

Kunstuttrykk og musikk som hverdagsmestring ved langvarige smerter – erfaringer fra et prosjekt i klinisk praksis



Inger Marie Kvarum
Psykologspesialist ved Valnesfjord Helseportsenter
inger.kvarum@vhss.no

Ingen oppgitte interessekonflikter

Gruppetilbudet løfter frem psykologiske og sosiale aspekter ved helse og livskvalitet, og kan fungere som et supplement til og som del av en individuell tilpasning i behandlingstilbudet.



I teksten her presenterer jeg et prosjekt hvor jeg undersøkte om musikklytting og ulike kunstuttrykk kan anvendes som et supplement til det ordinære behandlingstilbudet for personer med langvarige smerter. Målgruppen var personer som hadde fått tilbud om opphold ved Valnesfjord Helseportsenter, hvor jeg jobber som psykolog.

Smertetilstander er den største årsaken til helsetap i Norge og gir store konsekvenser på individ- og samfunnsnivå. Med langvarige smerter menes vedvarende eller stadig tilbakevendende smerter med varighet på tre måneder eller mer (Treede et al., 2015). Eksempler på ulike langvarige smertetilstander er ulcerøs kolitt, endometriose, følgetilstander etter kreft eller ulykker, fibromyalgi eller langvarig mage- eller hodepine. Nær 30 % av befolkningen oppgir å ha langvarige smerter (Folkehelseinstituttet, 2023).

Langvarige smerter er like utbredt i alle aldre, men rammer særlig kvinner og personer i lavere sosioøkonomiske samfunnsklasser. Langvarige smerter gir økt risiko for søvnforstyrrelser, fysisk inaktivitet, sosial isolasjon, overvekt, psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet. Tilstanden er også assosiert med økt dødelighet og forhøyet forekomst av selvmord. Gruppen utgjør dessuten en stor andel av dem som blir uføretrygdet, særlig i ung alder (Folkehelseinstituttet, 2023).

Anbefalte behandlingstiltak er tilpasset fysisk aktivitet og kognitiv atferdsterapi eller Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Visse former for akupunktur og medikamentell behandling anbefales også (NICE Guideline, NG193, 2021).



Kan musikk og kunst hjelpe?

Langvarige smerter utvikles og opprettholdes i et komplekst samspill mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer som påvirker hverandre gjensidig (Holsvik et al., 2023; Folkehelseinstituttet, 2023; Ek, 2018; Winther-Rasmussen, 2017). Helsetilbudet som gis, bør derfor være helhetlig eller holistisk gjennom god, tverrfaglig samhandling, men også via de metodiske valgene helsepersonell tar. Behandlingen må ellers ha som mål å bidra til økt livskvalitet og høyest mulig hverdagslig fungering (Villa, 2015).

En rekke undersøkelser antyder at ulike terapiformer hvor musikk og kunst inngår, kan ha en positiv innvirkning på folks helse og opplevde livskvalitet fordi de påvirker helsen i sin helhet, både kroppslig, emosjonelt, kognitivt og sosialt (se blant annet Meyer DeMott, 2022; Batt-Rawden, 2022; Tomlinson et al., 2020; Fancourt & Finn, 2019; Wallumrød, 2017; Kristiansen, 2016; Ruud, 2013). Intervensjoner som anvender musikk og kunst, kan derfor fungere som et godt supplement til eksisterende anbefalte behandlingstiltak ved langvarige smerter. Ulike ressursorienterte tilnærminger taler ellers for at pasienten må få hjelp til å ta i bruk egne ressurser, indre og ytre, slik at hen kan ta del i positive og meningsfulle aktiviteter igjen. Dette vil i sin tur kunne dempe den negative effekten helseplagene har på individet, fordi det bl.a. kan bidra til økt opplevelse av mestring og håp (Kvammen, 2022; Rehfeld, 2015).

En rekke studier indikerer at deltakelse i bl.a. aktiv og reseptiv musikk, visuell kunst (Tomlinson et al., 2020) eller kunst- og uttrykksterapi kan bidra til økt vitalitet (Fancourt & Finn, 2019; Kristiansen, 2016), håp og fremtidstro (Meyer DeMott, 2017), samt økt glede, tilfredshet og engasjement (Wallumrød, 2017). Involvering i ulike kunstformer kan derfor være en mulig ressurs for individet som i sin tur kan redusere de negative konsekvensene langvarige smerter kan ha.

Smerter

Smerter defineres av The International Association for the study of Pain (IASP) som «*en ubehagelig sensorisk eller følelsesmessig opplevelse forbundet med, eller ligner den som er forbundet med faktisk potensiell vevsskade*» (sitert i Holsvik et al., 2023; Winther-Rasmussen, 2017). Smerter er i seg selv naturlige reaksjoner som vi trenger for å beskytte oss mot stimuli som kan påføre oss skader (Holsvik et al., 2023; Winther-Rasmussen, 2017).

Smertetilstander er alltid en subjektiv opplevelse og eksisterer når en person sier at hen har smerter (Holsvik et al., 2023). Som definisjonen antyder, er selve *smerteopplevelsen* påvirket av både biologiske og emosjonelle faktorer, men den påvirkes også av kognitive, sosiale og kulturelle faktorer (NICE Guideline, NG193, 2021; Ek, 2018; Winther-Rasmussen, 2017; Stubhaug, 2005). *Smerteopplevelsen*, som omfatter både smerteintensitet og følelsesmessig ubehag, skiller seg derimot fra *smerteatferd*. Med smerteatferd menes hvordan hen uttrykker smerten sin og hvordan daglige aktiviteter blir påvirket (Holsvik et al., 2023).

Det eksisterer individuelle forskjeller i hvordan smerter oppleves og håndteres (Holsvik et al., 2023; Kvammen, 2022; Winther-Rasmussen, 2017). Visse risikofaktorer i og rundt individet ser dessuten ut til å øke sjansen for å utvikle langvarige smerter. I tillegg kan vår livsstil påvirke smertetilstanden enten i positiv eller negativ retning. For eksempel vil fysisk inaktivitet øke risikoen for å utvikle langvarige smerter (, 2023).



Langvarige smerter («cronic pain»)

Med langvarige smerter menes «*vedvarende eller stadig tilbakevendende smerter med varighet på tre måneder eller mer*» (Treede et al., 2015, referert til i, 2023). Langvarige smerter deles inn i *primære og sekundære smerter* (NICE guideline, NG193; 2021). Ved *langvarige sekundære smertetilstander* er smertene en følgetilstand av andre underliggende helseplager, for eksempel ulcerøs olitt, endometriose eller smerter som følge av kreft. Ved *langvarige primære smertetilstander* har ikke smertene en påviselig grunn, og derfor anses også smertetilstanden i seg selv som den primære helseplagen. Eksempler på primære langvarige smerter er fibromyalgi, langvarige primære magesmerter eller langvarig, primær hodepine (, 2023; NICE Guideline, NG193, 2021).

Beskrivelse av prosjektet

Gjennom prosjektet *Kunstuttrykk og musikk som hverdagsmestring* ønsket jeg å teste ut om aktiviteter som omfattet musikk og kunst, kunne fungere som et supplement til behandlingstilbudet vårt ved Valnesfjord Helsesportsenter. Hovedvirkemidlet her er tilpasset fysisk aktivitet, samt undervisning og veiledning basert på kognitiv atferdsterapi. All behandling gis i grupper.

Øvelsene jeg gjennomførte, tok sikte på å bevisstgjøre pasientene på egne følelser og kroppslige behov, og bevisstgjøre dem på hvordan de kan bruke musikk og kunstuttrykk for å regulere følelser og atferd slik at smerteopplevelsen blir mindre intens. Sammen med pasientene ønsket jeg også å utforske om musikk og kunstuttrykk kunne bidra til smertelindring.

Prosjektet ble gjennomført i en periode på to måneder, med to ulike grupper med til sammen 27 pasienter: 23 kvinner og 4 menn. Pasientene hadde i forkant av kursgjennomføringen fått informasjon om kurset gjennom et eget informasjonsskriv og i ordinære gruppemøter. Som andre aktivitetstilbud på rehabiliteringsinstitusjonen var også kunst- og musikktilbudet frivillig å delta på. Gjennomsnittlig tidsramme på øktene var ca. 1,5 time, og øktene ble gjennomført på Helsesportsenterets hobby- og aktivitetsstue.

Ulike omstendigheter førte til en viss variasjon i utformingen av de to prosjektgruppene, men det generelle innholdet i øktene var likt. Jeg innledet med en innsjekkrunde hvor jeg kartla hvordan deltakerne hadde det akkurat her og nå mtp. humør, energi, smerter og konsentrasjon. Deretter fortsatte jeg med en såkalt klarrunde hvor deltakerne informerte hverandre om praktiske forhold som kunne være relevant for gruppen å vite om før vi startet økta. Runden ble etterfulgt av ulike oppvarmingsøvelser, eksempelvis enkle gruppeoppgaver med tegning, lek med strek, rytmer eller bevegelse. Hoveddelen av økta hadde ulike tema som ble etterfulgt av grupperefleksjon, eller egenrefleksjon gjennom utøvelse av ulike kunstuttrykk. Til slutt hadde jeg en utsjekk hvor jeg kartla hvordan deltakerne hadde det, og hva de trengte akkurat her og nå, før jeg avrundet med en kort

evaluering av økta. Jeg valgte å anvende kunst- og uttrykksformer som enkelt kunne tas i bruk hjemme, eksempelvis maling, ullfilting og «småsløyd», fotografering og musikklytting.

I et forsøk på å sortere inntrykkene fra prosjektet vil drøftingen deles inn i temaene *selvbevissthet, smerteopplevelse og smerteatferd*, samt å *dele erfaringer*. Jeg avslutter med betraktninger om hvilke tilpasninger det kan være verdt å tenke på ved gjennomføring av gruppetilbud hvor kunstuttrykk og musikk inngår som en del av behandlingen.



Hva er sangdeling

Sangdeling er ifølge Bruscia (2007, referert til i Kristiansen, 2016) «en reseptiv metode der klient blir utfordret til å ta med en sang eller noe musikk av personlig betydning og dele dette med terapeuten og de andre klientene som deltar i en musikkterapigruppe. Etter at gruppa har lyttet til eller spilt musikken, kan klienten fortelle om sitt forhold til musikken. Gruppa kan, avhengig av dybdenivå i terapien, gjennom samtale og diskusjon utforske mening i både musikken, teksten og hvilken relevans dette har for klienten eller for andre i gruppa»

Hva er kunst og uttrykksterapi?

Kunst- og uttrykksterapi (KUT) er en terapiform hvor man primært legger vekt på kommunikasjon gjennom kunstneriske uttrykk: bilder, bevegelse, musikk, sang, poesi og drama. Den kreative prosessen blir synlig gjennom produkter som blir skapt (Meyer DeMott, 2022)

Hva er EXIT-modellen?

EXIT (Expressive Arts in Transition) er en gruppeintervensjon, basert på kunst- og uttrykksmetoder og teori (KUT). Målet er å gi kunnskap og verktøy til å håndtere stresssymptomer etter traumatiske hendelser som pandemi, flukt, krig, naturkatastrofer og sykdom. EXIT er utviklet av Melinda Meyer DeMott og NIKUT.

Gjennom bevegelse og kunst- og uttrykksmetoder skapes en plattform for dialog og formidling, der sansene står sentralt i indre følelser. Kroppen reagerer på belastninger og traumer med bl.a. søvnløshet, uro, muskelsmerter, hodepine og sinne; sansene lukker seg. Ordene har ofte mistet sin opprinnelige betydning, derfor er både de kunstneriske uttrykkene og de kulturelle ritualene viktige som uttrykksform. Disse nonverbale uttrykkene er med på å forvandle og transformere problemene til en styrke.

For en nærmere beskrivelse av EXIT se bla. Meyer DeMott (u.å.) og Meyer DeMott, Jakobsen, Wentzel-Larsen & Heir (2017).

Selvbevissthet

Personer med langvarige smerter preges ofte av håpløshet og maktesløshet og manglende mestringstro, blant annet fordi de føler de har «prøvd alt», og fordi de kan oppleve at helseplagene ikke blir anerkjent av omgivelsene (Ek, 2018; Thorgard, 2015). Over tid har også mange blitt dårligere til å registrere

kroppslige signaler eller til å kjenne egne grenser eller behov (Rehfeld, 2015; Villa, 2015). De må derfor lære seg selv å kjenne igjen, og lære seg å finne en balanse mellom aktivitet og hvile slik at de kan unngå den såkalte *boom and boost*-effekten. Boom and boost-effekten viser til at man periodevis overpresterer og overbelaster seg selv, for deretter å bli dårligere. Denne smerteatferden er både vedlikeholdende og forverrende for smertetilstanden (Toscano, 2015).

Mange av øvelsene jeg gjorde i gruppene, innebar ulike former for egenrefleksjoner med mål om å øke pasientenes selvbevissthet. For eksempel ble pasientene bedt om å utforske hvordan de hadde det her og nå: om de trengte rolige aktiviteter, eller om de heller hadde behov for aktiviteter som økte energinivået deres. Videre kunne vi undersøke om øvelsene vi gjorde, påvirket humøret eller energinivået her og nå, og hvilke aktiviteter pasientene trivdes best med å utføre. Målet var å gjøre pasientene mer oppmerksomme på egne behov og grenser, inkludert kroppslige behov og følelser, og bidra til at pasientene oppdaget nye handlingsrom. Gjennom å oppdage eller gjenoppdage hjelpsomme aktiviteter innen kunst og musikk, og samtidig også oppdage at deltakelse i slike aktiviteter medførte en endring i humør og energi, håpet jeg at pasientene i økende grad kunne bli mer selvbevisste og se at de faktisk kan utgjøre en forskjell for seg selv. Jeg ønsket at øvelsene kunne bidra til bedre helse og livskvalitet hos pasientene gjennom *empowerment*. Empowerment kan forenklet sett beskrives som en prosess hvor egne ressurser mobiliseres for selv å finne løsninger på de utfordringer man står overfor (Sørensen et al., 2002).

Observasjoner og tilbakemeldinger kunne tyde på at øvelsene bidro til økt selvbevissthet. Pasientene uttrykte for eksempel at øvelsene utgjorde en positiv forskjell både for humør og energinivå. Det var også flere som klarte å uttrykke egne behov for å få tilpasset opplegget slik at de klarte å være med, eller som formidlet behov for å ta seg pauser underveis. Hvorvidt øvelsene ga pasientene nye handlingsmuligheter, er vanskelig å vurdere, men enkeltes utsagn kunne tyde på at i hvert fall en del hadde gjort oppdagelser om hva de kunne fortsette med når de kom hjem.

Smerteopplevelse og smerteatferd

Studier har vist at personer med langvarige smerter generelt sett har en høy smerteterskel, men at de også raskere opplever smertene som uutholdelige, sammenlignet med personer uten smerteproblematikk (Toscano, 2015; Rehfeld, 2015). Smertevinduet er med andre ord veldig begrenset eller smalt, og det naturlige smertesignalsystemet fungerer ikke optimalt. Ifølge Winther-Rasmussen (2017) og Villa (2015) vil personer med langvarige smerter derfor kunne ha behov for å omprogrammeres til å ta imot nye signaler og/eller filtrere ut støy. Det kan gjøres med å stimulere gjennom «nye kanaler», som for eksempel med musikk og kunst, og dermed bidra til å endre smerteopplevelse og -atferd.

Manglende evalueringer i etterkant av gjennomføringen gjør det vanskelig å vurdere om deltagelsen i gruppetilbudet bidro til at deltagerne opplevde en forskjell i smerteopplevelse og atferd. Enkeltutsagn som pasienter kom med underveis, kan tyde på at noen opplevde å få en pause fra smertene, tankene, følelsene eller kroppen mens de holdt på med ulike kunstuttrykk, fordi de ble oppslukt i aktiviteten. Jeg mener det kan tyde på at personen kom i en flytsone eller i en «flow», som Csikszentmihályi (1990) kaller det. «Flow» er ifølge Csikszentmihályi en positiv tilstand hvor man blir fullstendig oppslukt av aktiviteten man holder på med, slik at tid, sted og egenoppfatning opphører. Samtidig var det også noen som meldte at de opplevde mer smerter etterpå. Det kan forstås som en følge av boom og boost-effekten, hvor enkelte gikk inn i aktiviteten på en måte som gjorde at de ble utslitt etterpå. Den positive opplevelsen musikken skaper, kan dessuten ha hatt en kortvarig innvirkning på smerteopplevelsen (Ek, 2018). Man kan også se og tolke opplevelsen av økt smerte i lys



av undersøkelser som indikerer at den økte sensitiviteten hos personer med langvarige smerter kan begrense «musikkrommet» deres, slik at det kun er visse typer musikk de tåler å høre på (Winther-Rasmussen, 2017). Sanglyttingen kan ha vært overveldende for noen. Enkelte av deltakerne hadde dessuten et begrenset oppmøte på øktene fordi de fryktet at smertene skulle øke ved deltakelse. Av samme grunn var det andre igjen som unngikk enkeltøvelser, eller som kun deltok i begrenset omfang. Dette ga et begrenset grunnlag for å vurdere om musikk og kunstuttrykk kunne ha en positiv innvirkning på deres smerteopplevelse eller atferd.



Å dele fortellinger

Ifølge Ruud (2003) kan musikken si noe om vår identitet. Han viser til at vår musikalske identitet har blitt en viktig del av vår selvbiografi, ved at den sier noe om hvordan vi forstår oss selv, og hvordan vi plasserer oss i en sosial kontekst. Kristiansen (2016) fremhever sangdeling som en fin arena for å utforske hverandres identiteter. Sangdeling, påpeker han, kan gi rom for at felles erfaringer og historier deles med andre, og at også vonde erfaringer kan deles og bearbejdes, så lenge rammene oppleves trygge. Jeg erfarte at sangdelingen initierte fortellinger om pasientenes selvbiografi, og at det aktiverte både gode historier og vanskelige historier som ble delt i gruppen. Sangdelingen så også ut til å fremskaffe opplevelser av fellesskap, gjennom for eksempel lik musikksmak, gjenkjennbare opplevelser og erfaringer. Jeg opplevde også at sangdelingen skapte nysgjerrighet på de andre, og at sangdelingen enkelte ganger førte til overraskelser. Eksempler her er utsagn som «Åh! Æ bei rørt når æ så kor mye den sangen betyr for dæ» eller «Likt du også den sangen!». Sangdelingen kunne også få frem andre reaksjoner, som «Nei, den e ikke nå for mæ» eller «Nei, den dær bi æ bærre stressa av å hør på!». Kristiansen (2016) kaller sangdeling for en gruppeimprovisasjon hvor ingen vet hva som kommer «rundt neste sving». Dette mener han kan bidra til vitalitet og tilstedeværelse hos gruppedeltakerne, og skape et rom for å lufte negative erfaringer og følelser uten at det blir for overveldende. Det er også min erfaring, samtidig ser jeg at sangdeling, under visse forutsetninger, kan være krevende. Musikk er forbundet med minner, og kan både ubevisst og bevisst skape følelsesmessige reaksjoner som vi ikke rår over når musikk deles fritt. Skal sangdeling være etisk forsvarlig, må gruppeledere ha tilstrekkelig med tid til å romme det som kommer. Da må ikke gruppene være for store, slik at vi kan følge opp historiene som dukker opp. Begge gruppene som deltok i prosjektet, ble for store til å få til dette på god måte. I de øktene det bare var fem til syv pasienter som deltok, erfarte jeg derimot at vi fikk til en annen dybde i samtalene rundt kunstuttrykkene de lagde, eller musikken de delte. For å sitere Rolvsjord (2008) fritt: Musikk (og her også kunstuttrykk) kommer først til sin rett når den aktivt tas i bruk for å gjøre livet bedre.

Avsluttende betraktninger

Etter å ha gjennomført prosjektet *Kunstuttrykk og musikk som hverdagsmestring med smertepasienter* på min arbeidsplass sitter jeg igjen med blandede følelser rundt prosjektets nytteverdi. De tilbakemeldingene jeg fikk fra enkelte pasienter, og egne observasjoner, gjør meg ganske trygg på at øvelsene vi gjorde, førte til økt selvbevissthet, som også var ett av målene med prosjektet. Jeg opplever også at prosjektet har en «misjon» fordi det kan bidra til et mer helhetlig helsetilbud ved Valnesfjord Helseportsenter. Gruppetilbudet kan, slik jeg ser det, supplere behandlingstilbudet som alt gis, ved å løfte frem psykologiske og sosiale aspekter ved helse og livskvalitet, og ikke bare det fysiske, som er hovedfokus ved rehabiliteringsinstitusjonen. Øvelsene vi gjorde, så ellers ut til å endre enkelte pasienters smerteopplevelse, dvs. deres smerteintensitet og følelsesmessige ubehag. Hvorvidt det bare

var en øyeblikkelig endring, eller av mer varig art, er derimot vanskelig å si, da prosjektet ikke ble fulgt opp av noen strukturerte evalueringer i etterkant. Av samme grunn er det også vanskelig å si om tilbudet fremskaffet opplevelser av nye handlingsmuligheter, og derav endret smerteatferd hos pasientene.

Det er rimelig å anta at et gruppetilbud hvor kunstuttrykk og musikk inngår innenfor de begrensede tidsrammene vi har på rehabiliteringsinstitusjonen, vil kunne fungere for noen, men ikke alle. Holsvik et al. (2023) peker på nødvendigheten av å gjøre individuelle tilpasninger i behandlinger av smertepasienter basert på deres personlighet. Kunst- og uttrykksterapi og sanglytting i grupper er for mange helt nye behandlingsformer, og derfor kan pasienters personlighetstrekk være avgjørende for hvordan et slikt gruppetilbud oppleves. For eksempel vil pasienter som skårer lavt på personlighetstrekket åpenhet, ha et større behov for forklaringer av rasjonale bak behandlingen enn personer som skårer høyt på åpenhet. Ved gjennomføring av nye grupper ved Valnesfjord Helseportsenter kan for eksempel tilbudet heller legges til valgbar aktivitet. Det kan sikre at de mest nysgjerrige og motiverte deltar. Hvis det ikke lar seg gjøre å redusere gruppestørrelsen, bør det ellers være minimum to terapeuter med i gruppegjennomføringen, slik at vi klarer å følge opp alle på best mulig måte. Det er også viktig med systematisk evaluering i forkant og i etterkant av gruppegjennomføringen for å få en klarere indikasjon på hva som fungerer og ikke fungerer i gruppetilbudet. Alt i alt tilsier erfaringene at det er verdt å prøve igjen.

Referanser

- Batt-Rawden, K. B. (2022). Musikk til fremme av mental helse for sårbare sinn. I G. Tellnes & M. B. Norheim (Red.), *Følsomhetens kraft* (s. 82–88). Hertervig forlag.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The Psychology of Optimal Experience*. Harper and Row.
- NICE. (2021). *Chronic Pain (primary and secondary) in over 16s: Assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain* (NICE Guideline Nr. NG193; s. 1–40). National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng193/>
- Ek, C. P. (2018). *Smertesang: En studie i musikkterapi om kroniske smerter og intuitiv sang som opprettholder av helse* [Masteroppgave]. Norges musikkhøgskole.
- Fancourt, D. & Finn, S. (2019). *What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being?* (Health Evidence Network synthesis report;67; s. 1–58). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329834>
- Folkhelseinstituttet. (2023). *Folkehelse rapporten*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/smerter/>
- Holsvik, B., Solhaug, I. K., Rosen, A. & Lunde, L.-H. (2023). Betydningen av personlighetstrekk ved langvarige hode- og ansiktssmerter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(4), 216–226. <https://doi.org/10.52734/NWZI6971>
- Kristiansen, D. L. (2016). Å dele av seg selv: Om sangdeling som musikkterapeutisk metode i arbeid med rusmiddelavhengighet. *NMH-publikasjoner*, 9(4), 211–229.
- Kvammen, O. C. (2022). Sykdom, somatikk og salutogenese. I G. Tellnes & M. B. Norheim (Red.), *Følsomhetens kraft* (s. 140–145). Hertervig forlag.
- Meyer DeMott, M. A. (u.å.). *Intervensjonsmal «Expressive Arts in Transition» for enslige mindrearige (EM) gutter 15- 18 år*. <https://flyktning.net/ressurs/intervensjons-mal-expressive-arts-in-transition-exit-for-enslige-mindrearige-em>
- Meyer DeMott, M. A. (2022). Kunst- og uttrykksterapi for lindring av følelser. I G. Tellnes & M. B. Norheim (Red.), *Følsomhetens kraft* (s. 100–106). Hertervig forlag.

- Meyer DeMott, M. A., Jakobsen, M., Wentzel-Larsen, T. & Heir, T. (2017). A controlled early group intervention study for unaccompanied minors: Can Expressive Arts alleviate symptoms of trauma and enhance life satisfaction? *Scandinavian Journal of Psychology*, 58, 510–518. <https://doi.org/10.1111/sjop.12395>
- Rehfeld, E. (2015). Kognitiv adferdsterapi. I L. H. S. Toscano (Red.), *Funktionelle lidelser – viden, samtaler og sygehistorier* (1. utg., s. 38–44). FADL's forlag.
- Rolvsgjard, R. (2008). En ressursorientert musikkterapi. I G. Trondalen & E. Ruud (Red.), *Perspektiver på musikk og helse – 30 år med norsk musikkterapi*. NMH-publikasjoner 2008: 3 (s. 123–137). Norges musikkhøgskole. <https://nmh.brage.unit.no/nmh-xmlui/handle/11250/172111>
- Ruud, E. (2003). Musikalsk identitet. *GRUS*, 24(69), 6–23.
- Ruud, E. (2013). Music, Grief and Life Crisis. I L. O. Bonde, E. Ruud, M. S. Skånland & G. Trondalen (Red.), *Musical life stories. Narratives on health musicking*. NMH-Publikasjoner 2013: 5 (s. 165–180). Norges musikkhøgskole.
- Stubhaug, B. (2005). Smerteplager og sjukdomsátferd. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 125(17), 2378–2379.
- Sørensen, M., Graff-Iversen, S., Haugstvedt, K.-T., Enger-Karlsen, T., Narum, I. G. & Nybø, A. (2002). «Empowerment» i helsefremmende arbeid. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 24, 2379–2383.
- Treede, R-D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., Smith, B. H., Svensson, P., Vlaeyen, J. W. S. & Wang, S-J. (2015). A classification of chronic pain in ICD-II. *Pain*, 156(6), 1003–1007. <https://doi.org/10.1097/j.pain.000000000000160>
- Thorgard, K. (2015). Filosofi live. I L. H. S. Toscano (Red.), *Funktionelle lidelser – viden, samtaler og sygehistorier* (1. utg., s. 64–70). FADL's forlag.
- Tomlinson, A., Lane, J., Julier, G., Grigsby-Duffy, L., Payne, A., Mansfield, L., Kay, T., John, A., Meads, C., Daykin, N., Golding, A. & Victor, C. (2020). Qualitative findings from a systematic review: Visual arts engagement for adults with mental health conditions. *Journal of Applied Arts & Health*, 11(3), 281–297. https://doi.org/10.1386/jaah_00042_1
- Toscano, L. H. S. (2015). Hva er en funksjonell lidelse? I L. H. S. Toscano (Red.), *Funktionelle lidelser – viden, samtaler og sygehistorier* (1. utg., s. 18–33). FADL's forlag.
- Villa, M.G. (2015). Graduert genoptræning. I L. H. S. Toscano (Red.), *Funktionelle lidelser – viden, samtaler og sygehistorier* (1. utg., s. 38–44).
- Wallumrød, S. (2017). *Å ta gleden på alvor – en studie av sammenhengen mellom musikk, positive emosjoner og helse i musikkterapi* [Masteroppgave]. Norges musikkhøgskole.
- Winther-Rasmussen, A. (2017). *Guided imagery and music for voksne med komplekse kroniske smerter: Musikkterapi ved smerte. En undersøkelse av om musikk kan hjelpe mennesker med kroniske smerter og hvordan terapien best kan tilrettelegges* [Masteroppgave]. Norges musikkhøgskole.