

Det terapeutiske rum med den lukkede dør i individuel musikterapi og “forstyr venligst ikke-skiltet” er et markant anderledes tilbud sammenlignet med de åbne tilbud, der ellers er i socialpsykiatrien.

- Bent Jensen -



Bent Jensen

Bent Jensen er oprindeligt uddannet folkeskolelærer, senere kandidat i musikterapi fra Ålborg Universitet. Har arbejdet på Psykiatrisk Hospital i Århus fra 1993-2004 og i Socialpsykiatrien i Århus Kommune siden 2004 med basis på Katrinebjergcentret. I 2000 leder af musikterapiuddannelsen i Irland i 6 måneder. Desuden praktikvejleder og supervisor for studerende fra musikterapiuddannelsen. Henvendelse: bent.musik@get2net.dk. Hjemmeside: www.bentjensenmusikterapi.dk

Musikterapi i socialpsykiatrien i Århus – musikterapeuten som socialarbejder

Bent Jensen

Resumé: Artiklen er delt op i to hoveddele. Første del handler om musikterapiens indplacering i socialpsykiatrien. Jeg har rødder i hospitalspsykiatrien og er nu i socialpsykiatrien. Der beskrives nogle grundlæggende forskelle mellem de to sektorer, og der beskrives, hvordan behandling og terapi ikke traditionelt hører til i socialpsykiatrien. Derefter bringes et resumé af et interview med to medarbejdere i socialpsykiatrien. Den første del af interviewet handler om, hvorvidt musikterapi, og især den individuelle musikterapi, er relevant i socialpsykiatrien. Anden del af artiklen handler om recovery, som er Århus Kommunes nye værdigrundlag for den professionelle indsats for psykisk syge. Dette afsnit indledes med en gennemgang af de intentioner, Århus Kommune har med recovery. Derefter kommer et resumé af interview med de to medarbejdere fra socialpsykiatrien, som fortæller om deres mening om recovery. Afslutningsvis diskuteres, hvordan socialpsykiatrien kan leve op til de intentioner, der ligger i recovery, og jeg opridser nogle forslag til hvordan musikterapien kan arbejde mere recovery-orienteret.

Indledning

Jeg har tidligere arbejdet 11 år som musikterapeut på Psykiatrisk Hospital i Århus. Siden 2004 har jeg arbejdet som musikterapeut i socialpsykiatrien i Århus Kommune. Med udgangspunkt i denne flytning mellem to sektorer, som er meget forskellige, vil jeg i den første del af artiklen sætte fokus på musikterapiens rolle i socialpsykiatrien.

Jeg har interviewet to samarbejdspartnere om de mål, de har for deres arbejde i socialpsykiatrien. Jeg har bedt dem vurdere, hvilken relevans musikterapi efter deres mening har i socialpsykiatrien. Dette fører bl.a. til en diskussion om vægtning af individuel musikterapi i forhold til musikterapi i grupper og aktiviteter, der udvikler fællesskab. Mit tilbud er et terapeutisk tilbud, og terapibegrebet anvendes normalt ikke i socialpsykiatrien. Jeg vil diskutere, hvorvidt denne individuelle musikterapiform har en berettigelse i socialpsykiatrien.

Anden del af artiklen handler om 'reco-

very'. Recovery betyder: "at komme sig" og er udtryk for et paradigmeskift i psykiatrien i forhold til at tro på, at den sindslidende kan komme sig helt eller delvist. Århus Kommune er den første kommune i Danmark, der anvender recovery som grundlag for arbejdet med sindslidende borgere. Recovery er endnu ikke implementeret, og det er stadig et lidt diffust begreb. Derfor vil jeg gennemgå principperne for recovery, som Århus Kommune skitserer dem. Herefter følger et interview-resumé, hvor to medarbejdere fra socialpsykiatrien fortæller om deres syn på recovery. Som afslutning på artiklen vil jeg diskutere, hvordan denne nye strømning kan tænkes ind i mit musikterapeutiske arbejde i socialpsykiatrien.

Forskelle på socialpsykiatri og hospitalspsykiatri

Hospitalspsykiatrien er underlagt Psykiatriloven, hvorimod socialpsykiatrien er underlagt Serviceloven. Der er såvel en arbejdsdeling mellem de to sektorer som et

samarbejde: Når en bruger i socialpsykiatrien f.eks. får akutte psykotiske symptomer, bliver det nødvendigt med indlæggelse. Og når patienten i hospitalspsykiatrien udskrives, tager distriktspsykiatrien og socialpsykiatrien over. Men der er grundlæggende forskelle mellem de to sektorer. I socialpsykiatrien taler man om brugere eller borgere frem for patienter. Borgeren skal inddrages i planlægningen af den sociale indsats. Det står i modsætning til hospitalspsykiatrien, hvor eksperterne - ofte uden inddragelse af patienten - lægger en plan, som patienten skal motiveres til at samarbejde omkring. Behandlingskonferencer på et Psykiatrisk Hospital foregår således uden, at hovedpersonen, dvs. patienten, deltager. Dette er i princippet utænkeligt i en socialpsykiatrisk sammenhæng.

Min beskrivelse af forskellene mellem hospitalspsykiatri og socialpsykiatri bygger først og fremmest på mine egne oplevelser og erfaringer med at arbejde i begge sektorer. Min intention er ikke at fremkalde en sort/hvid-polarisering: Der er bestemt afdelinger på et psykiatrisk hospital, hvor patienten inddrages i et vist omfang, ligesom jeg i socialpsykiatrien har set eksempler på, at personalet har taget initiativer uden at inddrage brugerne.

Behandlingen på et psykiatrisk hospital tilstræbes i lighed med et somatisk hospital at være effektiv og kortvarig, hvilket også er en af forklaringerne på at kreative og terapeutiske tilbud er skåret væk flere steder. Derimod er indsatsen i socialpsykiatrien ofte langvarig og foregår, mens borgeren bor i sit eget hjem.

Boligbegrebet

Socialreformen fra 1998 indebærer, at institutionsbegrebet ophæves og erstattes af et boligbegreb. Hjælpen skal udøves i borgerens hjem, uanset om denne bolig er en del af en tidligere institution. Selvom

en borger bor på en socialpsykiatrisk institution, defineres denne således som boende i sit eget hjem. På den baggrund er der sociale servicetilbud, som skal ydes efter en individuel og konkret vurdering i samarbejde med borgeren. Borgerens retssikkerhed bliver sikret gennem bestemmelser i loven om brugerindflydelse og handleplaner.

I et internt notat fra d. 22.12.2006 fra ledelsen af Århus Kommunale Socialpsykiatri hedder det:

“Visionen for driftsområdet (socialpsykiatrien i Århus) er at opnå inklusion og medborgerskab for de svageste sindslidende i samfundet. Det skal blandt andet ske ved at understøtte mulighederne for, at personen med sindslidelse og dennes familie kan leve en selvstændig tilværelse på egne præmisser med vægt på livskvalitet, så vidt muligt i eget miljø”.

Behandling og terapi i socialpsykiatrien

I socialpsykiatrien har der ikke været tradition for at bruge behandlingsbegrebet, som det bliver praktiseret i hospitalsregi med overlægen som behandlingsansvarlig. Videnscenter for Socialpsykiatri har netop udsendt et temanummer om behandling i socialpsykiatrien (Bjergbo (red.), 2008). Michael Freiesleben, som er faglig medarbejder i Videnscenter for Socialpsykiatri, skriver i temanummeret: “Nu bliver musik- og tegneterapeuter sparet væk fra hospitalspsykiatrien. Nogle bliver ansat i socialpsykiatrien, men her er terapi- og behandlingsbegrebet ikke rigtig ønsket, fordi vi frygter, at psykiaterne skal flytte med ud og dominere socialpsykiatrien.” (ibid. s. 5). Freiesleben henviser til en frygt for, at psykiaterne skal få indflydelse i socialpsykiatrien. Denne frygt, tror jeg dog, er overdrevet, og jeg tror, at terapi- og behandlingsbegrebet er på vej

til at blive accepteret i socialpsykiatrien, bl.a. fordi nedlæggelse af sengepladser og kortere behandling og undernormering i distriktspsykiatrien nødvendiggør en "behandling" tættere på borgeren.

Marianne Bjergborg (ibid.) har i samme temanummer et bud på, hvordan behandlingsbegrebet kan indgå i socialpsykiatrien. Hun henviser til, at der i "Ordbog over det danske sprog" ikke står et ord om læger eller psykiatere under opslaget 'behandling'. Til gengæld står der noget om systematik og mål. Hun foreslår fire væsentlige markører på behandling tilpasset

en socialpsykiatrisk sammenhæng:

- Brugeren skal vide, at han er i behandling, det er ikke nok, at der er rare rammer og god kontakt.
- Der skal være en vis systematik, hvor start og slut er tydelig.
- Der skal være tale om noget, der er dokumenteret virksomt.

Brugeren skal naturligvis selv være med til at definere hvad, og hvordan behandlingen skal foregå.

Assessment	Et musikterapiforløb indledes med et assessmentforløb, hvor vores musikalske kommunikation er i centrum. Derefter formuleres der mål for forløbet, og der laves en kontrakt, som løbende evalueres.
Strategier	I musikterapien arbejdes der med strategier for at kunne mestre sit dagligliv og opleve livsglæde og livskvalitet. Der er ingen tabuer for, hvad der kan tages op. Det kan være vigtige livstemaer, men kan også være konkrete, fokuserede musikalske temaer, f.eks. at kunne mestre de høje toner med sin stemme og dermed mestre og indtage "nyt land" eller turde optræde til en festival.
"Sætte i scene"	I musikterapien kan smertefulde oplevelser sættes "i scene". Denne "isætnesættelse" kan i sig selv have en effekt i forhold til at lette symptomer. Selve den musikalske bearbejdning kan frisætte energi, som giver mulighed for forvandling og vækst (for uddybning, se Jensen 2002) ved at acceptere den psykiske lidelse som et vilkår, men ikke som en forhindring for vækst og recovery.
Egne livserfaringer	Jeg inddrager mine egne livserfaringer i terapien, så der kan opstå en dialog omkring eksistentielle livstemaer.
Metoder	Redskaber i musikterapien kan være åndedrætsøvelser, stemmetræning, kropsbevidsthed, psykodrama og kunstterapi. Disse metoder indgår som integrerede elementer sammen med musikterapeutiske redskaber som musiklytning, improvisation, performance, 'song writing' og CD-indspilning. Der vil altid indgå en vekselvirkning af samtale og improvisationer /musikalske aktiviteter. Vægtningen af de forskellige aktiviteter er meget individuel og afhængig af fokus for den aktuelle session.

Tabel 1: *Oversigt over de vigtigste mål og metoder i musikterapi*

Disse markører er i overensstemmelse med det behandlings- og terapibegreb, som jeg anvender i forhold til musikterapiforløb.

Mine mål for musikterapi

Et af målene med denne artikel er at undersøge og diskutere, hvordan musikterapi, i den form jeg praktiserer det, skal indgå i socialpsykiatrien. Selvom det er fire år siden, jeg overgik fra hospitalspsykiatrien til socialpsykiatrien, har jeg ikke grundlæggende ændret mine mål og metoder. Jeg beskriver mit tilbud som et musikterapeutisk tilbud, uanset, om det er det individuelle forløb i musikterapilokalet eller det mere opsøgende arbejde med at følge klienten ud i samfundet (såkaldt 'community music therapy' (Ansdell & Pavlicevic, 2004)) hvor jeg understøtter konkrete kompetencer, f.eks. at turde optræde med musikalske indslag til en festival. I *Tabel 1* ses en kort oversigt over de vigtigste mål og metoder for den musikterapi, jeg praktiserer (se s. 137).

Katrinebjergcentret

Mit musikterapilokale er placeret på Katrinebjergcentret, som både huser et bosted for sindslidende og et dagscenter (Aktivitets- og Udviklingscentret Katrinebjerg). Katrinebjergcentret har netop haft 25-års jubilæum og har i mange år været banebrydende på sit felt, hvorfor det har været model for lignende centre i hele Danmark. Der er fire arbejdsområder for brugerne: En kantine, et trykkeri, et gartneri og pedalarbejde. Desuden er der "Højskolen", som især tilbyder sport og deltagelse i kunstværksted.

De fleste brugere, der kommer i Dagcentret, bor i eget hjem og har ofte både tilknytning til distriktpsykiatrien (hedder "lokalpsykiatrien" i Århus) og til en kommunal bostøtte, dvs. en støtte/kontaktperson, som kommer i brugerens eget hjem.

Baggrund for interview

Intentionen med denne del af interviewet er at undersøge, hvordan to etablerede medarbejdere fra socialpsykiatrien ser på mit musikterapitilbud. Den ene er Dorrit Uhrenholt, uddannet psykiatrisk plejer og socialpædagog, som leder Dagcentret. Den anden er Dorthe Møller, socialpædagog, som arbejder i et team af brugere og medarbejdere, der driver kantine, ligesom hun indgår i et såkaldt "åbent musikværksted" sammen med mig.

Jeg har valgt at interviewe netop disse to kolleger, fordi de i dagligdagen er mine nærmeste samarbejdspartnere og desuden er med til at visitere brugere til musikterapi. Endvidere er mit musikterapilokale rent fysisk placeret på Dagcentret. Terapilokalet har store vinduer og ikke helt lydtætte vægge. Det betyder, at nysgerrige kan blive vidne til det, der foregår i musikterapien, f.eks. stemmeimprovisationer og musik, der ikke altid lyder lige harmonisk.

Musikterapitilbuddet er nyt og anderledes i socialpsykiatrieregion og med, at jeg betragter mit tilbud som et terapeutisk behandlingstilbud, jf. Bjergbos markører (2008) som nævnt ovenfor. Jeg oplever, at de mere udadvendte og synlige dele af mit musikterapiarbejde er accepteret af de andre medarbejdere på Dagcentret, hvorimod jeg fornemmer, at de har sværere ved at forstå relevansen af den individuelle musikterapi. Det terapeutiske rum med den lukkede dør i individuel musikterapi og "forstyr venligst ikke"-skiltet er et markant anderledes tilbud sammenlignet med de åbne tilbud, der ellers er i socialpsykiatrien. Derfor har jeg været nysgerrig efter at høre, hvordan de opfatter musikterapitilbuddets relevans i socialpsykiatrien.

Interview

De to interviewdeltagere fik en række spørgsmål på forhånd. Interviewet, der

Hvordan tror I/vi, at Dagcentret, herunder musikterapien gør en særlig forskel i forhold til brugerne? Beskriv mål og midler i jeres arbejde.
Hører musikterapi overhovedet hjemme i en socialpsykiatrisk sammenhæng? Supplerer musikterapien nogle af de områder, som I arbejder med?
Jeg udbyder i stor udstrækning individuel terapi. Skulle jeg hellere satse på gruppeterapi?

Tabel 2: Spørgsmål om musikterapi - første del af interview

tog 1½ time, er optaget på bånd (se Tabel 2).

Mål for Dagcentret

Dorrit U. beskriver, hvorledes brugerne kommer i Dagcentret, fordi det er vigtigt for dem at lave noget meningsfuldt og få struktur på deres hverdag. Mange brugere er i det daglige socialt isolerede, og det sociale arbejdsfællesskab i Dagcentret er med til at bryde denne isolation. Dorrit U. fremhæver, at personalet er eksperter i at møde brugernes specielle behov og arbejder med social træning og personlig kompetenceudvikling.

Dorthe M. fortæller, at de mennesker, der ikke kan varetage et almindeligt job, betragter arbejdsfællesskabet på Dagcentret som et rigtigt arbejde, hvilket er med til at give dem en identitet. Det betyder meget for brugerne at få anerkendelse i et arbejdsfællesskab. Desuden beskriver hun, hvordan de fællesskaber, der i øvrigt er på Dagcentret, f.eks. omkring musik og kunst, også har en væsentlig identitetsskabende betydning.

Musikterapi i socialpsykiatri

Dorrit U. mener, at musikterapeuten har en særlig ekspertise, som er med til at gøre viften af tilbud i Dagcentret større. Hun mener, at det, der sker i musikterapi, indebærer en fordybelse, hvor brugeren giver slip og kommer ind i et flow. Et flow, hvor vedkommende oplever at være til stede i nuet.

Dorthe M. siger at hun oplever, at der i individuel musikterapi er en høj grad af nærvær og omsorg, som mange brugere er glade for, selvom nogle umiddelbart forskrækkes over denne nærhed, der gør det svært at gemme sig.

Dorthe M. er nysgerrig efter, om fællesskab udgør et mål for musikterapien. Bliver brugeren, der går i individuel musikterapi, styrket til at kunne indgå i andre fællesskaber på længere sigt? Hun vil også gerne vide, hvor længe et individuelt forløb skal vare for at være hensigtsmæssigt og konstruktivt, og hvornår det skal "forstyrres" af noget andet? Hun mener selv, at det, brugeren har lært i et individuelt forløb, må inddrages i de fællesskaber, denne indgår i.

Dorrit U. mener, at musikterapiforløb skal have en tydelig begyndelse og slutning. Det vil gøre forløbene mere intensive, ligesom flere vil kunne få tilbuddet. Desuden synes hun, at jeg skal starte flere grupper op, f.eks. grupper, som kunne have et bestemt tema og være tidsbegrænsede.

Mine kommentarer og diskussion i forhold til interview

Begge medarbejdere mener, at de væsentligste mål for Dagcentret er styrkelse af sociale relationer, netværk, fællesskab og identitet, hvor arbejdsfællesskabet er

et middel til at opnå disse mål. I forhold til mit spørgsmål om den individuelle musikterapis berettigelse er begge interviewpersoner opmærksomme på, hvordan individuel musikterapi giver en mulighed for fordybelse og "given sig hen". Men de synes, at musikterapi er særligt relevant, hvis brugeren via det individuelle forløb udvikler nogle sociale kompetencer med henblik på at kunne deltage i andre fællesskaber. For mange brugere er udvikling af sociale kompetencer da også et vigtigt mål for det musikterapeutiske forløb. Selv betragter jeg dog først og fremmest individuel musikterapi som ramme for et eksistentielt møde, som rummer mulighed for fordybelse. Dette har en værdi i sig selv og skal efter min mening ikke nødvendigvis overføres til eksterne, sociale mål. Men ofte vil der være en kobling til omverdenen, da mange i musikterapi har brug for at bearbejde problemer af social karakter, f.eks. i forhold til deres familie eller med at være sammen med andre mennesker. Dette kan der arbejdes med i musikterapien, ganske vist indirekte, men alligevel på en konkret måde, f.eks. ved at arbejde med teknikker med inddragelse af instrumenter eller gennem øvelser, som kan træne det at kunne klare sociale sammenhænge. På den måde arbejder vi også med at få kompetencer til at kunne være sammen med andre.

Jeg tolker ud fra de to interviewpersoners vurdering af musikterapi, at de primært er opmærksomme på musikterapiens bidrag til at fremme raske og sunde sider hos brugeren. Jeg mener, at den individuelle musikterapi tillige har en helt særlig funktion som et forum, hvor også svære og smertefulde oplevelser kan udtrykkes og udleveres. Den tætte relation mellem musikterapeut og bruger i individuel musikterapi giver på sigt en tryghed i forhold til at turde udtrykke sig og integrere såvel syge som raske sider (jf. ovenstående afsnit om mål for musikterapi samt min beskrivelse af 'polaritetsmetoden' i Jensen, 2002).

Skal det hedde terapi?

I forhold til den førnævnte diskussion om terapibegrebet i socialpsykiatrien siger Marianne Bjergbo:

"Det er væsentligt at holde sig for øje, at noget, der ikke er defineret som behandling, godt kan have en terapeutisk effekt. De rare rammer, den gode relation, det fælles arbejde kan godt i sig selv gøre, at folk får det bedre. Modsat kan målrettet terapi have en manglende terapeutisk virkning." (Bjergbo, 2008, s. 5)

Dette er en spændende diskussion, og bl.a. Hougaard (2004) har påvist betydningen af såkaldt 'non-specifikke faktorer' i forhold til en klients udbytte af terapi, f.eks. har klientens oplevelse af medmenneskelighed og nærvær en større betydning for det terapeutiske udbytte end anvendelse af bestemte terapeutiske teknikker. Jeg oplever, at medarbejderne i socialpsykiatrien generelt er meget engagerede og kompetente og udviser en dyb respekt for den enkelte bruger. En faktor, der også er medvirkende til, at indsatsen i Dagcentret med de målrettede fællesskabsorienterede aktiviteter scorer højt i brugertilfredshedsundersøgelser. En antagelse i forlængelse af Bjergbos kommentar (2008) kunne være, at det i forhold til brugerens udbytte i virkeligheden ikke har så afgørende betydning, om tilbuddet benævnes terapi eller aktiviteter med bestemte mål.

Som en illustration af dette tema vil jeg kort berette om mine erfaringer med en gruppe, som jeg har haft i flere år, hvor Dorthe M, (den ene interviewperson) har indgået på lige fod med mig. Vi har bevidst valgt at benævne dette gruppetilbud som "et åbent musikværksted" og ikke som en musikterapi-gruppe. Den åbne struktur, dvs. at deltagerne kan få adgang uden visitation, har gjort, at mange forskellige brugere har turdet komme i gruppen uden at blive skræmt af terapidimensionen. Men i praksis (på handlingsplan) fungerer gruppen på samme måde som de grupper, jeg

normalt benævner musikterapi grupper (Jensen 2000): Deltagerne spiller sammen og laver gruppeimprovisationer, og den samlede kraft, der er i musikken og i samværet, medvirker til, at deltagerne er fantastiske til at tage sig af hinanden. Det er tydeligt at se, at deltagerne i gruppen efterfølgende bliver bedre til at indgå i tætte sociale relationer. Det åbne musikværksted medvirker således til at styrke deltagerens sociale netværk, også selvom det ikke er et formuleret mål for gruppen.

Det åbne musikværksted vil jeg beskrive som et musikterapeutisk tilbud, men det er ikke decideret musikterapeutisk behandling, jf. Bjergbos ovennævnte markører (2008), idet det bl.a. ikke finder sted i en eksplicit formuleret terapeutisk kontekst. Det åbne musikværksted kan siges at være et eksempel på en gruppe, der i højeste grad forener socialpædagogiske og musikterapeutiske mål.

Socialpsykiatrien i forandring

Anden del af artiklen handler om recovery i socialpsykiatrien og om de konsekvenser, som recovery har for min musikterapi praksis i socialpsykiatrien i Århus.

Socialpsykiatrien i Århus Kommune er under forandring, bl.a. som følge af strukturreformen. Det har betydet, at socialpsykiatrien nu hører under kommunen, hvor hovedparten af socialpsykiatrien tidligere

var placeret i amtsligt regi. Århus Kommune er den første kommune i landet, der har besluttet sig for at basere sit sociale arbejde på en såkaldt recovery-orientering. I socialpsykiatrien er det målet at styrke recovery-orienteringen ved at gøre brugere og pårørende til aktive medspillere i tilrettelæggelsen af den professionelle indsats. Paradoksalt nok er dette besluttet af den øverste ledelse i socialforvaltningen uden en nævneværdig debat og uden at diverse græsrodsbevægelser af brugere, pårørende og personale, har kæmpet for dette. Debatten om recovery er desværre stadig sparsom og jeg har fra ansatte i socialpsykiatrien oplevet reaktioner som: "Er det ikke bare det, vi allerede gør?" eller: "Vi må passe på ikke at presse brugerne til, at de skal være raske".

Jeg vil i det følgende give en kort gennemgang af de væsentligste principper i recovery og derefter bidrage til debatten om recovery med fokus på de konsekvenser recovery-orienteringen kan få for min musikterapeutiske praksis.

Recovery

Det følgende er en beskrivelse af recovery, som hhv. er baseret på et notat udarbejdet af Århus Kommune i Center for Socialfaglig Udvikling (2005) og et litteraturstudie af Alain Tupor (2002). Recovery beskrives som en individuel proces, hvor ressourcer hos både personen selv og ressourcer

Stabilisering I	Fokus på at få kontrol over symptomer og formindske lidelse
Reorientering	Udforskning af umiddelbare implikationer i forbindelse med sygdommen og af hvordan man kan vende tilbage til et meningsfyldt liv
Reintegration	Gendannelse af meningsfyldte aktiviteter, sociale relationer og roller
Stabilisering II	Opretholdelse af en ønskværdig situation og begyndende rutiner i hverdagslivet

Tabel 3: Fire faser i recoveryprocessen

i personens omgivelser anses for at være vigtige for “at komme sig”. Recovery er ikke (nødvendigvis) det samme som blive totalt helbredt, men handler om “at komme videre”. Recovery-processen deles op i fire faser, se *Tabel 3*, (s. 141).

Recovery-strategien, som den ses udformet af Århus Kommune, henviser til en række undersøgelser om de faktorer, som bl.a. brugere finder vigtige for at opnå recovery. Der bliver fremhævet seks faktorer, som går igen i de fleste undersøgelser, se *Tabel 4*.

I Århus Kommunes beskrivelse af recovery konkluderes: “At komme sig efter psykisk lidelse kan således defineres som: at lære at tackle sin sygdom og blive herre over eget sygdomsforløb og overvinde social isolation, diskrimination og stigma. Det handler om at leve et meningsfyldt socialt og indholdsrigt liv på trods af sygdommen. Recovery er en kompleks proces, der sker i brugeren af brugerens egen fri vilje. Medarbejdere kan ikke recover på

brugerens vegne, men de kan yde en rehabilitering, der understøtter processen.” (Center for Socialfaglig Udvikling, 2005, s. 3).

Recovery udtrykker et paradigmeskift i forhold til det kronicitets-paradigme, som har været udbredt i hospitalspsykiatrien, hvor der ses en tendens til, at sindslidelse betragtes som en kronisk sygdom med en dårlig prognose, hvorfor patienten må indstille sig på livslang behandling.

At en sindslidende “kommer sig” og mestrer sit liv - og måske ikke har behov for indlæggelse på et Psykiatrisk Hospital - er også direkte i kommunernes interesse, da de nu i modsætning til tidligere skal dække en del af udgifterne til indlæggelse.

I interviewet med de to medarbejdere fra Dagscentret spørger jeg om deres holdning til recovery generelt og mere specifikt til, hvordan vi fremmer inklusion, som er et af de seks hovedfokuspunkter i recovery, se *Tabel 5*:

Partnerskab	At den sindslidende føler sig støttet i recovery-processen både af behandlingssystemet, men også af sit sociale netværk og nærmeste familie
Håb	At den sindslidende finder en mening med sygdommen og har en tro på, at det er muligt at komme sig
Kompetencer	At den sindslidende udvikler kompetencer, både praktiske og sociale, i forhold til at tackle sin sygdom og sit hverdagsliv
Ansvarliggørelse	At den sindslidende oplever at have rettigheder, forpligtelser og ansvar med henblik på at foretage valg, der omhandler eget liv og recovery, og udvikler sin evne til egenomsorg og mestring
Sociale netværk og engagement	At den sindslidende interagerer med andre og deltager i aktiviteter, som vedkommende finder meningsfulde
Social inklusion	At den sindslidende får adgang til sociale arenaer, f.eks. arbejdsmarkedet, uddannelsessystemet og fritidsfællesskaber

Tabel 4: Seks faktorer, der er vigtige for recovery

Recovery er kommunens værdigrundlag. Hvordan passer det ind i jeres forståelse af jeres arbejde?

Århus Kommune har en vision om at arbejde for ”social inklusion”. Har vi det med i vores arbejde, eller fastholder vi i virkeligheden brugerne på psykiatriske institutioner og holder fast på de mest velfungerende i stedet for at ”sparke” dem videre?

Tablet 5: Interview-spørgsmål om recovery, 2. del

Dorthe M. oplever, at der har hersket en kollektiv pessimisme blandt patienter og personale, idet forestillingen har været, at psykisk syge ikke kunne blive raske. Hun mener, det er positivt, at man tager mennesker med psykisk sygdom alvorligt og bygger på deres egne erfaringer om, hvad der har virket for dem. Hun mener desuden, at det er positivt, at recovery-tanken indebærer, at den psykisk syge får mulighed for at få et arbejde uden for psykiatrien.

Dorrit U. er derimod betænkelig ved det pres, der lægges på de psykisk syge i forhold til at skulle have et arbejde. Et skånejob kan ikke stå alene. Det skal følges op med ordninger, der sikrer, at arbejdsmarkedet er tilpasset til den sindslidende. F.eks. en mentorordning, hvor socialpsykiatriske medarbejdere kan følge brugeren ude på arbejdsmarkedet samt sikre, at de bl.a. sociale kompetencer, der er opnået i musikterapi og Dagcenter, bevares intakte, så brugeren ikke isolerer sig på ny.

Dorrit U. mener desuden, at mange mennesker med en sindslidelse får al for lidt hjælp, fordi systemet lukker øjnene for, hvad de har brug for. Selvom den sindslidende har kontakt med systemet, kan systemet være bange for at overtræde dennes rettigheder og tage over. Hun understreger, at det er vigtigt, at man som professionel omsorgsperson finder den rette balance i forhold til støtte og vejledning. Hun udtrykker endvidere en frygt for den individualisering, som hun mener, at recovery-tanken indebærer; ved at det i højere grad bliver brugerens eget ansvar ”at komme sig”.

Mine kommentarer til recovery

Social inklusion er måske et af de mest radikale udfordringer i recovery. Social inklusion handler om meget mere end at have et arbejde. Det handler også om, at den sindslidende bliver i stand til at bruge tilbud i det almindelige samfund og ikke isolerer sig i de socialpsykiatriske institutioners trygge rammer. Denne debat har sat min fantasi i gang i forhold til, hvordan musikterapi kan bidrage til social inklusion.

Jeg har i min musikterapipraksis gradvist fokuseret mere på ”social inklusion” ved at iværksætte en række mere udadvendte musikterapi-aktiviteter, bl.a. som medarrangør af festivaler og udstillinger, hvor offentligheden har adgang, og hvor mine brugere optræder og præsenterer deres kunst. Disse performance-orienterede musikterapiaktiviteter har vist sig at have en stor betydning for mine brugere i forhold til at have succesoplevelser, som styrker deres identitetsfølelse. Desuden har jeg aktuelt planlagt et samarbejde med et sangskriverværksted, som ikke er tilknyttet psykiatrien, hvortil jeg henviser brugere, som arbejder med at skrive deres egne sange.

Trefaset udslusningsmodel fra individuel musikterapi

Jf. ovenstående diskussion omkring den individuelle terapiberegtigelse samt diskussionen om, hvor langt et forløb skal være, bruger jeg en trefaset udslusningsmodel,

som efter min mening kan tilgodeses flere af målene i recovery, jf. de seks recovery-faktorer i *Tabel 4*, ligesom den har stor betydning i forhold til forebyggelse af tilbagefald og (gen)indlæggelse. Denne model omfatter en udslusning fra musikterapi i tre faser: I første fase tilbydes individuel musikterapi en gang ugentligt. Dette ændres i anden fase til at være en gang hver 14. dag. I tredje fase er der mulighed for, at brugeren kan få opfølgende terapi ved at ringe og aftale en tid. Denne trefasede procedure har haft en god effekt i forhold til forebyggelse af (gen)indlæggelse på psykiatrisk afdeling: For brugeren har alene det at vide, at muligheden foreligger, en effekt. Nogle brugere vælger således at benytte musikterapi i sådan en situation, fordi de er fortrolige med de særlige muligheder, der er for at få udtrykt og bearbejdet deres smertefulde oplevelser musikalsk sammen med mig. Der er også eksempler på, at brugere ringer og får en akut-tid, fordi det "brænder på", som de måske aflyser igen dagen efter, fordi de har klaret problemerne selv.

I andre tilfælde kan tredje fase dreje sig om at finde udfordringer eller aktiviteter som opfølgning på musikterapiforløbet, f.eks. at deltage i en musikterapigruppe, turde optræde offentligt eller spille i et band, turde melde sig til et kursus eller starte på et skånejob. Jeg går her ind som konsulent i forhold til at videreformidle kontakt til f.eks. andre kreative tilbud både i socialpsykiatrien og udenfor.

Partnerskab og ansvarliggørelse

To af faktorerne i recovery, (jf. *Tabel 4*) vedrører ansvarliggørelse og partnerskab: Ansvarliggørelse handler om, at den sindslidende tager ansvar for, hvad der måtte være relevant i forhold til at opnå recovery. Og partnerskab drejer sig om vigtigheden af, at den sindslidende oplever sammenhæng i den professionelle indsats.

Da jeg arbejdede som musikterapeut i hospitalspsykiatrien, skulle jeg først og fremmest aflægge rapport ved behandlingskonferencen og i lægejournalen omkring et musikterapiforløb. Når patienten var udskrevet, var mit arbejde i og for sig tilendebragt, eftersom det kun var få af mine musikterapiforløb, der kunne fortsætte ambulant.

I socialpsykiatrien er jeg musikterapeutisk socialarbejder, og brugeren er i modsætning til patienten i hospitalspsykiatrien selvvisiterende til musikterapi. Der er ikke andre end brugeren selv, der skal vurdere, om musikterapi vil være relevant for vedkommende. Om det så kan lade sig gøre, er et ressourcspørgsmål. Evaluering og rapportering sker først og fremmest i forhold til brugeren selv. Ønsker jeg at henvende mig til andre faggrupper i det professionelle netværk, kan det ikke ske uden brugerens tilladelse, fordi borgeren ifølge serviceloven skal inddrages i alle tiltag.

Recovery-tankegangen lægger dog også op til partnerskab. Et væsentligt element for at komme sig er, at det professionelle netværk og det sociale netværk arbejder godt sammen. Så der må findes en etisk forsvarlig balance mellem brugerens ansvarlighed og bestræbelsen på at arbejde for partnerskab. ligesom Dorrit U. er inde på det i ovenstående interview. Loven om Omsorgspligt (Serviceloven § 67) betyder, at vi som socialarbejdere har pligt til at blive ved med at tilbyde den sindslidende hjælp, men at den sindslidende ikke er tvunget til at tage imod hjælpen.

En anden vanskelighed ved partnerskabsiltag er, at en bruger i praksis sagtens kan have fem forskellige omsorgspersoner, som delvist overlapper hinandens arbejde, men opererer i forskellige regi, f.eks. en bostøtte, en psykiater, en kontaktperson, en socialrådgiver og en musikterapeut. For at gøre det professionelle netværk mindre fragmenteret foreslår jeg forskellige tiltag:

At opfordre brugeren til at tage initiativ til at introducere de forskellige vigtige personer for hinanden. Bostøtten, psykiateren eller pårørende kunne f.eks. inviteres til at deltage i en musikterapisession. Jeg kunne dertil tilbyde at oprette en musikterapi-gruppe for pårørende og sindslidende og bruge de muligheder, der ligger i den nonverbale kommunikation, som er mulig med musik. Dette, at jeg som musikterapeut tilbyder min kompetence i forhold til at arbejde med kommunikationsprocesser med andre behandlere, pårørende og brugere, synes særdeles relevant i forhold til målene i recovery.

Åbne samtaler-modellen

I forhold til at gøre den professionelle indsats mindre fragmenteret er der inspiration at hente i "åbne samtaler"-modellen (Seikkula, 2000; Andersen, 2005). Denne model har været praktiseret i Lapland og i Norge samt i distriktskykiatrien i Odsherred og i ungdomspsykiatrien i Augustenborg med overraskende positive resultater. Princippet er, at der i en krisesituation holdes et møde inden 24 timer, hvor de behandlere og pårørende, som brugeren finder relevante, bliver indkaldt, som regel i brugerens eget hjem. Det er brugeren, der sætter dialogordenen for, hvad der skal ske.

Denne praksis har medvirket til markant færre indlæggelser og har medvirket til, at brugeren i højere grad har taget ansvaret i forhold til sin egen behandling, hvilket også er helt i tråd med recovery.

Musikterapeut Henrik Rydahl har i samarbejde med distriktskykiatrien i Århus Syd arbejdet med at implementere denne model i forhold til nogle af sine brugere. Dette i første omgang i Rydahls egenskab af at være socialpsykiatrisk kontaktperson, men også med baggrund i de kompetencer han som musikterapeut har i forhold til kommunikative processer.

Konkluderende betragtninger

Jeg har i artiklen argumenteret for, at den individuelle musikterapi ikke er et luksusfænomen, selvom det er et tilbud, der er anderledes end andre tilbud i socialpsykiatrien. Bl.a. intensiteten i individuel musikterapi indebærer nogle særlige muligheder for fordybelse. Den individuelle musikterapi kan sagtens stå alene, men min erfaring er, at den ofte kan være første skridt i forhold til at få mod på at indgå i fællesskaber.

I takt med at de terapeutiske tilbud er blevet skåret bort i hospitalspsykiatrien, har der været en øget efterspørgsel fra bruger- og pårørendeorganisationer, bl.a. SIND, om flere kreative og terapeutiske tilbud. Og da recovery indebærer, at den sindslidende skal være med til at tilrettelægge indsatsen, vil individuel musikterapi være relevant, i fald terapiformen efterspørges af brugerne. Dermed har det mindre betydning, om andre medarbejdere synes, tilbuddet er relevant.

Et nøglebegreb i recovery er 'ansvarliggørelse'. I forhold til musikterapi har det den konsekvens, at brugeren skal være selvvisiterende og selvevaluerende. Men det er vigtigt at finde en etisk forsvarlig balance, så brugerens professionelle netværk og private netværk ikke fragmenteres. I forhold til 'partnerskab' er jeg kommet med forslag til, hvordan det er relevant, at jeg som musikterapeut kommer mere ud af musikterapilokalet og tilbyder min kompetence i forhold til at arbejde med kommunikationsprocesser, f.eks. med andre behandlere, pårørende og brugere.

Fællesskab og sociale kompetencer beskrives af de to interviewpersoner som de vigtigste mål i deres arbejde i socialpsykiatrien. Dorrit U. udtrykker frygt for det pres, der ligger på den sindslidende i forhold at skulle leve en normal tilværelse. Hun udtrykker vigtigheden af, at de fællesskaber,

som socialpsykiatrien tilbyder, bevares in-takte. I forhold til denne diskussion om fællesskab og individualisering mener jeg ikke, at der er en modsætning. Det er posi-tivt, at recovery sætter fokus på det enkelte individs særlige vej mod bedring, men det betyder ikke, at socialpsykiatriens traditio-nelle indsats med at tilbyde muligheder for at kunne indgå i styrkende fællesskaber skal nedprioriteres.

Cornett (2003) berører også forholdet mel-lem individ og fællesskab, og han udtrykker skepsis i forhold til den individualisering, som han mener, at recovery-tænkningen bygger på. Altså at individet skal "komme sig" ved egen hjælp. Cornett peger på vig-tigheden af, at recovery skal indebære mul-igheden for at tage del i fællesskaber. Han understreger, at subjektivitet, dvs. at vi er personer på bestemte måder, er en social konstruktion. Han påpeger videre, at "gen-komst" eller det at komme sig (recovery) ikke kun handler om individet, men også om: "fællesskabets evne til at integrere og iscenesætte nye måder at være en person på." (ibid. s. 85). Han siger videre:

"Vores arbejde (i socialpsykiatrien) kan (...) være en bestræbelse på at ændre lo-kale fællesskabers evne til at lade smerten finde sted indenfor fællesskabets totalitet og rumme forskellighederne i måder at være en person." (Cornett, 2003, s. 88).

Denne tankegang kan jeg fuldstændig til-slutte mig. Recovery skal ikke dreje sig om en tilpasning og normalisering af den sindslidende til værdier i det etablerede samfund. Det er også recovery at deltage i kreative kunstneriske miljøer, hvor "gal-skaben" ikke skal holdes nede, men kan være en kilde til en unik og kreativ tilførsel til det øvrige samfund. Eksempler på dette er f.eks. "Teatret Billedspor", som laver teater med og om galskab samt kulturfes-tivalerne: "Kulturdag Århus" og "Skør med Rock", som jeg som musikterapeut er gået aktivt ind i at arrangere. Her får et bredt spektrum af musik og kunst udøvet

af psykiatribrugere et udtryk for en større offentlighed.

Litteratur

- Andersen, T. (2005). *Reflekterende Processer*. Kø-benhavn: Dansk Psykologisk Forlag.
- Ansdell, G & Pavlicevic, M (2004). *Community Music Therapy*, Jessica Kingsley Publisher
- Bjergborg, M. (2008). Behandling det laver vi ikke! I: *Socialpsykiatri (Temanummer om behand-ling)*, s. 4-5. Videnscenter for Socialpsykiatri (kan ses i internet-udgave på www.socialpsykiatri.dk).
- Center for Socialfaglig Udvikling (2005). *Reco-very og Rehabilitering, Eksempler på mål og midler*. Internt notat fra Århus Kommune.
- Cornett, J. (2003). Fællesskabende. En proble-matisering af recovery-tænkningens indivi-dualisering og et udkast til en community-psykologisk socialpsykiatri. *Social Kritik* 86, s. 83-39.
- Hougaard, E. (2004). *Psykoterapi, teori og forsk-ning*: København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Jensen, B (2000). Gruppemusikterapi med psy-kiatriske patienter. I: C. Lindvang (red) *Mu-sikterapi i Psykiatrien, Årsskrift 2*, s. 129-140. Aalborg Psykiatriske Sygehus og Aalborg Universitet.
- Jensen, B.(2002). Sorgen og glæden kan sæt-tes i scene. Polaritetsmetoden anvendt med psykiatriske patienter. I: U. Holck (red.) *Mu-sikterapi i Psykiatrien, Årsskrift 3*, s.107-119 Aalborg Psykiatriske Sygehus og Aalborg Universitet.
- Kulturdag Århus (www.kulturdagaarhus.dk)
- Seikkula, J. (2000). *Åpne Samtaler*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Skør med Rock (www.skoer-rock.dk).
- Teatret Billedspor (www.billedspor.dk).
- Tupor, A. (2002). *At komme sig. Et litteraturstudie om at komme sig efter alvorlig psykisk lidelse*. Vi-denscenter for Socialpsykiatri.