

Musikkterapi som supplement til standard behandling av pasienter med psykose

Hans Petter Solli & Randi Rolvsjord

Introduksjon

Tidligere ble alvorlige psykiske lidelser i større grad sett på som kroniske og uhelbredelige tilstander. I dag hersker det større optimisme når det gjelder muligheter for bedring fra disse lidelsene, og i denne sammenheng vektlegges stadig oftere viktigheten av et multimodalt og multiprofesjonelt behandlingstilbud (Aanonsen, 2007). Musikkterapi benyttes i økende grad innenfor psykisk helsearbeid i Norge, men er enda ikke en del av standard behandling som tilbys pasientene. Nyere forskning viser at musikkterapi gir svært lovende resultater når den inngår som en integrert del av behandlingen av pasienter med blant annet psykoseproblematikk, og dette er noe som åpner for at musikkterapi i fremtiden bør kunne få innpass som en del av standard behandling. I denne artikkelen¹ ønsker

vi å gi en kort introduksjon av denne behandlingstilnærmingen. Innledningsvis vil vi presentere faget og praksisfeltet musikkterapi. Deretter vil vi med utgangspunkt i et case peke på noen potensialer for musikkterapi ved psykoser. Til slutt presenteres nyere forskning innen dette feltet.

Vi vil understreke viktigheten av å forstå psykisk helse og psykiske helseproblemer i sammenheng med samfunnet vi lever i, og ikke betrakte de utelukkende som mangler eller feil ved en person selv². Det er derfor viktig at musikkterapien inngår i et tverrfaglig samarbeid mellom ulike grupper helsepersonell, og at musikkterapeuten kan arbeide fleksibelt når det gjelder arbeidsformer og kontekst.

¹ Denne teksten bygger på artikkelen "Musikkterapi som behandlingstilbud for pasienter med psykose", publisert i Musikkterapi nr 3, s. 8-16, 2008.

² De diagnostiske manualene ICD-10 og DSM-IV blir ofte kritisert for å betrakte psykisk sykdom som noe individet "har", og overse samspillet mellom individ og samfunn knyttet til psykiske lidelser.

Musikkterapi

Musikk har i vår kultur vært knyttet til helse og sykdom helt siden antikken. Det er imidlertid først i løpet av de siste femti årene at musikkterapi har utviklet seg til et systematisk fag og en profesjon, og i dag utdannes det musikkterapeuter i store deler av verden. I Norge startet den først utdanningen i 1978 og siden den gang har musikkterapien vokst til å bli et akademisk og forskningsbasert fag med utdanning på masternivå og muligheter for PhD-studier. Både Norges Musikkhøgskole i Oslo og Universitetet i Bergen tilbyr nå musikkterapistudier. Mens mange av de europeiske utdanningene slutter seg til en psykoanalytisk orientert retning, og USA heller mot mer adferdsorienterte og medisinske tilnærminger til musikkterapi, utdannes norske studenter etter en eklektisk modell som hovedsakelig er basert på humanistiske, didaktiske og kultursentrerte perspektiv.

Musikkterapi i psykisk helsearbeid kan sees som en psykoterapeutisk metode der klienten kan uttrykke seg gjennom musikk og verbale samtaler. Målsettinger i musikkterapien kan være knyttet til helserelaterte aspekter som kommunikasjon, vitalitet, uttrykk for følelser, mulighet for å etablere relasjoner, opplevelser av mestring og aktivitet. Musikkterapi kan også ha form av mer

samfunnsorienterte og aktiviserende tilbud der inkluderende samspillformer som band, kor eller allsang brukes som ramme for å gi gode relasjonelle og musikalske erfaringer, og fremme sosial integrering.

Innen musikkterapi i psykisk helsearbeid har et ressursorientert perspektiv blitt artikulert de siste årene, i tråd med den norske musikkterapi-tradisjonens fundament. Denne tilnærmingen er informert av teori fra blant annet positiv psykologi, empowermentfilosofi, tilnærming ut fra fellesfaktorer, og nyere musikkvitenskap (Rolvsjord, 2006; 2007; 2008; Solli, 2008). I en ressursorientert tilnærming til musikkterapi påpekes viktigheten av å arbeide med, og å fremme, pasientens sterke sider i tillegg til å fokusere på problemområder. Videre er dette ressursorienterte perspektivet relatert til en kontekstuell forståelse av helse- og terapibegrepet, og man betrakter et gjensidig samarbeid mellom klient og terapeut som en grunnleggende forutsetning for den terapeutiske relasjonen.

Musikk kan forstås som en helseressurs som avhengig av bruk kan innebære et sett av helserelaterte potensialer (Ruud, 1997; Rolvsjord, 2008). I musikkterapien aktualiseres slike helserelaterte potensialer blant annet gjennom ulike musikkterapeutiske arbeidsformer, som improvisasjon, sang, samspill av ferdig-

komponert musikk, lytting til musikk eller sangskrivning. I tråd med en ressursorientert tenkning vil det være essensielt at pasienten har en stor grad av medbestemmelse i forhold til å finne frem til arbeidsform og type musikalsk aktivitet som tas i bruk i terapien (Rolvsjord, Gold & Stige, 2005).

For pasienter med psykose kan improvisasjon og bruk av sanger gi muligheter for gode relasjonelle erfaringer. Musikken kan også være en trygg, strukturert og sosialt akseptert måte å uttrykke følelser og opplevelser som er for overveldende eller truende til å kunne uttrykkes direkte. Musikklytting kan være til hjelp for å få opp terapeutisk relevante tema, å arbeide med emosjoner eller til å gi støtte og struktur (Moe, Roesen & Raben, 2000). Sangskrivning kan gjennom sin narrative form hjelpe pasienten til å uttrykke og kommunisere følelser og opplevelser, samt gi opplevelser av mestring og egenverd ved å beherske dette mediet (Rolvsjord, 2005).

Det er imidlertid viktig å understreke at musikkens betydning i stor grad er kontekstuellet betinget. Musikken, personen og situasjonen virker sammen i et relasjonelt eller gjensidig forhold. Musikken kan derfor ikke sammenlignes med en pille som kan gis for å oppnå en

ønsket effekt; det er mer konstruktivt å tenke at musikken tilbyr en del spesielle muligheter som pasienten selv kan velge å bruke i egen bedringsprosess.

Et eksempel fra praksis

For å gi et innblikk i bruken av musikkterapi for personer med psykose vil vi nå presentere et eksempel fra praksis. Vignetten er et svært kort sammendrag av en 7 måneders terapiprosess med en pasient innlagt på tvang ved en lukket subakuttpost³. Pasienten, ”David”, er en ung mann som isolerer seg mye. Han har fått diagnosen paranoid schizofreni. Den første måneden etter innleggelsen blir David beskrevet som økende paranoid og psykotisk, han virker forvirret og kaotisk i sin framferd og hans aggressive adferd gjør at han ofte må skjermes. Pasienten avviser alle aktivitetstilbud den første tiden, inkludert tilbud om samtaler med sin lege. Hun konkluderer til slutt med at pasientens tankekaos gjør at han ikke vil ha nytte av samtalerterapi i noen form. David har imidlertid stor interesse for musikk og spiller gitar. Han blir på bakgrunn av dette henvist til musikkterapi. I musikkterapien samhandler terapeuten og klienten gjennom musikalsk improvisasjon og noe samtale. David tar raskt initiativ

³ For en grundigere gjennomgang av dette caset, se Solli (2008).

til å spille elektrisk gitar. Spillingen er energisk og kaotisk, men det oppleves som om han lukker seg inne i sin egen verden av musikk. Han kan spille hele timen uten å ha ønske om å stoppe, og han avviser som regel terapeutens verbale initiativ ved å spille videre.

I musikkterapitimen har David med sin egen elektriske gitar, og han starter omgående å spille. Kaoset preger gitarspillet, lyden fra gitaren er fragmentert og kaotisk. Terapeuten velger å spille på trommesett for å kunne tilby struktur og forutsigbarhet til det musikalske samspillet, samt å få nok volum til å bryte gjennom den høye gitarlyden. I de musikalske improvisasjonene som følger, for det meste i sjangeren blues/rock, veksler David mellom et svært innadvendt, kaotisk og fragmentert gitarspill, til tidvis å være mer lyttende og å forholde seg til terapeutens struktur, for så raskt å gå tilbake til det introverte. Den musikkterapeutiske tilnærmingen er å la pasienten uttrykke seg etter eget ønske, mens terapeuten tilfører musikken struktur og forutsigbarhet gjennom en stødig grunnpuls, empatisk lytting og et sett av musikkterapeutiske teknikker for å invitere pasienten til et mer samhandlende samspill. I en samtale etter en improvisasjon forteller pasienten at han prøver å finne den riktige kombinasjonen av

toner; toner som vil gjøre at "alt blir bra". "En gang fikk jeg det nesten til" sier han. Han forteller også at han prøver å få tak i en aggresjon når han spiller, noe som merkes i et intenst og kraftig uttrykk i musikken. Etter 4 måneder med ukentlig individuell musikkterapi merkes det store forandringer i pasientens interaksjonsmønster. I samspillet følger David nå oftere en felles grunnpuls, han spiller tydeligere melodilinjer og det musikalske uttrykket har blitt mer dynamisk. Pasienten har også gradvis blitt verbalt sterkere og viser dette ved å kommunisere musikalske ideer til musikkterapeuten. Han blir også mer opptatt av å stemme gitaren enn tidligere, og han begynner etter hvert å komponere enkle riff og sanger som han tar med til timene. I miljøet rapporteres det også store forandringer i Davids samhandlingsmønster. Journalene beskriver at pasienten nå følger en mer strukturert døgnrytme, at han oftere er med på fellesturer, at han tar bedre vare på personlig hygiene og at den voldelige adferden har opphørt helt. Det var i denne perioden ikke gjort noen forandringer på Davids medisineringsplan. Senere i terapiforløpet kommer det perioder da David igjen blir mer kaotisk og innadvendt i musikken, men det oppleves nå som en mer bevisst regulering fra pasientens side, og terapeuten velger nå

å løse opp noe av strukturen i musikken og i større grad følge pasientens musikalske ideer. I etterkant av en av disse musikkterapitimene rapporterer en av sykepleierne på avdelingen at David har fortalt henne at "det å spille sammen med musikkterapeuten gjør at jeg får følelser." Etter syv måneder med individuell musikkterapi, i tillegg til standard behandling, skrives David ut til en institusjon med et lavere omsorgsnivå.

Musikk som helseressurs

Vi har understreket at vi betrakter den terapeutiske prosessen i musikkterapi som først og fremst knyttet til det å styrke sterke sider og ressurser, framfor en prosess som fokuserer direkte på symptomlindring. Musikkterapeutens initiativ er i første omgang rettet mot klientens sterke sider, som for eksempel hans musikalske kompetanse på elektrisk gitar og hans motivasjon for musikk, samt å ivareta pasientens egne ønsker om å ta opp aktuelle problemstillinger. Samtidig ser vi at resultatet av den terapeutiske prosessen, der musikkterapien er et viktig bidrag som det eneste psykoterapeutiske tilbud pasienten får, også innebærer en uttalt reduksjon av symptomer. På bakgrunn av dette eksempelet fra praksis vil vi nå trekke fram fire aspekt som på et mer konkret nivå kan betraktes som

sentrale i forhold til pasientens bedringsprosess: motivasjon, struktur, emosjonelt uttrykk og sosial deltakelse. Disse aspektene kan i større eller mindre grad relateres til en reduksjon av negative symptomer, et område der musikkterapi har vist god effekt i flere effektstudier (Gold, Heldal, Dahle & Wigram, 2005a; Gold, Solli, Krüger & Lie, 2009).

1. Motivasjon

Motivasjon er en sentral forutsetning for at psykoterapi skal kunne føre til bedring (Nickel, Tritt, Kettler, Lahmann, & Loew, 2005). Pasienter med dominerende negative symptomer er en spesielt stor utfordring innen psykisk helsearbeid fordi det kan være svært vanskelig å etablere en god behandlingsrelasjon. I vignetten så vi at musikkterapi tidlig var noe som fanget Davids interesse. Tilbudet om musikalsk deltagelse var motiverende kanskje først og fremst fordi David var svært musikkinteressert, men trolig også fordi det musikalske samspillet tilbød gode samspill-sopplevelser og fostring av positive emosjoner. Som vi ser i eksempelet over, opplever pasienten også utfordring og mestring knyttet til musisering, noe som ofte forbindes med motivasjon (Csikszentmihalyi, 2002; Seligman, 2003). Motivasjon er helt essensielt både i forhold til

aktivisering og intensjon, i forhold til kognitiv og sosial utvikling, livskvalitet og glede (Ryan & Deci, 2000). I Davids tilfelle var motivasjonen for musikk nok til at han ukentlig våget å trosse isolasjonen og utsatte seg for sosial interaksjon med musikkterapeuten. Det finnes i dag en relativt stor mengde litteratur som beskriver hvordan musikkterapi har en slik positiv og motiverende virkning overfor pasienter med psykoseproblematikk (Lindvang 2005; Moe et al., 2000; Solli, 2006a; 2008), og flere studier fremhever musikkterapi generelt som en behandlingsform med høy oppmøtefrekvens og lavt frafall (Hannibal, 2005; Maratos, Gold, Wang & Crawford, 2008).

2. Struktur

Psykose gjør at mange pasienter opplever verden som kaotisk og usammenhengende, og struktur og forutsigbarhet er derfor viktige grunnsteiner i en god behandling. I musikkterapi kan bevisst bruk av musikalske elementer bidra til dette. I begynnelsen av Davids prosess handlet terapeutens tilnærming i stor grad om å skape en musikalsk ramme hvor pasienten kunne oppleve struktur, forutsigbarhet og trygghet i det musikalske samspillet. Konkret tilbød terapeuten musikalske elementer som *stødig grunnpuls, tydelig rytme, en forutsigbar form*

og *få dynamiske variasjoner* gjennom sitt spill på trommesettet. På den måten gjorde trommespillet det enklere for pasienten å forholde seg til musikkterapeuten, noe som fremmet samspillet mellom de to.

Davids egen musikkpreferanse var blues og rock, og terapeuten brukte elementer fra denne musikken i utformingen av samspillet. Rock, blues, jazz og beslektede stilarter kjennetegnes ved gjentagende repetisjon av relativt korte musikalske segment, som riff, fraser eller vers, noe som gir lytteren en opplevelse av at slutten leder til begynnelsen igjen (Huges, 2003). Det er våre erfaringer at strukturen i slike kjente og forutsigbare musikalske mønstre ofte gir en trygghet som muliggjør musikalsk og sosialt samspill selv med svært dårlige pasienter (Solli, 2006; 2008).

Det er viktig å påpeke at behovet for struktur er individuelt, og at enkelte pasienter vil profitere på løse musikalske rammer. Hvis man bruker stramme musikalske strukturer er det uansett viktig at pasienten i stor grad selv kan regulere samspillet etter sitt eget behov for nærhet og avstand. Denne selvreguleringen viser seg tydelig i Davids stadige veksling mellom innesluttethet og perioder med åpenhet for relasjonell kontakt. Gjennom det som ofte beskrives som affektinntoning (Stern, 2003) kunne terapeuten her

regulere sitt spill i forhold til dynamiske, melodiske, rytmiske og formmessige elementer i pasientens spill og slik tone seg inn på følelsemessige kvaliteter ved pasientens spill og uttrykk. På den måten kan musikalsk samhandling både gi muligheter for en fleksibilitet og en varhet i forhold til pasientens uttrykk, samtidig som dette foregår innenfor en strukturert og forutsigbar ramme.

3. Emosjonelt uttrykk

Musikk som en helseressurs er svært ofte knyttet til musikkens særegne muligheter til å påvirke og uttrykke våre følelser (DeNora, 2000; Ruud, 1997; Sloboda, 2005). I musikkterapilitteraturen søkes ofte forståelsen for betydningen av musikalske samspill i teorier bygd på studier av interaksjon mellom spedbarn og omsorgsperson⁴, der begrep som intersubjektivitet, affektinntoning og vitalitetsaffekter er sentrale (Rolvsjord 2002; Trondalen, 2008). I et slikt perspektiv sees gode relasjonelle erfaringer der klienten deler et felles fokus utenfor seg selv, og der hun/han kan dele oppmerksomhet, intensjoner og affekter med en annen person, som grunnlaget for forandring. En slik kontakt med følelser og tydelige følelsesuttrykk er

sentrale i forhold til våre kommunikative og relasjonelle ferdigheter.

I eksempelet fra praksis så vi at David selv refererte til musikkterapien som et sted der han kunne uttrykke aggresjon og ”få følelser”. Musikken fremstår dermed som en mulighet for David for å få kontakt med større deler av sitt følelsesregister og samtidig å kunne tolerere disse følelsene. En slik mulighet for toleranse av emosjonell ekspressivitet og kommunikasjon kan knyttes til musikkens alltid tvetydige karakter som gjør det emosjonelle uttrykket i musikk mindre truende. Samtidig som musikken kan fungere som uttrykk for følelser, kan musikken også bare representere seg selv.

Ifølge teori om subjektive symptomer ved schizofreni kan mangel på opplevelse av virkeligheten og av å eksistere gjøre at enkelte pasienter utfører ekstreme handlinger for å oppnå en følelse av å være i live (Minkowski i Sass, 2001). Davids voldelige adferd kan tolkes som en slik handling. Ophøret av den voldelige adferden kan dermed forstås slik at det musikalske samspillet som gav David mulighet for å uttrykke seg emosjonelt i relasjon med et annet menneske, bidro til en økt vitalitet og opplevelse av egen eksistens.

⁴ Teorien til Daniel Stern (2003) og Colwyn Trevarthen (Trevarthen & Malloch, 2000) har her vært sentrale.

4. Sosial deltakelse

Sosialt nettverk og sosial kompetanse betraktes som en svært viktig helseressurs. Ut fra en meta-analyse av kvalitative studier som omhandler bedringsfaktorer for psykose, konkluderer den nederlandske sosialpsykologen Jean P. Wilken med at ”*Recovery is enhanced through engaging in meaningful activities that connect one to the community (...)*The challenge is to move into roles that are meaningful, productive and valued by the larger society” (2007, s 664). Bedringsprosessen fra psykoser går på den måten i en linje fra det å bli atskilt, frakoblet og desintegret, til å bli tilkoblet og integrert. I det eksemplet vi bruker her ser vi at musikkterapien blir et bidrag til å redusere Davids sosiale isolasjon. I økende grad ser pasienten ut til både å mestre musikalsk og emosjonell interaksjon med musikkterapeuten, samtidig som han deltar i flere sosiale aktiviteter på avdelingen.

Musikalsk samhandling er helt grunnleggende sosial (Small, 1998), og som vi har sett tilbyr det musikalske samspillet mulighet for relasjonell erfaring og utvikling av relasjonelle og kommunikative ferdigheter. Dette medfører nye muligheter for sosial deltakelse (Stige, 2006) og kan beskrives som en type

sosial kapital (Putnam, 2000), eller muligens mer korrekt som en spore til eller en gryende utvikling knyttet til sosial kapital (Procter, 2006a). Gjennom samspillet med musikkterapeuten får David muligheter til å være i en relasjon og videreutvikle sin relasjonelle kapasitet, samtidig utvikler han musikalsk kompetanse og deltar i musikkaktivitet som innebærer muligheter for sosial deltakelse også utenfor musikkterapirommet.

Nyere forskningsresultater

De siste årene er det gjennomført flere randomiserte kontrollerte studier som viser at musikkterapi har signifikant behandlingseffekt når det gjelder alvorlige psykiske lidelser⁵. En Cochrane-oversikt fra 2005 sammenholdt studier av musikkterapi gitt i tillegg til standard behandling for pasienter med psykose. Den konkluderte med at musikkterapi gav signifikant *bedre allmentilstand, bedre mental tilstand og et bedret funksjonsnivå* for pasientgruppene sammenlignet med kontrollgruppene (Gold et al., 2005a). Meta-analysen indikerer også at musikkterapien har spesielt gode forutsetninger for å redusere negative symptomer som affektavflating, problemer med sosiale relasjoner og generelt tap av interesse og motiva-

⁵ Se f.eks. Talwar, Crawford, Maratos, Nur & McDermott (2006), eller Ulrich, Houtmans & Gold (2007).

sjon. Dette er symptomer som responderer mindre tilfredsstillende på farmakologiske intervensjoner (Buckley & Stahl, 2007).

En utvidet meta-analyse av musikkterapi for pasienter med ulike typer alvorlige psykiske lidelser styrker det samme resultatet (Gold et al., 2009). Denne analysen viser at musikkterapi, når gitt sammen med standard behandling, har sterk og signifikant effekt på allmenntilstand, generelle symptomer, negative symptomer, depresjon, angst, funksjonsnivå og musikalsk engasjement. Det ble videre funnet at effekten av musikkterapien ble større ved økt antall gitte terapitimer når det gjaldt reduksjon av generelle, negative og depressive symptomer.

Depresjon er svært ofte en del av sykdomsbildet for mennesker med psykoser, og kan inntre både før, under og etter psykotiske episoder (Michail & Birchwood, 2007). I en oversiktsstudie av musikkterapi for personer med depresjon viste fire av fem studier at pasienter som fikk musikkterapi sammen med standard behandling hadde større reduksjon av depressive symptomer enn for de som kun fikk standard behandling (Maratos, Gold & Wang, 2008). Disse funnene støtter ytterligere opp om musikkterapiens potensial i behandlingen av mennesker med psykoseproblematikk.

Det er også gjennomført kvalitative studier som belyser musikkterapiens muligheter overfor psykoser. Her fremheves blant annet musikkterapiens muligheter til å gi relasjonelle erfaringer og utvikle sosial kompetanse, til å tilby opplevelser av mening og håp og til å utvikle vitalitet og å fremme ressurser (DeBacker, 2004; Frederiksen, 2005; Lindvang, 2005; Moe et al., 2000; Næss & Ruud, 2007).

Avslutning

Oppsummert kan man si at musikkterapi ved psykoseproblemer spesifikt, og psykisk helsearbeid generelt, er et svært lovende supplement til standard behandling. Vi har i denne artikkelen spesielt pekt på musikkterapiens potensialer til å gjøre pasienter med alvorlige psykiske lidelser i stand til å hente frem egne ressurser, til å motivere, til å utvikle det ekspressive spekteret og til å bygge opp relasjonell og sosial kompetanse. Slik kan musikkterapi potensielt bedre funksjonsområder og lindre symptomer som ikke alltid er lett tilgjengelig for psykofarmaka eller tradisjonell samtaleterapi.

Behovet for videre forskning er imidlertid stort. På tross av en stadig voksende kunnskapsmengde er musikkterapi for mennesker med psykiske lidelser et relativt lite utforsket område. Redaktøren for *British Journal of Psychiatry*, Peter

Tyrer, uttalte nylig følgende: ”*If you decide that music therapy should be available to someone with schizophrenia – and I think we are fairly close to deciding that – then you need to know what are the essential elements to be delivered in that music therapy*” (Procter, 2006b, s 79). Dette spørsmålet er forskere imidlertid allerede er i gang med å undersøke. Forskningsgruppen GAMUT ved Universitetet i Bergen gjennomfører for tiden den til nå største randomiserte kontrollerte studien (RCT) av musikkterapi og psykiske lidelser. Gjennom et internasjonalt samarbeid undersøkes her effekten av ressursorientert musikkterapi for pasienter med lav terapimotivasjon (Gold, Rolvsjord, Aaro, Aarre, Tjemsland & Stige, 2005b). I tilknytning til denne studien planlegges også flere kvalitative prosjekt som vil utforske terapeutiske faktorer og subjektive opplevelser i musikkterapi. Ett prosjekt som starter opp i disse dager er Hans Petter Sollis PhD-prosjekt ved Lovisenberg Diakonale Sykehus, der han vil se nærmere på psykotiske pasienters subjektive opplevelser av musikkterapi, med fokus på brukerperspektivet.

I dag er det ansatt i overkant av 20 musikkterapeuter i voksenpsykiatrien i Norge (Hodne, 2007). I tillegg jobber det musikkterapeuter i barne- og ungdomspsykiatrien og i

tilgrensende arbeidsfelt. Med stadig mer forskning som undersøker både effekten og forståelsen av musikkterapi for pasienter med psykoseproblematikk og andre alvorlige psykiske lidelser, er det vårt håp at stadig flere psykisk helsevernsinstitusjoner åpner for å ta inn musikkterapi som en integrert del av sitt tverrfaglige behandlingstilbud. De siste årenes utvikling innen teori og praksis i psykisk helsearbeid gjør at vi i dag finner en langt større åpenhet for behandlingsformer som tar vare på de brukerstyrte, ressursorienterte, aktiviserende og sosial-integrerende delene av behandlingen enn vi gjorde for noen år tilbake. I denne konteksten mener vi musikkterapi har mye å tilføre.

Litteratur

- Aanonsen, A.M. (2007). Psychosis and the Mission of Professional Psychology. *Tidsskrift for norsk psykologiforening*, 44 (5): 521.
- Buckley, P.F., & Stahl, S.M. (2007). Pharmacological Treatment of Negative Symptoms of Schizophrenia: Therapeutic Opportunity or Cul-de-sac? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(2): 93-100.
- Csikszentmihalyi, M. (2002). *Flow. The Classic Work on How to Achieve Happiness*. London: Rider Books.
- DeBacker, J. (2004). *Music and Psychosis. The transition from sensorial play to musical form by psychotic patients in a music therapeutic process*. Dissertation

- submitted for the degree of Doctor of Philosophy. Institute of Music and Music Therapy. Aalborg University.
- DeNora, T. (2000). *Music in Everyday Life*. Cambridge: University Press.
- DeNora, T. (2003). *After Adorno. Rethinking Music Sociology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Frederiksen, B. (2005). Casestudie – En ung pige med debuterende skizofreni. Ridder, H.M.O. (Red.) *Musikterapi i psykiatrien*. Musikterapiklinikken. Aalborg psykiatriske sygehus – Aalborg Universitet.
- Gold, C., Heldal, T.O., Dahle T., Wigram, T. (2005a). Music therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database Syst Rev*, 2005; 2: CD004025.
- Gold, C., Rolvsjord, R., Aaro, L.E., Aarrø, T., Tjemsland, L., & Stige, B. (2005b). Resource-oriented music therapy for psychiatric patients with low therapy motivation: Protocol for a randomised controlled trial [NCT00137189]. *BMC Psychiatry*, 5(39).
- 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*, doi:10.1016/j.cpr.2009.01.001
- Hannibal, N. (2005). Beskrivelse af patientpopuljonen i klinisk musikterapi på fem psykiatriske institusjoner i Danmark i perioden august 2003 – juli 2004. Ridder, H.M.O (red.) *Musikterapi i psykiatrien*. Musikterapiklinikken, Aalborg psykiatriske sykehus – Aalborg Universitet.
- Hodne, I.H. (2007). Musikterapeutene som profesjonsgruppe i Norge. *Musikkterapi*, nr 3.
- Hughes, T.S. (2003). *Groove and flow: Six analytical essays on the music of Stevie Wonder*. Dissertation submitted in partial fulfilment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy, University of Washington.
- Lindvang, C. (2005). Casestudie – musikterapi med en skizofren kvinde. Ridder, H.M.O. (Red.) *Musikterapi i psykiatrien*. Musikterapiklinikken. Aalborg psykiatriske sygehus – Aalborg Universitet.
- Maratos, A.S., Gold, C., Wang, X. & Crawford M.J. (2008). Music therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD004517. DOI: 10.1002/14651858.CD004517.pub2.
- Michail, M., & Birchwood, M. (2007). Social Phobia and Depression in Psychosis. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 44 (5): 535-547.
- Moe, T., Roesen, A., & Raben. H. (2000). Music Therapy with Group of Schizotypal and Schizophrenic Patients. *Nordic Journal of Music Therapy*. 9 (2): 36-50.
- Nickel C., Tritt, K., Kettler, C., Lahmann, C., Loew, T., Rother, W., Nickel, M. (2005). Motivation for therapy and the results of inpatient treatment of patients with a generalized anxiety disorder: a prospective study. *Wien Klin Wochenschr* 117:359-363.
- Næss, T. & Ruud, E. (2007). Audible Gestures: From Clinical Improvisation to Community Music Therapy. Music Therapy with an Institutionalized Woman Diagnosed with Paranoid Schizophrenia.

- Nordic Journal of Music Therapy*. 16 (2): 160-171.
- Procter, S. (2006a). What Are We Playing At? Social Capital and Music Therapy. In R. Edwards, J. Franklin & J. Holland (Eds.), *Assessing Social Capital: Concept, Policy and Practice* (s.146-162). Newcastle: Cambridge Scholars Press.
- Procter, S. (2006b). Interview with Peter Tyrer. *British Journal of Music Therapy*. 20(2).
- Putnam, R.D. (2000). *Bowling Alone. The Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon & Schuster
- Rolvsvjord, R. (2002). *Når musikken blir språk. Musikalsk kommunikasjon i musikkterapi – et dialektisk perspektiv*. Oslo: Unipub forlag.
- Rolvsvjord, Randi (2006). Therapy as Empowerment: Clinical and Political Implications of Empowerment Philosophy in Mental Health Practises of Music Therapy. Voices: A World Forum for Music Therapy. [Lesedato: February 9, 2009, from <http://www.voices.no/mainissues/mi40006000223.php>]
- Rolvsvjord, R. (2005). Collaborations on Songwriting with Clients with Mental Health Problems. In Baker, F., & T. Wigram (Eds.). *Songwriting. Methods, Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. London & Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Rolvsvjord, R. (2007). *Blackbird singing. Explorations of Resource-oriented Music Therapy in Mental Health Care*. Thesis submitted for the degree of Doctor of Philosophy. Aalborg University.
- Rolvsvjord, R. (2008). En ressursorientert musikkterapi. Ruud, E., & Trondalen, G. (Red) *Perspektiver på musikk og helse*. NMH-Publikasjoner: s.123-137.
- Rolvsvjord, R., Gold, C. & Stige, B. (2005). Therapeutic Principles for Resource-oriented Music Therapy: a Contextual Approach to the Field of Mental Health. *Nordic Journal of Music Therapy*. URL: [http:// www.njmt.no](http://www.njmt.no). [Lesedato: 29.03.2006]
- Ruud, E. (1997). Music and the Quality of Life. *Nordic Journal of Music Therapy*. 6 (2): 86-97.
- Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55(1): 68-78.
- Sass, L.A. (2001). Self and world in schizophrenia: Three classic approaches. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*. 8 (4): 251-270.
- Seligman, M. (2003). *Authentic Happiness. Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Deep Fulfilment*. London: Nicholas Brealey Publishing.
- Sloboda, J. (2005). *Exploring the Musical Mind*. Oxford: Oxford University Press.
- Small, C. (1998). *Musicking. The Meanings of Performing and Listening*. Middeltown, Connecticut: Wesleyan University Press.
- Schizofreni*. Masteroppgave i musikkterapi. Oslo: Norges musikkhøgskole.
- Solli, H.P. (2006). Musikk i psykiatrisk praksis. Aasgaard (Red.) *Musikk og helse*.

Gjøvik: Cappelen akademiske forlag.

Solli, H.P. (2008). "Shut up and play!" Improvisational use of popular music for a man with schizophrenia. *Nordic Journal of Music Therapy*. 17(1): 67-77.

Stern, D. N. (2003). *Spedbarnets interpersonlige verden*. Gjøvik: Gyldendal akademiske forlag.

Stige, B. (2002). *Culture-centered Music Therapy*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.

Stige, B. (2006). On a Notion of Participation in Music Therapy. *Nordic Journal of Music Therapy* 15(2): 121-138.

Talwar, N., Crawford, M.J., Maratos, A., Nur, U., McDermott, O., Procter, S. (2006). Music Therapy for In-patients with Schizophrenia. Exploratory Randomised Controlled Trial. *British Journal of Psychiatry* 189, 405 - 409. doi:10.1192/bjp.bp.105.015073.

Trevarthen, C. & Malloch, S. (2000). The Dance of Wellbeing: Defining the Music Therapeutic Effect. *Nordic Journal of Music Therapy*, 9(2): 3-17.

Trondalen, G. (2008). Musikterapi – et relasjonelt perspektiv. Trondalen, G. og Ruud, E. (red.) *Perspektiver på musikk og helse*. Skriftserie fra Senter for musikk og helse. NMH-publikasjoner. Nr 3.

Ulrich, G., Houtmans, T., & Gold, C. (2007). The Additional Therapeutic Effect of Group Music therapy for Schizophrenic Patients: a Randomized Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(5): 362-370.

Wilken, J.P. (2007). Understanding Recovery of Psychosis: A Growing Body of Knowledge. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 44(5): 658-666.

Hans Petter Solli
Lovisenberg Diakonale Sykehus
Psykiatrisk avdeling - Vor Frue Hospital
Ullevålsveien 2, 0165 Oslo
Epost: hps@lds.no

Randi Rolvsjord
Griegakademiet, Institutt for musikk,
Universitetet i Bergen
E-post: Randi.Rolvsjord@grieg.uib.no