

André Før Sund

Delte musikkopplevelser

*En kvalitativ studie av
gruppemusikkterapi ved
et rusbehandlingssenter*



**Norges
musikkhøgskole**
Norwegian Academy
of Music

Masteroppgave i musikkterapi
Norges musikkhøgskole
Våren 2017

Delte musikkopplevelser

En kvalitativ studie av gruppemusikkterapi ved et
rusbehandlingssenter

André Førsund

Masteroppgave i musikkterapi

Norges musikkhøgskole

Våren 2017



**Norges
musikkhøgskole**
Norwegian Academy
of Music

Shared Musical Experiences

A Qualitative Study of Group Music Therapy at a Substance Abuse Treatment Facility

André Førsund

Master Thesis in Music Therapy

The Norwegian Academy of Music

Spring of 2017

© André Førstund

2017

Delte musikkopplevelser

André Førstund

Trykk: Allkopi

FORORD

Med denne masteroppgaven avslutter jeg en innholdsrik reise som musikkterapistudent. Ved enden av en slik skriveprosess er det flere støttespillere som fortjener en stor takk.

Jeg vil begynne med å takke min veileder, Hans Petter Solli, og min praksisveileder, Rita Strand Frisk.

Hans Petter, takk for dine kloke og konstruktive tilbakemeldinger, og for fine veilednings-samtaler. Takk for oppmuntring og skryt underveis i prosjektet, men også for dine kritiske synspunkter. Du har gitt meg tro på mine kunnskaper og drevet meg fremover, men du har også gitt meg verdifull støtte når jeg har trengt å ta pauser.

Rita, uten din hjelp er det ikke godt å vite hva masteroppgaven min skulle ha handlet om. At jeg har fått muligheten til å utforske et praksisfelt på den måten som jeg har gjort, er takket være deg. Takk for de gode samtalene vi har hatt, og for ditt engasjement i prosjektet mitt. Du har hjulpet meg å finne ut hva slags musikkterapeut jeg vil være når jeg blir stor.

Tusen takk til deg som har vært deltaker i forskningsprosjektet mitt. Din samarbeidsvilje, ditt engasjement og din åpenhet har gitt meg massevis av inspirasjon og tro på meg selv. For alle tanker og meninger du har delt, er jeg både takknemlig og full av beundring.

Thank you so much for participating in my research project. Your will to cooperate, your involvement and your openness has inspired me and helped me believe in myself. For all the thoughts and opinions that you shared with me, I am both grateful and full of admiration.

Takk til ledelsen ved behandlingssenteret for tilrettelegging, oppfølging og støtte rundt mitt praksisprosjekt.

Takk til pappa for språkvask, og til Håkon og Knut for god hjelp med engelske oversettelser.

Takk til den flotte klassen min for et unikt samhold gjennom tre år. Jeg har kost meg vanvittig mye sammen med dere. Jeg vil også takke min familie og mine venner for deres omtanke, støtte og interesse gjennom denne arbeidsprosessen.

Oslo, mai 2017

André Førsvund

ENGLISH ABSTRACT

This master thesis explores the use of voluntary group music therapy at a non-profit and non-governmental substance abuse treatment facility in Norway. The thesis is the written result of a fieldwork-based research project at the mentioned facility. Following the completion of the therapy sessions, four of the participants were interviewed regarding the project through semi-structured interviews. The thesis focuses both on conveying the participants' experiences of the project, and to connect their experiences to established theory on substance abuse treatment, recovery and music therapy. The research design being applied is qualitative method with hermeneutic and phenomenological approach, and interpretative phenomenological analysis was used for the interviews. Findings from the interview analysis have been divided into four main categories: *community*, *well-being*, *challenge* and *mastery*. Results show that the music therapy has provided its participants with valuable experiences, where their acquired experiences were strongly influenced by the community in which the therapy was conducted. Whether the participants' experiences can be linked to recovery in substance abuse treatment, is the central theme of discussion in this study.

Keywords

Group music therapy, song sharing, improvisation, substance abuse treatment, recovery

SAMMENDRAG

Denne masteroppgaven utforsker gruppemusikkterapi som frivillig tilbud ved et rusbehandlingssenter i regi av en ideell stiftelse i Norge. Oppgaven er det skriftlige resultatet av et forskningsprosjekt med røtter i feltarbeid gjennomført ved nevnte behandlingssenter. Etter endt terapiforløp har fire deltakere blitt intervjuet om prosjektet gjennom semistrukturerte intervju. Fokuset for oppgaven er både å formidle deltakernes opplevelser av prosjektet og å knytte disse til eksisterende teori om rusbehandling, *recovery* og musikkterapi. Som forskningsdesign benyttes kvalitativ metode med hermeneutisk og fenomenologisk tilnærming, og interpretativ fenomenologisk analyse har vært brukt som intervjuanalyse. Funn fra intervjuanalysen er delt inn i fire hovedkategorier: *felleskap*, *trivsel*, *utfordring* og *mestring*. Resultater viser at musikkterapien har gitt deltakerne verdifulle opplevelser, og at musikkterapigruppen i stor grad har medvirket til disse. Hvorvidt deltakernes opplevelser kan knyttes til bedring i rusbehandling er oppgavens sentrale diskusjonstema.

Emneord

Gruppemusikkterapi, sangdeling, improvisasjon, rusbehandling, bedring

INNHALDSFORTEGNELSE

1 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling.....	2
1.2.1 Begreper	3
1.3 Gjennomføring av musikkterapipraksis	3
1.3.1 Musikkterapigruppen.....	4
1.3.2 Gruppeopplegget: to kjerner.....	4
1.4 Litteratursøk.....	5
1.5 Disposisjon for masteroppgaven	5
2 TEORI	7
2.1 Rus	7
2.1.1 Hva er rus?.....	7
2.1.2 Hva er rusmisbruk?	7
2.1.3 Hva er rusavhengighet?	8
2.2 Rusbehandling i Norge – TSB	8
2.2.1 Noen begreper som fremheves i TSB.....	8
2.2.2 Psykososial behandling i et biopsykososialt perspektiv	9
2.2.3 Terapi innen TSB	9
2.3 Musikk.....	10
2.3.1 Hva er musikk?.....	10
2.3.2 Hva kan musikken tilby?	10
2.4 En definisjon av musikkterapi	11
2.4.1 Et humanistisk perspektiv	12
2.4.2 Musikkterapi i et internasjonalt rusfelt.....	13
2.4.3 Norske studier om musikkterapi i rusfeltet	14
2.5 Grupper og gruppeterapi	15
2.5.1 Musikk, musikkterapi og grupper	16
2.6 Recovery	17
2.6.1 Recovery-begrepet tilknyttet rusfeltet	18
2.6.2 Recovery-begrepet tilknyttet forskning på musikkterapi	18

3 METODE	20
3.1 Vitenskapsfilosofi	20
3.2 Kvalitativ metode	21
3.2.1 Fenomenologi og hermeneutikk.....	21
3.2.2 Grounded Theory og forståelsen av begrepet <i>data</i>	22
3.3 Forskningsdesign: Interpretativ fenomenologisk analyse	23
3.4 Datainnsamling	24
3.4.1 Beskrivelse av prosessen frem mot deltakerutvalget	24
3.4.2 Deltakerne	25
3.4.3 Semistrukturert intervju.....	25
3.4.4 Prøveintervju	26
3.4.5 Intervjuprosess.....	28
3.4.6 Deltakende observasjon.....	29
3.5 Forskningsetikk	29
3.5.1 Hvorfor etiske retningslinjer for kvalitativ forskning?.....	29
3.5.2 Samtykke og konfidensialitet	30
3.5.3 Mine roller	30
3.6 Valg av analysemetode	31
3.6.1 Steg 1: Lese og gjen-lese.....	32
3.6.2 Steg 2: Første notater.....	32
3.6.3 Steg 3: Formulere fremtredende tematikk.....	32
3.6.4 Steg 4: Lete etter forbindelser mellom ulike fremtredende tematikk	33
3.6.5 Steg 5: Over til neste <i>case</i>	33
3.6.6 Steg 6: Lete etter mønstre på tvers av ulike <i>case</i>	34
4 RESULTATER	35
4.1 Fellesskap	36
4.1.1 Interesse.....	36
4.1.2 Relasjoner	37
4.1.3 Trygghet og samhold.....	38
4.2 Trivsel	40
4.2.1 Glede	40
4.2.2 Motivasjon.....	41
4.2.3 Forventning	42

4.3 Utfordring	43
4.3.1 Ukjent og uvant	43
4.3.2 Komfortsonen	44
4.3.3 Deling	45
4.4 Mestring	46
4.4.1 Deltakelse	46
4.4.2 Åpenhet	48
4.4.3 Musikalske ferdigheter	49
5 DRØFTING	51
5.1 Deltakernes opplevelser i lys av teori	51
5.1.1 Fellesskapets betydning	51
5.1.2 Trivselens betydning	54
5.1.3 Utfordringens betydning	56
5.1.4 Mestringens betydning	60
5.2 Gruppermusikkterapi i rusbehandling	63
5.3 Metodekritikk og veien videre.....	65
5.3.1 IPA som analysemetode og forskningsdesign.....	65
5.3.2 Implikasjoner for musikkterapiforskning	66
5.3.3 Implikasjoner for musikkterapeutisk praksis	67
6 KONKLUSJON	68
7 OPPSUMMERING.....	69
LITTERATUR.....	70
VEDLEGG	81
Vedlegg 1: Prosjektgodkjenning fra Personvernombudet for forskning.....	81
Vedlegg 2: Intervjuguide	84
Vedlegg 3: Transkripsjonsutdrag med analyseelementer	85
Vedlegg 4: Forespørsel og samtykke til prosjektdeltakelse.....	86

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I november 2015, nesten et semester på vei i musikkterapistudiet ved Norges musikkhøgskole (NMH), gjorde jeg meg kjent med flere tidligere masterprosjekter hvor musikkterapi praksis stod sentralt. Jeg hadde en forventning om at arbeidet med mitt masterprosjekt ville ta opp mye av studietiden, og vurderte derfor denne innfallsvinkelen som gunstig med tanke på læringsutbytte i løpet av et relativt kort studieløp (tre gjenværende semestre). Samtidig var det en mulighet til å utforske et, for meg, helt nytt praksisfelt og min rolle i dette.

Jeg kontaktet praksiskoordinator ved NMH, Rita Strand Frisk, og meldte min interesse for en såkalt *egenpraksis*. Kort tid etter presenterte Rita muligheten for å gjennomføre et prosjekt ved et rusbehandlingssenter på Østlandet. Sammen med Rita møtte jeg deretter ledelsen ved behandlingssenteret¹ (BS) og en praksisavtale for prosjektgjennomføring ble inngått mellom Rita (på vegne av NMH), BS og meg. Prosjektet ville foregå over 21 praksisdager mellom januar og november 2016, og jeg stod fritt til selv å velge hva disse dagene skulle fylles med.

BS er del av en ideell stiftelse og behandler voksne (myndige) pasienter i løpet av en periode på seks til tolv måneder. Målgruppen er både menn og kvinner, religiøse og ikke-religiøse, mennesker oppvokst i Norge og mennesker med innvandrerbakgrunn. Mens pasientene er innlagt ved BS må de forholde seg til en nulltoleranse for rusmiddelbruk, og skal dermed ikke være påvirket av rusmidler mens de benytter senterets tilbud. BS tilbyr sine pasienter ulike behandlingsformer både på individplan og i gruppe, hvilket gav meg frihet til å strukturere min musikkterapi praksis på en måte som passet meg. Basert på faglig interesse, blant annet for å supplere mine tidligere praksiserfaringer (hovedsakelig individuell musikkterapi), valgte jeg å fundere mitt prosjekt i en gruppesetting. Deltakelse i gruppa var frivillig.

Masterprosjektet inkluderer både praksis og skriveprosess, i den forstand at gjennomføringen av egenpraksis etablerer et datagrunnlag for å skrive masteroppgave om denne. Følgende figur illustrerer forløpet for masterprosjektet:

¹ Behandlingssenteret er en del av en ideell stiftelse. Av hensyn til personvern ønsket senteret ikke at dets navn skulle oppgis.



Figur 1: Masterprosjektets forløp

1.2 Problemstilling

Studiens problemstilling tar utgangspunkt i praksisprosjektet mitt, hvor jeg har vært opptatt av å gjøre musikkterapien tilgjengelig for gruppemedlemmer på en måte som det går an å reflektere rundt. Enten vi har samtalt, improvisert eller lyttet til musikk har jeg vært opptatt av å utfordre dem til å sette ord på sine *opplevelser*. Studien utforsker disse subjektive opplevelsene av musikkterapi. Innlemmet i problemstillingen er også min interesse for fenomenet *gruppe*, samt et ledd hvor jeg søker å belyse musikkterapiens relevans innen rusbehandling. Studiens fokus er altså hovedsakelig rettet mot gruppemedlemmers opplevelser av det som har skjedd i musikkterapigruppa, og dernest mot hva disse opplevelsene kan si om musikkterapi i den aktuelle konteksten.

Problemstillingen er formulert i følgende to ledd:

(1) Hvordan opplever pasienter ved et rusbehandlingssenter å delta i gruppemusikkterapi, og

(2) hva kan deres opplevelser si om musikkterapi som ressurs for bedring² i rusbehandling?

² Se delkapittel 2.6 *Recovery*.

Problemstillingen fremmer først og fremst et fokus på subjektive opplevelser av musikkterapi. Jeg formidler dermed menneskelige perspektiver på levd erfaring. Et formål med problemstillingens andre ledd, er å fremme praksisnær forskning om musikkterapien i en faglig kontekst hvor den gjør seg stadig mer gjeldende (Helsedirektoratet, 2017). Således formidler jeg også kunnskap om hvordan musikkterapi kan brukes i rusfeltet.

1.2.1 Begreper

I masteroppgavens problemstilling, og i oppgaveteksten som sådan, beskjeftiger jeg meg med en rekke begreper som vil bli gjort rede for i mitt teorikapittel. Enkelte avklaringer tilknyttet problemstillingen krever også at noen begreper deles opp, da disse er sammensatte. Følgende ord i problemstillingen vil bli belyst: *rusbehandling, gruppe, musikkterapi og bedring*.

Før jeg går videre i oppgaven ønsker jeg å avklare at begrepet *pasient* sidestilles med tilsvarende begreper, som for eksempel *bruker* og *klient*. Alle disse begrepene blir forstått som synonyme i denne oppgaven. Tilknyttet intervjustudien jeg har gjennomført, vil pasienter bli referert til som *deltakere*³. Henvisninger til praksisprosjektet og musikkterapigruppen omfatter enkelte steder både prosjektets deltakere og andre pasienter. Begrepene *gruppemedlem, gruppe* og *medlem* brukes i denne sammenheng.

1.3 Gjennomføring av musikkterapipraksis

Mitt praksisprosjekt startet da jeg hadde min første dag ved BS. På forhånd var pasientene kun informert om min ankomst og min rolle som student i musikkterapi, ikke hva prosjektet ville gå ut på. Dette var et bevisst valg fra min side, slik at muligheten var til stede for at pasientene selv kunne bidra med forslag til musikkaktiviteter.

Jeg møtte pasientgruppen til et åpent oppstartsmøte denne første praksisdagen. Her fortalte jeg om meg selv, min bakgrunn, min foreløpige utdanning og hva jeg kunne tilby dem. Videre bad jeg hver enkelt å fortelle noe om seg selv, fortrinnsvis fornavn og musikalsk interesse. Dersom de hadde ønsker for samarbeidet med meg, oppmuntret jeg dem til å dele dette også. Avslutningsvis informerte jeg gruppen om at praksisen ville danne utgangspunktet for et forskningsprosjekt. Jeg påpekte at deltakelse i prosjektet var frivillig og at de ville få informasjon om dette ved en senere anledning. Responsen på dette møtet var generelt positiv, og flere pasienter sa at de gledet seg til oppstarten.

³ Deltakerbegrepet benyttes også når jeg tematiserer øvrig kvalitativ forskning.

1.3.1 Musikkterapigruppen

Selv om gruppen har vært et stødig element i musikkterapipraksisen, har antallet fremmøtte vært noe varierende. Dette gjenspeiler hverdagen ved BS slik det beskrives i denne teksten, da utskiftninger i pasientgruppen forekommer jevnlig. For mitt praksisopplegg har dette betydd at progresjonen i aktivitetene ofte har stoppet opp og blitt tilbakestilt til start. Dette har også medført at det har vært naturlig å betrakte opplegget som et frivillig tilbud uten bindende deltakelse.

Slik det gjenspeiles i deltakerutvalget⁴, bestod gruppen av mennesker med forskjellig opprinnelse og bakgrunn. Felles for gruppemedlemmene var deres myndighet. Musikalsk bakgrunn var også varierende, hvilket krevde et musikkterapitilbud det var lett å slenge seg med på.

1.3.2 Gruppeopplegget: to kjerner

Musikkterapien ved BS har jeg hovedsakelig basert på *improvisasjon* og *sangdeling*. Dette var et valg jeg tok fordi ingen i pasientgruppen hadde konkrete ønsker for innhold i tilbudet under oppstartsmøtet. Både improvisasjon og sangdeling er tilnærminger jeg selv ønsket å utforske, og i dette ligger en forutsetning om at aktivitetens innholdet kunne bli til underveis. Utforskning i denne sammenheng innebar altså at opplegget ikke var planlagt i detalj, men at aktivitetene skulle bygge på improvisasjon og sangdeling. Innholdet ville også nødvendigvis variere i tråd med hvem som møtte til gruppen og hvilken grad av initiativ gruppemedlemmer viste.

Berliner (1994) omtaler blant annet improvisasjon som en musikalsk kommunikasjonsform. Jeg forstår dette i relasjon til hvordan mennesker kommuniserer med hverandre i dagliglivet, gjennom (vanligvis) uforberedte samtaler. I denne oppgavens sammenheng er improvisasjon forstått som kommunikasjon mellom mennesker.

Wigram (2004) beskriver improvisasjon i musikkterapeutisk sammenheng, både som noe skapende og sårbart: ”Improvising is a process whereby one makes up music, and opens oneself to the subjective and objective criticism of the quality of that music” (s. 27). Improvisasjon kan sådan forstås som fritt og avhengig på samme tid. Vi står fritt til å lage det vi ønsker, men andres vurdering av det vi har laget veier tungt for oss.

⁴ Se delkapittel 3.4.2 *Deltakerne*.

Tønsberg & Hauge (2008) plasserer improvisasjon sentralt innen musikkterapi, og fremhever at musikalsk samspill blant annet kan danne struktur og enhet mellom mennesker. Improvisasjonen ved BS foregikk gjennom bruk av stemme, kropp og rytmeinstrumenter, og gruppens spontane uttrykk var i fokus. Øvelsene vi gjorde, hadde som mål å gi gruppemedlemmer ulike erfaringer av sitt eget kreative uttrykk i møte med andre. Et eksempel på slike øvelser er en jeg har kalt *Sirkeldialogisk improvisasjon*. Gruppen er da organisert i en sirkel, sittende. Alle har hvert sitt rytmeinstrument, og øvelsen går ut på at en rytmefigur sendes frem og tilbake mellom gruppemedlemmene. Hvordan rytmefiguren låter, er helt opp til den som først sender den ut.

Hedigan (2005) omtaler sangdeling som en innfallsvinkel til å utforske, og dele av, hvem man er i relasjon til andre mennesker. I musikkterapien ved BS inviterte jeg gruppemedlemmene til å vise frem musikk som betød noe for dem. Jeg åpnet blant annet for at de kunne fortelle om sin favorittartist, et konsertminne eller en person de forbinder med et bestemt musikkstykke. Som også Hedigan (2005) trekker frem, var det et poeng for meg å gjøre hvert enkelt lytteeksempel relevant for alle gruppemedlemmer. Dette løste jeg ved å invitere til dialog mellom den som delte musikken og de øvrige gruppemedlemmene. Flere benyttet denne anledningen blant annet til å gi oppløftende tilbakemeldinger, og si hva de selv relaterte seg til i musikken andre viste dem.

1.4 Litteratursøk

Søkemotorer benyttet i dette masterarbeidet inkluderer hovedsakelig disse: *Oria – NMH*, *NMH – Brage*, *ProQuest*, *WorldCat (FirstSearch)*, *Google Scholar*, *EBSCOHost* og *BORA – UiB*. Benyttede tidsskrifter er: *Nordic Journal of Music Therapy*, *Journal of Music Therapy*, *Musikkterapi*, *Musikterapi i Psykiatrien Online*, *Music Therapy Today* og *Psykologi – tidsskrift for Norsk Psykologforening*. Sentrale søkeord inkluderer: *substance*, *abuse*, *disorder*, *treatment*, *recovery*, *music*, *therapy* og *group*.

1.5 Disposisjon for masteroppgaven

Avslutningsvis i min innledning vil jeg gjøre rede for øvrig innhold og struktur i min oppgavetekst.

Med mitt *første kapittel* har jeg gitt en innføring i bakgrunnen for masterprosjektet, presentert min problemstilling, belyst noen sentrale begreper, beskrevet min egen praksis og

beskrevet rammer for mitt litteratursøk. I *andre kapittel* gjennomgår jeg teori som er relevant for min studie. Dette omfatter teori om rus, rusbehandling, musikk, musikkterapi, grupper, gruppeterapi og recovery. *Tredje kapittel* handler om mitt valg av forskningsdesign og metode. Her plasserer jeg min forskning i vitenskapsfilosofisk og vitenskapsteoretisk sammenheng, jeg beskriver prosess, forskningsetikk og dataforståelse tilknyttet datainnsamling, og jeg beskriver studiens deltakere. Videre gjør jeg rede for min valgte analysemetode og presenterer sentrale elementer i denne. Resultatene fra min analyse presenterer jeg i *fjerde kapittel*, mens *femte kapittel* inneholder en drøfting hvor jeg trekker linjer mellom resultatene og relevante teoretiske perspektiver. Drøftingen inneholder også kritiske perspektiver på valgt forsknings- og analysemetode, samt mine tanker om videre forskning og praksis. En konklusjon hvor problemstillingen besvares basert på min forskning, har jeg plassert i *sjette kapittel*. Oppgaveteksten avsluttes i *syvende kapittel* med en kort oppsummering.

2 TEORI

I det følgende presenteres teoretiske perspektiver på rus, rusbehandling, musikk, musikkterapi, grupper, gruppeterapi og recovery. Teorikapittelets formål er å la relevant litteratur få belyse ulike temaer jeg knytter til masteroppgavens kontekst, samt danne et grunnlag for diskusjon opp mot mine analysefunn senere i oppgaveteksten.

2.1 Rus

Her vil jeg trekke frem noen kjennetegn og definisjoner ved rus, rusmisbruk og rusavhengighet. Senere vil jeg gjøre rede for rammer rundt rusbehandling i Norge i denne oppgavetekstens samtid. Rammene er sentrale for en forståelse av konteksten som mitt praksisprosjekt har foregått under.

2.1.1 Hva er rus?

Å være i *rus* kan forstås som en tilstand⁵ av eufori eller oppstemthet, hvilket blant annet kan knyttes til opplevelsen av forelskelse eller musikk på lik linje med opplevelsen av virkningen fra et kjemisk stoff (Nesvåg, 2012, s. 55). Siden rus også kan forstås som noe mer enn denne virkningen, bruker vi i Norge begrepet *rusmiddel* som en samlebetegnelse for alkohol, narkotika og legemidler som kan virke vanedannende (Nesvåg, 2012).

2.1.2 Hva er rusmisbruk?

Fra flere teoretiske ståsteder omtales begrepene *intoksikasjon* og *skadelig bruk* av rusmidler (Hole, 2014; Lossius, 2011; Nesvåg, 2012). Intoksikasjon handler om det enkelte inntak av et rusmiddel og virkningene av dette, mens skadelig bruk først forekommer når inntaket leder til en skade av psykisk eller fysisk art. Det kan altså være varierende i hvor stor grad inntaket av et rusmiddel er skadelig. Skaden som oppstår kan også ha en sosial dimensjon, den kan altså ramme individets omgivelser så vel som individet selv (Nesvåg, 2012). Selve *misbruken* av rusmidler innebærer dermed konsekvenser av bruk utover den opplevelsen inntaket gir.

⁵ Se <https://sml.sn.no/rus> for ordet *tilstand* brukt i selve definisjonen av rusbegrepet.

2.1.3 Hva er rusavhengighet?

Avhengighet, eller et avhengighetssyndrom, er av Statens helsetilsyn (1999) definert slik: ”Spektrum av fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomener der bruken av en substans får høyere prioritet for en gitt person enn annen atferd som tidligere var av stor verdi” (s. 39).

Hole (2014) nevner blant annet ”mangelfull kontroll, økende likegyldighet og fortsatt bruk til tross for skadelige konsekvenser” (s. 19) som kjennetegn hos en avhengig person. Avhengighet til rusmidler knytter seg til *substans* forstått som et stoff (Svendsen, 2015a).

2.2 Rusbehandling i Norge – TSB

Rusreformen i Norge står som et vendepunkt for vårt helsevesens syn på rusavhengige og tilbudet de har krav på (Helsedepartementet, 2004; Hole, 2014). Gjennom reformen har behandlingen av rusavhengige blitt en del av spesialisthelsetjenesten, og blitt definert som *tverrfaglig spesialisert rusbehandling*⁶ (TSB) (Helsedirektoratet, 2015a). Et slikt behandlingstilbud er tverrfaglig i den forstand at både helsefaglige og sosialfaglige perspektiver er i fokus, og behandlingen forholder seg til satte krav på spesialistnivå (Sælør & Bjerknes, 2012). Gjennom et TSB-tilbud skal den enkelte pasient tilbys sosial-, psykolog-, og medisinfaglig kompetanse (Helsedirektoratet, 2015b), innen rammene av både dagbehandling, døgnbehandling og polikliniske tjenester (Helsedirektoratet, 2016b).

2.2.1 Noen begreper som fremheves i TSB

Helsedirektoratet (2012) sammenfatter samtidige ruslidelser og psykiske lidelser i begrepet *ROP-lidelse*. Definisjonen har oppstått som et resultat av en økende sammenheng mellom rusmiddelmissbruk og psykiske lidelser de siste tiårene (2012, s. 13), noe som gjør seg gjeldende innen TSB. ROP-definisjonen bidrar til en bred forståelse av mennesker som søker rusbehandling, da deres rusproblematikk ofte bygger på sammensatte utfordringer (Biong & Borg, 2016; Biong & Ytrehus, 2012).

Motivasjon knytter seg i konteksten rusbehandling til et møte mellom motstridende krefter i individet: en trang til rusmiddelbruk versus et ønske om gjenvunnet kontroll over eget liv (Hole, 2014). Sælør & Bjerknes (2012) plasserer begrepet motivasjon i sentrum av rusbehandling, og knytter det til endring av atferd. Dette formidler et tydelig budskap:

⁶ Omtalt i Rusreformen (Helsedepartementet, 2004, s. 4) som *tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelbruk*.

behandlingstilbudet er ikke lagt opp for å ”kurere” sine pasienter, men å tilrettelegge for at de kan hjelpe seg selv.

Hole (2014) skriver at *samarbeid* dreier seg om å fremme endring hos mennesker som opplever manglende kontroll og styring over eget liv. Forfatteren presiserer at behandlere skal tilrettelegge for at pasienter selv kan bidra til sin bedringsprosess, heller enn å stille som eksperter. Det er i lys av dette også viktig å presisere at min forståelse av bedringsprosesser knytter seg til endring. Slik jeg forstår Hole (2014), er endring en forutsetning for bedring.

2.2.2 Psykososial behandling i et biopsykososialt perspektiv

Johansen (2007, s. 271) foreslår begrepet ”psykososial/ psykoterapeutisk behandling” i TSB-sammenheng. Her fremmes et fokus på psykologiske prosesser og utfordringer hos pasienter med ROP-lidelser gjennom spesifisering av at behandlingen blant annet retter seg mot angstlidelser og sosiale ferdigheter.

Til grunn for psykososial behandling ligger blant annet et *biopsykososialt perspektiv* (Hole, 2014; Johansen & Bramness, 2012). Med dette begrepet søker Hole (2014) å gi en bred forståelse av rusproblemer: ”rusproblemer og rusmiddelavhengighet må forstås gjennom et samspill av biologiske, psykologiske og sosiale forhold og årsakssammenhenger” (s. 68). Sett fra et behandlingsståsted må hver enkelt pasient møtes med et tilbud som ivaretar alle disse sammenhengende forholdene (Johansen & Bramness, 2012). Det biopsykososiale perspektivet fremhever også behovet for tverrfaglig ekspertise, da det aksepterer at rusmiddelavhengighet er et mangesidet problem (Hole, 2014). *Motiverende intervju* (Hole, 2014; Helsedirektoratet, 2017) og *kognitiv-atferdsterapeutisk behandling* (Johansen & Bramness, 2012; Helsedirektoratet, 2017) er eksempler på tilnærminger som praktiseres innen rusbehandlingen.

2.2.3 Terapi innen TSB

Helsedirektoratet (2017) oppnevner blant annet miljøterapi, mentaliseringsbasert terapi og musikkterapi som tilnærminger i rusbehandling. Hole (2014) hevder at begrepene *terapi* og *behandling* kan forstås på samme måte innen rammene av rusbehandling, som: ”et relasjonelt, målrettet samarbeid for en tidsbegrenset periode mellom pasient og behandler, eventuelt også andre viktige personer, der de to har ulike roller i en kontekst” (s. 110). De nevnte tilnærmingene vil, i tråd med en slik forståelse, ha til felles at de skal bygge på delaktighet fra begge parter i behandlingen. Tilknyttet sin forståelse trekker Hole (2014) frem

brukermedvirkning som et sentralt element. Det er pasienten selv som kjenner sitt eget liv best, og behandleren skal praktisere behandlingen i dialog med pasienten (Hole, 2014).

2.3 Musikk

I det følgende vil jeg gjøre rede for min forståelse av ordet *musikk* i tilknytning til dette masterprosjektet.

2.3.1 Hva er musikk?

Ut fra hvordan jeg har erfart å møte pasienter gjennom mitt praksisprosjekt, samt hvordan jeg har observert samspillet i gruppen jeg har ledet, forstår jeg den musikkterapien jeg har tilbudt som en arena for *deltakelse*. Musikkterapi er ikke noe pasientene ved BS får, det er noe de *gjør*. Det de får, er *tilbudet* om musikkterapi. Gruppemedlemmene er aktive ved å dele av sine egne sanger og historier, gå i dialog med hverandre, spille sammen og reflektere sammen. I denne forbindelse ser jeg det som hensiktsmessig å definere musikk i tråd med begrepet *musicking*⁷ (Small, 1998). Her fremmes et overordnet syn på musikk som en *aktivitet*, blant annet slik: ”To music is to take part, in any capacity (. . .) by performing, by listening (. . .) or by dancing” (Small, 1998, s. 9).

Når Small presiserer musikkens fundamentale meningsinnhold, er det ikke *produkter* (slik som noter eller CD-plater) det vises til. Det er menneskelig *handling* (Small, 1998, s. 8). Musikk *er* handling. Som ovenfor nevnt kan denne handlingen utføres ved å spille og lytte, men også ved at man beveger kroppen. Det er en delbeskrivelse av Smalls begrep som gjør seg særlig relevant for musikkterapeutisk praksis, og dermed for mitt prosjekt. Innen mine rammer for musikkterapi inviteres mennesker til samhandling og kommunikasjon, uavhengig av deres *erfaringer* med å utøve musikk. Dette handler om å *ta del i* musikken, etter *enhver sin evne*.

2.3.2 Hva kan musikken tilby?

DeNora (2000) benytter begrepene *affordance* og *appropriation* i sin beskrivelse av hvordan musikken kan brukes av mennesker. Musikken *tilbyr* (*affords*) rom for handling og mening.

⁷ Pavlicevic (2003) har løftet Smalls begrep opp til et gruppenivå, og viser til ulike måter musikk kan *gjøres* i gruppekontekster.

Den må samtidig bli *benyttet (appropriated)* på en slik måte at den blir relevant for individet, slik DeNora (2000) forteller om ”Lucy” og hennes bruk av musikken til å regulere følelsesregisteret (s. 43). Av dette kan vi forstå at musikk inneholder en rekke muligheter, også for hvert enkelt menneske til å bruke den for å imøtekomme individuelle behov. *Agency* er et annet begrep som DeNora (2000) nevner, og som kan belyse de ovenfor nevnte begrepene ytterligere. Agens (Tønjum, 2015) omhandler blant annet kraften til å skape en forandring. DeNora (2000) hevder at musikk står i relasjon til menneskers sosiale liv, og kan påvirke vår agens i relasjon til andre og for oss selv (s. 20).

Gjennom egne studier har DeNora (2000) funnet at musikk har en betydelig innvirkning på mange aspekter av menneskers liv: ”Music is an active ingredient in the organization of self, the shifting of mood, energy level, conduct style, mode of attention and engagement with the world” (s. 61). Blant annet trekkes det linjer mellom musikk og vår evne til konsentrasjon, idet lytting kan stenge ute andre lyder og sådan kunne gi rom til å fokusere (DeNora, 2000, s. 58).

2.4 En definisjon av musikkterapi

Denne oppgaven støtter seg blant annet til Bruscias (2014) definisjon av musikkterapi⁸. Forfatterens detaljerte definisjon omtaler aktører i terapien, relasjoner mellom dem og prosessene de kan arbeide med. Den lyder slik: ”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” (Bruscia, 2014, s. 36).

Begrepet *helse* er av Ruud (2006) definert blant annet som en tilstand, en ressurs og en prosess. Her heter det at helse oppfattet som tilstand er noe mennesker *har* (enten vi er syke eller friske) (s. 19). Videre forklarer Ruud at helse oppfattet som ressurs kan knyttes til å nå mål man har satt seg, og at helse oppfattet som prosess innebærer at den kan påvirkes (skapes) (s. 20). *Bedring og bedringsprosess* (Landheim, et al., 2016) peker på at helse i et recovery-perspektiv forstås som ressurs og prosess, slik vi skal se senere i dette kapittelet. Koblingen utgjør dermed en forståelse av helse som jeg knytter denne oppgaven til.

Bruscia trekker linjer mellom flere elementer i sin definisjon av helsebegrepet, eksempelvis ved at en *klient* betraktes som en person eller en gruppe som søker hjelp til å

⁸ Se også delkapittel 2.4.1 *Et humanistisk perspektiv*.

bearbeide helse relaterte målsettinger (Bruscia, 2014). *Terapeutbegrepet* knyttes til personen som hjelper klienten(e) i arbeid med målsettingene og er sentral i den *refleksive prosessen*. Terapeutens arbeid med forberedelse, utførelse og evaluering av sesjoner, refleksjon rundt praksis, samarbeid med klient og veiledning skal kontinuerlig bidra til et fokus på klientens behov og målsettinger i musikkterapi (Bruscia, 2014, s. 36). I musikkterapien brukes *musikken* aktivt, og musikk defineres her som en uttrykksform mennesker kan benytte seg av – dette kan gjøres i form av komponering, improvisasjon, gjengivelse og lytting (Bruscia, 2014, s. 41). Musikk kan skape rom for utforskning av relasjoner med andre, med en selv og med verden rundt, og relasjonsbygging i musikkterapi påvirkes av musikalske så vel som sosiale faktorer (Bruscia, 2014). Gjennom musikkterapi kan altså *endring* forekomme i selvet, i relasjon til andre og i et økologisk perspektiv. Musikalsk samhandling, eksempelvis samspill i et band, kan etter min mening bidra til å belyse endringsprosesser i terapien.

2.4.1 Et humanistisk perspektiv

Jeg ønsker i det følgende å belyse noen idéer som ligger til grunn for hvordan norske musikkterapeuter forholder seg til mennesker i musikkterapeutisk arbeid.

Norsk musikkterapi bygger på et humanistisk menneskesyn, som blant annet innebærer en tanke om at mennesket evner å ta styringen i eget liv (Ruud, 2008). Perspektivet gjør mennesket til aktør i eget liv, og musikkterapi i denne tradisjonen defineres av Ruud (1990) som ”bruk av musikk til å gi mennesker nye handlemuligheter” (s. 24). Gjennom et fokus på relasjon og kommunikasjon i musikalsk samspill, kan opplevelser av *vitalitet* (Trondalen, 2016) forekomme i situasjoner hvor mennesker skaper musikk. Som Ruud (2008) påpeker, kan vi se sammenhenger mellom musikalsk struktur og dannelse av mening. En humanistisk orientert musikkterapeut *kontekstualiserer* den enkelte klients terapi, eksempelvis ved å benytte personens egen historie med musikklytting som et utgangspunkt for samhandlingen (Ruud, 2008). En slik tankegang kan knyttes til sammenhenger mellom musikk og *identitet* (Ruud, 2013).

Yrkesetiske retningslinjer for musikkterapeuter i Norge (Musikernes Fellesorganisasjon [MFO], 2008) stadfester tidlig at humanistiske verdier skal respekteres. I sitt arbeid skal musikkterapeuten sørge for et likeverd i den terapeutiske relasjonen, blant annet ved å fremme medbestemmelse hos klienten (MFO, 2008, ingen sidetall).

2.4.2 Musikkterapi i et internasjonalt rusfelt

Blant engelskspråklige studier av musikkterapi i rusfeltet, kan Soshensky (2001) betraktes som en viktig forløper for nyere forskning om emnet. Studien er kalt *Music Therapy and Addiction*, og beskriver enkeltpersoners uttrykk og utvikling i både individualterapi (se Malt, 2016) og gruppeterapi. Forfatteren beskriver hvordan tilnærmingene *improvisasjon* og *sangskrivning* blir brukt for å gi klienter rom til å bli kjent med seg selv, engasjere seg for andre i gruppen, uttrykke følelser og sette seg mål i livet (2001, s. 47-48, 50). Soshensky argumenterer for at musikkterapiens formål i denne konteksten innebærer å bekrefte klientenes menneskelighet og deres rett til å få være som de er, samt å tilrettelegge for erfaringer av dette i en mellommenneskelig setting. At den enkelte kan realisere sine iboende ressurser, er en fremtredende nytteverdi av terapien beskrevet i denne teksten.

Abdollahnejad (2006) plasserer musikkterapi i en recovery-orientert behandlingsenhet innen rammene av et såkalt *terapeutisk fellesskap*. Her motiveres pasienter blant annet til å bruke gruppemusikkterapi som trening i å uttrykke følelser (2006, s. 323), gjennom et hovedfokus på *sangdeling* og *sangtekstanalyse* (s. 329). Studien beskriver at gruppediskusjoner ofte baseres rundt spørsmål forberedt av terapeut ved tekstanalyse, mens sangdelingen tar utgangspunkt i hva gruppemedlemmene selv deler (s. 328-329). Et sentralt element i rusbehandling slik det gjennomføres i studiens kontekst, er pasienters ansvar for medpasienters recovery-prosesser (s. 322). Det terapeutiske fellesskapet er en ramme som bygger på interaksjon og samarbeid, hvilket gjør gruppemusikkterapi til en relevant tilnærming i rusbehandlingen.

Aldridge & Fachner (2010) har samlet en rekke studier om musikkterapi og rus, blant annet Hedigans masteroppgave om emnet fra 2008. I teksten (Hedigan, 2010) beskrives forfatterens musikkterapipraksis med en gruppe i rusbehandling, hvor musikalske aktiviteter har som formål å fremme dialog mellom medlemmer (s. 43). Hedigan benytter *sangdeling* og *improvisasjon* som tilnærminger i sitt prosjekt. Spontane improvisasjoner på perkusjonsinstrumenter, samt deling av musikk som enkeltmedlemmer pleier å lytte til, er del av hver terapisesjon (s. 44). I fellesskap reflekterer gruppen over aktivitetene de har utført i den enkelte sesjon, hvor Hedigan utfordrer gruppen til å dele tanker og følelser med hverandre (s. 43). Hedigan undersøker om musikk kan bryte gjennom de vegger som rusavhengige ofte setter opp i møte med hjelpeapparatet, og om prosjektet sådan kan fremme autentiske og intime relasjoner mellom gruppemedlemmene (s. 35).

McFerran (2012) har formidlet brukeropplevelser tilknyttet et musikkterapiprosjekt for unge voksne innen rusavvenningsarbeid. Prosjektet og forfatterens refleksjoner rundt prosessen blir også beskrevet i teksten. Den er definert som en *case*-studie. Sangskrivning er en sentral metodetilnærming i denne studien, men også improvisasjon blir brukt. Forfatterens valg av tilnærming er fundert i en hypotese om at unge mennesker ofte lytter til musikk de knytter til sitt levde liv, og dermed kan være åpne for å dele sine erfaringer gjennom å formulere dem på denne måten (s. 31). Prosjektet søker å fremme identitet gjennom sangskrivning, kunnskap om identitetsutvikling, og teori om relasjoners betydning i terapi (s. 28). Unge mennesker i tekstens samtid møter på ulike sosiale utfordringer, og forfatteren hevder at fremføring av egenskrevet musikk kan ha innvirkning på fellesskapsopplevelser hos gruppemedlemmene (s. 39).

Som nevnt har Aldridge & Fachner (2010) gjort rede for flere vitenskapelige tekster om musikkterapi og rus. I tillegg har Bruscia (2012) samlet *case*-studier om emnet, deriblant McFerrans ovenfor nevnte prosjekt med unge voksne.

2.4.3 Norske studier om musikkterapi i rusfeltet

Her vil jeg begynne med å trekke frem relevant forskning om musikkterapi og rus hvor utvikling av praksis har stått sentralt. Jeg betrakter kunnskap generert fra praksiserfaringer som en sentral del av arbeidet med å knytte musikkterapien og rusfeltet til hverandre.

For utviklingen av musikkterapi innen dagens rusfelt i Norge, har Overå (2013) og Kristiansen (2013) vært viktige bidragsytere. Overå beskriver sitt prosjekt⁹ om gruppemusikkterapi på en avgiftningsenhet, hvor brukeropplevelser står sentralt. Kristiansen har forsket på musikkterapi, blant annet i gruppe, som del av TSB for rusavhengige. Begge prosjekter har dannet grunnlag for Helsedirektoratets anbefaling om bruk av musikkterapi innen norsk rusbehandling, samt oppnevning av musikkterapi ved avrusning (2017).

Solum (2016) har gjennomført et musikkterapiprosjekt som del av et rusfritt fritidstilbud for mennesker som jobber med å opprettholde en rusfri hverdag. Prosjektet har hatt en gruppe i fokus, og aktivitetene har blant annet hatt som mål å skape et trygt miljø for deling av følelser (s. 17). Blant litteraturstudier om musikkterapi og rusfeltet i nyere tid finner vi Bye (2015) og Johnsen (2016). Med fokus på individualterapi innen rammene av rusomsorg, har Rødland (2013) studert sangskrivningens betydning og relevans som metode.

⁹ Det dreier seg her om Overås egen masteroppgave fra 2012.

Fremheving av brukeres erfaringer har vært en sentral del av arbeidet med å få musikkterapi inn som del av behandlingen innen rusfeltet, slik det fremgår hos Dale, Kielland, Trondalen & Stige (2015). Artikkelen danner nok et grunnlag for Helsedirektoratets anbefaling om bruk av musikkterapi i rusbehandling, og bygger blant annet på intervjuer med brukere av rusbehandlingstilbud i Bergen og Fredrikstad i 2014 og 2015 (s. 20). Kielland, Stige & Trondalen (2013) har argumentert for bruken av musikkterapi i rusbehandling, blant annet gjennom et fokus på betydningen av gruppetilbud i behandlingssituasjoner. Forfatterne hevder at musikkterapi vil kunne bidra positivt i tverrfaglig arbeid hvor grupper står i fokus (s. 46).

2.5 Grupper og gruppeterapi

I forbindelse med studiens gruppefokus vil jeg presentere noen teoretiske perspektiver på fenomenet *gruppe* som jeg støtter meg til.

Kjølstad (2004) hevder at mennesker har et grunnleggende behov for tilhørighet i grupper, og fastslår at: ”vi som mennesker skapes av våre relasjoner, og vi skaper våre relasjoner” (s. 10). Dette sitatet er jeg tilhenger av fordi det presiserer at et menneske trenger andre mennesker, samtidig som det fremmer en tanke om at det enkelte menneske evner å forme sine relasjoner. Sitatet fremmer min identitet som selvstendig individ i en verden hvor jeg kan vokse på mine møter med andre mennesker. Videre nevner Kjølstad at deltakelse i en gruppe kan relateres til en iboende evne vi alle har: evnen til å ta medansvar for andres liv. Vi kan være til hjelp for andre, og vi kan bli *savnet* av andre, slik Nytingnes (2007) benevner.

En styrke ved å benytte grupper i terapeutiske kontekster er beskrevet av Yalom & Leszcz (2005, s. 6) gjennom bruken av ordet *universalitet* (se også Kjølstad, 2004, s. 42). Dette handler om at et medlem av en terapigruppe kan møte andre med problemer som likner hans egne, og på denne måten få opplevelsen av ikke å være alene om problemene sine. At et problem gjelder flere personer i en gruppe, åpner for et samarbeid om løsningen på dette, slik jeg forstår det. Kjølstad (2004) hevder at det å bidra til andres problemløsningsprosess kan virke positivt inn på eget selvbilde.

Terapeutiske grupper kan fungere godt som modeller for sosiale mønstre i det virkelige liv (Yalom & Leszcz, 2005), og dette peker mot en styrke i ordet *deltakelse*. Jeg mener at man deltar i en gruppe allerede ved å møte opp til en gruppesamling, og at man kan få et verdifullt læringsutbytte av å observere de sosiale interaksjonene som foregår der. Uttrykket *sosialt mikrokosmos*, som Yalom & Leszcz (2005) benytter, handler om at

terapigrupper kan gi et innblikk i sosiale mønstre som er representativt for hvordan disse dannes ute i verden. Innen rusbehandling stadfester Johansen & Bramness (2012, s. 131) at grupper ledes av en utdannet terapeut. Her vurderes innblikket i andre menneskers bedringsprosesser som en mulighet for den enkelte pasient til læring gjennom observasjon.

2.5.1 Musikk, musikkterapi og grupper

I boken *Groups In Music* omtaler Pavlicevic (2003) ulike perspektiver på musikk i en gruppekontekst. Denne boken rommer flere innfallsvinkler på bruken av musikk i grupper enn bare innen en musikkterapeutisk kontekst (s. 17), men benytter seg av termer som også er gjeldende for musikkterapien. Blant annet snakker forfatteren om tempoet i musikalsk samspill for å beskrive hvordan synkronisering i grupper kan foregå (s. 120). Musikken kan her betraktes som en måte for en gruppe å oppnå en slags samstemthet eller enighet på. Trondalens (2016) ord om *vitalitet* peker mot en forståelse av menneskers måte å henvende seg til verden og andre mennesker på, mens Pavlicevic (2013) beskriver hvordan man musikalsk kan imøtekomme en gruppes vitalitetsuttrykk. Eksempelvis kan en musikkterapeut begynne en sesjon med å synge en rolig sang for en tilsynelatende nedstemt gruppe. Pavlicevic påpeker videre at gruppen, inkludert den som synger i et slikt eksempel, mottar musikken og kan tone seg inn på den. Musikken kan altså ha en innvirkning på den gjeldende stemningen i en gruppe, og fungere samlende idet den blir et fokus for oppmerksomhet.

Hos Overå (2013) beskrives musikkterapi i gruppe tilknyttet pasienter på en avgiftningsenhet. Forfatteren påpeker at musikkterapi i denne sammenhengen kan løfte frem ressurser hos pasienter, eksempelvis kunnskap om ulike band og sjangre eller ferdigheter på et instrument (s. 21). Kjølstad (2004) skriver at en gruppe kan styrke individets motivasjon, blant annet ved å henvende seg til den enkeltes ressurser. Å fremme den enkeltes ressurser foran et terapeutisk fellesskap kan gi motivasjon for endring av livsstil, hvilket er et sentralt mål ved nevnte avgiftningsenhet (Overå, 2013, s. 22).

I en rapport om musikkterapeutilbudet i kommunalt rusarbeid i Fredrikstad (Kielland, 2015), omtales musikkaktivitet i gruppe som én av seks benyttede måter å legge opp en musikkterapitime på. Brukere av denne tilnærmingen til musikkterapi har gitt svært positive tilbakemeldinger på tilbudet de har fått (Kielland, 2015, s. 14).

2.6 Recovery

Innen psykisk helse som arbeidsområde har *recovery* blitt et stadig mer relevant begrep (Solli, Rolvsjord & Borg, 2013). Med en *recovery-orientert* praksis søker man å innlemme brukere av helsetjenesten til aktiv deltakelse og styring i egne *bedringsprosesser* (Biong & Borg, 2016). Hos Solli (2012) presenteres de to retningene *klinisk recovery* og *personlig recovery*, med et særlig fokus på sistnevnte. I min oppgave vil *recovery*-begrepet videre være knyttet til det personlige aspektet, som av Biong & Borg (2016) også vies en sosial dimensjon:

”Recovery som sosial og personlig prosess innebærer først og fremst å arbeide for tilhørighet i lokalmiljøet og finne fram til et liv utenfor problemene til tross for følelsesmessige og sosiale problemer” (s. 21). Recovery i denne sammenheng handler altså ikke først og fremst om å *bli kvitt* problemer, men å gi rom til å utforske hva livet kan by på som ikke har med disse problemene å gjøre¹⁰.

Tilknyttet *recovery* kan vi trekke inn et mer kjent og etablert begrep, *empowerment*, som på ulike måter dreier seg om å styrke individet som sosial aktør og medbestemmende i eget liv (Brendbekken, 2016; Solli, 2012). *Empowerment*-begrepet er plassert i terapeutisk kontekst av Rolvsjord (2004, s. 100), som hevder at terapi handler om å utvikle styrke og potensial så vel som å lege sykdom og løse problemer hos mennesker. *Empowerment* og *recovery* sammenliknes hos Askheim (2016), som hevder at begrepet *myndiggjøring* kan knyttes til definisjonen av begge disse begrepene.

Innen rammene av psykiatri hevder Yalom & Leszcz (2005) at *håp* er en sentral faktor som må ligge til grunn for at pasienter skal kunne engasjere seg i sin egen behandlingsprosess. Forfatterne presiserer at den sosiale dimensjonen av pasienttilværelsen ofte legger de beste rammene til grunn for håp og motivasjon i tidlige faser av behandling (2005, s. 109).

Hos Landheim et al. (2016) omtales *recovery* på norsk som *bedring*, og *bedring* i et tidsperspektiv som *bedringsprosess*. Som tidligere nevnt, knytter jeg oversettelsen til en forståelse av helse. Videre vil jeg bruke denne oversettelsen synonymt med *recovery*-begrepet, slik også oppgavens problemstilling indikerer.

¹⁰ For deltakerne i denne studien kan dette eksempelvis dreie seg om den enkeltes tilhørighet til musikkterapigruppen han har vært en del av, og hva dette kan ha gitt ham.

2.6.1 Recovery-begrepet tilknyttet rusfeltet

Landheim (2016) knytter oppnåelse av bedring i et rusproblemperspektiv til flere faktorer. Med fokus på selve rusmiddelbruken kan bedring være oppnådd eksempelvis ved at rusmiddelet nyttes sjeldnere eller aldri. Overordnet dette fremhever Landheim (2016) opplevelsen av at livet er blitt bedre, med eller uten rusmidler, som et sentralt tegn på at bedring er oppnådd.

Lauveng (2016) argumenterer for at en recovery-tenkning tilknyttet ROP-lidelser fordrer et behandlingstilbud tilpasset den enkelte klient. En behandlingssituasjon skal romme mer enn det som skjer i behandlingsrommet, og Lauveng (2016) påpeker at utvikling og vekst, innhold og mening i hverdagen, og opplevelsen av å bli sett på som en unik person er vel så sentrale temaer i bedringsprosesser som det å komme seg fra sykdom (s. 172).

Innen rusbehandling står *brukermedvirkning* stadig på agendaen for hvordan en hensiktsmessig behandlingsform skal struktureres (Helsedirektoratet, 2012). Gjermo, Lømo & Lundgaard (2007) fremmer brukermedvirkning gjennom et fokus på individualitet, forstått som at hvert enkelt menneske stiller med en helt unik opplevelse av sin virkelighet. Ved at en bedringsprosess innebærer å styrke mennesker til å ta valg for egen situasjon, er det nødvendig at implementering av brukermedvirkning ligger til grunn for en recovery-orientert rusbehandling.

Nytingnes (2007) kan vise til recovery-forskning på brukervurderinger av tjenester, og presiserer at ekte og varige relasjoner blir vurdert som viktig i denne sammenheng. Viktigheten av å bli møtt som *menneske* kan i aller høyeste grad knyttes til rusfeltet, slik det fremgår av Rusreformen (Helsedepartementet, 2004). Her kreves det at: ”rusmiddelavhengige gis fri behandling og at de som gruppe og enkeltindivider frigjøres fra det nedverdiggende og stigmatiserende klientstempelet de hittil har hatt” (s. 15).

2.6.2 Recovery-begrepet tilknyttet forskning på musikkterapi

Solli & Rolvsjord (2008) beskriver hvordan en recovery-orientering innen psykisk helsevern innebærer et arbeid med å *koble på* og integrere pasienter sosialt, gjennom deltakelse i musikkaktiviteter. Forfatterne argumenterer for at musikalsk samspill gir pasienter mulighet til å trene på relasjonelle og kommunikative ferdigheter (2008, s. 13). Dette gjenspeiler tanken om personlig (sosial) recovery som jeg har nevnt. Regulering av følelser gjennom selektiv musikklytting knyttes til recovery-begrepet av Skånland (2013) og Beckmann (2013).

Solli (2014, 2012) har rettet et særstilt fokus mot recovery innen musikkterapeutisk forskning. I sin doktorgradsavhandling betrakter Solli en recovery-orientert musikkterapi i arbeid med mennesker diagnostisert med schizofreni, hvor musikkterapien blant annet gir klienter styrket motivasjon og håp i tilværelsen (Universitetet i Bergen, 2014). Personlige og sosiale bedringsprosesser står sentralt i Sollis (2012) forskning på musikkterapi med en kvinne med psykoselidelse. Forskningen fremmer personlig recovery som en viktig del av behandlingstilbudet innen psykisk helsevern, idet dette bedringsfokuset utfordrer et gjeldende ”medisinsk paradigme som i så stor grad fokuserer på feil og mangler” (Solli, 2012, s. 38).

Relatert til recovery-perspektivet finner vi *ressursorientert* musikkterapi (Rolvjord, 2007, 2008) og *samfunnsmusikkterapi* (*community music therapy*) (Stige, 2008; Stige & Aarø, 2012). Ved ressursorientering arbeider musikkterapeuten for å fremme styrker og ressurser hos klienten, slik at klienten blant annet kan ”mestre eller takle motgang og sykdom” (Rolvjord, 2008, s. 126). Mestring av et instrument eller ferdigstilling av en sangtekst, basert på ønsker og motivasjon hos klienten selv, kan være konkrete eksempler på et slikt arbeid. Ressursorientert musikkterapi i en behandlingssituasjon innebærer blant annet et fokus på forhold rundt selve sykdommen (eller problemet) og behandlingen (Rolvjord, 2008). Gjennom sin egen doktorgradsavhandling har Rolvsjord (2007) også funnet at ressursorienteringen fremmer selvbestemmelse hos klienter, og begrepet *empowerment* blir brukt i denne sammenheng (s. 226). I forlengelsen av Ruuds (1990) definisjon av musikkterapi, har ressursorientering også blitt gitt en toneangivende status av Kielland et al. (2013): ”Musikkterapi gir muligheter for utvikling og endring gjennom et musikalsk, ressursorientert og mellommenneskelig samarbeid” (s. 43).

Stige (2008) omtaler samfunnsmusikkterapi som et praksisfelt hvor individet gis muligheter til samarbeid og samspill med sitt sosiale miljø, og hvor utgangspunktet er individets egen opplevelse av sine problemer og ressurser (s. 147). Musikalsk samhandling bidrar altså til å gi individet en plass i sin sosiale kontekst. Selv om samfunnsmusikkterapi beskjeftiger seg med sosiale miljøer *utenfor* behandlingssituasjoner, er idéen om samspillet mellom individ og gruppe like fullt relevant innen denne oppgavens kontekst¹¹.

¹¹ Se delkapittel 2.2.1 *Noen begreper som fremheves i TSB*.

3 METODE

I det følgende presenteres et metodekapittel strukturert med inspirasjon fra Smith, Flowers & Larkin (2009) sitt forslag til oppsettet av en interpretativ fenomenologisk analysestudie¹². Her plasserer jeg mitt prosjekt i vitenskapsfilosofisk og vitenskapsteoretisk kontekst, jeg beskriver mitt forskningsdesign, og jeg redegjør for min forståelse av data. Videre redegjør jeg for min datainnsamling, forskningsetikk og mitt valg av analysemetode.

3.1 Vitenskapsfilosofi

I tråd med blant andre Thornquists (2014) definisjon av to sentrale vitenskapsfilosofiske begreper, vil jeg i det følgende gjøre rede for mitt syn på kunnskap og hvordan kunnskap har blitt skaffet i arbeidet med denne oppgaven:

Ontologi dreier seg om essensen av fenomener – det er læren om hva som finnes og hva som er de grunnleggende elementene i det som finnes (Thornquist, 2014; Fosshagen, 2014; Ruud, 2005). Som et eksempel kan man stille spørsmålet: ”hva er et tre?”.

Begrepet *epistemologi* handler i følge Thornquist (2014) om en søken etter sannhet og gyldighet. I forbindelse med kvalitativ intervjuforskning legger Kvale & Brinkmann (2015) samtalen til grunn for produsert kunnskap (*episteme*). Ruud (2005) plasserer epistemologiske spørsmål i forkant av ontologiske spørsmål ved at man trekker linjer fra det som finnes til de menneskelige tankene om det. Epistemologisk kan man dermed spørre seg: ”hva er kunnskap, og hvordan går jeg frem for å tilegne meg denne kunnskapen?”.

Datagrunnlaget for denne masteroppgaven ligger i intervju. Kunnskapen jeg søker, eksisterer i form av menneskelig refleksjon rundt levde erfaringer. I mitt forskningsprosjekt erkjenner jeg at det som finnes – eller det som er virkelig – også omfatter tanker og meninger. Jeg aksepterer at sannhet kan være et subjektivt fenomen, fordi studiens deltakere behersker den fremste kunnskapen om sine egne opplevelser av musikkterapien de har erfart. For å tilegne meg kunnskap om deres opplevelser, må jeg altså spørre dem.

Jeg vil også tilføye at jeg selv, i ulike roller, har vært aktivt deltakende i musikkterapiprosjektet jeg har gjennomført. Som *gruppedlem* har jeg utført aktiviteter på lik linje med andre medlemmer. Som *terapeut* har jeg ledet gruppen, informert om aktiviteter og gjort medlemmer oppmerksomme på terapeutisk verdi av aktivitetene vi har gjort. Fordi jeg ikke studerer prosjektet utenfra, men stiller med min egen opplevelse av det, ser jeg det

¹² Smith et al. (2009) forsvarer denne blant annet ved å presisere hvor sentralt analysen står i en slik studie.

som naturlig å akseptere at også jeg har kunnskap om det. Denne kunnskapen vil jeg hevde å ha tilegnet meg i rollen som *forsker*, gjennom *deltakende observasjon*¹³. Sannhet vil dermed også bygge på mine egne erfaringer i denne sammenhengen.

3.2 Kvalitativ metode

Malt (2015) har definert *kvalitativ* forskning som en metode hvor forståelse av sammenhenger hos individet vektlegges. Forfatteren skiller dette fra *kvantitativ* forskning, hvor man blant annet fokuserer på tellestudier av kjennetegn i større grupper. Av dette kan vi forstå at kvalitative studier, som en motsetning, beskjeftiger seg med et relativt lite antall deltakere. Ifølge Smith et al. (2009) spør man i kvalitativ forskning etter hvordan mennesker gjør mening ut av det som skjer. Forskeren søker å forstå individets tanker og følelser og danne hypoteser på bakgrunn av disse, som den kvantitative forskningen deretter (eventuelt) kan prøve ut med et større antall deltakere (Malt, 2015).

Min studie betrakter jeg som kvalitativt fundert, og dette begrunner jeg med at min problemstilling først og fremst etterspør menneskers opplevelser. Dens andre ledd legger grunnlag for mulige hypoteser basert på svar fra intervjuene. Jeg har et relativt lite utvalg deltakere til min studie, hvilket muliggjør å kunne gå i dybden i den enkeltes subjektive opplevelser av musikkterapi. Antall deltakere samsvarer også med et foreslått omfang i Smith et al. (2009) sin kvalitativt funderte analysestudie.

3.2.1 Fenomenologi og hermeneutikk

Min kvalitative studie bygger på elementer fra to vitenskapsteoretiske retninger. I det følgende vil jeg redegjøre for disse og knytte dem til studiens kontekst.

Thornquist (2014) presenterer *fenomenologi* som en tilnærming til forskning hvor individets subjektive opplevelse av verden står sentralt. Kilden til *kunnskap* om verden ligger altså i subjektets erfaring av den. Av dette kan vi forstå en slik kunnskap som noe iboende hos mennesker, og som noe vi kan tilegne oss gjennom å gå i dialog med dem. Fenomenologisk forskning beskjeftiger seg med begrepet *livsverden* – virkeligheten som hvert menneske lever i og erfarer (Svendsen, 2015b). Livsverden er grunnlaget for vitenskapen i fenomenologien (Thornquist, 2014).

¹³ Se delkapittel 3.4.6 *Deltakende observasjon*.

Hermeneutikk dreier seg om fortolkning innen forskning, ved at forskeren aksepterer og er seg bevisst den forforståelsen han har med seg i sitt arbeid (Thornquist, 2014). Innen hermeneutisk forskning er man opptatt av å tolke den helheten man beskjeftiger seg med ut i fra delene den er satt sammen av (og vice versa), frem og tilbake i den såkalte 'hermeneutiske spiral' (Thornquist, 2014; Alnes, 2015).

I denne studien benytter jeg en analyseform som bygger både på hermeneutikk og fenomenologi. Metodologien *hermeneutisk fenomenologi* presenteres av van Manen (1997), og innebærer samsvarende prinsipper til Smith et al. (2009) sin *interpretative fenomenologiske analyse*¹⁴. Blant annet omhandler dette at forskeren er opptatt av å la tingene snakke for seg selv, samtidig som det aksepteres at fenomener nødvendigvis vil tolkes (van Manen, 1997). Mitt fenomenologiske arbeid med studien omfatter både forberedelser, gjennomføring og etterarbeid tilknyttet intervju. Jeg har bygget min intervjuguide på det jeg betrakter som åpne spørsmål, hvilket jeg igjen mener at støtter opp under Kvale & Brinkmanns (2015) beskrivelse av formål med et kvalitativt forskningsintervju. Målet mitt er at hver deltaker, på sin egen måte og med sitt individuelle perspektiv, skal kunne stå fritt til å velge hvordan disse spørsmålene skal besvares. Under transkripsjons- og analysearbeidet med intervjuene har jeg forsøkt å presentere hver deltakers utsagn slik de ble uttalt i sin opprinnelige form. På denne måten mener jeg at deltakerens livsverden plasseres forut for den kunnskapen som forskningen skal generere (Thornquist, 2014). En hermeneutisk dimensjon av min forskning kommer frem i mitt analysearbeid¹⁵. Presentasjon av analysefunn foregår med forskeren (meg) som bindeledd mellom deltaker og oppgavetekst, hvor hvert synspunkt hos den enkelte deltaker er en *del* jeg plasserer i en større *helhet*. Jeg trekker også med dette linjer til den hermeneutiske spiral (Thornquist, 2014; Alnes, 2015).

3.2.2 Grounded Theory og forståelsen av begrepet *data*

Jeg vil her gjøre kort rede for hva jeg forstår som *data* i min forskning.

Den kvalitative metoden *Grounded Theory* (GT) (Ellingson & Borofka, 2014) fremmer en forståelse av *data* som er relevant for min studie. GT er en egen oppgavemetode, og det er derfor viktig å presisere at denne ikke er benyttet i min studie. *Sosial interaksjon* blir innen GT betraktet som en kilde til data hos Alvesson & Sköldbberg (2009). Jeg knytter min

¹⁴ Se delkapittel 3.3 *Forskningsdesign: Interpretativ fenomenologisk analyse*.

¹⁵ Se kapittel 4 *RESULTATER*.

studie til denne dataforståelsen, som igjen trekker linjer til fenomenologi og det tidligere nevnte begrepet *livsverden*.

3.3 Forskningsdesign: Interpretativ fenomenologisk analyse

Smith et al. (2009) foreslår *Interpretativ fenomenologisk analyse* (IPA¹⁶) både som analysemetode og som forskningsdesign for en studie. Hovedvekten tillegges naturlig nok analysearbeid og tilhørende diskusjon, mens man benytter et metodekapittel til å gjennomgå hva man faktisk har *gjort* for å komme frem til analysefunn (Smith et al., 2009).

Jeg har valgt å la meg inspirere av den foreslåtte strukturen for en *IPA-studie*, blant annet ved at denne retter fokus mot to elementer som også er sentrale i mitt prosjekt – en beskrivelse av noe som har blitt utført i praksis, og et datamateriale som bygger på menneskers subjektive opplevelser av verden (Smith et al., 2009). Praksisen jeg har gjennomført danner grunnlaget for studien, og svarene på hva min praksis har ført med seg ligger hos deltakerne. Jeg opplever at IPA som studiestruktur gir tilstrekkelig plass til at deltakernes stemmer kan komme tydelig frem, hvilket er viktig for besvarelsen av min problemstilling. Trondalen (2016) plasserer fenomenologi og hermeneutikk i en musikkterapeutisk forskningskontekst ved å hevde at de begge beskjeftiger seg med søken etter mening. Forfatteren fremhever både musikkterapeutens stemme i uttrykk for meningsopplevelser i terapi, og musikkterapeutens stemme i tolkningen av uttrykket.

Smith (et al., 2009) omtaler IPA som en passende forskningsmetode til studier hvor forskeren er opptatt av den mening mennesker tillegger sine egne erfaringer. Med en IPA-studie søker man å forene uttalelser fra et deltakerutvalg med forskerens egne tanker og meninger rundt et tema. Fenomenologien retter oppmerksomhet mot hvordan fenomener oppfattes av mennesket (Thornquist, 2014). Dette innebærer å møte mennesket i øyeblikket hvor oppfattelsen dannes, hvilket jeg som forsker har gjort i mitt intervjuarbeid. IPAs fenomenologiske element kommer dermed i forskningens første rekke, sett i et tidsperspektiv. Dernest følger den interpretative analysen av intervjuene, hvor forskerens egne tanker påvirker meningsdanning av innsamlet (her: innspilt og transkribert) datamateriale. Smith (et al., 2009) benytter begrepet *dobbel hermeneutikk* om IPAs forening av deltakerens og forskerens meningsdanning. I første rekke kommer deltakerens meninger om et tema. Deretter

¹⁶ Interpretative Phenomenological Analysis (Smith et al., 2009).

innlemmes en hermeneutisk dimensjon av forskningsarbeidet ved at forskeren tillegger sin meningsdanning til hva deltakeren har sagt¹⁷ (Smith et al., 2009).

3.4 Datainnsamling

Som nevnt, står intervju sentralt i denne studien. I det følgende presenteres metodetilnæringer inspirert av Smiths (et al., 2009) beskrivelse av en IPA-studie¹⁸. Jeg vil gjøre rede for mitt deltakerutvalg til studien, for arbeidsprosessen tilknyttet intervju, og for min deltakende observasjons rolle i forskningen.

3.4.1 Beskrivelse av prosessen frem mot deltakerutvalget

Gjennom min studie ønsket jeg på forhånd å utforske subjektive opplevelser av deltakelse i gruppemusikkterapi. Mitt valg av en slik innfallsvinkel bygger på en interesse for individuelle synspunkter hos deltakerne¹⁹. Jeg var opptatt av å finne ut hva den enkelte deltaker tenkte for seg selv om det tilbudet han eller hun hadde benyttet seg av. Dette gjorde at *fokusgruppeintervju* ble uaktuelt for meg, da denne metoden legger opp til innblikk i mange ulike synspunkter fra flere deltakere samtidig (Kvale & Brinkmann, 2015). Individuelle intervjusituasjoner legger kanskje større press på den enkelte deltaker ved at han alene må levere svarene intervjueren søker. Samtidig kan denne intervjusettingen generere dypere innsikt i den enkeltes opplevelser, ved at han ikke påvirkes av andre deltakers synspunkter.

Anbefalt antall deltakere til en IPA-studie som min er mellom tre og seks, og man beskjeftiger seg oftest med et relativt homogent utvalg (Smith et al., 2009, s. 51). Mine deltakere er et relativt homogent utvalg i den forstand at de er pasienter ved BS. På samme tid er de både menn og kvinner, av norsk og av utenlandsk opprinnelse, og gruppe medlemmer i musikkterapi under ulike perioder.

Jeg gjorde på forhånd en avgrensning til at utvalget skulle bestå av personer som ofte var aktive i gruppediskusjoner under musikkterapisesjonene. Hver av deltakerne ble invitert til prosjektet i fortrolighet, kun med meg til stede. Jeg oppfordret dem etter tur til en samtale med meg etter en musikkterapisesjon, hvor jeg presenterte prosjektet og mitt ønske om deres deltakelse i det. Alle potensielle deltakerne fikk presentert et informasjonsskriv med

¹⁷ Se kapittel 5 *DRØFTING*.

¹⁸ Smith et al. (2009) tilbyr en steg-for-steg-guide til strukturen av et metodekapittel, hvor forskeren blant annet kan redegjøre for hva slags feltarbeid forskningen har omfattet.

¹⁹ Synspunkter fra en gruppe kan også være spennende å utforske, men et fokus på begge deler ville blitt for omfattende for meg.

tilhørende samtykkeerklæring²⁰. Dette opplyste jeg dem om at de kunne ta vare på en stund, dersom de var usikre på om de ønsket å delta.

3.4.2 Deltakerne

Studiens deltakere har jeg kalt *D1*, *D2*, *D3* og *D4*, hvor *D* står for ”deltaker”. Tallet hver deltaker har fått, er ordnet etter tidspunktet da intervjuet ble gjennomført²¹.

D1 er en mann i 30-årene av norsk opprinnelse, som var med på musikkterapi våren 2016. Han er glad i musikk og omtaler ofte sin musikksmak som bred. *D1* identifiserer seg også med rollen som utøver. Han spiller bass og gitar.

D2 er en kvinne i 30-årene av norsk opprinnelse, som var med på musikkterapi våren 2016. I sitt intervju forteller hun at musikken betyr mye i hennes liv. Hun lytter mye på fritiden og går på konserter, men identifiserer seg ikke som utøver.

D3 er en mann i 20-årene av utenlandsk opprinnelse, som var med på musikkterapi høsten 2016. Han har lyttet til, og hatt et nært forhold til, musikk siden han var svært ung. I tillegg forteller han at han spiller gitar.

D4 er en kvinne i 30-årene av norsk opprinnelse, som var med på musikkterapi høsten 2016. Hun beskriver et ambivalent forhold til musikk, og plasserer musikken i nær tilknytning til følelser. Hun identifiserer seg ikke som utøver.

3.4.3 Semistrukturert intervju

Musikkterapien ved BS ble implementert som en fast, ukentlig del av timeplanen. I tidsrommet som tilbudet fylte, ble andre tilbud for pasienter ryddet bort. Med andre ord, musikkterapi var tenkt å skulle være en del av alle pasienters hverdag. Dette knytter jeg til *semistrukturert livsverdenintervju*, definert av Kvale & Brinkmann (2015) som:

”En planlagt og fleksibel samtale som har som formål å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden med henblikk på fortolkning av meningen med de fenomener som blir beskrevet” (s. 357).

Fra det ovenfor nevnte uttrykket kreves en kort redegjørelse, fortrinnsvis av begrepet *semistrukturert*. Det omhandler selve flyten og fremgangen i en samtale mellom parter, og plasserer intervjuet et sted mellom en åpen samtale og en lukket besvarelse av et spørreskjema

²⁰ Se Vedlegg 4: Forespørsel og samtykke til prosjektdeltakelse.

²¹ *D1* var altså den av deltakerne jeg først intervjuet, og *D4* den siste.

(Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46). Samtalene mellom mine deltakere og meg har dreid seg rundt en intervjuguide²², og denne er relevant for en slik type intervju. *Livsverden*-begrepet har jeg omtalt tidligere. Jeg vil likevel presisere at begrepet blant annet skal hjelpe forskeren i hans søken etter å gjenfortelle intervjupersoners budskap så fordomsfritt som mulig (Kvale & Brinkmann, 2015). *Min livsverden* er min egen og består av min opplevelse av møter med verden i dagliglivet, og kunnskap kan hentes ut fra min forståelse av den verden jeg opplever (Kvale & Brinkmann, 2015).

Med tanke på fremgangen og flyten i intervjusamtalen har det semistrukturerte livsverdenintervju et definert særpreg ved sin fleksibilitet, som for meg opplevdes svært befriende. I rollen som intervjuer står man fritt til å befri seg litt fra ”manuset” sitt, ved at strukturen i intervjuet kan tilpasses den unike intervjusituasjonen man er i. Kvale & Brinkmann (2015) belyser hvordan denne holdningen til en intervjuguide også muliggjør å følge opp uttalelser man finner interessante hos intervjupersonen: ”Det [semistrukturerte livsverdenintervju] er samtidig preget av åpenhet når det gjelder endringer i rekkefølgen og formuleringen (. . .) så man kan forfølge de spesifikke svarene som gis” (s. 156-157).

Et ’henblikk på fortolkning’ passer svært godt med mitt oppgaveformål. Jeg er ute etter å plassere deltakeropplevelser i en faglig diskusjon om musikkterapi og rusfeltet, hvor jeg tillegger mitt datautvalg en meningsfunksjon. Intervjuanalysen min har hatt som mål å gjøre *mening* av de deltakersvarene jeg har fått, og i dette arbeidet ligger det en hermeneutisk forankring. Med fokus på den enkelte intervjusamtale finner jeg som forsker mening og betydning utover det som blir uttalt (Kvale & Brinkmann, 2015). Samtidig skal min analyse trekke linjer mellom ulike intervju og knytte dem sammen til en helhet. Kvale & Brinkmann (2015) presenterer en rekke prinsipper for hermeneutisk fortolkning, deriblant denne frem-og-tilbake-prosessen. Helheten kan være uklar og vanskelig å få tak i, men fortolkningen av delene setter den i stadig nytt lys.

3.4.4 Prøveintervju

Jeg har aldri før gjennomført en intervjustudie av et slikt omfang som dette, så jeg gikk inn for å skaffe meg intervjuerfaring tidlig i arbeidsprosessen. På denne måten kunne jeg ta en vurdering av meg selv i rollen som intervjuer, gjøre meg opp meninger om hvordan spørsmålene mine ville mottas av andre, samt få et begrep om tidsbruk.

²² Se Vedlegg 2: *Intervjuguide*

Jeg oppsøkte en pasient i musikkterapigruppa ved BS og bad om et prøveintervju. Jeg forklarte at dette var for treningens skyld, og at innsamlet materiale herfra *ikke* ville bli brukt i masteroppgaven. Til intervjuet strukturerte jeg en veiledende intervjuguide med nedskrevne spørsmål til pasienten. Jeg gjorde et lydopptak av prøveintervjuet og laget en transkripsjon i etterkant. Dette gav meg nyttig informasjon om arbeidsomfanget av transkribering. Slikt arbeid fant jeg tidkrevende – et innspilt intervju som varte 20-30 minutter tok meg 3-4 timer å transkribere. I denne fasen av arbeidet var dette nyttig kunnskap å ha. Jeg ønsket jo å gjøre flere intervju, og arbeidsprosessen med prøveintervjuet gjorde meg bevisst på hva jeg hadde i vente. I tillegg kunne jeg gjøre vurderinger av hvordan mine spørsmålsformuleringer hadde blitt mottatt. Jeg oppfattet enkelte spørsmål som noe ledende, for eksempel dette:

Syns du at det du har lært og opplevd i musikkterapien er nyttig for deg i din hverdag?

For å komme nærmere min valgte analyseprofil, trengte jeg mer åpne og undrende formuleringer. Jeg ønsket å tenke mer i slike baner som her:

Hva betyr musikklytting for deg i hverdagen?

I dette eksempelet trekker jeg frem en aktivitet tilknyttet musikkterapi, samtidig som spørsmålet utelater konkrete forventninger til hva svaret skal inneholde. Min endelige intervjuguide mener jeg at preges av åpenhet i mye større grad. Videre følger to av dens spørsmålsformuleringer, som belyser dette på hver sin måte:

Hvordan har det vært for deg å være med på musikkterapi?

Innholdet i spørsmålet bygger på et faktum det ikke rår noen tvil om: pasienten har vært med på musikkterapi. Den fundamentale åpenheten kommer frem i bruken av spørreordet ”hvordan”, og spørsmålet blir mulig å svare på ved at det handler om ”deg” – pasienten selv. Videre ser vi et spørsmål som også omhandler medpasienter:

Hvordan har det vært for deg å snakke om andres sanger i gruppa?

Igjen er det snakk om klare fakta. Det *har* vært andre mennesker tilstede i gruppa, og flere av disse har delt sanger. Likevel: formuleringene ”hvordan” og ”for deg” er åpne og fremmer deltakerens *egen* opplevelse av dette.

3.4.5 Intervjuprosess

I det følgende beskrives min endelige intervjuform, som jeg utførte på samme måte for hvert intervju. Jeg gjorde ett intervju med hver pasient, og hvert intervju varte mellom 20 og 30 minutter.

Deltakeren og jeg møttes og avsatte tidspunkt for intervjuet. Dette ble gjort flere dager i forkant, slik at vedkommende skulle få forberede seg på egenhånd. Til selve intervjuet booket jeg rommet hvor musikkterapien hadde foregått²³ – jeg ønsket å legge så kjente og trygge rammer til grunn for samtalen som mulig. Hele intervjusamtalen ble spilt inn på en lydopptaker. Jeg benyttet en opptaker av god kvalitet²⁴, slik at datamaterialet skulle være lett å oppfatte under transkriberingen.

Transkripsjoner av hvert intervju ble laget på NMH²⁵. Som en standard teknikk førte jeg løpende tekst inn i en tabell, slik at det ble visuelt tydelig hvilke replikker som tilhørte hvem. Følgende figur illustrerer dette:

AF	D2
Hvordan har det vært for deg å improvisere... med musikkinstrumenter?	Flaut med en gang, men allikevel så har det òg... ordna seg da, vet du.

Figur 2: Utdrag fra intervjutranskripsjon

Siden hvert intervju begynte med at jeg stilte deltakeren et spørsmål, falt det naturlig å begynne hver ny tekstboks med mine replikker under transkriberingen. I mitt resultatkapittel er sitatene presentert i løpende tekst:

²³ En TV-stue i kjelleretasjen ved BS.

²⁴ ZOOM H4n, en bærbar lydopptaker.

²⁵ Se Vedlegg 3: Transkripsjonsutdrag med analyseelementer.

AF: Hvordan har det vært for deg å improvisere... med musikkinstrumenter?²⁶

D2: Flaut med en gang, men allikevel så har det òg... ordna seg da, vet du.

3.4.6 Deltakende observasjon

Fangen (2004) omtaler deltakende observasjon som en form for *feltarbeid* hvor forskeren er deltakende i miljøet til personen eller gruppen som studeres. Gjennom feltarbeidet får forskeren en egen opplevelse av konteksten han arbeider innenfor, og blir sådan å regne som subjektiv, involvert og engasjert i sitt arbeid (Fangen, 2004).

I min studie har denne feltarbeidsformen ikke fått status som forskningsmetode, men er likevel å regne som en del av forskningsarbeidet. I og med at masteroppgaven bygger på en praksis jeg selv har styrt og gjennomført, vil mine erfaringer av denne også være med på å farge mine synspunkter som forsker. Hva jeg velger å trekke frem som meningsdannende elementer i det en deltaker forteller, avhenger til en viss grad av hvordan jeg selv har opplevd situasjonen sammen med vedkommende.

3.5 Forskningsetikk

Ifølge Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) (De nasjonale forskningsetiske komiteene [NFK], 2016) dreier forskningsetikk seg om å regulere vitenskapelig virksomhet med et mangfold av verdier og normer (s. 5). Videre vil jeg gjøre rede for forhold ved forskningsetikk som gjør seg gjeldende i mitt prosjekt.

3.5.1 Hvorfor etiske retningslinjer for kvalitativ forskning?

Kvale & Brinkmann (2015) hevder at kvalitativ intervjuforskning hele tiden spenner mellom forskerens ønske om å tilegne seg kunnskap og etiske hensyn til personer det forskes på. Forfatterne er klare på at forskeren skal ta stilling til hvorvidt forskningen forbedrer den utforskede menneskelige situasjonen²⁷ (s. 97). Til grunn for at normer og verdier er relevante innen forskning, legger Kvale & Brinkmann (2015) et aristotelisk syn på klokskap. Dette innebærer at forskerens persepsjon av det han forsker på, avgjør hvilken kunnskap

²⁶ Resultatkapittelet veksler mellom intervjuer og kommentarer. Jeg har derfor vurdert det som hensiktsmessig å endre sitatens skriftstørrelse for å tydeliggjøre dem.

²⁷ American Psychological Association (2017, ingen sidetall), som blant annet legger til grunn retningslinjer for ansvarlig forskning, fører slagordet: "Advancing psychology to benefit society and improve people's lives".

forskningen genererer. Av dette kan vi forstå at det er forskeren, i kontakt med sitt forskningsprosjekt, som konstruerer den vitenskapelige kunnskapen vi tilegner oss om temaet han har studert. Med andre ord har forskeren stor makt over hva en deltaker forteller ham²⁸, og forskningsetikkens rolle blir å ivareta deltakeren på det personlige plan:

Forskningen skal verne om personlig integritet, sikre frihet og selvbestemmelse, respektere privatliv og familieliv og beskytte mot skade og urimelige belastninger. Forskningen kan fremme menneskeverd, men også true det. Forskeren må derfor vise respekt for menneskeverdet i valg av tema, overfor dem som deltar i forskningen, og når forskningsresultatene blir formidlet og publisert. (NFK, 2016, s. 12)

3.5.2 Samtykke og konfidensialitet

Til kvalitativ forskning stilles det krav om informert samtykke (Kvale & Brinkmann, 2015; NFK, 2016; Smith et al., 2009). Deltakeren skal gis tilstrekkelig informasjon om prosjektet og deltakelse i dette, det skal dessuten presiseres at deltakelse er frivillig og at man når som helst kan trekke seg (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette gjenspeiler et humanistisk menneskesyn (Ruud, 2008) og empowerment-tenkning (Brendbekken, 2016; Solli, 2012; Rolvsjord, 2004; Askheim, 2016), ved at menneskets selvbestemmelse står sentralt (NFK, 2016).

I et informert samtykke ligger det også et krav om konfidensialitet, som innebærer at deltakeren skal vite hvordan informasjonen han gir vil bli brukt (Kvale & Brinkmann, 2015). For mitt prosjekts tilfelle har dette vært relevant av hensyn til deltakernes privatliv – de ble gjort oppmerksomme på at deres deltakelse i prosjektet ikke ville gjøre dem identifiserbare. NESH (NFK, 2016) beskriver denne konfidensialiteten som et løfte forskere skal holde overfor sine deltakere.

3.5.3 Mine roller

Rollen som forsker kan være et resultat av en forvirrende rollesammensetning. I mitt tilfelle har denne bestått av studentrollen og terapeutrollen i tillegg til forskerrollen. Jeg har også vært feltarbeider, og alle disse elementene har sammen preget den relasjonen jeg har til hver enkelt av mine deltakere. NESH (NFK, 2016) stadfester at det er forskerens ansvar å

²⁸ Kvale & Brinkmanns (2015) transkripsjonsetikk (kapittel 10) gir et overblikk over forhold som virker inn på ordenes reise fra intervjusamtalen, via forskeren, og til nedskrevet tekst.

tydeliggjøre grensene mellom disse rollene, og i lys av dette må min forskning kritiseres. Mitt inntrykk av intervjusituasjonen (i praktiserende stund) var en samtale mellom klient og terapeut, hvor samtalefokus var på et terapiforløp de begge hadde erfart. Kvale & Brinkmann (2015) bruker uttrykket *kvasiterapeutisk relasjon* (s. 107) tilknyttet intervjusituasjoner som får en terapeutisk dimensjon. Deltakerne i mitt prosjekt kan eksempelvis ha tenkt på intervjuene dels som terapi, fordi jeg ikke satte et tydelig skille mellom mine roller.

3.6 Valg av analysemetode

Min studie har som fremste mål å formidle mine deltakers erfaringer og refleksjoner rundt deltakelse i musikkterapi. Til dette arbeidet har jeg valgt å benytte analysemetoden IPA²⁹. Denne metoden undersøker menneskers levde erfaringer på et detaljert nivå, og søker å formidle disse på menneskets premisser heller enn etter forhåndsbestemte regler (Smith et al., 2009, s. 32).

Det at IPA beskjeftiger seg med levd erfaring som kilde til kunnskap viser at den er kvalitativt fundert. Metodens kvalitative utgangspunkt er for øvrig presisert hos Smith et al. (2009, s. 1). Dette er teori jeg støtter meg til i mitt analysearbeid. IPA plasseres et sted mellom fenomenologi og hermeneutikk, hvilket gir meg som forsker mulighet til å betrakte både deltakers uttalelser og mine egne refleksjoner som kilder til kunnskap. Ved å ta IPA som utgangspunkt erkjenner jeg at mine deltakers utsagn blir tolket (interpretet) av meg. Fenomenologi og hermeneutikk blir to nødvendige innfallsvinkler dersom forskeren skal kunne nå inn til deltakers erfaring. Smith et al. (2009) sier det slik: “Without the phenomenology, there would be nothing to interpret; without the hermeneutics, the phenomenon would not be seen” (s. 37).

IPA, slik den beskrives i teorien, gjennomføres i seks steg (Smith et al., 2009). Prosedyren er en modell jeg har fulgt når jeg har analysert mine intervju, og jeg vil i det følgende redegjøre kort for dens ulike steg. Jeg vil i den sammenheng benytte deler av mitt eget analysearbeid som konkrete eksempler. Steg 1 til og med 4 har jeg gjennomgått med hvert enkelt intervju etter tur. Når jeg skriver *deltakeren* eller *intervjuet* i tilknytning til steg 5 og 6, er dette altså gjeldende for alle mine intervju.

²⁹ Innen musikkterapeutisk forskning har IPA blitt brukt i flere sammenhenger i denne oppgavens samtid (blant andre de Labbé, 2010; Hallanger, 2013; Kristiansen, 2013; Solli, 2014; Kirkerud, 2015).

3.6.1 Steg 1: Lese og gjen-lese

For å kunne gjøre en god IPA-analyse må man først ta seg tid til å bli kjent med sine data og sette fokus på deltakeren (Smith et al., 2009). Repetert gjennomlesing bør gjøres i rolig tempo, og kan gjerne kombineres med korte noteringer av ting forskeren umiddelbart betrakter som interessante (Smith et al., 2009, s. 82).

Ved første gjennomlesning lot jeg deltakeren styre arbeidstempoet mitt ved å lytte til opptaket av intervjuet samtidig som jeg leste transkripsjonen. Dette var min måte å tvinge ned tempoet på, slik at jeg skulle kunne fange opp mest mulig verdifull informasjon. Jeg leste gjennom intervjuet tre ganger tilknyttet Steg 1, og jeg gjorde små noteringer som * i margin og ____ i teksten hvor den opplevdes interessant.

3.6.2 Steg 2: Første notater

Her dykker forskeren enda dypere ned i deltakerens livsverden ved å gjøre mer utfyllende noteringer og betrakte det deltakeren sier fra ulike vinkler. Som en naturlig følge av flere gjennomlesinger blir man også bedre kjent med datamaterialet, og man får en forståelse av hva deltakeren opplever som viktig (Smith et al., 2009, s. 83). Ulike innfallsvinkler tas i form av *deskriptive, språklige og konseptuelle* kommentarer til deltakerens utsagn.

For meg innebar Steg 2 ytterlige to gjennomlesinger, begge i kombinasjon med lytting til intervjuopptak. Ved første lesing skrev jeg korte kommentarer i transkripsjonens marg. Jeg støttet meg til noteringene jeg allerede hadde, men forholdt meg også åpen til at min stadig utvidede kjennskap til datamaterialet kunne peke på interessante utsagn. Ved andre lesing plasserte jeg interessante utsagn i en tabell og kommenterte disse. Jeg begynte arbeidet med hvert utsagn ved å *beskrive* hva utsagnet handlet om. Deretter betraktet jeg *språkbruk*, ordvalg og formuleringer. Til slutt *reflekterte* jeg rundt hva utsagnet kunne bety. Sistnevnte refleksjon er i tråd med IPAs tolkende element, hvor forskeren undrer seg over et utsagn og søker å forstå dets betydning ut fra eget faglig ståsted og erfaring (Smith et al., 2009).

3.6.3 Steg 3: Formulere fremtredende tematikk

I denne delen av analysen løfter forskeren frem relevante deler av datamaterialet ved å danne *fremtredende tematikk* i tilknytning til interessante utsagn. Forskeren begynner i større grad å jobbe ut fra seg selv, tolkningen har altså fått gradvis større plass i arbeidet. Likevel hevder Smith (et al., 2009, s. 92) at analyseresultatet vil være et produkt av både deltakerens og forskerens innsats.

Jeg lyttet til, og leste gjennom, intervjuet nok en gang. Etter beste evne forsøkte jeg å formulere tematikk i deltakerens utsagn med mine egne ord. Målet var å presentere en tydelig forståelse av hva deltakeren uttrykte, slik det også forespeiles hos Smith (et al., 2009).

3.6.4 Steg 4: Lete etter forbindelser mellom ulike fremtredende tematikk

Det finnes mange måter å presentere forbindelse mellom tematikk på. Smith (et al., 2009, s. 96-97) presenterer begrepene *abstraction* (abstraksjon), *subsumption* (subsumpsjon), *polarization* (polarisering), *cotextualization* (kontekstualisering), *numeration* (telling) og *function* (funksjon) som mulige innfallsvinkler i Steg 4.

Gjennom *abstraksjon* betrakter forskeren sin fremtredende tematikk samlet, og søker en forståelse av hvordan elementer kan fungere som undertemaer inndelt i hovedtemaer. Hovedtemaene navngir forskeren selv. *Subsumpsjon* er en måte å løfte ett fremtredende tema til å bli et hovedtema for andre på. *Polarisering* innebærer at forskeren skiller hovedtemaer fra hverandre ved å være aktivt søkende etter forskjeller mellom fremtredende tematikk. Dersom deltakeren bruker mye tid på å fortelle sin livshistorie, kan forskeren i etterkant lete etter temaforbindelser gjennom *kontekstualisering*. Fokus rettes da mot intervjuets narrative³⁰ sider. *Telling* av én tematikks forekomst i løpet av intervjuet kan indikere hvorvidt den bør gis status som hovedtema. Man kan skille fremtredende tematikker fra hverandre ved å se på hvilken *funksjon* de har for deltakeren. Eksempelvis kan opplevelsen av å spille et melodiinstrument være negativt ladet, mens det å vise frem en sang i gruppe kan være helt uproblematisk.

Selv benyttet jeg fortrinnsvis abstraksjon og polarisering for å danne forbindelser i min tematikk. Jeg opplevde det mest hensiktsmessig å lage hauger av liknende tematikker, for så å la hver enkelt haug gi meg forståelsen av hva dens hovedtema kunne kalles.

3.6.5 Steg 5: Over til neste case

Å skape den samme strukturen for hver av mine intervjuanalyser gjorde at produktene jeg satt igjen med stod i relasjon til hverandre. De fremstod som deler av en helhet, hvilket peker mot sentrale elementer i *den hermeneutiske spiral* (Thornquist, 2014). En annen forbindelse mellom min arbeidsprosess og denne spiralen er egenskapen min datasamling har til å påvirke meg som forsker. Selv om jeg søkte å møte enhver ny transkripsjon med et åpent sinn var jeg

³⁰ Kvale & Brinkmann (2015) plasserer historiedannende fortellinger sentralt i narrative intervju.

påvirket av mine tidligere funn, slik Smith (et al., 2009) slår fast at man blir i et slikt arbeid. Fremdeles var de ulike intervjuene til en viss grad adskilt fra hverandre, så helheten måtte jeg selv skape i analysens siste steg.

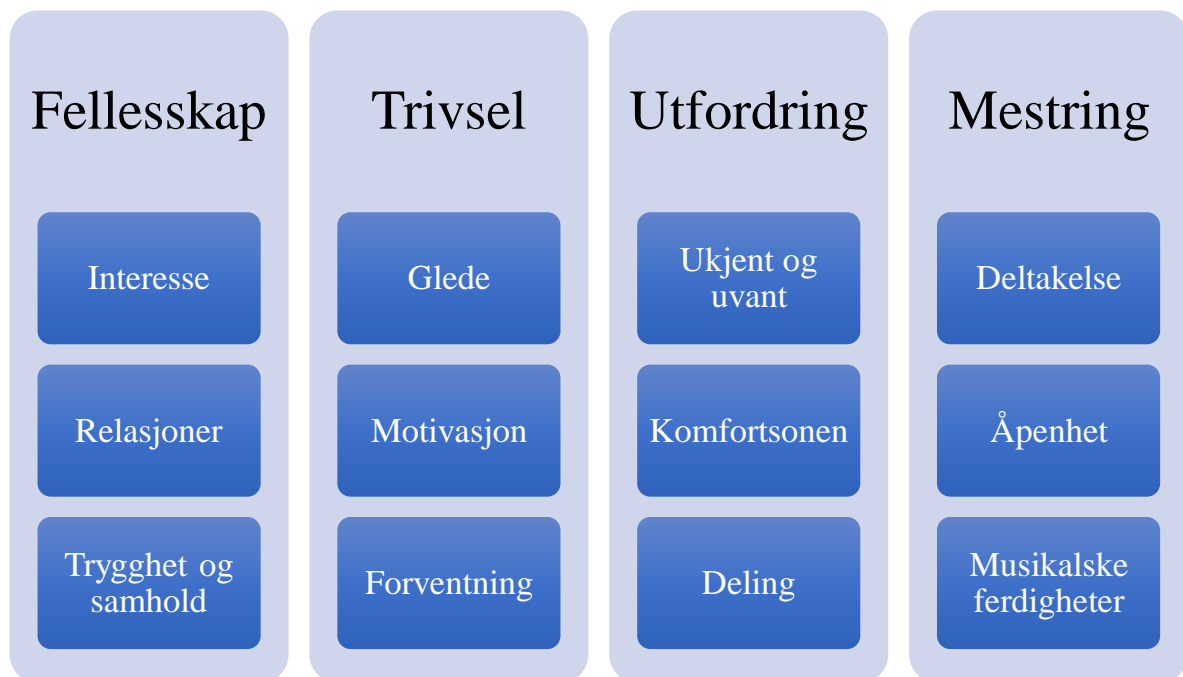
3.6.6 Steg 6: Lete etter mønstre på tvers av ulike *case*

Etter å ha dannet hovedtemaer for alle intervju enkeltvis, søker man til slutt å se forbindelser mellom disse. Likheter og forskjeller kan bli tydelige, og forskeren kan gjøre seg opp meninger om omformuleringer, hva som skal bevares, og om noe skal forkastes.

I mitt tilfelle resulterte denne prosessen til slutt i fire hovedkategorier med tilhørende underkategorier. Disse blir presentert og gjennomgått i resultatkapittelet.

4 RESULTATER

Her vil jeg presentere studiens analyseresultater. Resultatkapittelet tematiserer min problemstillings første ledd ved å ta i bruk deltakernes egne ord. Min vurdering av relevante funn har inkludert et forsøk på å bevare en helhet i budskapet hver enkelt deltaker har formidlet. Inndelingen i dette kapittelets kategorier har vært en måte å illustrere deler satt sammen til en helhet på³¹, som igjen kan belyse et samsvar i budskapet fra de ulike intervjuene. Kategoriene trekker linjer mellom deltakere som, enda de uttaler seg på forskjellige måter, forholder seg til de samme temaene. Basert på deres besvarelser har jeg plassert mine *funn* i følgende hoved- og underkategorier:



Figur 3: Hoved- og underkategorier

I lys av IPAs fenomenologiske dimensjon, ser jeg det som hensiktsmessig å presentere mine funn som sitater. Slik fremhever jeg deltakernes egne stemmer i en del av oppgaven som veier tungt, og etter beste evne forsøker jeg her å formidle sitatene slik de er transkribert. Mitt valg om å ta med *tenkeord* ("eh", "hm", "mhm") i sitatene, er en del av hvordan jeg forstår denne formidlingen. Der hvor jeg har redigert et sitat, har hensikten vært å rydde opp i setninger med mye gjentakelse eller stotring. Dette kun med en intensjon om å gjøre sitatet lettere å lese. Den hermeneutiske dimensjonen av IPA kan knyttes til ovenfor presenterte

³¹ Henvisning til den hermeneutiske spiral (Thornquist, 2014).

kategorier, ved at jeg har navngitt disse på bakgrunn av min forståelse av meningsinnhold i intervjuene.

Jeg har nevnt hvordan denne studiens deltakere refereres til³². I tillegg har jeg merket mine egne sitater med *AF*³³, og disse plasseres inn i løpende tekst der hvor de bidrar til å kontekstualisere deltakeres svar.

4.1 Fellesskap

Alle deltakerne er opptatte av å snakke om gruppen de hadde vært med i. Å ha musikken som et slags møtepunkt, å bli kjent med andre på nye måter, og å oppleve tilhørighet er blant det de tematiserer i sine svar.

4.1.1 Interesse

Flere snakker om musikkinteresse som en sentral del av det å benytte seg av musikkterapi. Jeg forstår *interesse* som en faktor i etableringen av et fellesskap i denne sammenhengen.

D1, som selv har gitt uttrykk for at han interesserer seg i musikk, sier dette om musikkens plass i en gruppesetting:

Jeg synes jo det er fint å ha et fora [*sic*] uansett der man snakker om musikk, enten man hører på musikk eller da man, (. . .) improviserer musikk. S- så det er fint å... *gjøre* noe musikkrelatert uansett.

Videre beskriver han hvordan han opplever at dette handler om musikkinteresse:

Så tror jeg det har noe med folks... *forhold* til musikk. Noen som tenker at de må være musikknerder for å delta, det... er absolutt ikke tilfelle.

Idet hun ser for seg hvordan musikkterapi kan passe som en etablert del av et rusbehandlingstilbud, fremhever også D2 et interesseaspekt:

Er du en... person som liker musikk og sånn, så er jo det... ypperlig... Og (. . .) ja, det er noe som burde fortsette å være, føler jeg.

³² Se delkapittel 3.4.2 *Deltakerne*.

³³ André Førsvund.

4.1.2 Relasjoner

Musikkterapien ved BS har i stor grad gitt deltakerne en opplevelse av å bli kjent med andre i gruppa. Særlig gjennom aktiviteten *sangdeling* har dette vært fremtredende. Innblikk i andres forhold til musikk, og historiene andre knytter til musikken sin, har vært viktige innfallsvinkler til relasjonsbygging i gruppa.

D4 beskriver det blant annet på følgende måte:

Og det ble jo bra i forhold til... eh... de andre pasientene, da. At du følte, eh... det er vel kanskje den gruppa-... eh... hvor man føler på mange måter at en blir *kjent* med de andre.

Videre går hun inn på hvordan samtaler supplert av sangdeling kan sammenliknes med samtale uten supplement:

Nei, det har vært veldig interessant! Mhm. For der får du, igjen, (. . .) kjenne de... på-... på en annen måte da, enn hva mange her ville turt å dele eller sagt. Så når de spiller da, en låt, så sier jo det veldig mye om-... om den personen.

D2 forteller her om en hendelse hvor hun fikk en økt forståelse av meningsinnholdet i en sang via personen som delte den:

Eller sånn som sist når vi hadde sånn deling, lissom, (. . .) jeg syns jo musikken og alt var fint, men... jeg klarte ikke å høre noe av den teksten som skjedde da, for det at det... det var liksom ikke allikevel min smak, da. Selv om det var kult, men allikevel så klarte jeg ikke å henge med på teksten, men da når... når han fortalte etterpå det han delte da, og fortalte litt om teksten og... hva den handla om da, og (. . .) hva det var, så syns jeg sangen fikk en annen mening da.

Musikkterapigruppa utviklet seg til å finne *sin form* ganske raskt, i følge D1:

Etter hvert så blir jo... både deltakere [gruppemedlemmer] og... og gruppeleder mer kjent med hverandre, og så finner man en form eller noe som funker eller et eller annet, men eh... s-... syns vel at det gikk ganske *fort*, egentlig, så... Vet ikke om jeg kan si no' særlig mer enn det.

Han tillegger sangdelingen en relasjonsbyggende dimensjon idet han uttrykker at deling av musikk i et fellesskap har gitt mersmak:

Skulle gjerne gjort *mer*, eh... men i- ja, det er litt fordi at jeg ønsker at noen s-... ja, andre skal få et innblikk i hva jeg hører på – en måte å bli kjent på, samtidig som jeg har lyst å vise... frem god musikk. Rett og slett.

D3 opplever sangdeling som en måte å forstå andre på, fortrinnsvis ved at musikken kan bære deler av budskapet i det andre vil uttrykke:

Folk kan bruke musikk til å uttrykke ting de ikke kunne uttrykt med sine egne ord. Som, eh, når noen viser en sang og sier (. . .) hva i den de relaterer seg til, kan du forstå mer av hva de sier gjennom *sangen* enn de ellers kunne ha forklart.

Han sier også noe om hvordan vår musikk kan oppleves nært tilknyttet hvem vi er:

Det er greit å snakke om *musikk* i en gruppe. Fordi det er en måte å vise hvem du er uten å *si* hvem du er.

For ham vokste bekjentskap til andre gruppe-medlemmer gjennom sangdeling:

Som, jeg føler at jeg lærte mye om folkene i gruppa... av sangene de viste og historiene de delte omkring de sangene.

4.1.3 Trygghet og samhold

I musikkterapi har deltakerne prøvd ut flere ukjente aktiviteter, både gjennom sangdelingsoppgaver og gjennom *improvisasjon*. Møtet med aktivitetene ble blant annet forbundet med ulike grader av utrygghet og frykt, mye med tanke på at deltakerne utførte disse foran andre gruppe-medlemmer. Samtidig reflekterer de rundt prosessen de har vært gjennom og forteller hvordan følelser rundt ukjente aktiviteter kan endres over den tiden man tilbringer i en gruppe. Behovet for trygghet og samhold har krevd innsats, og blitt møtt, gjennom en gruppeprosess.

Det å møte de samme menneskene gang etter gang gjennom deltakelse i musikkterapi har vært verdifullt for D2, som har opplevd varierende gruppestabilitet i løpet av prosjektet:

Når gruppa var mer sånn i begynnelsen når jeg var med, (. . .) da var vi jo de faste hver gang s- som regel, da. Og da var det mer sånn... du føler deg litt mer trygg da. Da får-... merka du på alle at vi lissom åpna oss mer.

Videre forteller hun hvordan det med tiden har blitt lettere å improvisere foran andre i gruppa:

D2: Jeg føler alle (. . .) åpnet- tørre å åpne seg mer, da. Litt mer samarbeid eller, på en annen måte da, lært å samarbeide og... kjenne hverandres måte å være på, da. Ja.

AF: Hva slags samarbeid, eh, tenker du på?

D2: Nei, sånn som når vi skal ha de tinga som vi... ja, bytte på lyder og... sånn, at vi er blitt mer sånn trygge på hverandre da, kunne... tørre å drite oss ut litt for hverandre og... det er jo ingen som eg-
allikevel driter seg ut da, men... *det* er ikke så ille mer da, som det var i begynnelsen, da var jeg litt sånn, det bare: ”åh, nei”. Men, eh, nå så lissom... etter hvert (. . .) så blir alle trygge på hverandre. Så da blir det et samarbeid der, da. På en måte.

Opplevelsen av å være litt ”i samme båt” har blitt trukket frem som en trygghetsfaktor av noen deltakere. D4 beskriver hvordan dette opplevdes under improvisasjon med bruk av kropp og stemme:

D4: Nei, det har jo (. . .) vært bra fordi, eh... da blir du trygg på de andre personene, når du må gjøre sånne ting sammen... og de andre gjør det, og de syns sikkert det er litt flaut, dem òg. Sånn som når vi sku si disse her, eh... ordene, og så skulle vi lage en sånn der, eh... eh...

AF: En bevegelse?

D4: En bevegelse til.

AF: Ja?

D4: Ja, *det*... (. . .) det var veldig spesielt. Så, men når du ser at alle gjør det, så er det jo (. . .) ja, så føler man seg tryggere i gruppa, da.

Hun sammenlikner behovet for trygghet i musikkterapi og en annen type gruppesetting ved BS:

Det er også viktig å være trygge på de andre, da. Mye mer for meg enn å sitte i en sånn prosessgruppe og prate, for det er veldig enkelt for meg. Så det her ble mye mer utfordrende for *meg*.

D3 har en liknende beskrivelse av den samme aktiviteten:

Eh... det var veldig interessant. Akkurat som jeg sa: jeg er... generelt ganske sjenert og tilbaketrukket. Men (. . .) når *alle* oppfører seg som en idiot, oppfører *ingen* seg som en idiot.

Han tillegger også musikkterapien en abstrakt dimensjon og betrakter denne tilknyttet trygghetsaspektet:

Det var et område jeg føler meg komfortabel med. Igjen, det er så... så *abstrakt* at det er vanskelig *ikke* å føle seg komfortabel i den settingen. Fordi, det føles ikke personlig, enda det er det.

Han opplever at *improvisasjon* både har med samhold og relasjoner å gjøre:

Eh... det gav en virkelig følelse av samhold. Som, eh... å gjøre noe som det *med* folk er, eh... det føles som en god form for relasjonsbygging. (. . .) man må stole på hverandre, og man *jobber* ut fra hverandre.

Der hvor gruppemedlemmene kunne le sammen og synes at aktivitetene i musikkterapi var komiske, følte D1 seg tryggere – selv om det i blant kunne bli litt mye lattermildhet:

Ble veldig mye latter – det er jo fint å le, selvfølgelig, det er ikke noe galt å le, men altså det kunne kanskje bli... *mye* av det, da. Eh, og det er klart: latter ufarliggjør alt... på en eller annen måte. Hvis alle ler og... synes det er gøy, så er det heller ikke *så* skummelt. Det er skumlere for meg å sitte her nå og skulle gi deg et godt *svar* som jeg ikke har forberedt da, ikke sant?

Over tid har han også opplevd en naturlig økende trygghet i gruppa:

Man sitter i en sirkel sammen med flere, og alle synes det er like skummelt, og... eh... etter hvert så er det ikke *så* skummelt.

4.2 Trivsel

Deltakernes beskrivelser av hvordan de opplevde musikkterapien er noe varierende, særlig hva gjelder hvilke adjektiver den merkes med. Min intensjon med opplegget var å utfordre gruppemedlemmene, men samtidig ønsket jeg trygge rammer rundt dette. *Glede*, *motivasjon* og *forventning* kan handle om et helhetlig inntrykk av tilbudet, men kan også forbindes med sosial tilhørighet i gruppa.

4.2.1 Glede

Når jeg spør D3 hvordan det har vært å delta i musikkterapi, svarer han umiddelbart følgende:

Det var fantastisk. Det var langt på vei min favoritt-terapi.

D1 uttrykker at musikkterapien har tilført ham noe nytt, som opplevdes positivt:

Ja... Det har... Hva skal jeg si, for no'?' Det har vært, eh, det har vært givende, det har vært interessant. Eh, det var noe helt nytt, annerledes enn jeg hadde forestilt meg.

Å improvisere i musikkterapigruppa har vært gledefylt for ham. Her lufter han noen tanker om hva han forbinder med improvisasjon:

Jeg syns det var veldig gøy, eh... Nettopp på det at man skulle prøve å *svare* hverandre, og da, altså, det finnes jo ikke noe rett eller noe galt, det fins kanskje mer heldige eller uheldige eksempler? Eh... Og... ja, eh, jeg tenker at det er veldig bra, det utfordrer en selv litte granne, tørre å gjøre ting man ellers ikke... ville ha gjort.

Mens vi snakker om sangdeling, forteller D2 meg hvordan hun opplevde å vise frem musikk og høre de andre gi respons på den musikken hun hadde delt med dem:

Jo, det er jo litt, eh... moro, holdt på å si for, eh... å dele for andre da, (. . .) for det er kanskje ikke alle som hører på samme musikk og... har hørt alt en kanskje blir presentert for, da. (. . .) Og så... er det litt spennende å se åssen *andre* reagerer på det du deler, da. (. . .) Og deilig å høre på hva andre òg mener, da.

4.2.2 Motivasjon

Musikkterapien knytter seg til deltakernes behov for, og erfaringer av, motivasjon. I det følgende gir jeg noen eksempler på hvordan deltakerne opplevde dette.

D4 beskriver hvordan hennes generelle behov for aktivisering motiverte henne til å trosse sin skepsis og bli med på musikkterapi:

Jeg tenkte: "jaja, hva er dette her for no' tull?" tenkte jeg! Det var det første jeg tenkte, og så pluss man hadde jo hørt litt sånn forskjellig, og jeg har jo-... jeg har jo vært i litt behandling, eller to behandlinger før, og... aldri hatt noe musikkterapi. Så... men jeg kasta meg med, jeg, for jeg liker jo å ha noe å gjøre. Men det ble jo veldig bra. Ja.

Gjennom erfaring kan hun fastslå at improvisasjon opplevdes rart, men at hun likevel så nytten i å kaste seg ut i det:

Å gjøre sanne ting-... som, hvis jeg sku stått utafør og sett på, så hadde jeg tenkt at: "de er helt teite". Men, (. . .) det er jo... det er jo bra, det. Det er (. . .) flere settinger man må gjøre sanne ting.

Videre sammenlikner hun dette med en fritidsaktivitet hun har begynt med:

Du må gjøre kropps-ting som ikke du er vanlig til å gjøre, da. Som egentlig du føler *er* jævlig teit, men det må jo til for å få det til.

D1 er opptatt av å utvikle seg musikalsk, og knytter sin motivasjon for improvisasjon opp mot dette:

Kunne godt, eh... det skulle jeg gjerne ha gjort *mer* av, for jeg tror at det- det utvikler en eller annen form for rytmeforståelse, en eller annen form for (. . .) musikalsk forståelse da, som jeg jo trenger å øve på, jeg tror det er utviklende rett og slett.

Han uttrykker også motivasjon tilknyttet oppvarmingsøvelser fra musikkterapi:

Følte selv starten av timene med- med bare litt tøyeøvelser; hvordan å tøye ut og... og... puste og... og riste løs kroppen. Eh, som igjen, tror jeg, er en veldig *god* øvelse som man burde gjøre oftere, men aldri har l- blitt lært eller- eller, eh... sett. Og det å gjøre det sammen sånn i gruppe tror jeg er, eh... kjempebra, rett og slett. Både mentalt (. . .) og fysisk.

4.2.3 Forventning

Flere beskriver hvordan det var å forholde seg til musikkterapi også utenfor sesjonene de deltok i. Tiden tilbrakt utenfor terapirrommet har skapt ulike *forventninger* hos deltakerne, både tilknyttet kommende sesjoner og hjemmeoppgaver de fikk av meg.

Slik forteller D2 om musikkterapitilbudet som en del av hennes ukentlige rutine:

Det (. . .) for min del da, har vært ett av høydepunktene... på dagene da. På tirsdagen så er det, vet du... da har det vært det, og da er det *det* som teller, liksom, da. Det er-... du *gleder* deg til den timen, da. Selv om, i begynnelsen så var det litt sånn annerledes.

Også D3 bruker ordet *høydepunkt* når han ser for seg å ha musikkterapi som en del av tilbudet ved BS:

Jeg nøt hvert sekund av det. Det var alltid høydepunktet i uka mi.

Han sier videre:

Jeg håper det fortsetter. Fullstendig. Det- det *er* høydepunktet i min uke. Og, eh... det er den gruppa jeg føler meg mest komfortabel i, og (. . .) *en* av gruppene jeg føler jeg får mest ut av også.

D4 beskriver en endring i måten hun så frem mot kommende sesjoner på:

Så (. . .) nei, det gikk jo... Den siste timen så grua jeg meg ikke i det hele tatt.

Om hjemmeoppgaver tilknyttet sangdeling forteller hun følgende:

Jeg har tenkt veldig mye på det (. . .) i fra en-... den ene musikktilven til den andre, så har jeg liksom tenkt: ”skal jeg tørre å d-... skal jeg dele *den*, skal jeg dele *den*?”.

4.3 Utfordring

Musikkterapiopplegget var *utfordrende* på mange plan for deltakerne. I intervjuene reflekterer de rundt opplevelser av å utføre helt nye aktiviteter de ikke er vant til. Flere trekker inn at de fikk testet sin *komfortzone*, og at det å skulle dele av seg selv foran andre kan være skummelt.

4.3.1 Ukjent og uvant

D2 trekker frem et nokså ambivalent forhold til musikkterapi fra sin startfase som deltaker:

Jo, det har vært... både spennende og rart i begynnelsen egentlig, syns jeg. Eller... ”rart”, det var vel det at det var det ukjente, da.

Hun sier litt av det samme om hvordan det har vært å improvisere i gruppen:

Det har vært... uvant og litt sånn... flaut med en gang, men allikevel... så har det jo gått greit, så det har jo ikke vært så... ille.

D4 beskriver at hun opplevde musikkterapien som mer utfordrende enn hun på forhånd hadde trodd at den skulle bli:

Det har jo vært veldig-... det har jo vært veldig forskjellig, fordi, eh... når man gikk til det så tenkte man jo.: ”Det her blir veldig enkelt og greit”, men det var jo ikke bare enkelt og greit, sånn... jeg fikk jo utfordringer i det å... å gjøre ting som man vanligvis ikke gjør!

Hun gir her et eksempel på hvordan møtet med improvisasjon opplevdes:

D4: Nei, det var jo veldig kleint!

AF: Ja?

D4: Ja!

AF: Hm.

D4: Det var veldig kleint.

AF: Det er et bra [*sic*] uttrykk! Hva legger du i det?

D4: Nei, at det er litt flaut da...

D3 uttrykker at han generelt sett følte seg komfortabel i musikkterapigruppa. Når han snakker om utfordringer i improvisasjon, benytter han også anledningen til å rette fokus mot dem han improviserte *sammen* med:

Eh, noen ganger var det, eh... litt rart, og... og jeg syntes litt synd på folk som åpenbart, liksom, strevde med å prøve å holde tritt med takten, og du kunne se at de følte en del på selvtilliten.

Han trekker også frem at musikkterapi inviterer til å bruke musikk på nye måter:

I musikkterapi (. . .) er det et særlig fokus rettet mot det å *bare* lytte. Og, eh... jeg føler det som det er noe... folk aldri gjør nok av. De sitter aldri og bare opplever musikk. Liksom, folk hører på musikk mens de gjør noe annet, som å være på kjøkkenet. Ja, (. . .) det er et veldig sjeldent tilfelle av... musikken, bare som den *eneste* opplevelsen.

4.3.2 Komfortsonen

Utfordring av egen komfortsone er noe flere deltakere har kjent på, og som de dermed trekker frem i sine intervju. Særlig blir improvisasjon nært forbundet med dette, slik D1 uttrykker det her:

Så... en går jo på en måte ut av komfortsonen og... prøver noe annerledes. Men det har vi gjort *mye* av i musikkterapi da, synes jeg. Ut av komfortsonen og være apekatter og alt mulig rart.

D4 kunne vise til ulike grader av hvor mye komfortsonen hennes ble utfordret, alt etter om hun benyttet stemmen eller kroppen til å improvisere med:

D4: Stemmen har jo vært greit. Men mer, eh-... mer utenfor komfortsonen det å bruke kroppen.

AF: Som du har nevnt.

D4: Ja, ikke sant? Mhm.

AF: Mhm.

D4: Å bruke stemmen er kanskje det letteste.

Hun sammenlikner videre dette med opplevelsen av å spille på instrumenter:

Med akkurat den delen å spille på trommer, og... sånne ting. Der var jeg helt ute, i forhold til å føle at jeg ikke var no' *flink*. Det var vel kanskje det det går på for meg, at jeg... ja. Det *er* greit å være flink til ting.

Når D2 snakker om komfortsonen, knytter hun den blant annet opp mot hvordan hun opplever at improvisasjon i musikkterapi foregår:

Kommer jo mye med den komfortsonen der, igjen da. Det er jo det som er... ja. Ikke så... i hvert fall ikke med en gang når ikke du er helt trygg på eller kjent på alle eller sånn. Da er jo den *ekkel* da, å skal plutselig bare... (. . .) gjøre noe du ikke... Men ja, jeg vet ikke.

Videre forteller hun:

Nei, det har med den komfortsona, det er det som er litt... ekkelt i begynnelsen, og allikevel så er det greit.

4.3.3 Deling

I musikkterapien ved BS har jeg utfordret gruppemedlemmer til å dele av seg selv foran andre. Flere deltakere sier i sitt intervju at de har kjent på dette, men også at det tidvis har vært utfordrende å engasjere seg i det *andre* har delt.

D3 hadde gode opplevelser med å bruke musikk som en inngang til å dele av seg selv:

Jeg liker ikke å snakke om mine følelser, personlig. Men jeg vil *elske* å vise folk en sang som jeg virkelig relaterer meg til. Og jeg... jeg føler meg mer komfortabel med å snakke om... hvorfor jeg relaterer meg til en sang enn... hvordan og hvorfor jeg føler meg slik jeg føler meg.

Videre knytter han denne innfallsvinkelen på deling til det å sette i gang en samtale:

Det var et godt samtalepunkt også, liksom, fordi mye av tiden hvor du snakker om hvordan du har det og hva du føler, liksom, du vet ikke hvor du skal begynne. Men å starte med en sang er... er *perfekt*.

Deling av musikk og tilhørende historier var utfordrende for D4:

Og det med... den deleparten med musikk, da, som blei, eh... ikke sant, som er veldig... *ble* veldig personlig, så... så det ble jo veldig utfordrende.

Hun beskriver ytterligere hvordan sangdelingen utfordret henne personlig:

Jeg følte vel kanskje at det ble litt for mye, det jeg delte, for det *ble* veldig personlig. Men, eh... uansett, nesten hva jeg ville spilt, så ville det jo *blitt* det! Og det *ble* mer personlig enn hva jeg hadde tenkt ut, og.

D1 beskriver hvordan han kan streve med å engasjere seg i andres deling:

Jeg må innrømme at jeg er jo ikke alltid så flink til å høre på hva *andre* deler. Eh, av og til så... eh... frykter jeg at jeg er i ferd med å bli blasert. Eh... det skal mye til da... og at jeg... at jeg... hm, ja. Jeg kan godt *høre* på andre, det er jo ikke det, jeg hører jo på, men av- altså at man blir revet *med* da, ser du hva jeg mener?

Videre problematiserer han det å skulle gi tilbakemelding på andres deling:

Eh... det er, eh... ikke så lett ofte, fordi jeg ønsker ikke såre vedkommende som har, eh, spilt musikken, jeg ønsker ikke å være for kritisk. Samtidig så *er* jeg kritisk, sant. Jeg s-... syns ofte at det jeg har hørt er no' makkverk. Hvordan kan jeg si det på en hyggelig måte?

4.4 Mestring

På ulike måter beskriver deltakerne sine opplevelser av å mestre utfordringer i musikkterapi. Dette dreier seg blant annet om å tørre å være i dialog med andre, bli bedre til å spille et instrument, samt lære seg selv bedre å kjenne. Generelt sett er det snakk om flere måter å stige over gitte terskler på, som samtidig gir opplevelser av *mestring*.

4.4.1 Deltakelse

Mestring kan vurderes på flere nivåer, alt etter hvem det er som har deltatt i musikkterapi. For noen av gruppedeltakerne i praksisprosjektet mitt ved BS, kunne det være et mål i seg selv

å sitte og observere en hel sesjon uten å gi opp underveis. Samtidig fikk jeg være med på enkelte pasienters steg ut av observatørrollen og inn i en *aktiv* form for deltakelse.

Selv om hun opplevde at hun manglet ferdigheter på instrumenter, turte D4 å utfordre seg selv til å være med på improvisasjoner. Hun reflekterer rundt sitt eget engasjement og utbytte av dette på denne måten:

Det er ikke noe *jeg* ville gjort, sånn til vanlig i det hele tatt. Mhm. Så det-... men det ble jo morsomt, det òg, det jeg-... klarte jo å finne en eller annen form for rytme og prøve å spille litt med.

Hun fortsetter:

Så, eh... nei, men jeg har i hvert fall *vært med* da, så har jeg vært flink på min måte, tenker jeg.

Også D1 peker på deltakelse idet han reflekterer rundt hvordan aktiv bruk av musikkterapi, for ham, er knyttet til det å uttrykke seg:

Hva *er* musikkterapi? Jeg vil si at det er en form for uttrykksterapi, bare at det er, eh... musikalsk rettet istedenfor, eh... for- for bilder og språk. Eh... samtidig som man lærer om musikk når man snakker om musikk.

D2 opplevde det som flaut å delta i improvisasjon i musikkterapi. Likevel gir hun uttrykk for at hun har fått dette til:

Litt flaut i begynnelsen, og litt sånn... ja, samme komfortsonen der også, men allikevel så har det vært greit, da. Det har jo ikke vært noe farlig. Så det har gått greit det, helt greit.

Hun knytter denne flauheten til det å skulle improvisere *i gruppa*, men at dette også har vært noe hun kunne få til:

AF: Hvordan har det vært for deg å improvisere sammen med *andre*?

D2: Nei, jeg må nesten svare det samme det og, jeg. Det har vært... uvant og litt sånn... flaut med en gang, men allikevel... så har det jo gått greit.

D3 forteller at måten improvisasjon ble tilrettelagt på, gjorde det mulig å få ting til:

Nei, improvisasjon-... essensen i det bare følte som... du kan gjøre hva som helst.

Videre sier han:

Som, alt var akseptabelt. Det (. . .) var ingen gale svar. Og det er ganske sjeldent å ha slike ting i livet.

Under sangdelingen opplever han at han evnet å være personlig i sine tilbakemeldinger på andres deling av musikk:

D3: Og det å gi tilbakemeldinger var... virkelig moro.

AF: På hvilken måte?

D3: Nei, fordi, (. . .) de hadde ingen rolle i komponeringen av sangen men, eh... å kommentere den føles likevel svært personlig... hvilket jeg liker som konsept.

4.4.2 Åpenhet

I relasjon til musikken, og til de andre i gruppa, forteller flere av deltakerne at musikkterapi har vært en plattform hvor de har kunnet åpne seg.

D3 sammenlikner sin egen fremtoning i musikkterapi med måter han vanligvis møter andre på:

Eh... jeg føler virkelig at folk begynte å komme ut av skallet sitt mer og mer ettersom tiden gikk. Jeg vet at *jeg* gjorde det. For jeg... er vanligvis veldig, veldig tilbaketrukket og sjenert. Men, eh... igjen, i musikkterapi var jeg-... ville jeg med glede vise en sang og... delta.

Han forteller også hvordan åpenhet for ham faller mer naturlig i en gruppe som tar for seg temaer tilknyttet musikk:

Liksom, *jeg* føler meg ikke komfortabel med å snakke om meg selv i en gruppe. Men... det er greit å snakke om *musikk* i en gruppe. Fordi det er en måte å vise hvem du er uten å *si* hvem du er. Det er som det jeg sa om det... viser mer enn du kan si.

D2 beskriver hvordan man kan åpne seg for andre ved å utfordre sin egen komfortsone:

Det der med komfortsonen, da – å *komme* ut av vår egen komfortsone og... *dele* så mye... allikevel så lite men allikevel så mye da, av oss selv.

Videre reflekterer hun rundt det hun har delt av seg selv med gruppa, og beskriver hvordan slike *steg ut* kan oppleves i ettertid. Lettelsen hun uttrykker avslutningsvis, kan peke på en opplevelse av å ha mestret de utfordringene hun har tatt:

Nei, liksom (. . .) å komme ut av komfortsonen, da. (. . .) det er jo, holdt på å si, egentlig ikke så mye greier da. Men allikevel så er det jo litt... kjipt, og det er jo ganske stort... *steg ut* da, allikevel. S-.. for det er jo ikke... det vi er vant til å gjøre (. . .) Men når du først har gjort det, så tenker du: ”Ah, det *er* jo ikke *så* farlig”, så da er det jo så lite allikevel. For det *var* jo ikke så farlig.

Mot slutten av sitt intervju trekker hun linjer fra selvinnsikt til åpenhet:

Jeg føler hvert fall at jeg har fått... lært å kjenne meg sjøl på en annen måte og... åpne meg på en annen måte til folk, da.

Mens D4 forteller meg om en sesjon med sangdeling hvor hun åpnet seg og gjenfortalte en livshistorie, reflekterer hun rundt hvordan åpenhet kan være en måte å sette et eksempel for andre på. Erfaringen hun har fått, gav henne et utbytte hun tror flere kan ha godt av:

Og det tenker jeg jo også er bra at, eh, noen-... noen tør å starte der, da, eller å åpne seg på den måten. Mhm. For jeg vil jo tenke at man får jo ut-... mer ut av ting ved å åpne seg og-... og utfordre seg selv, da.

Hun uttrykker også (i likhet med hva D3 sier i denne sammenheng) at åpenhet omkring følelser gjennom temaet *musikk* er lettere tilgjengelig enn i andre settinger:

Så her, sånn, så har jeg jo sett at, eh, folk har prata mer her enn... de har gjort ellers. Mhm. (. . .) Det er en fin måte å vise følelser på, da. Uten å nødvendigvis kanskje prate så mye *om* dem. Mhm. Tenker jeg.

4.4.3 Musikalske ferdigheter

For flere deltakere har det å utvikle seg musikalsk hatt stor betydning. Blant annet har kunnskap om musikk, instrumentferdigheter og trening på improvisasjon blitt trukket frem.

D3 beskriver hvordan et fokus på hovedinstrumentet har hatt betydning for hans hverdag ved BS:

Ja, det føltes produktivt, for jeg fikk virkelig noe ut av det. Og jeg vokste som gitarist... hvilket, eh... jeg tenker er veldig godt for behandling, for mye av tiden i behandling også, kan du føle som om du

stagnerer – som om du ikke er på vei noe sted, som: ”Hvor-... hva er det jeg gjør? Hvor er jeg på vei?”. Og det er små ting som det, hvor du kan føle (. . .) det finnes merkbar vekst.

Han fortsetter:

Liksom, (. . .) som det finnes en tidslinje av meg som spiller gitar, jeg kan si at: ”Ah, ja, ja, den uken lærte jeg *dette*. Jeg kunne ikke gjøre dette før, men det kan jeg *nå*”. Det er vekst, det er *forbedring*. Jeg er *ikke* bare stagnerende, jeg *lærer*... og... vokser, ved visse aspekter.

D2 forteller hvordan erfaringer som utfordrer komfortsonen også kan gi et læringsutbytte:

Nei, du lærer jo litt både... å komme ut av din egen komfortsone da, og være med på ting som er veldig... rart egentlig, føler du da. (. . .) Ja, det er vel mest *det* jeg føler jeg har lært mest av, da. Være... også fordi at, eh, du... ja, lærer å gjøre ting som ikke du (. . .) gjør ellers da. Mhm.

For D1 har det å gjennomføre krevende aktiviteter i improvisasjon vært givende:

Eh, og så har vi også hatt improvisasjon hvor vi har sittet i en... sirkel og skulle svare hverandre på... forskjellige typer instrumenter, og jeg synes jo kanskje *det* er det mest *givende*, fordi det krever litt av en.

Han beskriver videre hvordan dette også handler om å bli stilt krav til:

Hvis du og jeg nå satt ovenfor hverandre og du startet med en rytme på et eller annet... s...slags perkusjonsinstrument, og jeg skulle prøve å *svare* på den rytmen – uten å- uten kopiere den, altså uten- uten å gjøre presis det samme som du gjør, jeg skal gjøre det på min måte, men- men allikevel, noe som skulle stå i samsvar til, så er det noe som *kreves* av meg. Det er ikke bare... Jeg må faktisk *tenke*, (. . .) og må ta det på sparket.

D4 beskriver en utvikling i sitt forhold til musikkinstrumenter. Gjennom improvisasjon har hun gradvis blitt tryggere på å uttrykke seg kreativt:

Jeg fikk jo litt sånn noia n-... å se på disse instrumentene og følte meg-... ikke sant, for det er jo ikke noe jeg er vant til å drive med instrumenter.

Hun fortsetter slik:

Eh, men for *meg* så utvikla det seg til at, eh... jeg ble mer komfortabel med å gjøre disse teite tingene.

5 DRØFTING

I det følgende presenteres en drøfting hvor problemstillingens andre ledd står sentralt. Denne tematiseres ved at jeg betrakter analysefunn i lys av teori som hovedsakelig er tilknyttet musikkterapi, rusbehandling, grupper og *recovery*. Drøftingen går videre inn på hvordan funn og teori kan prege ulike prosesser av gruppemusikkterapi i konteksten rusbehandling. Avslutningsvis i kapittelet vil jeg drøfte benyttet analysemetode og forskningsdesign (IPA), samt knytte min studies funn til videre forskning og utvikling av praksis.

En drøfting av kvalitativt datamateriale kan gå i flere retninger, og denne studiens omfang krever en viss avgrensning. Jeg har valgt å rette mitt drøftingsfokus mot elementene jeg har beskrevet her, men vil samtidig presisere at dette kun er én av flere veier man kan gå.

5.1 Deltakernes opplevelser i lys av teori

Studiens hovedkategorier er tilknyttet opplevelser i musikkterapirommet, og danner utgangspunktet for det følgende. Kategoriene er *felleskap*, *trivsel*, *utfordring* og *mestring*.

5.1.1 Fellesskapets betydning

Her vil jeg drøfte hvorvidt deltakernes betraktninger av gruppefellesskapet kan knyttes til *bedring* i rusbehandling. I min intervjuguide vinkler jeg flere spørsmål inn mot hvordan deltakerne opplever å forholde seg til *gruppa*. Har mitt tilbud hatt noen betydning for deres fellesskapsopplevelse? I en behandlingssituasjon og et endringsarbeid som i stor grad omhandler individuelle prosesser, kan det være krevende å rette oppmerksomheten ut til det sosiale. Man har gjerne nok med seg selv? I lys av dette er det interessant å undersøke hvordan musikkterapi kan fungere som en møteplass for gruppens medlemmer, uten at det oppleves tungt eller invaderende for den enkelte å forholde seg til andre.

5.1.1.1 Å like musikk

D2 omtaler musikkterapi som et ypperlig tilbud til de som liker musikk, mens D1 verdsetter forta hvor musikk er i fokus. De snakker her om et *utgangspunkt* som på ulike måter er tilstede hos alle gruppens medlemmer. Allerede før de begynte i musikkterapi var de begge glade i musikk – et utgangspunkt de deler med flere i gruppa.

Jamfør teori om personlig og sosial *recovery* (Biong & Borg, 2016), er tilrettelegging svært viktig slik at den enkelte opplever tilhørighet til lokalmiljøet. Tilbakemeldinger om at

musikkterapi har vært opplevd positivt, særlig med tanke på fellesskapet, kan tyde på at musikalske møter tilrettelegger for tilhørighet. Jeg oppfatter deltakernes musikkinteresse som et viktig utgangspunkt for tilhørighet i gruppa. Samtidig er det verdt å nevne at musikkterapi også kan være noe enkelte pasienter velger bort, slik at tilhørighet i denne sammenhengen ikke kan knyttes til lokalmiljøet som helhet. Å være 'en som liker musikk', slik D2 sier, kan også tolkes på flere måter. Det er mulig å sammenlikne sin egen musikkinteresse med andres, for så å bestemme seg for at "nei, jeg er sikkert ikke interessert *nok*", og la være å benytte seg av tilbudet. Har man derimot en oppfatning av at man virkelig *er* en som liker musikk, vil musikkterapi i stor grad kunne knyttes til *motivasjon* – et sentralt begrep innen TSB (Hole, 2014; Sælør & Bjerknes, 2012).

5.1.1.2 Konkrete utsagn

Et argument imot at fellesskapet skal kunne knyttes til bedringsprosesser, er at deltakerne ikke selv trekker konkrete linjer fra fellesskap til rusmestring eller helse i sine uttalelser.

Med et blikk mot brukermedvirkning ser jeg det som essensielt å spørre seg: "hva er det vedkommende egentlig *sier* her?". Pasienten kjenner selv sitt eget liv best (Hole, 2014), og det er ikke nødvendigvis opp til meg å avgjøre hvorvidt musikkterapi kan knyttes til alle deltakers bedring. Likevel kan det fra et forskerstandpunkt argumenteres for at min tolkning av det jeg blir fortalt, er nødvendig for at det skal kunne gjøres mening av det (Smith et al., 2009). IPA som analysemetode ligger til grunn for at jeg som forsker kan gjøre meningsdannelse ut fra det deltakerne forteller meg.

5.1.1.3 Relasjonsbygging

Deltakerne forteller at de i musikkterapi blir bedre kjent med andre og deres musikk, at de får lyst til å vise andre sin musikk, og at musikken forteller dem mer om andre enn hva kun ord kan si.

I tråd med Kjølstads (2004) teori om gruppetilhørighet, kan dette knyttes til bedringsprosesser i et relasjonelt perspektiv. Dersom mennesket og dets relasjoner skaper hverandre, som det hevdes her, vil gruppeprosesser i rusbehandling være viktige også for å ivareta et menneskeverd. Ved at musikken formidler noe utover hva ord kan si, slik D3 uttrykker, kan vi forstå den som relevant for bygging av relasjoner mellom mennesker. På den annen side kan budskapet som musikken formidler, bli tolket på ulike måter. Mentalisering (Trondalen, 2016; Hole, 2014), som jeg tidligere har knyttet til terapi, dreier seg blant annet

om opplevelsen av å forstå indre prosesser hos andre. Denne opplevelsen kan bygge på misforståelser dersom følelser tolkes ut fra musikk som presenteres i et fellesskap. Musikkopplevelser i et fellesskap kan likevel skape rammer for vekst, selv om gruppemedlemmer misforstår hverandres budskap. At deltakerne mine fremmer både det å vise og bli vist musikk som noe positivt, kan knyttes til det sosiale samarbeidets sentrale plassering innen musikkterapi (Kielland et al., 2013). Det finnes samtidig også fallgruver ved å dele musikk, på lik linje med deling av religiøs oppfatning eller politisk ståsted. Man kan oppleve at musikk man deler ikke blir mottatt med den entusiasmen man ønsket, og det kan være sårende. Ruud (2013) belyser hvor rigide våre musikkpreferanser kan være, og hvordan oppfattelsen av andres musikk kan påvirke sosiale forhold i en gruppe.

5.1.1.4 En unik gruppesammensetning

Betydningen av fellesskapet i musikkterapigruppa kan også drøftes i et tidsperspektiv. Gruppa har ikke vært lagt til grunn for interaksjon i andre sosiale kontekster, hvilket betyr at deltakerne mine ikke nødvendigvis har hatt noe med hverandre å gjøre i andre sammenhenger under behandling. Musikkterapien, med sine totimers sesjoner én gang i uka, utgjør en relativt liten del av det helhetlige tilbudet i et tidsperspektiv. Hvor stor ressurs for bedring kan det da være snakk om?

Recovery-perspektivets fokus på tilhørighet til lokalmiljøet (Biong & Borg, 2016), er verdt å trekke frem i denne sammenhengen. Ved at musikkterapien i mitt prosjekt tar opp den plassen og tiden som den gjør, kan det argumenteres for at dens brukere *kobles av* fra lokalmiljøet i tidsrommet hvor den pågår. Man kan spørre seg hvorvidt det er hensiktsmessig. Yalom (2002/2003) kan formidle et viktig motargument her, gjennom begrepet *her-og-nå* (se også Yalom & Leszcz, 2005; Trondalen, 2016). Dette favner blant annet idéen om at enhver terapeut-og-klient-relasjon er viktig i behandling. Yalom & Leszcz (2005) sitt begrep, *sosialt mikrokosmos* (se også Yalom, 2002/2003), fremmer en tanke om terapissettingen som representativ for livet ellers. Min forståelse av livet ellers inkluderer hverdagen på BS, hvilket gjør det sosiale mikrokosmos i musikkterapi relevant for deltakernes behandlingsprosesser. Her-og-nå-begrepet kan igjen problematiseres i lys av DeNoras (2000) beskrivelser av hva musikk kan benyttes til. Dersom en gruppe skal kunne bruke musikk på en måte som imøtekommer et behov, ser jeg det som nødvendig å gjøre musikkterapien relevant også utenfor terapirummet. Med unntak av hjemmeoppgaver tilknyttet sangdeling, som også har hatt et individuelt preg, har ikke dette vært fremtredende ved mitt prosjekt.

5.1.2 Trivselens betydning

Med fellesskapet til grunn er *trivsel* et aktuelt tema. Jeg knytter begrepet til ting som har skjedd i musikkterapirommet, men også utenfor. Deltakerne har gitt tilbakemeldinger som knytter seg til tiden mellom praksisprosjektets sesjoner, enda den ikke var i fokus under planleggingen av mitt prosjekt. I det følgende drøfter jeg hvorvidt trivsel i musikkterapi, og i mitt prosjekt, kan knyttes til bedring.

Deltakerne beskriver musikkterapien som noe annerledes og nytt i hverdagen. Trivselskategorien i resultatkapittelet tar for seg tilbudet som helhet ved flere anledninger, og derfor har jeg også valgt å innlemme dette perspektivet i den følgende delen av drøftingen.

5.1.2.1 Musikkterapi kan gi glede

Av resultatene fra analysen ser vi flere eksempler og antydninger til at deltakerne opplevde det som gledefylt (gøy) å være med på musikkterapi.

Kielland et al. (2013) og Rolvsjord (2008) hevder at musikkterapi blant annet fremmer helse gjennom fokus på klientens styrker, ressurser og ønsker. Å gjøre noe som er gøy knytter jeg til nevnte fokus. I en gruppesetting blir vi bevisste på oss selv i samspillet med andre (Kjølstad, 2004), og jeg tror en felles følelse av glede kan oppstå i et slikt samspill. På samme måte som opplevelsen av oppstemthet kan knyttes til bruken av rusmidler, kan den også knyttes til møter med musikk (Nesvåg, 2012). Dersom man omtaler deltakelse i musikkterapi som en gledefylt aktivitet, ser jeg det som nærliggende å trekke linjer til oppstemthet. Et spørsmål som melder seg her, er hvorvidt klienter blir ivaretatt i situasjoner hvor musikken og rusen havner nær hverandre. I dette musikkterapiprosjektet har ikke rus og musikk vært i noen rollekonflikt, men gruppemedlemmene har gjort meg oppmerksom på at disse kan gi følelser og opplevelser som likner hverandre. Jeg vil samtidig presisere at deltakerne i studien evner å sette dette skillet for seg selv. I lys av dette vil jeg også trekke frem musikkens muligheter i et prosessperspektiv. Musikk kan gi *tilgang* på motivasjon, ifølge Kielland et al. (2013) – alt etter hvordan den brukes, slik jeg forstår DeNora (2000). Gjennom denne tankegangen kan man argumentere for at deltakerne ikke bare har *vært* motiverte for musikkterapi, men at de også har *blitt* det gjennom erfaringer herfra. I tråd med en tidligere nevnt forståelse av motivasjon (Hole, 2014) vil også musikk og rus kunne betraktes som motstridende krefter. Bruk av musikk kan være en måte å gjenvinne kontroll over livet på. Universalitetsbegrepet (Yalom & Leszcz, 2005) kan fortelle oss at gruppemedlemmer som søker denne kontrollen vil finne hjelp i å oppdage at de ikke er alene om dette.

5.1.2.2 Et terapitilbud på sidelinjen

Musikkterapien omtalt i denne oppgaven var ikke integrert som del av behandlingen ved BS, men var et sidestilt og frivillig tilbud. Det kan dermed argumenteres imot at trivsel i denne gruppa knytter seg til bedringsprosesser innen en behandlingskontekst.

Ved at begrepet *terapi* innen TSB brukes synonymt med begrepet *behandling* (Hole, 2014), vil et ikke-integrert terapitilbud miste status som terapi i mine øyne. At deltakerne hadde det gøy, var motiverte for opplegget, og så frem til dette, er fremdeles *positivt*. Men hvorvidt det kan kalles terapi og være tilknyttet bedring, er verdt å stille seg spørrende til. Det finnes flere måter å betrakte begrepet *terapi* på. Musikklytting i private kontekster kan eksempelvis være nyttig for regulering av egne følelser, slik vi ser hos Skånland (2013). En slik bruk av musikk mener jeg at, til en viss grad, knytter terapi som konsept til subjektive opplevelser. Sagt med andre ord: jeg mener at det er du som vet best når terapien er blitt *terapi for deg*, slik D3 viser når han bruker uttrykket 'favoritt-terapi' om musikkterapien.

5.1.2.3 En prosess med motivasjon og motstand

Musikkterapi har motivert deltakerne, både under og mellom sesjoner. Resultatene viser at tilbudet både har vært aktiviserende, hatt en overføringsverdi til andre situasjoner, vært musikalsk stimulerende og gitt kroppslig behagelige opplevelser.

Kjølstad (2004) stadfester at mennesker drives fremover i endringsprosesser gjennom et samspill mellom *motivasjon* og *motstand* (s. 146). Spenningsforholdet disse utgjør, forstår jeg som en indre prosess hos individet. D4 uttrykker at hun satt med en følelse av skepsis foran møtet med opplegget, men ble drevet fremover av sin motivasjon for å være i aktivitet. Jeg tror ikke at vår skepsis eller andre motstandsopplevelser elimineres umiddelbart av at vi opplever motivasjon, men at det som motiverer kan gjøre oss i stand å utfordre motstanden. Et motiverende tilbud danner dermed et viktig fundament for *endring*, som igjen kan være en forutsetning for *bedring*. Likevel kan motivasjon og motstand også påvirkes utenfra. For dette prosjektets deltakere forstår jeg gruppa som en motiverende og trygg ramme. I motsatt tilfelle kan en gruppe bidra med den motstanden som gjør medlemmer utrygge. Musikkterapien ved BS kan, i den grad den opplevdes motiverende, ha betydd mye for deltakernes motivasjon til å engasjere seg i egne bedringsprosesser. Samtidig er det mulig at de ble motiverte til videre deltakelse i musikkterapi uten å oppleve det samme i andre settinger. Musikkterapitilbudet satte på sin egen måte endring på agendaen deres, idet deltakerne ble invitert til å kaste seg ut i nye og ukjente øvelser. Det krever likevel en viss refleksjon hos den enkelte deltaker for at

disse øvelsene skal bli relevante i et helhetlig behandlingsperspektiv. Av analysen ser vi hvor viktig det kan være å kjenne på ubehag. D4 syntes av og til at improvisasjonsøvelsene kunne være teite, men er tydelig på at hun trengte dem. I et trivselsperspektiv vurderer jeg musikkterapigruppa som en trygg arena for at D4 kunne prøve seg på slike teite, men også lærerike, øvelser.

5.1.2.4 Tverrfaglighet

I forlengelsen av at trivsel i gruppa kan ha motivert utelukkende til deltakelse i musikkterapien, kan tverrfaglighet være et viktig perspektiv å drøfte. Tverrfagligheten i TSB fremmer blant annet et fokus på sammenheng, helhet og struktur, slik at ulike faglige tilnærminger harmoniserer bedre med hverandre (Sælør & Bjerknes, 2012). Når ulike profesjoner arbeider med de samme pasientene uten innsikt i hverandres arbeid, er det imidlertid et eksempel på flerfaglighet (Ytrehus, 2012).

Ved BS manglet musikkterapien en tverrfaglig dimensjon³⁴, og tilbudet ble heller ikke diskutert i tverrfaglige sammenhenger. En eventuell overføringsverdi av deltakernes trivsel i gruppa ble dermed svekket ved ikke å være et tema for faglige diskusjoner. Mindre formelle samtaler mellom meg og andre fagpersoner vil jeg likevel tillegge en tverrfaglig dimensjon. D3s opplevelse av musikkterapigruppa som den han følte seg mest komfortabel i, kan være en årsak til at han snakket mye om tilbudet med sin psykolog – som igjen videreformidlet denne tilbakemeldingen til meg ved flere anledninger.

5.1.3 Utfordringens betydning

Deltakerne beskriver flere opplevelser som har vært vanskelige, skumle og flau å begi seg ut på i musikkterapi. Disse opplevelsene bidrar på en egen måte til at musikkterapien ved BS kan knyttes til bedringsprosesser, i den forstand at jeg betrakter utfordring som en forutsetning for at endring kan skje. Både sangdeling og improvisasjon har gitt deltakerne ulike sosiale utfordringer. Disse aktivitetene kan passe inn i behandling, samt være relevante for livet ellers, ved at de har innlemmet deltakerne aktivt. Når D1 forteller om et ubehag han har kjent på i møte med en musikkaktivitet, hvor han likevel har gjennomført aktiviteten, mener jeg at han har blitt utfordret til et valg: Han kunne ha gitt etter for motstanden i ham

³⁴ Deltakende fagpersoner fra andre yrkesgrupper eller innlemming av musikkterapeut i teamarbeid.

selv, men valgte å gjøre noe han var motivert til. Han har tatt stilling til utfordringen ved å ta et valg. Utfordring kan dermed knyttes til bedring, hvilket jeg vil drøfte i det følgende.

5.1.3.1 En annerledes form for utfordring

Aktivitetene i musikkterapien har vært noe nytt og ukjent for alle prosjektets deltakere. Ingen av dem har tidligere erfaringer med musikkterapi. Uavhengig av *hvordan* deltakerne har opplevd aktivitetene, kan vi anta at disse har fanget deres oppmerksomhet til en viss grad. For deltakerne er det viktig å disponere tiden ved BS på en måte som gir opplevelser av det å være aktivisert, produktiv, og i utvikling.

Å bli presentert for nye utfordringer, hvor man også øyner muligheter for *mestring*, kan være spennende. Vi kan tenke oss at en pasient som skal igangsette en runde med Sirkeldialogisk improvisasjon vil være nysgjerrig på hvordan andre tolker hans rytmefigur. Denne nysgjerrigheten blir bare imøtekommet dersom pasienten tar utfordringen og demonstrerer sin figur. På samme tid vil gruppe medlemmer som spiller videre på denne figuren, lære noe nytt – en ny rytmefigur. Utfordring i musikkterapi kan altså være et grunnlag for læring. Samtidig mestrer de involverte medlemmene noe, motivert av et samspill som er nødvendig for at improvisasjonen skal fungere. For å kunne fastslå at musikkterapien ved BS har gitt et læringsutbytte, har man behov for formulerte *læringsmål*. Måltrett arbeid er sentralt i TSB slik det fremgår av Rusreformen (Helsedirektoratet, 2012). Siden aktivitetene i prosjektet delvis har blitt til underveis³⁵, har det ikke vært mulig å knytte dem til konkrete mål. Det vil dermed være opp til hver enkelt deltaker hvor stor betydning han føler at utfordringene har hatt. Yalom & Leszcz (2005) sitt universalitetsbegrep kan passe godt til deltakernes opplevelser av utfordring i musikkterapi. Å dele en sang med en gruppe, for eksempel, var en uvant opplevelse for alle. Ved at rammene rundt sangdeling var de samme for hver enkelt, stilte deltakerne med et likt utgangspunkt foran delingen. Det samme gjaldt improvisasjon, hvor alle utførte de samme øvelsene. Likevel kan universaliteten danne et mer nyansert bilde i virkeligheten. I møte med improvisasjonsøvelser kan vi også si at deltakerne stilte med ulike utgangspunkt, siden D1 og D3 allerede hadde opparbeidede ferdigheter på musikkinstrumenter før de begynte i musikkterapi. Universaliteten blir mindre gjeldende når utgangspunktet ikke er det samme, og ubalansen dette medfører kan skape utrygghet. Motstand vil igjen bli mer gjeldende, og vil kunne utfordre den enkeltes motivasjon. Med dette kan vi også få en større forståelse av at D4 trekker frem nytten av å være flink til ting.

³⁵ Dette speiler min redegjørelse i delkapittel 1.3.2 *Gruppeopplegget: to kjerner*.

5.1.3.2 Sårbarhet

Her vil jeg rette hovedfokus mot sangdeling, aktiviteten i musikkterapi som deltakerne i størst grad tillegger et personlig aspekt. Kjølstad (2004) forbinder sårbarhet med eksponering og en medfølgende risiko for utestengning i gruppesammenheng. I mitt praksisprosjekt har jeg etter beste evne forsøkt å ivareta gruppelemmer i sårbare situasjoner her-og-nå (Yalom, 2002/2003). Dette fordi jeg ikke har arbeidet innenfor en tidsramme som sikret rom for bearbeidende samtaler på tomannshånd. For å gjøre sårbare situasjoner relevante for bedringsprosesser tror jeg imidlertid at denne bearbeidningen er viktig.

Når deltakerne omtaler sangdelingen i musikkterapi, forbinder de den i stor grad med følelser. Pavlicevic (2003) beskriver hvordan en delt musikkopplevelse kan skape enhet (*oneness*) blant utøvende og lyttende når musisering vies en sosial dimensjon. Dersom man åpner for at andre kan ta del i musikken man presenterer, visker man delvis bort iboende grensesettinger i begreper som *scene* og *publikum*. Jeg ser sangdeling som et eksempel på en slik presentasjon. Denne aktiviteten kan samtidig ha skapt avstand mellom deltakere. D4 uttrykker skepsis rundt sin egen sangdeling under sitt intervju, og får kanskje bearbeidet dette først i denne settingen? Kvale & Brinkmann (2015) beskriver at formålet med et *terapeutisk intervju* er å bearbeide personers lidelse, hvor muligheter for forandring er tilstede ved at det gir kunnskap om deres situasjon. Det skal nevnes at ikke alle deltakerne betrakter sangdelingen som like personlig. D1 beskriver seg selv som kritisk, og har vansker for å engasjere seg i andres musikk. Dette tyder på at han er opptatt av musikk *for musikkens skyld*, og at det kan være hva D1 ønsker seg av musikkterapi.

Den ressursorienterte musikkterapien har et sterkt fokus på mestring, noe som kan bidra positivt i TSB-sammenheng. For enkelte av mine deltakere kan musikkterapi også ha vært et rom for å fokusere på noe annet enn rusproblematikk³⁶. Sårbarhet kan ha vært i stort nok fokus i andre sammenhenger under behandlingsforløpet. Sangdelingen i mitt opplegg handler om å hente frem erfaring (levd liv) og kunnskap (musikksmak) hos den enkelte, og legge til rette for relasjonsbygging basert på dette. Jeg har ikke formulert noen krav overfor deltakerne om at det må fokuseres på problemer eller vonde opplevelser. Jeg tror at et utgangspunkt i positive oppdagelser, som: ”Wow, det var en *kul* låt!”, eller: ”Ah, den konserten husker jeg også!” gir folk *lyst* til å involvere seg i andres liv. Denne lysten, eller motivasjonen, opplever jeg som en kjerne i hva mitt opplegg har generert. Den kan fungere som et trygt fundament og åpne for dypere samtaletemaer utover i en prosess. Deltakerne

³⁶ Et relevant funn kan ses hos Kristiansen (2013), utdypet og kategorisert som *Pusterom*.

beskriver hvordan interaksjonen i gruppa lærer dem å kjenne både andre og seg selv bedre, og jeg tror dette i stor grad handler om å flytte fokus bort fra problemer og inn mot ressurser.

5.1.3.3 Kontakt med komfortsonen

I forbindelse med utfordrende aktiviteter beskriver flere deltakere hvordan deres komfortsoner har blitt berørt. Før jeg går videre, vil jeg trekke frem en forståelse av selve begrepet *komfortsone*. Tidsstyrings- og kommunikasjonsspesialist, Cecilie Thunem-Saanum, omtaler dette på følgende måte:

Se for deg en sirkel. Inne i kjernen er komfortsonen, mens den ytterste sirkelen er kaossonen. Tar du på degmer [*sic*] enn du har tid og evne til, vil du ikke oppleve mestring. Er du derimot for lenge i komfortsonen stagnerer du. (Laustsen, 2015, ingen sidetall)

Denne beskrivelsen skisserer komfortsonen i en yrkessammenheng. Den vil dermed være relevant for mennesker i rusbehandling som forbereder seg på virkeligheten utenfor. Slik jeg forstår Thunem-Saanums omtale, danner vår komfortsone et indre grenseland mellom behagelig og ubehagelig utfordring for oss. Dette er også noe man må ta stilling til mens man er i behandling. Wigram (2004, s. 183) påpeker at musikkterapeuten og musikkterapiklienten stiller ulikt i møte med musikkterapeutisk improvisasjon, blant annet ved at terapeuten har fått trening i dette gjennom sin utdanning. Forfatteren advarer her om at klienten kan oppleve det som ukomfortabelt å skulle lage musikk helt spontant, selv om han har en musikalsk bakgrunn fra før.

Det å utfordre seg selv til aktiv deltakelse i gruppeprosesser kan i gruppeterapeutisk sammenheng være en svært viktig endringsfaktor for enkeltmedlemmer, ifølge Yalom & Leszcz (2005). En side ved en terapeutisk utfordring som enkelte av mine deltakere belyser, er den konkrete følelsen de får når de blir utfordret. Både D2 og D4 gir uttrykk for ubehag de kjente i møtet med utfordringer de ikke var vant til. I et bedringsperspektiv betrakter jeg disse som viktige erkjennelser, idet de skaper bevissthet rundt egne grenser hos den enkelte. Gjennom utfordrende erfaringer i terapiens mikrokosmos, kan man lære å sette grenser på en sunn måte. Dette er igjen noe jeg knytter til det å ta styring over eget liv. Utfordringer i det sosiale rom plasserer også klienten i en sårbar posisjon (Kjølstad, 2004). Av dette kan vi forstå viktigheten av å ivareta hans følelser ved å sjekke ut hans opplevelse av utfordringene.

Har han hatt en dårlig opplevelse og sitter igjen med en vond følelse – greit, så går det kanskje an å bearbeide denne gjennom en samtale i etterkant. Dessverre har ikke mitt praksisprosjekt rommet dette i sitt tidsomfang. Med andre ord: det er muligheter for at mine utfordringer har gitt deltakerne vonde følelser som ikke har blitt bearbeidet. Samtidig trekker flere deltakere frem visse styrker ved musikkterapi sammenliknet med andre tilbud de benytter seg av. D3 har beskrevet seg selv som sjenert og tilbaketrukken i andre sammenhenger, mens han i musikkterapien greide å komme ut av 'skallet' sitt. Deltakernes betraktninger av slike styrker kan være reaksjoner på tilbudets innhold, men også på miljøet i gruppa.

5.1.3.4 Paralleller til mestring

Utfordringer i musikkterapi fikk deltakerne av meg, gjennom øvelser som Sirkeldialogisk improvisasjon. Det tidligere nevnte læringsutbyttet disse kan danne grunnlag for, kan komme som et resultat av at deltakerne har mestret utfordringene.

Mestring i et bedringsperspektiv oppnås, ifølge Landheim (2016), på den enkeltes premisser³⁷. Aktiviteter utført i en gruppe knytter seg med andre ord ikke nødvendigvis direkte til mestring hos hvert enkelt medlem. Kleine, flau, og ekle opplevelser, er uttalte eksempler på ubehag deltakerne har kjent på, men til en viss grad forsonet seg med. Likevel, når en øvelse er lik for alle, står det ikke nødvendigvis i samsvar med den enkeltes forutsetninger for mestring. Utfordring kan samtidig være en nødvendig forutsetning for å mestre noe. Forholdet mellom utfordring og mestring er satt inn i musikkterapeutisk kontekst av Næss (1989), som et fundament i relasjonen mellom terapeut og klient. Musikkterapeuter taler riktignok først og fremst til terapeuter eller studenter. Hvordan utfordringer oppleves av klienter, finnes det mange svar på. Dersom en klient har tatt en utfordring og gjennomført en øvelse, men sitter tilbake med en dårlig følelse, er det ikke selvsagt at han tør dele dette med terapeuten.

5.1.4 Mestringens betydning

Temaet *mestring* berøres av deltakerne på forskjellige måter, både i relasjon til gruppa og på individuelt plan. I tråd med Landheims (2016) ord om mestring og recovery, forstår jeg deltakerne som pålitelige kilder til kunnskap. Med dette sikter jeg til at den enkeltes premisser

³⁷ Dette kommer tydelig frem også i teori om ressursorientert musikkterapi, hvor enkeltindividets iboende styrker vektlegges som utgangspunkt for mestring (Rolvsvjord, 2008).

kjennes best av ham selv. Hvordan deltakerne vurderer sin mestring i musikkterapi er dermed et viktig fokus i et bedringsperspektiv.

5.1.4.1 Oppmøte

Som nevnt, kan deltakelse være så enkelt som å møte til musikkterapi³⁸. Kjølstad (2004) beskriver hvor krevende det kan være å skulle fortsette i en gruppe man prøver ut, og i forlengelsen av dette er jeg opptatt av å løfte frem ethvert oppmøte med anerkjennelse. Dersom vi kun knytter mestring til et terapiforløp over flere sesjoner, unngår vi kanskje å se verdien av hendelser i den enkelte sesjon. Å skape rom for den enkeltes form for deltakelse kan formidle et syn på at oppmøte er verdifullt i seg selv. På denne måten kan også motivasjon gitt den enkelte av gruppa være relevant, ved at dette ikke nødvendigvis forutsetter en prosess over flere sesjoner.

Når jeg betrakter oppmøte som deltakelse, snakker jeg ut fra mitt faglige ståsted og dette fagets menneskesyn (Ruud, 2008). Det er nærliggende å anta at gruppe medlemmet dette kunne handlet om, ikke ville sett det på samme måten. En person som kun oppsøker en gruppeterapiform én gang, betrakter gjerne seg selv som observatør på siden av det som skjer. I hans øyne vil denne sesjonen neppe bli knyttet til hans bedringsprosess. Gruppetilbudets profil overfor pasientene ved BS fremstod som åpen og uforpliktende. Dette står i relasjon til den stadige utskiftningen i pasientgruppen, og bidrar til å støtte påstanden om at oppmøte kan være en form for deltakelse og mestring. Samtidig finnes det en bakside ved å knytte oppmøte til mestring, dersom dette eksempelvis blir et kjent fenomen blant pasienter ved BS. Om empowerment-tenkningen (Brendbekken, 2016; Askheim, 2016) skal følges opp, og den enkelte skal gis selvbestemmelse over eget liv, mener jeg at pauser og hvile bør innlemmes i dette. Trondalen (2016) påpeker at musikkterapeuter må ta vare på seg selv for å kunne hjelpe sine klienter, og slikt bør også gjelde for klienter som vil hjelpe seg selv. Med dette mener jeg at oppmøte som mestring kan trenge en motvekt i det å ikke møte opp. Dersom en pasient i rusbehandling en dag har behov for hvile, og velger dette fremfor et gruppetilbud, aksepterer jeg at han kan ha tatt et sunt valg for seg selv.

³⁸ Se delkapittel 2.5 *Grupper og gruppeterapi*.

5.1.4.2 Andre typer ferdigheter

D1 og D3 er opptatte av å utvikle seg som musikkutøvere. I gruppemusikkterapien ved BS har deltakerne fått muligheten til dette gjennom improvisasjon. Musikkterapien gir muligheter for mestring av aktiviteter som skiller seg fra det øvrige tilbudet ved BS. Den enkelte deltakers musikalske utvikling kan knyttes til bedring ved å dreie seg om konkrete ferdighetsnivåer.

Som en konsekvens av et frivillig musikkterapitilbud kan vi anta at deltakerne opparbeidet seg musikalske ferdigheter fordi de ønsket dette, ikke fordi de måtte. D3 knytter sin musikalske utvikling til sin behandlingssituasjon ved å si at den gir ham følelsen av vekst der hvor han ellers kan føle at han stagnerer. Dette knytter seg igjen til motivasjon (Sælør & Bjerknes, 2012). Et eksempel på musikalsk utvikling kan være det å lære seg å spille et instrument. Selv om en slik læring kan foregå i gruppe, kan det argumenteres imot at den knytter seg til bedringsprosesser. Eksempelvis vil sangdeling lettere kunne generere dialog i gruppen ved å ha et større fokus på livserfaringer som kan gjøres relevante for alle medlemmer (Hedigan, 2005). Likevel vil det å opparbeide seg musikalske ferdigheter stille krav til deltakerne, slik D1 påpeker. Krav er en ansvarliggjøring som jeg mener at viser respekt for enkeltindividet som aktør i eget liv. I gruppesettinger kan det å stille krav til en klient gi ham erfaringer med forpliktelse overfor andre. Vi kan eksempelvis si at improvisasjonene ved BS er å betrakte som ufullstendige uten bidrag fra alle gruppemedlemmer. På denne måten kan man også utfordre en eventuell motstand den enkelte føler overfor gruppen. Å få bekreftelse på at man utgjør et nødvendig ledd i en gruppeaktivitet, kan appellere til ens iboende engasjement for andres liv (Kjølstad, 2004).

5.1.4.3 Bare deling i musikkterapirommet?

Det går fint an å finne trygghet i en gruppe, slik flere av deltakerne påpeker at tiden i musikkterapigruppa har hjulpet dem til. I denne sammenhengen er det interessant å betrakte det noe lukkede terapirommet i lys av øvrig behandlingssammenheng. Å bli kjent med andre på en ny måte, oppleve at folk snakker mer i musikkterapi og kjenne at en selv kommer ut av sitt eget skall, er noen av deltakernes eksempler på at musikkterapirommet favner en egen type deling.

Den manglende tverrfaglighetsdimensjonen av musikkterapien ved BS medførte at prosesser og samtaletemaer i musikkterapirommet ikke nødvendigvis ble tematisert i deltakernes øvrige behandlingssammenhenger. Det er en risiko i musikkterapi som i andre terapiformer at faglig kompetanse ikke blir utnyttet maksimalt, slik tverrfaglig samarbeid ville

kunnet sikre (Dahl, 2011). Alle deltakerne sier noe om hvordan musikk kan være et godt utgangspunkt for samtaler og for å bli kjent med andre mennesker. Terapiens mikrokosmos (Yalom & Leszcz, 2005) utgjør en trygg treningsarena jeg mener er relevant for livet i behandling, ikke bare utenfor. At deltakerne har satt ord på følelser gjennom samtaler om musikk kan sådan fungere som et trygt utgangspunkt for behandling fra andre faglige ståsteder. I lys av dette tenker jeg at musikkterapien likevel har hatt en tverrfaglig *betydning* ved at den har fått folk i prat.

5.2 Gruppemusikkterapi i rusbehandling

Et fellesskap hvor mennesker trives, legger gode muligheter til grunn for mestring av utfordringer. Spenningsforholdet mellom motivasjon og motstand vil alltid være tilstede (Kjølstad, 2004), men en velfungerende gruppe vil kunne bidra til å balansere dette forholdet. Gjennom aktiviteter i musikkterapi forekommer endring i deltakernes liv, både i form av nye musikkferdigheter og sosial interaksjon. Hvorvidt endringene bidrar positivt i deres bedringsprosesser, avhenger av et mestringsaspekt. Motivasjonen som deltakerne får i gruppa, betrakter jeg som en faktor i dette.

Den menneskelige motivasjon fremstår for meg som essensiell i et behandlingsforløp. Som vi har sett, utgjør den en kjernedrivkraft til menneskers endringsprosesser (Kjølstad, 2004). Slik det fremgår av deltakernes utsagn, har musikkterapi vært et positivt tilskudd i behandlingshverdagen. Mestring av instrumenter, deling av følelser og livserfaringer med en gruppe, og involvering i andre menneskers tankeprosesser, er elementer av terapien som de nevner. Deres motivasjon ble nok jevnlig satt på prøve, men kanskje særlig i møte med utfordringer. Når motivasjonen prøves, oppstår et veiskille hvor deltakerne er ansvarlige for sitt utbytte av musikkterapi. Det handler om hvorvidt den enkelte våger å ta en utfordring, og her spiller gruppen en viktig og motiverende rolle. Deltakerne trekker frem styrker ved sitt fellesskap som har vært dreid rundt deres felles musikkinteresse, og som har gitt hver av dem en følelse av tilhørighet. Musikkterapigruppa har sådan vært en kilde til motivasjon i dette tilfellet, slik jeg forstår det.

Under følger illustrasjoner jeg har laget av to tenkte prosesser i gruppemusikkterapi. Disse formidler den forståelse av motivasjonens og motstandens betydning jeg har tilegnet meg gjennom drøftingen så langt i denne oppgaven. Med forbehold om studiens omfang, kan mine funn peke i retning av at disse er nært tilknyttet sosiale prosesser. Hos Solli, Rolvsjord & Borg (2013) ser vi hvordan sosial deltakelse og samarbeid har vært relevante temaer i

recovery-orientert musikkterapi: ”Music therapy was widely reported as a good arena for being together with other people and making social connections. These experiences were connected both to a sense of belonging, (. . .) but also to experiences of teamwork” (s. 257).

Når den enkelte musikkterapeutklient, med sitt unike utgangspunkt, søker å finne veien gjennom et behandlingsforløp, kan tilhørighet og samarbeid i en gruppe være del av hans motivasjon i følgende tenkte prosess:



Figur 4: Trygg gruppemusikkterapi

Klientens utgangspunkt betrakter jeg som sammensatt av elementer vi kan knytte til hans person: det han liker, det han kjenner, det han kan og det han ønsker. I musikkterapi møter han utfordringer på lik linje med andre gruppelemmer, og sammen tar de utfordringene. Den enkeltes motivasjon kan bygges på et godt gruppefelleskap, og mestring kan skje i samspill med gruppen. Dersom et gruppelem utfordres til å dele en sang, kan han motiveres av støttende tilbakemeldinger og få opplevelsen av å ha mestret utfordringen. Et eksempel på en positiv endring kan da være at han har fortalt andre noe nytt om seg selv, og dette har følt godt. Opplevelsen av sangdelingen knyttes dermed til personlig recovery (Biong & Borg, 2016; Solli, 2012) ved å være et eksempel på gode opplevelser og tilhørighet i et fellesskap.

Gruppen kan også skape motstand hos den enkelte. Både negativ og positiv respons i overdreven grad (fra terapeut så vel som fra gruppe) kan demotivere et gruppelem og forstyrre hans endringsprosesser, ifølge Kjølstad (2004). Dersom deltakerne i musikkterapien ved BS hadde manglet et godt gruppemiljø, tror jeg ikke musikkaktivitetene hadde blitt opplevd som like givende. Tvert imot tenker jeg at utfordringer møtt av et dysfunksjonelt gruppefelleskap kan lede til mestringsmangel som sårer den enkelte. En episode med sangdeling kan oppleves helt annerledes for en klient som er utrygg i sin gruppe. Hvis han deler noe nært, men ikke får aksept fra gruppen for dette, vil det kunne gjøre ham desto mer utrygg i gruppen. Vi kan fremdeles si at en endring har foregått, men i negativ forstand. Vi risikerer dermed at bedringen uteblir:



Figur 5: Utrygg gruppemusikkterapi

Vi ser i Figur 4 og Figur 5 eksempler på hvordan motivasjon og motstand i en gruppe kan få konsekvenser for individet. Jeg er imidlertid klar over at en slik konkretisering av sentrale drøftingstemaer kan skape et noe snevert bilde av gruppens rolle i musikkterapi. De to figurene begrenser eksempelvis begrepet *bedring* til å være et resultat av noe. Recovery kan også ses som selve prosessen figuren illustrerer (Solli, Rolvsjord & Borg, 2013), og dermed som en tilstand hvor man aksepterer livet for hva det er (Biong & Borg, 2016). Bruken av begrepet *endring* er også diskuterbart i denne sammenhengen. Når studiens deltakere har oppsøkt musikkterapi, har de blant annet vært motiverte av sin musikkinteresse. Kanskje har de kommet til musikkterapi nettopp fordi terapiformen fokuserer på en konstant i deres liv – noe de *ikke* trenger å endre. På dette punktet skiller også TSB og recovery seg noe fra hverandre. Innen TSB er man i stor grad opptatt å endre atferd (Sælør & Bjerknes, 2012; Hole, 2014), mens recovery fokuserer på styring over eget liv i den situasjonen man er i (Brendbekken, 2016; Solli, 2012; Biong & Borg, 2016). Musikkterapien kan således være dratt mellom to poler i denne studiens kontekst³⁹: som del av tilbudet pasienter i TSB benytter seg av, og som recovery-orientert praksis.

5.3 Metodekritikk og veien videre

Avslutningsvis i drøftingen ønsker jeg å komme med noen kritiske perspektiver på IPA slik denne metoden har vært relevant for min studie. Jeg vil også knytte denne studiens funn til videre forskning, og til videre utvikling av praksis, innen musikkterapi.

5.3.1 IPA som analysemetode og forskningsdesign

Smith et al. (2009) sin analyseform er et eksempel på teori om analyse, og en teori er igjen kun et forslag til hvordan virkeligheten kan oppfattes (Rienecker, Jørgensen & Skov, 2012/2013).

IPAs fenomenologiske dimensjon innebærer at forskeren etter beste evne skal gjengi sine deltakeres utsagn i deres originale form, ifølge Smith et al. (2009). Videre foreslås en

³⁹ Se også Bruscias (2014) definisjon av musikkterapi, hvor endring nevnes.

aktiv vurdering av datamaterialet i forkant av transkribering, og forfatterne hevder at forskeren allerede her kan luke bort data som sannsynligvis ikke vil bli analysert (s. 74). En slik betraktning av data kan gi et uheldig fokus, mener jeg. Under det innledende analysearbeidet bør målet for forskeren (ifølge IPA) være å *gjengi*, ikke å *vurdere*. Mitt transkripsjonsarbeid til denne studien foregikk i en tidsperiode hvor valg av analysemetode ikke ennå var bestemt, hvilket betyr at jeg ikke fulgte IPA-oppskriften for transkribering. Dersom jeg hadde vært klar over det nevnte forslaget før jeg begynte å transkribere, kunne jeg ha risikert å ekskludere data som senere ville blitt viktige⁴⁰. Min vurderingsevne som forsker er relevant for min oppfatning av virkeligheten (Rienecker et al., 2012/2013), og utfordrer teori gjennom måten jeg transkriberte mine intervju på. Transkriberingen ellers, ved bruk av lydopptak og ved inkludering av alle samtalers uttalte ord, ble gjennomført i tråd med forslaget i en IPA-studie (Smith et al., 2009).

IPA har vært et godt fundament for min forskning ved at den ikke har et hovedfokus på å generere ny teori⁴¹. Mitt forskningsprosjekt har vært en utforskning av et praksisprosjekt hvor jeg har prøvd ut gruppemusikkterapi i en kontekst som var ny for meg. Respons på tilbudet jeg har gitt, kan dermed fortelle meg akkurat hva det har betydd for brukerne av det. Jeg har ikke behøvd å lete etter en spesifikk type svar, men har i stedet kunnet åpne meg for det som har vist seg. Gjennom IPA har jeg sådan kunnet gjøre mening av fenomener i tråd med metodens hermeneutiske dimensjon.

5.3.2 Implikasjoner for musikkterapiforskning

Min studie plasserer seg i en relativt ung forskningstradisjon jeg har nevnt: musikkterapi i det norske rusfeltet. Her er det rom for supplerende forskning som kan løfte funn fra studier som min til et nytt nivå, eksempelvis gjennom kvantitativ metode. Videre kvalitativ forskning kan fokusere både bredere og smalere enn hva jeg har gjort. Med tanke på deltakerutvalg, aktivitetstyper, metoder for datainnsamling og analyseform, finnes det mange mulige kombinasjoner. Hva gjelder forskning i praksisfeltet kan det være interessant å innlemme tverrfaglig samarbeid i musikkterapeutisk virke. Andre fagpersoners erfaringer av musikkterapi praksis kan tydeliggjøre musikkterapiens mulige bidrag i rusbehandling, hvor tverrfaglighet står sentralt.

⁴⁰ Dette berører også respekt for deltakerne, hva gjelder hvorvidt deres budskap som helhet blir tatt på alvor.

⁴¹ Smith et al. (2009) sammenlikner dette fokus i IPA og Grounded Theory (s. 201).

5.3.3 Implikasjoner for musikkterapeutisk praksis

Denne studien indikerer at gruppemusikkterapi utgjør et nyttig tilskudd i TSB, og at valg av musikkaktiviteter har passet til målgruppen. Gjennom improvisasjon uttrykker deltakerne at de har fått nyttige utfordringer i å våge nye ting foran andre. Ved at ingen av dem hadde improvisert før, har det også gitt dem erfaringer av å samarbeide om noe felles – en ny utfordring. Sangdeling har deltakerne i stor grad knyttet til relasjoner. Delingen har vært krevende for flere, men til gjengjeld har den fungert som en arena hvor mennesker har blitt bedre kjent med hverandre.

Drøftingen belyser hvordan *motivasjon* kan knyttes til gruppeprosesser i musikkterapi, og viser hvor viktig det er å ha fokus på dette i videre musikkterapipraksis. For musikkterapeuter som arbeider med grupper, kan denne studien belyse verdien av å sørge for et trygt fellesskap rundt de aktivitetene som skal utføres. Motivasjon er et svært viktig begrep innen rusbehandling, og blir dermed et aktuelt fokus for musikkterapeuter i rusfeltet.

6 KONKLUSJON

Jeg vil i det følgende, basert på min presenterte forskning, svare på oppgavens problemstilling:

(1) Hvordan opplever pasienter ved et rusbehandlingssenter å delta i gruppemusikkterapi, og

(2) hva kan deres opplevelser si om musikkterapi som ressurs for bedring i rusbehandling?

Gjennom intervjuer i denne studien har vi sett deltakernes refleksjoner rundt egne opplevelser i gruppemusikkterapi. Ved å benytte prinsippene i IPA som kvalitativ analysemodell, viser studien at gruppemusikkterapi oppleves som et trivselsfremmende fellesskap hvor deltakerne blir utfordret, men hvor de også opplever mestring.

Under rusbehandling skal livets relasjonelle dimensjon ivaretas. Musikkterapien har bidratt til å ivareta deltakerne som mennesker i et sosialt samspill. De opplever gruppemusikkterapi som en arena for relasjonsbygging, og musikkterapien fremhever dermed det relasjonelle aspektet ved menneskelig tilværelse.

Sosial tilhørighet, mestring og interessefokus er elementer som knytter gruppemusikkterapi til recovery. Tilhørighet plasseres sentralt i sosial recovery. Mestring og interessefokus bidrar til å fremme lyse øyeblikk og glede i livet.

Gjennom delte musikkopplevelser knyttes flere individer til et fellesskap, først og fremst når de deler en interesse de hadde allerede før de møttes. Ved å dele sanger og improvisere har deltakerne selv tydeliggjort denne fellesskapsetableringen. Sangdeling har ifølge deltakerne fungert som supplement til gruppe-medlemmers verbale beskrivelser av seg selv. Musikkterapi innehar dermed den ressurs at musikk brukt på denne måten kan bidra til identitets- og relasjonsbygging. Improvisasjon gir deltakerne erfaringer av nye utfordrings- og mestringsformer, og her plasserer de samhold og samarbeid sentralt. Musikkterapi kan dermed også skape universalitet når flere mennesker sammen møter musikalske utfordringer.

Det blir derfor naturlig å konkludere med at musikkterapi i gruppe er en egnet ressurs for bedring i rusbehandling.

7 OPPSUMMERING

I denne masteroppgaven har jeg utforsket et utvalg TSB-pasienters opplevelser av deltakelse i gruppemusikkterapi. Forskningsprosjektet har tatt utgangspunkt i en musikkterapi praksis jeg har gjennomført ved et rusbehandlingssenter. Studien har blitt strukturert med utgangspunkt i IPA, som også er analyseformen jeg har benyttet. I tråd med denne analyseformen har deltakernes uttalelser spilt en sentral rolle for studien. Disse har gjennom analysen blitt plassert i fire hovedkategorier: *felleskap*, *trivsel*, *utfordring* og *mestring*. Med det formål å knytte deltakeropplevelser til bruken av musikkterapi i rusbehandling, har teori om recovery, TSB og musikkterapi blitt drøftet opp mot deltakernes uttalelser. Drøftingen har også belyst gruppens relevans for den enkelte deltakers motivasjon i musikkterapien. Konklusjonen for denne studien har vært at musikkterapi i gruppe passer inn i den utforskede konteksten ved å beskjeftige seg med temaer som er relevante i rusbehandling.

LITTERATUR

- Abdollahnejad, M. R. (2006). The Use of Music Therapy with Substance Abusers. *Music Therapy Today*, vol. 7(2), s. 318-332.
- Aldridge, D. & Fachner, J. (Red.) (2010). *Music Therapy and Addictions*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Alnes, J. (2015). Hermeneutikk. I *Store norske leksikon*. Hentet 24. april 2017 fra <https://snl.no/hermeneutikk>
- Alvesson, M. & Sköldberg, K. (2009). *Reflexive Methodology. New Vistas for Qualitative Research* (2. utg.). SAGE Publications.
- American Psychological Association (2017). American Psychological Association. Hentet fra <http://www.apa.org/index.aspx>
- Askheim, O. P. (2016). Recovery-perspektivet: Utfordrende, men utydelig og uavklart. I A. Landheim, F. L. Wiig, M. Brendbekken, M. Brodahl & S. Biong (Red.), *Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelbruk og psykiske helseproblemer* (s. 192-203). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Beckmann, H. B. (2013). Music, Adolescents and Health: Narratives About How Young People Use Music as a Health Resource in Daily Life. I L. O. Bonde, E. Ruud, M. S. Skånland & G. Trondalen (Red.), *Musical Life Stories. Narratives on Health Musicking* (s. 95-116). Oslo: NMH-publikasjoner, 2013:5.
- Berliner, P. F. (1994). *Thinking in Jazz. The Infinite Art of Improvisation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Biong, S. & Borg, M. (2016). Hva handler recovery om? I A. Landheim, F. L. Wiig, M. Brendbekken, M. Brodahl & S. Biong (Red.), *Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelbruk og psykiske helseproblemer* (s. 18-29). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Biong, S. & Ytrehus, S. (2012). Rusproblemer – en utfordring for samfunnet, helsetjenesten og den enkelte. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 15-29). Oslo: Akribe.
- Brennbekken, M. (2016). Liv og lære: Posisjonerte perspektiver på bedringshistorier i to fokusgrupper. I A. Landheim, F. L. Wiig, M. Brennbekken, M. Brodahl & S. Biong (Red.), *Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelbruk og psykiske helseproblemer* (s. 146-157). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bruscia, K. E. (2012). *Case Examples of Music Therapy for Substance Use Disorders*. Barcelona Publishers. Hentet fra <http://web.b.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/bmxlYmtfXzUzMTA1MV9fQU41?sid=2ad1e6bd-3ff7-471c-b3a2-c33f7f0fbd7a@sessionmgr120&vid=0&format=EB&rid=1>
- Bruscia, K. E. (2014). *Defining Music Therapy* (3. utg.). University Park: IL. Barcelona Publishers.
- Bye, K. D. (2015). *Musikkterapi og rusmiddelfeltet. Holdninger til behandling av mennesker med rusmiddelproblematikk beskrevet gjennom litteratur fra musikkterapi og statlige dokumenter*. Bergen: Masteroppgave i musikkterapi. Universitetet i Bergen. Hentet fra <http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/10361/133482459.pdf?sequence=1>
- Fangen, K. (2004). *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Fosshagen, K. (2014). Ontologi. I *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/ontologi>
- Dahl, T. (2011). Ambulant brukerstyrt samarbeid. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (s. 315-331). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dale, R., Kielland, T., Trondalen, G. & Stige, B. (2015). Musikkterapi, rus og psykisk helse – brukererfaringer. *Kompetansesenter Rus*. Hentet fra <http://kompetansesenterrus.no/file/art-6.pdf>

- de Labbé, M. B. (2010). *Slagen från ditt hjärta är rytmen av din själ: en kvalitativ studie i musikterapeutisk trumpraktik med gravida kvinnor*. Oslo: Masteroppgave i musikkterapi. Norges musikkhøgskole. Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/172518/Slagen_fran_ditt_hjarta.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi* (4. utg.). Hentet fra https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/60125_fek_retningslinjer_nesh_digital.pdf
- DeNora, T. (2000). *Music in Everyday Life*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ellingson, L. L. & Borofka, K. G. E. (2014). Grounded Theory. I T. L. Thompson (Red.), *Encyclopedia of Health Communication, vol. 1*. (s. 537-538). SAGE Publications. Hentet fra <http://web.b.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/bmx1YmtfXzgwMDQxN19fQU41?sid=57f8b249-a25f-4914-930b-4c1dbd94a661@sessionmgr102&vid=0&format=EB&rid=1>
- Gjerme, H., Lømo, B. & Lundgaard, R. (2007). Brukermedvirkning i rusbehandling – er det mulig? I A. K. Ulvestad, Henriksen, A. K. Tuseth & T. Fjeldstad (Red.), *Klienten – den glemte terapeut* (s. 166-181). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hallanger, H. M. (2013). *Opplevelsen av flyt sett i et helseperspektiv. En kvalitativ intervjuundersøkelse med deltagere på Taketina-rytmekurs*. Oslo: Masteroppgave i musikkterapi. Norges musikkhøgskole. Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/172562/Hallanger_Heidi_Maria.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Hedigan, J. P. (2005). Music Therapy in a Therapeutic Community: Bringing the Music to the Players. *Music Therapy Today, vol. 6*(1), s. 5-22. Hentet fra https://issuu.com/presidentwfmt/docs/mtt_6_1__2005
- Hedigan, J. P. (2010). Authenticity and Intimacy: The Experience of Group Music Therapy for Substance Dependent Adults Living in a Therapeutic Community. I D. Aldridge &

J. Fachner (Red.), *Music Therapy and Addictions* (s. 35-56). London: Jessica Kingsley Publishers.

Helsedepartementet (2004, april). *Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*. (rundskriv I-8/2004). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hd/rus/2004/0017/ddd/pdfv/205998-runds067.pdf>

Helsedirektoratet (2012, mars). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse – ROP lidelser. Hentet 7. april 2017 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf>

Helsedirektoratet (2015a, 2. november). Prioriteringsveileder – tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Hentet 28. april 2017 fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb>

Helsedirektoratet (2015b, 2. november). Fagspesifikk innledning – tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). I Prioriteringsveileder – tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Hentet 28. april 2017 fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb/seksjon?Tittel=fagspesifikk-innledning-tverrfaglig-3218>

Helsedirektoratet (2016a, 13. mai). Fysisk aktivitet, musikkterapi og akupunktur ved avrusning. Hentet 28. april 2017 fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/avrusning-fra-rusmidler-og-vanedannende-legemidler/seksjon?Tittel=fysisk-aktivitet-musikkterapi-og-10217>

Helsedirektoratet (2016b, 6. oktober). Behandle rusmiddelavhengighet. Hentet 28. april 2017 fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/behandle-rusmiddelavhengighet>

Helsedirektoratet (2017, 24. januar). Hentet 28. april 2017 fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av->

rusmiddelproblemer-og-avhengighet/seksjon?Tittel=terapeutiske-tilnæringer-i-rusbehandling-9262

- Hole, R. (2014). *Forebygging og behandling av rusproblemer. En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Johansen, A. B. & Bramness, J. G. (2012). Psykososial og medikamentell behandling ved rusavhengighet. I: S. Biong & S. Ytrefhus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 121-142). Oslo: Akribe.
- Johansen, J. A. (2007). Tverrfaglig spesialisert rusbehandling: et nytt tjenesteområde i spesialisthelsetjenesten. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, vol. 44(3). s. 269-272.
- Johnsen, K. M. M. (2016). *Music therapy, women and substance abuse problems*. Bergen: Masteroppgave i musikkterapi. Universitetet i Bergen. Hentet fra <http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/12819/144663993.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kielland, T. (2015). *Musikkterapi i kommunalt rusarbeid*. Brumunddal: Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Psykisk Helsevern, Kompetansesenter rus – region øst.
- Kielland, T., Stige, B. & Trondalen, G. (2013). Musikkterapi i rusfeltet. *Rusfag*, 1, s. 43-51. Hentet fra https://bergensklinikkene.files.wordpress.com/2016/09/rusfag_1_2013.pdf
- Kirkerud, H. (2015). *Selvfølelse som livsfundament. Musikkterapeuters arbeid med barn og unges psykiske helse*. Oslo: Masteroppgave i musikkterapi. Norges musikkhøgskole. Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2379580/Hilde_Kirkerud.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Kjølstad, H. (2004). *Gruppeterapi* (1. utg., 1. oppl.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristiansen, D. L. (2013). *Nye muligheter. En eksplorativ studie av deltakeres opplevelse i musikkterapi gruppe innen rusbehandling*. Oslo: Masteroppgave i musikkterapi. Norges musikkhøgskole. Hentet fra

https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/218345/Daniel_Loeset_Kristiansen.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Landheim, A. (2016). Rusmiddelmissbruk – forekomst, forløp og faktorer for recovery. Hva viser forskningen? I A. Landheim, F. L. Wiig, M. Brendbekken, M. Brodahl & S. Biong (Red.), *Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelbruk og psykiske helseproblemer* (s. 30-44). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Landheim, A., Wiig, F. L., Brendbekken, M., Brodahl, M. & Biong, S. (Red.) (2016). *Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelbruk og psykiske helseproblemer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Laustsen, E. (2015, 13. april). Derfor må du ut av komfortsonen. *Dagens Næringsliv*. Hentet fra <http://www.dn.no/2015/04/13/2019/Karriere/derfor-m-du-ut-av-komfortsonen>

Lauveng, A. (2016). Vi må slutte å behandle samtidig rus og psykisk lidelse – vi skal behandle mennesker. I A. Landheim, F. L. Wiig, M. Brendbekken, M. Brodahl & S. Biong (Red.), *Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelbruk og psykiske helseproblemer* (s. 171-173). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lossius, K. (2011). Om å ruse seg. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (s. 23-38). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Malt, U. (2015). Kvalitativ. I *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/kvalitativ>

Malt, U. (2016). Individualterapi. I *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/individualterapi>

McFerran, K. (2012). Moving Out of Your Comfort Zone: Group Music Therapy with Adolescents Who Have Misused Drugs. I Bruscia, K. E., *Case Examples of Music Therapy for Substance Use Disorders* (s. 27-41). Barcelona Publishers. Hentet fra <http://web.b.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/bmxIYmtfXzUzMTA1MV9fQ>

U41?sid=2ad1e6bd-3ff7-471c-b3a2-
c33f7f0fbd7a@sessionmgr120&vid=0&format=EB&rid=1

- Musikernes Fellesorganisasjon (2008, 16. april). MFOs yrkesetiske retningslinjer for musikkterapeuter. Hentet fra http://www.musikerorg.no/text.cfm/0_731/mfos-yrkesetiske-retningslinjer-for-musikkterapeuter
- Nesvåg, S. (2012). Ulike forståelser og perspektiver på problematisk rusmiddelbruk og avhengighet. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 55-77). Oslo: Akribe.
- Nytingnes, O. (2007). Vet fagfolk best? Klienten som kunnskapskilde om veier til endring. I A. K. Ulvestad, Henriksen, A. K. Tuseth & T. Fjeldstad (Red.), *Klienten – den glemte terapeut* (s. 63-79). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Næss, T. (1989). *Lyd og vekst. En innføring i metoden terapeutisk improvisasjon*. Oslo: Musikkpedagogisk forlag, Nesodden.
- Overå, M. (2012). *"Hekta på musikk": en studie om betydning av deltagelse i en musikkterapigruppe på en avgiftningsenhet*. Oslo: Masteroppgave i musikkterapi. Norges musikkhøgskole.
- Overå, M. (2013). *Hekta på musikk*. Oslo: NMH-publikasjoner, 2013:11.
- Pavlicevic, M. (2003). *Groups in Music. Strategies from Music Therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Rienecker, L., Jørgensen, P. S. & Skov, S. (2013). *Den gode oppgaven – håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole* (2. utg.). (2012). Bergen: Fagbokforlaget.
- Rolvjord, R. (2004). Therapy as empowerment. *Nordic Journal of Music Therapy*, 13(2), s. 99-111. doi:10.1080/08098130409478107
- Rolvjord, R. (2007). *"Blackbirds Singing": Explorations of Resource-Oriented Music Therapy in Mental Health Care*. Aalborg: Doktorgradsavhandling i musikkterapi. Aalborg University.

- Rolvjord, R. (2008). En ressursorientert musikkterapi. I G. Trondalen & E. Ruud (Red.), *Perspektiver på musikk og helse – 30 år med norsk musikkterapi* (s. 123-138). Oslo: NMH- publikasjoner, 2008:3.
- Rus (2016). *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/rus>
- Ruud, E. (1990). *Musikk som kommunikasjon og samhandling. Teoretiske perspektiv på musikkterapien*. Hentet fra <http://www.nb.no/nbsok/nb/ff18cf76b16e3cddb371816ff53ef913.nbdigital?lang=no#0>
- Ruud, E. (2005). Philosophy and theory of science. I B. L. Wheeler (Red.), *Music Therapy Research* (2. utg.) (s. 33-44). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Ruud, E. (2006). Musikk gir helse. I T. Aasgaard (Red.), *Musikk og helse* (s. 17-30). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Ruud, E. (2008). Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi. I G. Trondalen & E. Ruud (Red.), *Perspektiver på musikk og helse – 30 år med norsk musikkterapi* (s. 5-28). Oslo: NMH-publikasjoner, 2008:3.
- Ruud, E. (2013). *Musikk og identitet*. Oslo: Universitetsforlaget (2. utg.).
- Rødland, T. (2013). *Sangskrivning i rusomsorgen*. Oslo: Masteroppgave i musikkterapi. Norges musikkhøgskole. Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/172548/Rodland_Tom_Georg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Skånland, M. S. (2013). A Young Woman's Narrative on the Role of Mobile Music in Coping with Everyday Life. I L. O. Bonde, E. Ruud, M. S. Skånland & G. Trondalen (Red.), *Musical Life Stories. Narratives on Health Musicking* (s. 59-74). Oslo: NMH-publikasjoner, 2013:5.
- Small, C. (1998). *Musicking. The meanings of performance and listening*. Hanover, NH: Wesleyan University Press.

- Smith, J. A., Flowers, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research*. London: SAGE Publications.
- Solli, H. P. (2012). Med pasienten i førerretet. Recovery-perspektivets implikasjoner for musikkterapi i psykisk helsearbeid. *Musikkterapi i Psykiatrien Online*, 7, s. 23-44. Hentet fra <https://journals.aau.dk/index.php/MIPO/article/view/114/78>
- Solli, H. P. (2014). *The Groove of Recovery. A qualitative study of how people diagnosed with psychosis experience music therapy*. Bergen: Doktorgradsavhandling i musikkterapi. Universitetet i Bergen. Hentet fra <http://bora.uib.no/handle/1956/8753>
- Solli, H. P. & Rolvsjord, R. (2008). Musikkterapi som behandlingstilbud for pasienter med psykose. I *Musikkterapi*, 3, s. 8-16.
- Solli, H. P., Rolvsjord, R. & Borg, M. (2013). Toward Understanding Music Therapy as a Recovery-Oriented Practice within Mental Health Care: A Meta-Synthesis of Service Users' Experiences. *Journal of Music Therapy*, 50(4), s. 244-273. Hentet fra https://search.proquest.com/cv_529316/docview/1515902651?accountid=12821
- Solum, E. M. B.-D. (2016). *Et biopsykososialt perspektiv på musikkterapi. En studie av deltakeres opplevelser av egen helse i en musikkterapi gruppe i et rusfritt fritidstilbud*. Oslo: Masteroppgave i musikkterapi. Norges musikkhøgskole. Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2410959/Erlend_Magnus_Barratt_Due_Solum.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Soshensky, R. (2001). Music Therapy and Addiction. *Music Therapy Perspectives*, 19(1), s. 45-52. Hentet fra <http://mtp.oxfordjournals.org/content/19/1/45.full.pdf>
- Statens helsetilsyn (1999). *ICD-10. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Hentet fra http://www.kith.no/upload/1816/Komplettt-Blå-bok_230905.pdf
- Stige, B. (2008). Samfunnsmusikkterapi – mellom kvardag og klinikk. I G. Trondalen & E. Ruud (Red.), *Perspektiver på musikk og helse – 30 år med norsk musikkterapi* (s. 139-159). Oslo: NMH-publikasjoner, 2008:3.

- Stige, B. & Aarø, L. E. (2012). *Invitation to Community Music Therapy*. New York, NY: Routledge.
- Svendsen, L. H. (2015a). Substans. I *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/substans>
- Svendsen, L. H. (2015b). Edmund Husserl. I *Store norske leksikon*. Hentet fra https://snl.no/Edmund_Husserl
- Sælør, K. T. & Bjerknes, S. O. (2012). Helsepersonell i tverrfaglig spesialisert rusbehandling – ansvar, roller og funksjoner. S. Biong & S. Ytrehus (Red.) (2012), *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (s. 143-164). Oslo: Akribe.
- Thornquist, E. (2014). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori – for helsefag* (5. oppl.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Trondalen, G. (2016). *Relational Music Therapy: An Intersubjective Perspective*. Dallas, TX: Barcelona Publishers.
- Tønjum, T. (2015). Agens. I *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/agens>
- Tønsberg, G. E. H. & Hauge, T. S. (2008). Musikalsk improvisasjon, samspill, kommunikasjon og språk. I G. Trondalen & E. Ruud (Red.), *Perspektiver på musikk og helse – 30 år med norsk musikkterapi* (s. 85-97). Oslo: NMH-publikasjoner, 2008:3.
- Universitetet i Bergen (2014). *The Groove of Recovery. Disputas for Hans Petter Solli*. Hentet fra <http://www.uib.no/grieg/82438/disputas-hans-petter-solli>
- van Manen, M. (1997). *Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy* (2. utg.). London, ON: The Althouse Press.
- Wigram, T. (2004). *Improvisation. Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. Philadelphia, PA: Jessica Kingsley Publishers.
- Yalom, I. D. (2003). *Terapiens gave*. (2002). Oslo: Pax Forlag.

Yalom, I. D. & Leszcz, M. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy* (5. utg.). New York: Basic Books.

Ytrehus, S. (2012). Kommunalt rusarbeid. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 240-269). Oslo: Akribe.

VEDLEGG

Vedlegg 1: Prosjektgodkjenning fra Personvernombudet for forskning



Hans Petter Solli
Senter for musikk og helse Norges musikkhøgskole
Slemdalsveien 11
0369 OSLO

Vår dato: 29.06.2016

Vår ref: 48686 / 3 / ASF

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 18.05.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

48686	<i>Musikkrommet i rusbehandlingen. Et pilotprosjekt, og en kvalitativ studie om deltakerperspektivet på musikkterapi som behandlingstilbud ved et rusbehandlingssenter i regi av en privat stiftelse</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Norges musikkhøgskole, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Hans Petter Solli</i>
<i>Student</i>	<i>André Førsund</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, 15.05.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Amalie Statland Fantoft

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

Kontaktperson: Amalie Stalland Fantoft tlf: 55 58 36 41
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: André Førsund andre.forsund@student.nmh.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 48686

INFORMASJON OG SAMTYKKE

I følge meldeskjemaet skal deltakerne i studien informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykke til deltakelse. Informasjonsskrivene mottatt 24.06.2016 er godt utformet.

SENSITIVE PERSONOPPLYSNINGER

Ettersom utvalget består av pasienter ved et rusbehandlingssenter, vurderer vi at det innhentes sensitive opplysninger om helseforhold.

SÅRBAR GRUPPE

Informantene er pasienter ved et rusbehandlingssenter, og kan regnes som å være i en sårbar situasjon. Personvernombudet har vært i dialog med studenten for å avklare hvordan informantene skal ivaretas under og etter samtalen. Studenten beskriver på e-post mottatt 20.06.2016, at han ikke har noen særlig kompetanse på feltet. Studenten informerer derfor på e-post mottatt 24.06.2016, at han skal i samarbeid med veileder oppøve seg denne kompetansen med og blant annet snakke med yrkesutøvere som kjenner målgruppen godt. I tillegg har studenten vist til at han vil sette seg inn i NESH sine forskningsetiske retningslinjer. Studenten legger også frem at rusede personer ikke deltar i prosjektet.

Personvernombudet vil på bakgrunn av studentens redegjørelse anbefale prosjektet slik det er planlagt.

TAUSHETSPLIKT

Personvernombudet har vært i kontakt med studenten angående de ansattes taushetsplikt. Studenten bekrefter på e-post mottatt 20.06.2016, at informantene som er ansatte vil informeres om dette ved flere anledninger. I tillegg har studenten sendt en revidert intervjuguide, hvor det er tatt hensyn til taushetsplikten.

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at dere behandler alle data og personopplysninger i tråd med Norges musikkhøgskole sine retningslinjer for innsamling og videre behandling av forskningsdata og personopplysninger. Ettersom det skal behandles sensitive personopplysninger, er det viktig at dere krypterer opplysningene tilstrekkelig.

PROSJEKTLUTT OG ANONYMISERING

I meldeskjemaet har dere informert om at forventet prosjektlutt er 15.05.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal dere da anonymisere innsamlede opplysninger. Anonymisering innebærer at dere bearbeider datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjør dere ved å slette direkte personopplysninger, slette eller omskrive indirekte personopplysninger og slette digitale lydopptak.

Vedlegg 2: Intervjuguide

Intervjuguide til semistrukturert pasientintervju

Generelt:

- 1) Hvordan vil du beskrive ditt forhold til musikk?
- 2) Hvordan har det vært for deg å være med på musikkterapi?
- 3) Hvordan har det vært for deg å ha musikkterapi i gruppe?
- 4) Hvordan syns du musikkterapigruppen har utviklet seg?

Improvisasjon:

- 5) Hva innebærer improvisasjon for deg?
- 6) Hvordan har det vært for deg å improvisere med kroppen din og med stemmen din?
- 7) Hvordan har det vært for deg å improvisere med musikkinstrumenter?
- 8) Hvordan har det vært for deg å improvisere sammen med andre?

Sangdeling:

- 9) Hva innebærer det å dele sanger for deg?
- 10) Hvordan har det vært for deg å dele sanger i gruppa?
- 11) Hvordan har det vært for deg å lytte til andres sanger i gruppa?
- 12) Hvordan har det vært for deg å snakke om andres sanger i gruppa?

Veien videre, avslutning:

- 13) Hvordan syns du musikkterapi bør brukes i rusbehandling?
- 14) Hva syns du har vært positivt med denne musikkterapigruppa?
- 15) Har du hatt noen negative erfaringer i gruppa?
- 16) Har du savnet noe i gruppa?
- 17) Hva tenker du om å ha musikkterapi som en del av tilbudet ved dette behandlingssenteret?
- 18) Har du kommentarer du ønsker å legge til etter det vi har snakket om her?
- 19) Hvordan syns du det var å bli intervjuet slik?

Vedlegg 3: Transkripsjonsutdrag med analyseelementer

	kjent på alle eller sånn. Da er jo den <u>ekkel</u> da, å skal plutselig bare... være-... gjøre noe du ikke... Men ja, jeg vet ikke. Vet ikke hva jeg skal egentlig svare, jeg.	* kuppet med komfortsoner i stemme * Fokus n = ikke det som bekriver!
Det kan være nok, det.	Ja, jeg tror det... må holde jeg, for jeg har... jeg klarer ikke å... egentlig... Nei, det har med den komfortsona, det er det som er litt... <u>ekkelig</u> i begynnelsen, og allikevel så er det greit.	* Gjennomgående, uten fremtatt
Mhm. Men vi kommer helt sikkert til å... eh, komme tilbake...	Ja.	
...til mange av de samme temaene...	Ja.	
...på neste... spørsmålene også. Hvordan har det vært for deg å improvisere med kroppen din og stemmen din?	Har jo vært greit, eh... ja. Litt flaut i begynnelsen, og litt sånn... ja, samme komfortsonen der også, men allikevel så har det vært greit, da. Det har jo <u>ikke vært noe</u> farlig. Så det har gått greit det, helt greit.	* Begynner med overordentlig uttrykk * Finn ut hva de vil * ser i retrosp
Hvordan har det vært for deg å improvisere... med musikkinstrumenter?	Flaut med en gang, men allikevel så har det øg... <u>ordna seg</u> da, vet du.	* Prosess som ble skipt 2x uttrykk
Hvordan har det vært for deg å improvisere sammen med <u>andre</u> ?	(.) Nei, jeg må nesten svare det samme der- og, jeg. Det har vært... <u>uvant</u> og litt sånn... flaut med en gang, men allikevel... så har det jo gått greit, så det har jo ikke vært så... ille. Gått vel- bra, det øg.	* RT same
Bra. (.) Da har jeg noen spørsmål om sangdeling.	Mhm.	
Hva innebærer det å dele <u>sanger</u> for deg?	(.) Jo, det er jo litt, eh... moro, holdt på å si for, eh... å <u>dele</u> for andre da, og ku- de kunne... for det er kanskje ikke alle som hører på samme musikk og... har hørt alt en kanskje blir presentert for, da. Og så er det greit å få det ut-... jeg er veldig sånn at,	* Bra positiv oppbelevelse av inkludering andre * Kritisklydende musikk... →

3

Vedlegg 4: Forespørsel og samtykke til prosjektdeltakelse

Masteroppgaveprosjekt i musikkterapi, André Førsund
Norges musikkhøgskole, 2015-2017

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt Masteroppgaveprosjekt om musikkterapi og rusbehandling

Bakgrunn og formål

Studien min har som formål å styrke og utvide musikkterapiens rolle i rusbehandling. Med utgangspunkt i en egenpraksis vil jeg undersøke følgende:

- 1) Hvordan pasienter og ansatte ved et behandlingssenter opplever å delta i musikkterapi
- 2) Om deres opplevelser peker mot at musikkterapi er nyttig i denne typen rusbehandling

Disse to punktene utgjør hovedtemaene for studiens problemstilling, og vil bli brukt til sammenligning med kjerneverdier i norsk rusomsorg og norsk musikkterapitradisjon. Praksisen er en del av masteroppgaven, og blir kun gjennomført ved dette behandlingssenteret.

Jeg ber om din deltakelse i forskningsprosjektet fordi du er pasient ved behandlingssenteret, og har deltatt i mitt musikkterapitilbud.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Mitt ønske er å gjennomføre et intervju sammen med deg om musikkterapiprojektet mitt, som du er en del av. Dette kan foregå ved at vi snakker åpent og fritt, eller ved at du svarer på spørsmål jeg har forberedt.

Et intervju vil vare i ca. 30 minutter.

Samtalen vår blir spilt inn på lydopptaker, og deretter skrevet ned av meg.

Jeg kommer til å be om følgende opplysninger om deg: Alder, kjønn og varigheten av ditt pasientopphold.

Her vil jeg be om ditt samtykke til at jeg, om nødvendig, kan kontakte deg på telefon for å gjennomføre intervjuet. Dette er kun i tilfelle du ikke lenger er pasient ved behandlingssenteret når intervjuperioden min trår til.

I tillegg ber jeg om din tillatelse til å bruke lydopptaker og gi deg skriftlige refleksjonsoppgaver også i musikkterapien du deltar i, slik at vi kan snakke om disse i intervjuet vårt.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Kun jeg og min veileder ved Musikkhøgskolen har tilgang på informasjonen jeg får fra samtalen.

Du vil ikke bli gjenkjent i oppgaveteksten jeg skriver.

Hvis jeg benytter navn, vil disse være fiktive – altså oppdiktet.

Ditt behandlingssenter vil heller ikke bli nevnt ved sitt rette navn.

Før forskningen kan begynne, vil den bli godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

For å få en slik godkjenning, må jeg bl. a. si litt om hvordan jeg vil oppbevare opplysninger jeg får fra deg. Slikt skal lagres utenfor nett-tilkoblet PC, så det ikke er tilgjengelig via internett og kan stjeles.

Praksisprosjektet skal etter planen avsluttes 19. april 2017. I løpet av mai/ juni samme år, skal innsamlet data fra studien anonymiseres – dvs slettes.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Du er velkommen til å delta i musikkterapi selv om du trekker deg fra studien! At du evt. trekker deg fra forskningen, vil ikke påvirke mitt forhold til deg når vi ellers møtes.

Etter studien

Dersom du har behov for å diskutere din deltakelse i studien etter at du er blitt intervjuet, har du rett til dette. Du kan be om samtaler med meg de dagene jeg er på behandlingssenteret, eller du kan kontakte meg på e-postadressen nevnt nedenfor. Er det snakk om å endre på informasjonen du har oppgitt, må du melde fra innen data skal være anonymisert (se ovenfor).

Masteroppgaveprosjekt i musikkterapi, André Førsund
Norges musikkhøgskole, 2015-2017

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål tilknyttet studien, ta kontakt med:
Student: André Førsund, muntlig eller på e-post: andre.forsund@student.nmh.no

eller

Veileder: Hans Petter Solli på e-post: hans.p.solli@nmh.no

Ved deltakelse: skriv navn og dato på ark nr 3, og overlever til studenten.

Masteroppgaveprosjekt i musikkterapi, André Førsum
Norges musikkhøgskole, 2015-2017

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signatur fra prosjektdeltaker, dato)

Norges musikkhøgskole

Norges musikkhøgskole utdanner morgendagens profesjonelle utøvere, kirkemusikere, dirigenter, komponister, musikkteknologer, musikkpedagoger og musikkterapeuter.

Studiene ved Norges musikkhøgskole er ettertraktet og konkurransen om studieplassene er hard. Ferdig utdannet er de fleste studentene våre på et høyt profesjonelt nivå og finner arbeid i kulturskoler, skoler, helseinstitusjoner, band og orkestre. Noen etablerer seg også som solister på en nasjonal og internasjonal arena.

Ved Musikkhøgskolen arbeider noen av landets fremste musikere, pedagoger og musikkforskere. De baserer undervisningen på erfaring, kunstnerisk utviklingsarbeid og forskning.

Musikkterapistudiet fokuserer på ferdigheter innenfor kommunikasjon og sosialt samspill. Musikalsk improvisasjon står sentralt, siden dette er et viktig redskap for å komme i kontakt med – og utvikle relasjonelle og kommunikative ferdigheter.