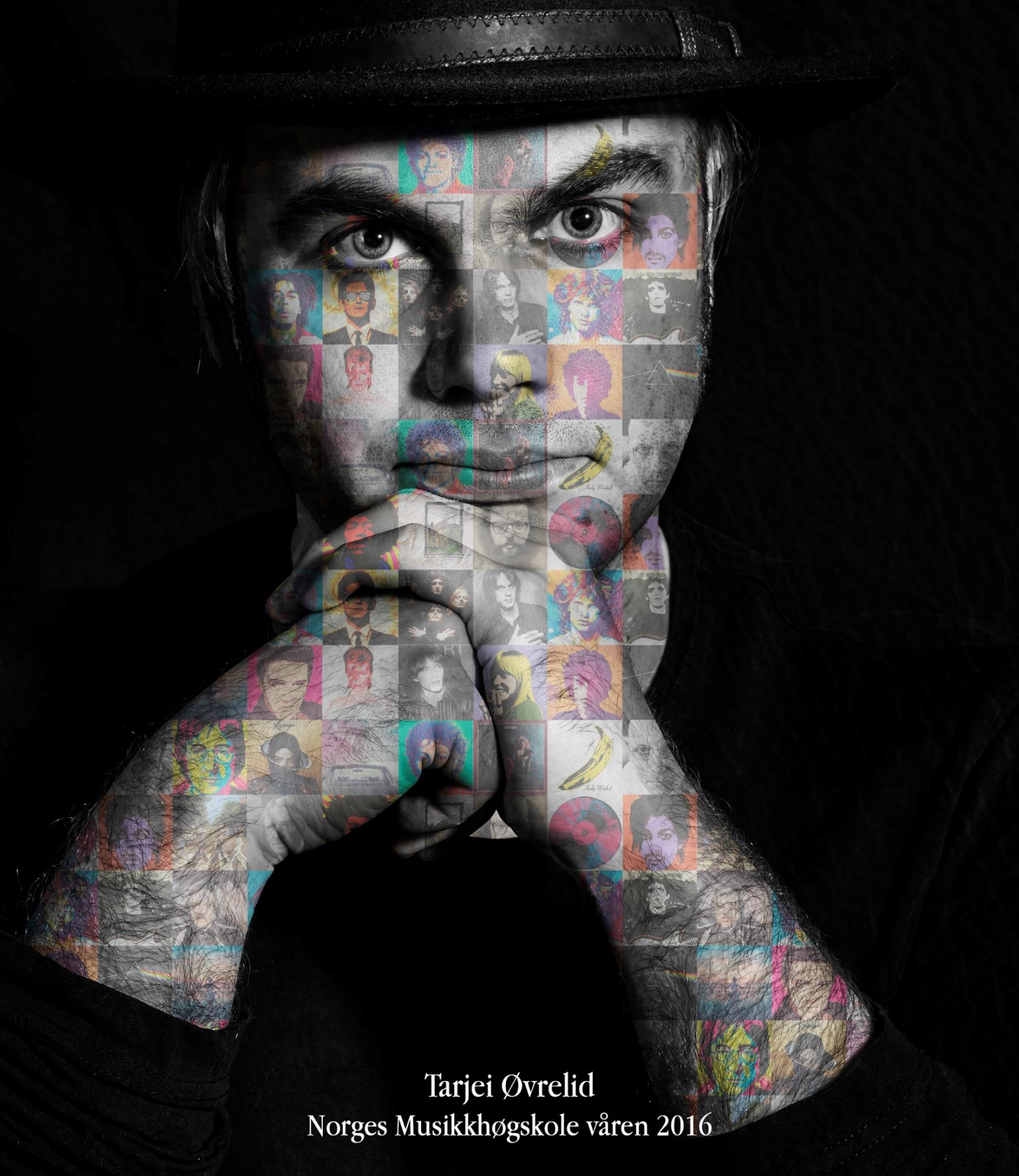


En mulig tilnærming til musikkterapi i møte med
personer med multippel sklerose
Et utprøvende eksempel fra MS-rehabilitering



Tarjei Øvrelid
Norges Musikkhøgskole våren 2016

En mulig tilnærming til musikkterapi i møte med personer med multipel sklerose: et utprøvende eksempel fra MS-rehabilitering

Tarjei Øvrelid

Norges musikkhøgskole

Levert for grad i musikkterapi våren 2016

Sammendrag: Formålet med denne oppgaven er å undersøke musikkterapi som et nytt tilbud i MS-rehabilitering og basert på undersøkelsens resultater komme med forslag til hva musikkterapiens funksjon kan være i denne konteksten. Undersøkelsen presenteres som en casestudie av musikkterapi som et alternativt terapitilbud ved MS-Senteret i Hakadal høst 2015. I oppgaven innleder jeg en diskusjon om hva slags epistemologi som kan være beskrivende for casen og i forbindelse med dette presenterer jeg også hvilke tanker som har stått sentralt i utvikling av praksis. Denne diskusjonen ender med presentasjonen av en forskningsmetode som brukes til å undersøke 18 deltakeres opplevelser av musikkterapi som en del av sitt rehabiliteringstilbud. Resultatene fra denne undersøkelsen viser at deltakerne opplevde musikkterapien som styrkende for kontakten med de friske sidene av seg selv. Denne effekten av musikkterapi blir gjenkjent som en bevegelse mot en positiv selv-identitet. Musikkterapi foreslås å kunne ha en funksjon som følelsesmessig støtte innen MS-rehabilitering.

Abstract: The purpose of this study is to explore music therapy as a new therapy service in MS rehabilitation and based on the study results make suggestions for what music therapy can offer in this context. The study is presented as a case study of music therapy as an alternative form of therapy at the MS Centre in Hakadal during autumn 2015. The thesis begins as a discussion about what kind of epistemology which may describe the case. The central thoughts fueling the development of the music therapy practice is presented in that part of the thesis. The discussion culminates in a presentation of a research method used to investigate how 18 participants experience music therapy as part of their rehabilitation. The study results show that the participants experienced music therapy as a way of staying on touch with the healthy sides of themselves. This effect of music therapy is described as a movement toward a positive self-identity. Music therapy is proposed to have a function as emotional support within MS-rehabilitation.

INNHALDSFORTEGNELSE

Liste over figurer	vi
Takk til	vii
Forord	viii
KAPITTEL 1 INTRODUKSJON	1
Bakgrunn for masterprosjektet	1
Multippel Sklerose	1
Helse i MS-rehabilitering	2
Veivalg i bruk av eksisterende studier ved oppstart av praksis	5
En klientsentrert, funksjonalistisk og fronetisk tilnærming	6
Problemstilling	10
Oppgavens struktur	11
KAPITTEL 2 METODE	12
En leteaksjon etter epistemologi og metodikk	12
Case som tilnærming	12
Sosialkonstruksjonisme	14
Abduksjon og hermeneutikk	16
Den doble forforståelse	17
Hva slags terapi er egentlig dette?	18
En salutogen ramme for systematisering av praksis	20
Mestrings-ressursorientert musikkterapi	22
Forforståelse terapeut – forsker	27
KAPITTEL 3 MATERIALE OG ANALYSE	31
Plan for undersøkelse	31
Planlegging og gjennomføring av gruppeintervju	32
Ethiske vurderinger i bearbeidelse av datamaterialet	34
Redegjørelse for analyseprosessen	36
KAPITTEL 4 RESULTATER	40
Musikkterapi som en bevegelse mot en positiv selv-identitet	40
En frigjørende selv-agens	43
Musikk som narrativ terapi	44
Musikk som følelsesmessig selv-regulering	46
Rammefaktorer i terapien	49
Musikkterapi som følelsesmessig støtte i MS-rehabilitering	52
KAPITTEL 5 AVSLUTTENDE DRØFTING	55
Hva kan musikkterapiens funksjon være i MS-rehabilitering?	55
KAPITTEL 6 OPPSUMMERING	60
Litteraturliste	61
Godkjennelse til forskningsprosjekt fra NSD	65
Samtykkeerklæring	67
Intervjuguide	68

LISTE OVER FIGURER

<i>Figur 1 Langeland kobler terapeutiske prinsipper og intensjon</i>	<i>23</i>
<i>Figur 2 Kjerneaktiviteter i musikkterapigruppa</i>	<i>25</i>
<i>Figur 3 Kart over mestringsressurser.....</i>	<i>29</i>
<i>Figur 4 Analyseprosedyre.....</i>	<i>36</i>
<i>Figur 5 Steg B i analysen. En vrimmel av tema.....</i>	<i>38</i>
<i>Figur 6 Selv-identitet som en markør på helsekontinuumet.....</i>	<i>42</i>
<i>Figur 7 Rammefaktorer deltakerne nevner</i>	<i>49</i>

TAKK TIL

Først og fremst en stor takk til alle dere som deltok i musikkterapigruppa vår og høst 2015. Dere har lært meg mye om det å være musikkterapeut, og dere har skapt innholdet i denne oppgaven i like stor grad som meg. En spesiell takk til alle som delte sine opplevelser i dette prosjektet som informanter. Når jeg har lyttet til intervjusamtalene har jeg blitt fylt med en takknemlighet overfor dere, for deres ekthet og tilstedeværelse. Dette er kjerneidealer jeg selv prøver å tilstrebe på vei inn i terapeutrollen.

Takk til det hyggelige fagmiljøet på MS-Senteret som inviterte meg inn og ga meg tillit til å utvikle musikkterapitilbudet gradvis med en eksperimenterende tilnærming, til min praksisveileder på MS senteret Agnede Gade for at du tok det på alvor å inkludere meg i det faglige felleskapet på MS-Senteret i perioden jeg var der i praksis, for gode råd og tillit, og til min allierte i journalsystemet på MS-Senteret Chris Aasgaard for at du muliggjorde at journalskriving ble en del av egenpraksisen min.

Takk til musikkterapi-utdanningen ved NMH for at dere tiltrodde meg oppgaven å utforske et nytt musikkterapitilbud i en ny praksisarena for musikkterapien, til min oppgaveveileder Tone Sæther Kvamme for at du har gitt meg tid og rom til å nærme meg denne prosessen på min måte, og for gode råd og støtte i den fasen da oppgaven virkelig tok form, til min praksisveileder Rita Strand Frisk for at du ga meg selvtillit og verktøy til å bli meg selv som terapeut, til alle lærere ved musikkterapiutdanningen jeg ikke har nevnt med navn, for at dere har møtt og nærret min nysgjerrighet mot musikkterapi gjennom den gode samtale i undervisningsrommene og i gangene på skolen, til mine alle mine klassekamerater på musikk og helse og på musikkterapistudiet for at jeg fikk dele mine beste år på skolen med dere i et inspirerende og tankeprovoserende læringsmiljø.

Takk til Trygve Aasgaard for at du tidlig sa at det er greit å være litt rebell, til Gunn Karoline Fugle for at du ga meg boken din «Rytmen mellom oss» da du fikk høre at jeg skulle bruke Antonovsky i oppgaven min, til Avishai Antonovsky fra Open University of Israel for at du ga meg *Health, Stress and Coping* som en støtte til denne masteroppgaven, til Monica Eriksson fra Centrum för Salutogenese ved Högskolan Väst i Sverige, for nyttige og arresterende spørsmål knyttet til SOC-29.

Takk til min mor Dagne for hjelp med å finne praktisk rom til å være masterstudent, for oppmuntrende samtaler i prosessen og språklig eksperthjelp. Takk til min far Bjarne for faglig inspirasjon og for uvurderlige råd i denne skriveprosessen. En stor takk til min kone Annette, for at du har laget en glimrende forside til masteroppgaven, og for at du har latt meg forsvinne inn i skriveprosessen når jeg har trengt det. Takk til mine barn Viljar og Åste for inspirasjon til å løfte blikket og se frem forbi denne oppgaven.

FORORD

Omslaget er ment å skulle kunne sette deg på sporet av hva denne oppgaven dreier seg om.

Et fargerikt selv

omringet av utfordringer

en kreativ kilde for iboende kapasiteter

i en relasjonell vev.

Denne oppgaven er en tekst er rettet mot deg med interesse for praksisutvikling, for epistemologiske leteaksjoner og for musikkterapi som et tilbud i rehabilitering for personer med multipel sklerose. Takk for at du har vendt din oppmerksomhet mot dette prosjektet.

Oslo, mai 2016.

Tarjei Øvreid

BAKGRUNN FOR MASTERPROSJEKTET

Våren 2014 ble jeg kontaktet av praksiskoordinator for musikkterapiutdanningen ved Norges Musikkhøgskole med tilbud om å ha egenpraksis på MS-Senteret i Hakadal. I egenpraksis er studenten selv faglig ansvarlig uten oppsyn, men støttet av veiledningssamtaler. MS-Senteret spesialiserte seg på rehabilitering for personer med den kroniske sykdommen multipel sklerose (MS), og er enestående i sitt slag i Norge. Tilbudet om egenpraksis kom på bakgrunn av en forespørsel til Norges Musikkhøgskole fra MS-Senterets side. På senteret fantes det allerede et bredt kollegium av helsefagarbeidere, og tanken på å ha praksis på et senter med så mye spesialisert kompetanse var gulrot nok til at jeg raskt takket ja til denne muligheten. Jeg godtok forventningen fra MS-Senteret og musikkterapiutdanningen ved NMH om at egenpraksisen skulle kulminere i en masteroppgave om musikkterapi og MS.

MULTIPPEL SKLEROSE

MS er en kronisk nevro-degenerativ betennelsesykdom som rammer hjerne og ryggmarg. Sykdommen kan gi motoriske, sensoriske og kognitive funksjonsproblemer, men det kan også utløse psykiske helseproblemer som en bi-effekt av dette (Gottberg et al., 2014). En studie gjort i Norge i 2007 viste at 31,4% av 140 spurte informanter med MS opplevde symptomer på depresjon, og 18,2 % uttrykte et behov for behandling for dette (Beiske et al., 2008). Sykdommen angriper beskyttelsesfilmen (myelin) rundt nervetrådene (aksoner) i sentralnervesystemet og skaper aksonal degenerering. Det blir etter hvert synlig på MR-bilder¹ som «plakk». Opphavet til sykdommen forklares som en kombinasjon av gener og miljømessige faktorer. Det finnes eksempelvis forskning som beskriver lavt D-vitamin nivå, røyking og utsettelse for Epstein-Barr-viruset som sentrale faktorer (Løken-Amsrud, Lossius, Torkildsen, & Holmøy, 2015). Tall fra 2011 anslår at det i Norge

¹ Magnetisk Resonanstomografi er en undersøkelse som lager bildeframstillinger av hjerne, nervesystem, rygg, muskler, ledd, beinvev, bukorganer, og blodårer.

finnes gjennomsnittlig rundt 7500 personer i Norge med MS, og at rundt 300 rammes av sykdommen hvert år(Helsedirektoratet, Langeland, & Olav, 2011).

Det finnes enda ingen kurative medisiner for MS, og derfor snakker man i behandling av MS om medisiner som demper *schub*² og tiltak som bremser progresjonen av sykdommen. Det finnes eksempler på de som har blitt friske av kostbare stamcelle-behandlinger utenfor landet, men for de aller fleste er MS noe man må lære å leve med. Personer med MS lever 5-10 år kortere enn de ville ha gjort uten diagnosen(Løken-Amsrud et al., 2015), men på livsveien vil de måtte tilpasse seg mange utfordringer knyttet til gradvis funksjonshemning og følelsesmessig slitasje. Fraværet av effektive medisiner setter rehabilitering og alternative mestringsstrategier i sentrum av arbeidet for å bedre helsen til personer med MS.

HELSE I MS-REHABILITERING

Verdens helseorganisasjon(WHO) definerer helse som «a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity»(WHO, 1946, s.100). Det helhetlige synet på helse strekker seg også inn i deres syn på rehabilitering. De anbefaler at diagnoseklassifikasjonen ICD-10 suppleres av ICF (The International Classification of Functioning, Disability and Health) hvor miljømessige og kontekstuelle faktorerers påvirkning på et individ eller en gruppes fungering vektlegges(WHO, 2006). Konsekvensene av funksjonshemning forstås i ICF som et samspill mellom kroppslige, sosiale og miljømessige faktorer som omgir den enkelte(Røe, E.; Bautz-Holter, U.; Sveen, H.; Sjøberg, 2007). Arbeid med helse sees ut ifra ICF i lys av viktige faktorer fra personens hverdagsliv, og at individet har rett til å være med å utforme egne mål for rehabilitering. Dette er noe som også gjenspeiles i norske helselover hvor rehabilitering defineres som «[...]tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringssevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.»(Helse

² Schub er midlertidige symptom-forverrende betennelsesanfall

og Omsorgsdepartementet, 2011, § 2-1). Det anbefales at man skal jobbe etter et ideal der tilrettelegging rundt brukeren står i sentrum, og at brukeren skal være den fremste pådriveren i rehabiliteringsprosessen.

Synet på MS-rehabilitering har utviklet seg fra et fokus på kroppslige symptomer til et mer helhetlig fokus. I MS-rehabiliteringens historie var fokuset for rehabilitering på 70-tallet på rent fysiologiske symptomer, på 80-90-tallet begynte man å fokusere på psykosomatiske plager som *fatigue*³, depresjon eller helsefaktorer relatert til viktige *kall* i livet, og i dag er man inne i en tredje fase hvor rehabiliteringen skreddersys mer etter hva personer som har MS selv ønsker (Kraft, 2007). Dette vises også gjennom at det i dag publiseres forskning rundt MS i langt større grad enn før. Det har skjedd en dreining i MS-rehabiliteringens historie som går mer og mer i retning av en bruker-tilpasset og mangefasettert tilnærming. En definisjon som passer til dette synet finner vi i 2006-utgaven av bladet *MS in Focus* hvor MS-rehabilitering beskrives som “a component of the comprehensive management of MS that focuses on function, and adds nonpharmacological strategies for the care of the person” (Messmer Uccelli, 2006, s.3).

Det er allmenn konsensus om at MS-rehabilitering fungerer best med tverrfaglige multimodale tilnærminger. I EURIMS' (European Rehabilitation in Multiple Sclerosis) anbefalinger for MS-rehabilitering skisseres det et grov-skissert kart over de ulike rollene helsepersonell kan innta innad i MS-rehabilitering. Rollene er: legen for medisinsk hjelp, sykepleieren for smertelindring og videreføring av mestringsverktøy fra terapi, fysioterapeuten for vedlikeholdelse og utvikling av mobilitet og funksjoner, ergoterapeuten for å adressere daglige utfordringer, logopeden for hjelp med problemer tilknyttet tale og svelg, nevropsykologen for å adressere psykologiske, følelsesmessige, psykososial og kognitive problemer og sosialarbeideren for å tilby rådgivning og støtte berørende økologien av individets dagligliv (Henze, 2012). Det som ofte går igjen i litteraturen om MS, er at sykdomsforløpet og symptomplager for pasientene varierer fra individ til individ (Frank & Hanssen, 2013). Dette gjør det veldig vanskelig å generalisere hva som er de viktigste behovene til pasientene som kommer inn til et rehabiliteringsopphold, og det er et argument for en skreddersydd rehabilitering der brukeren

³ Fatigue er en form for langvarig og tilbakevendende trøtthet/utmattethet

setter egne mål. Det finnes forskningsmessig støtte for at tverrfaglig rehabilitering med et bredt tilbud av mulige tiltak er en god strategi for å imøtekomme behovene til personer med MS(Asano, Raszewski, & Finlayson, 2014; Momsen, Rasmussen, Nielsen, Iversen, & Lund, 2012)

Målgruppen i masterprosjektet er voksne personer med multippel sklerose. Mer avgrenset, personer som deltar ved MS-Senterets fire uker lange rehabiliteringsopphold. De som deltar på disse oppholdene kan karakteriseres som en gruppe individer som ofte har hatt MS-sykdommen en stund og har en mild til moderat grad av funksjonshemming. Det tilbys også et to ukers intensivopphold til personer som nylig har blitt diagnostisert. For å komme inn på rehabiliteringsoppholdene må man sende inn en søknad hvor man argumenterer for eget rehabiliteringsbehov, og følgelig er de som deltar ved disse oppholdene motiverte for å prøve ut tilbudene. Timeplanen for oppholdet settes opp når personen som har søkt seg på opphold har ankommet senteret, og det skjer i samråd med en oppnevnt faglig kontaktperson fra senteret.

Min veileder på senteret og jeg var enige om at de fire uker lange rehabiliteringsoppholdene var best egnede for et nytt og utprøvende tilbud med musikkterapi, med bakgrunn i at disse oppholdene har rom for å få dette inn i timeplanen. Forskning fra psykisk helsevern indikerer også at musikkterapi har best effekt når man får mer av det(Gold, Solli, Krüger, & Lie, 2009).

Det er denne undersøkelsens mål å finne ut hva musikkterapi kan bidra med i MS-rehabilitering og å kunne foreslå musikkterapiens plass på EURIMS' kart over rollene i MS-rehabilitering. På MS-Senteret i Hakadal tilbyr man tverrfaglig og høyspesialisert rehabilitering,⁴ «hvor MS-spesifikke symptomer kartlegges og vurderes med tanke på optimal terapi»(MS-Senteret, n.d.). Det er et overordnet mål i rehabiliteringen ved senteret å skape mestring, og samtidig har man artikulert at veien til mestringen som velges, er symptomspesifikk. Dette er et uttrykk for en patologisk vei til helse hvor sykdomsproblemer identifiseres i håp om å kunne finne motsvar til disse. Jeg gjenkjenner den forskningen som presenteres fra fagmiljøet tilknyttet

⁴ Dette innebærer et personell bestående av nevrolog, nevropsykolog, psykolog, fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosionomer, sykepleiere/hjelpepleiere og kostveileder, samt tilknyttet logoped, urolog og neurofysiolog

senteret som en del av en evidens-basert kunnskapstradisjon (Hanssen, Beiske, Landro, Hofoss, & Hessen, 2016; Holmøy, Hanssen, & Beiske, 2012). Som jeg skal komme tilbake til, representerer den norske musikkterapitradisjonen jeg er utdannet i en slags motsetning til en patologisk orientering mot helse og evidens-søkende praksisforskning. Det gjorde det på et tidlig tidspunkt relevant å undre seg over hva slags tilnærming til musikkterapi jeg kunne skape i en rehabiliteringskontekst med et overordnet⁵ syn på vitenskap og helsetilnærming forskjellig fra det jeg selv brakte inn. Da jeg ikke fikk noen føringer for utviklingen av musikkterapitilbudet, verken fra MS-Senteret eller Musikkhøgskolen, hadde jeg mulighet til å gi meg selv blanke ark til å utvikle praksis gradvis basert på deltakernes tilbakemeldinger.

VEIVALG I BRUK AV EKSISTERENDE STUDIER VED OPPSTART AV PRAKSIS

I forberedelsene til oppstart av praksis gjorde jeg et systematisk litteratursøk for å danne meg et bilde over hva slags arbeid som var gjort tidligere med musikkterapi i MS-rehabilitering. Jeg søkte etter litteratur i søkemotorene og databasene Brage/Bibsys ASK, Oria, Primo, Pro Quest, CINAHL, Pub MED, Cochrane Library, Medline, PSYCInfo, PsychNET, Psychlit., Scopus, Springer, Google Scholar, Brain og Voices. Jeg brukte da ulike kombinasjoner av søkeordene «musikkterapi» og / «multippel sklerose» og / «rehabilitering». Inklusjonskriterier for utvelgelse av funn var simpelthen «språk jeg forstår godt» (skandinaviske språk og engelsk) og «studier hvor musikkterapi er terapiformen og personer med MS er målgruppen». Dette er første gang musikkterapi tilbys i MS-rehabilitering i Norge, så jeg fant ingen norske studier som omhandlet dette. Internasjonalt finnes mange studier om musikkterapi og MS. Funnene i søket ga mange mulige tilnærminger til musikkterapeutisk arbeid med personer med MS: bruk av musikkterapi til å anerkjenne ulike mestringsstrategier hos personer med MS (Steele, 2005), musikkterapeutisk improvisasjon i selv-organiserende prosesser (Schmid, 2013): musikkterapi som en måte å styrke puste-muskulatur (Wiens, Reimer, & Guyn, 1999): låtskriving som selvhjelpsverktøy (Davis, 1998) og musikkterapi grupper i tverrfaglig arbeid med psykologiske temaer som depresjon, selv-aksept

⁵ På senteret finnes det fagpersoner med tilnærminger som står nærmere musikkterapien, men den faglige overordnede tilnærmingen artikuleres som patologisk orientert og synliggjøres gjennom forskning jeg gjenkjenner innenfor en evidens-søkende tradisjon.

og angst(Schmid & Aldridge, 2004). Sistnevnte fokus anbefales for framtidig forskning i metastudien om musikkterapi og MS(Ostermann & Schmid, 2006).

Musikkterapitilbudet på MS-Senteret ble likevel satt i gang uten forhåndsbestemte fokusområder for terapien. Dette var i begynnelsen motivert av behovet for å eksperimentere som terapeut i støpeskjeen, og et ønske om å behandle den spesifikke konteksten jeg trådte inn i som ny. Jeg visste jo ikke hva deltakerne ved dette rehabiliteringsoppholdet hadde behov for å jobbe med i musikkterapien. Så selv om det allerede var gjort mye spennende arbeid med musikkterapi og MS, fant jeg ut at jeg *ikke direkte* ville bygge videre på noen av tilnærmingene i studiene jeg hadde funnet. Fra begynnelsen av praksis fikk jeg pasientene til å skrive underveis-evalueringer etter hver sesjon. I disse kom det fram at deltakerne evaluerte musikkterapien mer i kraft av de tanker og følelser den berørte enn hva musikkterapien gjorde for fysiske plager. Da fant jeg støtte i at andre musikkterapeuter før meg hadde funnet ut at et fokus på psykologiske kategorier i terapien kunne være fruktbart i arbeid med personer med MS(Ostermann & Schmid, 2006). Det å utvikle praksis gjennom jevnlig evaluering fra brukerne, finner man støtte for i psykologisk praksis(Långdahl, 2007), og jeg begrunnet det med et ønske om å finne ut hva personene som skulle delta i musikkterapi hadde behov for å gjøre. Jeg syntes det var spennende og viktig å undersøke hvordan musikkterapitilbudet kunne ta form i den spesifikke konteksten på MS-Senteret.

EN KLIENTSENTRERT, FUNKSJONALISTISK OG FRONETISK TILNÆRMING

Et av mine hovedmål med denne undersøkelsen har vært å synliggjøre hva slags relevans musikkterapi kan sies å ha innenfor et helsefaglig patologisk dominert praksisfelt. Som nevnt brakte jeg med meg idealer og verdier jeg gjenkjente som en kontrast til de etablerte strategier mot helse og mestring i den konteksten jeg kom til. Dette utfordret meg til å undersøke hvordan mitt eget syn på helse kunne oversettes til praksis i denne konteksten som terapeut. Som vi skal se videre i teksten innebærer dette å beskrive mennesket som noe annet enn en pasient, og det innebærer en tilnærming til terapi der individet er eksperten på seg selv.

Dette utgangspunktet åpner opp for en annen epistemologi enn den naturvitenskapelige, evidens-baserte, som historisk og tradisjonelt settes i sammenheng med en

patologisk tilnærming til helse. Jeg skal på dette punktet i teksten være forsiktig med å si hva denne alternative epistemologien er, men jeg vil informere leseren om at det er en del av det jeg vil undersøke i den musikkterapeutiske praksisen jeg presenterer. Redegjørelsen av denne epistemologien vil kunne si oss noe om hvilken forskningstradisjon denne undersøkelsen kan sies å stå i, og hva slags kunnskapssyn musikkterapipraksisen tar sine verdier fra. Belysningen av dette vil kunne si oss noe om forholdet mellom terapeuten og forskeren. Senere i teksten blir det da aktuelt å velge forskningsmetoder som passer til denne epistemologien, og som jeg da skal anvende i undersøkelsen av musikkterapipraksisen gjennom opplevelsene til de som deltar i den.

Den første tanken jeg har tatt med meg inn i praksis kommer fra den humanistiske psykologen Carl Rogers. Han beskrev mental helse som en pågående prosess, og ikke en tilstand som må repareres. Rogers beskriver at hvis man skaper de rette rammebetingelsene, det rette terapeutiske miljøet for klienten, vil en terapeutisk prosess nærmest uunngåelig oppstå (Rogers, 1992). Istedenfor å tenke på terapien som en intervensjon, fokuserer han på utviklingen av terapeutiske holdninger, og sier at terapeutiske teknikker er sekundært og må tilpasses de terapeutiske holdningene (Rogers, 1951). Dypest sett er dette et filosofisk spørsmål om menneskesyn. «Is our philosophy one in which respect for the individual is uppermost? Do we respect his capacity for self-direction?» (Rogers, 1951, s.20). Rogers klientsentrerte tilnærming er relevant for prosjektet på grunn dens tro på klienten som et fritt individ, dens iboende kapasiteter og selv-agens⁶.

Den andre tanken kommer fra en filosof fra den tidlige amerikanske pragmatismen, John Dewey (1859-1952), og setter prosjektet i kontakt med et funksjonalistisk syn på *hvordan* musikkterapipraksisen utvikler seg. Dewey argumenterer for at vi ikke skal basere våre valg på den bok-smarte sannheten. Han skriver at vi tilegner oss lærdom gjennom å eksperimentere. Fornuften er ikke begrenset til å være en form for kognitiv og rasjonell kapasitet, men beskrivende for «all the resources by which activity is made fruitful in meaning» (Dewey, 1997, s.276). Dewey skriver at vi møter valget i øyeblikket på basis av vår erfaring. Hans definisjon av erfaring inkluderer sosiale

⁶ Jeg ser selv-agens som beskrivende for individets evne til å handle på egne vegne uten å bli instruert eller ledet inn i den handlingen av noen andre.

erfaringer, følelser og tidligere møter med kultur. Erfaringens normaltilstand, er ifølge Dewey flytende og habituell, og erfaringen er på denne måten *det* som muliggjør *å gjøre* uten å tenke over det man gjør. Eksempelvis har jeg ofte i praksis planlagt med utgangspunkt i ting jeg tror jeg kan, og jeg vil ikke fundere over hva som skjer om samspillet går som forventet. Men idet flytende erfaring blir avbrutt av en opplevelse av at dette ikke fungerer, må man tenke, komme opp med ideer og eksperimentere med de ideene. «We simply do something, and when it fails, we do something else, and keep on trying till we hit upon something that works»(Dewey, 1997, s.145). Dewey beskriver en erfaringsbasert læring, hvor nye ideer tar sitt utgangspunkt i konkret erfaring fra problem-situasjoner. Jeg har funnet formelen, flytende erfaring pluss problemsituasjoner er lik nye ideer, betegnende for min egen opplevelse av hvordan jeg lærte i praksis. Jeg la opp til et utgangspunkt for timene som lå nær min egen habituelle erfaring, for så å bli avbrutt av problemsituasjoner, og deretter gjøre endringer i praksis. Dette var den prosessen jeg gikk igjennom gang på gang i praksis for å skaffe meg kunnskap som musikkterapeut og for å utvikle musikkterapitilbudet.

Den tredje tanken vi tar med oss, kan spores til Aristoteles' beskrivelse av den moralske og praktiske dyden fronesis i *Den nikomakiske etikk*. Fronesis er «en personlig og i stor grad erfaringsbasert kompetanse til å *se* og handle moralsk riktig i konkrete situasjoner og diskutere moralske aspekter ved sosiale fenomener»(Øvrelid, 2009, s.1) I min undersøkelse berører denne bruken av fronesis kjernen av det å utvikle terapeutisk handlingskompetanse, og som vi skal komme tilbake til, en måte å forske på. «Phronesis goes beyond both analytical, scientific knowledge(episteme) and technical knowledge or know-how(techne) and involves judgments and decisions made in the manner of a virtuoso social and political actor»(Flyvbjerg, 2001, s.2). I utviklingen av praksis ble jeg stilt overfor ukjente problemsituasjoner hvor jeg etter beste evne forsøkte å møte de behov deltakerne hadde i kraft av det jeg trodde var riktig. De handlingsresponsene disse situasjonene kalte på, kan ikke beskrives som instrumentell, teknisk kompetanse, men nærmere en praktisk fornuft og handlingskompetanse hvor jeg forsøkte å gjøre noe jeg oppfattet som rett i den spesifikke situasjonen og konteksten. Sosiolog Bjarne Øvrelid(Høgskolen i Lillehammer) skriver at «fronetisk kompetanse er en forutsetning for at sosialt arbeid skal fungere»(Øvrelid, 2009, s.88). Han argumenterer for at det ikke er nok å kunne metoden, kjenne til prinsippene i faget, men kunnskapen må kunne omsettes til handling mot spesifikke

kontekster og individer. Tanken om fronesis er tilstede i dette prosjektet som en beskrivelse av en kompetanse jeg ser som viktig å utvikle for en musikkterapeut.

Om vi ser på målet med denne undersøkelsen og måten det blir gjort på, kan begrepet om fronesis være beskrivende for den type forskning dette er. «What identifies a work in social science as a work of phronetic social science is the fact that for a particular area of concern, it focuses social analysis on praxis in answering the four value-rational questions[.] (1) Where are we going? (2) Who gains, and who loses, by which mechanisms of power? (3) Is it desirable? (4) What should be done?» (Flyvbjerg, 2001, s.130). Undersøkelsen i denne oppgaven søker å finne ut av hvordan musikkterapi best kan tjene personer med multippel sklerose, i musikkterapisesjonen og i rehabiliteringsoppholdet, med eksempel i en spesifikk kontekst på MS-Senteret i Hakadal. Jeg har allerede erkjent at jeg ser min egen tilnærming til helse som musikkterapeut som annerledes enn den jeg gjenkjenner som etablert på MS-Senteret i Hakadal. Dette gjør prosjektet til en mulighet til å undersøke hvilke verdier som gjør musikkterapien annerledes, og hvordan konsekvensene av verdiene kan synliggjøres i musikkterapeutisk praksis og forskning.

Om jeg hever blikket opp på samfunnsnivå, kan jeg også se at styringsmodellen i norsk helsesektor står i kontrast til en fronetisk tanke om praksisutvikling. Styringsmodellen gjenkjennes ofte som påvirket av den amerikanske modellen *New Public Management*, hvor det å skape helse ofte blir målt av størrelser som kostnads-effektivitet og vitenskapelig dokumenterte intervensjoner (Wyller et al., 2013). Denne veien til helse baserer seg på ideen om at den epistemiske kunnskapen gjennom evidens er sikkerheten for utvikling av god praksis. Musikkterapifaget forklarer musikkens terapeutiske potensial gjennom mange vitenskapstilnæringer; utviklingspsykologi, nevropsykologi og musikkvitenskap, og det finnes nå i dag flere effektstudier og systematiske studier av musikkterapi. Disse studiene har styrket musikkterapiens posisjon innen helsesektoren ved å supplere den type argumenter som diskursen i dag krever. Det hevdes likevel at det har vært vanskelig å etablere musikkterapifaget som en evidens-basert praksis (Bonde & Ridder, 2014). Mitt prosjekt skriver seg inn i den type musikkterapeutisk forskning som hevder at musikkens effekt er en følge av det relasjonelle som oppstår i og gjennom musikken, og følgelig må terapeutens relasjonelle egnethet sees som en minst like viktig del av den helsefaglige handlingskompetansen som terapeutens tekniske og metodiske kunnskaper. Mitt prosjekt ses som en type musikkterapi-forskning som søker å utforske i kraft av et case-eksempel (Bonde & Ridder,

2014), og som på denne måten ønsker å bidra til musikkterapifagets økende tilstedeværelse i helse-sektoren som et medisin-fritt alternativ.

Jeg har identifisert tre tanker jeg har tatt med meg videre som sentrale lede-tråder i en leteaksjon etter en alternativ epistemologi til den evidens-baserte epistemologien jeg har gjenkjent som dominant i den konteksten jeg utforsker. (1) Et humanistisk menneskesyn fra klientsentrert terapi. (2) Et funksjonalistisk syn på hvordan handlingskompetanse og kunnskap utvikles (3) Et fronetisk syn på hva slags type handlingskompetanse som er sentral i det terapeutiske arbeidet, men også som en del av forskningens mål. Disse utgjør et startpunkt for min undersøkelse og jeg forsøker å gå videre langs disse linjene. Dette har ledet meg til en problemstilling.

PROBLEMSTILLING

Hva kan musikkterapiens funksjon være i MS-rehabilitering?

Jeg vil svare på problemstillingen på to måter.

- 1) Jeg vil begynne med å innlede en diskusjon om hva slags epistemologi som kan være relevant og brukbar for en casestudie av den type musikkterapeutiske praksis som min praksis på MS-Senteret kan beskrives som. Jeg vil her presentere en leteaksjon hvor jeg forsøker å klargjøre hvilke teoretiske perspektiver som kan beskrive den praksisen jeg har utviklet og den kunnskapstradisjonen jeg står i. Denne undersøkelsen vil lede fram til valg og beskrivelse av en forskningsmetode.
- 2) Jeg vil bruke denne forskningsmetoden til å undersøke på hvilken måte musikkterapien fremstår som relevant for min case. Jeg vil gjøre dette gjennom å intervjuer deltakerne om deres opplevelse⁷ av musikkterapien på MS-Senteret.

⁷ Det korte tidsrommet mellom terapien og intervjuet gjør det vanskelig å beskrive det som akkumulert erfaring, og da er opplevelse et bedre ord.

OPPGAVENS STRUKTUR

Jeg vil presentere oppgaven på en måte der jeg velger å presentere teorien som er anvendt i oppgaven underveis på en diskuterende måte. Det samme har jeg gjort med metodiske refleksjoner, som ikke vil dukke opp adskilt i et eget kapittel, men som en del av diskusjonen.

Denne oppgaven fortsetter etter introduksjonskapittelet med en leteaksjon etter en epistemologi som kan beskrive casen i kapittel to. Denne leteaksjonen er en narrativ ramme som tillater meg å redegjøre for hvordan jeg har tenkt i prosjektet både som forsker og som terapeut. Ved enden av leteaksjonen vil jeg ha identifisert ulike elementer i en epistemologi som jeg i kapittel tre vil bruke som utgangspunkt for å beskrive en forskningsmetode. Denne forskningsmetoden brukes til å undersøke på hvilken måte musikkterapien er relevant for casen. Jeg har valgt å gjøre dette gjennom å intervju deltakerne i musikkterapien om opplevelsen av å delta i musikkterapi. På dette punktet vil jeg presentere hvordan deltakerne ble intervjuet, og beskrive hvordan disse intervjuene ble analysert. I kapittel fire vil jeg presentere resultatene av analysen. Jeg vil gjøre dette på en måte der jeg reflekterer over resultatene i lys av teori som er kompatibel med det epistemologiske grunnlaget, og som kan gi en dypere forståelse av de funnene som er identifisert i analysen. I kapittel fem vil jeg gjøre en avsluttende drøfting hvor jeg trekker fram noen linjer fra oppgaven og tillater meg å stille noen spørsmål vedrørende relevans, validitet og overførbarhet. I kapittel seks vil jeg kort oppsummere oppgaven.

Kapittel 2 Metode

EN LETEAKSJON ETTER EPISTEMOLOGI OG METODIKK

I dette kapitlet vil jeg lete etter å tydeliggjøre en epistemologi og en metodikk. Jeg vil altså tydeliggjøre verktøy som kan sies å karakterisere meg selv i de to rollene jeg har i dette prosjektet: musikkterapiforsker og musikkterapeut. Dette gjør jeg med utgangspunkt i de tre tankene jeg allerede har satt fram som sentrale for min praksis. Dette innebærer en redegjørelse for mitt syn på forskning og mitt vitenskapelige perspektiv, og det vil gjøre det tydelig hva slags syn jeg har på klienter som terapeut. Denne redegjørelsen vil i sum utgjøre den forforståelsen jeg tar med meg inn i analysen, og den vil gi et grunnlag for å beskrive den forskningsmetodiske tilnærmingen i mitt prosjekt.

Måten man forsker på er et uttrykk forskerens personlige syn på virkeligheten og hva man tror det går an å vite noe om i den virkeligheten. Det gjør beskrivelsen av veien mot resultatene like viktig som resultatene i seg selv. Professor Jane Edwards(Deakin University, Victoria) har understreket viktigheten av å adressere epistemologi for å skape en bedre forståelse av musikkterapeutiske forskningsundersøkelser som knytter seg til samfunnsvitenskapen(Edwards, 2012). Det er mitt håp at leteaksjonen etter en epistemologi for min undersøkelse vil gi en slik forståelse Edwards etterlyser. Når jeg tenkte og handlet i praksis syntes virkeligheten mer forståelig enn når jeg skulle skrive disse tankene og handlingene inn i en vitenskapelig tradisjon. For meg var det derfor viktig å bruke tid på å finne en tilnærming som passet meg og den praksisen jeg hadde utviklet, og ikke omvendt.

CASE SOM TILNÆRMING

Plato's dialogues deal with Socrates' valiant yet unsuccessful search for universal truths. Socrates used much of his life discussing with Athenian craftsmen, teachers, students, wisemen, poets, statesmen, and other citizens, questioning them about the universal aspects which lay beneath their respective domains of knowledge. Yet to his great frustration, when Socrates asked about general principles, the responses he received frequently took the form of concrete examples, that is, cases(Flyvbjerg, 2001, s.67).

I min undersøkelse har jeg valgt å gå inn med en kasuistisk tilnærming fordi jeg er interessert i å lese og forstå de relasjonene mennesket formes av i konkrete sosiale sammenhenger. Det er uttrykk for en interesse for en sosialt rotfestet undersøkelse, som skal romme min egen og deltakernes tanker om musikkterapi som en potensiell alternativ tilnærming til terapi på MS-Senteret. Et slikt fokus gjør det unyttig å undersøke dette i form av en statistisk undersøkelse, og mer naturlig å velge en tilnærming som fremsetter det partikulære som verdifullt. Case-eksemplets søken mot det opplevde, det sosiale, det relasjonelle som kunnskapskilde viderefører min terapeutiske interesse for mennesket som et kompetent og autonomt vesen inn i forskningen.

I min undersøkelse gjør jeg det motsatte av Sokrates i eksemplet over og spør etter enkelttilfellet snarere enn en universell sannhet. Verdien av casestudier blir i vitenskapelig sammenheng ofte kritisert for at de ikke vil være i stand til å kunne skape noen påstander om generaliserbarhet. Sosiolog Bent Flyvbjerg (University of Oxford) har argumentert for at casens muligheter for generaliserbarhet øker i kraft av å være et godt utvalgt eksempel. Gjerne i kraft av å være eksempel på noe annet enn det som er vanlig i den settingen hvor fenomenet undersøkes. Én svart svane blant mange hvite svaner viser at ikke alle svaner har samme farge, skriver Flyvbjerg (Flyvbjerg, 2001). Jeg tar med meg denne tanken som argument for verdien av å undersøke musikkterapi som en alternativ tilnærming til helse i en patologisk orientert helse-kontekst.

Case som tilnærming er nesten som en epistemologi i seg selv som fremmer et syn på virkeligheten bestående av konkrete eksempler. Aristoteles beskrev menneskets verdier og oppførsel som bundet til enkeltsituasjoner, og slik er tanken jeg innledningsvis har introdusert om et verdi-ladet, fronetisk grunnlag for handling i praksis godt i kontakt med case som tilnærming i denne undersøkelsen (Flyvbjerg, 2001). Musikkterapi som et nytt tilbud i MS-rehabilitering, men også musikkterapigruppa som en dynamisk og unik virkelighet, gjør case-eksemplet til en egnet måte å fremstille denne undersøkelsen på.

SOSIALKONSTRUKSJONISME

Det ovenstående resonnementet har i min leteaksjon brakt meg til et syn på vitenskap som kan beskrives som en relasjonelt fokusert sosialkonstruksjonisme. Denne er beskrevet godt av psykolog og professor Kenneth Gergen (Swarthmore, Pennsylvania):

Herein lies the opening chapter of this drama called *social* construction: what we take to be the world importantly depends on how we approach it, and how we approach to it depends on the social relationships of which we are a part.(Gergen, 2009, s.2).

Dette følger tanketråden videre fra de partikulære og kontekstuelle sannheter jeg allerede har vist interesse for, til introduksjonen av dimensjoner som maktundertrykkelser gjennom språklige sannheter, og et perspektiv på mennesket som en aktiv medskaper av virkelighet. Dette er en måte å forklare hvordan vår virkelighet skapes i vår relasjon med andre, og en måte å stille spørsmål på som kan overskride menneskets monologiske verdensoppfatning med et tilbud om samskapning.

Disse tankene er relevante for mitt prosjekt fordi det gir rom for å beskrive menneskenes relasjonelle og samskapende potensial i musikkterapi. Et eksempel på et slikt tankekonsept i sosialkonstruksjonismen er den østerrikske filosofen Ludwig Wittgensteins (1889-1951) beskrivelse av *språkspill*. Han skrev at det ikke finnes et universelt språk som beskriver virkeligheten, og derfor skaper mennesket mening innenfor avgrensede områder gjennom å etablere språkspill(Wittgenstein, 1986). Språkspill kan også arte seg som *livsformer*; et sett med regler som eksisterer eller danner seg i en handlende form for interaksjon. En musikalsk improvisasjon er et eksempel på en livsform hvor vi typisk skaper og utvikler språkspillet underveis. Språkspill er slik et eksempel på lokale sannheter som kan oppstå som følge av å gå i terapi sammen. Det er en viktig avgrensning at jeg undersøker en lokal virkelighet i musikkterapi knyttet til relasjonene som finnes i den.

Sosialkonstruksjonismen som tanke er også relevant i prosjektet fordi den åpner opp for å diskutere alternative veier til helse i kraft av å gjenkjenne dominerende oppfatninger om helse innenfor den konteksten case-eksemplet hentes fra. Sosialkonstruksjonisten vil si at det finnes ingen universelle eller essensielle beskrivelser av ting. Tingene gjør ingen krav til hvordan de vil bli beskrevet. Kravene innsettes når mennesker språkliggjør tingene. Språkliggjøringene har en

tendens til å bli snevret inn til dominante meningsoppfattelser om hva tingene er og hva de ikke er. Prosessen hvor denne innsnevringen skjer, kaller vi diskurser. Det finnes muligheter for å gjenkjenne og kritisere dominante diskurser i samfunnet i håp om å forandre dem. Den franske sosiologen Michel Foucault(1928-1984) demonstrerte slik kritikk i *Galskapens historie* hvor han beskrev hvordan rasjonalismens språkliggjøring av *de gale* i Europas opplysningstid førte til utstøtelse av de man definerte som gale(Foucault, 2006). Foucault skrev at om vi aksepterer språklige konstruksjoner, får de makt over oss. Det tradisjonelle synet på vitenskap fra opplysningstida er at vitenskap avdekker sannhet. Hos Foucault er vitenskap en del av diskursens orden som former virkeligheter, problemforståelser og løsninger på bestemte måter i ulike historiske epoker. Vitenskap blir for Foucault en del av styringsteknikken i samfunnet. Kunnskap og praksiser former subjekter slik at de blir styrbare. Om vi leser diagnosemanualen ICD-10 og bruker diagnosene beskrevet der som vårt eneste navigasjonspunkt, vil vårt syn på sykdom bli bestemt av diagnosemanualen.

Det siste poenget jeg vil presentere fra denne vitenskapsposisjonen knytter seg til det å forstå meg selv som en del av den konteksten jeg undersøker. Dette handler om at alt skapes og tenkes i kontekst. Den tyske filosofen Hans-Georg Gadamer (1900-2002) har beskrevet hvordan individets forståelseshorisont preger hvordan en tekst kan forstås. Forståelseshorisonten består av fordommer; den erfaring vi bruker for å skape mening i møte med verden rundt oss(Gadamer, 2006). Filosofen Thomas Kuhn beskrev mer overordnet hvordan tankesett innenfor vitenskapelige miljø er med å prege meningsinnholdet i en kontekst. Uansett *hva* forskeren gjør, så gjør han det innenfor et lært tankesett, et paradigme. Slik forstås vitenskapsmenn som representanter for en måte å gjøre ting på, eller måter å tenke om vitenskap på, formet i en kunnskapstradisjon(Kuhn, 1962). Jeg forstår fordommer og kunnskapstradisjonenes påvirkningskraft som dekket av begrepet forforståelse. Det er et gjennomgående poeng i denne undersøkelsen at forståelsen av fenomenet er knyttet både til den spesifikke konteksten og til relasjonene som finnes i denne. Dette gjør det til en viktig del av undersøkelsen å synliggjøre hvilke tanker som ligger skjult i terapeutens og forskerens forståelse av situasjonen.

ABDUKSJON OG HERMENEUTIKK

Herfra syntes det naturlig å velge en forskningsstrategi som vektla en undersøkelse av fenomenet også gjennom den påvirkning jeg selv hadde. Det bringer oss til det punktet i vår leteaksjon der det handler om å finne ut hvilken tradisjon jeg står i som terapeut og forsker, og hvilke konsekvenser det får for det fenomenet jeg undersøker. Jeg har gjenkjent dette som et behov for en abduktiv og hermeneutisk fortolkningsstrategi.

Abduksjon tar utgangspunkt i empiri slik som induksjon, men avviser ikke å ta en teoretisk forforståelse med i fortolkningen av empirien(Alvesson & Skjöldberg, 2009). Det er en fortolkningsstrategi som både kan beskrive metoden for å stille diagnoser, og metoden for å analysere Bob Dylan. Prosessen kan beskrives som en alternering av fokus mellom den teoretiske forforståelsen og forskningsdataene. Både induksjon og abduksjon er avhengige av et fortolkningsmessig kvantesprang, «they allow mistakes - yet we could not do without them, any more than without deduction, which is logically necessary at the price of empirical emptiness»(Alvesson & Skjöldberg, 2009, s.5). Empirisk tomhet vil si at forskningsmessig tomhet oppstår når empirien er premissleverandør for fortolkningen. I abduksjon er det et mål å lete etter skjulte mønster og dypstrukturer i et empirisk materiale, og deretter bruke en teoretisk forståelse som står utenfor empirien til å forklare hva de mønstrene og dypstrukturene kan bety(Alvesson & Skjöldberg, 2009).

Abduksjon kan sees som en form for hermeneutikk⁸, eller i alle fall relateres til samme vitenskapsteoretiske poeng, og jeg har villet undersøke videre med en analyseprosedyre inspirert av hermeneutiske prinsipper. Hermeneutikken begynte med fornyede tolkninger av Bibelen og greske klassikere på 1600-tallet, og har senere blitt en sentral metode for fortolkning av språklige uttrykk, menneskelig tanke og handlingsprosesser. Konsistent med de tankene om vitenskap jeg allerede har tatt med meg inn i undersøkelsen om sannheten som partikulær, kontekst-bunden og preget av den opplevende, er det da naturlig å videre basere seg på den retningen som kalles

⁸ Fra gresk: Hermeneuein som betyr å fortolke.

Alethisk⁹ hermeneutikk. Denne hermeneutiske retningen kan beskrives med et mål om å avsløre noe som er skjult, eventuelt «truth as an act of self-disclosure»(Alvesson & Skjöldberg, 2009, s.91). Det dreier seg om lokale sannheter, artikulert i lys av forskerens avsløring av egen forforståelse. Som vi har berørt gjennom Gadamer og Kuhn, kan en forforståelse være utdanningsbakgrunn, teoretisk grunnlag, personlig historie, kulturelle verdier, med andre ord et forsøk på å forklare noen bakenforliggende faktorer bak forskerens refleksjoner og valg. For at min dobbeltrolle som terapeut og forsker i denne situasjonen skal bli et positivt element i undersøkelsen, er det viktig at jeg gir leseren en innsikt i situasjonene som plasserer meg i kontekst.

DEN DOBLE FORFORSTÅELSE

Videnskabsfolk har del i sociale tradisjoner, så uansett hvad de gør som forskere, vil det gjenspejle denne deltakelse. Alle sociale tradisjoner er bærere av visse verdier. Så uansett hva forskeren gjør i sin forskning, vil det gjenspejle de tradisjoner i henhold til hvilke han eller hun lever. Disse dispositioner trenger ind i forskningen på hvert et trinn: Lige fra de ord, der vælges til at opstille problemet, til beskrivelsen av de studeredes handlinger(Gergen, 2011, s.84).

Som Gergen påpeker vil all vitenskap også være et uttrykk for forskerens forforståelse. Jeg forsker på et fenomen og en kontekst jeg selv har vært med å påvirke. Når jeg påvirker empirien i så stor grad, er det viktig at jeg gjør et forsøk på å synliggjøre for leseren hvilke komponenter i min forforståelse som kan være aktive påvirkningsfaktorer. Det er et ideal om å holde leseren informert om hvordan man har tenkt gjennom forskningsprosessen, være transparent, og forhåpentligvis fremstå som en konsistent og forståelig figur for leseren på grunn av dette. Når jeg sier forforståelse sikter jeg både til taus viten(dagligdagse erfaringer) og min praktisk-teoretiske forforståelse(Fog, 1998).

Spørsmålet er hvordan man kan synliggjøre denne doble forforståelsen? I sær kan det være vanskelig å forestille seg hvordan man skal synliggjøre en forforståelse som er implisitt og et resultat av levd liv. Jeg gjorde et eksperiment der jeg aktivt ville undersøke min forforståelse

⁹ Alethisk kommer fra det greske ordet Aletheia som betyr *udekket* eller avsløringen av noe skjult(Wheeler, 2005)

gjennom timer med spørsmålet: Er det noe ved meg som person og min personlige historie jeg selv ser som relevant for hvordan jeg forholder meg til denne bestemte målgruppen? Jeg skrev ned masse forskjellige sider av meg selv, og deretter prøvde jeg å reflektere over betydningen av dette mot musikkterapipraksisen på MS-Senteret og forskningen på den. Som et resultat fant jeg et element av min tause kunnskap som jeg sjelden eller aldri tenker på. Min egen personlige historie, mitt selv-narrativ, er på mange måter definert av at musikken har vært min måte å dele på i perioder hvor jeg ikke har kunnet snakke med andre om følelsene mine. Dette er noe jeg begynte med allerede i overgangen mellom barneskolen-ungdomskolen og det har fulgt meg til voksen alder til den dag i dag. Jeg tror at dette gjør at jeg har stor tro på musikkens relasjonelle potensial. Jeg tar med meg fra dette at jeg har en tro på musikken som en nøkkel til deling, som kan ha gjort det lettere å gjenkjenne det som en kapasitet hos deltakerne. Det kan også ha preget meg til å vektlegge slike nøkler når jeg har stilt oppfølgingsspørsmål i løpet av intervjuet og når jeg har identifisert funnene under analysen. Jeg vil synliggjøre veien gjennom intervjuet og analysen senere i teksten.

Et viktig aspekt av for forståelsen er hvordan musikkterapeutens arbeid påvirker forskerens. For å gi en innsikt i noe av denne praktisk-teoretiske forståelsen, har jeg valgt ut noen sentrale problemstillinger som dukket opp i utviklingen av musikkterapipraksisen på MS-Senteret og prøvd å redegjøre for hvordan disse ble besvart.

HVA SLAGS TERAPI ER EGENTLIG DETTE?

Det var spørsmål både pasienter og helsefagarbeidere stilte med jevne mellomrom. Spørsmålene «Hva er egentlig musikkterapi?» eller «Hva gjør du i timene dine egentlig?» var vanlig (og hyggelig) kost i lunsjen. Jeg forsøkte å avmystifisere min terapeutiske faglighet gjennom å holde forelesninger om musikkterapi både for de ansatte og for nyankomne kull ved de oppholdene der musikkterapi ble tilbudt. Som student var jeg minst like interessert i disse spørsmålene, og jeg var slett ikke vant til å være den som skulle gi svarene. Ærlig talt var mine svar på begge disse spørsmålene i kontinuerlig forandring. Fra forelesning til forelesning. Fra lunsj til lunsj. Jeg skjønner veldig godt hvorfor spørsmålene kommer, og ikke bare fordi musikkterapi fortsatt er et ukjent fagfelt for mange.

Det er et godt spørsmål fordi musikkterapi praktiseres forskjellig rundt om i verden, varierende med utgangspunkt i hva slags tilnærming til musikkterapi den enkelte musikkterapeut har blitt utdannet innenfor. Jeg er utdannet i en norsk musikkterapi tradisjon jeg oppfatter som særtypisk for Norges Musikkhøgskole. Det er en artikulert relasjonell tilnærming til musikkterapi med basis i et humanistisk menneskesyn og en ressursorientert vei til helse (Ruud, 2008a, 1990). Med et humanistisk perspektiv ser jeg mennesket som et handlende, meningssøkende og sosialt vesen: En beskrivelse av mennesket som grunnleggende sosialt og med evne til å skape seg selv (Trondalen, 2008). Å sette det relasjonelle som fremste fokus i musikkterapi, er å tenke musikkens terapeutiske potensial i forbindelse med det relasjonelle; både som en inngangsport til allianse mellom terapeuten og klienten, og som en premissleverandør for potensielle målsetninger i terapien. Naturlige mål for terapien kan være å styrke de ressurser og kapasiteter som nås gjennom relasjonen (eksempelvis selv-følelse og kontakt med følelser) eller relasjonelle kapasiteter i seg selv (eksempelvis deling, kommunikasjon og empati). Den relasjonelle tilnærmingen til musikkterapi henter sine argumenter fra utviklingspsykologi som forklarer menneskets kapasitet til (musikalsk) interaksjon som grunnleggende, allmenn og nødvendig (Malloch, Stephen & Trevarthen, 2008; Stern, 2010).

Ved min utdanning presenteres også tankegodt fra humanistisk (eksistensiell) psykologi, men studentene gis frihet til å velge hvordan de vil integrere dette i sin egen praksis. Jeg har for eksempel blitt inspirert av den klientsentrerte terapien til Carl Rogers som jeg allerede har nevnt i introduksjonen. Man kan si at friheten til *å bli seg selv som terapeut* er noe som vektlegges ved musikkterapiutdanningen ved NMH. Jeg har i prosessen mot terapeutrollen tillatt meg å bruke et ressursorientert perspektiv rettet mot meg selv. Det har gitt meg selvtilit til å bruke elektrisk og akustisk gitar med en rekke gitareffekter som ulike former for klang, modulasjonseffekter og en loop-boks som ledeinstrumenter i terapien. Jeg har også hatt et ideal om at jeg skal oppleve musikkaktivitetene jeg bringer inn i sesjonene og instrumentene jeg tilbyr der som spennende. Dette er et viktig fordi jeg tror terapeutens engasjement smitter gjennom *dynamiske former for vitalitet* (Johns, 2012; Stern, 2010). Ikke bare tror jeg klienten besitter medfødte nevrologiske kapasiteter til å avsløre falsk engasjement (speil-nevroner), men jeg ser det som en terapeuts plikt å være autentisk (Rogers, 1946). Det handler også om å akseptere sin egen musikeridentitet som en viktig del av den terapeutiske handlingskompetansen. I mitt tilfelle ga denne tanken en ekstra

inspirasjon til å forsøke å være tilstede som meg. Det gjorde at jeg kunne delta i og skape rammer rundt improvisasjonene med velkjente lyder som engasjerte meg i spillende øyeblikk.

For noen vil det kanskje virke overflødig å bruke benevnelsen *relasjonell* om musikkterapi eller terapi for den saks skyld. Dette kommer av at det etterhvert har blitt vanlig å tenke på relasjonen og alliansen som viktig i helsesammenheng. I musikkterapifaget er diskursen om den faglige vektingen i tilnærmingen til terapi likevel høyst levende. Eksempelvis er vektingen av en stringent evidens-basert praksis i nevrologisk musikkterapi(NMT) en sterk kontrast til de improvisatoriske metodiske tilnærmingene som praktiseres i utdanningen ved NMH. I musikkterapi finnes det også musikk-sentrerte retninger hvor det vektlegges at musikken *er* terapien (Aigen, 2014). I relasjonell musikkterapi står tanken om at mennesket konstruerer seg selv i kulturell påvirkning sentralt(Ruud, 2009), og følger man konsekvensen av dette, kan man ikke generalisere til hvordan mennesket eller mennesketyper opplever en bestemt type musikk eller et spesifikt musikalsk element.

På dette punktet i redegjørelsen tar jeg med meg at jeg ikke har opponert mot den kunnskapstradisjonen jeg er utdannet innenfor, men snarere tatt med meg verdier fra den inn i praksisen på MS-Senteret. Viktig blant disse verdiene er menneskesyn, et relasjonelt perspektiv på hva terapi-delen innebærer i musikkterapi og tanken om frihet på veien inn i terapeutrollen.

EN SALUTOGEN RAMME FOR SYSTEMATISERING AV PRAKSIS

Det aller viktigste problemet jeg støtte på under første halvår av praksis var knyttet til mangelen på systematisering. Min egen loggbok fra perioden gir god dokumentasjon for spørsmål i denne retningen. «Hvordan kan jeg sortere alle ressursene hos deltakerne i timen? Hvordan kan jeg holde tråden i terapiforløpet? Hvordan kan jeg bidra til å skape kontinuitet? Hvordan kan jeg rapportere dette på en konsistent måte sånn at de andre faggruppene forstår meg?» Behovet for en mer systematisk tilnærming ble tydeligere for meg da jeg hadde fått litt pause til å reflektere over praksis, selv om grunnlaget for dette kunne spores tilbake til problemsituasjoner i praksis. Jeg opplevde at jeg var i stand til å argumentere for hvorfor musikkterapi kunne være et godt innslag i helsesammenhenger på et nivå som var overordnet og generelt, men jeg hadde ikke knyttet det

tydelig til noen strategi for hvordan terapien skulle skje akkurat der jeg var. Fire sesjoner er et ganske kort terapiforløp, og jeg tenkte at jeg måtte ta mer ansvar for å forbedre rammeforutsetningene for terapeutiske prosesser i dette korte tidsvinduet. Jeg opplevde også at jeg fikk konstruktiv kritikk rundt måten jeg skrev journal¹⁰ på. Jeg skrev ofte lange narrativ i journalen, noe som var tidkrevende for meg å skrive og tidkrevende for mine kollegaer å lese. Journalnotatene bar også litt preg av tilfeldighet og mangel på et systematisk, teoretisk fokus. Jeg ble bedt om å skrive kortere, mer tids-effektivt og tolket det selv til at innholdet burde være mer konsistent.

Jeg fant inspirasjon til å systematisere musikkterapipraksisen i doktorgraden til psykiatrisk sykepleier og førsteamanuensis Eva Langeland (Høgskolen i Bergen). Hun har utledet terapeutiske prinsipper fra den salutogene modellen for arbeid med personer med psykiske helseproblemer (Langeland, 2007). For meg var det som noen biter falt på plass da jeg leste om Langelands bruk av den salutogene modellen. Dette var en ressursorientert modell som var konkret nok til å skape en ramme for journalskriving, og åpen nok til å kunne lage terapeutiske prinsipper som rommet klientens egne mål.

Den salutogene modellen stammer fra forskningen til den medisinske sosiologen Aaron Antonovsky (1923-1994) som med denne utviklet en teori om salutogenese¹¹. Kjernelitteraturen av Antonovskys teoretiske arv finnes i boka *Health, Stress and Coping*(Antonovsky, 1979), der den salutogene modellen presenteres, og i boka *Unravelling the Mysteries of Health*(A. Antonovsky, 1987/2012) hvor begrepet Opplevelse av Sammenheng presenteres som et av mange mulige svar på det salutogene spørsmålet. Å sette spørsmålet om hvor helse kommer fra i sentrum, gjør den salutogene modellen til et alternativt system å tenke helse innenfor som står i et motsetningsforhold til det å tenke helse gjennom å identifisere sykdom, patogenese¹². Salutogen tenkning fremmer et dynamisk syn på individets bevegelse i positiv eller i negativ retning på et helsekontinuum. Et bilde som benyttes for å forklare denne bevegelsen er individet svømmende i livets elv. Det avgjørende

¹⁰ Askeland og Molven beskriver en journal som en «samling av samanhengande, systematiserte eller usystematiserte opplysningar der sakshandsamaren på eit eige ark eller ei eiga datafil fører oversyn over kva som skjer med ein klient over tid, og dei vurderingane sakshandsamaren gjer seg undervegs.»(Askeland, 2006).

¹¹ Lat. Saluto betyr helse og genesis betyr opprinnelse

¹² Lat. Pathos betyr sykdom og genesis betyr opprinnelse

er *hvordan* den enkelte bruker sine ressurser og kapasiteter overfor de ulike utfordringene som venter på ulike steder i elven(Antonovsky, 1979).

I Antonovskys helseteori møter individet utfordringene i kraft av mestringsressurser¹³. Mestringsressurser et begrep som skulle bli sentralt for min praksis. Musikkterapiprofessor emeritus Even Ruud (Universitetet i Oslo) har tidligere definert noe av musikkterapiens potensial som å kunne gi mennesker nye handlemuligheter(Ruud, 1990), og senere særlig viktigheten av *hvordan* musikken og musikkterapeuten kan påvirke *hvordan* handlemulighetene byr seg frem for klienten i kontekst(Ruud, 2008b). Parallelt med dette ligger noe av det terapeutiske potensialet i den salutogene modellen i hvordan terapeuten kan ramme inn klientens muligheter til å bli klar over, utforske og mobilisere egne mestringsressurser i møte med utfordringer i eget liv. Klientens helse blir noe dynamisk og subjektivt, som terapeuten først kommer i kontakt med gjennom å bli kjent med klientens beskrivelser av seg selv og gjennom mestringsressurser som synliggjøres i musikkterapien. Jeg ser det salutogene perspektivet relevant for mennesker som lever med en kronisk sykdom med uforutsigbar progresjon hvor utfordringene er mange og uunngåelige.

MESTRINGS-RESSURSORIENTERT MUSIKKTERAPI

Jeg har tatt utgangspunkt i Langelands prosjekt som en modell for min praksis. Hun ser det viktigste ved målgruppens bedringsprosess som å oppleve seg selv som mer enn diagnosen, å se helheten av egen person og oppleve å ha kontroll over eget liv. Ut i fra dette har hun laget fem salutogene terapeutiske prinsipper på basis av Antonovskys modell. Disse er: (1) forståelsen av helse på et kontinuum, (2) personens historie, (3) helsefremmende faktorer, (4) forståelsen av spenning som potensielt helsefremmende og (5) aktiv tilpasning, kjerneelementene OAS, mestringsressurser og passende utfordringer(Langeland, 2007). Dette har hun så knyttet til terapeutisk overordnede intensjoner med forbindelser til relevante samtaletema om hverdagen til brukerne, og laget mål for hver av disse temaene.

¹³ Jeg har valgt å bruke mestringsressurs som en oversettelse av *resistance-resources* slik Langeland har oversatt det i norske artikler etter doktorgraden, selv om en mer direkte oversettelse ville ha vært motstandsressurs

Terapiprinsipper	Knyttet til hverdagskontekst	Mål for pasient
• Personens historie	• Oppmuntre til forståelse av diagnose som en snever forståelse av virkeligheten	• Opplevelse av seg selv som et helhetlig individ, primært (ikke som en syk person)

Figur 1 Langeland kobler terapeutiske prinsipper og intensjon

Da jeg skulle overføre dette til min praksis satte jeg opp tre terapeutiske prinsipper for min musikkterapipraksis.

(1) *La musikken være katalysatoren i terapien.* I forkant av praksis så jeg liten nytte av å basere meg på å orientere deltakerne om de salutogene begrepene i seg selv (punkt 1 og 4 i Langelands liste). Jeg ønsket et fokus hvor musikken stod mer sentralt. Musikkterapiprofessor emeritus Kenneth Bruscia (Temple University, Philadelphia) løfter frem musikken og dens relasjonelle potensial i sin definisjon av musikkterapi.

Music therapy is a reflexive process wherein the therapist helps the client to optimize the client's health, using various facets of music experience and the relationships formed through them as the impetus for change. As defined here, music therapy is the professional practice component of the discipline, which informs and is informed by theory and research (Bruscia, 2014)

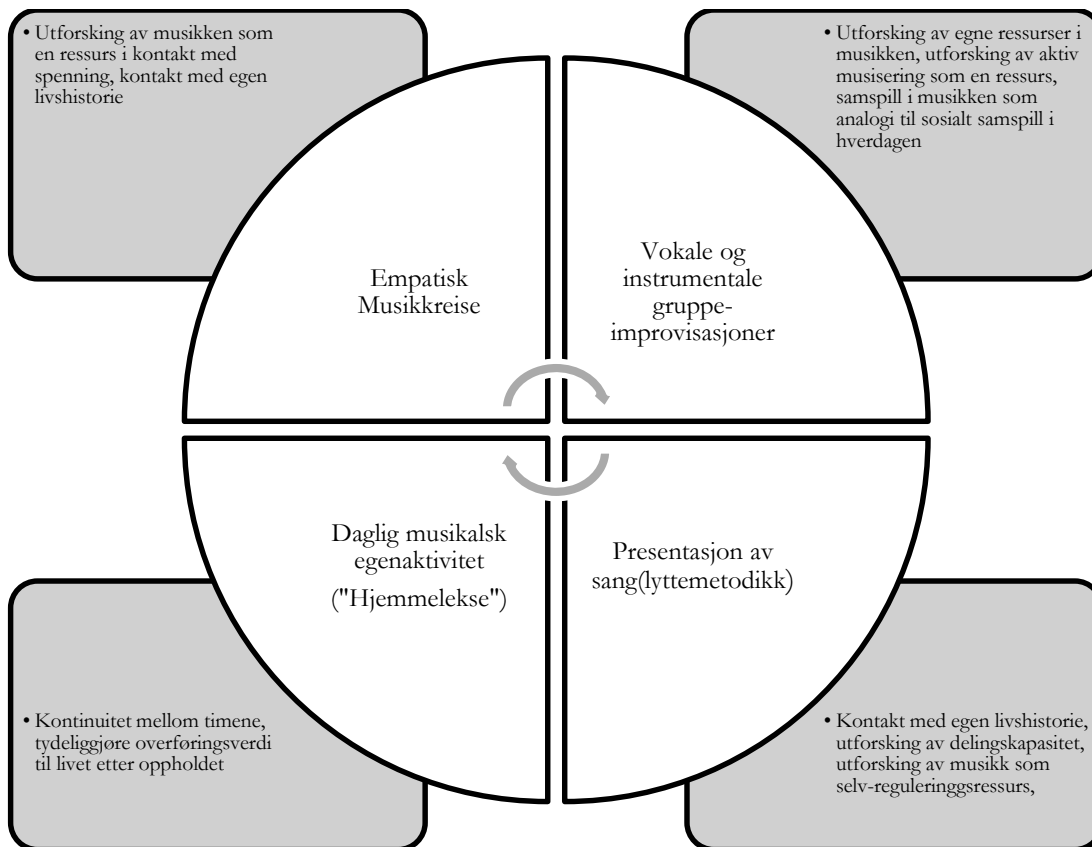
Jeg valgte å holde samtalen i timene fri for begrepsorientering og verbale metaforer fra salutogen teori (noe som er et element i Langelands samtalegrupper), men heller la musikken (og dens relasjonelle potensial) være den fremste katalysatoren for endring.

(2) *Passende utfordringer.* For mange er det en utfordring i seg selv å delta i musikkaktiviteter. Jeg håpet å kunne senke terskelen for deltakelse eksempelvis gjennom å tilby musikkterapigruppen litt uvanlige, men spennende instrumenter¹⁴. Under første periode av praksis lærte jeg at mange klienter satte høye krav til seg selv om å spille bra eller riktig når de kjente instrumentet godt fra

¹⁴ Instrumentariet bestod av Langeleik, Kraviklyre, Claves, Pandeiro, Seljefløyter, Cajon, Kalimba, Djembe, Theremini og barnelyre.

før. Denne tanken har ingen forbindelser til koblinger mellom skalatyper og følelser, men er et ønske om å balansere mellom å tilby et instrument som er spennende å utforske på egenhånd, og å tilby et instrument som gjør det mulig å spille sammen med andre i gruppe.

(3) *Deltakerens livshistorie, synliggjøring og mobilisering av mestringsressurser/mestringsunderskudd gjennom musikalske kjerneaktiviteter.* Å jobbe med livshistorie er ikke et ukjent fokus i musikkterapi med nevrologiske sykdommer, eksempelvis i biografisk arbeid med sanger eller med sangskrivning (Magee, 2013). Det å jobbe med å synliggjøre og mobilisere ressurser i musikkterapi er like vanlig som det er at musikkterapeuter spiller instrumenter, men jeg har ikke sett så mange eksempler på at ressursene blir identifisert som mestringsressurser underveis i musikkterapien. Det som er fint med mestringsressurser som et helseteoretisk element er at de inviterer til kreativ bruk. Det kan være et insitament for terapeuten til å gjøre kartleggingsundersøkelser for å identifisere mestringsressurser som er relevante innenfor den konteksten terapeuten jobber i. Å jobbe med terapeutiske prinsipper gir også anledning til å velge aktiviteter som kan by på handlingsmuligheter hvor relevante mestringsressurser kan utforskes. I tråd med det tredje terapeutiske prinsippet laget jeg et sett med rammeaktiviteter og klargjorde min intensjon bak hver aktivitet.



Figur 2 Kjerneaktiviteter i musikkterapigruppa

Jeg avgrenset nå musikkterapitilbudet til gruppetimer og holdt to grupper per praksisdag. Timene varte i 90 minutter, og med ankomst 0800 og avreise 1600, var to grupper pluss forberedelse og journalskriving alt jeg hadde tid til per praksisdag. Jeg så på dette tidspunktet på musikkterapien som et fire-steps forløp snarere enn fire enkeltstående sesjoner, og jeg laget en plan for hvilke aktiviteter som skulle stå i fokus hver uke. Jeg valgte å organisere det endelige musikkterapitilbudet som et gruppetilbud fordi det syntes å gi bedre resultater med en så begrenset tidsramme for terapien. Musikkterapi professor Gro Trondalen (Norges Musikkhøgskole) skriver om korttidsterapi at klientens viten om et begrenset terapiforløp kan være med på å sette fart i terapiprosessen (Trondalen, 2010). Dette synes å stemme med min erfaring fra praksis. I første praksisperiode ble musikkterapi tilbudt både som individuelle sesjoner og som gruppesesjoner. Jeg la merke til at det var lettere å spore endringer hos de som deltok i gruppe kontra de som kun hadde individuell time over det korte fire-uker-lange terapiforløpet. Dette tror jeg handlet om at

gruppa ga rammeforutsetninger for å skape kontinuitet i terapiprosessen, og at det er lettere å holde tak i en slik prosess om man går veien sammen med andre. Deltakerne bodde sammen på institusjonen, noe som gjorde det mulig å snakke sammen om det som hadde skjedd mellom musikkterapisesjonene. Kontinuitet var også bakgrunnen for at deltakerne fikk i oppgave å drive med daglig musikalsk aktivitet mellom 2. og 3. og 3. og 4. sesjon. De fikk selv velge aktiviteten og presenterte så i timen hva slags utbytte de hadde hatt av slik jevnlig egenaktivitet.

Gruppeimprovisasjon Acapella og instrumentalt ble tatt fram som en introduksjonsaktivitet, og deretter tatt fram nesten hver eneste time. Jeg anser musikalsk improvisasjon for å være et av de fremste verktøyene en musikkterapeut har for å bringe en klient inn i et her-og-nå-perspektiv. Rogers beskriver det som et mål å bringe klientene *fra* den avstanden til opplevelsen som fortid- og framtidsperspektivet gir, *til* den nærheten til opplevelsen som nåtidsperspektiv muliggjør (Rogers, 1951).

I andre sesjon brakte deltakerne med seg hver sin sang som de presenterte for hverandre. Denne aktiviteten ga plass og fokus til deltakerens egen historie. Det er viktig å bringe fokus mot opplevelser og reaksjoner som skjer i øyeblikket, men det kan også ha stor verdi at deltakerne bringer deler av sin fortid inn i nåtiden. Mange som lever med kronisk sykdom kan bli gående mye alene, og det kan slik være verdifullt med et rom til å presentere seg selv og sin egen historie. Å presentere en sang fra ens egen historie trener grunnleggende kapasiteter til deling, og det bringer også inn et potensial til å skape nye historier i gruppa knyttet til musikkopplevelser.

I tredje time ble deltakerne bedt om å legge seg ned på gymmatter i en lytteaktivitet jeg har kalt *empatiske musikkreiser*. Det var en aktivitet jeg utarbeidet i samarbeid med praksisveileder Rita Strand Frisk. Tanken bak aktiviteten var at dyp lytting i avspent tilstand kunne sette deltakerne i kontakt med følelser og behov relevant for egen livshistorie. Det er aktivitet i fire steg. (1) Veiledet avspenning mens deltakerne ligger på matter, og ved slutten av avspenningen samlet jeg inn stikkord fra hver enkelt om hvordan de opplever seg selv i det øyeblikket. (2) Terapeuten spiller improvisert musikk som, i lys av terapeutens kjennskap til deltakerne og gruppen, potensielt kan uttrykke og møte deltakernes stikkord. (3) Musikken tar slutt og deltakerne blir veiledet tilbake fra liggende til sittende stilling. Deretter blir alle bedt om å lage en tegning som kan beskrive hva de har opplevd i musikken. (4) Deltakerne samles og deler det de vil av opplevelsene med hverandre. Mye av prosedyren er inspirert av Guided Imagery in Music (GIM). Inspirasjonen til å introdusere

en form for empatisk improvisasjon som et dynamisk musikalsk element i denne aktiviteten hentes fra musikkterapeuten Juliette Alvins improvisasjonsmetode. Aktiviteten bød på muligheter for lansering av terapeutiske intensjoner gjennom improvisert musikk som jeg synes det var spennende å eksperimentere med.

Etter å ha artikulert noen veiledende terapeutiske prinsipper ble det også lettere å skrive journalnotater. Konseptet mestringsressurser tilbød meg som terapeut et tydeligere og konsistent perspektiv som gjorde jobben med å presentere relevante aspekter i journalen enklere. Det gjorde at jeg rakk å skissere journalnotater for hver av de fem personene i gruppa innen halvtimen jeg hadde tilgjengelig etter sesjonen. Jeg brukte da klargjorte skjemaer hvor jeg også noterte stikkord underveis i sesjonen. Jeg regnet meg fram til at jeg skrev rundt 120 journalnotat i løpet av hele praksisperioden, men føler ikke at jeg kan presentere noen mal for hvordan det skal gjøres likevel. Å skrive journal var en etisk øvelse og en fagmessig synliggjøring, og jeg vil gjerne løfte frem at det finnes rom for å utvikle veiledende prinsipper for journalpraksis i musikkterapifaget.

Journalskrivingen var for meg et terapeutisk verktøy for å beskrive den enkeltes terapeutiske forløp. Innsikten fra journalskrivingen inngår i en form for taus kunnskap mellom meg og deltakerne. Som en følge av dette må jeg i analysen av intervjuene vurdere om det er behov for at deler av denne innsikten synliggjøres for at deltakernes utsagn skal gi mening for leseren. Tilgang til journalsystemet ga meg også innsikt i sensitiv informasjon om deltakerne utover det de delte i musikkterapigruppa som jeg er forpliktet til å holde for meg selv.

FORFORSTÅELSE TERAPEUT – FORSKER

På dette punktet tenker jeg at jeg har klargjort noen av de valgene jeg gjorde i utviklingen av praksis som musikkterapeut, og jeg har også synliggjort noe av den metodikken som ble anvendt i musikkterapipraksisen. Jeg tar med meg at utviklingen av praksis ble gjort med et klientsentrert og funksjonalistisk utgangspunkt. Dette ble gjort i en kunnskapstradisjon som er typisk for musikkterapiutdanningen ved NMH. Praksisen ble deretter forsøkt formet ytterligere inspirert av en salutogen ramme for terapeutisk praksis hvor mestringsressurser stod sentralt.

Musikkterapitilbudet fremmet gjennom denne metodikken en vei til helse der klientens kapasitet for tilpasning knyttes til den økologi av muligheter og ressurser som omgir klientens hverdagsliv. Dette er i tråd med vurderingen av helsetilstand i rehabilitering som relativ til klientens opplevelse av å få deltatt i viktige livsarenaer(WHO, 2006). Kombinasjonen av en klientsentrert praksis med salutogen ramme står godt til Helse- og Omsorgsdepartementets mål for rehabilitering med bruker-medvirkning både i målsetning og i utførelse(Helse og Omsorgsdepartementet, 2011).

Videre i min leteaksjon gjenstår da en klar artikulasjon av forskerens epistemologi. Jeg har introdusert troen på virkeligheten sett gjennom konkrete eksempler i vitenskapsproduksjon. Jeg har sett på potensialene i å tenke på vår oppfattelse av de sosiale sammenhengene som relasjonelle konstruksjoner, og deretter anlagt et perspektiv hvor synliggjøring av forforståelse er en viktig del av forskningsprosessen. Det er tid for å undersøke hvordan terapeutens forforståelse kan bringes inn i den forforståelsen som forskeren tar med seg inn i analyseprosessen. Det sentrale terapeutiske målet i praksis var å synliggjøre og mobilisere mestringsressurser. Jeg vil derfor undersøke hva slags funksjon mestringsressursene kan ha i analyseprosessen, og avgrense hva og hvordan jeg vil bruke elementer fra Antonovskys teori.

Jeg ser den grunnleggende ideen om mestringsressurser¹⁵ som et nyttig konsept for å undersøke relevansen og verdien av musikkterapi i min case. Mestringsressurser defineres bredt som «[...]any characteristic of the person, the group or the environment that can facilitate effective tension management”(Antonovsky, 1979, s. 99). Dette rommer alle mestringsressurser fra medisiner til en god venn. Jeg ser mestringsressurser ikke som et middel for å få kontroll over eller å vinne kampen mot et problem, men som alle de styrker, kapasiteter og ressurser som gjør at et individ eller en gruppe klarer å tilpasse seg i møte med en utfordring. Jeg tar med meg et kart over

¹⁵ Mestringsunderskudd blir innført som en del av teorien i Antonovskys andre bok som en komplementær del av konseptet mestringsressurser. Mestringsunderskudd kan defineres som manglende mestringsressurs i møte en utfordring(Antonovsky, 2012). Eksempelvis en mestringsressurs du har mistet, en mestringsressurs som ikke er tilgjengelig eller generelt opplevelsen av mestringsunderskudd i en konkret livsopplevelse. Mestringsunderskudd ble synliggjort i praksis, men er ikke brakt inn som en del av funnene i analysen av etiske hensyn.

mestringsressurser på veien videre mot analysen. Dette kartet er basert på Antonovsky og Langelands kategorier av mestringsressurser.

Intelligens (språklig, logisk-matematisk, musikalsk, spatial, naturalistisk, kroppslig-kinestetisk, interpersonlig og intrapersonlig)

En følelse av **identitet** (å føle seg som seg selv)

Støtte gjennom **relasjoner** (venner, familie, nettverk)

Støtte gjennom **livssyn** (religiositet, spiritualitet, tryggende livsanskuelse, eksistensiell intelligens)

Biokjemi og fysiologi (gener og kroppslige egenskaper)

Materielle goder (næring, instrumenter, transportmidler, bopel)

Kulturelle mestringsressurser (estetiske, aktive og reseptive uttrykksformer, følelse av tilhørighet, deltakelsesmuligheter)

En følelse av **kontinuitet, oversikt og kontroll** (framsynthet, strategisk tenkning, troen på at du vil klare noe, følelsen av mening i tilværelsen).

Figur 3 Kart over mestringsressurser

Jeg ser det som en styrke ved dette kartet over mestringsressurser at kategoriene er dynamiske, og at de er lette å kjenne igjen som *dagligdagse* ressurser. I musikkterapien konkretiseres de i terapien ved hjelp av klientens «language and the actions into which it is woven» (Wittgenstein, 1986, s.5), og kartet over mestringsressurser er kun et meningskonstrukt. Deltakerne finner måter å skape meningsfulle språkliggjøringer av egne ressurser i musikken på fordi de møtes og deler opplevelser med hverandre. Når jeg som forsker skal undersøke musikkterapi praksisen på MS-Senteret, er det viktig å huske at språkspillene som danner seg i disse møtene dannes på basis av det deltakerne bringer inn, og ikke på basis av mitt teoretiske perspektiv.

Jeg har funnet et problem med Antonovskys teori som gjør det ekstra viktig å avgrense bruken av den salutogene modellen. Noen av Antonovskys tanker strider direkte mot tanker jeg har beskrevet som sentrale i denne undersøkelsen. Eksempelvis har jeg tatt med meg beskrivelsen av mennesket som et søkende autonomt vesen som konstruerer mening i verden gjennom relasjon

med andre (Gergen, 2011), noe som fordrer en kulturell og kontekstuell forståelse av fenomenene og beskrivelsen av dem. Antonovsky definerer noen av mestringsressursene som kulturelle og situerte, mens noen mestringsressurser defineres som løsrevet fra kultur. Herfra finner man tanker fra Antonovsky som leder mot objektive, vitenskapelige sannheter. Krongeksemplet på dette er defineringen av Opplevelse av Sammenheng (OAS)/Sense Of Coherence (SOC), som Antonovsky etter hvert beskriver som skilt fra konsepter som «optimism, will to live, self-efficacy, learned resourcefulness, hardiness[...] Moreover, unlike concepts such as internal locus of control, mastery, empowerment, problem-solving coping[...] the SOC is not a culture-bound construct.» (Antonovsky, 1996, s.15). Det er derfor viktig å påpeke at det kartet over mestringsressurser brukes i analysen på et nivå uten forpliktelser til Antonovskys videre utlegninger om hvordan disse mestringsressursene fungerer i relasjonen menneske-virkelighet.

PLAN FOR UNDERSØKELSE

Jeg avslutter med dette diskusjonen for hva slags epistemologi og metodikk som har vært relevant i undersøkelsen av min musikkterapeutiske praksis på MS-Senteret, og konkluderer dermed den epistemologiske leteaksjonen på dette punktet. Jeg startet opp denne leteaksjonen med tre tanker jeg ville følge som ledetråder. Disse var (1) Et humanistisk menneskesyn fra klientsentrert terapi. (2) Et funksjonalistisk syn på hvordan handlingskompetanse og kunnskap utvikles (3) Et fronetisk syn på hva slags type handlingskompetanse som er sentral i det terapeutiske arbeidet, men også som en del av forskningens mål. Fra disse har jeg prøvd å synliggjøre en epistemologisk posisjon som forsker og en metodikk som terapeut.

Den forskningsmessige posisjonen kan gjenkjennes som fronetisk og sosialkonstruksjonistisk og oppsummeres som (1) En tro på og interesse for det partikulære som en måte å undersøke virkeligheten på knyttet til tanker fra fronetisk caseforskning. (2) Troen på at forskeren selv, med sin forforståelse, er en viktig brikke i undersøkelsen av en partikulær kontekst knyttet til tanker fra sosialkonstruksjonismen og hermeneutikken. (3) En tanke om at individet konstruerer mening i en relasjonell virkelighet gjennom språk, knyttet til sosialkonstruksjonisme. (4) En idé om individets frigjøringspotensial fra maktstrukturer i en språkliggjort virkelighet, knyttet til en kritisk side av sosialkonstruksjonismen.

I redegjørelsen av min egen forforståelse ble det også aktuelt å beskrive min egen tilnærming som terapeut. Den kan kort oppsummeres som (1) Respekten for og troen på at klienten er autonom og har iboende kapasiteter som kan sette kursen i terapien, knyttet til klientsentrert terapi og norsk musikkterapi tradisjon. (2) Troen på at man kan lage gode praksiser ved å eksperimentere, knyttet til en funksjonalistisk tanke fra den tidlige amerikanske pragmatismen. (3) Troen på at den sentrale handlingskompetansen som utvikles hos musikkterapeuten tar utgangspunkt i moralske og etiske vurderinger i øyeblikket, knyttet til fronesis som et filosofisk og et samfunnsvitenskapelig konsept. (4) En terapeutisk strategi for å hjelpe klienter i en positiv retning på helsekontinuumet gjennom å synliggjøre og mobilisere mestringsressurser i møte med livets utfordringer.

I sum har jeg tegnet opp en undersøkelse der jeg beskriver hvordan jeg som terapeut har laget et musikkterapeutisk rom, og jeg har beskrevet hvordan jeg som forsker er interessert i å forske på dette som en kontekst hvor personene formes i den konteksten. Dette gir et grunnlag for å undersøke hvordan deltakerne i musikkterapien opplever en lokal virkelighet jeg har tilrettelagt for dem. Vi går derfor inn den andre delen av svaret på problemstillingen, der jeg vil undersøke hvordan musikkterapien som ble tilbudt gjør seg relevant for casen.

Jeg har gjort dette gjennom å intervjuer alle gruppene som deltok i musikkterapien høsten 2015. Gjennom de historiene de forteller meg, vil jeg måle deres egenopplevde helseeffekt av det musikkterapeutiske rommet jeg har laget. Planen for å undersøke deltakernes opplevelse av musikkterapien kan beskrives i tre steg: (1) Intervjue deltakerne (2) Skape en produktiv analyse i tråd med den epistemologien jeg har skissert. (3) Presentere funnene fra denne analysen kontekstualisert av relevant teori.

Det hører også til historien at jeg i alt samlet inn 72 underveisevalueringer i data-innsamlingsperioden, men disse ble i prosessen definert som et underlag for forskningen og ikke tatt inn i analyseprosessen. Det ble på denne måten tydelig hva deltakerne selv velger å dele i intervjuet *etter* terapien var ferdig.

PLANLEGGING OG GJENNOMFØRING AV GRUPPEINTERVJU

Det ble intervjuet totalt 18 deltakere fordelt på 4 gruppeintervjuer. Til sammen i de 4 gruppene var det 13 kvinner og 5 menn. Alderen blant informantene rangerte fra 41 år til 70 år, og gjennomsnittsalderen var 53.6 år. Deltakerne hadde levd med en MS-diagnose fra 2 til 30 år, og hadde sykdomshistorier og symptom-plager som reflekterer at sykdommen progredierer forskjellig fra person til person. Hvert intervju varte gjennomsnittlig i 50 minutter.

I forkant av intervjuet forsøkte jeg å skape en formell setting for intervjuet ved å lage plasser til informantene rundt et ryddig møtebord med notatsaker ved hver plass og en godt synlig feltopptaker stående på et lite mikrofonstativ på bordet. Den litt formelle kledningen av rommet brakte et alvor inn i begynnelsen av intervjuet som etter intensjonen skulle bidra til å skille

intervjusituasjonen fra terapien. Det var viktig for meg å bruke tid i starten av hvert intervju til å gjøre det klart hva formålet med intervjuet var, og klargjøre at deltakerne nå befant seg i rollen som informanter. Intensjonen var at dette skulle bedre den enkeltes forutsetninger for å vurdere hva de ville dele til leserne av denne masteroppgaven.

Intervjuformen jeg har valgt, kan karakteriseres som semistrukturert, da samtalen vekslet mellom det man kunne kalle en åpen samtale og en samtale styrt av planlagt tematisk ordnede spørsmål med en intensjon om intervjuforløpets struktur fra forskerens side (Kvale, 2009). Det var intervjuets formål å skaffe grunnlag for innsikt i hva deltakerne opplevde som viktig i musikkterapien, og på hvilken måte de kunne relatere dette til egen helse.

Siden dette var mine første intervjuer, ville jeg bevisstgjøre meg hvilke holdningsmessige egenskaper som er nyttige å ta med seg inn som leder av et intervju. Hans Gordon skriver at det viktigste er å gå inn med «En nysgjerrighet overfor hvad den man interviewer har at si, en utholdenhet i eftersøgningen af det uventede og en stadig kritisk holdning til egne antagelser og tanker under interviewets forløp» (Gordon, 1977, s.15). Gordon skriver at det å intervjuer enklest sagt er å stille forståelige, motiverende spørsmål og å forstå hva den intervjuede sier. Han understreker viktigheten av å være bevisst på at det som skjer i intervjuet, ens egen deltakelse som intervjuer inkludert, er med på å påvirke innholdet (Gordon, 1977).

Jeg fant Gordons tanker direkte og inspirerende, og tok med meg to intervjutekniske tanker fra ham inn i intervjuet. (1) Jeg prøvde å anstrenge meg for å stille åpne og forståelige spørsmål som rettet seg mot enkeltindividet og ikke til gruppen som kollektiv. Eksempelvis: Hva var det viktigste for deg i musikkterapien? (2) Jeg inntok et perspektiv der intervjuet er en form for hypoteseprøvende instrument, hvor jeg underveis prøver ut hypoteser gjennom å gjenspeile det den intervjuede bringer inn i intervjuet for at meningsinnholdet skal bli tydeligere og mer spesifikt (Gordon, 1977). Et eksempel på dette er setninger som: Forstår jeg deg riktig hvis jeg sier at dette var en kroppslig følelse? Den hypoteseprøvende tilnærmingen har blitt kritisert som *mistankens logikk* (Fog, 1998) hvor deltakeren klassifiseres av forskerens sult etter bekræftelser på egne yndlingsstandpunkter. Min oppfatning i retrospekt var at jeg, som debuterende intervjuer, heller styrte samtalen fra det generelle til det spesifikke en gang for sjelden, enn en gang for ofte. Fogs poeng er likevel relevant som en advarsel om at intervjuet kan ende opp med å bekrefte mer

av forskerens egen forforståelse om intervjueren ikke passer på å balansere sin egen påvirkning i samtalen.

Som jeg allerede har vært inne på, inntar jeg en posisjon der jeg ser intervjuet som en balanse mellom den intervjuedes synspunkter, og et middel for å innhente en spesiell type informasjon intervjueren har ansvaret for å styre mot. Spørsmålet blir da hva slags virkemidler man har til rådighet for å styre et intervju. En intervjuguide er et slikt virkemiddel. I forkant av intervjuet hadde jeg laget en guide(vedlagt) der jeg skrev ned sentrale spørsmålsformuleringer som fungerte veiledende under intervjuet. Intervjuguiden tillot meg også å planlegge når jeg ønsket å styre samtalen og når jeg ville gi fra meg kontrollen til gruppen. Jeg laget en enkel guide med en formaliadell i begynnelsen av intervjuet, og deretter en friere del hvor jeg stilte spørsmål til hele gruppen kollektivt om deres opplevelse av musikkterapien.

En annen viktig faktor er utvalg av informanter. Med musikkterapi grupper bestående av personer med veldig forskjellige sykdomshistorier knyttet til MS, med mange ulike mål for deltakelse i musikkterapi, var jeg usikker på hva som kunne være gode inklusjons-/eksklusjonskriterier. I utviklingen av praksis hadde jeg muligheten til å reflektere over hvorvidt deltakerens utgangspunkt hadde mye å si for deres prosess i musikkterapi. Jeg vurderte behov(ene) hver enkelt artikulerte i begynnelsen av musikkterapien, men behovene kunne ofte forandre seg i løpet av de fire ukene, og jeg vurderte det derfor ikke som et godt kriterium for valg av informanter. Et annet mulig kriterium kunne være formidlingsegenskaper. Min erfaring fra dialogen i musikkterapi grupper var at personer med ulike formidlingsegenskaper, sjenerte og frampå folk, ofte utfylte hverandre, og at jeg som forsker ikke ville gå glipp av muligheten til å få flest mulig av disse stemmene med i undersøkelsen. Med tanke på problemstillingen som undersøker musikkterapi som tilbud i MS-rehabilitering, kan det ses som en styrke om informantene i undersøkelsen representerer mennesker med forskjellige behov og forutsetninger for å delta i musikkterapi.

ETISKE VURDERINGER I BEARBEIDELSE AV DATAMATERIALET

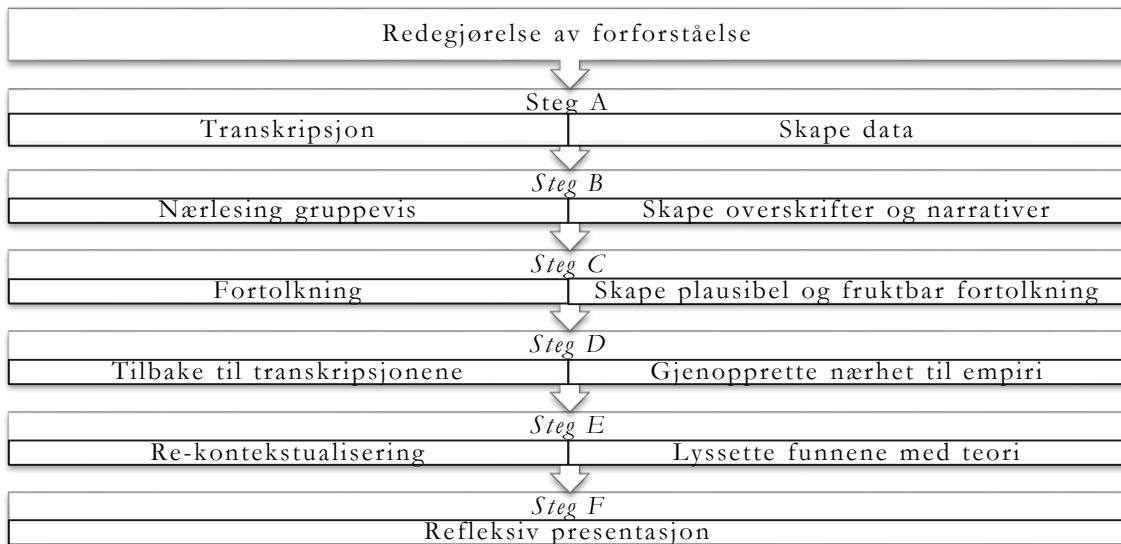
Jeg fikk godkjenning til å gjøre intervjuer fra personvernombudet til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste den 16.05.2015(vedlagt). For å få denne måtte jeg love at jeg skulle informere alle

deltakerne på en god måte om hva informasjonen skulle brukes til, og følge forhåndsregler for anonymisering av enkeltpersoner i behandlingen av datamaterialet. På tidspunktet hvor denne masteroppgaven nå publiseres, finnes det ikke lenger noen identifiserende sammenstillinger av bakgrunnsinformasjonen innhentet fra deltakerne. Samtykkeerklæringen som ble presentert for informantene ble beskrevet som godt formulert av NSD. Alle deltakerne var blitt rekruttert som informanter fire uker før intervjuet, og alle som deltok i intervjuet hadde skrevet under på samtykkeerklæringen.

Det var et forskningsetisk dilemma at jeg kunne supplere med informasjon jeg selv som musikkterapeut hadde fra sesjonene. Et argument for å ta inn noe av denne informasjonen var for å gjøre deltakernes resonnementer mer fullstendige og meningsfulle. Et argument mot å ta det inn var at jeg bevisst hadde prøvd å gjøre skillet mellom rollen som deltaker i musikkterapi og informant i forskningsprosjektet tydelig for de involverte. Ved å dra inn informasjon i forskningsprosjektet som informanten hadde delt med meg i fortrolighet som terapeut, risikerte jeg å forbryte meg mot taushetsplikten og informantens autonomi. Et tredje aspekt var at min forforståelse som intervjuer og samtalepartner bestod av nettopp slik informasjon, og informantene beskrev noen ganger momenter på en måte som krevde en innsikt leseren ikke har fra før. En innsikt som uunngåelig var en del av den forforståelsen jeg hadde som forsker. Jeg balanserte dette i analyseprosessen på den måten at i de situasjonene hvor informantene selv refererte til en aktivitet eller en situasjon med klar forventning til at jeg som forsker skulle forstå på bakgrunn av noe vi hadde opplevd sammen i timen, supplerte jeg sparsomt med min egen forforståelse. For å være ekstra tydelig; jeg forstod disse momentene som noe informanten ville dele inn i prosjektet. I de situasjonene hvor jeg merket at informanten bevisst brukte andre ord som ga mindre innsikt i momentet fra terapien, utelot jeg momentet eller lot det tjene sin hensikt som en del av en mer overordnet struktur. Alle informanter har fått lese og godkjenne fremstillingen av sine utsagn i intervjuene.

REDEGJØRELSE FOR ANALYSEPROSESSEN

Jeg laget en enkel analyseprosedyre som en veiledende støtte for meg selv i prosessen fra intervju til resultat. Der har jeg satt inn redegjørelse av forforståelse, som jeg allerede har forsøkt å presentere i kapittel 2.



Figur 4 Analyseprosedyre

Analysen skal reflektere det Alvesson og Skjöldberg beskriver som samvirkende elementer i den hermeneutiske fortolkningsprosessen: *fortolkningsmønster, tekst, dialog* og *sub-fortolkning* (Alvesson & Skjöldberg, 2009). Fortolkningsmønsteret i denne analysen er et uttrykk for forskerens epistemologiske utgangspunkt der kartet over mestringsressurser er nevnt som en strategi for å gjenkjenne sentrale mønstre i intervjuene. Ved abduksjon er det en god ting hvis alterneringsprosessen mellom teoretisk forståelse og empiri gjentas. Derfor inneholder analyseprosedyren steg som tvinger meg til å skifte fokus mellom nærhet til transkripsjonene og min teoretiske fortolkning.

Å fortolke en tekst hermeneutisk er en form for dialog der forskeren stiller spørsmål og inntar en ydmyk og lyttende holdning til teksten. Det kan beskrives som en kreativ samhandling med tekstmaterialet hvor forskeren balanser det fortolkende mot en respekt for de opprinnelige utsagnene. Forskerens vei i denne prosessen må gjøres forståelig for den som leser, og veien fra

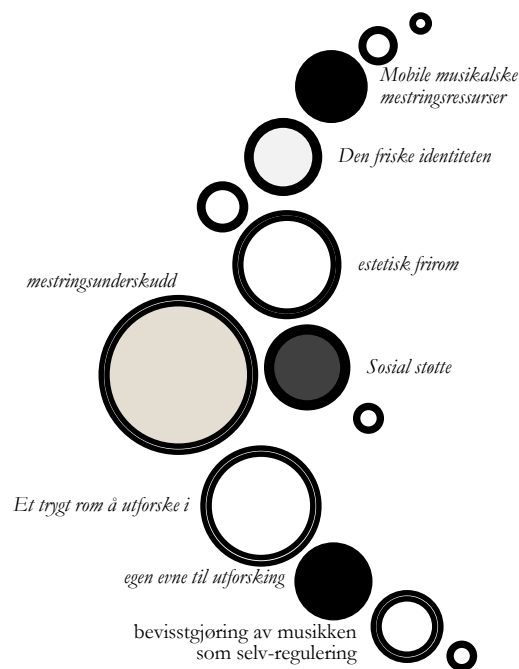
det fortolkende startperspektivet i analysen til resultatet må gjøres troverdig og transparent. (Alvesson & Skjöldberg, 2009).

Jeg har samlet inn data ved lydopptak og transkribert det til en tekst. Det er denne teksten som skal fortolkes. Teksten betraktes som en representasjon av deltakernes meningskonstruksjon. Det er et poeng at analysen skal kunne tilby tolkninger av teksten på andre måter enn den ble oppfattet som i utgangspunktet.

Sub-fortolkning knytter seg til forskerens valg i fortolkningsprosessen. Jeg måtte velge hvilke fortolkninger som skulle være i forgrunnen og hvilke som skulle stå i bakgrunnen. Dette påvirket hvor innsnevret analysen skulle bli. Eksempelvis jo mer man fokuserer på ett utsagn av mange fra en person, jo mer vil argumentet forklares av forskerens blikk. Inn i dette kommer ordet *plausibilitet*. En god fortolkning handler om å skape en fortolkning som er plausibel både for leseren og for forskeren på basis av det fortolkningsgrunnlaget som er etablert (Alvesson & Skjöldberg, 2009).

(A) Det aller første jeg gjorde var å transkribere alle lydopptakene ordrett til et digitalt dokument, før jeg så skrev det ut på ark. Det var en tidkrevende prosess, men det var belønnende da det brakte meg tilbake til stemningene i intervjuene. Når jeg hørte informantenes stemmer, kunne jeg se ansiktene deres igjen. Det ga meg en følelse av nærhet til det som ble sagt jeg ikke tror ville ha vært der om jeg hadde brukt et spørreskjema for å samle inn data.

(B) Jeg leste transkripsjonene av hvert gruppeintervju mens jeg noterte i marginen, og streket under ord og setninger jeg mente var viktige. Etter hvert intervju laget jeg avsnitt bestående av egne fortolkninger med tilhørende sitater under overskrifter som kunne beskrive mestringsressursene jeg syntes å kjenne igjen i intervjuene. Jeg tok meg den frihet å gjøre informantenes utsagn mer syntaktisk sammenhengende, men jeg var forsiktig med ikke å endre meningsinnholdet. Analysen ble sendt til gjennomlesning av deltakerne før trykk og deltakerne har slik hatt muligheten til å trekke utsagnene om det skulle vise seg at jeg har fremstilt meningsinnholdet på en måte de overhodet ikke kan kjenne seg igjen i. På dette punktet kunne jeg gjenkjenne mange



Figur 5 Steg B i analysen. En vrimmel av tema

mestringsressurser som en vrimmel av tema uten at jeg klarte å se hva som stod i forgrunnen eller i bakgrunnen.

(C) Jeg ser hermeneutisk fortolkning som et møte mellom forsker og tekst som kaller på forskerens moralske og praktiske bedømmelsesevne, fra tilfelle til tilfelle, og fra tilfeller til dypstrukturer. Informantene hadde beskrevet mange ulike aspekter av å delta i musikkterapi, og det å fortsette prosessen med å sammenfatte disse utsagnene til ett utydelig poeng så jeg ingen vits i. Jeg måtte ta noen valg slik at det relevante for deltakerne kunne trekkes frem. Jeg begynte arbeidet med å prøve å samle utsagn fra deltakerne og gruppere dem under de ulike temaene jeg hadde funnet, men så ingen tydelig forklaringsmodell som kunne samle disse utsagnene. Jeg stod litt fast.

Jeg innså at jeg hadde låst meg i hver enkelt deltakers perspektiv og terapeutiske forløp, og at jeg måtte heve mitt fortolkende blikk i håp om å kunne se en overordnet struktur: Å prøve å se alle gruppene mer som en helhet. Det tydeligste tema som da stod ut var det at alle gruppene snakket om musikken som et friminutt fra å tenke på seg selv som syk, og det å få en pause fra det å arbeide med sykdommen. Det var et gjennombrudd. I begynnelsen av analysen hadde jeg ikke tenkt på dette som det mest relevante, men innså snart at dette var meget relevant med tanke på å

forstå musikkterapi som et alternativt tilbud på MS-Senteret. Ved å sette dette temaet i sentrum av analysen, ble det mer klart for meg at noen av utsagnene til deltakerne beskrev prosesser i musikkterapien som på individuelt nivå kunne være nøkler til en mer positiv opplevelse av seg selv, og at det var dette som var det mest sentrale temaet i intervjuene sett under et hele. Dette var en fortolkning jeg opplevde som plausibel.

(D) På dette punktet følte jeg at jeg hadde beveget meg opp på et nivå med høy grad av abstraksjon, og jeg trengte å sjekke igjen at funnene faktisk stemte med de opplevelsene deltakerne presenterte i intervjuet. Jeg leste derfor transkripsjonene på nytt i lys av den forklaringsmodellen jeg hadde funnet. Jeg konkluderte med at jeg hadde funnet en fortolkning som kunne representere måten deltakerne omtalte sine opplevelser av musikkterapi på i intervjuet, og at det ikke var en fortolkning som kun representerte min egen forforståelse.

(E) og (F) Etter at jeg hadde funnet en fortolkning, hadde jeg behov for å utdype hovedfunnene av mestringsressursene. «Ideas for recontextualizations may come from familiarity or links with completely different fields of knowledge, and/or as a result of conscious ‘forgetfulness’ of earlier contextualizations»(Alvesson & Skjöldberg, 2009). Jeg fant her støttende og utdypende litteratur fra fagfelt med nærhet til min egen forskningsmessige tilnærming og vil presentere disse sammen med resultatene. Resultatene blir presentert på en refleksiv måte og som et sammenhengende resonnement.

Kapittel 4 Resultater

MUSIKKTERAPI SOM EN BEVEGELSE MOT EN POSITIV SELV-IDENTITET

Hver eneste deltaker nevnte på sin måte at musikkterapigruppa ble oppfattet som et sted man kunne være uten at sykdommen stod sentralt i fokus. Musikkterapien ble beskrevet som

[...]et friminutt, et fristed [der man] rett og slett legger den biten med sykdom litt til side» [og kan få] «litt fritid med noe som er sunt[musikken].

Du blir ikke stigmatisert fordi du er syk ber.

Du kan gå inn der [i musikken] selv om du er musikalsk eller ikke [...] Du glemte fatiguen. Du var liksom inni den bobla, og så lå alt det andre bak. [...] sykdommen var borte litt.

En måte å tolke utsagnene om musikkterapi på, er som en *pause fra sykdom*, men dette ville i så fall være å akseptere at det er sykdommen som konstituerer og definerer normaltilværelsen for den enkelte. For meg som er opptatt av å fortolke dette i lys av det som gir skapende muligheter for endring, ser jeg deltakernes opplevelse av sykdomsfrie øyeblikk i musikken som en synliggjøring og potensiell styrking av de friske sidene av deltakerne.

Min tolkning var at deltakernes opplevelse av seg selv i øyeblikk hvor sykdommen ble sekundær eller forsvant fjernt i fokus, ble artikulert som en fruktbar ressurs i musikkterapigruppa. Noen opplevde også at et for sterkt sykdomsfokus kunne gi negative utslag.

Ja du skal jo helst være et hakk bedre fysisk og psykisk når du kommer herifra. Med for mye MS så blir det ikke bra. Psyken henger jo sammen med det fysiske, så for mye fokus på de to bokstavene det kan slå negativt ut.

Flere av deltakerne nevnte dette i intervjuene. Det kan være en indikasjon på at det å styrke oppfattelsen av en de friske sidene av seg selv er et *behov* blant mange av de som har levd med MS en stund.

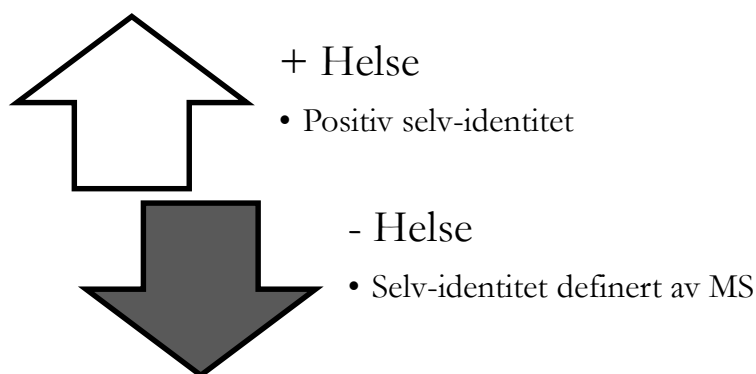
Jeg har gjennom kartet over mestringsressurser identifisert at deltakerne her snakker om mestringsressursen selv-identitet¹⁶. For å undersøke selv-identitet litt nærmere ser jeg det passende å bringe inn tanker fra sosiologiprofessor Lord Anthony Giddens (London School of Economics). Han beskriver selvet som et refleksivt prosjekt vi som individer er ansvarlige for. «We are not what we are, we are what we make ourselves»(Giddens, 1991, s.75). Mennesket er i kontinuerlig dialog med seg selv og med omverdenen rundt. Dette inngår i en prosess der individet konstruerer selvet i en bane som forbinder fortid og anskuelig fremtid. Giddens vektlegger at kroppslig oppmerksomhet og handlinger er en del av en slik selv-refleksivitet.

Konstruksjonen av selvet tar form og forandrer seg i et selv-biografisk narrativ Giddens kaller selv-identitet. Lik menneskesynet i den salutogene modellen gjenkjenner Giddens menneskets kurs gjennom livet som naturlig fylt av utfordringer, og at det er gjennom tilpasning nøkkelen ligger til å kunne mestre utfordringene. Giddens beskriver følelsesmessige utfordringer i individets forhistorie, i selv-narrativet, som undertrykkende elementer. Det å fri seg fra en slik undertrykkelse representerer muligheter for å rekonstruere vår historie om oss selv. Giddens skriver at individets opplevelse av risiko i møte med muligheter for rekonstruksjon er et viktig element i slike prosesser. I dette perspektivet går ikke individet i dialog med sin livshistorie for å peke på det tapte eller det angerfylte, men for å identifisere muligheter for livsbaner individet ønsker å skape.

Positiv selv-identitet var den mestringsressursen som ble identifisert som mest sentral i analysen av intervjuene. På bakgrunn av det deltakerne fortalte meg om deres opplevelser med musikkterapi i fire uker, ser jeg bevegelsen mot en positiv selv-identitet som den sentrale verdien de løfter fram. I perspektivet på helse som en bevegelse mot den positive eller den negative siden av et helsekontinuum, kan positiv selv-identitet være en potensiell nyttig markør for bevegelse mot

¹⁶ Jeg oppfatter at deltakerne snakker om selv-identitet og ikke bare opplevelsen av egen helse. Deltakerne brukte ord som det å føle seg fri, og beskrivelser som det å være seg selv, noe jeg ser på som uttrykk for noe som dreier seg om en mer utstrakt opplevelse av å føle seg som seg selv snarere enn en opplevelse av helsemessig tilstand eller kondisjon.

den positive siden for personer med MS. Denne enkle tanken så omtrent slik ut i forskerens hode på tidspunktet:



Figur 6 *Selv-identitet som en markør på helsekontinuumet*

Det var ikke slik at musikkterapigruppen hadde som mål å ikke snakke om tema relatert til MS, tvert imot, det gjorde vi stort sett hver time. Men det var alltid et tydelig premiss at deltakerne fikk friheten til å selv velge mål for terapien, og selv trekke inn tema til MS om de ville det. Det store flertall av deltakerne i disse gruppene var allerede meget kunnskapsrike rundt temaet MS, som en følge av å ha levd med sykdommen i en årrekke. Jeg skjønnte tidlig i løpet at deltakerne kunne mye mer om det å leve med sykdommen enn hva jeg kunne lese meg til. Dette utsagnet fra en av deltakerne forteller om at musikkterapien tilbyr noe annet enn dette:

Jeg synes musikkterapi har gitt oss et viktig verktøy for å komme videre i mestringsprosessen. Jeg har ikke tenkt på det før, men jeg ser nå at det kan være veldig viktig. I enhver sykdomsaksept, altså for å hjelpe oss å akseptere det bedre og mestre det bedre. En avledning[musikken]der det ikke er sykdommen som står i sentrum ... man får bredere muligheter.

I musikkterapien tilbød jeg kun et terapeutisk klima med musikalske handlemuligheter. I eksemplet over beskriver deltakeren at musikkterapien likevel har rommet noen mestringssteg. Ikke som de første stegene ut ved elvebredden, men et sted litt uti elva. Kan det tenkes at det hos mange dukker opp en mangel av positiv selv-identitet når man har levd med sykdom lenge? Jeg har tatt deltakernes kommentarer i intervjuet som indikasjon på at dette i alle fall er et relevant spørsmål å stille seg som terapeut i møte med målgruppen personer med MS.

EN FRIGJØRENDE SELV-AGENS

Giddens beskriver vår moderne tid som en sosiokulturell periode hvor tradisjoner oppløses og hvor livsstiler tvinges på individet i form av en overveldende mengde valg. Livsstiler kan defineres som livspraksiser med direkte implikasjoner for våre historier om oss selv. I hans perspektiv finnes også et kritisk blikk mot hvordan livsstiler konstituerer diskursive praksiser, og hvordan individet underlegges disse. Blir disse diskursive praksisene styrende for individets selv-historier, er det en risiko for at disse historiene vil handle om andre ting enn det individet har behov for eller ønsker for seg selv.

Når jeg har gjenkjent bevegelsen mot en positiv selv-identitet som et behov hos deltakerne i musikkterapigruppene, er det i møte med utsagn som forteller om sykdoms-identitet og pasient-identitet som en slik form for undertrykkende diskurs. Sagt med enklere ord, deltakerne ønsker ikke at deres historie om seg selv skal skrives i rammene av sykdom. Noen artikulere at også at dette har direkte negative helsekonsekvenser. Hjulpet av Giddens' tanker, ser jeg identiteten beskrevet gjennom sykdom som et potensielt undertrykkende narrativ, og videre finner jeg et behov for å bryte med dette undertrykkende narrative for å skape en annen historie som vektlegger de friske sidene ved individet det gjelder.

Med basis i den salutogene modellen har jeg argumentert for at utforskningen av mestringsressurser i musikkterapi er en nyttig måte å identifisere veier mot helse på. Det kan være et terapeutisk navigeringsverktøy for å hjelpe individer som befinner seg i den risikofylte fasen der man bryter med ett narrativ og står overfor et åpent sett med muligheter for å skape nye narrativ. Det foreslås videre at deltakerne i disse gruppene har funnet mestringsressurser som har overføringsverdi fra opplevelser i musikkterapigruppa til hverdagen etter oppholdet, og at disse overordnet kan beskrives som en bevegelse mot en positiv selv-identitet.

Tia DeNora skriver, "music is a cultural resource that actors may mobilize for their ongoing work of self-construction and the emotional, memory and biographical work such a project entails"(DeNora, 1999, s.32). Det er *deltakerne selv* som skaper bevegelsen mot en positiv selv-identitet. Musikkterapien blir i den forstand en fasilitator for selv-agens; et terapeutisk klima hvor deltakerne kan utforske sine styrker og gleder gjennom musikalske aktiviteter mot en potensiell

rekonstruksjon av sin historie om seg selv. Jeg ser dette som en slags bekreftelse på at det er fruktbart å la klienten lede veien i denne formen for terapi. «Growth-forces, tendencies towards self-actualization, which may act as the sole motivation for therapy[...]These forces drive individual to explore his own attitudes and his relationship to reality”(Rogers, 1946, s.418). Rogers beskriver at mennesket har en kapasitet til å selv gjenkjenne hvilke veier som leder mot et mer komfortabelt forhold mellom seg selv og verden. De mulighetene og ressursene deltakerne finner i musikken, er eksempler på slike voksekrefter.

MUSIKK SOM NARRATIV TERAPI

En av deltakernes terapeutiske forløp tjener som et godt eksempel på hvordan musikkterapien ble en fasilitator for, det jeg vil beskrive som, en rekonstruksjon av egen historie i relasjon til de andre i musikkterapigruppa. Deltakeren presenterte tidlig i terapiprosessen sin historie som utøvende musiker og som musikkpedagog. MS hadde gradvis gitt deltakeren fysiske utfordringer som gjorde det umulig å fortsette med spilling og undervisning på instrumentet. Deltakeren beskriver musikken som en definerende del av deltakerens liv som har gått fra å være en stor glede til en stor sorg. Gradvis gjennom terapiforløpet blir denne historien utdypet når deltakeren deler sin musikk med gruppa, når gruppa spiller, eller når gruppa snakker om det å spille eller det å lytte. Deltakeren beskriver sin opplevelse slik:

For meg har musikk alltid vært viktig, og nå ville jeg bare se hva er dette ... Går dine [les MT studentens] metoder an å bruke i undervisning? Men jeg opplevde at musikkterapi har en terapeutisk virkning for meg, og det hadde jeg ikke helt forventa. Men som for deg [nikker mot en annen deltaker i gruppa] så åpna det noe inni meg. Jeg tror, som jeg sa litt fleipete i går, jeg tror at disse vanlige menneskene har stor peiling på musikk, som også for oss profesjonelle, kan være greit å få innblikk i.

Deltakeren beskriver å ha oppdaget noe nytt i musikken som en følge av opplevelser sammen med gruppa, og at noen av disse opplevelsene berørte følelsesmessig på en måte som åpnet opp og gjorde deltakeren mottakelig for nye perspektiver. Videre kommenterer deltakeren om en endring:

Alt dette som fysio holder på med, er belserelatert. Det som ergoterapenten driver på med, er noe som har med helse å gjøre for å lære meg diverse ferdigheter. Det du driver på med, går rett inn til tankene og forståelsen an.. mye.. både de nære ting og de fjerne. Det er sånn det har virka på meg. Jeg håper at når jeg kommer hjem så får jeg lyst til å lytte til musikk, jeg håper jeg får lyst til å ... ikke akkurat lage musikk, men begynne på begynnelsen igjen.. lage lyd i dette instrumentet. Litte grann hver dag hadde vært fantastisk. For meg er musikk generelt helse og det har vært yrket mitt i mange år og det vil jeg jo at det skal fortsette å være.

Deltakeren beskriver hvordan gruppa har gitt inspirasjon til å lage en plan om å begynne å lytte og spille i musikken igjen. Dette representerer en markant endring i deltakerens presentasjon av seg selv og sin historie. I narrativ terapi beskriver begrepet *unike hendelser* noe som ikke opprinnelig er en del av ens historie, men som gir muligheter for rekonstruksjon (Gergen, 2011). Jeg tolker det som deltakeren gjennom å musisere sammen med, lytte sammen med og samtale sammen med musikkterapigruppa, opplevde noen slike unike hendelser, og selv fant en måte å forandre historien om seg selv på for gruppa. Fra å presentere en historie om å ha mistet musikken, til å presentere en historie om å ville begynne igjen.

En annen deltaker fortalte om hvordan det å skape en positiv historie i fantasien kunne gjøre godt. Dette var under lytte-tegne-aktiviteten jeg tidligere har nevnt som *empatiske musikkreiser*. I denne aktiviteten er det sentrale at deltakerne ligger på en matte etter en veiledet avspenning, og lar med lukkede øyne tankene fare mens de lytter til musikk som blir spilt for dem. Under denne sekvensen kommer deltakeren i kontakt med tanker knyttet til en tur deltakeren ikke lenger kunne dra på grunnet fysiske utfordringer knyttet til MS.

På lista over fritidsysler som har blitt fratatt meg var også friluftsliv. Jeg tenkte, da du spilte, at jeg var tilbake igjen på min krepsetur. Jeg husker du [musikkterapistudent] spurte om jeg ble lei meg, men det var godt ... for jeg var der likevel [...] Det var litt overraskende. [...] For du spurte meg der inne om jeg var lei meg for at jeg ikke kunne være med mer, men jeg opplevde det egentlig som at jeg var tilbake. [...] Jeg var jo med på hele turen da. Jeg var jo med og pakka og gjorde i stand og avslutta. [...] Ja, jeg var på hele reisa.

Det er nærliggende å tenke at når man kommer i kontakt med savnfølelser, vil man bli i den følelsen litt og kanskje bli lei seg. Denne deltakeren derimot brukte denne anledningen til å skape en historie om å dra på denne turen likevel, og som deltakeren beskriver, så følte det virkelig. I narrativ terapi er en av teknikkene for rekonstruksjon å flytte problemet «fra herinde til derute» (Gergen, 2011, s.186). Dette kan åpne opp for å se situasjonen fra et annet perspektiv, og gi muligheter for å jobbe rundt eller redefinere problemet. Med musikken som en katalysator for egen kreativitet, fikk

deltakeren kontakt med et behov, og skapte intuitivt den historien som trengtes for å møte dette behovet.

MUSIKK SOM FØLELSESMESSIG SELV-REGULERING

Opplevelsen av musikkens potensial til følelsesmessig¹⁷ selv-regulering og samtaler knyttet til bruken av dette, ble løftet fram som en sentral verdi fra musikkterapien i intervjuet. Det å bruke musikk som følelsesmessig selv-regulering dreier seg om å bruke musikk på egenhånd med formål om å skape en tilsiktet følelsesmessig/emosjonell effekt. Jeg har betraktet dette som et overførbart verktøy deltakerne kan bruke til å styrke opplevelsen av en positiv selv-identitet hjemme etter oppholdet.

Å leve med MS innebærer mye usikkerhet om hva fremtiden vil bringe, og denne usikkerheten kan føre til symptomforverrende stress. Det å ha en strategi for dårlige dager, for øyeblikk der man blir utfordret av smerte, fatigue, stress eller nedstemthet, kan være en metode å dempe noe av den usikkerheten. Forskning på bruk av musikk i hverdagen bekrefter at det å bruke musikken aktivt og bevisst til å fremme prosesser relatert til selvregulering er utbredt (DeNora, 1999; Skånland, 2009). Mange av deltakerne hadde god erfaring med dette fra tidligere, og det var ikke sjelden at samtaler dreide fra en lytte- eller spilleopplevelse til hvordan deltakerne brukte musikk på egenhånd, i hverdagen under rehabiliteringsoppholdet og i hverdagen utenfor senteret. Gjennom disse samtalene diskuterte deltakerne måter å bruke musikk til å regulere sinnsstemninger¹⁸ på og for å mestre følelsesmessige/emosjonelle utfordringer musikken gir i møte med utfordringer MS-sykdommen.

¹⁷ Følelser beskrives av Damasio som selvets måte å oppleve kroppens emosjoner på (Damasio, 2010), når jeg da snakker om deltakernes opplevelser har jeg med bakgrunn i dette sett det best å bruke ordet følelser. I følge Damasio er emosjonene grovt beskrevet automatiske kroppslige opplevelser.

¹⁸ Sinnsstemninger karakteriseres som langvarige og dypere følelser, mens en følelse karakteriseres som kortvarige og situasjonsorienterte (Skånland, 2009)

En av deltakerne kommenterte i intervjuet på forholdet mellom opplevelser i timen som hadde vært viktig relatert til bruk av musikk i hverdagen:

Spesielt at vi kunne le litt, og at du kunne tenke litt inni ditt eget hode på en måte. Kjenne på de følelsene der. Opplevelsen av hvor lite som skal til egentlig ... før du kommer over på et annet plan ... tankemessig [...] å få deg over på en annen bane. Kanskje supert å kunne bruke det i forbindelse med depresjon. Kanskje det der kan være med å få en litt ut av den svarte stien. For da må en ta stilling til lyden som kommer inn, og den gjør noe med hodet ditt. Så jeg synes det var veldig positivt. Det er noe en kan bruke bevisst. For det svarteullet ... det kommer enten du vil eller ikke. Så når du står på kanten og ser ned i det, så kan det hende at det kan vippe deg tilbake noen skritt. Ved å bruke musikk aktivt, det du liker og det du synes kan være passelig. Ikke velge musikk ut ifra den stemningen du er i, men noe som kan få deg over på et annet plan. Mentalt. Så det var et lite verktøy, en liten nøkkel som jeg skal ta med. [...]

Deltakeren beskriver å ha hatt positive opplevelser i forbindelse med musikkterapien, opplevelser som kan være med på å regulere følelser, emosjoner og sinnsstemninger. Deltakeren reflekterer over verdien av å kunne bruke musikken aktivt på egenhånd utenfor musikkterapirommet som en selv-reguleringsressurs i møte med negative tankemønstre. Forskere har beskrevet positive effekter av musikkterapi på ulike målgrupper med depresjonssymptomer (Kvamme, 2013; Särkämö et al., 2008).

En annen deltakerne beskrev overføringsverdien av aktiv musikklytting slik:

1: Jeg meldte meg på fordi jeg syntes det var greit å ha noen ting å gjøre hvor fokuset ikke var hundre prosent på sykdommen. Litt andre ting. Og så liker jeg å høre på musikk. [...] Jeg synes det har vært godt å være i gruppa. Jeg har lært meg å hytte til musikken på en annen måte, bruke musikken litt mer aktivt. Både i forhold til positive og negative ting. Ikke at jeg spiller selv, men at jeg hører på.

Musikkterapistudent.: Hva er annerledes nå?

1: Jeg hører ikke på allslags musikk til alle tider. Hvis jeg skjerur på radioen og jeg ikke har det så greit, så hører jeg ikke på en musikk som gir meg lyst til å gå opp og sprette og danse. Da må jeg høre på noe annet, så da skjerur jeg av den. Det gjorde jeg gjerne ikke før, da bare hørte jeg på det som kom, og så var det musikk. Men nå bruker jeg den mer aktivt for å komme ned, for å senke skuldrene, og ja finne roen igjen. Det har jeg nok lært meg. Å være mer bevisst. Det er jo ikke det at jeg aldri har hørt det før, men jeg har blitt gjort oppmerksom på at det kan være nyttig å bruke den mer aktivt og bevisst sånn.

Deltakeren beskriver at musikkterapien har vært et sted for nye lytteopplevelser, og at det har gitt noen nye perspektiver som fører til mer aktiv og bevisst bruk av musikk på en måte som står til

eget behov utenfor musikkterapirommet. Som deltakeren henter til, er slik bruk av musikk vanlig også for de som aldri har vært i musikkterapi. Musikkterapien kunne utover det vanlige, supplere med et rom å utforske musikken sammen med andre gjennom dedikerte former for lytting. Dette rommet ble brukt til å dele perspektiver rundt hva denne opplevelsen innebar, og hva den kan brukes til. Disse samtalenes gjorde det mer tydelig for alle at musikkopplevelsen er formbar og individuell, og at hver enkelt kan forme bruken av den til eget behov:

Nå skal jeg lage meg en spilleliste for sånn avspenning, ikke sant. Jeg kan jo bare ta de der og legge de på telefonen, jeg har ørepropper, da kan jeg bare legge meg på sofaen og spille gjennom den lista. Ferdig. Ferdig utbivlt om 10- 20 minutter. Og så bruker jeg det aktivt når jeg går tur, i tillegg til at det er i bakgrunnen. Men liksom den derre bevisste greia, og at det kan gi deg energi. For det er kanskje det med den fatiguen, det er den energien jeg er ute etter. Og den tror jeg helt klart. Om du er på line-dance-kurs eller i sangkor. Musikk gir energi til meg og min sykdom.

Deltakeren beskriver en plan for bruk av spillelister som kan gi energi, både i form av avspenning, men også til trening. For denne deltakeren var det viktigste å finne måter å møte utfordringer knyttet til fatigue.

En annen beskriver det å ha musikken på lur, som en plan for vanskelige dager:

For hvis du liker det ... Du kan klare mye selv om du er så elendig at man nesten må dra deg etter håret, hvis du liker det. Da blir det bare en positiv oppladning. I forhold til det å skulle trække med det å ... det er så vondt i dag ... jeg klarer ikke å stå opp. Hva skal jeg gjøre i dag? Jo, du kan bare legge deg ned og dra dyna over hodet. I en sånn setting som det der, så er det kanskje lurt å ha noen enkle ting som du kan gjøre selv, og dette her bruker jeg aktivt, gjerne planlegge det i den perioden du er ok, men vet at du kommer til å ha bruk for dette. Da tar du det fram, den røde skuffen, så kan det være litt oppmuntrende i alle fall.

I dette eksemplet er den røde skuffen en metafor for et slags musikalsk husapotek; musikk og musikkaktiviteter som kan gi energi og oppmuntre. Deltakeren artikulerer en slags tro på egen mestring av utfordrende hverdager gjennom å bruke musikken strategisk til følelsmessig selvregulering. Troen på slike strategier kan bidra til å lette noe av usikkerheten frykten for dårlige dager kan gi, og på denne måten styrke en positiv selv-identitet.

RAMMEFAKTORER I TERAPIEN

Jeg har tidligere i teksten beskrevet noen rammefaktorer jeg bar med meg som terapeut i utviklingen av praksis. Intervjuene inneholdt rammefaktorer for musikkterapigruppa beskrevet av deltakerne, noe jeg opplever som vel så verdifullt å gjengi som en del av denne undersøkelsen. Her er det særlig fire faktorer som står ut intervjuet, og jeg har plassert de i en sirkel rundt det overordnede målet jeg som terapeut tok med meg inn i terapirommet.



Figur 7 Rammefaktorer deltakerne nevner

I intervjuene har det kommet fram at musikkterapi er et tilbud hvor klimaet oppfattes som fritt for sykdomsfokus, og en åpenhet hvor pasientene selv frivillig introduserer tema og målsetninger relatert til sykdommen. Det klimaet beskrives som mange ting under intervjuene: et fristed, et friminutt, en frihet fra stigma og et sted du kan *ta av deg frakken*.

Å delta i musikkterapi var noe helt nytt for alle deltakerne. For mange var det en ny opplevelse å spille og synges sammen andre, men alle deltakere beskrev det som trygt å være der.

Vi fem i denne gruppen har blitt såpass trygge på hverandre at vi både kan si, le og gråte [...] det har blitt gitt mye av hver enkelt i denne gruppa. Så vi har blitt bedre kjent.

Mange husket det tidspunktet i gruppa hvor de opplevde at *nå*, er det trygt. Her var det flere ting som spilte inn. Det å få anerkjennelse på egne initiativ i musikken fra terapeuten kunne også være en trygghetsfremmende faktor.

At du tok et lite hint, for det skremte vettet av meg når vi skulle lage lyd og gjøre noe, det hjalp veldig til at det ble veldig trygt og godt. Jeg trengte ikke gjøre noe spesielt, jeg kunne bare lille grann, så var det greit nok, og da tok du det for lyden, det synes jeg var helt sønn. Åh [demonstrerer et lettelsens sukke]. Nå er det greit, nå kan jeg bare være her.

Deltakeren opplever at selv musikalske, ordløse anerkjennelser kan gjøre det lettere å bli trygg i en improvisasjon.

For mange var det også viktig å oppleve et samhold med de andre i gruppa som en prosess der man knytter relasjonelle bånd til andre. Det relasjonelle aspektet i musikkterapi dreier seg ikke bare om å få sosial støtte fra andre, men også om å være kapabel til å dele, til å vise empati, til å lytte og gå i dialog. Det at det var andre der, kunne også forsterke opplevelser den enkelte hadde når noe ble delt med gruppa. Flere nevnte også i intervjuet at det var positivt å motta kommentarer fra de andre vedrørende egen musikk, egne tanker og følelser.

Her er et eksempel på hvordan deltakerne reflekterte i intervjuet rundt forholdet mellom samtaler om musikk og aktiv musisering i tilknytning til det å bli kjent med hverandre i gruppa:

1: Jeg synes det mest spennende har vært når vi har presentert låter for hverandre med forskjellige begrunnelser og forskjellig bakgrunn.

2: Veldig enig, og det har kanskje vært den sterkeste følelsesmessige opplevelsen, særlig siden vi lytta til hva hver enkelt hadde å si og fikk kommentere musikken etterpå. Det har vært sterkt. Generelt samtalene har vært bra. De første forsøkene på å spille Njaa

1: Der har jeg en kommentar. Det er ikke sikkert vi hadde turt å prate sønn sammen hvis vi ikke hadde leka oss litt sammen først.

3: «Det har du veldig rett i»

Deltakerne sammenligner musikalsk improvisasjon med lek. Leken kan sette oss i kontakt med de spontane og kreative kreftene, og kanskje lettere når vi gjør det sammen med noen. Vi skaper mening av virkeligheten gjennom vår kontakt med andre (Gergen, 2011). Det synes også kunne være en forklaringsmodell som tydeliggjør overgangen mellom lek og deling av tanker og følelser i samtale når voksne folk blir kjent med hverandre. Det er en gjensidig prosess hvor mening oppstår i leken fordi det skapes i relasjon, og den relasjonen kan videreutvikle seg på grunn det felles skapte.

Hvis man skal gå inn i prosesser der målet er en form for endring, så krever dette at man går inn i en eller annen situasjon som naturlig kaller på ens evne for tilpasning. Det kan være skummelt å gjøre noe nytt, men det kan også være belønnende.

[...] jeg synes kanskje det var litt kleint i starten når jeg spilte de pinnene [Claves], men når jeg kom på den andre tangentgreia [Kalimba], da var vi liksom helt borte. Jeg tenkte hvis det kommer noen inn og ser, jeg tenkte, joss hva holder de på med. Men da var vi liksom helt inne i det. Tid og sted blir borte, ikke sant. [...] Det var litt på kanten, litt kleint i starten, men i retrospekt, så var det verdt det.

I dette eksemplet beskriver deltakeren først opplevelsen av flauhet i forbindelse med første improvisasjon, og deretter en følelse av å komme inn i en tilstand som forandret opplevelsen av tid.

Introduksjonen av reelle utfordringer var en del av rammene for terapien, beskrevet i et av de terapeutiske prinsippene som *passende utfordringer*. Et eksempel på hvordan dette bekreftes i gruppene, kommer frem gjennom deltakernes beskrivelse av det å improvisere med ukjente instrumenter.

Det er «[...] veldig lett å spille på instrumenter du ikke kan» sa en, «Da kan alle delta uten å være flau eller redde for å gjøre det» sa en annen, «Ja ... det er akkurat det der ... mestringsfølelsen ... du kommer ut av komfortsona, og det er jo ikke noe verre for oss [personer med MS] enn for andre, men vi må kanskje tvinge oss sjøl litt. Vi vil kanskje ha det enda litt tryggere, fordi vi er syke [...] så det å få utfordra seg ... du greier mer enn det du egentlig tror», sa en tredje.

Det å bli utfordret er noe som også er en del av andre tilbud på senteret, for eksempel på trening med fysioterapeut. Jeg tenker også at i musikkterapien var utfordringene en viktig del av det å utforske egne ressurser. Mitt håp var at utfordringer som skjedde i forbindelse med utforskning av

musikk, var et relativt trygt rom å oppleve å bli utfordret i, og at det kunne gjøre det lettere å utforske ressurser for den enkelte.

MUSIKKTERAPI SOM FØLELSESMESSIG STØTTE I MS-REHABILITERING

Om jeg skal plassere musikkterapien på kartet over tilbud i MS-rehabilitering som jeg innledningsvis skisserte, er det naturlig å karakterisere musikkterapien jeg har utviklet og forsket på som en form for følelsesmessig støtte. Som en av deltakerne så fint sa det:

Musikken den tar jo tak i følelser. Og da kanskje den treffer deg i hvilken form du er i, og får deg rett og slett opp, musikken løfter deg opp.

På EURIMS kart over ulike roller i MS-rehabilitering vil jeg si at den musikkterapien jeg har undersøkt, kunne ha en funksjon som er plassert et sted mellom psykologen og sosialarbeideren. Temaene som ble tatt opp var oftest relatert til følelser, og ofte i en grad som berørte dagliglivets komplekse økologi. Musikkterapien tilbød ikke rådgivning, men et åpent terapeutisk klima hvor deltakerne ble invitert til å utforske og dele egne ressurser i et anerkjennende fellesskap. Noen av eksemplene viser at musikkterapi kan være et nyttig verktøy som en narrativ terapiform, hvor deltakerne gis mulighet til å rekonstruere historier om seg selv for å nærme seg et ønsket mål i terapien. Noen av eksemplene viser at musikkterapi også kan være et sted for opplevelser og samtaler som fremmer bruken av musikk som følelsesmessig selv-regulering. Her ble musikken trukket fram som en strategisk overførbar ressurs i møte med vanskelige utfordringer deltakerne visste kunne komme. Begge disse stiene i terapien har jeg beskrevet i denne konteksten som ledende mot en positiv selv-identitet.

Innledningsvis har jeg beskrevet casen som en undersøkelse av musikkterapi med en alternativ epistemologi til en patologisk-orientert og evidens-basert epistemologi jeg har gjenkjent som ledende i praksiskonteksten jeg har utforsket. Hertil beskrev jeg tre ledetråder jeg ville følge gjennom denne undersøkelsen. Disse var (1) Et humanistisk menneskesyn fra klientsentrert terapi. (2) Et funksjonalistisk syn på hvordan handlingskompetanse og kunnskap utvikles (3) Et fronetisk syn på hva slags type handlingskompetanse som er sentral i det terapeutiske arbeidet, men også som en del av forskningens mål.

Jeg ser i resultatene at tanken om frihet til å sette sine egne mål og være aktiv på egne vegne i terapien, har skapt fokus jeg som terapeut ikke ville ha satt på forhånd. Resultatene tjener derfor som eksempler på hvordan deltakerne aktivt tilpasset mål og midler slik at musikkterapien kunne formes i forhold til deres egne behov i rehabiliteringen. Det gjør musikkterapi til et potensielt godt tilsvarende til Helse- og Omsorgsdepartementets mål om å vektlegge brukermedvirkning i rehabilitering (Helse og Omsorgsdepartementet, 2011).

Tanken om en funksjonalistisk innstilling til utvikling av praksis har jeg vist gjennom redegjørelsen for hvordan praksis har blitt utviklet. Deltakernes tilbakemeldinger i intervjuet viser at praksisen har fungert som en eksperimenterende praksis. I presentasjonen av resultatene har jeg også inkludert deltakernes beskrivelser av rammefaktorer i terapien. Om jeg sammenligner terapeutens rammer for praksis og deltakernes rammefaktorer for terapien, ser jeg at det er mulig å bruke deltakernes tilbakemeldinger i forskningsundersøkelsen til å forandre praksis. Dette bekrefter i mine øyne nytten av en slik funksjonalistisk og dynamisk innstilling til praksisutvikling, og understreker behovet for å fortsette å lytte til brukerens stemme.

Jeg vil argumentere for at resultatene som presenteres er resultater av fronetisk forskning. Til dette resonnet har jeg tidligere latt Flyvbjerg stille spørsmålene «(1) Where are we going? (2) Who gains, and who loses, by which mechanisms of power? (3) Is it desirable? (4) What should be done?» (Flyvbjerg, 2001, s.63). Jeg gjorde det klart i begynnelsen av undersøkelsen at min tilnærming skilte seg fra en symptom-spesifikk vei til helse. Jeg søkte deretter etter en epistemologi og en metodikk som kunne tydeliggjøre det verdigrunnlaget som gjorde at musikkterapien skilte seg ut i konteksten det skulle prøves ut i. Deretter undersøkte jeg hvordan deltakerne opplever denne musikkterapien, og jeg fant ut at de som har deltatt i musikkterapien opplever det som positivt å styrke opplevelsen av å ikke være syk. Jeg har også oppdaget at noen opplever det som negativt å fokusere for mye på sykdommen. Det er derfor mulig å hente frem en salutogen spørsmålsstilling: «Hvor kommer helsen fra i MS-rehabilitering? Fra patologisk-orienterte veier til helse? Fra ressurs-orienterte veier til helse? Når er den ene veien mer riktig enn den andre og for hvem?» Min undersøkelse påberoper seg ikke å ha svarene, men synliggjør at det finnes en dynamikk mellom disse ulike veiene mot helse.

Den musikkterapeutiske praksisen som ble tuftet på klientsentrerte, funksjonalistiske og fronetiske tanker, tjener som ett praktisk eksempel på *hvordan* en alternativ tilnærming til helse kan arte seg innenfor MS-rehabilitering. Musikkterapi kan ikke kurere MS, men det kan synliggjøre og mobilisere mestringsressurser som kan hjelpe personer med sykdommen å holde kontakten med en identitet som ikke er definert av sykdom. Å løfte dette fram i denne masteroppgaven er ikke ment som en kritikk av de fagarbeiderne jeg har møtt i løpet av praksisen på MS-Senteret. Det er ment som en synliggjøring av et felles behov blant de deltakerne jeg har møtt, og et eksempel på hva musikkterapiens funksjon kan være i MS-rehabilitering.

HVA KAN MUSIKKTERAPIENS FUNKSJON VÆRE I MS-REHABILITERING?

Jeg har svart på denne problemstillingen i en to-delt undersøkelse. I første del leter jeg etter en epistemologi som kan være relevant for en casestudie som undersøker min musikkterapeutiske praksis på MS-Senteret. I andre del undersøker jeg på hvilken måte musikkterapien er relevant for casen gjennom en forskningsmetode laget på basis av denne epistemologien. Metoden brukes til å undersøke 18 deltakeres opplevelser av musikkterapien under deres rehabiliteringsopphold på MS-senteret, og funnene fra undersøkelsen brukes til å svare på oppgavens problemstilling.

Epistemologien til casen gjenkjennes som fronetisk og sosialkonstruksjonistisk. Før jeg trådte inn i forskerrollen, var jeg skeptisk til om det å ha rollene terapeut og forsker ville gjøre undersøkelsen mindre troverdig. I gjenkjennelsen av denne epistemologien for casen har jeg endret syn på dette. Jeg opplever å ha fått synliggjort mange av verdiene i denne undersøkelsen i kraft av å ha vært både terapeut og forsker. Om jeg skulle ha gjort det hele om igjen, ville jeg ha tenkt forskningen som en integrert del av praksis. Jeg har underveis sett hvor nyttig det kan være å drive undersøkelser i sin egen praksis. Det å gi plass til en eller annen form for kasuistisk undersøkelsesprosess av det materialet som bringes inn i sesjonene av deltakerne, virker veldig fruktbart, i etterpåklokskapens lys. I analysearbeidet har jeg innsett at å jobbe seriøst med fortolkninger av materialet fra deltakerne var en god kilde til nye perspektiver i terapien, noe som kunne ha vært nyttig å bringe tilbake til deltakerne underveis.

Jeg fant ut at musikkterapi med klientsentrerte, mestrings-orienterte målsetninger kan bidra til at personer med MS kommer i kontakt med de friske sidene i seg selv. Denne effekten av musikkterapi blir gjenkjent som en bevegelse mot en positiv selv-identitet. Undersøkelsen synliggjør hvordan deltakerne opplever å bli definert av språklige beskrivelser av dem selv som syke. Dertil gir undersøkelsen eksempler på deltakernes kapasiteter til å frigjøre seg fra disse beskrivelsene gjennom selv-agens, gitt et fritt, relasjonelt støttende, terapeutisk klima med passende store utfordringer.

I fortolkningen av funnene beskrives musikkterapi som en alternativ vei mot helse og mestring i en patologisk-orientert og evidens-basert kontekst. Som et alternativ til å støtte seg på

evidens-basert praksis, har prosjektet hatt tiltro til terapeutens moralske dømmekraft med utgangspunkt i det partikulære ved kontekst og målgruppe (frouetisk), en dynamisk og eksperimenterende verdiutvikling i praksis (funksjonalisme) og en tiltro til at deltakerne har kapasitet til å vise veien (klientsentrert). Mer konkret har jeg gjenkjent noen lovende veier deltakerne selv har tatt mot en positiv selv-identitet i musikkterapien; som rekonstruksjon av deltakerens historie om seg selv og følelsesmessig selv-regulering ved bruk av musikk. Deltakerne har beskrevet at musikken har virket på en måte som noe som tar tak i følelsene, og at musikkterapien har tilbudt et rom hvor de kan utforske følelser i aktivitet og i samtale. Med bakgrunn i kjente roller i MS-rehabilitering har musikkterapi blitt foreslått en funksjon som følelsesmessig støtte.

Jeg svarer på problemstillingen ved komme med et konkret eksempel fra en lokal kontekst i Hakadal hvor musikkterapi ble utviklet som et prøvetilbud. Det som er generaliserbart ved denne casen er at problemstillingen blir aktualisert gjennom en dynamisk konflikt mellom to ulike epistemologier. Eksempelets forskningsmessige verdi ligger først og fremst i de tankene og diskusjonen den kan inspirere. Resultatene ga anledning til å utforske et alternativ til den dominerende tilnærmingen til helse på senteret. Presentasjonen kan leses som et korrektiv eller et supplement; hvor radikalt man vil vekte mitt prosjekt i forhold til vanlig medisinsk praksis vil jeg ikke ta stilling til her. Det jeg *kan* si er at på et epistemologisk nivå er diskursene langt fra hverandre, og mitt argument er at epistemologiske standpunkt får konsekvenser for hva slags terapi man tilbyr og hva slags forskning man gjør. Til eksempel ble det gjort en undersøkelse på MS-Senteret i 2010 vedrørende pasienttilfredshet ved rehabiliteringsoppholdene. Den konkluderte med at de spurte var tilfredse med tilbudene og trodde oppholdet ville få betydning for funksjon og mestringsnivå etterpå (Holmøy et al., 2012). Artikkelen diskuterer hvorvidt utformingen av mål og tiltak i rehabiliteringen imøtekommer norske helsemyndigheters økende fokus på brukermedvirkning og pasientsentrerte mål. Til dette argumenteres det for at pasientene har begrensede forutsetninger for å bedømme den faglige standarden på tilbudet, og at deres innvirkning må begrenses deretter. Det argumenteres videre for at det ikke finnes noen evidens for at pasientenes tilfredshet faktisk henger sammen med bedret helse, og at det slik vil finnes tilfeller der pasientens helse kan bli bedre samtidig som pasienten ikke er fornøyd selv. I argumentasjonen inntar forskerne i artikkelen to posisjoner som i stor grad påvirker deres funn: (1) ekspertisen på hva som er helsemessig bra for

pasientene er forbeholdt den med helsefaglig utdanning, og (2) tilrettelegging for mestring og helse burde være et resultat av det som forskningsmessig bevises å ha god effekt.

I min undersøkelse har jeg vært opptatt av å diskutere slike posisjoner i min egen praksis for å finne ut hva posisjonene er og hva slags terapi de kan sies å gi forutsetninger for å tilby. Musikkerapitilbudet blir beskrevet som et rom der deltakeren selv setter et fokus for terapien, og innebærer en tiltro til at deltakerne også har kapasitet til å lede veien gjennom terapien. I min tilnærming var den terapeutiske fagligheten noe som skulle sikre at det faktisk var deltakerne som satte kurs, og vektla på denne måten brukervirkning i stor grad. Retningen på utvikling av tilbudet og musikkterapeutens tiltak ble basert på en funksjonalistisk og fronetisk vurdering. Det var et forsøk på å gi det deltakerne og jeg opplevde som fungerende i den konkrete konteksten mer vekt enn hva forskning på andre kontekster kunne vise som effektfullt. Det ble gjort på basis av en tro på at terapeutens moralske bedømmelsesevne fra situasjon til situasjon veier tyngre enn de metodene og teknikkene han/hun kjenner til.

Resonnementet viser at en alternativ epistemologi gir rom for en annen type praksis og en annen type forskning. Det mest spennende er likevel at det kan gi andre type muligheter for deltakerne under rehabiliteringsoppholdet. Som jeg har vært inne på, er valgene jeg har tatt mot en epistemologi også et uttrykk for hva slags kunnskapstradisjon jeg allerede står i. Om jeg var utdannet i en musikkterapi-tradisjon som lærte meg om musikkterapi som en evidens-basert praksis, ville min leteaksjon etter en epistemologi nok ha endt et annet sted. Videre er det da viktig å påpeke at jeg ikke forsøker å lage et argument for at evidens-basert praksis er feilslått eller at det er riktig å anslå at deltakerne vet like mye om kroppen som en som har studert anatomi og biokjemi. Min påstand er den at det finnes behov for helse-prosesser som ikke dreier seg om å identifisere og intervensere med problemet på basis av ekspertkunnskap, og at man trenger å basere seg på en annen epistemologi for å skape rammer for slike helse-prosesser og for å identifisere dem gjennom forskningsundersøkelser.

Når jeg så har tegnet opp de vitenskapsteoretiske forskjellene og noen praktiske implikasjoner av det, er det interessant å tenke videre, ikke bare på kontrasten mellom, men på hvordan disse tilnærmingene komplementerer og supplerer hverandre i de lokale helsekontekster. På MS-Senteret går deltakerne fra time til time, og på dette nivået er det også grunn til å tro at de

prosessene vi har glimtet mot i denne undersøkelsen, har sammenheng med det som skjer utenfor musikkterapirommet i andre timer på senteret. For ikke å snakke om etter oppholdet når alle drar hjem. Med tanke på den type effekter musikken har blitt beskrevet å ha i denne undersøkelsen, ville et mulig naturlig neste spørsmål være hvordan man kan tilby musikkterapitilbud for MS-pasienter med muligheter for langvarige terapiforløp og mer kontinuitet: På institusjonen, i hjemmet, eller et sted imellom? Det er spørsmål for videre praksisutvikling og videre forskning.

Hva kan så være kliniske og samfunnsmessige implikasjoner av denne studien? Det er passende å begynne med noen tanker om begrensningene først. Jeg har vist en tilnærming til praksis som ble forsøkt utviklet med en sensitivitet overfor deltakernes ønsker og behov, og en sensitivitet overfor konteksten. På klinisk nivå tjener denne undersøkelsen som et kontekst-spesifikt eksempel på utviklingen av en musikkterapeutisk praksis som et alternativ i en medisinsk evidens-basert arena, men det betyr ikke at man kan kopiere denne praksisen et annet sted og forvente at det skal fungere bra. Et av hovedargumentene mine for å søke mot eksperimentering i praksis og mot terapeutens vurderingsevne, var at jeg ville unngå en oppskriftsmessig tilnærming uten rot i kontekst, målgruppe eller i fagpersonens individuelle egnethet. Jeg vil likevel tro at undersøkelsen inneholder beskrivelser som kan inspirere andre musikkterapeuter eller musikkterapiforskere som ønsker å nærme seg musikkterapi med et fronetisk perspektiv.

De siste årene har man sett at musikkterapi i økende grad blir anbefalt som en del av det medisinfrie tilbudet i norsk helsesektor(Helsedirektoratet, 2013, 2016). Selv om styringsmodellen i helsesektoren er et resultat av fokus på effekt og evidens, snakker man om en utvikling mot å få fokus på mestring og mindre på sykdom for å få en bedre balanse mellom disse to(Hofgaard, 2009). På samfunnsnivå er det på grunn av dette relevant å se etter eksempler på hvordan musikkterapien kan fungere som et tilbud i en diskurs som er i ferd med å endre seg.

Er det meningsfullt å tenke at denne musikkterapipraksisen og denne måten å utvikle musikkterapipraksiser på har overføringsverdi til andre arenaer? Som jeg har vært inne på, vil jeg være forsiktig med å si at det jeg har gjort kan flyttes over i en annen kontekst, men samtidig er tankene om en klientsentrert tilnærming, funksjonalisme og fronesis dynamiske tanker som fremmer at praksis må formes i de forholdene og til den målgruppen den retter seg mot. Det kan være mulig å tenke at det finnes et potensial til å prøve ut musikkterapi med et lignende

utgangspunkt som en del av et rehabiliteringstilbud på andre helseinstitusjoner og i kontekster som ikke er spesielt rettet mot målgruppen personer med MS. Behovet for å tenke helsefremmende bevegelser som skritt mot individets friske sider, er noe jeg tror kan være relevant for ulike målgrupper som har måttet bære rollen som syk til et punkt der det er vanskelig å komme ut av den.

Kapittel 6 Oppsummering

I denne oppgaven har jeg forsøkt å presentere et resonnement som foreslår hva musikkterapiens funksjon kan være i MS-rehabilitering. Jeg har gjort dette gjennom en casestudie som undersøker musikkterapi som et alternativt helsetilbud i en kontekst jeg har gjenkjent som symptom-spesifikk og evidens-basert. Min undersøkelse går inn i et konkret eksempel på en musikkterapeutisk praksis på MS-Senteret i Hakadal høsten 2015. Med meg inn i undersøkelsen har jeg tatt med meg tanker om deltakernes autonomi og skaperkraft, et funksjonalistisk syn på praksisutvikling, og et fronetisk perspektiv på utvikling av terapeutisk handlingskompetanse og på forskning.

Som en del av undersøkelsen har jeg organisert en leteaksjon etter en alternativ epistemologi som kunne beskrive den praksisen jeg hadde utviklet, og jeg har undersøkt praksisen som en del av redegjørelsen for min egen forforståelse som forsker. Jeg har fortalt hvordan musikkterapien ble systematisert i gruppesesjoner med et terapeutisk fokus på mestringsressurser. Sentrale aktiviteter var samtaler om musikk, musikalske improvisasjoner og terapeutisk lyttemetodikk. Epistemologien ble gjenkjent som fronetisk og sosialkonstruksjonistisk, og jeg presenterte deretter en abduktiv og hermeneutisk forskningsmetode kompatibel med denne.

Andre del av undersøkelsen bestod av å bruke denne forskningsmetoden til å undersøke hvordan musikkterapien var relevant for casen. Jeg gjorde det gjennom å gjøre intervjuer med deltakerne om hva de opplevde som viktig i musikkterapigruppene. Disse intervjuene ble analysert og funnene i undersøkelsen ble identifisert gjennom et kart over mestringsressurser. Analysen av intervjuene viste at deltakerne opplevde musikkterapien som styrkende for kontakten med de friske sidene av seg selv. Denne effekten av musikkterapi ble gjenkjent som en bevegelse mot en positiv selv-identitet.

I diskusjonen av resultatene presenteres *musikk som narrativ terapi* og *musikk som følelsesmessig selv-regulering* som fremtredende veier mot en positiv selv-identitet i den undersøkte praksisen på MS-Senteret. Det argumenteres for at undersøkelsen har gjenkjent et behov blant deltakerne for alternative tilnærminger til helse og mestring enn den som går via symptomene i MS-rehabilitering. Musikkterapi foreslås som et praktisk eksempel på hvordan et slikt alternativ kan utformes. Musikkterapiens funksjon i MS-rehabilitering foreslås i lys av etablerte roller i MS-rehabilitering å være en form for følelsesmessig støtte.

LITTERATURLISTE

- Aigen, K. (2014). Music-centered dimensions of Nordoff-Robbins music therapy. *Music Therapy Perspectives*, 32(1), 18–29. <http://doi.org/10.1093/mtp/miu006>
- Alvesson, M., & Skjöldberg, K. (2009). *Reflexive Methodology New Vistas for Qualitative Research* (2.nd editi). Sage Publications.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping* (1st ed.). San Francisco; London: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion 1. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18. <http://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium : den salutogene modellen.* (A. Sjøbu, Ed.) *Unraveling the mystery of health*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Asano, M., Raszewski, R., & Finlayson, M. (2014). Rehabilitation Interventions for the Management of Multiple Sclerosis Relapse: A Short Scoping Review. *International Journal of MS Care*, 16(2), 99–104. <http://doi.org/10.7224/1537-2073.2013-031>
- Askeland, G. A. (2006). *Dokument i klientarbeid : journalar, sosialrapportar og saksframstillingar i sosialt arbeid.* (O. Molven, Ed.) (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Beiske, A. G., Svensson, E., Sandanger, I., Czujko, B., Pedersen, E. D., Aarseth, J. H., & Myhr, K. M. (2008). Depression and anxiety amongst multiple sclerosis patients. *European Journal of Neurology*, 15(3), 239–245. <http://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2007.02041.x>
- Bonde, L. O., & Ridder, H. M. (2014). Musikterapeutisk forskning og evidensbasert praksis. In L. O. Bonde (Ed.), *Musikterapi : teori uddannelse, praksis, forskning* (1. editon, pp. 407–432). Århus: KLIM.
- Bruscia, K. (2014). *Defining Music Therapy* (3.utgave ed.). Barcelona Publishers.
- Damasio, A. (2010). *Self Comes to Mind: Constructing the conscious Brain*. New York, New York, USA: Pantheon Books.
- Davis, K. L. (1998). To never surrender: Music therapy in the fight against multiple sclerosis. *Canadian Journal of Music therapy/Revue Canadienne De Musicothérapie*, 6(1), 20–34.
- DeNora, T. (1999). Music as a technology of the self. *Poetics*, 27(1), 31–56. [http://doi.org/10.1016/S0304-422X\(99\)00017-0](http://doi.org/10.1016/S0304-422X(99)00017-0)
- Dewey, J. (1997). *Democracy and Education*. New York, New York, USA: The Free Press A division of Simon & Schuster Inc.
- Edwards, J. (2012). We need to talk about epistemology: orientations, meaning, and interpretation within music therapy research. *Journal of Music Therapy*, 49(4), 372–94. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23705343>
- Flyvbjerg, B. (2001). *Making Social Science Matter. Why social inquiry fails and how it can succeed again.* *Social Science*.
- Fog, J. (1998). *Med samtalen som utgangspunkt Det kvalitative interview* (1. utgave). København: Akademisk Forlag A/S.
- Foucault, M. (2006). *History of Madness*. Hoboken: Taylor and Francis.
- Frank, K., & Hanssen, K. (2013). *Du ser jo så godt ut! Kroniske sykdom bak fasaden*. Oslo: Gyldendal forlag.
- Gadamer, H.-G. (2006). *Truth and Method. TRUTH AND METHOD* (2nd. revis). London: Continuum International

Publishing. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

- Gergen, K. J. (2009). *An invitation to social construction* (2nd ed.). Los Angeles: SAGE.
- Gergen, K. J. (2011). *En invitation til social konstruktion. An invitation to social construction* (2. udg.). København: Mindspace.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity : self and society in the late modern age*. Cambridge: Polity Press.
- Gold, C., Solli, H. P., Krüger, V., & Lie, S. A. (2009). Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(3), 193–207. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.01.001>
- Gordon, H. (1977). *Interview Metodik* (1 utgave 2). Stockholm: Munksgaard.
- Gottberg, K., Chruzander, C., Einarsson, U., Fredrikson, S., Johansson, S., & Wid?n Holmqvist, L. (2014). Health-related quality of life in partners of persons with MS: a longitudinal 10-year perspective. *BMJ Open*, 4(12). <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006097>
- Hanssen, K. T., Beiske, A. G., Landro, N. I., Hofoss, D., & Hessen, E. (2016). Cognitive rehabilitation in multiple sclerosis: a randomized controlled trial. *Acta Neurologica Scandinavica*, 133(1), 30–40. <http://doi.org/10.1111/ane.12420>
- Helse og Omsorgsdepartementet. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011). Retrieved from <https://lovdata.no/forskrift/2011-12-16-1256>
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/326/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser-IS-1957.pdf>
- Helsedirektoratet. (2016). *Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler IS 2211*. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/avrusning-fra-rusmidler-og-vanedannende-legemidler>
- Helsedirektoratet, Langeland, E., & Olav, A. (2011). *Nasjonale faglige retningslinjer for diagnostikk, attacke- og sykdomsmodifiserende behandling av multippel sklerose*. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-diagnostikk-attakk-og-sykdomsmodifiserende-behandling-av-multippel-sklerose>
- Henze, T. . (2012). *European Multiple Sclerosis Platform (EMSP) Recommendations on Rehabilitation Services for Persons with Multiple Sclerosis in Europe*. Retrieved from <http://www.emsp.org/attachments/article/184/Recommendations on Rehabilitation Services for Persons with Multiple Sclero~.pdf>
- Hofgaard, T. L. (2009). Sannheten eies ikke. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*.
- Holmøy, T., Hanssen, K. T., & Beiske, A. G. (2012). *Pasienttilfredshet ved rehabilitering av pasienter med multippel sklerose*.
- Johns, U. T. (2012). Vitalitetsformer i musikk og kommunikasjon. Norges musikkhøgskole. Retrieved from <http://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/172319>
- Kraft, G. H. (2007). An Introduction to Rehabilitation. *MS in Focus*, (7), 4–5. Retrieved from <http://www.msif.org/wp-content/uploads/2014/09/MS-in-focus-7-Rehabilitation-English.pdf>
- Kuhn, T. S. (1962). *The structure of scientific revolutions* (Vol. vol. 2 no.). Chicago: University of Chicago Press.
- Kvale, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. (S. Brinkmann, T. M. Anderssen, & J. Rygge, Eds.) *InterView[s] learning the craft of qualitative research interviewing* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Kvamme, T. S. (2013). Glimt av glede. Musikkterapi med demensrammede som har symptomer på depresjon og angst. Norges musikkhøgskole. Retrieved from <http://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/172666>
- Langeland, E. (2007). *Sense of coherence and life satisfaction in people suffering from mental health problems An intervention study in talk-therapy groups with focus on salutogenesis*. Department of Public Health and Primary Health Care Section of Nursing Science.
- Løken-Amsrud, K. I., Lossius, A., Torkildsen, Ø., & Holmøy, T. (2015). Miljøets betydning ved multipel sklerose. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 135(9), 856–860. <http://doi.org/10.4045/tidsskr.14.0751>
- Långdahl, G.-E. A. (2007). *Hva sier klienten? : en evalueringsreise med klienten bak rattet*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2007.
- Magee, W. L. (2013). Adults with Neurodegenerative Diseases. In J. Allen (Ed.), *Guidelines for Music Therapy Practice in Adult Medical care* (pp. 201–236). Gilsum: Barcelona Publishers.
- Malloch, Stephen & Trevarthen, C. (Ed.). (2008). *Communicative Musicality: Exploring the basis of human companionship*. New York, New York, USA: Oxford Univ Press.
- Messmer Uccelli, M. (2006). Letter From the Editor. *MS in Focus*, (7), 3. Retrieved from <http://www.msif.org/wp-content/uploads/2014/09/MS-in-focus-7-Rehabilitation-English.pdf>
- Momsen, A.-M., Rasmussen, J. O., Nielsen, C. V., Iversen, M. D., & Lund, H. (2012). Multidisciplinary team care in rehabilitation: an overview of reviews. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44(11), 901–912. <http://doi.org/10.2340/16501977-1040>
- MS-Senteret. (n.d.). MSSH tilbyr opphold til personer med MS som har behov for informasjon og høyspesialisert rehabilitering. Retrieved April 7, 2016, from <http://www.mssenteret.no/mssenteret/om-oss/hoyspesialisert/>
- Ostermann, T., & Schmid, W. (2006). Music therapy in the treatment of multiple sclerosis: a comprehensive literature review. *Expert.Rev.Neurother.*, 6(1744-8360 (Electronic)), 469–477.
- Rogers, C. (1946). Significant aspects of client-centered therapy. *American Psychologist*. US: American Psychological Association. <http://doi.org/10.1037/h0060866>
- Rogers, C. (1951). *Client-Centered Therapy Its current practice, implications and theory*. Cambridge, Massachusetts: The Riverside Press.
- Rogers, C. (1992). The processes of therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. US: American Psychological Association. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.60.2.163>
- Ruud, E. (2008a). Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi. Norges musikkhøgskole. Retrieved from <http://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/172119>
- Ruud, E. (2008b). Music in therapy : Increasing possibilities for action. *Music and Arts in Action*, 1, 46–60. Retrieved from https://ore.exeter.ac.uk/repository/bitstream/handle/10036/3127/ruud_2008.pdf?sequence=1
- Ruud, E. (2009). *Musikk og Identitet* (4.utgave ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ruud, E. 1947-. (1990). *Musikk som kommunikasjon og samhandling: teoretiske perspektiv på musikkterapien*. Oslo: Solum.
- Røe, E.; Bautz-Holter, U.; Sveen, H.; Søberg, C. (2007). utfordringer og trender i rehabilitering. *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, 3(107), 304–306. Retrieved from <https://vpn2.uio.no/+CSCO+0h756767633A2F2F6776716666786576736772672E6162++/pdf/pdf2007/304-6.pdf>

- Schmid, W. (2013). A penguin on the moon: Self-organizational processes in improvisational music therapy in neurological rehabilitation. *Nordic Journal of Music Therapy*, 23(2), 152–172. <http://doi.org/10.1080/08098131.2013.783096>
- Schmid, W., & Aldridge, D. (2004). Active music therapy in the treatment of multiple sclerosis patients: a matched control study. *J Music Ther*, 41(3), 225–240. <http://doi.org/Randomized-Controlled-Trial>
- Skånland, M. S. (2009). (Mobil) musikk som mestingsstrategi. Norges musikkhøgskole. Retrieved from <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/172201>
- Steele, M. (2005). Coping with multiple sclerosis: a music therapy viewpoint. *Australian Journal of Music Therapy*, 16(2005), 70–87. Retrieved from <http://search.informit.com.au/documentSummary;dn=409820237657006;res=IELHEA>
- Stern, D. (2010). *Forms of Vitality: Exploring Dynamic Experience in Psychology and the Arts*. New York, New York, USA: Oxford Univ Press.
- Särkämö, T., Tervaniemi, M., Laitinen, S., Forsblom, A., Soinila, S., Mikkonen, M., ... Hietanen, M. (2008). Music listening enhances cognitive recovery and mood after middle cerebral artery stroke. *Brain*, 131(3), 866–876. Retrieved from <http://brain.oxfordjournals.org/content/131/3/866.abstract>
- Trondalen, G. (2008). Musikkterapi: et relasjonelt perspektiv. Norges musikkhøgskole. Retrieved from <http://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/172131>
- Trondalen, G. (2010). Exploring The Rucksack Of Sadness: Focused time-limited BMGIM with a female executive. *Journal of the Association for Music & Imagery*, 12, 1–20. Retrieved from <http://www.ami-bonnymethod.org/resources.asp>
- Wheeler, B. (2005). *Music Therapy Research (second edition)* (2nd ed.). Gilsum: Barcelona Publishers.
- WHO. (1948). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference* (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100). *Official Records of the World Health Organization*. New York, New York, USA. Retrieved from <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- WHO. (2006). Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse. World Health Organization. Retrieved from http://www.who.int/classifications/icf/icf_more/en/#.VwtsCtgJZdA.mendeley
- Wiens, M. E., Reimer, M. A., & Guyn, H. L. (1999). Music therapy as a treatment method for improving respiratory muscle strength in patients with advanced multiple sclerosis: a pilot study. *Rehabilitation Nursing: The Official Journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 24(2), 74–80.
- Wittgenstein, L. (1986). *Philosophical Investigations. The Philosophical Quarterly* (3rd. editi, Vol. 17). Oxford: Basil Blackwell Ltd. <http://doi.org/10.2307/2217461>
- Wyller, V. B., Gisvold, S. E., Hagen, E., Heggedal, R., Heimdal, A., Karlsen, K., ... Wyller, T. B. (2013). Ta faget tilbake! *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 133(6), 655–659. <http://doi.org/10.4045/tidsskr.13.0238>
- Øvrelid, B. (2009). *Nødvendigheten av fronetiske handlingskompetanse i sosialt arbeid. Nødvendigheten av fronetiske handlingskompetanse i sosialt arbeid*. Karlstad Universitet. Retrieved from <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:174030/FULLTEXT01.pdf>

GODKJENNELSE TIL FORSKNINGSPROSJEKT FRA NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hørlages gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr. 985 321 884

Tone Kristine Sæther Kvamme
Senter for musikk og helse Norges musikkhøgskole
Slemdalsveien 11
0369 OSLO

Vår dato: 10.04.2015

Vår ref: 42634 / 3 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 05.03.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

42634	<i>Et kvalitativ masterprosjekt undersøkende hvordan opplevelser i musikkterapi kan styrke MS pasienters evne til selv-hjelp i en rehabiliteringsprosess</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Norges musikkhøgskole, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Tone Kristine Sæther Kvamme</i>
<i>Student</i>	<i>Tarjei Øvrelid</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 20.05.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdís Namtvedt Kvalheim

Linn-Merethe Rød

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kjate.svarua@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsd.naa@svt.uib.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 42634

Formålet med prosjektet er å undersøke hvordan musikkterapi kan brukes/tilbys innen MS rehabilitering.

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Norges musikkhøgskole sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 20.05.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)

SAMTYKKEERKLÆRING

Samtykkeerklæring

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

En mastergradsstudie av hva musikkterapi kan være i MS rehabilitering.

Bakgrunn

Dette er et spørsmål til deg om å delta som informant i en forskningsstudie. Studien har sin hensikt å finne ut mer om hvordan musikkterapi kan brukes i MS rehabilitering. Jeg ønsker å ha deg med fordi jeg er nysgjerrig på å lære om hvordan du opplever å delta i musikkterapi som en del av et rehabiliteringsopphold på MS senteret. Det er Norges Musikkhøgskole som er ansvarlige for denne studien.

Hva innebærer studien?

Studien har som mål å skape et musikkterapiprogram bestående av 4 gruppetimer a 90 min. som skal styrke og synliggjøre ressursene hos MS pasienter. Tanken bak dette er at slike prosesser kan utruste pasientene til å bli mer motstandsdyktige mot stress og påkjenning i hverdagen. Alle pasienter som deltar vil svare på enkle korte evalueringsskjema etter hver time, samt delta i et gruppeintervju etter aller siste time. Musikkterapien skal endres på basis av disse tilbakemeldingene. Intervjuene vil bli tatt opp og deretter transkribert for analyse. Intervjuopptakene vil i forskningsperioden bli oppbevart innelåst. Alt materiale vil anonymiseres når det analyseres slik at deltakerne ikke skal kunne kjennes igjen i det materiale som til slutt publiseres.

Mulige fordeler og ulemper

Forskning viser at det å delta i musikkterapi ofte oppleves som noe positivt. Forskning viser også at det å bli mer bevisst sin egen terapeutiske prosess kan gi positive helseeffekter. Å delta som informant i denne studien vil by på en ekstra mulighet til å reflektere over helse i relasjon med musikk.

Som deltaker i forskningsprosjektet er det viktig at du har tid til å delta på musikkterapitilbudet gjennom oppholdet, og at du tar deg tid til å svare på spørreskjema etter time og stiller til gruppeintervjuet. Studien er den første norske som undersøker musikkterapi spesielt med tanke på pasienter med MS. Det betyr at ditt bidrag kan være med på å gjøre musikkterapi til et godt tilbud for pasienter med MS i fremtiden.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som hentes inn om deg skal brukes med den hensikt som er beskrevet i denne samtykkeerklæringen. Alle opplysninger vil bli behandlet uten informasjon som kan være direkte gjenkjennbart (eksempelvis navn). Det vil bare være en veileder på MS senteret og veileder på Norges Musikkhøgskole som vil ha tilgang til navnelisten under forskningsperioden, og de har taushetsplikt. Det vil ikke være mulig å identifisere deg når forskningsresultatene publiseres. Du har som deltaker i studien rett til å få se hva slags informasjon som er lagret om deg, og du har også rett til å få rettet eventuelle feil i den informasjonen som har blitt registrert. Om du trekker deg fra studien vil informasjonen om deg bli slettet.

Frivillig deltakelse

Du takker ja til å være med i studien ved å skrive under denne samtykkeerklæringen. Du deltar på frivillig basis. Om du ønsker å trekke deg fra studien, trenger du ikke å oppgi noen grunn. Om du ønsker å trekke deg eller har spørsmål rundt din deltakelse i studien kan du kontakte Tarjei Øvrelid på telefon 98092842.

Samtykkeerklæring : Jeg er villig til å delta i denne mastergradsstudien	Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om denne mastergradsstudien
..... (Signert av informant, dato) (Signert av musikkterapistudent med faglig ansvar, dato)

INTERVJUGUIDE

Intervjuguide

Orientering: Velkommen! Vi vil først ta en lukket formalia-del en og en, og deretter en åpen samtale med hele gruppen hvor vi sirkler rundt flere tema rundt din opplevelse av musikkterapien. Dette dreier seg om et masterprosjekt om musikkterapi og MS. Din tilbakemelding vil bidra til forbedringer i det praktiske musikkterapitilbudet til fremtidige pasienter, og det vil kunne peke ut retninger for fremtidig forskning på musikkterapi og MS. Intervjuet blir tatt for å kunne transkriberes og brukes som data i masterprosjektet. Alle informanter vil anonymiseres i teksten som skal publiseres. Det er muligheter for å trekke seg i etterkant. Alle blir tilbudt muligheten til å lese teksten før publisering.

Formalia: alder, fritidsinteresser, sosiale nettverk, musikalsk erfaring, diagnose(årstall), fremstående plager med MS

DEL1 Opplevelse av musikkterapi

- Hva har vært det viktigste for deg med musikkterapien?
- Hvilken rolle oppfatter dere at musikkterapien har iblant tilbudene på MS senteret?
- Hvordan opplever du at musikkterapi påvirker deres helse? fysiologisk, psykologisk

DEL2 Aktivitetene

- Kan du beskrive noen aktiviteter dere syntes har vært viktige i løpet av disse 4 ukene? hva var det som var bra med disse?
- Kan du komme på noen aktiviteter som ikke har gitt dere noe/som dere ikke forstår hvorfor er med i opplegget?
- Har du noen ønsker for hva det kunne ha vært mer av/mindre av? balanse mellom snakking og spilling/lytting?
- Er det noen av aktivitetene du har gjort som har overføringsverdi til livet utenfor MS senteret?

DEL3 Eventuelt

Andre kommentarer?