

Camilla Pedelino Ek

SMERTESANG

En studie i musikkterapi om
kroniske smerter og intuitiv sang
som opprettholder av helse



**Norges
musikkhøgskole**
Norwegian Academy
of Music

Masteroppgave i musikkterapi
Norges musikkhøgskole
Mai 2018

SMERTESANG

EN STUDIE I MUSIKKTERAPI OM KRONISKE
SMERTER OG INTUITIV SANG SOM
OPRETTHOLDER AV HELSE

Camilla Pedelino Ek
Masteroppgave i musikkterapi
Norges musikkhøgskole
Mai, 2018

© Camilla Pedelino Ek, 2018

SMERTESANG

Antall ord: 20 667

Trykk: Representralen

TAKK

Med disse ordene markerer jeg slutten på masterstudiet og starten på min reise som musikkterapeut. Ferden frem til dette punktet har vært lærerik, spennende og utfordrende. På denne reisen har jeg hatt mange fantastiske mennesker rundt meg, dere fortjener alle sammen en stor takk!

Karette Stensæth, takk for støtte, gode råd, enorm faglig kompetanse og grundige tilbakemeldinger! Praksisveileder Rita Strand Frisk, takk for at du har sett meg, støttet meg og ikke minst hjulpet meg til å se at *jeg kan* og *jeg får til!*

Takk til CREMAH for at jeg ble tilbudt denne muligheten, og takk for utstyr og bevertning til Smertesang sine samlinger. Jeg vil også takke Norges musikkhøgskole for lån av lokaler.

Takk, Karin for at du oversatte sammendraget mitt til engelsk. Mamma og Pappa, hva skulle jeg gjort uten dere! Takk for alle gode samtaler, råd, forståelse og oppmuntring! Deres tro på meg er en styrke når jeg selv tviler. Ivan, takk for at du har stått stødig ved min side gjennom hele denne prosessen. Takk for all hjelp, tålmodighet, positivitet, din evne til å sette ting i perspektiv og ditt engasjement for prosjektet.

Sist, men ikke minst! Til dere som deltok i Smertesang, TUSEN TAKK! Det har vært en fryd å bli kjent med dere! Takk for humor, latter, åpenhet, alvorlighet og ærlighet. Jeg har lært så mye av dere!

Camilla Pedelino Ek

Mai, 2018

Oslo

ABSTRACT

As much as 30% of Norway's population suffer from chronic pain. Even though this is a major public health challenge, little research has been done in this field within music therapy. This master's thesis examines the experiences of the participants of the music therapy group, Smertesang. The Smertesang group had eight weekly sessions and consisted of six people with chronic pain. The content of the sessions consisted mainly of music activities in the form of *intuitive vocalization*. In addition, conversations and reflections arose about the music, pain and existential themes. The study has a qualitative, exploratory and flexible research design, with a hermeneutic-phenomenological approach. The data collection methods used are participatory observation and individual, semi-structured interviews. The results reveal that through the music therapy group, the participants experienced a break from their pain and thoughts. They also experienced joy and mastery, empowerment, a sense of belonging, and acquired new perspectives on themselves and on life. At the same time, the findings show that, for this group, good health is something that must be maintained. The study suggests that an active music therapy approach within a group has the potential to create and maintain good health for people with chronic pain.

KEYWORD: music therapy group, chronic pain, vocalization, vocal improvisation, health, existential, qualitative research

SAMMENDRAG

Hele 30% av Norges befolkning lider av kroniske smerter. Til tross for at dette er en stor folkehelseutfordring finnes det lite forskning på dette feltet innen musikkterapi. Denne masteroppgaven utforsker erfaringene til deltakerne av musikkterapigruppen, Smertesang. Smertesanggruppen besto av seks personer med kroniske smerter og hadde åtte ukentlige samlinger over en to-måneders periode. Innholdet i samlingene besto hovedsakelig av musikkaktiviteter i form av *intuitiv sang*. I tillegg, oppsto samtale og refleksjoner rundt musikken, smerter og eksistensielle temaer. Studien har et kvalitativt, eksplorerende og fleksibelt forskningsdesign, med en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming. Metodene for innsamling av data er deltakende observasjon og individuelle, semi-strukturerte intervjuer. Resultatene viser at gjennom musikkterapigruppen opplevde deltakerne pause fra smertetilstand og tanker. De opplevde også glede og mestring, empowerment, tilhørighet, og fikk nye perspektiver på seg selv og livet. Samtidig viser funnene at for denne gruppen er helse noe som må opprettholdes. Studien antyder at en aktiv musikkterapitilnærming i gruppe har potensiale til å skape og opprettholde helse for mennesker med kroniske smerter.

NØKKEWORD: musikkterapigruppe, kroniske smerter, vokalimprovisasjon, helse, eksistensiell, kvalitativ forskning

INNHALDSFORTEGNELSE

| | |
|--|-----------|
| 1. INNLEDNING | 1 |
| 1.1 Aktualitet | 1 |
| 1.2 Forskerens bakgrunn | 2 |
| 1.3 Utvikling av problemstilling | 3 |
| 1.3.1 En tydeliggjøring | 4 |
| 1.4 Gjennomføring av Smertesanggruppen | 5 |
| 1.5 Oppgavens oppbygning | 7 |
| 2. BAKGRUNN OG TEORETISK RAMMEVERK | 9 |
| 2.1 Definisjoner av musikkterapi | 9 |
| 2.2 En humanistisk musikkterapi | 10 |
| 2.3 Musikkterapeutisk improvisasjon | 12 |
| 2.4 Kroniske smerter | 13 |
| 2.5 Eksisterende kunnskap | 15 |
| 2.5.1 Musikkterapi og kroniske smerter | 15 |
| 2.5.1.1 Entrainment | 16 |
| 2.5.1.2 Aktiv deltakelse | 17 |
| 3. METODE | 19 |
| 3.1 Studiens design | 19 |
| 3.2 Studiens vitenskapsteoretiske forankring | 20 |
| 3.3 Datainnsamling | 21 |
| 3.3.1 Deltakende observasjon med logg | 21 |
| 3.3.2 Deltakernes refleksjonsnotater | 22 |
| 3.3.3 Semi-strukturert intervju | 22 |
| 3.4 Analyse av datamaterialet | 23 |
| 3.4.1 Valg av analysemetode | 23 |

| | |
|--|-----------|
| 3.4.2 Analyseprosessen – steg for steg | 24 |
| 3.5 Forskningskriterier | 27 |
| 3.5.1 Etikk | 27 |
| 3.5.1.1 Deltakerne, personvern, kjønn | 29 |
| 3.5.1.2 Makt | 29 |
| 3.5.2 Metodekritikk | 30 |
| 3.5.3 Reliabilitet og validitet | 31 |
| 4. RESULTATER | 35 |
| 4.1 «Å leve med smerter» | 36 |
| 4.1.1 Begrensninger | 36 |
| 4.1.2 Ringvirkninger | 37 |
| 4.2 Musikalsk lindring | 38 |
| 4.2.1 Pause | 39 |
| 4.2.2 Glede og mestring | 41 |
| 4.2.3 Fellesskap og tilhørighet | 43 |
| 4.2.4 Ferskvare | 45 |
| 4.3 Intuitivt skapende | 46 |
| 4.3.1 Det kreative rommet | 46 |
| 4.3.2 Frigjøre det skapende | 47 |
| 4.3.3 Kontakt med seg selv | 48 |
| 5. DRØFTING | 51 |
| 5.1 «Å leve med smerter» | 51 |
| 5.2 Musikalsk lindring | 55 |
| 5.2.1 Å glemme seg selv | 55 |
| 5.2.2 Frihet fra kroppen | 56 |
| 5.2.3 Mestring og følelse av kontroll | 58 |
| 5.2.4 Smertesang som mestringsressurs | 60 |

| | |
|--|-----------|
| 5.2.5 Fellesskap og sosial støtte | 62 |
| 5.3 Intuitiv sang | 64 |
| 5.3.1 Frigjøre det skapende | 64 |
| 5.3.2 Å finne seg selv | 66 |
| 6. OPPSUMMERING AV DE VIKTIGSTE FUNNENE | 71 |
| 6.1 Helse – en ferskvare for mennesker med kronisk sykdom? | 71 |
| 6.2 Videre perspektiver | 73 |
| 7. KONKLUSJON | 75 |
| LITTERATURLISTE | 77 |
| VEDLEGG | 87 |

1. INNLEDNING

Høsten 2013 ble CREMAH¹ kontaktet av Nina Vestby.² Dette året ble Nina, etter mange år i arbeidslivet, uføretrygdet. En ryggglidelse fra barndommen har ført til at hennes hverdag består av smerter. Hun sier selv at det har blitt viktig for henne å fokusere på de gode tingene i livet, hvorav sang står høyt på listen. Nina etterspurte et tilbud hvor hun kunne syngesammen med andre mennesker i samme situasjon. Jeg ble gjennom veileder introdusert for både Nina og et mulig prosjekt, og merket med en gang at dette engasjerte meg. Denne masteroppgaven er resultatet av et prøveprosjekt som bygger på Nina sin idé. Studien ble gjennomført ved Norges musikkhøgskole i perioden 2017-2018. Prosjektet samlet seks voksne uføre personer med kroniske smerter, og sammen skulle vi undersøke om sang og stemmebruk kunne hjelpe på smertene. Kroniske smerter består ikke utelukkende av fysiologiske aspekter, men er sammensatt av både fysiske, psykiske og sosiale faktorer. Forståelsen av smerte og dens innvirkning på deltakernes liv skulle vise seg å bli viktig i dette prosjektet.

1.1 Aktualitet

Kroniske smerter er et stort problem både i Norge og på verdensbasis. USA har en forekomst på 43% og koster det Amerikanske helsevesenet omtrent fem milliarder dollar i året (Bradt, Norris, Shim, Gracely & Gerrity, 2016). I Europa rammes omtrent 19% av moderate eller alvorlige kroniske smerter (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen & Gallacher, 2006). Norge ligger derimot på toppen med utbredelse på 30%, hvor forekomsten er noe høyere hos kvinner (36%) enn hos menn (25%) (Landmark, Romundstad, Dale, Borchgrevink & Vatten, 2013). Kroniske smerter er i dag ett av Norges største helseproblemer og er den største grunnen til at folk blir langtidssykemeldte og uføretrygdet (Folkehelseinstituttet, 2015). I tillegg til lidelsen for den enkelte personen er kroniske smerter et samfunnsmessig problem i form av tapt produktivitet og store utgifter til sykepenger og medisinsk behandling (Nordtvedt &

¹ Centre for Research in Music and Health.

² Ønsket navn sitt oppgitt. De andre deltakerne er anonymisert.

Rustøen, 2016). Anslagsvis koster kroniske smerter det norske samfunnet minst 125 milliarder kroner hvert år (Folkehelseinstituttet, 2015).

Da kroniske smerter er et stort samfunns- og folkehelseproblem ville man kanskje tenke seg at musikkterapien stiller med mye forskning på feltet. Slik er det dessverre ikke. Forskning på musikkterapi og smerter har de siste årene fått noe mer oppmerksomhet, men denne forskningen baserer seg for det meste på akutte smerter og bruk av reseptive musikkterapi metoder³ (Bradt et al., 2016). Min litteraturgjennomgang⁴ viser at musikkterapi og kroniske smerter er et lite utforsket felt. I tillegg er vokal musikkterapi en metode som svært sjeldent brukes i arbeidet med denne brukergruppen. Med studien ønsker jeg å kaste lys på en stor brukergruppe og et felt som potensielt kan være et vekstområde for musikkterapien. Jeg ønsker også å utforske verdien av sang og stemmebruk som musikkterapeutisk metode med denne populasjonen.

1.2 Forskerens bakgrunn

Med sang som hovedinstrument ble dette prosjektet av spesielt stor interesse for meg. Som sanger har jeg opplevd helsegevinster av å synge, som glede, selvtillit og mestring, men også usikkerhet rundt min egen stemme. Gjennom utdanning i sang har jeg utviklet et ambivalent forhold til å jobbe teknisk med sang og stemmen. Jeg har selv studert sang i flere år hos ulike lærere, som har hatt ulike tilnærminger. På den ene siden er jeg takknemlig for alt jeg har lært, men i retrospektiv kan jeg også se at ved å kopiere og lære meg andre sine måter å synge på mistet jeg mer og mer min personlige og intuitive sangstemme. Å forstå hvorfor dette skjedde med meg var og er en personlig motivasjon for dette prosjektet. Jeg ønsket derfor i samlingene å åpne opp for at deltakerne kunne få kontakt med sin indre, spontane stemme.

³ Klienten lytter til levende eller innspilte improvisasjoner, fremføringer eller komposisjoner av klient eller terapeut eller kommersielle innspillinger (Bruscia 2014).

⁴ Se 2.5 Eksisterende kunnskap.

Ved ensidig tekniske innfallsvinkler til den naturlige stemmen er min oppfatning at stemmen fort kan bli *låst* til hodet, mens det er klinkende klart for meg at stemmen er kropp. Det er ikke å si at man ikke har fokus på kroppen i sangundervisning, men ved å gjøre sang og lydlaging til en kognitiv aktivitet kan man raskt miste noe av den naturlige aktiveringen av kroppen. Dette kan føre til låste kropper og låste stemmer. Følelsene sitter i kroppen, og ved å ha kontakt med den blir sangen interessant, ekte og nær for de som lytter og de som synger. Ved et utelukkende teknisk perspektiv kan det fort bli et større fokus på det å gjøre riktig og jakte på den ønskede lyden, et slags *utenfra-perspektiv*. Alle kropper er ulike. Mennesker har ulik utforming av stemmeorganene, og også av andre organer som spiller inn på måten å frembringe lyd på. I tillegg kommer man inn med sin historie og kroppslige opplevelser, derfor mener jeg at man må ha ulik tilnærming til hvordan hver enkelt person skaper lyd. I *Smertesanggruppen* ønsket jeg med *intuitiv sang* å fremme et *innenfra-perspektiv*, hvor deltakerne kan synges det som kommer spontant til de, sette lyd på indre tilstander, lage lyd og synges uten noter eller at det skal høres ut på en spesiell måte.

1.3 Utvikling av problemstilling

Utgangspunktet for denne studien var å undersøke deltakerne av *Smertesanggruppen* sine opplevelser av tilbudet som smertelindring, problemstillingen lød først som følger:

Kan intuitiv sang i en musikkterapigruppe være smertelindrende for uføretrygdede voksne som har kroniske smerter, og hvordan beskriver deltakerne sine opplevelser med musikkterapien?

Gjennom musikkterapiens vekst har feltet blitt møtt av et økende krav om evidensbasert behandling. Dette innebærer som oftest standardiserte målinger og dokumentasjon som er knyttet til kvantitativ forskning og en naturvitenskapelig tankegang (Ruud, 2010). Ved utformingen av dette prøveprosjektet var mitt ønske å møte disse kravene, samtidig som jeg ville være tro mot det humanistiske perspektivet⁵ i norsk musikkterapi. Valget falt derfor på et mixed-methods design hvor datamaterialet

⁵ Blir utdypet i 2.2 En humanistisk musikkterapi.

var av både kvantitativ og kvalitativ karakter. De kvantitative dataene bestod av VAS - *visuell analog skala*, som er en målemetode som ønsker å gradere det subjektive nivået av smerter (Faiz, 2014). Gjennom *Smertesanggruppen* fikk jeg signaler fra deltakerne om at det å sette tall på smerten er en vanskelig oppgave, da smerter er et komplekst fenomen bestående av mange komponenter. Som forsker var jeg ikke tydelig nok med deltakerne av *Smertesang* om hva jeg ønsket ved utfyllingen av VAS-skalaen, det ble derfor sprik i deltakernes tilnærming. Ved avslutning av tilbudet ble det klart at de kvantitative resultatene var ugyldige, og jeg valgte derfor å legge disse dataene bort. I gjennomføringen av *Smertesang* kom også andre aspekter enn utelukkende smertelindring frem som viktig. De kvalitative beskrivelsene fra intervjuene med deltakerne fremstod som veldig betydningsfulle, studien har derfor i dag et rent kvalitativt design og ønsker å besvare problemstillingen:

Hvordan beskriver et utvalg personer med kroniske smerter, som er uføre, sine opplevelser av å delta i musikkterapigruppen Smertesang?

1.3.1 En tydeliggjøring

Intuitiv sang⁶ er den musikkterapeutiske tilnærmingen som ble mest brukt i *Smertesanggruppen*. Dette er en aktiv musikkterapiform hvor deltaker og terapeut utøver musikk sammen. Hensikten er å fri seg fra sangidealer og få kontakt med sin spontane, individuelle stemme. Sangen kan få uttrykk i form av lyder, ord, melodier og rytmer. Ut i fra deltakernes dagsform kunne også den *intuitive sangen* bestå av å spille på instrumenter, hvor tilnærmingen er lik sangen. Målet er ikke musikkproduktet, men selve opplevelsen av å skape i kontakt med seg selv.

Musikkterapi⁷ er kort sagt helsefremmende arbeid ved bruk av musikk, utført i regi av en musikkterapeut. Musikkterapeuten i denne studien er meg. Med meg har jeg min

⁶ Jeg har tidligere beskrevet bakgrunnen for dette begrepet. Hvilke metodiske og teoretiske perspektiver *intuitiv sang* bygger på vil bli presentert i kapittel 2.

⁷ Utdypes i 2.1 Definisjoner av musikkterapi og 2.2 En humanistisk musikkterapi.

kompetanse som musikkterapistudent, men jeg kaller det musikkterapi i denne oppgaven.

Deltakerne av studien er **uføretrygdet**, det betyr at de får støtte fra staten for å erstatte inntektsevnen som er tapt på grunn av sykdom (NAV, 2018).

Personene som har deltatt i *Smertesanggruppen* lever med **kroniske smerter**⁸. Det er også vanlig å bruke *langvarige smerter*, men da deltakerne selv sier kroniske smerter bruker jeg dette gjennomgående i oppgaven.

I teksten skriver jeg **deltakere** når jeg sikter til personene som har deltatt i prosjektet, og den uspesifiserte termen **klienter** ved generelle beskrivelser av mennesker som benytter seg av musikkterapi eller annen behandling.

1.4 Gjennomføring av Smertesanggruppen

Påmelding til musikkterapi tilbudet, *Smertesang*, foregikk gjennom *informasjonsskriv*⁹ på Smerteklinikken ved Ullevål Sykehus og via deling av innlegg på Facebook. Jeg ønsket en liten gruppe på 4-7 personer. Dette for å ha muligheten til å imøtekomme de ulike gruppedeltakernes behov, og for at det skulle være lettere for deltakerne å bli kjent med hverandre. Etter to uker hadde åtte personer meldt seg på *Smertesanggruppen*. Før start ble gruppen redusert til seks personer, og alle disse gjennomførte tilbudet.

Smertesangmøtene var satt til én time, men gruppen ønsket etter første sesjon at vi utvidet dette til to timer, og det gjorde vi. Vi møttes hver mandag i åtte uker på Norges musikkhøgskole. Gruppen bestod av personer som er glad i musikk, og flere hadde spilt piano, gått i kor eller korps som barn. I følge deltakerne ble det raskt etablert tillit og trygghet til hverandre, noe som de presiserte var viktig for dem for å tørre å gå inn i sangen og musikken.

⁸ Utdypes i 2.4 Kroniske smerter.

⁹ Se Vedlegg 1: Informasjonsskriv.

Det eneste lyset i rommet er fra gatelyktene som titter inn en kald høstdag. I en ring sitter syv forskjellige personer, med syv forskjellige historier. De har øynene igjen og puster tungt. Forsiktig begynner lyd og toner å fylle rommet. En begynner, en annen svarer. Vart, sårt, nakent. Plutselig er de en felles lydbølge. Sammen beveger de seg opp og ned, men aldri høyere en mezzo-forte. Siste tone henger lenge, før de en etter en åpner øynene. I stillheten møter de blikkende til hverandre, og smilende lurere på hva som skjedde.¹⁰

Samlingene åpnet med en *innsjekk* hvor deltakerne kunne dele dagsform (f.eks. sliten, trøtt, energisk) og om det var noe de hadde tenkt på etter forrige samling. Dette var viktig informasjon for meg slik at jeg, etter beste evne, kunne velge aktivitet som matchet en slags sum av gruppens samlede dagsform. I musikkaktivitetene lukket vi ofte øynene og slukket lyset. Som oftest brukte vi stemmen, men ut fra deltakernes dagsform og behov kunne vi også spille. Etter innsjekk startet vi med oppvarming hvor pusten var sentral. Denne oppvarmingen kunne bestå av fri eller ledet bevegelse til musikk, improvisasjon med pustelyder til innspilt musikk eller guidet avspenning, dette med intensjon om å flytte fokus innover, fremme kroppskontakt og felles tilstedeværelse, slik at deltakerne kunne møte musikken med ro og forankring i seg selv. Så fulgte ulike stemmeaktiviteter med utgangspunkt i *intuitiv sang*. Noen deltakere sang lange toner, mens andre korte og rytmiske. En annen utforsket å sette lyd på pusten, mens personen ved siden av lagde melodier. I *Smertesanggruppen* utforsket hver enkelt deltaker hva de selv ønsket å bidra med inn i sangen. Disse vokalimprovisasjonene tok gjerne utgangspunkt i opplevelser som gjør oss godt, temaer som kom opp i samtalen, for eksempel å *ta plass* eller spilleregler som vi sammen ble enige om. Etter hver stemmeaktivitet delte deltakerne verbalt det de ønsket av deres opplevelse. Samtalene kunne dreie seg om selve musikkopplevelsen der og da, men også sykdom og fysiske, psykiske og sosiale utfordringer, eller eksistensielle temaer. Avslutningen besto av at deltakerne skrev et kort refleksjonsnotat som ble levert til musikkterapeuten etter samlingen.

¹⁰ Beskrivelse satt sammen av musikkterapeuten sin logg og deltakernes refleksjonsnotater og utsagn.

1.5 Oppgavens oppbygning

Denne masteroppgaven inneholder syv kapitler. Jeg har i dette åpningskapittelet presentert tema for oppgaven, og dets aktualitet, min inngang og motivasjon for prosjektet, i tillegg til et innblikk i gjennomføringen av *Smertesanggruppen*. Både design og problemstilling har endret seg med prosjektet. Jeg har redegjort for endringene som har skjedd, og presentert endelig problemstilling. I kapittel 2 presenterer jeg bakgrunn og teoretisk rammeverk for studien. Videre i kapittel 3 vil det bli gjort en gjennomgang av forskningens rammer og fremgangsmåter. Jeg vil også gjøre meg refleksjoner rundt forskningens kriterier, som etikk, metode og reliabilitet og validitet. I kapittel 4 vil jeg presentere resultatene fra dataanalysen, som er delt inn i tre hovedkategorier. Det at studien har et eksplorerende og fleksibelt design har gitt meg friheten til å tilpasse oppgavens oppbygning etterhvert som data og resultat kom til. Kapittel 5 vil derfor være en «vev» av teori og drøfting. Jeg har gjennom arbeidet forsøkt å la empirien lede vei. Det blir derfor naturlig å trekke frem deltakernes stemmer, for så å se hvilke teoretiske perspektiver som kan belyse deres beskrivelser. Kapittel 6 vil gi en oppsummering av de viktigste funnene. I avslutningskapittelet vil konklusjonen bli presentert.

2. BAKGRUNN OG TEORETISK RAMMEVERK

I det følgende vil jeg presentere det teoretiske bakteppet for studien. Kapittelet vil ta for seg musikkterapi, musikkterapeutisk improvisasjon og kroniske smerter, i tillegg til eksisterende kunnskap. I tråd med min eksplorerende tilnærming har deltakerne ledet meg til ytterligere teori, disse teoretiske perspektivene vil bli sammenflettet med drøftingen i kapittel 5.

2.1 Definisjoner av musikkterapi

Musikkterapi er et fag med mange ulike klientgrupper, arbeidsmetoder og teoretiske perspektiver. Dette prosjektet har benyttet en aktiv musikkterapitilnærming i møtet med mennesker med kroniske smerter. I denne studien støtter jeg meg til både Bruscia (2014) og Ruud (1990) sine definisjoner av musikkterapi, som jeg nå vil gå nærmere inn på.

Music therapy is a reflexive process wherein the therapist helps the client to optimize the client's health, using various facets of music experience and the relationship formed through them as the impetus for change. As defined here, music therapy is the professional practice component of the discipline, which informs and is informed by theory and research (Bruscia 2014, s.36).

I Bruscia (2014) sin definisjon oppfatter jeg musikkterapi som: *en refleksiv prosess hvor målet er å hjelpe klienten til å selv optimalisere sin helse ved hjelp av musikkopplevelser og relasjonene som dannes gjennom musikken.* I denne sammenhengen ønsker jeg spesielt å trekke frem det Bruscia kaller *å optimalisere helse*. Med helse mener han personens kropp, psyke og ånd (eng. spirit), i tillegg til individets forhold til samfunnet, kultur og miljø. Han støtter seg til et salutogenetisk helsesyn, da han presenterer helse som et kontinuum som inkluderer ulike grader av helse. Dog, skriver han at *å optimalisere helse* innebærer mer enn *å forbedre* eller *fremme* helse hos klienten, men at man skal jobbe for at klienten skal nå sitt *høyeste potensial* av helse. Når har man nådd sitt *høyeste potensial*? Her støtter jeg meg til Stensæth (2017):

I would have preferred saying «a higher level of becoming healthy» instead of «her highest level ...» because I do not think that there is such a thing as a point in one's life when a person reaches a highest level of becoming healthy (s.57).

Bruscia (2014) sin definisjon dekker mange aspekter, men er likevel presis i sin formulering.

Ruud (1990) velger en mer åpen definisjon, hvor «Musikkterapi er bruk av musikk til å gi mennesker nye handlemuligheter»¹¹ (s.24). Jeg ser det å *gi mennesker nye handlemuligheter*, som f.eks. sang(handlinger) i *Smertesanggruppen*, som nært knyttet til det å fremme helse. Da helse er et viktig aspekt i denne studien har jeg valgt å støtte meg til begge disse definisjonene i mitt arbeid. Jeg velger å ikke utdype Ruud sin definisjon noe videre her, da neste del vil ta for seg humanistisk musikkterapi som er perspektivet denne definisjonen bygger på.

2.2 En humanistisk musikkterapi

Den norske musikkterapien er forankret i et humanistisk perspektiv, og er det verdigrunnet som står meg nærmest. En humanistisk musikkterapi vitner om et bestemt menneskesyn og musikkens syn, som skaper betydning for hvordan en praksis utøves.

Humanismens opprinnelige idegrunnlag stammer fra antikken innen det medisinske, hvor humanisme innebar omsorg for det enkelte individet. I renessansen får humanisme en annen betydning, hvor det er snakk om hva mennesket er i stand til, hvilke muligheter vi har til rådighet og hva i samfunnet som hindrer mennesket fra å utfolde seg (Ruud, 2008). I musikkterapien handler dette blant annet om å *gi mennesker nye handlemuligheter*, som definert av Ruud (1990) i forrige del. Ved en slik forståelse blir *hindret utfoldelse* ikke bare knyttet til kropp og biologi, men også psykologi, det sosiale

¹¹ Denne definisjonen ble først presentert i «Musikk i skolen: temahefte: musikkterapi» i 1979.

og kulturelle og materielle prosesser. Dette passer godt til individer med kroniske smerter, som opplever hindret utfoldelse på mange områder.

Kravet om evidensbasert behandling presser både den medisinske verdenen og musikkterapien mot en naturvitenskapelig forståelse av mennesket. Dette fremstilles gjerne med et mekanisk syn på kroppen, hvor sykdom må være et resultat av kjemiske, fysiologiske og biologiske årsaker (jf. Ruud, 2008). Ved et slikt syn tar behandleren rollen som eksperten i forholdet og reduserer brukeren til et objekt som terapeuten skal gjøre noe med. «Fagfolk blir eksperter som vet hvordan «tingen», *den andre*, skal forstås, fortolkes og behandles» (Røkenes & Hanssen 2013, s.51). Den humanistiske musikkterapien ønsker nettopp å være en motvekt til en slik tankegang. Dette betyr ikke at musikkterapeuter ikke anerkjenner kropp eller biologi som viktige faktorer, men at de ønsker å se hele mennesket og ikke bare ha fokus på å fikse delene som er *feil* (Ruud, 2008).

Humanistisk musikkterapi bygger på en kontekstuell musikkforståelse. Hvilken mening, muligheter og kvaliteter musikken tilbyr og hvordan vi tar i bruk disse kvalitetene avhenger av vår musikalske bakgrunn, hvor og hvordan musikken presenteres, og lignende.¹² Musikalsk mening konstrueres i personens møte med musikken. Det finnes derfor ingen absolutt formel på hvordan musikk virker og musikkterapien kan dermed ikke levere ferdige musikkopplegg (Ruud 2008; 2011). Behandlingshverdagen til personer med kroniske smerter består ofte av medisiner, utredninger og tester. Den humanistiske musikkterapien kan være en kontrast til dette ved at den retter seg mot «lek og fantasi, uttrykk og opplevelse, og tilbyr anerkjennende møter gjennom musikk» (Ruud 2008, s.8).

Mennesket blir innenfor humanismen ansett som et relasjonelt vesen, noe som innebærer et syn på mennesket som handlende og meningssøkende (Trondalen, 2008).

¹² Bygger på James Gibson sine begrep, *affordance* og *appropriation*, som han introduserte i forbindelse med hans økologiske teori om persepsjon (Ruud 2008, s.15).

Gjennom andre kan vi oppdage oss selv innenfor en relasjonell matrise (Ruud, 2008). I tillegg til klient og terapeut vil også musikken bli en del av det relasjonelle forholdet. I improvisasjon hvor begge partner har like store muligheter for å påvirke samspillet kan man skape en større symmetri mellom klient og terapeut, noe som kan installere et *handlende jeg* hos deltakerne, som kan styrke menneskers autonomi (Ruud, 2008). Ved å fokusere på hva klienten får til, istedenfor problemene så kan musikkterapien styrke klientens sterke sider og stimulerer personens ressurser. Ressurs i denne sammenheng er både personlige egenskaper og hva personen har tilgang til rundt seg gjennom samfunnet, sosiale nettverk og sin kultur (Rolvjord, 2008). Gjennom mestringsopplevelser kan klienter få økt selvtillit og styrket tro på egne evner til å håndtere utfordringer og oppgaver, også kalt *self-efficacy*¹³. Det humanistiske perspektivet anser helse som en ressurs som kan hjelpe oss til å bli fortere frisk og/eller motstå sykdom. Helse er opplevelse av velvære eller mening med livet, altså noe mer enn bare fravær av sykdom (Ruud, 2008).

2.3 Musikkterapeutisk improvisasjon

Improvisasjon er et komplekst fenomen innen musikkterapien, og det finnes ulike navn på denne tilnærmingen. Stensæth (2007) trekker frem blant annet *klinisk improvisasjon*, *terapeutisk improvisasjon*, *improvisational music therapy*, men slik som henne bruker jeg *musikkterapeutisk improvisasjon* (eng. music therapy improvisation), da begrepet fanger opp sammenflettingen av musikk, terapi og improvisasjon (s.21). Den musikkterapeutiske improvisasjonen er kjernen av min tilnærming, *intuitiv sang*. I Norge legger musikkterapeuter stor vekt på improvisasjon i sitt praktiske arbeid (Stige 1991). I følge Bruscia (2014) er improvisasjon en metode hvor klienten skaper musikk i øyeblikket ved å lage melodi, rytme, sang eller instrumentaltykke (s.130). I dette prosjektet med *Smertesang* har vi hatt gruppeimprovisasjoner hvor både deltakere og musikkterapeut har skapt musikk sammen, med hovedsakelig sang som instrument.

¹³ Begrep etablert av psykologen Albert Bandura.

Stige (1991) mener at vi er fullstendig avhengige av vår kreativitet og intuisjon i musikalske improvisasjoner. Musikken beveger seg fremover og vi må henge på, man rekker derfor ikke å tenke gjennom alle valg man tar, men må velge å stole på det intuitive og spontane. Disse valgene kan igjen gi oss ny innsikt om oss selv. Austin (2009) hevder at improvisasjon er en dans mellom det bevisste og det ubevisste hvor gjemte følelser og tanker kan bli tilgjengelig for oss. Ved at linjene mellom det skapende og livet blir visket ut mener Nachmanovitch (1990) at improvisasjon kan lære oss hvordan man kan leve livet slik at det blir selvskapende, selvorganisert og autentisk. Ruud (2015) mener at den «musikkterapeutiske improvisasjonen er en lek med musikalske muligheter og løsningsforslag som ramme for utforskning av fantasier og alternative handleformer» (s.143). Slik som Ruud er jeg enig i at den musikalske leken kan være en «virkelighet» hvor det kan jobbes med eksistensielle temaer. Dette viste seg å være viktig i dette prosjektet.

Mitt utgangspunkt i møtet med *Smertesanggruppen var intuitiv sang*, som en variant av musikkterapeutisk improvisasjon. Deltakerne i prosjektet ledet meg så videre til å se koblingen mellom improvisasjon, lek, estetikk og flytopplevelser (flow). Aspekter ved teorier knyttet til disse temaene vil bli «vevd» sammen med drøftingen i kapittel 5.

2.4 Kroniske smerter

Smerter med varighet på seks måneder eller med lenger varighet enn man kan forvente etter forholdene, blir betegnet som kroniske smerter (Marcus, 2009). Dette er en samlebetegnelse for mange ulike problemer med ulike årsaker og ulik plassering på kroppen. Grunnen til at man samler alle disse tilstandene under ett er fordi det er mange fellestrekk, og man betrakter derfor kroniske smerter som en sykdom i seg selv (Frølich, 2011). Hvorfor noen utvikler kroniske smerter fremstår som en gåte for både den rammede, behandlere og forskere, og det er sjeldent én årsak, men heller et komplekst samspill av ulike faktorer (Frølich, 2011).

I følge Bradt (2006) er smerte en subjektiv opplevelse som bare kan forstås av den som opplever smerten. Dette kan føre til store utfordringer for mennesker med kroniske smerter i deres møte med helsevesenet. Ved akutte smerter er det normalt med affektiv reaksjon og rask handling, kroniske smerter derimot er ofte preget av tilbaketrekning og passivitet. Pasienter kan fortelle om en håpløs livssituasjon uten å vise dette gjennom kroppslige følelsesmessige reaksjoner, som for eksempel gråt. Dette kan skape forvirring for behandlere og så tvil om pasienten egentlig opplever smerte (Frølich, 2011). Denne brukergruppen kan derfor oppleve en slags *dobbel lidelse*, på den måten at de har smerter i kroppen, men også lidelsen av å ikke bli tatt på alvor (Fors, 2012).

Det å ha kroniske smerter er en stor belastning for både kropp og psyke. Smerter over lengre tid kan føre til at smertene etter hvert tar over hele personens oppmerksomhet og hverdag (Folkehelseinstituttet, 2015). Å leve med store smerter kan føre til en dualistisk oppfatning av seg selv, hvor man objektiviserer kroppen eller smerten (Jackson, 1994). Distansering fra kroppen kan være en måte å mestre smerten på, men den kroppslige smerten kan også fungere *samlende* på den måten at hele ens kroppslige identitet og selvforståelse er oppslukt av smertene (Nordtvedt & Nordtvedt, 2001.)

Som følge av sykdommen faller mange utenfor arbeidslivet, som igjen kan skape store psykososiale problemer (Nordtvedt & Rustøen, 2016). Forskning viser at kroniske smerter øker risikoen for redusert psykisk helse (Breivik et al., 2006). Det er også en større fare for å bli avhengig av vanedannende medisiner (Folkehelseinstituttet, 2015; Bradt et al. 2016). Frølich (2011) skriver at smertepasienter kan få depresjonslignende symptomer, som f.eks. isolering, passivitet og motløshet. I følge Folkehelseinstituttet (2015) er forekomsten av angst og depresjon to til fire ganger høyere hos mennesker med kroniske smerter, og det er dobbelt så stor forekomst av selvmord. Det er også vanligere med søvnproblemer grunnet smertene. I tillegg økes oppmerksomheten mot smerteopplevelsen, som på sikt kan avle mer smerte. Man ser at angst og forventninger om smerte øker smerteopplevelsen, samtidig ser man at positive

emosjoner og forventninger fører til smertereduksjon (Reme, Jacobsen, Hafstad, Granan & Ljoså, 2015). Ofte er det gunstig for personer med kroniske smerter å akseptere at smerten har kommet for å bli, enn det å desperat prøve å unnsnippe smerten eller finne måter å fjerne smerten på. Fokuset for mennesker med kroniske smerter vil derfor ofte være å mestre smerten (Bradt, 2006).

2.5 Eksisterende kunnskap

For å få oversikt over tidligere studier og litteratur på feltet har jeg utført en litteraturgjennomgang, slik at jeg kan plassere mitt prosjekt i denne sammenhengen. Da jeg fant lite forskning på vokal musikkterapi og kroniske smerter, ble det naturlig med et mer omfangsrikt blikk, som da tok for seg musikkterapi og kroniske smerter. Litteraturutvalget begrenset seg til artikler på engelsk og skandinaviske språk, og vektla en tydelig distinksjon mellom musikkterapi og musikkmedisin¹⁴. Utvalgte artikler viser en klar overvekt av kvantitative studier, som kan skyldes at vi beveger oss innenfor et medisinsk felt, som ofte er mer preget av naturvitenskapelige perspektiver. Grunnlaget for litteraturgjennomgangen er søk gjort i *RILM – Abstracts of Music Literature* og *PubMed*. Disse søkene ble gjennomført november, 2017. Jeg benyttet meg av søkeordene: «Music Therapy» AND «Chronic pain» or «Long-term pain» or «Recurrent pain» or «Lasting pain» or «Long-lived pain» or «Fibromyalgia». Jeg vil i det følgende presentere et kort sammendrag av resultatene fra gjennomgangen.

2.5.1 Musikkterapi og kroniske smerter

Vi ser i musikkterapilitteraturen en oppfatning om at smerter er et kompleks samspill mellom biologiske, sosiale, psykologiske, kulturelle og spirituelle faktorer (se f.eks. Metzner, 2012). Koenig et al. (2013) skriver at hverdagssituasjoner for kroniske smertepasienter ofte er forbundet med smerter eller forventninger om smerte. I følge Koenig et al. (2013) og Selm (1991) er kroniske smertepasienter mindre uttrykksfulle i ansiktsuttrykk og gester, og har utfordringer med å verbalisere indre emosjonelle

¹⁴ Her tok jeg utgangspunkt i Bradt & Dileo (2005) som skriver at musikkterapi er en terapiform som innebærer en relasjon mellom klient og musikkterapeut, en terapeutisk prosess og en felles musikkopplevelse. Musikkmedisin er musikkintervensjoner uten det relasjonelle og terapeutiske aspektet. Artiklene som var med i utvalget forutsatte derfor at det var en musikkterapeut tilstede i arbeidet.

tilstander. Musikken kan tilby ventilasjon for følelser og kilde til ny innsikt, og den har tilgang på rom som ikke kan nåes med fysisk berøring eller ord (Selm 1991, Bailey 1986). Musikken kan få funksjon av å gi klienter opplevelsen av å bli speilet, støttet og forstått (Metzner, 2012).

Litteraturgjennomgangen viser at det hovedsakelig eksisterer forskning på reseptive musikkterapi metoder, med formål om å skape avspenning og flytte fokuset vekk fra smertene til mer behagelige opplevelser (Colwell, 1997; Bailey, 1986; Sedei-Godley, 1987). Bailey (1986) trekker frem viktigheten av at musikken matcher klientens stemning og behov. Å velge musikk som matcher klientens emosjonelle, fysiske eller mentale opplevelse kaller Bruscia (2014) for *isoprinsippet* (s.78). Det er flere artikler som skildrer et slikt perspektiv og jeg ønsker å trekke frem spesielt Metzner (2012) og Hauck, Metzner, Rohlfss, Lorenz & Engel (2013).

2.5.1.1 Entrainment

I sin metode *music-imaginative pain treatment* inkorporerer Metzner (2012) bruk av *isoprinsippet*. Denne musikkterapiformen er en kombinasjon av reseptiv tilnærming og komponering¹⁵, med utgangspunkt i *entrainment*, som går ut på at man synkroniserer musikken med kroppslige responser (Brusica 2014, s.135). Ved klientens musikalske beskrivelser av smerten og smertefrihet lager musikkterapeuten *pain* og *healing music*, som blir spilt for klienten. Metzner (2012) forklarer hennes musikkterapeutiske prosedyre ut fra to perspektiv, nevrologisk og filosofisk-psykologisk. Hun mener at det skapes en kryssmodal effekt som linker affektiv sensorisk smerteopplevelse med aktiv lytteopplevelse. Den andre vinklingen er at det skapes en relasjon mellom musikk og smerte ved å knytte musikalske symboler til smertefrihet, som fører til en endring av smerteopplevelsen.

Hauck et al. (2013) undersøker hvordan lyttingen til egen *pain* og *healing music* påvirker hjernen. Metoden viste seg å aktivere områder i hjernen koblet til emosjonell

¹⁵ Musikkterapeuten hjelper klienten med å skrive sanger, tekster eller instrumentestykker (Bruscia, 2014).

prosessering og subjektiv opplevelse av smerte. Denne varianten kan forstyrre signaler som blir sendt til områder koblet til reduserende følelse av kontroll over smerter, noe som tyder på at metoden kan legge til rette for opplevelser av smerter som kontrollerbare (Hauck et al. 2013).

2.5.1.2 Aktiv deltakelse

Å være aktiv i sin egen smertelindring og gjenvinne følelsen av kontroll beskrives som essensielt (Metzner 2012; Bradt et al. 2016; Bailey 1986; Hauck et al. 2013; Selm 1991; Koenig et al. 2013; Sedei-Godley 1987; Colwell 1997). Aktiv deltakelse er i kontrast til den passive rollen kroniske smertepasienter kan tilegne seg. Bradt et al. (2016) argumenterer for aktiv musikkterapi, da dette kan tilby deltakerne en styrkende opplevelse av «å bli hørt» og oppleve «å ha en stemme». I deres studie ble det brukt vokal improvisasjon og gjenskaping av sanger deltakerne var kjent med. En slik aktiv involvering resulterte i sterke følelser av empowerment¹⁶ og motivasjon. Deltakerne fra Bradt et al. (2016) sin studie uttrykker at de opplevde å få uttrykt følelsene sine gjennom musikken og i tillegg verbalt delt følelsene musikken hadde fremkalt med de andre gruppedeltakerne.

¹⁶ Da jeg opplever at den norske oversettelsen, myndiggjøring, ikke fanger opp begrepets innhold velger jeg å bruke empowerment.

3. METODE

I min søken etter å besvare forskningsspørsmålet har jeg brukt framgangsmåter i innsamling og i bearbeiding av datamaterialet, som jeg nå vil gjøre rede for. Kapittelet åpner med en presentasjon av studiens design og vitenskapsteoretiske forankring. Videre vil jeg redegjøre for datainnsamling og analyseprosedyre. Avslutningen av kapittelet vil inneholde en vurdering av forskningen.

3.1 Studiens design

Denne kvalitative studien er et prøveprosjekt med utgangspunkt i Nina sitt innmeldte behov. Det at studien er kvalitativ vitner om et ønske om å forstå og beskrive, gjennom å fokusere på mening og innhold, i motsetning til kvantitative metoder som ønsker bredde og omfang (Malterud, 2011). I kvalitativ forskning benytter man sin egen erfaring om det å være menneske til å forstå fenomenet man forsker på (Bruscia 1995, s.426). Dette forutsetter derfor tolkning gjennom hele forskningsprosessen (Thagaard, 2009). Det finnes ingen klare grenser mellom den som forsker og den som forskes på, dermed kan det kvalitative forskningsprosjektet bli sett på som en framvoksende, personlig prosess, som hele tiden blir påvirket av forskeren (Bruscia, 2005). Ved et slikt nært forhold mellom forsker og de som studeres, reises det etiske og metodiske utfordringer, som vil bli diskutert senere i kapittelet.

Hensikten med dette prosjektet er å få innsikt i deltakernes opplevelse av musikkterapitilbudet, *Smertesang*. Litteratursøk viste at kroniske smerter og musikkterapi er et område med begrenset oppmerksomhet, sett fra forskningens side. Studien ønsker derfor å søke innsikt i et lite kjent område, være kritisk og generere ideer og tanker som kan være viktig for en fremtidig praksis og videre forskning innenfor dette feltet. På bakgrunn av dette kan studien klassifiseres som eksplorativ (Robson, 2002). Det er nyttig å bruke eksplorerende design i prøvestudier, da den eksplorerende holdningen medfører en åpenhet for ny og overraskende kunnskap (Robsen, 2002). I følge Robson (2002) har eksplorerende studier et fleksibelt design, noe som passet min

studie godt. Dette ga meg muligheten til å tilpasse design og metode underveis, slik at studien kunne utvikle seg i vekst med tilbudet og min økende innsikt i emnet. På den måten kunne forskningen også være praksisstyrt.

3.2 Studiens vitenskapsteoretiske forankring

Denne studien har et kvalitativt forskningsdesign med en forankring innen den humanistiske tradisjonen. Både fenomenologien og hermeneutikken blir nærliggende vitenskapsteoretiske perspektiver. Da jeg ønsker å *beskrive* deltakernes opplevelser, for deretter å *fortolke* og *forstå* disse ble begge retningene viktige i både tankesettet og i analysen av dataene. Fenomenologien tilbyr en praksisnær forskning ved at den tar utgangspunkt i den enkelte deltakers opplevelse (Thagaard, 2009). I tråd med fenomenologisk *epoché* etterstrebet jeg å være åpen og legge min forforståelse til side slik at deltakernes erfaringer kunne åpenbare seg (Thornquist, 2003). Fenomenologien kunne på denne måte imøtekomme mitt ønske om beskrivelser av deltakernes egne opplevelser og perspektiv på musikkterapitilbudet, *Smertesang*.

Fenomenologien er opptatt av å forklare, mens hermeneutikken ønsker å forstå (Thagaard, 2009). Innenfor hermeneutikken hevdes det at en ikke kan legge sine erfaringer til side, men at de alltid vil være med oss og prege hvordan vi tolker opplevelser (Thagaard, 2009). Mellom min forståelse og deltakernes beskrivelser oppsto den hermeneutiske spiral, som er et bilde på hvordan man hele tiden beveger seg mellom forståelse, forforståelse og fortolkning (Thornquist 2003). Jeg forstår derfor deltakernes opplevelser ut fra min posisjon, men min oppfatning av min posisjon vil hele tiden bli påvirket av tolkningen av deltakernes opplevelser.

I følge Malterud (2011) er det umulig å ikke benytte seg av både beskrivelser og tolkning, da enhver beskrivelse er formet av tolkning og enhver tolkning bygger på beskrivelser (s.44). Dog vil man vektlegge et aspekt mer enn det andre. Hvis man ser for seg en linje hvor det ene ytterpunktet er en ren tolkende posisjon, styrt av forskerens forforståelse og teoretiske rammeverk, vil det andre ytterpunktet være en totalt

beskrivende holdning, hvor man legger bort forforståelsen og den teoretiske referanserammen (Malterud, 2011). I mitt tilfelle har jeg ikke inntatt noen ekstrem ytterposisjon, men heller en fleksibel mellomposisjon. Inspirert av Malterud (2011) har jeg etter beste evne forsøkt å gjøre fordomsfrie beskrivelser som grunnlag for tolkningen, som igjen kan lede frem til ny kunnskap (s.45). Man kan da si at studiens hovedvekt ligger på metode og deltakernes beskrivelser av egne opplevelser, hvor funnene ble utviklet gjennom tolkning, drøfting og litteratur som forskeren mente kunne belyse deltakernes opplevelser.

3.3 Datainnsamling

Datamaterialet består av deltakernes refleksjonsnotater, deltakende observasjon med logg og semi-strukturerte intervjuer. Problemstillingen avslører et ønske om å komme nær deltakernes opplevelser. Datainnsamlingsmetodene er i tråd med dette ved å favne deltakernes opplevelse underveis, deres tolkning av *Smertesangtilbudet* i etterkant, i tillegg til forskerens observasjoner.

3.3.1 Deltakende observasjon med logg

Fangen (2004) beskriver deltakende observasjon som en metode hvor man både som forsker og menneske engasjerer seg i deltakerne og deltar i samhandling og samtaler med dem (s.29). Dette krever en bevissthet rundt to handlinger samtidig; det vil si både observasjon og deltagelse. I gruppen var jeg uformell leder og deltaker, ikke en som sto utenfor og observerte. Ved å delta med meg selv opplevde jeg å få troverdig data. Jeg tolker det slik, da deltakerne ofte kunne være uenige med meg og hverandre om ulike temaer og sa ifra om deres opplevelser, på godt og vondt. Deltakerne opplevdes derfor som ærlige. En fordel med å være i samtale med dem jeg forsket på var at jeg hele tiden kunne stille spørsmål og avklare ting. Samtidig krevde nærheten til deltakerne konstant refleksjon rundt min egen forforståelse og min påvirkning på deltakerne og datamaterialet.

Jeg ønsket å få dokumentert så mye som mulig av deltakernes opplevelse. Valget falt derfor på å ta notater i timen og skrive logg direkte etter samlingen, dette for å sikre så nær beskrivelse av samlingen som mulig. I loggene ble det viktig å skille mellom hva deltakerne sa ordrett, deltakernes beskrivelser og hva som var gjenfortelling fra forskerens ståsted. Det var viktig for meg som musikkterapeut at deltakerne ikke skulle føle seg observert mens vi skapte musikk sammen, jeg tok derfor aldri notater under selve sangopplevelsene, men fokuserte på å være tilstede i sangen sammen med deltakerne.

3.3.2 Deltakernes refleksjonsnotater

På slutten av hver samling ble deltakerne oppfordret til å skrive et lite refleksjonsnotat. Det kunne bestå av ett ord eller en lengre tekst. Deltakerne skrev f.eks. hvordan de følte seg etter samlingen, deres opplevelse eller hva de syntes var bra eller dårlig, uten å måtte dele det med hele gruppen. I tillegg til å være en del av datamaterialet ga dette meg mye informasjon om veien videre i tilbudet.

3.3.3 Semi-strukturert intervju

I min søken etter å forstå tilbudet fra hver enkelt deltakers side, var det kvalitative forskningsintervjuet et egnet valg. Utveksling av opplevelser i gruppen hadde allerede sørget for ulike meninger om diverse temaer, men i grupper er det variert hvor verbale folk er. Da jeg ønsket å gi alle like stor plass til å uttrykke seg om tilbudet ble det naturlig med individuelle intervjuer. Slik fikk jeg også gått dypere inn i hver enkeltes opplevelse. Det ble derfor gjennomført *semi-strukturert intervju* med alle seks deltakere, innen to uker etter avsluttet tilbud.

Kvale & Brinkmann (2010) beskriver semi-strukturert intervju som en intervjuform hvor man ønsker å innhente beskrivelser fra den intervjuedes livsverden, og fortolkninger av meningen med fenomenene som blir beskrevet (s.47). Gjennom tilbudet har jeg møtt deltakerne hovedsakelig som musikkterapeut, uformell leder og person, det ville vært unaturlig å skulle møte dem på noen annen måte under intervjuet. Semi-strukturert

intervju passet godt, da det ikke er en lukket spørreskjemasamtale, men heller en vandring i temaet ut fra en *intervjuguide*¹⁷. Vi kunne derfor beholde vår personlige kontakt i samtalen om et felles tema, tilbudet *Smertesang*. I intervjusituasjonen la jeg intervjuguiden bort, men var meg bevisst hvilke temaer jeg ønsket å berøre. For å skape en mest mulig naturlig samtale valgte jeg å ta lydopptak. Jeg ønsket å unngå en situasjon hvor jeg satt og noterte hvert ord deltakeren sa. Min tanke var at dette ville skape en kunstig situasjon og forhindre meg fra å være fullt delaktig i dialogen. Lydopptak har evnen til å fange opp det som verbalt blir sagt, i tillegg til tonefall, som kan være en viktig kilde for tilgang til følelsen bak ordene.

I følge Kvale & Brinkmann (2010) har intervjuet som hensikt å produsere kunnskap. Under intervjuene uttrykte flere av deltakerne at samtalen var givende og ga dem ny innsikt. På denne måten oppfatter jeg det som at intervjuene var bevisstgjørende og kunnskapsgenererende for både deltaker og forsker.

3.4 Analyse av datamaterialet

Råmaterialet bestod av 16 refleksjonsnotater, 9 logger og lydopptak av 6 semi-strukturerte intervjuer. Med et slikt rikt datamateriale tok jeg valget om å la intervjuene være hovedmaterialet, mens refleksjonsnotater og logger ble brukt til å bekrefte eller avkrefte funnene fra intervjuene.

3.4.1 Valg av analysemetode

Analysen av dataene er en kombinasjon av to ulike metoder. I analysens startfase og i utviklingen av temaer lot jeg meg inspirere av metoden «tematisk analyse» beskrevet av Braun & Clarke (2008). Mitt mål var at deltakernes opplevelser skulle tre frem, jeg var derfor opptatt av at temaene jeg identifiserte skulle være sterkt koblet opp mot selve datamaterialet (Braun & Clarke, 2008). Jeg etterstrebet i tråd med fenomenologien å sette meg selv i parentes, dog kan man aldri fri seg selv helt fra sine teoretiske og epistemologiske utgangspunkt.

¹⁷ Se Vedlegg 3: Intervjuguide.

I utviklingen av kondenserte sitater og validering av funnene benyttet jeg meg av «systematisk tekstkondensering». Dette er en analysemetode som er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse, men modifisert av Malterud (2011). Metoden er deskriptiv og eksplorerende og passet derfor godt til denne studien. Rammen for analysen er stegene under, beskrevet av Malterud (2011):

1. Få et helhetsinntrykk
2. Identifisere meningsbærende enheter
3. Abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene
4. Sammenfatte betydningen av dette

Analyseprosessen var en intens og tidkrevende ferd. Tidlig oppdaget jeg at datamaterialet krevde en syklisk tilnærming hvor jeg benyttet meg av steget materialet krevde til enhver tid. Det har derfor ikke vært klare linjer mellom de ulike fasene.

3.4.2 Analyseprosessen – steg for steg

Da kvalitativ forskning sin troverdighet og overførbarhet hviler på at fremgangsmåter for innsamling av data, opplegg for analysen og tolkningen av resultater gjøres eksplisitt, vil det nå følge en gjennomgang av stegene jeg har benyttet i analyseprosessen.

Steg 1 - Få et helhetsinntrykk

Transkribering

Allerede ved transkriberingen begynte analysearbeidet. Å overføre verbal data til skriftlig form er en tidkrevende prosess, men som Braun & Clarke (2008) sier, så opparbeides en dypere forståelse av dataene (s.88). Ved transkriberingen utelot jeg utsagn og samtale som var tydelig irrelevant for forskningen, men beholdt tankestrøm som opplevdes som viktig. Dette steget inneholder også å lese og lytte til intervjuet igjen, og igjen. Etterhvert begynte jeg også å notere meg små notater i marginen, slik at jeg følte at jeg kunne legge bort disse tankene ved de ulike gjennomlesningene og lyttingene. Da

jeg følte at jeg hadde opparbeidet meg grunnleggende kjennskap til datamaterialet gikk jeg videre til å generere foreløpige koder.

Generering av foreløpige koder

Hvert intervju ble overført til nytt dokument, hvor det ble satt i en tabell, bestående av deltakerens utsagn og kolonne for å notere foreløpige koder. På dette stadiet var det viktig for meg å løfte frem deltakernes stemme og forsøke å legge min forforståelse til side, dette for å unngå at datamaterialet ble tvunget inn i min forforståelse og teoretiske bakgrunn. Jeg markerte meningsbærende enheter (Malterud, 2011) og skrev små koder som var nært knyttet til deltakernes måte å uttrykke seg på. På dette stadiet tillot jeg meg å markere så mange utsagn som jeg ønsket, da jeg ikke kunne vite hva som ville komme fram som viktig senere.

Steg 2 - Identifisering av meningsbærende enheter

Utvikling av temaer

Fra hvert intervju hadde jeg nå en lang liste med koder som jeg hadde skrevet ned på små post-it lapper. Her brukte jeg tid på å samle lappene i grupper som handlet om lignende emner. Jeg jobbet med å finne forhold mellom koder, temaer og forskjellige nivåer av temaer. Etter denne bearbeidingen satt hvert intervju igjen med 4-8 ulike temaer. Her hadde jeg også koder som foreløpig ikke passet inn noen steder, disse ble plassert innenfor et tema som jeg kalte «diverse». Jeg valgte å ikke kaste noe ved dette stadiet i tilfelle det kunne vise seg å være av betydning ved et senere tidspunkt.

Deretter ble alle intervjuene sett i relasjon til hverandre, og jeg så etter felles temaer. Det var enkelt å se hvem som sa hva og hvor mye om hvert enkelt tema, da hver deltaker hadde egen farge på post-it lapper. Jeg oppdaget at deltakerne sa mye om mangt. Det ble derfor viktig ved dette stadiet å søke tilbake til problemstillingen og luke ut emner som ikke hadde tilknytning til forskningsspørsmålet.

Matrise

Det første jeg gjorde var å overføre alle intervjuene til et nytt dokument med linjenummerering, dette med tanke om å lettere finne tilbake til sammenhengen utsagnet ble hentet ut fra. Jeg leste gjennom intervjuene, fant meningsbærende enheter ut fra de felles temaene og satte disse inn i en matrise¹⁸.

Steg 3 - Abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene

Kondensering

Nå skulle jeg abstrahere kunnskapen fra temaene (Malterud, 2011). Jeg fortettet innholdet fra hver underkategori til kondenserte sitater. I dette arbeidet kollapset noen temaer sammen og andre ble brutt ned til flere temaer, f.eks. kollapset temaene «utfordring», «aksept» og «vuggesang» sammen til «kontakt med seg selv». Sitatene i samme kategori forteller om mange lignende opplevelser. I kategorien «Glede og mestring» tar jeg utgangspunkt i femti utsagn, eksemplifisert ved fire utsagn.

1: Ikke krevende å være her, men mestring i å være her

2: jeg altså opplever lindring som det å ha mer glede. Altså det, da har man jo no positivt.

3: Dette gir meg mye glede! Da blir det ikke så tungt selv om det er en mørk og trist dag

4: Det var morsomt. Det var utrolig gøy!

Et kondensert sitat basert på disse utsagnene ville kanskje se ut som dette:

Dette er morsomt og gøy! Jeg blir så glad av dette og da blir ting lettere. Selv om jeg har smerter så har jeg gleden også. Jeg føler at det er mestring i å være med på dette (Kondensert sitat).

¹⁸ Se Vedlegg 5: Anonymisert matrise.

Steg 4 - Sammenfatte betydningen av dette

Sammenfatning

Til nå hadde jeg dekontekstualisert materialet. Dette ga meg muligheten til å løfte ut deler av stoffet og se nærmere på elementer som sier noe om det samme (Malterud, 2011). Deretter skulle jeg rekontekstualisere for å se om resultatene jeg hadde funnet stemte overens med sammenhengen de ble hentet ut fra. Slik kunne jeg forebygge reduksjonisme og beskytte forbindelsen til feltet og deltakernes virkelighet (Malterud 2011, s.93). Ved hjelp av matrisen kunne jeg lett gå tilbake til de stedene i originaltranskripsjonen hvor utsagnene hørte til. Jeg sammenfattet en innholdsbeskrivelse av hver under- og hovedkategori som skulle fortelle hva denne nyansen sa om problemstillingen. Jeg jobbet med kategorititlene og fant sitater som belyste ulike sider av underkategoriene. Sitatene som ble brukt fikk en «språkvask» ved at muntlige «feil» ble rettet til tydelig språk. Dette ble bare gjort i de tilfellene det var utydelig språk med tydelig mening. For å validere funnene mine gikk jeg systematisk gjennom alle transkripsjoner, logger og refleksjonsnotater for å lete etter data som tilbakeviste mine funn.

3.5 Forskningskriterier

Som avslutning på dette kapittelet vil jeg nå gjøre meg noen refleksjoner rundt sentrale forskningskriterier, ved å se nærmere på etikk, metode og reliabilitet og validitet.

3.5.1 Etikk

Før tilbudets start ble studien godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk Senter for Forskningsdata (NSD)¹⁹. Tilbudet, *Smertesang*, ble markedsført med *informasjonsskriv*²⁰ med påmeldingsinformasjon på Smerteklinikken ved Ullevål Sykehus og gjennom Facebook. Deltakerne tok på eget initiativ kontakt med musikkterapeuten for å melde seg på prosjektet. Det var et krav om at alle deltakerne

¹⁹ Se Vedlegg 2: Tilbakemelding fra NSD.

²⁰ Se Vedlegg 1: Informasjonsskriv.

skulle lese gjennom og signere *samtykkeerklæring*²¹. Denne erklæringen har som formål å informere deltakerne om studiens hensikt og mulige konsekvenser ved deltakelse (Mohlin, 2008). *Samtykkeerklæringen* inneholder også et viktig punkt om frivillighet, som opplyser deltakerne om at hun kan når som helst trekke seg ut av studien uten noen konsekvenser. Dette ble det igjen opplyst om ved intervju. Vi gikk muntlig gjennom *samtykkeerklæringen* på slutten av første samling. Deltakerne tok med seg skrivet hjem, slik at de kunne ta valget om å signere i en rolig, ikke-presset situasjon. Samtlige deltakere tok med seg *samtykkeerklæringen* signert neste time. Gruppen bestod av voksne, kompetente mennesker som ble godt informert om studien, jeg anser derfor deres samtykke som gyldig (Mohlin, 2008).

Å lede en gruppe alene i rollen som musikkterapeut var en ny opplevelse for meg. Gruppen var klar over min rolle som musikkterapistudent, og at prosjektet også var en del av min læringsprosess. Med utdannelsen på studiet, tett oppfølging av veiledere og med tydelighet om min rolle ovenfor deltakerne, opplevde jeg at jeg hadde tilstrekkelig kompetanse til å gjennomføre prosjektet, som Dileo (2000) trekker frem som et etisk aspekt.

Fangen (2004) skriver at «Konfidensialitet i forskningen vil si at du ikke skal offentliggjøre data som kan avsløre den personlige identiteten til dem du skriver om» (s.158). Da så mange som 30% av befolkningen i Norge blir rammet av kroniske smerter (Folkehelseinstituttet, 2015) anser jeg ikke denne brukergruppen som spesielt gjennomiktig. For å sikre deltakernes konfidensialitet i datamaterialet og publikasjonen har jeg endret deres navn. Dette ble gjort før tilbudets oppstart, og deres fiktive navn ble brukt i notater gjort under samlinger, loggføring, refleksjonsnotat, og i transkripsjonen av intervjuer.

²¹ Se Vedlegg 4: Samtykkeerklæring.

3.5.1.1 Deltakerne, personvern, kjønn

Gruppen bestod av 1 mann og 5 kvinner. For å sikre mannens identitet har han i denne oppgaven fått et kvinnenavn og *hun* vil derfor bli brukt gjennomgående i oppgaven. I vårt samfunn eksisterer fortsatt kjønnsstereotyper, det er derfor spesielle oppfatninger av hva som er mannlig eller kvinnelig. Jeg er klar over at endringen av kjønn kan farge hvordan man leser oppgaven og dens resultater. På tross av nyanser som kan gå tapt anser jeg anonymiseringen av deltakeren på denne måten som det etisk riktige å gjøre. Deltakernes ekte navn og kontaktinformasjon ble oppbevart separat fra datamaterialet. Etter hver samling ble logg og refleksjonsnotat skrevet på data med avslått internettforbindelse. Datamaterialet ble oppbevart på to eksterne harddisker, en brukt i arbeidet, den andre som back-up. Disse ble oppbevart sammen med annet skriftlig materiale bak minst fire låste rom og skap. Muligheten for å kjenne igjen deltakerne anses som svært liten.

3.5.1.2 Makt

Jeg foretok alle intervjuer og det å skulle gi ærlige svar på spørsmål ansikt til ansikt med personen som har ledet tilbudet kan utvilsomt være utfordrende. I intervjusituasjonen etterstrebet jeg å skape en atmosfære hvor vi hadde en naturlig samtale om *Smertesangtilbudet*, og jeg forsøkte å vise at alle former for tilbakemeldinger var berikende. Selv med mitt ønske om å skape en mest mulig avslappet stemning, må det påpekes at dette var ingen hverdagslig samtale, men en samtale hvor jeg hadde invitert og definert intervjusituasjonen og hadde ansvaret for å holde i trådene. Jeg stilte spørsmålene, bestemte hvilke svar jeg ville følge opp og når samtalen skulle avsluttes. På denne måten hadde jeg makten over utviklingen av samtalen. Hensikten med intervjuet var på bakgrunn av mine forskningsinteresser og jeg satt på fordelen med å fortolke utsagnene i etterkant. Det kan derfor sies at en asymmetrisk maktrelasjon var tilstede i intervjuet. Muligens kan deltakerene ha holdt tilbake informasjon som en slags *motkontroll* (Kvale & Brinkmann, 2010), og som følge av dette kan jeg ha gått glipp av nyanser som deltakerne ville ha delt hvis en annen person hadde ledet intervjuet. For å redusere den skjeve maktbalansen var ikke intervjuet bare en samtale hvor jeg spurte

spørsmål og informantene svarte, men informantene spurte også meg spørsmål under intervjuet og vi kunne også diskutere og reflektere over opplevelsen av *Smertesangtilbudet* sammen.

3.5.2 Metodekritikk

I dette prosjektet har jeg vært både musikkterapistudent, gruppeleder og forsker. Deltakerne var klar over at tilbudet var en del av en forskningsstudie og at jeg ville samle materiale fra samlingene, men jeg ønsket at tilbudet med dets aktiviteter og menneskemøter skulle være i front. På bakgrunn av dette møtte jeg deltakerne først og fremst som musikkterapeut, uformell leder og person. De har uttrykt at det var avgjørende at jeg var der som person, med egenskaper som empati, åpenhet og fleksibilitet for å skape trygghet i gruppen og til musikken. Man kan da undre seg om det faktisk var en nødvendighet at forskerrollen trådte i bakgrunnen for innhenting dataene? Selv om deltakerne var klar over at dette var et forskningsprosjekt, ønsket jeg ikke at de skulle få opplevelsen av å være *forskningssubjekter*. Sammen skulle vi oppleve og utforske, og gjennom dette skulle dataene samles. Forskeren var selvfølgelig tilstede i innsamlingen av datamaterialet og organisering av dette, men det var først i prosessen med transkriberingen at forskeren steg tydelig frem. Det er umulig å fullstendig legge bort sine andre roller, man må derfor innse at forskerrollen blir til en viss grad farget av musikkterapeuten og gruppelederen. I følge Malterud (2011) kan bevissthet rundt forskerens forforståelse, identitet og bakgrunn være med på å forebygge dette. Jeg har jobbet for å skape en hensiktsmessig avstand, slik at jeg kunne møte datamaterialet mest mulig åpent, men også benyttet meg av styrkene ved å være forskningsinstrumentet.

Likevel må den manglende avstanden mellom deltaker og forsker diskuteres. Man kan sette spørsmålsteget ved hvordan dette påvirket deltakerne. Jeg skrev notater under samlingene og jeg var den som intervjuet deltakerne i etterkant. Hvordan påvirket dette deltakerne, og med det datamaterialet? Ønsket de å gi meg «positivt» datamateriale? Gjennom prosjektet har jeg, som tidligere nevnt, opplevd deltakerne som ærlige. De har

gitt både positive tilbakemeldinger og kritikk, og de har vært åpne for å dele ulike meninger med meg og med resten av gruppen. Dog må man spørre seg om musikkopplevelsene kan ha hatt innvirkning på hva deltakerne har sagt under samlingene, på den måten at musikken kan ha skapt positive følelser og med det gitt et ensidig positivt syn på tilbudet. Ved å ha intervju etter avslutningen av tilbudet fikk de også mulighet til å uttrykke seg om tilbudet uten påvirkning av musikkopplevelsen.

I alle samlingene tok jeg notater som ble en del av loggen jeg skrev etter hver time. Jeg spurte gruppen om hvordan de opplevde dette. De uttrykte at dette ikke var noe de tenkte over. Min opplevelse er at loggskrivningen ikke ødela flyten i samtalen da den fløt naturlig uten min ledelse. En annen mulighet hadde vært å ta lydopptak, men jeg valgte dette bevisst bort av hensyn til deltakerne. De var i en helt ny situasjon med andre mennesker, hvor de delte personlige ting både verbalt og gjennom musikken. Dette kan oppleves sårbart. Jeg ønsket at deltakerne skulle være i musikken, og ikke fokusere på hvordan den hørtes ut. Lydopptak hadde muligens gitt meg et rikere datamateriale fra selve samlingene. Dog, kunne lydfesting av møtene ført til at deltakerne hadde begrenset seg både musikalsk og verbalt, slik at jeg ikke hadde fått tilgang på den samme informasjonen.

Ved at jeg har vært leder av gruppen og forskningsinstrumentet har mine styrker og svakheter påvirket utførelsen og dermed funnene av denne studien. En annen forsker ville kanskje høstet andre resultater enn det jeg har kommet frem til. Jeg vil derfor påpeke at denne oppgaven er et perspektiv ut av mange perspektiver.

3.5.3 Reliabilitet og validitet

Innenfor kvantitativ forskning er reliabilitet koblet til kriteriet om repliserbarhet. Dataene i kvalitativ forskning utvikler seg ofte i samarbeid mellom forsker og forskningssubjekt(er), dette kriteriet blir derfor vanskelig å oppfylle, da det baserer seg på et forskningsprinsipp hvor forskeren er uavhengig i forhold til deltakerne (Thagaard, 2009). Forsknings situasjonen kan aldri bli lik, repliserbarhet er derfor umulig. Dette blir derfor

innen kvalitativ forskning erstattet med reliabilitet. Knyttet til reliabilitet er spørsmål om forskningen har blitt utført på en pålitelig og tillitsvekkende måte (Thagaard 2009, s. 198). For å avgjøre om forskningen nettopp har det, kreves det at forskningsprosessen er transparent. Jeg har gjennom dette kapittelet redegjort for metoder og analyseprosess for å imøtekomme dette kriteriet. På den måten kan andre forskere følge fremgangsmåten i denne studien.

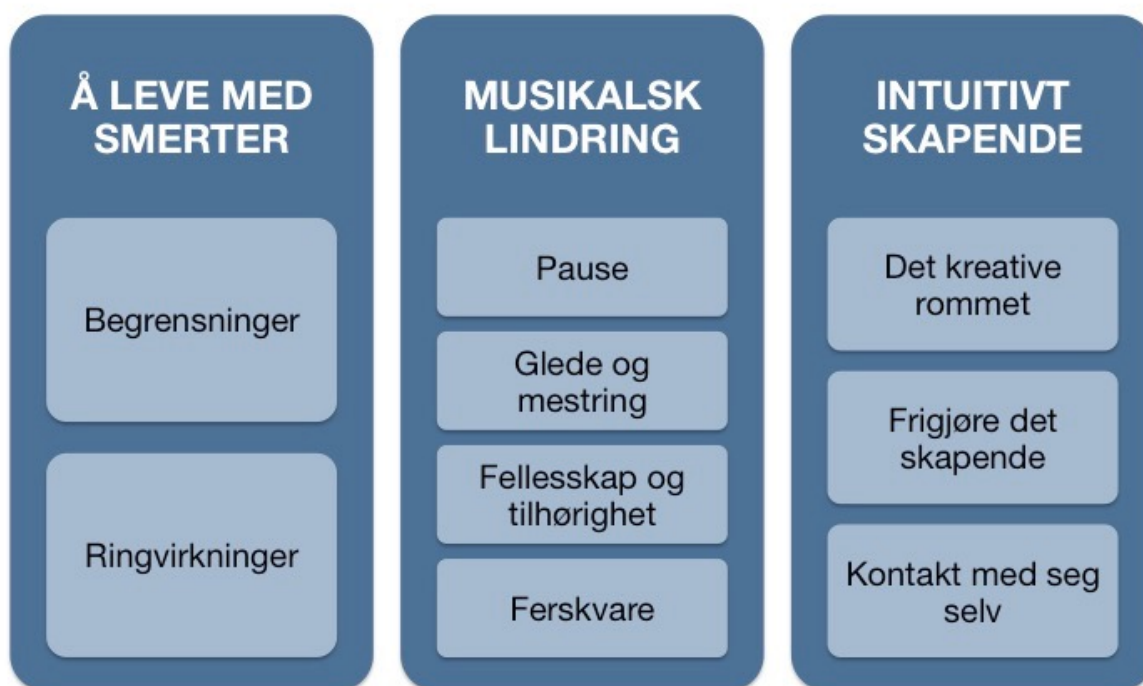
Reliabilitet er koblet mot innsamlingen av dataene, mens validitet handler om tolkningen av data og gyldigheten tolkningene har (Thagaard, 2009). Hva kan jeg faktisk si noe om ved hjelp av materialet og metodene? Og er den tolkningen jeg har kommet frem til gyldig i forhold til deltakernes opplevelse? Igjen blir begrepet gjennomsiktighet viktig. Tanken om den nøytrale forskeren er avvist av moderne vitenskapsteori, spørsmålet er ikke lenger om forskeren påvirker, men hvordan (Malterud 2011, s.37). I gjennomføringen av denne studien har jeg kontinuerlig stoppet opp, stilt spørsmål, tvilt og reflektert rundt valgene jeg har tatt. Selv om det er tøft å hele tiden granske seg selv, anser jeg dette som noe positivt innenfor denne sammenhengen. Jeg har spurt meg selv hvilke briller jeg har lest materialet med og hvordan min bakgrunn har farget valgene mine. For å validere funnene mine har jeg systematisk og kritisk lest gjennom alt av råmaterialet for å lete etter utsagn som kan motbevise resultatene jeg har kommet frem til. I innledningskapittelet er jeg transparent i forhold til min egen bakgrunn og motivasjon for prosjektet, og teoretisk gjennomsiktighet blir dekket i kapittel 2, hvor jeg beskriver min teoretiske bakgrunn. Ved dette redegjør jeg for prosessen og grunnlaget for konklusjonene jeg har fattet.

Som forsker og musikkterapeut var jeg utenforstående i forhold til feltet jeg skulle studere. Dette skaper både styrker og svakheter. Med en mer etablert posisjon innenfor feltet ville jeg kanskje hatt en dypere forståelse av deltakernes opplevelser. Samtidig gjorde uvitenheten meg mer åpen for å tilegne meg forståelse gjennom deltakernes beskrivelser. Jeg jobbet også med å være transparent ovenfor deltakerne, slik at jeg sjekket ut med dem om jeg hadde oppfattet deres beskrivelser riktig, på den måten

kunne jeg redusere avstanden mellom beskrivelse og tolkning. Ved usikkerhet under analyseringen av datamaterialet foretok jeg deltakersjekk via telefon for å korrigere eller bekrefte min tolkning.

4. RESULTATER

Formålet med studien var som sagt å undersøke deltakernes opplevelse av musikkterapitilbudet, *Smertesang*. I det følgende vil jeg legge frem hovedfunnene fra dataanalysen. Jeg har kommet frem til tre hovedkategorier, som blir belyst fra ulike sider gjennom underkategorier. Funnene blir presentert med en kort introduksjon av hovedkategorien, deretter blir underkategorien presentert først som kondensert sitat, etterfulgt av en mer utfyllende presentasjon gjennom deltakernes sitater, bundet sammen med mine kommentarer. Sitater fra logg (L) og deltakernes refleksjonsnotater (R) er markerte, sitater uten merknad er fra de individuelle semi-strukturerte intervjuene. Kategoriene er som følger:



Figur 1. Oversikt over resultat kategorier.

4.1 «Å leve med smerter»

For å forstå deltakernes opplevelser av *Smertesanggruppen* er det viktig å få et innblikk i hvordan det er å leve med kroniske smerter for akkurat disse menneskene. Dette vil bli presentert gjennom underkategoriene *begrensninger* og *ringvirkninger*.

4.1.1 Begrensninger

Jeg blir så sinna på kroppen min, for den fikser ikke det jeg har lyst til. Det er en sånn konstant kamp mot smerter. Det å ha vondt er normalt tilstand. Jeg er redd for hvor mye smerter jeg får av å gjøre ting, derfor må jeg hele tiden ta bevisste valg, for alt jeg gjør har konsekvenser. (Kondensert sitat)

Flere av deltakerne forteller om et liv med store smerter, hvor smertesignaler går hele tiden. Det å leve med disse smertene beskriver deltakerne som «det vanlige». De forteller om en bevissthet rundt hvor mye de kan gjøre og hva eventuelt utfallet blir. En i gruppa beskriver denne tankegang som negativ i seg selv, da frykt og forventninger om smerter styrer livet, noe som fører til at man setter store begrensninger for seg selv:

Måten å takle det på var å si nei til alt jeg ble dårlig av. Det vil si at det gikk noen år, til slutt kunne jeg ikke gjøre noen ting. Det er jo negativt i seg selv. Man sitter jo og råtner.

Deltakerne forteller at smertene lager begrensninger i livene deres, ved at de ikke får til alt de ønsker å gjøre, og at det kan være sårt å ikke få til det man klarte før livet med smerte. En deltaker beskriver en todelt opplevelse av seg selv:

For jeg opplever kroppen mye som en motstander, jeg krangler mye med kroppen min. Den lever sitt eget liv, og jeg lever, eller jeg prøver å leve mitt liv. Og noen ganger så er vi enige og stort sett så er vi ganske uenige.

4.1.2 Ringvirkninger

Smertene preger jo livet ditt med tanker, depresjon, isolering og utenforskap. Så selv om smertene kanskje er 20% så fargelegger det hele livet. Derfor kan dager med lavt smertenivå være vanskeligere enn dager med store smerter. Jeg føler meg annerledes enn andre, og da jeg falt ut av arbeidslivet ble jeg så usynlig, jeg var ikke lenger en del av noe. Ved å gå så mye alene er jeg i ubalanse. Man blir så lei av å sitte å tenke på smertene og alle dens følger, og når jeg gjør det så bare baller det på seg. Da begynner jeg å stramme meg og får enda mer vondt, alt blir feil. (Kondensert sitat)

Deltakerne beskriver smerte som en subjektiv opplevelse, som kan være psykisk og emosjonell, så vel som fysisk. Alle deltakerne uttrykker med forskjellige ord at det å leve med kroniske smerter har negativ virkning på resten av livet. En deltaker beskriver hvordan smertene påvirker alt rundt:

For det er masse dritt rundt smerten.

Samtlige deltakere er uføre grunnet smerter, noe som innebærer at de ikke er aktive i arbeidslivet. Ved å ikke leve det livet som mange andre lever og det å ha utfordringer som friske mennesker ikke har, kan skape en følelse av å være annerledes. Flere forteller at de har mistet mange roller ved å falle ut av arbeidslivet og storsamfunnet, og mange føler at de ble usynlige da de ble uføretrygdet:

...det å bare bli mindre og mindre viktig, og bare bli mindre og mindre interessant, mindre og mindre, bare mindre, bare forsvinne.

Deltakerne forteller at de føler seg annerledes enn friske mennesker og at det er vanskelig for dem å ta plass med hele seg. Smertene er ikke synlige, derfor kan det være lett for andre å glemme at de har smerter, eller det kan være vanskelig å forstå at de har smerter. Deltakerne beskriver også hvordan smertene kan føre til at man tar en

offerrolle, noe som blir et hinder for å være seg selv. Flere beskriver hvordan dette kan komme frem i grupper hvor flere med smerter er samlet:

Kan oppstå litt sånn form for konkurransevirkosomhet om hvem som har det verst.

Noen deltakere beskriver en livssituasjon hvor det er utfordrende å komme seg ut å treffe folk. Smertene kan føre til en mangel på sosial kontakt. En deltaker sier det slik:

Når du er så mye alene, så er du faktisk i konstant ubalanse. Vis a vis det fellesmenneskelige. (...) Du blir din egen speilvegg.

Som følge av blant annet en vanskelig livssituasjon og store smerter har flere av deltakerne vært deprimerte eller følt på depresjonsfølelser. En av deltakerne beskriver hvorfor hun kan kjenne på slike depresjonsfølelser:

Jeg er ikke deprimert i sånn måte, men man kan få sånne former for depresjonsfølelser som ligner på depresjon, fordi man har fått for lite søvn, har mye smerter, man blir også påvirket av å spise alle smertestillende hele tiden, man blir jo litt koko av det.

4.2 Musikalsk lindring

Deltakerne beskriver hvordan musikken har gitt lindring i form av utkobling av kropp og tanker, hvordan musikken har gitt de positivt påfyll og musikalsk fellesskap. Dog, forteller de også om hvordan disse virkningen har en utløpsdato.

4.2.1 Pause

I improvisasjonene fikk jeg en annen bevissthet, og det gjorde at jeg kobla ut smertene. Fokuset gikk så dypt at alt annet ble blokkert. Vi bare ble en sånn felles lydbølge. Jeg koblet ut meg selv og fokuserte bare på lydene. Det var så deilig! Da hadde jeg fravær av smerte og det er jo lykken! Når vi er i musikken så bare glemmer jeg kroppen min. Jeg føler egentlig at jeg går litt sånn ut av kroppen, og det er så deilig å bare få litt sånn fri. Det er så bra å komme seg vekk fra tankene. Bare gå inn i musikken og få litt frihet fra det negative.

(Kondensert sitat)

Mange uttrykker at de er lei av å kjenne på kroppen, da dette er noe de gjør ufrivillig hele tiden. Det er viktig for deltakerne å presisere at de er mer enn smertene sine. Gjennom den *intuitive sangen* kan de kjenne på andre ting enn kroppen sin og ta en pause fra sin normaltilstand. Flere uttrykker at gjennom sangen kunne de koble ut smertene og glemme seg selv og kroppen sin. En deltaker forteller:

Jeg kommer og har litt sånn vondt og er sånn bakpå. Men det hjelper altså, for det er et eller annet det blokkerer bort. Blokkerte bort den bevisstheten jeg har i forhold til hvor jeg har vondt. Den bevisstheten, den går hele tiden med kroppen. Så den blokkerte det bort. Så jeg glemte hele kroppen min. Og så var jeg så i meg og var fylt med masse energi. God energi.

I diskusjoner i gruppa og i intervjuene har spørsmålet om kropp kommet opp.

Deltakerne er tydelige på at de opplever å gå ut av kroppen og flere uttrykker at de går inn i noe annet:

Når vi har gått ordentlig inn i, og vi blir sånn organisk lydgruppe, da er vi jo utenfor kroppen. Da vet jeg ikke hvor jeg er, for da går jeg så langt inn i det. Så da blir det så deilig og sånn «her er det deilig å være». Et annet rom.

Slike øyeblikk av å få frihet fra kroppen og få fri fra sin normaltilstand kan føre til positive kroppsopplevelser, noe som deltakerne beskriver som en sjeldenhet. Etter en *smertesangaktivitet* sa en deltaker:

Jeg blir glad i kroppen. Jeg koblet ut smertene. Det var bare hodet og lyden. (L)

Med ulike ord har deltakerne beskrevet en form for fysisk smertelindring gjennom å være skapende i seg selv med en gruppe. Fellesnevneren blant utsagnene har vært en form for fokusskifte. Selv med store smerter har deltakere uttrykt at sangen har tilbudt smertelindring:

Egentlig tenkte jeg at nå er jeg så dårlig at jeg har bare lyst til å ligge i en sånn fosterstilling i senga. Men så gikk det over. Jeg glemte det, fordi vi fokuserte på noe annet. Vi fokusert på å lage lyd og på sånne ting, og da glemte jeg smerten.

Vi ser at *Smertesanggruppen* uttrykker at de kobler ut seg selv ved å gå inn i det kreative rommet. Denne transformasjonen gjennom musikken gir mange av deltakerne assosiasjoner til meditasjon og mindfulness, noe som jeg igjen kobler til en endret sinnstilstand. I tillegg til å oppleve frihet fra kroppen og smerten beskriver mange at man kobler ut negative tanker, f.eks. tanker om smertene og alle dens følger. En deltaker beskriver musikkens lindring slik:

Deilig å slå av lyset og flyte litt. Frihet fra det negative. (L)

4.2.2 Glede og mestring

Dette er morsomt og gøy! Jeg blir så glad av dette og glede hjelper på smertene, da blir summen av meg annerledes. Selv om jeg har smerter så har jeg gleden også. Da fyller ikke smertene hele rommet. Jeg opplever at jeg har fått påfyll av det positive her i *Smertesang*, så jeg har gleda meg hver gang. Det er så godt å ha noe lystbetont å se fram mot. Jeg føler det kan være lindrende å utsette seg for utfordringer, for ellers blir livet så begrenset. Her har jeg fått utfordra meg og jeg venner meg til at jeg klarer mer og mer, grensa har flytta seg litt. Det er mye jeg kan likevel, jeg har faktisk muligheter! (Kondensert sitat)

Hverdagssituasjoner for deltakerne er ofte assosiert med smerte og forventninger om smerte. I følge deltakerne har kroniske smerter negative ringvirkninger i form av negative tanker, depresjonsfølelser, isolasjon, ensomhet og fare for å gjøre smertene til sin identitet. Deltakerne trekker frem viktigheten av å få påfyll av positive aktiviteter for at smertene ikke skal ta over:

Hvis du ikke hadde fylt no meningsfylt sånn som dette, og du tenker at livet og hverdagen er et rom, så er hele rommet fylt av den smerten, selv om ikke smerten opptar mer enn 20%.

Mange vektlegger at det er lindring i positive emosjoner, som glede, og at dette er en slags resiliens mot en utfordrende normaltilstand, slik at påfyll av gode følelsesopplevelser gir en motstand mot det som er vanskelig:

Dette gir meg mye glede! Da blir det ikke så tungt selv om det er en mørk og trist dag! (R)

Flere deltakere forteller at *Smertesanggruppen* har vært et lyspunkt i uka, som de kan se frem mot og glede seg til. En beskriver hverdagssituasjonen slik:

Det er ikke så ofte at man, særlig ikke hvis man er kronisk sjuk, at man har sånne lystbetonte ting som kommer veldig jevnlig.

En annen forteller at å gå på *Smertesang* krever liten innsats, men gir stor gevinst, og at det hjelper henne å komme seg opp og ut:

Jeg hadde bare ligget i senga i dag hvis det ikke hadde vært for Smertesang. (L)

Istedenfor å fokusere på hvordan den fysiske dagsformen er, kjenne etter hvor man har vondt og tenke på det som er vanskelig, så beskriver deltakerne at de heller tenker på at man skal på *Smertesang* og at de gleder seg til det. Slik fyller de på med det positive istedenfor det negative:

Det positive da blir jeg jo sterk og glad og det blir god sirkel. Og det opplever jeg å ha fått på Smertesang da.

Å utfordre seg åpner opp for mestring og glede. Det å våge og utfordre seg har ført til at flere deltakere opplever at de har blitt mer kjent med seg selv og blitt bevisstgjort deres egne grenser og muligheter:

Fått meg til å, ja lufta ut litt. Og kjenner at jeg har litt mer muligheter, litt mer lyst, litt mer lov til å leve litt mer. (...) Det er faktisk masse muligheter likevel. Hvis du bare orker og våger. Finnes gode ting. Det finnes gnister, finnes lyst. Finnes muligheter. Ikke bare negativt.

I følge deltakerne kan det derfor være lindring i å utfordre seg selv. Jeg tolker det slik at dette kan åpne opp for mestring, og skape et større handlingsrom. En beskriver viktigheten av utfordringer:

Det blir så grusomt trangt rundt seg hvis man ikke skal utsette seg for noen utfordringer. Og i det så kan det bety det at man får smerte eller man blir helt kaputt etterpå. Men allikevel kan det være lindrende da.

Gjennom den *intuitive sangen* kan deltakerne utfordre seg og komme i kontakt med egen kreativitet og skaperkraft som kan være en viktig del av å bygge selvtillit, velvære og redusere symptomer:

Men så fikk jeg jobbet med selvtilliten og jobbet litt med det å tørre og det å lage dine egne lyder som ingen andre har fortalt deg eller ingen andre har vist deg.

4.2.3 Fellesskap og tilhørighet

Det å være sosial henger jo også sammen med smerten, siden den hører til livet mitt. Jeg fikk kommet meg ut, brukt meg selv og vært et medmenneske igjen. Det er så fint å være en del av noe og føle at man ikke bare forsvinner. Å oppleve at min stemme også er viktig. Ved å være med andre mennesker fikk jeg nye opplevelser og tanker om meg selv, og samtidig som jeg lærte av de andre. Det har vært en sånn åpen, fleksibel atmosfære. Her kunne jeg komme og være hele meg, vanligvis opplever jeg at det kan være vanskelig. Det har vært så deilig å ikke føle seg unormal. Jeg trengte ikke å være redd for å bli dårlig, for det hadde vært greit, og de andre deltakerne i *Smertesang* hadde forstått det. (Kondensert sitat)

For alle deltakerne har en konsekvens av smertene vært å falle ut av arbeidslivet. Dette kan igjen føre til negative psykososiale ringvirkninger. På grunn av store eller konstante smerter kan det være utfordrende å treffe andre mennesker. Flere beskriver *Smertesanggruppen* som en hjelp til å ta seg over en terskel de ofte ikke kommer over i utenforskapet. Det å komme seg ut, være en del av et fellesskap og ha tilhørighet til andre kommer fram som viktig for å ha det bra:

Det å få speilet seg er viktig for oss som er litt utenfor, ikke sant. Få berøring, tilknytning med noen utenfor seg selv.

Mange sier at det å være en del av en helhet er noe de mister når de ikke lenger er i jobb. Ved å ikke ha en naturlig plass i storsamfunnet opplever noen at de har mistet sin stemme:

Så det har vært så deilig å være en del av en helhet og være med og ha noe å si, og at man hører på meg og.

En deltaker oppsummerer *Smertesanggruppen* slik:

Det vi holdt på med handlet om fellesskap og noe som er større enn oss.

Flere føler at det kan være utfordrende å være seg selv fullt ut blant andre mennesker. Følelsen av at folk ikke forstår dem, at de er annerledes og at andre personer er lei av å høre om deres vanskelige og uforanderlige situasjon, fører til at de ikke opplever at de tar plass med hele seg. Under en samling uttrykte en deltaker at hun opplever at hun kan være fri fra smerter i *Smertesanggruppen*, nettopp fordi det er lov å ta med smertene. Fokus ligger ikke på at de skal gjemme bort eller spille en rolle hvor de er lik friske personer, men man kan være seg selv. En deltaker opplever det vanligvis som slitsomt å ta plass, men i gruppen fikk hun en annen opplevelse:

Her er det lov å ta med smertene. Det å komme seg ut! Vi er levende mennesker vi og! Vi har rett til å være med vi og! Vondt å ikke klare det andre gjør. Her tar jeg plass, istedenfor å stille meg bak.

Alle i gruppen uttrykker at det har vært gøy, morsomt og godt å skape sammen med andre. I sangen hadde deltakerne opplevelser av at summen ble større enn delene:

Både oppleve det du gjør selv, og oppleve at det blir synergi. Eller akkurat som vi smelter sammen i en større helhet av gruppa.

Det kan virke som at gruppeaspektet har vært viktig for deltakerne. Noen har uttrykt at de kan prøve å gjøre det alene, men at de føler at det ikke blir det samme. En deltaker sa det slik:

Jeg har ikke lyst til å gjøre alene, jeg har lyst til å gjøre sammen med andre, for det er gøy!

En annen opplever at det å skape uten gruppa understreker følelsen av å være alene:

Det blir så stille, ikke sant. Det understreker stillheten på en måte.

4.2.4 Ferskvare

Mens vi laga musikk så hadde jeg opplevelser av smertefrihet. Det er så deilig med sånne friminutt. Smertesang har flere positive effekter, men det er nok ting som må vedlikeholdes. (Kondensert sitat)

Det kan virke ut som at smertelindringen er en slags ferskvare, som bare gjelder under selve improvisasjonen. Kanskje man kan tenke seg at smertene kom i bakgrunnen og musikken kom i front. En deltaker beskriver opplevelsen av å gå ut av musikk slik:

Som jeg sa sist gang, jeg følte meg varm. Helt sånn innvendig, og når vi var ute av det, klikka ut av det, så var jeg inne tilbake i romtemperatur og smerten i foten kicka inn med en gang.

Musikkens virkning på smertene vedvarer altså ikke. Også de andre effektene av *Smertesangaktivitetene* og *gruppen* har en viss holdbarhet, i følge denne deltakeren:

Såne ting som tar deg opp og ut, dele og være sosial, det gjør noe, men det er nok en sånn utløpsdato, ferskvaregreie, i betydningen at det må holdes ved like.

4.3 Intuitivt skapende

I samlingene var hovedmetoden *intuitiv sang*. Denne kategorien belyser hva som må til for å delta i det kreative rommet, hvordan deltakerne opplever å være skapende både i seg selv og sammen med andre, og hvordan det påvirker dem.

4.3.1 Det kreative rommet

Gjennom sang og musikk blir jeg fylt samtidig som jeg får ting ut. Det er så deilig å være en del av musikken, og den gir en annen refleksjon enn ord. Jeg får en mer helhetlig opplevelse av meg selv gjennom å være kreativ. Det er nesten litt sånn meditativt. (Kondensert sitat)

Flere av deltakerne opplever sangen som en kanal hvor man kan ventilere, samtidig som man får påfyll. Mange har sagt at det føles sunt og helsebringende å være kreativ. Ved å gå inn i den *intuitive sangen* følte mange at de kom i kontakt med noe som er større enn dem selv. Flere beskrev det som opplevelser av rus, mindfulness eller magi:

Man plutselig bare «Wow, hva skjedde her nå? Dette var mer enn jeg gjorde og du gjorde. Wow, hørte dere det?» Og den magien der, den tror jeg faktisk har verdi i seg selv jeg.

Deltakerne sier at musikken gir en annen refleksjon enn ord, og at den kan gi en annen opplevelse av kroppen og en mer samlet opplevelse av seg selv. En deltaker trekker fram at kreativiteten er fri for smerten:

Det handla egentlig bare om egen kreativitet, og den kan jo leve sitt helt eget, ålreite liv den.

I gruppa er det mange som opplever en sammensmeltning gjennom felles vokalimprovisasjon. Flere har nevnt meditasjon og mindfulness for å beskrive opplevelsen av den *intuitive sangen*. Under en samling skildrer en deltaker følelsen av felles tilstedeværelse gjennom øyeblikket:

I det vi begynner å synge, så er det bare her. Bare her-og-nå. Det som er mellom oss. Bare mellom oss som er i rommet. Det er ingenting annet. (L)

4.3.2 Frigjøre det skapende

Jeg tror man må gi slipp for å få utbytte av det, men da må man tørre og tillate seg. Jeg prøvde å fri meg fra sangidealet og bare utforske stemmen min, for de vurderingsbegrepene er så ødeleggende for meg. (Kondensert sitat)

I samlingene var mye av hovedvekten på den spontane, intuitive sangen. Dette kunne oppleves utfordrende for noen. Andre syntes det var morsomt å eksperimentere og opplevde det som sunt å være i et rom uten fasitsvar:

Det er ikke én sannhet. Og det at vi har skapt det rommet, det danner også mening for meg, det er meningsfylt.

Under samlingene har vi prøvd å utvide synet på sang og stemmebruk. Deltakerne har snakket mye om klanglige idealer og hvordan disse påvirker dem. Ved å slippe sin indre kritiker får man lettere tilgang til det kreative rommet. Flere deltakere tror at det å skape handler mye om å tørre og tillate seg, og at dette må til for å få utbytte. Et par av deltakerne har ytret at de er vant til å kopiere andre, det har derfor vært utfordrende og skummelt å måtte skape selv:

*Jeg har vært en bra kopist. Har prøvd å slippe meg løs, prøvd å utforske.
Kjempedeilig. Bra for selvtilliten. Jeg har faktisk gjort. (L)*

Det å være skapende trekkes frem som meningsfylt, og flere mener at sang er en lystbetont aktivitet og en katalysator for glede. I tillegg sier én at å være skapende oppleves frigjørende:

Det synes jeg virkelig er en stor ting, at det kan være frigjørende. Da er det ikke bare lystbetont eller fint eller positivt eller no sånt. Men frigjørende, det trur jeg må være toppen på kransekaka.

4.3.3 Kontakt med seg selv

Jeg ble så overraska over hvilke lyder som kom ut av meg. Det var akkurat som at jeg ikke bestemte det. Så det har vært en litt annerledes måte å bli kjent med meg selv og kroppen min på, og det har gitt meg nye perspektiver på det å være syk. (Kondensert sitat)

I samlingene har fokuset vært på at det finnes ingen fasit og at deltakerne skal forsøke å la ting komme til dem, gjennom en utforskende holdning. Via denne tilnærming har mange overrasket seg selv:

...det har skjedd masse ting som har kommet overraskende. Jeg tenkte det har ikke vært jeg som har styrt det, det har ikke vært hjemmen min som har styrt no.

Fordi man gjennom den *intuitive sangen* kan oppdage små biter av seg selv og verdenen, så kobler noen det å jobbe med *intuitiv sang* som en form for selvutvikling.

En deltaker føler at lydene hun lager er erkjennelsen av henne selv:

Pluss at det har med identitet å gjøre. Lyden vi holdt på med handla om min egen identitet. Det har kommet vokal og lyd på den, og da trur jeg at så lenge det henger sammen med mine egne narrativer og identiteten min så er det meningsdannende for meg.

En annen deltaker har opplevd tilbudet som en hjelp til å begynne og akseptere seg selv og hennes nye livssituasjon.

Men nå har jeg det mer sånn at nå tenker jeg «vet du hva, nå får jeg bare gjøre det jeg klarer og jeg er bra nok som jeg er. (...) det går litt saktere enn det gjorde før, det er bare noe jeg må venne meg til». Det føler jeg egentlig jeg har gjort litt nå de siste ukene, og at jeg føler at jeg må ta det i mitt tempo og nå er jeg ikke stressa lenger. Nå er jeg sånn, «nå er jeg her».

Som igjen har gitt nytt perspektiv på det å være syk.

...det er ikke verdens undergang å være syk. Jeg er jo ikke «dævsjuk». Jeg kommer ikke til å dø. Det går jo framover, selv om man har en kropp som er litt treig.

Det var overraskende for en deltaker å få dialog med sitt tidligere *jeg* gjennom den *intuitive sangen*. Slike opplevelser kan skape ny innsikt og nye perspektiver. Som sykehusbarn krevde sykdommen at hun måtte bli fort voksen, ved å være fornuftig og godta ulike behandlinger. Gjennom sangen oppsto det en vuggesang til seg selv som barn. Hun uttrykte at for henne var det «dyp psykisk lindring» i å identifisere barnet i seg selv og være den voksne som kunne gi omsorg til barnet gjennom vuggesangen.

Jeg synes det var kjempefint og jeg gleder meg over at det skjedde og at jeg har kommet litt videre og kan på en måte ta det barnet til meg da.

5. DRØFTING

Denne masteroppgaven tar for seg deltakernes opplevelser og beskrivelser av musikkterapigruppa, *Smertesang*. Derfor ønsker studien å besvare følgende problemstilling:

Hvordan beskriver et utvalg personer med kroniske smerter, som er uføre, sine opplevelser av å delta i musikkterapigruppen Smertesang?

Gjennom arbeidet med studien har jeg strebet etter å holde et åpent sinn, slik at deltakernes opplevelser og stemmer kan tre frem. Jeg har spurt meg selv hvilke teorier kan belyse deltakernes opplevelser? I tråd med min eksplorative tilnærming har jeg latt deltakerne lede meg til teorien. Den vil jeg nå «veve» inn sammen med drøftingen. Overordnet peker de tre kategoriene fra resultatene (Å leve med smerter, musikalsk lindring, intuitiv sang) mot eksistensielle overtoner. Det deltakerne snakker om handler i stor grad om hvordan de opplever det å være et menneske, deres livsverden, livslyst, og hvordan deres konstante smerter setter deres menneskelighet på prøve. Empirien har ledet meg mot teoretiske perspektiver som er knyttet til lek, estetikk, flyt og salutogenese. I seg selv er disse teoretiske perspektivene store, jeg vil derfor ikke gå for dypt inn i de enkelte, men trekke ut aspekter ved disse og hvordan de er brukt i musikkterapiteori.

5.1 «Å leve med smerter»

Deltakerne i *Smertesanggruppen* har kroniske smerter som følge av sykdom, skader og mer diffuse årsaker. Det er ulikt hvor lenge hver deltaker har levd med smerter, men det strekker seg fra et par år til flere tiår. Noen av aspektene i litteraturen²² jeg trekker frem kan jeg kjenne igjen hos deltakerne, mens andre ting kan ikke sies å gjelde for dem.

²² I kapittel 2 gir jeg en kort innføring i kroniske smerter, se 2.4 Kroniske smerter.

Litteratur (f.eks. Frølich, 2011) jeg har vært gjennom i arbeidet med denne oppgaven har beskrevet kroniske smerter som en lidelse som påvirker mange aspekter av livet til den som rammes. Særlig trekkes den biopsykososiale modellen inn, hvor kroniske smerter er et komplekst samspill mellom fysiske, psykiske og sosiale aspekter som er i et konstant påvirkningsforhold (Nordtvedt & Rustøen, 2016). Kroniske smerter påvirker derfor ikke bare kroppen, men også tanker, relasjoner og følelser, som igjen påvirker smertene. Folkehelseinstituttet (2015) beskriver kroniske smerter som en lidelse som kan ta over hele personens oppmerksomhet, og på den måten kan den true individets eksistens. Flere deltakere beskriver kroniske smerter som en lidelse som innebærer tap. Dette er f.eks. tap av funksjoner, sosial omgang og tap av drømmer og frihet. Mange forteller om å miste roller, som f.eks. å være kollega, den som passer på andre, hun som elsker å gå tur på hytta. Livet blir snudd på hodet, og alt man klarte før kan nå være umulig eller ekstremt krevende. Dette kan være vanskelig å akseptere. Deltakerne i denne studien virker å være bevisste på dette og forteller om hvor viktig det er med påfyll av meningsfulle aktiviteter. Det er kanskje nettopp derfor de har meldt seg på *Smertesanggruppen*? Det kan virke som at positive følelsesopplevelser kan fungere som en motstandskraft (eng. resilience) i mer utfordrende perioder, for selv om de til tider opplever å få smerter etter å gjøre slike meningsfulle aktiviteter, beskriver de det som lindrende, da de «lever på» denne gode opplevelsen og kan tenke tilbake på den.

Nordtvedt & Rustøen (2016) mener at kroniske smerter har en klar eksistensiell side når smertene utfordrer «pasientens eksistens, deres kroppsbilde og deres egen forståelse av forholdet mellom det kroppslige og det mentale» (s.145). Eksistensielle aspekter har vist seg å bli viktig i min studie. Deltakerne forteller om en dualisme mellom kropp og sinn, hvor kroppen blir sett på som en motstander eller som et hinder i deres utfoldelse. En deltaker beskriver livet som en splittelse mellom kropp, tanker, vilje og følelser. Det kan virke som at de opplever en slags selvkonflikt mellom å leve meningsfullt her-og-nå og smertens begrensninger på livet. Selv om deltakerne virker bevisst på å ikke la smertene ta over, beskriver de også en tankegang hvor de hele tiden veier for og i mot konsekvensene av valgene man tar. Dette kan være av frykt og forventninger om smerte, noe som Reme et al. (2015) mener kan øke eller generere mer smerte.

Oppmerksomhet mot smerten kan igjen øke smerteopplevelsen ved å føre til smerteatferd (Frølich 2011; Koenig et al. 2013). Slik atferd kan være blant annet kroppsbevegelser som f.eks. uvanlig gange for å unngå å skape mer smerte, noe som i realiteten fører til mer smerte. En deltaker beskriver hvordan slik atferd kan bli en ond sirkel:

Altså når jeg har det vondt så tenker jeg negativt og da blir det sånn, «åå fader nå er det sånn igjen», og da kan jeg drive å spenne meg litt og så kan jeg gjøre litt sånn feil ting, og så blir alt feil.

Dette sitatet viser hvordan tanker og følelser påvirker det fysiske ved å skape kroppslige reaksjoner. Smerteatferd kan også være uttrykk som gråt, stønning, skrik o.l.. Koenig et al. (2013) og Selm (1991) mener kroniske smertepasienter er mindre uttrykksfulle i ansiktsuttrykk og gester, og kan ha utfordringer med å uttrykke indre emosjonelle tilstander.

I *Smertesanggruppen* opplevde jeg at når deltakerne snakket om sin livssituasjon, så var de behersket uten å vise noen følelsesmessige reaksjoner. Hvis de kom med store smerter til samlingen, kunne de oppleves som litt tilbaketrukne og stille, men dette løsnet vanligvis etter første aktivitet. Derimot kunne de snakke om fortid med selvmordstanker, brå forandring av livssituasjon, et begrenset liv, depresjon, vanskelig barndom og andre ting uten at kropp og ansiktsuttrykk formidlet at dette var vanskelige temaer. Frølich (2011) trekker frem at dette er problematisk da det kan skape forvirring for blant annet behandlere, og så tvil om smertene er reelle. På en side kan det tyde på en avstengt kontakt med, eller at man lever på siden av seg selv. Jeg mener dog at en slik følelsesmessig passivitet som Koenig et al. (2013) og Selm (1991) beskriver er naturlig, som en slags mestring av livssituasjonen. Ved at vanskelige følelser hele tiden skal ta stor plass blir det vanskelig å gi plass til noe annet. Det interessante er likevel at deltakerne kunne bli rørt eller ha andre følelsesmessige reaksjoner når de snakket om positive ting eller viste takknemlighet, som f.eks. som det å bli ivaretatt, opplevelsen av å bli tatt på alvor og å bli sett i *Smertesanggruppen* og hvis de snakket om mennesker

eller ting som betydde mye for dem. Dette forteller meg at deltakerne av *Smertesanggruppen* i aller høyeste grad kan ha kroppslige følelsesmessige reaksjoner. Det at de har vondt og har utfordringer som følge av smerten er deres normaltillstand. Som en del av deres vei mot å akseptere sykdommen kan det virke ut som deltakerne allerede har beveget seg forbi de store følelsesmessige reaksjonene. Det er viktig å påpeke at dette er min tolkning, jeg vet bare det som deltakerne har fortalt og vist i *Smertesanggruppen*. Fjerstad (2005) mener det å ha tilgang til følelsene sine kan være en viktig del av å mestre kroniske smerter. Med min ressursorienterte tilnærming til gruppen følte jeg derimot at det ikke var mitt mandat å skulle konfrontere deltakerne med følelser de ikke var bevisst på eller ikke ønsket å føle på.

Cassell (2005) uttrykker at kroniske smerter er en ensom lidelse, fordi menneskene rundt den med smerter aldri kan forstå fullt ut hvordan det er å lide. Deltakerne av denne studien formidler også dette, og forteller at det er vanskelig å ta plass da kroniske smerter er en «usynlig sykdom» og en uforståelig situasjon for andre. Å falle ut av arbeidslivet har for flere også ført til en opplevelse av å være annerledes og en redusert sosial kontakt. Noen forteller om følelser av skam som hjelpetrengende og fordi man ikke er som «normale» mennesker. Andre forteller om en ubehagelig følelse av å «snylte på samfunnet» ved å motta uføretrygd. Et slikt syn på seg selv mener jeg kan true deltakernes selvoppfatning og redusere deres opplevelse av egen verdi. Det kan virke som at deltakerne av *Smertesang* har et behov for en positiv synlighet ovenfor andre mennesker og seg selv. Ved et slikt behov tenker jeg at det er viktig for mennesker med kroniske smerter å bli møtt som et subjekt og samarbeidende part i behandling, og ikke bare som en gjenstand for behandlerens arbeid.

Smertesanggruppen bekrefter det litteraturen sier om hvilken belastning smerter har på både kropp og psyke (Folkehelseinstituttet, 2015; Frølich 2011). En deltaker sier, «Seriest, jeg har perioder på opptil 9 måneder hvor jeg bare lengter etter å dø» og flere forteller at den psykiske delen av sykdommen kan til tider være tyngre enn de fysiske smertene. En deltaker var deprimert mens tilbudet foregikk, og flere andre har slitt med

depresjon i perioder. En annen sier at hun kan få depresjonslignende følelser som følge av lite søvn grunnet smertene og av å bruke smertestillende. Folkehelseinstituttet (2015) mener det er stor risiko for avhengighet og overdoser ved bruk av legemidler for mennesker med kroniske smerter. Bradt et al. (2016) beskriver det som problematisk at vi ikke har noe annet å tilby kroniske smertepasienter enn legemidler. Flere deltakere forteller at smertestillende er nødvendig, men at det også frarøver dem kontakt med egen kropp, og at man blir litt satt ut av spill (eller «koko», som en deltaker definerer det som) av å bruke dem. En deltaker fortalte at når hun trappet ned på smertestillende så skjønnte hun hvor «bedøva» hun hadde vært. Dette kan kanskje være et signal om at kroniske smertepasienter trenger både noe som bedøver smertene, men at de samtidig trenger noe som engasjerer sansene på en positiv måte?

5.2 Musikalsk lindring

5.2.1 Å glemme seg selv

Deltakerne forteller opptil flere ganger i både samlingene og i de individuelle intervjuene om opplevelser av å «koble seg selv ut», «glemme seg selv» eller «forsvinne» under den *intuitive sangen*. Dette er noe jeg knytter til Csíkszentmihályi sin teori om bevissthetstilstanden flyt (eng. flow). Csíkszentmihályi (1996) beskriver flyt som en svært positiv tilstand, hvor man er fullstendig oppslukt av aktiviteten slik at tid, sted og selvoppfatning opphører. Flyt kan tilsvare å leve i sin optimale kapasitet, det er en tilstand som har verdi i seg selv, uten noen ytre mål og som er forankret i en sterk her-og-nå følelse. Nilsen (2010) gir i sin masteroppgave et godt sammendrag av begrepet flyt:

Flow oppleves som en positiv, ordnet bevissthetstilstand i en aktivitet her-og-nå, som får oss til å miste fokus både på tiden og på vår stadige evaluering av oss selv som sosiale aktører. Tilstanden kjennetegnes også av indre motivasjon og belønning, glede, engasjement og følelse av kontroll, og kan noen ganger oppleves som transcendent. Utfordringen som aktiviteten gir, krever dyp konsentrasjon og optimal innsats for å oppnå mestring (s.56).

Det Nilsen skriver kjenner jeg igjen fra deltakernes beskrivelser av sangopplevelsen. Min hensikt med den *intuitive sangen* har vært at deltakerne kan «legge bort hodet» og *utenfra-perspektivet* og komme i kontakt med deres spontane stemme uten at den må høres ut på en spesiell måte. En deltaker sa i en samlingen at hun måtte jobbe med å ikke være «flink pike», men åpne opp for intuisjonen og følelsene. Flere var opptatt av det klanglige resultatet og det å gjøre aktivitetene «riktig». Når deltakerne klarte å legge bort dette forteller de om opplevelser hvor de gikk så dypt inn i noe at de ikke visste hvor de var. I dette rommet var de ikke opptatt av resultatet, men selve opplevelsen av å skape. Dette kobler jeg opp mot Csikszentmihályi (1996) sine beskrivelser av flyt som indremotivert aktivitet. Ved «å glemme seg selv» fikk deltakerne pause fra tanker, og flere hadde øyeblikk hvor de ikke opplevde smerte. En deltaker sa det slik under en samling: «Koblet ut meg selv. Smerte, hva er det? Tenkte ikke på smerte under improvisasjonen». Slike smertepauser beskriver deltakerne som kilde til glede, lykke og energi. Noen trekker frem disse pausene som noe av det mest givende i prosjektet. Jeg undrer om ønske og forventninger om smertepauser på sikt kan være en hindring i å komme i flyt? Ved at deltakerne blir for opptatt av målet (som da er å bli smertefri) istedenfor å slippe seg løs og gå inn i selve sangopplevelsen?

Reme et al. (2015) mener positive forventninger kan føre til smertereduksjon. På bakgrunn av dette, kan det være slik at de positive forventningene om smertefrihet kan i seg selv ha reduserende effekt på smerten?

5.2.2 Frihet fra kroppen

Det er ikke uvanlig at mennesker som lever med kroniske smerter har en dualistisk oppfatning av kropp og sinn (Frølich 2011; Bradt 2006). En deltaker deler sin opplevelsen av kroppen slik:

Det er kanskje det som er vanskelig å forstå, at man har en opplevelse av at det er to forskjellige ting som opererer. Kroppen lever sitt eget liv. Pleier å si at vi krangler når det er som verst.

I sang er kroppen sentral, den kan ikke eksistere uten et kroppslig nærvær, da kroppen er selve instrumentet (Eckhoff, 1997). Kan man si at jeg jobbet ut fra et problemorientert perspektiv, ved å ta utgangspunkt i det som er problematisk og utfordrende for deltakerne, nettopp kroppen? Prosjektets hensikt var ikke å konfrontere deltakerne med deres utfordringer, men tanken var at sang kunne være et fint redskap for å jobbe med pust, kropp og smerter uten å være invaderende og problemorientert. Sang var også grunnen til at deltakerne meldte seg på *Smertesanggruppen*. Det at deltakerne har ønske og lyst til å gjøre noe (i dette tilfelle synge) anser jeg som en ressurs. En deltaker med nerveskader kunne til tider ha utfordringer med sang, da sangen skaper indre vibrasjoner, som igjen skaper smerter for henne. Dette kan i perioder også være et problem når hun snakker. Jeg vil derfor vektlegge viktigheten av å ha tilgang til andre instrumenter, for klienter som henne, som kan akkompagnere resten av gruppen i sangen, f.eks. klangstaver, djembe, piano.

Selv om sangen og stemmen er avhengig av kroppen er det spennende at deltakerne kunne oppleve, gjennom den *intuitive sangen*, frihet fra kroppen. Dette kan knyttes til Csíkszentmihályi (1996) sine beskrivelser av avtagende selvbevissthet, hvor jeg mener kroppsbevissthet hører til. Alle i *Smertesanggruppen* er tydelige på at de i improvisasjonene går «ut av kroppen» eller «slipper kroppen avgårde». Man kan tenke seg at den *intuitive sangen* tilbydde frihet fra bevisstheten rundt sin egen kropp og smertene. Å synge kom i front, og smertene gikk i bakgrunnen slik at de kunne oppleve smertefrie øyeblikk. Opplevelsene kan også tolkes dit at ved å «gi slipp» på kroppen ga de slipp på å *kontrollere* kroppen. Kanskje det å være kreativ kan føre til økt tro på at kroppen også kan spille på lag?

Samtidig som deltakerne snakker om å glemme kroppen, sier de også at de opplevde kroppen på nye måter. Jeg kan derfor ikke se bort fra at kroppen var involvert i den *intuitive sangen*. Jeg tolker det dit hen at de kunne mestre til tross for kroppen, og med frihet mener de kanskje at kroppen ikke skapte hindringer for deres utfoldelse, slik at den samlede opplevelsen er at kroppen spilte på lag. Kanskje deltakerne fikk tilgang

til andre deler av kroppen, og ikke bare den «syke kroppen»? En deltaker beskriver musikken som et verktøy for at både vilje, tanker, følelser og kropp blir samlet i «samme båt», noe som skaper en mer helhetlig opplevelse av henne selv. Deltakerne av *Smertesang* sin opplevelse av frihet fra kroppen kan kanskje nettopp være opplevelsen av å være i ett med kroppen.

Det kan virke som at den *intuitive sangen* og flytopplevelser kan tilby frihet fra både kropp og tanker. Utkoblingen blir en slags påkobling på noe annet, i dette tilfelle sang og sangopplevelsen her-og-nå. Deltakerne forteller at slike opplevelser gir energi og glede. Csíkszentmihályi (1996) mener at flytopplevelser kan øke livskvaliteten, generere positive følelser, gi selvtillit og livslyst, dette vil jeg gå mer inn på gjennom drøftingen.

5.2.3 Mestring og følelse av kontroll

Csíkszentmihályi (1996) skriver at mestring er en vesentlig del av flyt-teorien. En forutsetning for å komme i flyt er at det er balanse mellom utfordringer og ferdighetene til personen. Utfordringen må ha en viss vanskelighetsgrad for at man skal aktivere dyp konsentrasjon og den må være interessant nok for at man skal bruke optimal innsats. Csíkszentmihályi (1996) sier at de beste øyeblikkene i livet vårt er ikke når vi er passive, men når vi utfordrer oss og strekker oss for å få til noe som er utfordrende og meningsfylt. Dette gir mennesker stor tilfredsstillelse og positive følelsesopplevelser, som er forutsetninger for helse og livskvalitet. Deltakerne fra studien uttrykker at utfordringer er en form for lindring for dem, selv om dette i førsteomgang kan føre til økt smerte. De har beskrevet et liv hvor de ikke utfordrer seg som «grusomt trangt» noe som jeg kobler til en innskrenkning av handlemuligheter (Ruud 1990). Noen av deltakere beskriver også vanskeligheter med å utfordre seg grunnet frykten for smerte. Flere av deltakerne opplever det å melde seg på og gjennomføre tilbudet som en seier i seg selv, å faktisk gå til noe som de ikke visste hva var, og det å treffe mennesker. De fortalte at *Smertesanggruppen* har vært en hjelp til å få de ut og i gang, og at det har vært noe meningsfullt å se frem til.

Kroniske smerter fører til tap på flere områder i livet (Frølich, 2011). Deltakerne i studien forteller om hvordan kroppen lever sitt liv og at selv om de ønsker og har vilje til å gjøre aktiviteter så er det ikke alltid gjennomførbart grunnet kroppen. Flere av deltakerne av *Smertesanggruppen* kan derfor oppleve en redusert kontroll i eget liv. Vi ser at mestring og kontroll henger sammen, dette er noe som også flyt-teorien trekker frem.

Csikszentmihályi (1996) mener kontrollfølelsen som flytopplevelsen tilbyr ikke er reell, men det er snarere snakk om å slippe bekymringen for at noe galt kan skje, og på den måten får man følelsen av kontroll (se også Nilsen 2010, s.27). Å gjenvinne følelsen av kontroll kan være essensielt for deltakerne som beskriver frykt og forventninger om smerte og en uforutsigbar hverdag. Som følge av smerten og dens ringvirkninger kan det virke som at deltakerne har flere negative mestringserfaringer. I *Smertesanggruppen* har fokuset vært på tilrettelagte aktiviteter med utgangspunkt i deltakernes sang- og stemmebruksressurser, slik at det legges til rette for opplevelser av mestring. Ved nye mestringsopplevelser gjennom sang kan det virke som at deltakerne av *Smertesang* har fått positive erfaringer og økt tro på deres evner til å takle utfordringer, som Fagermoen & Lerdal (2011) trekker frem som viktig i opplevelse av god helse. Det kan tenkes at mestringsopplevelser er ekstra viktig for *Smertesanggruppen*? En deltaker sier at mestring er viktig og sunt, for da er man ikke lenger bare «en som trenger hjelp». Fagermoen & Lerdal (2011) sier at «Mestringsforventninger innvirker på handlekraft og opplevelse av kontroll i situasjonen og er en viktig del av ens selvoppfatning» (s.29). Noen av deltakerne av *Smertesang* uttrykker at de opplever skam over å være hjelpetrengende. Det kan tenkes at gjennom påfyll av mestringsopplevelser kan deltakerne utvikle et mer positivt selvbilde og øke troen på egen mestring i fremtiden.

Rolvjord (2008) skriver at negative følelser begrenser våre tankebaner, mens positive følelser øker vår evne til å se handlemuligheter. Positive følelsesopplevelser er dermed viktig i forhold til helse og empowerment. En deltaker sier om *Smertesanggruppen* at «dette minner deg på at det er mye du kan likevel». Det kan virke ut som at gjennom den *intuitive sangen*, samtaler og mestring av utfordringer har deltakerne fått kontakt med nye handlingsmuligheter og fått kjenne på gnisten og ønske om å oppleve mer. Samtidig har flere deltakere bevissthet rundt at dette krever at man våger og tørr.

5.2.4 Smertesang som mestringsressurs

Ruud (2006) mener god livskvalitet er en forutsetning for helse. Viktige komponenter i god livskvalitet er i følge Ruud positive følelsesopplevelser, gode mestringsferdigheter og muligheter for å handle og styre sitt eget liv. Ved helsefremmende arbeid blir helse sett på som en ressurs og man ønsker å øke individets autonomi i forhold til egen situasjon. Deltakerne i *Smertesang* forteller at de er lei av at andre skal bestemme over deres kropp og fortelle de hva som er riktig å gjøre for dem. En deltaker fortalte i samlingen at «Ingen skal manipulere noe mer på kroppen min», og flere andre deltakere forteller om en «slitenhet» i forhold til behandlingsfokuset og oppmerksomheten mot hvordan kroppen deres ikke fungerer som normalt. Å føle at de har muligheter og kan selv påvirke eget liv er viktig for deltakerne, det blir derfor naturlig å trekke inn *empowerment* i denne sammenheng.

Empowerment er en prosess som handler om å styrke individets evne til mestring på både individ- og systemnivå, slik at de oppnår større kontroll over avgjørelser og handlinger som påvirker livet deres (Medin & Alexanderson, 2000). Dette gir individet makt til å definere sine egne utfordringer og finne løsninger i samarbeid med andre, i motsetning til den paternalistiske stilen hvor klienten er passiv mottaker. Ved samarbeid og utvikling av aktiviteter, ved at deltakerne tar egne valg i musikken og med refleksjoner rundt opplevelsene har deltakernes ressurser blitt løftet frem.

Smertesangtilbudet har hatt vekt på deltakerne som handlende og samarbeidene part. Resultatene peker mot at deltakerne har opplevd en større kontroll ved å være kreative og skapende i seg selv og ved å ha påvirkning på en helhet. En deltaker uttrykte det slik:

*Jeg er aktiv medskaper i min egen smertelindring. Aktiv deltaker i å jobbe med egen smerte. For meg er det viktig med den egenaktiviteten. Jeg gjør noe selv (...)
Jeg får kontakt med egen skaperkraft.*

Det å få kontakt med egen skaperkraft og kontroll over eget liv kan være viktig for *opplevelsen av sammenheng* som er en del av Antonovskys (1979) sin helseteori, *salutogenese*. I dette perspektivet rettes oppmerksomheten mot hvilke faktorer som skaper helse, i motsetning til patogenese, som er interessert i årsakene til sykdom. Antonovskys teorier finner god gjenklang i musikkterapien (Bruscia, 2014; Ruud 1990; 2008) og i mitt prosjekt. Deltakerne sier at *Smertesanggruppen* har hatt et «helt annet fokus for å få det bra» og at det er et «annet språk rundt hva helse er». Istedenfor å vektlegge hvilke begrensninger og hvorfor deltakerne har disse begrensningene har oppmerksomheten vært rettet mot deres ressurser og hva de opplever som godt i livet. Samtidig har det vært rom for deltakerne å luften utfordringer ved deres livssituasjon, men dette har vært på deres initiativ.

Den tradisjonelle dikotomien mellom sykdom og helse frarøver deltakerne i *Smertesang* muligheten til god helse. Ved å se helse som et kontinuum, hvor man er et sted på en skala mellom u-helse (dis-ease) og helse (ease) tar Antonovskys (2012) avstand fra klassifiseringen av mennesket som enten friskt eller sykt. Dette gir kroniske smertepasienter muligheten til god helse til tross for sykdom. I det patogenetiske perspektivet blir kaos, stress og påkjenninger utelukkende sett på som sykdomsfremkallende. For deltakerne i *Smertesanggruppen* er kroppslig påkjenning og stress, som igjen påvirker andre aspekter, så og si uungåelig. Antonovskys (1979) mener at stress er en naturlig del av menneskets eksistens, men at det handler om hvordan vi takler stress og utfordringer. Denne holdningen i møte med utfordringer kaller Antonovskys (1979) *opplevelsen av sammenheng (OAS)* (s.123). Å finne fram til aktiviteter og tilbud ala *Smertesang*, som kan styrke en positiv holdning hos *Smertesangdeltakerne* i møte med vanskeligheter blir derfor relevant.

OAS består av tre komponenter i et gjensidig forhold: *Begripelighet* handler om situasjonen er forståelig. *Håndterbarhet* går ut på om individet føler at man har tilstrekkelige indre eller ytre ressurser til å håndtere eller påvirke situasjonen. Den siste komponenten, *meningsfullhet*, er evnen til å finne mening i situasjonen (Antonovskys,

2012). Muligheten for helse i det salutogene perspektivet henger altså sammen med hvordan deltakerne ser på eget liv og egen eksistens. I *Smertesanggruppen* har deltakerne beskrevet tilbudet og aktivitetene som begripelige, meningsfulle, og de har opplevd mestring ved å bruke sine ressurser, derfor vil jeg også si at det har vært håndterbart. Deltakerne uttrykker at de har fått økt selvtillit og tro på egne muligheter ved å få kontakt med egen skaperkraft, noe som igjen har innvirkning på deres selvbilde. Slik som i flyt-teorien er mestring sentralt i det salutogene perspektivet. Antonovsky (2012) mener at bak en sterk OAS ligger det han kaller *generalized resistance resources (GRRs)* også omtalt som *mestringsressurser*. Dette er ressurser som individet innehar, samt har tilgjengelig i omgivelsene. Disse ressursene blir en motstandskraft slik at individet kan tåle påkjenninger (Rolvjord, 2008). Gjennom den *intuitive sangen* og flytopplevelser forteller deltakerne om mestringserfaringer. Slike opplevelser kan skape økt tro på at man kan takle fremtidige utfordringer, og dermed være en viktig del av å bygge mestringsressurser som øker deltakernes OAS.

5.2.5 Fellesskap og sosial støtte

At *Smertesang* har vært et gruppetilbud har kommet frem som viktig blant deltakerne. Flere beskriver et behov for å bli synlig for andre mennesker, da noen opplever at sykdommen har gjort de *usynlige*. Stensæth & Jenssen (2016) trekker frem Bakhtin som ytrer «To be means to be for another, and through the other, for oneself» (s.25). Jeg tolker det slik at gjennom å bli synlig og hørbar for *den Andre* blir man også synlig for seg selv. Dette kjenner jeg igjen fra deltakernes beskrivelser. De uttrykker gjennom samtalene i samlingene og i intervjuene hvor viktig det har vært å være en del av en helhet, noe større enn seg selv og at deres stemme blir hørt og kan påvirke omgivelsene. Dette sammenfaller med hva Bradt et al. (2016) fant i sin studie av en aktiv musikkterapi tilnærming i gruppe med kroniske smertepasienter.

Deltakerne beskriver det å være deltaker og å være sosial som «å bruke» seg selv, og en beskriver det som å «bli et menneske igjen». Det er interessant at deltakeren uttrykker dette på denne måten. Jeg føler at dette leder tilbake til Bakhtin sitt utsagn,

om å bli menneske gjennom andre mennesker, men da uten å viske ut seg selv. Innen den humanistiske musikkterapien anses mennesket som et relasjonelt og sosialt vesen. Kjølstad (2004) hevder at «gruppetilhørighet er et grunnleggende menneskelig behov» (s.10). Isolasjonen og utfordringene med å treffe andre mennesker kan føre til en redusert sosial kontakt, noe som igjen kan føre til opplevelse av utenforskap.

Ved sykdom eller arbeidsledighet mener Ruud (2006) at mennesker blir skjøvet ut i det han kaller «mellomrommet» noe som ofte fører til et tap av sosiale tilknytninger, som gjør det vanskelig å gjenerobre helse (s.25). Deltakerne beskriver *Smertesanggruppen* som en hjelp til å komme seg «over en terskel» som er vanskelig å komme seg over i utenforskapet. Slik som Ruud (2006) beskriver, sier også deltakerne at musikktilbud (i dette tilfellet *Smertesang*) kan være med på å bygge sosial kapital og motvirke isolasjon. En deltaker mener et fellesskap med musikalske rammer er noe spesielt fordi «du får speilet deg på en ny måte som ikke ligner noen annen måte rundt omkring i samfunnet». Jeg mener denne «unike» speilingen som denne deltakeren snakker om bunner i de ulike relasjonene *Smertesanggruppen* har tilbydd; relasjonene til de andre i gruppa, relasjonen til musikken, men også relasjonen til seg selv gjennom de andre og gjennom musikken. Furnes, Natvig & Dysvik (2014) sier på bakgrunn av tidligere forskning at «å leve med kroniske smerter er en dynamisk læringsprosess som involverer relasjoner til andre gruppemedlemmer, hjelp fra andre og interpersonlig læring» (min oversettelse, s.1090). Ved å synge, dele refleksjoner rundt musikken, fortelle livshistorier og dele tanker og følelser har flere i *Smertesanggruppen* opplevd at de reflekterer og tenker annerledes om seg selv. Deltakerne har også hatt ulike behov og måtte forhandlet om innholdet i samlingene. Noen syntes det var for mye prat, mens andre uttrykte at det var helt nødvendig med denne utvekslingen. Det som er interessant er at de som pratet minst var de som ønsket samtale, mens de som snakket mest var de som syntes det kunne bli for mye prat. Jeg har ingen intensjon om å gjøre noen videre analyse av dette, men vil trekke det frem som en interessant observasjon.

I følge *Smertesangdeltakerne* ble trygghet og tillit raskt etablert. Dette mener jeg kan være en sammensetning av ulike faktorer. For det første kan musikalske fellesskap fremme trygghet og relasjoner til andre mennesker gjennom felles opplevelser (Ruud, 2001). For det andre har deltakerne en delt forståelse av hverandres situasjon, selv om smertene og historiene er ulike. Flere uttrykte også at det å bli ivaretatt, og mottatt av empati og forståelse av gruppeleder var viktig for det å tørre å dele. Deltakerne uttrykte at tilliten til hverandre var viktig for å tørre å gå inn i musikken, og ta sjansen på å «drite seg ut». En deltaker uttrykte derimot at hun ikke hadde samme opplevelsen av trygghet og tillit til gruppen som resten av de andre deltakerne har formidlet. Denne deltakerne hadde også større utfordringer med å gå inn i sangen. Trygghet og tillit er ikke vektlagt innen flyt-teorien (Hallanger, 2013), men er dog viktig innenfor musikkterapien (f.eks. Johns, 2008). I denne studien kan det tyde på at trygghet og tillit til gruppen er viktig for å gå inn i den *intuitive sangen* og kunne komme i flyt. Aktivt involvering i et trygt miljø fremmer empowerment, da individet kan bli styrket av menneskene rundt seg (Hallanger, 2013). Blant annet ble den yngste i gruppa sitt håp for fremtiden styrket gjennom at de eldre delte sine historier og erfaringer.

5.3 Intuitiv sang

5.3.1 Frigjøre det skapende

Når jeg ledet deltakerne inn i den *intuitive sangen* ba jeg dem om å ta en lekende holdning eller et barns utforskende tilnærming, og vektla at vi var i et trygt rom uten rett og galt, der det var ingen fasit. Epstein (2008) uttrykker at termen, *intuitiv*, har fått så mange betydninger at man kan lure på om den har noen mening overhodet (s.23). For meg står *intuitiv* for en slags indre, taus kunnskap som leder til en spontant følelse eller handling (Stensæth, 2007). I *Smertesanggruppen* var det satt musikalske rammer, f.eks. at vi skulle utforske å sette toner på en god opplevelse eller noe som gjør oss godt, synge over tema som kom opp i samtale eller at vi skulle leke med å synge dynamisk sterkt og svakt, for å nevne noe. Vi forsøkte å handle uten å planlegge og uten å vurdere det vi gjorde, men vi skulle heller la vår spontanitet og intuisjon lede oss. Min bakgrunn for å jobbe intuitivt med sang baseres på min opplevelse av at sang og

stemmebruk har blitt en kognitiv aktivitet. Dette fant jeg gjenklang i hos deltakerne av studien. Vi diskuterte at det er utfordrende å «slippe hodet» og fri seg fra sangidealer, samtidig diskutere vi også hvor ødeleggende vurderingsbegreper er både i musikken og generelt i livet. Flere forteller at de har vært gode «kopister» og at de er vant til å bli fortalt hva de skal gjøre. Det å skulle gjøre noe eget var derfor uvant, men de beskriver det som frigjørende og bra for selvtilliten.

Vi har i *Smertesanggruppen* forsøkt å få kontakt med vår intuisjon gjennom lek, estetiske opplevelser og improvisasjon. Friedemann mener improvisasjon er befriende og frigjørende fordi det er en handling hvor individet er både lekende barn og helt menneske (Ruud, 2015). Deltakerne av *Smertesang* forteller om en mer helhetlig opplevelse av seg selv som følge av den *intuitive sangen*. Kan dette skyldes musikkens lekende karakter? Schiller beskriver estetikk som basert på lek, og mener at lekdriften er essensiell for mennesker, da den ved å forene fornuft og natur kan gjøre mennesket helt (Stensæth, 2017). Det er interessant å se hvordan lek ligger implisitt i ordet å spille, blant annet på engelsk (play), tysk (spiel), fransk (jeu) og russisk (igra) ser man dobbeltbetydningen spill/lek (Bjørkvold, 2001). Stensæth (2014) trekker frem hvordan nærheten mellom lek, vår forståelse av lek og musikk gjør det naturlig å bruke bruke musikk som terapi eller i en terapeutisk setting.

Den *intuitive sangen* ønsker å fremme et *innenfra-perspektiv*, noe som kan kobles til både lek og flyt som begge er indrestyrte. I samlingene har fokuset vært på sangopplevelsen, ikke det klanglige produktet. Deltakerne beskriver det at den *intuitive sangen* ikke hadde noen fasit som både utfordrende og givende. Å improvisere krevde at deltakerne var spontane og kreative her-og-nå. I sangen kunne deltakerne av *Smertesang* utforske alternative handlingsformer, slik som i lek. Stensæth (2014) mener leken viser seg tydelig i den musikkterapeutiske improvisasjonen med sine elementer av spontanitet, oppfinnsomhet, kreativitet, lekende samspill og sitt her-og-nå fokus (Bruscia, 2014; Ruud, 2008). Disse aspektene kan være nyttige for å frigjøre de kreative kreftene til *Smertesangdeltakerne* slik at livet oppleves selvskapende og påvirkelig.

5.3.2 Å finne seg selv

Deltakerne av *Smertesang* forteller, som tidligere sagt, om opplevelser av å «forsvinne» eller å «glemme seg selv» under den *intuitive sangen*. Improvisasjonsmusiker Nachmanovitch (1990) skriver at man *forsvinner* når man oppgir seg selv i musikken, slik at man på en måte *blir musikken*.

Förnuft och känsla fångas ett ögonblick helt och hållet av upplevelsen. Ingenting annat existerar. När man «försvinner» på detta sätt blir allt en överraskning, ny och fräsch. Självet och omgivningen förenas. Uppsikt och avsikt sammansmälter. Vi ser saker och ting som vi och de är, men kan ändå styra och regissera dem till att bli just det vi vill att de ska bli. Detta livliga och kraftfulla sinnestillstånd är det mest gynnsamma för att nyskapande konst av alla slag ska kunna gro. Det har sina rötter i barnets lek och sin fullaste blomning i mogen konstnärlig kreativitet. (s 56)

Nilsen (2010) beskriver flyt som en sammensmeltning av aktivitet og bevissthet, hvor det ikke er plass til vår konstante selvevaluering. Dette kan åpne opp for andre erfaringer av seg selv. Steinholt (2001) påpeker at det å forsvinne eller glemme seg selv er ikke motsatsen av å være nærværende, men paradoksalt kan det å glemme seg selv bety at man finner seg selv. Csíkszentmihályi (1996) mener også at et tap av selvbevisstheten ikke innebærer at vi mister oss selv eller vår bevissthet, men at bevisstheten om selvet blir kraftig redusert.

I *Smertesanggruppen* handlet vi spontant og intuitivt i musikken, deretter reflekterte vi over handlingene, som kunne gi oss ny innsikt om oss selv. I Metzner (2012) sin studie viste resultatene hvor viktig det er for kroniske smertepasienter å bruke sansene sine. Funnene hennes (2012) viser at ved å gå inn i et estetisk rom, hvor deltakerne jobbet aktivt med sin egen smerte, kunne det skapes mulighet for selvopplevelse hvor klienten kunne åpne seg opp for kunnskap og innsikt, tolkning og mening. Dette har mange likheter med hva jeg har funnet i denne studien.

Deltakerne forteller om det å oppleve hva man selv gjør, og samtidig oppleve sammensmeltingen av de ulike musikalske bidragene. Gjennom å bli fanget av den *intuitive sangen* er vi både aktører og tilskuere samtidig. Dette innebærer at vi både er inne og ute av oss selv på samme tid, slik kan vi ved å bli en annen bli oss selv (Steinsholt, 2001). Kan dette være noe av det deltakerne i *Smertessang* opplever når de «glemmer» seg selv i musikken? Det engelske ordet «aesthetics» (estetikk) viser til sensoriske opplevelser. Det er interessant at det lignende ordet *anaesthetics* (anestesi), kjent som bedøvelse, er definert som tap av følelse. Slik som Stensæth (2017) vil jeg derfor definere estetikk som en følelse av nærvær eller tilstedeværelse. Gjennom estetiske opplevelser har kanskje deltakerne av *Smertesang* fått oppleve en annen tilstedeværelse? Fjerstad (2005) sier at «Når kroppen melder sin tilstedeværelse gjennom smerter og ubehag, gis ikke pasienten mulighet til å glemme seg selv, og dermed heller ikke mulighet eller evne til å være seg selv (s.110)». Det kan tenkes at ved sangens tilbud om frihet fra både kropp og selvbevissthet kunne den fremme kontakt med seg selv. Dette bekreftes av deltakerne i *Smertesang* som sier at de glemmer seg selv, men også at de «fant» seg selv i øvelsen eller at de brukte musikken for å «finne» seg selv. På den måten kan det tenkes at musikken var en slags sanselig erkjennelse av dem selv.

Deltakerne forteller om opplevelser av at det har skjedd overraskende ting i den *intuitive sangen*, som de ikke har styrt selv, men det «bare skjedde». Flere beskriver at dette har vært en annen måte å bli kjent med seg selv på. I leken mener Steinsholt (2001) at barnets tidligere erfaringer kommer til syne. I denne sammenheng tolker jeg det slik at sangen blir en representasjonsform hvor deltakernes erfaringer stiger opp til overflaten. Slik kan den *intuitive sangen* overraske oss med ny innsikt om oss selv og en bevisstgjøring av våre ressurser. Kan deltakernes nye perspektiver på livet og dets muligheter forstås på bakgrunn av dette?

Denne lystbetonte leken er svært alvorlig, for den dreier seg om eksistensielle spørsmål som «hvem er jeg», hva er godt, hva er sant, hva er skjønt? Og mens mennesket strever med å finne svar på disse spørsmål gjennom lekens og kunstens uttrykk, finner mennesket fram til sine iboende ressurser, utvikler disse og føler tilfredsstillelse ved å kunne uttrykke seg og kommunisere sine innerste tanker/følelser med andre. Gjennom leken og det kunstneriske uttrykk blir vi langsomt til mennesker med en intuitiv forståelse av oss selv og verden (Hernes et al. 1993, s. 53).

Sitatet ovenfor fanger opp mange av elementene som har vært viktig i *Smertesanggruppen*. Deltakerne har gjennom musikken og hverandre utforsket eksistensielle spørsmål og de har overrasket seg selv med å erfare noe nytt. En deltaker beskriver spørsmål som dukker opp som følge av den *intuitive sangen*: «Hva er det som kommer? Hvorfor er det det som kommer?» Det kan virke som at musikken kan trigge en nysgjerrighet i forhold til seg selv, og en opplevelse av at sangen bærer med seg informasjon.

Deltakerne beskriver at det oppstår «et annet rom» som de går inn i når de skaper musikk. Kanskje dette «rommet» har likhetstrekk med det Winnicott (1991) kaller det *potential space*. Han mener kunst og lek oppstår i en tredje dimensjon som ligger mellom menneskers indre, subjektive verden og vår ytre, objektive verden. Det er kanskje derfor deltakerne opplever at «musikken gir en annen refleksjon enn ord»? Winnicott (1991) uttrykker at dette potensielle rommet ikke er statisk, men må skapes, utvikles og vedlikeholdes.

Flere beskriver nye perspektiver på livet, grunnet økte handlingsmuligheter. En deltaker forteller at gjennom *Smertesangtilbudet* har hun oppdaget at det er mye hun kan likevel og at hun «har faktisk muligheter». En annen sier at hun gjennom den *intuitive sangen* og gruppen har kommet nærmere å akseptere hennes nye livssituasjon og, som hun selv uttrykker, «fått mer håp for fremtiden». Gjennom sangen identifiserte en deltaker av

Smertesang barndomsopplevelser som hun nå kan sette inn i en livssammenheng. Winnicott (1991) mener leken foregår her-og-nå, men samtidig er den en link mellom fortid, fremtid og nåtid. På den måten kan leken og kunsten være en ressurs i å lage mening og kontinuitet ut av livet. Slike opplevelser beskrives av flere (Ruud 2006; Winnicott 1991; Antonovsky 2012; Csíkszentmihályi 1996) som helsefremmende, da de kan kobles til opplevelse av mening og sammenheng som Antonovsky (2012) mener er elementært for god helse.

6. OPPSUMMERING AV DE VIKTIGSTE FUNNENE

Denne studien tok utgangspunkt i seks personer med kroniske smerter sin opplevelse av musikkterapitilbudet, *Smertesang*. Med dette tilbudet og denne gruppen peker resultatene mot at musikkterapi kan gi muligheter for:

- **En pause fra smertetilstand og tanker.** Ved å koble seg på musikken kan deltakerne koble ut bevisstheten rundt egen tilstand og kropp, slik at musikken kommer i front og smertene trer i bakgrunnen. Deltakerne beskriver at slike opplevelser kan skape en mer samlet opplevelse av seg, hvor tanker, følelser, kropp og vilje beveger seg i samme retning. Slike opplevelser kan skape energi, livslust og glede hos deltakerne.
- **Gode relasjonsopplevelser og sosial støtte** gjennom å dele musikalske opplevelser og erfaringer fra en utfordrende livssituasjon. Musikkgruppen kan ved deltakelse og fellesskap være med på å bygge sosial kapital. Deltakerne beskriver at det har vært viktig å være en del av en helhet og få stemmen sin hørt. Ved å bli synlig og hørbar for andre beskriver deltakerne at de også har blitt mer synlige for seg selv. Gjennom relasjonen til de andre deltakerne og til musikken kan det virke ut som deltakerne har fått økt selvinnsikt, noe som kan øke deres følelse av sammenheng og mening i livet.
- **Empowerment.** Som følge av aktiv involvering og frigjøring av deltakernes intuitive og estetiske krefter forteller deltakerne om ny innsikt om seg selv og sine ressurser. De beskriver opplevelse av økt kontroll gjennom mestringsopplevelser og ved å få kontakt med egen skaperkraft. Slike opplevelser kan se ut til å ha gitt økt tro på egne evner og ledet til nye perspektiver på livet, som opplevelsen av økte handlingsmuligheter og økt livsappetitt.

6.1 Helse – en ferskvare for mennesker med kronisk sykdom?

Musikkterapiens hovedmål er å fremme helse hos sine klienter. Dette kommer til syne gjennom Bruscia (2014) sin musikkterapidefinisjon hvor han vektlegger det å *optimalisere helse* og Ruud (1990) sin definisjon med *nye handlemuligheter* som

sentralt. Det kan virke ut som at det å være lekende og kreativ i *Smertesanggruppen* har gitt deltakerne nye perspektiver på livet gjennom mestringsopplevelser, økt opplevelse av kontroll, innsikt om seg selv og sosial kapital, som er viktige aspekter i opplevelsen av god helse. Deltakerne opplever at de har flere muligheter og kjenner på lysten til å oppleve mer. Helse og handlingsmuligheter er i mine øyne tett knyttet sammen. Økte handlingsmuligheter gir økt helse, som igjen gir økte handlingsmuligheter, osv.. Dette blir som en slags helsespiral, som vokser seg større og større. Kan man på bakgrunn av utsagnene til deltakerne i *Smertesang* si at musikkterapi er en igangsetter og en opprettholder av god helse?

Deltakerne i *Smertesang* har opplevd smertepauser under den *intuitive sangen*, men melder om at så fort improvisasjonen er over så kommer smertene tilbake. Andre resultater som glede, det å komme seg ut og møte folk beskriver de også som noe som må holdes ved like. Dette tyder på at helse er en slags ferskvare for denne gruppen. Ruud (2011) mener at musikkterapi kan være både forebyggende og helsefremmende. I denne studien vil jeg trekke frem musikkterapiens rolle som opprettholder av helse. Ved at musikkterapien skaper mål hvor man ønsker at klienten skal nå sitt *høyeste potensial* av helse (Bruscia, 2014) mener jeg at det skapes et bilde av helse som et mål med en avslutning. Helse er i mine øyne en kontinuerlig, fleksibel prosess på kontinuumet uhelse-helse. Det er ingen målstrek du trer over. Det er dessverre ikke slik at hvis man oppnår god helse så er man sikret det livet ut. En deltaker uttrykker at det å ha kroniske smerter er «hard work», at man hele tiden må jobbe for god helse. Som hun sier er det viktig å være strukturert og ta riktige valg. Det kan virke som at deltakernes helse er i kontinuerlig trussel for å bevege seg mot uhelse. Dette tyder på at for deltakerne er helse ferskvare, og at de trenger påfyll av positive og meningsfulle opplevelser for å bevege seg framover eller beholde deres posisjon i kontinuumet. Det kan tenkes at kroniske syke trenger et slags «kronisk» helsetilbud? På bakgrunn av funn fra prosjektet vil jeg derfor si at et tilbud som *Smertesang* kan være en igangsetter og opprettholder av helse, om det gis kontinuerlig.

6.2 Videre perspektiver

Denne studien er et kvalitativ prøveprosjekt, med utgangspunkt i en type setting. Ettersom gruppen bestod av seks personer og ingen kontrollgruppe, kan funnene ikke generaliseres. Studien peker mot at *Smertesang* kan ha helsefremmende og helseoppretholdende potensiale for mennesker med kroniske smerter, ved å være kreative og utforske eksistensielle temaer gjennom musikk. Dette hadde vært spennende å undersøke videre. Det ville vært svært interessant med et lignende tilbud innenfor et mixed-methods design, f.eks. en randomisert kontrollert studie der en forsøker å måle effekten av et slikt tilbud. Deltakerne uttrykker at legemidler «skrur av» sansene, mens denne studien viser hvordan sansene kan «skrus på». Et tverrfaglig prosjekt mellom musikkterapeuter og leger, hvor det undersøkes kombinasjonen av musikkterapi og analgetika²³ ville vært interessant. Har musikkterapi innvirkning på hvor mye smertestillende man trenger? Hvordan påvirker den estetiske utforskning av eksistensielle temaer smertene? Har det å være kreativ effekt? Påvirker det livskvaliteten til informantene? Hva viser resultatene ved et større utvalg og flere musikkterapeuter? Ved et slikt design blir det viktig å utvikle skjemaer eller målemetoder som fanger kompleksiteten og omfanget av kroniske smerter. Det ville også vært spennende å videreutvikle innhold og metodikk for denne målgruppen, og jobbet for å få etablert musikkterapeutiske tilbud innenfor NAV og smerteklinikker. Kroniske smerter er en meget utbredt folkehelseutfordring både i Norge og på verdensbasis, og jeg mener at det er på tide at musikkterapien kommer på banen for disse menneskene.

²³ Smertestillende legemidler.

7. KONKLUSJON

Formålet med denne studien har vært å få innsikt i deltakernes opplevelse av musikkterapitilbudet, *Smertesang*. Gjennom en kvalitativ og eksploderende tilnærming har jeg undersøkt problemstillingen:

Hvordan beskriver et utvalg personer med kroniske smerter, som er uføre, sine opplevelser av å delta i musikkterapigruppen Smertesang?

Kroniske smerter er et stort problem både i Norge og på verdensbasis. Forskningen som foreligger baserer seg hovedsakelig på individuell og reseptiv tilnærming. Studiens resultater viser viktigheten av gruppebaserte tilbud, da en stor konsekvens av kroniske smerter er redusert sosial kontakt og isolasjon. Ved å bli synlig og hørbar for andre mennesker, viser studien at deltakerne blir synligere for seg selv. Beskrivelsene til deltakerne viser at en aktiv musikkterapitilnærming kan fremme empowerment, mestring og økt opplevelse av kontroll som følge av å komme i kontakt med egen skaperkraft. Dette leder igjen videre til opplevelse av økte handlingsmuligheter og økt livsappetitt. Beskrivelser viser også at for personer med nerveskader kan andre instrumenter enn sang være mer passende.

Studien antyder at en aktiv musikkterapitilnærming i gruppe kan være effektiv i bygge helse for mennesker med kroniske smerter, men at helse er ferskvare og må dermed opprettholdes.

LITTERATURLISTE

Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Oversettelse til norsk: Ane Sjøbu. Originaltittel: Unraveling the Mystery of Health.

Austin, D. (2009). *The Theory and Practice of Vocal Psychotherapy: Songs of the Self*. London: Jessica Kingsley.

Bailey, L. M. (1986). Music Therapy in Pain Management. *Journal of Pain and Symptom Management*, 1(1), 25-28. doi: 10.1016/S0885-3924(86)80024-0

Bjørkvold, J. R. (2001). *Det musiske menneske: barnet og sangen, lek og læring gjennom livets faser*. Oslo: Freidig Forlag.

Bradt, J. & Dileo, C. (2005). *Medical Music Therapy: A Meta-Analysis & Agenda for Future Research*. USA: Jeffrey Books.

Bradt, J. (2006). The Voices of Women Suffering from Pain. I Hadley, S. (red.), *Feminist perspectives in music therapy*, 291-306. Gilsum: Barcelona Publishers.

Bradt, J., Norris, M., Shim, M., Gracely, E. J. & Gerrity, P. (2016). Vocal Music Therapy for Chronic Pain Management in Inner-City African Americans: A Mixed Methods Feasibility Study. *Journal of Music Therapy*, 53(2), 178-206. doi: 10.1093/jmt/thw004

- Braun, V. & Clarke, V. (2008). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3:2, 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. & Gallacher, D. (2006). Survey of Chronic Pain in Europe: Prevalence, Impact on Daily Life, and Treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287-333. doi: 10.1016/j.ejpain.2005.06.009
- Bruscia, K. E. (1995). The Process of Doing Qualitative Research: Part II: Procedural Steps. I Wheeler, B.L. (red.) *Music Therapy Research: Quantitative and Qualitative Perspectives*, 401-427. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. E. (2005). Designing Qualitative Research. I Wheeler, B. L. (red.) *Music Therapy Research*, 129-137. Gilsum: Barcelona Publishers
- Bruscia, K. E. (2014). *Defining Music Therapy* (3.utg.). United States: Barcelona Publishers.
- Cassell, E. J. (2005). The Home-Along Myth: Suffering and Solitude. I Carr, B.D., Loeser, J.D. & Morris, D.B. (red.). *Narrative, Pain and Suffering*, 301-316. Seattle, USA: IASP Press.
- Colwell, C. M. (1997). Music as Distraction and Relaxation to Reduce Chronic Pain and Narcotic Ingestion: A Case Study. *Music Therapy Perspectives*, 15(1) 24-31. doi: 10.1093/mtp/15.1.24
- Csikszentmihályi, M. (1996). *Flow. Den optimala upplevelsens psykologi*. Stockholm: Natur och Kultur. Oversettelse til svensk: Göran Grip. Originaltittel: *Flow. The Psychology of Optimal Experience*.

Dileo, C. (2000). *Ethical Thinking in Music Therapy*. Cherry Hill, NJ: Jeffrey Books

Eckhoff, R. (1997). Musikk og kropp - filosofisk grunnlag og metodisk anvendelse i musikkterapi med psykiatriske pasienter. *Musikkterapi* 4(97). 17-37.

Epstein, S. (2008). Intuition From the Perspective of Cognitive Experiential Self-Theory. I Plessner, H., Betsch, C., & Betsch, T. (red.), *Intuition in Judgment and Decision Making*, 23-37. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates

Fagermoen, M. S. & Lerdal, A. (2011). Teoretiske modeller for læring og mestring. I Fagermoen, M. S. & Lerdal, A. (red.) *Læring og mestring - et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*, 17-37. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Faiz, K.W. (2014). I klinisk praksis er bruk av visuell analog skala vanlig, men er det riktig begrep man benytter? *Tidsskriftet – Den Norske Legeforening*, 134:323. doi: 10.4045/tidsskr.13.1145

Fangen, K. (2004). *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.

Fjerstad, E. (2005). Mestring av kronisk sykdom – å vokse opp med barneleddgikt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 42(2), 106-113

Folkehelseinstituttet. (2015). Fakta om kroniske smerter. *FHI - Folkehelseinstituttet*. <https://www.fhi.no/fp/smerter/kroniske-smerter---faktaark-med-hel/>

Fors, E. A. (2012). *Hva er smerte?* Oslo: Universitetsforlaget.

- Frølich, S. (2011). *Kroniske smerter* (3.utg.). København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S.
- Furnes, B., Natvig, G. K. & Dysvik, E. (2014). Therapeutic elements in a self-management approach: experiences from group participation among people suffering from chronic pain. *Patient Preference and Adherence*, Vol. 2014, 1085-1092.
- Hallanger, H. M. (2013). *Opplevelsen av flyt sett i et helseperspektiv - en kvalitativ intervjuundersøkelse med deltagere på Taketina-rytmekurs*. Masteravhandling. Oslo: Norges musikkhøgskole.
- Hauck M., Metzner S., Rohlfes F., Lorenz J., Engel A. K. (2013). The Influence of Music and Music Therapy on Pain-Induced Neuronal Oscillations Measured by Magnetencephalography. *Pain*, 154(4), 539-547. doi: 10.1016/j.pain.2012.12.016.
- Hernes, L., Horn, G. & Reistad, H. (1993). *Lek, dans og teater*. Vollen: Tell Forlag.
- Jackson, J. (1994). Chronic Pain and the Tension Between the Body as Subject and Object. I Csordas, T. J. (red.), *Embodiment and Experience: the Existential Ground of Culture and Self*, 201-228. Cambridge: Cambridge University Press.
- Johns, U.T. (2008). «Å bruke tiden – hva betyr egentlig det?» Tid og relasjon – et intersubjektivt perspektiv. I Trondalen, G & Ruud, E. (red.) *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi*, 67-83. Skriftserie fra Senter for musikk og helse, vol.1. Oslo: Norges musikkhøgskole.
- Kjølstad, H. (2004). *Gruppeterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Koenig, J., Warth, M., Oelkers-Ax, R., Wormit, A. F., Bardenheuer, H. J., Resch, F., ..., Hillecke, T. K. (2013). I Need to Hear Some Sounds That Recognize the Pain in Me: An Integrative Review of a Decade of Research in The Development of Active Music Therapy Outpatient Treatment in Patients With Recurrent or Chronic Pain. *Music and Medicine: An Interdisciplinary Journal*, 5(3), 150-162. doi: 10.1177/1943862113490739

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju (2.utg.)*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Landmark, T., Romundstad, P., Dale, O., Borchgrevink, P. C. & Vatten, L. (2013). Chronic Pain: One Year Prevalence and Associated Characteristics (the HUNT Pain Study). *Scandinavian Journal of Pain*. 4(4), 182-187. doi: 10.1016/j.sjpain.2013.07.022

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning (3.utg.)*. Oslo: Universitetsforlaget.

Marcus, D. A. (2009). *Chronic Pain: An Atlas of Investigation and Management*. Oxford: Clinical Publishing

Medin, J. & Alexanderson, K. (2000). *Begreppen hälsa och hälsofrämjande - en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.

Metzner, S. (2012). A Polyphony of Dimensions: Music, Pain, and Aesthetic Perception. *Music and Medicine* 4(3), 163-170. doi: 10.1177/1943862112449486

Mohlin, M. (2008). Etiske aspekter ved musikkterapeutisk forskning og utviklingsarbeid. I Trondalen, G. & Ruud, E. (red.) *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi*, 203-214. Skriftserie fra Senter for musikk og helse, vol.1. Oslo: Norges musikkhøgskole.

Nachmanovitch, S. (1990). *Spela fritt. Improvisation i liv och konst*. Göteborg: Bo Ejeby Förlag. Oversettelse til svensk: Sven Smedberg. Originaltittel: *Free Play*.

NAV. (2018). *Uføretrygd*. Hentet 20.04.18, fra:

<https://www.nav.no/no/Person/Pensjon/Uforetrygd>

Nilsen, G. B. (2010). *Musikkterapi og flow: en diskusjon omkring en mulig utdypning av musikkterapien*. Masteravhandling. Oslo. Norges musikkhøgskole.

Nordtvedt, F. & Nordtvedt, P. (2001). *Smerte - fenomen og forståelse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Nordtvedt, F. & Rustøen, T. (2016). Kronisk smerte. I Rustøen, T. & Wahl, A. K. (red.), *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet*, 140-151. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Reme, S. E., Jacobsen, H. B., Hafstad, E., Granan L. & Ljoså, T. M. (2015). Seks grunner til at psykologer bør kunne noe om smerte. *Psykologisk.no*. Hentet 29.03.18, fra: <https://psykologisk.no/2015/12/seks-grunner-til-at-psykologer-bor-kunne-noe-om-smerte/>

Robson, C. (2002). *Real World Research. A Resource for Social Scientists and Practitioner-Researchers*. (2.utg.). Oxford: Blackwell Publishing.

- Rolsvjord, R. (2008). En ressursorientert musikkterapi. I Trondalen, G. & Ruud, E. (red.) *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi*, 123-138. Skriftserie fra Senter for musikk og helse, vol.1. Oslo: Norges musikkhøgskole.
- Ruud, E. (1990). *Musikk som kommunikasjon og samhandling*. Oslo: Solum Forlag.
- Ruud, E. (2001). *Varme øyeblikk. Om musikk, helse og livskvalitet*. Oslo: Unipub forlag.
- Ruud, E. (2006). Musikk gir helse. I Aasgaard, T. (red.), *Musikk og helse*, 17-30. Oslo: Cappelen Akademiske 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*, 5-28. Skriftserie fra Senter for musikk og helse, vol.1. Oslo: Norges musikkhøgskole.
- Ruud, E. (2010). *Music Therapy: A Perspective from the Humanities*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Ruud, E. (2011). Musikk, identitet og helse - hva er sammenhengen? I Stensæth, K. & Bonde, L. O. (red.) *Musikk, helse, identitet*, 13-24. Skriftserie fra Senter for musikk og helse, vol.4. Oslo: Norges musikkhøgskole.
- Ruud, E. (2015). *Fra musikkterapi til musikk og helse. Artikler 1973-2014. Bind 2*. Skriftserie fra Senter for musikk og helse. Oslo: Norges musikkhøgskole.
- Røkenes, O. H. & Hanssen, P. (2013). *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Sedei-Godley, C. A. (1987). The Use of Music Therapy in Pain Clinics. *Music Therapy Perspectives*, 4, 24-28. doi: 10.1093/mtp/4.1.24
- Selm, M. E. (1991). Chronic Pain: Three Issues in Treatment and Implications for Music Therapy. *Music Therapy Perspectives*, 9(1), 91-97. doi: 10.1093/mtp/9.1.91
- Steinsholt, K. (2001). Kunst og lek hos Hans-Georg Gadamer. *Nordisk Pedagogik*, Vol. 20, 30-48.
- Stensæth, K. (2007). *Musical Answerability. A Theory on the Relationship between Music Therapy Improvisation and the Phenomenon of Action*. Ph.D-avhandling. Oslo: Norges musikkhøgskole.
- Stensæth, K. (2014). Leg og musikkterapi. I Bonde, L. O. (red.), *Musikkterapi: Teori - Uddannelse - Praksis - Forskning*, 138-146. Århus: Forlaget Klim.
- Stensæth, K. & Jenssen, D. (2016). «Deltagelse» - en diskusjon av begrepet. I Stensæth, K., Krüger, V. & Fuglestad, S. (red.) *I transitt - mellom til og fra*, 15-36. Skriftserie fra Senter for musikk og helse, vol.9. Oslo: Norges musikkhøgskole.
- Stensæth, K. (2017). *Responsiveness in Music Therapy Improvisation: A Perspective Inspired by Mikhail Bakhtin*. Dallas, TX: Barcelona Publishers.
- Stige, B. (1991). *Musiske born: ein tekst om improvisatorisk musikkterapi*. Sandane: Høgskuleutdanninga på Sandane.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelser. En innføring i kvalitativ metode* (3.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

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

Trondalen, G. (2008). Musikkterapi – et relasjonelt perspektiv. I Trondalen, G. & Ruud, E. (red.) *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi*, 29-48. Skriftserie fra Senter for musikk og helse, vol.1. Oslo: Norges musikkhøgskole.

Winnicott, D.W. (1991). *Playing and Reality* (2.utg.). London: Routledge.

VEDLEGG

Vedlegg 1: Informasjonsskriv

SANG SOM SMERTELINDRING?

Bli med i en sanggruppe hvor vi ønsker å forske på dette. Forskning viser at sang og musikk gir helse for kropp og psyke. Men vi har ikke mye kunnskap om sang som smertelindrende aktivitet.

Sanggruppen er et gratis tilbud. Det kreves ingen forkunnskaper om sang eller noter. Du vil lære å bruke stemmen og pusten din på en god måte. Det settes også av tid til sosialt samvær og enkel bevertning.

Pilotprosjektet gjøres av masterstudent i musikkterapi Camilla Pedelino Ek og er i samarbeid med Senter for forskning i musikk og helse (CREMAH).

Din deltagelse vil bidra til ny og viktig viten.
Begrenset antall plasser, så meld deg på nå.

Sted: Norges musikkhøgskole, Slemdalsveien 11, Oslo.
Oppstart høsten 2017 og 8 mandager fra kl. 10.30 -12.30

For mer informasjon ta kontakt med:

Masterstudent

Camilla Pedelino Ek

camilla.pedelino.ek@gmail.com

45 25 52 40



Kårette Annie Stensæth
Postboks 5190 Majorstua
0302 OSLO

Vår dato: 15.08.2017

Vår ref: 54812 / 3 / MSS

Deres dato:

Deres ref:

Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 20.06.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

| | |
|-----------------------------|--|
| <i>54812</i> | <i>Smertesang</i> |
| <i>Behandlingsansvarlig</i> | <i>Norges musikkhøgskole, ved institusjonens øverste leder</i> |
| <i>Daglig ansvarlig</i> | <i>Kårette Annie Stensæth</i> |
| <i>Student</i> | <i>Camilla Pedelino Ek</i> |

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

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

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget [skjema](#). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en [offentlig database](#).

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.12.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Dersom noe er uklart ta gjerne kontakt over telefon.

Vennlig hilsen

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

Marianne Høgetveit Myhren

Marie Strand Schildmann

Kontaktperson: Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52 / marie.schildmann@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Camilla Pedelino Ek, camilla.pedelino.ek@gmail.com

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 54812

Formålet med studien er å undersøke om sang og stemmebruk kan fungere smertelindrende hos mennesker med kroniske smerter. Problemstillingen lyder som følger:

Kan sang og stemmebruk i gruppe være smertelindrende for voksne personer som er uføre og har kroniske smerter? Hvordan opplever eventuelt deltakerne bruk av sang og stemmebruk som smertelindring?

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

Det er personvernombudets vurdering at det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2, punkt 8 c), da det skal innhentes informasjon fra personer som lider av kroniske smerter og som selv skal oppgi opplysninger om sin opplevelse av smerte.

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

Forventet prosjektslutt er 01.12.2018. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

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

Intervjuguide

Orientering

Informasjon om taushetsplikt og anonymitet.

Informasjon om muligheten til å lese teksten før publisering.

Spørsmål? Noe som er uklart?

Hoveddel

Hva slags forhold har du til sang og musikk? Liker du å synge?

Hvordan har det vært å være med på sanggruppa i høst?

Har sanggruppa gitt deg noe?

Har sanggruppa ført til noen form for endring for deg?

Hvordan er din opplevelse av smerter under/etter sanggruppa?

Hva tenker du om det å ha et slikt musikktilbud som en del av behandlingshverdagen?

Noe du syntes var vanskelig eller kunne vært annerledes?

Eventuelt

Er det ellers noe du vil trekke fram eller tilføye?

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Smertesang”

Bakgrunn og formål

Forskning viser at sang og musikk gir helse for kropp og psyke. Men vi har liten kunnskap om sang som smertelindrende aktivitet. Som forsker er jeg interessert i å undersøke hva sang og stemmebruk kan tilby mennesker med kroniske smerter. Jeg vil derfor jobbe ut fra problemstillingen,

Kan sang og stemmebruk i gruppe være smertelindrende for voksne personer som er uføre og har kroniske smerter? Hvordan opplever eventuelt deltakerne bruk av sang og stemmebruk som smertelindring?

”Smertesang” er et forskningsprosjekt på masternivå ved Norges Musikkhøgskole og gjennomføres i samarbeid med Senter for forskning i musikk og helse (CREMAH).

Hva innebærer deltakelse i studien?

Studien innebærer deltakelse i sanggruppen. Underveis vil jeg prøve å lytte og se etter hvordan deltakerne opplever å være med og hva de får ut av det. Jeg vil derfor ta notater ved samlingene.

Gjennom VAS-skala vil du ved hver samling fylle ut ditt smertenivå før og etter sanggruppen. Dette for å kartlegge om sang og stemmebruk har effekt på opplevelsen av smerte.

Som deltaker er det ønskelig at det settes av én halvtime til intervju. Samtalen vil bli tatt opp på bånd og transkribert. Når prosjektet er ferdigstilt og godkjent vil lydopptak og transkripsjon bli slettet. Formålet med intervjuet er å få en dypere innsikt i hvordan det er å være med i en sanggruppe, hva det betyr for deltakerne og hva musikkterapi kan tilby mennesker med smerter.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og bare være tilgjengelig for student og veileder. Notater vil skrives inn digitalt etter hver samling, og lagres på ekstern harddisk. Denne vil være nedlåst når den ikke er i bruk. Det vil ikke bli brukt navn i notatene, men koder/pseudonymer. Deltakerne vil bli anonymisert i alt som skrives og publiseres av forskningen. Prosjektet skal avsluttes senest 01.12.2018. Ved prosjektslutt vil alt datamateriale slettes.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med student Camilla Pedelino Ek, tlf. 452 55 240, eller veileder Karette Stensæth, tlf. 948 44 648.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS, som gir råd og godkjenninger for å sikre etisk ansvarlig behandling av persondata i forskning.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og ønsker å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

| | Deltaker | Deltaker | Deltaker | Deltaker | Deltaker | Deltaker | Deltaker |
|---|---|---|---|---|--------------------------|--|----------|
| SOSIAL LINDRING Se og bli sett | 28: Så det å komme ... 39: sånne ting som ... 95: det tar over ... 96: første gang ... 134: det er jo sosialt ... 188: For det har så ... 261: så jeg fikk ... 297: De har jo så mye, ... 338: Det er både det ... 491: du får speilet ... 494: Og det å få ... R4/9: Det å forholde ... | 7: Jeg synes det har ... 71: da asså blir vi ... 76: men det å være ... 78: Så det har vært ... 155: Min stemme ... 173: Det var gøy å ... 216: Jeg synes det ... 225: Men jeg synes ... 236: det synes jeg ... 237: Jeg er opptatt ... 478: Derfor det var ... | 6: jeg prøvde å ta ... 116: jeg fikk jo litt ... 164: jeg har prøvd ... 262: Det er en trang ... | 16: At folk har prata ... 230: Det har vært rom ... 237: Da har jeg fått ... 243: Jeg trur alle har... | 160: Men jeg trur at ... | 22: Jeg var veldig ... 148: jeg veit ikke ... 402: jeg trur ikke ... 420: Jeg synes det vel ... 672: synes jeg det var ... | |

Norges musikkhøgskole

Norges musikkhøgskole (NMH) er en vitenskapelig høgskole med Norges største fagmiljø innen musikk.

NMH utdanner instrumentalister, sangere, kirkemusikere, dirigenter, komponister, musikkteknologer, pianostemmere, musikkpedagoger og musikkterapeuter.

750 studenter og om lag 350 ansatte arbeider i en stor sjangerbredde som særlig omfatter klassisk, samtidsmusikk, jazz og folkemusikk.

Studiene ved Norges musikkhøgskole er ettertraktet og konkurransen om studie-plassene er hard. Ferdig utdannet er de fleste studentene på et høyt profesjonelt nivå og finner arbeid i kulturskoler, skoler, helseinstitusjoner, band og orkestre, og som frilansere.

Musikkterapistudiet

Musikkterapi handler om bruk av musikk i samhandling med mennesker, for å øke deres livskvalitet og helse.

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