

MUSIK FÖR KROPP OCH SJÄL
Modell för Interaktiv Musikterapi

Anci Sandell

Handledare Professor Anders Möller

Musik för Kropp och Sjal
Modell för Interaktiv musikterapi

Anci Sandell 2013
anci@sandell nu

ISBN: 978-91-86739-52-2

Tryckt av Kompendiet Göteborg, Sverige 2013

Sammanfattning

Musik för Kropp och Själ – Modell för Interaktiv Musikterapi

Syfte: Avhandlingens syfte är att utveckla en generell modell för interaktiv musikterapi som kan anpassas till olika målgrupper.

Ansats och metoder: Avhandlingen är en monografi med en hermeneutisk kunskapssyn och en huvudsakligt kvalitativ och explorativt undersökande inriktning. Musikterapiens målsättning är att bidra till ökad hälsa och livskvalitet. Som bakgrund till avhandlingens syfte definieras och diskuteras musik, hälsa och livskvalitet. Musikterapi definieras och kopplas till teorier om musiken i terapi, om intrapsykiska och interpersonella processer samt till systemteori. Musikterapeutiska inriktningar redovisas med respektive teoretisk förankring. Musikterapi beskrivs även ur ett kliniskt perspektiv med koppling till teorier om anknytning, lekterapi och begrepp som arousal, vitalitet och emotioner. Grundläggande vetenskapliga synsätt presenteras med reflektioner kring lämpliga inriktningar i musikterapeutisk forskning. Internationell forskning om musikterapi med olika metodologiska inriktningar och för olika målgrupper och dysfunktioner samt forskning i musikterapi i de nordiska länderna redovisas, med reflektioner kring framträdande mönster i denna forskningsöversikt. Forskning om musikterapi för de specifika målgrupperna i studien presenteras.

Tre studier har genomförts inom olika verksamheter med olika målgrupper.

Studie 1: Musikterapi med dialys-, cancer- och psykiatripatienter på ett länssjukhus.

Studie 2: Musikterapi med små cancersjuka barn på ett barnsjukhus.

Studie 3: Musikterapi på ett behandlingshem för ungdomar med svåra psykosociala problem.

Studierna har gemensamt syfte och gemensamma forskningsfrågor och metoder för kunskapsinsamling, främst processbeskrivningar och dialogintervjuer med klienter och personal, vilka bearbetats med innehållsanalys. För respektive studie redovisas målgrupp, genomförande och resultat. I en jämförande analys av de tre studierna redovisas vad i musikterapin som är gemensamt och vad som är målgruppspecifikt.

Resultat och slutsatser: Implementeringsarbetet med att integrera musikterapin i ordinarie verksamheter fungerade tillfredsställande i samarbete med engagerad personal. Den planerade musikterapeutiska formen med interaktion mellan terapeut och patienter/klienter fungerade genomgående med förhållningssättet att anpassa musikterapin till patientens/klientens behov och önskemål. Samtliga klienter/patienter uppgav positiva upplevelser av interaktionen med musikterapeut och musiken kunde användas som kommunikationsmedel, både för kontaktskapande, som stimulans till verbal kommunikation och som medel för ickeverbal kommunikation, exempelvis med små barn och avskärmade tonåringar. Samtliga målgrupper uppgav känslomässiga upplevelser med inre bilder och symboler kopplade till musiken vilka i många fall också kunde uttryckas i målade bilder och egna texter. De små barnen stimulerades i musikterapin till lek och aktivitet och ökad interaktion med sina föräldrar. Val av musik och genre, av förinspelad eller improviserad musik, av jagstödande eller bearbetande inriktning samt av möjligheterna att kombinera musiken med bild och text, påverkades både av de berördas behov och önskemål och av målgruppens ålder, mognad, livssituation och dysfunktioner samt av hänsyn till andra pågående behandlingar. För vuxna med allvarliga somatiska sjukdomar fick musikterapin främst en inriktning mot existentiella livsfrågor medan psykiatripatienterna vanligen kopplade inre bilder och symboler till sin psykiska problematik.

För ungdomar med svåra psykosociala livssituationer fick musikterapi en jagstödande och identitetsstärkande funktion med musiken som kommunikationsmedel. De små barnen med cancer fick genom musiken tillgång till ett salutogent lekområde där de kunde vara aktiva och engagera musikterapeut och föräldrar. Musikterapi bidrog i samtliga målgrupper till förbättringar av upplevd livskvalitet och psykiskt mående och kunde även fylla en lindrande funktion vid svåra medicinska behandlingar. Även om dessa psykiska förbättringar indirekt också kunde ge positiva fysiska hälsoeffekter kunde dessa inte specifikt knytas till den genomförda musikterapi då andra behandlingar bedrevs parallellt. Sammanfattningsvis påvisade de empiriska studierna musikterapins positiva effekter på upplevd livskvalitet och gav värdefulla kunskaper gällande vilka aspekter i den interaktiva musikterapi som är generella och vilka som behöver anpassas till berörd målgrupp.

Modell för interaktiv musikterapi. Modellbegreppet samt modellens kliniska bakgrund och teoretiska influenser redovisas. I denna avhandling står begreppet modell för den samlade helheten av värderingar, teorier, metoder och praktik som tillsammans bildar en modell för interaktiv musikterapi. Dimensionerna som tillsammans bildar modellen består av: Värdegrund, Brukarperspektiv, Implementering, Målgruppsanalys, Interaktion, Musik som kommunikation, Tid och närhet, Interventioner med musik-bild-text-rörelse, Symboliseringsprocesser, Musik-terapeutiska metodval samt Kompetens och utvärdering. Delarna bildar tillsammans en helhet för ökad förståelse av musikterapins komplexa processer. Ambitionen är att skapa överblick, struktur och vägledning i arbete med musikterapi, samtidigt som man i kliniskt arbete tar hänsyn till den enskilda individens behov, resurser och livssituation. Modellredovisningen sammanfattar de aspekter som är gemensamma för olika målgrupper och de som bör anpassas till respektive målgrupp, verksamhet och enskild klient.

Avhandlingen avslutas med att återknyta till musikterapi och folkhälsa, samt reflektioner över för och nackdelar med valda forskningsmetoder, modellens styrkor och svagheter samt mina olika roller och några idéer om framtida forskning

Nyckelord: musikterapi, musik, interaktion, modell, livskvalitet, hälsa, folkhälsa, symbolisering, kommunikation, systemteori.

Summary

Music for Body and Soul – Model for Interactive Music Therapy

Aim: The aim of the thesis is to develop a general model for interactive music therapy adjustable to different target groups.

Introduction and method: The thesis is a monograph with a hermeneutic view of knowledge and a predominantly qualitative and explorational investigative focus. The goal of music therapy is to contribute to better health and quality of life. As background to the aim of the thesis music is defined and discussed. Music therapy is also defined and linked to theories of music in therapy, in intrapsychological and interpersonal processes, and to systems theory. Music therapeutic approaches are presented with their respective theoretical foundations. Music therapy is also described from a clinical perspective linked to theories of bounding, play therapy and concepts such as arousal, vitality and emotions. A basic scientific approach is presented with reflections about suitable directions in music therapeutic research. International research on music therapy, with varying methodological approaches for diverse target groups and dysfunctions as well as research in music therapy in the Nordic countries, are presented with reflections of the more outstanding patterns in this research overview. Research on music therapy for the specific target groups in the study is presented.

Three studies have been carried out in three areas with different target groups.

Study 1: Music therapy with dialysis, cancer and psychiatric patients at a county hospital.

Study 2: Music therapy with small children with cancer at a children's hospital.

Study 3: Music therapy at a treatment centre for adolescents with severe psychosocial problems.

The studies have joint aims and research questions as well as methods of knowledge gathering, that is chiefly process descriptions and dialogue interviews with clients and personnel, which have been processed by content analysis. Target groups, implementation and results are presented for the respective studies. A comparative analysis of the three studies, that for which music therapy is shared and that for which is target group-specific, is presented.

Results and conclusions: Implementation efforts to integrate music therapy in ordinary activities worked satisfactorily in cooperation with dedicated personnel. The planned music therapeutic form of interaction between therapist and patients/clients functioned consistently with the approach of adjusting music therapy to the patient's/client's needs and wishes. All clients/patients reported positive experiences of interaction with the music therapist, and the music could be used as a means of communication, both for establishing contact, as a stimulus to verbal communication, and as a means of non-verbal communication, for example with small children and withdrawn teenagers. All target groups reported emotional experiences with internal images and symbols linked to the music, which, in many cases could also be expressed in painted images and personal texts. Small children were stimulated by music therapy to play and activity, and increased interaction with their parents. Music selection and genre of previously recorded or improvised music, of an identity supportive or processing approach, as well as the possibilities to combine music with paintings and text, was influenced by both the needs and desires of those involved and by the target group's age, maturity, life situation and dysfunctions, while also showing concern for other ongoing treatments.

For adults with serious somatic illnesses music therapy was directed mainly toward existential questions, while psychiatric patients usually linked inner images and symbols to psychological problems. For youths with severe psychosocial life situations music therapy was given an identity supportive and identity reinforcing function with music as a means of communication. Those small children with cancer gained access, through the music, to a salutogenic play area where they could be active and involve music therapists and parents. Music therapy contributed, in all target groups, to improvements of experienced quality of life and psychological well being, and could even have a soothing function in the midst of difficult medical treatments. Even if these psychological gains could also indirectly result in positive physical health effects, they could not be specifically linked to the undergone music therapy whereby other treatments were being carried out at the same time.

In summary, the empirical studies showed music therapy's positive effects on experienced quality of life and provided valuable knowledge concerning which aspects of interactive music therapy that were universal and which need adjustment to the concerned target group.

A model for interactive music therapy. The model's concept and the model's clinical background and theoretical influences are reported. In this thesis the concept model stands for the collective whole of values, theories, methods, and practice which together form a model for interactive music therapy. The dimensions which together form the model consist of: Values, User perspective, Implementation, Target group, Interaction, Music as communication, Time and closeness, Interventions with music-painting-text-movement, Symbolisation processes, Music therapeutic method selection and Competence and evaluation. The parts together form a whole for the increased understanding of music therapy's complex processes. The ambition is to create an overview, structure, and guide for working with music therapy, but at the same time, in a clinical setting, show consideration for each individual's needs, resources and life situation. Reporting the model summarizes those aspects common to different target groups and those that need to be adjusted to the respective target group, area of operations, and individual client.

The thesis is concluded through reconnecting to music therapy and public health, and reflections on the advantages and disadvantages of the selected research methods, the model's strengths and weaknesses, and my various roles and ideas concerning future research.

Key words: music therapy, music, interaction, model, quality of life, health, public health, symbolisation, communication, systems theory.

Tack

Varför skriver Du en avhandling? Denna fråga har jag fått många gånger de senaste sex åren och när jag ställt samma fråga till mig själv har jag inte funnit något enkelt svar. Jag har drivits av en inre kraft och nyfikenhet att försöka förstå vad som händer i en musikalisk interaktion mellan människor. Samtidigt har det känts som en skyldighet mot alla klienter och all engagerad personal som jag mött i arbetet på vägen. Jag har dessutom alltid tyckt om utmaningar i livet vilket också kan vara en drivkraft att genomföra ett avhandlingsprojekt. Att helt frivilligt under ett antal år gå in i litteratur, frågor, funderingar och skrivande, medan det övriga livet liksom pågår bredvid, har varit en stor utmaning.

Detta projekt har inte bedrivits isolerat från omvärlden. På våren föds alla lamm på vår gård som vanligt, cirka sextio stycken under dessa år. Hönorna värper ägg, tuppen gal, katterna solar sig och hundarna vill springa i skogen. Naturen har sin gång och tur är väl det, att jag har fått leva mitt i detta mirakel under tiden som jag skrivit. Inspirationen och kraften från naturen har varit en stor hjälp i det ibland ensamma arbetet.

Utän stöd och uppmuntran från andra människor hade det dock varit alltför ensamt och många av mina frågor hade bara givit ett eko av egna tankar. Det är många som jag vill tacka.

Stort tack alla Ni barn, ungdomar och vuxna som jag har fått arbeta tillsammans med, utan Er hade jag inte haft så mycket att skriva om.

Jag vill även tacka min öppna, tillåtande och uppmuntrande handledare professor Anders Möller. Du har hjälpt mig att hitta tillbaka till glädjen i skrivandet när det ibland har varit trögt och dimmig sikt framåt. Din humor och Din hängivna vilja att tillsammans med mig försöka förstå musikens innersta väsen har varit mycket betydelsefull.

Tack professor Runo Axelsson, NHV, för Din konstruktiva kritik i slutskedet av arbetet.

Tack doktorandkollegor på NHV, Ingela Furenbäck, Jill Bengtsson, Susanne Regber, särskilt Sigrid Pettersén och Hanna Gyllensten, att Ni på ett positivt sätt följt mitt arbete i dess olika faser. Tack Tanja Johansson, forskningsutbildningssekreterare vid NHV, för god support.

Ingrid Hammarlund, lektor i musikterapi och tidigare prefekt vid Kungliga Musikhögskolan i Stockholm, vän och kollega sedan 1980-talet, tack för Dina alltid konstruktiva och diplomatiska råd när Du har läst de olika manuskripten. Tack för att Du kommit på mina seminarier och varit ett uppmuntrande stöd när det har behövts.

Tack fil.dr. Ann-Sofie Paulander, min blivande kollega på Kungliga Musikhögskolan i Stockholm, för uppmuntran och stöd särskilt i slutskedet av arbetet. Tack till fil.dr. Märit Bergström och doktorand Margareta Wärja för våra samtal och vår kvinnliga kraft i den ibland mansdominerade forskarvärlden.

Ett varmt tack vill jag också rikta till professor Alf Gabrielsson, att Du på Ditt vänliga sätt ville vara min samtalspartner när jag var i behov av det. Tack även professor Peter Währborg för Din entusiasm och nyfikenhet på vad musiken har för inverkan på människor och våra samtal om musiken och hjärnan genom åren.

Tack överläkare Gunnar Göthberg för att du varje vecka under perioden på barnsjukhuset orkade höra mina funderingar och frågor runt de små barnen och att Du var så uppmuntrande till projektet. Tack även enhetschef Anna-Lisa Melin och lekterapeut Victoria Kleiber för hjälp och stöd.

Tack föreståndare Ulla-Karin Rosell, för vår långa vänskap och för Din alltid positiva inställning till nya gemensamma kreativa projekt och nu också till min forskning.

Ekonomiskt är forskning på doktorandnivå inte en så lukrativ verksamhet. Det har varit glädjande och välkommet när jag fått ekonomiska bidrag. Tack till Nordic School of Public Health, som har gett mig forskarstipendium. Jag vill också tacka Västra Götalandregionen för ekonomiskt stöd, särskilt Jan Terneby, FoU samordnare, som på ett personligt sätt uppmuntrat forskningen i musikterapi.

Ett tack till Kungliga Musikhögskolan i Stockholm och OluBirgit Jeppsons minnesfond för bidrag. Tack även Signhild Engkvist Stiftelse och Stiftelsen Erik och Lilly Philipsons Minnesfond för bidrag.

Tusen tack alla mina kära väninnor som tålmodigt har orkat lyssna och uppmuntrat mig att fortsätta mitt arbete. Ni vet vilka Ni är och hur mycket Ni betyder för mig.

Jag vill också tacka min familj för Ert helt otroliga stöd. Tack mina systrar, Gunilla och Barbro för Ert ständiga intresse i denna långa process.

Tack mina älskade barn, Prem, Patricia och Geraldo, vad vore livet utan Er. Tack för att Ni alltid är så uppmuntrande. Tack min fina svärdotter Belinda för Din positiva energi och för översättningshjälp av krångliga engelska artiklar. Tack också lille Nicholas för den glädje Du kom med när Du föddes.

Slutligen vill jag tacka Göran, min älskade livskamrat och bästa vän. Tack för att Du alltid ser möjligheter i svårigheter och att vi kan sitta på en strand i Indien och reflektera över dimensioner i en modell för interaktiv musikterapi. Tack att Du har orkat läsa och kommentera manuskripten till avhandlingen i dess olika skeden och för Din konstruktiva och ibland skarpa kritik. Tack också för alla gånger Du har hjälpt mig tillbaka upp på spåret när jag tenderat att glida ner i något dike utmed vägen. Utan Din kärlek och uppmuntran hade det nog inte blivit någon avhandling!

Preludium

Om det inte hade varit för den där tonen som följde min inre sång, vet jag inte om jag hade överlevt. På något märkligt vis blev den en brygga mellan mitt inre och den yttre verklighet som ju finns. Den överröstade mig. Den hjälpte mig att leva vidare (dialog med en patient).

Människor påverkas av musik och många som väljer att ägna sina liv åt musik, drivs av ett inre behov att uttrycka sig. Musik påverkar oss både fysiskt och känslomässigt och vi kan ofta härleda minnen och upplevelser till viss musik vid speciella tillfällen.

Genom historien har musiken såväl som konsten haft till uppgift att förmedla och skapa kontakt med det gudomliga. Från det ursprungliga syftet att medla mellan det gudomliga och mänskliga, har kompletterande syften och riktningar utvecklats. Sättet på vilket vi människor tolkar det konstnärliga uttrycket går tillbaka i historien men sträcker sig också fram emot den tid vi lever i nu och mot framtiden. Oavsett uttryck och utförande försöker vi skapa en mening i musiken, var och en med sin egen upplevelse och tolkning. För mig har musiken alltid haft ett kommunikativt syfte. Redan som väldigt liten flicka gjorde jag improviserade musiksagor vid pianot. Nu i efterhand kan jag se, hur de berättade mycket om mig själv och min omvärld.

Efter studier i musikvetenskap och avlagd musikhögskoleexamen vid Musikhögskolan i Göteborg började jag arbeta med musikundervisning i grundskola och gymnasium samt efterhand också med undervisning i pedagogik och psykologi på Musikhögskolan i Göteborg. Så småningom utvecklades min inriktning alltmer till barn som hade begränsade uttrycksmöjligheter och jag började arbeta som musikhögskolelärare på särskolan i Göteborg. Musiken blev för dessa barn och ungdomar en möjlighet att kommunicera med omgivningen. För att kunna möta deras behov började jag leta efter fungerande arbetsmetoder och närmade mig ett mera terapeutiskt tänkande. Något hände i kontakten med musiken, särskilt med de barn som saknade ett verbalt språk och som var känslomässigt avskärmade. Musiken väckte något hos dem som gjorde att de blev mer kommunikativa. Nyfikenheten växte att förfina mina redskap och hitta nya kunskaper i dessa komplexa processer.

I musikterapi är musiken inte målet i sig, utan en möjlighet att nå andra positiva effekter gällande hälsa och livskvalitet. Musiken får en annan roll än den rent estetiska genom att skapa ett gynnsamt stämningsläge för kommunikation och interaktion, och kan bli en länk mellan den inre och den yttre världen, ett uttryck för de outtalade orden och känslorna.

Under mina studier vid Musikhögskolan fick jag möjligheter att anpassa min utbildning mot mitt intresse för musik i terapeutiskt syfte. Vid denna tid fanns ingen utbildning i musikterapi i de nordiska länderna, men det fanns pionjärer som hade prövat musikens möjligheter både i Danmark och i Norge. Jag sökte mig till Danmark i början av 70-talet och besökte Claus Bang som arbetade med musik på dövskolan i Ålborg. Hans entusiastiska arbete att använda klangstavar, sång och vibrationer i språkträningen med döva barn visade mig ett nytt sätt att tänka kring musikens användning.

Sören Mülhausen i Köge, utanför Köpenhamn, arbetade som musikterapeut och rektor på en skola för barn med autism och var dessutom jazzmusiker. Under mitten av 70-talet blev han min handledare i hur man kan arbeta med musikterapi och improvisation för barn med autism.

Paul Nordoff från USA, idag en ikon inom musikerapi, var nästa pionjär som jag fick möta vid en konferens med direkthandledning i musikerapi som jag anordnade i Göteborg 1977. Han hade tillsammans med specialläraren Clive Robbins utvecklat en kreativ improvisationsmetod i musikerapi som influerat många musikerapeuter internationellt. Nordoffs öppna och respektfulla förhållande både till musiken och berörda klienter påverkade mig djupt.

Ett annat område som väckte mitt intresse var språkträning för människor som drabbats av stroke och fått afasi. På Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg fick jag kontakt med en engagerad grupp med professor Tore Brohman, neurolog Peter Borenstein, professor Peter Währborg och afasipedagog Stina Linell, med intresse för att använda musik i språkträning för denna patientgrupp. I USA på Boston Veteran Hospital hade man utvecklat MIT / Melodic Intonation Therapy (Norton et al. 2009), där man sjunger orden med utgångspunkt från den prosodie (språkmelodi) man har i sitt tal. 1977 fick jag möjlighet att åka till Boston och lära mig denna metod för att sedan använda den med afasipatienter på Sahlgrenska sjukhuset.

1988 bildade jag ”Stiftelsen Mousiké -för barnen och de sköna konsterna”. Idén var att utifrån det grekiska ordet för alla konstnärliga uttryck ”mousiké” skapa en kreativ miljö för barn. Verksamheten vände sig till olika målgrupper, från förskolebarn, skolbarn men också barn och vuxna med olika funktionsnedsättningar. Den pedagogiska tanken var att förena musik, bild och rörelse, men även sång och instrumentalundervisning med utgångspunkt från barns kreativa skapande. Fortbildning för olika personalgrupper blev också en del av verksamheten som pågick fram till 1997.

Under 1993 - 95 var jag medlem i Nordisk Forskarutdanningsakademi, ett nätverk för musikerapi och forskning. Ken Bruscia, David Aldrige, Tony Wigram, Even Ruud, m.fl. undervisade och inspirerade till forskning i musikerapi.

Mitt intresse för andra kulturer och deras musik har även lett till att jag arbetat i projekt utanför Sverige. Förutom att leda musikerapiworkshops i USA och Brasilien fick jag förmånen att medverka i ett skolprojekt (La Crima) genom FUB och Lutherhjälpen med funktionsnedsatta barn i Bistritsa i norra Rumänien. Under ett par år åkte jag regelbundet dit och deltog i arbetet i byar med gravt funktionsnedsatta barn och deras familjer, även här med musiken i centrum. Genom en vänförening mellan Gambia och Alingsås deltog jag även i en kartläggning av funktionsnedsatta barn i byn Kartong i södra Gambia. I Bangalore i Indien fick jag genom ett Sida-projekt handleda en i Sverige utbildad musikerapeut.

Under ett pionjärarbete med musikerapi i trettiofem år har jag mött ett stort antal barn och vuxna med olika psykiska och fysiska funktionsnedsättningar; barn och vuxna med autism, ungdomar med psykosocial problematik och vuxna inom psykiatri, barn och vuxna med cancer. Genom åren har jag dokumenterat mitt kliniska arbete både skriftligt i processbeskrivningar och med videofilmer, vilket resulterat i att jag efterhand har fått en stor mängd insamlat musikerapeutiskt material från olika målgrupper. Efterhand växte mitt behov att få möjlighet att stanna upp och analysera mitt arbete och undersöka vad som drivit min nyfikenhet in i detta ämne med en så oförtröttlig kraft.

I handledarutbildning och magisterutbildning med inriktning på musikerapi vid Kungliga Musikhögskolan i Stockholm (2003) föll många delar på plats. Glädjen i att finna teoretiska och metodologiska förklaringsmodeller gjorde att intresset för vidare forskning växte.

Det improviserade aktiva uttrycket i musiken har varit den röda tråden genom mitt liv, såväl vad det gäller arbete med klienter, patienter och elever, som med mig själv. Musiken som uttryck och kommunikationskanal för djupare behov och upplevelser och dess påverkan på människors personliga utveckling har jag kunnat se på nära håll. I mitt arbete används ofta flera olika konstnärliga uttryck, som bild, text och rörelse som komplement till musiken.

Livskvalitet har alltid funnits med i målsättningen, särskilt för personer med de allra svåraste funktionsnedsättningarna, och genom arbete med musikterapi på sjukhus fick jag även en djupare kunskap om musikens hälsoaspekter. Att musiken så genomgående, inte bara för de sjuka och funktionsnedsatta, utan för alla barn, ungdomar och vuxna som jag mött, haft en läkande och livskvalitetshöjande betydelse, har efterhand blivit allt tydligare.

Forskarutbildningen vid Nordic School of Public Health, NHV, vidgade ytterligare mitt perspektiv genom att belysa musikens betydelse ur ett folkhälsovetenskapligt sammanhang. Musiken ses ur ett samhällsperspektiv med människors möjligheter att få tillgång till den för ökad hälsa och livskvalitet.

Det är naturligtvis en mängd frågor som väckts genom åren. I interaktionen mellan människor med musiken som redskap tillkommer ytterligare dimensioner. Nyfikenhet för ämnesområdet och ett allt starkare behov av att försöka förstå musikens betydelse i ett terapeutiskt sammanhang har efterhand ökat mitt intresse för forskning. Min förhoppning är att avhandlingsarbetet skall ge svar på några av dessa frågor - och att de nya frågor som väcks skall generera ny forskning i musikterapi.

Innehållsförteckning

| | |
|---|-----------|
| Preludium..... | 5 |
| Inledning..... | 13 |
| Disposition..... | 14 |
| Del I Musik för hälsa och livskvalitet | 15 |
| Hälsa och livskvalitet | 16 |
| Hälsobegreppet | 16 |
| Utvecklingsperspektiv på sjukdom och hälsa..... | 17 |
| Folkhälsa..... | 18 |
| Livskvalitet | 19 |
| Musik och hälsa..... | 21 |
| Perspektiv som utvidgas | 21 |
| Kultur och hälsa..... | 23 |
| Musikterapi..... | 23 |
| Definition av musikterapi | 23 |
| Musikterapeutiska arbetsområden | 26 |
| Teorier om musiken i musikterapi | 27 |
| Musiksyn | 27 |
| Improvisation - musik skapad i stunden..... | 29 |
| Musik och intention..... | 30 |
| Musik och emotioner..... | 30 |
| Musik som konstnärligt uttryck i musikterapi..... | 32 |
| Teorier om intrapsykiska processer i musikterapi..... | 33 |
| Lekområde..... | 33 |
| Arousal och vitalitet..... | 34 |
| Symbolisering..... | 35 |
| Interpersonell kommunikation | 36 |
| Musikterapi i ett systemteoretiskt perspektiv..... | 37 |
| Musikterapeutiska inriktningar..... | 41 |
| Kreativ Musikterapi (CMT)..... | 41 |
| Fri Improvisationsterapi | 42 |
| Analytiskt Orienterad Musikterapi (AOM) | 43 |
| Guided Imagery and Music (GIM)..... | 44 |
| Benzon Music Therapy..... | 44 |
| Funktionsinriktad Musikterapi (FMT)..... | 45 |
| Kognitiv Beteendeterapeutisk Musikterapi (CBMT) | 45 |
| Community Music Therapy..... | 46 |
| Musikterapi i Sverige..... | 47 |
| Del II Forskning om musikterapi | 49 |
| Vetenskapsteori | 50 |
| Från kliniska försök till komplext forskningsfält | 50 |
| Logisk empirism – förklaring som kunskapsideal..... | 51 |

| | |
|---|-----------|
| Hermeneutik - förståelse som kunskapsideal | 52 |
| Kritisk teori - frigörelse som kunskapsideal | 54 |
| Val av vetenskaplig inriktning i denna avhandling | 55 |
| Tidigare och aktuell forskning om musikterapi | 55 |
| Relevant forskning – en komplex process | 55 |
| Grundforskning och tillämpad forskning | 56 |
| Forskning om musik och hjärna | 57 |
| Forskning om musikterapi och livskvalitet | 59 |
| Forskning om musikterapi för vuxna med njursjukdomar | 59 |
| Forskning om musikterapi för vuxna med cancer | 60 |
| Forskning om musikterapi för vuxna med psykiatrisk dysfunktion | 60 |
| Forskning om musikterapi för barn med cancer | 61 |
| Forskning om musikterapi för ungdomar med psykiatrisk och psykosocial problematik | 62 |
| Forskning om musikterapi i de Nordiska länderna | 63 |
| Reflektion kring mönster i forskning om musikterapi, hälsa och livskvalitet | 64 |
| Forskningsöversiktens relevans för egna studier | 65 |
| | |
| Del III Empiri..... | 67 |
| | |
| Tre interventionsstudier i musikterapi..... | 68 |
| Syfte och forsknings frågor | 68 |
| Gemensam forskningsdesign..... | 69 |
| Forskningsetik | 70 |
| Urval med informerat samtycke | 71 |
| Ingen redovisning av medicinska data..... | 71 |
| Undersökningsmetoder..... | 72 |
| Processbeskrivningar | 72 |
| Dialogintervjuer..... | 73 |
| Symboliseringstrappan | 74 |
| Patientskattningar – Studie 1 | 74 |
| Metoder för kunskapsinsamling – i relation till avhandlingens forskningsfrågor..... | 75 |
| Analysmetoder | 76 |
| Innehållsanalys av processbeskrivningar..... | 76 |
| Reflektioner kring mina dubbla roller | 78 |
| | |
| Studie 1 Nu kommer Mozart..... | 81 |
| Musikterapi med dialys- cancer- och psykiatripatienter | 81 |
| | |
| Studie – del i ett EU-projekt..... | 81 |
| Målgrupper | 81 |
| Syfte och forskningsfrågor..... | 83 |
| Etiska överväganden | 83 |
| Genomförandeplan | 83 |
| Implementering och samverkan | 83 |
| Musikterapeutiska interventioner | 86 |

| | |
|---|-----|
| Undersökningsmetoder..... | 86 |
| Resultat..... | 86 |
| Antal patienter och terapisessioner..... | 87 |
| Musikterapi med terapisanfattningar..... | 88 |
| Dialyspatienter..... | 88 |
| Cancerpatienter..... | 90 |
| Psykiatripatienter..... | 93 |
| Innehållsanalys av processbeskrivningar..... | 95 |
| Dialyspatienter..... | 96 |
| Cancerpatienter..... | 97 |
| Psykiatripatienter..... | 98 |
| Jämförelse mellan patientgrupperna..... | 98 |
| Patienternas självskattning före och efter musikterapi..... | 99 |
| Dialyspatienter..... | 100 |
| Cancerpatienter..... | 102 |
| Dialogintervjuer med patienter..... | 103 |
| Kommentar till intervjuerna gällande symboliseringstrappan..... | 105 |
| Intervjuer med avdelningssjuksköterskor (inkl Intervjuernas form och innehåll)..... | 106 |
| Sammanfattning av intervjuer..... | 106 |
| Sammanfattning av Studie 1..... | 107 |
| | |
| Studie 2 Blinka lilla stjärna..... | 111 |
| Musikterapi med cancersjuka barn..... | |
| Målgrupp..... | 111 |
| Syfte och forskningsfrågor..... | 112 |
| Etiska överväganden..... | 112 |
| Genomförandeplanplan..... | 113 |
| Implementering och samverkan..... | 113 |
| Musikterapeutiska interventioner..... | 113 |
| Metodutveckling med processbeskrivningar..... | 114 |
| Resultat..... | 114 |
| Musikterapi med barn och föräldrar..... | 114 |
| Tematiserade analyser av processbeskrivningar..... | 116 |
| Resultatsammanfattning av studiens forskningsfrågor..... | 118 |
| Sammanfattning av studie 2..... | 119 |
| | |
| Studie 3 Hjälp mig vara jag..... | 120 |
| Musikterapi med ungdomar med psykosociala och psykiatriska dysfunktioner..... | |
| Behandlingshem för ungdomar..... | 120 |
| Målgrupp..... | 121 |
| Syfte och forskningsfrågor..... | 121 |
| Etiska överväganden..... | 121 |
| Genomförandeplan..... | 122 |
| Implementering och samverkan..... | 122 |
| Musikterapeutiska interventioner..... | 123 |

| | |
|--|------------|
| Undersökningsmetoder..... | 123 |
| Resultat..... | 124 |
| Musikterapi med terapisa mm anfattningar..... | 124 |
| Reflektion kring fleråriga musikterapipro cc esser | 129 |
| Innehållsanalys av processbeskrivningar | 130 |
| Uppföljningsintervjuer med ungdomar | 132 |
| Reflektion kring ungdomsintervjuer | 134 |
| Uppföljningsintervju med behandlingshemmets fö re st an ndare..... | 135 |
| Sammanfattning av Studie 3 | 136 |
| | |
| Resultatsammanfattning av de tre empiriska studierna..... | 139 |
| Gemensamt och målgruppsspecifikt | 139 |
| Slutsatser | 145 |
| | |
| Del IV Modell för Interaktiv Musikterapi..... | 147 |
| | |
| Modell som begrepp..... | 148 |
| Modellens kliniska bakgrund | 149 |
| Teoretiska influenser | 150 |
| Värdegrund..... | 152 |
| Brukarperspektiv | 152 |
| Målgruppsanalys | 153 |
| Implementering | 153 |
| Musikterapi som interaktion..... | 154 |
| Musik som kommunikation..... | 157 |
| Musikterapi – i tid och närhet | 158 |
| Musikterapeutiska metod val | 159 |
| Interventioner med musik-bild-text-rörelse | 161 |
| Symboliseringsprocesser | 163 |
| Symboliseringstrappan | 163 |
| Kompetens och utvärdering | 164 |
| Översikt: Modell för interaktiv musikterapi..... | 165 |
| Gemensamt och målgruppsspecifikt | 168 |
| Översikt: Målgruppsspecifika musikterapeutiska interventioner | 171 |
| Diskussion | 172 |
| Folkhälsovetenskap och musikterapi | 172 |
| Hermeneutisk grundsyn..... | 172 |
| Reflektioner över för och nackdelar med valda forskningsmetoder | 173 |
| Modellens styrkor och svagheter..... | 176 |
| Min roll som musikterapeut, modellutvecklare och forskare | 179 |
| Några idéer om framtida forskning | 179 |
| Coda..... | 181 |
| Litteratur | 183 |
| Bilagor 1-8..... | 199 |

Inledning

Denna avhandling har sitt ursprung i återkommande frågor ur min kliniska erfarenhet av musikterapeutisk interaktion med många människor i olika åldrar, livssituationer och dysfunktioner. Frågorna har handlat om varför människor påverkas av musik, varför de påverkas olika av olika musik och hur musikaliska upplevelser både kan förena och särskilja. Ambitionen har varit att försöka förstå vad som händer inom och mellan oss när vi upplever och utövar musik.

Musik genererar för många människor en ökad livskvalitet som både direkt och indirekt påverkar hälsan. Arbetet har upprepade gånger inbjudit till nya utmaningar i att finna möjliga uttryckssätt utifrån de olika klienternas behov och resurser. Interaktion i ett jämlikt perspektiv med kommunikation genom musik har varit en central drivkraft. Genom nyfikenhet att pröva olika musikterapeutiska metoder och konstnärliga uttryck samt genom att försöka få ett helhetsperspektiv på arbetet, har idén om en modell för interaktiv musikterapi växt fram.

Intresset för interaktionsprocesser i musikterapi, kunskaper ur litteratur och forskning och egna empiriska studier utgör grunden till *avhandlingens syfte* - att utveckla en generell modell för interaktiv musikterapi som kan anpassas till olika målgrupper, verksamheter och individer.

Ambitionen är att förverkliga detta syfte genom att söka kunskaper om

- patient/klientgruppers upplevelse av interventioner i musikterapi
- patient/klientgruppers upplevda hälsa och livskvalitet i samband med musikterapeutiska interventioner
- fysiska och psykiska processer i samband med musikterapi som upplevs bidra till ökad hälsa och livskvalitet
- likheter och skillnader vid tillämpning av musikterapi med olika målgrupper

Med *modell* avses här de värderingar, teorier, metoder och kliniska erfarenheter som tillsammans bildar en musikterapeutisk helhet med ambitionen att bidra till ökad hälsa och livskvalitet. Modellen som utvecklats består av värdegrund, målsättning, brukarperspektiv, implementering, målgruppsanalys, interaktion, kommunikation, interventioner, tid och närhet, symboliseringsprocesser och musikterapeutiska metodval samt kompetens och utvärdering.

Disposition

Avhandlingen är en monografi med en hermeneutisk kunskapssyn och med en huvudsakligt kvalitativ och explorativt undersökande inriktning.

Del I Musik för hälsa och livskvalitet

Musikterapiens målsättning är att bidra till ökad hälsa och livskvalitet. Som bakgrund till avhandlingens syfte att utveckla en modell för interaktiv musikterapi diskuteras begreppen musik, hälsa och livskvalitet. Därefter definieras musikterapi och kopplas till teorier om musiken i terapien samt till intrapsykiska processer, interpersonell kommunikation och systemteori. Slutligen redovisas olika musikterapeutiska inriktningar med respektive teoretisk förankring.

Del II Forskning om musikterapi

Som bas för att utveckla en modell för interaktiv musikterapi och för att kunna genomföra egna studier redovisas den vetenskapliga grundsynen i avhandlingen. De vetenskapliga kunskapsidealerna beskrivs med reflektioner kring lämpliga inriktningar i musikterapeutisk forskning. Därefter redovisas internationell forskning om musikterapi ur olika metodologiska inriktningar och med olika målgrupper och specifikt om musik och hjärna samt forskning om musikterapi för de målgrupper som ingår i avhandlingens studier. Forskning om musikterapi i de nordiska länderna presenteras och slutligen görs reflektioner kring framträdande mönster i den samlade forskningsöversikten.

Del III Empiri

I denna del redovisas tre interventionsstudier med genomförd musikterapi. Studiernas syfte och gemensamma forskningsfrågor och metoder för kunskapsinsamling, främst process-beskrivningar och dialogintervjuer med klienter och personal, presenteras. Målgrupp, genomförande och resultat redovisas för respektive studie.

Studie 1: *Nu kommer Mozart* Musikterapi med dialys-, cancer- och psykiatripatienter inom ett EU-projekt på ett sjukhus.

Studie 2: *Blinka lilla stjärna* Musikterapi med små cancersjuka barn på ett barnsjukhus.

Studie 3: *Hjälp mig vara jag* Musikterapi på behandlingsinstitution med ungdomar med psykosociala och psykiatriska dysfunktioner.

En jämförande analys av de tre studierna redovisar vad i musikterapien som är gemensamt och vad som är specifikt för olika målgrupper.

Del IV Modell för Interaktiv musikterapi

Denna del presenterar ett förslag till modell för interaktiv musikterapi. Inledningsvis redovisas modellbegreppet samt modellens kliniska bakgrund och teoretiska influenser. Därefter presenteras de dimensioner som tillsammans bildar modellen: Värdegrund, Brukarperspektiv, Implementering, Målgrupp, Interaktion, Musik som kommunikation, Tid och närhet, Interventioner med musik-bild-text-rörelse, Symboliseringsprocesser, Musikterapeutiska metodval samt Kompetens och utvärdering. Dimensionerna förtydligas genom korta vinjetter. Modellredovisningen sammanfattar de aspekter som är gemensamma för samtliga målgrupper och vilka som bör anpassas till respektive målgrupp, verksamhet och enskild klient.

Avhandlingen avslutas med återknytning till musikterapi och folkhälsa och reflektioner över för och nackdelar av valda forskningsmetoder, modellens styrkor och svagheter samt mina olika roller och några idéer om framtida forskning.

Del I

Musik för hälsa och livskvalitet

Musikterapins målsättning är att bidra till ökad hälsa och livskvalitet.

Som bakgrund till avhandlingens syfte att utveckla en modell för interaktiv musikterapi diskuteras begreppen musik, hälsa och livskvalitet.

Därefter definieras musikterapi och kopplas till teorier om musiken i terapin samt till intrapsykiska processer, interpersonell kommunikation och systemteori.

Slutligen redovisas olika musikterapeutiska inriktningar med respektive teoretisk förankring

Hälsa och livskvalitet

Hälsobegreppet

Genom historien har hälsobegreppet haft en rad varierade definitioner. Hippokrates, 400 f.Kr. betraktade hälsa ur ett helhetsperspektiv med kroppen i samspel med omgivningen. Galenos, ca 200 e. Kr. uppfattade hälsa som ett grundtillstånd utan förhinder i dagliga funktioner med kroppens alla kvaliteter i balans (Nilsson 1998, Nordenfelt 1991). Vesalius på 1500-talet introducerade en somatisk inriktning av hälsobegreppet. På 1600-talet kom filosofer som Descartes och Kant med ett dualistiskt synsätt där kroppen sågs som ett maskinellt system, där hälsa fanns om kroppens alla beståndsdelar fungerade (Nilsson 1998).

Under 1900-talet utvecklades synen på hälsobegreppet i flera steg. Förenta Nationernas Världshälsoorganisation / WHO presenterade 1948 följande definition: "Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och icke enbart frånvaro av sjukdom eller svaghet". Dubos (1965) tydliggör att hälsa inte är ett statiskt tillstånd utan en process där man i livet vänjer sig vid föränderliga utmaningar och att dessa förändringar skapar meningen i livet. Vid en WHO-konferens 1986 föreslogs att hälsa mer skulle ses som en resurs. Nordenfeldt (1987) relaterade hälsan till individens handlingsförmåga och betraktade hälsan som en resurs som man kan utveckla i positiv riktning genom egna levnadsvanor. Pörn (2000) stöder synsättet på människan som ett handlande subjekt, att vi relaterar till vår omgivning och även till oss själva. Hälsan ses som god när vi har förmågan att fungera i överensstämmelse med vår plan.

Antonovsky betonade hälsans påverkan av individens upplevelse av sammanhang och mening och skapade begreppet KASAM utifrån tre dimensioner. *Begriplighet* som syftar på hur vi upplever omgivningen, hur vi kan tolka och samordna den och hitta en sammanhängande struktur. *Hanterbarhet* som ser till hur våra resurser kan möta krav och stimuli vi möter i livet samt *meningsfullhet*, att kunna bejaka det man tycker är viktigt och som betyder något i livet (Antonovsky 1991).

1991 utvidgade WHO begreppet ytterligare och i denna definition inkluderades även dimensioner som berörde ett mentalt och socialt välmående. Hälsa sågs inte som ett statiskt, passivt tillstånd utan som en pågående process med människor som aktiva subjekt. Med detta synsätt betraktas hälsa som en pågående process på olika nivåer i vilken vi själva också kan agera.

Cirkeln sluts, från Hippokrates helhetssyn till WHO:s och Antonovskys helhetsbeskrivning av hälsobegreppet.

Utvecklingsperspektiv på sjukdom och hälsa

Fattigdom och dåliga levnadsförhållanden är ur ett historiskt perspektiv grundläggande orsaker till hög sjuklighet och för tidig död. Genom att utvecklingen i Sverige lett fram till ett välfärdssamhälle med ekonomisk tillväxt, förbättrade arbets- och bostadsförhållanden, bättre kost och hygien, medicinska framsteg, utbyggt trygghetsystem och social service, har det skett en successiv förbättring av befolkningens livsvillkor och därmed hälsosituation och livslängd. Historiskt sett kan man enligt en Folkhälsorapport av Samhällsmedicinska expertrådet (1987) se tre stora faser av sjukdomars utveckling under 1900-talet. Omfattande epidemier med *infektionssjukdomar* drabbade stora befolkningsgrupper och dessa folksjukdomar dominerar fortfarande hälsosituationen i många låginkomstländer. I Sverige har vi så småningom kunnat häva dessa infektionssjukdomar, främst genom antibiotika och förbättrad hygien. Här finns relativt tydliga orsak-verkan-samband, som att viss smitta ger viss sjukdom. Åtgärderna blir också relativt linjära, huvudsakligen genom att avlägsna eller avgränsa smittan med verksamma mediciner som exempelvis penicillin.

Den andra fasen i sjukdomsutvecklingen är *vällevnads/civilisationssjukdomar* med bl.a. hjärt- och kärlsjukdomar som följd, ofta i samverkan med sämre kosthållning och mera stillasittande för stora befolkningsgrupper. Det handlar här om mer komplexa orsakssammanhang mellan individens genetik, ålder, livsstil och omgivande miljö. Åtgärderna blir också mer komplexa med ett samtidigt arbete med individanpassad sjukvård, strukturellt förebyggande samhälls-åtgärder för miljövård i olika avseenden och generella försök att påverka människors livsvanor gällande kost, motion, droger, rökning etc.

Den tredje utvecklingsfasen har fått benämningar som *relationsrelaterade sjukdomar eller samsjukdomar* och har sitt ursprung i strukturomvandlingar, befolkningsomflyttningar, urbanisering, invandring och ökad konkurrens i skola och arbetsliv, som i sin tur lett till förändringar i socialt stöd och nätverk. Dessa förändringsprocesser, som fört mycket positivt med sig, har emellertid samtidigt lett till nya hälsoproblem som i vissa fall drabbar befolkningen som helhet och i andra fall slår hårdast mot de grupper som har det sämst ekonomiskt och socialt. Denna ohälsa har en mycket komplex bakgrund och till denna grupp hör även en hel del av de psykiska dysfunktioner och s.k. utmattnings-depressioner som ökat kraftigt de senare åren. Orsakerna är här multifaktoriella och berör människor på flera nivåer, både individuellt – ålder, livsfas, intrapsykiska processer, identitet osv. och interpersonellt där interaktion och relationer i familj, skola, arbete osv. påverkas. På samhällsnivå är strukturer och processer i utbildning, arbetsliv, ekonomi, kultur, fritid osv. men också vård och omsorg involverade. Sambanden här är cirkulära, det finns inga entydiga orsak-verkan-samband i en viss given riktning utan en mängd olika faktorer som samtidigt påverkar varandra (Folkhälsorapport I, Göteborg, 1987).

Ett fjärde område som delvis ingår i två av de andra sjukdomsfaserna är den ökade *stress* som har gjort sitt intåg främst i industrialiserade samhällen. Stress är ofta en bakomliggande orsak till såväl hjärt- och kärlrelaterade som till relationsrelaterade sjukdomar. Stress kan definieras som ”olika psykiska och fysiska reaktioner som uppträder vid yttre och inre påfrestningar och som till följd därav ger upphov till funktionsförändringar av potentiellt patologisk natur” (Währborg 2002, 41). Stress är ett vanligt inslag i många människors liv, mycket på grund av ökade krav från både familj och yrkesliv. Strukturer i samhället bidrar även till att stressnivån ökar utifrån ekonomiska och sociala krav i människors vardagsliv. Effekter av stress är numera orsaken till de flesta långtidssjukskrivningar.

Som motvikt till ohälsa kan salutogena, hälsofrämjande faktorer betonas och begreppet *coping* används här som en samlingsbeteckning. Det definieras av Lazarus som : “Constantly changing and behavioral efforts to manage specific external and/ or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person” (Lazarus 1984, 141). Begreppet ”strategi” är i detta sammanhang användbart - att hitta en copingstrategi i hälsofrämjande syfte för sin aktuella situation. Coping är således inte en färdig metod utan olika förmågor till ett mera hälsofrämjande liv som man tillägnar sig, utvecklar och prövar under livets gång.

Folkhälsa

I Högskoleverkets rapport 2007: 8 R beskrivs folkhälsovetenskap ur ett historiskt perspektiv samt i vilka områden man kan dela in ämnet folkhälsovetenskap.

Det första området *Hälsans fördelning i befolkningen* lägger tyngdpunkten på ett befolkningsperspektiv, till skillnad från den kliniska verksamhetens perspektiv. Epidemiologiska undersökningar utgör ett grundläggande verktyg i folkhälsovetenskaplig metod och har stor betydelse exempelvis i samband med psykisk ohälsa, både vad det gäller ohälsans orsaker och utbredning i befolkningen.

Det andra området *Folkhälsoarbete* inriktas på hälsofrämjande arbete på olika nivåer, dels på samhällsnivå exempelvis genom lagstiftning och riktlinjer från ex Socialstyrelsen, dels på en mera förebyggande nivå med exempelvis hälsouppllysning med information om samband mellan levnadssätt och hälsa. Folkhälsovetenskap som ämne lägger störst vikt på att arbeta i förebyggande syfte, exempelvis på olika arbetsplatser och i skolor.

Det tredje området *Hälsosystem* har forskning som sin huvudsakliga uppgift, både inom hälso- och sjukvård och inom mera hälsopolitiska sammanhang. Folkhälsovetenskaplig forskning har ofta en tvärvetenskaplig inriktning i bemärkelsen att flera vetenskapliga ämnen är representerade i samma studie. Om flera olika vetenskapsgrenar involveras talar man istället om mångvetenskap. Det finns en tydlig distinktion mellan mångvetenskap och tvärvetenskap. I flervetenskap eller mångvetenskap samarbetar man mellan olika kunskapsområden, men forskaren stannar inom ramen av sitt eget ämnesområde, medan man inom tvärvetenskap strävar efter en integration mellan de olika vetenskaperna. För att en integration skall komma till stånd måste både data, begrepp, modeller, metoder osv. från flera discipliner bilda en ny helhet och så att ny kunskap med egenvärde kan växa fram.

I NOMESCO:s rapport *Mental Health in the Nordic Countries* görs en gedigen genomgång av den mentala hälsan i de Nordiska länderna över det sista årtiondet. I rapporten vidgas begreppet, inte bara till närvaro eller frånvaro av ”mental sjukdom”, utan begreppet sätts in i ett större sammanhang med socioekonomiska faktorer, utbildning, arbetsmöjligheter, inkomster osv.

“Mental health refers to a positive sense of well being and a belief in our own worth and the dignity and worth of others” (Nomesco Report 2006, 3).

Livskvalitet

Livskvalitet / Quality of Life, är ett omfattande och komplext begrepp som både används inom olika vetenskaper och välfärdssammanhang i reflektioner om värdegrund och helhetssyn och mer specifikt inom hälso- och sjukvård och vårdvetenskap. Livskvalitet kan relateras till andra delvis parallella begrepp, ges olika innebörd och variera i nivåomfattning,

Livskvalitet kan ses ur olika synsätt - allt ifrån ett mera avgränsat kroppsligt till ett vidare perspektiv som också inkluderar människan samspel med fysisk, psykisk, social och andlig miljö (Medin, Alexandersson, 2000).

Enligt Nordenfelt (1991) är det den enskilda människan som slutgiltigt avgör sin egen livskvalitet. Individens upplevelse av livskvalitet påverkas både av objektiva förhållanden, som fysisk-, psykisk- och social livssituation med familj, arbete och bostad och av subjektiva upplevelser av egen sinnesstämning och olika relationer och yttre situationer. Nordenfelt anser att livskvaliteten ytterst handlar om mänsklig lycka och kopplar detta till människors önskingar och målsättningar och i vilken grad dessa kan förverkligas. Lyckan ökar ju närmare den faktiska livssituationen överensstämmer med de önskade tillstånden. Hur vi prioriterar våra önskemål om lycka påverkar även den reellt upplevda lyckan och genom att nya möjligheter uppkommer kan också människans strävan mot nya mål förändras.

Gunnars (1991) menar också att begreppet livskvalitet är individuellt och specifikt för varje människa, då det utgår från individuella upplevelser och förutsättningar. Livskvalitet täcker många aspekter av livet och är relaterat till hur individen upplever sitt liv. Genom att människors liv förändras kan även upplevelsen av livskvalitet förändras över tid.

Brulde (2003) skiljer på värdefrågor - hur man kan avgöra vad som värderas som bra eller dålig livskvalitet för en enskild människa och förklaringsfrågor - som utgår ifrån olika faktorer som bestämmer vilken livskvalitet någon har och hur man kan gå tillväga för att påverka denna i positiv riktning. Han skiljer också mellan instrumentellt värde - som kan användas som medel att uppnå något annat, exempelvis pengar, och finalt värde - vad som är mänskliga mål snarare än medel, exempelvis lycka.

Sigurdson (2008) för ett resonemang om samband mellan fysisk, psykisk och existentiell hälsa som också för in ett "andligt" perspektiv på hälsa och livskvalitet.

Inom hälso- och sjukvård och inom medicin och vårdvetenskap kan livskvalitet ges olika fokus och omfattning:

- *Sjukdomsspecifik* livskvalitet – som primärt fokuserar individen i relation till aktuell sjukdom och hur denna påverkar individens mående och funktion
- *Hälsorelaterad* livskvalitet – med en bredare ansats än den sjukdomsspecifika och ser individens fysiska, psykiska och sociala mående och funktion ur ett mera salutogent hälsoperspektiv
- *Global* livskvalitet – som både kan innefatta de sjukdoms- och hälsorelaterade perspektiven men som dessutom innehåller många andra livsaspekter som känsloliv, självuppfattning, arbete, fritid, vänner, familj, boende, ekonomi, miljö, etc.

I ett bredare perspektiv finns stora likheter mellan global hälsa och livskvalitet (Ruud 2008). Inom hälso- sjukvård och vårdforskning avses vanligen den hälsorelaterade livskvaliteten, men forskningens inriktning kan vara både hälsorelaterad och sjukdomsspecifik. Generella studier ger ökade möjligheter till jämförelser mellan olika sjukdoms- och patientgrupper, medan sjukdomsspecifika studier mer kan fokusera på aspekter inom en viss sjukdom eller patientgrupp (Nilsson, 2012).

FNs Världshälsoorganisation WHO ger följande definition av livskvalitet:

”Livskvalitet omfattar individens uppfattning om sin situation i tillvaron utifrån den kultur och det värde-sammanhang som hon befinner sig i och i relation till personliga mål, förväntningar, normer och intressen. Det är ett vitt begrepp som påverkas av individens fysiska hälsa och psykologiska tillstånd, grad av oberoende, sociala förhållanden och relationer till betydelsefulla händelser i livsmiljön” (WHO 1995).

Livskvalitet enligt WHO ses alltså som något subjektivt där både positiva och negativa uppfattningar ställs i relation till psykisk och fysisk hälsa, förhållanden till andra och miljö samt förmåga att bestämma över sitt eget liv med möjligheter förverkliga egna förväntningar.

Wellbeing är ett närbesläktat begrepp som enligt WHO kan definieras som

“Wellbeing is the optimal state of health of individuals and groups” (WHO 2006).

Wellbeing har klara kopplingar både till livskvalitet och global hälsa (enligt ovan) och används alltmer ur olika infallsvinklar gällande forskning och teoribyggande i relationen mellan musik och hälsa (MacDonald, Kreutz, Mitchell 2012). Wellbeing kan ses både ur ett mera statiskt perspektiv, som frånvaro av sjukdom, och ur ett mer dynamiskt, som tillgång till resurser för en optimal hälsa och självförverkligande, för både individer och grupper.

“Wellbeing is the invisible context enabling us to pursue possibilities and engage in projects. It is the condition of possibility enabling us to follow through aims and goals, to act on our own desires, to become who we are (Carel 2008 p.53).

I denna avhandling intar jag ett brett perspektiv på begreppet livskvalitet som utgår från WHO: s definition och som ansluter både till global hälsa och dynamiskt perspektiv på wellbeing. Det är både den objektivt mätbara graden av till exempel sjukdom, oberoende, sociala relationer, ekonomi etc. och individens egen upplevelse som har betydelse för livskvalitet. Värderingen av livskvalitet är dessutom beroende av tidigare erfarenheter och framtida förutsättningar och förhoppningar, vilket innebär att en individ kan värdera sin livskvalitet olika under olika skeenden i livet.

Sammanfattningsvis väljer jag att betrakta livskvalitet som en dynamisk pågående process på flera parallella nivåer:

- *Strukturell nivå*, som ur ett samhällsperspektiv ser olika levnadsförutsättningar som boende, sysselsättning, ekonomi, barnomsorg/skola, etc.
- *Kulturell nivå*, med olika kulturella och existentiella och andliga aspekter som ursprung, religion, sätt att leva i stad eller landsbygd etc.
- *Interpersonell nivå*, som handlar om mellanmännsliga relationer i familj och nätverk, barns anknytning till föräldrar, trygghet, närhet, sociala relationer med vänner etc.
- *Individuell nivå*, med psykiskt och fysiskt mående och hälsa, upplevelse av egna resurser, identitet, meningsfullhet, hanterbarhet etc.
- Hänsyn måste även tas till ålder, kön, utvecklingsnivå och till varje individs faktiska, upplevda och önskade verklighet.

Musik och hälsa

Perspektiv som utvidgas

Redan i antikens Grekland sammankopplades musik med hälsa och välbefinnande. Det var främst två riktningar som låg till grund för synen på musikens läkande kraft.

Etos-läran utgick från uppfattningen att musik i intervallens talförhållande (dvs ”avstånden” i svängningstal mellan olika toner som klingar tillsammans i ett ackord) skulle avspegla den kosmiska ordningen, vilken i sin tur motsvarades av själens inre ordning. Den musikaliska harmonin skulle motsvara och korrespondera med själens harmoni, vilket innebar att enbart en viss musik accepterades som ”helande” (Benestad 1978). *Katharsis-läran* satte istället det affektiva skeendet, det känslomässiga upplevandet och utlevandet, i centrum. Detta innebar exempelvis att en ”sjuk” sinnesstämning kunde stegras och få en upplösning genom extatisk musik (Benestad 1978). Under medeltid och renässans återkom en del av dessa föreställningar. Själens harmoni ansågs påverkbar av människors musicerande, men även ”sfärernas harmoni” kunde inverka på själens harmoni. Om den själsliga harmonin blev störd av den kosmiska inverkan, kunde den åter bringas i balans genom musik som rättade till de felaktiga proportionerna hos de fyra ”kroppsvätskorna”.

Under andra hälften av 1700-talet och i början av 1800-talet försökte man kombinera musikens rent mekaniskt/dynamiska verkningar med människans psyke och anpassade föreställningar om musikens påverkan till rådande medicinska teorier. I mitten av 1800-talet spreds synsättet inom psykiatrin att själssjukdomar istället borde behandlas på en känslomässig nivå. Musik kunde inte hela men väl lindra och lugna. Senare delen av 1800-talet dominerades av neurofysiologiska intressen och musiken betraktades som ”medicinska” medel som kunde delas ut i lämpliga doser till olika sjukdomsgrupper (Benestad 1978). Musiken betraktades i början av 1900-talet som ett mer eller mindre ospecifikt avkopplingsmedel, där svårigheterna att vetenskapligt kunna förutsäga verkningarna av musik i ett terapeutiskt syfte stod klart. Under andra delen av 1900-talet började musiken användas mera målinriktat i hälsofrämjande syfte. 1944 bildades Music Research Foundation i USA och musikens verkningar började studeras mera vetenskapligt (Dyreborg 1972). Det var först efter 1960 som musikerapi på allvar kom till Sverige med en start inom specialpedagogik och i arbete med barn med kognitiva funktionsnedsättningar. Utvecklingen har därefter gått framåt både internationellt och i Sverige med utbildning och forskning i musikerapi (Del II).

I dagens samhälle är musik en mycket omfattande kulturform som sprids via en rad medier med stor genomslagskraft på olika åldrar och målgrupper. Musik ges härvid ofta ett hälso-perspektiv i bemärkelsen att människor uppger att de mår bra av musik. Många använder musik som en form av ”självmedicinering” för att framkalla vissa känslor som att bli glada, lugna, kunna sova, bli inspirerade, komma i rätt stämning, osv. (Theorell 2009).

Forskning om hur musik kan promotera hälsa, är fortfarande i sin linda även om man exempelvis har kunnat påvisa en positiv påverkan på immunförsvaret hos individer som i olika former är aktiva med musik. Då hälsa kan betraktas och undersökas både i medicinskt mätbara och subjektivt psykosocialt upplevda effekter blir båda dessa dimensioner nödvändiga och intressanta i forskning om musikerapi. (Forskning om musikerapi redovisas utförligare i Del II)

Musikens betydelse inom folkhälsovetenskap innebär att musik ses ur ett samhällsperspektiv med individers och grupperns möjlighet att få tillgång till musik i hälsobringande syfte, både genom att få möjlighet att lyssna på utvald musik och aktivt delta i olika former av musik-utövande och genom att musik i behandling kan förmedlas till olika målgrupper.

Theorell (2009) visar på sambanden mellan musik och hälsa i ett folkhälsoperspektiv där han belyser biologiska och sociala effekter av musiken i vården, men också vad som händer med människor som sjunger i kör eller musicerar. I en epidemiologisk studie (Theorell och Kreutz, 2012) beskrivs relationen mellan folkhälsa och musikalisk erfarenhet i form av utövande av eller lyssnande på musik. I Aasgaards antologi, *Musikk og helse*, (2006) sätts musikens hälsoaspekter in i ett samhällsperspektiv. Författarna beskriver hur musik kan användas i många sammanhang och för olika målgrupper, allt från att använda musik inom sjukgymnastik, på fängelser och inom psykiatri till förebyggande muskarbete i samhället. Användningen av musik för ökad hälsa och livskvalitet har utvecklats från att i huvudsak vara kurativ och behandlande till att också få en förebyggande och hälsofrämjande inriktning. Brucia (1998), använder "health promotion" för att vidga musikterapibegreppet till att även innefatta ett mera samhällsorienterat perspektiv. Hans resonemang speglar ett salutogent synsätt inspirerat av Antonowsky's tankar om hälsa som en pågående meningsskapande process. Aldrige (2004) betonar hälsa som en intentionell handling där målet är att nå balans mellan fysiska, psykiska och sociala delar för att bidra till välmående och ökad livskvalitet. *Musicking* är ett begrepp, som myntades av den engelske musikforskaren Small (1998). Han menade att musik inte kan existera utan ett sammanhang och att det ligger en aktivitet i ordet, att lyssna eller att spela. Själva ordet musik har i många kulturer en innebörd av något som är aktivt och inte isolerat till exempelvis musik utförd på ett instrument och kan liksom det grekiska ordet *Mousiké* innehålla både dans, bild och musik.

Health musicking införlivar alla aspekter av hur musikupplevelser kan påverka hälsa i positiv riktning. Termen är således inte exklusiv för terapeutiska sammanhang utan används som ett bredare begrepp, gällande att må bra av musik i det dagliga livet (Bonde 2011). Om det föreligger en tydlig överenskommelse mellan terapeut och klient att arbeta med musik i hälsobringande syfte, kan man enligt Stige (2002) använda "health musicking" även i ett terapeutiskt sammanhang. Han påpekar att musicking är "musik som verb", dvs. en aktivitet där musiken kan användas för att skapa ett bra liv i samspel mellan människor och miljö, en spridning av hälsofrämjande musik som enligt Stige (2008) måste bli mera aktiv.

Ett annat begrepp som numera förekommer i litteraturen är *community music therapy*. I Norge har man översatt begreppet till "samfunnsmusikkterapi" som uppstår i samspelet mellan musik, individ och samhälle.

"Musikk og helse handler då om relasjoner mellom menneske, musikk og miljø der både individet sine musikalske og kommunikative föresetnader, det kulturelle repertoaret miljøet kan tilby og den konkrete musiseringa og samhandlinga konstituerer eit rom for å utforske og stadfeste relasjoner"(Stige 2008, 202).

Kultur och hälsa

Intresset för samband mellan ”Kultur och hälsa” är idag på stark framfarsch i samtliga nordiska länder. Kulturens positiva hälsoeffekter upptäckts i många sammanhang och en rad projekt startas i försök att finna nya kreativa former att studera och förbättra människors hälsa och välbefinnande i samband med olika konstnärliga uttryck. Musik i olika former och med olika aktörer ingår i detta breda perspektiv på kultur och hälsa.

Begreppet kultur kan både kopplas till biologisk odling och förädling och till socialt och historiskt överförda levnadsmönster i olika samhällen. Kultur kan också handla om ”konstnärliga uttryck” i betydelsen utövande av exempelvis musik, dans, måleri av ”professionella” musiker/konstnärer/dansare etc. samt om ”kulturmiljö” med värderingar och normer som skapar mening i vardagslivet för olika grupper i samhället. Begreppet hälsa kan dessutom ses ur en rad olika medicinskt mätbara och psykologiskt upplevda perspektiv.

Begreppsparet ”kultur och hälsa” är därför både komplext, omfattande och svårdefinierbart. ”Kultur och hälsa är alltså en ojämn ekvation. Upplevd ohälsa är mer än en biologisk händelse i kroppen. Den reflekterar hela samhället. Den mäter materiella villkor men också sociala och kulturella koder, värderingar och hotbilder, människosyn, föreställningar om normalitet, klass- och könsstrukturer” (Johannisson 2008, 37).

I medvetenhet om områdets komplexitet syftar ”kultur och hälsa” i denna avhandling på alla kombinationer av konstnärliga uttryck och kulturmiljö samt objektiva mätbara och subjektivt upplevda hälsa.

Musikterapi

Definition av musikterapi

Begreppet *musikterapi* har med åren genomgått olika faser av definitioner där både musikterapeuter och teoretiker bidragit med nya versioner och tolkningar. Musikterapi representerar både musik och terapi och olika aktörer vilket i sig innebär en komplexitet. I praktiken är det en skapande och levande process som är avhängig både interaktion och situation. Mellan 1985 -2000 har en rad definitioner föreslagits beroende på ur vilket perspektiv och i vilket sammanhang som begreppet beskrivs. Här presenteras några tongivande definitioner.

Ruud (1997) förde tidigt in begreppet handlingsmöjligheter i musikterapi och lägger stor vikt vid ett bredare synsätt där musiken ses som en möjlighet till interaktion genom musikalisk aktivitet. Han definierar musikterapi som:

Musikterapi är att använda musik för att ge människor nya handlingsmöjligheter.

Bruscia (1998) definierar musikterapi som:

a systematic process of intervention wherein the therapist helps the client to promote health, using musical experiences and the relationships that develop through them as dynamic forces of change (Bruscia 1998,20).

Stige (2007) diskuterar de olika definitionerna och deras användningsområden. Han menar att det finns en risk med dessa definitioner om de blir regelstyrda och stela i förhållandet till nyttan att de därmed också kan begränsa själva ämnet i sina beskrivningar.

Musikterapi kan tydliggöras genom att jämföra med musik-medicin.

Musik-medicin är ett begrepp och ett arbetssätt med ursprung i USA. Här krävs inte primärt en musikterapeut och bygger inte på interaktion mellan terapeut och klient. Förinspelad musik används och metoden är mera stimulus-respons orienterad. Det är oftast medicinsk eller annan behandlingspersonal som använder musik, exempelvis i förebyggande syfte eller i samband med behandling och rehabilitering. Musiken är ofta specialkomponerad av musiker som inte har någon medicinsk eller terapeutisk skolning (Trondalen, Bonde, 2012).

I bilden på nästa sida illustreras skillnaderna mellan de båda inriktningarna.

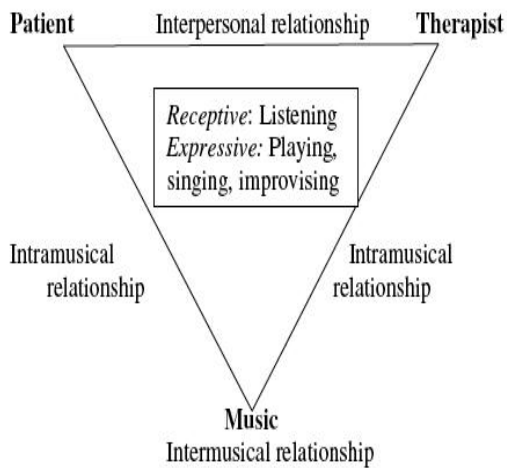
Den övre delen av bilden visar *musikterapi* som en process mellan klient/patient, terapeut och musik. Här krävs en relation både mellan klient och musik och mellan terapeut och musik. Dessutom krävs att det uppstår en interpersonell relation mellan klient och terapeut för att behandlingen skall kunna betecknas som musikterapi. Musik kan således användas i en mängd olika former i en mängd hälsofrämjande sammanhang - men för att betecknas som musikterapi krävs en interagerande musikterapeut.

Den undre delen av bilden illustrerar *musikmedicin* och hur denna process förlöper.

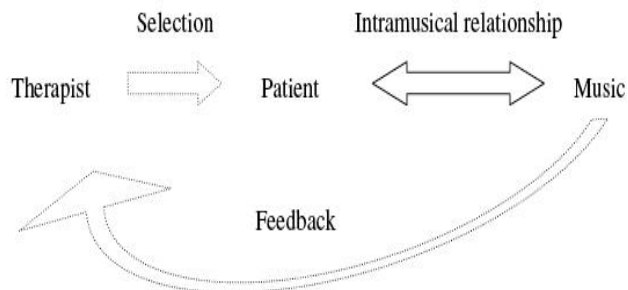
Sjukvårds- eller annan personal administrerar uppspelningen av musiken, medan patienten lyssnar, påverkas och interagerar på egen hand med musiken. Eventuell feedback från patienten kommer först i efterhand till terapeuten.

Bild 1. Principer för musikterapi och musikmedicin

MUSIC THERAPY



MUSICMEDICINE



Bilden är med författarnas tillstånd, hämtad ur artikeln *Musik Therapy: Models and Interventions* (Trondalen, Bonde, 2012, 42)

Den internationella organisationen World Federation of Music Therapy (WFMT) formulerade 2011 en övergripande definition av musikterapi:

“Music therapy is the professional use of music and its elements as an intervention in medical, educational, and everyday environments with individuals, groups, families, or communities who seek to optimize their quality of life and improve their physical, social, communicative, emotional, intellectual, and spiritual health and wellbeing. Research, practice, education, and clinical training in music therapy are based on professional standards according to cultural, social, and political contexts”
(Source:WFMT).

I denna avhandling används WFMT s definition då den ger ett tydligt perspektiv på musikterapibegreppet genom att innefatta både vem som bedriver terapin och i vilket syfte samt hur den bedrivs och i vilka sammanhang.

Musikterapeutiska arbetsområden

Av ovanstående definition framgår att musikterapi kan användas inom en mängd olika områden. Ruud (2008) beskriver den stora arena där det krävs en musikterapeutisk kompetens – och delar upp den i sex huvudområden:

Medicinsk musikterapi bedrivs som målinriktat arbete med musik i medicinska verksamheter – som motivation i sjukgymnastik och i vård av äldre för att stimulera muskler och andning. Medicinsk musikterapi används mer generellt i smärtreglering, vid sömnproblem och för avslappning och stressreduktion men har också kopplats till specifika diagnoser, som exempelvis patienter med Parkinson och demens och i språkträning för patienter med afasi.

Psykoterapeutisk musikterapi fokuserar primärt på relationen mellan klient och musikterapeut, med både stödjande och bearbetande inslag i syfte att påverka identitet, personliga resurser, personlighetsutveckling, etc.

Pedagogisk musikterapi bedrivs främst inom specialpedagogik för att underlätta inläring med hjälp av musik som primärt mål. Det kan gälla språkutveckling, motoriska färdigheter och social utveckling men även musikaliska mål som att lära sig nya uttrycksätt genom att spela ett instrument både individuellt och i grupp.

Rekreativ musikterapi syftar till att med hjälp av musik kunna skapa en avslappnad stämning exempelvis på institutioner och i olika fritidsorienterade aktiviteter. Detta kan ha betydelse i träning av sociala kontakter och skapande av nya nätverk. Musiken kan bli en drivkraft att våga pröva nya miljöer och sammanhang.

Samhällsinriktad musikterapi är en utveckling och diskurs inom musikterapiområdet som blivit tydligare nu in på 2000-talet. Ambitionen här är att människor via musik kan komma i kontakt med och bli delaktiga i nya sammanhang. En ökad social integration ger olika hälsofrämjande effekter och påverkar positivt den psykiska hälsan.

I den musikerapeutiska periferin återfinns även en mera vardaglig och självhjälpande inriktning där människor i olika åldrar använder musik i vardagslivet för att själva påverka sin hälsa i positiv riktning. Ruud kallar denna inriktning *musikalisk egenomsorg* (Ruud 2008).

Det finns även i detta sammanhang forskning om ungdomars användande av musikmobiler och MP3-spelare där musiken används i syftet att reglera känslor och minnen, där detta vardagsbruk av musik verkar ge hälsofrämjande effekter (Beckman H 2008, De Nora 2000).

Teorier om musiken i musikterapi

Musiksyn

Musikpsykologers och musikerapeuters musiksyn har ett nära samband med människosyn, normalitetssyn och behandlingssyn. Utgångspunkten här tas ur kliniskt musikerapeutiskt användande av musik som kommunikation, interaktion och självuttryck, och inte som ett abstrakt, autonomt fenomen (Bonde 2009).

Musikens betydelse eller mening kan beskrivas ur tre synvinklar (Benestad 1978, de Nora 1986; Cook, Dibben 2001; Pavlicevic 1997).

- *Den absoluta musiksynen*, där musiken inte har någon annan mening än sig själv. Dess väsen är specifikt estetiskt och följer sina egna unika lagar. Musiken refererar inte till något i den yttre världen som exempelvis objekt eller känslor.
- *Den referentiella musiksynen* hävdar i motsats till ovanstående synsätt, att musiken representerar och är bärare av fenomen utanför musiken som känslor, idéer, upplevelser m.m. Musiken är knuten till och bekräftar dessa livsfenomen.
- *Den konstruktivistiska musiksynen*, som hävdar att musikens mening inte är nedlagd i musiken själv, utan meningen uppstår i mötet mellan musiken och åhöraren. Musiken är ett estetiskt fenomen, men de estetiska komponenterna är besläktade med olika grundläggande mänskliga erfarenheter, vilka alltid är präglade av sociala och kulturella kontext.

Den musiksyn som jag själv ansluter mig till är det bredare synsättet där musiken inte bara är en estetisk företeelse utan innehåller en mening och skapas genom interaktionen mellan människor, alltså en kombination av de referentiella och konstruktivistiska synsätten.

I nedanstående beskrivning av musiken med utgångspunkt i ett musikerapeutiskt tänkande står interaktionen i fokus. Beskrivningen är inspirerad av teorier från främst Sloboda (1985, 2005), Ruud (1990, 2001) och Bruscia (1998). Utifrån dessa teoretiker kan musikbegreppet sammanfattas på fyra olika nivåer.

1. Musik är ljud
2. Musik är en form för språk, med specifikt syntax
3. Musik är ett språk, med olika betydelser och mening för olika människor
4. Musik är ett socialt kommunikations- och interaktionsmedel

Sloboda (2005) menar att musiken kan ses som ett meningsbärande språk. Han utgår från moderna lingvistiska grundbegrepp och utvecklar en förståelsemodell i tre nivåer.

- *Fonologi*, på denna nivå rör det sig om hur människans hjärna bearbetar och tolkar musiken. Hur vi kodar, kategoriserar ljuden till tonhöjd, dur eller moll osv. Detta gäller både de talade språkets och musikens ljud.
- *Syntax*, ljuden får en språklig innebörd först när den första avkodningen är genomförd. Ljuden får en meningsfull struktur som följer vissa kända regler. På samma sätt som verbalt språk följer grammatiska regler följer musiken olika stilarter. Vår västerländska musik har tonaliteten som den viktigaste regeln. Denna möjlighet till tolkning utvecklas med åldern och gäller alltså inte för små barn.
- *Semantik*, för att kunna förstå är det inte tillräckligt att koda, kategorisera eller sätta in musiken i sitt sammanhang. Det verbala språket refererar till något bestämt och tydligt. Musik refererar inte på samma sätt till den yttre världen och är därför inte möjlig att nå en exakt betydelse av. Ändå finns det för många en tydlig personlig mening om att musiken uttrycker en bestämd stämning eller beskriver en känsla.

Det är framförallt på den semantiska nivån som musiken har en mening och det råder en hierarkisk ordning mellan dessa tre begrepp, helt beroende av varandra (Sloboda 2005).

Ruud (2001) för ett teoretiskt resonemang runt musiken i terapin och skiljer mellan fyra grundläggande egenskaper samt fyra upplevelse-, förståelse- och analysnivåer.

- *Fysiologisk nivå* – som ser musiken som fysiskt, klingande fenomen: musikens ”materiella” egenskaper (frekvens, amplitud). En analys på denna nivå lägger fokus på musikens fysiologiska verkningar och medicinska potentialer. Musik som stimulus.
- *Syntaktisk nivå* – som ser musiken som ett estetiskt fenomen: ordnade eller strukturerade musikaliska element. En analys på denna nivå beskriver och tolkar de musikaliska enskilda elementen och deras betydelse för helheten, men också av samspelet och av de musikaliska elementens rollfördelning i den terapeutiska interaktionen. Musik som terapi.
- *Semantisk nivå* – som ser musiken som betydelsebärande fenomen: musikens ”budskap” eller referenser till inre och yttre verklighet. En analys på denna nivå fokuserar dels på tolkningen av musiken som metafor, symbol eller uttryck, dels på musikens betydelse för klienten i samspelet och i den terapeutiska relationen. Musiken i terapin.
- *Pragmatisk nivå* – som ser musiken som socialt, interaktivt fenomen: musikens roll i den terapeutiska processen eller det sociala sammanhanget. Analysen på denna nivå fokuserar på effekterna av den musikaliska interaktionen och dess funktion i behandlingsförloppet. Musik som kommunikation och samhandling.

I musikterapi är musikskapandet ett ytterst personligt uttryck som till viss del även beskriver individens identitet. Ruud menar att en analys inte kan göras ”neutralt” utan att den alltid präglas av analysandens/terapeutens ”förförståelse” (Ruud 2001).

Bruscia (1998) presenterar ytterligare ett synsätt på musikens mening i musikterapin och gör en systematisk översikt i sex dynamiska musik- och upplevelsetyper. Lyssnarens eller klientens egen upplevelse av musikens olika egenskaper, bildar också ramen för analysen av musikens meningsdimension.

Enligt Bruscia (1998) har musiken följande egenskaper:

- *Objektiva egenskaper*, musiken som stimulus, variabel osv. där analysen har fokus på de aspekter på musiken som kan bestämmas med exakthet.
- *Subjektiva egenskaper*, musiken som ett självuttryck, där analysen utförs på de aspekter av musiken som har med värdering och betydelse att göra.
- *Universella egenskaper*, musiken som ett naturfenomen t.ex. övertonsserien, där analysen fokuserar på de egenskaper och aspekter som är generella för all musik.
- *Kollektiva (eller sociokulturella) egenskaper*, musiken som uttryck för en kultur eller gemensam värdering och identitet där analysen fokuserar exempelvis på ritualer eller musikaliska arketyper.
- *Estetiska egenskaper*, det som gör det möjligt för oss att uppleva skönhet och mening i musiken själv eller kopplat till aspekter i livet som musiken appellerar till. Analysen sätter fokus på konkreta betydelser och meningsskapande aspekter och deras samband med de musikaliska strukturerna.
- *Transpersonella egenskaper*, som gör det möjligt att överskrida modellens gränser till fördel för en upplevelse av enhet och helhet. Här överskrids också gränserna för hur långt en musikanalys kan sträcka sig. Denna typ av upplevelse kan bara beskrivas till en viss gräns.

Improvisation – musik skapad i stunden

Bruscia (1998) har även gjort ett flertal studier om musikimprovisation. Han preciserar musikens betydelse till att förstås antingen som ett resultat av terapin, som betydelseskapande process, eller som kommunikation där betydelsen skapas i en dialog. Bruscia nämner tre källor för musikalisk betydelse:

- *Den implicita ordningen* som finns oberoende av människor och deras perception i bemärkelsen ”universums absoluta ordning”.
- *Musikalisk upplevelse* – de mänskliga medvetna ofta utsägliga erfarenheterna som genom musik kan vara i livet, i harmoni med världen och den implicita ordningen.
- *Musikalisk konstruktion* – förmedling av upplevelser formulerade i verbalt språk, på ett plan som är beroende av kultur, samhälle och biografiska förhållanden.

Bruscia anger att musik har både en objektiv, universell, metafysisk dimension och en subjektiv, lokal, relativ position. Han är därmed både absolutist och relativist och understryker att såväl teoretiker som praktiker alltid måste vara öppna för att välja mellan en rad olika förståelseperspektiv och begreppskonstruktioner (Bruscia 1998).

I arbete med improvisation kommer, enligt min erfarenhet, tonspråket att fungera i ”symbios” med utövaren. Det är inte möjligt för den improviserade musiken att existera utan utövaren. Det är inte heller möjligt att arbeta tillsammans med en klient utan att bli påverkad av den terapeutiska situationen. Denna interaktion mellan terapeut och klient blir tydlig i musiken. Båda bidrar med sina intentioner vilka i sin tur styr hur musiken klingar i rummet. Musiken blir en ickeverbal kommunikation som ändå blir ”hörbar”. Både klient och terapeut gör sina egna tolkningar av musiken, vilket i nästa led påverkar det musikaliska uttrycket.

Musik och intention

Musik är ett pågående flöde som blir föremål för lyssnarens tolkning. I musikterapi har dessutom terapeuten en tydlig intention med musiken som spelas. Musiken som *intentionellt objekt* (Bengtsson 1977) innebär att det bakom musikaliskt skapande, eller en riktad musikalisk aktivitet, alltid ligger en idé eller intention. Det är först när musiken når lyssnaren som den får en mening. När denna musikaliska intention mer eller mindre fångas upp och tolkas av åhöraren kommer den att omskapas, omformuleras och uttryckas utifrån åhörarens egna musikaliska och andra personliga erfarenheter och upplevelser. Man omvandlar den ”ursprungliga” intentionen via sin egen upplevelse till en ”egen” intention.

Jag hade musikterapi med en begåvad, engelskspråkig, 11-årig flicka med diagnosen autism. Efter en av våra första pianoimprovisationer diskuterade vi hur hon tyckte att improvisationen lät. Hon sa med stort eftertryck: “It sounds like fusion - now You are my third friend”. Jag frågade henne hur hon ville förklara ordet fusion på svenska. Hon knäpper då händerna framför mig och vi kommer fram till att ordet för henne betyder tätt sammanflätad.

Hon skrev följande dikt till vår improvisation:

*Music is an instrument which sounds in different ways.
When some persons plays together it sounds like nobody heard before.
Music had been made in stoneage, we maybe don't know how it began to make a sound of music. In present time me and a new friend of mine was playing together in this Room. And I told her about the word fusion. Fusion means to use music very close together.*

Ur hennes perspektiv är det många olika områden som är påverkade. Genom musiken fick hon tillgång och möjlighet till ett nytt uttrycksmedel. Den blev tydlig för henne och hon skapade ett slags historiskt perspektiv, hur den kan ha låtit förr i tiden. Tidsaspekten, att vi spelade tillsammans i nuet blev viktig, men framförallt att det fanns ett förtroende i musiken, att kunna finna en ny vän. I musiken kom vi så nära varandra, två vänner som uttrycker samma sak. Detta bör även ses ur perspektivet av hennes problematik, som just handlade om svårigheter i att skapa och upprätthålla relationer och att interagera med andra människor. Ur mitt perspektiv, förutom förmånen att få bli hennes vän, upplevde jag att min intention med musiken på något sätt ”lyckades”. Ur den musikaliska improvisationen växte en verbal dialog fram som gav plats för nya möjligheter till interaktion. I en terapeutisk musikimprovisation används inget verbalt språk. Detta innebär sannolikt att improvisation kan äga rum utan förväntningar av ett bestämt resultat. Musiken kan så att säga bli ett eget uttryckssätt som i det här exemplet utmynnar i en verbal metafor - ”fusion”.

Musik och emotioner

Inom både musikpsykologi och musikvetenskap har studier gjorts om olika effekter i samband med lyssnandet till musik. Musikens betydelse för såväl lyssnarens känslomässiga som kognitiva upplevelse i samband med musik är väldokumenterat. Hevner (1936) prövade en adjektivcirkel i samband med olika musikaliska strukturer, där adjektiven var grupperade efter nyanser av en stämning exempelvis ”dark, depressing, bright, cheerful”, osv.

Till dessa kopplades olika musikaliska strukturer som tonart, tempo, rytm, harmoni och melodi. I flera studier har man undersökt olika reaktioner i samband med musiklyssning som upphetsande, avslappnande, aktiverande etc. Likaså väcker dur- och moll- tonarter oftast de förväntade effekterna av glädje respektive sorg. Tempot i musiken är ofta kopplat till reaktionen. "Mozart-effekten" (Campell 2004) har ett tydligt samband till tempo och dur-tonart. Det är inte troligt att musik komponerad av just Mozart skulle ha en uppvaknande och aktiverande effekt. Däremot kommer musik komponerad efter samma struktur, tempo och tonart, sannolikt att få motsvarande effekt, även med en annan tonsättare.

Peretz et al. (2004) har visat att vuxna som lyssnar till musik behöver en oerhört kort sekvens för att få en upplevelse av glad eller sorgsen musik. Barn kan från 3 års ålder känna igen glad musik och från 6 år kan barn känna igen ännu fler nyanser i musiken som rädsla, sorg och oro. En egen reflektion efter att ha arbetat med små barn är att det inte går att generalisera exakta åldrar till upplevelser av musik. Barn har lika tydligt som vuxna mer eller mindre utvecklade upplevelseförmågor kopplade till musik.

Man kan uppmärksamma att tidigare forskning om musik och emotioner har haft fokus på frågor som berör vilka emotioner som uttrycks i musik, i jämförelse med vilka faktorer i musiken som kan framkalla bestämda emotioner. I en studie (Gabrielsson, Lindström 2005) med special-komponerad musik efter bestämda känslor som glädje, sorg, spänning, ångest och lugn, fick personer med medelmåttig kunskap om musik skatta vilken känsla som musiken uttryckte. Analysen blev att glad musik var rytmisk och tonal, sorglig musik var långsam i moll och med kromatiska inslag osv. Flera liknande studier är gjorda med tyngdpunkten på en bestämd känslouttryck. Frågor som berör i vilken grad musikalisk form och struktur påverkar känslomässiga uttryck är däremot endast berörda i ett fåtal studier (Gabrielsson, Lindström, 2005).

I stort sett alla människor kan, om de tillfrågas, påminna sig speciellt starka musikaliska upplevelser, ofta kopplade till situationer eller andra människor. Maslow (1970) myntade uttrycket "peak experience" som även kan innehålla starka upplevelser i samband med musik. Total närvaro i stunden, helt absorberad, tappa tid och rum, glömma sig själv osv. är uttryck för sådana fenomen. Upplevelsen kan ibland även beskrivas som sakral eller gudomlig.

Ett annat uttryck som förekommer och oftast benämns i generella termer i olika former av kreativ aktivitet, är uttrycket "flow" (Klein 1990). Många författare, musiker, konstnärer kan vittna om detta tillstånd, "när allt fungerar" och som har liknande ingredienser som ovan beskrivna "peak experience". I en musikterapeutisk situation kan båda dessa fenomen uppstå och finnas kvar som en oförglömlig stund för både klient och musikterapeut.

Gabrielsson och Lindström startade i slutet av 1980 ett projekt runt starka musikupplevelser (SEM /Strong Experience of Music). Syftet var att gå ett steg förbi den traditionella musikpsykologin och förutom att beskriva fenomenet, även se hur människor faktiskt blev påverkade av musik och undersöka konsekvenserna i dessa människors liv. Genom att kartlägga olika aspekter av emotionella uttryck försöker man närma sig ett svar på frågan, varför vi påverkas så starkt av musik. I boken "Starka musikupplevelser" (Gabrielsson 2008), beskrivs ett stort antal musikupplevelser från olika perspektiv, inte uteslutande positiva utan även negativa upplevelser, exempelvis där musiken väcker negativa känslor och minnen. Inre bilder i samband med musik kan vara gamla minnen men också nya bilder där även andra sinnen som doft och färger kan vara representerade.

Musik och emotioner beskrivs av Bunt och Pavlicevic(2001) med improviserad musikterapi i fokus. Tillsammans med klienten kan musikterapeuten här ”spegla” olika emotioner kopplade till musiken. Olika emotioner med ursprung i musikterapi ges även exempel på av Sloboda et al. (2001), som associativa samband, ikoniska samband, (musik som blir föreställande), illustrerande (exempelvis av en storm), inneboende samband där flera nivåer representeras samtidigt, både ytliga och djupgående. Inom musikpsykologin förekommer forskning runt musik och emotioner och det finns ett antal teorier som är under utveckling. Juslin och Västfjäll (2008) anser att forskningen ännu inte har nått tillfredsställande svar angående musik och emotioner. De menar att det behövs ett mera samlat grepp där kunskap från flera discipliner går samman och finner teoretiska ramar som kan vara till hjälp i att finna ett nytt paradig för musik och emotioner.

Musik som konstnärligt uttryck i musikterapi

Om man beskriver musiken i musikterapi som ett ”konstnärligt uttryck”, kan detta uppfattas som en motsättning till en terapeutisk intention som mer fokuserar på innehåll, process och känslomässiga upplevelser. Musik har emellertid mångfasetterade former som, likt en kristall i solljus, kan uttrycka motsatser och beskriva och bekräfta olika känslotämningar och spegla personliga skiftningar.

Musiken i sig kan betraktas som en estetisk företeelse (Bruscia 1998) där musikupplevelsen inte kan värderas eller bedömas av någon annan. I musikterapi finns även andra kvaliteter som närhet, närvaro, kommunikation och samspel. Det genuina improviserade musikaliska uttrycket i musikterapi kan ha ett brett register av intensitet och djupt beröra dem som är involverade. Musiken kan få rollen att bekräfta och förstärka olika känslor och kan härigenom skapa nya uttrycksmöjligheter som även kan få ett konstnärligt värde. Genom det musikaliska uttrycket kan upplevelsen av att lyckas ge näring åt en positiv personlighetsutveckling.

Detta ”icke kommunicerbara” perspektiv utvecklas av Langer (1958) som beskriver tolkningsprocessen och behovet att skapa mening i tillvaron utifrån konstnärliga uttryck. De symboliska inslagen i musiken har en stor betydelse och musiken skapar ramar runt identitet och tillhörighet i samhället. Om det är så att den icke-verbala delen i en estetisk upplevelse inte går att förklara med ord, omöjlig att fånga i vårt verbala språk, bör man vara öppen för att söka nya vägar att analysera musikterapi.

”Paradoxen besvarar oss i vårt tänkande. Om vi vill ha ny kunskap, så måste vi skaffa oss en hel värld av nya frågor”(Langer 1958, 36).

Teorier om intrapsykiska processer i musikerapi

Lekområde

Lekterapi återfinns främst inom barnpsykoterapi med psykodynamisk inriktning. I denna tradition betonas terapeutens "spegelfunktion" som gör det möjligt för barnet att regrediera, utforska och medvetandegöra omedvetna konflikter. Barn kan genom leken uttrycka omedvetna konflikter istället för att verbalt beskriva dessa, vilket skulle kräva en annan grad av medvetenhet och mognad (Homburger-Erikson 1969).

Winnicott liknar ett barns utveckling vid en resa från totalt beroende till relativt oberoende i en livslång process. Hans tankar om det "potentiella rummet" och "övergångsobjekt" som skapas i interaktionen mellan en empatiskt inkännande mor och ett barn och som bidrar till barnets förståelse av vad som är verklighet och fantasi (Winnicott 1990). Enligt Klein (2000) använder barn symboler för att härbärgera och bearbeta känslomässiga erfarenheter. Det är också detta rum som skapas i musikerapi i relationen med en klient. Musiken kan bidra på samma sätt som leken till att utforska en inre värld och göra den synlig och medveten. Barn har av olika orsaker inte alltid förmågan att uttrycka sig verbalt och en del barn kan inte heller alltid använda sig av leken som uttryck. Lekterapiens förhållningssätt, med möjligheten för barnet att själv bearbeta problem ingår även i musikerapi, där "leken" kan bytas ut mot "musiken". Det symboliska plan som leken ger utrymme för ger också möjligheter att bearbeta och uttrycka olika affekter. Musiken kan här bidra till att hitta nya uttrycksmöjligheter.

Sylvander (1973) beskriver leken i lekterapi. I nedanstående citat finns förutom *lek* även *musik* som en egen tillämpning av ovanstående idé.

"1) Lek/musik är ett naturligare sätt för barnet att kommunicera på än att prata. Barnet kan genom leken/musiken uttrycka sig bättre än genom språk. Genom leken/musiken kan det kommunicera på olika plan av medvetenhet, från det helt omedvetna till det klart medvetna. På detta sätt liknar leken/musiken en dröm. I leken/musiken utnyttjas bestämda symboler, och liksom drömmen har leken/musiken sitt symbolspråk.

2) Leken/musiken är inte förpliktigande i förhållande till realiteten. Leken/musiken kan fritt omformas till att passa det som försiggår inom barnet. I leken/musiken har man möjlighet att skifta från den ena ytterligheten till den andra. I lek/musik kan barn splittra sin personlighet och visa sin ambivalens genom att t.ex. vara två personer, den goda och den onda.

3) Lek/musik ger möjlighet att uttrycka regression, då den följer lustprincipen och inte realitetsprincipen. Den används medvetet i terapi och därför lämpar sig lek/musik mycket bra för bearbetning av regressiva konflikter.

4) Lek/musik har också den stora fördelen att ge goda möjligheter till affektplacering. Känslor som barnet är rädd för att erkänna hos sig själv, kan lättare uttryckas genom lek/musik, alltså på ett symboliskt plan. I leken/musiken kan barnet t.ex. släppa fram omedvetna aggressiva känslor. (Det är inte så farligt att slå på en trumma). Känslor som barnet upplever som stygga och förbjudna kan uttryckas genom lek/musik och leksaker/musikinstrument.

5) Vi vet att hos normala barn har leken/musiken också en konfliktlösande möjlighet som kan föra till självläkning. Barn kan leka/spela sig genom en traumatisk upplevelse, så att ångesten för den minskas och de kan finna nya lösningar på konflikterna” (Sylvander 1973, 62).

I psykoanalytisk lekterapi finns ibland analyserande och tolkande inslag som kan vara svåra att tillämpa i musikterapi, eftersom många klienter saknar förmåga och ibland vilja att uttrycka sig verbalt. Att använda bild och text i arbetet där detta är möjligt kan dock öka möjligheterna till en symbolisk tolkning (Sylvander 1973).

I musikterapi med barn och ungdomar blir Sterns (1991) tankar om ”självet” en intressant infallsvinkel. Han beskriver fyra olika delar av självet, det är ett *begynnande själv*, som tar form från födelsen till 2 månaders ålder, ett *kärnsjälv*, som utvecklas mellan 2-6 månaders ålder, ett *subjektivt själv*, som formas mellan 7-15 månaders ålder och ett *verbalt själv* efter 15 månaders ålder. Dessa ses inte som på varandra följande faser, utan när de en gång formats fungerar de och förblir aktiva livet igenom och fortsätter alla att samexistera och växa. Föräldrar ”speglar” ofta små barns olika initiativ genom att imitera och kanske förtydliga det som barnet gör. Men vilka handlingar och processer gör att andra människor vet att det man själv känner, liknar det som den andra människan känner? Denna process där inte verbalt språk används blir tydlig i musikterapi och särskilt framträdande i inledningsfasen av en musikterapi.

Sterns utvecklingspsykologiska teorier om anknytning kan kopplas samman med ett neurobiologiskt synsätt. Genom möjligheter att avbilda aktiviteter i hjärnan har forskare börjat bygga broar mellan anknytningsteori och hjärnforskning om neuroaffektiva processer. Schores (2012) forskning om tidiga traumans bestående påverkan av nervsystemets utveckling hos barn har gett nya dimensioner till anknytningsteorierna (Hart, Schwartz 2010). Dessa teorier, som även haft inflytande i arbetet med min egen modell, har förstärkt egna antaganden runt speglingsprocesser i de musikterapeutiska interventionerna.

Arousal och vitalitet

Stern använder begreppet *känslointoning*, i betydelsen ”att utföra beteenden som uttrycker den emotionella kvalitén på ett delat känslotillstånd, utan att exakt imitera det yttre beteende som uttrycker detta inre tillstånd. Skälet till att intoningsbeteenden är så viktiga som separata fenomen är att ren imitation inte tillåter parterna att referera till inre tillstånd. Imitation förmedlar form, intoning förmedlar känslor” (Stern 1991, 153).

Att i ett musikaliskt skeende ”tona in” eller ”matcha” en känslöstämning är musikens styrka. I musikaliska skeenden händer något, ofta omedvetet, hos oss människor. Vi får på några sekunder en inre bild, en sinnesstämning, en upplevelse. Stern (2010) beskriver detta i termer av ”arousal”, på svenska upphetsning eller uppväckande. Den nyare forskningen runt ”arousal systems” menar att det inte är (som man tidigare antagit) ett system där det finns en ”av och på knapp”. Arousal ingår i ett större sammanhang med flera olika delar som samtidigt blir aktiverade i hjärnan. Det handlar om s.k. spegelneuroner, små elektriskt påverkbara celler i hjärnan, ryggraden och nervsystemet, som bearbetar och sänder ut information. Neuronerna kommunicerar via kemiska och elektriska signaler och varje neuron är i sin tur sammankopplad med tusentals andra neuroner (Bauer 2007).

Dessa spegelneuroner används exempelvis i anknytning mellan mor och barn när barnet gör en rörelse och mamman ”speglar” med att göra likadant. Dessa spegelneuroner fyller en viktig funktion när det gäller ”känslointoning” eller ”matchning” i terapi.

Arousalssystemets utvecklade system med olika neurala vägar som överlappar varandra kan möjliggöra olika former av ”samtidiga” dynamiska upplevelser. Dessa består enligt Stern (2010) av något, som han benämner *vitalitet*, som i detta sammanhang ska ses som ett uttryck av ”att vara levande”. Upplevelsen är inte unik för enbart musik utan sammanhänger sannolikt med alla konstnärliga uttryck. Dessa dynamiska upplevelser kan, enligt Stern, indelas i fem olika ”element” - rörelse, tid, rum, kraft och intention – som inte kan separeras ifrån varandra och som tillsammans bildar en hel ”gestalt”.

Rörelse är utgångspunkten för allt som vi gör. Rörelse på olika nivåer, även musik är i ljud i rörelse. Vi kan förflyttas både i tid och rum vid en musikupplevelse och vi kan röra oss både på ett fysiskt och på ett mentalt plan. Den mentala rörelsen inkluderar även förberedelsen och skapandet av exempelvis inre bilder associerade med i detta fall musik.

Rörelsen existerar inte utan *tid* och tiden har, även om den är kort och har en början, en mitt och ett slut. Tid skapas i våra sinnen tillsammans med rörelsen och upplevelsen av *rum* (space), definieras genom rörelsen. Nästa begrepp är *kraft* (engelskans force), och kan beroende på sammanhang betecknas och tolkas på olika sätt. Inom psykologin talar man om ”motiv” och ”intention”, inom neurovetenskap om olika ”värden” och inom psykoanalys om ”önskningar” för att slutligen inom filosofin tala om ”vilja”. Samtliga former av vitalitet är sprungna ifrån hur vårt sinne processar en dynamisk upplevelse. Upplevelser är subjektiva men de är beroende av den kraft som guidar oss in i upplevelsen. Tillsammans bildar dessa olika element en helhet i våra upplevelser.

Albert Einstein blev tillfrågad om han tänkte i ord eller bilder och svarade:

“I don't think in either of those. I think in terms of forces and volumes, moving in time and space – and I have to feel that in my body, and when I have that in my body and only then, I can write a formula. That is how I see the world”
(Stern 2010, 89).

Symbolisering

Ordet symbolon betyder kännetecken och kommer från verbet *symbollo*, vilket har innebörden att sammanföra och sammanställa. Symbolen blir en mötesplats för ting som befinner sig på avstånd ifrån varandra. Jung (1964) anser att symbolerna är naturens försök att försona och återförena motsatser inom psyket. Den är medvetande-transcendent i bemärkelsen att överskrida en medvetande nivå.

Folch (1993) menar att alla symboler, tecken och metaforer innehåller något frånvarande, vilket innebär att de innefattar något som inte är symbolen själv. Tecken eller symbolformationer blir en länk mellan något närvarande – symboliseringen – och något frånvarande – det symboliserade. När symbolen och det symboliserade får ett ”svängrum” i förhållande till varandra öppnas ett friare och mera kreativt flöde inom och mellan medvetna och omedvetna processer.

När vi hamnar bortom gränserna för vårt mänskliga förnuft använder vi ofta symboler och symboliska ord för att definiera och öka förståelsen. Detta är ett medvetet sätt att använda symboler medan ett mera omedvetet och spontant sätt kan uppstå i våra drömmar.

Langer (1958) beskriver tecken, symboler, språk och tänkande på olika nivåer. För att något skall ha en symbolisk betydelse måste det ha någon mening. Hon menar att det måste finnas både en logisk meningsskapande struktur och en psykologisk för att kunna tolka en symbol. Symboler har förmågan att sammanfatta något som är komplext. Det finns en personlig dimension i varje enskild människas förmåga att symbolisera. Symboliseringsförmågan har en avgörande betydelse för möjlighet till kommunikation med andra människor och med sig själv. I omedvetna processer skapas symboler och i denna skapas även möjligheter att medvetandegöra dessa. Man kan betrakta symbolen som en förtätad psykisk form som kan innehålla olika sammansatta känslotillstånd och erfarenheter. I bearbetningen av dessa utvecklas så småningom en ny medvetenhet och en omvandling från omedvetet till medvetet sker. "Symboliseringsprocessen vänder sig mot det okända och ännu oartikulerade; de söker ge det en form och bereder marken för det ögonblick då artikulationen och gestaltningen av livet övergår att det helt enkelt levs (Igra 1996, 228).

Ramberg (1998) beskriver hur förmågan till symbolisering utvecklas från tidig barndom, det symboliserade självet. Förmågan att symbolisera växer fram ur samspelet mellan barnets medvetna och omedvetna tänkande. Detta är en process som fortgår hela livet på olika nivåer.

Symbolisering kan utvecklas till metaforer. Man kan definitionsmässigt inte tolka en metafor bokstavligen, eftersom den kräver en abstraktion på metanivå för att förstå. I språket kan den hjälpa oss att förstå nya nivåer och innebörden av ett kanske komplicerat budskap. Bonde (2008) definierar det metaforiska språket som det språk vi använder oss av för att verbalt beskriva de inre bilder som förbinder det bokstavligen med den bildliga, representationen av metaforen. Metaforer kan beskriva komplicerade upplevelser på samma sätt som poesi kan fånga essensen av större skeende.

Musik är inte ett språk man tolkar på samma sätt som ett verbalt språk. Däremot kan musiken bli en bro mellan en inre och en yttre verklighet som man kan sätta ord på. Här kan symbolen få en ny mening, relationen mellan klienten och terapeuten kan befrukta symbolen och ge nya associationer och tolkningar. Kanske kan man koppla en ny typ av symbolisering till konstnärliga uttryck och låta dessa bli egna symboler fria att tolkas för "tolkaren". Detta skulle kännas mera "rättvist" och "jämligt" för alla som saknar en mer sofistikerad förmåga till abstraktion och verbal symbolisering.

Interpersonell kommunikation i musikterapi

Kommunikation är en förutsättning för samspel mellan människor. I kommunikationsteori och neuropsykologisk forskning betonar man alltmer den dynamiska processen, där inblandade parter försöker skapa förståelse och mening. Kommunikation blir en komplex och dynamisk process som människor lär sig hantera från tidig ålder (Möller 1998). Möller och Nyman (2003) beskriver interaktionen som ett "flöde i tiden", som har en tidsaspekt (temporalt), men som också kan uppfattas som ett "tillstånd" eller ett "system" (spatialt).

Inblandade aktörer i kommunikationen och allt som sker i denna process utgör en helhet, som ett kommunicerande system, där delarna och processen mellan dem inte samtidigt kan urskiljas utan är varandras förutsättningar (Möller, Nyman 2003).

I interpersonell, mellanmännisklig, kommunikation, är samtliga inblandade samtidigt både *sändare* och *mottagare*, och agerar parallellt i båda dessa roller. I mellanmännisklig kommunikation förekommer dessutom parallellt både verbal och icke-verbal kommunikation. *Verbal* kommunikation innebär att det talade/sjungna ordet når mottagaren med ett budskap, som i sin tur tolkas utifrån ålder, utvecklingsnivå, referenser, erfarenheter, livssituation osv. *Icke-verbal* kommunikation sänder vi samtidigt budskap genom gester, kroppsrörelser, andning, kroppshållning, distans, beröring, mimik, kläder, smycken, omgivning, möblering, etc. Forskning visar att människor överlag tenderar att lita mer på den icke-verbala än den verbala kommunikationen om dessa skulle motsäga varandra (Andersen 2003, Lundsby et al. 2010).

Tolkning av budskap spelar en viktig roll för alla former av kommunikation och tolkningsprocesser är i sig komplexa. Förutom att budskapet har ett *inhåll* får det för de berörda också olika *innebörder*. En innebördsaspekt handlar om vilken *information* budskapet har och om denna behöver kompletteras med ytterligare information för att budskapet skall kunna förstås. Informationen måste relateras till ett kontext för att bli begriplig. En annan aspekt handlar om vilka *känslor* som budskapet väcker hos de inblandade och det är mycket sällan som en enda renodlad känsla väcks utan oftast handlar det om flera samtidiga och ibland motstridiga känslor. En ytterligare innebördsaspekt berör vilka *intentioner* som förmedlas, dvs. vad inblandade parter vill skall bli budskapets effekt och konsekvenser. Vilken *definition av relationen* till den/de andra som kommunikationen förmedlar och hur den andre ger ett *gensvar* på denna relationsdefinition är också viktiga innebördsaspekter. Om kommunikationen dessutom är ett uttryck för en process som cirkulärt upprepas i form av ett mönster mellan de inblandade så är detta också en väsentlig innebördsaspekt. Dessutom förekommer dold och öppen liksom medveten och "omedveten" kommunikation där de inblandade inte alltid är medvetna, varken om sin egen eller om de andras kommunikation (Watzlawick et al. 1978, Andersen 2003, Lundsby et al. 2010).

I musikterapi förekommer alla dessa nivåer och aspekter av interpersonell kommunikation. Denna påverkas dessutom av den aktuella musiken med genre, musikval, klanger, instrument, osv. och om musikterapi genomförs i interaktiv form där man också i musiken agerar i förhållande till varandra. Både klient och terapeut försöker tolka och förstå all denna kommunikation utifrån sina respektive förutsättningar, erfarenheter och livssituationer. Det är därför väsentligt att musikterapi genomförs i en anda av respekt och samförstånd, i dialog och nyfikenhet, där terapeuten för ökad ömsesidig förståelse, måste föröka leva sig in i klientens situation och tolka det som händer också ur klientens perspektiv.

Musikterapi i ett systemteoretiskt perspektiv

Systemteorin utgör en omfattande och komplex teoribyggnad som kan betraktas som en tvärvetenskaplig metateori vilken kan anpassas till olika ämnesområden (Bateson 1972, Watzlawick 1978, Boscolo 1998). Teorin har också använts inom socialt arbete och olika psykoterapiformer där systemteoretiskt inspirerad familjeterapi är den internationellt mest etablerade tillämpningen (Bateson 1987, Sandell 1985, Boscolo 1998, Lundsby et al. 2010).

Musikterapi bedrivs i ett komplext kontext med en mängd perspektiv och infallsvinklar på olika nivåer till vilka systemteori kan ge ett användbart helhetsperspektiv.

Denna teoribyggnad har en lång förhistoria, alltifrån de grekiska filosoferna Aristoteles och Euclides, via naturvetenskapare som Galilei, Newton och Darwin, fram till den ”nya fysiken” med teoretiker som Planck, Bohr och Heisenberg och cybernetiska teorier om självreglerande system, Lewins fältteori och kommunikationsteori (Bateson 1972). Gemensamt för dessa tankeströmningar var uppfattningen att tillvaron inte kunde betraktas som enskilda isolerade enheter utan att ”allt” var sammanbundet i olika komplexa relationer på olika nivåer. Systemteorin beskrevs som en samlad teoribyggnad av biologen von Bertalanffy (1968), upphovsman till General Systems Theory. Han för fram uppfattningen att hela tillvaron kan ses som en ”hierarki av organiserade helheter” i kontinuerligt dynamiskt ömsesidigt samspel. Systemteori bygger på ett antal grundläggande axiom som kännetecknas av att alla system oavsett nivå präglas av både en strävan mot dynamisk förändring, med utbyte av olika former av energi med omvärlden, och en strävan mot jämvikt/ ”homeostas”, för att bevara systemets överlevnad, balans och gränser (Bertalanffy 1968, Bateson 1987, Watzlawick 1978).

Kenny (1989) presenterar en ”ekologisk” musikterapi där interaktionen mellan terapeut, klient och musik bildar ett komplext system i form av ett ”lekområde”(Kenny, 1989, Bruscia 1998) Lauzon (2011) sammanställer systemteoretiska axiom om ”naturliga” system - med olika grundbeståndsdelar i musik, för att därigenom försöka kombinera ihop en förklaring till musikterapiens grundstenar. Han definierar musik genom att koppla det till ett tidsbegrepp, vilket överensstämmer med mina egna tankar om tid och form i improviserad musik. ”*Music is sound as time-ordered, trans-verbal play*” (Lauzon 2011, 2) - där *time* innefattar existensen av både dåtid, nutid och framtid, *ordered* är musikens strukturerade ordningsföljd, *trans* handlar om att gå bortom och över gränsen för det verbala språket och *play* innebär en fri spontan handling.

Denna definition tillåter ett brett perspektiv på begreppet musik och Lauzon inkluderar härvid ljud med rytmer från tre olika sfärer: 1/musik från kulturer skapade av människor, där rytmen i musiken bildar spår av periodicitet som koordineras av de som utför musiken, 2/ musik från naturen, där rytmen i musiken består av ”flow”, som ett fortgående flöde, samt 3/ musik från ”självet” där rytmen speglar individens puls och strävar att behålla balans i kropp och själ.

Lauzon beskriver fyra utmärkande karakteristika för naturliga system:

- bildar organiserade helheter med kvaliteter som inte kan nås separat av dess ingående delar –brukar benämnas som att ”helheten är mer än summan av delarna”
- bevarar sin överlevnad i en föränderlig omgivning genom att vara öppna och självreglerande via ett ständigt flöde av input och output
- skapar sig själva genom adaptiva mekanismer i respons till utmaningar från miljön
- koordinerar sina ”interface” (mötesytor) inom ramen för naturens hierarkiska ordning

Till dessa karakteristika kan tilläggas några ytterligare systemteoretiska grundprinciper (Bateson 1972, Watzlawick 1978, Boscolo 1998, Sandell 1985, Andersen 2003, Lundsby 2010) – som nedan redovisas och belyses i ett musikerapeutiskt kontext.

- Hela tillvaron med alla ingående system är i ständig dynamisk rörelse och förändring. System är generellt inter-relaterade, inter-aktiva och inter-påverkande
- Processer i system är generellt cirkulära och cybernetiska i betydelsen ”allt påverkar allt” Systemförändringar kan vara av 1:a ordningen dvs. inom systemets regler och gränser och av 2:a ordningen dvs. en transformation av systemet som går utanför det aktuella systemets regler och gränser och därmed en förändring av systemet.

I musikerapi pågår många processer ”samtidigt” vilka ömsesidigt påverkar varandra, på och mellan olika nivåer. Så fort musiken uppfattas och interaktionen påbörjas startar en rad fenomen i samspelet mellan olika delar i hjärnan och neurokemiskt i hela kroppen med fysiologiska processer i kroppens olika organ. Klienten har egna intrapsykiska upplevelser av emotioner och varseblivningar och parallellt pågår en komplex interpersonell kommunikation mellan klient och terapeut. Musiken används i interaktionen och valet av musik kan skapa en förändring i denna interaktion. Behandlingen genomförs också vanligen i förhållande till andra pågående behandlingar inom aktuell välfärdsorganisation. Musikerapien bedrivs även i relation till andra näraliggande system med familj, vänner, skola/arbetsplats och i förlängningen till omgivande kultur och samhällssystem med koppling till folkhälsa.

En musikerapisession kan i sig betraktas som ett ”system”, där alla delar tillsammans bildar en helhet. Klienten med sin sammanlagda erfarenhet och livssituation möter och interagerar med terapeuten och dennes erfarenhet och livssituation (Boscolo 1998, Lundsby 2010). När dessa möter varandra i en musikerapisession uppstår ett ”musikerapisystem” - i en rörelse som en dans, som parallellt strävar mot både dynamisk förändring och homeostas-till en ny balans och jämvikt. Denna balans blir aldrig statisk utan nya förändringar sker kontinuerligt och rörelsen i musiken påverkar och skapar dessa ögonblickliga förändringar. I terapin finns oftast en intention till dynamik och förändring men även balansen kan vara vilsam och behaglig. Förändringen kan beskrivas som en spiralrörelse, i en kontinuerlig process som involverar och påverkar relationen mellan samtliga delar i detta system. Genom en mängd faktorer påverkas både klient och terapeut till ytterligare rörelse och förändring (Watzlawick 1978, Sandell 1985, Lundsby 2010).

Tidsdimensionen i detta terapeutiska system, för klient, terapeut och musik, är i en mening ”relativ” eftersom den samtidigt innefattar och påverkas av dåtid, nutid och framtid. Den pågår givetvis i ”nuet” men innehåller ofta tidigare material från barndom och uppväxt och kan samtidigt utgöra förhoppningar om framtiden (Boscolo 1998).

Inom och mellan system finns hierarkier med över- och underordnade subsystem (Bateson 1972, Boscolo 1998, Sandell 1985) I musikerapi, liksom i alla behandlingsrelationer, finns en strukturellt inbyggd ojämlik relation mellan en ”behövande” klient och en ”behandlande” terapeut. För att utveckla allians och tillit måste terapeuten eftersträva både en jämlik, kreativ och samskapande interaktion och samtidigt ha en styrande funktion för att behålla ansvar och kontroll i terapin.

System, oavsett nivå, har regler och gränser som definierar vad som ingår och är utanför detta system och hur utbytet med omvärlden fungerar. Alltför hårda eller suddiga gränser ger ett dysfunktionellt system, medan gränser som samtidigt både är tydliga och flexibla skapar förutsättningar för ett funktionellt system. Detta ger en samtidig öppenhet och stabilitet som är en förutsättning för en trygg relation som en bas för förändring inom eller utom systemet (Lundsby 2010). I musikterapi innebär detta bland annat att i valet av musik visa respekt och lyhördhet för klienten. I improviserad musik finns ofta mindre tveksamheter i detta möte, eftersom terapeuten lättare kan följa klienten i ett gemensamt samspel. Vid förinspelad musik kan denna följsamhet ibland vara svårare att uppnå eftersom det kan förekomma överraskande moment i musiken som inte går att styra.

I en musikterapi med en svårt cancersjuk kvinna, hade vi uppnått en trygg relation och hon ville bearbeta olika trauman i sitt liv. Jag sätter på Rachmaninovs 2:a pianokonsert, en mycket kraftfull och tungt dynamisk musik, vilket för henne blev alldeles för känslösamt berörande. Vårt "terapeutiska system" riskerade att bryta ihop genom att hennes trygghet och tillit som vi byggt upp försvann då det inre kaos hon upplevde förstärktes av denna musik, som jag hade valt ut till henne. Det hela gick att reda ut, men det visade tydligt hur lätt det är trots en god intention att med en felbedömning vid val av musik kunna förstöra en relation.

I alla system finns en samtidig strävan till förändring och homeostas, vilket innebär att när en förändring väl har skett så strävar systemet efter att finna en ny balans, som ett nytt jämviktsläge. Förändringar sker oftast cirkulärt i hela systemet (Watzlawick 1978, Sandell 1985). I exemplet ovan inträffade en förändring av "andra ordningen" som innebar en alltför överskridande och transformerande utmaning av kvinnans egna regler och gränser – så utmanande att hon blev tvungen att avbryta sitt deltagande. Utmaningen är att finna musikterapeutiska former som utmanar till förändring och utveckling men som inte är så konfronterande att alliansen bryts.

Förändring av "andra ordningen" utgör en mera genomgripande förändring där systemets rådande gränser överskrids vilket i grunden förändrar själva strukturerna och processerna som sådana, en förändring av systemet (Bateson 1987, Watzlawick 1978, Lundsby 2010). Musiken kan hjälpa till att överskrida gränser där man tillsammans i musikterapi kan utmana det rådande systemet till en förändring av andra ordningen. Något sker i musiken och i relationen som utmanar systemet, men inte så provocerande att systemet låser sig – utan så stabilt, tryggt och "lagom provocerande" att klienten vågar sig på detta risktagande, som leder till en mera genomgripande förändring, vilken i sin tur leder till en ny balans. Dessa processer har inte primärt med kognitiv förmåga eller ålder att göra utan sker i många sammanhang med olika målgrupper, både med små barn, ungdomar och vuxna.

Brev från en kvinna efter avslutad musikterapi. Hon skriver att hon genom musikterapi och bildarbetet i kombination hade vågat gå utanför alla hennes invanda ramar och mönster. Detta innebar stora förändringar i hennes liv, hon vågade byta arbete och genomföra förändringar i nära relationer.

Systemteori ger möjligheter att betrakta många olika fenomen samtidigt – som från en helikopter. Att integrera ett systemperspektiv kan liknas vid att omfatta ett ekologiskt perspektiv på naturen, där man inte förstär alla detaljer men ändå förstår att allt hänger ihop och ömsesidigt påverkar varandra (Bateson 1987, Sandell 1985).

Det blir då inte längre möjligt att återvända till ”gammaldags” biologi där man linjärt försöker förklara en sak i taget. Man måste i stället leta efter mönster i hur olika fenomen hänger ihop. Musikterapi blir mer komplex med fler dimensioner och samtidigt mer utmanande och spännande.

Musikterapeutiska inriktningar

I ett internationellt perspektiv finns i huvudsak sex kända modeller av musikterapi, vilka presenterades på den nionde världskonferensen Washington, 1999.

Det är Kreativ Musikterapi, CMT, Analytiskt Orienterad Musikterapi, AOM, Guided Imagery and Music, GIM, Benenzon Music Therapy och Kognitiv Behavioristisk Musikterapi, CBTM; och på senare år har man även lagt till Community Music Therapy (Trondalen, Bonde 2012).

För att få en bakgrund till och inblick i de inriktningar i musikterapi som har haft störst inflytande i Sverige och Norden görs här en kort sammanfattning, kopplade till olika psykologiska teorier och ”skolor” som har påverkat de olika riktningarna. Flera av metoderna har jag specialstuderat och även använt under många år med olika målgrupper i mitt kliniska arbete.

Kreativ musikterapi (CMT)

Kreativ musikterapi är en aktiv improvisatorisk musikterapi metod utvecklad från slutet av 1950-talet till mitten av 1970-talet. Pionjären och grundaren var Paul Nordoff, som var en amerikansk kompositör och pianist. Tillsammans med Clive Robbins, en engelsk speciallärare utvecklade de metoden som riktade sig till målgrupper inom specialpedagogiken, främst barn med olika funktionsnedsättningar.

Den filosofiska bakgrunden inspirerad av antroposofin påverkade förhållningssättet och synen på funktionsnedsättning. Metoden bygger på övertygelsen att alla, oavsett fysiska eller psykiska hinder, kan vara mottagliga för musik och kan utvecklas genom den. Senare blev de även influerade av humanistisk psykologi och Maslows tankar om människans förverkligande av sin fulla potential, där relationen mellan klient och terapeut blir varm och öppen, där olika känslor respekteras och där klienten har möjlighet att göra sina egna val. I denna metod fyller musiken det största utrymmet och den terapeutiska relationen formas i och genom musiken (Nordoff, Robbins 1977).

Klientens musikaliska respons står i fokus och terapeuten möter den med improvisation, oftast på piano eller gitarr. Improvisationen är fri i förhållande till konventionella tankar runt musik. Nordoff använde sig också av exotiska skalor (som pentatoniska och orientaliska) och spanskinfluerad musik. Han började med ett nytt otraditionellt sätt att sjunga och svarade på barnens vokala ljud med en slags talsång.

Terapeuten går igenom fyra faser under sessionen:

1. Det musikaliska mötet, där terapeuten oftast möter klienten med musik.
Klimatet som skapas matchar klienten direkt.
2. Förväntningar på en musikalisk respons från klienten-vokalt eller instrumentalt.
3. Utveckling av musikaliska färdigheter.
4. Strävan mot ett fritt uttrycksätt och ett ömsesidigt samspel.
(Nordoff, Robbins, 1977, Bonde 2009).

Under ett par veckor hade jag förmånen att delta i en kurs tillsammans med Paul Nordoff där han visade ”live” sin metod med gravt kognitivt och fysiskt funktionsnedsatta barn. Hans improviserade musik som mötte dem när de kördes in i sina rullstolar var för varje barn helt unik. Hans synsätt och tro på varje barns möjligheter, efter sin förmåga, gjorde ett oförglömligt intryck och har i sin tur påverkat mitt sätt att arbeta med musikterapi genom åren.

Fri improvisationsterapi

Juliette Alvin var en av musikterapiens absoluta pionjärer, som utvecklade en självständig riktning inom improvisationsbaserad musikterapi mellan 1950 och 1980 (Alvin 1965). Hon var en internationellt erkänd cellist, och var övertygad om att musiken hade möjligheter att vara ett terapeutiskt redskap. 1958 grundades Society of Music Therapy and Remedial Music, för att några månader senare bli omdöpt till British Society for Music Therapy (BSMT). 1967 startades Musikterapeututbildningen på konservatoriet Guildhall School of Music and Drama i London. Alvin var övertygad om, att för att bli en duktig musikterapeut måste man vara en duktig musiker och placerade därför utbildningen på musikkonservatoriet. Mary Priestley (se nedan) var bland andra elev till henne.

Alvin arbetade inom psykiatri, men utvecklade speciellt sin metod för barn – inklusive barn med autism och olika funktionsnedsättningar. Hon argumenterade för att Freuds analytiska teorier stödde utvecklingen av musikterapi, genom att musiken har kraften att avslöja aspekter av det omedvetna. Hon ansåg det dock inte nödvändigt att vara ”freudian”, utan Alvins teori byggde på det primära antagande att: musik är skapad av människan och därför kan människan se sig själv i den musik hon skapar. Denna tankegång följde parallellt med att hon uppfattade musiken som en potential för fria uttrycksmöjligheter. Improvisationerna följde inga musikaliska regler, utan blev ett personligt uttryck genom vilka terapeutiska teman kan bli berörda (Alvin 1965).

I fri improvisationsterapi är musiken i centrum, hela klientens arbete är centrerat till att lyssna på och utöva musik. Fri improvisation kräver ingen musikalisk förmåga från klienten och musiken blir inte bedömd efter musikaliska kriterier. Stor vikt läggs på klientens förhållande till instrumentet, det är där den terapeutiska processen börjar. Musikinstrumentet blir en ”behållare” för negativa känslor som klienten projicerar och det kan representera ett säkert övergångsobjekt. Efter att klienten har etablerat ett förhållande till sitt eget instrument kan han/hon skapa ett förhållande till terapeutens och centrera sina känslor i den musik de skapar tillsammans. I terapin arbetar musikterapeuten innanför en kontext som Alvin kallar för ”ett jämbördigt förhållande”. Detta innebär att terapeuten och klienten delar den musikaliska upplevelsen på samma nivå.

Fri improvisationsterapi kan betraktas som baserat på ett humanistiskt och utvecklingspsykologiskt synsätt. För Alvin är terapeutens musikinstrument det främsta redskapet för kommunikation och interaktion. Hon använde själv vad hon kallade ”empatisk-improvisations – metod” när hon använde sin cello. Detta innebar att hon fick insikt i och förståelse för klientens sätt att vara på, stämning och personlighet. Hon kunde då reflektera tillbaka på detta genom att spela på cello, detta kallades att ”att spela för klienten”, vilket kan betraktas som en receptiv arbetsform (Trondalen, Bonde, 2012).

Analytisk orienterad musikterapi (AOM)

Denna metod utvecklades i början av 1970-talet av den engelska violinisten Mary Priestley. Hon hade parallellt med musiken många år av psykoanalytisk träning och försökte förena en psykoterapeutisk förståelse av terapeut/klientförhållandet med en musikalisk konstnärlig utmaning i improvisationerna. Namnet Analytisk Orienterad Musikterapi (AOM) indikerar att metoden inte bara baserar sig på psykoanalytiska teorier utan har också influenser från kommunikationsteorier, interaktionsteori och utvecklingsteori (Priestley 1994). Inom denna psykodynamiskt inriktade musikterapi förekommer namn som Winnicott och Stern. Internationellt sett har mycket hänt de senaste fem åren inom både utbildning, forskning och teoribildning i musikterapi. Wigram, Bonde, Bruscia, Aigen, Smeijsters tillhör de som på olika sätt bidragit till utvecklingen av teorierna. Bruscia har på senare år utvecklat IAP (Improvisational Assessment Profiles 1987) inom den analytiska musikterapien.

Metoden startade som ett komplement till andra musikterapiinriktningar, där hon saknade medvetenhet om och fokus på överföringsförhållandena och på effekterna av musik-terapeutens närvaro i den kliniska situationen. Hon utvecklade primärt metoden att rikta sig till patienter med psykiska problem, men används idag mot ett brett spektrum av klienter. Det symboliska användandet av musiken, också i arbetet med jagsvaga barn och ungdomar, kan vara en indirekt väg att bli mer integrerad och få en starkare självbild. Den kräver att även terapeuten har en genomgången egenterapi av både musik- och samtalsterapi. Tre komponenter är föremål för analysen - musikterapeuten, musiken, och klienten. Den musikaliska improvisationen har den viktigaste rollen och analyseras kontinuerligt. Musiken måste ses som en helhet. Det gäller inte enbart klientens musik, utan också hur den påverkar terapeutens musik. Fokus är på relationen och på överföringar av musikens symboliska uttryck för ett ”inre liv” och hur man i musiken kan ”höra” denna utveckling. Sessioner med klienter som kan verbalisera, inleds oftast med att man tillsammans försöker komma fram till ett fokus eller tema för den musikaliska improvisationen.

I arbete med klienter med grav funktionsnedsättning och med klienter utan verbalt språk, används AOM mera som ett sätt att få kontakt och kommunicera. Musiken kan starta tonalt eller atonalt och både klient och terapeut spelar tillsammans. Variationer förekommer också och kan leda till att klienten eller terapeuten spelar individuellt. Klienten kan vilja bli ”lyssnad” till eller ”spelas för” av terapeuten. Detta blir en form av ”omsorgsmusik”. Improvisationen kan också utvecklas till att bli mer av en känslomässig konfrontation där känslor av olika affekter kan avspelas. Det kan vara lättare att visa aggressioner genom att spela på trummor eller piano, än att uttrycka verkligt aggression i rummet. Så långt som möjligt är det viktigt att samtala om improvisationen efteråt och på så sätt medvetandegöra känslomässiga processer. Det är här av stor betydelse att terapeuten är en skicklig musiker som kan uttrycka sig genom musik och improvisera på olika instrument (Trondalen, Bonde 2012)

Guided Imagery and Music (GIM)

GIM är en receptiv musikterapi metod med aktiv musiklyssning som främsta arbetsredskap. Det finns olika riktningar inom receptiv musikterapi. I Tyskland har Christoffer Schwabe utvecklat ”Regulative Musikterapi”. Den internationellt mest utbredda är ”The Bonny Method of Guided Imagery and Music”, som praktiseras i Nord- och Sydamerika och i ca tio europeiska länder, däribland våra nordiska.

Helen Bonny definierar metoden på följande sätt: ”GIM är en process, där inre bilder framkallas under musiklyssning” Metoden utvecklades under 1970-talet på Maryland Psychiatric Research center i USA, under medverkan av Grof (Bonny 2002). Musikprogrammen består av noga utvalda kompositioner från barockmusik till musik från ca 1920 –talet. Styckena är utvalda så att de kan stötta många olika psykologiska behov, från aggression, djup sorg, övergångsritualer till avsked med olika aspekter på livshistorien.

Genom ”musikresan” kan klienten uppleva sitt liv i bildlig form, kan berätta sin historia och få möjlighet att se sin historia med nya ögon. Musikens funktion blir en möjlighet att förhindra att gamla och uttjänade ”livsmanuskript” blir repeterade och istället stimulera till att en ny historia kan börja. Här kommer tankar om musikaliska metaforer in, musikresan blir ofta fylld av olika metaforer/bilder som bara klienten själv kan tolka.

Målgruppen för GIM är primärt människor som vill utveckla sig själva, terapeuter i egenterapi, människor med missbruksproblem och klienter med neurotisk problematik. I GIM - metoden återfinns Jung i den teoretiska bakgrunden men även influenser från Grof kan spåras. I Jungs personlighetsteori fokuseras människans ”persona”, ansikte utåt, och den omedvetna ”skugg-sidan” (Jung 1964). Grof initierar främst teorier runt människans ”förelivelse-upplevelser” (Grof 1975). Även inom det somatiska området används GIM idag, exempelvis inom områden som cancer, aids och andra livshotande sjukdomar. De sista åren har användningsområdet ökat och används även i olika modifierade former inom psykiatri (Bonde 2009).

Benenzon Music Therapy

Psykiatern och musikern Benenzon startade det första utbildningsprogrammet för musikterapeuter i Sydamerika 1966, men modellen har även spridits till länder i Sydeuropa. I en definition från 2007 beskriver Benenzon modellen på följande sätt:

” The aim of this model of music therapy is to enable clients to direct their creative energies into opening channels of communication between people, a process that is dependent upon the ability to establish relationships and connections. In music therapy, these connections are developed within the nonverbal context” (Benenzon 2007, 149) .

Nyckelkonceptet är ”Musical Sound identity”, (ISO) som från början var definierad av Altschuler (2001) var en kombination av inre psykologiska tillstånd och yttre uttryck med ljud. Benenzon använder teoretiska koncept från psykoanalys och psykodrama, förmedlande objekt och integrerande objekt. Terapeuten prövar tillsammans med klienten vilket instrument och ljud som fyller den bästa funktionen för detta. Han använder också en manual med olika steg i sessionen, 1) värma upp, 2) perception och observation, 3) klangfull dialog.

Målgrupperna för modellen var från början barn med autism, psykos samt personer i koma tillstånd eller i hypertoni (Trondalen, Bonde 2012).

Funktionsinriktad musikterapi (FMT)

Lasse Hjelm, upphovsmannen till FMT, arbetade som musikterapeut på Folke Bernadottehemmet i Uppsala med gravt rörelsehindrade barn. Hans nära samarbete med sjukgymnaster gjorde att han såg möjligheter att utveckla rörelseförmågan med hjälp av musik. FMT vänder sig primärt till personer med fysisk funktionsnedsättning. Teoretiskt är metoden influerad av neuropsykologi och neurofysiologi och används främst i Sverige inom rehabilitering och habilitering men även inom skolvärlden (Granberg 2004).

Musiken som används har enkla ackordföljder, oftast i C-dur, som gärna utmynnar i valstakt för att barnen skall känna en fast rytm att göra rörelser till. Virveltrumma och två cymbaler, en på var sida om barnet, hjälper till att hitta motivationen för rörelsen.

Målbeskrivningen i FMT utgår från att med hjälp av musik kunna:

- träna koncentration och avslappning
- skärpa uppmärksamheten och stärka uthålligheten
- öka individens självkänsla och stärka självförtroendet genom musikaktiviteter i samspel
- befrämja en utveckling mot att mera aktivt kunna ge uttryck för känslor.

Metoden är individuell och ofta förekommer specialtillverkade trumpinnar och andra hjälpmedel för det musikterapeutiska arbetet. I FMT förekommer ingen improvisation utan det musikaliska innehållet följer ett specialkomponerat kodsysteem. En ”kod” är en särskild melodistruktur med tillhörande specifika rörelse och handlingsmönster. FMT är en icke-verbal metod och kontakten och kommunikationen sker helt och hållet med hjälp av musiken och kodsysteem och terapeuten har heller ingen ögonkontakt med ”adepten”. Syftet är att fokusera på musiken och inte påverka adepten i någon annan bemärkelse. Terapeutens kroppsspråk är nedtonat förutom några instruktiva rörelser med t.ex. huvudet.

Kognitiv beteendeterapeutisk musikterapi (CBMT)

Beteendeterapeutisk musikterapi utvecklades efter andra världskriget i USA där den fortfarande används. I metoden brukar man musik som positiv förstärkning och i praktiken kan vilken musik som helst användas som en belöning för ”rätt” sorts beteende

Begreppet är omfattande och terapins mål riktar sig därför till många olika beteenden, som

- fysiologiskt/motoriskt beteende
- känslomässigt beteende
- kognitivt/perceptivt beteende
- autonomt beteende
- socialt beteende

Detta är den enda av de här presenterade musikterapeutiska metoderna som har en renodlad naturvetenskaplig inriktning - och metoden används inte i de Nordiska länderna (Trondalen, Bonde 2012).

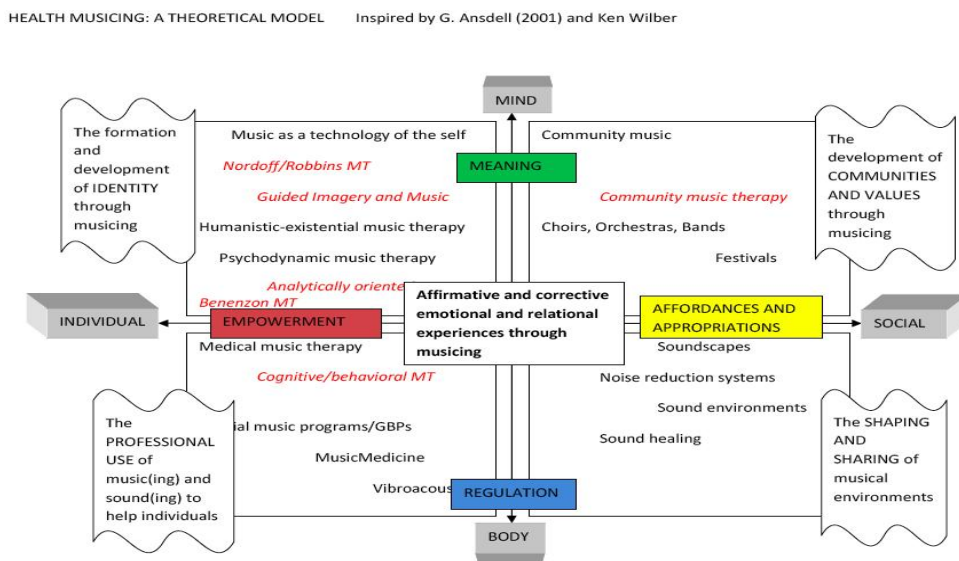
Community Music Therapy

Termen har funnits i amerikansk litteratur sedan 1960-talet och har använts i praktiken i årtionden. Däremot är dagens Community Music Therapy något mer än musikterapi i ett samhällssammanhang. Begreppet har ingen gemensam definition utan kan variera beroende på kontext och vem som definierar det. Internationellt har begreppet anknytning till teorier från olika områden som systemteori, antropologi, sociologi, samhällsinriktad psykologi och nyare inriktningar i musikvetenskap.

Community Music Therapy ger en bredare ingång och ser musikterapin i samhället som en utvecklingsmöjlighet. Definitionen är under utveckling och kopplingen till samhälle och hälsa är i fokus. Det finns en omfattande litteratur runt begreppet och inriktningen har ofta varianter av "health musicking" som gemensam nämnare, med en individuell erfarenhet kopplad till ett samhällsperspektiv (Trondalen/Bonde 2012)

Nedanstående bild sammanfattar de olika inriktningarna och deras inbördes samband.

Bild 2. Musikterapeutiska inriktningar/healthmusicking



Health musicking: a theoretical model- with the six models of music therapy inserted. Adapted from Ansdell, G., Aldrige, D., Di Franco, Ruud, E., Wigram, T., (eds). Rome: Ismez, Wilber, W.

Bilden är, med tillstånd av författarna, hämtad ur artikeln "Music Therapy: Models and interventions" (Trondalen, Bonde, 2012, 53) och visar sambanden men också skillnader inom de olika inriktningarna.

Musikterapi i Sverige

Till Sverige kom musikterapi redan i mitten av 1900-talet men utvecklades först på allvar i början av 1970-talet, främst inom specialpedagogik i arbetet med personer med olika funktionsnedsättningar. Musikterapi som behandling förekommer numera i en rad sammanhang - inom habilitering och i psykiatrisk vård, inom somatisk vård ex. i cancer och palliativ vård och vid psykosociala behandlingsinstitutioner för olika målgrupper.

På 1980-talet startade de första kurserna med inriktning på musikterapi och specialpedagogik vid olika högskolor. Härefter har utvecklingen gått framåt och olika utbildningar har startats främst med två olika inriktningar som ger en musikterapeutisk kompetens och examen.

Vid Kungliga Musikhögskolan i Stockholm (KMH), som är en konstnärlig högskola, ges sedan 1991 en utbildning i musikterapi med en bred metodisk och terapeutisk kompetens och med klinisk handledning, sedan 2000 i form av magisterutbildning. Utbildningen har en psykodynamisk inriktning och i anslutning till utbildningen ska de sökande även gå i egenterapi. Från 1997 finns även en handledarutbildning i musikterapi vid KMH, som erbjuder utbildade musikterapeuter. Forskning i musikterapi bedrivs vid forskningsenheten på Institutionen för Musik, Pedagogik och Samhälle (MPS).

Vid Musikhögskolan i Ingesund i samarbete med Karlstads universitet ges kurser med inriktningen Funktionsinriktad musikterapi enligt FMT-metoden. Kurserna ges på halvfart under tre år och ger sammanlagt 90 högskolepoäng.

Musikterapeuter i Sverige är organiserade dels genom en yrkesförening, Sveriges akademiska musikterapeuter, SAM, dels genom Förbundet för musikterapi i Sverige, FMS, som är en intresseförening där även musikterapiintresserade utan högskoleutbildning eller med högskoleutbildning på grundnivå kan vara medlemmar. De svenska organisationerna är representerade i European Music Therapy Confederation, EMTC, vilken även har samverkan med den globala organisationen, World Federation for Music Therapy, WFMT (www.WFMT.INFO). Dessa olika organisationer utgör ett betydelsefullt och levande nätverk till förmån för kliniskt erfarenhetsutbyte, utbildning och forskning (SAM 2011).

Det ökade intresset för kultur och hälsa har lett till att flera högskolor i Norden har startat olika centra i ämnet. Oslo Musikhögskola har ett Centrum för Kultur, Musik och Hälsa kopplat till alla de nordiska länderna och vid Göteborgs Universitet finns ett Centrum för Kultur och Hälsa (www.ckh.gu.se).

Sedan 2010 finns även ett aktivt Nordiskt nätverk för Musik, Kultur och Hälsa som regelbundet anordnar Nordiska forskningskonferenser (www.much.no).

Del II

Forskning om musikterapi

Som bas för att utveckla en modell för interaktiv musikterapi och för att kunna genomföra egna studier redovisas den vetenskapliga grundsynen i avhandlingen. De vetenskapliga kunskapsidealen beskrivs med reflektioner kring lämpliga inriktningar i musikterapeutisk forskning.

Därefter redovisas internationell forskning om musikterapi ur olika metodologiska inriktningar och med olika målgrupper och specifikt om musik och hjärna samt forskning om musikterapi för de målgrupper som ingår i avhandlingens studier.

Forskning om musikterapi i de nordiska länderna presenteras och slutligen görs reflektioner kring framträdande mönster i den samlade forskningsöversikten.

Vetenskapsteori

Från kliniska försök till komplext forskningsfält

När musikterapi för ca 40 år sedan, började utövas i Sverige och utbildningar så småningom växte fram, handlade diskussionen om frågor som ”vad är musikterapi?” och ”hur blir man en bra musikterapeut?” Ämnet var ungt och hade inga naturliga rötter i vetenskap och forskning.

Under den senaste tioårsperioden har emellertid utvecklingen inom musikterapiområdet, både internationellt och i Sverige gått allt snabbare. Kliniskt verksamma musikterapeuter har fått möjlighet att genomföra forskning och ett stort antal forskningsprojekt har genomförts och artiklar och böcker publicerats. Möjligheten att även kunna publicera forskning internationellt över databaser gör att spridningen av informationen går allt snabbare. Musikterapi börjar stå på egna ben, både när det gäller vetenskapliga teorier och forskning.

Samhället har efterhand även utvecklat en större öppenhet för musik i behandlande och förebyggande syfte och ett ökande intresse för kultur och hälsa sätter fokus på relationer mellan musik, hälsa och livskvalitet. Det blir väsentligt för både kliniker och forskare att få gemensamma kunskaper och ett gemensamt språk.

Inom musikterapi finns olika synsätt på vilken forskning som bör bedrivas, vad som är intressant och viktigt att undersöka. Det handlar om vilken kunskap man vill nå och hur denna kunskap kan sökas. Bör kanske neurologisk hjärnforskning vid olika musikintryck prioriteras eller bör man undersöka ungdomars identitetsskapande via musik eller hur musik kan påverka stressnivå eller underlätta för människor i livets slutskede?

Och hur ska man i så fall genomföra denna forskning? Bör man använda fMRI-kamera för studier av hjärnan i samband med musik eller djupintervjua patienter om deras upplevda livskvalitet eller genomföra epidemiologiska studier av befolkningens hälsa kopplat till musikpreferenser eller följa kliniska processer i mångårig musikterapi eller räcker det med att ge patienterna en skattningsskala före och efter ett antal sessioner?

Det finns en mängd frågor och metodfunderingar och Ruud pekar på följande dilemma:

Hvis man reducerer musikterapeutisk forskning til et spørsmål om musikkens virkninger på hjernen, er man lett offer for hva som i forskningen kalles manglende økologisk validitet – man kan riskere å lage en forskning uten relevans for praksis” (Ruud 2008, 88).

Som bakgrund till min redovisning av forskning i musikterapi och till mina egna empiriska studier, beskrivs därför kortfattat de vetenskapsteoretiska riktningar som används inom forskningen i musikterapi och brukas som begrepp i litteratur och forskningsartiklar.

Logisk empirism – förklaring som kunskapsideal

Tidigt i den västerländska filosofins historia uppkom en riktning som betraktade tillvaron som materiell och lagbunden och sammansatt av delar som kunde observeras och beskrivas ifrån yttre iakttagelser. Tanken var att kunna förklara tillvaron och finna orsakssamband och därmed också kunna kontrollera och styra den. Det observerbara och mätbara låg till grund för kunskapssökandet – ofta som en motkraft mot olika former av metafysiska spekulationer utifrån en religiös dominans av tänkandet.

Den franske filosofen Auguste Comte utvecklade dessa tankegångar som tre stadier: från *det teologiska* (fiktiva) över *det metafysiska* (abstrakta) till *det positiva* (reella) tänkandet (härav beteckningen ”positivism”). Han hävdade att naturlagarna var oföränderliga men möjliga att förklara vilket i sin tur ger människan möjligheter att kontrollera och förutsäga framtiden. Det ”positiva” bestod i människans styrmöjligheter över tillvaron, istället för ett osäkert och inbillat förhållande till verkligheten (Naess 1978).

Dessa idéer vidareutvecklades under 1900-talet i en vetenskapsteoretisk rörelse för rationalitet, *den logiska empirismen* – mot mysticism och religiöst tänkande men också mot fascismens och nazismens idéer. Den logiska empirismen strävade efter en vetenskapernas enhet, som trots skilda begrepp inom olika ämnen, kunde utveckla ett gemensamt synsätt och gemensam metodologi. Världsbilden ses som materiell, lagbunden och förutsägbar. Vetenskapsidealet är naturvetenskapligt med strävan efter exakta beskrivningar, där endast det som är observerbart kan verifieras som vetenskapligt. Språket refererar till sakförhållanden som lagbundenheter, gärna i form av matematiska formler. En teori är sann bara om den korresponderar med exakta beskrivningar av verkliga och mätbara fenomen. Man tänkte sig primärt en kunskapsbildning som utgick från en *induktiv metod* där man startade med att systematiskt och förutsättningslöst studera olika fenomen. Erhållna data analyseras för att finna former av regelbundenheter, som i sin tur kan generaliseras till en teori som senare kan prövas. Denna induktiva kunskapsbildning kritiserades av vetenskapsteoretiker (Popper 1934) som istället ansåg att kunskapsbildning sker enligt en *hypotetisk-deduktiv-metod*. Han menade att observationer av olika fenomen aldrig kan ske förutsättningslöst utan styrs av olika teorier och problemställningar. Istället bör man försöka pröva om teorin är falsk, innan den blir vetenskapligt hållbar (Thorpenberg 2009).

Efterhand har den logiska empirismen kommit att dominera så gott som all naturvetenskap med metodkrav på objektivitet, neutralitet, observerbarhet och operationaliserbarhet. Den forskning om musikterapi som undersöker olika fysiologiska effekter, exempelvis av stress via mätningar av cortisolhalt före och efter olika musikupplevelser, liksom forskningen om vad som händer i hjärnan vid olika musikupplevelser, har denna kunskapssyn som grund.

Evidens kan ses som ett regelverk för utvärdering som härrör ur den logiska empirismens kunskapssyn. Begreppen ”evidens” och ”evidensbaserad” har sitt upphov i den skotske epidemiologen Cochranes kritik av bristen på forskningsöversikter av bästa effekter av olika medicinska behandlingar. Hans artikel “Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services” (1972) blev starten för utvecklingen av regler och metoder för evidens inom välfärdsområdet. 1992 bildades Cochrane Collaboration som efterhand växt till ett internationellt nätverk i syfte att värna evidensinriktad forskning, bedöma vetenskapliga artiklar samt samla och sprida information om effektstudier av prevention, behandling och rehabilitering inom hälso- och sjukvård.

Senare påbörjades en motsvarande utveckling inom samhällsvetenskap och 1999 bildades Campbell Collaboration med liknade uppgifter inom främst socialt arbete och kriminalvård. Evidensbegreppets betydelse har diskuterats och kritiserats och olika positioner har intagits. Sakett et al (1996) beskriver exempelvis Evidensbaserad medicinsk praktik/EBM som en samvetsgrann och omdömesgill användning av kunskaper från systematisk forskning för beslut om patienters vård och behandling. Inom Cochrane respektive Campbell Collaborations har man upprättat bestämda krav på hur effektutvärderingar skall genomföras. Forskningen, och i förlängningen praktiken, styrs här genom ett regelverk "Research Design Policy" med en bedömningsskala för olika nivåer av evidens – från fallbeskrivningar och expertutlåtanden via olika grader av jämförande studier, med eller utan kontrollgrupp (s.k. kvasiexperiment) till undersökningar med slumpmässigt urval till experiment- och kontrollgrupp sk RCT-studier (Randomised Controlled Trials) med en hög evidensnivå. Allra högst evidens ger s.k. metaanalyser av de sammanlagda resultaten från ett stort antal liknande RCT-studier. Detta regelverk har i sin tur lett till ökade krav på tydliga diagnoser och "manualbaserade" behandlingsmetoder med tidsbegränsad och detaljstyrd struktur, parallellt med krav på utvärdering med RCT-design och standardiserade mätinstrument. Presentationer i många internationella vetenskapliga tidskrifter bedöms efter dessa regler, med en styrande effekt på forskare som vill bli publicerade.

Så småningom har även brukarnas perspektiv lyfts fram i varierande grad. Socialstyrelsen beskriver exempelvis EBP / "Evidensbaserad praktik" som bestående av tre perspektiv – där den vetenskapliga kunskapen skall användas tillsammans med praktikernas erfarenhet och brukarnas synpunkter. Dessa tre perspektiv utgör numera grunden för evidensbaserad praktik – brukarnas behov och önskemål, de *professionellas* kliniska erfarenhet och bästa tillgängliga *vetenskapliga* kunskap om aktuell metod.

En ökande andel av internationell forskning om musikterapi använder evidensmetodik för utvärdering av terapeutiska effekter gällande olika dysfunktioner och har på senare år blivit representerad med artiklar i Cochrane Library, vilket kan ge ökat stöd för musikterapi som verksam behandlingsform. Samtidigt kan det bli begränsande att använda specifika diagnoser och bedömningsformulär, om terapins inriktning kan gälla människors hela livssituation. En alltför reglerad evidensinriktning kan utesluta annan viktig forskning med kunskapsideal där brukare och kliniker ges större betydelse.

Hermeneutik – förståelse som kunskapsideal

Hermeneutik handlar om att tolka, förstå, översätta och förmedla en innebörd och intention. *Förståelse* är nödvändig vid all slags mänsklig kommunikation, där tolkaren måste kunna leva sig in i den andres tankar och upplevelser. Hermeneutiken utvecklades som vetenskaplig metod genom olika human- och samhällsvetenskapliga begrepp för förståelse. Människan ses som en historisk varelse, som kan förstås genom sina handlingar i historien och samtiden. Hon använder sig av meningsbärande företeelser såsom språkliga uttryck, handlingar, konstverk, musik, litteratur, byggnader och vetenskap. Inlevelseförmåga krävs för att förstå den sociala och historiska värld som personen både skapar och är en del av. Hermeneutik kan därför betraktas som en ontologi om *förståelsens natur*, där man försöker begripa förståelseprocessen utifrån existentiella livsfrågor (Ödman 1994). Förståelse betraktas som "historisk" varför förståelse av tidigare och främmande kulturer också kräver *förförståelse*, dvs. föreställningar om tillvarons natur och mening som vi införlivar genom att leva i en viss tid och kultur.

Idéerna om förförståelse innefattar även begreppet *förståelsehorisont*. En person utan en bred förståelsehorisont ser inte tillräckligt brett eller långt och riskerar därför att övervärdera det som ligger närmast. Vi lever också i ett *verkningssammanhang* och i en *verkningshistoria* genom att vi alla står i förbindelse med gångna och nuvarande generationer, samhällen och kulturer. Härigenom har vi gemensamma erfarenheter som gör att vi förstår och reagerar på ett delvis likartat sätt. Språket fyller härvid en dubbel funktion. Samtidigt som vi använder det för att kommunicera med varandra, så lägger det grunden för vår livssyn, vilket påverkar våra värderingar och sätt att tänka. Språket är därför inte enbart ett medel att uttrycka våra tankar och känslor med, utan kommer också att påverka tankarnas innehåll (Kvale 1997).

Med inspiration från psykoanalysen utvecklade även ett kritiskt tolkningsbegrepp. Texter kan ha en egen självständighet och mening som måste sökas hos texten själv och inte enbart hos författaren. Texten kan sägas överskrida författarens intention och begränsade perspektiv. Hermeneutisk tolkning av en text, en handling eller ett historiskt skeende kan jämföras med psykoanalysens försök att klargöra dolda meningar i drömmar. Vad drömmen kan förmedla av djupare innebörd, är inte alltid uppenbart för den som drömmer. Drömmen måste därför tolkas, både utifrån subjektets medvetna mening och intention men också genom yttre kompletterande information och inom ramen för en teori om drömmar. På samma sätt är det med en text eller handling. Väl nedskriven eller utförd lever denna så att säga sitt eget liv och kan ibland få andra konsekvenser än den ursprungliga intentionen. En text eller handling har således både en *subjektiv* och en *social* förståelsedimension. En inkännande förståelse för subjektet måste därför kompletteras med kunskaper utanför subjektet och texten/handlingen.

Ett huvudtema i hermeneutisk metodik är den s.k. *hermeneutiska cirkeln*, där meningen hos en del endast kan förstås om den sätts i samband med helheten. Omvänt består helheten av delar och kan därför endast förstås ur dessa.

Förutom alternerande mellan delar och helhet, innefattar denna förståelsens och tolkningens *cirkularitet* dessutom om ett alternerande mellan förförståelse och förståelse och mellan förklaring och förståelse. Det handlar mer om en dialektisk pendling mellan poler, än att ensidigt välja den ena eller andra perspektivet.

”Finns det ett logiskt samband mellan mina tolkningar och mina data? Kanske hittar jag då en passus i materialet som motsäger mina tolkningar, som därför måste modifieras. Med utgångspunkt från denna pendling mellan material och tolkning – som äger rum inom min egen subjektivitet och i konfrontation med de texter i vilken mänsklig subjektivitet objektiveras – avvisas eller accepteras tolkningar, som så småningom bygger upp en helhetstolkning, med vilken jag kan jämföra de olika deltolkningarna och min bild av materialet. Nu gäller Gadammers kriterium: Alla detaljers harmoni med helheten är kriteriet för korrekt förståelse. Meningens omvändning gäller också, helheten måste harmoniera med detaljerna” (Selander, Ödman 2005, 11).

Det hermeneutiska kunskapsperspektivet handlar således om *förståelse utifrån tolkning* av innebörder i texter, symboler, upplevelser och handlingar. Subjektiviteten är central då olika företeelser endast kan beskrivas utifrån subjektets upplevelser.

All tolkning görs i förhållande till ett historiskt och samhälleligt *kontext* och den som tolkar har en *förförståelse*, som en form av språklig och kulturell gemenskap, vilken behöver artikuleras och medvetandegöras. I tolkning behöver man *växla mellan del- och helhetsperspektiv* och kan uppmärksamma både överensstämmelser och motsättningar.

En ambition i hermeneutiken är att förståelsehorisonter kan mötas i en så kallad *horisontsammansmältning* – där vi gemensamt upplever, känner, tänker ”samma sak” (Kvale 1997, Ödman 1994).

Fenomenologi är en forskningsmetod inom ett hermeneutiskt vetenskapsideal, med idén att försöka beskriva ett skeende eller en *upplevelse i nuet*, utan hänsyn till ursprung eller orsak. Begreppet *upplevelse*, som något aktivt och skapande, möter man inom hermeneutiken sedan lång tid tillbaka och i slutet av 1800-talet beskrev fenomenologins upphovsman Husserl upplevelsen som en *livsvärld*, ett ”levt” tillstånd och utgångspunkt för all kunskap. Dessa idéer runt upplevelsen som ingående i en process, en *upplevelseström*, kan även ses i förhållande till olika musikupplevelser. En enskild upplevelse blandas med andra och bildar så småningom en ny utgångspunkt för nästa upplevelse, osv. Det ”nya” kommer av att det ”gamla” kompletteras eller bryter samman. Varje upplevelse bär i sig både destruktion och kreation, historia och framtid. Fenomenologin fokuserar på att tydliggöra det som framträder och på vilket sätt det framträder - att göra det osynliga synligt (Kvale 1997, Gadamer 1997). Fenomenologisk metod använder olika tolkningsaspekter: *Väsensskådande* – där man utifrån beskrivningar av enskilda fenomenen söker efter gemensamma ”väsen”. Härmed menas att ett givet fenomen får variera fritt inom sina möjliga former där det som slutligen blir ”konstant” under variationen är fenomenets ”väsen”. *Fenomenologisk reduktion* – där man försöker sätta både den vardagliga förståelsen och den vetenskapliga förkunskapen om fenomenet ”inom parentes” för att få en så förutsättningslös beskrivning som möjligt. *Livsvärldens företrädare* – som avser möjligheten att beskriva världen så som den upplevs förutsättningslöst, utan några på förhand uttänkta vetenskapliga förklaringar (Husserl 2004, Kvale 1997).

Fenomenologins idéer om livsvärld är tillämpbara på symboliseringsprocesser i musikterapi, som en inre individuell upplevelsevärld. Paulander (2011) beskriver i sin avhandling deltagares upplevelse av musikterapi ur ett fenomenologiskt perspektiv. Fenomenologins tolkningsaspekter kan belysa musikens inneboende kvalitet av ögonblickliga skeenden. Parallellt finns till att ”göra det osynliga synligt” i betydelsen att musik kan skapa broar mellan inre och yttre verklighet.

Kritisk teori – frigörelse som kunskapsideal

På 1920-talet i Tyskland kritiserade olika filosofer, psykologer och sociologer, med utgångspunkt i framförallt Marx och Freuds synsätt, både den logiska empirismen och den traditionella hermeneutiken. Man menade att den samhällsvetenskapliga forskningen var alltför influerad av naturvetenskapligt tänkande. Att uppfatta samhällets strukturer och processer som lagbundna ger en falsk medvetenhet som gör att människor inte ifrågasätter utan snarare bevarar ett förtryck som detta system skapar. De menade att den kritiska forskningens uppgift istället bör vara att avslöja och finna möjligheter genom politisk handling att frigöra människor från detta förtryck. Inom den kritiska teorin tog man således avstånd från den logiska empirismens lagbundna världsbild och sympatiserade med den hermeneutiska tolkningen av innebördssammanhang.

Samtidigt menade man att en kritisk forskning inte bör eftersträva den traditionella hermeneutikens ”försonande” förståelse, utan bör söka en *radikal förståelse* som i sin tur kan leda till en kritisk reflektion och handling. *Dialektik* är ett centralt begrepp i den kritiska teorin och berör främst strukturer och fenomen relaterade till människors tankar och handlingar. Förändring och utveckling sker genom konflikter vilka i sig ses som positiva och konstruktiva. Som vetenskapligt ideal accepteras inte ensidigt förklaring, som i den logiska empirismen eller förståelse, som i hermeneutiken.

Den kritiska teorin betonar istället dialektiken mellan förståelse och förklaring som i sin tur leder till kritik, frigörelse och politisk handling. Man skiljer på legal maktutövning, med stöd i skrivna lagar, och legitim maktutövning, som är berättigad utifrån etiska och politiska värderingar. Målet är att bryta kollektiva förtryck i form av *legaliserad illegitim makt*. Forskningsprocessen framskrider därmed dialektiskt mellan faser av förklaring, förståelse och kritik för frigörelse (Alvesson, Sköldberg 2011).

Kritisk teori används främst i musiksociologisk och musikvetenskaplig forskning men även inom musikterapi förekommer ett kritisk vetenskapsteoretisk syn exempelvis gällande den kommersiella musikindustrins inflytande på barns och ungdomars identitetsutveckling.

Val av vetenskaplig inriktning i denna avhandling

Utifrån denna avhandling syfte att utveckla en modell för interaktiv musikterapi som kan anpassas till olika målgrupper - där fenomen betraktas i en ömsesidig interaktion, där både öppna och dolda processer förstås via inlevelse i såväl klientens som terapeutens livsvärld och där många aspekter på olika nivåer relateras till en helhet - väljer jag att primärt anta en hermeneutisk grundsyn för studierna i denna avhandling.

I hermeneutiken finns en strävan till helhetssyn där människan är aktiv och kommunikativ med kreativa möjligheter. Ett fenomenologiskt perspektiv kan ge kompletterande tolkningar av musikupplevelser i nuet. Den föränderliga processen i den hermeneutiska kunskapssynen överensstämmer väl med den föränderliga processen i ett musikaliskt skeende. Processen är i ständig rörelse, där det inte går att finna slutgiltiga resultat och där meningen hos delarna måste förstås i relation till helheten.

Tidigare och aktuell forskning om musikterapi

Relevant forskning – en komplex process

För att finna relevant forskning i musikterapi har en bred ansats eftersträvat beträffande olika former för musikterapi och/eller andra musikinterventioner som inriktats på hälsa, livskvalitet och coping gällande olika verksamheter, målgrupper, diagnoser och åldersgrupper. Förutom litteratur som behandlar forskning om musikterapi har en mängd forskningsartiklar och rapporter studerats. Den omfattande volymen forskningsartiklar redovisas inte här i sin helhet, utan har genomgått en bedömning och gallring utifrån kvalitet och relevans för denna avhandlings syfte.

Inledningsvis behandlas förhållandet mellan grundforskning och tillämpad forskning. Särskilt intresse har ägnats forskning om musik och hjärna, eftersom den sannolikt kommer att få stor betydelse för musikterapiens framtida utveckling. Forskning om musikterapiens betydelse för ökad livskvalitet problematiseras. Därefter redovisas specifik forskning om musikterapi med de målgrupper som berörs i egna studier (vilka presenteras i Del III) – gällande vuxna med dialys, cancer och psykiatrisk dysfunktion, barn med cancer och ungdomar med psykiatrisk och psykosocial problematik. Redovisningen avslutas med en sammanfattning av forskningen om musikterapi i de Nordiska länderna samt några reflektioner om mönster i den redovisade forskningen och dess relevans för egna studier.

Grundforskning och tillämpad forskning

Forskning i musikterapi är oftast multifaktoriell i bemärkelsen att den innehåller ett komplext material där både individer, grupper, kulturer och institutioner ingår (Aigen, 2005). Wheeler gör i sin bok *Music Therapy Research* (2005) en jämförelse av internationell forskning i musikterapi över ca 20 år och visar att det har skett en tydlig ökning av denna forskning inom en mängd områden. Ett flertal böcker om olika forskningsmetoder i musikterapi har publicerats med olika inriktningar och från olika länder (Smeijsters 1997, Bruscia 2005, Aigen 2005, m.fl). Antalet internationella tidskrifter i musikterapi har också ökat från några enstaka på 1980-talet till ett tiotal idag. Den Nordiska tidskriften i musikterapi presenterar ett stort antal artiklar inom olika områden.

Forskning i musikterapi kan delas in i *grundforskning* och *tillämpad forskning*. Grundforskning genomförs huvudsakligen under strikta undersökningsbetingelser, oftast med tillgång till specifik medicinsk och psykologisk mätutrustning. Tillämpad forskning har oftast en koppling till kliniskt bedriven musikterapi (Weehler 2005) och genomförs vanligen inom ramen för organisationer för behandling, vård och omsorg.

Grundforskningen inom musikterapi har ofta tyngdpunkt på musikens olika element, perceptionen i musiken, hur hjärnan påverkas av musik och människors olika responsen på musik. Kunskaperna från denna forskning kan i sin tur användas i det kliniska arbetet och påverka val av teorier och musikterapi-metoder. I denna forskning finns möjligheter att beskriva de mätbara effekter som olika musikinterventioner kan innebära för den enskilda patienten/klienten. Dessa studier bedrivs vanligen i en medicinsk miljö med fokus på fysiskt biologiska processer i kombination med musikterapi och eftersträvar ofta en objektiv möjlighet till jämförelse av effekter av musikterapi (Smeijsters 1997). Ett svenskt exempel på sådan grundforskning är en studie av neurofysiologiska reaktioner hos flickor med Retts syndrom i samband med musikinterventioner (Bergström 2011).

Den tillämpade forskningen är oftare inriktad på att försöka lösa praktiska frågor och problem, vanligen med fokus på att utveckla och pröva musikterapeutiska metoder. I denna forskning finns en stor variation vad det gäller form, innehåll och möjligheter för den utövande forskarens flexibilitet, vilket samtidigt innebär en utmaning att finna ett språk som kan förmedla forskarens intentioner. Relationen mellan den teoretiska och kliniska kunskapen har varit en pågående diskurs både inom det kliniska musikterapi-fältet och inom forskningen i musikterapi. I forskningen måste en balans uppnås mellan dessa begrepp, med målsättningen att vara tydlig med metod och resultat (Bruscia 2005).

Flera evidensbaserade studier, exempelvis gällande musikterapi och demens, har redovisats (Koger et al.1999). Denna forskning har oftast ambitionen att försöka svara på frågor om klienters olika respons genom att kvantitativt beskriva de olika reaktioner som följer en musikterapiprocess I Europa bedrivs både tillämpad och grundforskning i ett flertal länder som Tyskland, England, Irland, Frankrike och våra Nordiska länder. Utanför Europa representeras forskningen främst av fysiologiska studier kopplade till musik och denna forskning dominerar volymen av presenterade studier från USA och Canada.

Forskning om musik och hjärna

Under de senaste tio åren har en mängd studier genomförts gällande hjärnans aktivitet i samband med musik. Många explorativa undersökningar har haft ambitionen att se relationen mellan musik och hjärna och mycket ny och intressant kunskap har utvecklats genom förfinade metoder och mätinstrument. Flera studier har gjorts i samarbete med professionellt musikutbildade och större betydelse än tidigare har lagts vid vilken musik som använts.

Evers et al. (1999) har undersökt hur musikperception involverar olika strukturer i hjärnan och komplexiteten i denna process. Musiken som användes hade tre olika fokus, en som utgår från språket, en annan från rytm och en tredje med tyngdpunkten på harmoni. Försökspersonerna var friska högerhänta män och kvinnor med olika förhållande till musik, från passiva lyssnare till utövande musiker. Genom att studera hur blodflödet påverkades i hjärnan under tiden olika musikexempel presenterades kunde tydliga skillnader observeras både mellan grupperna och könen och mellan olika musikexempel. Genomgående använde musiker mer av vänster hjärnhalva vid lyssnandet än icke- musiker. Grupperna hade således olika strategier att placera musikaliska stimuli i hjärnan där musikutbildade verkar använda mer av analys och struktur utöver själva upplevandet.

Brown et al. (2004) beskriver i en studie icke-musiker som lyssnade passivt till okänd instrumental musik. Resultatet visade att även passiv lyssning till av åhöraren okänd musik aktiverar båda hjärnhalvorna. Även lyssnande till okänd musik utan något direkt uttalat mål kan utlösa positiva känslor på samma sätt som studier visat att favoritmusik kan göra.

Platel et al. (2003) undersöker hur minnen i våra liv är kopplade till sånger eller melodier. Genom att jämföra blodflödet i hjärnan i samband med att personen fick lyssna på musik som hade igenkännande respektive främmande egenskaper kunde skillnader i aktivitetsmönster i hjärnan avläsas för känd respektive okänd musik.

Perez och Zattore (2004) redovisar en sammanställning av forskning om hur musik påverkar hjärnprocesser och utlöser en rad reaktioner vad det gäller perception, minne, känslor och uttryck. I artikeln presenteras studier med olika utgångspunkter som tonhöjd och tidsrelationer i musik, minne och känslor vid aktivt musicerande osv. och hur dessa funktioner är representerade och organiserade i hjärnan. Det verkar finnas en tydlig skillnad när det gäller distinktion mellan tonhöjdsbaserade och tidsbaserade mekanismer. Tidsaspekten kräver större områden av aktivitet i hjärnan och genomgående verkar musikaliska processer generera aktivitet i båda hjärnhalvorna.

Platel et al.(2003) gör en jämförelse mellan verbalt språk och musik. Liksom i språket involverar musiken universella, perceptuella element som struktureras i hierarkiska sekvenser. Undersökningen lägger grunden för vidare forskning inom exempelvis afasi, där det verbala språket är skadat. Det leder fram till hypotesen att lingvistiska och musikaliska syntax delar specifika områden i hjärnan vilket skulle innebära ny kunskap som leder till framtida jämförande studier av hjärnans plasticitet, tonhöjdsperception och cortex-representation i förhållande till språk respektive musik, som text och melodi. Det går inte längre att isolera språkförståelsen till en särskilt domän i hjärnan utan begreppen måste vidgas till en mer komplex process, i vilken även musik kan bidra till kunskapsutvecklingen.

Limb och Donnelly (2005) beskriver hur man börjar kunna kartlägga de komplexa processer som musikperceptioner involverar i hjärnan. De olika sätt som musik tas emot, identifieras och bearbetas, indikerar ett helt system av komplexa neurologiska samspel som involverar olika regioner och strukturer i hjärnan. Istället för att se enskilda musikaliska element som tonhöjd, rytm och harmoni försöker man ha ett bredare ”makroperspektiv” på musiken. Det vore intressant att ur ett musikvetenskapligt och psykologiskt perspektiv kombinerat med neurovetenskap kunna se musiken som ett mera avancerat och multidimensionellt koncept som innehåller musikalisk inläring, förmåga, performance och musikalisk kreativitet.

På Karolinska institutet i Stockholm har konsertpianisten och neurologen Ullén tillsammans med en forskargrupp undersökt hur hjärnan reagerar när man aktivt skapar musik (Ullén et al. 2009). Genom främst MRT (magnetresonanstomografi) studeras hjärnans anatomi och funktion utifrån tre olika musikperspektiv.

Rytm är det första perspektiv där studier har gjorts för att försöka kartlägga vilka områden i hjärnan som styr rytmiska rörelser. Viktiga områden finns i hjärnans pannlob, i lillhjärnan och i hörselområden. Dessa områden verkar vara skilda från andra områden i hjärnan som styr i vilken ordning rörelser skall utföras, exempelvis vid dans eller pianospel. Det finns också områden som aktiverar rytmisk rörelse även vid passivt lyssnande, vilket kanske är en del-förklaring till den spontana fysiska aktivitet som rytmisk musik kan utlösa, som exempelvis att stampa takten. *Effekter av långvarig musikalisk träning*, är det andra musikperspektiv som Ullén m.fl. studerat. Både motoriska områden och hörselområden visar sig växa och bli större i samband med musikalisk träning och detta gäller särskilt vid träning i tidig ålder. *Kreativitet* är det tredje perspektiv som studerats med musikalisk improvisation som exempel på kreativt skapande. Fler områden i hjärnan blir aktiverade vid improvisation än vid återupprepande av samma improvisation ur minnet. Förutom att delar av hörselsystemet är aktiva är de främre delarna av hjärnans cortex aktiva för beslutsfattande och planering.

Dessa nya kunskaper från hjärnforskningen är betydelsefulla för interaktiv och improviserad musikerapi. I klinisk praktik är det väl känt att parallellt med, och sannolikt påverkade av, dessa hjärnaktiviteter pågår processer av känslomässig karaktär för berörda människor. Inom en kort tidsperiod får vi associationer och upplevelser till musiken som kan vara av olika kvalitet, som känslöstämningar, bilder och symboler. Här finns ett stort och intressant forskningsfält för kombinationen musikerapi och hjärnforskning.

Forskning om musikterapi och livskvalitet

Musikens betydelse för livskvalitet har många infallsvinklar.

Ruud (2001, 2008)) menar att musik och musicerande kan ha positiv inverkan på livskvalitet och delar in musikens påverkan i fyra livsområden:

- förstärka vitalitetskänsla och påverka medvetenhet om känslor
- skapa ramar för egna uttryck och självförtroende
- påverka upplevelse av meningsfull tillhörighet
- skapa upplevelse av mening och sammanhang i livet

Flera undersökningar av musikterapi och livskvalitet riktar sig till olika målgrupper, exempelvis barn med cancer, ungdomar och vuxna med psykiatriska och psykiska problem, vuxna med cancer till äldre- och demensvård. Även inom palliativ vård återfinns begreppet livskvalitet i samband med musikterapi.

Ansdeell, Meehan (2010) visar i en studie med psykiatripatienter den individuella musikterapiens positiva inverkan när det gäller copingstrategier och livskvalitet. Zanini et al (2009) visar i en undersökning av individuell musikterapi till patienter med högt blodtryck att musikterapi hade positiv påverkan, både fysiskt och psykosocialt samt upplevelse av ökad livskvalitet. I en utvärdering av musikinterventioner med olika musikterapeutiska metoder i relation till livskvalitet och motivation visar Solé et al (2010) att musikterapi kan ha en motiverande effekt för exempelvis unga vuxna.

När det gäller forskning om musikterapi och livskvalitet finns som genomgående mönster att livskvalitet sällan studeras ”separat”. Primärt studeras exempelvis musikterapiens påverkan på olika mätbara medicinska hälsofaktorer eller som underlättare av medicinsk behandling och först i andra hand undersöker man om detta i sin tur har påverkat patientens livskvalitet. Det saknas forskning som går mera rakt på frågan om musikterapiens förmåga att ”direkt” och på egen hand påverka människors livskvalitet. Forskningen behöver kanske inte gå omvägen via en sjukdom utan musikinterventioner kan sannolikt bidra, vilket också många människor spontant uppper, till ökad livskvalitet oavsett hälsotillstånd, även hos helt friska personer.

Forskning om musikterapi för vuxna med njursjukdomar

Det finns en hel del forskning om användandet av musik i samband med dialysbehandling. De fasta studier för denna patientgrupp indikerar minskad stress och mindre obehag under dialysbehandlingen. En studie i Taiwan (Lin et al. 2011) prövade musik som en komplementär terapi för att påverka livskvaliteten för personer i dialys. Patienterna fick skapa sin egen musiklista och lyssna på den tre gånger i veckan under dialysen. Redan efter en vecka visade resultaten en signifikant reduktion av stress under dialysen. Även syresättningen till blodet ökade och temperaturen på fingrarna ökade.

En kombination av bildskapande och musik studerades på en dialysavdelning i Cleveland, USA av Dickman et al. (2010). En bildterapeut och en musikterapeut prövade att kombinera inspelad musik som patienten valt och bildskapande. Både patienter och personal påverkades i stämningshöjande riktning och dessutom blev blodtrycket mera stabilt under behandlingen.

I en studie Agnolt (2010) användes specialkomponerad musik, med rytmiska, melodiska och harmoniska strukturer som hade tidigare dokumenterad positiva effekter på patienters grundstämning. Patienterna hade individuell musiklyssning under dialysbehandlingen och upplevde mindre obehag och kände sig mera avslappnade än utan musiklyssning. Martienez, (2009) menar att musik under dialys reducerar ångest, depression och påverkar den psykosociala situationen för dialyspatienter.

Forskning om musikterapi för vuxna med cancer

Resultaten i en mängd forskningsartiklar visar att musikterapi i behandling av cancerpatienter har både fysiska och psykiska positiva effekter. Burns et al. (2005) undersökte i en jämförande studie skillnader mellan musiklyssande i ett avslappnat tillstånd och musikimprovisation. Båda typerna av interventioner visade sig ha liknande resultat som välbefinnande och avslappning men gav även ökad energi. Cortisolnivåerna ökade och ett samband mellan positiva emotioner och påverkan av immunförsvaret noterades. Musiklyssning av olika karaktärer som aktiv musikterapi hade positiva fysiska och psykiska effekter för cancerpatienter. Hjärtverksamhet, blodtryck och syresättning av blodet samt smärtlindring påverkades positivt. Även ångestreducerande och stämningshöjande effekter noterades.

Inom musik-medicin finns ett flertal studier Bradt et al. (2011) där musikinterventioner med förinspelad musik eliminerar symptom och behandling för sideeffekter av cancer. Här kunde man även se psykiska och fysiska förändringar i positiv riktning. Burns et al. (2005) undersöker patienternas intresse av att delta i musikinterventioner. I samband med all annan medicinsk behandling skulle patienterna kunna uppleva att det blir för mycket med en ytterligare behandling. Det visade sig dock att de flesta patienter var intresserade att delta i musikinterventionerna. Flera studier finner även att livskvaliteten påverkas i positiv riktning (Reynolds 2011, Awikumprasert 2012, Bradt et al. 2011).

Sammanfattningsvis finns ett stort antal artiklar som genomgående beskriver positiva fysiska och psykiska förändringar vid musikterapeutisk behandling av patienter med cancer.

Forskning om musikterapi för vuxna med psykiatrisk dysfunktion

Forskning om musikterapi inom psykiatris område har de senaste åren resulterat i ett antal randomiserade studier. Gold et al. (2005, 2008) undersöker i en resursorienterad studie hur musikterapi hade positiva effekter för människor med schizofreni och andra psykiatriska dysfunktioner. Dessa patientgrupper hade ofta låg motivation till att arbeta terapeutiskt. Resultaten visar att användandet av musik som interaktion hjälpte personer med svåra psykiatriska tillstånd att utveckla sociala relationer och att bearbeta områden som de hade svårt att verbalisera.

Maratos et al. (2011) visar att musikterapi kan utveckla den psykiska hälsan i positiv riktning för personer med depression. Musikinterventioner och särskilt aktivt musikskapande i en terapeutisk form erbjuder patienter möjligheter till nya estetiska, psykologiska och interpersonella upplevelser. De flesta studier är randomiserade och flera visar samma positiva resultat Sekhni et al. (2011), Erkkilä et al. (2011).

Musikterapi har efterhand fått en mer uttalad behandlingsposition inom psykiatrisk vård och behandling. I Socialstyrelsens "Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd" (2011) rekommenderas musikterapi som en del i behandlingen:

"Musikterapi syftar till att förbättra relationer och öka personens välmående och minska symtom genom att hjälpa personen att adressera problem som är svåra att beskriva enbart med ord. Personerna behöver inte ha någon musikalisk träning, men måste vara motiverade att arbeta aktivt med musik som lyssnare eller medverka med musikinstrument eller sång. Musikterapi introducerades på 1940-talet och förekommer idag i stora delar av västvärlden. Musikterapi kan ges individuellt eller i grupp, och ges av utbildad terapeut i tillägg till sedvanlig behandling" (SoS, Nationella riktlinjer 2011, 101).

Forskning om musikterapi för barn med cancer

Internationellt finns en hel del studier av musikterapi för barn med cancer, främst med inriktning på smärtbehandling och palliativ vård. I dessa studier beskrivs varierande former av musikterapi - alltifrån att lyssna på musik till att aktivt delta i improvisationer med olika instrument och sång. Det finns undersökningar om både individuell musikterapi och behandling i grupp med flera barn, samt några studier där även familjer till cancersjuka barn har deltagit i musikterapin. Studierna beskriver en rad olika metoder, som musiklyssning, att improvisera på olika instrument samt musikterapeutiska processer under längre tid.

Musiklyssning och musikskapande kan reducera vissa symptom vid cancer och rädsla vid behandling (Burns 2001). Musikupplevelser i samband med medicinska cancerbehandlingar har visat sig minska bieffekterna av dessa behandlingar (Frank 1985, Standley 1992). Musik har även positiva effekter vid behandling av cancerrelaterad smärta hos barn (Kerkvliet 1990, Cook 1986; Zimmerman et al. 1989). Musiklyssning har visat positiva resultat för barn som genomgår benmargstransplantation, där musiken får en avledande funktion (Pfaff et al. 1989). Barnens fysiska allmänkondition har också påverkats positivt av musiklyssning bl.a. genom möjligheter att lättare slappna av i kroppen.

Även lindring av illamående vid behandling med cytostatika har beskrivits (Frank 1985, Standley 1992). Sammantaget visar en växande kunskapsmassa att musikterapi med cancersjuka i olika åldrar, genomgående ger positiva resultat, både gällande inslag i medicinsk behandling och i upplevd livskvalitet. Cancer genererar inte bara ett stort fysiskt lidande, utan bär också med sig emotionella, sociala och existentiella svårigheter och frågor. Flera studier beskriver hur musikterapi kan ha positiva effekter när det gäller att möta dessa svårigheter och fungera ångestreducerande i förebyggande syfte inför svåra behandlingar men också en kanal för att kunna uttrycka olika känslor i samband med sjukdomen (Burns 2005).

Sånger och komponerandet av sånger tillsammans med barn har visat sig ha en positiv effekt på barn med cancer, men även för syskon och föräldrar genom att barnen fick hjälp att hitta nya copingstrategier i relation till sin sjukdom. Särskilt gäller det barn som ligger isolerade under en längre tid (Brodsky 1989).

En primär betydelse i musikterapeutisk interaktion är att stärka den personliga upplevelsen av identitet och självuttryck. Aasgaard (2002) utvecklade dessa tankar i sin avhandling där barn med olika cancersjukdomar fick skriva egna sånger i form av "livshistorier". Förutom att barnen fick ge uttryck för känslor och upplevelser fick de också visa sin kapacitet för andra när de framförde sina sånger. Musiken kan även få funktionen att bära svåra emotionella utmaningar samtidigt som den också kan lindra lidandet och uttrycka empati (Cowan 1991; Fagen 1982; Nolan 1989).

De fysiologiska och psykosociala fördelarna med musik i behandlingen av cancersjuka för också med sig en ytterligare fördel. När det allmänna måendet utvecklas i positiv riktning stärks immunförsvaret, som är tätt sammankopplat med övrigt fysiskt och psykiskt mående (Ader 1981). Musiklyssning, kombinerad med specifika former av styrda inre bilder, har visat en positiv effekt på stärkande av immunförsvaret (Rider et al. 1990). Härigenom påverkas också möjligheterna att hitta nya copingstrategier i relation till sjukdomssituationen. Barnen ökar sin förmåga att kommunicera om känslor av hjälplöshet (Lane 1994).

Musikterapi med cancersjuka barn har även bedrivits en längre tid vid Astrid Lindgrens Barnsjukhus i Stockholm där man även har genomfört en studie om musikterapeutiskt arbete i samarbete med barnhabiliteringen och barnonkologin. Syftet med studien var att studera om individuell musikterapi hade positiv inverkan på psykologiska och kognitiva funktioner hos barn efter hjärntumörbehandling. Resultaten visade att musikterapi förbättrade uppmärksamheten och ordförståelsen hos barnen (Andersson, Säfsten et al. 2008).

Forskning om musikterapi för ungdomar med psykiatrisk och psykosocial problematik

Det finns ett flertal randomiserade studier med beteendeorienterad musikterapi för ungdomar där korta insatser gjorts för att mäta effekterna av musikterapi. Studierna visar genomgående positiva resultat. I en studie av musikinterventioner med aggressiva och jagsvaga barn i Korea (Choi, Soo Lee, 2007) visar att barn som fick musikterapiinterventioner i 50 minuter två gånger i veckan i 15 veckor visade tydliga förbättringar jämfört med en kontrollgrupp utan interventioner. Musikterapi stärkte barnens jagkänsla och hjälpte dem kontrollera sina aggressioner.

En studie av (Tervo 2001) visar att musik med ungdomar kan ha en avslappnande effekt men även ha en stimulerande funktion i att öppna vägar för tydligare identitet och självuttryck. Musikterapi verkade även ha en positiv roll i teamarbete på exempelvis en institution och bidra med information från ungdomarna. Mc Ferran (2010) beskriver olika musikterapeutiska psykodynamiskt inriktade arbetsmetoder med ungdomar där arbetet delas in i tre olika faser: intresse, inläring och improvisation. En metastudie (Gold, Voracek, Wigram 2004) visar positiva effekter av musik på beteende och självutveckling hos barn och ungdomar med psykiatrisk problematik.

Forskning om musikterapi i de Nordiska länderna

Det finns en växande forskning om musikterapi i de Nordiska länderna med både kvalitativa och kvantitativa studier inom olika områden. Nedan följer en kort presentation av ett urval av nordiska forskare som också har beröringspunkter med denna avhandlings syfte och innehåll.

I Norge bör, förutom Ruud och Stige som tidigare nämnts, också andra forskare nämnas. Rolsvjord (2002) tar i sin bok upp musikterapi ur ett dialektiskt perspektiv, musik som språk och musikalisk kommunikation. Hennes avhandling (2007) är en explorativ studie av resursorienterad musikterapi inom psykiatrin. Trondalen (2004) beskriver i sin avhandling "signifikanta ögonblick" i musikterapi med unga människor med anorexi. Aasgaard (2002) beskriver musikterapi med cancersjuka barn och hur komponerandet och utförandet av egna sånger bl.a. påverkar barnens självkänsla. Krüger (2012) undersöker i sin avhandling ungdomars perspektiv på "samfunnsmusik-terapeutisk praxis". Staensaeth (2008) beskriver relationen mellan musikterapeutisk improvisation och de olika fenomen som uppstår i interaktion i olika former exempelvis lek.

Förutom Bonde (2009), Nygaard –Pedersen (2007), Wigram från Danmark som tidigare hänvisats till, finns ett antal andra forskare. Moe 2001 beskriver i sin avhandling gruppterapi med en modifierad form av GIM för patienter inom psykiatrin. Hannibal (2001) gör en kvalitativ studie om överföringsprocesser i en musikalisk interaktion. Holck (2002) använder en kvalitativ metod för videoanalyser av interaktionen hos barn med svåra funktionsnedsättningar. Odell-Miller (2007) studerar i sin avhandling relationen mellan diagnos och kliniskt metod för ungdomar med svår psykisk problematik.

I Finland har Erkkilä sedan 1997 då han disputerade skrivit en mängd artiklar i vilka hans forskningsinriktning är psykodynamisk musikpsykoterapi och improvisation. Tervo (2001) beskriver i flera studier psykodynamiskt inriktad musikterapi med psykosocialt störda ungdomar.

Även Island finns representerat inom forskningen med Jonsdottir (2011) och hennes avhandling om musikterapi med en grupp mödrar till små barn med särskilda behov. Studien undersöker mödrarnas upplevelse av musikalisk lek inriktat på sång och de emotionella relationer som skapas i arbetet.

I Sverige finns forskning presenterad i avhandlingar, artiklar och rapporter, utöver redan redovisade Gabrilesson (2008) och Teorell (2009). Granberg (2004) studerar i sin avhandling olika musikterapeutiska verksamheter (FMT) inom grund och särskolan. Inom GIM metoden (se Del I) beskriver Körlin (2005) arbetet med musik inom psykiatri. Bergström (2011) beskriver i sin avhandling vibroakustisk musikterapi för flickor med Retts syndrom och Paulander (2011) redovisar i sin avhandling musikterapi ur ett fenomenologiskt perspektiv.

Reflektion kring mönster i forskning om musikterapi, hälsa och livskvalitet

I denna genomgång av forskning om musik, hälsa och musikterapi har synliggjort intressanta mönster som kan delas in i tre grupper utifrån huvudsaklig forskningsinriktning.

Den första gruppen består av medicinska studier oftast av anglosaxiskt ursprung. Dessa studier har syftet att undersöka hur människor reagerar fysiskt i samand med att de lyssnar till musik, exempelvis gällande hjärtverksamhet, blodtryck och stressnivå. Dessa studier är både överlägset flest till antal och omfattar i stort sett de flesta målgrupper (Lindblad, Hogmark, Theorell 2007; Khalifa et al. 2003). De är tydliga när de beskriver hur studierna hargenomförts och vilka mätmetoder som använts t.ex. mätningar av cortisolhalt. Åtskilliga studier är gjorda om musikens medicinska funktioner ur olika aspekter, alltifrån hur musiken förbättrar återhämtning efter stroke (Särkemo, Tervaniemi, Peretz 2008) till hur man med musik kan påverka livskvaliteten för gamla människor (Hays and Minichiello 2005). Gällande vilken musik som använts, deltagarnas förhållande till musik och interaktion mellan terapeut och patient, finns inte alltid så tydlig information (Khalifa et al.2003, Cassidy, MacDonald 2012). På senare år kan dock en utveckling observeras där forskningen efterhand har fått en tydligare struktur gällande musikval, musikinterventioner och klienternas relation till musik och terapeut.

Den andra gruppen representeras av studier, ofta fallbeskrivningar med en hermeneutisk forskningsteoretisk förankring och med behandlingsteoretisk inriktning ur exempelvis gestaltterapi, psykoanalys eller olika kognitiva riktningar. Studierna är ofta utförda av kliniker med lång erfarenhet och stor kunskap inom ämnet och förmedlar analyser om såväl de berörda patienterna som relationen mellan musikterapeut och klient samt vilken form av musik som använts (Lejonclou, Trondalen 2009). Liknande studier finns också om musik inom psykiatri (Jonsdottir, H, Friis, S, et al.2009, Johansson 2008) och av musik för långtidssjukskrivna med olika psykiska dysfunktioner (Bjerke 2007, Markström et al. 2004).

Den tredje gruppen, som innehåller betydligt färre studier, har genomförts tvärvetenskapligt med både musikterapeuter, musikvetare och medicinare involverade, bland annat i våra nordiska grannländer och i Tyskland. Här finns studier med musik inriktade mot smärtlindring, cancerbehandling, (Presant, Kasem, Friedman och Starble1998; Hilliard 2005 Cook 1986; Aldrige 2004) och palliativ vård och behandling (Aasgaard 2004). Dessa studier har ett mera genomarbetat förhållningssätt till den musik som används. De representerar ofta en stor kunskap inom olika ämnesområden och har inte sällan även ett filosofiskt och andligt perspektiv (Aldrige 1999, 2004; Hilliard 2005). Här kan man också återfinna frågor om varför förändringar sker i relation till musikterapi. De metoder för musikterapi som används i dessa undersökningar har ofta delats in i två grova inriktningar. *Receptiv musikterapi*, där man inte själv aktivt utövar musiken men är aktiv i lyssnandet, en bearbetande metod som ofta kompletteras av verbala inslag och i huvudsak vänder sig till välfungerande personer som söker en ökad medvetenhet. *Kreativ musikterapi* där klienten oftast är aktiv i musikterapi som bygger på samspel mellan klient och terapeut riktar sig till flera målgrupper med olika former av dysfunktioner.

I denna forskningsgenomgång har det blivit tydligt att musikterapi som forskningsområde har en stor bredd och kan variera till inriktning och forskningsmetoder både beroende på ideologi, forskningstradition, målgrupp och vårdorganisation, på musikterapeutens kompetens och roll i vårdsystemet samt beroende på hur man ser på begreppen musikterapi, hälsa och livskvalitet.

Att använda musik i behandling för ökad hälsa och livskvalitet kräver både utvecklade förklaringsmodeller och musikterapeutiska metoder samt en öppenhet för olika forskningsinriktningar som kan öka förståelsen för musikterapiens komplexa processer. Ett mera flexibelt synsätt där man inte på förhand bestämmer metodologin, där forskaren utgår från materialet och där den traditionella uppdelningen i kvantitativ och kvalitativ forskning får en mindre viktig roll, genererar en öppnare hållning till forskning i musikterapi.

“The researcher acknowledges that she is not separated from the field she studies, she is herself positioned in it and must therefore reflect upon this position, which includes self inquiry and examination of assumptions guiding the research process” (Stige 2002, 67).

Forskningsöversiktens relevans för egna studier

Genomgången av forskning kring musikterapi och andra musikinterventioner kopplade till hälsa och livskvalitet för olika områden och målgrupper visar på vissa aspekter som, så långt jag har förmått undersöka, verkar saknas.

Det saknas studier av musikterapi med små barn med cancer i medverkan av barnens föräldrar. Det saknas också studier med flerårig uppföljning av hur musikterapi kan bidra till utveckling av psykosocialt utsatta ungdomars identitet, självkänsla och livskvalitet. Det finns heller ingen redovisad forskning om interaktiv musikterapi som både använder musik, bild och text i processer kring symbolisering. Slutligen verkar det saknas forskning som försöker utreda vad i en modell för musikterapi som kan fungera generellt oavsett målgrupp och vad som behöver anpassas till olika målgrupper.

Det finns därför goda skäl att söka dessa kunskaper genom de studier som redovisas i avhandlingen nästa Del III.

Del III

Empiri

I denna del redovisas tre interventionsstudier med genomförd musikterapi.

Studiernas syfte och gemensamma forskningsfrågor och metoder för kunskapsinsamling, främst processbeskrivningar och dialogintervjuer med klienter och personal, presenteras.

Målgrupp, genomförande och resultat redovisas för respektive studie.

Studie 1: *Nu kommer Mozart* Musikterapi med dialys-, cancer- och psykiatripatienter inom ett EU-projekt på ett sjukhus.

Studie 2: *Blinka lilla stjärna* Musikterapi med små cancersjuka barn på ett barnsjukhus.

Studie 3: *Hjälp mig vara jag* Musikterapi på behandlingsinstitution med ungdomar med psykosociala och psykiatriska dysfunktioner.

En jämförande analys av de tre studierna redovisar vad i musikterapin som är gemensamt och vad som är specifikt för olika målgrupper.

Tre interventionsstudier av musikterapi

Avhandlingens empiriska del består av tre interventionsstudier av musikterapi med olika målgrupper inom olika verksamheter.

Studie 1 redovisar musikterapi med dialys-, cancer och psykiatripatienter på ett sjukhus under 2006-2007. Studien ingick i ett EU-projekt där man ville utveckla kultur och kreativa arbetsformer inom sjukvården. Studie 2 redovisar musikterapi med små barn med cancer vid ett barnsjukhus under 2009. Studie 3 redovisar musikterapi med psykiatriskt och psykosocialt dysfunktionella ungdomar vid en behandlingsinstitution mellan åren 1991 – 2005.

Syfte och forskningsfrågor

Avhandlingens syfte är att utveckla en generell modell för interaktiv musikterapi som kan anpassas till olika målgrupper.

Ambitionen är att förverkliga detta syfte genom att söka kunskaper om

- patient/klientgruppers upplevelse av interventioner i musikterapi
- patient/klientgruppers upplevda hälsa och livskvalitet i samband med musikterapeutiska interventioner
- fysiska och psykiska processer i samband med musikterapi som upplevs bidra till ökad hälsa och livskvalitet
- likheter och skillnader vid tillämpning av musikterapi med olika målgrupper

Syftet leder till följande gemensamma forskningsfrågor för de tre studierna:

1. Vilka musikterapeutiska interventioner kan användas med olika patient/klientkategorier i sjukvård och psykosocial behandlingsverksamhet ?

Patienter/klienter har olika livssituation, lidande, vårdbehov etc. som gör att musikterapi med olika patient/klientgrupper kommer att skilja sig åt i olika avseenden gällande mål, form, struktur, innehåll, tid, inspelad/improviserad musik etc.

2. Vad händer med patienters/klienters upplevda fysiska och psykiska hälsa och livskvalitet vid deltagande i musikterapi ?

Huvudanledningen till att genomföra insatser av olika slag med patienter/klienter i sjukvård och annan behandling är att dessa insatser får någon form av positiva effekter på hälsa och livskvalitet.

3. Vad händer i patienternas/klienternas interpersonella relationer till musikterapeut och berörd personal i samband med musikterapi ?

För att kunna utveckla en fungerande musikterapeutisk modell behövs kunskaper om hur interaktionsprocesserna fungerar och utvecklas - mellan berörda patienter och personal respektive musikterapeut, samt hur patienterna generellt upplever den musikterapeutiska situationen.

4. Hur utvecklas patienternas/klienternas symboliseringsprocesser genom deltagande i musikterapi ?

För att förstå patienternas/klienternas upplevelser av olika musikaliska uttryck samt mekanismerna bakom dessa musikinterventioners eventuella effekter på hälsa och livskvalitet bör deras inre psykiska processer i form av upplevelser/bilder/symboler studeras och analyseras.

Gemensam forskningsdesign

De tre empiriska studierna i denna avhandling har en primärt kvalitativ inriktning utifrån en hermeneutisk kunskapssyn.

Forskningsdesignen för interventionsstudierna följer en gemensam teoretisk och praktisk struktur:

- Implementering av musikterapi inom respektive verksamhet
- Målgrupp skapas via urval av patienter/klienter i respektive studie
- Etiska överväganden i samråd med medicinskt-/behandlingsansvariga
- Genomförande av musikterapi – individuell med samtliga patienter/klienter, kompletterat med musikterapi i grupp i Studie 1 och 3
- Datainsamling inom respektive studie
- Resultatsammanställning och -analys för respektive studie
- Jämförelse av resultaten från de tre studierna
- Reflektioner över de sammantaget erhållna kunskaperna

Som genomgående kunskapsunderlag i studierna används:

- *Processbeskrivningar* av musikterapin som analyseras med hjälp av *innehållsanalys*
- *Dialogintervjuer* i semistrukturerad form med klienter/patienter samt med behandlingsansvarig personal om musikterapins funktion inom respektive verksamhet I Studie 2 genomförs inga dialogintervjuer p.g.a. barnens låga ålder (1-4 år)
- *Symboliseringstrappan*, en musikterapeutisk arbets- och analysmetod som jag utvecklat genom åren för arbete med musik, bild och text i strukturerad form. vilken även ingår som del i dialogintervjuerna med klienter/patienter
- *Patientskattningar* av fysiskt och psykiskt mående efter musikterapin -Studie 1
- *Uppföljningsintervjuer* ca 10 år efter avslutad musikterapi – Studie 3

Forskningsetik

Forskningsetik har att göra med forskarens syn på forskningsuppdrag, bedömning av risk kontra nytta samt hur man tar hänsyn till och skyddar de deltagare som berörs av forskningen.

Studie 1 omfattades redan av etikgodkännande gällande detta EU-projekt enligt Interreg. III.A (Diariennr. 177:14/05)

Övriga två studier anmäldes för prövning till etiknämnd – med följande besked (Diariennr. 232-08)

Studie 2 krävde inget etikgodkännande då studien primärt inriktades på metodutveckling och då inga individuella mätdata eller processbeskrivningar redovisas.

Studie 3 kunde inte behandlas av etiknämnden då den primära datainsamlingen skedde lång tid tillbaka.

De grundläggande forskningsetiska kraven för individskydd dvs. informationskrav, samtyckeskrav, konfidentialitetskrav och nyttjandekrav (Vetenskapsrådet 2006), har emellertid noga beaktats i samtliga studier i enlighet med rekommendationer gällande etik, sekretess, integritet och datasäkerhet som anges i Helsingforsdeklarationen och i HSFR's forskningsetiska regler. Samtliga patienter har informerats och deltagit frivilligt i musikerterapin och de som intervjuats har gett sitt skriftliga samtycke både till sin individuella medverkan i musikerapin och till sitt deltagande i respektive studie.

Syfte, form och innehåll i musikerterapin samt kunskapsinsamlingen i samtliga studier har också kontinuerligt och noggrant, för respektive patient/klient, planerats och avstämts med behandlingsansvariga inom respektive vårdorganisation. Samtliga patienter/klienters identitet har skyddats i all datainsamling och dokumentation.

Överväganden gällande risk kontra nytta, i betydelsen bidra till ökad hälsa och livskvalitet, är komplexa i behandlingssammanhang. Här finns sällan enkla avvägningar mellan antingen - eller, utan så gott som alla behandlingsmetoder innehåller både inslag av risk och nytta, där nyttan måste vara avsevärt större än eventuella risker för att vara etiskt godtagbar. Nyttan kan variera mellan individer, målgrupper och diagnoskategorier och mellan terapeuter och metoder. Man kan dessutom inte veta om en behandling bidrar till hälsa och livskvalitet för en enskild individ, innan behandlingen har genomförts. Forskningen runt musikerterapi ger däremot ett generellt gott stöd för nyttan av musikerterapi, (se Del II) vilket också stämmer med egen klinisk erfarenhet med en mängd målgrupper. Dock händer emellanåt i olika former av behandling att terapin visserligen inte är skadlig, men att den heller inte gör nytta, vilket bör leda till en kritisk utvärdering med ifrågasättande av denna metod för aktuell målgrupp. Att musikerterapi generellt kan göra nytta i varierande grad genom att bidra till ökad hälsa och livskvalitet kan dock relativt säkert tas som utgångspunkt för dessa studier.

Frågan blir därför snarare vilka risker som finns med musikerterapi, om behandlingen kan vara skadlig eller farlig och om dessa risker kan kopplas till individ, diagnos, livssituation, etc. Här krävs en seriöst ifrågasättande av tänkbara situationer där musikerterapi skulle kunna vara skadlig eller hindra en ökad hälsa och livskvalitet eller hindra övrig behandling. Musikerterapi kan vara en mycket potent behandlingsmetod i betydelsen att man med musikens hjälp snabbt kan komma förbi olika försvarsmekanismer och nå fram till dolda och omedvetna skikt hos berörda klienter.

Detta bör hanteras med försiktighet och det krävs behandlingserfarenhet, utbildning, kompetens och klinisk handledning för dessa bedömningar. I de tre studierna i denna avhandling förekom ett antal sådana riskabla förhållanden.

Studie 1 omfattade både dialyspatienter, som är helt beroende av dialys med ibland depression och känslor av meningslöshet som följd och svårt sjuka vuxna cancerpatienter varav en del i livets slutskede med smärta, depression och dödsrädsla. Någon av cancerpatienterna bestämde sig för att avsluta musikterapi som de upplevde alltför ”stark”, vilket givetvis accepterades med en ordnad avslutning. Studien innefattar även psykiatripatienter, med svår psykisk problematik, självskadebeteenden och suicidrisk. Gällande dessa målgrupper måste yttersta vaksamhet iaktas, tydlig frivillighet inför varje session, noggrant val av musik och beredskap att ändra innehåll eller avbryta sessionen utifrån patientens reaktioner.

Studie 2 genomfördes med små barn med cancer. Här mottogs musikterapi generellt mycket positivt av såväl barn som föräldrar vilka inte i något fall ville avsluta påbörjad terapi. Musikterapeuten bör vara extra uppmärksam på barnets och föräldrarnas reaktioner så att inte musikterapi blir alltför stark känslomässigt med eventuella negativa effekter för övrig medicinsk behandling.

Studie 3 genomfördes med psykosocialt/psykiatriskt svårt dysfunktionella ungdomar med negativ självkänsla, bristande identitetsuppfattning och ibland självskadebeteenden och suicidrisk. Här fanns en rad situationer där musiken fick anpassas, närheten regleras och uppehåll accepteras.

Den sammantagna bedömningen är att musikterapi i dessa studier kan bidra till ökad hälsa och livskvalitet, men att vaksamhet måste iaktas vid varje musikterapisession så att patient/klient inte tar skada eller att terapi får negativa konsekvenser för övrig behandling.

Urval med informerat samtycke

Samtliga patienter/klienter i de tre studierna har valts ut, informerats och tillfrågats av medicinsk och/eller annan behandlingsansvarig personal inför deltagande i musikterapi. De patienter/klienter som intervjuats har gett sitt skriftliga informerade samtycke.

Urvalskriterier och faktisk målgrupp presenteras närmare under respektive studie. Berörda personer som deltar i musikterapi betecknas i avhandlingen såsom de benämns inom respektive verksamhet - inom sjukvård som patient, inom behandlingsinstitution som klient. I generella icke-målgruppsspecifika sammanhang betecknas de som patient/klient eller person.

Ingen redovisning av medicinska data

Studie 1 och 2 berör patienter med svåra eller livshotande somatiska sjukdomstillstånd. Medicinsk utredning, behandling och uppföljning genomfördes naturligtvis inom ramen för ordinarie professionell sjukvård med samtliga patienter/klienter, såväl före, under tiden som efter de musikterapeutiska interventionerna. Som musikterapeut fick jag härigenom regelbundet inför respektive session information om patienternas aktuella hälsotillstånd, vilket var nödvändigt för att kunna bedöma om och hur musikterapi skulle kunna genomföras.

Att undersöka patienternas medicinska status före och efter musikterapiinterventionerna hade därför kunnat vara administrativt möjligt och kanske även önskvärt ur ett mer traditionellt utvärderingsperspektiv av effekter. Däremot var det inte etiskt eller praktiskt möjligt att för dessa patienter lägga till ytterligare medicinska undersökningar. Patienterna befann sig dessutom i olika faser i sin respektive sjukdom och samtliga var också medicinerade i varierande grad, för smärtlindring och sömnbesvär samt inte sällan även med olika psykofarmaka. Det skulle därför inte vara vetenskapligt seriöst att försöka urskiljas några medicinska förändringar just kopplade till den genomförda musikterapi. Denna hållning i här aktuella studier har noga avstämts och överenskommit med medicinskt ansvariga för respektive patientgrupp.

Fokus i dessa studier ligger primärt på upplevd livskvalitet och upplevelser av mer generella hälsoeffekter i samband med musikterapeutiska interventioner.

Undersökningsmetoder

Processbeskrivningar

Som rutin i mitt kliniska arbete, med alla klienter i alla målgrupper genom åren, har den genomförda musikterapi dokumenterats med hjälp av processbeskrivningar i samband med varje terapisesession samt i en del fall även i form av videofilmer. Jag har därför god förtrogenhet och vana att strukturerat och regelbundet föra denna form av dokumentation. Klienter/patienter informeras alltid och ger sitt samtycke till dessa anteckningar som del i det terapeutiska arbetet.

I avhandlingens aktuella studier dokumenteras processbeskrivningarna av musikterapeut vid varje session med samtliga klienter/patienter.

- *Processbeskrivningarna* är omfattande i volym och innehåll och sträcker sig i flera fall över långa tidsperioder - och redovisas därför inte i sin helhet i avhandlingen
- De *terapisammanfattningar* som följer efter beskrivningen av respektive patientgrupp är kortfattade utdrag ur dessa processbeskrivningar som söker fånga det huvudsakliga musikterapeutiska arbetet och processen i denna patientgrupp
- *Innehållsanalyserna* (redovisas nedan) genomförs däremot utifrån hela det samlade materialet ur samtliga processbeskrivningar för respektive patientgrupp

Processbeskrivningarna dokumenterar flera dimensioner och perspektiv:

- Fysisk miljö, som rummets möblering och de olika kvaliteter som kan finnas i exempelvis sjukhusrum med medicinsk apparatur, osv.
- Händelseförloppet i den aktuella musikterapisesessionen med inledning och tema
- Vilken musik som används, inspelad eller improviserad.
- Kombination av musik, bild, text och eventuell rörelse/dans
- Återblick från föregående session med kommentarer från klient/patient
- Interaktion mellan klient/patient och terapeut samt mellan klient/patient och musik
Interaktionen ur terapeutens perspektiv i förhållande till klient/patient och musik.

- Personliga upplevelser, känslor, tankar etc. på intrapsykisk nivå som uttrycks av patient/klient under sessionen.
- Musikterapeutens egna reaktioner och intrapsykiska upplevelser, känslor, tankar etc.
- Musikterapeutens reflektioner kring eventuella teman och mönster

Dialogintervjuer

Dialogintervjuer i semistrukturerad form genomförs i Studie 1 och 3 med patienter efter respektive avslutad musikterapi och med personal i samtliga tre studier vid avslutningen av respektive musikterapiprojekt.

Intervjuer i dialogform genomförs inte enligt formen ”fråga-svar”, där kunskapsinsamling ensidigt sker ur intervjuarens perspektiv och ”tolkningsföreträdare”. Den semistrukturerade dialogformen innebär att man istället för nerskrivna ”färdiga” frågor utgår från ett antal frågeområden som styr intervjuens struktur (Kvale 1997). Inom respektive frågeområde kan man samtala mera fritt med varandra, associera, ställa följdfrågor, be om förtydliganden osv. Intervjuaren behöver därför stanna upp såväl under som efter respektive frågeområde och sammanfatta det som sagts och stämna av om man förstätt vad ”respondentens” har sagt eller om något behöver tilläggas eller förtydligas. Detta ger en tydlig feedback till den som blir ”intervjuad” att den som frågar verkligen är intresserad, lyssnar och vill förstå vilket i sig är motiverande. Dessa sammanfattande avstämningar per frågeområde fungerar samtidigt som en inbyggd kvalitetskontroll på att erhållna ”data” är sanningsenliga, uttömmande och möjliga att förstå. Dialogintervjuer kan också lättare integreras med rollen som terapeut. Relationen mellan terapeut och patient/klient respektive intervjuare och respondent, blir mera ”jämförd” i bemärkelsen att man samtalar med varandra, snarare än att den ena parten frågar ut den andra. Dialogen ger även möjlighet till metakommunikation, dvs. att man kan samtala ”om” det som man samtalar om, och kan be att få förtydliganden, mera information, ifrågasätta etc. för att nå fram till en ökad gemensam förståelse om vad som efterfrågas och vad som ”svaras”. Detta förhållningssätt är särskilt viktigt i behandlingsarbete med målgrupper som av olika skäl kan ha svårigheter att kommunicera verbalt.

Intervjuerna med patienter/klienter genomförs för att få ett tydligt brukarperspektiv på den genomförda musikterapi. Frågeområdena härrör från avhandlingens fyra övergripande forskningsfrågor och handlar om terapiprocesser, terapeutisk relation, interaktion och allians samt upplevelser av fysisk och psykisk hälsa och livskvalitet. Intervjuerna behandlar även patientens reflektioner gällande vad i musikterapi som bidragit till eventuell förändring avseende hälsa och livskvalitet – musikval, genre, struktur, form, sammanhang relation, allians, etc. samt avslutas med en genomgång i dialogform av Symboliseringstrappan (redovisas närmare nedan), med musik - upplevelse - bild - text, i sökande efter sammanlänkande och meningsskapande symboliseringsprocesser.

I Studie 1 genomfördes intervjuer efter avslutad musikterapi med två patienter vardera från dialys- och psykiatrigrupperna. Cancerpatienterna kunde inte delta i dessa intervjuer av praktiska skäl.

I Studie 2 genomfördes inga intervjuer med patienterna bestående av små sjuka barn och inte heller med deras närvarande föräldrar av etiska skäl då barnens sjukdom så helt dominerade upplevelsen av familjens hela livssituation.

Många synpunkter framkom ändå, utan formell intervju, spontant från föräldrarna under terapins gång, vilket var mycket värdefullt i denna studie som primärt genomfördes i ett metodutvecklande syfte.

I Studie 3 genomförs uppföljningsintervjuer med två ungdomar ca tio år efter avslutad musikerterapi. Dialogintervjuer genomfördes här med öppna reflektioner utifrån tre tidsperspektiv: före, under tiden och efter tiden på behandlingshemmet. Frågeområdena behandlade social situation, musikerterapi, processer, interaktion och aktuell livssituation.

Intervjuerna med personalen i samtliga studier hade primärt koppling till deras professionella yrkesutövning. Intervjuerna med personalen genomförs för att undersöka musikerterapins funktion inom respektive verksamhet och relationer till personal, patienter och anhöriga.

Referenser till bilagor med intervjuformulär redovisas under respektive studie. Även intervjuerna med klienter/patienter i sin helhet återfinns i bilagor till respektive studie.

Symboliseringstrappan

I det kliniska arbetet med musik, bild och text, har jag successivt genom åren utvecklat en arbets-, tolknings- och analysmetod, vilken jag valt att kalla ”Symboliseringstrappan”, som jag har prövat och vidareutvecklat med en mängd olika målgrupper. Den beskriver processerna ur ett musikerapeutiskt perspektiv där arbetet och tolkningen sker på olika nivåer. Denna metod har gett ett etiskt och kliniskt möjligt tillvägagångssätt att gemensamt närma sig och utforska musikerterapins komplicerade symboliserings- och tolkningsprocesser.

Förenklat kan ”trappan” beskrivas som en process i musikerterapin tillsammans med klienten med start i musik – som leder till associationer – som kan leda till en målad bild – och till text/språk – som i sin tur kan ”tonsättas” till ny musik. Musikerapeuten kan i sin efterföljande analys gå den omvända vägen – från text till bild till musik och härigenom ”avkoda” och tolka symboler i form av upplevelser på olika nivåer. Symboliseringsprocesserna i musikerterapi undersöks härigenom från yttre till inre processer, med hjälp av klientens beskrivningar av upplevelser, inre bilder och associationer. Symboliseringstrappan redovisas i Del IV.

Patientskattningar i Studie 1

I Studie 1 genomfördes en undersökning där patienterna fick skatta sitt fysiska och psykiska mående i samband med musikerterapin på en tiogradig skala, efter första, tredje och femte sessionerna.

Dessa skattningar genomfördes inom ramen för det aktuella EU projektets samlade utvärdering. Musikerapeuten ansvarade för inriktning och innehåll i dessa skattningar vilka därefter administrerades av sjukvårdspersonalen på respektive avdelning. Musikerapeuten ansvarade slutligen för sammanställning, bearbetning och resultatredovisning, varför dessa data även redovisas i Studie 1 i denna avhandling.

Patienternas skattningar berörde förväntningar inför musikterapin, hur musikterapin påverkade upplevt fysiskt och psykiskt välbefinnande samt om den genomförda sessionen motsvarade patientens förväntningar (bilaga 3).

Metoderna för kunskapsinsamling - i relation till avhandlingens fyra forskningsfrågor

Forskningen genomförs för att söka svar på avhandlingens fyra forskningsfrågor
Relaterat till dessa forskningsfrågor sker insamlingen av data med följande metoder:

Forskningsfråga 1: Vilka musikterapeutiska interventioner kan användas med olika patient/klientkategorier i sjukvård och psykosocial behandlingsverksamhet ?

Beskrivning av vilka musikterapeutiska interventioner som använts - vilken musik, i vilken form, inspelad eller improviserad, vilka instrument och eventuellt andra ”musikterapiverktyg” (som exempelvis leksaker, stenar, tyger, färger, etc. för barn) och vilka ytterligare kreativa aktiviteter som använts med bild och text med tillhörande material. Detta dokumenteras i processbeskrivningar för varje patient/klient vid/efter varje terapiesession.

Forskningsfråga 2: Vad händer med patienters/klienters upplevda fysiska och psykiska hälsa och livskvalitet vid deltagande i musikterapi ?

Som tidigare redovisats används inte sjukvårdens ordinarie medicinska sjukdomsinformation i dessa studier då patienternas tunga medicinering och behandling skulle göra det oseriöst att försöka härleda eventuella hälsoförändringar specifikt till den bedrivna musikterapin. Patienternas upplevda fysiska och psykiska hälsoförändringar och förändrad livskvalitet dokumenteras däremot kontinuerligt både i processbeskrivningar och i dialogintervjuer. I Studie 1 fick patienterna dessutom redovisa sina upplevelser av musikterapin i ett särskilt utvecklat självskattningsformulär (redovisas närmare i Studie 1). Detta administrerades av sjukvårdspersonalen vid respektive sjukvårdsavdelning.

Forskningsfråga 3: Vad händer i patienternas/klienternas interpersonella relationer till musikterapeut och berörd personal i samband med musikterapi?

I processbeskrivningar dokumenteras interaktion, roller och kommunikationsmönster gällande de olika principiella relationsdimensionerna: patient - musikterapeut, patient - personal, patient – patient och musikterapeut – personal. Denna kunskapsinsamling om interpersonella relationer genomförs således av musikterapeut i dialog med respektive patient/klient inom ramen för den musikterapeutiska processen (i medvetande om att musikterapeuten själv är en medaktör i denna process – se nedan) Intervjuer inkluderande frågor om interpersonella relationer genomförs även i studie 1 och 3 med ansvarig sjukvårdspersonal på respektive sjukvårdsenhet och med behandlingsansvarig föreståndare på behandlingshem.

Forskningsfråga 4: Hur utvecklas patienternas/klienternas symboliseringsprocesser genom deltagande i musikterapi?

I processbeskrivningar dokumenteras olika symboliseringsprocesser inom ramen för de musikterapeutiska interventionerna, genom terapeutiska samtal och dialogintervjuer kring patienternas inre symboler, musikintryck, bilder, känslor, minnen, ”texter” och andra intrapsykiska processer som initieras och stimuleras via musikterapeutiska interventioner.

Vid avslutning av respektive musikterapi med samtliga patienter/klienter görs dessutom en sammanfattad individuell genomgång av hela musikterapiprocessen genom att tillsammans se på patientens bilder med tillhörande texter och återigen lyssna på använd musik eller försöka återskapa den improviserade musik som skapats i samband med de olika sessionerna. Patienterna får även utvärdera musikterapiens eventuella effekter av upplevd hälsa och livskvalitet samt vad de tyckte om respektive inte tyckte om i musikterapien. Patienter/klienter får sina egna bilder, texter och eventuell CD (med använd musik i terapin) med sig hem.

I Studie 1 intervjuas även två patienter från respektive patientgrupp i en uppföljning vid avslutad musikterapi, gällande olika symboliseringsprocesser via en genomgång av Symboliseringsstrappan (enligt ovan). Även ungdomarna i studie 3 berörs av frågor om symboliseringsprocessen i den uppföljande intervjun.

Analysmetoder

Innehållsanalys av processbeskrivningar

Processbeskrivningarna av de olika musikterapisessionerna utgör innehållsanalysens underlag. Processbeskrivningarna har sitt ursprung i beskrivningar av enskilda individers interaktioner, täckande alla ovan nämnda dimensioner i terapier över ett flertal år, vilket gör att materialet i en del fall kan bli mycket omfattande. Innehållet blir delvis beroende av patienternas/klienternas beskrivningar av sina upplevelser i samband med musikterapien, samtidigt som de förhoppningsvis bättre kan fånga de olika processerna ur ett "brukarperspektiv".

Vid analys av dessa processer har kvalitativ innehållsanalys använts. Metoden kan användas på empiriskt material där man vill tolka, förstå och sammanfatta vad som "egentligen", både öppet och dolt och kanske omedvetet, ligger i ett budskap, exempelvis i analys av samtal, intervjuer och texter. I "språk" dvs. talade uttryck, texter etc. men även inkluderande icke-verbala kommunikation, finns alltid olika tolkningsmöjligheter vilket avspeglas i innehållsanalysen. I avhandlingen utgör processbeskrivningar grund för analysen där även de icke-verbala processerna har iakttagits.

Hsieh och Shannon (2005) presenterar tre olika sätt att närma sig innehållsanalys. *Konventionell* innehållsanalys används generellt för att beskriva ett fenomen, exempelvis emotionella reaktioner, där informationen skall vara så opåverkad som möjligt av färdiga kategorier eller tolkningar. Man utgår från observation och definierar koderna i samband med dataanalysen. *Riktad* innehållsanalys har fokus på att begreppsmässigt validera eller utvidga ett teoretiskt ramverk eller en teori, och genomförs i en mera strukturerad process. Teorin blir utgångspunkten och koderna definieras före och under tiden den pågående dataanalysen. *Summativ* (sammanfattade) innehållsanalys utgår från sökord som härrör från forskarens intresse eller från genomgång av litteratur. Sökorden identifieras före och under tiden dataanalysen genomförs.

Granheim och Lundman (2004) diskuterar innehållsanalysens trovärdighet och visar att en analys kan genomföras i flera olika former. De skiljer på *manifest analys*, som återspeglar det centrala budskapet och *latent innehållsanalys*, som söker efter en underliggande mening i budskapet.

Innehållsanalys kan relateras till kommunikationsteori där även själva interaktionen påverkar terapeutens/forskarens relation till en text. Att klarifiera ett budskap innebär att samtidigt försöka finna och tolka bakomliggande processer, meningar och innebörder i de berörda människornas liv. (Watzlawick et al. 1978; Lundsbye et al. 2010)

Innehållsanalysen av processbeskrivningarna i denna avhandling är *konventionell*, dvs utgår inte från färdiga kategorier eller tolkningar och har både en *latent* och *manifest* inriktning, dvs söker både efter centrala budskap och underliggande meningar.

Innehållsanalysen av processbeskrivningarna genomförs i följande steg:

1. Genomläsning av hela texten i sökande efter
 - a. meningsbärande uttryck och nyckelord från klienten
 - b. centrala processer och budskap på olika nivåer som dokumenterats av terapeuten
2. Meningsbärande uttryck och processer kondenseras till mening/innebörd
3. Kondenserad mening analyseras i sökande efter tema
4. De olika uppkomna teman sammanfattas till dimensioner - som interaktion, emotion, symbolisering, jagstärkande, fysisk reaktion, existentiella/transcendentala
5. I en efterkontroll för validitet och trovärdighet kan dessa teman återigen stämmas av mot de ursprungliga uttrycken/nyckelorden/processerna

Exempel på tillvägagångssätt i innehållsanalysen:

| Meningsbärande uttryck och terapeutiska processer | Kondenserad mening/innebörd | Tema | Dimension |
|--|--------------------------------------|-------------|--------------------------------|
| <i>Det är det att du väljer musiken som vi gemensamt lyssnar på som jag gillar.....</i> | En samhörighet i musiken | Tillsammans | Interaktion |
| <i>Här sitter jag i arrest och tappar håret. Finns det ingen rättvisa i denna värld?</i> | Sorg och aggression | Maktlöshet | Emotion |
| <i>Jag får så tydliga bilder av musiken, i detalj kan jag se allt!</i> | Musiken ger inre bilder och symboler | Kreativitet | Symbolisering |
| <i>Känslan av att bli bekräftad är så bra just nu!</i> | Att våga se sin styrka | Bekräftelse | Jagstärkande |
| <i>Klådan blir mindre under dialysen med musik</i> | Det känns bättre och lättare | Befriande | Fysisk reaktion |
| <i>Känsla av att drunkna, flyta, virvla runt.....</i> | Tappa kontrollen--skräck | Dödsrädsla | Existentiell Transcendental |
| <i>Det känns som jag flyger...lätt</i> | Problemlöst | Befriande | |

Inom musikterapi ligger fokus på de tematiska innebörderna (punkt 3 och 4) då de eftersträvar en sammanfattande inkännande förståelse för vad klienten vill förmedla, vilket kan användas i den fortsatta musikterapiens mål, inriktning, metodval etc. Formuleringen av tema i denna innehållsanalys utgår därför inte enbart ifrån det presenterade meningsbärande uttrycket, utan är även påverkad av hela den komplexa processen i den aktuella musikterapien. Varje steg i den beskrivna analysprocessen ovan innehåller tolkningar. I de ursprungliga processbeskrivningarna gjordes anteckningar av mig utifrån situationen sådan som jag tolkade den.

Där finns även direkta citat från patienter/klienter. Då den ”kondenserad mening/ innebörden ” redovisas bygger dessa på min tolkning av citat respektive beskrivning. Detsamma är fallet vid utvecklingen av tema och dimensioner. Genom en kontinuerlig växelverkan mellan de ursprungliga anteckningarna och de olika leden i tolkningarna samt diskussioner med handledare uppnås förhoppningsvis en acceptabel trovärdighet.

I forskning bör de olika stegen tydliggöras (enligt ovan) medan en erfaren musikterapeut ofta kan bearbeta dessa steg inom den terapeutiska processen och fokusera direkt på huvudtemat.

I Studie 1, med ett stort antal patienter, genomförs en innehållsanalys per patientkategori. Olika teman, som framträder hos individuella patienter, sammanställs till att ”gruppvis” representera respektive målgrupp/patientkategori. Dialyspatienterna får således en gemensam gruppanalys baserad på deras individuella beskrivningar, cancerpatienterna och psykiatri får en annan gruppanalys baserad på deras individuella beskrivningar.

I Studie 2, med fokus på metodutveckling, sammanställs och utvärderas de olika interventionerna utifrån metodfokus.

I Studie 3, med ungdomar på behandlingshem, görs analysen utifrån hela målgruppen. Ungdomarna delas inte in i grupper, exempelvis med olika diagnoser, utan samtliga ungdomars processbeskrivningar används i en gemensam innehållsanalys.

Reflektion kring mina dubbla roller

Jag är medveten om att min roll som forskare är dubbel i bemärkelsen att jag både är den som utfört det kliniska arbetet och samlat in majoriteten av forskningsunderlaget och dessutom genomfört analyserna. Detta förhållande innebär både för- och nackdelar.

Processbeskrivningar och dialogintervjuer är fungerande metoder för att få tillgång till de djupkunskaper om relationer, känslor, symboliseringsprocesser, upplevelser av livskvalitet etc. som är ambitionen i dessa studier. Detta kräver i sin tur allians och närhet till klienten och att man kan följa processen över tid samt genomförd implementering med acceptans och tillhörighet till övrig vårdorganisation. Denna kunskapsinsamling kan därför bäst genomföras av en terapeut som just har möjligheter att möta dessa krav. Processbeskrivningar under långa terapiprocesser, ibland flera år, skulle exempelvis vara så gott som omöjliga att genomföra med externa forskare, både av etiska, terapeutiska, praktiska och ekonomiska skäl. Samtidigt finns risker i detta upplägg med samma person som både terapeut och forskare. Även om min strävan i samtliga studier är att försöka vara så objektiv och sanningsenlig som möjligt, är interaktioner och processer beskrivna ur mitt perspektiv. Detta kan ge en ökad risk för bias, dvs. att jag mer eller mindre omedvetet skulle framställa musikterapien, klienterna och resultaten alltför positivt.

Risken finns även att jag kan bli ”hemmablind” dvs. så välbekant med dessa terapeutiska situationer att jag kanske inte ser negativa förhållanden som lättare skulle ha uppmärksammats av en extern, icke terapiengagerad, forskare. Jag har därför vinnlagt mig om att genomföra kunskapsinsamlingen i processbeskrivningar, intervjuer och analyser, öppet och transparent mot både klienter och berörd personal samt så långt det är etiskt möjligt, mot läsaren av detta avhandlingsarbete.

Beträffande processbeskrivningarna har jag efterhand utvecklat en systematisk form för dokumentation, vilken jag genomfört efter varje session med samtliga klienter. Med undantag för sammanfattande vinjetter och terapiesammanfattningar, redovisas inte dessa fullständiga processbeskrivningar i denna avhandling, primärt utifrån överväganden gällande etik, sekretess och integritet men också av volymorskalet från de tre studier som här redovisas.

Studie 1

Nu kommer Mozart

Musikterapi med dialys-, cancer- och psykiatripatienter vid ett länsjukhus

Studien – en del i ett EU-projekt

Integrativ medicin kan ses som en kombination av västerländsk skolmedicin och andra komplementära och alternativa medicinska och ”friskvårdande” behandlingar. Detta perspektiv grundas i en helhetssyn på människan i balans mellan kropp och själ, med betoning av mening och sammanhang för individen. Intresset för detta synsätt har efterhand ökat inom internationell sjukvård och projekt med denna inriktning har startats inom EU.

Ett pilotprojekt med denna ambition ”Det kreativa Sykehus” genomfördes 2002 vid ett sjukhus i Norge. En utvidgning av projektet skapades via samverkan mellan en sjukvårdsregion med flera kommuner i Norge och en sjukvårdsregion med flera kommuner i Sverige. Medel söktes för ett gemensamt EU-projekt med Norge och Sverige som värdländer och medel till detta samverkansprojekt beviljades hösten 2005.

I den svenska sjukvårdsregionen ville man införa en kombination av medicinska, psykologiska, sociala och kulturella aspekter i vården, samt ge sjukhusmiljön en mjukare framtoning. Som en del i projektet skulle musikterapi med olika patientkategorier prövas under ett år vid det stora länsjukhuset. Jag blev tillfrågad och accepterade att ansvara för musikterapiverksamheten med 20 timmar i veckan från våren 2006 till och med våren 2007.

Utgångspunkten som musikerapeut var att implementera och integrera musikterapin i behandlingen på sjukhuset och samtidigt utvärdera detta arbete. EU-projektets värdegrund, att se människan som en helhet, där kropp, själ och livsmening ingår i ett socialt sammanhang i vilken människan ses som aktiv och meningssökande, var också utgångspunkten för mitt musikterapiprojekt.

Målgrupper

För urvalet av patienter hade vissa sjukhusavdelningar i ett tidigt skede anmält sitt intresse att delta i projektet, vilket gjorde att urvalet blev begränsat till dessa patientgrupper. På de aktuella avdelningarna fick samtliga patienter information om projektet och inbjudan att delta, vilket innebar att målgrupperna bestod av patienter som var intresserade av musik och som deltog på egen begäran.

När det gällde ålder och kön fanns inga begränsningar och några lite äldre patienter på samtliga avdelningar deltog på inrådan av personalen, vilket också fungerade bra.

Dialysavdelningen på sjukhuset hade anmält sitt intresse. Där fanns patienter med olika former av nedsatt njurfunktion, vilka kommer regelbundet till avdelningen för dialys mellan två och fyra gånger i veckan. Patienterna tillbringar därför en stor del av sitt liv på sjukhus och överlever inte utan dialys. Dialysen tar lång tid i anspråk och pågår år efter år så det gick enkelt att planera en regelbunden musikterapi med dessa patienter.

Musikterapin på denna avdelning blev av mycket varierande karaktär, allt ifrån att lyssna på olika genrer av musik till att aktivt delta i bildskapande till musik. Målsättningen fick anpassas till den enskilda patienten och blev därmed också av varierat slag alltifrån lugnande musiklyssning till en mera bearbetande terapi av patientens hela livssituation.

Två kirurgavdelningar hade anmält intresse att delta i projektet, en avdelning för gynekologisk cancer och en för bröstcancer, samtliga patienter kvinnor mellan 30 – 80 år. Båda avdelningarna har en inläggandetid på i genomsnitt 3,5 dagar, förutom de patienter som var i livets slutskede. Efterbehandlingen består av regelbunden cytostatikabehandling, oftast var tredje vecka. I samråd med medicinskt ansvariga och berörd personal beslöts att i första hand arbeta med de patienter där det var möjligt att ha återkommande sessioner. Flera patienter som befann sig i ett traumatiskt tillstånd och med en ovisst framtid valde att komma separat till musikterapi en gång i veckan utanför cytostatika behandlingen. Musikterapi blev ett komplement till den medicinska behandlingen som för dessa patienter ofta upplevdes tung och påfrestande. För vissa patienter fick musiken funktionen av att vara bärare av en positiv upplevelse för ökad livskvalitet i livets slutskede.

En psykiatriavdelning ville också delta i projektet. Det var en öppen psykiatrisk avdelning med patienter i åldrarna 18-52 år i olika stadier av psykisk dysfunktion med depressioner, psykosor, akuta traumatillstånd, suicidalförsök etc. Inläggandetiden var oftast 1 – 3 veckor. Flera av patienterna återkom för en ny behandlingsperiod under projekttiden. Könsfördelningen i denna grupp är i stort sett jämn mellan män och kvinnor. Musikterapi bedrevs både i grupp och individuellt, kombinerat med bild, musik och texter. Målsättningen i gruppterapi var i första hand jagstödande medan den individuella terapin också kunde ha bearbetande inslag.

Patienterna i de tre målgrupperna har olika livssituation, sjukdomar, åldrar och behov vilket gör att musikterapi kan undersökas i relation till dessa patienters olika grundförutsättningar. Samtidigt gav de olika patientgruppernas ordinarie behandlingsförutsättningar inom somatisk, psykiatrisk och psykosocial vård och behandling, också möjlighet att undersöka olika former för musikterapi – alltifrån förinspelad musik med ett fåtal stödjande behandlingstillfällen till mera bearbetande processer. Förhoppningsvis uppnås härigenom en musikterapeutisk bredd som ökar möjligheten till generaliserbarhet enligt huvudsyftet.

Syfte och forskningsfrågor

Studiens syfte, i enlighet med avhandlingens syfte, är att utveckla en modell för interaktiv musikterapi som kan anpassas till olika målgrupper

Forskningsfrågor (enligt tidigare redovisning)

1. Vilka musikterapeutiska interventioner kan användas med olika patientkategorier?
2. Vad händer med patienters upplevda fysiska och psykiska hälsa och livskvalitet vid deltagande i musikterapi?
3. Vad händer i patienternas interpersonella relationer till musikterapeut och berörd personal i samband med musikterapi?
4. Hur utvecklas patienternas symboliseringsprocesser genom deltagande i musikterapi?

Etiska överväganden

Denna studie med patienter inom ordinarie sjukvård, har planerats och successivt avstämts med medicinskt ansvariga och berörd vårdpersonal under hela projekttiden. Musikterapin bedömdes kunna ge nytta för patienterna genom att bidra till ökad hälsa och livskvalitet, samtidigt som eventuella risker för berörda patienter eller hinder för övrig behandling bedömdes som minimala.

Patienterna informerades individuellt om musikterapiens innehåll och utformning, samt om de ingående undersökningsmetoderna och gav sitt samtycke till sin individuella medverkan till medicinskt ansvarig och musikterapeut. De patienter som deltog i dialogintervjuer gav dessutom sitt skriftliga samtycke. Patienternas integritet skyddades genom sjukvårdens ordinarie patientsekretess i utredning, journalföring etc. och genom att s.k. ”probandnummer” användes i all datainsamling, så att ingen enskild patient kan identifieras utanför den aktuella studien.

Genomförandeplan

Projektet består sammantaget av fyra relativt omfattande steg, där rollen som musikterapeut och forskare delvis förändras mellan de olika stegen:

- Implementering av musikterapin som arbetsform på ett stort sjukhus
- Urval och genomförandet av musikterapin med olika patientgrupper
- Kunskapsinsamling och utvärdering av musikterapin inom EU-projektet
- Bearbetning och analys utifrån studiens forskningsfrågor

Implementering och samverkan

Information om musikterapi till personalen:

Det var fyra olika avdelningar som deltog i projektet: dialysavdelning, gynekologisk canceravdelning, bröstcanceravdelning och en öppen psykiatrisk avdelning. Musikterapi presenterades på olika sätt vid de fyra sjukhusavdelningarna.

På kirurgavdelningen för gynekologisk cancer fick personalen information genom att musikterapin presenterades i generella och beskrivande termer med en öppen diskussion om hur arbetet var tänkt att genomföras på avdelningen. Personalen inbjöds till avdelningens personalrum och då denna information pågick under arbetstid blev det en viss turbulens under tiden, exempelvis med personal som fick avvika för att se till patienter, justera pågående medicinsk behandling etc. Informationen upprepades vid två tillfällen på avdelningen för att passa all personal. Informationen ledde till att de flesta i personalgruppen kände till projektet och musikterapin. Dock tog inget specifikt eget ansvar, exempelvis i att involvera lämpliga patienter, utan avdelningssköterskorna fick bli musikterapeutens huvudsakliga kontaktpersoner.

På avdelningen för bröstcancer bestämdes att i samband med en studiedag med hela personalgruppen avsätta en eftermiddag med information och eget praktiskt arbete med musik och bild i hela personalgruppen. All personal deltog med stort intresse vilket medförde en positiv relation till musikterapeut och intresse av verksamheten, flera ur personalen medverkade också aktivt i att välja patienter som skulle passa till musikterapin.

Avdelningen för dialysbehandling valde de att bjuda in intresserad personal till smågrupper för att under en timma få pröva på ett musikterapeutiskt arbetssätt. Detta utföll väl och denna personal blev också enkel att samarbeta med. På denna avdelning återkom patienterna varje vecka för poliklinisk behandling, vilket gav högre kontinuitet i musikterapin och här kunde de terapeutiska processerna också bedrivas under längre tidsperiod med respektive patient.

På psykiatriavdelningen fick personalen en kort information under en kaffepaus, där all personal deltog. Personalen var mycket intresserad och trots att tiden var så begränsad fungerade informationen. Av samtliga avdelningar deltog här flest patienter i musikterapin, också beroende på de i genomsnitt hade längre (ca 3 veckor) ineliggandetid på sjukhuset.

Sammanfattningsvis blev all berörd personal informerad om musikterapin och samarbetet fungerade bra mellan musikterapeut och personal på de olika avdelningarna. Samtliga avdelningsföreståndare var mycket engagerade redan från början av projektet, de var lätta att kommunicera med och hade en öppen och positiv attityd till att använda musikterapi i behandlingen. Avdelningsföreståndarna intervjuades också efter projektets slut.

Sjuksköterskorna var den personalgrupp som musikterapeuten hade det tätaste samarbetet med och de var också mycket uppmuntrande och stödjade under hela projektiden. De medverkade aktivt i valet av patienter som skulle passa för musikterapin och hade också stort inflytande på olika delar av de omgärdande arrangemangen, som val av rum och möjligheten till enskilda rum osv. Sköterskorna hade dessutom en personlig kontakt med patienterna och visste i flera fall om deras intresse för musik.

Ett gemensamt informationsmöte för kuratorer och bibliotekspersonal genomfördes även i början av projektet. Med berörda sjukhus kuratorer etablerades tidigt ett samarbete, vilket var en stor tillgång i projektet. I vissa fall rekommenderade de patienter till musikterapin och musikterapeuten lotsade även patienter vidare till kuratorerna. Bibliotekspersonalen var också engagerade och aktiva under hela projektiden bland annat genom att snabbt och smidigt låna ut CD-skivor med musik.

Ett informationsmöte med den samlade personalen i sjukhuskyrkan genomfördes också tidigt i projektet. De visade redan i initialskedet stort intresse för projektet och ett samarbete mellan musikerapeut och sjukhuskyrkan etablerades via det palliativa teamet med patienter i livets slutskede.

Information om musikerapin till patienterna

Samtliga patienter informerades initialt om musikerapiprojektet av personalen på respektive sjukvårdsavdelning. De delade ut den tryckta projektfoldern om ”Kreativa Sjukhus”, där det också ingick en presentation av musikerapin och musikerapeut (se Bilaga 1). Därefter träffade musikerapeuten patienterna individuellt och gav en utförligare information med samtal om vilken musik de tyckte om osv. En god kontakt etablerades härigenom med patienterna i projektets initialskede.

Information om musikerapin till anhöriga

De anhöriga till patienterna på de olika avdelningarna fick information om musikerapin, både genom den tryckta foldern och muntligt av musikerapeut. Det var främst de lite äldre patienterna som ville att en anhörig skulle vara med och bestämma om de skulle delta i musikerapin. I flera fall ville även de anhöriga vara med och vid några terapitillfällen med patienter i livets slutskede var en anhörig också närvarande.

Sammanfattning av implementeringsarbetet

Sjukhusvärlden är en stor och ”trög” organisation med hierarkisk struktur, men samtidigt med en professionell, engagerad och hårt arbetande personal. För att förmedla en tydlig och öppen information om musikerapiprojektet krävdes därför mycket förberedelse. På varje avdelning arbetar ett stort antal personal. Att få informationen att nå fram till alla inblandande var tidskrävande men lyckades till slut genom varierande tillvägagångssätt. Genom tydlig information och en inbjudan till eget engagemang blev personalen involverad och musikerapin efterhand också lättare att genomföra. Musikerapeuten beskrev både i konkreta förslag på hur arbetet med patienterna kunde gå till, exempelvis med korta musikexempel, men också via en öppen dialog där personalen fick fundera och föreslå vad som var möjligt att genomföra parallellt med övrig behandling. Detta gjorde att personalen redan från början blev delaktiga i processen och det blev en gemensam utmaning att försöka genomföra musikerapi med så svårt sjuka människor. De stora praktiska problem som fanns för att kunna genomföra musikerapin, exempelvis att få tillgång till enskilt rum skapade mycket merarbete för personalen. Dialysavdelningen har en stor teknisk, maskinell utrustning som i vissa fall fick flyttas tillsammans med patienten in till ett annat behandlingsrum. Cytostatikabehandling sker i enskilt rum, men personalen måste hela tiden med jämna mellanrum övervaka behandlingen. Detta genomfördes mycket professionellt av personalen, diskret och med en stor skicklighet och respekt för patientens integritet. Personalens odelade glädje i att kunna tillfredsställa behoven från i första hand patienterna men också från musikerapeut, måste verkligen berömmas och efterlämnar en stor tacksamhet.

Alla patienter vid de olika avdelningarna fick både skriftlig och enskild muntlig information och det klargjordes både av avdelningspersonal och av musikterapeut att deltagandet var frivilligt

Sammantaget tog arbetet med implementeringen och förberedelse inför patientarbetet 8 veckor i anspråk, med 20 timmar i veckan.

Musikterapeutiska interventioner

De musikterapeutiska interventionerna fick anpassas till respektive målgrupp på de olika avdelningarna, till specifika individuella patientbehov och till vilken musikterapeutisk form som var praktiskt möjlig att genomföra. Då patienterna inte kunde förflyttas till ett separat musikrum fick musikterapi genomföras på de olika sjukhusavdelningarna genom att musikterapeuten gick runt med en flyttbar ”vagn” med instrument och allt annat material, som CD-spelare och skivor, papper, färger, etc.

Musiken som användes var genomgående förinspelad och representerade många olika genrer, från populärmusik till klassisk, men också musik från olika kulturer och tidsepoker.

Musikterapi bedrevs i de flesta fall i enskilda behandlingsrum på patientens avdelning, oftast under tiden och parallellt med medicinsk behandling, som dialys eller cytostatikabehandling. Detta begränsade oftast patientens rörlighet genom att de exempelvis endast hade en arm att tillgå då den andra ”satt fast” i den pågående behandlingen i form av kanyler och slangar till berörda apparater. Psykiatripatienterna, som inte hade behandling kopplad till någon apparatur, hade en annan situation med full fysisk rörlighet, både vid gruppbehandling och vid individuell musikterapi.

Undersökningsmetoder

Insamlingen av data från patienterna genomfördes med olika undersökningsmetoder i förhållande till de fyra forskningsfrågorna:

Processbeskrivningar från varje session

Skattningsfrågor om musikterapi – efter första, tredje och femte sessionen

Intervjuer efter avslutad musikterapi med två patienter ur varje patientgrupp med genomgång av processen i form av symboliseringstrappan (se tidigare)

Strukturerade intervjuer med avdelningsföreståndarna på respektive avdelning

Undersökningsmetoderna i relation till studiens forskningsfrågor

Musikterapeutiska interventioner (Forskningsfråga 1)

Processbeskrivningar efter varje session gällande vilken musik som använts, koppling musik-bild-text, vilka ytterligare aktiviteter som utförts, reflexioner gällande patientens aktivitet, kommentarer till olika interventioner och interaktion mellan patient och terapeut.

Patienternas upplevda fysiska och psykiska hälsa och livskvalitet (Forskningsfråga 2)

Musikterapeut fick kontinuerlig information om patienternas hälsa vilket var nödvändigt för att avgöra om och hur musikterapin skulle genomföras med respektive patient. Dessa kunskaper redovisas emellertid inte här då patienternas tunga medicinering och behandling utesluter koppling av medicinska förändringar specifikt till den bedrivna musikterapin

Patienternas upplevda hälsa och livskvalitet dokumenteras i löpande processbeskrivningar. Frågor om upplevd hälsa och livskvalitet ingår även i dialogintervjuer med patienter/klienter. Med hjälp av vårdpersonalen genomförde patienterna dessutom skattningar, enligt ett formulär med frågor om hur de upplevde musikterapin och dess effekter (se bilaga 3).

Interaktionsprocesser mellan patient – terapeut – personal (Forskningsfråga 3)

Kunskapsinsamling om olika interaktioner genomfördes av musikterapeut i dialog med respektive patient under behandlingsprocessen och dokumenterades i löpande processbeskrivningar (i medvetande om att musikterapeuten själv var en medaktör i denna process). I processbeskrivningarna dokumenterades interaktion, kommunikationsmönster och roller gällande de principiella relationsdimensionerna: musikterapeut – patient, personal – patient, patient – patient och musikterapeut – personal. Intervjuer med ansvarig sjuksköterska vid berörda sjukvårdsavdelningar genomfördes av musikterapeut i slutfasen av projektet.

Symboliseringsprocesser (Forskningsfråga 4)

Kunskapsinsamling gällande symboliseringsprocesser med dokumentation i form av processbeskrivningar genomfördes av musikterapeut inom ramen för de musikterapeutiska interventionerna samt genom terapeutiska samtal och dialogintervjuer kring patienternas inre symboler, bilder, känslor, musikintryck etc. samt gällande de individuella psykiska processer som initieras och stimuleras via de musikterapeutiska insatserna.

Vid avslutandet av terapin fick samtliga patienter en individuell genomgång av sin samlade musikterapeutiska process, genom att tillsammans se på patientens bilder med tillhörande texter och lyssna på den musik som använts i samband med de olika sessionerna.

Patienterna ombads även att utvärdera hur musikterapin eventuellt hade hjälpt dem och om det var något som de hade saknat eller inte tyckt om. Samtliga patienter/klienter fick vid musikterapins avslutning ta med sig sina bilder och texter samt eventuellt inspelad CD med använd musik. Två patienter från dialysavdelningen och två från psykiatriavdelningen intervjuades dessutom i en dialogintervju efter avslutad musikterapi.

Resultat

Antal patienter och terapisesioner

Sammanlagt 62 patienter deltog i varierande former och frekvens i musikterapi vid sjukhuset

- Totalt genomfördes 110 individuella sessioner på ca 1-1.5 timma per gång
- Totalt genomfördes 13 gruppsessioner på ca 2 timmar med i genomsnitt 4-6 deltagare

Patienter och terapisesioner fördelade på berörda sjukvårdsavdelningar

Gynekolog- och bröstcanceravdelningar: 12 patienter, 35 sessioner

Dialysavdelning: 7 patienter, 59 sessioner

Psykiatriavdelning: 43 patienter, 29 sessioner

På dialysavdelningen fick fyra patienter musikerterapi vid fem sessioner per patient.

Till en patient som varit dragspelare i hela sitt liv tog musikerterapeut med eget dragspel för att kunna spela tillsammans, den enda patient på sjukhuset som fick arbeta med levande musik.

Med två patienter bedrevs längre musikerterapi, med 27 respektive 17 sessioner per patient.

Vid de båda canceravdelningarna deltog åtta patienter vid mellan 3-6 sessioner per patient.

Fyra patienter deltog vid enstaka sessioner varav två patienter i livets slutskede

På psykiatriavdelningen deltog trettiosex patienter i musikerterapi i grupp. Dessutom fick sju patienter på denna avdelning även individuell musikerterapi med mellan 3-6 sessioner per patient

Musikerterapi med terapissammanfattningar

Efter beskrivning av generella mål och form för musikerterapi med respektive patientgrupp, redovisas terapissammanfattningar för att tydliggöra arbetet med musikerterapi för respektive patientgrupp. Dessa är alltså sammanfattningar från en enskild patient i respektive målgrupp och beskriver musikerterapi över olika långa tidsperioder. Texterna är sammanfattade ur processbeskrivningarna. För att säkerställa sekretess och integritet har beskrivningarna vissa förändrade fakta kring person och yttre form, utan betydelse för förståelsen av processen.

Dialyspatienter

Generella mål för musikerterapi

Dialyspatienter är i stort behov av omvårdnad, stimulans och livsmening. Patienterna har i många fall en ganska lång resväg till sin behandling. Detta innebär att behandlingen kräver en hel dag inklusive resa. Det är en tröttande och besvärlig behandling, ibland med komplikationer. Målsättningen för denna patientgrupp var därför väldigt varierande, allt från ren avslappning till musik, till aktivt skapande med musik och bild i personliga processer över en lång tidsperiod. Dessa patienter hade musikerterapi varje vecka, sammanlagt från 3 till 27 tillfällen per person, genomgående med en jagstödande inriktning. Ett par av de längre processerna hade även en bearbetande inriktning.

Musikerterapeutisk form

Åldern varierade från ca 30 – 70 år, ungefär lika många män och kvinnor. Samtliga patienter som anmälde sitt intresse att delta var intresserade eller tyckte mycket om musik.

Apparaturen för behandlingen är avancerad och i några fall låg patienterna i rum med flera patienter. Det visade sig vara en omöjlig situation då maskinerna dessutom hade en ganska hög ljudnivå. Musikerterapi fick därför överföras till enskilda rum vilket samtidigt skapade extra arbete för personalen med planering och maskinflyttningar.

Denna patientgrupp hade olika former av musikterapi. En äldre man hade, som nämnts, i hela sitt liv spelat dragspel. Till honom tog jag med ett dragspel och vi spelade tillsammans. Detta väckte många minnen och vi hade samtal om hans ungdom och hur livet hade varit. En kvinna älskade operamusik och ville enbart höra på olika operor. Med två patienter, en man och en kvinna, bedrevs musikterapi under hela projektiden. Dessa processer blev långa och personliga och vi arbetade med både musik, bild och texter. Båda patienterna hade så småningom utställningar med sina bilder och texter, på avdelningen samt i sjukhusets foajé.

Terapisammanfattning

Det är en medelålders man med nedsatt njurfunktion. Han tillbringar tre dagar i veckan på sjukhus där han får dialys i ett enskilt rum. Vi träffas en gång i veckan ca 1,5 timma i 17 veckor.

Efter vårt första möte i förra veckan då jag presenterade mig själv och musikterapien verkar han förväntansfull när jag kommer in i rummet med min "bild och musikvagn". Vi bestämde förra gången att han skulle ta med musik till första tillfället. Han tycker om lite hårdare rockmusik och vi lyssnar en kort stund på detta. Det finns, som jag uppfattar det, en lite spänd nyfikenhet hos honom vad jag skall hitta på för något. Jag har med mig Anders Hagbergs, "Earthsong", en rytmisk tydlig musik med en tung bas. Han får instruktionen att vara så öppen så möjligt för olika associationer och bilder som kan komma när han lyssnar på musiken. Han blundar och lyssnar under ca 2 minuter med en ganska stark volym. Musiken fyller rummet och överröstar dialysmaskinens pumpande ljud. Det är en laddad stämning och när musiken tystnar tittar han upp och berättar att han fick många snabba bildsekvenser av musiken.

En sekvens var i Afrika ett ödsligt stäpplandskap, en annan ifrån Norrland med samer och renar och en karg natur. Jag har på förhand gjort en stor cirkel, en mandala med blyerts på ett papper, jag ger honom detta plus en svamp att måla med och akvarellfärger. Eftersom målning är ett av hans uttrycksmedel är han bekväm med situationen, däremot är det här ett mycket "friare sätt" i förhållande till hur han brukar måla. Det blir en målning och efter ett samtal om bilden ger han den namnet "Ripflykt".

Ny vecka och nålen i hans arm larmar genom dialysapparaten, personal får komma vid ett flertal tillfällen, något måste rättas till innan vi kan börja. Jag väntar och inser att jag nu arbetar på ett sjukhus.

Har med mig ordet "frihet" idag. Var kan han hitta det i musiken och i sig själv, som motkraft till den påtagliga bundenhet som denna patient har både fysiskt i nuet men som han också har i hela livet. Vi samtalar om detta innan jag sätter på Rachmaninovs 2:a symfoni. Den visade sig inte alls ge frihetskänslor utan musiken förstärkte de stora ensamhetskänslor som har varit och är ett tema i hela hans liv. Han målar en ensam liten flicka i en vacker irländsk miljö och döper den till "Ensamhet".

Vi talar om olika karaktärer av musik och hur den ger oss olika associationer, att vi får bilder beroende på vem vi är och hur vi har det just i stunden. Han vill gärna att jag skall välja musiken till honom, tycker om det momentet att jag har valt musik just till honom.

Tredje gången vi ses och jag har valt Carl Orffs musik "Carmina Burana". Han får bara bilder från en film som han har sett med denna musik som filmmusik och vill inte gå vidare med den. Byter till Rachmaninovs 2:a pianokonsert, första satsen. Han njuter av musiken och får tydliga bilder av en balettscen med dansande kvinnor. Plötsligt får han ett kraftigt blodtrycksfall (maskinen larmar även detta) och personalen rusar in. Det blir dramatiskt under några minuter, ändrat läge i sängen osv. Jag stannar kvar, han vill absolut måla sin bild men jag övertalar honom att vi tar den igen nästa vecka.

Återigen fyller Rachmaninovs musik rummet och han återkommer till det ensamma övergivna temat. Målar en bild med ett par som dansar balett — på bilden är det två men i hans föreställning fanns kvinnan bara en kort stund. Mannen blir ändå lämnad ensam till slut. Han lägger en både glädje och intensitet i målandet.

Några veckor går och vi fortsätter arbetet. Han har gått ner i vikt, klippt håret och rakat sig och ser väldigt fräsch ut. Flera kvinnor hade gett honom komplimanger på dagen och han sa att han kände sig "på gång" nu. Valde ett stycke med gruppen "Mynta". Folkmusikinspirerad världsmusik, låten hette "Soulsken" och idag får han en så tydlig bild på några sekunder bara. Han vill inte lyssna mera utan vill gå till bilden direkt, där han såg en man som mötte en kvinna som stannade kvar för första gången. Han målar tre mindre bilder på sidentyg som en sekvens av ett skeende. Sidenfärg och pensel denna gång. Detaljrika bilder, där den tredje bilden inleddes med ett nytt kraftigt blodtrycksfall. Efter en paus och nytt ingripande av personalen avslutas bildsekvensen och han säger att han är väldigt nöjd.

Flamencomusik som gör sin entré idag. Vi är på ett sjukhus men i rummet ser vi båda två miljön i Mexico. Musiken kan verkligen förflytta känslor och bilder till nya platser på några få sekunder. Idag blir det en tydlig bild där en kvinna dansar till gitarr och i bakgrunden ett vackert gammalt stenhus i gulnade färger. Musiken skapar en så positiv stämning och sidenmålningen blev en stund fylld av inspiration. Vi talar om att temat har ändrats lite från ensamhet till en man och en kvinna på bilderna. Önskebilder eller verklighet? "Vännerna försvinner tyvärr när man blir sjuk!" Många blandade känslor.

Idag fyllde Wollenveiders harpmusik hela rummet. Det blir en svårfångad bild med kolkrita på grovt papper, "Näcken i ett vattenfall". Vi samlar ihop det gångna halvåret och talar om bilderna, musiken och det nya året som har gjort sin entré.

Cancerpatienter

Generella mål för musikterapi

Målet med musikterapi för denna patientgrupp var individuell stödjande behandling. Detta inkluderade krisbearbetning, där patienterna fick berätta om sin situation och fick stöd i att orka stå ut med smärta och dåligt fysiskt och psykiskt mående samt att lindra eller bearbeta eventuella dödsrädslor.

Musikterapeutisk form:

De musikterapeutiska interventionerna fick en stor variation inom denna patientgrupp. Några gånger träffade musikterapeuten patienten vid endast ett tillfälle på rekommendation av personalen.

I dessa fall var situationen antingen akut eller i ett skede där palliativ vård var insatt. Dessa tillfällen innebar att vi efter att ha lyssnat på musiken samtalade om den, vid de tillfällen patienten orkade lyssna, i något fall endast samtal.

Materialet som används är papper, färger, cd-spelare och -skivor var samlat i en vagn som vid första anblicken väckte viss nyfikenhet, från både patienter och personal. Den gav en enkel ingång och anledning att presentera musikterapi. En äldre kvinna i livets slutskede hade Mozart som favoritmusik vilken vi lyssnade på tillsammans den sista tiden i hennes liv. När hon fick se mig med vagnen, CD-spelare och skivor, blev hon glad och ropade högt ” Nu kommer Mozart! ”

Med de flesta bröstcancerpatienterna genomfördes musikterapi i enskilda rum under tiden cytostatikabehandlingen pågick, i ca 3 timmar var tredje vecka. Detta innebar att det med dessa patienter var tre veckors uppehåll mellan sessionerna, men i gengäld kunde tiden för sessionerna vara mellan 1-2, 5 timmar per tillfälle.

Patienter med gynekologisk cancer fick sin cytostatikabehandling i rum för fyra personer. Denna behandling gjorde flera av patienterna så trötta att de somnade. Dessutom var det svårt att genomföra musikterapi med en person i taget och vid några tillfällen deltog även patienten i sängen bredvid, vilket blev en märklig situation. Några av dessa patienter valde därför att komma till sjukhuset utanför sin medicinska behandling enbart för att kunna delta i musikterapi i ett enskilt rum. Detta fungerade bättre och med större regelbundet, en gång i veckan. Målsättningen var att träffa varje patient minst fem gånger.

För de patienter som kom polikliniskt till musikterapi användes både bild, musik och texter eller dikter i arbetet. Patienterna kom till ett separat rum utanför avdelningen vid fem tillfällen, en timma per session. Enbart förinspelad musik användes.

En session inleddes oftast med att vi lyssnade på någon musik som valts ut i förväg i utifrån patientens önskemål. Därefter fick patienten fritt associera vilka bilder, känslor eller andra associationer som kom upp i samband med musiken. Detta kunde i de flesta fall leda till att patienten målade en bild som också tydliggjorde associationerna och därefter en dikt eller en text till bilden. Samtal runt musiken, bilden och sessionen avslutade sessionen. .

Terapisammanfattning

Hon kommer till mitt rum vid fem tillfällen, varje session är en timma.

Vi startar med att tala om livssituationen och framtiden. Det finns ett stort vemod hos henne på grund av en sjukdomsbild som är obotlig. Hur hanterar man ångest och sorg med att kunna leva så normalt som möjligt? Många frågor och få svar.

Vi talar om musik och vad hon tycker om att lyssna på. Det är en person som gärna lyssnar på musik av olika karaktärer. Hon berättar att hon valde att anmäla sitt intresse p.g.a att hon tycker mycket om musik och tyckte det lät spännande med musikterapi.

Hon väljer också att komma till mig utanför sin cytostatikabehandling då hon tycker det blir för jobbigt att göra två saker samtidigt och att hon mår dåligt under behandlingen.

Jag förklarar för henne hur man kan lyssna på musik på olika sätt och med olika syfte. Ibland kan man ha musiken som en bakgrund till något man gör och ibland kan man välja tydligt att hitta en musik som passar till den sinnesstämning man har för ögonblicket. Musik är ögonblicklig, den finns och passar kanske just nu, men inte sedan. I denna stund väljer jag att vi skall lyssna aktivt på ett Mozartstycke. Jag berättar att om man slappnar av och låter tankar komma kan det bli som en film inne i huvudet, där vi tillåter att allt kan hända. Musiken bildar en ram åt bilden och låter den stanna kvar. Musiken varar i ca 3,5 minuter är ganska lugn och melodiös. Hon får en bildsekvens med en barndomsbild i detalj. Det är en lycklig tid och hon ser sig själv som frisk och levande. När hon berättar blir hon starkt berörd av sin berättelse. Ur sekvensen fångar hon en gul detalj som hon målar på ett stort papper i en cirkel som jag har gjort på förhand. Jag gör det ibland i en inledningsfas för att bilden blir samlad av cirkeln, den skapar en gräns som man kan hålla sig innanför eller överskrida. Till bilden skriver hon snabbt och intensivt ner en berättelse. Vi avslutar och bestämmer tid på mitt rum nästa vecka.

Denna gång startar vi med musiken direkt efter ett par inledande ord om hur hon haft det under veckan. Jag har valt ett stycke av Grieg "Anitras dans" ett lätt livsbejakande stycke. Hon går in i musiken, blundar och lyssnar koncentrerat. Återigen berättar hon en barndomsbild och målar snabbt en symbolisk form som sammanfattar hela känslan hon beskriver för mig. En del människor har verkligen denna förmåga att snabbt skapa symboler för komplexa skeenden. Många tankar och funderingar om livet idag. Vi hade ett känslolöst och personligt samtal. Vi bestämmer ny tid och avslutar för idag.

Tredje sessionen har jag valt musik med lite snabbare tempo av Vivaldi. Hon upplevde sig på olika sätt jagad och tyckte den var jobbig att höra på. Detta att välja "rätt" musik vid "rätt" tillfälle är en konst, och det är så mycket lättare när jag kan improvisera själv på pianot. Det gäller att anpassa sig och vara kreativ i nuet med det material jag för tillfället har tillgång till. Får snabbt lägga undan min egen frustration. Övergick till att spela en långsammare sats och den tyckte hon var bara tråkig så vi gick över att tala om den första bilden igen. Vi talade om vad den kan betyda och hon kunde se paralleller till sitt liv, att känna sig jagad av en sjukdom. Det var en bild som kändes aktiv och hon målade även denna med en text till. "Bra att inte bara ligga stilla och vänta."

Fjärde sessionen och vi börjar känna varandra lite bättre nu. Vi ses efter hennes behandling men det är okey. Jag har valt ett längre stycke av Rachmaninov, pianokonsert. Satsen vi lyssnar på tar ca 10 minuter och det är en ganska lång stund. Hon blundar, njuter och går in i musiken blir helt avslappnad och lugn. En hel serie bilder som en film utspelar sig, med mycket rörelser från olika platser där hon varit. I alla sekvenser är hon ensam. Vi talar en stund om detta och att hon egentligen inte alls upplever sig ensam utan har många nära relationer av familj och vänner som också stöttar henne i den svåra situationen. Kanske är det så att musiken vi hört på har ett soloinstrument och att det är det som skapar bilder av ensamhet. Jag har varit med om detta förut men det brukar gälla mera för blåsinstrument exempelvis flöjt eller oboe. Vi hjälps åt att samla ihop bilderna med svamp och akvarellfärg.

Sista gången och hon kommer då till mitt rum. Jag förbereder bilderna och texterna hon gjort tidigare och tar också fram musiken vi har lyssnat på hittills. Idag tänkte jag välja någon meditativ och lugn musik som avslutning. Ibland när man planerar en viss musik innan terapin så passar det inte alls med den sinnesstämning som patienten har när den kommer. Idag fungerar det och jag sätter på en lugn sats av Bach.

Vi lyssnar och det är en varm och lugn atmosfär i rummet. Stycket tar ca 12 minuter. Trots den lugna musiken blir bilden en mycket dramatisk sekvens av ett hus som brinner ner till grunden. Allt är svart och uttorkat och det finns inte så mycket som en grön liten kvist. En lång stund är bilden sådan men på slutet av musiken spirar några små grön grässtrå mitt i askan.

Vi har ett personligt samtal om bilden och tittar också på de andra bilderna hon gjort och pratar om musiken vi lyssnat på. Hon säger att hon känner sig bekräftad och lyssnad på i musikterapi och att hon lärt sig ett nytt sätt att lyssna mera aktivt. Hon tror att hon kan ha nytta av musik även när hon är hemma och är glad att hon blivit lite mer medveten om hur man kan använda musik i ett läkande och avslappnande syfte. Jag lägger de samlade bilderna och texterna i en mapp som hon får med sig hem.

Psykiatripatienter

Generella mål för musikterapi

Patienternas individuella behov fick styra musikterapiens inriktning. Patienterna hade varierande diagnoser och aktuella psykiska tillstånd med olika kommunikationsmöjligheter, varav en del mycket avskärmade och inåtvända.

Musikterapi fick därför ha olika inriktning - allt från omvårdande och jagstödande via stimulans och livsbejakande upplevelser till djupt bearbetande behandling av svår psykisk problematik och upplevd misslyckad livssituation.

Musikterapeutisk form

Patienterna fick själva välja att delta i musikterapi i grupp eller individuellt och några valde båda alternativen. Den individuella terapien bestod av musik och samtal i kombination med olika konstnärliga uttryck, 1-5 sessioner per patient. Denna genomfördes både på avdelningen i enskilt rum och i ett separat rum utanför avdelningen dit patienterna gick själva.

Genomgående användes förinspelad musik där fria associationer fick ett stort utrymme.

Utgångspunkten för musikvalet var patienternas egna önskemål.

Gruppaktiviteterna bestod av musik med bild och text. Terapeuten valde musiken som användes per session. Musikterapi i gruppform avslutades med en gemensam genomgång av bilderna i form av en miniatyrbild på avdelningen för patienter och personal.

Terapisammanfattning

Det är en man i 30-årsåldern med flera misslyckade suicidförsök. Det senaste en vecka innan vi träffades första gången. Vi träffas fyra gånger, varav de båda sista, i mitt rum utanför avdelningen.

Första gången träffas vi i ett terapirum på avdelningen dit jag kommer varje vecka för gruppverksamhet. Han tycker om gitarrmusik och han får välja själv vilken han vill lyssna till. Ett av de lugnare styckena som är c 2,5 minuter långt tyckte han bäst om så vi lyssnade tillsammans på detta stycke. Han får instruktionen att vara öppen i sina sinnen och låta olika bilder och associationer som väcks av musiken komma till honom. Stunden var laddad och koncentrerad och han lyssnade intensivt. Han är helt tyst efter musiken har tonat ut, så småningom börjar vi samtala om vad han fick för känslor eller bilder av musiken.

Berättelsen blir en stark beskrivning av hur han är helt ensam och upplever som om han håller på att drunkna i virvlande vatten. Han berättar detaljrikt och helt stilla sin upplevelse. När han avslutat sin berättelse säger han "jag har sagt alldeles för mycket till dig som jag inte ens känner". Vi bestämmer träff nästa vecka igen.

Han sitter i rummet och väntar när jag kommer. Väljer gitarmusik idag igen men en mera flamencospirerad låt. Fartfylld intensiv musik.

Han berättar att han såg sig sitta vid havet i en solnedgång och han får "goa känslor" i sin kropp. Vi avslutar efter en stunds samtal och det finns en mera hoppfull stämning i rummet. Han kommer till mitt rum utanför avdelningen. Idag väljer jag musik som matchar den stämningen vi slutade med förra veckan Det är Griegs "Last spring" en melodios hoppfull musik med olika rytmiska förlopp. Han beskriver ingående sin bild där han ser en sal i ett stort slott. Stämningen är kall, kal och ödslig — mitt i det kala kommer en väldigt vacker kvinna gående. Hon utstrålar bara värme och goda känslor. Han upplever det som om han vill gå fram till henne, ta hand om henne och ta henne därifrån allt det kalla och jobbiga. Vi samtalar om vad det kan betyda i hans liv och avtalar en ny tid nästa vecka. Han är inte intresserad av att måla eller sätta någon färg till sina associationer.

Ny vecka och sista gången vi ses. Han blir utskriven i veckan och skall åka hem. Vi diskuterar lite vad vi skall ha som avslutningsmusik. Det är en ganska uppsluppen stämning. Vi är glada båda två att han mår så mycket bättre. Till slut väljer vi Rod Stewart som sjunger "What a wonderful world". Han kan omöjligt få någon association när han hör en text och vi konstaterar att det inte behövs något tillägg till livsglädjen i sången vi hör. Vi talar om hans framtid och hur han ser på den och hur olika saker i hans liv börjar falla på plats. Åtminstone finns viljan att gå vidare och han har också nya positiva relationer i sin omgivning.

Terapisammanfattning av musikerapi i grupp på en psykiatrisk avdelning

Första musikterapisessionen med en grupp av från början sex personer i åldrarna 19-45 år, fyra kvinnor och två män. Alla i gruppen känner varandra men jag är ny för dem. Det är förstagången vi träffas, jag presenterar mig själv och vad jag har tänkt att vi skall göra. Inte så många kommentarer, lite blyg stämning från alla håll även från mig. Poängterar att det är frivilligt att delta och att man kan lämna rummet om det inte känns bra. En kvinna tycker det är lite jobbigt att vara i grupp för tillfället och hon går ut ur rummet efter 5 minuter, redan innan jag skall sätta på musiken.

Har valt neutral musik, panflöjtmusik från Sydamerika. Nära genom att flöjtmusik alltid verkar komma in på oss på ett särskilt sätt. Att arbeta i grupp med psykiatripatienter är nytt för mig och jag känner att det är en skör grupp. Efter min instruktion om hur man kan lyssna på musik och låta alla sinnen vara öppna, såsom färger, inre bilder på ett lagom distanserat sätt höjer jag volymen på CD-spelaren. Musiken sköljer över hela gruppen inklusive mig och lyfter oss. Alla får bilder inom sig, som de generöst delar med sig i gruppen. Det är humor och skratt och stämningen är positiv. Färger och papper kommer fram på bordet och alla målar med stor intensitet. Det blir fem bilder med texter till. Vi tittar på samtliga bilder och de ger varandra kommentarer och tankar. Bilderna kommer upp på en tom vit vägg i rummet och alla i rummet blev plötsligt synliga för varandra och inte minst för sig själva. Någon föreslår att vi skall visa personalen vår lilla "utställning". Med stolthet visar de upp sina personliga bilder och texter för personalen som kommer och tittar.

Idag femte tillfället, står en av killarna och väntar utanför rummet när jag kommer. Det finns inte så mycket att göra på denna avdelning. Han hjälper mig att plocka i ordning och vi småpratar med varandra. Vi känner varandra lite bättre nu och även om gruppen växlar lite i antal personer och måendet växlar, finns en slags trygghet. Väljer idag mer rytmisk musik "Soulsken" med gruppen Mynta.

En av kvinnorna har Parkinsons sjukdom och hon berättar att när hon kommer till denna grupp med musik och bild släpper hennes skakningar betydligt. Nya bilder och texter och många samtal! Idag är det fyra i gruppen. Snabb process och vi lyssnar nästan direkt på musiken. Har försökt påverka dem att ta med egen musik som vi tillsammans kan lyssna på. Ingen verkar våga detta, undrar lite varför. De vill verkligen att jag skall välja musik för dem. Det finns något omhändertagande i att välja från min sida, kanske det är det som de märker? Vi lyssnar på en lugn gitarrmusik "Healing Water" alla får bilder av att sväva? Lite märkligt, fast musiken var som vatten. Sväva och att flyta i vatten har ju likheter förstås. Bilderna i kolkrita föreställde fåglar och änglar.

Kommentar

Ovan presenterade terapiesammanfattningar är både förkortade och delvis förenklade skildringar av hur musikterapi har genomförts på de olika sjukhusavdelningarna. Redovisad musikterapeutisk metod har fått användas med variationer i de olika patientgrupperna. Det är exempelvis inte alltid möjligt att patienterna får måla till musiken, men när det fungerar blir det ett användbart komplement och något som finns kvar när musiken tystnat. Patienterna kan ibland även själva fortsätta sin bearbetande process och anhöriga kan också ta del av musikterapi på ett mera aktivt sätt. Vid flera tillfällen har anhöriga uppgivit att de blivit berörda och kunnat se nya sidor hos deras familjemedlem när de sett deras bilder och texter.

Jag har i detta sammanhang medvetet valt att inte redovisa ytterligare personligt fördjupade tolkningar av materialet, vilka givetvis förekommit i den aktuella musikterapi, eftersom dessa skulle kunna upplevas som alltför privat utlämnande.

Innehållsanalys av processbeskrivningarna

Dokumentationen sker genom processbeskrivningar i samband med varje musikterapisession. I innehållsanalysen av dessa beskrivningar framträder vissa teman i texten.

Efter analysen av processerna och efter att de kondenserade meningsskapande enheterna kodades framstod tydliga teman och dimensioner. Utifrån ett stort genomgången material (samtliga patienter i studien) och där tolkningen hade ambitionen att vara så objektiv som möjlig, utkristalliserades tydliga mönster och teman i texten. Dessa teman går att sätta in under olika dimensioner av upplevelser.

Följande dimensioner framträdde tydligast vid innehållsanalysen:

- Interaktion: denna sker för samtliga patienter på fyra olika nivåer; genom musiken, intrapsykisk, interpersonell och strukturell nivå
- Emotion: kraftfulla positiva och negativa känslor
- Symbolisering: i olika former förekommer på olika nivåer och även på olika abstraktionsnivåer

- Jagstärkande: genom musiken och det musikaliska uttrycket stärks för många patientgrupper självkänslan och känslan av att lyckas
- Fysisk reaktion: allt från rysningar, gåshud, tårar till "kvasifysiska" reaktioner som att känna sig viktlös, bli styrd och föras bort av musiken, fysiskt aktiv, avslappnad
- Existentiella och transcendentala aspekter: tankar runt meningen med livet, magiska och religiösa upplevelser

I processbeskrivningarna framträder dessa dimensioner i någon form för alla patientgrupper. För att kunna se eventuella mönster och skillnader mellan de olika grupperna görs analysen utifrån respektive patientgrupp.

Direkta citat från patienterna är skrivna med kursiv stil.

Dialyspatienter

Interaktionen med dialyspatienterna skedde på samtliga ovanstående nivåer, genom musiken, i detta fall förinspelad musik av olika karaktär. Deras möjligheter att påverka musikalet gjorde att de kände en tydlig delaktighet i vad vi lyssnade på för musik.

De intrapsykiska processerna var komplexa, med allt från starka minnen från framförallt barndom. *Jag ser mig som en liten flicka i morfars knä*, till minnen från tiden de var friska och fria från bundenheten i ständig dialys var tredje dag. En frihetslängtan finns till naturen - *Jag är ute på havet, ser mig frisk i båten, seglande mot horisonten,--- vill vara tillbaka till mitt torp vid bäcken*. Andra upplevelser är att de gärna byter miljö till något bättre och gärna till ett annat land. *Förflyttas till Mexico en varm härlig miljö*.

Interpersonellt lägger denna patientgrupp stor betydelse i relationen till musikerapeut och utvecklar gärna en personlig relation. Samtalet får med denna grupp en stor plats i anspråk, möjligen för att processerna är längre med ett par av patienterna. Eftersom dessa patienter är på avdelningen så många timmar i veckan blir även relationerna med personalen tät och personlig.

De flesta känslouttryck, emotioner, är representerade i denna grupp från ilska till glädje. Det finns en sorg och vemod över livssituationen och en känsla av oduglighet. *Här sitter jag fastlåst i apparater.....* Några av patienterna använder gärna musiken som en motvikt mot negativa känslor och väljer därför gärna någon glad och uppiggande musik i snabbt tempo. *Hör gärna en på glad Mozart!*

När patienterna lyssnar till musiken får flera starka inre bilder och associationer. *Stor kyrksal, ett sorgetåg, mäktigt känsla. Vita ansikten som försvinner i dimma och kommer aldrig mer hem igen*. Dessa används och bearbetas med flera av patienterna i fortsatt bild- och textarbete samt samtal.

I musikterapi upplever många av patienterna att deras självkänsla stärks. *Vågar se framåt, meningsfullt att skapa något trots min oduglighet*. De upplever även att de blir bekräftade både genom att musiken bekräftar deras stämningsläge och att terapi stärker deras självkänsla. *Så härligt att våga gå in i en känsla med musiken*.

Flera fysiska reaktioner noterades under musikterapin som exempelvis andning och avslappning. *Skapar lugn, avslappning i min kropp*. En patient som hade stora besvär med klåda under sin dialysbehandling uppgav att denna lindrades av musikterapin.

De existentiella frågorna runt meningen med livet finns också regelbundet med som en del i samtalen med patienterna.

Cancerpatienter

*När det händer som kallas skapa
uttrycket som inte kan stoppas ens av en cancersvulst!*
(ur en patients dikt)

Upplevelserna i samband med musikterapin för denna grupp av patienter skiljer sig till viss del från dialyspatienterna. Denna grupp består enbart av kvinnor i en mycket allvarlig livssituation med osäker framtid.

Interaktionen med musiken är tydlig och för några av dessa patienter, blir denna interaktion starkare än den med terapeuten. De ser mycket fram emot att lyssna på musiken och beskriver att de tycker cytostatikabehandlingen blir lättare med musik. *Musiken skapar ett lugn hos mig.—Tänk, att vara på konsert på sjukhuset!*

Den intrapsykiska nivån är även väl representerad med denna patientgrupp. De får samtliga mer eller mindre starka upplevelser av känslor, inre bilder och associationer. *Ensamhet, för ensam för att stå ut...kaos!! – Det är en strålande utsikt stilla vatten jag ser mitt hemland! -- Bilderna blir en hel sekvens, som att jag är med i en film*. De inre bilderna som väcks innehåller ofta vackra, fria, öppna miljöer. I denna grupp deltog alla med aktivt bild och text skapande vilket även innebar att samtal runt bilder och upplevelser fick en central roll. *Det känns så befriande att gå utanför sina gränser! Känner att musiken inspirerar mig att skriva*. Några av patienterna valde att komma polikliniskt till musikterapin utanför avdelningen till ett separat rum på sjukhuset. Det påverkade processen i positiv riktning med en regelbundenhet varje vecka och ett större intresse från patienten att bearbeta sin situation. Minnen från barndomen men även minnen från ett friskt liv är ett återkommande tema i processerna. Flera tyckte också att musikterapin kändes bekräftande både genom att musiken stämde med deras känsla och att de fick stöd av terapeuten i samtalen.

De interpersonella relationerna till övrig personal utvecklades även i denna grupp, både till patienterna och till musikterapeut. Personalen är involverad i den parallella behandlingen, som pågår samtidigt varför de också får en inblick i det musikterapeutiska arbetet.

De fysiska reaktionerna är starka, från total avslappning och ”uppgående” i musiken *Musiken flyter.....vet inte om jag somnade under tiden?* En patient tyckte om att djupandas med musiken eftersom hon kände sig så spänd i kroppen inför behandlingen. Existentiella tankar om livet och ”andra dimensioner” av livet förekom ofta. *Musiken väcker många tankar, men såklart tror jag det finns andra dimensioner än vad vi ser*.

Psykiatripatienter

På psykiatriavdelningen är genomsnittsåldern betydligt lägre än på de somatiska avdelningarna. Sjukdomsbilden är vanligen inte livshotande på samma sätt som för dialys och cancerpatienter och sjukhusvistelsen är ofta kortare. Musikterapi bedrevs dessutom i grupp och det blev därför en annan form av process. På avdelningen var några av deltagarna mycket aktiva i tolkningen av både musiken och bilderna som de målade. Detta påverkade givetvis upplevelsen för samtliga deltagare i gruppen. Diskussionerna om aktiviteterna var ofta livaktiga och mycket hände under en kort tid tillsammans. Några av patienterna hade parallellt med gruppen också individuell musikterapi och någon föredrog enbart individuellt arbete, då de tyckte att gruppen blev för svår att delta i.

Interaktionen med musiken var tydlig i denna grupp och alla aktiviteter utgick ifrån deras musikupplevelse. Det gav i sin tur upphov till intrapsykiska upplevelser i form av olika känslor som kunde bearbetas i bild och textarbetet. *Ångest, sorg, vemod jag vill bara gråta! -- Glädje att ändå leva!* Samtliga känslor finns representerade med en viss övervikt på de negativa. Transcendentala upplevelser som känslan av att flyga, sväva är också representerade i denna patientgrupp.

Interaktionen med musikterapeut utvecklades efterhand till en positiv allians. Övrig personal var inte så involverad på denna avdelning, de patienter som hade individuell musikterapi gick själva ifrån avdelningen till musikterapiummet.

Vid både grupp- och de individuella interventionerna fick deltagarna inre bilder och symboler som bearbetades i det sammanhang det förekom i. *Jag sitter i en kall miljö –ett öde slott. Ett svart kors en kyrka –helt ödsligt.* Bilderna var tydliga och många gånger utan begränsningar, inte sällan fick flera patienter samma typ av bilder. Det kan troligen förklaras av att musikvalet som gjordes i samtliga sessioner var tydlig utan stora överraskningar i tempo, styrka och instrumentval. Det fanns inslag av naturljud i musiken och troligen påverkade det de många bilderna av de fyra olika elementen, jord, eld, vatten och luft. Upplevelser av ljus och ljud förekom även- *jag upplever strålkastarljus och starka ljudvågor i kroppen.*

De fysiska reaktionerna var starka för flera av patienterna, oftast i positiv riktning, som avslappning och rysningar av musiken. Känslan av att lyckas i samband med musikterapi beskrevs av flera patienter, särskilt när de såg sina bilder och kände sig nöjda med det som de skapat.

Samtal om livets mening och varför de hamnat på psykiatrisk avdelning förkom i flera fall.

Jämförelse mellan patientgrupperna

Största skillnaden i resultaten återfinns mellan den individuella musikterapi med dialys och cancerpatienterna och musikterapi i grupp med psykiatripatienterna.

Minnen har en stor betydelse för både dialys och cancerpatienterna, både i positiv och i negativ riktning. Att se tillbaka på sitt liv kan innehålla både glädje och sorg för många människor. För en del av patienterna, som är i livets slutskede, finns också en tacksamhet till livet som varit. Minnen väcks från människor som haft stor betydelse ofta föräldrar och mor eller farföräldrar.

Det finns en uttalad sorg över den aktuella livssituationen. Några av patienterna har accepterat sin situation, lärt sig att leva på ett konstruktivt sätt och använder musik och bild till att bearbeta sina känslor.

Gruppinterventionerna med psykiatripatienterna är öppet tillåtande i karaktären och ger stort utrymme för enskilda individer att aktivt delta i processen. Varje deltagare får både ett eget utrymme och uppmuntran att vara delaktig i gruppen. Trots detta verkar grupsituationen tydligt påverka de olika deltagarna, genom att processerna till en viss del likriktas. Mycket kan också bero på att psykiatrigruppen hade en yngre genomsnittsålder, inte samma livs-erfarenhet och inte heller samma livshotande diagnos. För samtliga patientgrupper blir många känslor representerade i samband med musikterapi. Musiken bekräftar och tillåter att tillbakahållna känslor kan bli synliga, vilket kan upplevas befriande. Många framhäver också känslan av att bli omhändertagen som mycket positiv. Även om vi ofta väljer musik som vi skall lyssna på tillsammans, händer det ibland att jag väljer musiken för patienten. Detta moment betyder mycket för en del av patienterna som upplever det som ett slags omhändertagande. Genom att jag väljer musik som jag tänker passar för tillfället blir patientens känslor accepterade och ”hörbara” genom musiken.

Existentiella frågor finns mer eller mindre uttalade hos samtliga patientgrupper. Meningsfullheten i livet, sin egen roll och vad som kommer att hända är de vanligaste ämnena. Även andliga frågor som livet efter detta och Gud är vanliga.

Samtliga patienterna upplevde tydliga inre bilder kring olika personliga teman. Det finns inga markanta skillnader mellan patientgrupperna utan bilderna härrör alltid ur den enskilda patientens inre liv, drömmar, önskningar och tankar. Patientens personlighet, erfarenheter och förmåga till fantasi spelar naturligtvis också en stor roll.

I den individuellt musikterapi över längre tid skapas ett förtroende och en allians mellan patient och musikterapeut som blir tydlig i de enskilda fallen. Den personliga processen djupnar och fler områden i deras livssituation kommer i fokus.

Patienternas självskattning före och efter musikterapi

Skattningar med frågor om det psykiska och fysiska måendet samt förväntningar på musikterapi besvarades av patienterna efter första, tredje och femte sessionen (Bilaga 3) Skattningarna, som administrerades av sjukvårdspersonalen, gjordes av samtliga dialys- och cancerpatienter som deltog i musikterapi. Psykiatripatienterna deltog inte i denna skattning.

Patienterna fick skatta följande frågor:

1. Vilka förväntningar hade Du på musikterapi idag?
2. Anser Du att musikterapi ökar Ditt psykiska välbefinnande?
3. Anser Du musikterapi ökar Ditt fysiska välbefinnande?
4. Anser Du att musikterapi uppfyllde Dina förväntningar?

Varje fråga har en skattningsskala från 1-10 poäng där 1 är ”inte alls” och 10 är ”i högsta grad”. Resultaten redovisas i tabeller på följande sidor. Dessutom fanns utrymme på formuläret för patienten att själv fylla i en egen kommentar om de så önskade. En del av dessa kommentarer finns skrivna med kursiv stil i kanten av tabellerna (se nästa sida). Kursiva kommentarer i kanten av tabellerna har patienterna skrivit efter skattningen.

De flesta skrev något och kommentarerna var ofta positiva. I flera fall skrev patienterna att de tyckte att alla på sjukhus skulle få ”ha musik”. En bidragande anledning till detta kan vara att samtliga patienter som ingick i projektet själva hade valt att delta eftersom de ”tyckte om musik”. Terapeuten blev någon att dela tankarna med och som lyssnade, men också någon som erbjöd musik i en annars långråkig situation. Nedan följer resultatredovisning av dessa skattningar i diagramform.

Dialyspatienter

Patienterna på dialysavdelningen hade musikterapiinterventioner regelbundet varje vecka, från 30 minuter till 1,5 timma. Interventionen pågick under dialysbehandlingen i enskilt rum. Skattningen är från 1-10 poäng där 1 är ”inte alls” och 10 är ”i högsta grad”.

Tabell 1. Skattningar av dialyspatienter efter 1:a, 3:e och 5:e musikterapisessionen

| | Fråga 1 Förväntningar på musik- terapi | Fråga 2 Psyiskt mående | Fråga 3 Fysiskt mående | Fråga 4 Uppfyllda förväntningar | Kommentarer från patienterna |
|--------------------|---|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|--|
| Patient | Skattning tillfälle: 1 3 5 | Skattning tillfälle: 1 3 5 | Skattning tillfälle: 1 3 5 | Skattning tillfälle: 1 3 5 | |
| 1. | 9 8 9 | 8 8 9 | 7 7 5 | 8 9 9 | <i>Det är så lätt att åka till sjukhuset på onsdagar !</i> |
| 2. | 8 9 9 | 8 9 9 | 3 5 5 | 7 9 9 | <i>Ett spännande sätt att närma sig konsten på.</i> |
| 3. | Patienten dement | ----- | ----- | ----- | <i>Jag älskar musik, började spela fiol som liten grabb!</i> |
| 4. | 7 8 5 | 6 5 5 | ----- | 7 7 5 | <i>Det känns lite mer meningsfullt, när MT kommer.</i> |
| 5. | 3 4 5 | ----- | 3 2 1 | 5 6 6 | <i>Får jag lyssna på opera? Det är det bästa jag vet.</i> |
| 6. | ----- | 2 4 5 | 3 3 3 | 5 6 6 | <i>Tänk om vi kan göra en CD med naturljud ?</i> |
| Medelvärde: | 6,8; 7,3; 7,0 | 6,0; 6,5 7,0 | 4,0; 4,3; 3,5 | 6,4; 7,4; 7,0 | |

Ett fåtal av de patienter som fick individuell musikterapi kunde av olika skäl inte fylla i skattningstabellerna (dementa, palliativ vård, enstaka sessioner osv.). Dessa patienter finns ändå representerade i processbeskrivningarna som genomfördes med samtliga patienter i alla målgrupper. Medelvärdena i tabellerna visar att förväntningarna ökade och det fanns en tendens att det psykiska måendet påverkades i positiv riktning ju längre musikterapin pågick. Det fysiska måendet för denna grupp av patienter följde dagsformen och påverkades sannolikt inte av musikterapin. Däremot uppfylldes förväntningarna efterhand särskilt för några av patienterna. Det var också dessa patienter som hade flest sessioner under länge terapi-processer.

Cancerpatienter

Tabellen nedan visar de cancerpatienter som hade förmåga att fylla i skattningstabellen. Både bröst- och gyn -canceravdelningarna är representerade, sammanlagt sju patienter. Skattningen är från 1-10 poäng där 1 är "inte alls" och 10 är "i högsta grad".

Tabell 2. Skattningar av cancerpatienter efter 1:a 3:e och 5:e musikerapisessionen

| Patient | Fråga 1 Förväntningar på musik- terapi | Fråga 2 Psykiskt mående | Fråga 3 Fysiskt mående | Fråga 4 Uppfyllda förväntningar | Kommentarer från patienterna |
|--------------------------|---|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|---|
| | Skattnings tillfälle: 1 3 5 | Skattnings tillfälle: 1 3 5 | Skattnings tillfälle: 1 3 5 | Skattnings tillfälle: 1 3 5 | |
| 1. | 3 7 5 | 5 8 8 | 5 5 6 | 6 5 8 | <i>Jag var så rädd att du inte skulle var här idag! Att jag inte skulle få musiken.</i> |
| 2. | 10 10 10 | 9 9 10 | 5 5 10 | 10 10 10 | <i>Musiken får mig att för en stund komma tillbaka till mitt hemland.</i> |
| 3. | 8 5 8 | 7 8 7 | 7 5 6 | 7 7 9 | <i>Musiken är rogivande-positvt tänkande. Ser fram emot varje gång.</i> |
| 4. | 5 6 6 | 5 7 7 | 5 4 4 | 5 6 7 | <i>Jag tycker musiken hjälper mig att hitta bra saker i livet.</i> |
| 5. | 6 avbrutet | 3 | 3 | 3 | <i>Detta blir för starkt för mig just nu!</i> |
| 6. | 5 5 -- | 5 3 -- | 3 3 -- | 5 5 -- | <i>Jag är så trött orkar bara att lyssna –men det tycker jag om.</i> |
| 7. | 4 9 -- | 9 8 -- | -- 8 -- | 10 8 9 | <i>Jag älskar Mozart!</i> |
| Medel- värde. | 5,9; 7,0; 7,3; | 6,1; 7,2; 8,0; | 4,7; 5,0; 6,5; | 6,6; 6,8; 8,6; | |

Sessionerna för dessa patientgrupper hade olika karaktär. Bröstcancerpatienterna fick musikerapi under sin cytostatikabehandling, ofta 1- 1,5 timma var tredje vecka.

Gyn -cancerpatienterna kom däremot oftast till musikterapi en gång i veckan utanför sin ordinarie behandling, i ett separat rum, ca 1 timma. Även för denna grupp fanns ett fåtal patienter som inte hade möjlighet eller förmåga att fylla i skattningstabellerna.

Denna patientgrupp hade från början lägre förväntningar än dialyspatienterna. Däremot uppfylldes förväntningarna, som alltså var lägre, något mera. Det psykiska måendet ökade också mera i denna grupp, till viss del även det fysiska måendet trots svåra diagnoser. På canceravdelningarna fanns en tydlig kontinuitet, patienterna kom för behandling regelbundet varje vecka. En del var nöjda efter fem sessioner och några patienter i livets slutskede avled tyvärr under terapin. En förklaring kan vara att cytostatikabehandling ofta innebär illamående för patienten och musikterapi hade för vissa en avledande effekt just under tiden behandlingen pågick. Patienterna var i en traumatisk livssituation och musiken verkade ha en tröstande effekt för samtliga. Det verkar som musiken blir en möjlighet att för en stund glömma den jobbiga situationen, på samma sätt som ett barn går in i leken där tid och rum för en stund upphör. Deras kommentarer var helt fokuserade på musiken vilket är en intressant iakttagelse som jag återkommer till i diskussionen. I något fall där patienten först valde att delta blev upplevelsen alltför stark emotionellt, varför musikterapi avslutades.

I samtliga fall av de redovisade patientgrupperna presenterades musik, som på något sätt relaterade till den enskilda patientens liv, vilket påverkade både interaktionen mellan patient och musikterapeut och vilken musik som valdes.

Valet av musik görs genomgående i samråd med patienterna, men inte alltid med en verbal överenskommelse där vi gemensamt bestämmer ”detta skall vi lyssna på”. Snarare görs valet efter inkännande av sinnesstämning, livssituation och en slags ”timing”, där musikterapeutens erfarenhet och fingertoppskänsla avgör om valet passar patienten bäst för stunden. Detta är en mycket subtil process där en rad olika variabler påverkar varandra i en lång kedja av sammanhang. Upplevelsen för patienten blir att musiken ”passar” just för den stunden och att vi tillsammans valt helt ”rätt”. Musiken ”matchar” i dessa fall på många olika nivåer, både att den överensstämmer känslomässigt men också som en utmaning i den terapeutiska processen. Musiken bildar en brygga mellan olika nivåer, medvetna och omedvetna. Denna process är den kärna som interaktionen i musikterapi ytterst handlar om.

Dialogintervjuer med patienter

Intervjuer med två patienter från varje målgrupp, en man och en kvinna, gjordes efter avslutad musikterapi med respektive patient ur dialys och psykiatrigrupperna. Av praktiska skäl genomfördes inga intervjuer efter terapin med cancerpatienterna då de hade långa resor och inte kom inte tillbaka till sjukhuset efter avslutad behandling. Däremot avslutades terapierna för denna patientgrupp med en genomgång av processerna efter symboliseringstrappan.

Intervjuerna genomfördes av musikterapeut i dialogform utifrån frågeområden (se bilaga 4). Intervjuerna var omfattande och därför redovisas svaren under respektive frågeområde i sammanfattad form. Hela intervjuerna redovisas i bilaga för Studie I.

Dialys- och psykiatripatienter redovisas separat i texten.
Med kursiv stil återges några av patienternas kommentarer.

Sammanfattning av dialogintervjuerna

De båda patienter som intervjuades hade haft 27 respektive 17 sessioner. Patienterna var fysiskt låsta med den ena armen under dialysbehandlingen och satt upp i sjukhussäng, respektive i en specialstol. Dialysapparaturen gav ett pumpande ganska starkt ljud i rummet. I intervjun gick vi igenom val av musik och material i bildskapandet. Dessa patienter målade bilder i varierat material, akvarell, sidenmålning, kolkrita, samt namngav eller skrev dikter till sina bilder. En av patienten arbetade efter olika teman som vi valde tillsammans. Båda patienterna hade utställning av sina bilder på avdelningen och en av patienterna också i sjukhusets foajé. Det förinspelade musikvalet bestod av musik från olika genrer allt från rock, jazz till klassisk musik till musik från andra kulturer. Båda patienterna upplevde i samband med lyssnandet direkt inre bilder.

Musiken ger en känsla och känslan ger en tydlig bild som jag vill måla. Klangen i musiken ger stämningen. Namnet på bilden blir en sammanfattning på upplevelsen, både musiken och bilden. Klassisk musik ger mig fler inre bilder än annan musik, vet inte varför.

Psykiatripatienterna deltog i gruppinterventionerna ca 4 tillfällen och de hade också 4 individuella sessioner var. Dessa skedde parallellt och båda patienterna valde att även arbeta individuellt, en av dem valde bort gruppen och ville enbart arbeta individuellt. Båda deltog till viss del i bildskapandet men det varierade beroende på val av musik och hur dagsformen var. Musiken var förinspelad även för denna patientgrupp. Eftersom terapiprocessen var kortare blev repertoaren av musik också mera begränsad. En av patienterna ville även lyssna på den musik vi använt i gruppen i sin individuella musikerapi.

Interaktionen med musikterapeuten fungerade med båda patientgrupperna. Dialyspatienterna tyckte om att det blev lite privat och att de fick eget rum under musikerapin. De uppgav att musiken underlättade den övriga behandlingen. Vi hade långa processer och lärde känna varandra och utvecklade en terapeutisk allians.

Musikterapeuten träffade psykiatripatienterna i grupp före deras individuella terapier. Processen blev därför lite annorlunda då vi redan kände varandra från gruppen. De tyckte om att gå till ett separat musikrum skilt från avdelningen. *Det är som att komma till en oas.* Trots att tiden var relativt kort gav de intensiva mötena snabbt underlag till en fungerande allians. *Tilliten fanns redan från början, jag hade inga problem att känna mig lugn.*

Samtliga patienter är i en tung behandlingssituation, dialys för överlevnad och psykiatri med allt som det innebär att bli inlagd osv. Några större fysiska förändringar som effekter av musikerapin var därför inte väntade. Några patienter påpekade ändå vissa fysiska förändringar som kan vara intressanta att uppmärksamma. Klådan blev mindre under dialysen för en patient och en patient från psykiatriavdelningen uppgav att hon slutade skaka när hon deltog i musikerapin, trots att hon hade Parkinsons sjukdom.

När det gällde eventuella förändringar gällande psykisk hälsa och mående uppgav båda patientgrupperna att musikerapin har påverkat dem i positiv riktning.

Min psykiska hälsa har påverkats av stunderna- jag har sett fram emot dem. Den första gången i gruppen blev en slags startpunkt för mig att våga uttrycka egna känslor-- det svåraste i ord och bild. När man jobbar med bilderna efteråt för sig själv påverkar det min inställning till livet. Det är som jag har ett lite annat förhållningssätt till hur jag tänker ena stunden härligt, underbart och andra hur skall det gå? Livet börjar trots allt återvända trots massa praktiska problem.

Kommentar till intervjuerna gällande symboliseringstrappan

Resultatet av intervjuerna gav mycket information om de musikterapeutiska processerna. Nämnas bör i detta sammanhang att de intervjuade patienterna var aktiva i bildskapandet, de flesta patienterna var positiva till att kombinera musik, bild och text, men de fanns ett fåtal som enbart ville ha musik. Intervjuerna gjordes utifrån symboliseringstrappan och tolkningar gjordes tillsammans med patienterna. Det som klart framträder är att de intervjuade patienterna fick tydliga bilder med symboler, vilka uppstod initialt i mötet med musiken.

Musiken var förinspelad så någon musikalisk improvisation förekom inte i interaktionen. Däremot var det ett aktivt val av musik ofta tillsammans med patienten. Vid en del tillfällen valde jag musiken utifrån som jag upplevde patientens eget behov, detta gällde samtliga avdelningar. För det mesta stämde musikvalet överens med patientens önskemål, men i några fall sa de till att musiken inte passar. Förinspelad musik har en stor begränsning, jämfört med improviserad musik, där man oftast kan anpassa musiken till den person man arbetar med. Anledningen till detta är att den bygger på en gemensam improvisation på instrumenten där man har tillgång till rytm, klang och styrka som man kan direkt anpassa till patienten/klienten.

På psykiatriavdelningen var musikvalet mer ”försiktigt” vilket innebar att musiken som valdes inte gav så stora känslomässiga utrymmen. Detta gällde både gruppinterventionerna och de individuella interventionerna. Musik kan på kort tid väcka en mängd olika känslor och i arbete med människor med en försvagad identitet eller en skör inre struktur är det av stor betydelse att vara försiktig i valet av musik. Individuen styr valet av musik i inledningsfasen av terapin, vilket inte innebär en stagnation att bara lyssna på en typ av musik, den förändras över den tid som processen pågår.

Symboliseringsprocesser uppträdde märkbart snabbt för i stort sett alla patienter i alla grupper. Instruktionen innan vi lyssnade på musiken var att vara öppen för olika sinnesintryck och låta musiken ge inspiration till eventuella bilder och andra sinnesupplevelser. Bilderna var för en del detaljerade och kunde även innehålla inslag av dofter. I flera fall var personen själv med i bildsekvenserna. Patienterna var oftast i sittande ställning och inte i något av mig styrt avslappnat tillstånd. Musiken varade från ca 50 sekunder till flera minuter beroende på situationen. Att associationerna kom så snabbt i förhållande till hur länge musiken varade har jag ingen omedelbar förklaring till. Kanske att vår relation upplevdes trygg och att den gemensamma intentionen var just att få inre bilder?

Bilderna blev för flera patienter starka känslomässiga upplevelser, där det ”inre” blev synligt. För några patienter fortsatte bildarbetet med samma tema över flera veckor, vilket innebar att bilden och innehållet i den bearbetades vid ett flertal tillfällen. De patienter som hade kortare processer gjorde oftast klart bilden under sessionen som var den veckan.

Även de patienter som hade uppehåll i processen på grund av behandlingssituationen gjorde som regel klar bilden under sessionen, i gengäld arbetade vi under en längre stund, ca 2 timmar. Bilderna gav en ingång att försöka se en fortsättning i processen där bearbetningen av en specifik problematik oftast blev synlig. I flera fall kunde en progression i bearbetningen generera ny kunskap för patienten.

Texterna var av varierat slag, allt från enbart ett namn till en dikt eller en hel berättelse. I flera fall började texten med ett namn på bilden som sedan utvecklades till en text runt innehållet i bilden. Japanska Haiku-dikter, med bestämt antal stavelser i stroforna, förekom ibland med dem som hade intresse för lite mer arbete med texten. Ofta symboliserade namnet hela innehållet i bilden och sammanfattade även problematiken för patienten. Texterna förstärkte bilderna och när vi åter lyssnade på musiken som gett inspiration till bilderna blev det ofta en helhetsupplevelse där patienterna tyckte de hade lyckats förmedla sina inre bilder. I flera fall upplevde de att de blivit bekräftade och stärkta i upplevelsen av att kunna ta fram och förmedla inre känslor.

Intervjuer med avdelningssjuksköterskor

Intervjuernas form och innehåll

Intervjuerna med avdelningssjuksköterskorna på respektive avdelning genomfördes av musikerapeut i dialogform utifrån frågeområden med inriktning på musikerapins betydelse

- för de enskilda patienterna
- för avdelningens övriga arbete

För frågeguide se bilaga 5.

Sammanfattning av intervjuerna

Samtliga intervjuade var eniga om att musikerapin hade stor betydelse för patienterna. Patienterna fick nya samtalsämnen och personalen såg nya sidor hos patienterna. Fokus ändrades från det sjuka till något mera lustfylld även då behandlingarna pågick. De patienter som hade musikerapi utanför avdelningen talade inte om detta med personalen.

Personalen på samtliga avdelningar tyckte det var svårt med kontinuiteten på grund av patienternas olika behandlingsscheman och ibland uppkom praktiska svårigheter med att ordna med enskilda rum, även om detta oftast löste sig med extra ansträngningar. Personalen uppgav även på samtliga avdelningar önskemål att musikerapi skulle permanentas som en behandlingsresurs på sjukhuset.

Sammanfattning av Studie 1

Studien genomfördes vid ett stort länssjukhus under ett år som en del av ett EU projekt. Studien innehåller ett stort material med musikterapi för dialys, cancer och psykiatripatienter.

Studiens syfte är att utveckla en generell modell för interaktiv musikterapi med fokus på de berörda patienternas hälsa och livskvalitet, som kan anpassas till olika målgrupper

Patienterna befann sig i olika stadier av sjukvårdande behandling för respektive diagnoser. Samtliga 62 patienter som fick musikterapi i olika former var antingen ineliggande på sjukhuset eller besökte sjukhuset för medicinsk behandling under dagen eller besökte sjukhuset enbart för musikterapi när de hade ett uppehåll från den övriga medicinska behandlingen. Sessionerna bedrevs i patienternas behandlingsrum samt i några fall i musikterapeutens arbetsrum på sjukhuset. Efter ett relativt omfattande implementeringsarbete på ungefär två månader, med information om musikterapi till personal och patienter på de olika avdelningarna samt till involverade anhöriga, kunde musikterapi starta. Att introducera musik på ett sjukhus skapar ofta en positiv atmosfär. Musik väcker känslor och stämningar och kan leda till meningsfulla samtal. Det blev därför lätt att skapa kontakt med både personal och patienter i samtal om musik. Musikterapi bedrevs i möjligaste mån varje vecka och vid minst fem sessioner per patient. Några processer blev betydligt längre och sträckte sig över hela det år studien pågick. De flesta patienterna var fysiskt begränsade, då musikterapi bedrevs parallellt med dialys- och cytostatikabehandling.

Musikterapi utgår från ett interaktivt synsätt där fokus ligger på varje enskild individs behov och resurser. Med något enstaka undantag användes enbart förinspelad musik då det inte var praktiskt möjligt att använda instrument i kombination med övrig behandling. Interventionerna innehöll både musik, bildskapande och texter till musik. Sessionerna varade från 20 minuter till två timmar. Genomgående bedrevs individuell musikterapi men på psykiatriavdelningen förekom också gruppsessioner varje vecka.

Kunskapsunderlaget till studien utgörs av processbeskrivningar i anslutning till varje session vilka analyserades med hjälp av innehållsanalys utifrån de aspekter och teman som uppkom. Två patienter ur dialys och psykiatrigrupperna intervjuades även efter avslutad musikterapi.

Patienterna på cancer- och dialysavdelningarna som deltog i musikterapi fyllde även i ett självskattningsformulär om förväntningar inför musikterapi och fysiskt och psykiskt mående i samband med musikterapi, efter första, tredje och femte sessionen. Skattningarna administrerades av sjukvårdspersonalen.

Dialyspatienterna visade ökade förväntningar ju fler sessioner de haft. Det fanns en tydlig tendens att upplevd psykisk hälsa och livskvalitet påverkades i positiv riktning i samtliga målgrupper medan det upplevda fysiska måendet följde dagsformen och inte påverkades nämnvärt av musikterapi. Denna patientgrupp verkade fokusera mera på interaktionen med musikterapeuten än på musiken.

Cancerpatienterna hade från början lägre förväntningar på musikterapi. Däremot uppfylldes deras förväntningar i högre grad även vid de kortare terapiprocesserna och både deras fysiska och psykiska mående skattades att öka något. Musikterapi upplevdes även ge en positivt avledande effekt, exempelvis för illamående i samband med cytostatikabehandling.

Musiken skapade en möjlighet att bli en bärare av många olika känslor och denna patientgrupp lade också mer fokus på själva musiken än på interaktionen med musikerapeut.

I innehållsanalysen av processbeskrivningarna kunde olika dimensioner i patienternas reaktioner urskiljas.

Interaktion: denna sker för samtliga patienter på fyra olika nivåer; genom musiken, intrapsykisk, interpersonell och strukturell nivå

Emotion: kraftfulla positiva och negativa känslor

Symbolisering: i olika former förekommer på olika nivåer och även på olika abstraktionsnivåer

Jagstärkande: genom musiken och det musikaliska uttrycket stärks för många patientgrupper självkänslan och känslan av att lyckas

Fysisk reaktion: allt från rysningar, gåshud, tårar till "kvasifysiska" reaktioner som att känna sig viktlös, bli styrd och föras bort av musiken, fysiskt aktiv, avslappnad

Existentiella och transcendentala aspekter: tankar runt meningen med livet, magiska och religiösa upplevelser

För dialyspatienterna framträdde de flesta reaktionerna i någon form hos alla patienter.

För många väcktes minnen tillbaka i livet, från barndom och perioder när de är friska.

Frihetslängtan förekom i flera fall och en längtan till andra miljöer och länder.

Existentiella frågor om livets meningsfullhet var också vanligt förekommande.

Cancerpatienternas bestod av enbart kvinnor i ett traumatiskt skede i livet. De hade starka fysiska upplevelser och ett "uppgående" i musiken. Samtliga upplevde känslor av ensamhet, sorg och kaos men även av tröst och att bli bekräftade i sina känslor.

Psykatripatienterna hade en yngre genomsnittsålder och deras sjukdomsbild var mindre definitiv och uppträdde vanligen under kortare perioder i livet. Musikterapi bedrevs på avdelningen i grupp och pågick under tiden de var inlagda, vilket gjorde att det inte blev så långa processer. Några valde därutöver att gå i individuell musikterapi parallellt med gruppssessionerna. Gruppssessionerna var intensiva och i både musik och bildaktiviteterna fanns ett stort intresse till ivrig tolkning, både av sina egna bilder och upplevelser och av de övrigas bilder i gruppen. Samtliga reaktioner (enligt ovan) fanns representerade i någon form. Det fanns även en tendens till en viss likriktning av associationer, troligen beroende på den gruppdynamik som uppstod med en trygghet i att känna likadant som "de andra".

Dialogintervjuer med två patienter från vardera dialys- och psykiatriavdelningen genomfördes efter avslutad terapi. Intervjuerna följer förutom fokus på interaktionen och processen i musikterapi, "symboliseringstrappans" modell från "yttre" till "inre" processer, där frågorna handlar om den musik vi använt och associationer i samband med denna. Frågorna om symbolisering med bildskapande och texter i samband med musik gav information både om patienternas mående och om hur musikterapi kunde fungera på ett sjukhus och anpassas till olika patientgrupper. Patienterna uppvisade genomgående en intensitet och ett uppgående i aktiviteterna med musik och bild med tanke på deras situation av sjukdom och behandling. Processen visade stora likheter med när barn går in i sitt lekområde (del II). Man "går" både utanför och in i sig själv för en stund och "leken"/aktiviteten tar över.

Samtliga patienter uppgav att musikterapin hade gett dem nya upplevelser och känslor. Flera har lärt sig att lyssna på musik på ett mera konstruktivt och spännande sätt. Några hade genom det kombinerade musik- och bildarbetet, lärt sig nya uttryckssätt som de inte visste att de hade och en del uppgav att de kommer att fortsätta att måla. Flera patienter berättade om djupa känslomässiga upplevelser som de trodde kommer att påverka dem under resten av livet.

Patienterna tyckte det var positivt att möta en terapeut som kom ”utifrån” och genom musiken blev det lätt att samtala om olika känslor. Musikvalet kände patienterna sig delaktiga i och de hade lätt att få inre bilder som vi sedan arbetade vidare med både i bildskapande och i texter.

Flera uppgav specifikt att det var en hjälp att ha musikterapi parallellt med den övriga behandlingen. De kände det lustbetonat att skapa och vara kreativa och upplevde att musikterapin avledde uppmärksamheten från det som var negativt och smärtsamt. När de kunde uttrycka sina inre känslor och göra dem synliga för sig själva, kände de sig bekräftade och stärkta i sin självkänsla och uppgav att deras inställning till livet påverkades och att livskvaliteten ökade.

Sammanfattningsvis uppgav samtliga patienter i såväl dialys- och cancer-, som psykiatri-behandling att musikterapin hade bidragit till ökad livskvalitet, vilken direkt eller indirekt också hade påverkat deras psykiska och fysiska hälsa.

Studie 2

Blinka lilla stjärna

Musikterapi med cancersjuka barn vid ett barnsjukhus

Under våren 2009 fick jag möjlighet att ansvara för ett projekt som musikterapeut en dag i veckan på en barncanceravdelning. Det var en stor utmaning att möta dessa svårt sjuka små barn och försöka utveckla former för musikterapi som kunde fungera både etiskt, medicinskt, psykologiskt och praktiskt.

Målgrupp

Studien genomfördes med barn i behandling för olika cancerdiagnoser i åldern 1 till 5 år. Studien utgick från ett helhetsperspektiv på hälsa och livskvalitet för den aktuella målgruppen. Gällande hälsobegreppet bör ett objektiva, medicinskt synsätt gällande sjukdom och dödlighet, kompletteras med ett subjektivt perspektiv på hur människor upplever sitt liv gällande fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och livskvalitet (Persson, 2006). Hänsyn måste tas till ålder, kön, utvecklingsnivå och ”objektiv” kontra ”önskad” verklighet. Det sociala stödet från familj, släkt och vänner har också stor betydelse för dessa små barn och deras föräldrar för att orka stå ut med isolering och oro.

Att försöka tillämpa begreppet livskvalitet på den aktuella målgruppen, väcker en rad frågor: Finns överhuvudtaget möjligheter att påverka barnens livskvalitet genom musikterapi? Kan ett positivt stämningsläge öka möjligheterna att finna nya coping-strategier för att möta olika svårigheter både i själva sjukdomen och i samband med olika medicinska behandlingar? Kan en positiv interaktion mellan barn, föräldrar och musikterapeut, som stimulerar kreativitet och glädje, bidra till en ökad livskvalitet för dessa barn och föräldrar? Kan barn genom musikterapi använda sitt ”lekområde” (Stern 1991) och därigenom öka möjligheterna lindra och bearbeta den svåra situation de befinner sig i? Kan musikterapi stödja friska, salutogena processer hos barnen och därigenom stimulera både föräldrar och barn till att också uppleva olika frisk-faktorer hos dessa sjuka barn?

Ansvarig sjukvårdspersonal valde ut vilka patienter som var lämpliga att arbeta med från vecka till vecka, med hänsyn till barnens mående och aktuell medicinsk behandling.

Ambitionen var att träffa varje barn minst fem gånger. Tiden för barnens inläggning på sjukhuset varierade beroende på sjukdomstillstånd. I en del fall kom barnen till sjukhuset för behandling en gång i veckan. Andra barn var inlagda och låg isolerade på enskilda rum tillsammans med sina föräldrar, exempelvis vid benmargstransplantation, ofta under långa tidsperioder. Beroende på dagsform kunde musikterapi med dessa barn bedrivas löpande varje vecka under hela deras inläggningstid, som ofta var längre än fem veckor.

Syfte och forskningsfrågor

Studiens syfte var att utveckla musikerapeutiska metoder i arbete med små svårt sjuka barn samt att undersöka musikterapiens betydelse för barnens livskvalitet

Ambitionen var att öka kunskapen om

- möjliga interventioner i musikerapi med den aktuella målgruppen
- processerna i musikerapi med små barn och deras föräldrar
- musikterapiens effekter för barnens och föräldrarnas upplevda livskvalitet
- en generell metod för interaktiv musikerapi med denna målgrupp

Studiens syfte leder till följande forskningsfrågor:

1. Vilka musikerapeutiska interventioner kan användas med små svårt sjuka barn?

Barnen är små och mycket sjuka vilket innebär att musikerapin måste anpassas till barnens aktuella situation. Interaktiv musikerapi med improviserad musik och improviserade sånger med enkla instrument och inslag av lek samt kända barnsånger kommer att prövas.

2. Hur påverkas barnens livskvalitet av musikerapeutiska interventioner?

Barnen är i olika faser av sin sjukdomsprocess och många befinner sig i traumatiska tillstånd. Barnens föräldrar är genomgående närvarande under musikerapin varför ett nära samarbete med föräldrarna prövas, där de också blir involverade i musikerapin och i frågor om livskvalitet.

Etiska överväganden

Barn och föräldrar informerades både av medicinskt ansvariga och av musikerapeut om musikerapiprojektets innehåll och utformning samt att medverkan var helt frivillig och kunde avbrytas om barn/föräldrar så önskade. Samtliga föräldrar gav sitt informerade samtycke till sina barns individuella medverkan i musikerapin med forskning i metodutvecklande syfte.

Barnens och anhörigas integritet skyddas genom sjukvårdens ordinarie patientsekretess i utredning och journalföring samt genom att motsvarande patientsekretess även tillämpas på musikterapiens processanteckningar - så att ingen enskild patient kan identifieras utanför den aktuella studien.

Studien har en generell inriktning på metodutveckling av musikerapi med denna barngrupp varför enskilda barns livssituation, sjukdomar, medicinska behandling etc. här inte redovisas i detalj. Barnens namn och vissa andra utmärkande karaktäristika har ändrats av integritetsskäl i de beskrivna interventionerna och processvinjetterna (se etik inledning del III).

Genomförandeplan

Studien utformas som en kvalitativt explorativ interventionsstudie, där processen under tiden observeras och beskrivs. Det insamlade materialet analyseras med huvudsaklig inriktning på musikterapeutisk metod och barnens livskvalitet.

Implementering och samverkan

Före musikterapien startade informerades all vårdpersonal om projektet av musikterapeut vid ett personalmöte, med presentation av musikterapi och studiens metodutvecklande syfte samt hur projektet skulle fortlöpa. På grund av dessa små barns svåra och ibland livshotande sjukdomssituation blev det medicinskt nödvändigt och väsentligt för musikterapiens metodutveckling att etablera löpande information och avstämning med medicinskt ansvariga gällande barnens aktuella hälsa.

Sjuksköterskorna på aktuell sjukvårdsavdelning var projektets primära samarbetspartners. Även lekterapeuterna vid sjukhusets avdelning för lekterapi blev viktiga samarbetspartners i en kontinuerlig dialog och hjälp att knyta kontakter. En överläkare fungerade som stödjande samtalspartner i stort sett varje vecka och även en tid efter att musikterapien hade avslutats.

Erfarenhetsutbyte förekom dessutom med Astrid Lindgrens sjukhus i Stockholm där musikterapeutisk verksamhet med liknande målgrupper har bedrivits under flera år.

Musikterapeutiska interventioner

Musikterapien genomfördes individuellt med varje enskilt barn, oftast tillsammans med en eller båda föräldrarna. Tiden per session varierade från ca tio minuter till en timma.

Musikterapeuten hade en rullvagn med instrument och spännande lådor med olika småsaker. Genom att erbjuda enkla instrument som olika rytminstrument och en liten minisynth fick barnen själva välja vad de vill spela på. Ofta involverade barnen sina föräldrar och musikterapeuten med instruktioner om vad som skulle göras.

Inslag av lek förekom vid varje session, då exempelvis olika vackra stenar eller små leksaksdjur i olika askar fanns att välja på. Olika barnvisor, kända och improviserade, utifrån barnens förslag ingick också oftast i sessionerna.

Det förekom även improviserad musik utan sång med olika instrument, ofta med inriktning på att uttrycka olika känslor som ledsen, arg och glad. Olika kontraster som starkt och svagt, fort och långsamt användes också ofta. Det visade sig att barnen ofta själva ville bestämma vem som skulle spela, vad och på vilket instrument.

Metodutveckling med processbeskrivningar

Barnen deltog aktivt i musikterapin genom att spela, sjunga och leka. Processbeskrivningar med iakttagelser och beskrivningar av barnens verbala och icke-verbala aktiviteter dokumenterades efter varje intervention. Det är beskrivningar som görs efter varje session, allt ifrån hur rummet ser ut och är utrustat, vilken musik och med vilka instrument som använts, interaktion mellan de olika deltagarna, barnen, föräldrarna och musikterapeut beskrivs, hur processen påverkas av den ofta traumatiska situationen samt kommentarer från barnen och föräldrarna

Av hänsyn till barnen och föräldrarna integritet redovisas inga processbeskrivningar eller terapismanfattningar. Istället presenteras korta vinjetter från musikterapin med barnen med fokus på att utveckla musikterapeutiska arbetsmetoder och frågor runt barnens livskvalitet.

Resultat

Musikterapi med barn och föräldrar

Det var med en stor ödmjukhet och respekt jag närmade mig dessa barn och föräldrar. Några av barnen var i livets slutskede och det var därför nödvändigt att erbjuda musiken till barnen och föräldrarna med stor försiktighet och respekt för deras aktuella livssituation.

Processerna blev också med en del av barnen avbrutna på grund av att de var för sjuka för att kunna delta. I några fall fanns jag med i livets slutskede och jag känner en stor tacksamhet inför dessa barn och deras föräldrar för att ha fått möta dessa små kämpar. Studien hade inte gått att genomföra utan deras engagemang och deltagande i musikinterventionerna.

Vinjetter

Det är en helt vanlig torsdag för de flesta människor, men för mig innebär denna torsdag ett möte med en helt ny verklighet. En verklighet där man får ta en dag i taget, där livet inte är självklart och bara något som man tar för givet. Hur förbereder man sig för möten med så små, riktigt sjuka barn och deras föräldrar?

Den första lilla flickan jag möter heter Samira, är fem år och kommer från ett afrikanskt land. Hon blir helt fångad av synthen och snabbt hittar hon knapparna för de olika förprogrammerade rytmerna. Det går att dansa även om man får cytostaticabehandling och sitter fast med den ena armen. Allt går om man vill.

Lite vila, lite ont, jag väntar för hon säger "vi är inte klara än!". Pappan är med, han är trött och frågar om det är okey att han tar en promenad och får lite luft? Det är okey för både flickan och mig. Hon blir befriad från apparaten och vill pröva de olika instrumenten med bägge armarna fria och "inget ont alls" längre. Vi spelar på klockspelen och chimes (hängande stavar som klingar), tillsammans låter det som "stjärnor på himlen". Fyrtio intensiva minuter har gått, hon blir trött - och jag är mera förberedd ...

Träffar henne igen efter ett par veckor. Jag kommer med min vagn i korridoren och hon får syn på mig. Pappan berättar att hon är färdigbehandlad och frisk nu efter mycket kortare tid än vad som var planerat. Jag delade glädjen med honom och även en kort livsberättelse om ett fascinerande liv på olika kontinenter..... Flickan uttrycker med stark röst till sin pappa "Hon kom faktiskt för att spela med mig, inte för att prata med dig!"

En liten flicka på tre år, Ulrika. Jag sjunger hennes namn och spelar på trumman till. Hon blir glad och vill också spela, starkt och svagt, fort och långsamt. Nyfiken tittar hon i mina lådor, där finns smådjur och i en ask vackra stenar. Vi trollar och leker att vi äter upp dom, fina färger som karameller. Så håller vi de blanka stenarna mot kinden kalla eller varma? Hokus pokus nu åker dom tillbaka i lådan.

Vi gömmer oss under en sidensjal tillsammans och hon berättar en dramatisk saga om ett lejon och en hemsk häxa. Hela tiden måste vi gömma oss så de inte hittar oss..... Vi sjunger en improviserad avslutningssång om att vi säger hej, men att vi ses nästa vecka igen.

Det är en ny torsdag och jag samlar mig för att gå in till Nora, en väldigt liten flicka på ett år som precis har fått en benmargstransplantation. Mamman och flickan har varit på sjukhuset under en längre tid. De ligger på ett isolerat rum och innan jag kan gå in, får jag bestämma vad jag skall ta med in till deras rum --tvätta noga i sprit både instrumenten och mig själv. Vi får en fin kontakt direkt, mamman och jag. Den lilla flickan är rädd för mig, men tittar på rytmäggen, lyssnar på ljudet när mamman skakar på dem. Hon får behålla dem till nästa vecka så hon vänjer sig vid ljudet.

Vi har setts vid fem tillfällen idag och det känns mera bekant nu. Små tittulekar, rytmäggen och så samtalen med mamman när den lilla somnar. När jag gick idag genom en "sluss" med fönster kom det en liten slängpuss från henne, som ögonblickligen besvarades av mig!

Maria är två år och kollar in min vagn direkt, den nedre delen av vagnen passar precis till hennes längd och jag ställer den lilla synthen i lagom höjd för henne. Dom små fingrarna hittar snabbt de förinspelade låtarna och även volymknappen. Pappa filmar den lilla virtuosen med sin mobil. Hon dansar i takt till musiken, hela den lilla kroppen gungar med musiken och det är en lustfylld stund. De spännande askarna väcker också hennes intresse och vi tittar gemensamt igenom alla saker, smådjur och vackra stenar.

Vi ses flera gånger under ett halvår och ibland när hon får se mig börjar hon gunga redan innan musiken är igång. Hon kopplar ihop mig med att röra sig till musik. Medicineringen är tuff och hon ligger i isolerat rum. Jag får tvätta den lilla synthen noga med sprit innan jag går in eftersom det är den hon helst vill spela på. Vi leker tittut men tröttheten tar ibland över, hon vilar lite och så är hon igång igen.

Adam, som är tre år, har en ovanlig blodsjukdom som kräver en bergmargstransplantation. Han läggs in på isolerat rum för en längre period. Hans föräldrar ser musikterapi som en tillgång i den svåra situationen. Vi kommer överens om att jag skall titta efter honom varje torsdag en tid framöver.

Redan första gången prövade han alla instrumenten, hur de lät och vad man kunde göra med dem. Vi höll på en hel timma och han fastnade för synthen som han spelade försiktigt på. Nästa vecka låg han i sängen nyopererad sedan ett par dagar. När han såg mig och vagnen satte han sig upp i sängen och vi la upp den lilla synthen så han kunde spela på den. Han har ett stort tålamod och en uthållighet att pröva de olika ljuden.

Mamman kom efter vår stund ut ur rummet och berättade att det var första gången efter operationen som han hade satt sig upp. När jag gått ut hade han sagt till sin mamma "Vad gjorde den Anci med mig mamma?"

Skall försöka hitta en liten speldosa med ett lite mjukare ljud inför nästa vecka.

Nu är allt förberett för benmärgstransplantationen.....

En liten sjuk Adam sitter i sängen och väntar på mig idag, speldosan var väldigt passande både klangmässigt och att den krävde så lite kraft för att få fram ett fint ljud. Trötta föräldrar fick se en strimma glädje hos sin pojke.

En otroligt snabb läkningsprocess hos den lille, idag två veckor efter transplantationen är han på topp igen. Han upptäcker de inspelade låtarna på synthen och spelar med som att det är han själv som spelar. Det blir väldigt lustfyllt för alla i rummet inklusive mamman och mig. Sista gången vi ses var dagen då han skulle få åka hem efter en lång behandling. Jag går in för att säga hej då till honom och ge honom den lilla speldosan som minne. Han berättar att ha skall åka hem idag, men att han vill "ta blodtrycket på mig innan", så att allt är bra.

Han heter Bo, är tre år, och har precis fått lämna två veckor i respirator. Mamman är med, hon har alltid sjungit mycket tillsammans med honom och blir glad vid förfrågan om att delta i musikterapi. Synthen och de andra instrumenten prövades systematiskt, efter detta började en sångstund på över en timma. Han hade en repertoar på säkert 20 sånger en del sjöng vi flera gånger för det var så roligt. En livsglädje sprider sig bland alla slangar och katetrar.

Andra tillfället vi ses mår han mycket bättre och kommer ihåg vad vi gjorde förra gången. Han kollar igenom instrumenten och hittar nya ljud på synthen Nalle Puh får spela idag också. Det är full aktivitet och en läkare kommer in mitt i musikstunden och meddelar att han får åka hem imorgon. Glädje och så kommer också pappan in i rummet mot slutet.

Vi ses igen efter några veckor. Barnen är ofta hemma i perioder mellan behandlingarna. Idag är det Bo som bestämmer vad vi skall göra, vi gör en orkester med maracas och rytmägg, mamman, Bo och jag. Vi skall spela långsamt och fort som han styr helt själv, fort, fort och så långsamt igen. Plötsligt skall han på operation, katetern fungerar inte riktigt bra. Han säger helt lugnt "Vi hann en hel del idag i alla fall!" Så åkte han iväg med hela sängen.

Tematiserade analyser av processbeskrivningar

Studiens plan var att kunna träffa barnen i projektet vid minst fem tillfällen och att kunna bedriva musikterapi utan alltför långa uppehåll mellan sessionerna.

Av tolv tillfrågade familjer tackade tio ja till att delta i projektet. De två tillfrågade familjer som avböjde var också intresserade men valde att avstå, eftersom de bodde i andra städer och att det därför inte skulle kunna bli någon kontinuitet i musikterapi.

Analysen i denna studie genomförs med en huvudsakligt tematisk inriktning. Med tema avses i denna studie de begrepp som framträder ur materialet exempelvis samarbete, coping, lek, etc. Både i de längre processbeskrivningarna (som här inte redovisas av integritetsskäl) och i ovanstående vinjetter, utkristalliseras dessa aspekter ur materialet.

Eftersom barnen är så små uppstår inte direkt några verbala interaktioner som kan härleda och beskriva barnens olika upplevelser i samband med musikterapi. Det blir istället barnens direkta reaktioner och aktiviteter som kan analyseras med en metodologiskt inriktad uppmärksamhet på vilka aktiviteter som utspelas och barnens associationer till musik, instrument, sånger etc.

Genomgående för samtliga barn i studien utvecklades ett nära *samarbete* med barnens föräldrar. Utgångspunkten var föräldrarnas vilja att delta, vilket var förutsättningen för vidare arbete med barnen. Som musikerapeut mötte jag föräldrar i starka känslomässiga situationer, både sorg och glädje. Hur jag presenterade arbetet med musikterapi blev avgörande för om föräldrarna ville delta med sina barn. Detta utgjorde överlag en större utmaning än själva arbetet med barnen. Trots sina sjukdomstillstånd var barnen så gott som alltid mycket närvarande och snabba att hitta något instrument eller blev nyfikna på sakerna i lådorna. Barnen visade genomgående lustbetonade och ibland befriande känslor. När föräldrarna upptäckte att barnen blev glada av musik och instrument, blev besluten att delta lättare att ta.

En nära relation utvecklades med samtliga föräldrar, där vi tillsammans genom musiken, försökte finna *copingstrategier* för barnen att hantera sin svåra situation. Jag uppfattade detta som att även föräldrarna för egen del hade glädje och nytta av musikterapi vilket flera av dem också öppet uttryckte. Flera föräldrar filmade sekvenser där barnen spelade och var aktiva med musik, ibland för att visa syskon eller andra i nära relation till barnen.

De musikerapeutiska interventionerna var av skilda slag, alltid med utgångspunkt från barnens egna initiativ. *Improvisation och lek* var ett genomgående tema, fantasilekar med stenar och olika smådjur samt egna påhittade sånger där barnet inspirerade till texten. *Sången* upptog också en stor plats i arbetet och vi sjöng improviserade sånger, barnsånger av olika slag, alltifrån Blinka lilla stjärna, till nyare barnsånger och sånger från barn TV-program. Förutom den musik som var förprogrammerad i synthen, var all annan musik skapad i stunden på de olika instrumenten i *samspel* mellan barnen och musikerapeut.

Interaktionen mellan föräldrar, barn, musiken och mig som musikerapeut fungerade på ett okomplicerat sätt. Det fanns en enkelhet i detta musikerapeutiska arbete som vid en första anblick skulle kunna uppfattas som naiv. I enkelheten fanns emellertid samtidigt en styrka i att överbygga eventuella prestationskrav från alla deltagande parter. Metodologiskt finns stora fördelar med att kunna mötas på en nivå som blir bekväm för samtliga.

Emellanåt släppte jag också efter på min styrande terapeutfunktion i sessionerna. Detta gynnande barnens möjligheter att själva få ha kontroll och helt bestämma över livet under en kort stund. Det var tydligt att flera av barnen njöt av att "få bestämma" över oss vuxna.

Rytm, både på trummor och på andra rytminstrument, men också de förinspelade rytmerna i synthen, upptog ett stort intresse hos barnen. I stort sett samtliga barn dansade eller rörde sig till musiken så långt det var möjligt i relation till pågående medicinsk behandling

Flera av barnen uttryckte tydliga associationer och bilder till klangerna från de olika instrumenten. Det kunde exempelvis vara ”*det låter som stjärnor på himlen*”, eller ”*det låter som spöken i natten*”. Barnens friska ”*lekområde*” (se del II) verkade förvånande nog vara intakt även in i livets slutskede. Låtsaslekar, påhittade sagor om lejon, häxor och spöken var återkommande tema och trolleri och titutlekar fanns också med på repertoaren.

En detalj i sammanhanget var att min klädsel sannolikt också påverkade bemötandet från barnen. På ett sjukhus finns givetvis restriktioner vilka kläder man får använda på grund av hygieniska skäl och smittorisker. Jag använde sjukhusets byxor men hade en gul T-shirt, vilket skilde ut mig från vårdpersonalen och gjorde att barnen inte blev rädda då de snabbt förstod att jag inte skulle göra något med dem som ”gjorde ont”.

Resultatsammanfattning av studiens forskningsfrågor

Forskningsfråga 1. Vilka musikerapeutiska interventioner kan användas med små svårt sjuka barn?

Musikterapin bör naturligtvis ta hänsyn till att barnen var små och mycket sjuka vilket innebar en ökad uppmärksamhet på barnets mående under sessionerna och hänsyn till viss fysisk orörlighet beroende på pågående medicinsk behandling. Hänsyn bör även tas till barnens närvarande föräldrar, med inbjudan till delaktighet och samarbete i olika aktiviteter samt med uppmärksamhet också på deras mående.

Interaktiv musikterapi med improviserad musik och improviserade sånger med enkla instrument och inslag av lek samt kända barnsånger, gick däremot att genomföra utan några psykologiska eller andra metodologiska hinder. De musikerapeutiska interventioner som gick att använda med de sjuka barnen i denna studie skiljer sig därför inte i något väsentligt avseende från de interventioner som kan användas med friska barn i samma åldersgrupp

Forskningsfråga 2. Hur påverkas barnens livskvalitet av musikerapeutiska interventioner?

Barnen befann sig i olika faser av sin sjukdoms- och behandlingsprocess, varav många i traumatiska livshotande tillstånd. Barnens föräldrar var också både känslomässigt och praktiskt involverade i sina barns situation med egen oro, sömnproblem, uppgivenhet etc. En ödmjuk försiktighet är därför befogad gällande slutsatser om musikterapiens effekter på de berördas livskvalitet. Barnens reaktioner och föräldrarnas kommentarer tyder emellertid på att musikterapin hade en klart positiv påverkan på barnens upplevda livskvalitet. Barnen var genomgående positiva och uppvisade en genuin glädje i samband med musikterapin, vilket även bekräftades i kontinuerliga avstämningar med berörd sjukvårdspersonal.

De gemensamma upplevelserna för barn, föräldrar och musikterapeut genomsyrades av att barnet stod i centrum och att det ”friska” hos barnet blev synliggjort. Barnens glädje och föräldrarnas positiva reaktioner tyder på att interaktiv musikterapi med svårt sjuka barn kan bidra till att öka livskvalitén, både för barnen och för deras föräldrar.

Sammanfattning av Studie 2

Arbetet på denna sjukhusavdelning för små barn med cancer innebar en stor utmaning som musikerapeut. Inte enbart genom de besvärliga praktiska situationerna med hygien och tvättning med sprit, barn med slangar och begränsad fysisk rörlighet, utan framförallt genom den känslomässiga processen att möta så svårt sjuka små barn och deras föräldrar.

Studiens explorativt öppet undersökande karaktär hade som syfte att se vad som är möjligt metodologiskt att genomföra i musikerapi på en sjukhusavdelning med svårt sjuka små barn. Den hade alltså en mer generell inriktning på musikerapeutiska metodfrågor samtidigt som frågor uppstår om livskvalitet i mötet med barnen och deras föräldrar. Kunskapsinsamlingen bestod av processbeskrivningar som analyseras med en huvudsakligt tematisk inriktning.

Tio barn mellan 1-5 år och deras föräldrar deltog i musikerapin och de flesta av barnen träffade jag vid minst fem sessioner. De musikerapeutiska interventioner som användes utgick från ett interaktivt synsätt med det lilla barnet i fokus.

Musikerapin gick att genomföra både metodmässigt och praktiskt men även känslomässigt. I musikerapin tog fokus på barnen över allt övrigt och inget kändes omöjligt att genomföra. Det "friska" hos barnet blev dominerande i förhållande till barnets sjukdom och föräldrarnas rädsla och uppgivenhet

Arbetsmetoderna med dessa fysiskt svårt sjuka små barn skiljde sig därför inte nämnvärt ifrån interaktiv musikerapi med friska barn i samma åldersgrupp. Det som skiljde var i första hand miljön och de praktiska omständigheterna samt att föräldrarna var mer involverade.

Improviserad levande musik och sång användes och instrumenten bestod mestadels av enkla rytminstrument och en liten synth. I övrigt användes fantasilekar och små berättelser som illustrerades exempelvis med små leksaksdjur och vackra stenar. Barnens "lekområde" verkade inte tillåta några begränsningar även om den fysiska miljön gjorde det. Den tydliga glädjen och kraften i att få bestämma över oss vuxna i leken var genomgående, även för de barn som hamnade i denna situation.

Utifrån barnens egna reaktioner och föräldrarnas kommentarer, fick musikerapin en klart positiv påverkan på barnens upplevda livskvalitet. Det gick inte att ta miste på att barnen var positiva och glädjen som de uppvisade i samband med musikerapin var inte möjlig att uppfatta som annat än genuin. Regelbundna avstämningar med berörd personal var också entydiga i detta avseende. De gemensamma upplevelserna för föräldrar och barn och för mig som musikerapeut genomsyrades av att barnet stod i centrum och att det "friska" hos barnet blev synliggjort. Föräldrarnas positiva reaktioner förstärkte min uppfattning att interaktiv musikerapi med svårt sjuka barn kan bidra till att öka livskvaliteten, både för barnen och för deras föräldrar.

Studie 3

Hjälp mig vara jag

Musikterapi med ungdomar med psykosociala och psykiatriska dysfunktioner vid ett behandlingshem

Behandlingshem för ungdomar

Det finns i huvudsak fyra olika typer av behandlingshem i Sverige för ungdomar från 13 år upp till unga vuxna med psykosocial och psykiatrisk problematik. Förutom relativt begränsade resurser inom den ordinarie psykiatrin finns slutna institutioner och behandlingshem som drivs av Statens Institutionsstyrelse (SIS), olika kommunala behandlingshem i öppna och slutna former samt privata mer eller mindre professionella institutioner. Däribland finns s.k. Hem för vård eller boende (HVB-hem) varav en del kopplade till större privata vårdorganisationer i bolags- eller stiftelseform. Hösten 2011 fanns i Sverige ca 400 HVB-hem med olika behandlingsinriktning (Nationella HVB- registret, Socialstyrelsen).

Den aktuella studiens behandlingsinstitution, är ett professionellt HVB-hem, beläget i ett naturskönt område i Västergötland. Det var från början en bondgård, så här finns både lada, höns hus och stall som gör det möjligt att ha djur, som hästar och höns

Behandlingshemmet har en miljöterapeutisk inriktning med en psykodynamisk /objektrelations och systemisk grundsyn. Personalen har olika professionella utbildningar och har regelbunden processhandledning. En konsulterande psykiater som har det medicinska ansvaret och en psykolog är också knutna till behandlingshemmet. Personalgruppen består av 2 delägare med olika ansvarsområden, 20 heltidsanställda behandlingspersonal, en vaktmästare och en husmor. Vid behov kan ytterligare personal kallas in.

I genomsnitt bor 5-7 elever på institutionen och behandlingstiden är oftast 2-4 år. Ungdomarna bor i ett större nyare hus där det också finns gemensamma rum och kök. Varje ungdom har ett eget rum som de, med hjälp av personal, får måla och inreda efter egen smak.

Studien har sitt upphov i mitt kliniska arbete på detta behandlingshem, där jag under 12 år arbetade som musikterapeut en dag i veckan, vilket gav goda möjligheter att kontinuerligt följa ungdomarna och verksamheten på nära håll.

Målgrupp

Behandlingshemmet tar emot ungdomar med olika diagnoser som psykos, borderline, ADHD, autism, mutism, anorexi, svår ångest, suicidbenägenhet, tvångsneuroser etc. På senare år har man även behandlat ungdomar med kombinerade diagnoser, som exempelvis lättare kognitiva funktionsnedsättningar och posttraumatisk stressyndrom (PTSD).

Ungdomarna är således inte primärt fysiskt sjuka men har däremot en mycket allvarlig psykosocial och psykiatrisk problematik med svåra kommunikations- och relationsproblem. Genomgående är de sammantagna problemen för dessa ungdomar så svåra att de varken går att vårda i hemmiljö eller inom ordinarie psykiatri och vårdalternativen i hemkommunerna är ofta är begränsade eller obefintliga.

Material från sammanlagt 24 ungdomar som deltagit i denna musikterapi utgör studiens kunskapsunderlag. Ungdomarna väljer själva i samråd med personalen att delta i musikterapi. Inga exklusionskriterier gällande ålder, kön, mognadsnivå, livssituation, dysfunktion, diagnoser etc. har tillämpats, utan samtliga ungdomar som varit intresserade har fått delta i musikterapi.

Syfte och forskningsfrågor

Studiens syfte är att:

- utveckla en generell modell för interaktiv musikterapi för aktuell målgrupp
- undersöka musikterapiens betydelse för ungdomarnas upplevda hälsa och livskvalitet
- undersöka ungdomarnas upplevelse av interaktiv musikterapi över en längre tidsperiod

Studiens syfte leder till följande forskningsfrågor

1. Vilka musikterapeutiska interventioner kan användas med aktuell målgrupp?
2. Vad händer med ungdomarnas upplevda fysiska och psykiska hälsa och livskvalitet vid deltagande i interaktiv musikterapi ?
3. Vad händer i ungdomarnas interpersonella relationer till musikterapeut och berörd personal i samband med interaktiv musikterapi ?
4. Hur utvecklas ungdomarnas symboliseringsprocesser vid interaktiv musikterapi?

Etiska överväganden

Kunskapsunderlaget till denna studie är i huvudsak insamlat under en lång period av eget kliniskt arbete samt via intervjuer av ungdomar, föreståndare och personal.

Den genomförda musikterapi dokumenteras med hjälp av skriftliga processbeskrivningar i samband med varje terapisesession samt i vissa fall även i form av videofilmer. Samtliga ungdomar i studien har varit informerade om mina processanteckningar, vilka ofta förts helt öppet, och samtliga har också gett sitt informerade samtycke till denna arbetsform.

En kontinuerlig dialog har efterhand utvecklats mellan ungdomarna och mig där inget i musikterapin har skett utan ungdomarnas insyn och frivilliga deltagande. Ungdomarna har även informerats om att dessa processanteckningar inte kommer att visas för någon annan person men att jag använder dem för egna reflektioner, behandlingsplanering och slutsatser. Skriftligt informerat samtycke finns för de ungdomar som intervjuas i studien. Vid avslutning av respektive behandlingsprocess genomförs dessutom en individuell genomgång av den musik och de bilder och texter som skapats. Ungdomarna får slutligen ta med sig sina bilder och dikter när de avslutar musikterapin och lämnar behandlingshemmet.

Genomförandeplan

Studien är explorativ och öppet undersökande utifrån syfte och forskningsfrågor.

- Musikterapi med ungdomarna
- Processbeskrivningar
- Innehållsanalys av processbeskrivningar
- Uppföljningsintervjuer

Implementering och samverkan

Implementeringen på detta behandlingshem startade lite ovanligt genom att jag under ett år arbetade med en av ungdomarna från behandlingshemmet i min dåvarande verksamhet i Göteborg. En av föreståndarna hade hört talas om musikterapi och bedömde att det skulle passa en pojke med ett särskilt förhållande till musik. Han fick komma regelbundet varje vecka med hjälp av personal. Vid terminsslutet bestämde vi tillsammans att han skulle få visa de andra ungdomarna på behandlingshemmet vad han hade gjort varje vecka när han var i Göteborg.

Vi hade arbetat med ”kärlek” som tema och han hade spelat och lyssnat på olika genrer av musik, målat bilder som han också skrivit dikter till. Dessa bilder och dikter sattes upp i ett rum på behandlingshemmet och så bjöd vi gemensamt in till ”vernissage”. Personal och ungdomar kom och tittade på ”utställningen” till den förinspelade musik som vi hade använt i terapin. Det stora intresset från övriga ungdomar och personal födde idén att flera av ungdomarna skulle kunna delta i denna form av musikterapi. Konsekvensen blev att jag efter ett år och ett par utställningar istället regelbundet åkte till behandlingshemmet och arbetade med de ungdomar som var intresserade. Mitt teta samarbete med föreståndare och personal ledde efterhand till att musikterapin inleddes som en ordinarie del av institutionens behandlingsarbete, vilket nu har fortsatt i 15 år (och sedan fem år tillbaka, i samband med detta avhandlingsarbete, överlämnades arbetet till en ny person som fortsätter musikärbetet).

Genom åren har jag deltagit i en rad olika möten och konferenser och fått lära mig mycket om dessa ungdomars liv och dysfunktioner. Från mitt håll har jag också i olika former introducerat personalen i musikterapeutisk teori och metod och stämt av olika idéer och gemensamma temaprojekt, i syfte att få hela personalgruppen involverad i denna kliniska verksamhet. Genomgående har personalen visat ett stort intresse och engagemang.

Musikterapeutiska interventioner

Under 12 år (1991-2003) arbetade jag som musikterapeut vid behandlingshemmet. Sammantaget har jag mött 24 ungdomar i kontinuerliga och fleråriga musikterapeutiska processer. I genomsnitt har jag behandlat 6 ungdomar per år, vardera med en genomsnittlig behandlingstid på 3 år och ca 35 musikterapisessioner per ungdom och år. För respektive ungdom handlar det således i genomsnitt om totalt ca 100 sessioner och för min del om sammanlagt ca 2400 musikterapisessioner.

Musikterapin bedrivs i ett separat litet hus i behandlingshemmets trädgård. Här finns olika musikinstrument och en stereoanläggning samt olika material för bildskapande. I musikterapin används en interaktiv metod med fokus på kommunikation och ett gemensamt improviserat uttryck. Piano, trummor och andra rytminstrument används aktivt av både ungdom och terapeut. Även inspelad musik kan förekomma i samband med rörelseövningar, avslappning och olika associationsövningar. Bildskapande och egna texter kring olika temaarbeten är också återkommande inslag, med musiken som sammanbindande länk för samtliga interventioner.

För var och en av dessa ungdomar har jag fört processanteckningar från varje session och i samband med temaarbeten dessutom spelat in videosekvenser för gemensamma samtal och analyser. Denna studie har således ett mycket omfattande kunskapsunderlag som naturligtvis inte kan redovisas i sin helhet, både av volym- och integritetsskäl.

Undersökningsmetoder

Det insamlade kunskapsunderlaget består primärt av processbeskrivningar av fleråriga musikterapier.

En uppföljningsundersökning genomfördes med två ungdomar under hösten 2011 och våren 2012, vilket innebar en uppföljning i genomsnitt 10 år efter avslutad musikterapi. Ungdomarna som har haft fleråriga behandlingsprocesser i musikterapi intervjuades i dialogform för att undersöka (se bilaga 7).

- Social situation/familj, skola, boende, sysselsättning
- Fysiskt och psykiskt mående
- Personliga resurser och självbestämmande
- Musikterapin -inriktning och innehåll/musik, bild, text
- interaktionen mellan musikterapeut - ungdom
- symbolisering / reflektioner runt känslor och upplevelser

En uppföljningsintervju i dialogform gjordes även med nuvarande föreståndare som följt musikterapiens hela process från starten, för att undersöka musikterapiens betydelse för behandlingshemmet i olika avseenden (se bilaga 8).

Undersökningsmetoder relaterade till studiens forskningsfrågor

Forskningsfråga 1. Vilka musikterapeutiska interventioner kan användas med aktuell målgrupp?

Musikterapin redovisas genom processbeskrivningar som kontinuerligt dokumenterar de metoder som använts samt redovisar processen i mötet mellan musikterapeut och ungdom samt hur denna påverkas och förändras vid användning av olika musikinterventioner.. Efter varje session dokumenteras vilken musik och vilka instrument som använts, vilka ytterligare aktiviteter som genomförts samt ungdomarnas uttryckta reflektioner.

Forskningsfråga 2. Vad händer med ungdomarnas upplevda fysiska och psykiska hälsa och livskvalitet vid deltagande i interaktiv musikterapi?

Ungdomarnas situation och process gällande fysisk och psykisk hälsa och livskvalitet har kontinuerligt stämts av både med ungdomarna i musikterapin och med ansvarig föreståndare och behandlingspersonal.

Forskningsfråga 3. Vad händer i ungdomarnas interpersonella relationer till musikterapeut och berörd personal i samband med interaktiv musikterapi?

Dokumentation av olika interaktionsprocesser genom processbeskrivningar under hela terapiprocessen gällande interaktion, roller, kommunikationsmönster, relationsdefinitioner, etc. gällande de principiella relationsdimensionerna: musikterapeut – ungdom, personal – ungdom, ungdom – ungdom och musikterapeut – personal.

Forskningsfråga 4. Hur utvecklas ungdomarnas symboliseringsprocesser vid interaktiv musikterapi?

Olika former av symboliseringar dokumenteras löpande i processbeskrivningarna och erhålls både via individuella samtal och dialogintervjuer med ungdomarna kring upplevelser av musikintryck, bilder, känslor, inre symboler och andra subjektiva upplevelser och reflektioner som initieras och stimuleras genom de musikterapeutiska interventionerna.

Resultat

Musikterapi med terapिसammanfattningar

Av samtliga processbeskrivningar har två valts ut för att här redovisas i en terapिसammanfattning i en strävan att primärt försöka belysa processen som helhet. Det handlar i realiteten om mycket långa processer med olika i karaktär och med båda könen representerade. Ungdomarna har gett sitt skriftliga informerade samtycke till sin medverkan i studien.

Personidentifierande uppgifter har ändrats för att säkerställa sekretess och integritet.

Terapisammanfattning med Lena (15 – 18 år)

Det är mycket sång i stunderna vi har tillsammans och redan första gången vi träffas börjar vi sjunga. Lena har svåra identitetsproblem och ett självskadebeteende som begränsar hennes aktiviteter. I ett temaarbete prövar vi nu att hitta en färg som passar till indianmusik för att göra en bild. Det blir bara blått -- inget mer på bilden. "Den är bara tom helt enkelt!" Vi fortsätter att sjunga sånger tillsammans ibland även tvåstämmigt och hon prövar också att skriva texter som jag sätter musik till. De är mest engelska texter som är komplicerade, långa och svåra att tonsätta. En del handlar om ensamhet i olika former, att känna sig utanför och annorlunda men också att existentiellt kunna se en mening i tillvaron. Vi har också börjat spela piano tillsammans lite försiktigt, enkla improvisationer som låter "bra" i våra öron och som speglar en känsla, ofta lite vemodig musik i långsamt tempo. Sakta men säkert börjar också texterna bli kortare och enklare att tonsätta så vi kan sjunga dem. Tanken är att kunna spela in sångerna och spara dem, hon är entusiastisk till detta och jobbar intensivt. Vi arbetar tillsammans i över en timma per gång nu och det har gått ett år nu.

Det är höst och vi har börjat på ett temaarbete om "Kontraster". Det är mörkt och ljust, kallt och varmt, fort och långsamt, rakt och krokigt, starkt och svagt. Hela behandlingshemmet är involverat så alla ungdomar och personal är med och arbetar, även maten innehåller kontraster. Temaarbeten brukar pågå i närmare en termin och avslutas med en utställning av bilder och dikter med en festlig invigning, musikaliska framträdanden och inbjuden personal. Vid flera tillfällen har även föräldrar och syskon varit inbjudna. Tanken är inte att arbetet enbart har syftet att leda fram till en avslutning med någon form av uppvisning. Det är snarare processen som leder fram till ett avslut som är syftet med arbetet.

Det visade sig att ungdomarna tyckte så mycket om detta med avslutning så numera ingår den alltid som en del i våra temaarbeten. Rent pedagogiskt visade sig detta vara av stort värde. Genom att avsluta på ett tydligt sätt fick projektet en tydlig tidsram, en början och ett slut.

Lena skriver sammanlagt tre egna sånger denna termin, som vi också spelar in. Hon gör dessutom klart sina bilder med tillhörande texter. En av dem skall hon ge bort i julklapp.

Nu är det vår och ett nytt tema, "Känslor". Olika sorters musik från olika genrer. Hur kan vi överföra en känsla till en bild? Det blir en utmaning. Ungdomarna får välja en känsla som de vill arbeta med individuellt och Lena väljer "glädje och kärlek". Vi sjunger olika sånger som handlar om glädje från olika genrer och börjar nu få en stor repertoar.

Hon skriver en ny sång som heter "crazy" och det är mycket skratt i våra sessioner. Det blir en sidenmålning till temat med röd bakgrund och ett guldhjärta. Bilden får en svart passepartout och en haikudikt om kärlek. Sången "Älska mig för den jag är" blir temasången och hon sjunger den på avslutningen inför både ungdomar, personal och föräldrar.

Eftersom vi har så långa sessioner tillsammans hinner vi med många olika moment varje session. Förutom temaarbetet som alla deltar individuellt i efter sin förmåga, hinner vi med olika improvisationer på piano men också att skriva egna sånger och sjunga andra sånger från olika genrer.

"De fyra elementen", jord, eld, vatten och luft, blir det avslutande temat för Lena och mig. Det blir fyra ganska små bilder med svart passepartout, varje bild har en bakgrundsfärg med en liten effekt som symboliserar de fyra elementen från en vit fjäder till svart jord. Varje bild utgår från förinspelad musik som jag valt ifrån olika genrer.

Eld kan till exempel symboliseras av indianmusik. För barn och ungdomar brukar jag välja lite mera konkret musik, i detta fall med de fyra elementen, ingår ljud från eld och vatten osv. Vi tittar på bilderna tillsammans och läser dikterna och konstaterar att vi har hunnit med mycket under nästan tre år. Lena skall flytta till eget utslussnings-lägenhet och gå färdigt gymnasiet. Det innebär att vi får avsluta vårt arbete tillsammans. Hon föreslår att vi skall träffas en sista gång och spela in alla sångerna vi har sjungit, det blir också avslutningen av vårt gemensamma arbete, tolv sånger på ett kassetband plus alla bilder.

Flera år efter att hon avslutat musikterapin och flyttat från behandlingshemmet, kommer hon plötsligt tillbaka till mig med en nyskriven sång om identitet som hon vill spela in. Den har en känslös text och vi får ihop en melodi som passar till. Inspelningen blir till belåtenhet!

Terapisammanfattning med Magnus (13-18 år)

Vi möts på gårdsplanen och ingen av oss vet nu att vi skall träffas regelbundet i fem år. Det är inledningen på en lång och ibland mödosam väg tillsammans. Han har ett grovt och ganska aggressivt språk och meddelar att det är han som bestämmer villkoren för vårt arbete. Den första sessionen (två minuter) kan man sammanfatta med ordet kaos. Känner mig osäker och blir stressad av situationen. Vi bestämmer att vi ses nästa vecka med nya krafter. Temat för terminen är "Kontraster", tydligt att använda både i musik, bild och rörelse.

Ny vecka och han har med sig alla sina gossedjur till musiken. Vi sätter upp dem i en prydlig rad och så vill han sjunga "Teddybjörnen Fredriksson". Det går bra i ca fem minuter sedan är han klar för idag. Gossedjuren och Magnus lämnar rummet tillsammans. Musik fyller en stor funktion i hans liv och han lyssnar gärna ensam i sitt rum. Helst skall det vara musik med många grova ord eller så sjunger han själv olika aggressiva ord till musiken. Tänker på vad som skulle kunna fånga honom musikaliskt, kanske en riktigt stor filtklubba och en golvpuka? Bestämmer en tydlig struktur som jag presenterar vid nästa tillfälle. Maxtid tio minuter och tre olika aktiviteter, han tycker det är okey och vi samtalar om hur det är att bo på behandlingshemmet.

Hösten går och vi har en fungerande och rätt rolig relation, där han gör de olika momenten och känner att han klarar det. Vi skriver en sång tillsammans och han målar en bild inom temat kontraster. En kall och en varm bild och vi använder guld och silver. Det blir så småningom också en dikt till bilden.

Vi har nu utökat aktiviteterna till fem moment. 1. En inledning där han får välja att lyssna på musik som jag har med mig. 2. Trumimprovisation till pianoackompanjemang. 3. Rörelse med rytmägg till musik. 4. En sagoberättelse om Magnus med improviserad musik som förstärkning. 5. Avslutning med tystnad.

Strukturen inom sessionerna gör att allt går mycket bättre och det är en nöjd Magnus som avslutar terminen med sina bilder på väggen tillsammans med alla de andras.

Ny termin och vi ser fram emot att arbeta med "Känslor". Det finns gott om det här och av alla sorter. Vi skall koncentrera oss på glad, ledsen, arg och sur. Han väljer att börja med känslan glad. Vi arbetar på och får ihop både bild, text och musik som avslutning till bilden. Avslutningen på temat, alla bilder på väggen och vi har som ett litet vernissage.

Personalen är inbjuden och alla ungdomarna bidrar i programmet med en sång eller annan improvisation. Idag hade Magnus som uppgift att klippa snöret som satt i dörren, som en signal till att nu börjar det. Det är vad han klarar av kollektiva aktiviteter. Han deltar inte i övriga gemensamma aktiviteter, men vi var båda nöjda.

Nytt tema. Vi skall arbeta med "de fyra elementen" jord, eld, vatten och luft. Magnus har ett praktikjobb som han kommer direkt ifrån till musikterapi. Han är lite trött och orkar inte så mycket men han målar en liten tussilago som växer i jorden.

Det går allt bättre att arbeta tillsammans. Han är mera samarbetsvillig och vi har en god kontakt med varandra. Ibland får jag gå ner till huset och hämta honom till terapin. Men det gör inget, vi småpratar på vägen till musikhuset och det blir en bra inledning.

Magnus vill gärna lära sig att spela piano och vi börjar lite försiktigt. Idag spelade han en liten improvisation för "maskarna i jorden och som vi inte kan se" på hans bild av tussilagon. Avslutningen på temat "fyra element" och efter en liten stund kommer också Magnus med. Vi avslutar med att göra ett vindspel i äppleträdet. Alla var med och både ungdomar och personal fick välja en kristall eller en fjäder att hänga upp. En fin installation i trädgården som fick hänga kvar, länge.....

Vi möts igen efter sommaren och jag har kommit överens med personalen om att höra vad ungdomarna själva önskar att arbeta med hos mig. Så denna vecka har vi ingen musik utan endast samtal. Vi sitter i soffan i vardagsrummet. Magnus och jag och har ett samtal om livet, jobbet och vad han skulle vilja göra tillsammans med mig. Det är, som jag upplever det, ett första "riktiga möte" med honom, som också ledde fram till att på ett mera ömsesidigt och konstruktivt sätt bestämma vad vi skall göra tillsammans. "Inget mer trams" sa han.

Vi skall spela piano mera och göra musik med olika karaktärer, som passar till de olika faserna i livet. Nu är det "Boggie Woggie" som övas varje vecka, "Familjen Adams låten" och "Björnes Magasin låten". Det kanske passar olika faser i livet

Idag sov Magnus sååå tungt när jag kom. Försökte väcka honom för jag ville så gärna fortsätta det som vi påbörjat så bra. Det tog sin lilla tid men så kom han med till musikrummet. Han hade övat på egen hand så det gick hur bra som helst att spela. Vi utökade repertoaren med "Baby elephant Walk".

En ny fas i vår relation börjar idag, Magnus sitter förberedd och väntar på mig när jag kommer. Vi spelar hela vår repertoar. Ett samtal om livet och livet där han bor nu i förhållande till tidigare. Det har gått tre år och han kan se med distans på vad som hänt. Vad vi har gjort i musikterapi tillsammans och om hur han en gång i början stod på uterumstaket och försökte störa när vi hade terminsavslutning.

Vi talar om det som varit svårt och att han vill både bli behandlad och känna sig mera vuxen nu. Han berättar om sin familj och sina syskon som hade varit och hälsat på i förra veckan.

Jag har varit på en utlandsresa i tre veckor, ett långt uppehåll. Han väntade idag också och jag hade med en stor djembetrumma från Gambia. Det blev ett positivt möte med trumman, Magnus och mig. Det är verkligen en ny relation. Han tycker att jag åker så långt för att träffa honom, "då är det minsta jag kan göra att vara med och spela"! En sida av inlevelse som jag inte tidigare har sett.

Ny vecka och efter lite trassel kom vi igång. Han var trött och orkade inte riktigt med idag. Han bad mig att spela något för honom och jag sa att jag spelar en låt som heter Magnus. Det blev en improvisation fylld av olika kontraster, kaos, mjuk ordning, flytande, aggressivt. Han njöt och ville höra den igen, jag spelade och när jag kom till det mjuka sa han "Anci, man måste vara hård för och klara sig"!

Vårterminen börjar idag och vi spelade tillsammans i 45 minuter! Efter spel på piano och trummor tillsammans hade vi en pratstund om livet framåt. Att hålla ut och att inte ge upp och att inte umgås med personer som inte är bra för en. Musiken är en del av framtiden att hålla ut, och att bli nöjd med sig själv. Magnus frågade om han fick ta lite av tiden från en kamrat som har flyttat. "Då kan vi hålla på i 60 minuter och det vore bra tror jag".

Idag var startsträckan 45 minuter varefter vi spelade i 30 minuter. Vi hittade olika trumkomp som han kände sig säker på att kunna spela. Tycker det är svårt att konkurrera med olika sorters TV spel! Tålamod.

Vi går tillbaka till att skriva egna låtar igen, pianospelet inte längre så intressant. Han ville skriva sina egna texter idag: "Personalen är skit, Personalen är mina slavar.....". Magnus är kung, Magnus är kung på jorden"!

Pianospel igen, nu gäller bara huvudtemat i "Phantom of the Opera". Stort tålamod från honom idag, svårt att spela det stycket helt på gehör. Nytändning i pianospelets konst och repertoaren utökas ytterligare med "Titanic" och "Für Elise". Det är en enorm utveckling för honom att kunna koncentrera sig så länge och genomföra det som han tänkt. Han är själv väldigt nöjd och glad.

En ny period av trötthet och motstånd, känner sig färdig med "Phantom of the Opera". Han vill spela "Für Elise" och jag börjar se att han vill likna en kille som har flyttat. Han får ju en del av hans tid, och han spelade också "Für Elise". Förstår inte riktigt varför han vill likna honom?

En intensiv tid där Tv-spelen dominerar tiden för de flesta ungdomarna Så trögt att komma igenom motståndet och göra något mera kreativt.

Det är vår och förändringarnas tid. Så även för Magnus och mig. Vi har för tillfället lämnat det aktiva musikskapandet och istället börjat pröva att associera till inspelad musik. Det startade med att han kände sig trött och ville ligga i soffan i musikrummet. Efter så lång tid tillsammans kan jag förstå att en trötthet infinner sig. Vi bestämmer att han får ligga och vila och lyssna på inspelad musik som jag väljer till honom. Vi kommer också överens om att han under tiden han hör musiken berättar vad som händer inne i honom, vilka känslor och bilder som kommer. Detta är en helt ny fas och ett nytt sätt att närma sig musiken. Vi tycker båda två att det är spännande. Första gången ligger han i soffan och vi småpratar lite om hur det skall gå till. Jag berättar, att jag skriver upp det som han kommer på att säga och att vi kan tala om det efteråt. Han ligger lugnt, avslappnat och blundar. Jag sätter på Bach's Air och musiken sätter snabbt igång hans associationer.

"Becksvart- skuggor som rör sig. Två färger som möts – grön och röd de kommer mot varandra, som skuggor. Vita prickar i det svarta".

Ny musik av Andreas Wollenveider, rytmisk musik på harpa. ” Det är en guldharpa, massa olika färger—som svävar runt. Höstlöv åker förbi—ett till- och ett till. Nu är det becksvalt igen slow motion –som när molnen skymmer solen. Stjärnor i det svarta och en måne. Vita prickar vänster sida, som om något kommer ut och in i bilden. Som om någon tittar på fast inte vill visa sig och som om någon smyger sig....Nu kommer en aura likt harpan mellan massor av färger. Det ser jag tydligast!”

Varje vecka lyssnar vi på ny musik och ett rikt flöde av inre bilder kommer fram. Terminen börjar gå mot sitt slut och vi avslutar med Händels (Largetto) ur Fireworks musiken.

”Det snöar --- Ett stort vitt skepp med segel, efter åker två änglar med, fast med gemensamma vingar och ett löv av guld – massor av guldsaker faller ner i mörkret. Änglar av guld faller ner. En drake som sprutar guld – jag hinner inte se allt det går fort nu.....En lång person med guldringar kommer....” Vi har ett fint samtal om varifrån alla bilder kommer, som att upptäcka en ny inre värld.

Den nya terminen börjar och vi utvecklar de ”inre bild-resorna ” med att också göra konkreta bilder med akvarellfärg till hans associationer. När de är klara ger vi bilden ett namn. Det blir ett sätt att bevara den inre bilden även utåt i den vanliga världen. En kreativ process som blir en helhet. En bild får namnet ” The shadow” och en annan ”Det blå”.

Vi skall göra en utställning med bilderna och använda musiken som har gett inspirationen till dem som bakgrund.

”Sacred Spirit” musiken fyller rummet. Indianmusik, rytmisk musik med lite nya klanger. Många rörliga associationer, svåra att fånga på papper. Till slut två bilder, en heter ”Regnbågen” och en ”Mysteriet”. Det är också en spännande process att se hur färgerna ”beter sig med varandra”. Hur de blandar sig, vilka nya färger som uppstår i blandningen. Olika känslouttryck kommer i bilderna allt från ilska till glädje över att lyckas i skapandet.

Många saker händer nu runt Magnus som distraherar och stör vårt arbete och koncentration. Jag meddelar honom att jag fixar passepartout till bilderna så de blir klara och att vi kan ha vår utställning lite längre fram.

Vi håller på att avsluta vårt långa arbete tillsammans. En separationsprocess för oss båda. Vi kan se tillbaka hur det var i början. Vi talar om framtiden och hur det blir att flytta från behandlingshemmet. Vi skiljs i en känsla av att vara som jämställda vänner.

Reflektioner kring fleråriga musikterapiprocesser

När man följer en musikterapi process över lång tid framträder några tydliga mönster som kan uppmärksammas och analyseras. De olika faserna i terapin kan liknas vid en spiralrörelse som drar sig sakta uppåt. Från den första trevande relationen som rör sig mot en ny nivå, som rör sig mot nästa osv. Upplevelsen kan ibland vara att det går långsamt, som att vi är tillbaka där vi började. Men något har hänt, det finns alltid en progression i rörelsen. Successivt byggs förtroende och tillit för att bära relationen till nästa nivå. Denna rörelse blir extra tydlig i de riktigt långa processerna.

Den interaktiva modellen tillåter ett varierat och fördjupat arbetssätt, som gör att det trots arbete över lång tid, kan upplevas som ett flöde i tiden och inte som ett upprepande. Anknätningssteorier och Sterns tankar om utvecklingen av de "olika självnen", känslöintoningen genom musiken samt hans tankar om vitalitet och arousal, tid, rum, kraft och intuition är starkt närvarande i denna musikterapi (se del II).

Ungdomarna blir också äldre under processens gång och de genomgår "helt naturligt" en utveckling, från att ha varit liten osäker tonåring till att bli en ung vuxen. Givetvis påverkas musikterapiarbetet också av detta på olika sätt. Tryggheten i relationen och i musiken som finns kvar kontinuerligt år efter år, har visat sig vara en positiv tillgång för ungdomarna. Mycket i deras liv är i gungning och om vissa saker ändå kan stå stabilt, kan ungdomens utveckling underlättas. Upplevelsen av att lyckas med något får mycket stor betydelse för dessa ungdomar med så många tidigare misslyckanden. I musikterapi kan man inte göra "fel" så här finns alltid en möjlighet att känna att man lyckas, eftersom arbetet tillsammans utgår från den enskilda individens förutsättningar och behov.

Strukturen i arbetet är av stor betydelse, den fysiska formen, rummet där musikterapi bedrivs, instrumenten osv. De upprepande momenten är också viktiga, exempelvis hur stunden är upplagd med inledning, terapeutiskt arbete och avslutning. Även terapiens innehåll, exempelvis i form av olika teman, har stor betydelse, så att det inte blir alltför rörigt med för många nya moment utan att vi upprepar det som är välkänt. Arbetet med olika teman gör att terminen blir uppdelad i olika faser, där varje avslutning på ett tema också innebär att något blir klart och något nytt kan börja. Många av ungdomarna har i sina liv ofta påbörjat skola eller andra aktiviteter som inte avslutas. Att följa en process över en längre tid som inleds och avslutas är viktigt att klara av och upplevs tillfredsställande av både ungdom och terapeut. Förhoppningsvis kan detta mönster även överföras till andra tillfällen och aktiviteter.

Samtalet om vad vi gör är ständigt pågående, där associationer och känslor också kan formuleras verbalt. För en del ungdomar är detta extra viktigt medan det för andra verkar räcka med musiken. Det är en balansgång att hitta tema och en lagom nivå som passar varje ungdom.

Innehållsanalys av processbeskrivningar

Analysen av det insamlade materialet i form av processbeskrivningar, handlar om att försöka koppla olika inre och yttre processer och aspekter av hälsa och livskvalitet till de musikterapeutiska interventionerna. I analysen av dessa beskrivningar framstår tydligt vissa tema (se tidigare i denna del om innehållsanalys). Dessa går att placera in i olika dimensioner och upplevelser.

- Interaktion: denna sker för samtliga ungdomar på fyra olika nivåer; genom musiken, intrapsykisk, interpersonell och strukturell nivå
- Emotion: kraftfulla positiva och negativa känslor
- Symbolisering: i olika former förekommer på olika nivåer och även på olika abstraktionsnivåer
- Jagstärkande: genom musiken och det musikaliska uttrycket stärks för många patientgrupper självkänslan och känslan av att lyckas

- Fysisk reaktion: allt från rysningar, gåshud, tårar till ”kvasifysiska” reaktioner som att känna sig viktlös, bli styrd och föras bort av musiken, fysiskt aktiv, avslappnad
- Existentiella och transcendentala aspekter: tankar runt meningen med livet, magiska och religiösa upplevelser

Citat som är hämtade från ungdomarna i musikterapin är skrivna med kursiv stil.

Bilderna och associationerna har de beskrivit under tiden de lyssnar på musiken och är direkt nedskrivna av musikterapeut.

Interaktionen med musiken är tydlig för alla ungdomarna. Flera är musikaliskt begåvade och hanterar och uttrycker sig på ett instrument eller genom sång.

För samtliga ungdomar är känslor av olika slag representerade, varav flera är negativt inriktade som sorg, ilska, vemod och känslor av misslyckande. *Jag är en ledsen cowboy som längtar efter kärlek och ett hem....* Musiken tillåter tillbakahållna känslor att bli synliga både i positiv och i negativ riktning. *Det är en begravning, en rocklegend. Man kan höra att de som sjunger gråter....* Musiken kan också bekräfta en känsla och i improvisationen kan den också uttryckas och utageras. *Roligt att sjunga tillsammans fast jag är så värdelös...*

Aggressiv musik används av flera ungdomar för att härbärgera sin egen aggressivitet men också för att få den bekräftad genom musiken. Negativa texter som handlar om våld, död och maktmusik används för att förstärka det negativa i livet. Denna typ av musik används generellt sett inte i musikterapin men vid något tillfälle har någon ungdom velat spela upp just denna musik för mig. Det har dock varit okey när vi gjort det i ett särskilt syfte exempelvis att lyssna på texten med funderingar runt varför denna musik blivit så stark för just denna ungdom, med kopplingar till barndom, uppväxt, skola osv. Många förknippar tidigare minnen till musik, särskilt sånger som de sjöng som barn eller musik kopplade till människor de träffat.

De flesta ungdomarna använder musiken på olika sätt i sitt dagliga liv. Några får ”kraft” av musiken, en del använder musik som avslappning och när de skall sova. Flera klarar inte av tystnaden utan använder musik som ”sällskap”. Någon använder musik vid fysisk träning, särskilt vid löpning och annan konditionsträning. Flera av ungdomarna beskriver att de ryser av musik, när det är något som de tycker mycket om. Många blir avslappnande av musik och använder den när de ska sova. Några beskriver att de vill ha rytmisk och stark musik när de skall städa eller träna. Många gillar att känna vibrationerna av ”basen i magen” och vill gärna lyssna på musik med stark volym. En del säger att den starka volymen för en stund kan överrösta jobbiga känslor.

De interpersonella relationerna med musikterapeut och övrig personal växlade i intensitet beroende på de olika faserna i terapin. Ibland ville någon ha en personal med sig till musikterapin och i de långa processerna utvecklades en nära allians med musikterapeuten.

Någon beskriver även en lyckokänsla när de exempelvis spelar piano och ”klarar av det”. I musikterapin upplever många av ungdomarna att de lyckas ”utan att det blir fel”. Deras självkänsla stärks och de upplever att de blir bekräftade. Flera beskriver att musiken är en stor del av deras liv och att de ”inte skulle kunna leva utan musik”.

Några av ungdomarna skrev även egna texter som vi tonsatte och spelade in.

I musikterapi är en av de viktigaste målsättningarna att ungdomarna kan bli bekräftade och få känna att de "lyckas". Musik har en stor fördel genom att den är "fri" i sin natur och inte presenterar en "färdig" förutbestämd mall eller roll som man skall passa in i. Musik kan inte delas in i "rätt och fel" eller "lyckad eller misslyckad". Musik är just och enbart "musik". I temaprojekten har musiken varit så varierad som möjligt. Musik från andra kulturer, klassisk musik, folkmusik, jazz och pop har varvats med egen improviserad musik. De flesta ungdomarna upplevde tydliga inre bilder och associationer både när vi lyssnade till inspelad musik och när vi improviserade tillsammans. *Ser tydliga bilder av den musiken, det är ett blankt hav och en lite ö långt borta....*

Bilderna som ungdomarna målade utifrån musiken uttryckte associationer och symboler av olika karaktär. När bilderna förstärktes av en text blev tolkningen av deras bilder lättare att genomföra. Flera kände sig nöjda över det sammanlagda resultatet och kunde i en del fall även uttrycka en blygsam stolthet över något som de själva hade skapat.

Existentiella frågor, tankar och funderingar om meningen med livet är ofta ett förekommande tema. Uppgivenheten av "att det spelat ingen roll vad jag gör, inget kommer ändå att bli bra" har i stort sett alla ungdomarna med som en följeslagare under musikterapiens inledande faser.

Uppföljningsintervjuer med ungdomar

Intervjuer i dialogform genomfördes med två ungdomar som haft kontinuerliga och fleråriga behandlingsprocesser i musikterapi och där det nu gått ca 10 år sedan musikterapi avslutades. De är nu mellan 28 och 30 år gamla, en pojke/man och en flicka/kvinna. Båda har nu egna boenden utanför behandlingshemmet. Det primära syftet med dessa intervjuer var att undersöka hur dessa ungdomar/unga vuxna nu i efterhand, retrospektivt beskriver hur de upplevde musikterapi under tiden den pågick.

Båda ungdomarna har skriftligt gett sitt informerade samtycke till sin medverkan i denna uppföljningsundersökning och personidentifierande karakteristika har ändrats eller utelämnats för att säkerställa sekretess och integritet (intervjuerna redovisas sin helhet i bilaga för studie III).

Intervjuerna spelades in och genomfördes i form av dialogintervjuer med öppna reflektioner - ur tre tidsperspektiv: före, under tiden och efter tiden på behandlingshemmet (se bilaga 7). Hela intervjuerna är inte återgivna utan delar av deras svar som sammanfattar det som var essensen. Intervjuerna omfattade olika frågeområden: (Intervjuerna finns att läsa i sin helhet i bilagan för Studie III)

- Social situation/familj, skola, boende, sysselsättning
- Fysiskt och psykiskt mående
- Personliga resurser och självbestämmande
- Musikterapi inriktning och innehåll/musik, bild, text
 - interaktionen mellan musikerapeut - ungdom
 - symbolisering / reflektioner runt känslor och upplevelser

För att tydliggöra intervjuerna redovisas en sammanfattning av de båda ungdomarnas svar på respektive frågeområde, citaten från ungdomarna skrivs med kursiv stil, där kvinnan betecknas K och mannen M.

Båda hade "trassligt" hemma med olika behandlingshem, fosterhem och barnpsykiatriska behandlingar före det aktuella behandlingshemmet. Ingen av dem hade en "vanlig" skolgång. De hade båda två hemundervisning periodvis, varvat med grundskola och för mannen även gymnasium utanför behandlingshemmet så småningom. Båda uppger att de i början av vistelsen mådde dåligt både fysiskt och psykiskt. Stora humörsvängningar med olika känslor representerade och även ätstörning i det ena fallet. Stor del av tiden, var i olika perioder, den ena ungdomen sängliggande med depressiva tankar.

De upplevde att de fick välja själva att delta i musikterapi, båda är musikaliskt begåvade och har ett stort musikintresse så det var inget som dom tvekade på, även om deltagandet styrdes av det aktuella måendet för dagen.

Vid genomgång en av respektive ungdoms hela musikterapeutiska process med hjälp av de individuella processbeskrivningarna väcktes många gemensamma minnen. Både tids- och närhetsaspekten blev tydlig i dessa processer och berördes vid flera tillfällen under samtalet. Det var anmärkningsvärt hur de mindes detaljer och händelser över den långa tidsperioden och hur musiken har gett så många minnen hos dem.

Nedan följer några av ungdomarnas kommentarer från denna genomgång.

K: Jag skrev en annan text till "Under Ytan" det var den första låten.

Tyckte om att måla och använda fantasin men jag gillade inte avslutningarna när man skulle visa det vi gjort för alla de andra. Ändå vågade jag spela piano inför alla ... och det var ju bra ... att jag vågade alltså. Nu kom jag på att jag håller på att ta upp detta med att spela piano. Jag har precis anmält att jag skall börja spela piano igen på en musikskola, jag måste bara våga gå dit. Det är det jag måste.....

Jag ville ju spela piano redan som liten men det blev ju aldrig, så när Du frågade valde jag bort gitarren och ville hellre spela piano.

Den bilden med glittret och elden minns jag De fyra elementen ...ja just det.

Jag fick en fin bok av Dig där jag skrev jag upp alla låtarna i. Eftersom jag inte kunde noterna så bra fick jag skriva bokstäver för alla tonerna. Det tog sin lilla tid men då kunde jag spela dom. Prelude eller något kunde jag bra, ja Ave Maria var det. Jag har kvar boken. Jag minns att jag ville sluta men jag vet inte varför nu – kommer inte ihåg. Jag var väldigt upp och ner och började på grejer som jag inte avslutade. Ville välja själv.....

Jag hade svårt att vara så nära på ett fysiskt plan och kunde inte säga det då. Tror kanske det var därför jag slutade, kommer inte ihåg. Mådde bättre när jag började igen, det hade ju gått en lång tid. Spelade Bridge over Trouble water fast Månskenssonaten kunde jag utantill, den spelar jag fortfarande.

M: Det var ju sången som jag minns allra bäst. Såå många olika sånger som jag gillade.

Det var kul att måla och jag hade lätt att skriva texter till bilderna och sedan satte vi musik till dom och sjöng. Tyckte alltid det var roligt med musiken... fast jag hade mina stunder där jag inte mådde så bra. Jag skrev långa texter som var svåra att göra melodier till men så småningom gick det bättre och jag minns att vi gjorde sånger. Minns också en bild, grönt gräs en fotbollsplan med ett silver mål och så jag i mitten med utsträckta armar och ben. Den har jag kvar, i källaren ligger den. Vi sjöng tvåstämmigt väldigt starkt, det har jag ett minne av och att vi skrattade mycket. Vågade jag verkligen sjunga på avslutningen? Det minns jag inte... eller kanske svagt.

Båda två kände sig motiverade att delta i musiken men kan nu i efterhand reflektera över situationer som uppstod när de ibland inte ville komma. Känslan av att bestämma själv var mest tydlig för den ena av ungdomarna medan den andra för det mesta tyckte det var roligt. Interaktionen med musikerapeuten fungerade på ett både roligt och personligt plan för den ena medan den andra hade perioder då hon kände sig tvingad och tyckte personalen var tjatig när hon ville ligga kvar i sängen.

Deras upplevelser runt symbolisering skedde inte på ett medvetet plan vid den tiden. Båda var däremot nog med texterna vi använde, de skulle vara meningsfulla och passa dem. Många känslor var representerade i arbetet och båda minns detaljer från olika tillfällen.

K: *Tänkte inte så mycket på sånt då! Mera att musiken har en stor betydelse i mitt liv och att den alltid har haft det. Texterna hade ju så klart en betydelse, dom var väl inte alltid så glada. Hade lite blandade känslor, gillade temat om "Mig själv" allra bäst. Du och jag hade samma favoritbok minns jag.....*

M: *Jag valde ju gärna sånger som handlar om sådant som berör en själv. Texterna var viktiga även de jag skrev själv, musiken skulle passa till. Känslan var att jag kunde vara mig själv att jag inte behövde vara på något särskilt sätt. Nu kan jag bara se det positiva i musiken vi hade, minns att det var roligt att få vara själv en stund. Det var ju ganska stökigt nere i huset ibland och det var lugnt i musikhuset.*

Idag bor de i egna lägenheter den ena i stödboende. För kvinnan känns livet lugnt och hon mår mycket bättre. Går i samtalsterapi och vill börja spela piano igen. Musiken är viktig i hennes liv och hon lyssnar mycket på musik. Hon har kontakt med sin familj och en kontaktperson men inte så många övriga vänner, förutom sina katter.

Mannen har egen lägenhet sedan flera år, har vidareutbildat sig inom teknik, tränar mycket både styrka och kondition. Använder musiken i träningen och gör remix av olika låtar med ett datorprogram. Musiken skulle han inte kunna leva utan, använder den hela tiden både i träningen och mera privat. Hjälper till med träning som instruktör och har massor av vänner inom idrotten. Han är utbildad domare i fotboll och målvaktstränare ungdomar. Han har en flickvän sedan ett bra tag och trivs med sitt liv nu.

Reflektion kring ungdomsintervjuer

Trots att det gått mellan 8 och 12 år sedan vi sågs, kändes kontakten oss emellan nästan helt oförändrad. Det var som om ingen tid hade passerat samtidigt som relationen, både för de unga vuxna och för mig, hade utvecklats till en mera vuxet jämlik och vänskaplig relation.

En intressant iakttagelse är att båda hade så starka och tydliga minnen av musikterapi när vi gick igenom processerna vi hade tillsammans. De minns detaljer och flera av bilderna och dikterna eller texterna som vi gjorde. Det framträder också tydligt att de hade två olika inriktningarna där den ena hade fokus på sången och den andra på att spela instrument. Symbolisering och reflektioner runt vilka känslor musiken väckte då, hade de inte så stor medvetenhet om. Nu kunde de blicka tillbaka på tiden vi hade tillsammans och på ett mera moget och analyserande sätt se de upplevelser de hade i samband med musikterapi. Det var en stor förmån och personlig glädje för mig att få möjlighet att genomföra dessa uppföljningsintervjuer med dessa ungdomar som nu blivit unga vuxna.

Uppföljningsintervju med behandlingshemmets föreståndare

Den nuvarande föreståndaren har följt det musikterapeutiska arbetet sedan starten 1991. Vi har haft ett tätt samarbete och stämt av musikterapin under tiden. Intervjun med henne gjordes under hösten 2011 och bygger på frågor om organisationen och behandlingsarbetet generellt. Den innefattar också forskningsfrågorna runt arbetet med musikterapi med ungdomarna och betydelsen av musikterapi på ett behandlingshem för så svårt dysfunktionella ungdomar. (se bilaga 8).

Barnen/ungdomarna själva tycker att de är med i planeringen och får vara delaktiga i den efter förmåga och ålder. Idag kan man också på ett annat sätt tala med ungdomarna om begrepp som behandlingsmål och terapi. Det var svårare förr att t.ex. säga att de skall gå i musikterapi. Då för ca 13 år sedan, när vi började vårt samarbete, kunde effekten vara att dom inte ville gå i terapi. Det var ett laddat ord och en aktivitet som man helst skulle undvika, vi valde att säga bara musik.

Behandlingshemmet arbetar efter en psykodynamisk grundsyn och har ett miljöterapeutiskt arbetssätt. Vanliga samtal är ofta svåra att genomföra, därför erbjuds istället olika aktivitetsstationer för eleverna, ridning, musik, bild, litteratur som de får välja att delta i.

Den genomsnittliga behandlingstiden är numera 3 år. Personalen har däremot en långvarig kontakt med flera av ungdomarna även efter att de har flyttat från behandlingshemmet, ibland med stöd, som exempelvis kontaktperson eller annan hjälp som de kan behöva.

Personalen har oftast en högskoleutbildning, exempelvis socionom, beteendevetare, fritidsledare eller behandlingspedagog. De arbetar tillsammans som ett team med läkare, psykolog och lärare. Läkaren är på behandlingshemmet var 14 e dag. Det finns en individuell behandlingsplan för varje elev.

Samarbetet mellan musikterapeut (både den då aktuella och den nuvarande efterträdaren) och personal har fungerat bra. Det har alltid varit en öppen kommunikation och planeringsarbetet har skett tillsammans med personalgruppen. Ofta har någon personal också varit delaktig tillsammans med elever som inte vågat eller orkat gå till musikterapin själva. Hela personalgruppen har varit informerad och delaktig i musikterapin, de har förberett eleverna, följt dem på vägen till musikhuset osv.

Musikterapi har varit och är en viktig del för institutionen som sådan och har gett ett gemensamt fokus, ofta har personalen deltagit i en del av temaarbetena. Avslutningarna och vernissagen har blivit en naturlig del i arbetet, som alla har sett fram emot. Både med en viss bävan om hur det skall gå men också med en stor glädje.

Alla olika konstnärliga uttryck har varit representerade vid flera tillfällen - musik, ungdomarnas bilder, ibland också personalens bilder, diabildspel med bilder på alla som deltagit men också videofilmer. Det kreativa skapandet har gett möjligheter för ungdomarna att hitta nya vägar till uttryck och kommunikation. När väl möjligheter att uttrycka sig erbjuds är ungdomarna ofta väldigt kreativa.

Musikterapi är identitetsskapande, kommunikationen uppmuntras, samspel och självutveckling är begrepp som förknippas med musiken och det kreativa skapandet. Det har genom åren varit många gemensamma projekt där samarbete om metod och innehåll funnits med. Förhållningssättet och inställningen till kreativt skapande har varit gemensamt.

Där fanns en kontinuerlig information till musikterapeuten om ungdomarnas fysiska och psykiska mående, förändringar av medicinering osv. Personalen var även delaktig genom att de ibland fick vara med och stödja ungdomar som hade det jobbigt i perioder. Den gemensamma målsättningen stod i fokus.

Glädjen hos ungdomarna när de berättade om när de hade lyckats och gjort något bra och som de var nöjda med var även uppmuntrande för övrig personal.

Musiken har ju fortfarande en stor betydelse på behandlingshemmet även om det nu har en delvis annan form. Vår och julavslutningar är viktiga och sedan ett antal år har verksamheten utökats med ett sommarprojekt med musik. Då deltar både personal och ungdomar och det brukar avslutas med en sommarkonsert som är väldigt uppskattat av alla deltagare.

Sammanfattning av Studie 3

Studien har sitt ursprung i ett långvarigt arbete som musikterapeut på ett behandlingshem, med inriktning på ungdomar mellan 13 och 18 år, med svår psykosocial och psykiatrisk problematik.

Studiens syfte var att utveckla och pröva en verksam modell för interaktiv musikterapi med fokus på de berörda ungdomarnas upplevda hälsa och livskvalitet.

Musikterapi bedrevs individuellt varje vecka, med sessioner mellan 5 och 60 minuter med samtliga ungdomar. Processbeskrivningar från dessa musikterapi med totalt 24 ungdomar över en tidsperiod på ca 12 år, utgör studiens grundmaterial.

Vid terminsavslutningarna kunde dessutom hela gruppen samlas utifrån olika temaarbeten som redovisades i olika utställningsformer med individuell närvaro under kortare eller längre tid.

Musikterapi utgick från ett interaktivt synsätt med utgångspunkt i varje individs behov, resurser och möjligheter. Musiken, som både var improviserad och förinspelad, stod i centrum för interventionerna. Bild, musik och texter användes i temaarbeten, både individuellt och i gruppaktiviteter där även personalen deltog.

Musiken användes även som kommunikation och uttryck då ungdomarnas verbala kommunikation ofta var begränsad. Det aktiva musikskapandet på olika instrument gav ramen runt aktiviteterna samt bild och text som oftast tonsattes tillsammans med ungdomarna och kunde framföras vid avslutningar av temaarbeten.

Studiens kunskapsunderlag utgjordes främst av noggranna processbeskrivningar från varje session med samtliga 24 ungdomar. Processbeskrivningarna bearbetas med innehållsanalys utifrån olika dimensioner och teman.

Dessutom genomfördes uppföljningsintervjuer i dialogform med behandlingshemmets föreståndare och med två av ungdomarna, ca 10 år efter musikerterapiens avslutning då de hunnit bli unga vuxna.

Olika aspekter i ungdomarnas rektioner blev tydliga i materialet. Samtliga ungdomar fick olika bilder och associationer, både i det individuella skapandet av improviserad musik men också till förinspelad musik. Fysiska reaktioner som att de ”ryser” eller blir avslappnade av musiken men även perceptuella och kognitiva reaktioner som associationer exempelvis till olika miljöer och till otäcka och skrämmande situationer. Musiken gav också upphov till olika emotioner som glädje, sorg, vemod, misslyckande och ilska, men också till existentiella frågor om livets mening och dödens realitet. Transcendentala upplevelser förekom även i några fall, där ungdomarna kunde uppleva sig som viktlösa och svävande eller i en annan verklighet. Musiken speglade ungdomarnas känslor och de uppgav genomgående att de upplevde att de lyckades och blev bekräftade i musikerterapien.

Symboliseringsprocesser förekom både till egen skapad musik och till inspelad musik. Vid en del tillfällen fick de i uppgift att associera och ibland framkom olika symboler helt spontant. I samband med bildskapandet uppmanades ungdomarna att hitta färg eller form som passade till musiken. Eftersom det var ett återkommande inslag i arbetet blev detta så småningom något ungdomarna hade lätt att genomföra. Ibland kunde vi också samtala om hur de upplevde sina bilder och texter men vanligen fick själva skapandet bli en del av bearbetningen för ungdomarna. Det fanns hos ungdomarna också ofta ett motstånd mot att analysera skeendet verbalt som de verkade uppfatta som något slags värderande inslag. Många uppgav negativa erfarenheter från andra tidigare behandlingssammanhang och ett stort mått av lyhörighet och försiktighet var därför nödvändigt i musikerterapien.

Ungdomarna hade genomgående svårt att relatera till andra människor. Musiken skapade en möjlighet till interaktion med mig som musikerapeut och med de andra ungdomarna men också till personalen. Personalen var ofta involverade även i det direkta musikerterapiarbetet då exempelvis en ungdom inte klarade av att komma själv till musikerterapien. Det täta samarbetet med personalen hade genomgående en positiv inverkan och vid flera temaprojekt deltog även personalen både i bild och musikskapandet. Då alla samlades för att avsluta ett tema blev ungdomarnas arbete synliggjort också för de andra. ”Vernissagen”, där allas bilder och dikter visades upp och där vi lyssnade till musiken som använts i projekten, gav goda möjligheter till interaktion mellan ungdomarna och med personalen.

Relationen till musikerapeut skiftade i olika perioder för respektive ungdom. Då processerna med ungdomarna pågick under flera år fanns givetvis perioder där de tyckte det var jobbigt att gå till musikerterapien och perioder då det gick lättare. Musiken uppfattades ändå genomgående som något lustbetonat och roligt vilket påverkade relationen och gemensam humor och skritt blev också återkommande inslag.

I tunga perioder fanns musiken som en bärare för en avslappnad och kravlös relation. Med tiden utvecklades den gemensamma musikerterapien till en trygg, avspänd och ”kamratlig” relation, vilket också tydligt framgick i de uppföljande dialogintervjuerna. Tillsammans kunde vi bygga en öppen och tillitsfull relation med en fungerande allians vilket i sig är ett viktigt resultat, med tanke på de involverade ungdomarnas svåra psykosociala och psykiatriska dysfunktioner.

De allra flesta ungdomarna som behandlas kommer så småningom ut i ett hyggligt fungerade liv utanför behandlingsinstitutionen. Dessa goda resultat sammanhänger rimligen med hela den samlade behandlingen med alla olika insatser från all engagerad personal.

Dock kan man konstatera att det går att bedriva en interaktiv musikterapi även med svårt psykosocialt och psykiatriskt störda ungdomar. Utifrån allt insamlat material under dessa år vågar jag därför dra slutsatsen att interaktiv musikterapi kan bidra till dessa ungdomars ökade hälsa och livskvalitet.

Resultatsammanfattning av de tre empiriska studierna

Gemensamt och målgruppsspecifikt

Avhandlingens övergripande syfte är att utveckla en modell för interaktiv musikterapi som kan anpassas till olika målgrupper. Som underlag för utvecklandet av modellen görs därför en jämförande analys av de olika målgrupperna i förhållande till de fyra forskningsfrågorna, gällande vad som är gemensamt och vad som är specifikt för de olika målgrupperna.

De fem målgrupperna som ingår i de tre studierna betecknas nedan som: **Dialys, Cancer, Psykiatri, Barncancer och Ungdomar.**

1. Vilka musikterapeutiska interventioner kan användas med olika patient/klientkategorier i sjukvård och psykosocial behandlingsverksamhet ?

Gemensamt

Musikterapins övergripande mål att bidra till ökad hälsa och livskvalitet gällde för samtliga målgrupper. Detta gällde alltså oavsett om patienterna bestod av små mycket sjuka barn, ungdomar i svåra psykosociala livssituationer och vuxna personer med kroniska sjukdomar eller livshotande cancer.

Det grundläggande förhållningssättet att utgå ifrån varje individs behov när det gällde musikterapeutiska interventioner, val av musik och innehåll i terapeutiska samtal var också gemensamt för samtliga målgrupper.

Musikterapins basala struktur där den terapeutiska situationen bestod av en musikterapeut som möter en patient/klient i ömsesidig interaktion var också gemensam för samtliga målgrupper. Strukturen, att dessa sessioner anpassades till respektive "vårdform" och genomfördes på patienternas "hemmaplan" och inom ramen för deras ordinarie behandling på sjukhus eller behandlingshem, var också genomgående.

Formen för musikterapisessionens uppläggning var även den gemensam för målgrupperna - med en kontaktskapande inledning, en snabb behovsanalys, en arbetsfas med höjdpunkt kring aktiviteten i musikterapi samt en tydlig avslutning av sessionen.

Målgruppsspecifikt

Dialys: Valet av musik och musikalisk genre varierade med individuella önskemål och enbart förinspelad musik användes. Patienterna var fysiskt låsta i sin dialysbehandling men flera kunde ändå delta i interventionerna med en kombination av musik, bild och text med en primärt jagstödande inriktning. Bearbetande terapeutiska inslag förekom dessutom för vissa patienter som önskade detta. Det var inte terapiprocessernas längd som avgjorde inriktningen utan snarare den enskilde individens hela livssituation som påverkade möjligheten och viljan att arbeta mera bearbetande. Sessionerna pågick från 30 minuter till 1,5 timma.

Cancer: Enbart förinspelad musik användes för denna målgrupp. Även en del av dessa patienter var fysiskt låsta i sin respektive cytostatikabehandling, men trots detta deltog de flesta i musikterapi med både musik, bild och text. Musikvalen varierade, allt ifrån klassisk musik till musik från andra kulturer. De flesta patienter fick starka musikupplevelser, inre bilder och symboler av musiken som omsattes till bilder och texter. Terapin hade i första hand en jagstödande, men i några fall även bearbetande, inriktning. Processerna varade i genomsnitt fem sessioner som ofta förlades över en relativt lång tidsperiod, ofta med tre veckor emellan tillfällena. Tidsmässigt varierade sessionerna från 30 minuter till 2 timmar. I några fall vid livets slutskede hade musiken en mera ”tröstande”, ”omslutande” funktion.

Psykiatri: Denna patientgrupp hade inga fysiska sjukdomar som begränsade deras rörelseförmåga och samtliga deltog i musikterapeutiska gruppinterventioner, flera hade dessutom individuella sessioner. Valet av förinspelad musik gjordes gemensamt med patienterna, möjligen med en viss styrning från musikterapeut som kom med olika förslag att välja mellan. Musik, bild och text förekom i första hand i grupp-sessionerna och här gavs också tillfälle att kommentera och samtala om varandras bilder och texter. De individuella sessionerna hade mera inslag av att lyssna på förinspelad musik i kombination med fria associationer och dialogsamtal. Sessionerna hade en tydlig form med inledning, höjdpunkt och avslutning. Gruppinterventionerna varade ca 1,5 timma och de individuella ca 1 timma.

Barncancer: Utmaningen i musikterapi med dessa små mycket sjuka barn var i första hand att fånga barnens men också föräldrarnas intresse för musiken. Samförstånd med föräldrarna var förutsättningen för musikterapi eftersom de var närvarande och delaktiga under hela processen och föräldrarna fick också en viktig roll i arbetet. Relationen blev ofta lekfull och positiv, ofta som en motvikt till den tunga situation med sjukdom, oro och krävande medicinska behandlingar som rådde. Föräldrarna fanns dessutom kvar efter musikterapi och kunde inspireras till att fortsätta med sånger och andra aktiviteter mellan sessionerna. Vid något tillfälle lämnade jag också kvar instrument som barnet var extra förtjust i. Målsättningen med musikterapi med denna målgrupp kunde inte karakteriseras i termer som jagstödande eller bearbetande, utan handlade mera att se vad som överhuvudtaget var möjligt att göra metodmässigt i musikterapi med denna målgrupp under rådande svåra förutsättningar. Överraskande nog gick det att göra väldigt mycket med denna grupp. Barnen var genomgående förvånansvärt aktiva och musiken verkade fylla en copingfunktion för föräldrarna i deras utsatta situation. I första hand användes lekbetonade interventioner med improviserad musik tillsammans med barnen. Förutom gemensam improvisation på enkla instrument, improviserade egna sånger och kända barnsånger, involverades även leksaksdjur och andra ting som barnen tyckte om i interventionerna. Sessionerna varade från ca 15 minuter till 1 timma och fick helt anpassas till barnens fysiska mående och pågående medicinska behandling.

Ungdomar: Med denna grupp var improvisation på olika instrument den inledande musikaktiviteten för samtliga ungdomar. Musiken inspirerade och uppmuntrade ungdomarna till kommunikation och i vissa fall blev musiken också en möjlighet att kommunicera utan ord. Många inneboende känslor och tankar kunde formuleras genom musiken. Interventionerna bestod av musik i kombination med bild och text för samtliga ungdomar. Inriktningen var i huvudsak jagstödande och bekräftande men övergick vid de längre processerna ofta till att också innehålla bearbetande inslag. Tiden sessionerna varade varierade över tid från 5 minuter till 1,5 timma, beroende på ungdomarnas dagsform.

Vid temaarbete i grupp användes även inspelad musik i kombination med bild och text. Inspe­lad musik användes också i interventioner med inslag av avslappning och fantasiresor till musiken.

2. Vad händer med patienters/klienters upplevda fysiska och psykiska hälsa och livskvalitet vid deltagande i musikterapi ?

Gemensamt

För samtliga målgrupper verkar den upplevda livskvaliteten påverkas i positiv riktning. De vuxna personerna uppgav genomgående att de upplevde en förbättring i sitt respektive psykiska mående. De små barnen kunde inte verbalisera denna typ av upplevelser men blev märkbart gladare och mera aktiva i samband med musikterapin vilket också bekräftades av deras föräldrar.

De fysiskt svårt sjuka patienterna blev inte ”friskare” i meningen att deras mätbara sjukdomstillstånd förbättrades. Det skulle dessutom vara mycket svårt att påvisa vad av eventuella hälsoeffekter som specifikt utgjordes av musikterapin då de parallellt genomgick ett antal andra medicinska behandlingar. Flera patienter uppgav emellertid att vissa av dessa medicinska ingrepp lindrades och att musikterapin hade en avledande funktion i den övriga behandlingen, exempelvis vid cytostatika- och dialysbehandling.

Målgruppsspecifikt

Dialys: För dessa patienter innebar musikterapin ett avbrott i samband med behandlingen som tog upp stor del av deras liv och tid. Flera patienter och även personal uppgav att det kändes ”lättare” den dag som de visste att de hade musikterapi. De patienter som hade längre processer upplevde det befriande att få skapa och uttrycka sig i bild och text. Musikterapin påverkade deras självkänsla i positiv riktning och de upptäckte nya sidor hos sig själva. Flera uppgav också att de tyckte det var skönt att tala med någon som kom ”utifrån i civila kläder”.

Cancer: Denna patientgrupp upplevde att musikterapin fungerade som en positiv motkraft till det som upplevdes negativt i den övriga behandlingen. De patienter som fick behandling med cytostatika parallellt med musikterapin upplevde det ”lättare” att inte behöva vara ensamma under tiden behandlingen pågick och att samtidigt få skapa och uttrycka sig kreativt. Några patienter uppgav att detta påverkade dem i så positiv riktning att de åkte till sjukhuset en gång i veckan extra för att få musikterapi utanför sin ordinarie behandling. En patient lånade också med sig den använda musiken hem för att underlätta sitt dåliga mående efter behandlingen.

Psykiatri: Dessa patienter var inte fysiskt sjuka och tillfrisknandet var också tidsmässigt snabbare, från riktigt dåligt psykiskt mående till ett någorlunda fungerande liv. Det blev därför inte så många sessioner i genomsnitt på grund av att in­neliggandetiden på sjukhuset sällan var mer än tre veckor. Flera återkom dock under projekt­tiden och då fortsatte även musikterapin. Denna målgrupp upplevde genomgående musiken, både individuellt och i grupp, som en tillgång för att bearbeta sin situation. Flera uppgav även att de genom musikterapin fick tillgång till inre känslor som de inte haft möjligheter till under en lång tid.

Barnancer: De små barnen var så allvarligt fysiskt sjuka att det inte gick att utläsa hur musikterapin påverkade dem i fysik bemärkelse. Musiken hade däremot en avledande funktion när det gällde barnens övriga behandling med exempelvis cytostatika. Tiden gick fort och barnen hamnade i ”sin friska ”zon, i ett ”lekområde” vilket också påverkade föräldrarnas syn på sitt barn.

Ungdomar: De fleråriga musikterapiprocesserna påverkade ungdomarnas livskvalitet på längre sikt, tiden och ungdomarnas utveckling tillsammans med den övriga behandlingen påverkade deras sammantagna mående i positiv riktning. Flera upplevde att musikterapin bekräftade deras känslor och att de också stärktes i sin ”jagkänsla”. Upplevelsen av att lyckas med något i sitt liv fanns ofta med i deras samtal i musikterapi.

3. Vad händer i patienternas/klienternas interpersonella relationer till musikterapeut och berörd personal i samband med musikterapi ?

Gemensamt

I samtliga studier var berörd personal delaktig i någon form, allt ifrån att ge medicinsk behandling, som dialys och cytostatika, under tiden musikterapin pågick, till att vara direkt närvarande och engagerade i musikterapin. Oftast var dessutom personalen delaktiga i att informera och uppmana patienterna att delta i musikterapin. Genomgående uttrycktes positiva upplevelser av detta engagemang både av patienter/klienter och av berörd personal.

Interaktionen mellan patienter/klienter och musikterapeut upplevdes genomgående som välfungerade av både patienter/klienter, av berörd personal och av mig som musikterapeut. I många terapier utvecklades efterhand nära personliga relationer med förtroende, allians och ömsesidig interaktion, både i musiken och verbalt. Många uppgav också att de såg det som en fördel att musikterapeuten kom ”utifrån” och ”in i” verksamheten, vilket både uppfattades som positiva avbrott i den ordinarie verksamheten och gynnsamt för förändringsprocesser genom att förmedla nya perspektiv och upplevelser till ökad livskvalitet.

Målgruppsspecifikt

Dialys: Dialyspatienterna relaterade till mig som terapeut på ett tydligt personligt sätt, särskilt i de tidsmässigt långa processerna. Förutom sjuksköterskor och kuratorer var också flera andra personalgrupper från sjukhusbibliotek och sjukhuskyrkan involverade i ett samarbete runt musikterapin.

Cancer: I denna grupp förekom stora variationer av interpersonella relationer både till mig som musikterapeut och till övrig involverad personal. Dessa patienter relaterade från början mera till musiken i sig än till mig som musikterapeut, kanske beroende på sin livshotande situation. I de längre processerna utvecklades efterhand en tydligare behandlingsrelation med förtroende och allians.

Psykiatri: På psykiatriavdelningen var övrig personal inte så involverad i patienternas beslut att delta i musikterapin utan patienterna hade efter information mera enskilt bestämt sig för sitt deltagande.

Dessa patienter var de som generellt hade de snabbaste terapiprocesserna, antagligen för att de överlag hade ett tydligt fokus på att komma ut ifrån avdelningen. Denna grupp genomgick också de största förändringarna i positiv riktning i sitt psykiska mående. Här fanns från början en tendens till skepsis mot alla former av terapi och terapeuter men tilliten till mig som terapeut växte efterhand som vi lärde känna varandra och i de flesta fall utvecklades vår relation till en varm och respektfull allians.

Barnancer: Barnen kopplade snabbt ihop mig som person till musik och något som var lustfullt. En liten flicka började exempelvis dansa i sängen redan då hon såg mitt ansikte i fönstret till hennes rum. Med föräldrarna utvecklades oftast en känslomässigt nära personlig relation. De blev djupt involverade och deltog aktivt i musikterapi och utan en fungerande relation oss emellan hade arbetet inte gått att genomföra. Sjuksköterskorna medverkade aktivt genom att utifrån pågående medicinska behandlingar välja ut patienter för dagens musikterapi och flera läkare var mycket engagerade och följde projektet med stort intresse. Lek-terapeuterna vid avdelningen var också ett stort stöd som mina samarbetspartners i arbetet med musikterapi.

Ungdomar: I de långvariga behandlingsprocesserna med ungdomarna och mig som musik-terapeut genomgick våra relationer olika faser, allt ifrån att ”allt var jobbigt” till en nära och vänskaplig behandlingsrelation med förtroende och allians. Liksom psykiatripatienterna var denna grupp generellt skeptiska till terapi och den kontroll som de upplevde att denna innebar i deras liv. Med dessa ungdomar genomfördes därför fleråriga och genomgripande musik-terapi utan att vi alltid betecknade detta som musikterapi och mig som ”terapeut”. Behandlingshemmets föreståndare och personal var genomgående mycket intresserade och delaktiga och det har funnits en ömsesidig glädje i att försöka utveckla och pröva vad som är möjligt inom ramen för musikterapi. Personalen medverkade även i planering och genomförande av gemensamma temaarbeten och relationen till mig som musikterapeut fungerade konstruktivt och konfliktfritt genom alla år.

4. Hur utvecklas patienternas/klienternas symboliseringsprocesser genom deltagande i musikterapi ?

Gemensamt

Samtliga målgrupper uppgav starka känslomässiga upplevelser i musikterapi vilka gav upphov till bilder/symboler, som de också hade möjlighet att uttrycka genom musik, i bilder och i många fall också i egna texter. Flera upplevde även att anhöriga och andra personer som stod dem nära hade fått se en ny sida hos dem genom deras bilder och textskapandet. De små barnen uttryckte inte dessa processer verbalt utan i form av aktiv lek i vilken också föräldrarna engagerades. Bearbetningen och analysen av upplevelserna var för samtliga grupper dels beroende av musikterapiens tidslängd och ”närhet” i relationen till terapeuten, dels beroende på deras psykiska och fysiska mående samt deras förmåga och intresse att bearbeta sin livssituation.

Målgruppspecifikt

Dialys: Patienterna hade långa och intensiva processer som i några fall även resulterade i små utställningar på avdelningen och i sjukhusets foajé av deras bilder och dikter. De upplevde det positivt att få visa vad de skapat och fick, både från personal, medpatienter och anhöriga, bekräftelse och positiva reaktioner. I flera fall gjorde musikerterapin patienterna uppmärksamma på sidor hos sig själva de inte tidigare varit medvetna om. Patienterna uppgav genomgående en starkt självkänsla och i några fall tydligare egna inre gränser. Musiken väckte också tydliga minnen och upplevelser från tidigare i livet när de var friska, vilket skapade både positiva och negativa känslor. De patienter som hade längre processer lärde sig efterhand att snabbt fånga de inre bilder och symboler i samband med musiklyssningen. För dessa blev det också en pedagogisk process där de också efterhand blev duktiga i att snabbt fånga upp själva formen för musikerterapin.

Cancer: Symboliseringsprocesserna i samband med musikerterapin innehöll material på många olika nivåer. Minnen från barndom, människor som betydde mycket i livet, tankar om meningen med livet och en osäkerhet om framtiden. Bildarbetet och texterna till musiken blev starka och uttrycksfulla och flertalet uppgav att det var skönt att ”få ur sig” olika känslor i något konkret.

Psykiatri: Musikerterapin i grupp blev annorlunda än den individuella behandlingen eftersom grupprocessen påverkade resultatet på ett dynamiskt sätt genom att alla blev delaktiga i varandras upplevelser. De lärde sig att uppleva och uttrycka inre bilder och symboler till musiken vilket skapade en varm atmosfär av att vilja hjälpa varandra att tolka bilder och texter utifrån musiken. Viljan till utveckling var stark och flera patienter genomgick positiva psykiska förändringar under perioden i musikerterapin.

Barncancer: De små barnen hade symboliska upplevelser i form av lek med olika djur och stenar och även instrumenten i sig kunde ibland bli symboler för olika känslor. I sagoform och ”hittepålekar” kunde de mest fantastiska scenarier utspelas i sjukrummet. Barnens förmåga att gå in i sitt ”lekområde” och glömma tid, rum och sjukdom var påtaglig. Flera barn bearbetade sin situation genom leken men också genom att olika instrument fick illustrera exempelvis farliga djur eller annat man var rädd för. Några barn ”tog över” musikerterapin och ville bestämma över alla i rummet, vem som skulle spela på vilket instrument osv. Instrumenten fick även agera som olika roller av exempelvis känslor som arg, ledsen, glad eller ensam.

Ungdomar: Ungdomarnas symboliseringsprocesser var av mycket varierande slag. I terapins inledning fanns vanligen inte något symboltänkande med som en naturlig del. Ofta var den psykiska problematiken så påtaglig att terapin fick inriktas på kommunikation och uttryck på ett mera konkret plan. Utvecklingen för i stort sett alla ungdomar gick från en mera kommunikationsinriktad musikerterapi till en mera symbolinriktad. Några av ungdomarna hade svårigheter med abstrakt tänkande och för dem blev bildarbetet till stor hjälp i att illustrera tankar och känslor. Den improviserade musiken innehöll många olika nivåer av symboler och hjälpte ungdomarna att hantera och uttrycka sina ofta starka känslor. Eftersom processerna var fleråriga fanns det också tid till ett inlärningsmoment i musikerterapin, som hjälpte ungdomarna att kunna lita på och upptäcka sina olika talanger och förmågor. Flera av ungdomarna hade en stor musikalisk talang vilket utvecklades över tid så att de också kunde uttrycka sig på olika instrument. För i stort sett alla ungdomar skedde en stor utveckling i deras möjlighet till uttryck och symbolisering.

Slutsatser

Tre interventionstudier har genomförts för ökade kunskaper i utveckling av en modell för interaktiv musikterapi som kan anpassas till olika målgrupper.

Musikterapi har bedrivits inom olika verksamheter och med olika målgrupper, från små barn till vuxna patienter med olika dysfunktioner. Implementeringsarbetet med att integrera musikterapi i ordinarie verksamheter fungerade tillfredsställande i samarbete med engagerad personal. Den planerade musikerapeutiska formen med interaktion mellan terapeut och patienter/klienter fungerade genomgående med förhållningssättet att anpassa musikterapi till patientens/klientens behov och önskemål. Samtliga klienter/patienter uppgav positiva upplevelser av interaktionen med musikerapeut och musiken kunde användas som kommunikationsmedel, både för kontaktskapande och stimulans till verbal kommunikation och som medel för ickeverbal kommunikation, exempelvis med små barn och avskärmade tonåringar. Samtliga målgrupper uppgav känslomässiga upplevelser med inre bilder och symboler kopplade till musiken vilka i många fall också kunde uttryckas i målade bilder och egna texter. De små barnen stimulerades i musikterapi till lek och aktivitet och ökad interaktion med sina föräldrar.

Val av musik och genre, av förinspelad eller improviserad musik, av jagstödande eller bearbetande inriktning samt av möjligheterna att kombinera musiken med bild och text, påverkades både av de berördas behov och önskemål och av målgruppens ålder, mognad, livssituation och dysfunktioner samt av hänsyn till andra pågående behandlingar. För vuxna med allvarliga somatiska sjukdomar fick musikterapi främst en inriktning mot existentiella livsfrågor medan psykiatripatienterna vanligen kopplade inre bilder och symboler till sin psykiska problematik. För ungdomar med svåra psykosociala livssituationer fick musikterapi en jagstödande och identitetsstärkande funktion med musiken som kommunikationsmedel. De små barnen med livshotande cancer fick genom musiken tillgång till ett salutogent lekområde där de kunde vara aktiva och engagera föräldrar och musikerapeut. Musikterapi bidrog i samtliga målgrupper till förbättringar av upplevd livskvalitet och psykiskt mående och kunde även fylla en lindrande funktion vid svåra medicinska behandlingar. Även om dessa psykiska förbättringar indirekt också kunde få positiva fysiska hälsoeffekter kunde dessa inte specifikt knytas till den genomförda musikterapi då andra behandlingar bedrevs parallellt.

Sammanfattningsvis har de empiriska studierna påvisat musikterapins positiva effekter på upplevd livskvalitet samt gett värdefulla kunskaper gällande vilka aspekter i den interaktiva musikterapi som är generella och vilka som behöver anpassas till berörd målgrupp.

Hur dessa kunskaper omsätts i en modell för interaktiv musikterapi - redovisas i nästa Del IV.

Del IV

Modell för Interaktiv musikterapi

Del IV presenterar ett förslag till modell för interaktiv musikterapi.

Inledningsvis redovisas modellbegreppet samt modellens kliniska bakgrund och teoretiska influenser.

Därefter presenteras de dimensioner som tillsammans bildar modellen: Värdegrund, Brukarperspektiv, Implementering, Målgrupp, Interaktion, Musik som kommunikation, Tid och närhet, Interventioner med musik-bild-text-rörelse, Symboliseringsprocesser, Musikterapeutiska metodval samt Kompetens och utvärdering. Dimensionerna förtydligas genom korta vinjetter.

Modellredovisningen sammanfattar de aspekter som är gemensamma för samtliga målgrupper och vilka som bör anpassas till respektive målgrupp, verksamhet och enskild klient.

Avhandlingen avslutas med en återknytning till musikterapi och folkhälsa, en reflektion över för och nackdelar av valda forskningsmetoder, modellens styrkor och svagheter samt mina olika roller och några idéer om framtida forskning.

Modell som begrepp

Ordet modell kommer från Latinets *módulus* som betyder mått (stock), skala. I vetenskaplig bemärkelse betyder detta vanligen en representation av ett fenomen. I denna bemärkelse blir därför en modell en abstraktion, som en slags karta över varför, hur och i vilket sammanhang musikterapi kan genomföras. Modellbegreppet används i en rad sammanhang för att få en systematiserad och täckande bild av ett fenomen. Socialstyrelsens Nationella Informationssektion använder exempelvis modellbegreppet för att skapa en teoretisk grund att förklara och förstå begreppet hälsa. Modellen innehåller olika komponenter som anknyter till olika hälsorelaterade tillstånd.

Inom musikterapiämnet finns det ett antal metoder och en del modeller av olika dignitet och innehåll (se del II). Det är inte alltid en så tydlig distinktion av vad som skiljer modell från metod, vilket skapat en viss förvirring i musikterapisammanhang. För att klargöra modellbegreppet väljer jag att använda Bruscias definition:

”A *method* is a particular type of music experience that the client engages in for therapeutic purposes; a *variation* is the particular way in which the music experience is designed; a *procedure* is everything that the therapist has to do to engage the client in that experience; a *technique* is one step within any procedure that the therapist uses to shape the client’s immediate experience; and a *model* is a systematic and unique approach to method, procedure and technique based on certain principles” (Bruscia 1998,115).

Modellbegreppet i denna avhandling är den samlade helheten av värderingar, teorier, metoder och praktik som tillsammans utgör modellen för interaktiv musikterapi. En del dimensioner är gemensamma för samtliga målgrupper medan andra måste anpassas till målgruppers specifika behov och resurser. I kliniskt arbete tar man dessutom alltid hänsyn till den enskilda individens behov, resurser och livssituation. Modellen presenterar gemensamma dimensioner i interaktiv musikterapi. Delarna bildar tillsammans en helhet för ökad förståelse av musikterapis komplexa processer. Ambitionen är att skapa överblick, struktur och vägledning i arbete med musikterapi och modellen skall således varken användas som en regelbok i metodik eller som måttstock för att mäta resultat.

Inledningsvis sammanfattas modellens kliniska bakgrund och teoretiska influenser.

Därefter redovisas modellens dimensioner:

- Värdegrund
- Brukarperspektiv
- Målgrupp
- Implementering
- Målgruppsanalys
- Interaktion
- Musik som kommunikation
- Tid och närhet
- Musikterapeutiska metodval
- Interventioner med musik - bild - text - rörelse
- Symboliseringsprocesser
- Kompetens och utvärdering.

Avslutningsvis sammanfattas de dimensioner i modellen som är gemensamma oavsett målgrupp och de som bör anpassas till målgrupp, verksamhet och individ.

Modellens kliniska bakgrund

Tankar runt en mer generell modell för interaktiv musikerterapi har funnits hos mig under lång tid och har utvecklats successivt, främst i det kliniska arbetet. Jag har haft förmånen att i olika former av musikerterapi få möta en mängd barn, ungdomar och vuxna med varierade funktionsförmåga - små barn och vuxna med autism, barn, ungdomar och vuxna med svåra fysiska, psykiska och kognitiva funktionsnedsättningar, skolbarn med koncentrationsproblem, ungdomar och vuxna med svåra psykiska problem och diagnoser samt barn och vuxna med allvarliga somatiska sjukdomar. Dessa individer och grupper har jag mött i olika miljöer, verksamheter och sammanhang vilket påverkat möjligheten till musikerterapeutiskt arbete. En successiv utveckling av modellen har således skett i nära samarbete med både elever, klienter, patienter och anhöriga samt personal från dessa olika områden.

Uppskattningsvis handlar det om sammanlagt 3000 barn och vuxna som under många år och i olika former har deltagit i utvecklingen av denna modell. Interaktionen genom musiken i dialog mellan klient och terapeut, med både verbal och icke-verbal kommunikation, har varit i fokus. Musiken har varit utgångspunkten men kombinationen med bild, text och rörelse har förstärkt möjligheterna till uttryck, såväl konstnärligt som terapeutiskt. Modellen bygger därför inte enbart på musik i avgränsad bemärkelse, utan både när det gäller arbete i grupp och individuellt och beroende på terapeutisk och pedagogisk inriktning, har den fått utvecklas och anpassats efter respektive målgrupp och verksamhet.

På särskolan i Göteborg arbetade jag som musiklehrare och konsulent. När jag mötte dessa barn med varierande kognitiv och fysisk förmåga fanns ingen möjlighet att arbeta traditionellt efter en fastställd läroplan. Hur gör man om barnen inte sjunger med, om de inte har något verbalt språk, om de inte kan röra sig osv? Det var här som alternativa arbetssätt med musik började ta sin form. Sång med teckenspråk och andra rörelser blev ingången till att möta dessa barn, sånger med enkla improvisationer på olika instrument där barnen fick turas om att vara i centrum.

Rebecka-projektet i Göteborg startades för utveckling av boende och aktiviteter för barn och vuxna med autism. Det fanns få ingångar till ett möte för denna grupp, men musiken visade sig ha möjligheter till både kommunikation och utveckling.

I kulturprojekt i Göteborg i olika skolklasser i samarbete med lärare och andra pedagoger, fick vi möjlighet att i temarbeten med musik, bild och rörelse försöka utveckla dialogen mellan barnen. Barnens snabba förmåga att associera och fånga bilder till musiken fick mig att våga pröva bildens betydelse i en kreativ symboliseringsprocess också i musikerterapi.

Parallellt med kliniskt arbete har jag genom åren haft förmånen att möta lärare som vill lära sig mera om hur man kan använda kreativa uttrycksätt i arbetet med barn. Det blev en utmaning att utveckla metoder för musik och bildskapande som också kunde förmedlas på ett kortfattat och konstruktivt sätt. Musik, rörelse, bild och text började finna en praktiskt genomförbar form som också gick att pedagogiskt förmedla.

”Mousiké - för barnen och de sköna konsterna”, var en egen stiftelse med en omfattande musikverksamhet under ca 10 år. Självt mötte jag barn mellan 1 och 3 år gamla som kom tillsammans med sina mammor eller pappor och ibland syskon. Musiken, leken och rörelsen i dessa barngrupper utvecklade tankarna om betydelsen för små barn att få uttrycka sig kreativt.

Interaktionen via musiken mellan barnen och deras föräldrar blev också tydlig och fyllde även en positiv funktion i deras inbördes relationer.

Under denna period arbetade jag parallellt som musikerapeut på ett behandlingshem. Här blev utmaningen att hitta kreativa former för arbetet satt på sin spets. Ungdomarnas svåra psykiska problematik och utagerande beteende utmanade olika vägar för att överhuvudtaget kunna nå fram till dem. Med musikens förändringspotential och mycken möda hittade musikerapin efterhand en form där samarbetet med personalen var en förutsättning för att arbetet skulle gå att genomföra. Både symboliseringsprocesser i individuell musikerapi och temaprojekt med musik, bild och text utvecklades under dessa år. (Se Del III Studie 3 "Hjälp mig vara jag")

Arbetet som musikerapeut ett sjukhus i ett 1-årigt EU-projekt med patienter på fyra olika avdelningar blev min första musikerapi med svårt somatiskt sjuka människor. Även själva sjukhusmiljön var en utmaning varför det krävdes en omfattande implementering med information till de olika personalgrupperna och en målgruppsanalys av de olika patienternas behov innan själva musikerapin kunde påbörjas. Projektet krävde nya arbetssätt och en del musikerapeutiskt nytänkande kring vad som är möjligt i ett sjukvårdskontext, vilket också influerat modellen. (Se Del III Studie 1 "Nu kommer Mozart").

Under ett ettårigt projekt fick jag därefter möjlighet att arbeta med musikerapi vid ett barnsjukhus på en canceravdelning med svårt sjuka barn mellan ett och fem år gamla. Även i denna sjukhusmiljö fick jag som musikerapeut komma till patienterna istället för att de kom till mig. Här involverade interventionerna också föräldrarna och interaktionen mellan barnen och föräldrarna kunde utvecklas i musikerapin, vilket också fått konsekvenser för olika aspekter i modellen. (Se Del III Studie 2 "Blinka lilla stjärna").

Teoretiska influenser

De teoretiska aspekter runt musik, interaktion, kommunikation, anknytning, symbolisering, lek, etc. som är väsentliga för utvecklingen och förståelse av modellen, presenteras närmare i Del II i denna avhandling. Jag vill ändå kortfattat återknyta till dessa synsätt eftersom de både har påverkat mitt arbete i musikerapin och haft betydelse i utvecklingen av modellen.

Interaktiv musikerapi utgår i många avseenden från en *hermeneutisk kunskapssyn* med kommunikation och inläggande förståelse. Perspektivet att helheten består av delarna samtidigt som delarna förstås i helheten, är överförbart till musikerapi. Jag vill särskilt påpeka att den hermeneutiska kunskapssynen i mitt fall inte enbart används som "tolkningsinstrument" för interaktionen, utan att hermeneutiken som grundsyn präglar hela modellen och alla dess dimensioner. Hermeneutikens synsätt där språket inte enbart har funktionen att uttrycka tankar och känslor, utan också påverkar tankarnas innehåll, är tillämpligt på musikalisk interaktion. Musiken kan få en liknande kommunikativ funktion, där den uttryckta improviserade musiken är påverkad av tidigare musik och leder vidare till ny musik och där både klient och terapeut blir involverade i ömsesidig musikalisk och ibland verbal dialog.

Leken har haft en viktig roll i arbetet med en modell för musikerapi. Som tidigare nämnts kan leken och musiken i många situationer fylla liknande funktioner. På samma sätt som leken kan bearbeta omedvetna konflikter kan musiken även bli bärare av dessa. Musiken kan även på ett symboliskt plan bidra till att finna nya uttrycksmöjligheter. Musiken kan öppna ett frigörande *lekrområde*, inte enbart för barn utan oavsett ålder och kognitiv förmåga.

Sterns teorier om utvecklingen av *självet* kan ofta bli tydliga i musikerapiprocesser. Dessa oftast ickeverbala processer av utveckling kan förstärkas i musikerapi där imitation och spegling kan vara starka ingredienser. Även begreppet *känslointoning* som Stern använder får en tydlig betydelse i arbetet med improvisation. Musiken kan tidsmässigt snabbt fånga en stämning och ett känsloläge. Här kommer även Sterns begrepp om *arousal* och *vitalitet* till användning. Han delar in dynamiska upplevelser som innefattar alla konstnärliga uttryck i olika element, rörelse, tid, rum, kraft och intention som tillsammans bildar en hel gestalt, en helhet i upplevelsen.

I musikerapi kan *symboler* få en stark position, både på en konkret och abstrakt nivå. Instrumenten kan vara tydliga symboler för en enskild individ på ett konkret plan. Ett barn kan exempelvis välja en stor trumma för att göra sin lilla röst hörd. Eller så kan någon välja musik som på symboliskt plan beskriver en känsla eller en upplevelse. I bildarbete kommer symbolspråket ofta till användning när det gäller att kunna konkretisera och sammanfatta något som är mycket komplext, vilket kan det vara på både konkret och abstrakt nivå.

Kommunikation på olika nivåer ingår förstås i arbetet med modellen. Den är en förutsättning för det mänskliga samspelet där vi försöker skapa förståelse och mening. Musik har i sig själv en stor kommunikativ förmåga och i kombination med en medveten riktad användning får den en stor potential att påverka människor i olika riktningar. I musikerapi med ett behandlande syfte som genomförs i ett kontrollerat sammanhang kan musiken på flera nivåer även påverka kommunikationen mellan människor.

Det *systemteoretiska* perspektivet har slutligen bidragit till en ökad förståelse för musikerapins komplexa interaktion på olika parallella nivåer. Ett *cirkulärt* seende kan belysa den musikerapeutiska processen, genom att se hur alla delar, aspekter och nivåer ömsesidigt påverkar varandra. Varje steg i processen påverkas av tidigare steg, vilket gäller oavsett vilka som deltar och oavsett kognitiv, verbal eller musikalisk förmåga. Fokus är på interaktionen och rörelsen i musikerapin genom den improviserade musiken med en strävan till förändring. I en terapituation kan man uppleva både lugn och stillhet, livlig och kreativ improvisation. I musiken kan alla olika stämningar, känslor och situationer bära processen vidare. Ytterst är det nog viljan att försöka förstå dessa ögonblick av närvaro, beröring och förändring i samband med musik, som drivit mig att utveckla en modell för interaktiv musikerapi.

En rad kliniska erfarenheter med olika målgrupper och teoretiska influenser ur olika perspektiv har således påverkat och utvecklat olika aspekter i musikerapin. Modellen för interaktiv musikerapi var emellertid inte färdigutvecklad. Det saknades en samlad överblick och det var oklart vad som kunde vara gemensamt oavsett målgrupp och vad som behövde anpassas till olika målgrupper och verksamheter.

Avhandlingens syfte blev därför att arbeta fram denna helhet med modellens olika dimensioner och undersöka vad som var gemensamt och målgruppspecifikt. I det följande presenteras modellens dimensioner.

Värdegrund

Värdegrunden i denna modell utgår från en helhetssyn där människan ses som aktiv och föränderlig, med behov och resurser. Alla människors lika värde samt humanistiska och demokratiska ideal bildar modellens bas.

Förhållningssätt och bemötande utgår från varje individs förmåga och möjlighet till utveckling. I arbetet måste hänsyn tas till individens kognitiva förmåga och allmänna livssituation.

Dialog och samarbete blir modellens grundläggande förhållningssätt. Etiska principer som tystnadsplikt, personlig integritet och individuell valfrihet är förutsättningar för arbetet. Den terapeutiska relationen utgår alltid ifrån en ömsesidighet, där alla beröras rättigheter, initiativ och ansvarsområden blir tydliggjorda och överenskomna.

Brukarperspektiv

Modellen har ett tydligt brukarperspektiv med ambition att försöka se både den samlade livssituationen och musikterapi ur klientens perspektiv. Fokus utgår från klientens behov oavsett kognitiv och emotionell förmåga. Möjligheten att låta individen vara med och påverka vad som sker och bli delaktig i beslut och aktiviteter är en förutsättning för en positiv, kreativ och utvecklande interaktion. Individens medverkan och inverkan på musikterapeutiska interventioner och aktiviteter har en avgörande betydelse för hur den terapeutiska relationen utvecklas.

Ida är tre år, hon har leukemi och är i ett isolerat rum på sjukhuset med sin mamma. Vi känner varandra sedan några veckor. Jag kör in min "musikvagn" i rummet och det tar mindre än en minut så har hon regisserat hela upplägget för vår musikstund. Hon delar ut instrument till mamman och mig med instruktioner om hur vi skall spela. Självtar hon synthen och trycker på knappen för en förinspelad, låt. För en kort stund tänker jag - är detta okey? Är jag överkörd? Glädjen i hennes ögon övertygar mig om att vi ändå är på rätt väg....

Tommy, 16 år kommer för första gången in i musikrummet. Han har en svår personlighetsstörning och är utagerande med inslag av hot och våld. Han kommer helt svartklädd och med en förkärlek, eller snarare stark fixering, till hårdrock. Väl medveten om att jag tar en risk sätter jag på ett orgelpreludium av Bach på hög volym. Kvalitéerna i musiken av Bach påminner mycket om hårdrock, med en starkt markerad basstämma och tydlig rytm i ett snabbt tempo osv. både lik och så olik hans hårdrock. Det är en stor anspänning för honom att vara i rummet och svettpärlorna syns i hans panna. Han klarar maximalt fem minuter - men lovar att komma tillbaka nästa vecka...

Lasse har svår diabetes och njurproblem. Hans båda ben är amputerade och dessutom är han blind. Varje vecka kommer han två gånger till sjukhuset för dialys. Vårt första möte blir helt utan musik. Istället talar vi om vad han tycker om för musik och snart visar det sig att han egentligen i sitt liv mera saknar ljuden som han hade tillgång till när han var frisk. Bäckens porlande vid hans sommartorp, ljudet av vågorna vid sjöstranden, fågelsången i skogen ... Vi gör en överenskommelse att arbeta med naturljud.

Målgruppsanalys

Målgruppens behov och resurser styr i generella termer musikerterapiens inriktning och uppläggning. Med målgrupp avses här en grupp personer med gemensamma förhållanden – som ålder, utvecklingsnivå, kommunikations- och rörelseförmåga, fysisk och psykisk hälsa och psykosocial situation samt eventuell diagnos. I denna modell definieras således inte målgrupp ensidigt utifrån ett individuellt diagnosbegrepp utan intar medvetet ett bredare analysperspektiv. Målgruppens situation påverkas även av inom vilken verksamhet som personerna får sin behandling varför hänsyn måste tas till organisationens struktur, mål, kompetens, ledning och kultur exempelvis ”medicinskt ansvarig” osv.

Parallellt med implementeringsarbetet behöver musikerterapeuten göra en samlad målgruppsanalys för att skapa en preliminär bild av vilken form av musikerterapi som kan vara möjlig, inspelad eller improviserad musik, vilken typ av musik, vilka instrument, andra konstnärliga inslag, mer eller mindre verbala inslag osv. I den faktiska musikerterapin bör man naturligtvis vara öppen och inkännande mot den enskilda individens behov och önskemål

Musikerterapeuten behöver således göra en målgruppsanalys både utifrån den aktuella gruppens generella behov och situation och utifrån den aktuella verksamhetens uppdrag och struktur samtidigt som varje klient/patient måste få sina individuella behov och resurser sedda.

Lilian är fysiskt och kognitivt gravt funktionsnedsatt, hon har inget verbalt tal men är seende och hörande. Hon är en flicka på 13 år som har vårdats på institution i hela sitt liv. Personalen kör in rullstolen i musikrummet och så är vi själva, Lilian och jag. Jag spelar på pianot och sjunger sakta hennes namn, tar fram chimes, ett klockspel med stavar som rör sig och har en vacker spröd klang. Försiktigt låter jag stavarna nudda hennes hand samtidigt som jag sjunger hennes namn. Vilka är hennes behov och resurser?

Implementering

Musikerterapi bör givetvis anpassas till verksamhetens syfte och sammanhang. Det är skillnad mellan att arbeta på en skola, ett behandlingshem eller ett sjukhus. Musikerterapeuten får gå en balansgång mellan att vara öppen för den aktuella verksamhetens syfte och aktuella uppdrag till musikerterapeuten, utan att för den skull ge avkall på egna idéer och infallsvinklar. Inte sällan får arbetet med implementering en avgörande roll för hur det musikerterapeutiska arbetet kommer att mottas och utvecklas. Ju mer kunskap, ledning, personal och andra berörda har om den planerade musikerterapin, desto lättare blir den övriga processen med klienter och patienter. Musikerterapi är inte alltid en känd behandlingsform och man kan ibland mötas av en viss misstänksamhet, oftast beroende på okunskap. Att informera och involvera personalen i arbetet ökar musikerterapiens möjligheter.

Information till anhöriga, som föräldrar eller andra närstående, är också betydelsefullt. Skriftligt informationsmaterial kan vara en bra hjälp, men personlig kontakt bör eftersträvas eftersom då man även kan förtydliga och svara på frågor.

Samarbete med personalen i aktuell verksamhet är nödvändig. Som musikerapeut kommer man vanligen in i en större verksamhet som redan har sina värderingar och syften ur olika ideologier, lagar, professioner, etc. vilket man måste vara lyhörd för och kunnig i. Ofta är man dessutom helt beroende av ett fungerande samarbete med personalen eftersom de är delaktiga genom att informera, välja ut patienter, uppmuntra etc. Att arbeta mot samma mål är en förutsättning för att lyckas.

Musikterapi som interaktion

Interaktionsprocesser består av olika former av kommunikation. Kommunikation är förutsättningen för att en interaktion skall äga rum (se del I). Här finns en tydlig parallell till musikterapiinteraktionen särskilt vid improviserad musik. I musikterapi bygger man successivt upp ett förtroende som också påverkar möjligheten till kommunikation. Musiken får rollen av att skapa det trygga område som gynnar öppenhet, lyhördhet och kommunikation. I musik finns oftast inget hotfullt eller kontrollerande som man behöver försvara sig emot. Den kan därför både skapa trygghet och påskynda processer genom att musiken också kan bli en bärare av förändring.

Interaktionen i musikterapi sker på fyra *interaktions-nivåer*:

Den första nivån är *musiken* i sig som en egen kommunikationsform. Beroende på målgrupp och arbetsmetod skapas olika möjligheter för kommunikation genom musiken. Det är stor skillnad på att arbeta med improviserad musik med ett litet barn utan verbalt språk, jämfört med en vuxen somatiskt sjuk patient med utvecklat verbalt språk, där man istället använder förinspelad musik. Sådana skillnader i form och innehåll får naturligtvis inte uppfattas som kvalitetsskillnader i interaktionen och kommunikationen.

Den andra nivån är den *intrapyskiska*, dvs de processer kring upplevelser, emotioner, känslor, tankar, symboler osv. som äger rum inom den enskilda individen. Dessa processer styrs bland annat av vår tolkning av alla intryck vi får från omvärlden. Vi skapar vår egen bild som representerar vår uppfattning av verkligheten utifrån vår erfarenhet och förmågor. Individens självkänsla och tillit till sin egen upplevelse, är central i dessa intrapsykiska processer. Det finns en mängd faktorer som påverkar självkänslan vilka ofta blir synliga i musikterapin, där klienten utan prestationskrav kan känna sig bekräftad som person vilket ofta kan påverka självkänslan i positiv riktning

Den tredje nivån är den *interpersonella* som består av interaktionen mellan olika personer i musikterapin, främst patient/klient och musikerapeut men även med föräldrar och anhöriga och med deltagande/medverkande personal. Alla dessa relationer måste uppmärksammas.

Den fjärde nivån är den *strukturella* dvs. det *sammanhang* och den *organisation* i vilken musikterapin bedrivs. Om det exempelvis är en skola, ett behandlingshem eller ett sjukhus, så innebär det även att denna organisation med sina lagar och bestämmelser och sin struktur och beslutsordning och sin professionella personal på olika sätt är involverad, vilket man naturligtvis bör ta hänsyn till i utformningen av musikterapin. Interaktionen startar redan i det första mötet mellan klient och musikerapeut. Det har betydelse hur detta möte utvecklas och hur det i sin tur påverkar nästa möte, både för klient och för musikerapeut.

Skapas förtroende och tillit, känns det positivt eller negativt, osv? Det blir en ömsesidig påverkan för båda parter. De fyra interaktionsnivåerna förtydligas genom några kliniska exempel.

Vi är på barnsjukhuset. Det är en liten pojke med cancer, tre år gammal, han är i ett enskilt rum tillsammans med sin mamma. Han får se min vagn före han ser mig, vagnen är full av instrument och vackra lådor med olika saker. Jag sätter mig på knä framför honom talar om vad jag heter och vad vi skall göra. Hans mamma är också aktiv och tittar på instrumenten som han prövar lite försiktigt. Jag frågar om han brukar sjunga och vilka sånger han kan. Mamman fyller i när han inte kommer på vad sångerna heter. Jag spelar på den lilla minisyntnen och kompar honom när han sjunger för full hals. Mamman sjunger med när han inte kommer på orden och han ger henne en maracas att spela på. En sjuksköterska tittar in och säger att hon återkommer om en stund när vi är klara.

Under den korta stund som inleder musikterapisessionen ovan sker interaktionen på samtliga fyra nivåer. Pojken interagerar med mig, sin mamma och musiken. Han påverkas av de nya klangerna han hör från instrumenten och de väcker hans nyfikenhet att pröva. Mamman blir glad av att se pojken så aktiv och blir själv en del av terapin som hon deltar i. Jag som musikerterapeut påverkas i min tur av att se glädjen hos henne och pojken. Musiken påverkar oss alla tre och vi har en gemensam strävan att komma på nya sånger som vi kan. Relationen mellan oss stärks av musiken och av vår gemensamma aktivitet i rummet. För en kort stund påverkas livet för mamman och pojken. Istället för enformighet och fokus på det sjuka, gör glädje och lek sin entré. Tiden går fort och på en kort stund har vi hunnit med att sjunga en stor repertoar av pojkens favoritsånger. Han har fått bestämma över sitt liv, men också indirekt över mammans och mitt liv för en stund, när han delar ut instrument till oss och visar hur vi skall spela på dem, väljer sånger osv. Även en sjuksköterska blir för en kort stund delaktig i interaktionen. Hon tittar in i rummet för att återkomma när vi avslutat stunden. Sjuksköterskan tillhör den stora, omgivande sjukvårdsorganisationen där behandlingar bedrivs och prover tas. Genom att tidigare blivit informerad om musikterapi fattade hon snabbt vad som pågick och kunde senarelägga sin provtagning. Redan i denna korta interaktionssekvens med ett litet barn möts några av de dimensioner på olika nivåer som pågår parallellt.

Med en annan klient som har haft en längre terapiprocess över flera år, blir relationen också påverkad av tidsaspekten. Livssituationen förändras över tid för både klient och terapeut. Förhållandet till musiken förändras och påverkas kanske också av en utvecklad färdighet på instrument om man själv spelar aktivt. Exemplet nedan är taget från ett behandlingshem för ungdomar med svåra psykiska störningar. Tonåringen och jag har träffats under en period om cirka ett och ett halvt år en gång i veckan. Han har en tung psykisk problematik och har ofta ett utagerande och självdestruktivt beteende, ibland med inslag av hot.

*Efter att under ca ett år ha arbetat med musik, bild och text, där improviserad musik varit i centrum, är nu förinspelad musik utgångspunkten för vårt arbete. Han får idag ta med sig en egen cd-skiva med sång på engelska som vi skall lyssna på
Det är texten som vi skall arbeta med och som vi skall försöka översätta till svenska. Musiken och även textens innehåll är i min tolkningsram "destruktiv". Musiken är hårdrockinspirerad och texten handlar om droger, alkohol och att bli slagen på olika sätt inklusive av sina föräldrar. När vi skrivit ner texten på svenska får den en annan innebörd, den blir tydligare och lite "pinsam" som min klient uttrycker det. Vi diskuterar om det är bra för oss att lyssna på denna typ av musik och i så fall varför.*

Denna del av en session är exempel på en redan etablerad trygg relation. Vi vet våra roller och under den tid vi känt varandra har olika saker hänt i våra liv. Min klient har börjat skolan igen och klarar detta bra, hans relation till sin mamma har blivit mycket bättre osv. Musiken har gett möjlighet att uttrycka olika emotioner från ilska och sorg till glädje. Musiken, bilderna och texterna som vi arbetat med har dessutom fångat denna process och gjort den tydlig genom att bilderna finns kvar. Musiken är flyktig och finns i nuet i motsats till bilden som stannar kvar och blir manifest. Styrkan i musikens flyktighet är att den kan fånga just den känsla som bor i oss för ögonblicket. Här kan interaktionen mellan musik- klient och terapeut också utvecklas på olika sätt.

Tidsaspekten, både i musiken och under tiden musikterapiprocessen varar, påverkar den fortsatta utvecklingen. Den verbala kommunikationen, i detta skede ”om” musiken, är en stor utmaning och kräver en öppenhet som tiden vi haft tillsammans har skapat. Modet att våga se ”bristen” i musikens karaktär och textens innehåll och att våga erkänna att den kanske inte ger någon större tillfredsställelse eller utveckling, är för denne ungdom en väg till utveckling. Identiteten behöver inte vara beroende av att andra lyssnar på denna typ av musik. Snarare byggs identiteten upp av att våga ta ställning för eller emot något. Självkänslan stärks också när man lyckas med något och att bli bekräftad som individ. Parallellt sker givetvis också processer hos musikterapeuten vilka i sin tur påverkar det fortsatta samarbetet.

Organisationens struktur där musikterapi bedrivs har också inverkan både på metod och på resultat. Det möjliga arbetssättet styrs bl.a. av de fysiska förutsättningarna, som rummet där musikterapi bedrivs. I arbete på sjukhus, som i exemplet om den lille pojken, blir detta en begränsning genom att terapin bedrivs på barnets sjukrum, där också all annan provtagning och behandling sker, exempelvis med cytostatika. Rummet har härigenom blivit ”laddat” med olika upplevelser som kanske inte är så positiva och ibland även smärtsamma. Genom att försöka ”ladda om” rummet med ”positiva upplevelser” som musik och lek kan det kanske lindra den negativa upplevelsen för barnet, att vara i sjukrummet. Här händer också roliga saker inte bara smärtsamma och hemska. Vårdorganisationen och personalen är även på andra sätt starkt involverad på ett sjukhus. De avgör den lämpliga tiden, hur lång tid som är möjlig och väljer ofta även ut de klienter som de tror kan vara lämpliga att arbeta med i musikterapi.

Sammanfattningsvis genomförs musikterapi som interaktionsprocesser på olika nivåer

- Musik: rytm, melodi, harmoni, klang, röst, olika instrument
improviserad musik - förinspelad musik
interaktion klient – musik
- Intrapyskiska: psykiska - emotioner, minnen, etc.
fysiska - andning, puls, muskelspänning etc.
symboliseringsprocesser
- Interpersonella: interaktion mellan: klient – terapeut – anhöriga - personal
- Strukturella: verksamhet, uppdrag, organisation, personal etc.

Musik som kommunikation

Ordet intuition kommer från latinets ”intueri”, som betyder åskåda, se på eller betrakta. Intuition är förmågan att bilda en omedelbar uppfattning eller göra en omedelbar bedömning utan att (medvetet) ha tillgång till alla fakta, och ställs ofta i motsats till att resonera och förstå logiskt (Svensk ordbok 1987). I många sammanhang när man arbetar som musikerapeut behöver man intuitivt göra snabba beslut i exempelvis val av musik eller instrument. Man kan också kalla det för ”timing” alltså en känsla för rätt val i rätt ögonblick. Detta är en förmåga som tränas upp genom arbete och som förfinas med erfarenheten. I musikerapi med personer som inte har en verbal förmåga och som har stora kognitiva funktionsnedsättningar har den intuitiva förmågan många gånger satts på prov.

Margareta är en flicka med diagnosen autism. Hon är mycket avskärmad och har inget verbalt språk. Vi träffas första gången när hon är ca 10 år och vi arbetar under ett flertal år varje vecka individuellt med musik. Hon har en klockren röst när hon sjunger - utan ord. Ibland använder vi teckenspråk till sångerna och hon är med så gott hon kan. Vår relation är positiv och lustfylld och hon älskar verkligen musik. Vi avslutar när hon är ca 14 år då hon flyttar till annat boende och daglig verksamhet.

Det går säkert tio år. Jag arbetar i Rebeckaprojektet och plötsligt står hon igen i dörren till musikrummet. Jag tror hon känner igen mig och jag börjar nynna ”vår” sång. Texten består av hennes namn och den går i ett långsamt tempo i a-moll. Vi har blivit äldre både hon och jag men det går inte att ta miste på att vi känner igen varandra. Hon har slutat att sjunga men ”sjunger” på en slags utandning – så man hör att hon har en melodi. Glädjen i återseendet och i musiken blir tydlig, hennes fokus är på pianot där hennes blick vilar. Vår kommunikation sker utslutande genom musiken och de improviserade sångerna. Vi arbetar tillsammans under tiden Rebeckaprojektet pågår, i ca tre år.

Ytterligare ett antal år passerar och till min förvåning får jag en ny förfrågan om jag kan arbeta med henne igen. Det har nu gått ca fem år och Margareta bor nu på en gård med djur bl.a. hönor som hon sköter. Hon kommer till Mousike’ - huset där jag då hade min egen verksamhet. För tredje gången i livet möts vi och denna gång känns det som ingen tid har passerat. Vi arbetar vidare med sångerna och hennes glädje är påtaglig. Musiken får förutom den kommunikativa funktionen för henne även effekten att hon åker själv i taxin en lång resa till mig. Jag möter henne när hon kommer och följer henne ut när hon åker. Hon vet att hon ska till musiken, klär sig, matar hönorna och åker själv utan personal. När hon kommer tillbaka berättar personalen att hon småsjunger (genom utandning) för sig själv en lång stund

Vi har alltså sammanlagt mötts över en period på ca 20 år utan att någon gång ha kunnat kommunicera med ord (jag har givetvis från mitt håll talat med henne). Många gånger har jag funderat över hur musiken har kunnat fungera som ett språk mellan oss helt utan någon egentlig information om något annat än bekräftelsen av vår relation. Om jag inte hade musiken att erbjuda i denna situation, vad skulle jag då göra?

Tanken har slagit mig i många sammanhang att musiken i sig själv har kvaliteter som inte enkelt kan bytas ut till något annat. Detta är ju en komplex situation på en mängd nivåer som i all interaktion, men här får musiken en helt egen och unik funktion, som bärare av ordlös information som blir meningsfull just mellan oss.

Musiken existerar inte utan oss två tillsammans, det är vi som utför den och inspirerar varandra att utveckla den. Vår relation finns i musiken.

I många sammanhang med personer som inte har något verbalt språk eller som av andra anledningar inte kan, vill, vågar etc. använda sitt verbala språk, kan musiken fungera som en kommunikationskanal.

Musikterapi - i tid och närhet

Tidsaspekten i musikterapi har betydelse ur flera olika perspektiv. Tidsupplevelsen i terapin sträcker sig inte objektivt fram mot nästa mål, som en klocka, utan blir subjektiv och ögonblicklig, här och nu. Musiken i sig beskriver ofta en tydlig tidsperiod, en början, en mitt och ett slut men beskriver även ett ”nu”. Detta nu bär både tid som passerat och något som skall komma. I improviserad musik kan man dessutom styra tiden på ett sätt som inte är möjligt med inspelad musik. Detta att kunna styra tiden genom musiken är en stor fördel särskilt med personer som har problem med struktur i sina liv. För barn och vuxna med autism kan musikens struktur bli en hjälp att relatera till tid.

Robert har diagnosen autism. Han har ett fungerande verbalt språk och kommer till musikterapin en gång i veckan. Tid är en viktig del av hans liv och han har ett stort behov av att veta hur länge vi skall arbeta tillsammans. Han vill veta hur mycket vi hinner i vår stund tillsammans och jag har därför delat upp stunden i olika musikaliska skeenden som han känner till, oftast genom att vi alltid inleder och avslutar samma sång eller samma musik. För Robert signalerar musiken en tydlig början och slut. Det som sker däremellan kan vara lite friare och nya moment kan komma in. Tryggheten i att ”veta” skapar också möjligheter att inom ramen av stunden våga delta och utforska ny musik och nya upplevelser.

En annan tidsaspekt i arbete med musik är att processen fram till en upplevelse ofta blir väldigt snabb. På mindre än en minut väcks både intrapsykiska processer som fysiska och psykiska upplevelser exempelvis puls och andning, emotioner, minnen och symboler, men även interpersonella processer som interaktionen mellan klient, terapeut och med själva musiken. Dessa skeenden kan vara korta tidsmässigt men ändå avgörande för hur resten av sessionen utvecklas. Givetvis är även mera långsiktiga tidsaspekter av betydelse. Det är skillnad mellan att träffa en klient vid ett fåtal tillfällen jämfört med regelbundna sessioner över flera år. Ju längre tidsförlopp desto större möjligheter att bygga upp förtroende och allians som i sin tur påverkar vad man hinner och vågar ta upp. Långa terapier skapar en trygghet, att det vi inte hinner idag kan vi ta någon gång senare, kanske när jag mår lite bättre och inte är så stressad eller arg eller ledsen.

Det finns tid att bygga en trygg relation. Alla behöver inte denna tid men om man exempelvis haft en svår barndom och uppväxt med många misslyckanden kan denna trygghet behövas för att våga och vilja vara med i en terapi.

Graden av ”närhet” påverkas även av tidsaspekten och denna närhet kan enligt min erfarenhet ”stanna kvar” även om tiden passerar. I utvecklandet av en modell är även distansen av stor betydelse. Att se skeenden på ett mera objektivt sätt, som är en nödvändighet i forskning, kräver den överblick som distansen ger. Genom analyser av det empiriska materialet i mina studier har det blivit alltmer tydligt hur växlingen mellan närhet och distans fyller en stor betydelse i arbetet med musikterapi.

Min erfarenhet är att med en del klienter finns en emotionell närhet alltid kvar oberoende av vilken tid som passerat och det fysiskt geografiska avståndet, precis som vi har vänner i vår bekantskapskrets som finns ”kvar”, trots att det kan gå långa tider mellan våra möten. Professionellt menas härmed inte att det handlar om en gränslös relation och att man ”får nya vänner” i musikterapi. Den emotionella närheten i det beskrivna ögonblicket kan ändå ha en stark påverkan också på terapeuten. Om terapeuten själv har gått i egenterapi och handledning för att bli mera klar på sina reaktioner och utveckla egna tydliga gränser, så bidrar detta till en mer professionell hållning, där man både vill och vågar vara ”nära” utan att samtidigt, och kanske omedvetet, bli alltför indragen i klientens problematik.

”Närhet” i detta sammanhang innebär också den fysiska närheten, i betydelsen avstånd mätt med måttband. I musikterapi sitter man ofta tätt tillsammans vid pianot eller mitt emot varandra med en trumma mellan klient och terapeut. Den fysiska närheten kan naturligtvis variera med tiden och är olika beroende på vilken åldersgrupp det är. Ett litet barn är man ofta närmare fysiskt än en vuxen person.

Vi sitter på två stolar bredvid varandra Tony och jag, vi skall lyssna på ett stycke inspelad musik. Tony är 16 år, han har stora problem med sin identitet och har svårt att hantera sociala relationer. Han flyttar sin stol väldigt nära min och vill hålla mig i handen. Jag säger att vi kan sitta bredvid varandra men utan att hålla varandra i händerna. Han svarar ”men hur skall jag då veta vem som är vem av dig och mig?”

Den mentala/psykiska närheten är av en annan karaktär och berör andra dimensioner som samförstånd och gemensam upplevelse och samspel på instrument som kan uttrycka en gemensam känsla. Denna närhet behöver sällan förklaras verbalt utan ”infiner sig” i det terapeutiska mötet. Utifrån min erfarenhet har detta dessutom mycket sällan att göra med kognitiv förmåga och kan heller inte värderas kvalitativt som sämre eller bättre. Vidare resonemang kring dessa teman kring närhet och relationer i terapi återfinns bl.a. i utvecklings och anknytningsteori från Stern och lekterapi från Winnicott. (Se vidare om teorier i Del II).

Musikterapeutiska metodval

Den övergripande målsättningen för samtliga målgrupper är att musikterapi skall bidra till ökad hälsa och livskvalitet. På vägen till detta huvudmål finns ofta delmål gällande utveckling i olika avseenden via interaktion och kommunikation. Ett så omfattande mål som ökad livskvalitet måste dessutom ses ur olika tidsperspektiv.

För många klienter kan man kanske på kort sikt sätta upp målet att bli bättre på att uttrycka sina behov och önskemål medan målet ökad livskvalitet först kan förverkligas i ett mycket längre tidsperspektiv. I terapin bör man därför kontinuerligt stämma av med sig själv som terapeut, och emellanåt med klient och personal, att aktiviteterna i sessionerna ligger i linje med det långsiktiga målet. Målsättningen blir också specifik efter målgrupp och individ och bör alltid utgå från att med hjälp av musiken etablera en positiv kontakt för förtroende och tillit som förutsättning för vidare samarbete. Musiken blir för en del klienter det enda de har ”lyckats” med, vilket stärker deras självkänsla och även påverkar andra livsområden, med målsättningen att frigöra de resurser som finns hos varje individ.

I arbete på institution eller andra verksamheter där man möter grupper av klienter blir målsättningen av både individuell och gemensam karaktär.

En speciell problematik uppstår vid livshotande somatiska sjukdomar. Kanske är det inte realistiskt med målet ökad hälsa, som att de skulle kunna bli "friska", utan kanske är det mera respektfullt, oavsett fysisk sjukdom och närhet till döden, att ändå försöka arbeta mot en ökad livskvalitet. Det är etiskt viktigt att alltid behandla människor med respekt och inte formulera uppenbart orealistiska mål, vilket patienterna också bekräftar som att man tar deras livssituation på allvar och inte undviker de svåra existentiella livsfrågorna.

Föreståndaren, en representant från personalen och jag skall idag planera terminens arbete med ungdomarna. Samtliga har en svår psykosocial problematik och någon av ungdomarna har dessutom en kognitiv funktionsnedsättning. Eftersom samtliga ungdomar har en svag självkänsla och känner sig misslyckade på olika sätt, kommer vi fram till att terminens tema skall vara "Mig själv". Vi arbetar ofta med ett övergripande tema för hela terminen vilket har visat sig vara ett bra upplägg för denna grupp. Tidsperspektivet med en början och ett slut på arbetet ger en ytterligare struktur. Eftersom vi använder både foto, bilder, inspelad och levande musik är också flera från personalgruppen involverade. Känslan av att vi gör detta tillsammans är positivt även för personalgruppen som ofta känner sig slitna med en tung arbetsbörda. Dessutom vet alla, både personal och ungdomar, vad som pågår varje torsdag i musikerapin. Detta skapar en trygghet i gruppen och den enskilda individen blir involverad.

Metoderna i musikerapin bör anpassas till individ, verksamhet och kontext. Musikerapi bedrivs inte isolerat från andra verksamheter, så förmågan att samarbeta med en rad olika yrkesgrupper i många olika sammanhang är en nödvändighet. Den fysiska miljön har också ofta stor betydelse för vad som är praktiskt möjligt att göra. Fysiskt sjuka patienter som är begränsade i sin möjlighet till rörelse påverkar givetvis metoden. Vilken inriktning av musikerapi som kommer att användas styrs sedan av målgrupp och sammanhang utifrån klientens behov.

Idag skall vi avsluta vårt temaarbete om de "Fyra elementen", jord, eld, vatten och luft. Hela klassen, plus lärare och assistenter skall vara med och vi skall åka ut till havet och filma. Det är ett stort projekt eftersom samtliga barn är gravt fysiskt funktionsnedsatta. Orealistiskt skulle nog många tycka, men inte vi. Alla packas in i de olika bilarna, rullstolar och andra hjälpmedel och så fika förstås. Det är en tidig vårdag och havet ligger som en spegel. Det var ju vatten som var vårt tema, bättre kan det inte bli. Tanken är att barnen skall köras ut på en linje i vattnet sittande i sina rullstolar, det är fin sandbotten så det går lätt att köra. Personalen har stövlar på sig men jag som skall filma måste gå längre ut i vattnet, utan stövlar! Tanken var att låta en inspelad musik bilda bakgrund till filmsekvensen när barnen körs ut i vattnet, men så blev det inte. Ljudet från åtta överlyckliga barn som körs ut i havet blev den bästa musiken.....

Musikterapeuten får sammanfattningsvis ta ställning till följande *metodval*:

- Individuell terapi, gruppterapi eller temaprojekt
- Bestämd tidsperiod/antal gånger eller löpande (utan fast sluttid)
- Musikalisk improvisation/interaktion
- Inspelad musik - lyssna och associera
- Musikval - genre, rytm, harmoni, klang
- Musik med bild, text och rörelse
- Sånger – kända eller egenkomponerade
- Instrument – enkla/komplexa
- Musik som ickeverbal kommunikation (när verbalt språk saknas)
- Kreativt material – färger, stenar, snäckor, fjädrar, schalar, osv.
- Musik med lek/sagor (för mindre barn)
- Tema-projekt - i individuell terapi eller i olika gruppformer

Interventioner med musik - bild - text - rörelse

Konstnärliga terapier, är en benämning av behandlingsformer där man använder olika konstnärliga språk och uttryck i terapeutiskt arbete. Musik, bild, dans och rörelse har fördelen att ibland kunna gå förbi våra verbala försvar. Terapiformer med konstnärliga uttryck riktar sig mot våra emotioner och minnen som är förknippade med dessa. För den enskilda individen kan musikterapi ha betydelsen i att stärka självkänslan och öka förmågan till en känslomässig upplevelse. I många fall uppger personerna att de genom musikterapi också har lärt sig nya sätt att uttrycka sig genom musik (Grönlund et al.1999).

Musiken är unik i arbete med musikterapi. Den skapar möjligheter att möta människor på ett personligt plan och kan ofta direkt nå djupa nivåer av känslor och upplevelser. Metoderna är både av *receptiv* och *kreativ/expressiv* karaktär, det gemensamma med båda riktningarna i denna modell är att de utgår från klientens behov och önskemål. Musikinterventioner varierar även beroende av målgrupp och verksamhet. Det kan vara allt ifrån inspelad musik till improviserad på olika instrument som slagverksinstrument, piano, synth, osv. men den kan också bestå av enbart sång utan instrument. Karaktären av musiken bestäms av situationen, den kan vara lugn och meditativ, melodiös och tydlig, fylld av olika klanger, eller rytmisk och intensiv. Variationerna är lika många som tillfällena de används i. Den stora möjligheten till variation är en av fördelarna med improviserad musik. Improviserad musik har en annan potential i uttryck och anpassning. Denna musik kan på ett djupare plan möta en klient och bekräfta en känsla eller en stämning. I vid bemärkelse blir valmöjligheten för klienten också större att själv påverka det musikaliska uttrycket.

När bildskapande används i interventionen bildar musiken grunden för den vidare aktiviteten. Bildskapandet utgår oftast ifrån att man har lyssnat till någon musik eller varit delaktig i en musikalisk improvisation. Genom att samtala om musiken och vilka eventuella känslor och tankar som väcktes kommer det ofta fram något som känns angeläget att arbeta vidare med.

Dessa processer sker oavsett kognitiv förmåga och skapandet anpassas efter varje individs förmåga. Processen fortsätter därefter med själva form- eller bildskapandet och här finns också en mängd olika variationer som är anpassade efter förmåga och till vad som är praktiskt genomförbart beroende på situation, material etc. Här bör framhållas att detta bildarbete inte är någon bildterapi i traditionell mening. I denna modell används bilden som en förstärkning av musiken, eventuell tolkning sker i dialog och klienten har tolkningsföreträde.

En prioritet är att använda hög kvalitet på material som papper, färg lera osv. eftersom detta har betydelse för resultatet. Här bör påpekas att resultatet i form av bild, form eller skulptur inte är det som har den största betydelsen, utan det är själva processen fram till detta resultat som är det viktiga. Det är ändå väsentligt att individen som skapat bilden eller formen själv tycker om det slutliga resultatet.

Tekniken som oftast används när det gäller bild är akvarellfärg på akvarellpapper. Oftast används färgen som en bakgrund till någon ”effekt” som läggs på i efterhand. Färgen målas inte sällan med en svamp som gör att prestationskraven minskar. Detta moment kan i stort sett alla göra, valet av färg styrs av vad man vill uttrycka i sin bild. Har man inte förmågan till verbalt tal finns ändå många sätt att hitta ”rätt” färg att måla med. Stora akvarellfärger kan användas där varje färg ligger på ett eget fat, vilket gör det lättare att välja även vid svåra funktionsnedsättningar. Ofta ”målas” pappret först med enbart vatten vilket gör att färgen målas i en våt bakgrund, det skapar en levande yta som får en rörelse av sig själv. Beroende på tema i bilden väljs en effekt som kan vara allt från en guldstrimma till en fjäder eller annat material från naturen. Denna effekt förstärker något i bilden som man vill uppmärksamma. När bilden är färdigställd sätts den oftast i en passepartout vilket gör att bilden framträder ännu tydligare. Känslan av att ”ta hand om” det som skapats på ett värdigt sätt stärker också självkänslan hos den som gjort bilden. Efter att bilden är färdigställd betraktar vi den noga tillsammans. Det positiva med bildskapandet är att bilden finns kvar medan musiken är flyktig och ögonblicklig. När bilden är klar skrivs allt ifrån ett ord eller en dikt till en berättelse, som en konklusion av bildprocessen. Därefter återvänder man till musiken, vilket kan ske på otaliga sätt. Ursprungsmusiken man inledde med kanske inte längre passar med bilden och texten. Valet finns att skapa en ny musik eller kanske man bara ska lägga en klang av instrument. Eller så förstärker bilden den ursprungliga musiken och bekräftar känslan som fanns i det ögonblick man lyssnade. Ofta kan även texten tonsättas och bli en sång som då också har fördelen att den är möjlig att upprepa vid fler tillfällen. Den improviserade musikens både styrka och svaghet är att den är mera flyktig och sällan möjlig att upprepa. Dessa processer är cirkulära i bemärkelsen att de oftast både börjar och slutar med musik. Formen för arbetet ger en tidsram som i sin tur ger en trygghet och en tydlighet i situationen särskilt för klienter med en otydlig inre struktur.

Vi har idag gjort en lång improvisation tillsammans som jag spelade in på band. Jag föreslog att vi skulle lyssna på den tillsammans. Fredrik har diagnosen autism, men ett väl fungerande verbalt språk. Han tyckte det var så dumt förslag att han tog kassetbandet, bröt sönder det på mitten och sa med starkt uttryck: ”Anci, den musiken fanns då!”

Rörelse och dans kan också vara en del av processen. Om målgruppen är barn finns rörelsen alltid med i form av improvisation till musiken. I temaarbeten med grupper är rörelse i inledningsfasen ett återkommande inslag. Rörelse till musik öppnar våra sinnen och sätter igång energin i kroppen. I arbete med små barn i grupp ingår ofta också rörelser i form av imitation.

Det kan handla om kontraster som fort och långsamt, högt upp och långt ner, att smyga och stampa, ofta med något material som hjälp och inspiration till rörelsen. Det kan exempelvis vara rytmägg, chiffonsjalar, pinnar med långa sidenband, solfjädrar osv. Genom åren har rörelse ofta använts i de flesta målgrupper och sammanhang men just i studierna i denna avhandling är inte rörelse så väl representerad beroende på de aktuella målgruppernas diagnoser och medicinska behandlingssituation.

Symboliseringsprocesser

Symboliseringsprocesser förekommer i stort sett alltid i samband med musik och har en viktig roll i modellen för interaktiv musikterapi. (Se vidare teorier om symbolisering i Del II)

I mitt kliniska arbete har det successivt växt fram en arbets-, tolknings- och analysmetod, som jag prövat på en mängd målgrupper och som jag valt att kalla "Symboliseringstrappan". Denna beskriver processen ur ett musikterapeutiskt perspektiv där arbetet och tolkningen följer olika steg. Symboliseringsprocesserna undersöks härvid från yttre till inre processer, med hjälp av klientens beskrivning av upplevelser och inre bilder och associationer. Detta har terapeutiskt visat sig vara ett etiskt, metodmässigt och pedagogiskt möjligt tillvägagångssätt att närma sig dessa komplicerade processer.

Symboliseringstrappan

Musikterapin genomförs i följande steg:

1. Musikinteraktion

2. Upplevelser som musiken väcker

3. Måla bild

4. Skriva text

I den pågående musikterapin, går man således "nedåt" i trappan - från en yttre till en inre process och samtidigt från en mera "omedveten" till en mera "medveten" nivå. Vad kommer man gemensamt fram till att musiken väcker och kan man ur detta få ökad eller "ny" kunskap om sig själv och sin situation?

I en dialogintervju i musikterapin med patienten/klienten, gör man tillsammans en analys av klientens symboliseringsprocesser genom att återigen gå igenom de olika stegen "nedåt" i trappan (1 – 4) för djupare förståelse av terapiprocessen, symbolerna och sig själv. Symboliseringstrappan bör anpassas till respektive individ och används därför på olika sätt gällande målgrupper som fungerar på tre olika abstraktionsnivåer:

Den *första* abstraktionsnivån gäller för de målgrupper som enbart har möjlighet att använda musiken direkt i terapin utan samtidiga reflektioner, exempelvis för de minsta barnen där leken istället blir ett komplement till musiken eller för personer som saknar verbalt språk eller med svårare kognitiva funktionsnedsättningar. Patienter med hög ångest och stressnivå eller olika förvirringstillstånd kan också ingå i denna grupp. Här saknas gemensamma verbala kommunikationsmöjligheter varför dessa patienter inte kan medverka i symboliseringsanalys, varken i den terapeutiska situationen eller som en avslutande sammanfattning. Här finns symboliseringstrappan i bakgrunden och används av terapeuten utan att den blir uttalad och medvetandegjord för klienterna. Analysen görs här ensidigt och i efterhand av terapeuten, för att kunna användas i utvecklingen av det fortsatta arbetet med den berörda patienten.

Den *andra* abstraktionsnivån kan exempelvis gälla ungdomar eller vuxna som har en psykiatrisk eller svår psykosocial problematik och som därför har svårigheter att parallellt reflektera under processens gång. Här används symboliseringstrappan i själva terapisessionen, medan analysen får ske i ett annat skede av terapin. I dessa fall kan analysen mer fungera som en form av avslutning och sammanfattning av terapin.

Målgrupper på den *tredje* abstraktionsnivån kan vara klienter med olika fysisk hälsa men utan svåra psykiska dysfunktioner och med en sammanhållen och tydlig kognitiv struktur i sin personlighet. Här integreras symboliseringstrappan som helhet i musikterapiinterventionerna och innefattar samtliga moment tillsammans med klienterna, både musiken, bilden, samtalet och analysen. Detta kräver att klienterna både har en verbal abstraktions- och reflektionsförmåga och att de kan kommunicera om terapiprocessen på en "metanivå".

I en separat tolkningsfas, utanför den direkta musikterapi med klienten, går terapeuten på egen hand omvänt "uppåt" i trappan:

Musikanalys

Associationsanalys

Bildanalys

Textanalys

Denna avslutande analys görs således inte tillsammans med klienten/patienten. Terapeuten försöker på en metanivå finna generella processer och mönster i musikterapi som sammantaget kan ge kunskap om det som händer i interaktion och process. Härigenom kan man förhoppningsvis få en ökad förståelse för bakgrund och sammanhang till dessa symboliseringsprocesser. I det fortsatta arbetet med klienten kan denna nya kunskap öka förståelsen för klientens situation och komma till nytta för ökad hälsa och livskvalitet.

Kompetens och utvärdering

För att arbeta som musikterapeut krävs adekvat kompetens och utbildning. Förutom grundutbildning som musiklärare eller musikpedagog som ges vid de svenska musikhögskolorna, krävs en *musikterapeututbildning*, som exempelvis den magisterexamen som ges vid Kungliga Musikhögskolan i Stockholm. Vid annan grundutbildning som exempelvis läkare, psykolog eller socionom är en bred musikalisk kunskap och instrumental färdighet, en förutsättning för en vidare utbildning till musikterapeut.

Det är naturligtvis även en fördel med en bred klinisk erfarenhet från olika verksamhetsområden eftersom man sällan kan arbeta med enbart en avgränsad målgrupp. Musik har en stark påverkan som snabbt berör människors inre upplevelser, inte enbart för klienter utan också för terapeuter. Det är därför viktigt med kunskap om psykologiska processer och en egen god *självkänedom*. Genom att själv gå i *egenterapi*, både verbal och i musikterapi, blir man bättre rustad att både våga och vilja gå in i klienters och sin egen upplevelsevärld, utan att riskera att bli omedvetet indragen i destruktiva processer.

Det är också önskvärt med en kontinuerlig *processhandledning* i arbetet av en utbildad musikterapeut. Handledning kan ses som en löpande kompetensutveckling och kvalitetssäkring som är värdefull både för musikterapeuten men i förlängningen också för klienterna som får en genomtänkt och adekvat behandling.

Utvärdering av musikterapi med olika målgrupper är slutligen nödvändigt för utveckling och kvalitetssäkring. Om musikterapi skall betraktas som en seriös behandlingsform måste man rimligen kontinuerligt få kunskaper om vilken nytta den bedrivna musikterapin får för berörda klienter. Utvärdering behövs både för att utveckla musikterapin metodologiskt, för berörda verksamheter att få ökade kunskaper om musikterapins effekter för olika målgrupper samt för musikterapeuters egen fortsatta kompetensutveckling.

Alla former av *dokumentation* och *uppföljning*, som journaler, anteckningar, filmer, bilder, rapporter, utställningar och andra projektredovisningar från såväl individuell musikterapi och gruppbehandling som temaprojekt, bör därför uppmuntras. Kunskaperna bör komma ur dialog med klienter, personal och övriga berörda, och bör på sikt systematiseras och spridas.

Nedan visas en sammanfattad översikt över modellen.

Översikt: Modell för Interaktiv musikterapi

| | |
|------------------|--|
| Värdegrund | <p>Modellen grundas på alla människors lika värde oavsett ålder, kön, etnicitet och dysfunktion. Helhetssyn eftersträvas där människan ses i sin livssituation på olika nivåer.</p> <p>Musikterapin utgår från varje individs behov och resurser och möjlighet till utveckling med hänsyn till förmåga och livssituation - i syfte att bidra till ökad hälsa och livskvalitet.</p> <p>Dialog och samarbete är grundläggande förhållningssätt liksom etiska principer som självbestämmande, integritet och sekretess.</p> |
| Brukarperspektiv | <p>Musikterapin utgår från klientens behov och resurser i en strävan att se livssituation och förändringsbehov ur klientens perspektiv.</p> <p>Klientens delaktighet och medverkan är förutsättning för en positiv, trygg, tillitsfull och utvecklande interaktion.</p> |
| Målgruppsanalys | <p>Musikterapeut behöver en helhetsbild av den aktuella målgruppens ålder, funktionsnivå, hälsosituation, ev. diagnoser etc. för att kunna planera musikterapins struktur, musikval, instrument etc.</p> |

| | |
|-------------------------|--|
| Implementering | <p>Fungerande implementering i berörd verksamhet har avgörande betydelse för musikterapiens genomförande. Behandlingsansvariga och personal informeras och involveras i kreativt samarbete mot gemensamma mål.</p> <p>Målgruppens situation påverkas av aktuell välfärdsverksamhet. Musikterapien måste därför vara lyhörd både för verksamhetens syfte och professionella sammanhang och för klientens behov och önskemål.</p> <p>Information till föräldrar, familj och andra närstående är väsentlig både av etiska skäl och för en fungerande behandling.</p> |
| Interaktion | <p>Musikterapi bedrivs parallellt på fyra interaktionsnivåer: <i>Musiken:</i> Rytm, melodi, harmoni, klang, röst, instrument etc. i den aktuella musiken. Om musiken är improviserad eller förinspelad samt klientens egen interaktion med musiken.</p> <p><i>Intrapsykisk</i> nivå: Individens upplevelser, emotioner, känslor, tankar, minnen, etc. fysiska processer som andning, puls, muskelspänning etc. samt olika symboliseringsprocesser.</p> <p><i>Interpersonell</i> nivå: Interaktion mellan patient/klient och musikterapeut, med föräldrar och anhöriga och med deltagande/medverkande personal.</p> <p><i>Strukturell</i> nivå: Det välfärds<i>sammanhang</i> och den behandlings- och vårdorganisation inom vilken musikterapi bedrivs - med struktur, beslutsordning och samarbete med involverad professionell personal</p> |
| Musik som kommunikation | <p>Musik kan fungera som en kommunikationskanal för personer som inte har något verbalt språk, som har kognitiva funktionsnedsättningar eller som av andra anledningar inte kan, vill eller vågar använda verbalt språk.</p> <p>Själva musiken i musikterapi blir härvid sättet att kommunicera och etablera en interaktion. Det blir då extra viktigt med stor lyhördhet, vilja att pröva olika metoder och att välja rätt musik med rätt timing.</p> |
| Tid och närhet | <p>Musik omfattar en tidsperiod, en början, en mitt och ett slut, men beskriver samtidigt ett "nu" som både gäller tid som passerat och något som kommer. Tiden, från ett musikuttryck till att en rad intrapsykiska och interpersonella processer har satts igång, är ofta väldigt kort.</p> <p>Musikterapiens tidslängd kan vara betydelsefull för att ge möjlighet att bygga en terapeutisk allians med trygghet och förtroende. I improviserad musik kan tid och form styras, både för ökad struktur och flexibilitet i terapien.</p> <p>Emotionell närhet som ger samförstånd och gemensam upplevelse är central i musikterapi och påverkar både klient och terapeut. Terapien bedrivs också ofta i fysisk närhet mellan terapeut och klient, när man exempelvis sitter tätt tillsammans vid pianot eller mitt emot varandra med en trumma.</p> |

| | |
|--------------------------------------|---|
| <p>Musikterapeutiska metodval</p> | <p>Hur musikterapin kan genomföras påverkas både av målgruppens situation och av den enskilda klientens behov och resurser men även av verksamhet, kontext och yttre förutsättningar.</p> <p>Musikterapeuten får ta ställning till följande metodval:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Individuell terapi eller gruppterapi • Bestämd tidsperiod/antal sessioner eller löpande • Musikalisk improvisation/interaktion • Inspelad musik – lyssna och associera • Musikval- genre, rytm, harmoni, klang • Musik med bild, text och rörelse • Sånger – kända eller egenkomponerade • Instrument –enkla/komplexa • Musik som ickeverbal kommunikation (när verbalt språk saknas). • Kreativa material- färger, stenar, snäckor, fjädrar, schalar osv. • Musik med lek och sagor (för mindre barn). • Använda symboliseringstrappan vid terapi och analys. • Tema-projekt – individuella eller i olika grupper. <p>Metoderna i musikterapin kan sällan fastställas på förhand utan en hög flexibilitet krävs av musikterapeut för att pröva och variera metod över tid.</p> |
| <p>Musik – bild – text - rörelse</p> | <p>Terapiformer med konstnärliga uttryck, som musik, bild, dans och rörelse, kan passera verbala försvar och riktas direkt till känslor och minnen. Improviserad musik ökar klientens möjlighet att påverka detta uttryck.</p> <p>Bildskapande i musikterapin utgår från musiklyssning eller delaktighet i musikimprovisation. Samtal om musiken kan medvetandegöra känslor och tankar. Dessa processer sker oavsett kognitiv förmåga medan själva utförandet bör anpassas till klientens ålder och förmåga. Därefter skrivs ett ord, en dikt eller berättelse, som en konklusion av bildprocessen varefter man återväder till den ursprungliga musiken eller väljer att skapa ny improviserad musik.</p> <p>Rörelse och dans kan också vara en del av musikterapin. Med barn finns rörelsen alltid med som improvisation och i temaarbete med grupper är rörelse vanligt i inledningsfasen.</p> |

| | |
|----------------------------------|---|
| <p>Symboliserings-trappan</p> | <p><i>Symboliseringstrappan</i> används i musikterapi för att stimulera och följa klienten från yttre till inre symboliseringsprocesser och genoförs i följande steg: 1: Musikintervention 2: Upplevelse som musiken väcker 3: Bild som skildrar upplevelsen 4: Text som konklusion. I terapin går man härigenom ”nedåt” i trappan—från en ofta omedveten till en mera medveten nivå.</p> <p>I samtal med klienten gör man därefter en gemensam analys av klientens symboliseringsprocesser genom att återigen gå igenom de olika stegen (1-4) för en gemensam fördjupad förståelse. Beroende på målgruppens förmåga till abstraktion sker denna genomgång i terapin eller på egen hand av terapeuten. I en separat tolkningsfas går terapeuten omvänt ”uppåt” i trappan: Text - bild - association - musik – för att på en metanivå finna mönster i musikterapi för ökad förståelse av klientens symboliseringsprocesser som i sin tur kan användas i den fortsatta musikterapi.</p> |
| <p>Kompetens och utvärdering</p> | <p>Adekvat utbildning och kompetens är nödvändig för att bedriva musikterapi. Bred klinisk erfarenhet och egenerapi ökar den professionella flexibiliteten. Processhandledning ses som en kontinuerlig kompetens och kvalitetsutveckling.</p> <p>Utvärdering behövs både för att utveckla musikterapi metodologiskt, för att ge berörda verksamheter ökade kunskaper om musikterapis effekter för olika målgrupper samt för musikterapeuters fortsatta kompetensutveckling. Alla former av dokumentation och uppföljning, som processanteckningar, journaler, filmer, rapporter, utställningar och andra projektredovisningar bör uppmontras. Kunskaperna bör komma ur dialog med klienter, personal och övriga berörda och på sikt systematiseras och spridas.</p> |

Gemensamt och målgruppsspecifikt

Modellen för interaktiv musikterapi har således utvecklats i kliniskt arbete och med en rad teoretiska och metodologiska influenser på vägen. Till en början handlade det mest om att finna vägar för hur man överhuvudtaget kunde använda musik i behandlande syfte. Tankarna på en sammanhängande modell kom betydligt senare och har först fått sin samlade form i samband med detta avhandlingsarbete.

Avhandlingens övergripande syfte är att försöka utveckla en modell för interaktiv musikterapi som kan anpassas till olika målgrupper. Genom klinisk erfarenhet, en omfattande litteraturgenomgång och tre empiriska studier, har nu en sammanfattande överblick erhållits av vilka aspekter i modellen som är gemensamma för samtliga målgrupper och vilka som bör anpassas till respektive målgrupp, verksamhet och enskild klient.

Gemensamt för samtliga målgrupper

Modellens övergripande syfte, att bidra till ökad hälsa och livskvalitet, och modellens *värdegrund, förhållningssätt* och *etiska principer* är generella för samtliga målgrupper oavsett, ålder, kön, sexuell läggning, etnisk tillhörighet, kognitiv förmåga och diagnos.

Modellens fokus på *interaktion* förutsätter ett *brukarperspektiv* utifrån den enskilda individens behov och resurser och *klientmedverkan* i en gemensam process där alla efter förmåga kan uppleva sig delaktiga.

Symboliseringsprocesser förekommer i någon form i samtliga målgrupper. Symboliseringen är både komplex och individuell och sker på olika kognitiva nivåer beroende på förmåga till abstrakt tänkande, men alla symboliserar. Även små barn som inte skriver dikter till sina upplevelser, symboliserar, genom att leka att stenarna exempelvis är ”värdefulla skatter”.

Implementering av musikterapi och samarbete med berörd personal är en förutsättning för samtliga målgrupper även om formerna naturligtvis får anpassas till verksamhetens uppdrag, storlek, personalsituation, beslutsordning, administration osv.

Vikten av *utbildning och kompetens* som musikerapeut och betydelsen av lyhörddhet och öppenhet i möten med klienter gäller oavsett målgrupp och *uppföljning, utvärdering* och *dokumentation* är också nödvändig för fortsatt kvalitetsutveckling.

Målgruppsspecifikt

Verksamhetens syfte och uppdrag är ju specifikt för respektive verksamhet, vilket man som musikerapeut bör respektera. Det blir en balansgång där man både försöker vara lyhörd för verksamhetens önskemål, samtidigt som man ändå vågar introducera nya tankar och idéer. Idealet är att kunna utveckla en gemensam behandlingsideologi där man som musikerapeut blir delaktig i planeringen för den enskilde klienten/patienten. För att kunna engagera och involvera personalen är det därför en god investering att lägga tid och energi på implementeringen med information till alla berörda.

Musikerapeutisk metod och arbetsinnehåll påverkas av situationen inom olika verksamheter där praktiska förutsättningar ofta avgör möjligheterna till val av metod. Exempelvis på ett sjukhus med patienter som är fysiskt begränsade av sin sjukdom eller av pågående medicinsk behandling får man bära med sig instrument, CD-spelare och annat material till patienternas sjukrum. Detta leder i sin tur till att det sällan fungerar med improviserad musik med instrument varför inspelad musik blir det återstående alternativet.

Ålder har en stor betydelse då man måste anpassa både metod, musik, material, och dialog till om det gäller barn, tonåringar eller vuxna. Små barn kräver egna interventioner ofta med inslag av lek, rörelse och dans med hjälp av sjalar, sidentyger, stenar, solfjädrar, pinnar med färgglada band osv. och instrumenten kan vara enkla rytmägg, claves, chimes och klockor. För barn och ungdom med kognitiva funktionsnedsättningar och autism bör också instrument och andra hjälpmedel anpassas till den enskilda individen.

Målsättning, tidsperspektiv och tempo blir också specifik för respektive målgrupp och individuell behandling. Ju mer involverad klienten kan vara i processen desto mer kan också målsättningen bli gemensam för klient och terapeut. Om däremot klienterna inte kan vara så aktiva eller saknar kognitiv förmåga att delta i samtal kring målsättningen blir denna, trots en ambition med brukarperspektiv, mera formulerad med utgångspunkt från de av terapeuten uppfattade klientbehoven. Vanligen finns då också personal att samarbeta med och man kan tillsammans sätta upp mål och tidsperspektiv för den enskilda individen.

Val av musik och musikerapeutisk metod påverkas av de enskilda individernas specifika livssituation, behov och resurser gällande kognitiv förmåga, verbalt språk, osv. Vilken improviserad och/eller inspelad musik ur många olika genrer som man väljer hänger både ihop med klientens ålder, mognad och önskemål och med processen i musikterapi. Musikvalet kan ge en form av terapeutisk progression genom att med lyhördhet utmana klienten att överskrida sina tidigare gränser. Musikens kvalitéer har också stor betydelse, exempelvis om den har en tydlig rytmisk struktur, om den är melodios och lätt att följa, instrumentval, styrka och klang och där val av genre kan signalera en tidsepok eller livsstil. Musik som är strukturlös utan en fast puls och klanger som flyter i varandra, kan i vissa fall väcka ångest hos personer med svaga gränser och musik med vokala inslag kan påverka klienten via texten som förmedlas. Improviserad musik har en annan potential i uttryck och anpassning och kan på ett djupare plan möta en klient och bekräfta en känsla eller en stämning. Valmöjligheterna ökar för klienten att själv påverka det musikaliska uttrycket och den gemensamma interaktionen vilket gör att också den terapeutiska relationen påverkas.

Tidslängden på musikterapi påverkar allians, innehåll och process. Det är skillnad att möta en person varje vecka i flera år jämfört med totalt fem tillfällen. Starka musikaliska ”möten” som leder till förändring för den enskilda individen verkar däremot kunna äga rum oavsett tidslängd, vilket i sig är tankeväckande. Med kognitivt välfungerande klienter påverkar den verbala kommunikationen den fortsatta processen i musikterapi medan den verbala kommunikationen för klienter med kognitiva funktionsnedsättningar oftast blir sekundär i förhållande till musiken som i sig själv blir ett medel för ömsesidig kommunikation.

På följande sida redovisas en översikt av dessa målgruppspecifika metod aspekter utifrån tre dimensioner – ålder, fysisk/psykisk hälsosituation och kognitiv förmåga.

Som framgår av denna överblick kan de flesta av modellens moment genomföras med samtliga målgrupper och att det som skiljer snarare har med instruktioner, tempo, mängd aktiviteter etc. att göra.

Översikt: Målgruppspecifika musikerapeutiska interventioner

| MÅL GRUPP | Fysisk/psykisk funktions-nedsättning | Psykiatrisk / psykosocial dysfunktion | Fysisk/medicinsk svår/kronisk sjukdom | Normalutveckling (ingen sjukdom) <i>Musikpedagogik och/eller musikerapi</i> |
|------------------------------------|---|---|---|---|
| | Bristande kognitiv förmåga | Varierande kognitiv förmåga | Åldersadekvat kognitiv förmåga | Åldersadekvat kognitiv förmåga |
| ÅLDER | | | | |
| Barn 0-6 år | Individuellt/grupp Delaktig personal Improvisation enkla instrument Inspelad musik Sång-lek-rörelse Olika material Ev. teckenspråk Upprepande sånger/ aktiviteter | Individuellt/grupp Delaktig personal Improvisation enkla instrument Inspelad musik Sång-lek-rörelse Olika material Upprepande sånger/aktiviteter | Individuellt Inkl anhöriga Improvisation enkla instrument Inspelad musik Sång- lek-rörelse Olika material Fler instruktioner Fler aktiviteter | Grupp / förskola Föräldra-barn-grupp Improvisation enkla instrument Inspelad musik Sång-lek-rörelse Olika material Fler instruktioner Fler aktiviteter |
| 7-12 år | Individuellt/grupp Delaktig personal Improvisation enkla instrument Inspelad musik Sång-lek-rörelse Musik-bild-text Olika material (ev) Teckenspråk Upprepande sånger/aktiviteter | Individuellt/grupp Delaktig personal Improvisation enkla instrument Inspelad musik Sång-Lek-rörelse Musik-bild-text Olika material Upprepande sånger/aktiviteter | Individuellt Improvisation enkla instrument Inspelad musik Sång- lek.ev rörelse Musik-bild-text Olika material Fler instruktioner Fler aktiviteter | Grupp Tema-projekt Improviserad och inspelad musik Sång-lek-rörelse Musik-bild-text Olika material Fler instruktioner Fler aktiviteter |
| Tonår / unga vuxna 13-20 år | Individuellt /grupp Delaktig personal Improvisation enkla instrument Inspelad musik Musik-bild-text Sånger, egna/kända | Individuellt /grupp Tema-projekt Improvisation Egenkomponerad Inspelad musik Musik-bild-text Samtal (Sång) | Individuellt Improvisation Egenkomponerad Inspelad musik Musik-bild-text Samtal (Sång) | Grupp Tema-projekt Improvisation Egenkomponerad Inspelad musik Musik-bild-text Samtal (Sång) |
| Vuxna | Individuellt/grupp: Delaktig personal Improvisation Inspelad musik Musik-bild-text Sång | Individuellt /grupp Improvisation Inspelad musik Musik-bild-text-samtal | Individuellt Inspelad musik Musik-bild-text Samtal | Personalgrupper / fortbildning Pedagogisk inriktning/pröva modellen: Musik/sång-bild-text (ev) Samtal |

Diskussion

Folkhälsovetenskap och musikterapi

Kulturlivet börjar tidigt i barns liv då de under hela uppväxten omges av musik i olika former och genrer. Att egen musikaktivitet kan påverka upplevelse av hälsa har visats av bl.a. Theorell (2009). Om man kan fånga och möjliggöra barnens intresse att uttrycka sig med musik genom sång eller på instrument kan detta få stor betydelse för barnens livskvalitet och långsiktiga hälsa. Att skapa möjligheter för ungdomar att kunna utveckla sin kreativitet ingår också i ett folkhälsoarbete med musik. Kulturskolor borde breddas och utvecklas kunskapsmässigt för att möta barns och ungdomars behov.

Denna avhandling kan ses som ett forskningsbidrag i en lång rad av undersökningar inom ett brett internationellt fält som påvisar musikens betydelse för ökad hälsa och livskvalitet. Det finns nu en rad områden och målgrupper inom vård, behandling och omsorgsverksamheter där musikterapi som behandling borde kunna fylla en stor funktion. En del intressanta fenomen som visar på denna utveckling kan uppmärksammas. Exempelvis har inspelad musik i väntrum börjat användas på en del sjukhus (ex Borås Lasarett) och även levande musik förekommer numera på försök i olika vårdssammanhang. Musikterapeuter har också börjat få uppdrag på remiss, exempelvis på Astrid Lindgrens barnsjukhus i Stockholm och på Karlstad lasarett.

Det finns stora möjligheter men också mycket mer att göra för att förstärka musikens roll i ett folkhälsoperspektiv. Det behövs både mer forskning och effektivare information om musikens positiva effekter på hälsa och livskvalitet.

Hermeneutisk grundsyn

En hermeneutisk grundsyn präglar både min forskning och modellens olika dimensioner.

Hermeneutisk forskning är multidimensionell vilket i denna avhandling visar sig i de komplexa processerna och i mina försök att både förstå och förklara dessa. Detta är inte den typ av forskning som erbjuder bevis av existensen av olika ingående fenomen - om vi inte säger oss "existera" därför att vi "förstår" (Kenny et al. 2005).

Forskning i musikterapi kan ses som en cirkulär process utan egentligt slut och där tolkningen av materialet rymmer flera olika tolkningsmöjligheter. Den hermeneutiska cirkeln är en möjlig väg att närma sig fenomen som har en djupare och ibland dold mening och som genom tolkningen kan framstå med en ny mening. Validiteten i den djupa essensen av vad musikterapi kan innehålla och innebära, ligger i hur forskningen kan beskriva de många processerna på olika nivåer och göra dem förståeliga för andra.

Min strävan i detta avhandlingsarbete har just varit att försöka beskriva denna komplexitet, samtidigt som jag är ödmjukt medveten om att jag inte slutgiltigt har lyckats fånga alla dessa processer på olika nivåer. Den hermeneutiska cirkeln får rulla vidare.

Reflektioner om för- och nackdelar med valda forskningsmetoder

Grundmaterialet i denna avhandlings empiriska studier är omfattande med information på flera olika nivåer. Att reflektera över de valda forskningsmetodernas för- och nackdelar är därför av betydelse för att kunna utvärdera studiernas resultat och slutsatser.

Min grundinställning är att så långt möjligt eftersträva transparens i min forskning, dvs. att för läsaren av denna avhandling försöka redovisa hela "kedjan" - från datamaterial ur de direkta mötena med patienter/klienter i musikterapi via olika undersökningsmetoder, bearbetningar, analyser och sammanfattningar - fram till redovisning av resultat och slutsatser. Ambitionen är att läsaren skall kunna förstå vad som efterfrågas och hur forskningen har gått till i olika steg, och därmed kunna bilda sig en egen uppfattning om studiernas trovärdighet och de slutsatser som dras. Detta innebär dock vissa svårigheter.

Processbeskrivningarna från samtliga (62+10+ 24) patienter/klienter i de tre studierna utgör ett omfattande grundmaterial, redan i antalet sidor. Allt detta material finns säkert och integritetsskyddat förvarat hos mig som "basdata" till mina studier. Processbeskrivningarna är i samtliga fall nedskrivna direkt efter sessionerna (för detaljer se Del III). Materialet är komplext då det både rör sig om ett stort antal patienter/klienter och musikterapisessioner och även behandlar förhållanden utanför den direkta terapin exempelvis med koppling till aktuell livssituation och behandlingsverksamhet.

Beskrivningarna påverkas dessutom av terapiernas tidslängd, där terapier som pågått över många år givetvis är mer omfattande än i terapier som endast bedrivits ett fåtal sessioner. Både av skäl som handlade om den stora textvolymen men framförallt av etiska överväganden och integritetsskäl valde jag att inte att redovisa dessa processbeskrivningar i sin helhet. Min bedömning var att läsaren inte heller skulle vara så behjälpt av en stor mängd textsidor, med processbeskrivningar av en klient i taget, då studiernas syfte och forskningsfrågor primärt handlade om att fånga de centrala aspekterna i dessa processer per målgrupp. Innehållsanalys, som metod för bearbetning och analys av dessa beskrivningar, blev en möjlig väg att ur detta stora material kunna kondensera och sammanfatta innehållet till ett begränsat antal dimensioner per målgrupp. Istället för att redovisa hela terapiprocesserna för varje enskild klient, valde jag därför att förmedla och försöka levandegöra de gemensamma dragen per målgrupp med hjälp av terapिसammanfattningar.

Det finns dock problem med detta tillvägagångssätt. Dimensionerna som utkristalliserades ur innehållsanalysen är visserligen valda med omsorg i förhållande till materialet och prövade i förhållande till annan forskning och litteratur samt avstämda med andra forskare och handledare - men de gjordes av mig som samtidigt var musikterapeut och modellutvecklare. Här finns brister i transparensen då läsaren inte själv kunnat delta i eller direkt observera den genomförda musikterapi och därför måste lita på att mina beskrivningar återspeglar de faktiska processerna. Samtidigt är dilemmat att det troligen enbart är den som deltagit i själva musikterapi som kan uppleva och beskriva kärnan i dessa processer och dimensioner. Hypotetiskt skulle kanske en annan forskare genom videofilm, direktobservation och nedskrivna process kunna närma sig kärnan i innehållet av terapiprocessen. Även här uppstår emellertid problem av både etisk och metodologisk karaktär, då relation, förtroende och allians mellan terapeut och klient, skulle bli påverkad och kanske hotad.

Ur ett hermeneutiskt perspektiv kan man inte betrakta kunskap som förutsättningslös, utan förförståelse, så även om en utomstående forskare skulle kunna komma fram till liknande dimensioner är det inte säkert att dessa skulle få samma innebörd.

Att vara i ”verkligheten”, direkt i det kliniska arbetet, innebär inte enbart att vistas i det rum där musikterapi genomförs med en person i taget. Det innebär också att ta del av en hel verksamhetsstruktur och ett ”klimat” som i samtliga mina studier var laddade med olika fysiska sjukdomar och svåra psykosociala livssituationer, av praktiska förhållanden kring behandling och verksamhet och av existentiella livsfrågor om friskt och sjukt, liv och död. Man går inte enbart in i en byggnad för en viss verksamhet utan man går in i en ”hel kultur” som tar tid att lära känna och med konsekvenser också för terapeutens fysiska och psykiska mående och vad man ser, hör, upplever och beskriver.

Samtidigt har processbeskrivningarna många förtjänster som var anledningen till att jag valde denna forskningsmetod. Dessa beskrivningar kan fånga helheten på olika nivåer i musikterapi - alltifrån metodval, musik, intrapsykiska processer hos både klient och terapeut. Interaktionen mellan klient, terapeut och musik, till klientens livskvalitet och en rad aspekter i den fysiska miljön, som parallella medicinska och psykosociala behandlingar och den aktuella verksamhetens strukturer och processer. Samtliga dimensioner i min redovisade modell blir belysta och jag har inte funnit någon annan undersökningsmetod med denna bredd. Att processbeskrivningarna görs av terapeuten i direkt anslutning till varje enskild session innebär dessutom att det inte existerar något ”bortfall” och att tillförlitligheten kan bedömas som god gällande att inget väsentligt blir bortglömt.

Utänför olika forskningskrav har musikterapeuten även andra fördelar med denna metod. Genom att terapeuten avslutar varje session med denna dokumentation kan hon mentalt avsluta sessionen och härbärgera alla intryck och känslor, också för egen del. Det finns en trygghet i att veta att sessionen finns dokumenterad så att man inte behöver hålla alla olika processer i minnet till nästa session, vilket kan bli belastande om man har många terapier och andra parallella projekt. Vanligen kommer denna ordning och minneshjälp också klienterna tillgodo genom att de upplever att terapeuten tar dem på allvar, har lyssnat och deltagit aktivt och kan fortsätta terapin där den tidigare sessionen slutade. Terapeuten har också möjligheter att använda dokumentationen för egen översikt, inte enbart gällande den senaste sessionen utan gällande terapin som helhet under den tid den bedrivits. Man kan då få ett helikopterperspektiv över hela processen och börja söka efter mönster i det sammanlagda materialet, som inte kan upptäckas vid betraktande av en terapi åt gången.

Sammanfattningsvis är jag medveten om processbeskrivningarnas bristande transparens men anser att metodens många fördelar, väl uppväger dessa brister.

Dialogintervjuerna genomfördes samtliga efter avslutad musikterapi. Intervjuernas frågeområden förbereddes i förväg, i god tid före själva intervjun, och styrdes av avhandlingens syfte och forskningsfrågor. Dessutom kunde symboliseringstrappan användas inom denna intervjuform som underlag för att retrospektivt kunna närma sig musikterapiprocessen.

I dessa intervjuer uppstår ett annat dilemma som handlar om hur jag som forskare framställer frågorna och hur jag uppfattar svaren. För att så långt möjligt kvalitetssäkra frågor och svar, försökte jag i intervjun att sammanfatta och stämma av respektive frågeområde med respondenten, för att försäkra mig om att jag uppfattat svaren rätt.

I avhandlingens text är intervjuerna sammanfattade under respektive studie och målgrupp – men återfinns i sin helhet i bilagor för varje studie, där endast personidentifierade uppgifter är borttagna av sekretesskäl. Läsaren har härigenom tillgång till en god transparens, från konstruktion av frågor till klienternas svar. Här kvarstår dock frågorna om jag som forskare har uppfattat och tolkat svaren så som de tillfrågade har menat.

Intervjuerna genomfördes efter att respektive musikterapi hade avslutats. Detta innebär att man kunde inta ett både aktuellt och retrospektivt perspektiv på musikterapin i dess olika dimensioner och på klienternas upplevelser av hälsa och livskvalitet. Att frågeområdena konstruerades på förhand gav mig som forskare en möjlighet att styra intervjuernas innehåll så att de blev likartade för samtliga intervjuade, vilket i sin tur möjliggjorde olika former av jämförelser kring innehåll, interaktion, tid, mående, osv. Dialogformen ger också en rad fördelar i detta sammanhang, jämfört med exempelvis traditionella frågeformulär. Dialogen gör att relationen mellan intervjuare och intervjuad blir mera jämlik, man möts mer i en gemensam reflektion än i ett givet tolkningsföreträde för intervjuaren. Dialogformen ger också möjligheter för båda parter att metakommunicera ”om” det man pratar om, för att under tiden stämma av att man uppfattat vad den andre menar.

Uppföljningsintervjuerna i Studie III, som genomfördes lång tid efter avslutade terapier, kan läsas i sin helhet som bilagor till denna studie. Intervjuerna skedde i dialogform och bestod av frågeområden som även innehöll tidsaspekten - före, under tiden och ”nu”, dvs. ca 10 år ”efter” avslutad musikterapi. I dessa intervjuer kunde även de tidigare terapiprocesserna och symboltrappan användas som del i underlaget till frågeområdena. Dessa processer sträckte sig över betydligt längre tidsperioder än de övriga studierna och var i denna mening mer omfattande och komplexa.

En särskild fördel med den långa tiden som förlöpte mellan avslutad musikterapi och uppföljningsintervjuerna var att man gemensamt i dialogens form retrospektivt kunde reflektera över vad som hände i terapin och vad som hände under åren därefter och om musikterapin hade haft någon betydelse för den senare utvecklingen, från en mycket turbulent tonårstid till nu som självbestämmande unga vuxna. Det var slående hur vår tidigare relation och allians på något sätt hade överlevt detta tioåriga tidsrum – det var som att ingen tid hade passerat och att vi kunde fortsätta dialogen där vi slutade för så många år sen.

Sammanfattningsvis bedömer jag att uppföljningsintervjuerna har en god transparens då man kan följa forskningen från konstruktion av frågeområden till klienternas svar och forskarens slutsatser. Här finns samma förtjänster men också likartade tolkningsdilemman som i dialogintervjuerna

Skattningarna i Studie I delades ut och samlades in av sjukvårdspersonal efter 1, 3 och 5 sessionen i musikterapin och här är ingen musikterapeut inblandad i administration av denna delundersökning. Patienterna fick själva skatta sitt fysiska och psykiska mående efter musikterapisessionerna på en skala mellan 1 och 10.

I de andra undersökningsmetoderna i mina studier finns risker för bias, då man inte kan bortse från det förhållandet att klienterna kan vara välvilligt inställda till en engagerad terapeut och därför kan ha svaret mer positivt på exempelvis sitt eget mående än de skulle ha svaret en ”neutral” intervjuare. Att jag som musikterapeut inte är involverad i administrationen av dessa formulär ser jag därför som en klar fördel.

Skattningsskalorna som administrerades av personalen kunde fungera som en inbyggd ”neutral balans” mot eventuell bias, genom att resultat från övriga metoder kunde bedömas i relation till skattningsskalornas resultat. Denna skattningsmetod kan således uppfattas som en öppen, objektiv, neutral och transparent undersökning som är tydlig och lätt att tolka och sammanställa i exempelvis beräkning av medelvärden. Här uppstår dock ett annat dilemma nämligen att man inte kan kontrollera hur respondenterna har uppfattat vad som efterfrågas och vad skattningssiffrorna 1-10 verkligen betyder för den enskilda individen. Man bör därför vara försiktig med att dra några slutsatser gällande enskilda patienters faktiska hälsa och livskvalitet. Däremot kan man vara relativt säker på själva utvecklingstrenden, både för den enskilde och för hela patientgruppen.

Det finns således både för- och nackdelar med valda forskningsmetoder där jag ändå anser att förtjänsterna klart överväger utifrån avhandlingens syfte och forskningsfrågor. Metoderna har genererat ny kunskap och väcker samtidigt intressanta frågor om metodutveckling i forskning om musikterapi.

Modellens styrkor och svagheter

Modellen för interaktiv musikterapi är öppen till sin karaktär och är möjlig att anpassa till olika målgrupper. De musikterapeutiska metodvalen är också fria att tolkas och användas efter klientens behov och terapeutens inriktning. Samtidigt kräver modellen gemensamma värderingar och gedigen terapeutisk kompetens vilket naturligtvis kan begränsa dess användning. Modellen är heller inte tidsstyrd utan kan anpassas till både korta och långa processer, vilket kan vara en fördel inom verksamheter där längre terapiprocesser kan vara svåra att åstadkomma exempelvis på grund av varierande medicinska behandlingar och inläggandetider.

Implementering av musikterapi i berörda välfärdsverksamheter är ofta en tidskrävande och inte alltid enkel uppgift. Huvudverksamheten, ex. ett sjukhus eller en behandlingsinstitution, har en befintlig struktur med beslutshierarki, värderingar och synsätt på behandling som musikterapeuten måste förhålla sig till. Ömsesidig information med behandlingsansvariga i denna organisation är helt nödvändigt med överenskommelse om musikterapeutens uppdrag och ansvarsområde. Tillsammans med behandlingsansvariga påbörjas också målgruppsanalys i en rad avseenden för att kunna planera musikterapiens struktur, inriktning, metodval osv. Musikterapeuten bör vara flexibel och anpassningsbar för att överhuvudtaget bli insläppt men samtidigt ha en egen förankrad behandlingskompetens för att inte göra avkall på grundläggande värderingar och förhållningssätt.

Det är därför väl använd tid att informera och komma överens med alla berörda om musikterapiens syfte och uppdrag, metodfrågor och en rad praktiska detaljer. Att integrera musikterapi i ordinarie verksamhet och få ett fungerande samarbete med en informerad och engagerad personal både möjliggör och underlättar hela den framtida musikterapi. Det är också både etiskt nödvändigt och metodologiskt värdefullt att informera familj och anhöriga om musikterapi och särskilt med små barn om möjligt också kunna engagera föräldrarna att själva medverka.

Musikterapiens målsättning, att bidra till ökad hälsa och livskvalitet, infriades i varierande grad för samtliga målgrupper. Musikterapi bidrog genomgående till förbättringar i upplevd livskvalitet och psykiskt mående och kunde även fylla en lindrande och avledande funktion vid tunga medicinska behandlingar som dialys och cytostatika. Samtidigt bör man naturligtvis ha klart för sig att dessa positiva resultat inte ensidigt kan tillskrivas musikterapi, vilken i samtliga fall bedrevs parallellt med annan professionell behandling. Snarare bör man dra slutsatsen att det just är i kombination med annan behandling inom en professionell vårdorganisation med engagerad personal, som musikterapi kan få dessa goda effekter.

Modellens grundvärderingar gällande människosyn, förhållningssätt, etik, brukarperspektiv, implementering, kompetens och utvärdering osv. gäller utan undantag för alla målgrupper. Däremot finns tveksamheter om modellen också skulle kunna användas på andra ännu oprövade målgrupper - som demenssjukdomar, neuropsykiatriska dysfunktioner, stroke och förvärvade hjärnskador. Det är exempelvis inte säkert att modellens metodval med musik, bild, text och symbolisering, skulle kunna tillämpas med dessa målgrupper. Dessa musikterapeutiska metoder skulle i så fall behöva utprovas och anpassas till aktuell målgrupp. Samtidigt visar sammanställningen av modellens gemensamma och målgruppsspecifika aspekter att de flesta metodmoment är gemensamma för respektive åldersgrupp. Snarare handlar det om att anpassa tempo, instruktioner och antal aktiviteter, till ålder, hälsa och kognitiv förmåga.

I en modell för interaktiv musikterapi kan det uppfattas som en nödvändig förutsättning att en interaktion överhuvudtaget kan komma tillstånd. Detta var exempelvis fallet med samtliga personer i de redovisade studierna som uppgav att den ömsesidiga interaktionen med musikterapeuten fungerade tillfredsställande. Vad som menas med en ömsesidig interaktion och om och hur denna faktiskt fungerar, är dock inte så självklart. Med vissa klienter/patienter som pga. stroke, demens, andra hjärnskador eller grava psykiska dysfunktioner inte kan interagera med omvärlden, förekommer ingen interaktion som kan upptäckas utifrån. I den beskrivna modellen kan emellertid interaktionen både vara av olika karaktär och äga rum mellan klient och terapeut och deras respektive interaktion med musiken.

Här finns en utvecklingspotential inom såväl musikalisk som interpersonell interaktion vilket är en utmaning att kunna fånga när den uppstår i mötet med en annan människa. Musiken kan skapa möjligheter till alternativa former för interaktion även om detta inte alltid kan verifieras av en oberoende observatör. Samtliga målgrupper i studierna kopplade musikterapi både till interaktionen med musikterapeuten, till den använda musiken och till själva musikaktiviteten.

Modellens värdegrund och förhållningssätt skapar möjligheter för ett mera jämlikt perspektiv där interaktionen kan upplevas även om den inte kan objektivt bedömas, vilket kan öppna vägar för de grupper som inte kan göra sig hörda eller sedda. Studierna bekräftar att musiken i sig kan användas som kommunikationsmedel med alla berörda målgrupper, både i kontaktskapande syfte och som stimulans till verbal kommunikation men också som medel för ickeverbal kommunikation.

Samtliga målgrupper uppgav också känslomässiga upplevelser med associationer, inre bilder och symboler kopplade till musiken som i många fall också kunde uttryckas i målade bilder och egna texter. Barnen stimulerades av musiken till lek och aktivitet och ökad interaktion med sina föräldrar.

Bearbetningen och analysen av de musikterapeutiska processerna påverkades både av musikterapiens tidslängd och av målgruppens ålder och mognad, fysiska och psykiska mående samt intresse och förmåga att bearbeta sin livssituation.

Valet av musik och genre, om musiken var förinspelad eller improviserad, om inriktningen skulle vara jagstödande eller bearbetande och om musiken kunde kombineras med bild och text bestämdes både av de berördas behov och intressen och av deras förutsättningar gällande ålder, mognad, livssituation och sjukdomar samt av de fysiska och andra begränsningar som skapades av andra pågående behandlingar. För vuxna med allvarliga kroniska och livshotande somatiska sjukdomar fick musikterapi främst en inriktning mot existentiella livsfrågor medan psykiatripatienterna oftast kopplade bilder och symboler till sin aktuella livssituation och psykiska problematik. Musikterapi i grupp med dessa psykiatripatienter skiljde sig också från de individuella terapierna genom att gruppdynamiken påverkade de enskilda individernas upplevelser och symboler. För ungdomarna med svåra psykosociala livssituationer fick musikterapi främst en jagstödande och identitetsstärkande inriktning. De små barnen med livshotande cancer reagerade på samma sätt som friska barn i samma ålder och använde musiken med sånger och instrument till att direkt gå in i ett lekrområde där de kunde vara aktiva och engagera och delvis styra både föräldrar och musikterapeut.

Modellen bygger på ett grundläggande förhållningssätt med dialog och brukarmedverkan i ambitionen att anpassa musikterapi till patientens/klientens behov och önskemål. Denna interaktiva musikterapi är inte möjlig att genomföra utan denna grundsyn men den är samtidigt inte oproblematiserad. Så länge patienter/klienter själva kan uttrycka sina behov och önskemål är det inte så svårt. Men om de berörda personerna, pga. av ålder, kognitiv funktion, sjukdomar eller andra dysfunktioner, inte själva kan formulera eller kanske inte ens är medvetna om sina behov, kan det bli både etiskt och metodmässigt mera besvärligt. Terapeuten har ju en styrande funktion med ett tolkningsföretråde gentemot klient/patient inbyggt i själva behandlingsstrukturen. Det är därför viktigt att musikterapeuten kan vara ödmjukt lyssnande och i grunden omfatta synsättet att utgå från brukarnas behov, vilket innebär en ständig utmaning och träning i inlevelseförmåga – hur livssituation och behov kan se ut från klientens/patientens perspektiv.

I jämförelse med andra musikterapeutiska inriktningar/modeller har den presenterade interaktiva modellen större möjligheter att kunna användas med många olika målgrupper med en både ickeverbal och verbal interaktion. Här finns likheter med Nordoff/Robbins "Kreativa" modell (1977) med fria improvisationer. Andra etablerade musikterapeutiska skolor (se presentation i Del I) som Fri improvisationsterapi (Alvin 1965), GIM (Bonny 2002), AOM (Priestley 1994) och Benenzon Music Therapy (2007) är antingen mer avgränsade till specifika målgrupper och/eller till specifika metodval.

Det finns även andra musikterapeutiska metoder som utvecklats ur en lång klinisk verksamhet och som i vid bemärkelse kan betraktas som interaktiva. Dessa metoder är dock samtliga mer inriktade mot specifika målgrupper - som Austins (2009) metod med vokala improvisationer i bearbetande psykoterapi, Oldfields (2006) kreativa metod för barn med autism och andra funktionsnedsättningar och Schumachers (1994) arbete med barn inom autismspektrat. Den interaktiva modellen använder även andra konstnärliga uttryck som bild, text och rörelse/dans vilket överlag saknas i övriga modeller. Här finns dock likheter med GIM som också kan användas bild i terapi men som samtidigt har ett av musikterapeuten styrt musikval. Den interaktiva modellen är ensam om symboliseringstrappan (se tidigare presentation i denna Del IV) som terapi och analysmetodmetod.

Min roll som musikerapeut, modellutvecklare och forskare

Emellanåt har jag i perioder av självkritik under avhandlingsarbetet funderat över mina olika roller. Det finns ju ett dilemma som jag är väl medveten om - att jag fungerat som både kliniker, modellutvecklare och forskare i en och samma person. Man kan då ställa sig ett antal frågor om hur denna modell skulle fungera med andra musikerapeuter, hur beroende tillämpningen är av just mig som modellutvecklare och om andra musikerapeuter skulle få samma resultat.

När det gäller att utveckla en modell så tror jag dock att det egentligen inte finns något principiellt annorlunda tillvägagångssätt. Någon måste så att säga börja att tänka ut modellen och pröva den i verkligheten - och för detta krävs en ”upphovsperson”.

Däremot måste naturligtvis modellen utsättas för den konstruktiva kritik som det innebär att andra också blir intresserade och vill lära sig den och pröva den på olika målgrupper och i olika verksamheter, och att detta i sin tur utvärderas. Med nödvändig utbildning och handledning i olika faser bör modellen kunna användas av alla kompetenta musikerapeuter. Den borde också kunna tillämpas på andra målgrupper än de som hittills prövats, naturligtvis metodmässigt anpassad till dessa målgruppers specifika behov.

Några idéer om framtida forskning

Att musikerapi kan bidra till ökad hälsa och livskvalitet är numera klarlagt i en mängd studier av en rad målgrupper i olika länder. (Se Del II). Det finns dock flera områden där forskningen ännu inte bidragit med tillräckliga kunskaper.

Ett område som skulle vara både intressant och samhällsnyttigt är att sätta in musik i ett folkhälsoperspektiv gällande utmattningssyndrom, negativ stress och sömnstörningar, etc. som kan betraktas som vår tids nya stora folksjukdomar och som inte enkelt kan inordnas i traditionella diagnossystem. Att utveckla musikerapi i förebyggande och hälsofrämjande syfte för dessa grupper och genom forskning utvärdera effekterna av detta, vore ett stort och intressant forskningsområde.

I musikerapi med ungdomar men också i vardagligt umgänge verkar ungdomar ofta koppla sin identitet till musik och massmediala yttringar runt denna breda musikarena. Ett intressant forskningsfält skulle vara att mera djuplodande undersöka ungdomars identitetsutveckling i relation till olika former av musik.

Slutligen anser jag att det behövs mer forskning om musikens bidrag till ökad hälsa och livskvalitet gällande grupper som sällan kan föra sin egen talan – barn och ungdom med olika funktionsnedsättningar. Det var inom detta område som mitt intresse från första början väcktes att hitta nya former för användandet av musik. Det är också inom denna grupp av barn, ungdomar och vuxna som jag tror vi möter dem som älskar musiken allra mest!

Coda

När jag ser tillbaka på avhandlingsarbetet och skrivprocessen är det några förhållanden som framträder extra tydligt. Det första är den stora tacksamhet jag känner, att i mitt arbete ha fått möta så många människor på ett personligt plan. De har varit drivkraften till att kunna sitta timma ut och timma in och försöka hitta och formulera förklaringar till musikterapiens komplexa processer.

Jag har känt en glädje under de här åren. Det har varit roligt att skriva, och trots att det många gånger varit svårt, har jag känt en närvaro av alla barn, ungdomar och vuxna som jag arbetat med. Så gott som alla exempel i texten har kommit till genom att en situation blivit levande, genom att ögon som jag minns eller kommentarer som jag hört från någon har dykt upp i mitt inre. Jag har aldrig behövt vänta länge på att exemplet skall komma fram i mitt medvetande. En i sig intressant process som också har väckt många tankar och känslor för mig personligen.

Möjligheten att få samla ihop mina kliniska och teoretiska kunskaper till en avhandling känns så här i slutskedet som en fantastisk förmån. Jag är glad att Nordic School of Public Health (NHV) vågade satsa på att se musiken ur ett folkhälsovetenskapligt perspektiv och jag hoppas att min avhandling kan generera nya kunskaper och reflektioner om musikens betydelse för hälsa och livskvalitet. Forskarkurserna har gett mig en inblick i folkhälsovetenskapens stora ämnesområde och alla artiklar och böcker som kommit i min väg har både varit inspirerande och gett mig nya frågor. Mötet med litteraturen har också gett en form av gemenskap, då många andra forskare på olika ställen i världen brottas med liknande frågeställningar - vilket ger mig inspiration att fortsätta undersöka hur musiken påverkar oss människor.

*Tonen klingar än
så länge du vill höra
bär den Din livstråd*

Litteratur

- Aasgaard, T . 2002. *Songs creation by children with cancer; process and meaning*. Avhandling, Ålborg universitet.
- Aasgaard, T. 2004. *Musical Acts of Love* . Musictherapyworld.net.
- Aasgaard, T.(red.). 2006. *Musikk og helse*. J.W. Cappelen's Forlag as, Oslo
- Ader, R.1981. *Psyconeuroimmunology*. New York: Academia Press.
- Adorno, T. 1968. *Musiksociologi, 12 teoretiska föreläsningar*. Cavefors förlag.
- Agnolt, H. 2010. *Musik reducerer oplevelsen af ubehag*. Dialäsen, nr 3.
- Aigen, K. 2005. *Music –Centered music therapy*. Gilsom, NH: Barcelona Publishers
- Aigen, K. 2008. In Defense of Beauty: A Role for the Aestheticin Music Therapy Theory: Part II. *Nordic Journal of Music Therapy*.
- Aldrige, D.1999.Guidelines for Clinical Research in Complementary Medicine. *Nordic Journal of Music Therapy*.
- Aldrige, D. 2004. *Creativity and consciousness: Music Therapy in intensive care*. Musictherapyworld. Net.
- Aldrige, D. 2004. *Health, the individual, and Integrated medicine:Revisiting an Aestheticof Heath Care*. Jessica Kingsley, London.
- Alnaes, R., Johnsen, G. 1963. *Psykoterapi*. Fabritius & Söner, Oslo.
- Altschuler, M. 1948/2001. A psychiatrist's experience with music as a therapeutic agent. *Nordic Journal of Music Therapy*, 10 (1), 69-76.
- Alvarez, A. 1997. *Levande sällskap*. Natur och kultur.
- Alvesson, M., Sköldberg. K. 1994. *Tolkning och reflektion*. Studentlitteratur , Lund.
- Alvesson, M., Sköldberg. K. 2011. *Tolkning och reflektion vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Studentlitteratur, Lund.
- Alvin, J. 1965. *Music for the handicapped child*. Oxford University Press, London.
- Amir, D.1993. Research in Music Therapy: Qunatitative or Qualitative?, *Nordic Journal of Music Therapy*, vol 2.

- Andersson, K., Björk, O., Brandhild, S., Ericsson, B., Forssberg, H., Hammarlund, I., Jennische, M., Säfsten, N., von Wendt, L. 2004. *Musikterapi i rehabilitering av barn med sena komplikationer efter hjärntumörbehandling En pilotstudie* Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm.
- Andersen, T. 2003. *Reflekterande processer: samtal och samtal om samtalen*. Mareld, Stockholm.
- Angiolillo, A. L., Simon, C. 2004. Staged informed Consent for Randomized Clinical Trial in Childhood Leukemia: Impact on the Consent Process. *Pediatric Blood Cancer* 2004 ;42: 433-437.
- Ansdeell, G., Meehan, J. 2010. Some light at the end of the tunnel- Exploring Users' Evidence for the Effectiveness of Music Therapy in Adult Mental Health Settings. *Music and medicine, Sage Journals*.
- Antonovsky, A. 1991. *Hälsans mysterium*, Natur och kultur.
- Austin, D. 2009. *The Theory and Practice of Vocal Psychotherapy, Songs of the self*. Jessica Klingsley, London.
- Awikumprasert, C., Vongjaturapat, N., Fuzong, L. 2012. Music Therapy on the Quality of Life in Cancer Patients. *Research on Humanities and Social Science, Vol2 No. 3*.
- Axelsson, R., Axelsson, S.B. 2007. *Samverkan och folkhälsa*. Studentlitteratur, Lund
- Bateson, G. 1972. *Steps to an ecology of mind*. Ballantine Books, New York.
- Bateson, G. 1987. *Ande och natur*. Symposium, Lund.
- Bauer, J. 2007. *Varför jag känner som Du känner - intuitiv kommunikation och hemligheten med spegelneuroner*. Natur och kultur.
- Beckman, H. 2008. *Den livsviktige musikken*. Doktorsavhandling, Norges Musikhögskola.
- Benenzon, R. O. 2007. The Benenzon model. *Nordic Journal of Music Therapy*, 16 (2), 148-159
- Bengtsson, I, 1977. *Musikvetenskap – en översikt*. Scandinavian University Books, Stockholm.
- Bennestad, F. 1978. *Musik och tanke*. Rabén & Sjögren.
- Bergström, M. 2011. *Music and Vibroacoustic Stimulation in People with Retts syndrom-A neurophysiological Study*. Avhandling Ålborgs Univeristet, Danmark.
- Bertalanffy, L. 1968. *General System Theory*. George Braziller, New York.

- Bjerke, K. 2007. Music as a transfer of faith: Towards recovery and healing. *Journal of Research in Nursing*.
- Bjursell, G., Vahle-Westerhäll, L. (red.). 2008. *Kulturen och hälsan*. Santerus förlag.
- Bonde, L., Nygaard, I., Wigram, T. 2001. *Når orden ikke slår til*. Klim forlag.
- Bonde, L. 2001. Steps towards a Meta-theory of Music Therapy? *Nordic Journal of music Therapy* 10 (2) 176-187
- Bonde, L. 2006. Searching the Literature – Using databases and Websites, *Nordic Journal of Music Therapy*.
- Bonde, L. 2009. *Musik og Menneske*. Samfundslitteratur.
- Bonde, L. 2011. Health Musicing-Music Therapy or Music and Health? *Music and arts in action, Volume 3, Issue 2*.
- Bonny, H., Summer, L. 2002. *Music and consciousness: The Evolution og Guided Imagery and Music*. Gilsum NH, Barcelona Publishers.
- Boorse, C. 1977 Health as a Theoretical Concept , *Philosophy of Science, Vol 44, No .4*.
- Boscolo, L., Bertandi. 1998. *Genom tidens lins*. Mareld, Stockholm.
- Bradt, J., Dilen, C., Grocke, D., Magill, L. 2011. *Music Interventions for improving psychological and psycical outcomes in cancer patients*. The cochrane Library
- Brown, Martinez, Parsons. 2004. Passive music listening spontaneously engages limbic and paralimbic systems. *Neuro Report, vol 15*.
- Brulde, B. 2003. *Teorier om livskvalitet*, Studentlitteratur, Lund.
- Bruscia, K.E. 1987. *Improvisational Models of Music Therapy*. Springfield, IL: Charles C.Thomas.
- Bruscia, K.E. 1998. *Defining Music Therapy* (second edition). Gilsum NH: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. E. 2005. Developing theory. In B.L. Wheeler (Ed.), *Music therapy research* (2nd ed., pp 540 -551). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Brodsky, W. 1989. Music therapy as an intevention for children with cancer in isolated rooms. *Music Therapy, 8, 17-34*.
- Bunt, L., Pavlicevic, M. 2001. Music and emotion: perspectives from therapy, Juslin, P.N, Sloboda, H, A., *Music and emotion, Theory and research*. Oxford University Press: 181-201. Oxford.

- Burns, S., Harbuz, M., Hucklebridge, F., Bunt, L. 2001. A pilot study into the therapeutic effect of music therapy at cancer help center. *Alternative Therapy, Health and Medicine*.
- Burns, D., Sledge, R., Fuller, L., Daggy, J., Monahan, P. 2005. Cancer patient's Interest and preference for Music Therapy. *Journal of Music Therapy*.
- Busfield. 2001. *Rethinking the sociology of mental health*, Blackwell, London.
- Campell, D. 2004. *Mozarteffekten- musikens oanade kraft*. Damm förlag.
- Cancer Institute, 82, 350-352.
- Carel, H., 2008. *Illness*. Stocksfield :Acumen.
- Cassidy, G., MacDonald, R. 2007. The effect of background music and background noise on the task performance of introverts and extraverts. *Psychology of Music*.
- Choi Soo Lee. 2007. Group Music Interventions Reduces Aggression and Improves Self-esteem in Children with Highly Aggressive Behavior : A Pilot Controlled Trial *Oxford Journal*.
- Chubin, D. E., Restivo, S. 1983. *The 'Mooting' of science Studies. Research Programmes and Science Policy*. Sage Publication.
- Cochrane, 1972. *Effectiveness and Efficiency: Random Reflection on Health Services*. Nuffield Provincial Hospital, Trust. London.
- Cook, N., Dibben, N. (2001). Musicological approaches to emotion. In P. N. Juslin & J. A. Sloboda (Eds.), *Music and emotion: Theory and research* (pp. 45-70) New York: Oxford University Press.
- Cook, J. 1986. Music as an intervention in the oncology setting. *Cancer Nursing*. 9, 23-28.
- Cowan, D.S. 1991. Music therapy in the surgical arena. *Music therapy Perspectives* 9, 42-45.
- DeNora, T. 1986. How is Extra-Musical Meaning Possible? Music a place and Space for "Work", *Sociological Theory* 4 (1): 84-94.
- DeNora, T. 2000. *Music in everyday life*. Cambridge University Press.
- Dickman, S., Kallen, M. 2010. Art Therapy combined with Music Therapy improved mood of dialysis unit. *Health Journeys*.
- Dubos, R. 1965. Man's nature and man's history. *American Scientist*, vol 53c.
- Dyreborg, E. 1972. *Musikterapi*. Gyldendal, Köpenhamn.
- Edlund, Hermeren, Nilstun., 1997. *Teori, Forskning, Praktik/ Tvärskap*, Kap.2. Studentlitteratur.

- Erkkilä, J., Pukanen, M., Phil, L., Fachner, J., Ruano, F. 2011 Individual Music Therapy for depression: randomised controll trial. *Brittish Journal of Psychiatry*.
- Evers, Dannert, Rödding, Rötter, Ringelstein, 1999. The cerebral haemodynamics of music perception, A transcranial Doppler sonography study. *Brain*.
- Fagen, T.S. 1982. Music therapy in the treatment of anxiety and fear in terminal pediatric patients. *Music Therapy, 2, 13-23*.
- Folch, P. 1993. *Transference and Symbolisation. Development and deterioration of symbol formation in analytical relationship*. Opublicerat manuskript.
- Folkhälsorapport . 1987. Samhällsmedicinska expertrådet, Hälsorådet.
- Foucault. 1973. *Vansinnets historia*. Aldus/Bonniers, Stocholm.
- Frank, J. M. 1985. The effects of musictherapy and guided imagery on chemotherapy induced nausea and womiting. *Oncology Nursing Forom, 12 (5), 47-52*.
- Gabrielsson, A., Lindström, E. 2005 The influence of musical structure on emotional expression, (red.) Wheeler *Music and emotion, theory and resaerch*. Gilsum NH.Barcelona Publishers.
- Gabrielsson, A. 2005. (red.). Wheeler *Emotion and strong experiences with music; Music and emotion, theory and resaerch*. Gilsum NH. Barcelona Publishers.
- Gabrielsson, A. 2008. *Starka musikupplevelser*. Gidlunds förlag.
- Gadamer, H-G. 1976. *Förnuftet i vetenskapens tidsålder*, Daidalos.
- Gadamer, H-G. 1997. *Sanning och metod i urval*. Daidalos.
- Glaser, B., Strauss, A.1990. *Discovery of Grounded theory strategies for Qualitative Research*. Sociology Press
- Gold, C., Heldal, T.O., Dahle,T., Wigram,T. 2008. Music Therapy for schizophrenina or schizohrenia like illness. Cochrane on line.
- Gold, C., Voracek, M., Wigram,T. 2004. Effects of Music Therapy for children and adolescents with psychopathology- a meta analysis. *Journal of Child Psychology*.
- Gold, C., Rolsvjord, R., Aaro, L., Aarre, T., Tjensland. L.,Stige, B. 2005. Resource -oriented Music Therapy for psychiatric patients with low therapy motivation. *Brittish Journal of Psychiatry*.
- Grahn, P., Å, Ottosson. 2010 *Alnarpsmetoden—trädgårdsterapi*. Bonniers, Stockholm.
- Granheim,U.H., Lundman,B. 2004 Qualitative content analysis in nursing reserach: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today 24, 105-112*.

- Granberg, A. 2004. *Det måste få ta tid- en studie om musikerapeuters verksamhet i skolan*. Avhandling, Centrum för musikpedagogisk forskning MPC. Kungliga Musikhögskolan, Stockholm.
- Grof, S. 1975. *Människans okända världar, utforskning av detomedvetna genom LSD terapi*. Prisma, Stockholm.
- Grönlund, E., Alm, A., Hammarlund, I. 1999. *Konstnärliga terapier*. Natur och Kultur, Stockholm.
- Gunnars, B. 1991. *Livskvalitet under cytostatika behandling*. Institutionen för Onkologi, Medicinska Fakulteten, Lunds Universitet
- Gustavsson, A. 2007. Föreläsning NHV.
- Gustavsson, A., Ödman, P.-J. (red) 2005. *Den Trankellska vändningen. Ett levande hermeneutiskt arv*. Stockholms universitet, Pedagogiska institutionen.
- Hannibal.N. 2001. *Överföring i musikterapi - kvalitativ undersøgelse af overførings-processer i den musikalske interaktion*. Avhandling, Ålborg Universitet
- Hallberg, L.R.-M. 2002. *Qualitative Methods in Public Health Research*. Studentlitteratur.
- Hart, C. 1998. *Doing a Literature Review*. SAGE Publications.
- Hart, S., Schwartz, R. 2010. *Från interaktion till relation, om anknytningsteori*. Liber.
- Hasenfeld. 1992. *The Nature of Human Service Organizations*, Sage, London.
- Hays and Minichiello. 2005. *Brain contribution of music to quality of life in older people: an Australian qualitative study*. , Cambridge university Press
- Hendon.C., Bohon, L.M. 2007. Hospitalized children's mood differences during play and musictherapy, *Journal complication*, Blackwell Publishing Ltd.
- Hevner, K. 1936. Experimental studies of the elements of expression in music. *American journal of Psychology*, 48, 246-268.
- Hilliard, R. 2005. Music Therapy in Hospice and palliative care, *Oxford Journals*.
- Homburger –Erikson, E. 1969. *Barnet och Samhället*. Natur och Kultur.
- Holck, U. 2002). *"Kommunikalisk" sammenspill i musikkterapi. Kvalitative videoanalyser af musikalske og gestiske interaktioner med børn med betydelige funktionsnedsættelser, herunder børn med autisme*. Avhandling .Ålborg Universitet
- Hsiu-Fang Hsieh., Shannon.,Sarah.E. 2005. Three Approaches to Qualitative Content Analysis, *Qualitative Health Research, Vol.15 No 9*, Sage Publications.

- Husserl, E. 2004. *Ideér till ren fenomenologi och fenomenologisk filosofi*. Thales, Stockholm.
- Hyde'n. 2005. *Från psykiskt sjuk till funktionshindrad*, Studentlitteratur, Lund.
- Igra, L. 1996. *Inre värld och förändring*. Natur och kultur.
- Johanisson, K. 2008 Kultur och hälsa –Två besvärliga begrepp. (red.) Bjursell, Vahne Westerhäll. *Kulturen och hälsan*, Santérus förlag.
- Johansson, S. 2008. *Musikens effekter på hälsa och depression – ett folkhälsoperspektiv*. Sahlgrenska Akademin.
- Jonsdottir, V., Friis, S, et al. 2009. Beliefs about medications: measurement and relationship to adherence in patients with severe mental disorders. *Acta Psychiatrica Scand.* 119, 78-84.
- Jonsdottir, V. 2011. *Musikalisk pleje inden for rammerne af tidlig indgripen*. Avhandling Ålborg Universitet.
- Jung, C, G. 1964. *Människan och hennes symboler*. Forum
- Juslin, P., Sloboda, J. 2001. *Music and emotion- theory and research*. Oxford University Press.
- Juslin, P., Västfjäll, D. 2008. Emotional responses to music: The need to consider underlying mechanisms. *Behavioral and Brain Sciences*, 31, 559-621, USA.
- Karlsson, G. 2005. *Om empirisk och fenomenologisk-hermeneutisk forskning*. Pedagogiska Inst, Stockholms universitet.
- Kenny, C., 1989. *The Field of Play*. Atascadero CA: Ridgeview, Publishing Company.
- Kenny, C., Langenberg, M., Loewy, J., 2005. *Hermeneutic Inquiry*. (red) Wheeler *Emotion and strong experiences with music; Music and emotion, theory and research*. Gilsum NH. Barcelona Publishers.
- Kerkvliet, G. J. 1990. Music therapy may help to control cancer pain. *Journal of the National*
- Khalfa, S., Bella, S. 2003. Effects of relaxing Music on Salivary Cortisol Level after Psychological Stress *New York Academy of Science*.
- Kjörup, S. 1999. *Människovetenskaperna*. Studentlitteratur, Lund.
- Klein, G. 1990. *Om kreativitet och flow*. Bromberg bokförlag.
- Klein, M. 1984. *Narrative of a child Analysis*. The Free Press, New York.
- Klein, M. 1984. *Psycho Analysis of Children*. The Free Press, New York
- Klein, M. 2000. *Kärlek, skuld och gottgörelse*. Urval/Igra, L., Sjögren, L. Natur och Kultur. Stockholm.

- Knutsen, M., Holmes, J., Håpnes, O. 2005. Hva vet vi om kulturdeltagelse og helse ? *Medisin og vetenskap.*
- Koger, S. M., Chapin, K., Brotons, M. 1999. Is musictherapy an effective intervention for dementia? A meta-analytic review of the literature. *Journal of Music Therapy.*
- Kristeva, J. 1984, *Revolution in Poetic Language*, Colombia University Press:
- Krippendorff, K. 2004. *Content Analysis*. Sage Publications.
- Kruger, W. 2012. *Musikk-Fortelling-Felleskap, en kvalitativ undersøkelse av ungdommers perspektiver på deltagelse i samfunns musikkterapeutisk barnevernsarbeid*. Avhandling, Bergens Universitet, Norge.
- Kuhn, T.S.1970. *The structure of Scientific Revolutions*. Chicago Press.
- Kvale, S. 1997. *Den kvalitative forskningsintervjuen*. Studentlitteratur.
- Körlin, D. 2005. *Creative Arts Therapies in Psychiatric Treatment- a clinical application of the BonnyMethod of Guided Imagery and music (BMGIM)* Avhandling, Karolinska Institutet.
- Laing, R. 1970. *Det kluvna jaget*. Aldus, Stockholm.
- Laing, R. 1977. *Familjelivet*. Nordstedts, Stockholm.
- Lane, D. 1994. Effects of music therapy on immune function of hospitalized patients. *Quality of Life – A Nursing Challenge*, 3, 74-80.
- Langer, S. 1958. *Filosofi i en ny tonart*. Geberts. Studentlitteratur, Lund.
- Lazarus, R., Folkman, S. 1984. *Stress, appraisal and coping*. New York Springer Publishing Company.
- Lauzon, P. J. L .2011. Anatomy of a Musical Being:A Musical Systems Theory of Music Therapy. *Voices: Aworld Forum for Music Therapy, Vol 11, No 1.*
- Lejonclou, A., Trondalen.G. 2009. "I've start to move into my body" *Nordic Journal of Music therapy.*
- Limb, Donnerly. 2005. *Music*. New Encyclopedia of Neuroscience
- Lin, Y., Chen,C., 2011. The effects of music as therapy on the overall wellbeing of elderly patients on maintenance hemodialyse. *Coplemenatary and Alternative medicine.*
- Lindblad, Hogmark, Theorell. 2007. Stress and health , *Music intervention for 5th and 6th graders? Effects on development and cortisol secretion.*
- Lindholm, S. 1979. *Vetenskap,verklighet och paradigm AWE /Geberts, Stockholm.*

- Lundsbye, Sandell, Ferm, Währborg, Petitt, Fälth. 2010. *Familjeterapins grunder*. Natur och Kultur, Stockholm.
- Macdonald, R., Kreutz, G., Mitchell, L. 2012. *Music ,Health and Wellbeing*. Oxford University Press.
- Macdonald, R., Kreutz, G., Mitchell, L. 2012. What is Music, Health and Wellbeing and Why is it Important? *Music ,Health and Wellbeing*. Oxford University Press.
- Mc Ferran, Katrina. 2010. *Adolescents, Music and Music Therapy—Meethods and Techniques for Clinicians, Educators and Students*. Jessica Klingsley Publishers, London.
- Mallander, Meeuwisse. 1998. *Vardagsbegrepp i socialt arbete*, Norstedts juridik, Stockholm.
- Maratos, A., Crawford, M., Procter, S. 2011. *Music Therapy for depression, it seems to work but how? British Journal of Psychiatry*.
- Markström, Sandlund, Lindqvist. 2004. Who is responsible for supporting “ longterm mentally ill” persons? *Canadian Journal of Community Mental health, Vol 23*.
- Martinez, J. 2009. Is music Therapy ? *Nephrology Nursing Journal, vol 36, Issue 3*.
- Maslow, A.H.1970. *Religions, Values and Peak-experience*. Penguin Books.
- Medin, J., Alexandersson, K. 2000. *Begreppen Hälsa och hälsofrämjande—en litteraturstudie Studentlitteratur, Lund*.
- Miller, H. 2007. *The practice of music therapy for adults with mental health problems: the relationship between diagnosis and clinical method*. Avhandling, Ålborg Universitet.
- Moe, T., 2001. *Restituerende faktorer i gruppeterapi med psykiatriske patienter basert på modifacation of Guided Imagery and Music(GIM)*. Avhandling, Ålborg Universitet.
- Mulvany. 2001. *Disability, imparimen tor illness?*, Blackwell, London.
- Möller, A. 1998. *Hjälprelationer i omsorg och vård*. Studentlitteratur
- Möller, A., Nyman, E. 2003. *Barn familj och funktionshinder - -utveckling och habilitering*, Liber AB, Trelleborg.
- Naess, A., 1978. *Filosofins historia, Volym I: Fra old tid till renessanse, Voly II: Fra renessanse till vår tid*. Universitetsforlaget ,Oslo.
- Nilsson, E., 2012, *Aspects of Health-Related Quality of Life Associations with psychosocial and biological factors, and use as patient-reported outcome in routine health care*. Department of Social and Welfare Studies & Division of Community Medicine, Department of Medical and Health Sciences Linköping University, Sweden.
- Nilsson, I. 1998. *Medicinens idé historia*. SNS förlag, Borås.

- Nilsson, U. 2008. *Musik som omvårdnad*. Vårdalinstitutet, Institutet för Vård och Omsorg
- Nolan, P. 1989. Music as a transitional object in the treatment of bulimia. *Music Therapy perspectives*. 6, 49-51.
- NOMESCOS. 2006. rapport *Mental health in the Nordic Countries*.
- NOMESKO. 2007. *Årsbok Section B Mental health*, www.nom.nos.dk.
- Nordenfelt, L. 1987. *On the nature of health*. Dordrecht: Reidel Publishing Company.
- Nordenfelt, L. 1991. *Livskvalitet och hälsa. Teori och kritik*. Almqvist och Wiksell.
- Nordoff, P., Robbins, C. 1977. *Creative Music Therapy*, New York: Harper & Row.
- Norton, A., Zipse, L., Marchina, S., Schlaug, G. 2009 *Melodic Intonation Therapy: Shared Insights on How it is Done and Why it Might Help*. Ann N. Y. Acad Sci.
- Odell, Miller, H. 2007. *The practice of Music Therapy for adult with mental health problems: the relationship between diagnosis and clinical method*. PhD dissertation. Dept. of Communication and Psychology, Aalborg University.
- Oldfield, A. 2006. *Interactive Music Therapy- A Positive Approach*, Jessica Klingsley Publisher, London.
- Paulander, A. 2011. *Meningen med att gå i musikterapi, en fenomenologisk studie om deltagares upplevelse*. Avhandling KMH, Stockholm.
- Pavlicevic, M. 1997. *Music Therapy in Context. Music Meaning and Relationship*. Jessica Klingsley, London.
- Pedersen, I. N. 2007. *Counter transference in music therapy: A phenomenological study of counter transference used as a clinical concept by music therapist working with musical improvisation in adult psychiatry*. PhD dissertation. Dept. of Communication and Psychology, Aalborg University.
- Perez, I., Zattore, R., (juni 2004). on line i Brain Organisation for Music Processing
- Perez, I. 2008. *Listen to the brain: a biological perspective on musical emotions*, Music and emotion, theory and research.
- Pfaff, V.K. Smith, K.E, & Gowan, D. 1989. The effects of music-assisted relaxation on distress of pediatric cancer patients undergoing bone marrow aspirations. *Children's Health Care*. 18, 232-236.
- Platel, H., Baron, J., Desgranges, B., Bernard, Eustache, F. 2003. Semantic and episodic memory of music are subserved by distinct neural network. *Neuroimage*.
- Platel, H. 2003. Language, music, syntax and the brain. *Nature Neuroscience*.

Popper, C. 1934. *Forskningen logik*.

Presant, C. A., Presant, S. N., Kasem, C., Friedman, S., Starble, A. 1998. Stress-relieving relaxation audio tape for supportive care of cancer patients: Developmental studies. *Progress in Clinical Biology Research*, 278, 151-158.

Priestley, M. 1994. *Essays on Analytical Music Therapy*. Phoenixville PA: Barcelona.

Psyke & Logos; 2007. Nr 1 årgång 28, Köpenhamns Universitet.

Pörn, I. 2000. *Vad är hälsa?* Ur Begrepp om hälsa- filosofiska och etiska perspektiv på livskvalitet, hälsa och vård. Red.Klockars,K; Österman,B. Liber.

Ramberg, L. 1998. Intervju ur Wrangsjö B. *Barn som märks-utvecklingspsykologiska möjligheter och svårigheter*. Natur och kultur.Stockholm

Rapport Barncancerfonden, 2000.

Reynolds, D. 2011. *Music Therapy may reduce Anxiety, Increase Quality of Life in cancer patients*. Emax Health.

Rider, M.S., Floyd, J.W., Kirkpatrick, J. 1990. Imagery, improvisation and immunity. *Arts in Psychotherapy*. 17, 211- 216.

Rolsvjord, R. 2002. *När musikken blir språk. Musikalisk kommunikasjon i musikkterapi- ett dialektisk perspektiv*. Oslo: Unipub forlag.

Rolsvjord, R. 2004. *Blackbird singing. An Explorational study of resource-oriented music therapy in mental health care*. Avhandling, Norges Musikhøgskola, Oslo.

Rolsvjord, R. 2010. *Resource oriented Music Therapy in mental health care*. Barcelona Publishers

Ruud, E. 1990. *Musikk som kommunikasjon og samhandling. Toeretiske perspektiv på musikkterapien*. Solum Forlag, Oslo.

Ruud, E.1997. *Musikk og identitet*, Universitetsforlaget AS, Oslo

Ruud, E. 2001. *Varme øjeblik, om musikk, hälsa och livskvalitet*. Unipuls forlag, Oslo

Ruud, E. 2008. Hvorfor musikk som terapi? Bjursell Vahlne Westerhäll, (red) *Kulturen och hälsan*, Santérus Förlag, Stockholm

Ruud, E. 2008. Musikk gir helse. Aasgaard (red) *Musikk og helse*. Cappelen Akademisk förlag.

Sacket, D., Rosenberg, W., et al. 1996. Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*.

- Sacks, O. 2006. *The power of music*. Brain, Oxford Journals
- Sacks, O. 2007. *Musicophilia*. Published by Alfred A. Knopf, Canada.
- Sandell, A. 1989. *Musik, Bild och Rörelse*, Rebecka – rapport, Riksföreningen Autism.
- Sandell, A. 2003. *Sången handlar om kärlek och är en glad sång*, Magisteruppsats Kungliga Musikhögskolan, Stockholm.
- Sandell, A. 2008. *Symbolisering pågår*. Kungliga Musikhögskolan, Stockholm.
- Sandell, G. 1985. *Psykosocialt förändringsarbete*, Natur och kultur.
- Schlick, M. 1979. *Positivism and realism*. Kluwer Academic Publishers.
- Schore, A. 2012. *Affect regulation and the Origin Self*. Taylor and Francis.
- Schumacher, K. 1994. *Musik therapie mit autishen Kindern, Musik –bewegungs und Sprachspiele Zur Integration gestorter Sinneswahrnehmung*. Bärenreiter, Stuttgart.
- Sen, D., Sarathi, P., Sinha, V. 2011. Refurbishment of randomized controlled blind design for psychological intervention. *Brittish Journal of Psychiatry*.
- Sekhni, J., Jackson, G. 2011. Music Therapy for depression. *Brittish Journal of Psychiatry*.
- Selander, Staffan , Ödman, Per-Johan (red.). 2005. *Text och Existens*. Göteborg: Daidalos,
- Sigurdsson, O., 2008. Vill Du bli frisk? Om relationen mellan fysisk, psykisk och existentiell hälsa. Bjursell, Vahlne, Westerhäll(red) *Kulturen och hälsan*.
- Simon, N. 2012. *Music Therapy*. Saneth
- Skott, C. 2004. *Berättelsens praktik och teori*. Studentlitteratur.
- Sloboda, J. A. 1985. *The Musical Mind. The Cognitive Psychology of Music*. Oxford University Press, Oxford.
- Sloboda, J. A. O'Neill, S. A. 2001. Emotions in everyday listening to music. Juslin, P.N., Sloboda, J. A.(red) *Music and emotion. Theory and research*. Oxford University Press: 415-430.
- Sloboda, J. A. 2005. *Exploring the musical mind. Cognition, emotion, ability, function*. Oxford University Press, Oxford.
- Small, C. 1998. *Musicking: The Meanings of Performing and Listening*. Wesleyon University Press.
- Smedby. 2002. WHO:s nya klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa *Socialmedicinsk Tidsskrift, nr 6*.

- Smeijsters, H. 1997. *Multiple perspectives- a guide to Qualitative Reserach in Music Therapy*. Barcelona Publishers.
- Smeijsters, H. 2008. In Defence of the Person – Limitation of an Aesthetic Theory of Music Therapy. *Nordic Journal of Music Therapy, nr 17*
- Socialstyrelsen. 2011. *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreniliknande tillstånd*.
- Sohlmans musiklexikon. 1979. Sohlmans förlag, Stockholm.
- Solé, C., Mercadal, E., Brotons, M., Gallego, S., Ricera, M 2010. Contributions of Music to Aging Adults Quality of Life. *Journal of Music Therapy*.
- SOU. 2000:91 Statens offentliga utredning Socialdepartementet.
- Standley, J.M. 1992. Clinical applications of music and chemotherapy: The effects of nausea and emesis. *Music Therapy Perspectives, 10, 27-30*.
- Staenseth, K. 2008. *Musical answerability: a theory on the relationship between musictherapy improvisation and the phenom of action*. Avhandling, Norges Musikhögskola, Oslo.
- Stay, S. 2011. *Music can help cancer patients*. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Stern, D. 1991. *Spädbarnets interpersonella värld*. Natur och Kultur.
- Stern, D. 2005. *Ögonblickets psykologi*. Natur och Kultur.
- Stern, D. 2010. *Forms of Vitality*. Oxford Univerity Press.
- Stern, D. 2010. The issue of vitality. *Nordic Journal of Muisc Therapy, vol 19 nr 2*.
- Stige, B. 2002. *Culture –centered Music Therapy*. Gilsum, NH, Barcelona.
- Stige, B. 2007. Kva musikkterapi kunne ha vore. *Musikkterapi 3*.
- Stige, B. 2008. The Aestheticor Multible Aesthetics? *Nordic Journal of Music Therapy, nr 17*.
- Stige, B. 2008. *Musikk og helse i lokalsamfunnet*. Kapittel i Musikk og helse, Cappelen, Akademisk forlag. Oslo.
- Stige, B., Malterud, K., Midtgarden, T. 2009. Towards an agenda for evaluation of qualitative research. *Qualitative Health Research, 19 (10)*.
- Strauss.A., Corbin, J.1990 *Basics of Qualitative Research : Grounded Theory Procedures and Tecniques*. Sage.
- Sundgren, Topor. 2005, *Socialpsykiatri*, Bonnier, Stockholm.

- Sylvander, I. 1973, *Barnpsykoterapi*, Natur och Kultur.
- Särkemo, Tervaniemi, Peretz, et al. 2008. The Music listening enhances cognitive recovery and mood after middle cerebral artery stroke. *Brain*.
- Södergård, B., Halvarsson, M. et al. 2006. Adherence to treatment in Swedish HIV- infected patients. *Journal of Pharmacy and Therapeutics*, 31, 605-616.
- Tervo, J. 2001. *Music Therapy for adolescents*. Clinical Child Psychology and Psychiatry, Sage Publication, London.
- Theorell, T. 2009. *Noter om musik och hälsa*. Karolinska institutet, University Press.
- Theorell, T., Kreutz, G. 2012. *Epimidological Studies of Relationship Between Musical Experience and Public Health*, Music, Health and Wellbeing, Oxford University Press.
- Topor, A. 2001. *Återhämtning efter svåra psykiska störningar*, Natur och kultur.
- Topor, A., Denhov, A. 2008. *Att arbeta evidensbaserat -en introduktion om erfarenhet, praktik och vetenskap*, Psykiatri Södra Stockholm, SLSO, FoU- enheten.
- Torpenberg, S. 2010. Föreläsningar om vetenskapsteori. Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap.
- Torpenberg, S. 2009. *Korrespondens eller verifiering?* Artikel Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap.
- Trondalen, G. 2004. *Klingende relasjoner*, Avhandling, Norges Musikhøgskola, Oslo.
- Trondalen, G., Bonde, L. 2012. *Music Therapy: Models and Interventions*, Music, Health and Wellbeing, Oxford University.
- Ullén, F. 2009. Musik är medicin. *Karolinska Institutet, Tidsskriften Opus nr 1*.
- Von Bertalanffy, L. 1968. *General System Theory*. New York: George Brazilier.
- Waldon, E. 2002. *The effects of Specific Music Therapy Interventions on Pediatric Oncology Patients*. Music Therapy Intern, University Hospitals of Cleavland .
- Watzlawick, P., Weakland, J., Fisch, R. 1978 *Förändring*. Natur och Kultur.
- Vetenskapsrådet. 2010. *Etik vid vetenskapsrådet* Faktablad.
- Vickhoff, B. 2008. *A Perspective Theory of Music Perception and Emotion*. University of Gothenburg nr 90.
- Wheeler, B. 1995. *Music-therapy Research*. Barcelona Publishers.
- Wheeler, B. 2005. *Music-therapy Research*. Barcelona Publishers.

- White, M. 2010. *Kartor över verkligheten*. Mareld.
- WHO: 1948. *Constitution*. New York.
- WHO: 1986. *Ottawa charter for health promotion*. Köpenhamn :WHO Europe.
- WHO: 1995. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.* 41(10) 1403-1409.
- WHO: 1997. *The Jakarta Declaration on healing Health Promotion into the 21 st century*. Health Promotion International.
- WHO, 2006. *Wellbeing*
- Winnicott, D.W. 1981. *Lek och verklighet*. Natur och Kultur, Stockholm,
- Winnicott, D.W. 1990. *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*. Karnac Books, London.
- Wigram, T., 2004. *Improvisation – Methods and techniques for Music Therapy, Clinicians, Educators and Students*. Jessica Klingsley Publishers.
- Wigram, T., Gold, C. 2012. *The religion of Evidence-Based Practice: Helpful or harmful to Health and Wellbeing?* Kap. Music, Health and Wellbeing, Macdonald at al, Oxford University Press.
- Wrangsjö, B.1998. *Barn som märks-utvecklingspsykologiska möjligheter och svårigheter*. Natur och kultur.Stockholm
- Wrangsjö,B. 2002. *Teoribildning i psykiatrisk verksamhet*, Natur och Kultur, Stockhom.
- Währborg, P. 2002. *Stress och den nya ohälsan*. Natur och Kultur, Stockholm.
- Zanini,C., Jardim, P., Salgado, C et al. 2009. *Music Therapy affects on the quality of life and the blood pressure on hypertensive patients*. *Arquivos Brsailieiros de cardiologia*.
- Zimmerman, L., Pozehl, B., Duncan, K.,Schmitz,R. 1989. Effects of music in patients who had cronic cancer pain. *Western Journal of Nursing Research*.11, 298-309.
- Ödman, P-J. 1994. *Tolkning, förståelse vetande- Hermeneutik i teori och praktik* AWED/VGebers, Borås.

Bilagor studie I

Det Kreativa Sjukhuset

Musik känslornas språk

Hösten 2005 startade ett EU – projekt inom XXX sjukvården i samarbete med xxx sjukhus i xxx, Norge.

Projektet är inriktat på hur man kan använda musik som ett komplement till annan behandling, integrativ medicin.

Musik har i alla tider används i läkande syften.

Redan under antiken upptäckte man hur musik kunde hjälpa till att skapa balans mellan kropp och själ.

Vi påverkas alla olika av musik – ingen den andra lik.

Musik vänder sig till alla människor på samma villkor.

Vi tröstas, blir glada, sorgsna, pigga eller avslappnade av musik.

Musik väcker sidor inom oss som vi kanske inte visste om och genom musiken kan vi också uttrycka känslor som vi kanske bär.

Äntligen har vi inom Xsjukvården i XXXX och på XXXX fått möjlighet att vara med och utveckla musikens möjligheter i behandlingen.

Verksamheten vänder sig till både berörd personal men framförallt till olika patientgrupper som känner behov av ett komplement jämte den rent medicinska behandlingen.

Du som är intresserad av att delta i den kostnadsfria aktiviteten i grupp eller individuellt kan fylla i nedanstående formulär.

Sedan april 2006 har vi två musikpedagoger/terapeuter anställda hos oss som en del i detta EU- projekt.

På XXX arbetar Anci Sandell som är utbildad musiklärare/terapeut. Hon har en lång erfarenhet med att arbeta med musik i behandling, men använder också andra konstnärliga uttryck som bild och poesi/ text.

Du kan nå henne på maileller telefon.....

Jag är intresserad av att vara med i musikprojektet.

Namn:.....tel:.....

Avdelning:.....

Sjukhus:.....

INFORMERAT SAMTYCKE

/ Musikterapi / Anci Sandell

Inom ramen för EU-projektet ”Kreativa sjukhus” har musikterapi bedrivits av Anci Sandell med patienter från fyra avdelningar vid XXXX sjukvården under tidsperioden mars 2006 till april 2007. Anci Sandell är musiklehrare, musikterapeut, handledarutbildad i musikterapi och fil. magister i musikpedagogik med mångårig erfarenhet som behandlare, handledare och universitetslärare.

Efter att ha informerats både muntligt och skriftligt om projekt och behandling, av såväl ansvarig sjukvårdspersonal som Anci Sandell, har jag gett mitt godkännande och har frivilligt deltagit i denna musikterapi vid sammanlagt _____ tillfällen.

Jag har haft full information om behandlingens innehåll och genomförande och har haft möjlighet att ta ställning till mitt deltagande vid varje behandlingstillfälle

Parallellt med ovan nämnda projekt har Anci Sandell sedan januari 2007 antagits till forskarstudier som doktorand vid NHV / Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap i Göteborg. Hon har här för avsikt att studera implementering, genomförande, patienterfarenheter och symboliseringsmekanismer samt resultat gällande hälsa och livskvalitet kopplat till den av henne bedrivna musikterapin.

Vid insamling, dokumentation, bearbetning och resultatpresentation används obligatoriskt s.k. probandnummer utan några andra identifierande personuppgifter, så att ingen enskild individ kan identifieras. Konfidentialitet, integritet, datasäkerhet och sekretess säkerställs i enlighet med bestämmelser i HSL och PUL.

Jag har fått tillfredsställande information om syftet och den övergripande planen med Anci Sandells forskning gällande musikterapi, vilka metoder som används, om forskningen kan innebära några följder eller risker, att Anci Sandell som forskare vid NHV är forskningens huvudman, att mitt deltagande i denna forskning är frivilligt och att jag har möjlighet när jag så vill att avbryta min medverkan.

Jag har också gett min tillåtelse till Anci Sandell, att dokumentera och använda det material i form av musik, text och bild, som jag producerat i samband med musikterapin för forskningens analys, bearbetning och resultatpresentation.

Med hänsyn tagen till ovanstående förhållanden ger jag härmed mitt informerade samtycke till min medverkan i Anci Sandells forskning.

_____ den _____ 2007

Skattningar efter 1.a, 3:e, 5:e musikterapisessionen

1. Vilka förväntningar har Du på musikterapi idag?

0 10
 Inga alls Mycket höga
 (Markera med ett x på ovanstående linje mellan 0-10 det som motsvarar din uppfattning)

2. Anser Du att musikterapi ökar Ditt psykiska välbefinnande?

0 10
 Nej inte alls Ja, i högsta grad
 (Markera med ett x på ovanstående linje mellan 0-10 det som motsvarar din uppfattning)

3. Anser Du att musikterapi ökar Ditt fysiska välbefinnande?

0 10
 Nej inte alls Ja, i högsta grad
 (Markera med ett x på ovanstående linje mellan 0-10 det som motsvarar din uppfattning)

4. Anser Du att musikterapi uppfyller Dina förväntningar?

0 10
 Nej inte alls Ja i högsta grad
 (Markera med ett x på ovanstående linje mellan 0-10 det som motsvarar din uppfattning)

Kommentarer:

Skattningar patienter XXX: sjukhus

**Skattningarna värderades från 1-10 poäng
1 lägsta och 10 högsta poäng**

1. Vilka förväntningar hade Du på musikterapin idag?

- Inga alls
- Ganska små
- Ganska stora
- Mycket stora

2. Anser Du att musikterapin ökar Ditt psykiska välbefinnande?

- Nej inte alls
- Ganska lite
- Ganska mycket
- Ja i högsta grad

3. Anser Du musikterapin ökar Ditt fysiska välbefinnande?

- Nej inte alls
- Ganska lite
- Ganska mycket
- Ja i högsta grad

4. Anser Du att musikterapin uppfyllde Dina förväntningar?

- Nej inte alls
- Ganska lite
- Ganska mycket
- Ja i högsta grad

PATIENTINTERVJU

Djupintervju – med dialog under olika frågeområden

1. Genomgång av processen (terapisessioner _____ gånger).
 - a) Innehåll och form/yttra struktur (vad har vi gjort)
 - b) Fokus på musiken/musiken och bilden/musiken, bilden och texten.

2. Terapeutisk relation./terapeut - patient/reflektioner.
 - a) Interaktion - samspelet terapeut/ patient/ musik
 - b) Alliance - samhörighet/ samarbetsrelation i terapeutiskt syfte

3. Patientens upplevelser och reflektioner gällande
 - a) Förändring - fysiskt hälsa
 - b) Förändring - psykisk hälsa/mående
 - c) Förändring - livskvalite' - i livssituation / livsinställning

4. Patientens reflektioner gällande
Vad i musikterapi som ev. gett effekt / förändring ur ett hälsoperspektiv
 - val av musik/genre/kvalitet etc
 - struktur, form, sammanhang etc
 - relation/ allians

5. Symboliseringsprocessen i musiken + eventuellt i bilder och texter.

Musik

Upplevelse "story"

Bild "symbol"

Innebörd "namn/dikt"

Intervjuerna gjordes efter avslutad musikterapi, två patienter från varje målgrupp en man och en kvinna. Av praktiska orsaker deltog inte cancerpatienterna i intervjuerna, de hade långa resor och kom inte tillbaka sjukhuset efter avslutad behandling.

Intervjuerna har dialogform och tar upp olika frågeområden. Eftersom intervjuerna var omfattande väljer jag att sammanfattande redovisa frågeområdena från intervjuerna samt att med kursiv stil återge delar av patienternas kommentarer. Dialyspatienter och psykiatripatienter redovisas var för sig: **Dialys- Psykiatri**. Intervjuerna spelades in digitalt.

1. a. Genomgång av processen, antal sessioner, innehåll och yttre form.

Dialys: Patienterna som intervjuades hade 27 respektive 17 sessioner, vi gick igenom val av musik och material i bildskapandet. Dessa patienter målade bilder i varierat material, akvarell, sidenmålning, kolkrita, dessutom skrev de dikter eller namngav sina bilder. Båda patienterna hade utställning av sina bilder både på avdelningen och en av dem också i foajén på sjukhuset. Den ena patienten arbetade efter olika tema som vi valde tillsammans och som innehöll en bildsvit, exempelvis "Havet" och olika sinnesstämningar. Patienterna är fysiskt låsta med den ena armen under dialysbehandlingen och sitter i sjukhussäng respektive en specialstol, apparaturen ger ett pumpande ganska starkt ljud i rummet.

Psykiatri: Patienterna deltog i gruppinterventionerna ca 4 tillfällen och de hade också 4 individuella sessioner var. Dessa skedde parallellt och båda patienterna valde att även arbeta individuellt, en av dem valde bort gruppen och ville bara arbeta individuellt. Båda deltog till viss del i bildskapandet men det varierade beroende på val av musik och hur dagsformen var.

1. b. Fokus på musiken, musiken - bilden, musiken – bilden - texten.

Dialys: Det förinspelade musikvalet bestod av musik från olika genrer allt från rock, jazz till klassisk musik och musik från andra kulturer. För båda patienterna kommer de inre bilderna direkt, den ena patienten ville ofta se om det kom fler bilder under tiden musiken varade. Det kunde komma fler bilder men det var alltid den första bilden som sedan påverkade bildarbetet.

Musiken ger en känsla och känslan ger en tydlig bild som jag vill måla. Klangen i musiken ger stämningen. Namnet på bilden blir en sammanfattning på upplevelsen, både musiken och bilden. Klassisk musik ger mig fler inre bilder än annan musik, vet inte varför.

Försöker göra bilden som jag såg den inne i mig. Texten eller dikten kommer efter jag gjort bilden, först kommer en överskrift eller vad man skall kalla det, den blir en slags sammanfattning av bilden, efter det kommer dikten. Dikten förstärker det jag inte kunnat uttrycka i bilden. Det är fint att lyssna på musiken igen, samtidigt som jag ser bilden jag gjort.

Psykiatri: Musiken var förinspelad även för denna grupp av patienter. Eftersom processen var kortare blev repertoaren av musik också mera begränsad. En av patienterna ville också höra musiken vi använt i gruppen i det individuella arbetet.

Mina inre bilder påverkas så mycket av hur musiken låter. Är det basmusik—mörka instrument - får jag sorgligare bilder, medan flöjt och ljusa toner ger mig ljusare bilder.

Även tempot i musiken påverkar mina bilder, är det glad och snabb musik –ljusare bilder, är det långsam musik – mörkare bilder. Bilderna kommer direkt inuti mig, men är det text och någon som sjunger lyssnar jag bara på den och får ingen egen bild.

2. Terapeutisk relation mellan terapeut—patient med reflektioner

a) Interaktion i samspelet terapeut – patient - musik

Dialys: *Vi har haft lätt att prata med varandra och komma på vad vi skall göra tillsammans. Skönt att ha fått ett eget rum när Du kom och att jag kunde sitta upp under behandlingen.*

Jag hade lite prestationskrav i början, men det släppte efterhand som jag lärde känna Dig.

Psykiatri: Eftersom jag träffade dessa patienter i grupp före det individuella mötet blev processen lite annorlunda. Vi kände varandra från gruppen och vi är olika i en grupp jämfört med individuellt.

Valet av musiken blev fel för mig i gruppen, jag klarade inte av att vara där. Det blev så mycket bättre när vi träffades själva. Fick förtroende för Dig direkt även i gruppen, det var därför jag hellre vill gå själv till musiken.

Öppet samspel –obehindrat—fritt. Bra att få ha så mycket fokus på musiken.

b) Alliance - samarbetsrelation i terapeutiskt syfte

Dialys: Vi hade långa processer och lärde känna varandra också på ett mera personligt plan.

Tilliten fanns redan från början jag hade inga problem att känna mig lugn.

Jag tycker att det har känts bra i kontakten även på ett djupare plan. Jag hade aldrig kommit på att måla med svamp och alla tema utan musiken.

Psykiatri: Trots att tiden var relativt kort gav de intensiva mötena snabbt underlag till en personlig och nära relation.

En bra samarbetsrelation, fick förtroende ganska direkt och vågade öppna mig. Jag kände att Du förstod.

3. Patienternas upplevelser och reflektioner gällande ”förändringar”

a) Förändring -- fysisk hälsa och mående

Samtliga patienter är i en tung behandlingssituation, dialys för överlevnad och psykiatri med allt som det innebär att bli inlagd osv. Några större fysiska förändringar var inte väntade, men några patienter påpekade ändå vissa fysiska förändringar som kan vara intressanta att uppmärksamma.

Dialys: *Den tiden Du är där –gör det lite mindre ont och vid några tillfällen har klådan vid behandlingen gått bort. Tror att om jag mår bra under behandlingen tar jag också emot den bättre även fysiskt.*

Psykiatri: Dessa patienter upplevde ingen fysik förändring.

b) Förändring -psykisk hälsa/mående

Patienternas psykiska mående varierade från vecka till vecka.

Dialys: *Onsdagarna har gått lite lättare och jag har sett fram emot musikterapi. Musiken har påverkat mitt sinne –lugn musik blir jag också lugn av och hetsig musik skapar en oro.*

Den psykiska hälsan har påverkats av stunderna -jag har sett fram emot dem.

Psykiatri: *Den första gången i gruppen blev en slags startpunkt för mig att våga uttrycka egna känslor-- det svåraste i ord och bild.*

Precis efter musiken mår jag jättedåligt, det väcker så många känslor. Först efter ett tag när man har haft känslan mår man bättre. När känslan har fått komma fram till ytan mår man bättre efter ett tag.

c) Förändring – livskvalitet/livssituation/livsinställning

Dialys: *Jag har hittat nya roliga uttryckssätt och andra i min omgivning har sett mina bilder. Min som blev förvånad att se nya sidor hos sin mamma.*

En period lite bättre, fick inspiration att måla igen och har plockat fram mina oljefärger. Inställningen till livet har inte påverkats men onsdagarna har varit klart positiva.

Psykiatri: *Det är som jag har ett lite annat förhållningssätt till hur jag tänker...ena stunden härligt, underbart och andra hur skall det gå? Livet börjar trots allt återvända trots massa praktiska problem.*

När man jobbar med bilderna efteråt för sig själv påverkar det min inställning till livet.

4. Patienternas reflektioner gällande musikterapi ”effekter”

Vad i musiken som ev. gett förändringar /ur ett hälsoperspektiv

a) Val av musik - genre/kvalitet etc.

Dialys: *Jag upplever att vi valt musiken tillsammans –olika musik från olika genrer.*

Vi har mest valt klassisk musik och gärna aktiv sådan.

Psykiatri: *Musiken har spelat an på olika känslor beroende på vilken karaktär musiken har haft. Tänk att musiken av Grieg både var så kall och ändå hade värme, tror det var cellon som lät mjukare.*

b) Struktur, form och sammanhang

Dialys: *Positivt med en lång process för relationen och utvecklandet av bildarbetet.*

Bra arbetssätt—rolig form

Psykiatri: *Individuellt arbete blir lite lättare—man behöver inte ta hänsyn till någon annan. Det är lättare att vara öppen när man är själv.*

c) Relation och alliance - mellan patient och terapeut

Dialys: och Psykiatri: *Samtliga intervjuade tycker att relationen varit bra och att den utvecklades under tiden till ett större förtroende.*

d) Annat?

Dialys: *Jag tycker att musikterapi skulle finnas på avdelningen permanent.*

Psykiatri: *Det har varit både jobbigt och roligt.*

5. Symboliseringsprocessen: musik + bilder + texter + reflektioner (se del V)

start –Musik

Frågeställningen följer ”symboliseringstrappans” olika steg i processen och patienterna har genomgående haft många tankar runt de olika stegen och frågorna.

Dialys *När jag hör musiken får jag en bild oftast rörlig inne i huvudet.*

Musiken ger rörliga bilder, bildserien ändras efter musikens skeende. Tempot -växlingar i musiken.

Psykiatri: *Musiken ger helt klart bilder som är kopplade till min egen känsla. Bilden kommer efter ett litet tag-- inte direkt.*

Musiken ger bilden direkt- bilden hade inte kommit utan musiken.

--leder till – Upplevelse ”story”

Dialys: *En upplevelse som ger idén till bilden och hur jag praktiskt skall göra den.*

Rörliga bilder, som en film ibland växlar det helt tema, men oftast är det den första bilden som blir kvar i arbetet med bilden.

Psykiatri: *Bilden ger inte en känsla av något helt nytt. Gamla känslor tar nya skepnader och kommer upp till ytan. Musiken kan ta fram bilder som man inte har ”kunnat” eller ”vågat” tänka ut.*

--leder till – Bild ”symbol”

Dialys: *Känslorna valde jag att hitta symboler till, exempelvis ilskan blev blixtar, glädjen blev ett hjärta*

Ur skeendet växer bilden fram, vill ofta måla hela skeendet med en serie bilder.

Psykiatri: *Bilden och symbolen samlar ihop den ”stora” och ”känslösamma” upplevelsen till något samlat fysiskt som man kan se på utifrån. Det ”stora” blir något litet.*

Film inne i huvudet--- som att det händer på riktigt!

--leder till – Innebörd namn / dikt

Dialys: Innebörden i bilderna ledde fram till dikter eller namn på bilderna.

Undermedvetet finns det bilder som vill komma upp –erfarenheten och livet gör att bilderna blir valda. Grundtonen – hitta en annan ton som kan beröra andra saker än ensamhet.

Psykiatri: *En av bilderna ”korset” = passerad tid som jag vill lämna bakom mig.*

Dikten eller namnet på bilden blir en förkortning av hela skeendet. Skeendet spelas upp igen inom oss, när jag ser bilden då kommer hela processen igen.

6. Symboliseringsprocessen ”inre värld” / reflektioner

a) ”Mötesplats” där inre och yttre blir sammanlänkat och meningsskapande

Dialys: *Mina bilder som är inuti blir yttre när jag målar dom. Den ”yttre” musiken kommer inifrån ut i en bild, från mitt inre bibliotek. Har lätt för det.*

Psykiatri: *Den inre bilden kommer ut i en fysisk bild som blir yttre—man ser den— exempelvis ”korset” blir tydligt, jag skriver en dikt --- bilden sitter på väggen --- jag ser den tar ner de slänger den och säger adjö!*

Min bild ”virveln” den inre världen blir den yttre när man ser bilden. Tillfället gav möjligheten att se bilden så tydligt.

b) Symbolformationer som länk mellan ”frånvarande” och ”närvarande”

Dialys: *Musiken ”La crimosa” blev länken, dimensionen och gav bilden ett djup.*

Psykiatri: *Har inte kunnat se så tydligt hur symboler eller bilder blir verkliga. Bilden med slottet osv fanns bara där. Inte förrän jag talade om det förstod jag att det handlade om vad jag skulle vilja göra.*

Det som man kanske inte tänkt på kommer fram i bilden så kan man bearbeta den själv sedan.

7. Patientens fria kommentarer med kritik och förslag till förbättringar

Dialys: Bra att det kommer personer utifrån, synd med ett projekt bara, skulle vilja att det var en permanent verksamhet. Bra med ett individuellt rum.

Jag har tyckt om det och sett fram emot onsdagarna. Skönt med civila kläder och inte en sjukhusperson. Kanske skulle rummen kunna förberedas i bättre tid av personalen, så att man säkert får enskilt rum.

Psykatri: Jag var skeptisk i början – sedan tyckte jag det var bra och givande. Annorlunda sätt att närma sig problemen. Musik och bild passar bra ihop. Om man inte kan förklara sin inre bild eller känsla med ord kan man måla den, då blir det mycket enklare. Kanske grupp först en eller två gånger och sedan individuellt, det blir för privat att vara ensam direkt.

Lärorikt att förstå hur inre kan bli yttre! Många känslor har varit inblandade från jobbiga till roliga. Bra att få komma ifrån avdelningen till ett mysigt rum – en oas.

Bilaga 5.

PERSONALINTERVJU / xxxx

AVDELNINGSFÖRESTÅNDARE Avd _____ Datum _____

SJUKSKÖTERSKA/SKÖTARE Avd _____ Datum _____

I. Musikterapi som projekt i sjukvård / implementering och genomförande

Projektets information (på förhand och under tiden)

Organisatoriska och fysiska krav på verksamheten (för att kunna genomföra musikterapin)

Projektets genomförande(enkelt / besvärligt)

Samarbete avdelning – musikterapeut (fungerande / ej fungerande)

II a / Patienternas hälsa och livskvalitet – kopplat till musikterapin

Patient _____ visar/uppger till avdelning _____ Professionell bedömning _____
Livs-
kvalitet

Psykisk
hälsa /
mående

Fysisk
hälsa /
mående

II b / Patienternas hälsa och livskvalitet – kopplat till musikterapin

Samtliga patienter på avdelningen som fått musikterapi / Antal _____

Patienterna visar/uppger till avdelningen _____ Professionell bedömning _____

Livs-
kvalitet

Psykisk
hälsa /
mående

Fysisk
hälsa /
mående

III. Användbara erfarenheter av musikterapiprojektet

Musikterapins ev. påverkan på relationen avdelningspersonal – patienter

Positiv och negativ kritik

Önskemål för framtiden / Om man skulle göra om projektet –vad skulle man göra annorlunda ?

Bilagor studie III

Bilaga 6.

Informerat samtycke

Jag samtycker härmed att intervjuas av Anci Sandell.

Jag är medveten om att materialet kommer att användas anonymt i hennes avhandlingsarbete vid Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap.

xxxxx den _____

.....

Uppföljande intervjuer med ungdomar på behandlingshem

Intervjuerna genomförs i form av tillåtande dialogintervjuer med öppna reflektioner utifrån tre tidsperspektiv: före, under tiden och efter tiden på behandlingshemmet.

Intervjuerna omfattar frågeområden utifrån följande teman:

1. Social situation/familj, skola, boende samt fysiskt /psykiskt mående före boendet på behandlingshemmet.
2. Sysselsättning samt fysiskt och psykiskt mående under tiden på behandlingshemmet.
3. Hur fick Du veta om musikterapi / valde Du själv?
4. Genomgång av processerna i musikterapi - innehållet/musik, bild text.
5. Interaktion mellan klient och musikterapeut, samt med övrig personal
6. Symbolisering/reflektioner och känslor runt upplevelser och innehåll.
7. Hur är ditt liv nu vid uppföljning ca 10 år efter avslutad musikterapi boende, sysselsättning, relationer, fysiskt och psykiskt mående.

Intervjuer med ungdomar, Studie 3

Intervjuer genomfördes med två ungdomar som haft kontinuerliga och fleråriga behandlingsprocesser i musikterapi och där det nu gått ca 10 år sedan musikterapi genomfördes. De är nu mellan 28 och 30 år gamla, en pojke och en flicka (man och kvinna), båda har nu i eget boende utanför behandlingshemmet

Det primära syftet med dessa intervjuer är att undersöka hur dessa ungdomar/unga vuxna nu i efterhand, retrospektivt beskriver hur de upplevde musikterapi under tiden den pågick.

Båda ungdomarna har skriftligt gett sitt informerade samtycke till sin medverkan i denna uppföljningsundersökning och personidentifierande karakteristika har ändrats eller utelämnats för att säkerställa sekretess och integritet.

Intervjuerna spelades in och genomfördes i form av semistrukturerade dialogintervjuer med öppna reflektioner - ur tre tidsperspektiv: före, under tiden och efter tiden på behandlingshemmet.

Intervjuerna omfattar följande frågeområden:

- Social situation/familj, skola, boende, sysselsättning
- Fysiskt och psykiskt mående
- Personliga resurser och självbestämmande
- Musikterapi - inriktning och innehåll / musik, bild, text
- interaktionen mellan musikerapeut - ungdom
- symbolisering / reflektioner runt känslor och upplevelser

Reflektioner kring olika inre psykologiska processer i samband med den interaktiva musikterapi genomförs i dialogsamtal runt en egenutvecklad "symboliseringstrappa" (se Del IV).

Denna uppföljningsundersökning genomförs således ca tio år efter avslutad musikterapi och möjliggör därmed ett uppföljningsperspektiv på psykosocial utveckling, hälsa och livskvalitet efter avslutad behandling. Frågeområdena numreras 1-7.

För att tydliggöra intervjuerna redovisas de båda intervjupersonernas svar på respektive frågeområde, där kvinnan betecknas **K** och mannen **M**.

1. Social situation/familj, skola, boende samt fysiskt och psykiskt mående före boendet på behandlingshemmet.

K: *Trassligt hemma, olika behandlingshem och barnpsykiatri före behandlingshemmet. Ingen "vanlig" skolgång.*

M: *Rörigt, jobbigt fosterhem och barnpsykiatri och så fosterhem igen tills jag hamnade på behandlingshemmet.*

2. Sysselsättning samt fysiskt och psykiskt mående under tiden på behandlingshemmet.

K: Jag hade hemundervisning , en lärare kom hem och hade några ämnen. Hoppade av Vårdlinjen. Mådde ibland jättedåligt och ville helst bara ligga kvar i sängen. Mitt humör växlade väldigt upp och ner.

M: Hemundervisning i början sedan vanlig skola. Gick om 9:an och gick hela gymnasiet när jag bodde i utslussningslägenheten. Mådde ganska dåligt både fysiskt och psykiskt men det vet Du ju.

3. Information om musikterapi och självbestämmande kring eget deltagande

K: Jag kommer inte ihåg det, vet inte. Men vi hade olika stationer litteratur, bild och musik också djuren. När jag hörde om musiken valde jag nog det eftersom musik alltid varit viktig för mig, ja , jag valde själv. Hade min gitarr med mig. Fast jag fick reda på det av UK (en personal).

M: Fick reda på det av föreståndaren som informerade om olika aktiviteter vi kunde välja. Tycker mycket om musik och särskilt att sjunga. Jag valde musiken själv..... Det var inget tvång.

4. Musikterapiens innehåll – i musik, bild och text.

Genomgång i dialogform av respektive ungdoms hela musikterapeutiska process med hjälp av de individuella processbeskrivningarna.

Nedan följer några av ungdomarnas kommentarer från denna genomgång.

K: Jag skrev en annan text till "Under Ytan" det var den första låten. Tyckte om att måla och använda fantasin men jag gillade inte avslutningarna när man skulle visa det vi gjort för alla de andra. Ändå vågade jag spela piano inför alla ... och det var ju bra ... att jag vågade alltså. Nu kom jag på att jag håller på att ta upp detta med att spela piano. Jag har precis anmält att jag skall börja spela piano igen på en musikskola, jag måste bara våga gå dit. Det är det jag måste.....
Jag ville ju spela piano redan som liten men det blev ju aldrig, så när Du frågade valde jag bort gitarren och ville hellre spela piano.
Den bilden med glittret och elden minns jag De fyra elementen ...ja just det.
Jag fick en fin bok av Dig där jag skrev jag upp alla låtarna i. Eftersom jag inte kunde noterna så bra fick jag skriva bokstäver för alla tonerna. Det tog sin lilla tid men då kunde jag spela dom. Prelude eller något kunde jag bra, ja Ave Maria var det. Jag har kvar boken. Jag minns att jag ville sluta men jag vet inte varför nu – kommer inte ihåg. Jag var väldigt upp och ner och började på grejer som jag inte avslutade. Ville välja själv.....Slutade.

Efter två år ville jag börja igen och vi spelade som om ingen tid hade passerat, både improviserad musik och "repertoaren" vi hade. Jag hade svårt att vara så nära på ett fysiskt plan och kunde inte säga det då. Tyckte Du satt så nära mig. Tror kanske det var därför jag slutade, kommer inte ihåg. Mådde bättre när jag började igen, det hade ju gått en lång tid. Spelade Bridge over Trouble water fast Månskenssonaten kunde jag utantill, den spelar jag fortfarande.

M: Det var ju sången som jag minns allra bäst. Såå många olika sånger som jag gillade. Det var kul att måla och jag hade lätt att skriva texter till bilderna och sedan satte vi musik till dom och sjöng. Tyckte alltid det var roligt med musiken... fast jag hade mina stunder där jag inte mådde så bra. Jag skrev långa texter som var svåra att göra melodier till men så småningom gick det bättre och jag minns att vi gjorde sånger. Minns också en bild, grönt gräs en fotbollsplan med ett silver mål och så jag i mitten med utsträckta armar och ben. Den har jag kvar, i källaren ligger den. Vi sjöng tvåstämmigt väldigt starkt, det har jag ett minne av och att vi skrattade mycket. Vågade jag verkligen sjunga på avslutningen? Det minns jag inte... eller kanske svagt.

5. Interaktionen mellan ungdom och musikterapeut, samt med övrig personal.

K: Ibland var det motigt att gå dit, jag tror det var bra för mig eftersom jag tycker mycket om musik. Någon gång kanske jag kände tvång men jag kände mig inte rädd eller så för Dig. Ingen skulle bestämma över mig, så tänkte jag ibland. Tyckte ibland att personalen var lite tjatig men nu kan jag förstå att det var svårt när Du skulle komma och jag bara låg kvar i sängen...

M: Det klickade direkt mellan oss vad jag minns, hade inga problem med Dig som person. Tyckte vi hade roligt tillsammans. Det var väl mera hur jag mådde emellanåt själv. Jag tyckte mycket om alla på behandlingshemmet, jag skötte min skola och träningen.

6. Symboliseringsprocesser med känslor och reflektioner kring innehåll och upplevelser.

K: Tänkte inte så mycket på sånt då! Mera att musiken har en stor betydelse i mitt liv och att den alltid har haft det. Texterna hade ju så klart en betydelse, dom var väl inte alltid så glada. Hade lite blandade känslor, gillade temat om "Mig själv" allra bäst. Du och jag hade samma favoritbok minns jag.....

M: Jag valde ju gärna sånger som handlar om sådant som berör en själv. Texterna var viktiga även de jag skrev själv, musiken skulle passa till. Känslan var att jag kunde vara mig själv att jag inte behövde vara på något särskilt sätt. Nu kan jag bara se det positiva i musiken vi hade, minns att det var roligt att få vara själv en stund. Det var ju ganska stökigt nere i huset ibland och det var lugnt i musikhuset.

7. Aktuell situation, nu vid uppföljning ca 10 år efter avslutad musikterapi. gällande boende, sysselsättning, relationer, fysiskt och psykiskt mående

K: Jag bor i egen lägenhet, stödboende. Jag får hjälp och stöd om jag behöver, jag går i terapi. Har en kontaktperson som jag träffar två gånger i veckan. Jag har inte så många vänner, lite tunt, men min familj har jag kontakt med. Mina katter har jag ju, dom får jag inte glömma. Jag mår mycket bättre nu och det fungerar bra och det känns lugnt.

M: Har egen lägenhet sedan flera år nu. Vidareutbildar mig inom teknik, tränar mycket både styrka och kondition. Använder musiken i träningen och gör remix av olika låtar med ett datorprogram. Musiken skulle jag inte kunna leva utan, använder den hela tiden både i träningen och mera privat. Hjälper till med träning som instruktör och har massor av vänner inom idrotten. Jag är utbildad domare i fotboll och målvaktstränar ungdomar. Jag har en flickvän sedan ett bra tag och trivs med mitt liv nu.

Intervjufrågor behandlingshem
Nuvarande Föreståndare

A.

1. Organisation—ansvarsområden / medicinskt, psykologiskt, socialtjänst, pedagogik/skola etc.
 2. Vem beslutar om vad?
Utredning
Diagnos
Behandling
 3. Vilka olika förklaringsmodeller används / terminologi för olika funktionsnedsättningar?
 4. Teorier och behandlingsmetoder.
 5. Behandlingspersonalut
utbildning
inriktning
team
 6. Finns det en individuell plan i behandlingsarbetet från början för varje enskild ungdom eller utvecklas den över tid?
 7. ”Brukarinflytande” Hur mycket kan och får ungdomarna vara med och påverka behandlingsarbetet?
 8. Hur lång är behandlingstiden i genomsnitt?
 9. ”Resultat” kort och lång sikt
Vilken form av utvärdering används?
-

B.

1. Har information om musikterapi nått personalen?
2. Har samarbetet fungerat tillfredsställande mellan mt och personal och personal och mt?
3. Musikterapiens betydelse för behandlingshemmet
som institution
för personalen
det allmänna ’klimatet’
de gemensamma projekten
ungdomarna

Vilka diagnosgrupper var representerade?

C.

1. Vilka musikterapeutiska interventioner kan användas med den aktuella klientgruppen i psykosocial behandlingsverksamhet ?
2. Vad händer fysiskt och psykiskt med klienter i möte med musik i ett terapeutiskt syfte ?
3. Hur fungerar klienternas symboliseringsprocesser i möte med musik?
4. Vad händer i klienternas interpersonella relationer med musikterapeut och berörd personal ?

D.

Gemensamma reflektioner av ungdomarna som haft musikterapi.

Yttre processer, ex mera kommunikativ omgivning, familj

Inre processer, ex djupare samtalsämnen, känslomässiga reaktioner, aggressivitet, sorg osv

Metoden att arbeta med olika konstnärliga uttryck, bild, dikt, text, sånger, musikimprovisation, utställningar inne och utomhus.

Positiva och negativa tankar runt metoden.

Symboliseringsprocesser

Förteckning över NHV-rapporter

1983

- 1983:1 Hälsa för alla i Norden år 2000. Föredrag presenterade på en konferens vid Nordiska hälsovårdshögskolan 7–10 september 1982.
- 1983:2 Methods and Experience in Planning for Family Health – Report from a seminar. Harald Heijbel & Lennart Köhler (eds).
- 1983:3 Accident Prevention – Report from a seminar. Ragnar Berfenstam & Lennart Köhler (eds).
- 1983:4 Själv mord i Stockholm – en epidemiologisk studie av 686 konsekutiva fall. Thomas Hjortsjö. Avhandling.

1984

- 1984:1 Långvarigt sjuka barn – sjukvårdens effekter på barn och familj. Andersson, Harwe, Hellberg & Syrén. (FoU-rapport/shstf:14). Distribueras av Studentlitteratur, Box 141, SE-221 01 Lund.
- 1984:2 Intersectoral Action for Health – Report from an International Workshop. Lennart Köhler & John Martin (eds).
- 1984:3 Barns hälsotillstånd i Norden. Gunborg Jakobsson & Lennart Köhler. Distribueras av Studentlitteratur, Box 141, SE-221 01 Lund.

1985

- 1985:1 Hälsa för äldre i Norden år 2000. Mårten Lagergren (red).
- 1985:2 Socialt stöd åt handikappade barn i Norden. Mats Eriksson & Lennart Köhler. Distribueras av Allmänna Barnhuset, Box 26006, SE-100 41 Stockholm.
- 1985:3 Promotion of Mental Health. Per-Olof Brogren.
- 1985:4 Training Health Workers for Primary Health Care. John Martin (ed).
- 1985:5 Inequalities in Health and Health Care. Lennart Köhler & John Martin (eds).

1986

- 1986:1 Prevention i primärvården. Rapport från konferens. Harald Siem & Hans Wedel (red). Distribueras av Studentlitteratur, Box 141, SE-221 01 Lund.
- 1986:2 Management of Primary Health Care. John Martin (ed).
- 1986:3 Health Implications of Family Breakdown. Lennart Köhler, Bengt Lindström, Keith Barnard & Houda Itani.
- 1986:4 Epidemiologi i tandvården. Dorthe Holst & Jostein Rise (red). Distribueras av Tandläkarförlaget, Box 5843, SE-102 48 Stockholm.
- 1986:5 Training Course in Social Pediatrics. Part I. Lennart Köhler & Nick Spencer (eds).

Förteckning över NHV-rapporter

1987

- 1987:1 Children's Health and Well-being in the Nordic Countries. Lennart Köhler & Gunborg Jakobsson. Ingår i serien Clinics in Developmental Medicine, No 98 och distribueras av Blackwell Scientific Publications Ltd, Oxford. ISBN (UK) 0 632 01797X.
- 1987:2 Traffic and Children's Health. Lennart Köhler & Hugh Jackson (eds).
- 1987:3 Methods and Experience in Planning for Health. Essential Drugs. Frants Staugård (ed).
- 1987:4 Traditional midwives. Sandra Anderson & Frants Staugård.
- 1987:5 Nordiska hälsovårdshögskolan. En historik inför invigningen av lokalerna på Nya Varvet i Göteborg den 29 augusti 1987. Lennart Köhler (red).
- 1987:6 Equity and Intersectoral Action for Health. Keith Barnard, Anna Ritsatakis & Per-Gunnar Svensson.
- 1987:7 In the Right Direction. Health Promotion Learning Programmes. Keith Barnard (ed).

1988

- 1988:1 Infant Mortality – the Swedish Experience. Lennart Köhler.
- 1988:2 Familjen i välfärdsstaten. En undersökning av levnadsförhållanden och deras fördelning bland barnfamiljer i Finland och övriga nordiska länder. Gunborg Jakobsson. Avhandling.
- 1988:3 Aids i Norden. Birgit Westphal Christensen, Allan Krasnik, Jakob Bjørner & Bo Eriksson.
- 1988:4 Methods and Experience in Planning for Health – the Role of Health Systems Research. Frants Staugård (ed).
- 1988:5 Training Course in Social Pediatrics. Part II. Perinatal and neonatal period. Bengt Lindström & Nick Spencer (eds).
- 1988:6 Äldretandvård. Jostein Rise & Dorthe Holst (red). Distribueras av Tandläkarförlaget, Box 5843, SE-102 48 Stockholm.

1989

- 1989:1 Rights, Roles and Responsibilities. A view on Youth and Health from the Nordic countries. Keith Barnard.
- 1989:2 Folkhälsovetenskap. Ett nordiskt perspektiv. Lennart Köhler (red).
- 1989:3 Training Course in Social Pediatrics. Part III. Pre-School Period. Bengt Lindström & Nick Spencer (eds).

Förteckning över NHV-rapporter

- 1989:4 Traditional Medicine in Botswana. Traditional Medicinal Plants. Inga Hedberg & Frants Staugård.
- 1989:5 Forsknings- och utvecklingsverksamhet vid Nordiska hälsovårdshögskolan. Rapport till Nordiska Socialpolitiska kommittén.
- 1989:6 Omstridda mödrar. En studie av mödrar som förtecknats som förståndshandikappade. Evy Kollberg. Avhandling.
- 1989:7 Traditional Medicine in a transitional society. Botswana moving towards the year 2000. Frants Staugård.
- 1989:8 Rapport fra Den 2. Nordiske Konferanse om Helseopplysning. Bergen 4–7 juni 1989. Svein Hindal, Kjell Haug, Leif Edvard Aarø & Carl-Gunnar Eriksson.

1990

- 1990:1 Barn och barnfamiljer i Norden. En studie av välfärd, hälsa och livskvalitet. Lennart Köhler (red). Distribueras av Studentlitteratur, Box 141, SE-221 01 Lund.
- 1990:2 Barn och barnfamiljer i Norden. Teknisk del. Lennart Köhler (red).
- 1990:3 Methods and Experience in Planning for Health. The Role of Women in Health Development. Frants Staugård (ed).
- 1990:4 Coffee and Coronary Heart Disease, Special Emphasis on the Coffee – Blood Lipids Relationship. Dag S. Thelle & Gerrit van der Stegen (eds).

1991

- 1991:1 Barns hälsa i Sverige. Kunskapsunderlag till 1991 års Folkhälsorapport. Gunborg Jakobsson & Lennart Köhler. Distribueras av Fritzes, Box 16356, SE-103 27 Stockholm (Allmänna Förlaget).
- 1991:2 Health Policy Assessment – Proceedings of an International Workshop in Göteborg, Sweden, February 26 – March 1, 1990. Carl-Gunnar Eriksson (ed). Distributed by Almqvist & Wiksell International, Box 638, SE-101 28 Stockholm.
- 1991:3 Children's health in Sweden. Lennart Köhler & Gunborg Jakobsson. Distributed by Fritzes, Box 16356, SE-103 27 Stockholm (Allmänna Förlaget).
- 1991:4 Poliklinikker og dagkurgi. Virksomhedsbeskrivelse for ambulent helsetjeneste. Monrad Aas.
- 1991:5 Growth and Social Conditions. Height and weight of Stockholm schoolchildren in a public health context. Lars Cernerud. Avhandling.
- 1991:6 Aids in a caring society – practice and policy. Birgit Westphal Victor. Avhandling
- 1991:7 Resultat, kvalitet, valfrihet. Nordisk hälsopolitik på 90-talet. Mats Brommels (red). Distribueras av nomesko, Sejrøgade 11, DK-2100 København.

Förteckning över NHV-rapporter

1992

- 1992:1 Forskning om psykiatrisk vårdorganisation – ett nordiskt komparativt perspektiv. Mats Brommels, Lars-Olof Ljungberg & Claes-Göran Westin (red). sou 1992:4. Distribueras av Fritzes, Box 16356, SE-103 27 Stockholm (Allmänna förlaget).
- 1992:2 Hepatitis virus and human immunodeficiency virus infection in dental care: occupational risk versus patient care. Flemming Scheutz. Avhandling.
- 1992:3 Att leda vård – utveckling i nordiskt perspektiv. Inga-Maja Rydholm. Distribueras av shstf-material, Box 49023, SE-100 28 Stockholm.
- 1992:4 Aktion mot alkohol och narkotika 1989–1991. Utvärderingsrapport. Athena. Ulla Marklund.
- 1992:5 Abortion from cultural, social and individual aspects. A comparative study, Italy – Sweden. Marianne Bengtsson Agostino. Avhandling.

1993

- 1993:1 Kronisk syke og funksjonshemmede barn. Mot en bedre fremtid? Arvid Heiberg (red). Distribueras av Tano Forlag, Stortorget 10, NO-0155 Oslo.
- 1993:2 3 Nordiske Konference om Sundhedsfremme i Aalborg 13 – 16 september 1992. Carl-Gunnar Eriksson (red).
- 1993:3 Reumatikernas situation i Norden. Kartläggning och rapport från en konferens på Nordiska hälsovårdshögskolan 9 – 10 november 1992. Bjarne Jansson & Dag S. Thelle (red).
- 1993:4 Peace, Health and Development. A Nobel seminar held in Göteborg, Sweden, December 5, 1991. Jointly organized by the Nordic School of Public Health and the University of Göteborg with financial support from SAREC. Lennart Köhler & Lars-Åke Hansson (eds).
- 1993:5 Hälsopolitiska jämlikhetsmål. Diskussionsunderlag utarbetat av WHO's regionkontor för Europa i Köpenhamn. Göran Dahlgren & Margret Whitehead. Distribueras gratis.

1994

- 1994:1 Innovation in Primary Health Care of Elderly People in Denmark. – Two Action Research Projects. Lis Wagner. Avhandling.
- 1994:2 Psychological stress and coping in hospitalized chronically ill elderly. Mary Kalfoss. Avhandling.
- 1994:3 The Essence of Existence. On the Quality of Life of Children in the Nordic countries. Theory and Practice. Bengt Lindström. Avhandling.

Förteckning över NHV-rapporter

1995

- 1995:1 Psykiatrisk sykepleie i et folkehelseperspektiv. En studie av hvordan en holistisk-eksistensiell psykiatrisk sykepleiemodell bidrar til folkehelsearbeid. Jan Kåre Hummelvoll. Avhandling.
- 1995:2 Child Health in a Swedish City – Mortality and birth weight as indicators of health and social inequality. Håkan Elmén. Avhandling.
- 1995:3 Forebyggende arbeid for eldre – om screening, funn, kostnader og opplevd verdi. Grethe Johansen. Avhandling.
- 1995:4 Clinical Nursing Supervision in Health Care. Elisabeth Severinsson. Avhandling.
- 1995:5 Prioriteringsarbeid inom hälso- och sjukvården i Sverige och i andra länder. Stefan Holmström & Johan Calltorp. Spri 1995. Distribueras av Spris förlag, Box 70487, SE-107 26 Stockholm.

1996

- 1996:1 Socialt stöd, livskontroll och hälsa. Raili Peltonen. Socialpolitiska institutionen, Åbo Akademi, Åbo, 1996.
- 1996:2 Recurrent Pains – A Public Health Concern in School – Age Children. An Investigation of Headache, Stomach Pain and Back Pain. Guðrún Kristjánsdóttir. Avhandling.
- 1996:3 AIDS and the Grassroots. Frants Staugård, David Pitt & Claudia Cabrera (red).
- 1996:4 Postgraduate public health training in the Nordic countries. Proceedings of seminar held at The Nordic School of Public Health, Göteborg, January 11 – 12, 1996.

1997

- 1997:1 Victims of Crime in a Public Health Perspective – some typologies and tentative explanatory models (Brottsoffer i ett folkhälsoperspektiv – några typologier och förklaringsmodeller). Barbro Renck. Avhandling. (Utges både på engelska och svenska.)
- 1997:2 Kön och ohälsa. Rapport från seminarium på Nordiska hälsovårdshögskolan den 30 januari 1997. Gunilla Krantz (red).
- 1997:3 Edgar Borgenhammar – 65 år. Bengt Rosengren & Hans Wedel (red).

1998

- 1998:1 Protection and Promotion of Children's Health – experiences from the East and the West. Yimin Wang & Lennart Köhler (eds).
- 1998:2 EU and Public Health. Future effects on policy, teaching and research. Lennart Köhler & Keith Barnard (eds)
- 1998:3 Gender and Tuberculosis. Vinod K. Diwan, Anna Thorson, Anna Winkvist (eds)

Förteckning över NHV-rapporter

Report from the workshop at the Nordic School of Public Health, May 24-26, 1998.

1999

- 1999:1 Tipping the Balance Towards Primary Healthcare Network. Proceedings of the 10th Anniversary Conference, 13-16 November 1997. Editor: Chris Buttanshaw.
- 1999:2 Health and Human Rights. Report from the European Conference held in Strasbourg 15-16 mars 1999. Editor: Dr. med. Stefan Winter.
- 1999:3 Learning about health: The pupils' and the school health nurses' assessment of the health dialogue. Ina Borup. DrPH-avhandling.
- 1999:4 The value of screening as an approach to cervical cancer control. A study based on the Icelandic and Nordic experience through 1995. Kristjan Sigurdsson. DrPH-avhandling.

2000

- 2000:1 Konsekvenser av urininkontinens sett i et folkehelsevitenskapelig perspektiv. En studie om livskvalitet hos kvinner og helsepersonells holdninger. Anne G Vinsnes. DrPH-avhandling.
- 2000:2 A new public health in an old country. An EU-China conference in Wuhan, China, October 25-29, 1998. Proceedings from the conference. Lennart Köhler (ed)
- 2000:3 Med gemenskap som grund - psykisk hälsa och ohälsa hos äldre människor och psykiatrisjuksköterskans hälsofrämjande arbete. Birgitta Hedelin. DrPH-avhandling.
- 2000:4 ASPHER Peer Review 1999. Review Team: Jacques Bury, ASPHER, Franco Cavallo, Torino and Charles Normand, London.
- 2000:5 Det kan bli bättre. Rapport från en konferens om barns hälsa och välfärd i Norden. 11-12 november 1999. Lennart Köhler. (red)
- 2000:6 Det är bra men kan bli bättre. En studie av barns hälsa och välfärd i de fem nordiska länderna, från 1984 till 1996. Lennart Köhler, (red)
- 2000:7 Den svenska hälso- och sjukvårdens styrning och ledning – en delikat balansakt. Lilian Axelsson. DrPH-avhandling.
- 2000:8 Health and well-being of children in the five Nordic countries in 1984 and 1996. Leeni Berntsson. DrPH-avhandling.
- 2000:9 Health Impact Assessment: from theory to practice. Report on the Leo Kaprio Workshop, Göteborg, 28 - 30 October 1999.

2001

- 2001:1 The Changing Public-Private Mix in Nordic Healthcare - An Analysis
John Øvretveit.

Förteckning över NHV-rapporter

- 2001:2 Hälsokonsekvensbedömningar – från teori till praktik. Rapport från ett internationellt arbetsmöte på Nordiska hälsovårdshögskolan den 28-31 oktober 1999. Björn Olsson, (red)
- 2001:3 Children with asthma and their families. Coping, adjustment and quality of life. Kjell Reichenberg. DrPH-avhandling.
- 2001:4 Studier av bruket av dextropropoxifen ur ett folkhälsoperspektiv. Påverkan av ett regelverk. Ulf Jonasson. DrPH-avhandling.
- 2001:5 Protection – Prevention – Promotion. The development and future of Child Health Services. Proceedings from a conference. Lennart Köhler, Gunnar Norvenius, Jan Johansson, Göran Wennergren (eds).
- 2001:6 Ett pionjärarbete för ensamvargar
Enkät- och intervjuundersökning av nordiska folkhälsodoktorer examinerade vid Nordiska hälsovårdshögskolan under åren 1987 – 2000.
Lillemor Hallberg (red).

2002

- 2002:1 Attitudes to prioritisation in health services. The views of citizens, patients, health care politicians, personnel, and administrators. Per Rosén. DrPH-avhandling.
- 2002:2 Getting to cooperation: Conflict and conflict management in a Norwegian hospital. Morten Skjørshammer. DrPH-avhandling.
- 2002:3 Annual Research Report 2001. Lillemor Hallberg (ed).
- 2002:4 Health sector reforms: What about Hospitals? Pär Eriksson, Ingvar Karlberg, Vinod Diwan (ed).

2003

- 2003:1 Kvalitetsmåling i Sundhedsvæsenet.
Rapport fra Nordisk Ministerråds Arbejdsgruppe.
- 2003:3 NHV 50 år (Festboken)
- 2003:4 Pain, Coping and Well-Being in Children with Chronic Arthritis.
Christina Sällfors. DrPH-avhandling.
- 2003:5 A Grounded Theory of Dental Treatments and Oral Health Related Quality of Life.
Ulrika Trulsson. DrPH-avhandling.

2004

- 2004:1 Brimhealth: Baltic rim partnership for public health 1993-2003.
Susanna Bihari-Axelsson, Ina Borup, Eva Wimmerstedt (eds)
- 2004:2 Experienced quality of the intimate relationship in first-time parents – qualitative and quantitative studies. Tone Ahlborg. DrPH-avhandling.

Förteckning över NHV-rapporter

2005

- 2005:1 Kärlek och Hälsa – Par-behandling i ett folkhälsoperspektiv.
Ann-Marie Lundblad. DrPH-avhandling.
- 2005:2 1990 - 2000:A Decade of Health Sector Reform in Developing Countries
- Why, and What Did we Learn?
Erik Blas. DrPH-avhandling
- 2005:3 Socio-economic Status and Health in Women
Population-based studies with emphasis on lifestyle and cardiovascular disease
Claudia Cabrera. DrPH-avhandling

2006

- 2006:1 "Säker Vård -patientskador, rapportering och prevention"
Synnöve Ödegård. DrPH-avhandling
- 2006:2 Interprofessional Collaboration in Residential Childcare
Elisabeth Willumsen. DrPH-avhandling
- 2006:3 Innkomst-CTG: En vurdering av testens prediktive verdier, reliabilitet og
effekt. Betydning for jordmødre i deres daglige arbeide
Ellen Blix. DrPH-avhandling

2007

- 2007:1 Health reforms in Estonia - acceptability, satisfaction and impact
Kaja Põlluste. DrPH-avhandling
- 2007:2 Creating Integrated Health Care
Bengt Åhgren. DrPH-avhandling
- 2007:3 Alkoholbruk i tilknytning til arbeid – Ein kvalitativ studie i eit folkehelsevitskapeleg
perspektiv
Hildegunn Sagvaag. DrPH-avhandling
- 2007:4 Public Health Aspects of Pharmaceutical Prescription Patterns – Exemplified by
Treatments for Prevention of Cardiovascular Disease
Louise Silwer. DrPH-avhandling
- 2007:5 Å fremme den eldre sykehuspasientens helse I lys av et folkehelse og holistisk-
eksistensielt sykepleieperspektiv
Geir V Berg. DrPH-avhandling

2008

- 2008:1 Diabetes in children and adolescents from non-western immigrant families –
health education, support and collaboration
Lene Povlsen. DrPH-avhandling

Förteckning över NHV-rapporter

- 2008:2 Love that turns into terror: Intimate partner violence in Åland – nurses' encounters with battered women in the context of a government-initiated policy programme
Anette Häggblom. DrPH-avhandling
- 2008:3 Oral hälsa hos personer med kognitiva och/eller fysiska funktionsnedsättningar – ett dolt folkhälsoproblem? Ulrika Hallberg, Gunilla Klingberg
- 2008:4 School health nursing – Perceiving, recording and improving schoolchildren's health
Eva K Clausson. DrPH-avhandling
- 2008:5 Helbredsrelateret livskvalitet efter apopleksi. Validering og anvendelse af SSQOL-DK, et diagnosespecifikt instrument til måling af helbredsrelateret livskvalitet blandt danske apopleksipatienter
Ingrid Muus. DrPH-avhandling
- 2008:6 Social integration for people with mental health problems: experiences, perspectives and practical changes
Arild Granerud. DrPH-avhandling
- 2008:7 Between death as escape and the dream of life. Psychosocial dimensions of health in young men living with substance abuse and suicidal behaviour
Stian Biong. DrPH-avhandling

2009

- 2009:1 Ut ur ensamheten. Hälsa och liv för kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp i barndomen och som deltagit i självhjälpsgrupp
GullBritt Rahm. DrPH-avhandling
- 2009:2 Development of Interorganisational Integration – A Vocational Rehabilitation Project
Ulla Wihlman. DrPH-avhandling
- 2009:3 Hälsa- och sjukvårdens roll som informationskälla för hälsoläget i befolkningen och uppföljning av dess folkhälsoinriktade insatser
Sirikka Elo. DrPH-avhandling
- 2009:4 Folkesundhed i børnehøjde - indikatorer for børns sundhed og velbefindende i Grønland
Birgit Niclasen. DrPH-avhandling
- 2009:5 Folkhälsoforskning i fem nordiska länder - kartläggning och analys
Stefan Thorpenberg
- 2009:6 Ledarskap och medarbetarskap vid strukturella förändringar i hälso- och sjukvården. Nyckelaktörers och medarbetares upplevelser
Agneta Kullén Engström. DrPH-avhandling
- 2009:7 Perspective of risk in childbirth, women's expressed wishes for mode of delivery and how they actually give birth
Tone Kringeland. DrPH-avhandling

Förteckning över NHV-rapporter

- 2009:8 Living with Juvenile Idiopathic Arthritis from childhood to adult life
An 18 year follow-up study from the perspective of young adults
Ingrid Landgraff Østlie. DrPH-avhandling
- 2009:9 Åldrande, hälsa, minoritet - äldre finlandssvenskar i Finland och Sverige
Gunilla Kulla. DrPH-avhandling

2010

- 2010:1 Att värdera vårdbehov - ett kliniskt dilemma. En studie av nyttjandet av
ambulanssjukvård i olika geografiska områden
Lena Marie Beillon. DrPH-avhandling
- 2010:2 R Utvärdering av samverkansprojekt med remissgrupper och samverkansteam i
Norra Dalsland
- 2010:3 R Utvärdering av verksamheten vid Enheten för Asyl- och flyktingfrågor,
Västra Götalandsregionen
- 2010:4 R Utvärdering av försöksverksamhet med samverkansgrupper och coacher i
Vänersborg och Mellerud
- 2010:5 R Utvärdering av projekt GEVALIS – Unga vuxna
- 2010:6 R Utvärdering av Program Sexuell hälsa, Västra Götalandsregionen
- 2010:7 Perceptions of public health nursing practice - On borders and boundaries,
visibility and voice
Anne Clancy. DrPH-avhandling
- 2010:8 Living with head and neck cancer: a health promotion perspective – A
Qualitative Study
Margereth Björklund. DrPH-avhandling
- 2010:9 R Barnhälsoindex för stadsdelarna i nordöstra Göteborg
– Ett förslag till uppföljning av barns hälsa och välbefinnande
Lennart Köhler. NHV i samarbete med Västra Götalandsregionen,
Angereds närsjukhus
- 2010:10 R Utvärdering med lärande ansats av pandemiplanering
inklusive vaccinationsprogram i Västra Götalandsregionen
Lars Edgren, Stefan Thorpenberg, Bengt Åhgren
- 2010:11 R Psykiatrisk registerforskning i Norden. En beskrivelse af forskningsmuligheter i
psykiatrirrelevante registre i Danmark, Sverige og Finland
Thomas Munk Larsen, Merete Nordentoft, Mika Gissler, Jeanette Westman,
Kristian Wahlbeck

Förteckning över NHV-rapporter

- 2010:12 R Fysisk aktivitet på recept i Norden – erfarenheter och rekommendationer.
Lena V Kallings, på uppdrag av Nordisk nettverk for fysisk aktivitet, mat og sunnhet

2011

- 2011:1 R Arbeidsledighet og psykisk helse blant unge i Norden
En kunnskapsoversikt
Anne Reneflot og Miriam Evensen
- 2011:2 Psychotropic drugs among the elderly – Population-based studies on indicators of inappropriate utilisation in relation to socioeconomic determinants and mental disorders
Eva Lesén. DrPH-avhandling
- 2011:3 Intensivpasientens gåtefulle kunnskap – om erfart kunnskap og kunnskapsformidling i en intensivkontekst
Sven-Tore Dreyer Fredriksen. DrPH-avhandling
- 2011:4 R Från reformintention till praxis - hur reformer inom psykiatri och socialtjänst översatts till konkret stöd i Norden
Rafael Lindqvist, Steen Bengtsson, Lars Fredén, Frode Larsen, David Rosenberg, Torleif Ruud, Kristian Wahlbeck
- 2011:5 R Kartläggning av studier om nordiska ungdomars psykiska hälsa
Hanna Augustsson och Curt Hagquist
- 2011:6 Health-Promoting Leadership: A Study of the Concept and Critical Conditions for Implementation and Evaluation
Andrea Eriksson. DrPH-avhandling

2012

- 2012:1 Nordic and Infertile. – A study of options and decisions.
Helga Sól Ólafsdóttir. DrPH- avhandling
- 2012:2 Lay Health Worker Programmes as a Public Health Approach in South Africa
Karen Daniels. DrPH- avhandling
- 2012:3 Fra avmakt til makt i eget liv. Anmeldelse av seksuelle overgrep og helse.
Hildur Veia. DrPH – avhandling
- 2012:4 Barn med astma og deres foreldre - læring, deltakelse og samarbeid.
Anne Trollvik. DrPH-avhandling
- 2012:5 The Importance of Social Capital in Later Life. Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention among Older Adults
Anna K Forsman. DrPH-avhandling
- 2012:6 Dementia and Public Health – with focus on access to society
Aud Johannessen. DrPH-avhandling

Förteckning över NHV-rapporter

- 2012:7 Antenatal and delivery care utilization in urban and rural contexts in Vietnam - a study in two health and demographic surveillance sites
Tran Khanh Toan. DrPH-avhandling
- 2012:8 At holde balance Betingelser for og perspektiver i forhold til forebyggelse af fald blandt gamle mennesker
Marianne Mahler. DrPH-avhandling
- 2012:9 R Funktionshinder ur ett folkhälsoperspektiv
Anders Möller (red.)
- 2012:10 I all fortrolighet – En undersøkelse av meldinger om psykisk helse på internett i Norge og Sverige
Anders Johan W. Andersen. DrPH-avhandling
- 2012:11 Utveckling av samverkan - Ett deltagarorienterat aktionsforskningsprojekt inom hälso- och sjukvård
Ingela Furenbäck. DrPH-avhandling
- 2013**
- 2013:1 Fathers Involved in Children with Type 1 Diabetes: Finding the Balance between Disease Control and Health Promotion
Åse Boman. DrPH-avhandling
- 2013:2 Musik för kropp och själ. Modell för interaktiv musikterapi
Anci Sandell. DrPH-avhandling