med at "komme ud af røret": Hun har for første gang i årevis taget en bus og rejst i flere timer. Oplevelsen var god! Det var kun overtalelisesperioden (kampen med sig selv: for og imod) der var hård.

Der var som sædvanlig fin udveksling og gensidig opbakning, især til Tina, som de to andre bakkede meget op med egne erfaringer som udgangspunkt.

Musiklytning: Mozart Koncert for 2 klaverer, 2. sats (ca 8'20)

Valgt ift temaet: Hvordan kan man tale med andre og med sig selv? Er der plads til flere måder? [Mozart: Ja! De to klaversolister spiller hver for sig og sammen, præsenterer og udvikler forskellige udtryk, orkestret bakker op]

Mandalaer:

TINA: Komedie og tragedie (masker). Hun ved der skal være plads til begge dele, men skal endnu lære at det tragiske og voldsomme og aggressive også hører med og kan respekteres. Tilføjede [efter at Vera havde dedikeret sin tegning/oplevelse til hende] citatet "I can never go back to what I've been; can't even go back to in-between".



Figur 4. Tinas tegning: Komedie og masker

VERA: "Meditation" – en visualisering af hendes oplevelse med guided meditation – tilegnet Trine. Kernen er at kunne etablere sit helt eget private og trygge rum og at lade andre hjælpe sig med at nå frem til det. Og at kunne sætte kufferten med forstyrrende eller uønskede elementer uden for døren!



Figur 5. Veras tegning "Meditation"

OLE: "Balance": [mandalaen er desværre bortkommet] Der skal være plads til det hele. Tegningen lignede nærmest et termometer: alle farver var repræsenteret, også den sorte. Ole hørte det hele i musikken.

Fælles erkendelse i gruppen af, at balance forudsætter at både det lette og glade og det tunge og svære hører med og skal udtrykkes. Somme tider opnås balancen kun over længere tid.

Opsamling:

OLE hæftede sig ved, at han stadig kan blive bedre til at tage imod støtte og omsorg.

VERA gav udtryk for at tingene langsomt har ændret sig for hende – i positiv retning. [Hun bruger kun nødtvungent yderpolerne i evalueringsskemaets skalaer].

TINA mente, at hun var blevet bedre til at udtrykke sine følelser.

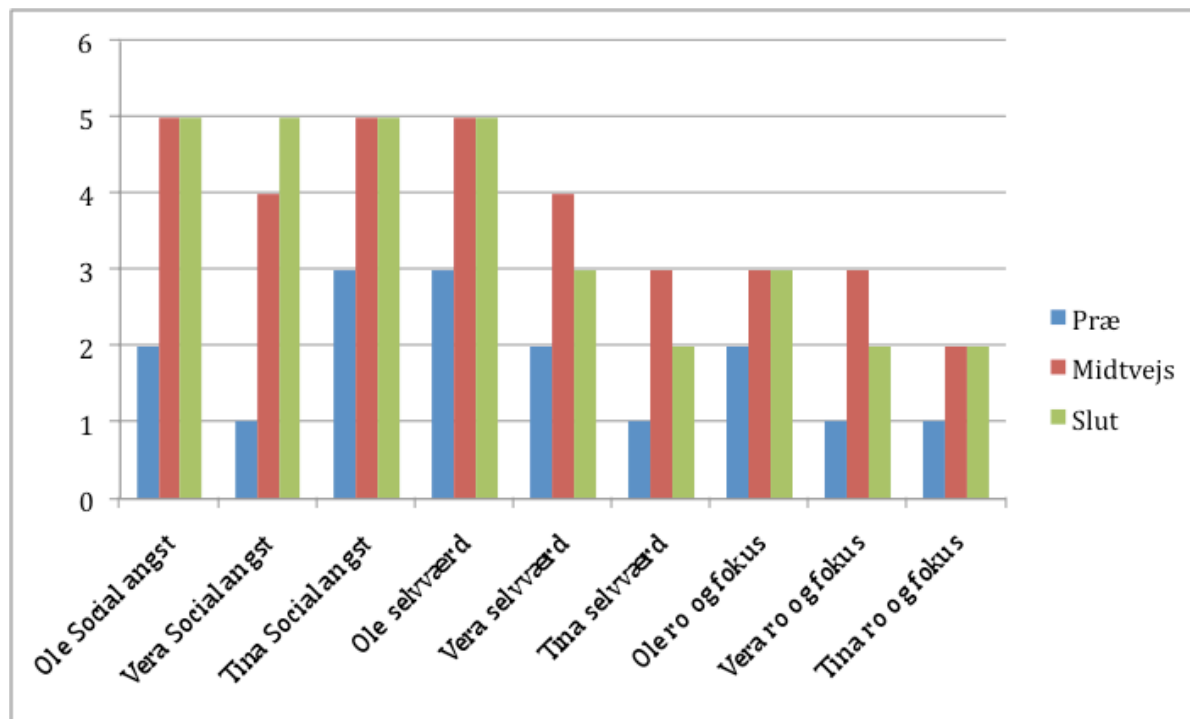
GRUPPEELTAGERNES UDBYTTE AF FORLØBET

I begyndelsen af 1. session udfyldte deltagerne i gruppen et målsætningskema, som i en del år er blevet anvendt på Musikterapi-klinikken ifm såvel individuel som gruppemusikterapi (bilag 1). Skemaet præsenterer 12 typiske temaer fordelt på 4 områder [Interpersonligt, Intrapersonligt, Fysisk-psykisk og Musikalsk]⁴. Deltageren blev bedt om at markere sine tre-fire vigtigste arbejdstemaer eller fokusområder. Ole, Vera og Tine havde i vid udstrækning de samme mål og temaer, nemlig [1] at reducere social angst, [2] at styrke identitetsfølelse og selvværd, [3] at opleve ro og fokuseret

4 Samtlige deltagere i projektet udfyldte målsætningskemaet og et eller flere evalueringsskemaer. Der mangler imidlertid så mange besvarelser af evalueringsskemaet, at det ikke er muligt at foretage en statistisk bearbejdning af samtlige deltageres udbytte. Vi skønner dog, at den udvalgte gruppes resultater er typiske for alle deltagerne.

opmærksomhed. Disse temaer er i øvrigt markeret af stort set alle deltagere og forekommer derfor at være helt centrale i arbejdet med denne målgruppe.

Midtvejs i forløbet og efter sidste session udfyldte deltagerne et skema, som er bygget analogt op [bilag 2]. Fokusområderne er her omformuleret til udsagn i 1. person, f.eks. social angst -> jeg oplever social angst, og deltagerne bliver bedt om at rate samtlige 11 udsagn på en skala fra 1 [helt uenig] til 5 [helt enig].



Figur 6. De tre deltageres scoring af angst, selvværd og ro –præ, midtvejs og post. Angst-scoren er vendt om, så 1=max angst, 5= min angst. Stigning i samtlige scores er altså et positivt resultat.

Præ-scoringerne er tentative, idet deltagerne ved forløbets start kun angav de vigtigste problemområder [her angivet som lave scoringer på angst, selvværd og ro]. Den sociale angst reduceredes gennem forløbet til minimum hos alle tre deltagere, mens selvværd og ro forbedredes markant. Vi mener, at det samme billede gjorde sig gældende i de øvrige grupper, men har ikke datamateriale nok til at dokumentere det statistisk. Der var dog en tendens til, at scoringerne i selvværd og ro gik en smule ned fra midtvejs til post-test. Dette tilsyneladende paradoksale resultat forstår vi – da det generelle forløbsudbytte klart var positivt – som et muligt udtryk for en ny realisme hos deltagerne – et træk, som er ganske almindeligt i forbindelse med psykoterapi, hvor målet måske ikke er at nå et maksimalt positivt resultat i forhold til problemområderne, men snarere at få et realistisk og optimistisk syn på egne ressourcer. Problematikken vil blive diskuteret mere udførligt i en case study fra samme projekt, som forfatterne skriver til næste nummer af MIPO.

Case vignet: OLE

Ole var en 40 år gammel lærer, som blev henvist til GrpMI i kombination med individuel ambulante psykoterapi (samtaler med psykolog). Han havde en lang historie med tvangspræget adfærd (OCD - diagnosen F42 i ICD-10), men oplevede hurtig fremgang og en markant effekt af medicinsk be-

handling. Som de fleste af GrpMI-deltagerne havde han ingen erfaring med gruppeterapi, og social angst var et vigtigt fokus-område, ikke mindst fordi han i sit liv havde brugt så megen energi på at skjule sine tvangshandlinger for andre. Ole deltog i to gruppeforløb over 5 måneder. Han angav følgende mål som de vigtigste – udover reduktion af social angst: 1) Styrke identitetsfølelse og selv-værd, 2) opleve ro og fokuseret opmærksomhed, 4) styrke evnen til at tage imod støtte og omsorg. – Social angst blev i løbet af få sessioner i den første gruppe (med 4 deltagere) reduceret til et minimum, og gennemforløbet udviklede han en dyb indsigt i dynamikken i den nu minimale tvangs-adfærd og i baggrunden for hvordan den tidligere havde domineret hans livshistorie. Han brugte musikterapien som et rum, hvor han kunne udforske nye måder at opleve verden og relatere til andre mennesker på, nu hvor tvangsritualerne ikke længere krævede hans energi. Gennem musiklytningen og diskussionerne i gruppen undersøgte han mange forskellige følelsetilstande og stemninger, også komplekse og vanskelige følelser. Han udviklede en åben og meget ærlig dialog med de øvrige gruppemedlemmer, som satte stort pris på Oles evne til at dele oplevelser og refleksioner.

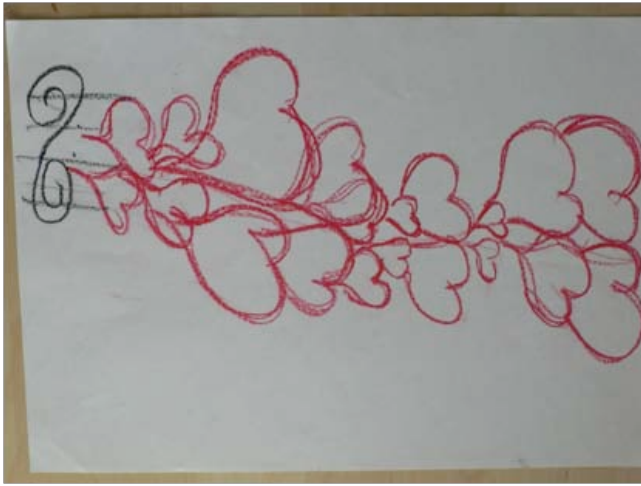
Ole havde – som de fleste andre gruppedeltagere – ingen erfaring med at tegne og male, og i de første sessioner forholdt han sig tøvende til at udtrykke sig på den måde. Men snart nød han at finde visuelle udtryk for sine oplevelser og glædede sig over den non-verbale måde at formidle musik-oplevelserne på. Her er nogle eksempler på hans tegninger.



Figur 7. Tidlig session. "Slip!" Musik: Russisk korsang "De sørgendes glæde". I det meste af sit liv har Ole været styret af sine tvangstanker og -handlinger, men nu oplever han hvordan det er at kunne give slip og bevæge sig frit og hurtigt. Tegningen illustrerer, at det er en nærmest fysisk fornemmelse – som et 'klik', når han bryder ud af den digitale kronos-tids tvang.



Figur 8. Session midt i forløbet. "Omfavnelsen". Hænder er tegnet med sort – og de omfavner et felt med cirkler i grundfarverne rød, gul og blå. Musik: Fauré: Pavane. Mange hænder omfavner noget levende (for Ole repræsenterer de røde cirkler livet selv). Han følte sig omfavnet, samtidig med at han selv omfavner. På den samme tid er han ked af, at han ikke føler hans mor kan forstå (omfavne) ham i det nye liv.



Figur 9. Session sidst i forløbet. "Kærlighedens partitur". "Nøglen" og "nodelinjerne" er sorte, mens "hjerteneroderne" alle er røde. Musik: Massenet: *Sous les Tilleuls*. To soloinstrumenter (klarinet og cello) i lydhør og øm interaktion. De er uafhængige og følger hinanden på samme tid. For Ole mindede det ham om hans forhold til sin kone, som havde støttet ham i de vanskelige tider og som nu følger ham i udforskningen af et nyt liv – sand kærlighed.

Figur 7-9. Mandalaer fra tre af Oles sessioner, med nogle af hans egne kommentarer

Efter den sidste session sendte Ole terapeuterne denne e-mail:

"Jeg har besluttet mig for at stoppe musikterapien. Det har været rigtig godt for mig at være i gruppen, og jeg er taknemmelig over den behandling I har tilbudt mig. Jeg vil aldrig glemme den rolle I har haft i den proces, hvor jeg skaber mit nye, fantastiske liv. Min familie og jeg lever nu et helt anderledes liv end før. Jeg er dybt taknemmelig over de muligheder, det psykiatriske system har tilbudt mig, herunder musikterapien. Der er nu en ny frihed og lethed i mit hverdagsliv (uden angst eller tvangshandlinger), noget jeg aldrig har oplevet før. Jeg kan nyde livet med min familie og andre kære uden at miste blikket for de ulykker og trusler, der findes i verden omkring mig. "Jeg ved, den verden jeg synger i, er den verden jeg lever i."

MUSIKKEN – TRE NYE KATEGORIER

I det teoretiske afsnit præsenterede vi Margareta Wärjas tre typer musik med støttende profil: *det sikre og holdende felt, det åbnende felt og det udforskende felt*. Som udgangspunkt for en vurdering og klassificering af den anvendte musik i pilotprojektet præsenteres her en liste over musik anvendt i et gruppeforløb over 15 sessioner med to deltagere. Det angives for hvert enkelt stykke, hvilken intensitetsprofil stykket har.

- 1: Rachmaninov: Vocalise [cello + orkester] *Blandet intensitetsprofil*
- 2: Copland: Appalachian Spring *Blandet profil*
- 3: Sjostakovitj: Klaverkoncert No.2, 2. sats Andante *Blandet profil*
- 4: Brahms: Klaverkoncert No.2, 2. sats Andante *Blandet profil*
- 5: Bach: Dobbeltkoncert for 2 violiner, 2. sats *Støttende profil*
- 6: Russisk korsang [anonym komponist]: De sørgendes glæde *Blandet profil*
- 7: Bach: Lille fuga i g mol [ork.arr. L. Stokowski] *Blandet profil*

- 8: Boccherini: Cellokoncert. 2.sats *Blandet profil*
9. Liadov: Den fortryllede sø [tonedigt] *Blandet profil*
- 10: Geir Tveitt: O Be Ye Most Heartily Welcome *Blandet profil*
11. Elgar: Enigma Variationerne No.8+9 *Blandet profil*
12. Ingen musik [Deltagerne havde brug for hele sessionens tid til at tale sammen, og de var ikke motiverede for at afbryde dialogen for at lytte til musik]
13. Alwyn: Symfoni No.5, 4. sats *Udfordrende profil*
- 14.Rodrigo: Concierto de Aranjuez, 2. sats *Udfordrende profil*
15. Bach: Pastorale [x2] *Støttende profil*

Figur 10. Musikvalg i et forløb over 15 sessioner med to deltagere i efteråret 2009 .

Selv om projektet handlede om at afprøve musik med en blandet intensitetsprofil, blev musik med en støttende profil (som i Wårjas KMR) alligevel anvendt to gange, den ene gang ift til et ekspliciteret behov for smuk og harmonisk musik (Bachs Dobbeltkoncert, 2. sats), den anden gang fordi det var den sidste session – og tæt på jul, hvor Bachs smukke pastorale (fra *Jule-Oratoriet*) var et passende valg. I session 13 og 14 blev der endda anvendt udfordrende musik, efter samråd med deltagerne, og ud fra en vurdering af, at de kunne klare så stærk musik – hvad de da også kunne. Men i 10 af de 15 sessioner blev der som intenderet anvendt musik med blandet intensitetsprofil. En nærmere undersøgelse af de 10 stykker viser, at der er tale om mange forskellige former for udfordringer og at det derfor giver mening at differentiere mellem forskellige hovedtyper. De tre identificerede hovedtyper præsenteres her på en måde, så de er direkte sammenlignelige med Wårjas tre typer støttende KMR-musik. Eksemplerne refererer til listen herover.

- *Det udforskende felt med overraskelser og kontraster.* Musikken præsenterer ofte et uvant lydlandskab (med overraskende melodiske og harmoniske vendinger og specielle instrumenttalklangfarver. Det musikalske forløb rummer mindst én større overraskelse, og der forekommer moderat melodisk og/eller harmonisk spænding. Ex: Copland, Liadov, Bach fuga, Elgar
- *Det udforskende og uddybende felt.* Her er der tale om musik, som inviterer lytteren ind i et emotionelt felt, en specific stemning, og fastholder ham/hende der, selvom det repræsenterer en udfordring. Musikken er ofte i mol eller modal og udtrykker en 'mørk' stemning, typisk gennem en intens og ekspressiv melodik Ex: Rachmaninov, Sjostakovitj, Boccherini, Russisk korsang
- *Det udforskende og udfordrende felt.* Musikken i denne kategori byder på en del overraskelser og kontraster, ofte med en ganske høj grad af melodisk eller harmonisk spænding. Balance opnås typisk ved at stykkets begyndelse og slutning har en rolig, støttende karakter. Ex.: Tveitt, Brahms

Valget af musik var fra terapeutens side altid et forsøg på at matche deltagerens behov metaforisk – et forsøg på at finde en musik, der via metafor eller analogi kunne passe til det identificerede fokus. Processen var altid styret af en blanding af intuition og viden om den konkrete musiks potentiale. De tre karaktertyper præsenteret ovenfor er en analytisk konstruktion, som sammenfatter musikkens metaforiske potentiale i få ord: alle stykkerne er 'eksplorative', dvs. at de lægger op til introspektion, men derudover henholdsvis 'overraskende', 'uddybende' og 'udfordrende'.

SAMMENFATNING AF RESULTATERNE.

Undersøgelsens resultater kan sammenfattes i følgende svar på de spørgsmål, der blev formuleret for projektet:

- Ja, receptiv musikterapi med elementerne forsamtale, fokus, induktion, musiklytning, tegning og verbal bearbejdning kan være en relevant behandlingsform for ambulante psykiatriske patienter med social angst. Der var intet frafald i grupperne, og alle deltagere rapporterede om positivt udbytte af forløbene.
- Ja, klassisk musik med en blandet støttende-udfordrende intensitetsprofil kunne fremkalde indre forestillingsbilleder af terapeutisk relevans for ambulante psykiatriske patienter i en gruppe. Deltagerne dannede indre billeder i alle sessioner, og de kunne tale om billedernes relevans i forhold sessionens fokus.
- Musikken fremkaldte og understøttede meningsfulde indre billeder i mange modaliteter og fungerede som 'det fælles tredje' for deltagerne. Deltagerne var i stand til at omsætte deres indre billeder til tegninger (mandalaer), som dannede grundlag for den sessionernes afsluttende verbale dialog.
- Musik, tegning (mandala) og verbal dialog og bearbejdning var lige vigtige elementer i den terapeutiske proces. Den verbale dialog udgjorde minimum 2/3 af samtlige sessioner. Det skyldes især, at den indledende dialog blev brugt til at etablere tryghed i gruppen og til at finde frem til et fælles fokus.
- Musik med en blandet intensitetsprofil blev valgt af terapeuten som en metafor for sessionens fokus. Musikken fungerede som projektionsskærm for deltagernes oplevelser af spænding og konflikt. Det er nu muligt at skelne mellem tre hovedtyper inden for den blandede profil.
- Sessionsformatet og forløbene 'Musik og indre billeder' var medvirkende til at reducere deltagerne sociale angst. Dette var et markant resultat i alle grupperne.

DISKUSSION og anbefalinger

'Musik og indre billeder' kan anbefales som gruppeterapiform til ambulante psykiatriske patienter med social angst. Det ser ud som om diagnose i øvrigt ikke har spillet nogen rolle i forhold til deltagernes udbytte. Assessment-delen ser ud til at kunne fungere præcist og med kun én session, om end det (på baggrund af erfaringerne med en enkelt deltager) kunne være en supplerende idé, at de tre første gruppesessioner var prøvesessioner, så det kan afgøres helt klart, om deltageren danner meningsfulde indre billeder og vil rapportere dem i gruppen.

Der var tale om et pilotprojekt, et eksplorativt forløb uden kontrolgruppe, og derfor kan de fremlagte resultater vedr. terapeutisk effekt ikke uden videre tilskrives musikterapien. En større undersøgelse med enten kontrolgruppe eller sammenligning med en anden terapiform og med få, specifikke effektmål anbefales derfor som næste skridt i en forskningssammenhæng, hvor også designet må

afklares. Det vil kræve nøje planlægning at sikre løbende rekruttering af et tilstrækkeligt stort antal deltagere til en sådan kontrolleret undersøgelse.

I denne artikel har det ikke været muligt at studere det metaforiske aspekt af gruppeterapien nøjere. Der har kun været plads til antydninger af dette tema – i form af præsentation af rationale for valget af musik og i forhold til mandalaerne som illustrationer. Da dette aspekt kan siges at være af helt central betydning for forståelsen af 'Musik og indre billeder's terapeutiske potentiale bør der foretages en opfølgende undersøgelse af 1) den metaforiske dimension i musikvalget, relateret til de enkelte sessioners fokus; 2) mandalaerne som referentielt-metaforisk-symbolsk udtryk for deltagernes oplevelse af musikken i forhold til sessionens/deres eget fokus. Dette vil ske i en senere artikel.

Wigram skriver om musikanalysens nødvendighed i et evidens-perspektiv:

"I propose that in order to advance our ability to provide more specific evidence of what happens in music therapy in order to substantiate our interpretation of behaviour and changes in behaviour, analysis of music is a natural starting point to formulate criteria for systematic assessment. This can also provide a more reliable and substantive body of evidence in the required interface between the humanistic approach and our colleagues from the natural sciences." (Wigram 2000, pp 79 - 80)

Denne undersøgelse giver en del svar på, hvorfor og hvordan musik med en blandet identitetsprofil kan fungere som et effektivt terapeutisk middel i en gruppeproces med relativt velfungerende ambulante psykiatriske patienter. Men der er yderligere behov for at undersøge de musikalske elementers bidrag og samspil i den terapeutiske proces: er de tre foreslåede typer inden for den blandede intensitetsprofil finmaskede nok som rettesnor, eller skal der tilføjes flere typer og mere nuancerede karakteristika? Dette er afgørende, hvis andre musikterapeuter skal kunne anvende systematikken i nye projekter.

Afprøvning af måleredskaber var ikke formuleret som en vigtig del af den eksplorative undersøgelse, og bl.a. derfor står den kvantitative del af undersøgelsen svagt. Dels var/er mål- og evalueringsskemaerne ikke standardiserede, dels kan de anvendte skalaer kun vanskeligt bearbejdes statistisk. De manglende evalueringsskemaer skyldes bl.a., at de ikke kunne indhentes, hvis deltageren var fraværende i den pågældende session. I forbindelse med nye undersøgelser bør skemaerne enten udvikles mhp kvantitativ præcision og/eller suppleres med standardiserede spørgeskemaer, der også kan indhentes, selvom deltageren er fraværende i sessionen.

Den kliniske signifikans af denne receptive gruppeterapiform fremgår især af case-vignetterne. Vi finder det ønskeligt og oplagt at gøre "Musik og indre billeder" til et fast gruppetilbud til ambulante patienter på APS (og evt. andre steder). Om dette kan realiseres vil afhænge af, om afdelingsstrukturer og behandlingsretningslinjer på det konkrete hospital eller den konkrete institution muliggør sådanne forløb.

Litteratur

- Aksnes, H., & Ruud, E. (2006). Metonymic associations of nature and culture in a BMGIM program. *Nordic Journal of Music Therapy*, 15(1), 49-57.
- Bonde, L. O. (2000). Metaphor and narrative in guided imagery and music. *Journal of the Association for Music and Imagery*, 7, 59-76.
- Bonde, L. O. (2005). *The Bonny method of guided imagery and music (BMGIM) with cancer survivors. A psychosocial study with focus on the influence of BMGIM on mood and quality of life.* (Upubliceret PhD, Aalborg University).
- Bonde, L. O. (2007). Steps in Researching the Music in Therapy. *Microanalysis in Music Therapy. Methods, Techniques and Applications for Clinicians, researchers, Educators and Students.* T. Wosch and T. Wigram (Eds). London, Jessica Kingsley Publishers: 255-269.
- Bonde, L. O. (2009). Musik og menneske. *Introduktion til musikpsykologi.* Copenhagen: Samfundslitteratur.
- Bonde, L.O. (2010) Music as support and challenge – Group Music and Imagery with psychiatric outpatients. *Jahrbuch Musiktherapie Bd. 6: Imaginationen in der Musiktherapie.* Wiesbaden: Reichert.
- Bonde, L.O. (2011). Musiklytning og indre billeder som klinisk vurderingsredskab. Assessment i receptiv gruppemusikterapi med ambulante psykiatriske patienter. Musikterapi i psykiatrien. Årsskrift 6. Musikterapiklinikken/Aalborg Universitet: 38-55
- Bonde, L.O., Pedersen, I.N. & Wigram, T. (2001). *Musikterapi: Når ord ikke slår til.* Århus: Klim.
- Bonny, H. (1978). *GIM monograph #2: The role of tape music programs in the GIM process.* Salina, KS: Bonny Foundation.
- Bonny, H. L. (Ed. Summer, L.) (2002). *Music consciousness : The evolution of guided imagery and music.* Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. E., & Grocke, D. E. (Eds.). (2002). Guided imagery and music: *The bonny method and beyond.* Gilsum NH: Barcelona Publishers.
- Grocke, D. E. (2013). Materiale fra workshop om Helen Bonnys musikprogrammer. 10th European GIM Conference. Vadstena Sept. 2013.
- Grocke, D. E., & Wigram, T. (2007). *Receptive methods in music therapy : Techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators and students.* London: Jessica Kingsley Publishers.
- Lund, H. & Fønsbo, C. (2011) Musiklyttegrupper – en empirisk undersøgelse af anvendte metoder i psykiatrien. *Musikterapi i psykiatrien.* Årsskrift 6. Musikterapiklinikken/Aalborg Universitet: 86-101

Summer, L. (2002). Group music and imagery therapy: Emergent receptive techniques in music therapy practice. In K. E. Bruscia, & D. E. Grocke (Eds.), *Guided imagery and music: The bonny method and beyond* (pp. 297-306). Gilsum NH: Barcelona Publishers.

Summer, L. (2010). *Client perspectives on the music in Guided Imagery and Music*. [Upubliceret PhD, Aalborg University].

Wigram, T. (2000). A Model of Diagnostic Assessment and Analysis of Musical Data in Music Therapy. T. Wigram (ed.) *Assessment and Evaluation in the Arts Therapies*. Radlett: Harper House Publications.

Wärja, M. (2010). *Korta musikresor [KMR]. På väg mot en teori om KMR som en musikterapeutisk metod*. [Upubliceret magisteruppsats. Kungl. Musikhögskolan i Stockholm].

Bilag

1. Målsætningskema

2. Deltagerens vurdering af forløbet

[se næste sider]

Musikterapi – musiklytning i receptiv gruppe - Mål

Herunder er opstillet en række overskrifter for temaer, som ofte er centrale i musikterapien.

Det kan være en god idé at fokusere på nogle enkelte undertemaer i musikterapien. Derfor bedes du overveje, hvad der er vigtigt for dig at arbejde med lige nu.

Skemaet bedes afleveret til musikterapeuten inden opstart af forløbet.

Markér max. 3 temaer, gerne i prioriteret rækkefølge, hvor 1 har højeste prioritet.

SÆT 1,2,3

Socialt:

møde op og deltage i et fællesskab..... _____
reducere social angst..... _____
udvikle kontakt til andre mennesker..... _____

Psykisk:

styrke identitetsfølelse og selvværd..... _____
styrke evnen til at sætte ord på følelser..... _____
styrke evnen til at tage imod støtte og omsorg..... _____
styrke evnen til at strukturere tanker og oplevelser..... _____

Fysisk/Psykisk:

at mærke egne psykiske og fysiske reaktioner på musikken..... _____
at opleve ro og fokuseret opmærksomhed..... _____
at tage initiativ og være aktivt engageret..... _____

Musikalske forhold:

At opleve glæde ved musik..... _____
At opleve meningsfulde indre billeder ved musiklytning..... _____

Andet (beskriv):

..... _____

Deltager i receptiv musiklyttegruppe nr. _____

Dato: _____

NAVN _____

Tak skal du have!

Musikterapeuterne

Inge Nygaard Pedersen og Lars Ole Bonde

Musikterapi – Deltagerens evaluering af musiklytning i receptiv gruppe

Du får hermed som deltager i musiklyttegruppen mulighed for at angive, hvordan du oplever forskellige sider af lyttegruppen og din deltagelse i den.

Dit navn: _____ Lyttegruppe nr. _____ Dato: _____

Vurder på en skala fra 1 til 5 i hvilken grad det enkelte udsagn passer på dig i dag

(1: Slet ikke 2: En smule 3: I nogen grad 4: Ganske godt 5: I høj grad)

		1 - 5
Socialt:		
1	Jeg møder op med en positiv indstilling	_____
2	Jeg mærker angst ved det sociale samvær	_____
3	Jeg deltager aktivt i gruppens fællesskab	_____
Psykisk:		
1	Jeg sætter ord på min identitetsfølelse og mit selvværd	_____
2	Jeg sætter ord på mine følelser	_____
3	Jeg tager imod støtte og omsorg	_____
4	Jeg kan strukturere mine tanker og oplevelser	_____
Fysisk/Psykisk:		
1	Jeg mærker psykiske og fysiske reaktioner på musikken	_____
2	Jeg oplever ro og fokuseret opmærksomhed	_____
3	Jeg tager initiativ og er aktivt engageret	_____
Musikalske forhold:		
1	Jeg oplever glæde ved musik	_____
2	Jeg oplever meningsfulde indre billeder til musikken	_____
Andet (beskriv):	_____

MANUAL FOR PROCES-ORIENTERET MUSIKTERAPI MED PERSONER MED BPD.

“At have proces som retningsangivelse siger ikke noget som helst om indholdet i terapien eller om den metodiske form, hvilket er en logisk følge af det uforudsigelige eller kaotiske element i processen. Men samtidig er terapi ikke kaos, og terapeutens funktion er derfor på bedst mulig vis at sørge for eller bidrage til at processen har et terapeutisk sigte og følger en terapeutisk dagsorden.”

Niels Hannibal, Inge Nygaard Pedersen, Lars Ole Bonde, Lars Rye Bertelsen, Charlotte Dammeyer & Helle Nystrup Lund



NIELS HANNIBAL.

Niels Hannibal er kandidat i musikterapi fra 1994. Modtog ph.d.-grad i 2001. Har siden 1995 været tilknyttet musikterapiuddannelsen på Aalborg Universitet og blev i 2005 ansat som lektor. Niels Hannibal udfører som en del af sit virkefelt kliniske og forskningsmæssige aktiviteter på musikterapi-klinikken på Aalborg Psykiatriske Sygehus. Henvendelse: hannibal@hum.aau.dk

Abstract

Denne artikel introducerer et musikterapeutisk behandlingskoncept kaldet: Procesorienteret Musikterapi [PROM]. PROM er et forsøg på at formulere en principiel ramme for musikterapi i psykiatrien, som dels tager udgangspunkt i 17 års klinisk erfaring, dels stiler mod at være "best practice". PROM indeholder beskrivelser af manualens unikke, essentielle men ikke unikke, acceptable og ikke acceptable dele. Den unikke del af PROM skal kunne implementeres til alle målgrupper, mens de øvrige dele af manualen rettes til i forhold til en specifik målgruppe. Denne udgave af PROM er specifikt rettet i mod musikterapi for patienter med personlighedsforstyrrelser. Manualen indgår også som en del af et pilotprojekt, der har til formål at udvikle en protokol for et internationalt RCT projekt med samme målgruppe.

Indledning

Denne manual er produktet af mange års klinisk praksis og udtryk for et aktuelt behov for at beskrive den metode som anvendes inden for musikterapi med personer med personlighedsforstyrrelse. Manualen er knyttet til et pilotprojekt på musikterapi-klinikken på Aalborg Psykiatriske Sygehus, der siden 1994 har lang og omfattende klinisk erfaring med både individuel og gruppemusikterapi med denne målgruppe. Dog er der ikke nationalt eller internationalt udført kontrollerede effektundersøgelser specifikt for musikterapi med denne målgruppe. Dette er et problem, da der stilles krav om evidens i form af kontrollerede effektstudier (RCT). Dette pilotprojekt er derfor første skridt på veje mod en international multicenter RCT-undersøgelse af musikterapi som intervention i forhold til denne målgruppe. I forbindelse med dette arbejde er navnet: Procesorienteret musikterapi (PROM) opstået. PROM kan karakteriseres som musikterapi på intensivt eller primært niveau [Bruscia 1998]. Det er ligeledes dynamisk musikterapi (ibid.), men der skelnes ikke mellem musik i terapi og musik som terapi. PROM er i sin nuværende udgave en principiell ramme for udførelse af musikterapi i psykiatrien, og i den her beskrevne form er den rettet imod musikterapi med personer med personlighedsforstyrrelse, herunder borderline personlighedsforstyrrelse (BPD). PROM kan imidlertid også udformes som manual for andre klientgrupper. Det er hensigten, at PROM skal kendes ved gruppen af unikke principper, som er fælles og overordnede. De skal kunne gælde for alle de målgrupper, der har fokus på processen, som den defineres senere. I øjeblikket arbejdes der på en PROM manual for musikterapi med personer med skizofreni og psykoser. I forlængelse af pilotprojektet skal der ske en evaluering af manualens ordlyd og om den fungerer som ramme for den musikterapeutiske praksis. Dvs. at manualen skal fungere som ramme for de principper den kliniske musikterapi udføres efter. Procesorienteret musikterapi kan derfor betragtes som "best practice" inden for musikterapi i psykiatrien i Danmark, dog således at den procesorienterede musikterapis mere detaljerede indhold kan veksle, afhængigt af de diagnoser og symptomer mennesker med psykiske problemer lider under. "Best practice" er i denne sammenhæng mest funderet i kliniske erfaringer, og i metoder der videnskabeligt er beskrevet grundigt (bl.a. Hannibal 2000, Pedersen 2005, Rolvsjord 2010). Best practice beskrives mere detaljeret nedenfor.

Procesorienteret musikterapi bygger på kendte begreber og anvendte metoder, og i den forstand er der ikke noget nyt ved denne manual. Men vi mener, at der er et nyt element i manualen, i kraft af det eksplicitte fokus på processen og på den måde, dette får konsekvenser for den terapeutiske tilgang til behandlingen. I denne manual præsenteres vores bud på en definition af den procesorienterede tilgang til musikterapi, hvad den indeholder, og hvad der er unikt ved denne tilgang. Manualens formål er at beskrive vores kliniske praksis, som vi ser den anno 2012. Vi ønsker at sammenfatte vores erfaringer i denne manual som et statement og som et bud på en musikterapeutisk metode til behandling af patienter inden for hospitalspsykiatrien. Da vi mener, at det vigtige i terapien er, at der sker en terapeutisk proces i behandlingen, og at denne proces er identisk med patientens heling, udvikling og vækst, kalder vi vores bud på musikterapien for procesorienteret musikterapi

Manualen indledes med de overordnede parametre for den procesorienterede musikterapi-model. Denne model samt redegørelsen for den procesorienterede terapeutiske tilgang er grundlaget for det følgende afsnit, der omhandler de retningsgivende principper for/hensigter med procesorienteret musikterapi i psykiatrien. Modellen beskrives mere detaljeret ud fra 1) dens unikke og essentielle principper, 2) dens essentielle men ikke unikke principper, 3) dens acceptable men ikke nødvendige principper, og endelig 4) ikke acceptable og forbudte principper¹ [Waltz, Addis, Koerner &

1 Se Rolvsjord, Gold, & Stige [2005] der beskriver udviklingen af en RCT forskningsprotokol om ressourcerorienteret musikterapi.

Jacobson 1993]. Som afslutning beskrives det, hvorledes modellen tænkes implementeret i den kliniske praksis, og det diskuteres hvorvidt PROM kan betragtes som "et nyt tiltag" eller som en opgradering af allerede eksisterende musikterapimodeller.

Best practise

Musikterapiklinikken på Aalborg Psykiatriske sygehus har eksisteret siden 1993. Der har i gennemsnit været tilknyttet 1,5 musikterapistilling til enheden, der i forbindelse med forskning og indsamling af data, også udførte klinisk behandling. Der findes ikke en samlet registrering af antallet af patienter, og antallet af udførte behandlinger, men der findes flere opgørelser.

En opgørelse (Hannibal 2004), der dækkede perioden 1993-2000 viste, at 35 pt. havde modtaget individuel musikterapi i perioden. I gennemsnit havde de modtaget 35,5 sessioner. Diagnostisk var der overvægt af patienter med skizofreni (56%) og personlighedsforstyrrelse (25%). Dette billede har vist sig repræsentativt for musikterapi i psykiatrien i Danmark. Dog ændrede det kliniske billede på musikterapiklinikken i Aalborg sig i løbet af perioden 2000-2010. I 2005-06 var patient populationen her meget præget af patienter med borderline personligheds forstyrrelse (F 60.31: emotionel ustabil PF), hvilket skyldes at musikterapi indgik som en del af dagbehandlingen i form af gruppemusikterapi. I alt modtog 104 patienter med PF gruppemusikterapi i perioden 2003-2010 (Hannibal 2008; Hannibal, Pedersen, Windfelt & Skadhede 2011)²

Musikterapiklinikken har således ydet behandling til mange patienter fra målgruppen patienter med personligheds forstyrrelse af borderline type, evasiv og dependent type. Da vi foruden registreret udbytte af behandlingen (Hannibal 2000, Hannibal et al. 2011) også kan se et højt fremmøde (Hannibal & Pedersen 2000) og lavt drop-out fra behandlingen (Hannibal 2005; Hannibal, Pedersen, Egelund, Hestbæk, & Munk-Jørgensen 2012) indikerer dette at der udvikles en behandlingsalliance og at behandlingen er meningsfuld og givende. Da der ikke er foretaget en egentlig randomiseret og kontrolleret undersøgelse er evidens for effekt af musikterapi som eneste terapeutiske intervention for denne målgruppe ikke påvist. Dette behov for dokumentation er en af begrundelserne for at lave denne manual, og for den pilotundersøgelse vi er i gang med - og som manualen er en del af.

Musikterapiklinikkenes syn på behandlingsmetoden kan bedst beskrives som en eklektisk tilgang men med tydelige rødder i den analytiske tænkning og i improvisation som en gennemgående metode. Den terapeutiske tilgang er dog i tiltagende grad blevet præget af såvel receptive metoder, samt af sangskrivning. I det kliniske arbejde er der fokus på at opbygge patienternes relationelle og kommunikative kapacitet, hvilket indebærer fokus på alliance udvikling, på symptomer samt på potentialer og ressourcer. Der henvises dels patienter, der er begrænsede i deres evne til at samtale om deres situation og derfor ikke kan arbejde verbalt reflekterende og dels patienter med personlighedsforstyrrelser der i forbindelse med dagbehandling modtog musikterapi i perioden og som er i stand til at reflektere verbalt. Den metodiske tilgang og teoretiske forståelse er således stærkt præget af vores egen teori og praksisudvikling. Ansatte på musikterapiklinikken har beskrevet terapeutforholdemåder og interventioner (Pedersen 2000), assessment (Hannibal 2002a, Bonde 2011), overføring i musikterapi (Hannibal 1998, 1999, 2000), modoverføring (Pedersen 2003, 2005, 2012), procesforståelse (Hannibal 2002b), gruppemusikterapi (Hannibal 2008, Bonde & Pedersen 2012), casebeskrivelse (Pedersen 2003, Hannibal 2003) og teoretisk integration (Hannibal 2007, Pedersen

2 *Man kan læse om selve behandlingen i årskrifterne på MIPOs hjemmeside <http://ojs.statsbiblioteket.dk/index.php/mip>. [NB MIPo får ny web-adresse i 2013].*

under udgivelse], samt musikterapi og mentalisering [Hannibal under udgivelse].

Det gennemgående træk ved denne praksis er en grundlæggende dynamisk forståelse af patienten og den terapeutiske proces, men med tiltagende fokus på at det terapeutiske arbejde må tage udgangspunkt i både patientens problemer og ressourcer, og må være tilpasset patientens aktuelle terapeutisk reflekterende kapacitet. Musikterapiens force var og er at kunne tilbyde intensiv behandling til patientgrupper, der i verbal terapi ville komme til kort, fordi verbalterapi er afhængig af sproget som mediator for den terapeutiske proces. Dette er også beskrevet som et fokus der både arbejder med netop symptomer og med ressourcer [Pedersen 2012].

Procesorienteret musikterapi

En måde at betragte en proces på, er at kalde det et *forløb*, hvor noget sker. At betragte en proces som et forløb udtrykker to ting:

a) For det første har begrebet forløb en analog karakter. Det analoge henviser til, at et procesforløb er kontinuerligt og det udfolder sig løbende. Ikke som et lineært fænomen, men som en uforudsigelig kaotisk begivenhed. Processen vil hele tiden være styret af det forudgående og det aktuelle, der fører processen fremad. Tilsammen skaber de to fænomener en fortløbende oplevelse af nuet. I en terapeutisk sammenhæng er der tale om neurologiske, mentale og relationelle processer. Noogle dele af processen er bevidste [eksplicite], mens andre [de fleste] er ikke-bevidste [implicitte]. Billedligt talt kan det ses som forskellige tråde, der væver sig ind i hinanden. Det kan sidestilles med fraser i en samtale, et stykke musik eller i tanker [Stern 2004].

b) For det andet udtrykker et forløb en progressiv bevægelse, som er irreversibel. Med irreversibel menes, at man ikke kan gøre processen om, når den først er foregået. Banalt sagt: Det samme vand løber ikke gennem åen to gange. Man kan ikke starte forfra på en proces, man kan kun fortsætte den. Tid udgør således et element i begrebet proces. En proces er noget, der har en begyndelse, en midte, måske et klimaks og en afslutning. I denne betydning kan processen ses som et narrativt forløb, med en spændingslinje og et plot.

At have et procesfokus vil altså dels sige, at der sker noget i terapien og dels at vi ikke kan gentage processen. Vi må som terapeuter kunne følge med i det flow som processen foregår i. Og hvis flowet går i stå, søge at få det i gang igen, og hvis det bliver for voldsomt søge at dæmpe det en smule. Dette omsættes til et kodeks som siger, at enhver aktion, intervention og refleksion i terapien bør være relateret til den til enhver tid igangværende terapeutiske proces.

At have proces som retningsangivelse siger ikke noget som helst om indholdet i terapien eller om den metodiske form, hvilket er en logisk følge af det uforudsigelige eller kaotiske element i processen. Men samtidig er terapi ikke kaos, og terapeutens funktion er derfor på bedst mulig vis at sørge for eller bidrage til at processen har et terapeutisk sigte og følger en terapeutisk dagsorden.

Processer er komplekse størrelser og mange faktorer spiller ind på forløbet af en proces. Foreløbig kan følgende parametre identificeres: Konteksten, kontrakten, terapeuten og klienten, det eksplicite og det implicitte niveau, her og nu, samt den fælles historie. I nedenstående model angives de parametre som har indflydelse på hvordan terapien kan forløbe. Det er altså parametre, som altid vil være gældende og definerende for hvordan den terapeutiske proces forløber. Men modellen angiver ikke specifikke metoder, specifikke fortolkningsrammer, eller specifikke krav til patienten. Pointen er netop at påpege, at disse parametre har indflydelse og bør tages i betragtning.

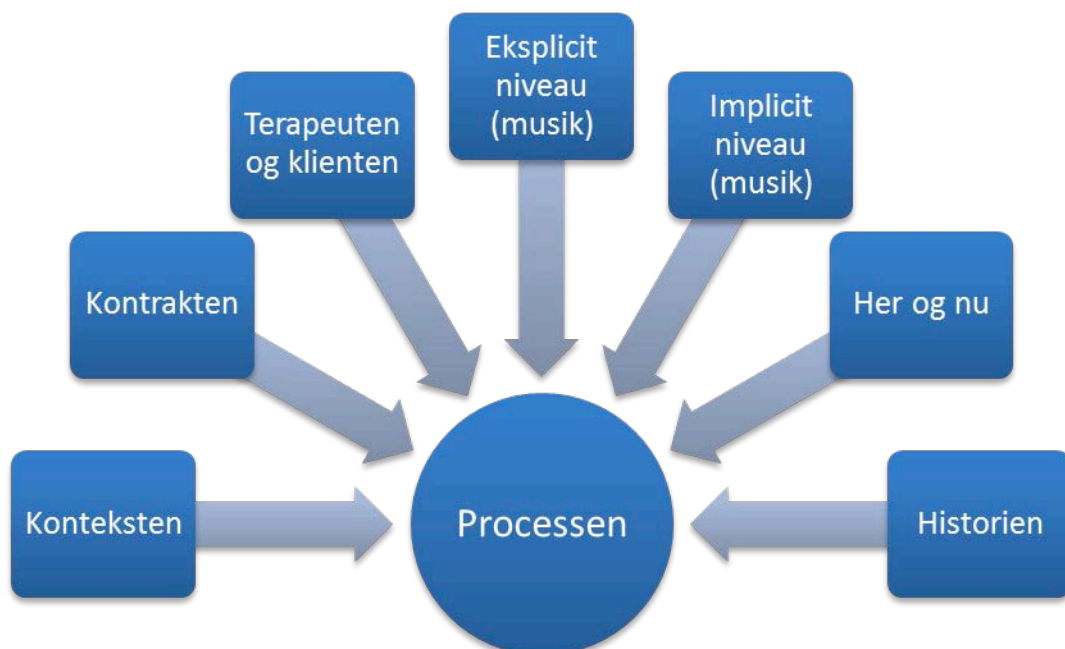


Fig. 1 Processens elementer

Konteksten refererer til den sammenhæng terapien udspiller sig i. I dette tilfælde som et behandlingstilbud til patienter i psykiatrisk regi der har diagnosen personlighedsforstyrrelse - ICD 10 F60 - F63 - undtaget er dog patienter med dyssocial lidelse. Konteksten har betydning for forventninger, rammer, lokalisering, økonomi osv. I forlængelse af konteksten kan man tilføje den terapeutiske kontrakt.

Kontrakten benævner rammerne for terapien. Hvis klienten har for lavt funktionsniveau til at kunne identificere behandlingsbehov m.v., giver dette anderledes rammer end hvis klienten har et erkendt ønske om terapi. I musikterapi arbejder man med både lavt og højt funktionsniveau.

Terapeuten og klienten er de personer, som er til stede. At benævne dem som henholdsvis terapeut og klient sker af hensyn til de forskellige roller og ansvar, de har i konteksten. Terapeuten har et etisk og et behandlingsmæssigt ansvar, mens klienten har et ansvar for at møde frem og arbejde med det som har bragt vedkommende i terapi.

Det eksplicite niveau omhandler alt det i terapien som er deklarativt, symbolsk og narrativt. Det vil sige; sprogets meningsindhold, musikken som artefakt, fortællingen, tegningen, drømme og deres symboler mv. Verbalterapi foregår i høj grad på et forståelses- og et narrativt niveau, hvor man undersøger og explicit udleder mening.

Det implicitte niveau omhandler alt det i terapien som er uden for sproget og bevidsthedens umiddelbare domæne. Det gælder det procedurale, det non-verbale og præverbale i interaktion (inter-subjektive processer som f.eks. affektiv afstemning, gensidig synkronisering osv.), og det gælder musikalske fænomener som musicering (musicizing) og proto-musikalitet. Den implicitte del af terapi med patienter med PF er helt central, idet megen af den kommunikation som hører til tilknytningsmønstre er implicit. Samtidig har denne målgruppe en svag eller ikke udviklet evnen til at mentalisere relationelle processer, og det er derfor afgørende, at terapeuten evner at navigere i dette sprogløse felt.

”Her og nu” henviser til at denne model og andre nutidige modeller bevidst vælger at holde et fokus i terapien på det som sker i nuet. Allerede i 50’erne gjorde Gestaltterapiens fader, Fritz Perls, en dyd ud af at have fokus på det som sker i nuet. Mentaliseringsbaseret terapi (MBT) har også eksplicit og tydeligt valgt, at det terapeutiske arbejde forgår i nuet. Man har endda formuleret sig meget specifikt om den indstilling, som terapeuten skal have for at kunne fremme patientens mentaliserings-evne. Bateman og Fonagy skriver:

”Man skal sikre at ens primære interesse gælder patientens mentale tilstand og ikke hans adfærd. Hovedinteressen er rettet imod hvad der forgår i hans verden nu, og ikke hvad der er sket tidligere. Man er nysgerrig efter hvad patienten har ”på sinde”, og på hvordan det kan have skabt det nu, den situation som er. Dette gøres ud fra en erkendelse af, at både terapeuten og patienten blot har en impressionistisk oplevelse af samspillet.” (Bateman et al. 2007, s. 137)

Denne måde at beskrive indstillingen hos terapeuten, kan godt opfattes som udtryk for et psykoterapeutisk paradigmeskift, i hvert tilfælde når dette krav om et ’her og nu’-fokus ses i forhold til klassisk psykoanalytisk metode og teori.

Historien er det sidste element i modellen. Historien påvirker, og kan til dels determinere den terapeutiske proces. Historien er den ”historie” som ethvert terapiforløb har og er. Optimalt følger terapiens historie en kurve, hvor episoderne udgøres af oplevelser i terapien, der bliver til indsigter og erfaringer, som kan overføres til det virkelige liv. ”Historie” dækker dels over en eksplicit vidensopbygning mellem terapeut og klient, men nok så centralt over en implicit relationel udvikling imellem dem. Dette indbefatter udvikling af tilknytning, tryghed, intersubjektivitet, autonomi, mentaliseringssevne mv.

Opsamlende kan man sige, at denne procesorienterede models første prioritet er, at det som sker i terapien fremmer den helings- og vækstproces, som er terapiens mål. I musikterapi anvendes musik og samtale som et middel til at fremme denne udvikling, men ingen metode eller intervention kan i sig selv være styrende.

Principper for procesorienteret musikterapi i psykiatrien

Som nævnt tidligere er denne manual inddelt i fire forskellige kategorier af principper:

1. *Unikke og essentielle principper i procesorienteret musikterapi i psykiatrien.*
I denne gruppe beskrives de terapeutiske principper, der er unikke og essentielle for procesorienteret musikterapi. De enkelte principper kan også findes i andre manualer, så det er kombinationen af dem der er unik for denne manual.
 - 1.1 Den terapeutiske proces er altid terapiens centrale fokus
 - 1.2 Den terapeutiske proces kan fokusere på reduktion af symptomer og/eller udvikling af færdigheder/kompetencer og/eller styrkelse af ressourcer
 - 1.3 Den terapeutiske proces forgår altid i et ”her og nu” perspektiv, og fortiden inddrages kun i dette perspektiv
 - 1.4 Den terapeutiske proces har sigte mod såvel det implicitte og procedurale niveau som det eksplicitte og deklaratve niveau

- 1.5 Den terapeutiske proces er ikke bundet til en bestemt musikterapeutisk metode (improvisation, komposition eller reproduktion eller musiklytning)
 - 1.6 Den terapeutiske proces har fokus på udvikling af relationelle og kommunikative færdigheder.
2. *Essentielle men ikke unikke principper i procesorienteret musikterapi.*
De terapeutiske principper i denne gruppe er essentielle for procesorienteret musikterapi med personer med personlighedsforstyrrelse, men de er også essentielle for procesorienteret musikterapi med andre målgrupper samt for andre musikterapietninger. Disse principper er lige så vigtige som de forrige.
- 2.1 Den terapeutiske proces identificeres i dynamiske mønstre som forsvar, overføring og modoverføring
 - 2.2 I den terapeutiske proces er opbygning, udvikling og vedligeholdelse af den terapeutiske alliance (samarbejde om mål, metoder, intimitet og styring) nødvendig
 - 2.3 Den terapeutiske proces har fokus på regulering af arousal
 - 2.4 Den terapeutiske proces kan foregå både ved at reflektere verbalt og ved at agere musikalsk
 - 2.5 Terapeuten skal stræbe efter at opretholde en mentaliseringsfremmende indstilling over for klienten i samtalen, i musikken og i den non-verbale kommunikation
3. *Acceptable men ikke nødvendige terapeutiske principper.*
De terapeutiske principper i denne gruppe kan i visse tilfælde være hensigtsmæssige, men er ikke essentielle for procesorienteret musikterapi.
- 3.1 Interventioner der bremser negative og ikke terapeutisk fremmende processer
 - 3.2 Rådgivende og strukturerende interventioner, når patienten ikke magter den terapeutiske proces
4. *Ikke acceptable og forbudte principper*
Disse interventioner er kontraindicerede i forhold til procesorienteret musikterapi:
- 4.1 Interventioner der alene er styret af metodiske eller teoretiske grunde uden inddragelse af patientens perspektiv
 - 4.2 Brug af overføring til at undersøge ubevidste gentagelser af tidligere adfærd
 - 4.3 Opmuntring til fantasier og frie associationer om terapeuten
 - 4.4 Brug af konfronterende og frustrationsfremkaldende interventioner som f.eks. lange pauser
 - 4.5 Spejling af umarkerede emotioner

Uddybende beskrivelse af de enkelte principper vedrørende PROM.

Unikke og essentielle principper i procesorienteret musikterapi i psykiatrien

1.1 *Den terapeutiske proces er altid terapiens centrale fokus*

I traditionel psykoterapi og analytisk orienteret musikterapi har fokus været på udredning, bearbejdning og integration af fortidige oplevelser og erfaringer, for på den måde at opnå korrigerende oplevelser og erfaringer. Arbejdet med disse "erfaringer" var så at sige det som forandrede patienten i terapien. Når patienterne havde overkommet og fået indsigt i disse erfaringer, mønstre

og deres aktuelle betydning og funktion, ville de i princippet være helbredt. Dette arbejde kan ligne de fænomener som procesorienteret musikterapi arbejder med. I PROM er der en balance mellem de mål for terapien som formuleres sammen med patienten - og vejen til at opfylde disse mål. Der tænkes på at fokus kan være på symptomer som de viser sig i det konkrete samspil her og nu, på ressourcer eller begge dele. Man kan sige, at der i PROM ikke er noget krav om at processen *skal* omhandle nogle specifikke træk hos patienten eller have en bestemt retning, men målet med behandlingen er at patienten får det bedre, udvikler sin evne til mentalisering, sin evne til affekt regulering mv. Da processen i her og nu er terapiens ontologiske virkelighed, skal processen så at sige både følge med i det som sker, og samtidig sørge for, at det som sker får denne proces til at ske. Ingen terapi vil kunne overholde en sådan målsætning, da terapi er en uforudsigelig begivenhed, men terapeuten skal kunne vende tilbage til spørgsmålet om det som sker, få processen til at ske, og samtidig kunne observere om det som sker er hensigtsmæssigt.

The Boston Change Process Study Group [2010]³ anvender betegnelsen "dynamic systems model" når de beskriver komplekse systemer med mange uafhængige variable, som en terapeutisk situation jo er. Disse systemer betegner de som selv-organiserende, hvilket resulterer i diskontinuitet, i ikke-lineære skift i deres organisering og de er derfor uforudsigelige. Disse skift i systemet fører til fremkomsten af uventede egenskaber som ikke eksisterede tidligere i systemet [BPCSG 2010 s. 97]. En sådan måde at anskue terapeutiske forandringsprocesser på svarer meget godt til den måde, vi ønsker at anskue musikterapi på.

At have et "åbent fokus" gør at terapeuten kan være åben for det unikke, patientens historier og erfaringer, og kan holde fokus på nuet og på relationen. En sådan virkelighed er for uforudsigelig, og kompleks til at kunne manualiseres, så der ligger egentlig en modsætning i at opstille en sådan manual. En forklaring på dette paradoks er, at manualen netop forsøger at forberede terapeuten på at kunne møde det komplekse og agere i dette felt, men ikke nødvendigvis med den hensigt at tvinge en forud defineret ramme ned over terapien. Og man kan vel med rette argumentere for at begrebet manual ikke er helt dækkende, men det anvendes her under disse forudsætninger og begrænsninger

1.2 *Den terapeutiske proces kan veksle mellem at omhandle reduktion af symptomer; udvikling af færdigheder/kompetencer og styrkelse af ressourcer*

For at holde fokus på processen er det nødvendigt både at forholde sig til patientens symptomer [det patogenetiske], på det aktuelle mål om udvikling af færdigheder, og på at styrke de ressourcer [det salutogenetiske], som patienten besidder. Fokus skal derfor være fleksibelt og styret af om der er behov for at mindske symptomer eller på at styrke ressourcer. At foruddefinere enten det ene eller den andet fokus forstås som ikke muligt i den uforudsigelige, komplekse kliniske virkelighed. Der vil typisk være forskellige faser i et terapeutisk forløb, hvor der er mere fokus på symptomer frem for på ressourcer osv. Dette er en konsekvens af, at terapeutisk arbejde ofte motiveres af et ønske fra patienten om at få det bedre. Det er derfor naturligt at forholde sig til de klager eller problemer som præsenteres, alene for at komme patienten i møde. Længere henne i forløbet hvor patienten har udviklet større fleksibilitet og har flere nuancer på sin egen person, vil orientering mod ressourcer mv. fylde mere i patientens her og nu bevidsthed. Men det er vigtigt, at terapeuten regulerer sit terapeutiske fokus ud fra terapiens "ontologiske virkelighed".

3 *The Boston Change Process Study Group [BCPSG] består af følgende: Nadia Bruschiweiler-Stern, Karlen Lyons-Ruth, Alexander C. Morgan, Jeremy P. Nahum, Bruce Reis og afdøde Daniel N. Stern*

1.3 *Den terapeutiske proces foregår altid i et "her og nu" perspektiv, og fortiden inddrages kun i dette perspektiv*

At arbejde i psykoterapi med "her og nu" er ikke nyt. At arbejde ud fra en dynamisk forståelse af patientens psyke i her og nu, som et grundprincip, er derimod noget nyt. I forlængelse af ovenstående, og inspireret af mentaliseringsbaseret psykoterapi, foregår PROM i et her og nu perspektiv.

Da procesorienteret musikterapi aktivt integrerer tanker og principper fra den mentaliseringsbaserede terapi [MBT], er fokus på her og nu derfor en central del af denne manual. Det betyder i midlertid ikke, at der ikke kan være behov for at undersøge begivenheder eller oplevelser, der er foregået uden for terapien. Men det er essentielt, at historien benyttes til at belyse det nuværende og ikke til at se det nuværende i forhold til fortiden, som man har gjort tidligere, når der har været tale om et klassisk dynamisk fokus på overføringsanalyser o.l.

Her og nu perspektivet er også vigtigt af den grund, at terapien ansues som et komplekst dynamisk system, hvor alle parter er med til at forme den intersubjektive kontekst. Det henviser også til at implicite relationelle mønstre [se 1.4] som aktiveres imellem patient og terapeut, og de forhandlinger om måden de kan være sammen på, foregår løbende i nuet. For at kunne drage nytte af disse processer i terapien er her og nu perspektivet helt nødvendigt.

1.4 *Den terapeutiske proces har sigte mod såvel det implicite og procedurale niveau som det eksplicite og deklarative niveau*

At inddrage både det implicite og det eksplicite i terapien er næsten uundgåeligt, når man anvender musik som mediator for terapeutiske processer. At inddrage både betydningen af kommunikationen og måden kommunikationen foregår på i terapi er en del af et nyt samlende terapeutisk paradigme [BCPSG 2010]. Her betones den betydning de fænomener, som er uden for sproget, har for den terapeutiske proces. Det er ikke tilstrækkeligt kun at have fokus på det eksplicite indhold i en dialog. Man er i en psykoterapeutisk kontekst også nødt til at have fokus på det implicite niveau. Man anvender begreber som det lokale niveau til at beskrive det som sker, når en proces folder sig ud skridt for skridt. Man snakker om implicit relationel viden, som den procedurale viden vi besidder og som har indflydelse på hvordan vi agerer på det lokale niveau. Man argumenter for, at det som ligger uden for sprogets betydningsniveau, uden for bevidstheden, har betydning og ser det som et adskilt niveau. Stern [2010] nævner f.eks. matching i improvisatorisk musikterapi som en proces lig med affektiv afstemning. I denne manual ses musikken i forhold til om den berører det eksplicite eller implicite niveau i de personer som deltager i eller benytter musikken. Om musikken faktisk kan betragtes som en tredje form for oplevemåde er et spørgsmål, der ligger uden for denne manuals ramme.

1.5 *Den terapeutiske proces er ikke bundet til en bestemt musikterapeutisk metode [improvisation, komposition, reproduktion eller musiklytning]*

De forskellige muligheder for at intervenere i den terapeutiske proces som er til stede i musikterapi skal bedst muligt sørge for at processen er i gang. Alle musikterapeutiske metoder anvender musik til at stimulere, aktivere og motivere patienten. Men det er ikke muligt på forhånd at beslutte, at den ene tilgang er bedre end den anden. Nogle metoder faciliterer det implicite, f.eks. improvisation, mens andre både faciliterer det eksplicite og implicite, f.eks. sangskrivning og flere receptive metoder. Nogle metoder har høj grad af struktur, f.eks. at spille et komponeret stykke musik, mens andre har forskellige grader af struktur, afhængig af den position terapeuten indtager i musikken. De forskellige metoder vil blive opfattet forskelligt af hver patient, og faktisk er det ofte sådan at pa-

tienten skal tilegne sig den terapeutiske metode. Hvis nogle aktiviteter opleves som mere grænseoverskridende end grænseudvidende, kan det være nødvendigt at stoppe op og sikre sig at patienten er med.

I PROM er det en pointe at se musikalske "interventioner" som en palet med mange farver, og det er kombinationen af terapeutens og patientens kompetencer, det aktuelle tema der bør ligge til grund for valg af metode. Ligeledes anskues musikterapien ikke som en dikotomi mellem musik i terapi og musik som terapi, da vi mener dette opstiller en kunstig skelnen. I stedet anskues tilgangen til den terapeutiske proces mere i forhold til om musikken primært aktiverer implicite processer, eksplícite processer eller begge dele.

1.6 *Den terapeutiske proces har fokus på udvikling af relationelle færdigheder*

At udvikle relationelle færdigheder er alle terapiers moder. I musikterapi adviseres "det relationelle" af dels den verbale dialog, når en sådan forekommer, dels og især i gennem den musikalske interaktion og kommunikation. Det relationelle henviser dels til allianceudvikling og dels til tilknytningsmønstre. Patienter med personlighedsforstyrrelse er et eksempel på en gruppe patienter, der ofte er ambivalente, undvigende, udad-agerende i deres tilknytningsstil, og i værste fald er evnen til tilknytning helt fraværende. At have fokus på tilknytning er derfor helt centralt for denne målgruppe [se også 2.2].

Essentielle men ikke unikke principper i procesorienteret musikterapi

2.1 *Den terapeutiske proces identificeres i dynamiske mønstre som forsvar, overføring og modoverføring*

Som anden analytisk funderet psykoterapi er musikterapi i psykiatrien med denne målgruppe også opmærksom på psykens indre dynamikker og de fænomener som hører til denne dynamik. Forskellen fra traditionel psykoterapi består i den måde hvorpå disse fænomener inddrages i terapien, hvor de alene inddrages når det fremmer mentaliseringen og den terapeutiske proces. Det centrale er at skabe mulighed for at nye relationelle erfaringer kan ændre tidligere uhensigtsmæssige tilknytningsmønstre.

2.2 *I den terapeutiske proces er opbygning, udvikling og vedligeholdelse af den terapeutiske alliance (samarbejde om mål, metoder, intimitet og styring) nødvendig*

Den terapeutiske alliance er et begreb som har central betydning i denne manual. Uden en form for alliance er det ikke muligt at arbejde med PROM. Men det er samtidig vigtigt at understrege at selve opbygningen af en alliance mellem terapeut og patient, vil vedrøre spørgsmål om tilknytningsmønstre, idet vi taler om en relation der er tryk, hvor man har tillid til den anden person og hvor patienten så vidt muligt forholder sig til sit ansvar for behandlingen. Det er sjældent der processen starter, og i de fleste tilfælde vil den indledende del af behandlingen omhandle etablering af alliancen. Når den er etableret, vil man se regelmæssigt fremmøde, aktiv deltagelse i behandlingen, evne til at formulere mål, kendskab til metoder og en evne til aktivt at kunne forholde sig til graden af intimitet i mellem patienten og terapeuten [Hougaard 2004].

Med den patientgruppe som denne manual stiler mod [PF], tager det ofte lang tid at opbygge en tryk alliance, og alliancen skal ofte fornys eller bekræftes.

2.3 *Den terapeutiske proces har fokus på regulering af patientens arousal-niveau*

Forhøjet arousal er kontraindiceret for patientgruppen personlighedsforstyrrede. Det skyldes, at et for højt neurologisk arousal-niveau hæmmer patienternes kognitive funktioner, hvilket i praksis vil sige deres mentaliseringsevne. Det gør dem desuden sårbare over for regressive kriser, hvor der er forhøjet risiko for drop out, acting out i form af selvskade, misbrug eller suicidaltruende adfærd. For lav arousal kan betyde manglende engagement i terapien og for høj arousal medfører ofte risiko for udad-ageren og kan udgøre en fare for terapien. Nogle patienter kan opleve musikalske aktiviteter som udfordrende og skræmmende, hvilket øger negativ arousal. Det tjener derfor ikke noget formål at tilråde anvendelse af én specifik metode, da dette for nogle patienter har negative konnotationer. Men samtidig er det vigtigt at hjælpe patienterne med at tilegne sig musikterapeutiske metoder mv. og i den forbindelse inddrage de mentale tilstande som musik på forskellig måde kan aktivere i den løbende terapeutiske proces. Det vil sige, at man på den ene side skal bevare det specifikke musikterapeutiske i det terapeutiske arbejde og anvende de aktive og receptive metoder, som terapeuten behersker, og på den anden side skal man altid lade den aktuelle proces gå forud for en specifik terapeutisk metode eller dagsorden.

2.4 *Den terapeutiske proces kan foregå både ved at reflektere verbalt og ved at agere musikalsk*

Ligesom metoden og interventionsformen ikke er afgørende for om der forekommer en proces eller ej, er mediet som interventionen foregår i heller ikke afgørende for om der sker en terapeutisk proces. Det betyder, at musikterapeuten både skal beherske sproget og musikken som terapeutisk medium. I forhold til sproglige interventioner er det som nævnt vigtigt at forholde sig til nuet, at arbejde med mentalisering både eksplicit og implicit, at benytte MBTs anvisninger i forhold til behandling med personlighedsforstyrrede. I forhold til det musikterapeutiske er det på samme måde vigtigt at terapeuten benytter sine særlige kompetencer og ressourcer for at facilitere den terapeutiske proces. Det understreges, at der ikke skelnes mellem sprog og musik, men mellem det eksplicite og det implicite. At den terapeutiske proces foregår i begge niveauer anses som vigtigt, og nødvendigt for terapeutisk forandring.

2.5 *Terapeuten skal stræbe efter at opretholde en mentaliseringsfremmende indstilling over for klienten i samtalen, i musikken og i den non-verbale kommunikation*

At udvikle patientens evne til at mentalisere anses i dag for helt centralt, når man arbejder psyko-terapeutisk med patienter med personlighedsforstyrrelse. Derfor indgår det også i denne manual. De mere specifikke principper for at anvende MBT, og de konsekvenser det har for terapeutens forholdemåde og for terapeutens interventionsstil, er mere operationaliserede end den øvrige manual, og de er derfor beskrevet selvstændig artikel [Hannibal under udgivelse]. Men det er unikt at integrere MBT i musikterapi.

Som allerede nævnt, er MBT "best practice" inden for psykoterapi med patienter med personlighedsforstyrrelse. At benytte disse principper i musikterapi kan derfor ses som et forsøg på at udvikle musikterapiens metode og teori, så den er i overensstemmelse med andre gældende og evidensbaserede behandlingsprincipper. Dog er det ikke hensigten, at denne syntese af principper af ikke-musikterapeutisk oprindelse skal påvirke den terapeutiske proces i musikken på en måde, så musikkens force hæmmes eller begrænses. Men det er vores opfattelse, at MBT kan være med til at underbygge anvendelsen af musikterapi, da MBT også lægger særlig vægt på ikke-sproglige

terapeutiske processer. Allan et al. [2010] har formuleret en række principper for interventioner der fremmer mentalisering hos patienten. Disse ligger til grund for principper i denne udgave af PROM, der ligeledes har til hensigt at fremme metalisering i en musikterapeutisk sammenhæng. Kort fortalt er rationalet bag anvendelsen af MBT, at mentaliseringsfejl i en tilknytningsassocieret kontekst er et centralt aspekt for patienter med personlighedsforstyrrelse [PD]. Det vil sige, at når personer med personlighedsforstyrrelse er i situationer hvor deres tilknytningsmønstre aktiveres, så er de sårbare fordi deres subjektive oplevelse kolliderer ved ikke tolerabel psykisk smerte, ved forøget oplevelse af negative emotioner og ved kognitiv dysfunktion [Asen & Fonagy 2012]. Graden af emotionel arousal og mentaliseringsevnen anses som direkte forbundne.

Acceptable men ikke nødvendige terapeutiske principper

3.1 *Interventioner der bremser regressive og ikke terapeutisk fremmende processer*

I visse situationer kan det være nødvendigt at bremse en terapeutisk proces, således at patienten ikke forlader terapirummet i en destruktiv eller ukontrolleret emotionel tilstand. Det skyldes, som nævnt tidligere, at patienter med personlighedsforstyrrelse reducerer deres i forvejen begrænsede mentale ressourcer, når de oversvømmes af negative emotioner. I situationer hvor terapeuten skønner, at patienten ikke kan opnå en hensigtsmæssig mental tilstand uden at vedkommende bringes ud af den aktuelle emotionelle spænding, har dette arbejde højere prioritet end at holde en proces i gang, der risikerer at skabe en uhåndterbar tilstand for patienten.

3.2 *Rådgivende og strukturerende interventioner, når patienten ikke magter den terapeutiske proces*

Der kan forekomme situationer, hvor patienten i princippet ikke evner at arbejde terapeutisk med sin aktuelle situation. Her bør terapeuten, hvis intet andet er muligt, arbejde på et rådgivende eller støttende niveau, indtil patienten igen kan arbejde i terapien ud fra de af patienten definerede mål. Patienter i denne situation vil ofte score under 40 på GAF skalaen⁴.

Ikke acceptable og forbudte principper

4.1 *Interventioner der alene er styret af metodiske eller teoretiske grunde uden inddragelse af patientens perspektiv*

Som en naturlig konsekvens af det procesorienterede fokus er der et krav om at man ikke udfører interventioner ud fra en forudbestemt metodes krav, manual og så videre. I denne sammenhæng kan principperne om at følge principperne for MBT virke selvmodsigende. Det er dog ikke tilfældet, da MBT fordrer, at man altid retter sine interventioner ind efter den enkelte patients aktuelle mentaliseringskapacitet. Det er altså altid patientens aktuelle tilstand, der bestemmer og berammer terapeuten strategi, intervention og metode.

4 GAF står for Global Assessment of Function og er en del af DSM-IV-systemet. Den anvendes ofte som mål for en persons aktuelle funktions- og symptomniveau.

4.2 *Brug af overføring til at undersøge ubevidste gentagelser af tidligere adfærd*

Brug af overføringstolkninger og analyse af psykisk forsvar, som det ses i traditionel analytisk psykoterapi, må ikke anvendes. Det hæmmer mentaliseringsevnen og flytter fokus væk fra det virkelige og aktuelle i relationen mellem terapeuten og patienten.

4.3 *Opmuntring til fantasier og frie associationer om terapeuten*

Fantasier om den anden person er baseret på noget ikke observerbart, og kan derfor kun være med til at forstærke patientens patologiske mentale forestillinger om terapeuten. På trods af at disse kan ses som relateret til patientens ambivalente tilknytningsmønstre, er disse fantasier ikke fremmede for det mentaliserende perspektiv. Fri association kan ligeledes være med til at sætte fokus på en ikke hensigtsmæssig mental modus, som kendetegner personer med personlighedsforstyrrelse, og er derfor heller ikke fremmede for sund mentalisering.

4.4 *Brug af konfronterende og frustrationsfremkaldende interventioner som f.eks. lange pauser*

Lange pauser kan være med til at forstærke og stimulere ikke hensigtsmæssige tilknytningsmønstre. Dette skaber øget emotionel arousal der kan hæmme mentaliseringsevnen. Lange pauser er kun hensigtsmæssige i terapier med denne målgruppe, når både patient og terapeut er trygge ved tavshed.

4.5 *Spejling af umarkerede emotioner*

Det anbefales kun at spejle markerede emotioner, da ikke markerede emotioner i princippet kan være emotioner som patienten har evakueret fra sin psyke, og muligvis eksileret mod terapeuten. Spejling af sådanne umarkerede emotioner kan dels virkende truende og kan opfattes som om terapeuten tillægger patienten følelser denne ikke genkender. Derfor skal emotioner markeres tydeligt før de bringes i spil.

Anvendelse af principperne om Procesorienteret Musikterapi.

En hver beskrivelse af terapeutiske principper har kun relevans, hvis de kan omsættes til en eller anden form for praksis. Man må kunne operationalisere principper i konkrete terapeutiske handlinger. Terapeutiske handlinger kan være musikalske og/eller mentale og/eller adfærdsmæssige. Men en manual som den her præsenterede kan ikke anvendes direkte som instruktionsbog, eller som klinisk guide i en kaotisk klinisk virkelighed. Det vil sige, at terapeuten skal forberede sig på at integrere principperne i manualen inden for terapien, og efterfølgende evaluere sine handlinger i supervision og refleksion. Hvor lang tid der kræves, før sådanne principper kan omsættes til praksis, afhænger dels af terapeutens kendskab til teorierne og dels af hvordan terapeuten forbereder sig i forhold til den kliniske virkelighed. At assimilere og integrere teorier og omsætte den til praksis er en proces, der både aktiverer refleksion og ikke-bevidste og automatiserede processer – fænomener der kendes som modoverføring ol.

Mentalisering er et vigtigt behandlingskoncept i denne manual, og derfor er det vigtigt at kunne undersøge, om terapeuterne udfører mentalisering i overensstemmelse med mentaliseringsbaseret

terapis egne retningslinjer, når de arbejder med PROM. Karterud og Bateman udgav i 2011 en manual og en vurderingsskala som kan anvendes til at undersøge terapeutens verbale interventioner [Karterud & Bateman 2011]. Det synes således muligt at uddanne og træne terapeuter i denne specielle metode, som i forhold til målgruppen patienter med personlighedsforstyrrelse er helt central. Det er desuden en del af pilotprojektet at udvikle et registreringsredskab, som dels fungerer som terapirapport, dels som dataindsamlingskilde. Det er en videreudvikling af et lignende redskab, som er anvendt i en finsk undersøgelse [Erkkilä et al. 2011]. Denne terapirapport [registreringsskema] indeholder dels oplysninger om aktiv musikterapi og receptiv musikterapi, om musikens stemning scoret ud fra Hevners Mood Wheel [Bonde, Pedersen & Wigram 2001] og om interaktionen mellem terapeut og patient, scoret med MIR-skalaen [Pavlicevic 2007]. Der er også en scoring af interaktionen i receptiv musikterapi, som er en ikke valideret skala udviklet af Bonde [2012]. Endvidere anvendes en anden ikke-valideret skala til scoring af den verbale interaktion, samt af terapiens procesniveau ud fra McGlashan & Kates' [1989] procesmodel. Endelig scores patientens tilknytningstype ud fra Bartholomew og Horowitz' [1991] tilknytningsmodel. Det er således hensigten at undersøge, om patienter der modtager musikterapi ud fra disse principper, faktisk ændrer sig i forhold til nogle af de parametre, vi anser som mulige afhængige variabler.

Det er ligeledes vigtigt at optræne de musikterapeuter der skal fungere som terapeuter i pilotprojektet for at mindske risiko for "treatment infidelity". I en finsk undersøgelse af musikterapi og dens virkning på depression [Erkkilä et al. 2011] forberedte man sig og trænede musikterapeuterne i over et år, før man begyndte den egentlige behandling. Dette skyldtes bl.a. at de benyttede en delvis formaliseret behandlingsmetode, hvor der dels kun blev arbejdet med improvisation og dels anvendte de udvalgte instrumenter. Dette var en udfordring for flere af terapeuterne. De følte sig begrænsede i deres kliniske praksis. Efter et års forberedelse lykkedes det at opnå en sådan grad af fælles metodisk forståelse, at der i den senere undersøgelse ikke var nogen sammenhæng mellem patienternes udbytte og hvilken terapeut de havde gået hos. Dette er blevet udlagt som tegn på at de non-specifikke faktorer ikke var udslagsgivende, eller som tegn på at terapeuterne havde samme grad af ekspertise. Det understreger betydningen af at forberede en sådan "manual og metode" grundigt, således at de terapeuter der udfører behandlingen arbejder ud fra en nogenlunde identisk ramme og fælles forståelse. Dette pilotprojekt har taget denne tråd op, og terapeutgruppen mødes jævnligt. Vi har dels arbejdet med vores opfattelse og forståelse af teorien, dels har vi lavet musikalske øvelser for at undersøge om vi kunne omsætte principperne til praksis. Sådanne studiegrupper er helt nødvendige og en betingelse for at terapeuterne kan erhverve sig de færdigheder, som er blevet præsenteret i denne manual.

Et andet spørgsmål er, om dette tiltag kaldet PROM er noget nyt og unikt, eller om det er "ny vin på gamle flasker". Umiddelbart er svaret ja til begge dele.

Vi mener ikke der er noget nyt i PROM, fordi hovedparten af de principper som beskrives ovenfor, er anerkendte og anvendte principper, som dels er hentet fra andre terapeutiske retninger og skoler, og som dels er hentet fra forskellige musikterapeutiske og metodiske retninger og skoler. Der er ikke noget nyt set fra et sådant perspektiv. Vi mener det er nyt, fordi vi dels bringer det patologiske og det salutogenetiske sammen som en eksplicit del af den musikterapeutiske behandlingskontekst. Det er også nyt i den forstand, at vi i denne manual forsøger at opgradere vores analytiske og psykodynamiske baggrund med det helt aktuelle og syntetiserende begreb: mentalisering. Det mener vi er nyt. Endelig mener vi, at det er nyt at sætte processen i centrum, og i den forstand forsøge at til-sidesætte ethvert metodisk og teoretisk dogme, der kan forhindre at en helende terapeutisk proces udfolder sig. Med dette stiller vi os på linje med det synspunkt, at denne målgruppe har brug for at

udvikle deres evner til mentalisering, at det er nødvendigt at terapeuten kan mentalisere patienten, og at det som foregår her og nu mellem terapeut og patient er terapiens virkelighed: dens ontologiske fokus.

Litteratur

Asen, E. & Fonagy, P. [2012]. *Advanced MBT Training Workshop*. Ikke publicerede power point noter. Aalborg Psykiatriske Sygehus.

Allan, J.G., Fonagy, P. & Bateman, A. [2010]. *Mentalisering i klinisk praksis*. København, Hans Reitzels Forlag.

Bateman, A. & Fonagy, P. [2007]. *Mentaliseringsbaseret behandling af borderline personlighedsforstyrrelse - en praktisk guide*. Århus, Akademisk forlag.

Bartholomew, K. & Horowitz, L.M. [1991]. Attachment Styles Among Young Adults: A test of a Four-Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology* 1991, Vol. 61, No.2: 226-244

Bonde, L.O., Hannibal, N. & Nygaard Pedersen, I. [2012]. Musikterapi i psykiatrien - Klinisk praksis, forskning og formidling. *Musikterapi i psykiatrien online*, Vol.7 [1]: 1-20

Bonde, L.O., Pedersen, I.N. & Wigram, T. [2001]. *Musikterapi: Når ord ikke slår til. En håndbog i musikterapiens teori og praksis i Danmark*. Aarhus: Klim:146 - 158

Bruscia, K. E. [1987]. *Improvisational Models of Music Therapy*. Springfield, IL: Charles C. Thomas Publications.

Bruscia, K., [ed.] [1998a]. *The Dynamics of Music Psychotherapy*. Gilsum NH: Barcelona Publishers

Bruscia, K. [1998b]. *Defining Music Therapy*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.

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. *The British Journal of Psychiatry* [2011] 199: 132-139

Hannibal, N. [1998]. Refleksion i og om musikalsk improvisation i musikterapi, i *Den musikterapeutiske behandling - teoretiske og kliniske refleksioner/ Årsskrift 1*:141-163. Musikterapiklinikken Aalborg Psykiatriske Sygehus og Aalborg Universitet

Hannibal, N. [1999]. The Client's Potential for Therapeutic Insight Assessed through the Ability to Reflect Verbally and Musically. *Nordic Journal of Music Therapy* 8[1]: 36-46

Hannibal, N. [2000]. Overføring i den musikalske interaktion, i *Den musikterapeutiske behandling - teoretiske og kliniske refleksioner/ Årsskrift 2*: 65- 85. Musikterapiklinikken Aalborg Psykiatriske Sygehus og Aalborg Universitet

- Hannibal, N. & Pedersen, I. N. [2000]. Opgørelse af fremmøde- stabilitet for patienter i musikterapi 1997 , i *Den musikterapeutiske behandling – teoretiske og kliniske refleksioner/ Årsskrift 1: 141-43*. Musikterapiklinikken Aalborg Psykiatriske Sygehus og Aalborg Universitet
- Hannibal, N. [2002a]. Henvisning, assessment, og egnethed til musikterapi i psykiatrisk regi, i *Musikterapi i Psykiatrien, Årsskrift 2: 56-73*. Musikterapiklinikken Aalborg Psykiatriske Sygehus og Aalborg Universitet
- Hannibal, N. [2002b]. Præverbalitet i musikterapi. *Musikterapi i Psykiatrien, Årsskrift 2: 139-53*. Musikterapiklinikken Aalborg Psykiatriske Sygehus og Aalborg Universitet
- Hannibal, N. [2004]. *Who came to music therapy - A description of the contemporary psychiatric client population in Music Therapy in Denmark*. Unpublished paper, the 6th European Music Therapy Congress 16-20 juni 2004, Jyväskylä, Finland
- Hannibal, N. [2005]. Beskrivelse af Patientpopulationen i klinisk musikterapi på fem psykiatriske institutioner i Danmark i perioden august 2003-juli 2004. *Musikterapi i Psykiatrien, Årsskrift 4: 64-75*. Musikterapiklinikken Aalborg Psykiatriske Sygehus og Aalborg Universitet
- Hannibal, N. [2007]. Relevansen af nyere psykodynamisk teori for det klinisk musikterapeutiske arbejde med patienter med personlighedsforstyrrelser. *Psyke og Logos 28(1): 385-407*.
- Hannibal, N [2008]. Gruppemusikterapi med patienter med personligheds- forstyrrelser i dagbehandlingsregi. *Musikterapi i Psykiatrien, Årsskrift 5: 76-101*. Musikterapiklinikken Aalborg Psykiatriske Sygehus og Aalborg Universitet
- Hannibal, N., Pedersen, B., Windfelt, M. & Skadhede, S. [2011]. Opsamling på Gruppemusikterapi i Dagbehandlingsregi for Perioden 2003 til 2010. *Musikterapi i Psykiatrien, Årsskrift 6: 26-37*. Musikterapiklinikken Aalborg Psykiatriske Sygehus og Aalborg Universitet
- Hannibal, N., Nygaard Pedersen, I., Egelund, T., Hestbæk, T. & Munk-Jørgensen, P. [2012] Schizophrenia and personality disorder patients' adherence to music therapy. *Nordic Journal of Psychiatry EARLY ONLINE 2012*
- Hannibal, N. [under udgivelse]. Mentaliseringsbaseret behandling og musikterapi, i *Musikterapi i psykiatrien online Årg. 8, Nr. 1* [2013]
- Hougaard, E. [2004]. *Psykoterapi - Teori og forskning*. København: Dansk Psykologisk Forlag
- Karterud, S. & Bateman, A. [2011]. *Mentaliseringsbaseret Terapi – manual og vurderingsskala*. Individuel version. København: Hans Reitzels Forlag
- Pedersen, I.N. [2000]. "Inde-fra eller ude-fra" - orientering i terapeutens tilstedeværelse og nærvær. *Musikterapi i Psykiatrien, Årsskrift 2: 87-109*. Musikterapiklinikken Aalborg Psykiatriske Sygehus og Aalborg Universitet

Pedersen, I.N. [2003]. The Revival of the Frozen Sea Urchin: Music Therapy with a Psychiatric Patient. Hadley, S. [Ed.] *Psychodynamic Music Therapy: Case studies*. Gilsum NH: Barcelona Publishers: 375 – 388

Pedersen, I.N. [2005]. At bruge musik til at håndtere modoverføring i individuel musikterapi i hospitalspsykiatrien. *Musikterapi I psykiatrien. årsskrift 4*. Musikterapiklinikken Aalborg Psykiatriske Sygehus og Aalborg Universitet: 40 – 63

Pedersen, I.N. [under udgivelse]. Music therapy in psychiatry today – do we need to specialize in the reduction of diagnosis-specific symptoms or on the overall development of resources? Or do we need both? *Nordic Journal of Music Therapy*.

Rolvjord, R., Gold, C. & Stige, B. [2005]. Research Rigour and Therapeutic Flexibility: Rationale for a Therapy Manual Developed for a Randomized Controlled Trial. *Nordic Journal of Music Therapy* 14[1]: 15-32.

Rolvjord, R. [2010]. *Resource-Oriented Music Therapy in Mental Health Care*, Gilsum, NH: Barcelona Publishers

Stern, D. [2004]. *Det nuværende øjeblik i psykoterapi og hverdagsliv*. København: Hans Reitzels Forlag

Stern, D. [2010]. *Vitalitetsformer - dynamiske oplevelser i psykologi, kunst, psykoterapi og udvikling*. København: Hans Reitzels Forlag

The Boston Process Change Study Group [2010]. *Change in Psychotherapy: A Unifying Paradigm*. New York: Norton Professional Books

Waltz, J., Addis, M E., Koerner, K. & Jacobson, N.S. [1993]. Testing the Integrity of a Psychotherapy Protocol: Assessment of Adherence and Competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61[4]: 620-630

“MY BATTLE OF LIFE”

– Musikterapi med brug af sangskrivning, rap-performance og kognitive metoder¹

“Det har været positivt at erfare, at eksplorative kreative processer har kunnet fungere side om side med psykoterapeutisk samtale med udgangspunkt i den kognitive metode, og at de to meget forskellige metoder har suppleret hinanden til gavn for patienten.”

Helle Nystrup Lund



HELLE NYSTRUP.

Musikterapeut cand.phil. 1995 og cand. mag.2003, Aalborg Universitet. Desuden nyuddannet kognitiv terapeut i 2012. Ansat på Aalborg Psykiatriske Sygehus siden 2004. Klinisk musikterapeut med erfaring indenfor voksenpsykiatrien. Aktiv oplægs- og workshopholder. Udøvende pianist med speciale i jazz og improvisation.

Abstract

Artiklen er et case-studie fra voksenpsykiatrien med fokus på metodebeskrivelse. Med afsæt i et individuelt behandlingsforløb med en ung mand med en skizo-affektiv diagnose, gøres der rede for de anvendte musikterapeutiske og kognitive metoder. Sangskrivning i form af rap som specifik anvendt teknik belyses, og to udvalgte kognitive metoder præsenteres: hjemmeopgaver tilpasset musikterapien og arbejdet med livsværdier. Endelig diskuteres fordele og implikationer i integrationen af kognitive metoder i musikterapi.

¹ Denne artikel har sin oprindelse som oplæg på den 7. nordiske musikterapikonference i Jyväskylä, Finland, juni 2012.

Indledning

Psykiatrien i Region Nord udbyder en 2-årig overbygnings-uddannelse i kognitiv terapi. Det er en obligatorisk del af uddannelsen at rekruttere patienter til psykoterapi med brug af kognitive metoder. Disse patientforløb indgår i uddannelsen og superviseres herfra af psykolog samt deltagende psykologer og læger. På den 7. Nordiske Musikterapikonference i Jyväskylä, Finland i juni 2012, samt efterfølgende i MIP regi, er de første positive erfaringer med at kombinere musikterapeutiske og kognitive metoder i klinisk praksis blevet præsenteret [Lund, 2012]. Min baggrund for at skrive denne artikel er således en 2-årig psykoterapiuddannelse til kognitiv terapeut, samt 8 års klinisk erfaring som musikterapeut i voksenpsykiatrien på Aalborg Psykiatriske Sygehus.

Teksten giver en metodebeskrivelse af et individuelt terapiforløb med en ung mand med et bredt spektrum af symptomer. Patienten er en 26 årig mand, Adrian, med diagnosen skizo-affektiv lidelse. Patienten er anonymiseret.

Først præsenteres patienten, herunder forholdene omkring opstart af et individuelt forløb i musikterapi, samt terapeutiske målsætninger. Så følger et kort afsnit om musikterapiforskning samt en præsentation af den anvendte musikterapeutiske metode. Dernæst en kort præsentation af kognitiv adfærdsterapi og indkredsning af to udvalgte kognitive metoder der har været centrale i forløbet. Disse metoder er dels hjemmeopgaver og fokus på livsværdier. Arbejdet med at indføre disse i klinisk praksis beskrives i de efterfølgende afsnit.

Afslutningsvis diskuteres fordele og implikationer ved integration af kognitive metoder i musikterapi.

Introduktion til Adrian

Adrian er en ung mand på 26 år, som indlægges med et bredt spektrum af symptomer. I sygdomsbilledet ses både psykotiske og depressive symptomer. Der ses periodiske psykotiske oplevelser, megalomane og paranoide forestillinger og latent aggression. Desuden er der enkeltstående fysisk aggressive episoder i belastede situationer. Adrian har udtalte søvnproblemer og koncentrationsbesvær. Der har været misbrug af alkohol og stoffer. Han er præget af et lavt selvværd og en ofte polariserende og ultimativ tænkning. På denne baggrund diagnosticeres han med en skizoaffektiv lidelse [F25 WHO ICD-10]. Adrian har gennemført en teknisk grunduddannelse, men er sygemeldt og har måttet opgive arbejdsprøvning og praktikforløb efter flere forsøg. Igennem sin opvækst har han været udsat for psykisk og fysisk vold af sin far, som han nu har et ambivalent forhold til. Faren har karriere som finansmand i udlandet. Der er desuden nære familierelationer som er overvejende gode, særligt til mor og farmor. Ud over disse nære relationer har Adrian haft nogle få korterevarende kæresteforhold.

Adrian er ved forløbets start indlagt på et åbent afsnit for nydiagnosticerede unge mennesker med en bred vifte af psykiatriske diagnoser. Han samarbejder godt med personalet på afsnittet, og er i udgangspunktet positiv for at opstarte i musikterapi. Han har et oprigtigt ønske om at ændre på sit nuværende liv, der er præget af voldelige og negative episoder og gentagne indlæggelser.

Indledningsvis er Adrian musikinteressert og motiveret for at skrive egne tekster og sætte musik til, men er uforstående over for og uinteressert i terapeutiske målsætninger. I samarbejde med personalet på afsnittet aftales en terapeutisk målsætning med fokus på aggressionsforvaltning og etablering af behandlingsalliance.

Over en 1årig periode fra januar 2011 til januar 2012 modtager Adrian ialt 26 sessioner musikterapi af en times varighed en gang ugentlig. Af disse sessioner har han modtaget 5 inden han udskrives. Alle indledende sessioner viser han god 'compliance', og han tilbydes herefter 10 gange ambulantly i samarbejde med læge og plejepersonale, under forudsætning af, at han indvilger i at deltage i et individuelt musikterapiforløb med brug af kognitive metoder. Dette indvilger han i og forløbet fortsætter planmæssigt. Idet forløbet nærmer sig sin afslutning, forværres hans tilstand midlertidigt (grundet sommerperiode og problematisk samvær med faren), og han genindlægges kortvarigt. Han modtager en enkelt musikterapisession under indlæggelse. På baggrund af et fortsat behandlingsbehov og et udtrykt ønske om at fortsætte tilbydes han yderligere 10 sessioner, som han modtager, og forløbet afsluttes herefter.

I det følgende beskrives den videnskabelige baggrund for at tilbyde musikterapi i den psykiatriske behandling.

Musikterapi i psykiatrien – kort om forskning

Musikterapi er en nyere behandlingsform i psykiatrien, som nu er veldokumenteret i højt rangeret forskningslitteratur, herunder Cochrane Reviews [Maratos, Gold, Wang & Crawford 2008] og en RCT undersøgelse af musikterapi og depression [Erkkilä, Punkanen, Fachner, Ala-Ruona, Pöntiö, Tervaniemi, Vanhala & Gold 2011]. Meta-analysen af Gold et al [2009] omhandler dosisrespons forhold vedrørende musikterapi for personer med alvorlige psykiske lidelser, og den viser at der er varig og betydningsfuld bedring af tilstanden efter minimum 16 sessioner. Disse studier er med til at validere musikterapi som et evidensbaseret behandlingstilbud i psykiatrien. De har også relevans i forholdet til herværende konkrete patientforløb, idet patientens diagnose falder ind under målgruppen af patienter med en alvorlig psykisk lidelse med symptomer af både depressiv og psykotisk karakter.

Effektforskning i musikterapi med mennesker med skizofreni viser at musikterapi kan indvirke positivt på motivation, på emotionel og social tilbagetrækning, på manglende evne til kontakt og kommunikation og på nedsat opmærksomhed. Musikterapi reducerer både generelle og negative symptomer [Pedersen 2012].

Flere klinikere har i de danske psykiatriske skrifter dokumenteret musikterapi-behandling i form af case-studier, heriblandt Frederiksen og Lindvang [2005] der begge omhandler skizofreniområdet. En række artikler beskæftiger sig således med individuelle behandlingsforløb beskrevet ud fra klinisk praksis og med en psykodynamisk funderet metode. Denne artikel bringer ny viden om inddragelse af kognitive metoder i individuel musikterapi.

Idag anvendes musikterapi i psykiatrisk behandling af en række psykiske lidelser, herunder skizofreni og depression, og er således nu anbefalet i referenceprogrammer fra Sundhedsstyrelsen i Sverige, men endnu ikke i Danmark.

Musikterapeutisk metode

Den musikterapeutiske metode udspringer af den humanistiske og den psykodynamiske terapi-metode som ligger til grund for musikterapiuddannelsen på Aalborg Universitet [Bonde, Pedersen, Wigram 2001]. I terapiforløbet med Adrian er der anvendt en eklektisk og udogmatisk tilgang, hvor metoder hentet fra den kognitive terapitradition er integreret i en psykodynamisk funderet oplevelsesorienteret musikterapi-metode med sangskrivning som primær teknik.

Behandlingen tager udgangspunkt i musikterapeutisk metode, kognitiv terapi, samt patientens resourcer i form af musikinteresse og evne til spontant at nedskrive tanker og følelser.

Den musikterapeutiske narrative metode ligner en metode der findes beskrevet i psykologilitteratur [Baikie & Wilhelm, 2005; Graybeal, Sexton & Pennebaker 2002]. Metoden består i at skrive tekster om traumatiske eller emotionelle oplevelser, hvor der referes til begrebet 'expressive writing' som en narrativ metode blot uden musik. Den amerikanske psykolog James W. Pennebaker har siden 1980'erne været en pioner indenfor forskning i 'expressive writing'. Pennebaker har undersøgt de helsefremmende mentale og fysiske effekter af at skrive om traumatiske og emotionelle emner, både i og udenfor en terapeutisk setting. Overordnet viser undersøgelser af 'expressive writing' i klinisk setting en moderat positiv effekt på fysisk og mental sundhed [Baikie & Wilhelm 2005].

'Expressive writing' refererer til at en person på opfordring skriver en tekst med et stærkt personligt og emotionelt indhold. Patienten Adrian giver sig helt spontant i kast med ekspressiv skrivning og har allerede ved musikterapiens start en idé om at teksterne kan sættes i musik. Gradvist udvikler Adrians tekster sig fra at have karakter af 'expressive writing' til at have karakter af 'expressive songwriting'.

I musikterapi kan et oplæg i form af en tekst være start for en sangskrivningsproces. Alle former for tekstoplæg kan i princippet være udgangspunkt i sangskrivning. Det kan være stikord og enkeltstående sætninger eller temaer. Poetiske tekster og lyrik kan sættes i musik. Udgangspunktet kan også være tekst som ikke er skrevet målrettet til musisk brug, men som redigeres og omskrives i sangskrivningsprocessen.

I musikterapilitteraturen findes sangskrivning som metode beskrevet i bogen Songwriting [Wigram & Baker 2005]. Felicity Baker beskriver hvordan sangskrivning kan have flere terapeutiske mål, såsom øget selvforståelse og forandring af identitet. Desuden formuleres en række mulige mål som er følgende; at identificere og eksternalisere følelser, at kommunikere til nære relationer, bekræftelse og opmuntring og at fortælle sin historie [Baker 2005]. Randi Rolvsjord skriver om sangskrivning i individuel musikterapi i voksenpsykiatrien. Rolvsjord arbejder ud fra en ressourceorienteret tilgang med tilknytning til empowerment filosofi [Rolvsjord 2004] og fokuserer på den støttende metode, hvilket er afspejlet i de terapeutiske målsætninger. Hun konkluderer, at sangskrivning hjælper klienten til at udtrykke og kommunikere følelser, til at mestre sin livssituation, samt at sangskrivningsprocessen fremmer affektregulering. Desuden giver sangskrivning følelser af glæde og mestring. Endelig transformeres forfærdelige ubærlige oplevelser og følelser i musikken til noget positivt og smukt. Baker og Rolvsjord formulerer terapeutiske mål for sangskrivning, som også er aktuelle i dette patientforløb. Rolvsjord formulerer de terapeutiske målsætninger for en bred psykiatrisk målgruppe og ikke specifikt rettet mod patientgrupper med psykotiske symptomer.

En sangskrivningsmetode er funderet i rap musikken. Metoden har været anvendelig i forhold til Adrian, dels fordi han lyttede til rap og dels fordi hans tekster/lyrik ikke bar præg af traditionel musikalsk form opdelt i vers og omkvæd. Teksterne bestod af lange sætninger, ofte med et aggressivt sprog og brug af rim. Adrian havde ikke sunget tidligere og den fortællende stil med fokus på rytmisk betoning frem for melodisk præcision, tiltalte ham. Desuden appelerede den cool 'rapper-attitude' til ham og passede ind i hans selvbillede.

Arbejdet med rap som specifik musikterapeutisk sangskrivnings-teknik er beskrevet i nyere musikterapilitteratur, blandt andet af hollandske Sylka Uhlig [Uhlig 2011], som har bidraget til bogen "Developments in Music Therapy Practise" med et kapitel om en proces i terapi 'Fra voldelig rap til skøn blues' [frit oversat fra engelsk hnl]. Robert E. Krout skriver om sangskrivnings-baseret kort-tidsmusikterapi med teenagere, hvor rap er en anvendt teknik. Kliniske og teoretiske perspektiver i arbejdet med sangskrivning som musikterapeutisk teknik forventes uddybet i en selvstændig artikel om emnet. Denne artikel refererer primært til de kliniske erfaringer som er gjort i det beskrevne forløb.

Musikterapi med Adrian

Der er gode erfaringer med både aktiv og receptiv musikterapi med målgruppen af nydiagnosticerede unge med forskellige psykiatriske diagnoser på afsnittet hvor Adrian er indlagt. Idet han er motiveret for at opstarte musikterapi, tilbydes han, som nævnt, et individuelt forløb med aktiv musikterapi under indlæggelsen.

Indledningsvis kommer Adrian til musikterapien med tekster, han spontant har skrevet på sin mobiltelefon eller på håndskrevne papirlapper. Teksterne er personlige fortællinger om vigtige og smertefulde oplevelser skrevet i verseform og med brug af rim. Eksempelvis rimer 'bæltefiksering' på 'tvangsmedicinering' i fortællingen om, hvordan hans mørke side bliver mere og mere fremherskende, som årene går – og sluttelig fører til indlæggelse på en psykiatrisk afdeling. Der ses i teksterne beskrivelser af traumatiske oplevelser, blandt andet beskrivelser af faderens voldelige overgreb i barndommen, samt traumatiske oplevelser i forbindelse med indlæggelse på lukket afsnit. I musikterapien læser Adrian teksten op, og den sættes i musik ved, at vi sammen finder et trommebeat eller en akkordgang på klaveret, som fungerer som akkompagnement til oplæsningen. Vi øver teksten og retter den til som en rap, og Adrian rapper teksten i mikrofon. Desuden spiller og synger vi i Karaoke-stil med på rock-numre, Adrian vælger og afspiller på musikanlægget. Her øver Adrian både sangteknik og ekspressiv kropslig rap-performance.

Sangtitlerne giver et indtryk af temaer, som fremkommer i musikterapien: "Den lukkede", "Ensomheden", "My battle of life", "Livet i overhalingsbanen", "Skizo-råddet", "Smertens Fyrtårn", "Takkesang", "Erobre verden – mærk smerten", "Jeg tør nu at leve" og "Happy every morning".

I dette forløb anvendes sangskrivningsmetoden til at hjælpe Adrian med at opnå en større selvindsigt og sygdomsindsigt. I teksterne gives udtryk for oplevelser og eksistentielle temaer, og disse udfolder sig poetisk og emotionelt i det musikalske udtryk. Det aggressive udtryk i udøvelsen støtter en hensigtsmæssig og positiv aggressionsforvaltning. Idet teksterne er nedfældet på skrift, og da sangenes indhold tematiseres i samtalen, i det omfang Adrian evner, hjælper de samtidig til at give en distance fra det oplevede. På baggrund af denne eksternalisering af indre følelser og oplevelser

ud i lyrik og musik, kan en gradvis internalisering begynde. Således kan han i sit eget tempo begynde at forholde sig reflekterende til aktuelle og eksistentielle problematikker, som de præsenteres i musikken. I arbejdet med selvindsigt og sygdomsindsigt er det relevant, at se nærmere på hvilke tanker Adrian har om sig selv og sine omgivelser, og hvilken forståelse han har af sin lyrik og musik. Her bliver tænkningen nu terapiens fokus, og de kognitive metoder er relevante og strukturerende i samtalen.

Den udøvede musik i terapien hjælper patienten til at udtrykke og kommunikere stærke følelser i et anerkendende rum. I musikken fremstår Adrian med sine megalomane forestillinger "I am the king" og destruktiv selverkendelse "The Skizo-Freak" (begge er sangtitler) autentisk, hudløst ærlig og syg. I det musikalske udtryk eksponeres patologiske symptomer, eksempelvis de megalomane forestillinger, men i selve musikudøvelsen vægtes autenciteten i udtrykket og der er ikke fokus på analyse eller diagnosticering. Den kognitive metode kommer ikke i anvendelse her.

Som terapeut og medmusiker bliver jeg inviteret med ind i udtrykket. Vi forsøger sammen at finde en musik, der beskriver, hvordan det er at være til i foranderlige stemninger fra selvforherligelse og lovprisninger af egne bedrifter, til aggressive voldelige tanker og trusler og til selvnedgørelse og dommedagsstemning. Målet for musikken er at gengive patientens oplevelser af sig selv og omverdenen. I den musikalske proces er musikterapeutens rolle ikke at være analyserende i forhold til patientens psykopatologi men kun musikalsk analyserende og korrigerende i forhold til om det musikalske udtryk lykkes ud fra oplægget og intentionen. Musikterapeutens autentiske og dedikerede tilstedeværelse er afgørende for patientens oplevelse af at føle sig hørt og forstået. I det musikalske sammenspil har musikterapeuten en unik mulighed for at få et indtryk af patientens oplevelsesverden.

Adrian er solist, og jeg er musikalsk konsulent og medspiller.

Ovenstående er en forenklet beskrivelse, af det som foregår i musikken. Musikudøvelsen består af en kombination af flere tilgange, og den rummer elementer af eksplorativ improvisation, sangskrivning, stemmetræning og performance. Den anvendte metode kan overordnet betegnes som en aktiv psykodynamisk musikterapi-metode, der sigter mod, at Adrian udvikler ny indsigt i egne tanker, følelser, holdninger og problematikker. Musikterapi som aktiv psykodynamisk metode er beskrevet i dansk musikterapilitteratur (Bonde, Pedersen & Wigram 2001).

Da Adrian i forbindelse med udskrivelse siger ja til at fortsætte ambulant, nu i et forløb hvor der integreres metoder fra kognitiv terapi, deles timen op i to dele af hver 30 minutters varighed. Først aktiv musikudøvelse som hidtil og herefter 30 minutters samtale. Adrian er ved udskrivelsen i bedring. Hans stemningsudsving er formindskede og de psykotiske oplevelser er aftaget væsentligt. De paranoide tanker og megalomane fantasier præger dog stadig hans tanker og handlinger. Han har stadig søvnproblemer og depressive symptomer. Han er nedtrykt og har mange negative tanker, men i mindre grad end tidligere. Han har fortsat brug for hjælp til at strukturere hverdagen og han får besøg af en distriktssygeplejerske flere gange om ugen.

I takt med en gradvis bedring af tilstanden får Adrian mere struktur på sit arbejde med lyrikken og skriver nu teksterne ind på en bærbar computer, som han medbringer i musikterapien.

Efter denne introduktion til den musikterapeutiske metode, vil vi nu se nærmere på den del af terapien, der omfatter kognitiv terapi og metode.

Kognitiv terapi – en strukturerende metode

Kognitiv terapi (også benævnt CBT) er i sin nuværende form baseret på Aaron T. Becks udvikling af kognitiv psykoterapi i 1960'erne [Rosenberg & Mørch 2005]. Det er tænkningen, kognitionen, der er udgangspunkt for denne terapiform, og der arbejdes med patientens tænkning som udgangspunkt for ændring af følelser og adfærd. Kognitiv terapi har gennem årene vundet stor udbredelse og anerkendelse i psykiatrisk behandling af en række psykiske lidelser, herunder angst [Hougaard, 1997, 2006] og depression [Rosenberg & Mørch 2005], og er således nu anbefalet i referenceprogrammer fra Sundhedsstyrelsen, der ligger til grund for regionens patientforløbsbeskrivelser og den konkrete behandlingsplan.

Da Adrian har symptomer, som hører ind under den affektive søjle, er der indikationer for behandling med kognitive metoder.

I forløbet er der anvendt en bred vifte af teknikker og metoder fra kognitiv terapi og beslægtede terapiretninger, herunder Acceptance & Commitment Therapy også kaldet ACT:

- den kognitive diamant, fordele-ulempe skema, liste over nærende/drænende aktiviteter, sokratiske dialog, nedadgående pils teknik, kriseplan, kortlægning af skemata, automatiske negative tanker og alternative tanker, formulering af terapeutisk målsætning, samt hjemmeopgaver tilpasset musikterapien [Rosenberg og Mørch 2005]
- expressive writing [Baikie & Wilhelm 2005; Graybeal, Sexton & Pennebaker 2002]
- livsværdier – mål og delmål [Leahy 2003, Ciarrochi & Bailey 2008].

Ovenstående teknikker og metoder vil i det følgende blive omtalt som kognitive metoder, da de alle udspringer fra den kognitive terapiretning.

I herværende tekst fokuseres på to temaer, som har haft en central rolle i forløbet; hjemmeopgaver tilpasset musikterapi, samt repositionering i livet ud fra arbejde med livsværdier.

En tredje nævneværdig faktor i forløbet, som er inspireret af den kognitive metode, er brug af papir og noter i hver session. Dette har fremmet fokus og struktur i den terapeutiske proces.

Hjemmeopgaver

I kognitiv adfærdsterapi er hjemmeopgaver et vigtigt element i terapiforløbet [Rosenberg og Mørch, 2005]. Registrering af adfærd samt øvelser i at ændre adfærd, dvs. at praktisere alternative handlinger og alternativ tænkning er en central del af behandlingen. En hjemmeopgave kan f.eks. være gradvist at udsætte sig selv for det, man er bange for. Eksempelvis har Adrian paranoide tanker i forbindelse med buskørsel. Han har en oplevelse af, at folk stirrer på ham og griner af ham. Det er en øvelse at tage med bussen, først køres kun et enkelt stop og gradvist en længere og længere rute med henblik på mestring. Han får til opgave at undersøge om alle nu også stirrer på ham og griner af ham, samt registrere følelser og tanker. Denne og lignende hjemmeopgaver med eksponering udfører han i samarbejde med ergoterapeut og distriktssygeplejerske.

I musikterapien gives hjemmeopgaver, der har relevans for musikterapien. Det er vigtigt, at der er god sandsynlighed for succes i den stillede opgave. Vi formulerer sammen opgaver, der af Adrian vurderes som realistiske.

Opgaven er at foretage minimum et kvarters arbejde med musik dagligt. Der stilles i opgaven en

række valgmuligheder: at skrive nye tekster, at søge på nettet efter inspiration til ny musik, at redigere en ny sangmappe, hvor ark med lyrik renskrives og sættes i orden.

Opgaven kræver, at Adrian fokuserer og målretter sin opmærksomhed mod opgaven i mindst 15 min. Hjemmeopgavens sværhedsgrad skal ses i lyset af, at Adrian har store koncentrationsproblemer, er droppet ud af flere forsøg på at deltage i korte dagkurser samt har søvnproblemer og problemer med at opretholde en normal døgnrytme. Adrian er motiveret for at udføre opgaven dagligt, og han medbringer hver uge sin mobiltelefon eller bærbar computer, hvor han har indtalt eller skrevet de nye tekster, som vi lytter til sammen. Han medbringer desuden en mappe med sangene, som gradvist renskrives og sættes i alfabetisk orden.

Hen mod afslutningen af forløbet træder 'performance'-delen i baggrunden, og samtalen om nye tekster samt aktuelle udfordringer i hverdagslivet får større vægt. Her kommer de kognitive metoder i anvendelse.

Livsværdier og 'mål-trappen'

I kognitiv supervision af musikterapeuten foreslås det at arbejde med patientens livsværdier, da han har høje og urealistiske forventninger til egne evner og til den umiddelbare fremtid. Denne teknik er beskrevet i kognitiv litteratur, som en teknik omhandlende undersøgelse af værdisystemer - "examining the value system" [Leahy, 2003 og Ciarrochi & Bailey 2008]. Adrian drømmer om at blive musiker eller at tage en længevarende uddannelse på universitetet, og han har svært ved at acceptere niveauet på de aktiviteter, der faktisk er realistiske. Ved at formulere en række grundlæggende værdier, som er meningsfulde, og som han kan identificere sig med, kan han støtte sig til disse i mange beslutninger herunder valg af aktiviteter i nær fremtid. Adrian laver i musikterapien følgende stikordsliste over sine grundlæggende værdier: Kreativ/kunstnerisk, hjælpe andre, livsglæde igennem udtryk, ordentlige venner, være glad for det man laver, uddannelse/at kunne identificere sig. Han nuancerer og omformulerer efterfølgende værdierne med følgende punktvis opstilling:

- et fagligt emne man er god til
- at videregive et budskab
- at have indre balance
- at have et godt socialt netværk

Herefter introduceres Adrian for 'mål-trappen'. På et ark papir tegnes en række opadgående trappe-trin, hvor øverste trin repræsenterer det ultimative mål, mens hvert trin på trappen er et skridt på vej i retning mod målet. Øverst på Adrians måltrappe står musik og universitetsuddannelse. Idet et musikkursus i Sind daghøjskole-regi kan være et første skridt på vejen mod et større mål, støttes han i at tænke positivt og ikke betragte den reelle aktivitet som et nederlag. Desuden kan han fokusere på at vælge aktiviteter, der er i overensstemmelse med de beskrevne værdier, således at han herved lettere kan fravælge idéer til aktiviteter, der måske umiddelbart virker attraktive, men som ikke stemmer overens med værdierne. I denne proces fravælges blandt andet et bartenderkursus, der kun er overfladisk tilfredsstillende. I mange samtaler vender vi tilbage til livsværdierne og mål-trappen, og dette har indflydelse på, at Adrian ikke længere impulsivt devaluerer de aktuelle muligheder for aktivitet og læring, men indstiller sig på at moderere sine ambitioner væsentligt. Idet "ordentlige venner" står på listen over livsværdier, kan han også bedre fastholde beslutninger om at fravælge venskaber, der fastholder ham i negative mønstre og misbrug.

Arbejdet med livsværdier og mål støtter Adrian til at foretage en repositionering i form af at indtage et nyt, 'modereret' standpunkt i livet, efter at han må indstille sig på at leve livet anderledes, end han har forestillet sig og drømt om. Det er muligt at realisere sine værdier, selv om man ikke umiddelbart opnår målet. Den gradvise udvikling hen imod et nyt ståsted i livet foregår på baggrund af en kognitiv proces, idet det er forandring af tænkningen, som er basis for processen og en ny selvforståelse. I ACT (Acceptance and Commitment Therapy) litteratur, der er en videreudvikling af kognitiv terapi, bruges en metafor for processen i form af billedet af at navigere efter et nyt fyrtårn (Ciarrochi & Bailey 2008) Der sondres mellem værdier og mål i tilværelsen. Dette fører for vidt at komme nærmere ind på her. Både CBT og ACT vægter arbejdet med livsværdier og mål og begge terapi-retninger har udviklet skemaer til skriftlig formulering af livsværdierne.

Musikken har ligeledes spillet en afgørende rolle i den terapeutiske proces, idet den hjælper Adrian til at mærke og forstå sig selv og er en støttende, bekræftende og meningsfuld aktivitet. Musikudøvelse har i forløbet gradvist indtaget plads som en betydningsfuld livsværdi.

Implikationer ved inddragelse af kognitive metoder i musikterapi

Med denne artikel har jeg ønsket at give et indblik i, hvordan kognitive metoder kan indgå i en oplevelsesorienteret terapiproces. Det har været positivt at erfare, at eksplorative kreative processer har kunnet fungere side om side med psykoterapeutisk samtale med udgangspunkt i den kognitive metode, og at de to meget forskellige metoder har suppleret hinanden til gavn for patienten. En udfordring ved at kombinere kognitiv terapi og musikterapi består i at være opmærksom og forsigtig i overgangen mellem oplevelses-sanse-modus og kognitiv-tænke-modus. Timing er afgørende her. Flexibiliteten i vekselvirkningen mellem de to modi er knap så problematisk, for det er en musikterapeut uddannet til. I dette tilfælde er erfaringen at patienten oplever at opdelingen af sessionen i en musikalsk del og en samtaledel er uproblematisk. Et væsentligt spørgsmål opstår, for hvornår er det hensigtsmæssigt at lade temaer, som synliggøres i musikken være genstand for refleksion og kognitiv bearbejdning? I dette terapiforløb har samtalen i perioder haft andre overskrifter end musikken. Når musikkens temaer ikke blev taget op i samtalen, skete det på baggrund af musikterapeutens vurdering af, at det i musikken udtrykte ikke endnu 'tålte' at blive gjort genstand for analyse.

I musikterapilitteraturen fremgår det, at indsigt og udvikling af relation, tanker og følelser er lige-stillede mål i terapien (Bonde, Pedersen & Wigram 2001). Som musikterapeut med en psykodynamisk forankring lægges der i arbejdet vægt på den terapeutiske relation med fokus på oplevelser, følelser og tanker relateret til musikudøvelse eller lytning. Konkrete samtaleteknikker kan supplere musikterapeutens udbud af tilgange spændende fra musikalske, nonverbale tilgange til forskellige verbale psykoterapeutiske tilgange. Musikterapeuter er højt kvalificerede til at arbejde med nonverbale processer i terapi. Inddragelse af kognitive metoder beror på et behov for at fokusere på den verbale del af terapien. Kognitiv terapi bidrager med et tydeligt sprog og konkrete samtaleteknikker når tænkningen, også kaldet kognitionen, er genstand for den fælles opmærksomhed i musikterapien.

Musikterapi i Danmark er i udgangspunktet inklusiv og inddrager forskellige terapiteorier og metoder til et sammensat teoretisk og metodisk fundament (Bonde, Pedersen & Wigram 2001). Det er rele-

vant at inddrage metoder fra kognitiv terapi, idet denne giver konkrete og strukturerende redskaber og samtale-teknikker, som fint kan anvendes i fragmenter, i en ekletisk og udogmatisk klinisk musikterapi-praksis. Alt efter patientens behov og terapeutens kvalifikationer arbejdes fleksibelt og vekslende mellem nonverbale og verbale tilgange og med forskellig terapeutisk fokus; relationelt, emotionelt, kognitivt, mentaliserende, krops- og adfærdsorienteret, oplevelsesorienteret.

Det musikalske fokus i terapien har været en afgørende motiverende faktor for Adrians fremmøde og engagement i forløbet. På denne baggrund var det muligt at introducere samtalebehandling og her fokusere på kognitive metoder.

Endnu et eksempel på hvordan en kognitiv metode inddrages i musikterapi følger her. I kognitiv terapi lægges vægt på hjemmearbejde og der er et eksplicit fokus på hvad patienten selv kan gøre imellem terapisesionerne. At patienten skal arbejde med konkrete hjemmeopgaver som aftales og evalueres hver session kan også være hensigtsmæssigt i et musikterapiforløb. Musikterapeuten kan foreslå hjemmeopgaver som er afstemt det musikterapeutiske forløb. En hjemmeopgave i form af daglig sangskrivning er beskrevet i denne artikel. Opgaven er formuleret med inspiration fra kognitiv terapi. Dette er et eksempel på hvordan kognitiv terapi kan inspirere musikterapeuten til at udvide sit repertoire af interventioner med patienten.

Metoder fra kognitiv terapi er anvendelige til at undersøge og give indsigt i tanker og leveregler og deres indflydelse på aktuelle problemstillinger. Kognitive metoder kan bruges til at synliggøre patientens tanker og forståelse af musikken og relationen og oplevelsen, som det ses i den aktuelle case, hvor Adrian bruger tekster på denne måde. Den kognitive metode fordrer en patientmålgruppe med god verbaliseringsevne og refleksionsevne på lige fod med mange andre psykoterapeutiske metoder. Fordelen ved at anvende kognitive metoder i musikterapi er, at de kan inddrages efter behov og supplere en oplevelsesorienteret og tildels non-verbal musikterapeutisk tilgang.

Med udgangspunkt i disse første kliniske erfaringer virker det muligt og uproblematisk at hente inspirationer fra kognitiv terapi ind i musikterapi uden at give køb på et grundlæggende dynamisk behandlingssyn.

Et problem kunne være at en kognitiv tilgang i musikterapi flytter fokus væk fra den dynamiske referenceramme hen mod en mere adfærdsorienteret metode, samt underminerer terapiens force som oplevelsesorienteret terapiform. Desuden vil et ensidigt fokus på kognitive metoder i musikterapi negligere den unikke mulighed for at have non-verbale processer som terapiens omdrejningspunkt.

Kombinationen af psykodynamisk musikterapi metode, sangskrivning som primær teknik og integration af kognitive metoder i den verbale del af terapien er hermed belyst og vurderes som anvendelig og betydningsfuld for patientens udbytte af behandlingen. Der bør dog foreligge yderligere dokumentation og forskningsresultater, før behandlingseffekten af de kombinerede metoder kan generaliseres.

Litteratur:

- Baikie, K. A. & Wilhelm, K. [2005]. Emotional and physical health benefits of expressive writing. *Advances in Psychiatric Treatment*, Vol. 11, 338-346. <http://apt.rcpsych.org/>
- Baker, F. & Wigram, T. [2004]. *Songwriting methods, techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators and students*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Bliksted, V. [2012]. *Kognitiv terapi ved skizofreni. Materiale fra undervisning på overbygningssuddan•nelsen i Kognitiv Terapi*, marts 2012 [upubliceret], Aalborg.
- Bonde, L.O., Pedersen, I.N., & Wigram, T. [2001]. *Musikterapi: Når ord ikke slår til. En håndbog i musikterapiens teori og praksis i Danmark*. Aarhus, Klim.
- Bonde, L. O. [2008]. Musikterapi i psykiatrien: ny international forskningslitteratur 2005-2007. *Musikterapi i psykiatrien. Årsskrift 5*: 156-163.
- Bonde, L.O., Hannibal, N. & Pedersen, I.N. [2012]. Musikterapi i psykiatrien – Klinisk praksis, forskning og formidling. *Musikterapi i psykiatrien online, Vol.1*, 1-19
- Bruscia, K. [ed] [1998]. *The Dynamics of Music Psychotherapy*. Gilsum NH, Barcelona Publishers.
- Ciarrochi, J. V. & Bailey A. [2008]. *A CBT Practitioner's Guide to ACT*. CA, USA. New Harbinger Publications.
- DeNora, T. [2000]. *Music in everyday life*. Cambridge, Cambridge University Press.
- 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. *The British Journal of Psychiatry* 199, 132-139
- Fønsbo, C. & Lund, H.N. [2011]. Musiklyttegrupper – en empirisk undersøgelse af anvendte metoder i psykiatrien. *Musikterapi i psykiatrien. Årsskrift 6*: 86-101
- Gold, C., Heldal, T., Dahle, T. & Wigram, T. [2005]. *Music Therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illness*. *Cochrane Database Syst Rev*. Apr 18[2]: CD004025
- 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 [2009] 193-207
- Graybeal, A., Sexton, J. D. & Pennebaker J. W., [2002]. The role of story-making in disclosure writing: The Psychometrics of Narrative. *Psychology and Health*, vol. 17, No 5 [p571-581].
- Hayes, S. C. & Smith, S. [2005]. *Get Out of your Mind & Into Your Life. The New Acceptance & Commitment Therapy*. Oakland, CA. New Harbinger Publications.

- Hannibal, N., Nygaard Pedersen, I., Egelund, T., Hestbæk, T. & Munk-Jørgensen, P. [2012]. Schizophrenia and personality disorder patients' adherence to music therapy. *Nordic Journal of Psychiatry, ONLINE* 2012
- Hougaard, E. [2004]. *Psykoterapi - Teori og forskning*. København, Dansk Psykologisk Forlag
- Hougaard, E., Rosenberg, N.K. & Falk, T. [1997]. *Kognitiv behandling af angst og panik - En vejledning for klienter og behandlere*. København, Dansk Psykologisk Forlag.
- Hougaard, E., Rosenberg, N.K., Falk, T., Arendt, M.C., Bennedsen, B., Jones, A., Nielsen, S. & Sørensen, C.J. [2006]. *Kognitiv behandling af panikangst og socialfobi - En vejledning for klienter og behandlere*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Leahy, R. L. [2003]. *Cognitive Therapy Techniques - a practitioner's guide*. New York, The Guildford Press.
- Lund, H.N. [2008]. Musiklyttegrupper i voksenpsykiatrien. *Musikterapi i psykiatrien. Årsskrift* 5: 122-134.
- Lund, H.N. [2012]. My Battle of Life - Combining song writing and methods from Cognitive Therapy in Music Therapy. Foredrag ved *7th nordic music therapy Congress*, Jyväskylä, Finland, 13.-17th of June.
- MacDonald, R., Kreutz, G. & Mitchell, L [eds.] [2012] *Music, Health, and Wellbeing*. Oxford, Oxford University Press
- Maratos, A.S., Gold, C., Wang, X. & Crawford M.J. [2008]. Music therapy for depression. *Cochrane database Syst Rev*. Jan23;[1]: CD004517
- Mørch, M. & Rosenberg, N.K., [2005]. *Kognitiv terapi. Modeller og metoder*. København, Hans Reitzels Forlag.
- Pedersen, I.N. [2012]. Forskning i musikterapi - voksne med skizofreni. *Dansk Musikterapi* 2012, 9[1].
- Rosenberg, N.K. & Arendt, M. [2012]. *Kognitiv terapi. Nyeste udvikling*. København, Hans Reitzels Forlag.
- Uhlig, S., Meadows, T. [2011]. From violent Rap til lovely Blues: the transformation of Aggressive Behaviour through vocal Music Therapy. In Meadows, T. [ed.] *Developments in Music Therapy Practise*. Gilsum NH:Barcelona Publishers, 182-197.
- WHO ICD-10 [2002]. *Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier*. København: Munksgaard Danmark.
- Wigram, T. & De Backer, J. [1999] *Clinical applications of music therapy in psychiatry*. London, Jessica Kingsley Publishers.