

# HÅP I MUSIKKTERAPI

*En kvalitativ studie om hvilken rolle håp kan ha i musikkterapeuters arbeid innen psykisk helsevern*

Merete Hagen

Masteroppgave i musikkterapi

Norges Musikkhøgskole

Våren 2020

Antall ord: 21 950



**Norges  
musikkhøgskole**  
Norwegian Academy  
of Music



*Hope is the thing with feathers  
that perches in the soul  
and sings the tune without the words  
and never stops – at all*

- *Emily Dickinson*



# SAMMENDRAG

Denne masteroppgaven tar for seg temaet håp i musikkterapi innen psykisk helsevern. Med en kvalitativ, hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming og semistrukturerte intervjuer med fire musikkterapeuter søker den å svare på følgende problemstilling: *Hvilken rolle kan håp ha i musikkterapeuters arbeid innen psykisk helsevern?* Studien har benyttet tematisk analyse. Analysen førte så til fem hovedkategorier og til sammen tolv underkategorier: Hovedkategorien *håp som tema i musikkterapi* fikk underkategoriene *håp som konkret eller underliggende tema, å bære håpet for pasienten, og håp, forhåpninger og drømmer*. Under kategorien *mål* kommer underkategoriene *tro* og *motivasjon*. Kategorien *fokus på ressurser* fikk *mestring* og *meningsfulle aktiviteter* som underkategorier. Kategorien om *relasjoner* fikk *en annen måte å være sammen på*, og *tilstedeværelse og aksept* som underkategorier. *Glede og vitalitet* har *gyldne øyeblikk* og *musikk som pusterom* som underkategorier. Disse kategoriene har blitt drøftet med en særlig vekt på salutogenetisk helseforståelse og teorier fra musikkterapifeltet og positiv psykologi.

**Emneord:** musikkterapi, håp, psykisk helsevern, recovery, mål, tro, meningsfulle aktiviteter, glede, vitalitet.



# ABSTRACT

This master thesis explores hope as a theme in music therapy and mental health care. The study uses a qualitative, hermeneutic phenomenological approach and semi-structured interviews with music therapists to seek answers to the research question posed by the study: *What is the significance of hope in music therapeutic work within mental health care?* The analytic method used in the study is thematic analysis. The analysis led to five main categories and twelve subcategories. The first main category is about *hope as a theme in music therapy*, with its subcategories about *hope as a concrete or underlying theme*, *to carry the hope for the patient*, and *hopes and dreams*. The second category about *goals* contains the subcategories *to believe in one self* and *motivation*. The third category is about *focusing on resources*, and contains the subcategories *mastery* and *meaningful activities*. The fourth category about *relationships* has the subcategories about *alternative ways to be together*, and *presence and accept*. The fifth and last category is about *joy and vitality* and contains the subcategories *meaningful moments* and *music as a break*. The results are discussed from a salutogenetic point of view supplemented with theories from the field of music therapy and positive psychology.

**Keywords:** music therapy, hope, mental health care, mental illness, recovery, goals, meaningful activities, joy, vitality.





# Forord

Med dette forordet avslutter jeg et spennende, lærerikt, morsomt (og til tider frustrerende) kapittel i mitt liv. Jeg er ferdig med masteroppgaven, og ikke minst ferdig som student! Nå starter et nytt kapittel jeg har gledet meg til, og jeg vil ta imot det med åpne armer. Det er mange som fortjener en takk for bidrag til masteroppgaven.

Først vil jeg takke mine fire informanter for spennende og hyggelige møter. Hver og en av dere har unike tanker om håp som jeg er så takknemlig for at jeg fikk høre mer om. Møtene med dere kommer jeg til å ha med meg når jeg møter mennesker i musikkterapi. Takk til informant 1 for deling av dikt.

En stor takk til Marie Skånland, som virkelig har vært en dyktig og trygg veileder for meg. Dine gode tilbakemeldinger, din støtte og ditt engasjement for temaet og oppgaven har gitt meg stor drivkraft.

Takk til mine medstudenter på musikk og helse og musikkterapistudiet. For en livlig, fin og morsom gjeng vi er! Dere har alle satt spor på hver deres unike måte.

Utover den faglige hjelpen er jeg så heldig å ha mange gode mennesker rundt meg som stadig oppmuntrer, og som jeg gjerne vil takke for all hjelp i prosessen. En takk til Lise, Eline, Live, Synnøve og Ragnhild for rettskrivingssjekk, støtte og moro gjennom prosessen. For en heiagjeng! Takk til Kristin for lånet av lokalet for et av intervjuene.

Kjære familie, tusen takk for all støtte og kjærlighet dere gir. Det er godt å vite at dere har tro på meg og det jeg gjør. Planen var å feire med hele familien, men slik ble det dessverre ikke. Jeg er overbevist om at pappa hadde vært stolt av meg nå. En spesiell takk går til han som motiverte meg til å drive med musikk helt fra jeg var liten.

Sist, men ikke minst takker jeg Obrad Doncic og Karin Nyberg for å vekke nysgjerrighet og interesse for temaer som håp. Tusen takk for at dere utfordrer meg og at dere har troen på meg.



# Innholdsfortegnelse

<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1. Presentasjon av tema</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2. Bakgrunn for valg av tema</b> .....	<b>1</b>
1.2.1. Personlig formål .....	2
1.2.2. Faglig formål .....	2
1.2.3. Samfunnsmessig formål .....	2
<b>1.3. Problemstilling</b> .....	<b>3</b>
<b>1.4. Begrepsavklaringer</b> .....	<b>3</b>
<b>1.5. Avgrensning</b> .....	<b>4</b>
<b>1.6. Oppgavens oppbygging</b> .....	<b>5</b>
<b>2. BAKGRUNN</b> .....	<b>7</b>
<b>2.1. Litteratursøk</b> .....	<b>7</b>
<b>2.2. Psykisk helse</b> .....	<b>7</b>
2.2.1. Psykisk helse og psykisk helsevern i Norge .....	7
<b>2.3. Musikkterapi innen psykisk helsevern</b> .....	<b>8</b>
<b>2.4. Håp i musikkterapi</b> .....	<b>9</b>
<b>3. TEORI</b> .....	<b>12</b>
<b>3.1. Helseforståelse</b> .....	<b>12</b>
3.1.1. Salutogenetisk helseforståelse .....	12
<b>3.2. Musikkterapeutisk rammeverk</b> .....	<b>13</b>
3.2.1. Ressursorientert musikkterapi .....	13
3.2.2. Empowerment og recovery .....	14
3.2.3. Den terapeutiske relasjonen .....	15
3.2.4. Musikkterapi og «gyrne øyeblikk» .....	16
<b>3.3. Håp</b> .....	<b>17</b>
3.3.1. Håp fra et filosofisk perspektiv .....	17
3.3.2. Positiv psykologi .....	18
3.3.3. Hva er håp? .....	19
3.3.4. Håp som tema innen psykisk helsevern .....	21
<b>4. METODE</b> .....	<b>23</b>
<b>4.1. Vitenskapsteoretisk tilnærming</b> .....	<b>23</b>
4.1.1. Fenomenologi og hermeneutikk .....	23
<b>4.2. Kvalitativ forskningsmetode</b> .....	<b>24</b>
<b>4.3. Datainnsamling</b> .....	<b>25</b>
4.3.1. Semistrukturerte intervju .....	25
4.3.2. Utvalg av informanter .....	26
4.3.3. Intervjuene .....	26
<b>4.4. Analyse</b> .....	<b>27</b>
4.4.1. Transkribering .....	27
4.4.2. Tematisk analyse .....	28
<b>4.5. Etske refleksjoner</b> .....	<b>29</b>
<b>4.6. Validitet, reliabilitet og troverdighet</b> .....	<b>31</b>

4.7. Metodekritikk.....	33
<b>5. RESULTATER.....</b>	<b>35</b>
5.1. Håp som tema i musikkterapi .....	35
5.1.1. Håp som konkret eller underliggende tema? .....	37
5.1.2. Å bære håpet for pasienten .....	39
5.1.3. Håp, forhåpninger og drømmer .....	40
5.2. Mål.....	41
5.2.1. Tro .....	43
5.2.2. Motivasjon .....	44
5.3. Fokus på ressurser .....	44
5.3.1. Mestring .....	46
5.3.2. Meningsfulle aktiviteter.....	46
5.4. Relasjoner .....	47
5.4.1. En annen måte å være sammen på .....	47
5.4.2. Tilstedeværelse og aksept .....	48
5.5. Glede og vitalitet.....	50
5.5.1. Gylne øyeblikk.....	52
5.5.2. Musikk som et pusterom .....	52
<b>6. DRØFTING.....</b>	<b>54</b>
6.1. Håp som tema i musikkterapi .....	54
6.2. Mål.....	56
6.3. Fokus på ressurser .....	58
6.4. Relasjoner .....	60
6.5. Glede og vitalitet.....	62
<b>7. OPPSUMMERING OG AVSLUTTENDE ORD .....</b>	<b>65</b>
7.1. Oppsummering .....	65
7.2. Kritiske refleksjoner .....	66
7.3. Veien videre .....	66
Litteraturliste .....	67
Vedlegg .....	73
Vedlegg nr. 1: Vurdering fra NSD .....	73
Vedlegg nr. 2: Informasjonsskriv .....	76
Vedlegg nr. 3: Intervjuguide .....	78

# 1. INNLEDNING

## 1.1. Presentasjon av tema

Denne studien handler om håp i musikkterapi innen psykisk helsevern. Studien søker musikkterapeuters erfaringer og opplevelse av hvilken rolle håp har i deres arbeid. Søkelyset rettes mot å kartlegge et håpsorientert fokus og beskrive i hvilken grad den musikkterapeutiske praksisen inneholder bevissthet rundt temaet. Temaet vil undersøkes på bakgrunn av intervju med fire musikkterapeuter med erfaring fra psykisk helsevern.

## 1.2. Bakgrunn for valg av tema

Som student på musikk og helse-studiet og musikkterapi-studiet har jeg hele tiden hatt en ekstra interesse for musikkterapi innen psykisk helsevern. Jeg er nysgjerrig på psykologi, og da spesielt positiv psykologi, og hvordan dette virker inn på mennesker med psykiske lidelser. I løpet av en praksisperiode ved klinikk for psykisk helsevern ble interessen for målgruppen større. Her opplevde jeg at musikkterapi skapte liv, samlet pasienter og behandlere til en gruppe likeverdige mennesker, og var et lyspunkt for mange. I mange tilfeller uttrykte pasientene selv viktigheten av musikk og at det var noe de gledet seg til og så fram til. Jeg opplevde også at menneskene jeg møtte manglet tro på seg selv og sin egen prosess i det å bli frisk. Dette vekket et ønske i meg om å lære hvordan jeg gjennom musikkterapeutiske samhandlinger kan gi mennesker tro på eget liv, være en støtte, og være med å skape lys og håp for menneskene jeg kommer til å møte.

Jeg har lenge interessert meg for temaer innen positiv psykologi, og temaer som fokuserer på styrker og hva som fremmer et menneske fra *bra nok* til *enda bedre*. Fra positiv psykologi og ressurstenkning fremstår håp for meg som et særlig aktuelt tema for mennesker som lever med psykiske lidelser, og jeg ønsker å utforske nærmere hvordan musikkterapeuter kan jobbe med å fremme håp for disse menneskene.

Håp er et konsept alle har et forhold til og har noen tanker om. Selv kjente jeg i min barndoms- og ungdomstid at musikk var et lyspunkt og ga en ekstra følelse av håp for

meg i hverdagen og i livet enten det var å øve timevis på piano, lage egne låter eller spille gitar og synge sammen med min far. Musikk var noe jeg syntes var gøy, noe jeg kjente at jeg fikk til, og noe trygt jeg kunne gå til. Jeg har forsøkt å være bevisst på egen forståelse og erfaring med håp, og jeg har forsøkt å legge bort egne antagelser om temaet slik at det er informantenes stemmer som gjelder. Likevel vil det være naivt å tro at mine forforståelser ikke har farget denne studien. For å tydeliggjøre min egen bakgrunn har jeg derfor delt formålet med studien i tre deler: personlig, faglig og samfunnsmessig formål.

### 1.2.1. Personlig formål

Jeg har en stor interesse for temaer fra positiv psykologi som optimisme, tro, lykke og mestring. Slike temaer tenker jeg er viktige å ha med seg i møte med alle målgrupper, men kanskje særlig pasienter med psykiske lidelser. På et personlig plan er formålet å bli kjent med begrepet håp og øke min forståelse både for selve begrepet og målgruppen. Ut fra dette håper jeg derfor å kunne gå ut i verden og møte pasienter med gode verktøy som kan fremme håp hos menneskene jeg møter.

### 1.2.2. Faglig formål

På et faglig plan ønsker jeg å tydeliggjøre håp som tema, og rollen temaet har i musikkterapi i psykisk helsevern. Recovery er et perspektiv som har fått større plass i musikkterapeutisk tenkning de siste årene, mens håp som eget tema har fått mindre fokus. I mine litteratursøk har jeg funnet en god del utenlandsk litteratur om håp i musikkterapi, men jeg fant overraskende lite norsk litteratur om temaet, noe jeg tenker understreker viktigheten av at jeg undersøker temaet nærmere. Min oppfatning er at håp er sentralt både i recovery-perspektivet og den ressursorienterte tankegangen musikkterapi bygger på. Jeg opplever derfor at håp bør løftes fram som eget tema, og ønsker å bidra til en bevisstgjøring rundt musikkterapeuters arbeid med temaet håp.

### 1.2.3. Samfunnsmessig formål

Begrepene håp og håpløshet knyttes gjerne til selvmordsproblematikk, og risikoen for selvmord øker med psykiske lidelser i bildet (Herrestad, 2009; Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Ved kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko spørres det

blant annet om pasienten har uttalt håpløshet eller dødsønske. Av ca. 500 selvmord i Norge årlig, er ca. 25 prosent av disse mennesker som er eller har vært innlagt i psykisk helsevern (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). De nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern fra 2008 understreker viktigheten av å øke mestring, etablere en behandlingsallianse og lage langsiktige behandlingsplaner for å best redusere risikoen for selvmord (Sosial- og helsedirektoratet, 2008:25). Dette henger godt sammen med mine funn, som jeg skal presentere senere, om hvordan en musikkterapeut kan fremme håp hos pasienten.

Med dette utgangspunktet ønsker jeg å løfte fram viktigheten av temaet og utforske verdien av et håpsorientert fokus. Jeg ønsker å bidra til informasjon og kunnskap om hva musikkterapi kan tilby denne målgruppen for å fremme håp.

### **1.3. Problemstilling**

Med utgangspunkt i et ønske om å utforske håp som tema i musikkterapeuters arbeid har jeg formulert følgende problemstilling:

*Hvilken rolle kan håp ha i musikkterapeuters arbeid innen psykisk helsevern?*

Jeg ønsker altså å si noe om hvilken bevissthet musikkterapeuter har rundt håp, og eventuelt om hvordan og hvorfor temaet har sin rolle i en musikkterapeutisk praksis innen psykisk helsevern.

### **1.4. Begrepsavklaringer**

Her vil jeg kort gjøre rede for de mest sentrale begrepene i problemstillingen min. Disse begrepene er *håp* og *musikkterapi*, som jeg vil utdype mer i teorikapittelet. Deretter utdypes mer om mine avgrensninger for studien.

I denne studien forstår jeg *håp* som en tilstand eller følelse hvor man ønsker og har en viss tro på at noe positivt kan skje (Herrestad, 2009; Snyder, Rand & Sigmon, 2002). Det er snakk om håp først når det er en balanse mellom usikkerhet for og tro på at den ønskelige tilstanden kommer til å skje. Begrepet dreier seg altså i stor grad om å ha en

optimistisk holdning til framtiden, og inneholder fokus på blant annet mål (Snyder, Irving & Anderson, 1991; Snyder et.al., 2002). En dypere gjennomgang av begrepet håp kan leses i avsnitt 3.3.

*Musikkterapi* forstås i denne studien fra et humanistisk perspektiv. Her handler det om «å gi mennesker nye handlemuligheter gjennom musikk» (Ruud, 2008:6). Det innebærer en tankegang om hvilke muligheter og ressurser mennesker har, og hvilke hindringer som blokkerer utfoldelse av det menneskelige (Ruud, 2008). Denne studiens musikkterapeutiske rammeverk utdypes ytterligere i avsnitt 3.2.

I teksten skriver jeg *pasienter* om de menneskene mine informanter møter i musikkterapien. Dette ganske enkelt fordi de menneskene som kommer til musikkterapi hos mine informanter, er der i en sykehussammenheng. Mine informanter benytter også «pasienter» når de refererer til menneskene de møter.

## 1.5. Avgrensning

Avgrensning av oppgaven har vært viktig, og i noen tilfeller utfordrende fordi det valgte temaet har mange retninger og underkategorier som jeg kunne hatt interesse av å undersøke nærmere. Grunnet oppgavens omfang var jeg nødt til å velge noen retninger og utelukke andre.

Det å skulle beskrive *rollen* håp har i musikkterapeuters arbeid er en stor oppgave. Her har jeg i hovedsak konsentrert meg om å undersøke viktigheten av temaet, og hvilke aspekter som ser ut til å være mest relevante i en håpsorientert musikkterapeutisk praksis. Det har også vært et poeng å undersøke musikkterapeutenes bevissthet og tanker rundt temaet.

Den største utfordringen med tanke på avgrensning har vært å velge retning innenfor selve begrepet *håp*. Begrepet knyttes lett til flere andre temaer, som for eksempel musikk og identitet, musikk og følelser, og begrepets betydning fra et spirituelt eller religiøst perspektiv. Med en åpen intervjuguide<sup>1</sup> var det altså resultatene fra intervjuene

---

<sup>1</sup> Se vedlegg nr. 3



som ble avgjørende for hvilke temaer som skulle få mest plass, og for hvilken retning oppgaven skulle ta. Jeg har med andre ord hatt en eksplorerende innfallsvinkel til temaet, og en induktiv tilnærming til analysen.

Det finnes ingen klar enighet om definisjonen av håp, noe som også har gjort avgrensningen utfordrende. Jeg har valgt ut litteratur som samsvarer godt med funnene mine, som vil si at enkelte aspekter ved begrepet håp nødvendigvis ikke legges vekt på eller blir nevnt i denne oppgaven.

Ved å skrive om håp retter studien seg naturlig mot positiv psykologi og optimistiske tankeganger og holdninger. Jeg ser at det hadde vært en mulighet å fokusere på motsatsen, håpløshet, siden det er nettopp dette mennesker med alvorlige psykiske lidelser gjerne opplever (Herrestad, 2009; Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Som det også kommer fram i resultatene er det viktig å anerkjenne at denne håpløsheten finnes. Samtidig ser vi at et fokus på friske, positive sider og ressurser hos pasienten virker positivt på pasientens motivasjon i en bedringsprosess (Rolvjord, 2008). Ut fra dette, og med utgangspunkt i en nødvendig avgrensning med tanke på oppgavens omfang, så jeg det som nødvendig å fokusere på håp fremfor håpløshet.

## **1.6. Oppgavens oppbygging**

Denne masteroppgaven er delt inn i sju kapitler: Innledning, bakgrunn, metode, resultater, drøfting av funn, og oppsummering med avsluttende ord.

I *kapittel 1 Innledning* har jeg presentert tema og bakgrunn for oppgaven fra personlige og faglige plan. Deretter har jeg lagt fram problemstillingen for oppgaven etterfulgt av begrepsavklaringer sentrale for problemstillingen, og en avgrensning som sier hvilke retninger jeg har valgt å konsentrere meg om og hva jeg har valgt å utelate fra oppgaven.

*Kapittel 2 Bakgrunn* og *kapittel 3 Teori* presenterer litteraturen jeg har valgt for oppgaven. Jeg valgte å dele kapitlene i to deler for å lage en ryddig oversikt over henholdsvis tidligere forskning og teoretisk rammeverk. I bakgrunnskapittelet vil jeg presentere status om psykisk helse og psykisk helsevern i dagens Norge. Jeg legger fram en kort kunnskapsstatus om musikkterapi innen psykisk helsevern og presenterer

eksisterende forskning om håp i musikkterapi. Teorikapittelet inneholder teoriene brukt i studien, og starter med en presentasjon av den salutogenetiske helseforståelsen. Deretter presenterer jeg mitt musikkterapeutiske ståsted med fokus på humanisme, ressursorientert tilnærming, empowerment og recovery, terapeutiske relasjoner og «gylne øyeblikk» i musikkterapi.

I *kapittel 4 Metode* presenterer jeg hvilken vitenskapsteoretisk tilnærming studien knytter seg til, og hvilken forskningsmetode jeg har benyttet. I tillegg vil det legges fram hvordan datainnsamlingen er foretatt, beskrivelse av informantene og intervjuene, og analyseprosessen. Til slutt reflekterer jeg rundt etiske problemstillinger, studiens troverdighet og kritikk av metoden.

I *kapittel 5 Resultater* presenterer jeg mine fem kategorier jeg kom fram til ut fra dataanalysen: *Håp som tema i musikkterapi, mål, fokus på ressurser, relasjoner og glede og vitalitet*. I *kapittel 6 Drøfting* diskuterer jeg funnene mine fra dataanalysen i lys av utvalgt litteratur.

I *kapittel 7 Oppsummering og avsluttende ord* forsøker jeg å samle mine forståelser av temaet håp i musikkterapi innen psykisk helsevern. Her vil jeg også rette blikket framover og skrive om mine tanker til videre forskning og perspektiver.

## 2. BAKGRUNN

Litteraturen jeg velger å presentere her, er ment å gi en kunnskapsstatus over temaet og feltet jeg undersøker, og et innblikk i litteraturen som ligger til grunn for oppgaven. Før jeg går over i selve litteraturen presenteres mine litteratursøk.

### 2.1. Litteratursøk

Litteratursøkene jeg har gjort gjennom prosessen har vært viktig for å få en oversikt over og større forståelse for både begrepet håp og musikkterapi innen psykisk helsevern. I tillegg til databaser har jeg benyttet pensumlitteratur fra musikkterapistudiet, litteratur oppdaget gjennom referanselister og tips fra informanter. Søkene ble gjort i flere omganger med siste søk 26. mai 2020. Databasene som er benyttet er: Oria, BrageBibsys, Google Scholar, Psykologtidsskriftet, RILM, Folkehelseinstituttets, Helsedirektoratets og Sosial- og helsedirektoratets hjemmesider. Ulike kombinasjoner av følgende søkeord ble benyttet: *musikkterapi, håp, psykisk helsevern* på norsk, og *hope, music thera\*, psychiatry, mental illness* på engelsk. Jeg begrenset søkene til litteratur publisert etter 2010, og jeg var åpen for treff på både artikler og bøker. Språket begrenset jeg til norsk, svensk, dansk og engelsk.

### 2.2. Psykisk helse

Her vil jeg presentere et bilde av psykisk helse og litt om psykisk helsevern sånn det ser ut i dag. Studien bygger på en salutogenetisk helseforståelse<sup>2</sup>, der fokuset ligger på hva som fremmer god psykisk helse fremfor hva som fører til sykdom (Antonovsky, 1996).

#### 2.2.1. Psykisk helse og psykisk helsevern i Norge

Folkehelseinstituttet (2018) informerer om at 16–22 prosent av den voksne befolkningen vil ha en psykisk lidelse i løpet av 12 måneder. Her er det snakk om angstlidelser, depresjon og rusbrukslidelser, som er de vanligste lidelsene blant voksne i Norge (Folkehelseinstituttet, 2018). Folkehelseinstituttet viser til at psykiske lidelser er arvelige, men også miljømessige risikofaktorer har betydning for utvikling av psykiske

---

<sup>2</sup> Den salutogenetiske helseforståelsen utdypes nærmere i avsnitt 3.1.1.

lidelser. Her viser resultatene at problemer i mellommenneskelige relasjoner gir økt risiko for psykiske lidelser (Folkehelseinstituttet, 2018).

Helsedirektoratet (2018) rapporterer befolkningens kontakt med psykisk helsevern. I 2018 ble det presentert en betydelig økning av unge pasienter i aldersgruppen 18–29 år i behandling innen psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2018).

Psykiske lidelser som stemningslidelser, angst, personlighetsforstyrrelser, psykoselidelser og rusmiddelavhengighet er sterkt knyttet til hverandre, og forekommer gjerne sammen (Folkehelseinstituttet, 2018). I Norge er alkohol det mest brukte rusmiddelet. Mine informanter har også hatt erfaring med pasienter som har psykiske lidelser sammen med en rusbrukslidelse (Folkehelseinstituttet, 2018:106–107).

Selvmondsproblematikk er nært knyttet til psykiske lidelser og pasienter tilknyttet psykisk helsevern. Folkehelseinstituttet (2020) rapporterer her at omtrent 500–600 personer begår selvmord i Norge hvert år, og av disse er en betydelig andel menn. Fra 2001 til 2018 er det registrert et økende antall tilfeller av selvmord, men det legges også til at det forekommer tilfeldige svingninger i prevalensen (Folkehelseinstituttet, 2020).

### **2.3. Musikkterapi innen psykisk helsevern**

Musikkterapi virker som en integrert del av tverrfaglig behandling innen psykisk helsevern, og regnes som et supplerende tilbud fremfor å fungere som hovedelement for behandlinger (Solli, 2009). Musikkterapi innen psykisk helsevern rettes mot en psykoterapeutisk tilnærming. Ruud (1990) nevner at musikk innebærer muligheter for kontakt. Det er en del av virkeligheten som sjeldent viser seg truende eller som er påvirket av persepsjonsforstyrrelser. Dette fører til at musikkopplevelser kan gi mennesker med for eksempel psykoselidelser en opplevelse av at de behersker virkeligheten. Som musikkterapeut innen psykisk helsevern bruker en metoder som blant annet musikklytting, diskusjon av sangtekster, komposisjon og improvisasjon (Ruud, 1990:132–133).

Eyre (2013) beskriver hvilken betydning og rolle musikkterapi har innen psykisk helsearbeid. Hun skriver at musikk engasjerer og motiverer mennesker til å

kommunisere med hverandre, og at det skaper bilder, følelser, minner og assosiasjoner i oss. Hos pasienter som isolerer seg og ikke virker å respondere på andre terapiformer, kan musikk åpne opp for nye muligheter. Hun trekker også fram at mye av det som skjer i musikkterapi foregår på et ikke-verbalt plan, og at dette er en styrke. Rytme, tid og det at musikk er koblet til følelser kan være med på å snu destruktive og negative tanker og følelser til en positiv retning. At musikk kan fremkalle bilder, minner og følelser er med på å skape eller finne mening i pasientens liv (Eyre, 2013:7–8).

Det finnes flere tilnærminger innen musikkterapi og psykiske lidelser. Eyre (2013) presenterer noen av dem: behavioristisk, kognitiv, humanistisk og psykodynamisk tilnærming. Musikkterapeuter innen psykisk helse konsentrerer seg for eksempel i stor grad om bevissthet rundt hva som skjer her og nå, altså i retningen psykodynamisk tilnærming (Eyre, 2013). Dette fordi pasientene gjerne søker løsninger på problemer eller utfordringer som er akutte og som gjelder her og nå. Samtidig ligger det et fokus på å avdekke og oppdage forstyrrende mønstre. En kognitiv tilnærming benyttes i arbeid med mennesker som har vanskeligheter med å orientere virkeligheten, har vrangforestillinger og lav selvtillit. Her er fokuset å øve på sosiale interaksjoner og oppnå større forståelse om en selv (Eyre, 2013:8).

## **2.4. Håp i musikkterapi**

I mine søk etter litteratur om håp i musikkterapi fant jeg lite norsk litteratur. I den norske litteraturen jeg fant ble håp nevnt hos flere, men ikke presentert som et hovedtema. Mye av litteraturen om håp i musikkterapi rettet seg også mot andre målgrupper, og ble derfor ikke tatt med i denne studien. Ruud (2005) trekker inn opplevelse av glede, fellesskapsfølelse, håp og mening i musikkterapi fra ulike yrkesgrupper som sykepleiere og psykologer.

Solli (2012) presenterer at ved fokus på håp, samarbeid og empowerment i recovery-orientert musikkterapi kan en fremme bedring av sosiale roller og identitet i lokalsamfunnet. Å fremme håp og ressurser hos pasienten er viktig blant den ellers medisinske tilnærmingen vi finner innen psykisk helsevern som fokuserer på sykdom, feil og mangler (Solli, 2012). Dette kan ses på som en motsetning av recovery-

perspektivet der faren er at fokuset bidrar til at pasienten føler avhengighet, hjelpsløshet og håpløshet.

Innen internasjonal litteratur blir håp trukket fram i noe større grad. Gardstrom, Klemm og Murphy (2017) gjorde en studie på gruppeterapi ut fra et recovery-perspektiv for kvinner innen rusomsorg. Her dukket fire sentrale temaer opp som bidro til trivsel og bedring i en musikkterapigruppe: katarsis, selv-forståelse, gruppesammenheng og instillasjon av håp. Begrepet håp assosieres her med motivasjon og inspirasjon. Fokus på instillasjon av håp kan lede til at pasientene motiveres og får lettere tro på at behandlingen kan hjelpe. Pasientene uttrykte selv at et slikt fokus gjorde at de klarte å se lysere på sin egen bedringsprosess, de ble mer motiverte til å gå i ønsket retning og de fikk troen på at de kunne gjøre en endring (Gardstrom et.al., 2017:338–349).

Håp i musikkterapi kan også knyttes til mening. I en undersøkelse gjort av Illya (2011) opplevde pasientene mening ved å synge sammen i grupper, og de følte at de gjorde noe produktivt. For dem kunne musikkterapi og det å synge sanger med tekster de opplevde som betydningsfulle bidra til *meningsfulle aktiviteter*.

I sammenheng med håp i musikkterapi poengterer Ansdell (2014) at både musikk og konseptet håp er knyttet til tid. Han omtaler musikk som «tidens kunst», og retter håp mot noe som hovedsakelig omhandler framtiden. For mange pasienter ved psykisk helsevern er nettopp dette med oppfattelse av tid en utfordring ved at de kan føle at tiden står stille eller at tiden bare «flyter». Her kan musikk tilby erfaringer med ulike nyanser av tid, som kan hjelpe til å se parallellen til framtiden og håpet. Musikk kan altså gi oss en annen forståelse av tid og forholdet mellom fortiden, nåtiden og framtiden, hvor minner og musikalsk flyt spiller en (Ansdell, 2014:276–277).

En undersøkelse fra 2019 omhandler musikkterapeuters relasjonsutvikling med voksne med psykiske lidelser. Her kom det fram at temaene håp og motivasjon er viktige i alliansen mellom pasient og terapeut (Silverman, 2019). Erfarne musikkterapeuter uttrykte viktigheten av fokus på håp og motivere til et positivt syn på pasientenes framtid (Silverman, 2019: 108).

I en undersøkelse presenterte MacDonald (2015) 16 temaer ut fra pasienters erfaringer fra musikkterapi innen psykisk helsearbeid. Blant disse temaene var motivasjon/håp. Her beskrev pasientene at de i musikkterapien opplevde at målene opplevdes som innenfor rekkevidde og ble motiverte videre mot målene sine (MacDonald, 2015:113). Håp ble også et gjennomgående tema da Heiderscheit og Madson (2015) undersøkte *iso-prinsippet*. Prinsippet ble laget som en metode for å styre pasientenes humør. Her er målet først å finne musikk som speiler pasientens gjeldende humør for så å finne musikk som gradvis fører pasienten mot ønsket humør (Heiderscheit & Madson, 2015:45). Pasienten de undersøkte knyttet bestemte sanger til sin depresjon, og på en annen side sanger med håpefullhet og optimistisk holdning. Pasienten evaluerte disse sangene etter rent musikalske elementer som rytme, melodi, tempo, stemning og andre musikalske effekter, og budskapet i sangene gjennom tekst. I arbeid med denne pasienten ble det laget en spilleliste med sanger i en bestemt rekkefølge som skulle tilby henne en bevegelse fra depresjon til håp (Heiderscheit & Madson, 2015).

Jackson (2015) presenterer en annen konkret måte å jobbe med håp på gjennom musikk. I arbeid med pasienten brukte de improvisasjon til å identifisere nytt håp, og sangskrivning for å utforske dette håpet og hvordan leve et meningsfullt og godt liv til tross for sykdom (Jackson, 2015:94).

## 3. TEORI

Teoriene jeg velger å presentere i dette kapitlet, er teorier som er relevante for mitt tema og oppgavens problemstilling.

### 3.1. Helseforståelse

#### 3.1.1. Salutogenetisk helseforståelse

Med utgangspunkt i temaet håp ble det naturlig å ta utgangspunkt i en salutogenetisk helseforståelse. Antonovsky (1996) presenterer den salutogenetiske modellen, en teori som handler om å fremme helse. Han påpeker først den tradisjonelle modellen, patogenese, som fokuserer på hvordan sykdom oppstår, utvikles og hvordan sykdommene kan behandles. Videre formulerer han at patogenese ses på som et aksiom, en tradisjon eller vitenskap som har blitt allment akseptert. Selv presenterer han salutogenese som fokuserer på at helse er en sammenhengende helhet, et kontinuum, mellom god og dårlig helse i stedet for fokus på sunnhet og sykdom som to motsetninger. Modellen som presenteres her handler altså om å se helse som et kontinuum. Dette innebærer at en på et gitt tidspunkt ser hvor en befinner seg i kontinuumet, hvorfor en er der og hvordan en kan fremme helsen og bevege seg nærmere polen for god helse (Antonovsky, 1996).

Det patogenetiske og det salutogenetiske perspektivet skiller mellom risikofaktorer og helsefremmende faktorer. I stedet for å si at man scorer lavt på risikofaktorer, kan man fra et salutogenetisk perspektiv si at man bærer på *negentropiske faktorer*, faktorer som aktivt fremmer helse (Antonovsky, 1996).

I denne sammenhengen dukker begrepet *generaliserte motstandsressurser* opp. Dette handler om ens kapasitet og evne til å håndtere stressorer, og ens evne til å sette disse motstandene og utfordringene i en meningsfull sammenheng. Dette leder oss videre til en av hovedpunktene Antonovsky (1996) presenterer innen salutogenese: opplevelse av sammenheng. Et menneske med sterk opplevelse av sammenheng har også sterk opplevelse av mening (som innebærer motivasjon, håndtering av stressfaktorer, og å ønske), forståelighet (som innebærer tro på at man har en forståelse av utfordringen) og



evnen til håndterbarhet (som innebærer tro på at ens egne ressurser til å håndtere utfordringen er tilstede).

I sammenheng med denne studien er denne helseforståelsen interessant ved at den knyttes til mestringslitteratur som blant annet handler om konsepter som vilje til å leve, mestringsfølelse og optimisme.

## **3.2. Musikkterapeutisk rammeverk**

Denne oppgaven står under et humanistisk menneskesyn, noe som kjennetegner den norske musikkterapien i stor grad (Ruud, 2008). Nebelung og Stensæth (2018) presenterer at hovedtrekkene for humanistisk musikkterapi er relasjonen mellom klient og terapeut (intersubjektivitet og en gjensidig relasjon) og et holistisk perspektiv som inkluderer biologiske, psykologiske, sosiale, kulturelle og historiske faktorer. Et annet hovedpunkt innen denne tankegangen er at musikkterapien er klientsentrert (Nebelung & Stensæth, 2018). Den humanistiske tankegangen innen musikkterapien handler om hvordan musikk virker inn på følelser, tanker og musikalske opplevelser. Ruud (2008) presenterer at relasjoner, et flerdimensjonalt menneskesyn, mestring og ressurser, en kontekstuell musikkforståelse og målsettinger med fokus på helse og livskvalitet står sentralt i humanistisk musikkterapi. Å skape håp og bygge relasjoner blir nevnt som mål i en humanistisk menneskeforståelse (Ruud, 2008).

### **3.2.1. Ressursorientert musikkterapi**

I presentasjonen av ressursorientert musikkterapi trekker jeg fram Rolvsjord (2008) og hennes teori som har fått en sentral plass i norske musikkterapeuters tankegang. Denne teorien støtter seg til andre teorier fra ulike fag, som blant annet empowerment-filosofien, positiv psykologi, modeller innen psykoterapi, og den salutogenetiske helseforståelsen. Utgangspunktet for den ressursorienterte musikkterapien handler om å styrke sider og ressurser hos klienten, og ikke bare kurere sykdom. Dette betyr imidlertid ikke at problemer og utfordringer overses i en ressursorientert tankegang. Innen det ressursorienterte fokuset understrekes det at klienten er i samspill med kultur og samfunn. Her knyttes likeverd og like rettigheter inn, og Rolvsjord ønsker å

fremme rettigheter til medbestemmelse innen psykisk helsevern og kjempe for likeverdighet i terapeutiske relasjoner (Rolvjord, 2008).

Rolvjord (2008) trekker fram at klienten selv er en av de viktigste faktorene som gjør at terapi virker. Her kommer empowerment-tankegangen inn og understreker viktigheten av makt og medbestemmelse i eget liv. En ressursorientert musikkterapi ønsker altså å gå fra en asymmetrisk og ubalansert terapeutisk relasjon, til et samarbeid mellom to likeverdige mennesker.

### 3.2.2. Empowerment og recovery

*Empowerment*, som på norsk kan oversettes til myndiggjøring, er et begrep utviklet gjennom den anti-medisinske og antipsykiatriske bevegelsen. Begrepet handler om tilgang til og ta styring over de ressursene vi har, og at det vil gi oss en større mulighet til å gjøre det vi ønsker. Det handler altså om å kunne bestemme over eget liv og egne handlemuligheter. Rolvsjord (2008) påpeker at empowerment er et konsept som varierer fra situasjon til situasjon, og som alltid skjer i kultur og samfunn.

*Recovery* vokste fram som et motsvar til den medisinske modellen, og fokuserer på prosessen i å bli bedre, i stedet for resultatet. Vi kan skille mellom klinisk recovery og personlig recovery, og i denne studien retter jeg meg mot personlig recovery. Den fokuserer på mennesket, og ikke bare symptomene eller sykdommen mennesket bærer på. Recovery-modellen støtter opp mot at pasientene gjør aktiviteter og utvikler relasjoner som gir dem et meningsfullt liv (Solli, 2012). I Anthonys definisjon av recovery blir håp nevnt i sammenheng med at begrepet handler om å leve et tilfredsstillende, håpefullt og medvirkende liv til tross for sykdommens begrensninger:

Recovery is described as a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness (Anthony, 1993:17).

Selv om det ikke ser ut til å finnes en felles definisjon av begrepet recovery for mennesker med psykiske lidelser, understrekes likevel viktigheten av håp og tro på at mennesker med psykiske lidelser kan leve et meningsfullt liv (Jacob, 2015).

CHIME<sup>3</sup> er et akronym og et rammeverk for personlig recovery innen psykisk helse (Slade, Williams, Bird, Leamy & Boutillier, 2012). Her står H for håp og optimisme. Prosessene som utgjør akronymet er: *Connectedness, Hope and Optimism, Identity, Meaning in life og Empowerment*.

### 3.2.3. Den terapeutiske relasjonen

Sterkt knyttet til ressursorientert musikkterapi kommer den terapeutiske relasjonen. Rolvsjord (2008) påpeker som allerede nevnt at en skal etterstrebe en relasjon som gjør det mulig for et genuint samarbeid, og at relasjonen mellom klient og terapeut skal være en likeverdig, gjensidig relasjon.

Kjølstad (2004) poengterer at et grunnleggende menneskelig behov er nettopp gruppetilhørighet og relasjoner. Vi kommer ikke til verden i et sosialt tomrom, men fødes inn i relasjoner, og vi utvikles og påvirkes gjennom disse. Vi er medvirkende i et samspill helt fra starten av livet: «Vi kan slå fast at vi som mennesker skapes av våre relasjoner, og vi skaper våre relasjoner» (Kjølstad, 2004:10). Dette støttes av Stern (2002) som sier at spedbarn helt naturlig er sosiale vesener, ettersom de blir født inn i sosiale miljøer. Han stiller også spørsmålet om hva en relasjon er og hvordan den etableres mellom mor og spedbarn, og svarer selv at spedbarnet må lære seg å være sammen med noen, og skape og dele følelser og opplevelser. Dette er utgangspunktet for andre relasjoner senere i livet.

Yalom (2009) poengterer at alle, både klienter og terapeuter, møter utfordringer i stort og smått. I ulik grad vil alle oppleve tragedier, tap, sykdom og meningsløshet. Han velger derfor å gå bort fra betegnelsen på det terapeutiske forholdet der man skiller terapeut fra pasient. Han velger å tenke på sine pasienter og seg selv som reisefeller, og støtter tanken om at pasient og terapeut er et møte mellom to likeverdige mennesker.

---

<sup>3</sup> Konseptet CHIME utdypes nærmere i avsnitt 6.3. Fokus på ressurser.

Trondalen (2004) poengterer at denne holdningen har påvirket hennes væremåte sammen med klienter. Holdningen opphever den andre som et objekt, samtidig mener hun at et terapiforhold inneholder én hjelper og én hjelpetrequende. Noe annet enn denne holdningen vil være en ansvarsfraskrivelse fra det å være terapeut.

Med dette utgangspunktet snakker Trondalen (2004) om musikkterapi som samvandring. Et relasjonelt perspektiv i musikkterapi handler om selvopplevelse og samskaping som blir til gjennom utveksling av følelser og musikalske gester. I en musikkterapeutisk relasjon vil man tenke at musikken er rammen for relasjonen og at musikken tilbyr muligheter for samspill. En kan også tenke at musikken har en relasjonell kraft i seg selv (Trondalen, 2004).

Yalom (2009) trekker fram viktigheten av å bruke situasjonen som befinner seg akkurat *her-og-nå* i en terapeutisk sammenheng. Han trekker fram to viktige grunner til å bruke *her-og-nå*: betydningen av mellommenneskelige relasjoner (vi er sosiale skapninger som omgås hverandre og påvirker hverandre. De relasjonene vi er i sier altså mye om hvem vi utvikler oss til å bli. Innen psykoterapi er målet å fjerne hindringer for tilfredsstillende relasjoner) og idéen om terapi som et sosialt mikrokosmos (idéen om at de relasjonene pasienten har utenfor terapirommet vil påvirke hans/hennes relasjon til terapeuten, og ulike trekk hos pasienten vil tre fram og manifestere seg *her-og-nå*).

#### 3.2.4. Musikkterapi og «gylne øyeblikk»

Dette avsnittet kunne hatt mange navn. Flere musikkterapeuter beskriver et begrep som inneholder øyeblikk av betydning for klienten, enten det er snakk om varme, signifikante, gylne eller betydningsfulle øyeblikk (Trondalen, 2004; Ruud, 2005). Jeg valgte å ta utgangspunkt i datamaterialet, hvor begrepet *gylne øyeblikk* for det aller meste ble brukt i denne sammenhengen. Trondalen (2004) beskriver gylne øyeblikk som en metafor for bevegelige tilstander som fører fra noe over til noe annet, og at begrepet assosierer sterkt til positive øyeblikk. Ut fra datamaterialet opplevde jeg informantene som at disse gylne øyeblikkene de beskrev var gode og positive for pasienten.

Musikk og følelser henger tett sammen, og følelser er et grunnlag for hva vi opplever som verdifullt og meningsfullt i livet (Ruud, 2005). Ruud (2005) er opptatt av musikkopplevelser og hva de gjør med identiteten. Han har intervjuet mennesker om deres musikkopplevelser, og fortellingene inneholder gjerne sterke og intense opplevelser. Det er disse høydepunktoplevelsene som kan knyttes til livskvalitet og terapi, og de kan være med på å gi en retning i livet (Ruud, 2005/2017).

Trondalen (2004) skriver om *signifikante øyeblikk* som hun selv beskriver som blant annet en bevegelig tilstand mellom to parter, et musikalsk relasjonelt uttrykk. Det handler om både musikalske og mellommenneskelige prosesser. I motsetning til Ruuds varme øyeblikk, understrekes det at signifikante øyeblikk ikke nødvendigvis var utelukkende positive. De kunne også inneholde konfrontasjoner eller negative opplevelser. I sammenheng med håp handler derimot disse øyeblikkene om opplevelsen av «frihetsøyeblikk» (Trondalen, 2004:25).

### **3.3. Håp**

I denne studien har jeg støttet meg i stor grad til Snyders (2002) håpsteori. Jeg vil også flette inn andre teorier om håp som kan belyse mitt datamateriale. For å bygge opp mot begrepet håp legger jeg først noen grunnlag fra filosofisk perspektiv og positiv psykologi.

#### **3.3.1. Håp fra et filosofisk perspektiv**

Det ser ut til at det ikke finnes en felles definisjon på begrepet håp, men at det finnes ulike perspektiver og vinklinger på temaet. Derimot finnes det noen sentrale kjennetegn som gjentas i litteraturen. Dette er blant annet at håp innebærer positive mål og ønsker i framtiden, men som anses som usikre eller uvisse. Det er en viss enighet om at en motsats til å forvente gode utfall og å håpe, er å frykte og forvente negative, onde hendelser (Fremstedal, 2008; Herrestad, 2009).

Begrepet håp kan skilles mellom *generelt* eller universelt håp, *spesielle* eller konkrete håp, og berettiget eller uberettiget håp. Fremstedal (2008) utdyper disse skillene belyst av Kants og Kierkegaards tankeganger. Kort fortalt innebærer universelt håp en generell

tro på framtiden, og håp om lykke. Spesielle håp er derimot knyttet til bestemte oppgaver og ønsker om at noe bestemt skal skje. Den danske filosofen Kierkegaard legger et kristent grunnlag i synet på generelt håp, og hevder at det innebærer et himmelsk eller evig håp. Immanuel Kant derimot mente at generelt håp ikke behøvde et kristent grunnlag, men kunne bygges på en ren, transcendent fornuftsidé og filosofisk grunnsyn (Fremstedal, 2008:30).

Middelalderfilosofen Thomas Aquinas mente håp innebærer å ville at noe, en ønskelig tilstand, skal bli virkelig. Han understreker at det er snakk om håp hvis ønsket er usikkert, men at det finnes et minimum av sannsynlighet. Begrepet inkluderer også ønskelige hendelser man selv ikke kan påvirke for at det skal skje (Herrestad, 2009). På en annen side så filosofen David Hume på håp som en følelse. Han mente at motsatsen til håp er frykt, og at følelsene knyttet til disse er en blanding av smerte og nytelse. Opplever man en overvekt av nytelse kaller han det håp, og hvis man opplever en overvekt av smerte kalles det frykt (Herrestad, 2009:16).

Det er vanlig å trekke inn optimisme når vi diskuterer håp. Dette kan knyttes sterkt til det å ha en håpefull holdning som innebærer å ha en generell positiv holdning og tolke det som skjer på en positiv måte (Herrestad, 2009).

Ikke alle filosofer har hatt et positivt syn på håp. Grekerne og romerne tenkte at det å håpe kunne lede til smerte over å bli skuffet. I tillegg tenkte de at håp er en plage ettersom det kan hindre oss i å akseptere den situasjonen vi er i. Derfor var de ambivalente til om håp utelukkende er positivt (Herrestad, 2009).

### 3.3.2. Positiv psykologi

Videre forklares håp innen positiv psykologi, som har sin hovedvekt i denne studien. Psykologi har i lang tid hatt et stort fokus på det negative (Hefferon & Boniwell, 2011). Det er for eksempel diskutert forholdet mellom positive holdninger som optimisme og lykke, og realisme. Kan man både være lykkelig, ha en optimistisk tankegang, og ha en realistisk tankegang? Denne sammensettingen er det flere som tviler på, mens i positiv psykologi mener man at det er mulig å både ha et realistisk syn på verden og livet, og samtidig være lykkelig (Seligman & Csikszentmihalyi, 2014:295). Positiv psykologi

henger tett sammen med salutogenese ettersom de begge fokuserer på det som gjør mennesker lykkelige og det som styrker oss. Sentrale temaer innen positiv psykologi kan være trivsel, lykke, *flow*<sup>4</sup>, styrke, visdom og kreativitet. Det handler ikke kun om hva som gjør enkeltmennesket lykkelig, men også om gruppedynamikk og hvordan man kan ha en positiv effekt på hverandre (Hefferon & Boniwell, 2011).

Det finnes tre punkter om tid og positive opplevelser som positiv psykologi tar for seg. Det første punktet er fortiden som omhandler tilfredshet og velvære. Det andre punktet er nåtiden, eller her og nå, som tar for seg temaer som lykke og flyt-opplevelser. Til slutt kommer punktet om fremtiden der konsepter som håp og optimisme er sentrale (Hefferon & Boniwell, 2011:2–3).

*Flourishing* er et sentralt begrep som handler om å være i en positiv mental tilstand som er fri for psykiske lidelser, og innebærer å kunne blomstre og trives, og takle utfordringer på en god måte (Hefferon & Boniwell, 2011:2–4). Et viktig, opprinnelig mål for den positive psykologien var ikke bare fokus på å gå fra syk til frisk/nøytral, men også gå videre fra frisk til *flourishing* og trivsel. Dette innebærer mål som blant annet å søke etter det som gjør en lykkelig i stedet for et fokus på å unngå smerte, fokus på styrker i stedet for feil eller svakheter, og i stedet for at man stopper ved nøytral tilstand tenker man at det ikke finnes en grense eller takhøyde. Man kan fortsette utviklingen videre (Hefferon & Boniwell, 2011:7). I tillegg til *flourishing* er *flow* et sentralt begrep innen positiv psykologi. Nilsen (2010) beskriver *flow* som en bevissthetstilstand som konsentrerer seg om aktiviteter som foregår her-og-nå. Denne tilstanden oppleves som en positiv og ordnet tilstand (Nilsen, 2010:56).

### 3.3.3. Hva er håp?

Håp kan defineres og beskrives på mange måter, og en av grunnene til dette kan være at begrepet har forskjellige betydninger og meninger fra ulike kulturer og folkeslag. Schrank, Bird, Rudnick og Slade (2011) retter håp mot psykiske lidelser, og presenterer begrepet som et sentralt tema i personlig recovery. Håp hjelper mennesker med å finne motivasjon til å starte sin egen bedringsprosess, og temaet er i tillegg essensielt for

---

<sup>4</sup> Begrepet *flow* utdypes og diskuteres nærmere i avsnitt 6.5. Glede og vitalitet

*resiliens*, psykologisk motstandskraft (Schrack et.al., 2011:554). Blant alle definisjoner av begrepet finnes en stor enighet i at håp er en tilstand eller følelse der man har en viss tro på eller ønske om at noe positivt skal skje (Deegan, 1988; Fremstedal, 2008; Herrestad, 2009; Schrank, Stanghellini & Slade, 2008; Snyder et.al. 2002). Mål ser ut til å være sentralt innen begrepet (Herrestad, 2009; Snyder et.al., 2002). Håp er altså tett knyttet til mål og positive forventninger, som gjør at begrepet i hovedsak er rettet mot framtiden.

Herrestad (2009) mener at håp dukker først opp når man kjenner en frykt for skuffelse og usikkerhet på om man klarer å nå målet. Det som kan styrke følelsen av håp hvis frykten blir for stor er å redusere usikkerheten, og styrke mot og motivasjon (Herrestad, 2009:16).

Psykologen Charles Richard Snyder, med sitt hovedfokus innen positiv psykologi, har utviklet en teori om håp, der de mest sentrale punktene er mål, mulige veier mot målet og motivasjon. Snyder skriver: «Hopeful thought reflects the belief that one can find pathways to desired goals and become motivated to use those pathways. We also proposed that hope, so defined, serves to drive the emotions and well-being of people» (Snyder et.al., 2002:257).

Snyder går ut ifra at menneskets handlinger alltid er rettet mot mål. Han fortsetter med at disse håpsorienterte målene inneholder en viss grad av usikkerhet om det kommer til å nåes, men at de må være oppnåelige. *Pathways thinking* beskriver han som ens evne til å finne en vei eller rute som til slutt vil lede til det ønskede målet. Det poengteres at det ikke behøver å være bare én vei mot målet, men at en kan finne flere veier mot samme mål. I sammenheng med motivasjon bruker Snyder (2002) begrepet *agency thinking*<sup>5</sup> som handler om en persons besluttsomhet om det ønskede målet, og egen tro på at en klarer å gå den bestemte veien mot målet (Snyder et.al., 2002:257–258).

Begrepet håp kan knyttes til optimisme. Ifølge Snyder, Irving og Anderson (1991) handler begge begrepene mer om en generell forventning enn en spesifikk forventning.

---

<sup>5</sup> Konseptet *agency thinking* utdypes nærmere i avsnitt 6.2. Mål



Å være håpefull og ha en optimistisk holdning ses på som et stabilt personlighetstrekk i stedet for en tilstand som dukker opp i spesifikke situasjoner (Snyder et.al., 1991:288–289).

### 3.3.4. Håp som tema innen psykisk helsevern

Siden 1950-tallet har interessen for konseptet håp innen psykisk helsevern økt. Håp spiller en sentral rolle innen recovery, og sees på som viktig i terapeutisk arbeid med mennesker med psykiske lidelser. Ifølge Schrank et.al. (2008) viser studier at håp øker den terapeutiske effekten, mens mangel på håp fremkaller det motsatte og leder mot selvmordsproblematikk. Studiene viser også at personalet i arbeid med denne målgruppen burde jobbe mot relasjoner mellom pasient og behandler som inspirerer til håp, og at behandlere burde være bærere av håpet (Schrank et.al., 2008:422).

Herrestad og Biong (2011) trekker fram håp innen ambulant akuttpsykiatrisk team, og beskriver en «håpefull praksis» med handlinger som fører til å vekke og styrke pasientens håp. De foretok et gruppeintervju med ansatte knyttet til psykisk helsearbeid, og kom fram til at begrepet håp ble forstått som å åpne noe som er fastlåst. De ønsket derfor å bidra til kunnskap om hvordan behandlere og terapeuter kan inspirere og tilrettelegge for å fremme håp og skape bevegelser i situasjoner som oppleves fastlåste.

Med utgangspunkt i deres funn kan det å fremme håp deles i tre kategorier: å komme i posisjon (dette handler om å få pasientens tillit, skape trygghet, se og forstå pasientens situasjon gjennom «å åpne egne sanser»), å sette pasienten i bevegelse (dette handler om å prate om pasientens drømmer og mål for framtiden, lage en plan, hjelpe pasienten å bevege seg mot disse målene og drømmene) og å støtte pasientens bevegelse (dette handler om å støtte og opprettholde de bevegelsene som nå er satt i gang, anerkjennelse og bekreftelse, og forsøke å gi pasienten hjelp videre) (Herrestad & Biong, 2011:109–115).

Deegan (1988) beskriver håp som et vendepunkt i en prosess, og at etterfulgt av håp kommer en vilje og motivasjon til å handle. Et menneske uten håp har ifølge henne heller ikke vilje til å handle. Viljen til å handle er paralyisert. Terapeutens oppgave i

arbeid med mennesker i krise blir derfor å støtte pasientens ressurser, hjelpe pasienten til å uttrykke seg fritt for de følelsene en kjenner i en krisesituasjon, og støtte en håpefull holdning, eller *vikarierende håp*, slik at denne viljen til å handle kommer tilbake (Cullberg, 1977). Deegan (1988) trekker inn håp som en av tre hjørnesteiner i en bedringsprosess innen psykisk helse, sammen med vilje og mulighet for å handle. Håp handler også ifølge henne om eksistensielle spørsmål koblet til liv og død, og om muligheter for å bli elsket.

Jeg har nå gått gjennom teorier som ligger som bakgrunn for oppgaven. Nå går jeg over i studiens metodiske valg.

## 4. METODE

I dette kapitlet presenteres valgene og prosessen som har ført til mine resultater for å svare på hvilken rolle håp har i musikkterapi innen psykisk helsevern. Jeg vil presentere min vitenskapelige tilnærming og hvordan en kvalitativ metode har påvirket min oppgave. Det vil bli presentert hvordan jeg foretok datainnsamling, der jeg vil utdype intervju som metode med vekt på semistrukturert intervju, og hvordan jeg gjorde mitt utvalg av informanter. Deretter vil jeg presentere steg for steg hvordan jeg gjorde min analysedel der jeg hadde hovedvekt på tematisk analyse. Til slutt vil jeg reflektere over etiske utfordringer, og diskutere studiens validitet og reliabilitet.

### 4.1. Vitenskapsteoretisk tilnærming

#### 4.1.1. Fenomenologi og hermeneutikk

Denne studien bygger på en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming. For å belyse min tilnærming, vil jeg kort presentere de sentrale kjennetegnene og temaene innen disse to retningene.

Fenomenologi kan ses på som læren om det som kommer til syne og viser seg. Med en fenomenologisk tilnærming er subjektets meninger og opplevelser av interesse (Smith, Flowers & Larkin, 2009). I denne sammenheng er mine fire informanters meninger og erfaringer om temaet håp utgangspunktet for mine funn, og hvilken rolle de tenker temaet har i musikkterapeuters arbeid innen psykisk helsevern. Oppmerksomheten rettes ikke mot verden uavhengig av subjektet, men mot verden slik den erfares for subjektet (Thornquist, 2003:83). I motsetning til en mer positivistisk retning, står fenomenologien for at subjektiviteten er en forutsetning for forståelse. Denne studien er knyttet til fenomenologien i den forstand at informantenes meninger og utsagn har stor verdi i det å få kunnskap om verden, som i denne sammenhengen er håp i musikkterapi innen psykisk helsevern. Fenomenologi er en bevissthets- eller konstitusjonsfilosofi. Husserl, grunnleggeren av fenomenologi, la vekt på hvordan fenomener opptrer for bevisstheten. Fenomenologer bruker begrepet *intensjonalitet*, som handler om at bevisstheten alltid er rettet mot noe, og at vi aldri møter fenomener med en tom bevissthet (Husserl i Thornquist, 2003: 84).

Hermeneutikk handler i korte trekk om forståelse og fortolkning. Thornquist (2003) legger fram begrepet *forståelseshorisont* som i korte trekk handler om våre samlede oppfatninger, erfaringer og forventninger. Her så jeg at det er viktig å huske at jeg ikke alltid er bevisst hva jeg bringer med meg i forståelseshorisonten. Vi møter aldri verden uten bevissthet, men bringer med oss en *for-dom*, en bakgrunnskunnskap (Thornquist, 2003:142). I min prosess har jeg forsøkt å være så oppmerksom som mulig på min forståelseshorisont og mine fordommer med tanke på hva jeg har valgt å fokusere på og trekke fram i datamaterialet, hvordan jeg har forstått informantene mine, hvilken teori jeg har plukket og hvordan jeg har forstått den. Det å analysere og tolke det en annen person uttrykker er ikke fullt og helt mulig, spesielt når det gjelder temaer som involverer en viss kreativitet og aspekter uten faste regler og rammer. Her er *intuisjon* sentralt for å kunne tolke og forstå budskapet på en helhetlig måte (Alvesson & Sköldbberg, 2000:55). Med et tema som håp så jeg at det ville bli vanskelig å vite om jeg tolket det informantene fortalte på nøyaktig samme måte som de tenkte. Her trekkes igjen forforståelse inn.

Jeg har også måttet være bevisst på at ved den metoden jeg har valgt finnes det flere lag med tolkning (Alvesson & Sköldbberg, 2000). Først har informantene tolket pasientene og deres opplevelse av håp, det de gjør på timene og pasientenes opplevelse. Deretter har jeg tolket informantenes fortellinger og opplevelse.

Et kjent begrep er den *hermeneutiske spiral*. Denne handler om at vi veksler mellom å forstå en del av virkeligheten og helheten. Når vi forstår en del av noe, påvirker det forståelsen for helheten, og når vi ser helheten i noe, påvirker det hvordan vi forstår enkeltdeler. Begrepet kalles spiral og ikke sirkel, fordi hver omdreining bidrar til en økt forståelse (Alvesson & Sköldbberg, 2000).

## **4.2. Kvalitativ forskningsmetode**

Med utgangspunktet i problemstillingen har jeg valgt en kvalitativ tilnærming. Denne tilnærmingen er fruktbar fordi jeg søker en forståelse av informantenes personlige erfaringer og subjektive opplevelser rundt temaet håp, i tråd med en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming. Jeg ønsker å finne ut av hvilken rolle håp har i musikkterapeuters arbeid innen psykisk helsevern, og søker en *forståelse* av temaet og

større innsikt i hva musikkterapeutene tenker om temaet og bruker, evt. ikke bruker temaet bevisst i sin praksis, fremfor å *beskrive* mine funn. Jeg ønsker altså å gå i dybden av et sammensatt og komplekst tema som jeg har oppfattet som fortsatt relativt uutforsket, noe Dahler-Larsen (2007) legger fram som en grunn til å velge en kvalitativ forskningsmetode. Tidlig så jeg at problemstillingen søkte å utvikle nye temaer ut fra funnene i intervjuene fremfor å fastlegge kategorier av meg som forsker på forhånd. Dahler-Larsen (2007) beskriver nettopp dette som karakteristisk for kvalitativ metode, at forskeren opererer med et fleksibelt undersøkelsesdesign og at kategoriene utvikles som en funksjon av selve undersøkelsesdesignet (Dahler-Larsen, 2007:322).

Et kjennetegn for kvalitativ forskningsmetode som er viktig å være klar over er at forskeren i stor grad er personlig involvert i studien, med tanke på at metoden i stor grad går ut på å fortolke. Forskeren kan ikke i en slik metode fremstå helt objektivt eller fri for verdier. Forskeren har sin egen forforståelse for temaet en skriver om, og det blir avgjørende å være bevisst på de forforståelsene og verdiene man har (Thornquist, 2003). Det ble naturlig at problemstillingen, tema og spørsmålene i intervjuguiden ble påvirket av mitt ståsted og mine interesser som forsker. Det blir derfor viktig å være tydelig og transparent gjennom hele prosessen for at studien skal være mest mulig pålitelig og troverdig (Braun & Clarke, 2006:27).

Materialet innen kvalitative forskningsmetoder kan for eksempel være intervjuer, observasjoner eller andre skriftlige kilder (Malterud, 2019). Jeg har valgt intervju som forskningsmetode, som jeg nå skal gå nærmere inn på.

## **4.3. Datainnsamling**

### **4.3.1. Semistrukturerte intervju**

Kvale og Brinkmann (2018) beskriver at formålet med forskningsintervjuet er «å hente inn beskrivelser om den intervjuedes livsverden for å kunne fortolke betydningen» (Kvale og Brinkmann, 2018:22). Det forklares også videre at formålet med et forskningsintervju er å produsere ny kunnskap. Dette er bakgrunnen for at jeg har benyttet meg av intervju, nærmere bestemt semistrukturerte intervjuer. Jeg valgte å bruke intervju som metode fordi problemstillingen min søker å finne ut av hva

musikkterapeuter tenker om et bestemt begrep og hva de har erfart. Det semistrukturerte intervjuet tar i hovedsak utgangspunkt i at det er en samtale, men at forskeren styrer samtalen for at intervjupersonen skal kunne skape mening og forståelse rundt et bestemt tema. Det kvalitative forskningsintervjuet er altså en aktiv kunnskapsproduksjonsprosess der forskeren og intervjupersonen i fellesskap skaper kunnskap (Kvale og Brinkmann, 2018:20–37).

#### 4.3.2. Utvalg av informanter

Med utgangspunkt i at jeg ønsket kvalitet fremfor kvantitet, altså en dypere forståelse for temaet i min studie, og med hensyn til oppgavens tidsramme og størrelse, begrenset jeg antallet informanter til fire musikkterapeuter. Noen av informantene ble valgt i samråd med veileder, og resten fikk jeg tips om å ta kontakt med av en annen informant. Dette utvalget av informanter ble foretatt med hensyn til følgende forhold:

- musikkterapeutenes erfaring med den relevante målgruppen
- tilgjengelighet, at de holder til på Østlandet

De utvalgte musikkterapeutene med erfaring fra psykisk helsevern ble kontaktet via e-post og Messenger, og de som takket ja til å delta fikk på forhånd tilsendt informasjonsskriv<sup>6</sup> med beskrivelse av studien og tema, med et samtykkeskjema. Blant de fire informantene befinner det seg tre kvinner og en mann, der alle har erfaring fra psykisk helsevern. Arbeidserfaringen de sitter med varierer fra noen år til flere års erfaring. Tre av fire intervjuer foregikk på de ulike informantenes arbeidssted, mens ett intervju foregikk i et kurslokale jeg fra før hadde kjennskap til og som jeg leide for anledningen i Oslo.

#### 4.3.3. Intervjuene

I et semistrukturert intervju følger man gjerne en intervjuguide som et slags manuskript som inneholder noen temaer som skal dekkes og forslag til spørsmål som kan stilles. Det varierer fra undersøkelse til undersøkelse om rekkefølgen på spørsmålene i guiden følges strengt eller mer fritt. Dette er et valg og en fleksibilitet forskeren selv avgjør (Kvale og Brinkmann, 2018:162–163). Blant mine fire intervjuer varierte det om jeg

---

<sup>6</sup> Se vedlegg nr. 2

fulgte intervjuguiden nøye eller ikke. Det hendte at intervjupersonene hadde mye på hjertet og på eget initiativ pratet om temaene jeg hadde satt opp, mens med andre så jeg det mer naturlig å følge intervjuguiden noe mer nøyaktig. Temaene jeg delte intervjuguiden inn i var: innledende spørsmål om musikkterapi og håp, en hoveddel med spørsmål om begrepet håp, håp som tema i praksis, musikken i seg selv, terapeutens arbeid og avsluttende spørsmål. Temaene ble tatt utgangspunkt i for å holde oversikt over spørsmålene i intervjuene, og jeg hadde ikke som plan å nødvendigvis bruke akkurat de samme temaene i analysen senere. Hos noen av intervjupersonene ble det naturlig å dele disse temaene tydeligere, mens hos andre ble det naturlig å la samtalen flyte friere.

Etter å ha skrevet et forslag på en intervjuguide gjennomførte jeg et prøveintervju med en venninne som har en god del erfaring med å intervju. Her fikk jeg noen gode tips og råd, som også i samråd med veilederen medførte endringer av intervjuguiden.

Tidsrammen for intervjuene var i hovedsak omtrent en time. Dette varierte naturligvis, der det lengste intervjuet varte 1 time og 19 minutter, og det korteste intervjuet på 42 minutter. Jeg gjorde opptak av intervjuene og tok notater underveis.

## **4.4. Analyse**

### **4.4.1. Transkribering**

Det å transkribere intervjuer er en fortolkningsprosess som fort kan bli utfordrende med tanke på de store forskjellene som finnes mellom talespråk og tekst. Det å transkribere betyr å transformere, i denne sammenheng å transformere en muntlig samtale til skriftlig tekst (Kvale & Brinkmann, 2018:204–205). Kvaliteten på lydopptaket kan spille en rolle for kvaliteten på transkripsjonen. Kvaliteten på mine lydopptak var generelt gode, men noen steder var det vanskelig å høre hva som ble sagt, og dette har jeg i transkripsjonen markert med «(utydelig)» etter å ha skrevet det jeg tror ble sagt. Små pauser har jeg notert med «...», og lengre tenkepauser har jeg markert ved å skrive «(pauser)». Jeg forsøkte å unngå å overtolke lydopptakene, og derfor unngikk jeg å markere stemmeleier og humør. Derimot markerte jeg der jeg så det som ekstra tydelig eller viktig ved å skrive «(sukker)», «(engasjert)», «(latter)» osv. I starten

av transkriberingen noterte jeg alle små bekreftelser fra meg som «mhm» og «ja», men jeg så fort at så detaljert notering ikke var nødvendig for å kunne forstå betydningen av budskapet. Derfor tok jeg med disse småordene der jeg tenkte det var naturlig.

Mine informanter hadde også ulike dialekter og jeg måtte dermed ta et valg om jeg skulle skrive ordrett deres dialekt eller skrive om til bokmål. Ved å skrive om til bokmål ville noen ord, uttrykk og setningsoppbygginger til en viss grad endres og i verste fall gå et steg vekk fra kilden. På en annen side tenkte jeg at en dialekt fort kan avsløre hvem informantene er ettersom det fortsatt er relativt få musikkterapeuter med erfaring fra psykisk helsevern i Norge. Jeg bestemte meg til slutt for å skrive på bokmål for å beskytte deres identitet så godt som mulig. Intervjuene ble transkribert en stund i etterkant for å kunne se på samtalen med nye øyne og bli kjent med materialet på nytt. Totalt endte jeg opp med 69 sider med transkripsjoner.

#### 4.4.2. Tematisk analyse

For å analysere datamaterialet valgte jeg å bruke tematisk analyse. Braun og Clarke (2006) legger fram at tematisk analyse er en fleksibel metode, og at denne metoden benyttes for å identifisere, analysere og rapportere mønstre og temaer ut fra data. Ved bruk av tematisk analyse vil man kunne lage linker, forbindelser og forståelser ved å jobbe med datamaterialet (Braun & Clarke, 2006:7). Ettersom jeg har latt temaene vokse frem ut fra fenomenet jeg undersøker, kan en si at jeg har benyttet en *induktiv* tilnærming i analyseprosessen. I en slik tilnærming er det sentrale og medvirkende redskapet i analysen forskeren selv, som tolker fenomenet ut fra sin grunnforståelse (Malterud, 2019:27).

Etter å ha transkribert alle intervjuene hadde jeg allerede fått en viss oversikt over datamaterialet. For å fortsette forberedelsen til analysen og bli enda bedre kjent med materialet, leste jeg gjennom all transkripsjon og noterte sentrale stikkord, korte sammendrag og viktige poeng i margin av utvalgte avsnitt. Deretter samlet jeg disse stikkordene til flere mulige temaer i en liste. Det ble mitt første steg i analysen å videre forsøke å organisere disse i større og mindre temaer. Her endte jeg opp med fem hovedtemaer. Denne framgangsmåten var inspirert av de seks fasene i en tematisk analyse presentert av Braun og Clarke: bli kjent med datamaterialet (transkripsjon, lese



*aktivt* gjennom materialet, søke etter mønstre), koding (organisering av data til meningsfulle grupper), søking etter temaer (sortering av de ulike kodene til potensielle temaer), se gjennom temaer (finne ut om temaene passer eller om noen kan fjernes, slå sammen osv.), definere og navngi temaer (finjustering av temaene), og skrive rapport (skrive resultatet og det man har kommet fram til) (Braun & Clarke, 2006:16–19).

I mitt andre steg av analysen koblet jeg i større grad inn teorier og forsøkte å organisere disse temaene på nytt ut ifra litteraturen jeg foreløpig hadde valgt ut. Som i første steg prøvde jeg ulike sammensetninger av kategoriene jeg hadde, satte opp tankekart og forsøkte å lage en god oversikt over data. Her endte jeg opp med fem hovedkategorier i en litt mer ryddig orden med passende underkategorier. De fem hovedtemaene jeg endte opp med var følgende: *Håp som tema i musikkterapi, mål, fokus på ressurser, relasjoner, og glede og vitalitet.*

Etter å ha satt opp disse fem hovedtemaene gikk jeg tilbake til å lese grundig gjennom transkripsjonene igjen for å se om jeg hadde oversett noen poenger, og sjekke at de fem hovedtemaene faktisk var sentrale i informantenes budskaper. Dette har jeg måttet gjøre flere ganger i løpet av skriveprosessen av samme grunn. Til slutt satte jeg alle de utvalgte avsnittene fra intervjuet inn i et nytt Word-dokument og plasserte de under de tilhørende hovedtemaene.

## **4.5. Ethiske refleksjoner**

Helt fra jeg bestemte meg for å bruke intervju for å forsøke å svare på problemstillingen min, har jeg reflektert rundt etiske utfordringer som da dukker opp. Ved å velge kvalitativt forskningsintervju som metode følger det etiske spørsmål om hvordan man på best mulig måte kan ivareta og beskytte intervjupersonenes identiteter. Kvale og Brinkmann presenterer fire områder som diskuteres i etiske retningslinjer for forskere. Disse er informert samtykke, konfidensialitet, konsekvenser og forskerens rolle (Kvale & Brinkmann, 2018:102). Jeg vil nå reflektere over mine valg innen de relevante områdene.

Personvern hensyn er et viktig etisk aspekt ettersom jeg intervjuet mennesker som skulle dele egne tanker og erfaringer om et stort og personlig tema som håp, og som

med høy sannsynlighet kom til å dele historier og erfaringer de har hatt med en så sårbar gruppe som pasienter med psykiske lidelser. Dermed ble nødvendig godkjenning fra NSD<sup>7</sup> innhentet før intervjuprosessen ble satt i gang. Etter at jeg hadde fått godkjenning, og de utvalgte informantene takket ja til å være med på studien fikk de tilsendt et informert samtykkeskjema med informasjon blant annet om formål for studien, hva det innebærer å delta, og deres rettigheter ved deltakelsen. Dette ble skrevet ut og tatt med klar til underskrift før selve intervjuet, med en mulighet for å gå gjennom informasjonen sammen. Her hadde jeg som forsker ansvar for å informere tilstrekkelig på forhånd av deres deltakelse i studien (De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene, 2016).

Det andre området Kvale og Brinkmann trekker fram er konfidensialitet, altså enigheten mellom forskeren og deltakeren om hva som gjøres med datamaterialet, og hvilken informasjon som er tilgjengelig for hvem (Kvale & Brinkmann, 2018:106–107). Her ble det også informert om hvordan datamaterialet ville bli tatt vare på og hvem som hadde tilgang til materialet. Det ble gjort lydopptak av alle intervjuene via mobil i flymodus, og lydopptakene ble overført til passordsikret datamaskin og umiddelbart slettet fra mobilen.

Ved prosjektslutt august 2020 ble lydopptakene slettet fra datamaskinen. Under hele prosjektet var det kun jeg som hadde tilgang til lydopptakene. Det ble også informert muntlig om at deltakerne når som helst fikk lese de delene av masteroppgaven hvor de ble omtalt om ønskelig.

Ved å ha en rolle som både forsker og intervjuer kan faren fort blir at intervjupersonene ønsker å gi tilfredsstillende svar og søke etter hva jeg som forsker ønsker å høre. Samtidig tenker jeg at en styrke ved å intervju erfarne musikkterapeuter kan være at jeg fikk faglig sterke svar, i tillegg til at jeg i større grad stoler på at svarene jeg fikk er ærlige i stedet for tilfredsstillende overfor meg. En mulig ulempe ved å intervju musikkterapeuter kan derimot være at jeg ikke fikk høre hva pasienter selv tenker om håp og om de faktisk opplever det i musikkterapien, med mindre dette faktisk har vært

---

<sup>7</sup> Se vedlegg nr. 1

et konkret tema. Her ble likevel personvernshensyn viktigst, og jeg valgte å ikke intervju sårbare individer (jf. «særlige kategorier», NSD). Likevel har jeg som forsker en slags makt som gjør situasjonen mer asymmetrisk enn en dagligdags samtale, der jeg har en mulighet til å styre intervjuet dit jeg selv skulle ønske. Dette lå i min bevissthet under selve intervjuene, der jeg var oppmerksom på mine oppfølgingsspørsmål og hvilke temaer jeg valgte å ta med videre i samtalen. Hvem som styrte samtalen varierte fra intervjuperson til intervjuperson. Noen informanter virket godt forberedt, hadde mange tanker om temaet, og kunne prate lengre på egen hånd. Her valgte jeg å la informantene prate, og brukte færre oppfølgingsspørsmål og styrte samtalen i mindre grad enn de som svarte kortere og pratet noe mindre. Jeg forsøkte altså å ha en så åpen tilnærming som mulig, slik at intervjupersonene skulle føle seg hørt og respektert for sine tanker og meninger, samtidig som jeg hadde mine kategorier og problemstillinger jeg ville utfordre dem med.

I tillegg til å beskytte informantenes identiteter gjennom å skrive bokmål i stedet for på dialektene deres, valgte jeg å utelate navn og arbeidssted både i transkripsjoner og i den endelige teksten i masteroppgaven. Dette med den hensikt å også beskytte pasientene deres, arbeidsstedet deres og kollegaer.

## **4.6. Validitet, reliabilitet og troverdighet**

*Validitet* kan ses på som håndverksmessig kvalitet og handler om forskeren som person, metoden som blir brukt og forskerens moralske integritet. Det handler om klokskap og å evaluere den vitenskapelige kunnskapen som blir produsert. *Reliabilitet* handler mer om troverdigheten ved forskningsresultatene. Man kan si at en annen forsker skal kunne finne samme resultater ved samme tema og framgangsmåte. (Kvale & Brinkmann, 2018:276–277). I kvalitativ forskning brukes normalt begrepet *troverdighet* framfor validitet. Her vil jeg reflektere over de viktigste aspektene for å sikre troverdighet gjennom min prosess.

Jeg har gjennom prosessen hatt med meg akronymet EPICURE som en huskeliste over viktige temaer som utgjør en så kvalitetssikker studie som mulig (Malterud, 2019). Det første ordet i akronymet, *Engagement*, handler om de empiriske data og hvor godt forankret studien er til feltet eller fenomenet som undersøkes. *Processing* handler om

bearbeidingen av de empiriske data, og hvordan forskeren har håndtert ulike steg som analyse, koding, tydeliggjøre problemstillingen og utvikling av tema. *Interpretation* handler om forskerens refleksjon over egen fortolkning og forforståelse av det empiriske materialet, og hvilke utfordringer dette har medført. *Critique* tar for seg hvordan forskeren stiller seg kritisk både ved akademisk selvkritikk og samfunnskritikk til funn og tolkninger knyttet til undersøkelsen. Neste punkt, *usefulness*, dreier seg om brukbarheten funnene har for deltakerne, praksisen, og politikk i forhold til de konkrete problemene forskningen tar for seg. Videre handler *relevance* om hvordan funnene bidrar til forståelse i et fagfelt, og hvordan resultatene fungerer med relevant litteratur. Det siste punktet, *ethics*, tar for seg det etiske ansvaret forskeren har i forhold til de involverte i studien. Personvern og informert samtykke er eksempler på prosedyrer forskeren må forholde seg til (Malterud, 2019:225–227).

Troverdigheten av intervjuprosjektet skal prege alle fasene av undersøkelsen og ikke være fokuset i bare ett ledd av hele forskningsprosessen. Dette bør reflekteres over i alle fasene: sette tema for undersøkelsen, planlegging, under selve intervjuet, transkriberingen, analyseringen og rapporteringen (Kvale & Brinkmann, 2018; Malterud, 2019). Dette har jeg forsøkt å være så bevisst som mulig gjennom hele prosessen, ved å vurdere alle valgene jeg har tatt og stadig være åpen for andre viktige poenger fra informantene, men også alltid ha problemstillingen med meg for å vite hvilken vei jeg går. Jeg har forsøkt å være så tydelig og klar som mulig i beskrivelsen av hva jeg har gjort og hva jeg har tenkt.

Som forsker sitter man med makt, og i en kvalitativ studie sitter man med en makt der man lett kan fortolke og formidle egne forforståelser for temaet og det informantene forteller. Dette har jeg etter beste evne forsøkt å være bevisst på, og jeg har så godt som mulig forsøkt å være tydelig på hva teorien sier, hva informantene har fortalt og hva som er mine meninger og mine fortolkninger (Alvesson & Sköldberg, 2000).

Hvordan intervjuguiden er bygd opp og hvordan jeg stiller spørsmålene er også relevant når man skal sikre troverdigheten i en intervjuundersøkelse. Da jeg utarbeidet intervjuguiden var jeg bevisst på å unngå ledende spørsmål, men forsøkte å lage åpne spørsmål som kunne åpne opp for alle de forskjellige perspektiver som måtte dukke opp

om temaet. Underveis i intervjuet fikk jeg lange, innholdsrike og relevante svar fra informantene mine. Noen steder ville jeg gå dypere inn på temaet de var inne på, eller jeg så en mulighet for gode poenger, og da stilte jeg oppfølgingsspørsmål. Her brukte jeg noen steder ledende spørsmål for å sjekke intervjupersonens reliabilitet og fortolkninger til temaet (Kvale og Brinkmann, 2018). Ledende spørsmål som ikke er bevisstgjort hos forskeren kan være problematisk, men jeg anser de ledende spørsmålene som en styrke i intervjuet ettersom jeg forsøkte å være bevisst i bruken av dem, og ønsket å lede intervju spørsmålene i retning av troverdig og interessant kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2018:201–202). Noen steder der jeg følte behovet stilte jeg oppklarende spørsmål, der jeg spurte om jeg hadde forstått poenget riktig, og ga informanten muligheten til å bekrefte eller avkrefte tolkningen.

#### **4.7. Metodekritikk**

Her vil jeg reflektere over de metodiske valgene jeg har tatt og trekke fram noen svakheter studien har.

Et spørsmål jeg har hatt med meg gjennom intervju prosessen har vært om jeg kan stole på informasjonen jeg får fra informantene. Jeg har spurt meg selv flere ganger om jeg skulle valgt å intervju pasienter ved psykisk helsevern framfor musikkterapeuter, ettersom det er *pasientene selv* som helt konkret kan si noe om hvilken grad de opplever håp. Tanken om å gjøre observasjoner streiftet, men å få tillatelse til dette kunne vært en utfordring. Jeg valgte derfor å konsentrere meg om refleksjonene rundt temaet. Å intervju pasientene selv kunne også vært en utfordring med tanke på tilgang, og at pasientene kanskje lettere ville gitt meg svar de tenker at jeg ser etter. Etter å ha konkludert med at jeg stoler på at musikkterapeutene ville gi meg ærlige svar, formet problemstillingen videre til å utforske hvilken rolle håp kan ha i musikkterapeuters arbeid.

Ved å bruke kvalitativt forskningsintervju som metode kommer noen utfordringer. For eksempel er en fare at *mine* meninger og kommentarer gjennomsyrrer analysen av datamaterialet. Et spørsmål er om jeg stoler på det informantene deler med meg, men et annet spørsmål er også hvordan jeg har tolket og analysert datamaterialet. Her er det i tillegg snakk om flere lag av tolkning ettersom jeg intervjuet musikkterapeuter om deres

opplevelse av pasientenes håp. Det blir derfor viktig å være klar over at refleksjoner kan oppfattes annerledes når vi gjenforteller noe (Whitaker & Atkinson, 2019:2).

Tidlig gjorde jeg en vurdering om jeg skulle gjøre et gruppeintervju, enten i tillegg til de individuelle intervjuene eller alene. I utgangspunktet tenkte jeg å gjennomføre individuelle intervjuer først og deretter et gruppeintervju med de samme fire informantene. Med et så åpent og stort tema som håp, hadde det vært interessant å finne enigheter og uenigheter mellom musikkterapeutene. I tillegg kan faren ved individuelle intervjuer med et slikt tema være at noen underkategorier glemmes eller ikke legges så stor vekt på som det kanskje kunne gjennom å diskutere temaet i en gruppe. Hvis oppgavens omfang hadde vært større og tidsbegrensningen hadde vært mindre, tenker jeg at et gruppeintervju hadde styrket resultatene.

Før intervjuene med informantene gjorde jeg et testintervju med en venninne utenfor fagfeltet. Her fikk jeg gode råd til hvordan jeg på best mulig måte kunne sette opp intervjuet på en logisk og oversiktlig måte. Ulempen med å teste intervjuet på noen utenfor fagfeltet er at jeg ikke fikk tilbakemeldinger og råd på det faglige og temaene jeg la fram. På den måten kunne jeg fått et enda bedre testintervju om jeg intervjuet noen med kjennskap til og kunnskap om feltet.

## 5. RESULTATER

I dette kapitlet blir resultatet av analysen presentert. Som allerede nevnt fant jeg fem kategorier som pekte seg ut. Under disse fulgte noen underkategorier. Disse fem hovedkategoriene ble: *håp som tema i musikkterapi, mål, fokus på ressurser, relasjoner, og glede og vitalitet*. Under håp som tema i musikkterapi havnet underkategoriene *håp som konkret eller underliggende tema, å bære håpet for pasienten, og håp, forhåpninger og drømmer*. Underkategoriene til temaet mål ble *tro og motivasjon*. Under fokus på ressurser havnet underkategoriene *mestring og meningsfulle aktiviteter*. Under relasjoner kom underkategoriene *en annen måte å være sammen på, og tilstedeværelse og aksept*. Under glede og vitalitet fant jeg *gylne øyeblikk og musikk som et pusterom*.

Under har jeg valgt å presentere de sitatene som best belyser problemstillingen: *Hvilken rolle kan håp ha i musikkterapeuters arbeid innen psykisk helsevern?*

### 5.1. Håp som tema i musikkterapi

Store deler av intervjuene med de fleste informantene handlet om håp som tema i musikkterapi, om håp er noe de er bevisste på i sitt arbeid og om de tenker det burde vært et mer konkret eller underliggende tema i musikkterapitimene. Noen informanter hadde ulike perspektiver på hva håp er og hva det kan innebære og reflekterte over underkategorier som håp, forhåpninger og drømmer, og det å bære håpet for pasientene sine.

Mange fortalte at håp har for det meste vært et ubevisst tema, men når de tenker over det rommer det mye av deres praksis:

*1: Jeg tror også en del av det har vært ubevisst. Altså, jeg har ikke tenkt så mye på det, men når du begynte å spørre om håp så har jeg tenkt på det i ettertid at det er jo faktisk en del håp i det her selv om jeg kanskje har brukt andre ord sånn som å kunne romme pasienten eller å tilby en annen måte å være sammen på. Jeg tror nok det er en god del håp som ligger i det, da, som jeg ikke alltid har tenkt så mye over.*

Alle informantene fikk spørsmål om hvilken grad håp er et viktig fokus å ha i musikkterapi innen psykisk helsevern. Den ene informanten så på det som en selvfølge å jobbe med:

*3: Jeg tenker jo at det er veldig viktig. Det er litt som en selvfølge for meg... [...] Av og til velger jeg å bruke det, av og til velger jeg ikke å bruke det. [...] Jeg tror nesten at det er en selvfølge, på en måte, sånn som jeg jobber.*

På et individuelt plan er ikke håp alltid et konkret tema. Derimot kan det oftere bli tatt opp ved større anledninger, som på verdensdagen for psykisk helse, interne konserter, tema-dager og gudstjenester:

*4: Da er jo håp et veldig sentralt tema som har gått igjen. Fordi jeg tror at det er noe som alle kan relatere seg til. Et ord som alle kan forstå. Et veldig stort ord, men også et ganske enkelt ord.*

Ved selvmordsproblematikk er håp et viktig fokus å ha og burde hele tiden være med i arbeid med disse pasientene:

*2: Jeg vet ikke når det er neste gang jeg kan miste en pasient, og man vet ikke alltid hvem som vil kunne finne på å ta livet sitt. Sånn at det å jobbe for at pasienter skal ha håp, [et] type lys i tunnelen eller lys i framtiden, eller ett eller annet å glede seg til.. det må være med hele tiden. [...] Jeg tenker at den beste medisinen for selvmord er håp.*

Spesielt innen psykisk helse kan man tenke at håp er grunnlaget i alt en musikkterapeut gjør:

*4: Jeg tenker at det egentlig er grunnlaget i alt vi gjør. Spesielt innen psykisk helse, da. [Og] så tror jeg ikke man kan være musikkterapeut uten å ha et håp for klienten sin, da. Om bedring eller om at de skal få det bra med den situasjonen de er i, om at de skal ha gode tilbud, et godt meningsfullt liv. Hvis man ikke har det håpet for klientene sine, så tror jeg ikke man kan være musikkterapeut. Så det er veldig viktig.*



En annen informant uttrykte at det å jobbe håpsorientert for denne målgruppen er spesielt viktig. Håp er noe pasienter med psykiske lidelser vanligvis sliter med:

*2: Jeg tenker også at håp er noe av det aller viktigste musikkterapi kan tilby, særlig med pasienter som sliter med psykiske lidelser.*

I et spørsmål om selve musikken kan bidra til håp i musikkterapi svarte den ene informanten:

*3: Ofte handler det jo kanskje ikke sånn konkret om musikalske elementer, egentlig. Det handler veldig mye om hvordan du bruker de, og relasjon, både meg og pasienten, og relasjonen dem imellom, [og] minner til musikken. [...] Så ofte helt andre ting enn selve musikken, men det er det vi bruker for å få det fram.*

### 5.1.1. Håp som konkret eller underliggende tema?

Gjennom alle intervjuene ble det pratet om håp som et konkret eller underliggende tema. Alle var enige i at håp var et viktig tema i arbeid med mennesker innen psykisk helsevern, men det var mange tanker om temaet burde brukes eksplisitt eller ligge som et underliggende tema i timene:

*3: Håp er noe vi kan jobbe mye med. Men i arbeid med pasienter, så bruker jeg det ikke så eksplisitt, nødvendigvis, som et begrep. I så fall bare slenge det [ut], sånn: «det finnes håp». Bare slenge det ut, men det er ikke noe nødvendigvis vi jobber uttalt med. Det er jo noe jeg tror jeg jobber veldig mye med, likevel. Det er egentlig kanskje noe av det som gjennomsyrrer nesten alt vi gjør.*

For å gi et eksempel og forsøke å sette det inn i en slags metode, er det mulig å sammen med pasienten lage en spilleliste med sanger som pasienten opplever som håpefulle. Fokuset her blir at pasientene utforsker hvilken musikk som gir håp, og at de klarer å regulere seg selv de gangene de ikke har tilgang på hjelp:

*2: [D]a sitter vi i timen, og så kommer jeg med forslag til sanger som jeg tenker handler om et spesielt tema eller [som] kan være litt sånn oppløftende. Det er*

*egentlig litt sånn håpssanger. Og så gir jeg de lekser til neste gang, at «kan du ikke se om du finner en eller to nye sanger til neste gang som vi kan høre på her? [...] Sanger som får deg til å føle deg bedre eller sanger som du kan regulere deg selv litt med». [...] Og at man da kunne jobbet fram mot å lage spilleliste som pasienten kan ha på telefonen sin [...] som man da kan bruke hjemme når man da ikke føler at livet er så bra.*

I stedet for å prate konkret om et stort tema som håp er det andre, lettere ting man kan spørre om og prate om som rommer begrepet:

*4: Men vi snakker helt sikkert om håp på den måten at folk kan spørre «hva er det du ønsker deg når du skrives ut?», for eksempel. [...] Og at man snakker konkret om det, for eksempel. [Det] tenker jeg jo handler litt om i hvert fall at man ser framover, da. Hvis man har noen ønsker, hvis man har noen preferanser, så ligger det kanskje en sånn underliggende tanke om at [...] de kan fylle livet sitt med noe meningsfullt, da. Og ønske å leve videre og ønske å ha et godt liv, da. [...] Jeg tenker jo at håp er et slags sånn underliggende tema.*

Håp kan fort oppleves som et stort og diffust tema for mange pasienter, og da kan det være nyttig å heller prate om håp på et mer underliggende plan gjennom andre perspektiver:

*3: Jeg bruker ikke ordet håp, nødvendigvis, sånn aktivt. Men vi bruker å snakke om «hvordan kan du bruke dette i hverdagen når du skal skrives ut? Hva kan du gjøre for å få det bedre når du er hjemme og har det tungt? Hvordan kan du bedre det sosiale nettverket ditt? Kan du starte med noe musikk i et kor?».*

For en av informantene er det viktig at det ligger et fokus på håp, men før utforskning av drømmer og forventninger om framtiden er det viktig å bygge et godt grunnlag og god trygghet her og nå:

*1: [S]å ligger håp ofte der. Jeg kan ofte spørre de hva de drømmer om og hva de kunne tenkt seg og sånn, men for min del kommer ofte det spørsmålet etter jeg faktisk har hørt hvordan de har det her og nå, da.*

Dette poengterer også en annen informant, og legger til at det er en forskjell på å påføre pasienten et krav om å føle håp, og fortelle pasientene at en har håp for dem:

*4: Jeg tror ikke det ville vært noe i veien å si til pasienten at «jeg har håp for deg». Det tror jeg ikke legger så mye på dem, men jeg tror at ved å skulle påføre de noe de ikke har, på en måte, så tror jeg bare at det ikke ville blitt noen god relasjon. Jeg regner med at de ikke ville følt seg forstått og sett.*

### 5.1.2. Å bære håpet for pasienten

Alle informantene jeg intervjuet snakket i ulik grad om det å bære håpet for pasienten ved snakk om håp. Det er ikke alltid at pasienten selv klarer å tro på bedring, og da kan det være til hjelp at andre har den troen. Musikkterapi er sånn sett en del av et apparat innen psykisk helsevern som kan støtte om akkurat dette:

*3: Det er ikke alltid man klarer å få det til selv, men da har man apparater rundt som skal hjelpe, da. [...] [D]et er kanskje en av våre viktigste jobber, faktisk. Når pasienten ikke tror på det selv, så har vi troen på at det blir bedre.*

Den ene informanten nevner dette med å bære håpet i sammenheng med trygge og gode relasjoner:

*2: Og man snakker jo ofte om at når pasientene ikke har håp selv, så mener man at man kan ha noen som kan bære håpet deres. Det er jo sånn frase eller uttrykk som man ofte hører igjen: «Jeg hadde ikke håp, men så bar du håpet mitt, og når jeg ble friskere klarte jeg å håpe selv».*

Med utgangspunkt i erfaringene informantene kommer med er det ikke alltid naturlig å skulle jobbe konkret med håp i musikkterapi hvis pasienten ikke er klar for det. Håp kan ikke tvinges fram hos pasienten:

*4: Da kunne jeg også gi litt slipp på å skulle prøve å få den klienten til å gjøre eller tenke noe som den ikke følte var naturlig for den, men jeg kunne fortsatt tenke at her er det håp! For jeg skal ha det håpet.*

En annen informant reflekterer rundt at det kanskje kan gi en trygghet at noen bærer håpet for pasienten, og trekker fram et eksempel:

*1: [J] Jeg tror det gir en sånn trygghet i det også. En sånn som hun jenta, [...] for hun kan si sånn: «men tror du at jeg kommer til å få det bedre? Tror du at ting kommer til å endre seg?» Og da er det man kan si sånn: «Jeg har skikkelig troen på at ting kommer til å gå bedre for deg» Så ser du for eksempel på henne at hun [...] blir skikkelig letta!*

Informant 3 fortalte om erfaringer fra pasienter som kan synes det er frustrerende at man alltid skal ha håp og tenke positivt. Informanten la selv til at grunnen til det er at man som terapeut gjerne har håp for pasienten, selv om pasienten ikke alltid er enig:

*3: Så selv om vi står og insisterer å jobbe med vanskelig ting også, så er det jo fordi det at vi har håpet.*

Pasientene som er innlagte ved psykisk helsevern har vanskelige liv på ulike måter, men som musikkterapeut blir det viktig å likevel ha håp for pasientene de møter:

*4: Det krever ganske mye å ha håp for noen. Det gjør det. Og det er jobben vår.*

### 5.1.3. Håp, forhåpninger og drømmer

Musikkterapi tilbyr en kreativ måte å utforske pasientens drømmer, forhåpninger og håp gjennom selve musikken:

*1: [D] Jet å tilby å være sammen gjennom at vi jobber med temaer konkret i musikken [...], med drømmer og tanker de har om framtiden, og utforske det i musikken sammen gjennom å improvisere. Sånne type ting ser jeg også er med på å liksom gi grobunn. Å på en måte utforske mer håpet eller drømmene til pasientene, da.*

Håp kan for mange pasienter handle om å bli frisk fra psykiske lidelser. Da kan det være viktig å vise til at behandlingen man gir i musikkterapi kan være en brikke i det å bli frisk, og gi gode forventninger:

*2: Håp handler jo mye om forventning, ikke sant? Om å se framover, og forvente hva som skal skje i livet framover. Og hvis man da kan komme hjem og si «du, nå har jeg startet i musikkterapi, og forskningen viser at det kan hjelpe! Så nå kan det hende at jeg kan bli litt friskere!» Så er jo det veldig med på å bygge håpet.*

Den ene informanten trekker fram forskjellen på håp og forhåpninger i musikkterapi. For noen pasienter kan forhåpningene til musikkterapi være å ende opp med en artistkarriere. Da vil det være viktig for håpet til pasienten å ha en terapeutisk tilnærming og ivareta deres ønsker, men også tilby en annen måte å være i musikken på:

*1: Jeg prøver på en måte å prøve å anerkjenne hvor mye musikk betyr for de, og så prøver jeg å anerkjenne uttrykket deres. [...]Å ikke knuse forholdet [deres] til det, men at det er mange måter å ha en relasjon til musikk på, pleie musikk på, som ikke handler om å bli en stjerne, da.*

## **5.2. Mål**

Alle informantene snakket om mål eller en vei videre. Den ene informanten reflekterte rundt begrepet mål og hva det kan innebære:

*1: [Å]være i en situasjon, og så er det noe som man drømmer om som er liksom utenom det man er i her og nå. Kanskje noe man lengter etter. Altså, lengting tror jeg er koblet til håp. Det er noe som kan skje, [og] som kan gi meg en retning eller gi meg mot til å gå videre på min bedringsvei.*

Å jobbe målrettet i musikkterapi kan være nyttig ved at det skaper lyspunkter i framtiden, noe man har lyst til å få til eller gjøre. Dette er ofte en mangel hos målgruppen:

*2: Og så har du det kule med musikkterapi, synes jeg, da, er at man kan lage litt sånn prosjekter. Som for eksempel kan være, la oss si at man har begynt å skrive en sang sammen med en pasient, så kan vi si at «ja, men vi sees om en uke! Da skal vi fortsette og prøve å få til det refrenget som vi ikke fikk til i dag».*

I musikkterapi kan det å jobbe mot en konsert være nyttig når man jobber mot et mål. Her får pasienten jobbet med å tørre å stå foran et publikum, og det kan være godt å blant annet få bekreftelse og anerkjennelse fra andre mennesker på noe man har jobbet med:

*3: [...]Vi har jo noen arrangementer der pasienter opptrer hvis de vil. [...]Det kan gi et håp om at her er det noe jeg kan finne tilbake til, da. Det å få den anerkjennelsen av flere har vært veldig positivt.*

Hva målet er kan noen ganger ses fra flere perspektiver. En informant uttrykte at siden man kan se at musikken har en stor effekt, så hender det at musikken kan være et mål i seg selv i tillegg til å bruke musikken som et middel for å oppnå helserelevante mål:

*4: Det hender absolutt at vi bruker musikk som et slags mål i seg selv, hvis vi har liksom konserter [og]vi har fremføringer for pasientene [...]. Men stort sett bruker jeg det absolutt som et middel for å oppnå bedre psykisk helse.*

For mange pasienter kan det være vanskelig å planlegge og se framover i tid, og tenke at det kommer noe positivt. Da blir det viktig å legge opp en plan for musikkterapiforløpet og få pasienten til å ha lyst til å komme tilbake til neste musikkterapitime:

*2: En [...]måte jeg jobber på er å prøve å legge [...]en plan, da, for hva vi skal gjøre i musikkterapi. Og der legger jeg aktiviteter, gjøremål eller hendelser som de kan glede seg til. [...]Og det ene jeg gjør er å [...]prøve å hjelpe pasientene til å se framover, så avtaler vi alltid neste time. Og jeg bruker alltid å si sånn der «ja, da sees vi om en uke! Jeg gleder meg til å se deg igjen da!» [...]Og bare med å si de ordene så planter du en sånn der bevissthet hos pasienten, tenker jeg, da. Planter bevissthet om at det er ikke slutt nå. Det kommer en time til.*

På veien mot et mål møter man gjerne utfordringer som gjør at man kan strekke seg og at det skjer endringer i positiv retning, gjerne fra time til time. Her blir musikkterapeutens oppgave å trekke fram positive endringer og skape tro hos pasienten:

*3: Men håpet ligger vel også i at det skjer noe fra gang til gang, da. En slags liten endring. Eller det gjør det jo, hvis ikke så trekker jeg fram at det gjør det jo. Det er jo alltid noe!*

### 5.2.1. Tro

Tro ble pratet om i flere former. Håp handler mye om å tro og tenke at man kan få til en endring. Siden musikk er en skapende aktivitet kan det å jobbe med ulike følelser, også de «mørke» følelsene, bidra til en endringsprosess i positiv retning:

*1: Selv om man spiller i det mørkeste mørke, så skaper det en retning som jeg tror at fører dithen at man opplever endring i positiv vei, som jo jeg tenker bidrar til håp. [...]Jeg tenker jo håp handler mye om å tenke at man kan få til en endring.*

Kontrollbehov og overopptatthet av utseende er noen av utfordringene pasienter med spiseforstyrrelser har. Den ene informanten fortalte om et eksempel der hun brukte improvisasjon for å jobbe med å gi troen på at pasienten har positive sider også utenom utseendet:

*3: Vi har jobbet med å akseptere at det også er helt greit med feil. Som jeg håper leder til en styrke, en slags trygghet i seg selv, da. Selvbildet, og troen på det noe og ikke nødvendigvis alt det ytre, da, for å si det sånn.*

For noen kan også religiøs tro være sterkt knyttet til håp:

*4: Det er kanskje [...] håp om at noe eller noen på en måte kan hjelpe en og redde en. Noen mener at det er Gud, og noen [...] får hjelp gjennom mennesker, [...] og noen mener begge deler!*

En annen informant nevnte også religiøs tro, uten nærmere utdypning, i en gjennomgang av beslektede ord til håp:

*3: Og så tro. Om ikke i religiøs forstand, men det blir jo litt nærliggende, det også (latter).*

### 5.2.2. Motivasjon

Motivasjon var noe som ble nevnt hos to av informantene fra ulike perspektiver. Musikkterapi er et frivillig tilbud og et sted man kan komme til fordi man selv ønsker det. Dette blir en kontrast til aktiviteter og gjøremål som må eller burde gjøres både innen psykisk helsevern og ellers i hverdagen for pasienten:

*4: Det som man gjør frivillig over egen motivasjon er jo.. [...] da er håp sterkere innblandet enn ting man gjør noe mot sin vilje, eller ting man gjør fordi man har fått beskjed og man skjønner at det kanskje kan være lurt, men man har egentlig ikke lyst.*

Pasienter har individuelle ønsker og preferanser for hvordan et musikkterapiforløp skal skje. Det blir viktig å finne hver enkelt sine ønsker for å motivere og fremme håp:

*2: Litt av poenget med musikkterapi, det er jo da å finne noe som de har lyst til, ikke sant? Sånn at du sammen kan skape noen sånne lyskuler som de har lyst til å oppleve.*

### 5.3. Fokus på ressurser

Fokus på ressurser ble trukket fram som en viktig brikke i å kunne fremme håp hos pasienter. Det å jobbe mer ressursorientert vil ifølge informanten på mange måter kunne gi mer håp enn det å jobbe med patologi:

*2: Hvis man knytter det til sånn teoretisk forståelse, så vil man jo kunne tenke at en mer ressursorientert tilnærming gir mer håp. Og mer sånn positiv psykologi, jobbe med velvære, jobbe med livskvalitet.*



Det kan naturligvis være forskjeller på hvilke perspektiver de ulike fagområdene ser pasienten, og i rollen som musikkterapeut har man muligheten til å rapportere positive og vitale sider ved pasienten som legger sykdommen til side:

*3: Ofte så handler det om å vise resten av behandlingsteamet litt en annen side av pasienten. At [de] har noen ressurser vi kan ta med inn, [og] at de også har vitale sider.*

Det kan være like viktig å anerkjenne at de er syke og at situasjonen de er i er veldig vanskelig. Mange kan synes det er vanskelig om man bare trekker fram ressurser og gode ting, og her kan håp også innebære at man aksepterer og anerkjenner pasientene der de er gjennom musikken:

*4: Vi snakker veldig mye om ressurser og om hva [som] er det friske i mennesket i musikkterapi. Men det kan også være vanskelig for folk om de ikke får anerkjennelse for at de er syke og at de vil ha hjelp, trenger hjelp, og de trenger noen til å anerkjenne at dette er veldig vanskelig. Da tror jeg det å bruke håp kan være et fint ord, egentlig, å bruke i den sammenhengen.*

I prosessen av å lete fram pasientens ressurser er det viktig å ha respekt og aksept for menneskene man jobber med uavhengig av situasjonen de er i når de er innlagte, og heller sammen være nysgjerrig på hvilket menneske pasienten vil være:

*3: Nysgjerrighet.. jeg synes jo det er kjempespennende! Med alle jeg møter og særlig det med å nøste opp i på en måte «hvem vil du være? Hvem har du vært? Hvem vil du bli i framtiden? Hvordan kan vi nå det målet?», og ha den holdningen.*

Hos en av informantene blir begrepene håp og recovery knyttet sterkt. Informanten reflekterer recovery i lys av håp, og trekker fram en artikkel av Deegan som eksempel:

*2: Og hun sier at egentlig så er recovery nesten det samme som håp. Det er liksom håp som er den største ingrediensen i recovery. Og hun snakker mye om det å skjønne på en måte at du kan leve et liv som er meningsfullt der du har lyst til å leve*

*en dag til, [...] det er ting du vil glede deg til, og du har lyst til å møte folk, du har lyst til å lære nye ting. Så er det håpet [...] som en sånn recovery-prosess handler om i stor grad.*

### 5.3.1. Mestring

Mestring er et begrep som stadig går igjen i musikkterapifaget. Det som musikkterapeut å legge til rette for at pasienten får oppleve mestring er viktig og kan ha en innvirkning på pasientenes håp:

*4: Å oppleve at man mestrer ting og prøver å mestre. Det er veldig viktig. Så det gjør jeg jo også så absolutt i musikkterapien. Jeg prøver så godt jeg kan å legge til rette for at de skal mestre det de gjør, da. Det er jo min oppgave å tilpasse nivå, for eksempel, hvis de ønsker å lære seg noe. Prøve å tilpasse nivå sånn at de skal kunne oppleve mestringsfølelse, da. Det er viktig.*

Personalet og behandlingsteamet trekker ofte fram hva som går bra, og hva pasientene får til, men det er ikke alltid sikkert at pasientene er enig eller føler det selv. Da kan noen ønske å selv finne ut og trekke fram hva de mestrer:

*3: Hun sa nå til meg at hun synes det er så dumt at alle trekker fram det som går bra hele tiden, alle vi som jobber her. Det har hun selv lyst til å finne ut av. Hva som går bra.*

### 5.3.2. Meningsfulle aktiviteter

For en av informantene er håp sterkt knyttet til livsglede og meningsfulle aktiviteter:

*4: Håp for meg er nok sterkt knyttet til livsglede og et meningsfullt liv, meningsfulle aktiviteter.*

Hvis pasientene har vanskelig for å finne noe de har lyst til og noe som oppleves meningsfullt, tenker informant 4 at det gjelder å finne preferanser og ønsker for

framtiden. Med ønsker og preferanser for noe så ligger det et underliggende håp om at man kan fylle livet sitt med noe meningsfullt:

*4: Jeg har ganske mange som sliter med å finne mening i livet. Men når vi snakker om musikk, så [...] kan man se en slags gnist, eller man kan se en interesse for det. Kanskje spesielt de som har holdt på litt med musikk fra før, som kanskje har kjent litt på den gleden. [...] Hvis man har opplevd de[n], så kan det være naturlig at det kan være noe som kan gi en mening senere i livet, da. Noe en tenker at «Å, det hadde kanskje vært fint! [...] Det er noe jeg har lyst til, selv om jeg kanskje ikke har lyst til noe annet».*

## **5.4. Relasjoner**

### **5.4.1. En annen måte å være sammen på**

Alle informantene understreket viktigheten av å bygge en trygg relasjon mellom pasient og musikkterapeut, og at dette hadde mye å si for håpet. Den ene informanten trekker fram at mange finner for eksempel stor verdi i det å bare sitte sammen og lytte til sanger og prate om musikken man liker. Musikken i seg selv kan være viktig, men i musikkterapi er man også i en relasjon:

*4: [M]usikken i seg selv er veldig viktig. Men jeg tror ikke man kommer utenom, i musikkterapi, at man er i en relasjon. [...] [I] den musikkterapiutdanningen jeg har tatt, og [...] på den måten jeg jobber på, så baserer musikkterapi seg jo på en relasjon som er veldig viktig at man er bevisst på.*

Pasientene opplever ofte tvangsmedisineringer og restriksjoner fra mange av de andre behandlerne, men det at musikkterapi er frivillig gjør at man kan få en annen relasjon med pasientene:

*3: Det er hele tiden masse rammer de må forholde seg til, da. Som jeg [...] slipper eller kan komme meg unna, da. Sånn sett så er jeg på en måte unik, eller ikke jeg, men jeg, fysioterapi og ergoterapi kan være litt i opposisjon til det her, tenker jeg. [...] Som også gjør at vi kan få en helt annen relasjon med pasientene. Det er viktig.*

I tillegg til at musikkterapi er et frivillig tilbud, kan relasjonen mellom pasient og terapeut være forskjellig i musikkterapi og samtaleterapi ved at man i musikalske samhandlinger i større grad er medmennesker og likeverdige mennesker:

*1: Språket kan bli litt mer upersonlig, men jeg opplever at med musikk så blir det ofte mer personlig, og man kommer også mer inn i for eksempel det emosjonelle eller temaer som kan være utfordrende på et annet nivå, da, enn kun hvis man er i samtaleterapi.*

Mangel på opplevelser av intersubjektivitet går igjen hos pasienter innen psykisk helsevern, og her kan musikkterapi og musikalske samhandlinger gi sterke og positive relasjonelle opplevelser:

*2: Hvis det skulle være noe spesielt med musikkterapi så tenker jeg det vil gå mye på den der relasjonelle biten. [...]Å merke at man liksom blir bekreftet, at man blir sett.. Vi bruker jo speiling og call-and-response i musikken vår som ligner mye på mor-barn-kommunikasjon. [...]Det tror jeg skjer i veldig mange terapiformer, men jeg tror kanskje det er ekstra sterkt i musikkterapi, fordi det er så veldig mye kroppen og det er så veldig her-og-nå.*

Det går altså igjen hos informantene at musikalske samhandlinger tilbyr en annen måte for pasientene å være i relasjoner, og man oppdager nye måter å være med seg selv på som fører til følelse av håp:

*1: Jeg tror det handler masse om det å tilby en måte å være med seg selv og andre på, og jobbe med seg selv. Som ofte er noe annet enn mange av de har opplevd før. At i det så ligger det et håp.*

#### 5.4.2. Tilstedeværelse og aksept

Et tema som gjentok seg hos alle informantene var tilstedeværelse. I et første møte med en pasient kan terapeuten ofte få tanker og idéer til hvilke fokus og prosjekter som passer for musikkterapiforløpet. Pasienter har ulike ønsker og behov for hva timene skal

gå ut på. Da blir det viktig å legge egne idéer og forestillinger til side og møte pasienten der den er:

*4: Det er jo veldig viktig for meg å prøve så godt jeg kan å starte der pasienten er. [...]Jeg kan se kanskje det store bildet som jeg har forestilt meg, som kan være bra for dem. Men å legge det bort når jeg møter de, rett og slett, for første gang.*

Den ene informanten fortalte at håp er viktig, men at håp også kan få mer plass hvis man starter med å være tilstede og akseptere pasienten som den er her-og-nå:

*1: For jeg tenker at det viktigste er å være tilstede for de her-og-nå. [...]Det er viktig å tenke på håp, men for min del så er det med tilstedeværelse og på en måte akseptere pasienten sånn som de har det her-og-nå, det er det viktigste. Men jeg tror min opplevelse er ofte at ut ifra det grunnlaget så blir det mer plass til håp også, da. Fordi de føler seg møtt, og de føler seg i kontakt med et annet menneske.*

Hos mennesker med spiseforstyrrelser kan man ofte se et ønske om å være perfekt, og da kan musikkterapi være en god arena å jobbe med vanskelige følelser og selvaksept på:

*3: Det blir på en måte å akseptere seg selv, da. Akseptere at [man]har det vanskelig, godta at sånn har [man]det akkurat nå, og [man]er bra for det. Det er lov å ha det vanskelig og likevel er man et godt menneske.*

Siden pasientene innen psykisk helsevern ofte er innlagt over kort tid, uttrykker den ene informanten at for å fremme håp blir det viktig å gi tilbud til pasientene etter de blir utskrevet og tilpasse tilbudet etter deres ønske:

*4: Jeg tror det er veldig viktig å se klienten [...]. Jeg tror det er veldig viktig å møte dem der de er og ta det derfra.*

Pasienter kan fort føle at dagene går, og at tidsperspektivet over aktiviteter ofte kan oppleves flytende og kaotiske. Da kan selve musikken også bidra til å gi en god opplevelse av her-og-nå:

*2: Jeg tenker at selve musikken, det å liksom ha noe som går sånn i jevn takt framover som de kan være med og henge seg på, [...] det blir veldig sånn kraftig her-og-nå-opplevelse som mange av de pasientene mangler ellers.*

Mange pasienter kan synes det er vanskelig eller unaturlig å sitte og prate, men musikkterapi tilbyr en annen måte å kunne hente seg inn til en opplevelse av her og nå. En annen informant beskriver et eksempel på hvordan selve musikken, nærmere bestemt rap, bidro til at en pasient ble mer tilstede:

*1: Det er noe som får henne liksom mer grounda og mer tilstede her og nå. Så vi kan sette på det, så lytte til det. Ofte så beveger vi oss rundt i rommet til den musikken, da. Og så kan vi snakke om dette. [...] Vi har det jo mer gøy, og du merker jo mer endring når vi gjør det her enn når vi egentlig sitter sånn og snakker om det som er vanskelig, da, for eksempel.*

## **5.5. Glede og vitalitet**

Glede og vitalitet ble gjentatt og trukket fram av alle informantene. Det at håp kan bli et utspring av at man gjør noe gøy sammen. Mange pasienter innen psykisk helsevern kan oppleve at tiden flyter og er kaotisk, samt mangle her-og-nå-opplevelser. Rytmask musikk kan bidra til en sterk her-og-nå-opplevelse og at sykdommen viker:

*2: [D]et er noe som vitaliserer, og som gjør at en del pasienter forteller at de liksom føler at de kvikner litt til, at stemmer trer litt tilbake, de føler seg litt mer levende. Og jeg tenker at rytmisk musikk bidrar til det i sterk grad.*

Musikklytting og å lage spillelister med sanger som gir glede kan være en fin måte å finne tilbake til gode minner og friske perioder tidligere i livet, som videre kan gi følelse

av håp om å finne tilbake til en frisk versjon av seg selv. Dette er et eksempel fra informant 3 i arbeid med en deprimert pasient:

*3: [V]i lytter mye til musikk sammen, og da handler nesten alt om at han skal finne musikk som han har likt, og han skal finne tilbake til den gleden han hadde av å høre på musikk. [...] Så da jobber vi sånn konkret med det ut i fra hans fortid før han ble deprimert, og da kan han finne tilbake til noe av den vitaliteten der, da, og sånn sett det håp om å finne tilbake til den motivasjonen og gleden man hadde i musikken.*

Musikkterapi gir muligheter for å sette fokuset på noe annet enn sykdommen, som fort kan bli et fokus innen psykisk helsevern:

*4: Han sa også at musikken var[en] veldig fin måte for han å tenke på noe annet, og på en måte få fokus på noe gøy, da.*

Musikkterapi grupper åpner opp for at pasienter kan skape relasjoner og spille musikk sammen med andre pasienter som har lik interesse. Dette vekker ofte friske sider hos pasientene:

*3: Om det er en artist to liker, eller en sang, eller begge to har lært seg å spille gitar. [...] [D]a skjer det ofte noe litt sånn vitalt, da. [...] Jeg vet ikke om jeg kan koble det direkte til håp, men samtidig tenker jeg at det kan jo det. For det handler om friskhetstegn, og ikke sykdom. Så det handler om at livet er noe mer enn det å være innlagt. Livet er noe mer enn det å være syk.*

Hos psykosepasienter kan man se at verbalterapi ikke alltid strekker helt til. Da kan andre terapiformer, som musikkterapi, tilby andre måter å fremme håp:

*2: Og hvis man opplever vitalitet og bedring.. Hvis man opplever det i timen så vil det kunne gi håp for at man kan bli friskere og få et bedre liv. [...] Det tror jeg kan foregå i alle terapier, men jeg tror musikkterapi [...] har noen sånne slags fortrinn, og kanskje egner seg enda mer.*

### 5.5.1. Gylne øyeblikk

Flere av informantene knytter gylne øyeblikk til håp. Ettersom pasienter som oftest bare bor en kort stund ved psykisk helsevern, blir det viktig å skape disse øyeblikkene sammen og ha et fokus på pasientens ønsker:

*4: Men [jeg] tror da for å skape gylne øyeblikk så må man være på samme bølgelengde, rett og slett. Og det er jo min oppgave å prøve å få til.*

I tillegg til å forsøke å skape gylne øyeblikk, blir det også viktig å motivere til musikktilbud etter utskrivning for å skape en vei videre. Denne motivasjonen for gylne øyeblikk kan bidra til å fremme håp:

*3: Nå er de her veldig kort, så nå opplever jeg at jobben min handler litt mer om disse øyeblikkene og eventuelt på å skaffe dem tilbud utenfor.*

Følelser som glede, håp og mestring er ikke følelser som terapeuten kan tvinge fram hos pasienten. Men ved å forsøke å skape disse gylne øyeblikkene kan det gi muligheter:

*4: Man kan jo ikke tvinge sånne ting fram. Det må komme innenfra. Og det tror jeg musikken kan gi i seg selv, og det tror jeg også en relasjon med en musikkterapeut og disse gylne øyeblikkene kan gi. [...] En god relasjon i kombinasjon med musikken.*

### 5.5.2. Musikk som et pusterom

Det at musikken kan være et pusterom der sykdommen viker et lite øyeblikk har flere av informantene pratet om. Mange pasienter innen psykisk helsevern mangler nettopp denne følelsen av at man kan bli frisk, og en slik opplevelse av et håp om å bli frisk blir betydningsfull:

*2: I hvert fall det den pasienten der beskriver så tydelig, da, er akkurat de øyeblikkene. [...] Vi har sånne øyeblikk av friskhet, [...] øyeblikk at du liksom ikke bare er syk, ikke bare er dysfunksjonell, og at de tar det med seg [...] som en del av håpet.*



Ofte kan det være vanskelig for denne målgruppen å fokusere på noe. Her kan musikalske aktiviteter bidra til at pasientene mestrer å samle seg rundt noe, og de kan oppleve noe annet enn sykdom og tankekjør:

*4: De kan enten ha et voldsomt tankekjør eller være veldig manisk, men plutselig så har tiden gått og så har de på en måte vært i noe musikalsk lenge, da. [Det er] en fin ting musikken kan gjøre, da. Så er det jo veldig mange som snakker om musikk som en pause fra ting, da. En pause fra sykdom eller en pause fra livet, tankekjør..*

Opplevelser av friskhet og pause fra sykdommen kan gi håp om at det er mulig for pasienten å bli frisk. En av informantene delte erfaringer fra en pasient som beskrev sin psykiske lidelse som overskyet vær, og det ene kvarteret av friskhet og vitalitet som blå himmel:

*2: Det varte ikke så lenge, sa hun. Det varte kanskje et kvarter eller noe sånt, så begynte det å skye over igjen. Men akkurat det kvarteret som hun hadde der hun følte seg helt frisk, det tok hun med seg videre i livet og terapiforløpet. [...] [Det] at musikken er så sterk relasjonelt og det [å] føle vitalitet og føle seg levende, det skaper sånne øyeblikk som du kan ta med deg og som blir sjelsettende for resten av livet.*

## 6. DRØFTING

I dette kapitlet drøftes kategoriene som ble presentert i kapittel 5 Resultater i lys av utvalgt litteratur og teorier. Kategoriene er delt inn i fem grupper med overskriftene: *Håp som tema i musikkterapi, mål, fokus på ressurser, relasjoner, og glede og vitalitet.*

### 6.1. Håp som tema i musikkterapi

Med et så åpent begrep som håp ønsker jeg å drøfte hvilken plass håp har i musikkterapi innen psykisk helsevern, og hvordan temaet fungerer som konkret eller underliggende tema i en musikkterapeutisk praksis. Som vi så i resultatdelen knytter musikkterapeutenes bevissthet rundt temaet til det å *bære håpet for pasienten og håp, forhåpninger og drømmer.* Utvalgt litteratur har vist en variasjon i enigheten rundt hva begrepet håp egentlig innebærer og hvordan det å fremme håp kan forebygge for eksempel selvmord, som er et aktuelt tema for mennesker med alvorlige psykiske lidelser (Herrestad, 2009). Håp ses på som en viktig terapeutisk faktor både hos informantene og i litteraturen (Herrestad & Biong, 2011; Schrank et.al., 2008). Det finnes derimot ingen klar enighet om hvordan man jobber håpsfremmende i praksis. Denne oppgaven søker å finne svar på akkurat dette, hvilken rolle håp egentlig har og hvordan en musikkterapeut kan jobbe håpsfremmende med sine verktøy.

Mine informanter sier at det å jobbe med et håpsorientert fokus ligger sentralt i musikkterapeuters arbeid, og kanskje særlig innen psykisk helsevern. I arbeid med selvmordsproblematikk er det avgjørende å motivere til aktiviteter som gir glede og mening, og skape ønske om å møte opp til neste time. Informantene sier at dette fokuset ligger som et grunnlag i alt musikkterapeuten gjør. Selv om håp virker å være svært viktig i arbeid med mennesker med psykiske lidelser, er det ikke noe informantene nødvendigvis jobber eksplisitt med. Håp er et begrep som mange innen målgruppen kan synes er stort og diffust, selv om begrepet er noe alle har et forhold til. Informantene presenterer at da kan utforskning av håp gjennom musikalske aktiviteter gjøre begrepet mer konkret og mer relatert til pasientens hverdag. For eksempel er det å lage spillelister med sanger som fremmer håpefullhet en metode en kan benytte. Heiderscheit og Madson (2015) bruker også eksempelet om «skreddersydde» spillelister for å utforske temaer som håpefullhet og optimisme. Mens sistnevnte lager

spillelistene i stor grad *for* pasienten, sier mine resultater at informantene lager spillelistene *sammen* med pasienten. Her trekker jeg inn empowerment-tankegangen for å understreke pasientenes medbestemmelse med tanke på at de selv er delaktige i å lage spillelistene.

Om håp egner seg som et konkret eller underliggende tema i arbeid med mennesker med psykiske lidelser finnes det ulike meninger om. Mine informanter og mye av litteraturen understreker konkret viktigheten av fokuset på håp i musikkterapi for å oppnå bedre helse og livskvalitet (Gardstrom et.al., 2017; Heiderscheit & Madson, 2015; MacDonald, 2015; Ruud, 2005). Ut fra min empiri så jeg at håp er et begrep som er greit å bruke varsomt. Ofte er det noe som ligger som et grunnleggende fundament, og som ikke nødvendigvis brukes eksplisitt i musikkterapitimene. Gjennom andre fokus, oppgaver og temaer kan håp være mer et underliggende tema. Blant den utvalgte litteraturen fant jeg få studier knyttet til om håp egner seg best som et underliggende fokus eller som et konkret tema. Ut fra den humanistiske tankegangen, som gjerne kjennetegner norsk musikkterapi, kan pasienten selv bringe opp de temaene som oppleves aktuelle (Ruud, 2008). Med en slik tankegang ville nok ikke et så stort tema som håp dukket opp med mindre pasienten selv hadde uttrykt interesse for det. Som en av mine informanter trakk med i denne sammenhengen, så er det mulig å presentere slike temaer for pasienter man *tror* kan være klar for det, og deretter se hvordan det tas imot.

Et gjennomgående tema når mine informanter snakker om håp innen psykisk helsevern er det å bære håpet for pasienten. Å bære håpet handler om å støtte pasientene og ha tro på at de oppnår de målene de jobber mot, selv om pasienten ikke klarer å ha tro på det selv. Å tvinge håpet fram hos pasienten fungerer dårlig, og det er heller viktigere å være en trygghet og støtte til pasienten klarer å håpe selv. Cullberg (1977) understreker at dette med å bære håpet for pasienten, eller ha en støttende og håpefull holdning, er noe av det viktigste en terapeut kan gjøre i møte med mennesker i krise. Det handler om å være et stabiliserende element og en støtte, og det betyr ikke at pasientens krise blir bagatellisert (Cullberg, 1977:143–144). Det understrekes også i den ressursorienterte tilnærmingen, at selv om fokuset ligger på pasientens ressurser og sterke sider, betyr ikke det at utfordringer og sykdom blir oversett (Rolvjord, 2008). Mine informanter var

klare på at det å bære håpet for pasienten krever mye, og dette støttes av Herrestad og Biong (2011) som legger vekt på det å ta seg god tid og ha tålmodighet for å la håpet spire hos pasienten.

## 6.2. Mål

Som vist i resultatdelen er det vanlig i håpsorientert arbeid å jobbe mot et mål. Informantene sier at det handler om evnen til planlegging, se positivt på egen framtid og ha noe å glede seg til. Som musikkterapeut er det viktig å tilrettelegge et musikkterapiforløp som gjør at pasienten ønsker å komme tilbake neste time og føler en kontinuitet. For å oppnå dette sier informantene at fokus på *tro* og *motivasjon* er nødvendig.

Det ser ut til at informantene mine stort sett er enige i at det er viktig å jobbe målrettet for å fremme håp, enten det er snakk om å bruke musikk som et middel for å nå målet eller bruke musikken som et mål i seg selv. De sier at det å jobbe mot et mål handler om å *lengte* etter en ønsket tilstand, og jobbe mot noe som gir mot til å gå i en positiv retning i bedringsprosessen. Dette kan minne om Snyders (2002) håpsteori der han fremhever *agency thinking*. Denne komponenten i Snyders håpsteori dreier seg om motivasjon, og nærmere bestemt en motiverende tankegang i retning ønsket mål. Tankegangen handler om å tenke at en har kapasitet til å handle mot det satte målet, og at en klarer å motivere seg selv til å handle mot målet. Tankegangen er spesielt viktig for å klare å opprettholde den motiverende innstillingen når hindringer og utfordringer dukker opp. Her er det snakk om motiverende og oppmuntrende innstillinger, som for eksempel «Jeg lar meg ikke stoppe på min vei» eller «Dette kan jeg få til!» (Snyder, 2002:258). Denne tankegangen trekker linjer til det Deegan (1988) skriver om *vilje* og håp. Hun legger fram at mennesker med håp har vilje og motivasjon til å handle mot målet, mens mennesker med lite håp har også liten vilje til å handle. På denne måten kan *agency thinking* og vilje til å handle være koblet til motivasjon og tro på seg selv, sett i lys av mine resultater. Derimot var det kun to av mine informanter som spesifikt nevnte og utdypet noe der de konkret brukte ordet motivasjon.

Selve målet må i utgangspunktet være oppnåelig, men håp spiller inn når det er usikkert om det er oppnåelig (Snyder, 2002). Her blir det naturlig å trekke fram spørsmålet om

hvilke mål som er hensiktsmessige å sette i et terapiforløp. Noen av mine informanter trakk fram problemstillingen om det er hensiktsmessig å sette som mål at pasienten en dag skal bli en stor, kjent artist hvis det er pasientens store drøm og forhåpning til musikkterapiforløpet. Dette kan ses i sammenheng med recovery-perspektivet, der selve målet ikke er alt, men der prosessen og veien mot målet spiller størst rolle (Anthony, 1993; Solli, 2012). Anthony (1993) forteller at i en recovery-prosess er man i en prosess der en endrer blant annet holdninger, verdier, følelser og mål. Han skriver også at en suksessfull recovery<sup>8</sup>-prosess innebærer at pasienten ikke lenger har hovedfokus på sitt liv og sykdom, men at fokuset går mer over i andre interesser og aktiviteter (Anthony, 1993:527). Sett i lys av mine resultater kan dette gi tanker om at pasienten etter hvert vil endre holdninger og verdier til selve musikken, og se at andre samhandlinger i musikkterapi også kan gi andre gevinster. Dette legger den ene informanten fint fram: «Å ikke knuse forholdet [deres] til det, men at det er mange måter å ha en relasjon til musikk på, pleie musikk på, som ikke handler om å bli en stjerne, da». Anerkjennelse og respekt for pasientens store drømmer i tillegg til fokus på her-og-nå og mindre mål fra time til time tolker jeg altså som viktige prinsipper i denne sammenheng.

Mye av litteraturen omtaler håp som noe som hovedsakelig omhandler framtiden (Fremstedal, 2008; Hefferon & Boniwell, 2011; Herrestad, 2009; Schrank et.al., 2011; Snyder, et.al., 1991; Snyder, et.al., 2002). Samtidig sier min empiri at fokus på her-og-nå<sup>9</sup>, tilstedeværelse og aksept for hvordan livet er akkurat nå, har mye å si for hvordan en ser på framtiden og håpet. Med et trygt rom der pasienten føler seg møtt, sett og akseptert vil det legge grunnlag som videre fører til håp og drømmer om framtiden og ønskede mål. Dette kan minne om det *generelle* håpet, som Kierkegaard og Kant presenterer (Fremstedal, 2008). Dette håpet fokuserer ikke like mye på spesifikke mål, men handler om generell tro på framtiden og håp om lykke eller salighet. Kierkegaard understreker at her er et kristent grunnlag vesentlig og at dette er snakk om himmelsk håp eller tro på evigheten (Fremstedal, 2008). Blant mine funn var det to informanter som nevnte spirituell eller religiøs tro som noe knyttet til håp. Her handler det om å ha håp om hjelp fra noe større enn seg selv, som for noen kan være en gud.

---

<sup>8</sup> Recovery-begrepet kommer jeg tilbake til i avsnitt 6.4. Fokus på ressurser

<sup>9</sup> Her-og-nå diskuteres også nærmere i avsnitt 6.5. Glede og vitalitet

Selv om noen av mine informanter nevner den religiøse og spirituelle troen, virker ikke dette å være så stor del av håp ifølge mine resultater og den utvalgte litteraturen. I denne sammenhengen handler tro i størst grad om å tro og tenke at man kan få til endring, og nå en ønsket tilstand. Det kan også henge sammen med fokus på ressurser ettersom tro også handler om å tro på egne positive sider og ressurser (MacDonald, 2015; Silverman, 2019).

Mens det er viktig å tro på og styrke pasientens sterke sider, uttrykker mine informanter at det på en annen side også er viktig å skape tro på at selve behandlingen kan hjelpe. Mange av pasientenes forventning er ofte å kunne bli frisk fra psykiske lidelser, og da kan det være viktig å kunne vise til forskning eller vise profesjonalitet og betrygge pasienten med at behandlingen hjelper mange i lignende situasjoner. Gardstrom et.al. (2017) beskriver at når håpet er tilstede er det lettere for pasientene å tro at behandlingen kan fungere. Som følge av dette fremmes motivasjon, inspirasjon og tro. Det skapes tillit ved at terapeuten viser at de kjenner sitt fagfelt og har god kompetanse til å kunne gjøre pasienten frisk. Pasienten vil da håpe og tro at det finnes noen som vet hva de gjør og snakker om, og kan føle seg tryggere i relasjonen (Herrestad & Biong, 2011).

### **6.3. Fokus på ressurser**

Som vist i resultatdelen er fokus på ressurser et viktig fokus hos mennesker med psykiske lidelser i en håpsorientert tilnærming. Dette handler om å være nysgjerrig på mennesket bak sykdommer og lidelser, og motivere pasientene til å bruke deres sterke sider. Ut fra mine funn er underkategoriene til et ressursorientert fokus *mestring og meningsfulle aktiviteter*.

Min empiri viser at det å jobbe ressursorientert som musikkterapeut innen psykisk helsevern kan handle om å vise resten av behandlingsteamet hvilke positive og styrkende sider pasienten har som kan være utfordrende å observere i andre behandlingsformer. Å kunne trekke fram disse positive sidene hos pasienten kan gi behandlingsteamet et mer helhetlig bilde av pasientene, ettersom en trekker fram andre sider enn sykdommen de bærer på. Her trekkes en klar linje til Antonovskys (1996) begrep salutogenese, som baserer seg på å ikke bare se «problemene» og «feilene», men

se på hva som fremmer bedre helse. Som det sies av en informant er det likevel viktig å anerkjenne pasientenes psykiske lidelser og utfordringer. Dette kan vise at en tilnærming som både anerkjenner at pasienten har utfordringer og trenger hjelp, men som også søker ressurser hos pasienten leder til håp. Rolvsjord (2008) poengterer at å fokusere på ressurser ikke bare handler om å forebygge sykdom, men det innebærer også å bygge evnen til å mestre og takle motgang og utfordringer. Denne tankegangen finner vi også innen den salutogenetiske helseforståelsen (Antonovsky, 1996; Rolvsjord, 2008) og den positive psykologiens grunntanke (Hefferon & Boniwell, 2011). Litteraturen trekker fram viktigheten av å opparbeide denne motstandskraften og hardførheten, og dette trekker linjer til det mine informanter sier om mestring. Temaet har derimot ikke stor plass i intervjuene, og det var bare to informanter som pratet kort om mestring. I tillegg til å opparbeide motstandskraft og hardførhet forteller informant 3 om viktigheten av at pasienten er med på å trekke fram det hun selv synes hun mestrer. Dette eksempelet har likhetstrekk til empowerment-filosofien som oppmuntrer til pasientens makt i eget liv.

Sterkt knyttet til håp er begrepet recovery. En informant sier at begrepet handler om å se at en kan leve et meningsfullt liv selv om en lever med en psykisk lidelse, og at pasienten selv bestemmer i egen bedringsprosess. Mens bare én av informantene betydelig nevnte recovery-perspektivet, understreker noe av den utvalgte litteraturen perspektivets sentrale rolle innenfor håpsorientert praksis (Deegan, 1988; Gardstrom et.al., 2017; Jackson, 2015; Jacob, 2015; Schrank et.al., 2008; Schrank et.al., 2011; Slade et.al., 2012; Solli, 2012).

Det at håp og optimisme er en av punktene i akronymet CHIME viser at begrepet håp har en sentral rolle innen psykisk helse for å fremme personlig recovery (Slade et.al., 2012). Med utgangspunkt i mine funn og rammeverket CHIME ser vi at recovery og håp tydelig henger sammen. Denne drøftingen i sin helhet handler om *håp og optimisme*, den andre bokstaven i akronymet. *Connectedness* kobler jeg til relasjoner og det støttende apparatet pasienten trenger. For å fremme håp trenger altså pasienten trygge terapeutiske relasjoner der tilstedeværelse og aksept blir lagt vekt på. En musikkterapeutisk relasjon kan innebære å være sammen på en annen måte enn pasientene ellers opplever. *Identitet* kobler jeg til det informantene sier om det å finne

tilbake til den personen pasienten var før hun/han ble syk, eller at de i musikkterapi finner ressurser og positive, friske sider. De bygger en identitet som ikke er preget av psykiske lidelser. *Mening i livet* knytter jeg til det å finne aktiviteter som oppleves meningsfulle og som gir følelse av glede og vitalitet. Det å finne noe en interesserer seg for og har lyst til å holde på med, forteller informantene mine og litteraturen at fører til mening (Illya, 2011). *Empowerment* knyttes til det at pasientene selv har makt og medbestemmelse i egen bedringsprosess, og å finne de styrkene og ressursene de bærer på. Det at musikkterapi for eksempel er frivillig er ifølge mine funn helt sentralt i pasientens opplevelse av medbestemmelse i prosessen.

Som beskrevet i resultatdelen handler det å jobbe ressursorientert også om å legge til rette for at pasientene opplever mestring. Det er musikkterapeutens oppgave å tilrettelegge og tilpasse nivå, sånn at pasienten kan kjenne på mestringsfølelse og får lyst til å komme tilbake. Mestring ligger sentralt i en terapeuts oppgave innenfor den humanistiske tilnærmingen, og knyttes til håp fordi erfaringer med opplevelser av mestring er med på å øke selvtillit og troen på seg selv i møte med utfordringer (Ruud, 2008).

## 6.4. Relasjoner

Musikkterapeutene i denne studien sier at *relasjoner* knyttes sterkt til temaet håp i musikkterapi innen psykisk helsevern. Informantene understreker viktigheten av å danne trygge relasjoner mellom pasient og musikkterapeut, og at relasjonen til en musikkterapeut på flere måter kan oppleves annerledes enn relasjonen til andre i behandlingsteamet. Relasjonen til en musikkterapeut henger sammen med å tilby pasienten *en annen måte å være sammen på, og tilstedeværelse og aksept*.

Grunnleggende i mennesker ligger behovet for relasjoner og en gruppetilhørighet (Kjølstad, 2004). Musikkterapi tilbyr i stor grad å være sammen på en måte der man deler og skaper følelser og opplevelser sammen, som igjen støttes av det Stern (2002) skriver om at dette er grunnlaget for å utvikle andre relasjoner i livet. Mine informanter forteller videre at mellom pasient og musikkterapeut skapes en relasjon basert på musikalske samhandlinger og intersubjektive møter. Relasjonen som skapes i musikkterapi vil være noe annerledes enn en relasjon som skapes i andre



behandlingsformer, sier mine resultater. Min empiri tyder på at dette blant annet er fordi pasientens relasjon til musikk er sentral, musikkterapi er frivillig i motsetning til de fleste behandlingsformene innen psykisk helsevern, pasient og terapeut oppleves i større grad som to likeverdige mennesker gjennom musikalske samhandlinger, og intersubjektive møter oppstår i større grad. På denne måten kan man si at en musikkterapeut tilbyr en annen måte å være sammen på som kan lede mot en følelse av håp hos pasienten. Det betyr imidlertid ikke at musikkterapi har en «viktigere» rolle enn andre behandlingsformer, men at musikkterapi er et supplerende tilbud som kan bidra til et mer helhetlig bilde av pasienten gjennom et salutogenetisk perspektiv (Antonovsky, 1996).

Informantenes uttalelser om relasjonen og hvilke fokus som er viktige for å jobbe håpsorientert, kan trekkes til Herrestad og Biongs (2011) tre kategorier for å fremme håp. Det å komme i posisjon til pasienten kan knyttes til det informantene kaller trygghet, tilstedeværelse og aksept. Denne kategorien handler om å skape trygghet og tillit, inntoning og å starte der pasienten er. For å klare å starte der pasienten er eller «åpne egne sanser» må man kunne legge egne idéer og forestillinger om hva de trenger til side. Før en kan legge mål og planer, og prate om drømmer og forhåpninger, må en først akseptere hvor pasienten er her og nå. Den andre kategorien til Herrestad og Biong (2011) handler om å sette pasienten i bevegelse. Dette kobler jeg til det mine informanter sier om mål, om hvordan man legger planer og høydepunkter å se fram til, altså sette en i bevegelse. I musikkterapi inneholder dette å planlegge neste time eller jobbe mot større mål, som å lage og spille inn låter og øve mot en konsert. I den tredje kategorien som handler om å støtte og opprettholde pasientens bevegelse, trekker jeg inn informantens utsagn om mål og relasjoner. Dette handler om å motivere og opprettholde troen på at de kan oppnå det de ønsker. Ut fra dette kan en stille spørsmål om en aksept for hvordan livet er her og nå bør komme før det å planlegge og drømme om framtiden for å fremme håp.

Gjennomgående i mine funn ligger dette med tilstedeværelse og aksept før en tenker på drømmer og ønsker for framtiden. Å møte pasientene der de er og fokusere på det som skjer her og nå står sentralt i hvordan en musikkterapeut møter pasienten. Dette henger sammen med den psykodynamiske tilnærmingen hvor man tar utgangspunkt i de

utfordringene og konfliktene som dukker opp her og nå (Eyre, 2013). Denne tilnærmingen støttes også av Cullberg (1977) og hans syn på hvordan et menneske i psykisk krise trenger å bli møtt. Han understreker at det finnes flere mentale steg å gå, som å etablere en aksept for livet nå, før en konkret begynner å handle med mestringsfølelse som mål. Dette poengteres også i Herrestad og Biongs (2011) funn, der det å komme i posisjon og skape tillit hos pasienten er et viktig steg før en skaper bevegelse mot satte mål. På en annen side sier ikke Snyders (2002) håpsteori like mye om tilstedeværelse og aksept, men har et større fokus på at mennesket er målrettede skapninger. Det viktigste er å finne en vei mot og skape tro på at en kan nå ønskede mål og drømmer i framtiden. På denne måten er Snyders håpsteori i større grad framtidsrettet og målrettet enn Cullbergs og Herrestad og Biongs tilnærming til mennesker i krise.

## 6.5. Glede og vitalitet

Musikkterapi tilbyr muligheten til å gjøre noe pasienten synes er gøy, en mulighet til pause fra sykdom, og en mulighet til å søke etter en frisk versjon av seg selv, forteller mine informanter. Sterkt knyttet til å oppnå glede og vitalitet i musikkterapi er å skape *gylne øyeblikk*, og at musikken her kan bli brukt som et *pusterom*.

Øyeblikk der pasientene kjenner på en følelse av at de kan bli friske er viktige i en bedringsprosess, ifølge mine informanter. Disse øyeblikkene kan omtales som gylne øyeblikk, eller pusterom og pause fra sykdommen, og forstås som rent positive i motsetning til Trondalens (2004) signifikante øyeblikk, som ikke nødvendigvis behøver å være utelukkende positive. På en annen side legger hun fram at øyeblikk som gir opplevelse av frihet kan gi håp om et annet liv enn bare tankekjør, og håp om bedre livskvalitet. Pasienter innen psykisk helsevern mangler ofte disse positive øyeblikkene eller pausene som gir dem en følelse av friskhet. Her velger jeg å trekke inn den ressursorienterte tilnærmingen, som fokuserer på det friske i mennesket og mennesket bak sykdommen (Rolvsvjord, 2008).

Sammen med en ressursorientert tilnærming er særlig dette med her-og-nå relevant for disse gylne øyeblikkene, og er et gjennomgående tema i alle mine kategorier for hvilken rolle håp kan ha i musikkterapi. Mens Yalom (2009) trekker fram relasjonen som et

viktig grunnlag for her-og-nå-øyeblikk, forteller mine informanter at selve musikken, rytmisk musikk, også kan bidra til sterk opplevelse av å være tilstede her-og-nå. I tillegg kan den rytmiske musikken vitalisere på den måten at sykdommen trer til side i dette øyeblikket.

Dette kan igjen trekke linjer til teorier om *flow*, der rytmisk musikk kan lede til flyt-opplevelser. Nilsen (2010) beskriver disse opplevelsene som bevissthetstilstander som gjør at vi mister fokus på tid og ikke minst vår konstante selvevaluering som sosiale aktører (Nilsen, 2010:56). Sistnevnte er spesielt relevant for det mine informanter sier om at pasientene får pause fra sykdommen og tankekjør. Det kan altså tenkes at de i små øyeblikk går ut av den konstante selvevalueringen og opplever en annen side av seg selv som oppleves mye mer positivt og friskt. Nilsen (2010) poengterer også at opplevelsen av *flow* kommer av utfordringer og at aktiviteten som gjøres krever en viss konsentrasjon og innsats som gjør at selvevalueringen rett og slett ikke får plass i bevisstheten. Dette kan forklare hvorfor akkurat rytmisk musikk leder til de gylne øyeblikkene eller opplevelser av flyt, siden det krever en viss konsentrasjon og innsats som igjen kan lede til mestring. Mens Nilsen (2010) tydelig trekker fram her-og-nå og *flow* som essensielt, beskriver Ansdell (2014) hvordan musikk i sterk grad påvirker følelsen av tid uten å spesifikt trekke inn opplevelsen av her-og-nå. Sistnevnte beskriver musikk og tidsfølelse uten å konkret gå inn på gylne øyeblikk, men fokuserer heller på at musikk kan være med å gi en annen forståelse av fortiden, nåtiden og framtiden ved å erfare ulike nyanser av tid gjennom musikk (Ansdell, 2014:276). Eyre (2013) understreker også at sammensettingen av rytme, tid, musikk og følelser kan være med på å snu tanker og følelser til en positiv retning. Dette med likhet til Nilsens (2010) forståelse av *flow* der musikken krever en konsentrasjon som utfordrer destruktive tanker og følelser (Eyre, 2013).

Ruud (2005) snakker også om musikk og vitalitet uten å legge vekt på her-og-nå, men heller det at musikk er med på å gi en følelse av tilhørighet, mening og sammenheng i livet, og på denne måten kan man si at musikk er en kilde til å styrke vitalitet (Ruud, 2005:40). Ved lytting til musikk kan det handle om å finne musikk som pasientene forbinder med gode minner, glede og en del av seg selv de liker og ønsker å finne tilbake til. Denne siden av vitalitet kobles til musikkopplevelser og identitet. Disse

musikkopplevelsene gir oss en opplevelse av tilhørighet og kontinuitet (Ruud, 2005:40). Mens Ruud vektlegger identitet, ser ikke dette ut som et like sentralt tema som legges vekt på i en håpsorientert praksis, ifølge mine informanter.

Sett i lys av mine resultater ser jeg altså at teorier om her-og-nå og *flow* er relevante for å forstå hvordan gyldne øyeblikk oppstår og hvordan dette kan lede til glede og vitalitet hos pasienten.

## 7. OPPSUMMERING OG AVSLUTTENDE ORD

### 7.1. Oppsummering

I denne studien har jeg gjennom kvalitative semistrukturerte intervjuer med fire musikkterapeuter utforsket temaet håp i musikkterapi innen psykisk helsevern. Jeg har søkt svar på følgende problemstilling: *Hvilken rolle kan håp ha i musikkterapeuters arbeid innen psykisk helsevern?* Ved bruk av tematisk analyse og en induktiv tilnærming til datamaterialet kom jeg fram til tolv underkategorier knyttet til fem hovedkategorier: Håp som tema i musikkterapi (med underkategoriene *håp som konkret eller underliggende tema, å bære håpet for pasienten og håp, forhåpninger og drømmer*), mål (*tro og motivasjon*), fokus på ressurser (*mestring og meningsfulle aktiviteter*), relasjoner (*en annen måte å være sammen på og tilstedeværelse og aksept*) og glede og vitalitet (*gyldne øyeblikk og musikk som et pusterom*). Dette var kategoriene jeg tok utgangspunkt i for å drøfte problemstillingen i lys av litteratur med hovedvekt på musikkterapi, salutogenetisk helseforståelse og positiv psykologi.

Det er stor enighet blant mine informanter om at temaet er viktig å sette fokus på i helsefremmende arbeid. Gjennomgående sier de at håp er noe som ligger til grunnen for alt det en musikkterapeut gjør. Noe mindre enighet er det om håp fungerer best som et eksplisitt eller implisitt tema i arbeid med pasienter i psykisk helsevern. Med utgangspunkt i en humanistisk tankegang som konsentrerer seg om hvilke temaer som oppleves aktuelle for pasienten (Ruud, 2008), kan det tenkes at et eksplisitt fokus på temaet håp burde brukes varsomt og kan være hensiktsmessig først når pasienten selv viser interesse for det. Temaet kan derfor tenkes å i størst grad være et underliggende fokus som ligger i musikkterapeutenes arbeid. Her kommer mine fire neste temaer inn: Ut fra mine funn kan særlig fokus på mål, ressurser, relasjoner, og glede og vitalitet betegnes som en håpsorientert musikkterapeutisk praksis.

Disse fokusene innebærer for eksempel å skape en tro på og motivasjon om at pasientene kan nå de målene de ønsker å oppnå. De innebærer å legge til rette for mestring og at pasientene opplever meningsfulle aktiviteter gjennom fokus på deres sterke sider og ressurser. Relasjonen spiller en sentral rolle ved at musikkterapeuten kan tilby pasienten en annen måte å være sammen på, og møte og akseptere pasientene

der de er. Til slutt fant jeg at glede og vitalitet er sentralt i å jobbe håpsorientert ved at det kan skape gylne øyeblikk og pusterom fra sykdommen. Et hovedtrekk ved mine funn er sammenhengen mellom det å være tilstede og akseptere nåtiden, men samtidig tillate seg å drømme og jobbe mot mål og ønsker i framtiden. Håp er i sterk grad knyttet til tid, men ses hovedsakelig som noe framtidrettet (Herrestad, 2009; Snyder et.al., 2002). Situasjonen her og nå ser derimot også ut til å være viktig, ifølge mine funn.

## **7.2. Kritiske refleksjoner**

Det finnes flere retninger jeg kunne gått med denne oppgaven framfor mitt valg av metode og min avgrensning til denne studien. Som følge av mine valg har jeg for eksempel ikke fått selve brukernes meninger og opplevelse av håp i musikkterapi. Med dette fokuset hadde jeg kanskje fått andre resultater når det gjelder hvilken rolle håp har og hva som fungerer som håpsfremmende for pasientene. Det er ikke usannsynlig at pasientene har andre tanker rundt temaet enn det musikkterapeuten eller andre behandlere har. Brukerperspektivet skal ikke undervurderes, og i en oppfølgingsstudie ville jeg sørget for å inkludere pasientenes erfaringer og refleksjoner.

Jeg kunne også gått til motsatsen av tematikken og undersøkt håpløshet ettersom det er nettopp dette målgruppen ofte opplever (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Her hadde det vært verdifullt å undersøke hvordan musikkterapeuter møter og jobber med mennesker som opplever håpløshet.

## **7.3. Veien videre**

Mitt engasjement for temaet håp i seg selv ble, om mulig, enda større av å gjøre denne studien. Tanken om å utforske temaet også hos andre målgrupper virker for meg svært spennende. Bortsett fra psykisk helsevern dukket eksempelvis håp i musikkterapi med kreftpasienter opp som mange treff i mine litteratursøk. Jeg kan se for meg at temaet hos kreftpasienter kanskje vil belyse temaet fra andre vinklinger. Vil begrepet innebære noe annet for et menneske med en kreftdiagnose enn for et menneske med psykiske lidelser? Hva betyr håp for mennesker med ulike utfordringer, hva har de ulike målgruppene håp om, og hvordan kan musikkterapeuter bruke dette fokuset i sin praksis? Dette er noen av spørsmålene jeg håper videre forskning kan svare på.

# Litteraturliste

Alvesson, M. & Sköldberg, K. (2000). *Reflexive Methodology: New Vistas for Qualitative Research*. London: Sage Publishers.

Ansdell, G. (2014). *How music helps in music therapy and everyday life*. New York: Ashgate Publishing.

Anthony, W.A. (1993). Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. Hentet 26. mai 2020 fra [https://recoverydevon.co.uk/wp-content/uploads/2010/01/Recovery\\_from\\_Mental\\_Illness\\_Anthony\\_1993.pdf](https://recoverydevon.co.uk/wp-content/uploads/2010/01/Recovery_from_Mental_Illness_Anthony_1993.pdf)

Antonovsky, A. (1996). The salutogenetic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18. Hentet 19. mai 2020 fra <https://academic.oup.com/heapro/article/11/1/11/582748>

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa

Cullberg, J. (1977). *Mennesker i krise og utvikling*. Oslo: Aschehoug.

Dahler-Larsen, P. (2007). Kvalitativ metode: status og problemer. *Politica*, 3(39), 317–334.

De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene. (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, jus og teologi*. Hentet 19. mars 2020 fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>

Deegan, P.E. (1988). Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(9), 11–19.

- Eyre, L. (red.). (2013). *Guidelines for music therapy practice in mental health*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Psykiske lidelser hos voksne*. Hentet 22. april 2020 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Hentet 23. april 2020 fra [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk\\_helse\\_i\\_norge2018.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf)
- Folkehelseinstituttet. (2020). *Selv mord i Norge*. Hentet 23. mai 2020 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/selv-mord-i-norge/?term=&h=1>
- Fremstedal, R. (2008). Håp belyst ut fra Kant og Kierkegaard. *Omsorg*, (3), 29–32.
- Gardstrom, S.C., Klemm, A., Murphy, K.M. (2017). Women's perceptions of the usefulness of group music therapy in addictions recovery. *Nordic Journal of Music Therapy* 26(4), 338–358. DOI: 10.1080/08098131.2016.1239649
- Hefferon, K., & Boniwell, I. (2011). *Positive Psychology: Theory, Research and Applications*. Maidenhead, Berkshire, England: McGraw-Hill Education.
- Heiderscheit, A. & Madson, A. (2015). Use of the Iso Principle as a Central Method in Mood Management: A Music Psychotherapy Clinical Case Study. *Music Therapy Perspectives*, 33(1), 45–52. DOI: doi:10.1093/mtp/miu042
- Helsedirektoratet. (2018). *Tjenester i psykisk helsevern og TSB 2014–2018: Samdata spesialisthelsetjenesten*. (Rapport IS-2850). Hentet 22. april 2020 fra [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)
- Herrestad, H. (2009). Om begrepet håp. *Suicidologi*, 14 (1), 16–20. Hentet fra <https://www.journals.uio.no/index.php/suicidologi/article/view/1982/1843>.



- Herrestad, H. & Biong, S. (2011). Inspirere og tilrettelegge for å skape bevegelser i fastlåste situasjoner: Om håpefull praksis i et ambulant akuttpsykiatrisk team. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(2), 109–119.
- Illya, Y.A. (2011). Singing for healing and hope: Music Therapy methods that use the voice with individuals who are homeless and mentally ill. *Music Therapy Perspectives*, 29, 14–22.
- Jackson, N.A. (2015). Music Therapy and Chronic Mental Illness: Overcoming the Silent Symptoms. *Music Therapy Perspectives*, 33(2), 90–96.  
DOI: 10.1093/mtp/miv017
- Jacob, K.S. (2015). Recovery model of mental illness: A complementary approach to psychiatric care. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 37(2), 117–119.  
DOI: 10.4103/0253-7176.155605.
- Kjølstad, H. (2004). *Gruppeterapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2018). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- MacDonald, S. (2015). Client Experiences in Music Therapy in the Psychiatric Inpatient Milieu. *Music Therapy Perspectives*, 33(2), 108–117. DOI: 10.1093/mtp/miv019
- Malterud, K. (2019). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4. utgave) Oslo: Universitetsforlaget.
- Nebelung, I. & Stensæth, K. (2018). Humanistic music therapy in the child welfare: Reflections on the label 'humanistic music therapy' and its correlation with the visions of the leaders of a new child welfare institution for adolescents. *Voices: A world forum for music therapy*, 18(4), 1–19.  
DOI: <https://doi.org/10.15845/voices.v18i4.2590>

- Nilsen, G.B. (2010). *Musikkterapi og flow*. (Mastergradsavhandling). Norges Musikkhøgskole, Oslo.
- Rolvjord, R. (2008). En ressursorientert musikkterapi. I Trondalen, G. & Ruud, E. (red.), *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi*. (s. 123–137). Oslo: Unipub AS.
- Ruud, E. (1990). *Musikk som kommunikasjon og samhandling: teoretiske perspektiv på musikkterapien*. Oslo: Solum Forlag.
- Ruud, E. (2005). *Varme øyeblikk: Om musikk, helse og livskvalitet*. Oslo: Unipub forlag.
- Ruud, E. (2008). Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi. I Trondalen, G. & Ruud, E. (red.), *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi*. (s. 5–28). Oslo: Unipub AS.
- Ruud, E. (2017). *Musikk og identitet* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Schrank, B., Stanghellini, G. & Slade, M. (2008). Hope in psychiatry: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 421–433.  
DOI: 10.1111/j.1600-0447.2008.01271.x
- Schrank, B., Bird, V., Rudnick, A. & Slade, M. (2011). Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: Systematic search and narrative review. *Social Science & Medicine*, 74(2012), 554–564.  
DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.11.008
- Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, M. (2014). Positive Psychology: An Introduction. I Csikszentmihalyi, M. (red.), *Flow and the Foundations of Positive Psychology*, (s. 279–296). Claremont, USA: Springer.
- Silverman, M.J. (2019). Music Therapy and Therapeutic Alliance in Adult Mental Health: A Qualitative Investigation. *Journal of Music Therapy*, 56(1), 90–116.

DOI: 10.1093/jmt/thy019

Slade, M., Williams, J., Bird, V., Leamy, M. & Boutillier, C. (2012). Recovery grows up. *Journal of Mental Health, 21*(2), s. 99–104. DOI: 10.3109/09638237.2012.670888

Smith, J.A., Flowers, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. London: Sage Publications Ltd.

Snyder, C.R., Irving, L.M. & Anderson, J.R. (1991). Hope and health. I Snyder, C.R. & Forsyth, D.R. (red.). *Handbook of Social and Clinical Psychology: The Health Perspective*. (s. 285–305). New York: Pergamon Press.

Snyder, C.D., Rand, K.L. & Sigmon, D.R. (2002) Hope Theory: A Member of the Positive Psychology Family. I Snyder, C.R. & Lopez, S.J. (red.). *Handbook of Positive Psychology* (s. 257–276). New York: Oxford University Press.

Solli, H.P. (2009). Musikkterapi som integrert del av standard behandling i psykisk helsevern. I Ruud, E. (red.), *Musikk i psykisk helsearbeid med barn og unge*. (s. 15–36). Oslo: Unipub AS.

Solli, H. P. (2012). Med pasienten i førersetet: recovery-perspektivets implikasjoner for musikkterapi i psykisk helsearbeid. *Musikkterapi i psykiatri online, 7*(2), s: 23-44. DOI: 10.5278/ojs/mipo/2edleel2.

Sosial- og helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. <https://www.helsedirektoratet.no>

Stern, D.N. (2002). *The first relationship*. London: Harvard University Press.

Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Trondalen, G. (2004). *Klingende relasjoner: en musikkterapistudie av «signifikante*

*øyeblikk» i musikalsk samspill med unge mennesker med anoreksi.*

(Doktoravhandling). Norges Musikkhøgskole, Oslo.

Whitaker, E.M. & Atkinson, P. (2019). Authenticity and the interview: a positive response to a radical critique. *Qualitative Research*, 19(6), 1–23. Hentet 6. mai fra <http://usir.salford.ac.uk/id/eprint/49509/>

Yalom, I.D. (2009). *Terapiens gave*. Sverige: Pax Forlag.

# Vedlegg

## Vedlegg nr. 1: Vurdering fra NSD

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

05.07.2020, 12:47



### NSD sin vurdering

#### Prosjekttittel

Håp i musikkterapi

#### Referansenummer

462027

#### Registrert

10.05.2019 av Merete Hagen - merete.hagen@student.nmh.no

#### Behandlingsansvarlig institusjon

Norges musikkhøgskole / CREMAH - Senter for forskning i musikk og helse

#### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Marie Strand Skånland, skanland@ansgarskolen.no, tlf: 92621384

#### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

#### Kontaktinformasjon, student

Merete Hagen, meretehag@gmail.com, tlf: 98647912

#### Prosjektperiode

01.12.2019 - 15.09.2020

#### Status

08.04.2020 - Vurdert

#### Vurdering (3)

---

##### 08.04.2020 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 03.04.2020.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med

personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 08.04.2020. Behandlingen kan fortsette.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Elizabeth Blomstervik

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

#### **12.11.2019 - Vurdert**

NSD har vurdert endringen registrert 11.11.19.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 12.11.19. Behandlingen kan fortsette.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Elizabeth Blomstervik

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

#### **21.05.2019 - Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 21.05.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

#### MELD ENDRINGER

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringen gjennomføres.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helse og alminnelige personopplysninger frem til 01.06.2020.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en

frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a), jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

#### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Elizabeth Blomstervik  
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## Vedlegg nr. 2: Informasjonsskriv

# Vil du delta i forskningsprosjektet

## *"Håp i musikkterapi"?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvilken plass og hvilken rolle håp har i musikkterapi. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål**

Dette prosjektet har sitt hovedfokus på begrepet håp og hvilken plass det har i musikkterapi innen psykisk helsevern. Gjennom studien ønsker jeg å finne svar på blant annet hvordan musikkterapeuter forholder seg til dette begrepet, om de har erfaringer knyttet til temaet, og om det anses som viktig i sin praksis. Problemstillingen er: *«Hvilken rolle kan håp ha i musikkterapeuters arbeid innen psykisk helsevern?»*.

Forskningsprosjektet er en masterstudie i musikkterapi ved Norges Musikkhøgskole. Min veileder er Marie Skånland.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Å delta i denne studien innebærer å bli intervjuet, der spørsmålene vil omhandle dine erfaringer og tanker rundt temaet håp og musikkterapi i din praksis. Det vil bli gjort lydopptak av intervjuet.

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Datamaterialet vil bli anonymisert, og kun forsker vil ha tilgang til direkte personopplysninger.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Alle opplysninger om deg vil bli anonymisert, f.eks. ved at ditt navn blir erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Lydbåndet fra intervjuet vil bli låst inn og slettes når prosjektet avsluttes, våren 2020.



## Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

## Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Norges Musikkhøgskole har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

## Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- meg, Merete Hagen, via mobilnr.: 98647912 eller epost: meretehag@gmail.com
- min veileder ved Norges Musikkhøgskole, Marie Skånland, via epost: marie.s.skanland@nmh.no
- Personvernombudet ved Norges Musikkhøgskole, Rolf Haavik, via epost: personvernombud@nmh.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

## Samtykkeerklæring

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

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg nr. 3: Intervjuguide

### Intervjuguide – «håp i musikkterapi»

#### Innledende spørsmål

1. Hvordan vil du kort beskrive musikkterapi for deg?
2. Hvilke tanker har du rundt håp i musikkterapi?
3. Har du vært bevisst på håp i din praksis?
4. Tenker du at håp er viktig eller ikke viktig å fokusere på i din praksis?  
Hvorfor eller hvorfor ikke?

#### Hovedspørsmål

##### *Begrepet håp*

5. Hva legger du i begrepet «håp»?
6. Er det andre beslektede begreper som beskriver det du fokuserer på / jobber for på en bedre måte?

##### *Håp som tema i praksis*

7. Er eller har håp har vært et konkret tema eller samtaleemne i ditt arbeid?  
Hvordan har du jobbet med det? Hvilke tanker har du rundt disse erfaringene?
8. Har du eksempler fra din praksis der du tenker eller det har vært uttrykt at håp har spilt en sentral rolle? Hvilke tanker har du rundt disse erfaringene?

##### *Musikken i seg selv*

9. I hvilken grad tenker du at selve musikken er relevant for dette temaet? Hvordan eller hvordan er det ikke relevant?
10. Har du eksempler der selve musikken har bidratt til en følelse av håp hos pasienten? Hvilke tanker har du rundt disse erfaringene?

##### *Terapeutens arbeid*

11. Hvilke egenskaper og holdninger tenker du er viktige å ha for en terapeut som jobber innen psykisk helsevern?
12. Har du eksempler der du som musikkterapeut har bidratt til en følelse av håp hos pasienten? Hvilke tanker har du rundt disse erfaringene?
13. Hvordan tenker du at musikkterapeuter kan bidra til håp sammenlignet med andre behandlingstilbud?

14. Hvordan tenker du at en musikkterapeut kan jobbe for å fremme håp?

**Avsluttende spørsmål**

15. Er det noe du vil legge til?