

Robin Sohrabi-Shiraz

Humanistisk og ressursorientert musikkterapi i psykosebehandling

**En kvalitativ forskningsstudie
om musikkterapi praksis med personer med psykoselidelser**

Masteroppgave i musikkterapi
Norges musikkhøgskole, våren 2021
Antall ord: 21822

*Man jobber på utrolig mange forskjellige måter som musikkterapeut.
Det er derfor det er litt vanskelig å ha en prosedyre eller oppskrift på hva man gjør.*

(Musikkterapeut 3)

*Jeg vil si at psykosepasientgruppen er veldig, veldig variert -
så det er ingen standard tilnærming eller at alle får det samme,
eller ønsker det samme.*

Det er veldig stort egentlig - hvor skal man begynne?

(Musikkterapeut 4)

Sammendrag

Denne masteroppgaven utforsker musikkterapi praksis med personer med psykoselidelser som mottar behandling i psykisk helsevern. Empirien stammer fra semistrukturerte forskningsintervju med fire musikkterapeuter.

Forskningstilnærmingen er kvalitativ og hermeneutisk-fenomenologisk.

Problemstillinger er: Hvordan jobber musikkterapeuter med personer med psykoselidelser?

Den tematiske analysen resulterte i tre kjerne kategorier og ni underkategorier.

Kjerne kategorien *Musikkterapi i psykosebehandling* fikk underkategoriene *motivasjon og samhandling, identitet, relasjoner og sosiale roller, emosjoner og følelser og positive symptomer*. Kjerne kategorien *Tilnærminger* fikk underkategoriene *til pasienten og klinisk praksis og til tverrfaglig samarbeid*. Kjerne kategorien *Bruksområder for musikkterapi* fikk underkategoriene *et pauserom, arbeid med det som er vanskelig og overgang til hverdagen*. Disse fenomenene utforskes gjennom humanistisk, ressursorientert og relasjonelle teoretisk perspektiv.

Resultatene viser at humanistisk og ressursorientert musikkterapi praksis med personer med psykoselidelser kan fremme bedring, støtte verbal og nonverbal kommunikasjon, motivivere til sosial deltakelse og behandling, samt underbygge empowerment og recovery-prosesser. Individuell musikkterapi og gruppetilnærminger rettes mot behandling av negative, positive og kognitive symptomer ved psykose. Mer forskning kan rettes mot metodisk bruk av intersubjektivitet, nonverbal og affektiv kommunikasjon og inntoning gjennom musikk, samt rhythmic entrainment og fysiske tilnærminger til musikkterapi i praksis med personer med psykoselidelser. Disse samt identitetsfremmende prosesser fremstår som særlig relevante for en behandlingstilnærming til psykoseproblematikk.

Emneord: Musikkterapi, psykisk helse, psykose, schizofreni, identitet, recovery, empowerment, affektinntoning, rhythmic entrainment, intersubjektivitet

Abstract

This master thesis explores the practice of music therapy with patients with psychotic disorders receiving government healthcare treatment. The empirical data stems from semi structured research interviews with four music therapists about their experiences with the area of practice. The study takes a qualitative, hermeneutic phenomenological approach, asking the research question: How do music therapists work in clinical practice with individuals with psychosis?

The thematic analysis revealed three core categories and nine subcategories. The core category *Music Therapy in the treatment of psychosis* has the subcategories *motivation and interaction, identity, relations and social roles, emotions and feeling* and *positive symptoms*. The core category *Approaches* has the subcategories *to the patient and clinical practice* and *to interdisciplinary collaboration*. The core category *Applications for practice* has the subcategories *a breakroom, to work with difficult issues* and *transition to everyday life*. These categories are explored through the theoretical framework of humanistic resource oriented relational music therapy.

The results imply that humanistic and resource-orientated approaches to music therapy may encourage recovery, support verbal and nonverbal communication, encourage motivation, social inclusion and treatment, as well as support empowerment and personal recovery. Individual and group approaches are directed at treating negative, positive and cognitive symptoms of psychosis. More research may be given into methodic application of intersubjectivity, nonverbal and affect communication and attunement in music, as well as rhythmic entrainment and physical approaches to music therapy in practice with individuals with psychotic disorders. These as well as identity supporting processes seem particularly relevant for treatment approaches to the challenges of psychosis.

Keyword: Music therapy, mental health, psychosis, schizophrenia, identity, affect-attunement, rhythmic entrainment, intersubjectivity

Forord

Med denne masteroppgaven avslutter jeg tre fantastiske studieår fylt med møter, minner og erfaringer med mennesker og musikk som har bygget brosteinene på veien min fra student til musikkterapeut. Jeg gleder meg til neste kapittel der jeg kan omsette teori til praksis og endelig utøve dette meningsfulle yrket. Det er mange som fortjener en takk for hjelpen med denne masteroppgaven.

Først vil jeg takke informantene for de verdifulle praksisskildringene, fagkunnskapen og refleksjonene dere delte med meg. Jeg har gode minner av samtalene våre og gleder meg til flere. Takk for at dere har lært meg innmari mye.

En stor takk til min veileder Marie Strand Skånland. Du har vært en uvurderlig kilde til motivasjon, kunnskap og inspirasjon. Jeg er heldig som har fått lov til å lære under din faglige veiledning og reflektere med deg om de viktige tingene. Takk for at du hjalp meg å bli akademisk og bar håpet da jeg var i dalen.

Takk til min praksisveileder Bente Almås for å ha veiledet meg gjennom en praksis som har blitt en viktig del av den jeg er. Jeg setter pris på din rause direktet, og for at du alltid heier på meg.

Takk til mine medstudenter på musikkterapistudiet og musikk og helse. Jeg er så privilegert som har fått dele disse årene med dere. Takk for alle magiske improvisasjoner, gode samtaler, latter, gråt, dans og tøys, og for at dere har inspirert og lært meg så mye. Jeg ønsker hver og en av dere lykke til. Takk spesielt til dere legendene som okkuperte lesesalen med meg de siste månedene. Dette hadde vært røft uten dere.

Kjære hele familien min. Dere i England og spesielt til Mai Elin, Lilja og Mateo. Takk for at dere er der for meg og gir meg kjærlighet, inspirerer meg og holder meg i balanse. Og for at dere her hjemme har holdt ut med en pappa og kjæreste som har vært opptatt andre steder, enten fysisk eller i tankene. Nå er jeg endelig hjemme.

Innhold

Sammendrag	iii
Abstract	v
Forord	vii
1. Innledning	1
1.1. Bakgrunn for valg av tema	1
1.2. Tema og problemstilling	2
1.3. Avgrensning	3
1.4 Oppgavens oppbygging.....	4
2. Bakgrunn	7
2.1. Litteratursøk	7
2.1.1. Musikkterapeutisk tilnærming	7
2.1.2. Effekt	8
2.2. Musikkterapeutiske arbeidsmetoder	9
2.2.1. Nonverbal kommunikasjon i musikk	9
2.2.2. Rhythmic entrainment	10
2.2.3. Emosjoner, følelser og affektinntoning.....	11
3. Teori	15
3.1. Psykose	15
3.1.1. Diagnose.....	15
3.1.2. Symptomer	15
3.1.3. Å være psykotisk	16
3.1.4. Behandling og tilfriskning.....	17
3.2. Musikkterapeutisk rammeverk	18
3.2.1. Definisjon og praksisområde.....	18
3.2.2. Humanistisk og ressursorientert musikkterapi	18
3.2.3. Relasjon og intersubjektivitet	21
3.2.4. Musikk og identitet	22
3.3. Musikkterapi og psykosebehandling	22
3.4. Empowerment	23

3.5. Recovery	24
4. Metode	27
4.1. Vitenskapsteoretiske tilnærming	27
4.1.1. Hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming	27
4.1.2. Tolkning og refleksjon	28
4.1.3. Kvalitativ forskning.....	29
4.2. Datainnsamling	30
4.2.1. Semistrukturerte forskningsintervju	30
4.2.2. Utvalg av informanter	31
4.2.3. Intervjuene	31
4.3. Bearbeidelse av data	33
4.3.1. Transkribering	33
4.3.2. Tematisk analyse	34
4.5. Etske refleksjoner	36
4.6. Validitet	37
4.6.1. EPICURE.....	37
4.7. Metodekritikk	38
5. Resultater	41
5.1. Musikkterapi i psykosebehandling	41
5.1.1. Motivasjon og samhandling	41
5.1.2. Identitet, relasjoner og sosial roller	43
5.1.3. Emosjoner og følelser	45
5.1.4. Positive symptomer	46
5.2. Tilnærminger	48
5.2.1. Til pasienten og klinisk praksis	48
5.2.2. Til tverrfaglig samarbeid	51
5.3. Bruksområder for musikkterapi	54
5.3.1. Et pauserom	54
5.3.2. Arbeid med det som er vanskelig.....	55
5.3.3. Overgang til hverdagen	57
6. Drøfting	61
6.1. Musikkterapi i psykosebehandling	61

6.1.1. <i>Motivasjon og samhandling</i>	61
6.1.2. <i>Identitet, relasjoner og sosiale roller</i>	63
6.1.3. <i>Emosjoner og følelser</i>	64
6.1.4. <i>Positive symptomer</i>	66
6.2. Tilnærminger	69
6.2.1. <i>Til pasienten og klinisk praksis</i>	69
6.2.2. <i>Til tverrfaglig behandling</i>	71
6.3. Bruksområder for musikkterapi	73
6.3.1. <i>Et pauserom</i>	73
6.3.2. <i>For å jobbe med det som er vanskelig</i>	75
6.3.3. <i>Overgang til hverdagen</i>	77
7. Oppsummering og avsluttende ord	81
7.1. <i>Oppsummering</i>	81
7.2. <i>Implikasjoner for praksis</i>	81
7.3. <i>Videre forskning</i>	82
7.4. <i>Avsluttende ord</i>	83
Litteraturliste	87
Vedlegg nr. 1: <i>Vurdering fra NSD</i>	95
Vedlegg nr. 2: <i>Informasjonsskriv</i>	97
Vedlegg nr. 3: <i>Intervjuguide</i>	101

1. Innledning

1.1. Bakgrunn for valg av tema

I musikkterapistudiets andre og tredje semester etablerte jeg en egen musikkterapi praksis på en akuttpsykiatrisk døgnavdeling. Pasientgruppen bestod i stor grad av personer med psykoselidelser. Andre innleggelsesårsaker var i forbindelse med stemningslidelser, alvorlig personlighetsforstyrrelser, suicid, forvirringstilstander og samtidig rusavhengighet. Det var ikke noe tidligere musikkterapitilbud på avdelingen, og på bakgrunn av Helsedirektoratets (2013) anbefalinger var de nysgjerrige på hva musikkterapi kunne tilby deres pasienter.

Jeg hadde et semester med musikkterapi praksis på et DPS under beltet, men ellers lite erfaring med akutt syke mennesker. I tillegg var jeg relativt ukjent med fagspråket, behandlingskulturen og sturkturen i spesialisthelsetjenesten. Jeg møtte opp på avdeling med gitaren i hånda, saksofonen på ryggen og telefonen med Spotify i baklomma. Med fullført videreutdanning i musikk og helse, et semester på masterstudiet i musikkterapi, og livserfaringer fra min bakgrunn som frilans musiker, bartender og medmenneske, følte jeg meg myndig nok, til å tenke at; «dette kan jeg ikke, så det får jeg sikkert til». I den nyutgitte utredningen av muligheter for spesialistutdanning i musikkterapi, omtales musikkterapi som et samfunnsoppdrag (Stige et al., 2020). Jeg kjente på mitt eget lille samfunnsoppdrag, og ville som *A Tribe Called Quest* (1993) sier det: «represent, represent» musikkterapifeltet på en ålreit måte. Men dersom jeg skulle gjøre som Yalom (2009) råder oss til, og være en «medreisende» og se ut av pasientens vindu, så kunne det være en fordel å møte pasientene med en idé om hvordan psykoselandskapet kan se ut. Ikke minst med mengder psykofarmaka innabords. Jeg var bevisst mine faglige begrensninger som musikkterapistudent, og prøvde å lese meg opp på psykiske lidelser og psykisk helsevern.

Men hva skulle jeg gjøre med pasientene? Bare liksom, gi dem litt musikkterapi? Jeg spurte veilederen min og forelesere om råd og tips. Det mest innlysende rådet jeg fikk la grunnsteinen for denne masteroppgaven; Snakk med musikkterapeuter som jobber med psykosepasienter.

1.2. Tema og problemstilling

Temaområdet for oppgaven er musikkterapi praksis med personer med psykoselidelser.

Bevisstheten rundt musikkterapi i psykisk helsevern har økt i stor grad de seneste årene. Et viktig skritt i utviklingen var da Helsedirektoratet (2013) anbefalte musikkterapi som et psykososialt behandlingstilbud i sin nasjonale faglige retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. I dag er musikkterapi anbefalt i flere av helsedirektoratets retningslinjer, og i musikkterapifeltet er det diskusjoner rundt muligheten for en spesialistutdanning i musikkterapi i psykisk helse- og rus (Fuhr, 2019; Stige et al., 2020). Det implementeres stadig nye praksiser og antall musikkterapeuter ansatt i psykisk helsevern øker (Halås, 2019; Hodne, 2007).

Grunnutdanningen i musikkterapi er en 5-årig mastergrad, der den teoretiske orientering bygger på humanistiske- og sosiale perspektiver (Trondalen et al., 2010). Opplæringen bygger på pensum og forskning innenfor musikk, psykologi og musikkterapi rettet mot en bred bruker- og klientgruppe (ibid).

I forbindelse med dette har jeg et personlig formål om å gå mer i dybden på et praksisområde jeg finner spennende.

Jeg vil utforske problemstillingen:

Hvordan jobber musikkterapeuter med personer med psykoselidelser?

Med *hva*, er jeg interessert i hva man gjør i klinisk praksis; Hva er problemstillingene til pasientene, hva jobber man med og hva er musikkterapiens nytteverdi? Med *hvordan*, er jeg nysgjerrig på hvilke metoder musikkterapeutene bruker; Hvordan gjennomfører de terapien i praksis? Med *hvorfor*, ønsker jeg å finne ut hva som ligger til grunn for valgene de tar underveis i de ulike prosessene; Hvorfor tar praksisen den formen den tar med sitt innhold og tilnærminger?

1.3. Avgrensning

Med utgangspunkt i min egen praksiserfaring, har jeg valgt å konsentrere meg om musikkterapi med voksne psykosepasienter mellom 18 og 64 år som mottar behandling i spesialisthelsetjenesten. Jeg har gjennomført et empirisk prosjekt, der jeg har intervjuet fire musikkterapeuter som har erfaring fra praksisfeltet.

Jeg skiller ikke mellom informantenes ulike tilnærminger i lys av oppsøkende-, poliklinisk- eller døgnbehandlingstilnærminger. Jeg har valgt å ikke fokusere på praksis med barn, unge og eldre, og heller ikke med individer som mottar behandling gjennom kommunale- eller andre behandlingstilbud. Jeg utforsker informantenes praksis i lys av samfunns- og systemteoretiske perspektiv i noen grad, men dette er ikke utforsket i noen dybde (Stige & Aarø, 2012). Dette er likevel et relevant perspektiv for å forstå informantenes tilnærming til behandling. Jeg undersøker heller ikke om informantenes utdanningsbakgrunner, eventuelle videreutdanninger eller andre relevant erfaring kan virke inn på deres praksistilnærminger.

Disse og mange andre spørsmål og sider ved praksis kunne også vært interessant for å utforske problemstillingen. Likevel har jeg på grunn av masteroppgavens begrensninger måttet unnlate disse.

Teoriutvalget er gjort på grunnlag av sin relevans for problemstillingen, og med utgangspunkt i empirien og teoretiske orienteringer fra musikkterapiutdanningen ved Norges musikkhøgskole. Andre perspektiver, som for eksempel psykodynamisk og kognitiv teori, eller klientsentrerte tilnærminger til psykoterapi i tradisjon med Rogers (2003) kunne også vært spennende å trekke inn for å belyse informantenes praksis. Disse og andre perspektiver er likevel utelatt av hensyn til oppgavens omfang.

Med hensyn til oppgavens temaområde omtales terapimottakeren fortrinnsvis som «pasient», «individ» og noen ganger som «klient». Dette med grunnlag i den fagrelevante konteksten som terapimottakeren omtales i.

1.4 Oppgavens oppbygging

Formålet til denne masteroppgaven er beskrevet innledningsvis i dette kapitlet. Kunnskap om emnet som denne fenomenologiske undersøkelsen retter seg mot, er beskrevet i de to neste kapitlene. Kapittel 2 inneholder litteratursøk, temaavklaringer og forhåndskunnskap om feltet musikkterapi og psykose. Kapittel 3 beskriver teoriene om psykoser og musikkterapi som underbygger mitt forståelsesperspektiv. Kapittel 4 beskriver metodiske valg og refleksjoner. I kapittel 5 fremstilles resultatene av den tematiske analysen av empirien. I kapittel 6 foretar jeg en drøfting av resultatene i lys av teori og forskning. Masteroppgaven avsluttes i kapittel 7 med en oppsummering, implikasjoner for praksis, tanker om videre forskning og noen avsluttende ord.

2. Bakgrunn

I dette kapitlet presenterer jeg litteratursøkene jeg har gjennomført, som legger kunnskapsgrunnlaget for undersøkelsen. Gjennom dette blir leseren kjent med relevant kunnskap og tidligere forskning på musikkterapi i psykosebehandling, og slik dette fremkommer i Norge per 2021.

2.1. Litteratursøk

Litteratursøk ble gjort gjennomgående fra august 2019 til og med juni 2021. Søkene ble gjort i databasene til NMH-Brage, Oria, RILM, Norsk Fagbibliotek, Cochrane Database of Systematic Reviews, Deichman, Stanford Encyclopedia of Philosophy, Google, Google Scholar, nettsidene til Norsk Forening For Musikkterapi, Gamut (POLYFON kunnskapsklynge), Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, og Helsedirektoratet. I tillegg søkte jeg i musikkterapistudiets pensumlister, referanselistene til litteraturen, andre masteroppgaver og fikk litteraturtips fra ulike fagpersoner. Følgende søkeord ble brukt i ulike kombinasjoner på både norsk og engelsk: *musikkterapi, psykisk helse, psykose, schizofreni, symptomer, helsemodell, recovery, empowerment, relasjon, humanistisk, ressursorientert, affektinntoning, rhythmic entrainment, intersubjektivitet og relasjon.*

Under vil jeg presentere det jeg opplever som den mest relevante bakgrunnskunnskapen om psykose og musikkterapi og psykosebehandling.

2.1.1. Musikkterapeutisk tilnærming

På internasjonalt nivå, finnes det ulike tilnærminger til musikkterapi for personer med alvorlig psykisk lidelse. Det er ingen standard tilnærminger til arbeid med pasienter innlagt med akuttpsykiatrisk behandlingsbehov (Carr et al., 2013). Det finnes likevel fellestrekk i arbeidsmetoder. Disse er at musikkterapien dreier seg rundt nonverbale uttrykksformer og verbal refleksjon, aktiv musisering og åpent gruppearbeid. Målsettinger preges av pasientenes umiddelbare behov, og det å fremme engasjement, kommunikasjon og relasjon. Korte sykehusopphold medfører at mange pasienter mottar enkelttimer, eller flere timer med hyppig frekvens. Terapeuten styrer

musikkterapien i større grad. I tillegg brukes musikalske aktiviteter fleksibilitet, og med forutsigbare musikalske strukturer og realistiske målsettinger.

Solli & Rolvsjord (2008; 2015) beskriver at musikkterapi praksis i psykisk helsevern i Norge, retter seg blant annet mot kommunikasjon, vitalitet, følelser, relasjon, mestring og aktivitet. Dette foregår på individuelt nivå, men kan også innebære samfunnsorienterte tilnærminger som fremmer sosial inkludering. Ressursorienterte terapitilnærminger preger norsk musikkterapi i stor grad (ibid.). Behandling foregår individuelt og i åpne grupper. Arbeidsformene inkluderer sang, samspill av ferdigkomponert musikk, musikklytting, improvisasjon og sangskrivning.

2.1.2. Effekt

Musikkterapi kan ha en betydelig effekt på psykosetilstander og forbedre livskvaliteten til individer med psykoselidelser (Gold, et al., 2009; Geretsegger et al., 2017). Effekstudiene som her omtales, viser at dersom tilstrekkelige mengder med musikkterapi mottas, kan dette i tillegg til standard behandling medføre positive endringer i mental tilstand, generelle og negative symptomer, depresjon, angst, personlig og sosialt funksjonsnivå og engasjement i musikk. Små effekter kan oppnås ved 3-10 musikkterapisesjoner, mens større fordeler blir tydeligere etter 16-51. I tillegg kan musikklytting virke inn på karakteristikker av positive symptomer som hørselshallusinasjoner og desorganisering (tankekaos og oppbrudd i taleflyt (Sükran & Havva, 2019)).

Psykosepasienter som mottar humanistisk og ressursorientert musikkterapi, beskrev opplevelser av stor glede og positiv effekt av behandlingen (Solli & Rolvsjord, 2015). Musikkterapi ga opplevelser av frihet fra sykdom, stigma og behandlingsfokus. De kom i kontakt med både selv og andre mennesker, med følelser og vitalitet. De kjente på velvære, fornøyelse, tilfredshet, motivasjon, mestring og håp. I tillegg erfarte de reduksjon av symptomer, psykotiske tilstander, forstyrrende tanker, stemmehøring og visuelle hallusinasjoner.

Av særskilt betydning for psykoseproblematikk viser man til musikkterapiens innvirkning på motivasjon, struktur, emosjonelt uttrykk og sosial deltakelse. (Solli & Rolvsjord, 2008; 2015). Her ser man at selv med alvorlige psykiske lidelser, kan individer ha tilgang til sin musikkinteresse og glede av musikk. Dette kan blant annet styrke motivasjon, og fremme sosiale roller og deltakelse (ibid). Musikalsk aktivitet kan bidra positivt til identitetsoppfatning og bidra til prosesser som fremmer mestring og individets håndtering av sykdomsrelaterte tema (ibid.).

Ressursorienterte prinsipper i musikkterapi er av betydning for pasienter med lav behandlingsmotivasjon (Mössler et al., 2011). Fokus på pasientens ressurser står sentralt for anerkjennelse og samarbeidet om å fremme positive egenskaper og potensialer. Dette bidrar til behandlingsmotivasjon i både kort- og langsiktige behandlingsforløp, og en terapeutisk relasjon preget av trygghet, tillitt, støtte.

Nå vil jeg beskrive noen musikkterapeutiske arbeidsmetoder som jeg opplever kan være relevant i arbeid med personer med psykoselidelser.

2.2. Musikkterapeutiske arbeidsmetoder

2.2.1. Nonverbal kommunikasjon i musikk

Ved å dele et felles fokus gjennom musikk, kan pasienter med vanskeligheter for å delta i verbale terapiprosesser, inngå i prosesser som ikke fortrinnsvis baserer seg på verbalspråk (Mössler & Fuchs, 2015). Herunder beskrives syv nivåer for nonverbale terapeutiske møter gjennom musikk.

Det første nivået er *aksept* (Mössler & Fuchs, 2015). Man lytter til musikk, eller så spiller musikkterapeuten for pasienten uten øvrige krav settes til samhandlingen. Pasienten lander i terapisituasjonen uten å måtte uttrykke terapeutiske behov. Musikkterapeuten er empatisk og støttende, uten å tvinge fram kontakt. Musikken rammer inn samhandlingen og tar stillhetens plass. Det andre nivået er *orientering*. Etablering av terapirammeverket og relasjonen preger møtet. Instrumenter og andre effekter utforskes. Pasientens ønsker og mål kan bli synlig. Musikken bidrar til trygghet og struktur. Samhandling gjennom musikk kan begynne å etablere en terapeutisk relasjon,

uten at denne blir for nær eller personlig. Det tredje nivået er *kontakt* i musikken. Terapeuten imøtekommer pasientens kontaktbehov og man tester ut interaksjonen med hverandre. Samhandlingen blir mer leken. Terapeuten støtter- og tar del i pasientens musikalske aktiviteter. Rom for å oppleve felles delte erfaringer blir til. Det fjerde nivået er *tillitt*. Kontakten blir dypere og relasjonen mer personlig. Terapeuten får innsikt i pasientens følelsesverden, og speiler emosjoner i samspill og musikalske gester. Dette bidrar til trygghet, tillitt og delte emosjonelle erfaringer (affektiv deling og kommunikasjon). Musikken blir et overføringsobjekt for følelser som tydeliggjøres i musikken. På det femte nivået kommer pasientens *uttrykk* mer til syne. Tilliten øker, og pasienten kan i større grad uttrykke følelser og behov mer aktivt. Musikken gjør det mulig å uttrykke ting som er vanskelig å ytre verbalt. Terapeuten støtter med emosjonsregulering. Det sjette nivået innebærer *abstraksjon*. Emosjonelle erfaringer undersøkes nærmere. Pasientene blir mer opptatt av å utforske selvuttrykk gjennom musikken. Pasienten deler eller beskytter sine emosjoner bevisst. Terapeuten anerkjenner, responderer og deler sine perspektiver. Dette oppmuntrer pasientens selvoppfatning, og etablerer autonomi og intersubjektive grenser. Musikken som spilles eller lyttes til, brukes for å møte utfordringer som er vanskelig å snakke om. Verbal utforskning av musikk erfaringen kan gjøre det litt lettere for pasienten å utforske seg selv. Det sjuende nivået er *endring*. Pasientens ressurser og autonomi er utviklet i den grad at tema kan bearbeides produktivt gjennom musikk. Terapeuten oppmuntrer, støtter verbalt og nonverbalt med pasientens endringsprosesser. Ved dette nivået blir musikken et verktøy for å møte og mestre livets mange utfordringer og erfaringer på en konstruktiv måte.

2.2.2. Rhythmic entrainment

Rhythmic entrainment eller rytmisk, fysiologisk synkronisering er et fenomen der vi mennesker bevisst eller ubevisst overgir oss til en styrende rytmisk kraft (Bonde, 2009, s. 66). Kroppen reagerer på rytmisk stimulus og tilpasser seg til tempoet og rytmen. Musikk kan påvirke ulike kroppslige systemer og kan brukes til å styre egne eller andres kroppslige prosesser (ibid.). Blant annet innebærer dette at musikk kan påvirke det autonome nervesystemet, og at hjernebølger kan synkroniseres gjennom både rytmisk og musikalsk påvirkning.

Musikken og rytmen påvirker også vår felles opplevelse av tid (Brean & Skeie, 2019). Til vanlig har mennesker ulike tidoppfattelser; noen ganger går den saktere, noen ganger fortere. Når man deler lytteopplevelser befinner man seg i den samme tidsberegningen som de andre. Å lytte til rytmisk musikk kan altså være en samlende og fysisk opplevelse (ibid., s. 67). Pusten, pulsen og bevegelser synkroniseres med musikken og andre som deler lytteopplevelsen. Man kan si at rytmen innbyr til deltakelse, som for eksempel når man danser til afrikansk- eller søramerikansk trommemusikk, hopper som samlet gruppe på en rockekonsert eller under den klassiske «trampeklappen» ved konsertslutt.

2.2.3. Emosjoner, følelser og affektinntoning

Følelser er sentralt for menneskelig og musikals kommunikasjon (Trondalen, 2016). En følelse kan forklares som en subjektiv og privat erfaring eller tilstand av vår indre livsverden (Håkonsen, 2017). Noe av dette kan vi kommunisere utad gjennom *følelsesuttrykk*, for eksempel i samhandling med andre mennesker. Dette gjør vi gjennom *ansiktsmimikk, kroppsholdninger, gester, bevegelser, lyd, språk og symboler*. Andre vanlige ord for følelser er *emosjoner* og *affekter*. Affekter beskriver sterke følelser med et tydelig kroppsspråk, som viser hvilken følelsesreaksjon vi har.

Nevropsykologien skiller mellom *følelser* og *emosjoner* (Brean & Skeie, 2019).

Emosjoner er de fysiologiske reaksjonene i respons til ytre stimuli. Eksempelvis til ting vi ser eller hører. Ser vi noe vi er redde for, kan den emosjonelle responsen være økt hjerterytme, tørr munn og blek hud, som medfører følelsen «angst». Følelsen kan forstås som kroppens kommunikasjon til bevisstheten om kroppens emosjonelle tilstand. I hjernestammen utløser også lydsignaler både emosjoner og følelser (Brean & Skeie, 2019). Denne *følelsestonen* er for eksempel en av grunnen til at vi oppfatter at musikk kan gjøre oss triste eller glad.

Følelser og affekter kan oppfattes og overføres mellom mennesker (Trondalen & Skårderud, 2007). Musikk har den egenskapen å kunne brukes i *affektinntoning* - et begrepet som tilsikter delingen av følelser og indre tilstander (ibid.). Det er noen

kriterier og generelle trekk ved musikkens form, intensitet og timing som må matches i et samspill for å kunne dele følelser og affekter. Det første kriteriet omhandler *intensitet*. Man må ikke imitere eller spille det samme, men intensiteten av det som spilles må følges på likt. Intensitet kan innebære *bevegelse*; at intensiteten går opp eller ned. Dette innebærer at endringer i for eksempel volum og timing matches og følges. Musikkens *puls* og temporale form gjennom et samspill er også sentrale trekk ved affektintoneringen. Her er også bevegelse sentralt, der pulsen kan endre seg og bli mer intensivt eller avta gjennom et samspill. *Rytme* blir dermed også et viktig delt kriterium. Selv om rytmen(e) som spilles ikke nødvendigvis aksentuerer de samme slagene, vil rytmen likevel oppleves som pulserende og sammenhengende i sin form. I dette tilbyr rytme både fleksibilitet og synkronisering i samspillet. *Varigheten* til- eller tidsaspektet av samspillet er også trekk som bidrar til delingen. Man starter på likt, slutter på likt og deler øyeblikk med ulike varigheter innad i musikken. Det siste generelle trekket for affektintonering er *form*. Dette tilsikter ikke musikkens form, men heller formen, gjengivelsen og oppførselen til musikerne i tid og rom.

I neste kapittel vil jeg presentere forskningens teoretiske rammeverk.

3. Teori

I dette kapitlet presenterer jeg det teoretiske rammeverket og mitt utvalg av teori om psykose, musikkterapi og andre relevante tema. I kapittel 4 vil jeg redegjøre for de metodiske valgene jeg har tatt i studien.

3.1. Psykose

3.1.1. Diagnose

ICD-10 (WHO ICD-10, 1997) og DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) er de to bærende internasjonale diagnosesystemene for psykisk sykdom. Disse beskriver atferd og symptomer, og klassifiserer dem i diagnoser. I Norge bruker man fortrinnsvis ICD-10 og denne oppgaven støtter seg derfor til dens klassifiseringer. Psykoselidelser beskrives som en heterogen gruppe, som deles inn i akutte og forbigående psykoser, og psykoser med mer varige paranoide vrangforestillinger. Det skilles mellom seks diagnostiske hovedgrupper med tilhørende undergrupper. Hovedgruppene er schizofreni (den alvorligste og mest utbredte lidelsen), schizotyp lidelse, paranoide psykoser (vedvarende vrangforestillingslidelse), akutte og forbigående psykoser, induisert psykose og schizoaffective lidelser. I tillegg kan psykose utløses av både stoffbruk og somatiske årsaker.

For den faglige forståelsen er det viktig å dele psykosetilstander i diagnostiske kategorier (Skårderud et al., 2018, s. 331). Likevel er dette en gruppe lidelser som ikke kan klart adskilles. Individuer preges av ulike symptomer, og disse kan skifte og variere. Derfor er det viktig å forstå psykosetilstander som dynamiske over et kontinuum, heller enn statisk bundet opp i en diagnose (McGuire & Dixon, 2000).

3.1.2. Symptomer

Felles for psykoselidelser er mangelfull eller nedsatt evne til å kunne teste virkeligheten (Helsedirektoratet, 2013, s. 129). Symptomene deles inn i 3 hovedtyper (WHO ICD-10, 1997, Skårderud et al., 2018; Helsedirektoratet, 2013). Den første er de *positive symptomene*, som kjennetegnes av en realitetsbrist. Dette innebærer *hallusinasjoner*,

*stemmehøring, vrangforestillinger og desorganisering*¹. Den andre symptomtypen deles inn i to symptomgrupper, som kalles de *negative symptomene*. Disse er en reduksjon av mentale funksjoner, som ofte fører til sosial tilbaketrekning. Den første negative symptomgruppen innebærer *apati* (motivasjonstap, manglende entusiasme og engasjement), *avolisjon* (mangel på målrettet handling) og *anhedoni* (manglende evne til å glede seg over ting). Den andre negative symptomgruppen er *affektavflatning* (manglende kommunikasjon av følelser gjennom kroppsspråk og ansiktsmimikk). Følelsene er der, men individet kan ha problemer med følelsesuttrykk, følelsesregulering eller å gjenkjenne følelser i seg selv og andre. Den siste symptomgruppen innebærer andre symptomer som *affektive symptomer* (angst og depresjon) og *kognitive vansker*. Nedsatte kognitive ferdigheter innebærer vanskeligheter med persepsjon, tenkning, læring, problemløsning og oppmerksomhet.

3.1.3. Å være psykotisk

Å være psykotisk preges av forvirring, angst og ensomhet (Skårderud et al., 2018; Møller, 2019). Det innebærer en realitetsbrist med endret virkelighetsoppfatning. Bristen innebærer fordreininger av sanseopplevelser og tanker, som gjør at opplevelser av verden, en selv og andre mennesker, ikke deles eller kan bekreftes av andre. Man både ser, hører og tenker ting som ikke gir mening for andre. Det er derfor ofte vanskelig å fungere i relasjon til andre mennesker. Psykosen rammer individets mentaliseringsevne, som er vår kapasitet til å lese hva andre mennesker føler eller tenker. Følgelig er det vanlig å feiltolke andres signaler, intensjoner og sinnstilstander.

Subjekt- eller selvopplevelsen blir svekket ved psykose (Skårderud et al., 2018; Møller, 2019). Dette er følelsen av å være seg selv med et indre liv og egne tanker som er adskilt fra andres. Opplevelsen av å være til stede i egen kropp i en verden som er virkelig blir også svekket. Individet kan beskrive dette som å blant annet miste kontakten med seg

¹ Avbrudd i normal taleflyt, ofte begrunnet assosiasjonsforstyrrelser: raske eller saktegående tanker, tankeblokk, nedsatt abstraheringsevne eller symboliseringsevne, stereotyp tenkning, redusert verbal kommunikasjon eller alogi.

selv, at kjernen eller personligheten er borte eller at man har blitt en tilskuer i sitt eget liv (Møller, 2019, s. 79).

En slik virkelighetsoppfatning medfører naturligvis forvirring og angst (Skårderud et al., 2018). De som opplever psykose, isolerer seg gjerne fra både omgivelsene og andre mennesker. I sin ensomhet forsterkes det som er vanskelig, og symptomer og isolasjonstendensen forverres i en nedadgående spiral. Psykoser inntreffer i alle aldre, men forekommer ofte i 15 til 30 års alderen. Derfor er det mange som faller ut av utdanning, har nedsatte muligheter til å jobbe, sliter med å inngå i meningsfulle relasjoner og stifte familie.

3.1.4. Behandling og tilfriskning

En generell anbefaling er at psykosebehandling bør tilpasses individuelt og inneholde en kombinasjon av ulike virksomme elementer (Helsedirektoratet, 2013). Blant annet fremheves legemiddelbehandling (antipsykotisk medisin), psykoedukativt (kunnskapsformidlende) familiesamarbeid og kognitiv terapi (ibid.). Det er enighet om at medikamentell behandling ikke helbreder, men skal dempe positive symptomer i den grad at individet blir tilgjengelig for psykososiale behandlingstilbud (Skårderud et al., 2018). Ekspertene er også enige om at behandlingsbehov vil være ulikt avhengig av sykdomsfasen (ibid.). De siste årene har man introdusert flere kognitive behandlingstilnærminger rettet mot symptomer som depressiv tenkning, stemmehøring, vrangforestillinger, tankestopp og sosial tilbaketrekning (ibid., s. 347).

Skårderud et al (2018, s. 339) beskriver fem viktige faktorer for tilfriskning ved psykose. Den første vektlegger viktigheten av *behandlingsoppfølging over tid*. Dette er utfordrende for mange, blant annet på grunn av strukturen og de ulike rollene i psykisk helsevern. Egen *motivasjon* (empowerment), *nye ferdigheter til å mestre et liv med en psykoselidelse*, *sosialt engasjement* og endringer i *sosial status* spiller også viktige roller for tilfriskning. Overordnet sett er mye av dette betinget av hvilke *ressurser* individet har tilgang til, og som kan bidra til et liv med verdighet og mening. Tilfriskning beskrives også som en dynamisk prosess gjennom flere trinn, som spenner seg fra

respons på behandling, symptomremisjon/tilfriskning og recovery/bedringsprosess, til full helbredelse (Helsedirektoratet, 2013, s. 141).

3.2. Musikkterapeutisk rammeverk

3.2.1. Definisjon og praksisområde

Definisjon av musikkterapi:

Musikkterapi er en refleksiv prosess der klienten får hjelp til å bedre sin helse gjennom ulike fasetter av musikkterapeutiske erfaringer, og de relasjoner som oppstår i dem. Musikkterapi er her forstått som den profesjonelle praksiskomponenten av disiplinen, som underbygger og underbygges av teori og forskning (Bruscia, 2014).

Det finnes ulike praksisområder for musikkterapi (Bruscia, 2014). I psykisk helsevern defineres musikkterapi som psykoterapi med arbeidsformer som vektlegger musikk og samtale (Solli & Rolvsjord, 2008).

Bruscia (2014) skriver at psykoterapeutisk musikkterapi kan blant annet rettes mot å styrke menneskers selvoppfatning og selvuttrykksevne og fremme sosiale ferdigheter og positive relasjoner. Det kan innebære endringer i emosjoner, holdninger og atferd, det å løse indre konflikter, traumbearbeiding, eller å forbedre virkelighetsorientering og kognitive ferdigheter. Arbeidet foregår på individuelt, gruppe eller samfunnsnivå og i arbeid med ulike psykiske tilstander og utfordringer.

3.2.2. Humanistisk og ressursorientert musikkterapi

Et humanistisk perspektiv i musikkterapien underbygger en forståelse av menneskets forutsetninger for intensjonalitet og selvbestemmelse (Ruud, 2008). Det humanistiske tankesettet medfører en kontekstuell forståelse av musikkens betydning for følelser og tanker, med utgangspunkt i individuelle forutsetninger, historie og kultur. Et flerdimensjonalt menneskesyn belyser musikkens innvirkning på biologiske, psykologiske og sosiale forhold. Vitenskapsfundamentet bygger på kvantitative og kvalitative metoder. I behandlingssammenheng får musikkterapien en funksjon av å

tilby alternativ og supplerende behandling i tverrfaglig samarbeid med andre faggrupper (Ruud, 2010).

Som praksis, beskriver Ruud (1979) musikkterapi som å bruke musikk til å gi mennesker nye handlemuligheter. Beskrivelsen står i en kontekst som er opptatt av menneskets potensialer, muligheter til utfoldelse, og hvilke sosiale, kulturelle, materielle, biologiske og psykologiske prosesser som kan hindrer disse (Ruud, 2008). Musikkterapi er mestrings- og ressursorientert, med helhetlige målsettinger om å fremme helse og livskvalitet. Terapien skjer i møtet mellom mennesket og musikken. Musikkterapeuten tilnærmer seg individet som et subjekt, der innlevelse i relasjonen er bærende for utviklingen og det terapeutiske samarbeidet. Musikkterapeuten tilbyr sin tid, tilstedeværelse og sine verktøy, for å anerkjenne og møte pasientens ytringer og behov gjennom musikk. I dette skapes rom for opplevelser, uttrykk, fantasi og lek.

Humanistisk musikkterapi innebærer holistisk tenkning, som også innbefatter hensyn til mennesket i systemisk og økologisk perspektiv (Ruud, 2008). Her er man opptatt av å ta musikkterapien ut av terapirommet og jobbe musikkterapeutisk i en større samfunnsmessig kontekst. Dette ser vi tydeliggjort, blant annet gjennom samfunnsmusikkterapien².

Humanistisk musikkterapi støtter seg til kontekstuelle forståelsesperspektiver av musikk og helse. Det kontekstuelle (eller sosiale) helseperspektivet, ser helse i sammenheng med både biologiske og kontekstuelle faktorer (Blaxter, 2005). Dette i kontrast til den biomedisinske helseforståelsen, som legger større vekt på patologi og biologiske opphavsforklaringer til sykdom. Den kontekstuelle helsemodellen gir et mer holistisk perspektiv. Her rettes fokus ikke bare mot sykdomsbekjempelse, men også mot å styrke positiv helse gjennom helsefremmende arbeid (Mæland, 2001). Mæland påpeker at det å styrke individidens ressurser er helt sentralt i arbeid med å fremme

² *Samfunnsmusikkterapi* eller *Community Music Therapy* er en tilnærming som fremmer helse, gjennom sosial endring og styrking av sosiale nettverk (Stige & Aarø, 2012). Hovedtrekkene er at den er; *økologisk, deltakende, fremføringsbasert og refleksiv*. Kvalitetene beskrives i PREPARE- akronymet, som står for; *Participatory, Resource-oriented, Ecological, Performative, Activist, Reflective* og *Ethics-driven*.

positiv helse. Denne forståelsen bygger på blant annet teoriene til Antonovsky (1978). Hans salutogene modell belyste sammenhengen mellom menneskers tilgang til ressurser, og hvordan disse kan brukes til å fremme helse og motstandsdyktighet. En viktig faktor i vår opplevelse av helse er vår *sense of coherence*, eller *opplevelse av sammenheng*. Dette tilsikter i hvilken grad mennesker opplever livet som meningsfullt, sammenhengende, og utfordringer som overkommelige.

Salutogen tenkning har vært en viktig inspirasjonskilde for den ressursorientert musikkterapien (Rolvjord, 2008). Tilnærmingen knyttes til empowerment filosofi, positiv psykologi³, psykoterapeutiske perspektiver og den overnevnte kontekstuelle helsemodellen. Ressurser er forstått som noe man har, eller har tilgang til. Musikk er forstått å romme mulighet og mening, som kan ha potensialer til å bli ressurser i helsefremmende prosesser. DeNora (2000) beskriver dette gjennom begrepene *musical affordance and appropriation*. Ressursorienterte terapeutiske prosesser er fortrinnsvis opptatt av å styrke ressurser for å fremme motstandsdyktighet (Rolvjord, 2008). Dette rustet individet til å bedre håndtere og mestre negative konsekvenser av stressorer og helseproblemer. Hvordan musikk kan gjøre hverdagen litt bedre for et individ, er ofte best forstått av individet selv. Dette er et viktig aspekt for ressursorientering, som anerkjenner individet som «ekspert» i eget liv.

Rolvjord (2008, s. 132) fremhever fire punkter som viktig for en ressursorientert musikkterapi. Det første er *anerkjennelse* og stimulering av ressurser og friske sider. Det andre er opptatt av samspillet mellom *individet og samfunnet*. Det tredje vektlegger en *likeverdig relasjon*. Det fjerde er en forståelse av *musikk som helseressurs*.

³ Positiv psykologi vektlegger positive følelser, styrker og dyder som bidrar til lykke (Seligman, 2009). Målet er å ruste mennesker på individuelt og samfunnsnivå, til å håndtere livet med blant annet håp, optimisme og fornøyelse. Positive følelser kan deles opp i *nyttelse* (det sanselige, følelsespreget og flyktig) og *tilfredshet* (total involvering, engasjement og flyt).

3.2.3. Relasjon og intersubjektivitet

Mennesker er forstått som grunnleggende intensjonelle og meningsøkende, og vi utvikler seg i stor grad gjennom sosial utveksling og relasjon (Trondalen (2016). Gjennom hele livet søker vi etter å forstå meningen i ytre og indre opplevelser, og vi hender oss instinktivt til andre for å utforske og forstå disse gjennom den *relasjonelle vending* (ibid.). Dette beskrives som et skift fra en-person til to-person i utviklingen. Her foregår det kommunikasjon som i stor grad er følelsesdrevet⁴, og innebærer deling av verbal (eksplisitt) og non-verbal (implisitt) kunnskap.

En relasjonell vending blir til gjennom *intersubjektivitet* (Trondalen, 2008). Stern (2007) omtaler dette som en spesiell mental kontakt der sinnene til to subjekter inngår og forstår hverandre i en delt felles virkelighet. Prosessen er intuitiv og innebærer stor grad av affektiv kommunikasjon. Affekter er følelser som blir spesielt tydeliggjort gjennom kropp og lyd, og som vi fortolker gjennom mimikk, bevegelser, holdninger og følelstone i stemmen.

Mennesker har en medfødt musikalitet og evne til å formidle og forstå følelse, intensjon og bevegelse gjennom lyd og musikk (Trondalen, 2016). Dette foregår gjennom prinsipper som rytme, tempo, tonalitet, melodi og dynamikk. Slike fenomener brukes i våre kommunikasjonsprosesser, og vi opplever automatisk mening og følelsesinnhold i det vi hører (Brean & Skeie, 2019).

I sammenheng med musikkterapi påpeker Trondalen (2016) at en relasjonell vending og intersubjektivitet også blir til gjennom delte musikkopplevelser. Dette handler om å inngå i en felles delt virkelighet gjennom musikken – både gjennom lytting, samspill og annet musikalsk samarbeid. Dette skjer gjennom implisitt kunnskap som formidles gjennom musikalske gester, følelser og intensjoner i musikken. Musikkens symbolverdi og mening i musikkopplevelsen kan ytterligere utforskes og forsterkes, gjennom verbal refleksjon rundt musikkopplevelser.

⁴ Se kapittel 2.2.3. Emosjoner, følelser og affektinntoning

3.2.4. Musikk og identitet

Ruud (2017, s. 52) knytter identitetsbegrepet til vår subjektive indre opplevelse av selv. Identitetsfølelsen handler også om kontinuitet i vår selvoppfatning og hvordan vi forstår oss selv som forskjellig fra andre. I humanistisk psykologi snakker man om en indre kjerne som driver oss til personlig vekst eller *selvrealisering* (*ibid.*). Ruud referer til Stern (1991), som forklarer at allerede som spedbarn bruker vi selvfornekkelse i organsiering og utvikling gjennom sosiale opplevelser. Denne utviklingen er aktiv livet gjennom. Vårt *narrative selv* er den historien vi forteller oss selv om våre livserfaringer (Ruud, 2017). Dette bygger blant på *episodiske* og *selvbiografiske minner*.

Musikk har en viktig plass i menneskelig kultur og samfunn, og spiller en rolle for vår identitetsutvikling (Ruud, 2017). Blant annet tester vi ut ulike sosiale tilhørigheter gjennom den musikken vi identifiserer oss med. Dette er spesielt relevant i ungdomsårene, men musikk er også en potent identitetsmarkør gjennom hele livet. Som nevnt ovenfor i underkapitlet om relasjon, så er musikk nært tilkoblet følelser. Dette gir musikken betydning for å skape minner og ramme inn episoder i vårt livsnarrativ. Musikken berører oss gjennom både biologiske og subjektive prosesser, der vi foretar tolkninger av opplevelsen ut ifra den sosiale konteksten opplevelsen oppstår i. Slike opplevelser kan være svært sterke og sette sine spor. De livshendelsene vi husker, og som er viktig for oss, påvirker vår selvoppfatning. Dermed former de vårt selv og vår identitet. På denne måten kan musikkens rolle i følelser og minner bli et slags råmateriale i fortellingen om oss selv. Musikken som er viktig for oss symboliserer og binder sammen episoder i livet gjennom tid og sted, personlig og sosial kontekst (*ibid.*).

3.3. Musikkterapi og psykosebehandling

Musikkterapi er anbefalt i pakkeforløpet for psykose som et medikamentfritt, psykososialt behandlingstiltak (Helsedirektoratets, 2021). Helsedirektoratets (2013) nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykose bygger sin anbefaling på systematisk og kunnskapsbasert evidens.

Musikkterapi har fått den høyeste anbefalingsgraderingen:

Musikkterapi fremmer tilfriskning, og behandlingen bør starte i en så tidlig fase som mulig med henblikk på å redusere negative symptomer. Behandlingen må utføres av terapeuter med godkjent utdanning innen musikkterapi.

(Helsedirektoratet, 2013, s. 70).

Anbefalingen er faglig normerende heller enn juridisk bindende (Helsedirektoratet, 2013, s. 3). Behandlingen presiseres som relevant i spesialisthelsetjenesten, døgnavdelinger, poliklinikker og kommunale helsetjenester (ibid.). Et nasjonalt samvalgsverktøy tilbys for å hjelpe pasienter med å ta informerte behandlingsvalg (Helsedirektoratet, 2019, 1. juli). Her er musikkterapi et av fem behandlingsalternativer blant samtaleterapi, medisiner, individuell jobbstøtte (IPS) og andre mestringstiltak som kurs, gruppetilbud og fysisk trening.

En nasjonal behandlingstekst for musikkterapi i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling beskriver hva brukere kan forvente seg av å delta i musikkterapi. Musikkterapi beskrives å vektlegge brukerinvolvering og ressurser, til å jobbe med utfordringer gjennom musikk (Betanien sykehus, 2018). Behandlingen kan tilpasses behov og interesser og foregår individuelt og i grupper. Effekten er best etter 20 timer eller mer, og musikalsk egenaktivitet kan suppleres utenom timene. Meningsopplevelser og relasjon er vektlagt. Arbeidsformene kan innebære lytting, samspill, sang, sangskrivning, innspilling, improvisasjon og samtale. Musikkterapi kan redusere depressive symptomer, angst og negative symptomer ved psykose. Det kan forbedre generell psykisk helsetilstand, motivasjon, følelsesbevissthet, sosialt funksjonsnivå og livskvalitet. Etter utskrivelse kan behandling følges opp med lavterskel musikktilbud i lokalsamfunnet, men dette varierer avhengig av ressurser og kompetanse.

3.4. Empowerment

Empowerment-begrepet forankres i det humanistiske og demokratiske verdisynet Rolvsjord (2004). Hva empowerment eller *myndiggjøring* på norsk innebærer, vil variere ut ifra kultur, samfunn og situasjon. I psykologisk sammenheng innebærer empowerment endringer i atferd, kognisjon og tanker som fremmer troen på egne

evner og kompetanse (ibid.). For terapeuten handler det om å hjelpe personer med å utvikle verktøy til å håndtere sine helserelaterte utfordringer. Dette innebærer tilgang, anerkjennelse og samarbeid om å styrke ressursene til pasienten. Rolvsjord løfter frem at musikkterapeuters ressursorienterte tilnærming er forenelig med empowerment. Det oppstår likevel et paradoks i å skulle hjelpe et menneske til empowerment. Hjelp innebærer at den som trenger hjelpen får det fra en annen, et faktum som i seg selv kan forstås som umyndiggjørende. Procter (2001) understreker derfor at musikkterapiprosesser må være *enabling*, eller *muliggjørende*. Dette kan innebærer å fjerne hinder som står i veien for pasientens utvikling og kontroll over egne prosesser og målsettinger.

3.5. Recovery

I psykosebehandling (og psykisk helsevern for øvrig), har man tydeliggjort en faglig og politisk orientering mot recovery som grunnleggende behandlingsverdi i tjenestene (Rolvsjord, 2019). I litteraturen omtaler Slade (2009) recovery på to ulike måter i forbindelse med psykisk helse. *Klinisk recovery* er den biomedisinske forståelsen av sykdomsbedring. Begrepet sikter til resultatet av symptomremisjon og fravær av symptomer over tid. Derimot betegner *personlig recovery* en personlig prosess som beskriver pasientens subjektive bedringsopplevelse. Begrepet skaper et perspektiv som anvendes i forbindelse med opplevelser av positiv helse, til tross for alvorlig psykisk sykdom. Med andre ord handler personlig recovery om at et individ kan være sykt i klinisk forstand, men likevel oppleve seg selv som noe annet. Konsekvensene av psykisk sykdom, som for eksempel stigma, forstyrrelser i hverdagslivet, vanskelige relasjoner og sosial isolasjon, kan oppleves som tyngre enn selve sykdommen. Derfor har recovery-modellen vokst fram; for å gi en bedre forståelse av hva som ligger til grunn for å leve et meningsfullt liv, med- og til tross for psykisk sykdom. Recovery handler ikke fortrinnsvis i denne forstand om diagnoser og symptombehandling, men heller om å fremme pasientens egne ønsker, mål, ressurser og verdier. (Aarre, 2018).

En mye sitert skildring av personlig recovery lyder:

Recovery er en dypt personlig, unik prosess med endring av egne holdninger, verdier, følelser, mål og ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som er tilfredsstillende, deltagende og fylt av håp, selv med de begrensninger som lidelsen forårsaker. Bedring involverer utvikling av ny mening og innsikt i eget liv.
(Anthony, 1993, oversatt av Vatne, 2021, 9. april)

Slade et al. (2012) beskriver de fem viktigste prosessene som inngår i personlig recovery i CHIME-akronymet. Dette står for Connectedness, Hope and Optimism, Identity, Meaning in Life og Empowerment. Temaene sikter til prosesser som blant annet fremmer positive relasjoner, sosial tilhørighet, håp og optimisme (for fremtiden), positiv identitet, et meningsfullt liv, og myndiggjøring.

En studie av Rolvsjord (2019) viser at ressursorientert musikkterapi kan bidra til recovery i psykosebehandling. Dette innebærer at musikkterapi fremmer positive følelser og velvære, opplevelser av å være «i stand til», identitet og selvopplevelse og sosial interaksjon. Det kan også støtte andre behandlingstilbud ved å bidra til motivasjon, tilgjengelighet og støtte i kommunikasjon. I tverrfaglig behandling tilbyr musikkterapi et kreativt og ressursorientert alternativ som fremmer andre måter å samhandle og uttrykke seg på.

Fire sentrale punkter er viktig for å underbygge recovery i musikkterapi praksis (MacCaffrey et al., 2018). Det første punktet er likeverdighet i den terapeutisk relasjon, som anerkjenner pasienten som ekspert på eget liv. Det andre støtter seg til CHIME-rammeverket og prosessene som fremmer recovery. Det tredje innebærer at praksisen er ressursorientert. Det fjerde handler om musikkterapiens arbeid rettet mot samfunnsperspektivet.

Etter å i dette kapittelet ha redegjort for det teoretiske rammeverket for min studie, vil jeg i det neste kapittelet presentere de metodiske valgene jeg har gjort i gjennomføringen av studien, før jeg presenterer resultatene i kapittel 5.

4. Metode

I dette kapitlet redegjør jeg for de metodiske og vitenskapelige tilnærmingene til studien. Formålet er å undersøke musikkterapeuter sine subjektive erfaringer fra musikkterapi praksis med personer med psykoselidelser.

Utgangspunktet for den metodiske tilnærmingen er studiens problemstilling:

Hvordan jobber musikkterapeuter med personer med psykoselidelser?

4.1. Vitenskapsteoretiske tilnærming

4.1.1. Hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming

Ettersom min nysgjerrighet rettes mot *subjektive* erfaringer med problemstillingen, har jeg valgt en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærmingen til forskningsstudien.

Våre ulike erfaringer stammer fra fenomener i både den ytre- og våre indre verdener (Smith, 2018). Disse erfares i vår bevissthet, og oppstår der gjennom blant annet sanseopplevelser (persepsjon), emosjoner, tanker og handlinger. For å forske på fenomener, må vi derfor fokusere undersøkelsene på våre *subjektive erfaringer* av dem. For å tilnærme oss dette med vitenskapelighet, støtter vi oss til fenomenologi. Her beskrives fenomener ut ifra hvordan de fremstår i bevisstheten til de som erfarer dem (Jackson, 2016). En viktig side av bevissthet (og sentralt for fenomenologien) er *intensjonalitet* – at vår bevissthet er alltid rettet mot noe (Smith, 2018). Formålet med fenomenologisk forskning er å forstå *essensen* til fenomenet, gjennom å beskrive iboende egenskaper, strukturer og meningen i erfaringer *med og av* det (Jackson, 2016).

Mens fenomenologien tradisjonelt har vært en beskrivende vitenskap, erkjenner en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming at et fenomen aldri kan beskrives uten tolkning. Hermeneutikk er læren om hvordan vi tolker mening og forståelse i det vi erfarer (Loewy & Paulander, 2016). Altså er *meningen med og av* noe forstått som subjektive oppfattelser, som blir tolket både gjennom den som erfarer fenomenet, i gjengivelsen av fenomenet og videre i forskerens analyse av og fremstilling av

fenomenet. Dette omtaler Smith et al. (2009) som «dobbel hermeneutikk» og som Alvesson & Sköldbberg, (2018) beskriver som en «tolkning av en tolkning». Dette er en sentral anerkjennelse for å forstå produksjonen og fremstillingen av kunnskapen i min tilnærming. Hermeneutikken innebærer å tydeliggjøre relasjonen mellom individet som erfarer (for eksempel en informant og forskeren) og det som kan vites (epistemologien) (Loewy & Paulander, 2016).

Fenomenet jeg forsker på er musikkterapi praksis i behandlingen til personer med psykoselidelser. Dette gjør jeg ved å innhente, beskrive og tolke musikkterapeuters erfaringer med fenomenet. Tolkning og refleksjon er ifølge Alvesson & Söldbberg (2018) sentralt for empirisk forskning, og de definerer det som en *tolkning av en tolkning*. Når jeg for eksempel undersøker musikkterapeutenes erfaringer, er det deres tolkninger av erfaringer med fenomenet som jeg undersøker. *Meningen* som jeg tolker i dette, er derfor mine *subjektive tolkninger* av deres tolkninger. Dette stiller krav til at jeg utøver kritisk selvrefleksjon til tolkninger.

4.1.2. Tolkning og refleksjon

Alvesson & Sköldbberg (2018, s. 11) forklarer at refleksiv forskning har to grunnleggende prinsipper. Disse er *oppmerksomhet til tolkning og refleksivitet*. Det første prinsippet fremhever tolkningens betydning og plasserer dette i front av forskningsarbeidet. Som tidligere nevnt er mine empiriske funn resultat av tolkning, og dette krever nøye oppmerksomhet til betraktning og refleksjon. Dette omfatter blant annet betraktninger i forbindelse med forskningens teoretiske fundament, men også refleksjon rundt min egen språk- og forforståelse (ibid.). Dette er viktige forutsetninger som underbygger mine tolkninger. Her understrekes det andre prinsippet – *refleksivitet* (ibid.). Empirien betraktes «innover» i forskeren selv. Samtidig vendes den mot forskningsfeltet, samfunnet som en helhet, intellektuelle og kulturelle tradisjoner, språk og forskningens presentasjonsform (ibid.). Refleksjon betyr altså at vi gjennomgående veier ulike dimensjoner bak tolkningsprosessen, også tolkninger som skjer på ubevisste nivå (ibid.).

Den refleksive tolkningsprosessen kjent som *fortolkningsmønsteret* eller *den hermeneutisk sirkel og spiral*, er helt grunnleggende metoder for hermeneutikken (Loewy & Paulander, 2016; Alvasson & Sköldbberg, 2018). Sirkelen tilsikter et hermeneutisk paradoks der meningen til ulike bestanddeler bare kan forstås i sammenheng med helheten, og meningen med helheten kan bare forstås ut ifra sine bestanddeler (ibid.). Et eksempel på dette er at en setning blir til en setning (helhet) gjennom ordene (delkomponentene) som setningen inneholder. Ordene får også sin mening gjennom setningen som en helhet. Den *hermeneutiske spiralen* er en prosess av tolkning og refleksjon, som veksler mellom ulike bestanddeler og helheter (ibid.). Alvasson & Sköldbberg (2018, s. 116) skriver at spiralen eller mønsteret gjerne starter med et tentativt utgangspunkt i undersøkelsen av en gitt bestanddel. Bestanddelen betraktes så i lys av en større helhet, som i sin tur bidrar til nye perspektiver og nye utgangspunkter for videre undersøkelse. I mitt tilfelle handler dette om veksling mellom min egen forforståelse, empiri og teori. Jeg relaterer dette nærmere til min forskning i kapittel 4.3.2. Tematisk analyse.

4.1.3. Kvalitativ forskning

Alvasson & Sköldbberg (2018) skriver at det å velge mellom *kvantitativ* og *kvalitativ* forskningstilnærming, innebærer å se på relasjonen mellom problemstillingen og forskningsobjektet. De forklarer at kvantitative metoder har som formål å belyse universelle sannheter og generaliserbar kunnskap, underbygget av (størst mulig grad av) objektiv og utilbøyelig empiri (ibid.). Denne tilnærmingen kunne vært relevant for å utforske problemstillingen, men hadde likevel ikke gitt meg den «dybdekunnskapen» og læringspotensialet jeg er ute etter. *Mixed methods* er en tilnærming som utnytter fordelene ved både kvantitative og kvalitative tilnærminger, og kunne belyst både dybde og en viss grad av generaliserbar kunnskap (Wheeler, 2016). Dette kunne også vært relevant dersom tidsrammen for prosjektet var større. Jeg ønsket likevel å fokusere ressursene mine på en mer grunnleggende og «rendyrket» forskningstilnærming her; mitt første forskningsprosjekt.

Jeg har valgt en *kvalitativ* forskningstilnærming. Problemstillingen underbygges av spørsmål som «*hva gjør musikkterapeutene? Hvordan og hvorfor gjør de dette?*» Dette

relaterer problemstillingen til informantenes subjektive erfaringer med fenomenet (forskningsobjektet). Malterud (2017) anbefaler kvalitative forskningsstrategier til å utforske slike spørsmål. Alvesson & Sköldbberg (2018) henviser til Whitehead (1929), som poengterte at dersom krav til sammenheng og logikk opprettholdes, kan det kvalitative tilføre frihet og fantasi til forskning. I dette forstår jeg at så lenge vitenskapelige krav opprettholdes, gir tilnærmingen meg tilgang til å bruke min egen fantasi og intuisjon i forskningen. Som refleksjon, kan dette potensielt medføre nye og uventede oppdagelser som er spesifikke for meg som forsker. Et annet individ med sin fantasi, intuisjon og tilnæringsvalg, hadde sannsynligvis oppdaget andre sider ved fenomenet.

Alvesson & Sköldbberg (2018) referer til Denzin & Lincoln (2005), som understreker betydningen av forskerens tilstedeværelse, rolle og tolkninger i forskningen. I dette er jeg (forskeren) ingen nøytral observatør, men heller deltakende og bevisst fortolkende. Dette kan tilføre mer «virkelighetsnære» og «naturlige» beskrivelser av fenomener. Jeg forstår derfor mine tolkninger som sentrale forskningsredskaper. Dette medfører behov for tydelighet rundt tvetydige og åpne tolkninger, og refleksjoner rundt mine forforståelser, antakelser og blindsoner (Alvesson & Sköldbberg, 2018).

4.2. Datainnsamling

4.2.1. Semistrukturerte forskningsintervju

Malterud (2017) skriver at datamaterialet i kvalitativ forskning blant annet kan bestå av transkribert tekst fra samtaler. Kvale & Brinkmann (2015, s. 135) understreker at dersom forskningsspørsmålet kan formuleres med ordet *hvordan*, kan det være relevant å foreta kvalitative forskningsintervjuer. Intervjumetoden brukes for å forstå verden sett fra intervjupersonens side, med fokus på betydningen av erfaringer med fenomenet (ibid.). Dette foregår gjennom en mellommenneskelig situasjon, der intervjueren og intervjupersonen påvirker hverandre. Derfor er kunnskapen et produkt av samarbeid.

Intervjumetoden jeg har brukt er det *semistrukturerte forskningsintervju* (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuet struktureres og gjennomføres ut ifra en intervjuguide, som inneholder forslag til spørsmål og emner. Intervjueren følger opp svar med

eventuelle oppfølgingsspørsmål, etter eget skjønn. En fordel med det semistrukturerte intervjuet er at det er fleksibelt, og at intervjuguiden ikke må følges stramt.

Intervjuetmetoden underbygges av fenomenologisk metode, som setter krav til presise og nøyaktige beskrivelser av det som blir sagt. Likevel påpeker Kvale & Brinkmann at den første analysen kan skje allerede i intervjuet ved at forskeren stiller oppklarende spørsmål og på den måten forsøker å forstå (analysere) det som blir sagt.

4.2.2. Utvalg av informanter

Kvale & Brinkmann (2015, s. 148) skriver at tilgjengeligheten av tid samt hvor mange personer som trengs for å finne ut det man vil vite, er relevante hensyn når man skal velge informanter. Med hensyn til dette intervjuet jeg fire musikkterapeuter som jobber i østlandsområdet til å delta i studien. Deres samlede arbeidserfaring strekker seg fra noen til flere års arbeidserfaring fra døgn-, poliklinisk- og ambulerende behandlingstilbud innen psykisk helsevern. De har ulike kjønn og utdanningsbakgrunner med henhold til utdanningssted og grad over masternivå.

Jeg kontaktet to av dem på bakgrunn av min kjennskap til dem, og gjennom deres tips kom jeg i kontakt med de to andre. Jeg kontaktet samtlige via e-post og inviterte dem til å delta i studien og inkluderte kombinert informasjonsskriv og samtykkeskjema⁵.

Intervjuene ble gjennomført individuelt på musikkterapeutenes arbeidssted.

4.2.3. Intervjuene

Til intervjuet brukte jeg som tidligere nevnt en intervjuguide⁶, inspirert av Kvale & Brinkmann (2015, s. 46). De anbefaler at det fenomenologiske intervjuet åpner for flertydige og deskriptive meningsbeskrivelser av den intervjuedes livsverden, med fokus på spesifikke tema. I utformingsprosessen reflekterte jeg over hva det var jeg ville finne ut av, og hvilke spørsmål jeg kunne stille for å finne ut av det. Problemstillingen min er som jeg har nevnt; underbygget av spørsmål som «*hva gjør musikkterapeutene?*» og «*hvordan og hvorfor gjør de dette?*». Med utgangspunkt i disse spørsmålene samt min

⁵ Se vedlegg nr. 2

⁶ Se vedlegg nr. 3

forforståelse av forskningstemaet, fokuserte jeg spørsmålene rundt tre hovedtema; *problemstillinger, metoder*⁷ og *målsettinger*. Hovedtemaene hadde også hver sine sett med underspørsmål rundt «*hva*», «*hvordan*» og «*hvorfor*» - i tilknytning til hovedtemaet. Intervjuguiden inkluderte også et fjerde «sidetema», som var mer i reserve enn et viktig fokus. Intensjonen var at dersom det ble tid til overs i intervjuet, kunne spørsmålene belyse andre potensielt relevante tema. Det var kun ett intervju der disse ble brukt, og jeg endte med å unnlate det fra empirien.

Kvale og Brinkmann (2015, s. 165) skriver at som en innledning til intervjuet, kan man stille et spørsmål som dreier seg om en konkret situasjon. Jeg ba derfor musikkterapeutene om å se for seg at de skulle møte en ny pasient (med en psykoselidelse) på sin arbeidsplass. Jeg spurte deretter om hvilke tanker som kunne være naturlig å gjøre seg i forbindelse med dette møtet.

Det er viktig å anerkjenne at intervjuene ikke kan regnes som frie og åpne dialoger mellom likestilte partnere (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 51). Dette var profesjonelle, spesifikke og i stor grad enveis samtaler. I motsetning til musikkterapeutene, stilte jeg forberedt med spørsmål og hadde styringsmyndighet i samtalen. Jeg bestemte hvilke svar som ble fulgt opp og det var jeg som avsluttet samtalen. Jeg har også monopol på å tolke deres svar. Dette er eksempler på det Kvale & Brinkmann (ibid.) omtaler som et asymmetrisk maktforhold i det kvalitative forskningsintervju. Likevel er det interessant å forstå at maktforholdet også til en viss grad kunne tippe i musikkterapeutenes favør. Jeg er student og de profesjonsutøvere, og som fagpersoner er de derfor mine overordnede. De har også større vitenskapelig kompetanse enn meg. Jeg nyttiggjorde meg av det Kvale & Brinkmann (ibid., s 48) betegner som *bevisst naivitet*, der jeg også fulgte opp tema som jeg hadde forforståelse om. Dette medførte blant annet et spontant spørsmål som dukket opp i det første intervjuet, og som jeg videreførte til de andre intervjuene; «*Er det noe du tenker er relevant som jeg ikke har spurt om?*» Fordelen med

⁷ I følge Bruscia (1987) er det stor variasjon i musikkterapiterminologien når man omtaler en metode eller teknikk. Derfor inneholder intervjuguide flere varianter og synonymer, for å tydeliggjøre at det er arbeidsformen jeg etterspør.

dette var at det ga myndighet til at musikkterapeutene kunne utdype eller tilføre uforutsette tema som var viktig for dem selv.

4.3. Bearbeidelse av data

4.3.1. Transkribering

Etter at intervjuene var gjennomført måtte lydopptakene transkriberes. Transkripsjon fra lyd til tekst kan være utfordrende, både med hensyn til tolkning og tekniske aspekter (Kvale & Brinkmann, 2015). Forfatterne påpeker at å *transkribere* betyr å *transformere*; altså en transformasjon fra tale til skriftspråk.

Med hensyn til transkripsjonenes *gyldighet* (validitet), var jeg opptatt av å transkribere musikkterapeutenes talte ord så nøyaktig som mulig, uten endringer i deres ordbruk og setningsstrukturer. Dette medførte blant annet et behov for å tydeliggjøre noen få aspekter ved deres dialekt og ordbruk. Transkriberingsprosessen har medført noen uunngåelige tolkninger, i forbindelse med for eksempel plassering av komma og punktum. Jeg har også vært bevisst mine tolkninger av følelsesuttrykket i stemmene deres. I den første transkriberingsprosessen tok jeg meg selv i å notere for eksempel «eh», «hehe», «hm» eller [pause]. Som Kvale & Brinkmann (2015) poengterer, innebærer dette emosjonelle tolkninger og jeg gikk raskt bort fra det. Noen få steder i opptakene var jeg ikke i stand til å forstå det som ble sagt, på grunn av utydelig diksjon. I transkripsjonen ble dette notert som [uforståelig] og unnlatt fra empirien.

Med hensyn til transkripsjonenes *pålitelighet* (reliabilitet) kan man for eksempel bruke en *kvantifisert reliabilitetssjekk* (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 211). Det innebærer at flere transkriberer de samme lydfilene og sammenlikner transkripsjoner. Dette har jeg ikke hatt anledning til. Det jeg derimot har kunnet gjøre er å tilby musikkterapeutene å lese deres empiriske bidrag før avslutningen av forskningsprosjektet.

Intervjuvarigheten strakk seg fra 50 minutter til 1 time og 20 minutter. Jeg brukte i snitt 30 minutter på å transkribere 5 minutter med opptak. Totalt endte jeg opp med 4 timer og 10 minutter med lydopptak og 83 sider med transkribert tekst.

4.3.2. Tematisk analyse

For å analysere intervjuetekstene måtte jeg velge en analysemetode. Til dette valget fant jeg inspirasjon hos Braun & Clarke (2006, s. 4). De omtaler flere metoder, men understreker tematisk analyse som en grunnleggende metode, som innebærer å identifisere «tematisk mening» i tekster. Erfaring med dette utstyrrer forskeren med grunnleggende ferdigheter, og derfor anbefaler de dette som den første kvalitative metoden en forsker bør lære seg. Dette passet mine behov for analysen.

Til selve analyseprosessen er jeg inspirert av Boeije (2010). Hun beskriver analysen som bestående av to grunnleggende aktiviteter; *segmentering* (oppdeling) av teksten, og *rekonstruering* (sammensetting) av teksten til sammenhengende helheter (ibid., s. 93). Til dette har jeg brukt *kode-basert analyse*, som innebærer sortering og navngivning av tekstsegmenter med en «kode», som sier noe om segmentets *tema* (ibid., s. 94). Boeije (ibid., s. 89) forklarer analyseringsmetoden som en *spiralanalyse*. Denne kan forstås i sammenheng med den hermeneutiske spiralen, beskrevet i kapittel 4.1.2. Tolkning og refleksjon. Spiralanalysen innebærer altså en analytisk og refleksiv tolkningsprosess gjennom tre trinn.

Det første trinnet (åpen koding) startet med at jeg gjorde meg godt kjent med de individuelle intervjuetekstene (datasettene) (Boeije, 2010, s. 96). Jeg gjorde noen innledende observasjoner som jeg noterte i margin på tekst-dokumentene, og skrev en oppsummering av helhetsinntrykket av de samlede intervjuene (datamaterialet). Deretter begynte jeg å segmentere setninger, fraser og avsnitt som fremstod som relevante. Her fikk jeg god nytte av det Dalland (2017) omtaler som *meningsfortetning*. Dette innebærer å skrive små sammenfatninger av tekstsegmenter for å tydeliggjøre meningsinnholdet. Disse noterte jeg også i margin på dokumentene. Dette hjalp med prosessen av å betrakte segmentene i lys av teori og forskning. Betragtningene styrket mine observasjoner og medførte at teorigrunnlaget ble utvidet. Her oppstod ulike koder som; «hva gjør du?», «hvordan gjør du?», «hvorfor gjør du?», «betingelser for valg av metode/tilnærming», «effekt av metode/tilnærming», «arbeidsfokus», «brukermedvirkning», «brukerstyrt», «behandlerstyrt», «problemstillinger», «hva vil pasientene?», «mål for musikkterapien», «hva vil musikkterapeuten?», «case-eksempel», «effekt på symptom» og «verktøykasse».

Gjennom hele analyseprosessen foretok jeg nye meningsfortetninger av tidligere og nye tekstsegmenter. På denne måten kunne jeg utforske ulike tolkninger, som kunne endre seg etter hvert som teorigrunnlaget ble utviklet. De endelige meningsfortetningene er brukt for å presentere hvert sitat i kapittel 5. Resultater.

I neste analysetrinn (axial koding) begynte jeg å rekonstruere segmenter (Boeije, 2018, s. 108). Dette gjorde jeg ved å plassere segmenter som hadde liknende koder og tema i egne dokumenter, med dokumenttitler og koder som forsøkte å samle segmentene. Her så jeg etter mønster og forhold mellom bestanddelene, både innad i datasettene, og på tvers av datamaterialet. Jeg jobbet med å sortere, sammenlikne, slå sammen og oppdele segmenter i mer nøyaktige tema. I dette trinnet ble det tydeligere hvilke tema som skilte seg ut. Det kunne være tema der musikkterapeutene viste likheter, ulikheter, enighet, uenighet, eller at det var utilstrekkelig med observasjoner for å berettig videre utforskning. Her fremstod også nye tema som var mindre tydelig for meg i første analysetrinn. Nye observasjoner medførte nye teoretiske betraktninger, og ytterligere gjennomlesninger av datamaterialet for å se etter data. Det oppstod etter hvert færre og mer samlende koder, som for eksempel; «fokus», «fremgangsmåter», «metoder», «brukermedvirkning», «tverrfaglig samarbeid», «målsettinger», «hensyn og betingelser», «diagnoser, symptomer og innleggelsesårsaker», «negative symptomer», «positive symptomer», «hallusinasjoner», «motivasjon» «empowerment» og «psykoedukasjon».

Dette førte til siste analysetrinn (selektiv koding) (Boeije, 2018, s. 114). Her foretok jeg ytterligere koding, organisering og omstrukturering av dataen. Jeg var spesielt oppmerksom på å betrakte temaene i relasjon til problemstillingen min, og på denne måten spisse problemstillingen ytterligere. Etter hvert begynte tydelige linjer å ta form, og jeg opplevde å være i bedre stand til å forstå noe om hvordan musikkterapi praksis med personer med psykoselidelser kan foregå. I dette analysetrinnet opplevde jeg også en dypere forståelse av både teorien og den tidligere forskningen. Fra dette oppstod *kjerne kategorier*, som er beskrivende og samlende kategorier av forskerens observasjoner (Boeije, 2018., s. 116). Mine endelige kjerne kategorier er: Musikkterapi i psykosebehandling (*motivasjon og samhandling, identitet, relasjoner og sosiale roller, emosjoner og følelser, positive symptomer*), Tilnærminger (*til pasienten og klinisk praksis,*

til tverrfaglig samarbeid) og Bruksområder for musikkterapi (*et pauserom, arbeid med det som er vanskelig og overgang til hverdag*). Gjennom hele analyseprosessen ble det teoretiske rammeverket styrket, men i dette trinnet tok det en mer helhetlig og endelig form.

4.5. Ethiske refleksjoner

Refleksjon rundt etiske aspekter ved forskningen har vært viktig. Både for å beskytte musikkterapeutene og deres pasienter (som underbygger musikkterapeutenes praksiserfaring og case-eksempler), musikkterapifeltet og meg selv som forsker og fremtidig musikkterapeut. For å fremme positive virkninger og minimere skaderisiko for forskningsdeltakerne, løfter Boeije (2018, s. 45) frem tre viktige forskningsetiske aspekter. Disse er *informert samtykke, konfidensialitet og anonymitet*. Med hensyn til dette søkte jeg om om godkjenning av forskningsprosjektet fra NSD⁸. Ved godkjent søknad rekrutterte jeg informantene og sende dem det kombinerte samtykkeskjemaet⁵ og prosjektbeskrivelsen. Dette beskrev studien, dets formål, hva deltakelsen innebar, informantenes rettigheter og hvordan dataen ville bli brukt. Som forsker var det min oppgave å sørge for at informantene var tilstrekkelig informert, og at deres rettigheter ble ivaretatt (De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene, 2016). Intervjuopptakene ble gjort på en digital diktafon og overført til en datamaskin med passordsikring. Musikkterapeutene ble anonymisert og nøkkelen til anonymiseringen ble oppbevart separat fra datamaterialet. Det var kun jeg som hadde tilgang til materialet og informantene fikk, som nevnt i kapittel 4.3.1. Transkribering, tilbud om å lese delene som omhandlet dem selv. Ved prosjektets avslutning i juni 2021 ble opptakene slettet.

Boeije (2018, s. 44) understreker betydningen av tillitt og den moralske verdien av å fremstille forskningsdeltagere så nøyaktig som mulig. Musikkterapeuter tilhører kanskje ikke det man umiddelbart tenker på som en sårbar gruppe; sammenliknet med for eksempel personer med psykiske lidelser. Likevel er musikkterapi miljøet relativt lite. Informantene mine er derfor utsatt av profesjonelle-, heller enn personlige årsaker. Jeg har derfor prioritert ivaretagelsen av deres fremstilling og anonymitet. De beskriver

⁸ Se vedlegg nr. 1

blant annet sine arbeidsplasser, sin praksis og sine personlige tilnærminger. I andre ledd handler dette derfor også om å beskytte pasientene. Informasjonen er anonymisert, men den belyser likevel blant annet sosiale verdier, etiske prinsipper og potensielle moralske dilemmaer. Derfor var det viktig å reflektere rundt slike aspekter i bearbeidelsen av empirien, og samtidig viktig med minst mulig forringelse av informantenes bidrag.

Det er relevant å betrakte hensyn til sensitive tema som omtales (Boeije, 2018). Jeg opplevde at musikkterapeutene var i stand til å ivareta sine egne og sine pasienters interesser. Flere kommuniserte sine ønsker om at utsagn skulle utelates fra empirien, og disse er respektert. I intervjuene delte musikkterapeutene noen case-eksempler fra sine pasienter. Deres taushetsplikt innebar anonymisering, men jeg har likevel tilført ytterligere anonymisering; der og dersom dette har vært relevant og mulig. Jeg har for eksempel anonymisert kjønn og andre detaljer som ikke er direkte relevant for forskningsoppgaven.

4.6. Validitet

4.6.1. EPICURE

Med formål om å styrke forskningens vitenskapelige validitet, har jeg latt meg inspirere av evalueringsagendaen med akronymet EPICURE (Stige & Malterud, 2009). Akronymet er todelt, der første del står for; *Engagement, Processing, Interpretation* og (*self-)**Critique*. Den andre delen står for; (*social*) *Critique, Usefulness, Relevance* og *Ethics*. I tråd med denne, har jeg opprettholdt kritisk refleksjon til mitt pågående engasjement i forskningsoppgavens tema. Jeg har vært så nøyaktig, grundig og systematisk som mulig i produksjonen, organiseringen, bearbeidningen og ivaretagelsen av empirien. Jeg er bevisst og kommuniserende rundt meningsdannelsens fortolkende natur, både med hensyn til mine egne og informantenes tolkninger. Jeg er selvkritisk til min rolle som forsker og hvordan dette har påvirket kunnskapen og forskningsprosessen. Jeg har forsøkt å utøve sosial kritikk ved å muliggjøre positiv faglig utvikling i det å belyse musikkterapeutenes perspektiver; for deres myndiggjøring og fagfeltets beste. Jeg har brukt min posisjon som mastergradsstudent og forsker til å fordype meg i- og bidra til kunnskap. Mitt ønske er at dette kan bli nyttig for både fagfeltets- og min egen utvikling;

men også for nye og fremtidige musikkterapeuter; og for våre pasienter og klienter. Jeg har forsøkt å bidra med relevant kunnskap for musikkterapifeltet; spesifikt rettet mot psykisk helsevern og praksis med personer med psykoselidelser. Til slutt har jeg gjort mitt ytterste for å være tro mot etiske verdier og moralske prinsipper i vitenskapstiltæringen. Jeg har etter beste evne strebet etter rettferdighet, sannhet, kvalitet og en høy standard i min forskning.

Til syvende og sist er det leseren som må vurdere studiens troverdighet. Jeg har forsøkt å muliggjøre dette ved å gi fylldige og transparente beskrivelser av prosessen i dette kapitlet. Jeg vil selv presentere noen kritiske perspektiver i neste avsnitt, før jeg presenterer mine funn.

4.7. Metodekritikk

Kritikk kan rettes blant annet til mine tilnæringer til forskningsoppgaven. Disse har vært relativt grunnleggende og empiriens omfang relativt lite. Det kan derfor stilles spørsmål om manglende nyanser, kompleksiteter og dybde i forskningen. Jeg opplever at svakheten med det kvalitative kan ligge i nettopp det subjektive og fortolkende. Kunnskapen er verken objektiv eller generaliserbar. Dette kan skape epistemologiske utfordringer og spørsmål rundt empiriens gyldighet og pålitelighet.

Jeg har valgt å fremheve perspektivene til musikkterapeuter, og deres skildringer innebærer tolkninger av pasienter og andre behandlere. Deres perspektiver, samt deres pårørendes er ikke tatt i betraktning. Disse kunne tilført nyttige perspektiver om informantenes praksis.

Intervjuguiden er også en kilde til kritikk. Denne er forankret i min forforståelse, og fokustemaene begrenser og utelukker andre relevante tema. Informantenes homogenitet er også en mulig svakhet. De har relativt lik sosioøkonomisk bakgrunn, nasjonalitet og geografisk tilhørighet. Dette bidrar til homogene representasjoner av virkeligheten, heller enn bredden som kunne vært belyst dersom jeg også hadde inkludert musikkterapeuter fra andre landsdeler, sosioøkonomiske bakgrunner og nasjonaliteter. Som forsker kommer jeg fra samme sosioøkonomiske og kulturelle

bakgrunn som informantene, noe som øker graden av blindsoner i tolkningen av deres forståelsesrammer.

Avslutningsvis vil jeg problematisere min rolle som forsker. Kritikken rettes blant annet til min vitenskapelige refleksjonsevne. Som student har jeg begrenset erfaring med for eksempel de faglige, teoretiske, politiske og kulturelle faktorene i tilknytning til forskningstemaet. Som førstegangsforsker har jeg heller ingen tidligere forskningserfaring. Forskningsoppgaven kan derfor ha blindsoner, og dette er noe jeg reflekterer over.

I dette kapitlet har jeg gjort rede for de metodiske valgene jeg har tatt i forskningsoppgaven. I kapittel 5 vil jeg presentere mine forskningsresultater.

5. Resultater

I dette kapitlet presenterer jeg forskningsresultatene. Spørsmålene jeg stilte musikkterapeutene var i stor grad rettet mot pasientenes problemstillinger, hvordan man møter disse i musikkterapi, nytteverdien og hva som ligger bak valg og tilnærminger til behandlingen. Ut ifra svarene identifiserte jeg tre kjerne­kategorier og ni sekundærkategorier som var interessante å belyse nærmere.

Kjerne­kategoriene er *musikkterapi i psykosebehandling, tilnærminger og bruksområder for musikkterapi*. Underkategoriene er *motivasjon og samhandling, identitet, relasjoner og sosiale roller, emosjoner og følelser, psykotiske tilstander, til pasienten og klinisk praksis, til tverrfaglig samarbeid, et pauserom, arbeid med det som er vanskelig og overgang til hverdagen*.

Jeg vil nå presentere primær- og sekundærkategoriene som resultat før jeg foretar en diskusjon av resultatene i kapittel 6.

5.1. Musikkterapi i psykosebehandling

5.1.1. Motivasjon og samhandling

Musikkterapeuter møter pasienter i ulike faser, men behandlingen rettes ofte mot negative symptomer og isolasjonstendens, der motivasjon, relasjoner og følelser er tre problemområder som går igjen:

Jeg har møtt pasienter i mange ender av skalaen, men det er ofte tre hovedproblemstillinger de sliter masse med; motivasjon, relasjon, følelser og uttrykk av følelser (Musikkterapeut 1).

[Pasientene] kommer gjerne inn utenfra og er på vei til å bli dårligere - der man er opptatt av å stoppe det før det tar helt av. Eller så kommer de fra akutt og har blitt stabilisert med medisiner. Men det er ofte mer problemstillinger i sammenheng

med negative symptomer – at de er vanskelige å få i gang eller med på ting (Musikkterapeut 4).

Noen sier at de negative symptomene føles verre ut enn positive symptomer. At det går egentlig fint å høre litt stemmer, men det er følelsen av å være isolert og ikke kunne merke seg selv som er det jævligste med denne lidelsen (Musikkterapeut 3).

Psykosesymptomer kan inngå blant andre problemstillinger i et sammensatt sykdomsbilde, uten at det foreligger en psykosed diagnose:

Etter at jeg begynte å jobbe mer akutt ser jeg større spredning av problemstillinger. Det er ikke alle som har en diagnose heller. Noen opplever en livskrise, andre lette manier eller suicidforsøk. Det kan derfor være vanskelig å skille ut akkurat det med psykoser, fordi mange har problemstillinger som kan knyttes opp til psykose - for eksempel vrangforestillinger eller følelsesmessig avflating (Musikkterapeut 2).

Musikkterapeutene fortalte at motivasjon til å stå opp fra senga kan være utfordrende nok for pasientene, men at musikk kan være en motivasjonskilde for å etablere kontakt og fremme samhandling. Musikkterapiens ressursorienterte tilnærming kan være sentral for å opprettholde pasientens behandlingsmotsjasje:

Vi hadde en [pasient] som ikke ville ha noe med [behandlings]systemet å gjøre. [...] [Pasienten] var avvisende [til musikkterapi] i starten, men [...] klarte likevel å komme hver uke og sa at her var hen interessert i å være. [...] Jeg tror det handlet litt om å bli sett som et helt menneske. [Pasienten] hadde mye av identiteten sin i det å være en kunstner og det at vi ikke bare snakket om at «ja du har jo paranoid schizofreni - har du merket noen symptomer i det siste?» - men at vi hadde musikken som fokus tror jeg var veldig godt (Musikkterapeut 3).

Behandlingsskeptisisme går igjen hos pasientgruppen. En musikkterapeut fortalte om en pasient som litt motvillig gikk med på å prøve en musikklyttegruppe. Opplevelsen motiverte pasienten til å utforske hva mer musikkterapi hadde å tilby:

Den positive opplevelsen førte til at [pasienten] sa i miniteam at det var godt å bli med i musikklyttegruppe. Så [pasienten] takket ja til en individuell infosamtale og ble med [til musikkterapirommet]. Og vi sitter her og hører på musikk sammen (Musikkterapeut 4).

5.1.2. Identitet, relasjoner og sosial roller

Musikkterapeutene ga mange eksempler på hvordan terapeutisk improvisasjon er egnet for å utforske, utfordre og jobbe med identitet og ulike sosiale roller.

Så improviserer vi på piano for eksempel [...] og refererer det til ulike situasjoner i livet. [...] At dette kan være et rom hvor vi jobber med det. Det meste [av arbeidet] kan kanskje sies å ha med identitet å gjøre. [...] Man kan kanskje lære seg å ta litt mer plass. [...] Tørre å lage lyd; slå på trommer og rope «her er jeg!». Kanskje være en sterkere person som ikke skal la seg styre så mye og kanskje utfordre stemmene (Musikkterapeut 2).

Sangskrivning kan gi tilgang til andre måter å utforske roller og identitet:

Pasienten er ifølge seg selv litt konge på gata og har [gjengen] sin som er under seg. [...] Likevel er musikken kjempesår. [Pasienten] synger om å føle seg helt forlatt og har det sykt vondt inni seg og føler seg som [et lite barn]. Samtidig som at attituden er sånn «GRrrr!» (Musikkterapeut 3).

Åpne gruppeaktiviteter med elementer av lytting, samspill og refleksjon med lav deltakelsesterskel er egnet for å skape for positive sosiale og mestringsopplevelser, uten øvrige behandlingsmål. Rammene er fleksible og tilpasses deltakere og behov:

Jeg har ingen fast opplegg i [musikkterapi]grupper og ofte så blir det improvisert fram, [...] det kan være for å kjenne på mestring i musikken eller utforske om det er gøy og sånn. Og i andre grupper så bruker vi det til at man kanskje snakker etterpå om reaksjoner, hva [som] skjedde, minner (Musikkterapeut 2)

Musikkterapeutene fortalte at de møter pasienter i mange ender av skalaen, og at funksjonsnivået til pasientene kan være ulikt. Kognitive og positive symptomer påvirker verbale ferdigheter og refleksjonskapasitet, og gjøre det vanskelig å delta i samtaler og sosiale relasjoner. Dette kan med fordel tilrettelegges for i aktiviteter med tyngde på samspill, musikk og nonverbal kommunikasjon, som tilbyr andre måter å være sammen på:

Jeg har en pasient som var selektiv mutistisk og ikke snakket på mange år. Hvis [pasienten] snakket ville «noe vondt» skje i verden. Men i musikken, så trengte vi ikke å bruke ord. Jeg fikk lov til å være sammen med [pasienten] og vi kunne holde på med musikk. Etter hvert så har [pasienten] begynt å snakke med meg [...] og når det blir for mye så kan vi ta det med inn i musikken, så slipper [pasienten] at vi har blikkontakt og snakker (Musikkterapeut 3).

De kunne også fortelle at i både individuell og gruppemusikkterapi oppfordres pasienter til å dele av seg selv gjennom musikk, og at dette kan gi tilgang til sider som ellers kan være mindre tilgjengelig. Dette åpner for arbeid med personlig og sosial identitet, og kan brukes for å fremme sosiale relasjoner og deltakelse:

Du kommer mer inn på personen; «hvem er jeg?» Og hva som knyttes til musikken av opplevelser, erfaringer eller historie. [...] Det er en vei inn og [pasienten] blir litt mer tilgjengelig så andre [på avdelingen] har litt smalltalk man kan komme i gang med (Musikkterapeut 4).

I en musikkterapigruppe kan man jobbe målrettet med sosiale ferdigheter, kommunikasjon og relasjon:

Det positive med sosialt samvær er selvfølgelig veldig viktig. [...] Vi har noen mål for [musikkterapi]gruppen. Dette kan for eksempel være kommunikasjon, jobbe med sosiale ferdigheter eller turtaking. [...] For noen vil målet være å begrense seg selv, stoppe å spille eller foreslå – kanskje gi plass eller jobbe med å være mer interessert i hva en andre pasienter foreslår. [...] For andre er det å si en sang høyt fra en liste

kjempekrevene. Å trene på å ta litt plass og oppleve at man er en person som er viktig i en gruppe kan også være viktig. [...] Det hender jo at noen spiller veldig urytmisk eller hardt på en tromme. Da vil man ivareta den som spiller, og kanskje finne metoder sånn at [vedkommende] får bytte ut instrumentet med noe som ikke er så forstyrrende (Musikkterapeut 2).

5.1.3. Emosjoner og følelser

Flere av musikkterapeutene fortalte at de jobbet med å hjelpe pasienter med å uttrykke, forstå og regulere følelser og indre tilstander. Utfordringer kan forstås i sammenheng med psykosen, men også med vanskelige oppvekster eller traumer som setter seg i kroppen. Musikk, nonverbale og kroppslige tilnærminger og uttrykksformer kan tilby andre måter å utforske følelser på:

Man kan for eksempel jobbe med øvelser som har med grounding å gjøre eller uttrykke indre tilstander uten å bruke ord. [...] Jeg har en pasient som sliter med å merke seg selv og regulere følelser. Da gjør vi øvelser som kan handle om å nynne og synge for å roe seg ned, sånn som med barn. Dette bruker pasienten utenom musikkterapien også hvis [hen] merker at «nå forsvinner jeg» eller «nå er jeg redd» (Musikkterapeut 3).

Sangskrivning kan tilby en tryggere måte å utforske og reflektere rundt ulike følelser og følelsesuttrykk:

[Pasienten] skriver tekster om egen historie. Bare det å formidle det høyt til noen betyr nok ganske mye. Så jobber vi med å sette musikk til. Da kan [pasienten] for eksempel si at; «dette er en ganske tung tekst, så vi må ha litt lett musikk». Så spør jeg; «hvorfor må vi egentlig det? [...] Da kan vi drodle fram og tilbake om ganske tunge temaer og følelser, men det blir likevel litt ufarlig [...]. Det tar brodden av det litt, fordi vi drøfter jo det musikalske, men det blir jo snakk om hans personlige historie (Musikkterapeut 2).

Improvisasjon og samspill kan åpne for verbale og nonverbale prosesser i arbeid med vanskelige følelser:

Jeg har en gruppe der vi driver med fri-improvisasjon. Vi jobber her-og-nå med indre prosesser. Hvis noen har et tema så kan den få begynne med å uttrykke det i musikken, mens de andre [jobber] med å lytte og respondere på det som blir spilt. [...] Noen kan bruke dette sånn; «jeg er skikkelig deprimert for tiden. Jeg ser ikke håp og føler meg så jævlig ensom i verden». Det kan være tema som resonerer med andre i gruppen, så snakker vi om dette er noe vi kan utforske gjennom å spille sammen. Da tar vi med den problemstillingen inn i musikken og improviserer over det (Musikkterapeut 3).

Rus- og voldsproblematikk kan forekomme i sammenheng med psykose. Dette medfører vanskelige følelser som også kan jobbes med gjennom improvisasjon og sangskrivning:

Noen pasienter kan i tillegg ha rusproblematikk.[...] Det kan være en del som kan slite med sinnemestring og utagerende. Der kan vi jobbe med måter å uttrykke alt de sinnet på i musikken. Enten det er å spille sammen eller å lage musikk og snakke. Sinne er jo en del av oss, men når man uttrykker de følelsene gjennom vold så er det veldig uheldig. Men «er det en annen måte vi kan jobbe for at du kan få uttrykt det på da?». (Musikkterapeut 3)

5.1.4. Positive symptomer

Samtlige musikkterapeuter fortalte at visuelle og auditive symptomer kan avta i musikkterapi:

Det er en pasient som jeg jobber med [...] som var plaget av en heks som [hen] så i timene våre. Heksa gikk ved siden av og sa stygge ting til pasienten; kalte [hen] [stygge navn] og sa «du er ikke verdt noe». [Pasienten] klarte ikke å synge eller spille noe, men da vi satte på veldig rytmisk musikk så kunne [hen] liksom danse til det. Og så danset jeg sammen med [pasienten] og da forsvant heksen. Da kunne

[pasienten] si sånn «Fuck you!» og bare «Grrr! Her er jeg! Dette er meg!» og så forsvant det liksom ut. Vi prøvde både med samtale, med å spille forskjellige instrumenter, men det funka ikke. Men å liksom komme mer i det kroppslig funka for [hen]. (Musikkterapeut 3)

Noen bruker jo musikk - gjerne hvis det er litt hølytt som for eksempel trommespill, til å få en pause fra ihvertfall kanskje noe positivt, eller kanskje stemmehøring. Man fjerner jo ikke stemmene, men fjerner dem i øyeblikket. Men det er jo kjempekomplekst. Og for noen så er jo for eksempel stemmer helt gjennomtrengende. [...] Da må man jo jobbe med det i alle ledd i en innleggelse tenker jeg. Ikke bare i musikkterapien. (Musikkterapeut 2)

Musikkterapeuten tar tak i det som er vanskelig her og nå og engasjerer pasienten til å utforske hvordan musikken kan hjelpe:

Jeg kan spørre om det er noen måte vi kan bruke musikk på i dag som kan passe til hvordan [pasienten] har det og kan bli litt bedre; «du sier at du har de stemmene - har du noen idé om hva vi skal gjøre?» - enten om [pasienten] bestemmer selv eller om jeg foreslår for eksempel; «hadde det vært bra å tromme litt? Kanskje den låta som vi hørte på sist med litt tromming til? Kunne det hjulpet deg til å komme på plass og være litt mer her og nå?» (Musikkterapeut 1).

Musikkterapeutene trakk stadig frem rytme i ulike sammenhenger med psykosepasienter:

Rytme er engasjerende og interaksjonsfremmende. [...] Hvis man skal delta i rytmisk samspill så må man være veldig til stede her-og-nå. [...] for å klare å koble seg på (Musikkterapeut 4).

Det kan virke samlende for personer med psykose:

Det kan være veldig vanskelig for de [sykeste pasientene] å holde ved en fast puls. Rytme er liksom så koblet på kroppen, så hvis man ikke merker [kroppen sin] er det

vanskelig å [holde en rytme]. Jeg har jo prøvd mange ganger å lytte til [rytmisk] musikk, eller hvis jeg har med tromme eller gitar og spiller veldig rytmisk så har jeg opplevd at mange av disse pasientene liksom ... at det blir enklere for de å komme inn i kontakt og komme inn i et samspill eller bare så det åpner opp for at de blir mer til stede, da. Så dette med rytme er veldig spennende (Musikkterapeut 3)

5.2. Tilnærminger

5.2.1. Til pasienten og klinisk praksis

Musikkterapeuten står fritt i utformingen av behandlingstilbudet. Det er ingen etablerte eller formelle krav til innhold:

Psykosepasientgruppen er veldig variert. Det er ingen standardtilnærming eller at alle får det samme, eller ønsker det samme. [...] Vi har lite rutiner for hva musikkterapi skal bestå av eller inneholde. Andre faggrupper har krav eller at det er mer formalisert hva man skal gjøre. Mens for oss så er det litt åpent.

Dette er ikke utelukkende uproblematisk:

Jeg tror det er positivt, men det er kanskje ikke bare det, i forhold til å tilby et stabilt tilbud. Det kan for eksempel være vanskelig å vite hva man skal gjøre hvis man er ny (Musikkterapeut 4).

Individuelle tilpasninger er likevel nødvendig for god behandling:

En grunntanke i all tilnærmingen jeg har til pasienter, både individuelt og i gruppe, er å få til den individuelle tilpassingen. At det skal være relevant for den enkelte. Det skaper litt sånn eierskap og engasjement (Musikkterapeut 4).

Et dynamisk forhold mellom musikkterapeuten og pasienten eksistere. Begge er eksperter på hvert sitt og relasjonen former et samspill. Det er viktig at musikkterapien ikke blir for styrt, men samtidig viktig at pasienten får veiledning og terapeutisk retning:

Når jeg møter pasientene så tenker på om jeg skal la pasienten «lede an» og vise hva den trenger. Eller om jeg skal lage en trygg ramme vi kan være i, eller kanskje utfordre pasienten. [...] Jeg er der som en fagperson, så uansett hva som skjer i terapirommet så er det noe jeg reflekterer rundt og skaper en ramme for
(Musikkterapeut 3).

Psykososer kan føre til korte og tilbakevendende innleggelseser. Dette legger noen umiddelbare føringer for terapien og realistiske målsettinger:

Man må tenke at den ene timen som du har sammen, det kan være eneste sjansen du har. I hvert fall på avdelinger der pasienter blir utskrevet fort. Så du har ofte en time til rådighet til å prøve å gjøre livet litt bedre for den personen du møter.
(Musikkterapeut 1)

Terapiens tematikk rettes mot dagstilstand og umiddelbare behov. Musikkterapeuten stiller åpne spørsmål og plukker opp på tema reflekterer sammen med pasienten, verbalt og i musikken. Pasienten ivaretar sin autonomi over terapiens tema og retning:

Jeg jobber mye med det som kommer opp. Hvis jeg ser at pasienten blir veldig fjern så spør jeg om det kanskje er noe pasienten vil snakke om. Så er det opp til pasienten å fortelle eller om den sier «nei, vi kan spille videre» eller «vi kan gjøre noe annet». Så timen blir litt styrt av det pasienten selv bruker det til
(Musikkterapeut 2).

Evnen til å tone seg inn og forstå den nonverbale kommunikasjonen er fordelaktig med psykosepasienter. Dette var en kvalitet som gikk igjen hos musikkterapeutene. Ofte kan man være sammen i musikken uten å bruke ord:

Når jeg ikke kjenner de godt så bruker jeg det man kan om kommunikasjon og det nonverbale og «merker» meg litt inn. Kjenner litt hvor man kan trykke og hvor man skal være varsom. [...] Jeg tror en fellesnevner er det å tone seg inn til der pasienten

er – hva som funker for denne. Så bruker vi det i første møtet, istedenfor å gå på noen standard spørsmål (Musikkterapeut 3)

Musikkterapeutene fortalte at de kan jobbe i tandem med andre behandlere for å utforske pasientens tema fra ulike vinkler. «Bestillinger» er ikke uvanlig og kan gi unik tilgang til pasienten:

Det kan komme et ønske fra en psykiater eller psykolog som sier; «jeg skjønner ikke hva problemet er - kan du prøve å nøste litt og se hva du kan finne ut av om den episoden?» Altså litt sånne mer spesifikke bestillinger. Da kan det hende at jeg prøver å styre litt mer (Musikkterapeut 2).

Musikkterapien kan åpne for erfaringer som kan være mindre tilgjengelig gjennom samtaleterapi:

Jeg hadde en samarbeidssituasjon med en veldig stille pasient, som sa ingenting i psykologsamtalene sine og ikke så mye til meg heller. Vi spilte høy musikk, vi trampet og ropte og spilte med fuzz og mye eksplosive ting som pasienten med seg inn i samtaler med behandler. Så da hadde man noen opplevelser å snakke om. Uten den erfaringen samme dag så hadde [pasienten] ikke hatt så mye å sette ord på og snakke om (Musikkterapeut 2).

Den metodiske verktøykassa inneholder fleksible tilnærminger til metodikk og teori for ulike aktive, reseptive, skapende, gjenskapende og pedagogiske musikkterapiaktiviteter:

Jeg bruker hele verktøykassa., Folk er folk og psykotiske folk er også for det meste lik andre mennesker. Jeg har det ikke sånn at jeg tenker at det er kun disse metodene som skal brukes i forhold til pasienter med psykose. [...] Du må være fleksibel i tilnærmingen. Det er en viktig faktor (Musikkterapeut 1).

Timer preges av uforutsigbarhet og spontanitet. Et bredt utvalg av instrumenter danner redskapene for aktivitet, blant annet gitar, bass, håndtrommer, trommesett, piano, mikrofoner og, elektronikk og innspillingsmuligheter:

Noen [pasienter] går bare rett bort til trommene og begynner å spille. Det har igjen med at [you never know what you're going to get ...]. [...] Så hvis noen går rett bort til trommene og spiller, så er jeg på gitaren med en gang og kobler på ampen og spiller liksom [...] at de opplever liksom at det de gjør blir tatt imot.

(Musikkterapeut 1)

Musikkpreferanser og andre kjente sanger skaper et rammeverk for sang, samspill improvisasjon. Musikkterapeutene påpekte at rytme og rytmisk sterk musikk er fordelaktig, samlende og strukturerende for personer med psykose:

Ellers så har vi jo litt mer aktive musikkgrupper med ofte veldig rytmisk sterkt samspill og sang og sånne ting. [...] Det er viktig at det ikke blir for styrt. Jeg har med perkusjonsinstrumenter og gitar - så det er jo alt fra å få til litt improvisasjon og jamming. – til mer å kanskje strukturere det med bruk av kjente sanger. Eller å spille coverlåter sammen, men at man fremdeles har med elementer av improvisasjon (Musikkterapeut 4).

5.2.2. Til tverrfaglig samarbeid

Musikkterapeuter jobber i tverrfaglige behandlingsteam. På møter drøfter man behandling og oppfølging. Musikkterapeuten er aktiv og deltakende og må gjentakende formidle musikkterapiens nytteverdi til sine kollegaer:

Det kan være vanskelig for andre faggrupper å skjønne hva vi skal med musikk inn i det. Kanskje man ikke har formidlet godt nok hva musikkterapi er. I møter synes jeg det er viktig å ikke bare si sånn «ja så spilte vi i synk og det og det ...» - men at jeg kan forklare hvorfor disse tingene er viktig. [...] Så det å ha fagspråket og psykoterapeutisk kompetanse synes jeg kommer veldig godt med (Musikkterapeut 3).

[Behandlings]teamet snakket om at en pasient hadde problemer med å oppleve seg til stede og mye angst i forhold til stemmer, og en sånn sviktende følelse av å være en person. Og da tenkte ikke de på musikkterapi i det hele tatt. Da var det jeg som sa at «du, akkurat den problemstillingen der - hvis pasienten er interessert i å prøve musikkterapi, så tror jeg det er en problemstilling jeg kan jobbe godt med.» Og så var det på en måte jeg som fikk pasienten henvist.

(Musikkterapeut 1)

Musikkterapi kan ha være nyttig for ulike typer individer, ikke bare de med uttalt musikkinteresse:

[I behandlingsmøter] har jeg vært obs på å si at musikkterapi er behandling - så det er ikke kun for de som er musikkinteresserte. Jeg jobber med mange som aldri har gjort noe med musikk før. Hvis man bare skal gå etter de så [...] hadde det vært mange som kunne fått nytte av musikkterapi, som ikke hadde fått det.

(Musikkterapeut 3)

Nasjonale retningslinjer er viktige fagkilde:

[Musikkterapi] har en av de høyeste evidensene som finnes på negative symptomer. Medisiner har jo veldig høy status, for de hjelper og er veldig konkrete. Men på negative symptomer som er halvparten av en psykoselidelse så kommer de til kort – og da har vi noe ganske unikt som også hjelper pasienter. Så jeg synes at det å fokusere på retningslinjene og når man formidler faget sitt er sjukt viktig

(Musikkterapeut 3).

Som lagspiller er musikkterapeuten alene om å kunne gi sitt fulle fokus til det ressursorienterte. Dette gir tilgang til behandlingsområder som er svært godt egnet for musikkterapi:

I teamet mitt er det rom for diskusjon. For noen uker siden sa noen på et møte; «nei, pasienten der skal ikke ha musikkterapi», og så spør jeg; «hvorfor tenker dere

det?», og får til svar; «*[pasienten] er så i følelsene sine, og sier selv at etter timene så går [hen] hjem og spiller ut alt på piano*». Og så kan jeg si; «*men da kan det være det hadde vært godt for [pasienten] med musikkterapi, fordi vi er ganske gode på emosjonsregulering, og hvis [pasienten] bruker det selv så kan er det noe vi kan jobbe ut ifra*» (Musikkterapeut 3).

Musikkterapeuten står ofte alene i faglige spørsmål:

De fleste musikkterapeutene er alene på sin arbeidsplass og på musikkrommet med pasientene. [...]. Mange må finne ut av ting på egenhånd. [...] Det er ganske sårbare og syke mennesker vi jobber med og man kan ofte bli i tvil eller stå i dilemma - hva er riktig å gjøre? (Musikkterapeut 4)

Det å være alene som musikkterapeut medfører at man står ensomt i sin faglige retning blant andre tilnærminger:

Av og til blir jeg usikker på hvilken retning jeg skal gå i. Det ene er å beholde ressursfokuset - som er veldig viktig. [...] Jeg kan bruke mye positive ord når jeg beskriver observasjoner av pasienten til teamet. [...] Samtidig er spesialisthelsetjenesten sin rolle å gi behandling og utredning. Og jeg synes ikke alltid det passer med det vi [musikkterapeutene] gjør og det vi jobber med i teamene (Musikkterapeut 4).

Andre faggrupper kan være kilder til veiledning og supplerende kunnskap:

Det er noen [behandlere] som har mye erfaring og det er veldig nyttig måten de beskriver pasienter på. Da er det noen briller som faller på plass for meg og jeg får sånne «aha øyeblikk» og forstår ting jeg ikke har klart å sette ord på.
(Musikkterapeut 4)

Det kan være fordelaktig for musikkterapeuten å ha fagkompetanse utover det musikkterapeutiske og at man kommuniserer med medisinsk og psykologisk fagterminologi:

Det er fint å også kunne snakke litt dette sykdomsspråket og så bli møtt i faget sitt. *Det litt mer det psykologiske språket gjør at man også kan snakke som de andre [behandlerne]. [...] Jeg synes det hjelper veldig. [...] Men det kommer jo etter hvert, men jeg merker at det å ha litt den faglige tyngden i psykologidelen kommer godt med.* (Musikkterapeut 3)

5.3. Bruksområder for musikkterapi

5.3.1. Et pauserom

For noen pasienter kan musikkterapien bli en pause fra sykdommen. Terapien rettes mot ressurser, positive sider og relasjoner:

Noen ønsker å bruke musikkterapi veldig som et fristed og pauserom, og ikke gå inn i nettopp psykosene eller det vanskelige. [...] Generelt så jobber jeg for at pasientene skal skjønne at de også har sine ressurser og friske sider.

(Musikkterapeut 2)

Behandlingssynet er holistisk og vektlegger musikk og mennesket fremfor sykdom og behandling:

Jeg tror det handler litt om å bli sett som et helt menneske. Det at vi ikke bare snakker om at «ja, du har jo paranoid schizofreni og har du merket noen symptomer i det siste ...» - men at vi har musikken som fokus tror jeg var veldig godt. (Musikkterapeut 3)

Positive sosiale- og selvopplevelser kan gjøre pasienten tryggere og mer åpen for å utforske andre og mer behandlingsorienterte tilbud:

I musikkterapigruppen får [pasienten] gode erfaringer med det sosiale eller det å bli akseptert. Det gjør at [pasienten] kan føle seg mer velkommen og trygg på at [avdelingen] er fint sted å være. [...] Sånn kan musikkterapien være en vei inn og kanskje de benytter seg av andre tilbud (Musikkterapeut 4).

Musikkterapien gir nye handlemuligheter og skaper et rom og rammeverk for at pasienten oppleves som noe annet enn syk:

Det er ikke nødvendig at psykosen er så synlig inn i musikkterapien. [...] Det var en pasient som sa til meg; «jeg vet at jeg er Gud, men ikke skriv det i journalen». Når [pasienten] snakker om å være Gud så vet [pasienten] at [hen] blir regnet som psykotisk og ikke blir skrevet ut. Så [pasienten] har sluttet å si det høyt, men tenker det like fullt. [Pasienten] rapper. Vi lagde en beat og jeg spilte til - og så bare flommer det ut med hvordan [pasienten] er Gud og Jesus og Helligdom, i sikkert sånn 20 minutter i strekk. [Pasienten] improviserer, er kreativ og sier bare gode ord ... så, ferdig. Etter to dager kom [pasienten] igjen, for da visste [hen] at i musikkterapi går det an å være fri og være seg selv. Det er ikke noen begrensninger; alt er lov, alt er greit. Så [i musikkterapien] ble [pasienten] regnet som «adekvat» som vi sier her på huset. (Musikkterapeut 2)

5.3.2. Arbeid med det som er vanskelig

Noen pasienter vil at musikkterapien skal rettes mot sykdom. Dette setter krav til musikkterapeuten som fagutøver:

Mange ønsker å bruke tiden til å jobbe med vanskelige ting også. [...] De vil ikke bare lære å spille et instrument eller fokusere på det friske. De lurte på; «hva kan en musikkterapeut gi meg som jeg kan jobbe med og bruke videre?» De trenger verktøy og noen som ser seriøst på det vonde og jobber med det på andre måter enn bare samtaleterapi. De trenger ikke å fortelle hva slags musikk de liker å høre på. [...] Da blir jeg utfordret som fagperson og må komme med noe de kan trenge og som jeg kan tilby - fordi at de ønsker det. (Musikkterapeut 2)

Pasienter kan ofte ha behov for hjelp med å håndtere vanskelige følelser som angst og uro. Stemmebruk, sang og kroppslige tilnærminger til musikken kan brukes i arbeid med sterke emosjonelle reaksjoner:

Det kan være noen som vil jobbe konkret med pusteteknikker eller bruke kropp og pust og stemme for å komme seg gjennom uroligheter eller angst.

(Musikkterapeut 2)

Samtidig som musikkterapien kan hjelpe med det som er vanskelig her-og-nå, kan ulike prosesser også brukes til å bearbeide historie, erfaringer og andre vanskelige tema:

[En pasient] lager rap og så jobber vi videre med det her. [pasienten] bearbeider masse jævlige ting og sliter med traumer. Så sier [pasienten] at de beatsene vi lager, de hjelper veldig med å roe seg ned.

(Musikkterapeut 3)

Psykose kan ofte inngå som en del av et sammensatt sykdomsbilde. utfordringer med for eksempel rusproblematikk og sinneproblematikk kan utforskes gjennom ulike musikkterapeutiske prosesser:

Noen av pasientene har psykoselidelse, det er noen som har personlighetsforstyrrelse, de har ofte rusproblematikk; noen kan ha dyssosialitet inni bildet. Der er det en del som sliter med sinnemestring og kan være veldig utagerende. Der kan jeg jobbe med måter å uttrykke alt det sinne på i musikken. Enten det er å spille sammen eller å lage musikk og snakke med dem; «det her føles litt sånn ...». Det (sinne) er jo en del av oss, men når man uttrykker de følelsene gjennom vold så er det veldig uheldig. Men er det en annen måte vi kan jobbe for at du kan få uttrykt det på? (Musikkterapeut 3)

Et par av musikkterapeutene snakket om at de opplevde behov for å tenke utover recovery og ressursorienterte perspektiver, for å gi pasientene den gode behandling de ønsket med de vanskeligste tema:

Noe som er kjempebra med den norske musikkterapien er fokus på ressurser og recovery. Men samtidig så jobber vi med alvorlig psykisk syke mennesker som tidvis er veldig syke. Og da kan man ikke bare fokusere på ressursene eller at man skal gå likt inn i terapien og sånn (Musikkterapeut 3).

5.3.3. Overgang til hverdagen

I musikkterapi jobber man for at musikk skal bli en ressurs pasienten bruker i sin hverdag:

En viktig tanke som jeg har med meg hele tiden er jo at vedkommende skal bruke mer tid i livet sitt utenfor terapi enn i terapi. [...] vi jobber der og da, men jeg gir dem like mye noen verktøy som de kan bruke etter at de er utskrevet. De verktøyene de får med seg er så uendelige mye verdt. Så hvis jeg kan lære vedkommende til å bruke musikk på måter som gagnar dem og gir mestring og hjelp til regulering og bedre livskvalitet - så kan jeg godt starte med det med en gang.

(Musikkterapeut 1)

I noen tilfeller kan man hjelpe pasienten med å kjøpe egne instrumenter:

I forrige uke så tok jeg med [en pasient] på [en instrumentforretning] og kjøpte en gitar til [pasienten]. Så fikk [hen] gå rundt der og prøve litt forskjellige.

(Musikkterapeut 3)

Sangdeling og spillelister er enkle måter å gi pasienter enkel tilgang til musikkressurser:

Vi kan lage spillelister og snakke om hvordan de bruker musikken i hverdagen. Ellers sånn «denne listen her burde jeg kanskje bruke ... denne skal jeg høre på hvis jeg havner i dårlige perioder igjen». (Musikkterapeut 2)

Jeg vil ofte ha tema som får en til å reflektere og bli mer bevisst på hvordan man bruker og kan bruke musikk. Eller hvordan det kan kobles til helse og være helsefremmende. Vi har liksom hatt musikk du kan bruke for å få en bedre dag, for å komme i gang, treningsmusikk hvis man trenger motivasjon ... Det kan være musikk som formidler håp, er oppløftende eller empowering. Det har ofte blitt veldig bra timer. (Musikkterapeut 4)

Noen pasienter driver med musikk i sitt daglige liv. Musikkterapi kan tilrettelegge for en normal aktivitet gjennom en innleggelse:

For [pasienten] så er det her kjempeviktig å få fortsette. [Pasienten] er veldig musikalsk og driver med det på privaten. At [hen] får mulighet til å jobbe med det også under en innleggelse er veldig viktig. (Musikkterapeut 2)

Mange med psykose vil oppleve gjentatte innleggelser i sitt liv. Musikkterapi kan tilby noe positivt til innleggelsen:

De fleste sier at de jo ikke vil være tilbake og det er synd de er her - men på en måte; «fint å se deg, kan vi ha time igjen?». Det er veldig mange som jeg har jobbet sammen med som jo da ønsker å komme igang igjen. (Musikkterapeut 2)

Jeg har nå presentert forskningsresultatene. Dette sammen med andre beskrivelser i empirien, har resultert i et utvalg av sitater og tolkninger som tegner små situasjonsbilder, øyeblikk, forhold og refleksjoner av musikkterapipraksisen til informantene. Kjerne- og sekundærkategoriene beskriver fokusområdet for den fenomenologiske undersøkelsen. Kategoriene er: Musikkterapi i psykosebehandling (*motivasjon og samhandling, identitet, relasjoner og sosiale roller, emosjoner og følelser, positive symptomer*), Tilnærminger (*til pasienten og klinisk praksis, til tverrfaglig samarbeid*) og Bruksområder for musikkterapi (*et pauserom, arbeid med det som er vanskelig og overgang til hverdag*).

Jeg vil nå tolke resultatene videre i en diskusjon som betrakter dem i relasjon til den teoretiske rammen og forskningen som er presentert i de tidligere kapitlene i denne oppgaven.

6. Drøfting

I dette kapitlet vil jeg drøfte mine funn i lys av teori og annen forskning. Utgangspunktet for denne studien har vært følgende spørsmål:

Hvordan jobber musikkterapeuter med personer med psykoselidelser?

Jeg har valgt en humanistisk, ressursorientert og relasjonell teoretisk tilnærming til informantenes praksis, etter Ruud (2010), Rolvsjord (2010) og Trondalen (2016). Forskningstilnærmingen er kvalitativ og hermeneutisk-fenomenologisk. Gjennom drøftingen vil jeg reflektere rundt forskningsresultatene i lys av teorier og forskning om psykoselidelser og musikkterapi.

Drøftingen struktureres ut fra kjerne- og underkategoriene slik de er presentert i resultatkapittelet. Med en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming beskriver jeg egenskaper, strukturer og mening i de subjektive erfaringene til informantene *med* og *av* fenomenene som utforskes (Jackson, 2016; Alvesson & Sköldbberg, 2018; Smith, 2018). Her reflekterer jeg rundt hvordan en humanistisk, ressursorientert og relasjonell tilnærming til musikkterapi med personer med psykoselidelser kan se ut. I drøftingen trekker jeg frem funn som er spennende å diskutere ut fra deres tilknytning til spesifikke symptomer og fenomener ved psykoselidelser. Etter drøftingen vil jeg avslutte masteroppgaven med en oppsummering, implikasjoner for praksis, tanker om videre forskning og noen avsluttende ord.

6.1. Musikkterapi i psykosebehandling

6.1.1. *Motivasjon og samhandling*

Retningslinjene for psykosebehandling gir en tydelig anbefaling av musikkterapi i behandling av negative symptomer ved psykose (Helsedirektoratet, 2013). Det er derfor ingen overraskelse at informantene beskriver dette som en viktig del av deres praksis. Negative symptomer medfører blant annet motivasjonstap, affektavflatning og isolasjonstendens (Skårderud et al., 2018). Dette beskriver informantene som veien inn

til musikkterapi for mange pasienter. Symptomene er negative fordi de trekker fra individets mentalfunksjon og medfører påfallende utfordringer (ibid.).

Informantene beskriver ressursorienterte tilnærminger til musikkterapi, der deres metoder og prosesser engasjerer og motiverer pasientene til samhandling og aktivitet (Rolvsjord, 2008). Pasientenes musikkinteresser danner grunnlaget for samhandling og motivasjon. Gjennom å bruke musikken med utgangspunkt i pasientens betingelser og målsettinger, blir de ressurser som kan skape nye handlemuligheter i det musikkterapeutiske rom, som videre støtter kommunikasjon og følelsesopplevelser (Ruud, 1979; 2008; Rolvsjord, 2008).

Mye av det terapeutiske arbeidet skjer gjennom relasjonen til musikkterapeuten. Sammen jobber man for å fremme individuelle styrker og målsettinger (Trondalen, 2016). Mössler et al. (2011) viser at den ressursorienterte tilnærmingen er relevant for å motivere pasienter med lav behandlingsmotivasjon. Ressursorienterte prinsipper hjelper også til med å rette terapeutens fokus mot pasienten og deres positive sider, heller enn å orientere mot patologi og symptombehandling. Ressursorienteringen er viktig for pasientens opplevelse av behandling, og står sentralt for anerkjennelse og samarbeidet om å fremme positive egenskaper og potensialer (ibid.). Dette gir mening i lys av informantenes praksisbeskrivelser. Pasienter kan oppleve behandlingsmotivasjon i både kort- og langsiktige behandlingsforløp, og den terapeutiske relasjon preges av trygghet, tillitt og støtte (ibid.). Informantene forteller at psykosepasienter ofte opplever uforutsigbare og gjentatte innleggelse, og at dette påvirker behandlingsmål. I dette beskriver de musikkterapi som en kilde til positive erfaringer og en «vei inn» til pasienten. Pasienter føler seg mer tatt imot og blir mer tilgjengelig. De opplever trygghet og behandlingsmotivasjon. Disse funnene samsvarer med andre studier som viser at psykosepasienter som mottar humanistisk og ressursorientert musikkterapi kan oppleve bedret kontakt med seg selv og andre mennesker, økt behandlingsmotivasjon og symptomreduksjon (Solli & Rolvsjord, 2015).

Negative symptomer som motivasjon og isolasjonstendens er vanskelig å behandle med medikamenter, og en viktig grunn til at musikkterapi er anbefalt som medikamentfri og psykososial behandling (Helsedirektoratet, 2019; 2021). Den humanistiske forståelsen

av musikkterapiens rolle innebærer at den skal være alternativ og supplerende behandling (Ruud, 2010). Musikkterapi er et av flere behandlingsalternativer og tilbyr nettopp supplerende og alternativ behandling til pasienter i psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2013; 2019). I forbindelse med min problemstilling om hvordan musikkterapeuter kan jobbe med personer med psykoselidelser, fremstår dette som et viktig funn som kan knytte forventninger til en av musikkterapiens roller og behandlingsområder i psykosebehandling.

6.1.2. Identitet, relasjoner og sosiale roller

Informantene beskriver individuell og gruppemusikkterapi der det jobbes med sosiale ferdigheter og prosesser som fremmer identitet, sosiale roller og deltakelse.

I dette foregår det prosesser som er nyttig for en blandet pasientgruppe, men ut fra psykoseperspektivet tilbyr musikkterapi unike prosesser som kan være god støtte for denne pasientgruppen.

Subjekt og selvopplevelsen til individer med psykose blir svekket som følge lidelsen (Møller, 2019; Skårderud, et al., 2018). Dette medfører at individer mister følelsen av å være seg eller å ha en «kjerne», og å være adskilt fra andre mennesker. Informantene beskriver dette også i sine pasienter. Musikk spiller en viktig rolle for vår identitetsutvikling og selvopplevelse og kan brukes i arbeid med disse temaene (Ruud, 2017). Det er spennende å drøfte dette nærmere i forbindelse med psykosebehandling. Ruud knytter identitetsbegrepet til vår subjektive opplevelse av selv, der identitet også handler om vår kontinuerlige selvoppfatning, og hvordan vi forstår oss selv som forskjellig fra andre (ibid., s. 52). Antonovsky (1979) påpekte at sammenhenger, kontinuitet i livet og tilgang til ressurser er viktige faktorer for god helse. Informantene beskriver sine tilnærminger til pasientenes identitetsoppfatning, sosiale roller og relasjoner. Informantene forteller at pasienter deltar i terapi som også inkluderer andre mennesker, der pasientenes identitetserfaring blir satt i samspill med omgivelsene. Dette kan forstås som musikkterapi på samfunnskontekstuel nivå, der musikkterapigruppen er samfunnet som pasienten opptrer i (Ruud, 2008; Stige et al., 2012). I dette kan vi forstå at musikkterapien kan være en helseressurs som rommer muligheter for terapeutisk vekst på ulike nivåer, både personlig og sosialt. Dette skjer i

arbeidet med å styrke identitetsoppfatningen gjennom sosiale roller og relasjoner. Det kan også bidra til å fremme pasientenes opplevelser av å være seg selv og adskilt fra andre (Ruud, 2017). Identitet og selvopplevelse er høyst relevante problemstillinger ved en psykoselidelse, og derfor forstås dette området som en viktig del av informantenes praksis.

6.1.3. Emosjoner og følelser

Informantene forteller at følelser er noe pasienter ønsker å jobbe med i musikkterapi. Solli & Rolvsjord (2008) beskriver hvordan musikkterapi kan fremme motivasjon i arbeid med emosjonelle uttrykk (og relasjoner) med musikkterapiprosesser som er egnet for å utforske følelser. Her skjer terapien som Ruud (2008) påpeker; i møtet mellom musikken, mennesket og følelsene. Musikkterapeuten tilbyr sin tid, nærhet og kjærlighet i å bli en medvandrer i pasientens terapeutiske prosess (ibid.) Informantene bruker nonverbale tilnærminger til improvisasjon og samspill for å utforske pasientens følelser. Dette styrker de gjennom verbalrefleksjon og også gjennom bearbeiding av sangtekster i form av terapeutisk sangskrivning (Baker, 2015).

Dette er det andre nivået av psykoterapi som Bruscia (2014) definerer som augmentativ, eller støttende for psykoterapi for pasienten eller klienten. Terapitemaet tilnærmes gjennom musikken primært. Verbalrefleksjon og diskusjon brukes for å guide, tolke og forsterke pasientens opplevelse og den relevans for den terapeutiske prosessen (ibid.). Andre nivåer av psykoterapeutisk praksis kan inngå om hverandre i en og samme terapitime. De er dynamiske nivåer, men understreker litt ulike fenomener som er i fokus. Dette kan med fordel brukes i strukturering av praksis.

Affektive og kognitive symptomer ved psykose innebærer nedsatt opplevelse av egne og andres følelser (Skårderud et al., 2018). Dette påvirker individets evner til å delta i mellommenneskelig kommunikasjon og relasjon. Psykosen fører til at individer feiltolker intensjoner hos andre, og dette gjør det vanskelig å fungere sammen med andre. Dette åpner en behandlingsmulighet for musikkterapien, som jeg vil utforske gjennom den relasjonelle tilnærmingen til musikkterapi (Trondalen, 2016).

Det å finne mening og trygghet i relasjoner, samt vekstmuligheter gjennom en relasjonell vending er sentralt for den relasjonelle musikkterapien (Trondalen, 2016). En av informantene fortalte om at de bruker kropp, pust og stemme for å hjelpe pasienter med selvreguleringsprosesser når de opplever vanskelige følelser. Informanten trakk paralleller til mødre som nynner for sine barn. Dette opplever jeg som en passende beskrivelse av dynamikken jeg kan oppleve i egne og andres beskrivelser av pasient-terapeut relasjonen. Det vekker assosiasjoner til Trondalen (ibid.) sin forskning som bygger på affektdeling og kommunikasjon mellom barn og deres omsorgspersoner. Følelser er noe vi bruker helt naturlig i kommunikasjon og som er viktige for å forstå intensjonene hos andre (Skårderud et al., 2018; Håkonsen, 2017). Nettopp denne affektive kommunikasjonen er utfordrende for personer med psykose (Skårderud et al., 2018). Affektive symptomer kan medisineres, men da er de heller ikke tilgjengelig i kommunikasjon. Her har musikkterapi noe unikt å tilføre som en av informantene omtale det som; det vi kan om å tone oss inn til den andre.

Informantene forteller at pasienter plages av mye angst og uro i tilknytning til psykosesymptomer, og at musikkterapi støtter dem i emosjonelle prosesser her og nå. En tilbakevendende beskrivelse av psykose er at man preges av følelser som forvirring og angst (Skårderud et al., 2018; Møller, 2019). Informantenes arbeid med umiddelbare behov, samt at de jobber for å fremme engasjement, kommunikasjon og relasjon støttes av andre beskrivelser av musikkterapipraksis (Carr et al., 2013). I lys av dette er det interessant å diskutere informantenes tilnærming til følelser gjennom relasjonsteorier og forskning på affektiv inntoning i musikk.

Affekter er sterke følelser med et tydelig kroppsspråk som viser hvilken følelsesreaksjon vi har (Håkonsen, 2016). Dette oppfattes og kommuniseres gjennom våre kroppsgester, ansiktsmimikk og lyd. Musikalske gester bærer også intensjon og mening som vi kan tolke og benytte i musikalsk kommunikasjon (Trondalen, 2016). Trondalen & Skårderud (2007) utforsker affektiv inntoning og musikkens kvaliteter til å dele og utforske affekter i et terapeutisk samspill. Bevissthet rundt speiling av affekter og betydningen av musikalske elementer som dynamikk, puls, frasering og tempo kan støtte inntoning og synkronisering. Forskningen til Metzner et al. (2018) viser at individer med psykose i rytmisk improvisert samspill kan oppleve at

psykosesymptomer avtar, og at de får støtte i å tone seg inn til andre. Dette er svært relevant og en nyttig effekt å være bevisst i praksistilnærmingen til psykosepasienter. Premissene for affektinntoning i musikk som Trondalen & Skårderud påpeker, kan i terapeutisk anvendelse med pasienter med psykose fungere som musikalske «knagger», som støtter ulike følelsesresponsen og opplevelser hos pasienten. Dette kan være nyttig med psykosearbeid nettopp fordi kommunikasjonen foregår gjennom lyd og fysiologiske responser uten innblanding av andre kognitive prosesser (Brean & Skeie, 2019). Musikk har åtte og sannsynligvis flere veier inn til emosjonene våre, blant annet via hjernestammen, rytmic entrainment og kroppslige tilnærminger, visual imagery, episodisk minne, musikalske forventninger og estetiske erfaringer (Juslin, 2013). Dette er mange veier som musikkterapeuten kan utforske for å komme inn til pasienten.

Musikkterapi fremstår som godt egnet behandlingsarena for å støtte og jobbe med følelser i arbeid med personer med psykoselidelser. Mössler & Fuchs (2015) beskriver i detalj hvordan musikkterapi kan tilrettelegge for behandlingsfokus gjennom nonverbal kommunikasjon, og at dette kan støtte behandlingsfokus i musikkterapien. For psykosepasienter med verbalutfordringer kan musikkterapi være et alternativ som virkelig tilbyr noe unikt i forhold til for eksempel samtaleterapi.

6.1.4. Positive symptomer

Det er interessant å løfte fram at til tross for retningslinjenes anbefaling av musikkterapi i behandling av negative symptomer (Helsedirektoratet, 2013), foregår informantenes arbeid også med den positive symptomgruppen. Positive symptomer er hallusinasjoner, stemmehøring, vrangforestillinger og desorganisering (WHO ICD-10, 1997, Skårderud et al., 2018; Helsedirektoratet, 2013). Dette er behandlingsområder som samtlige informanter fortalte at de jobber med i musikkterapi. Dette understøttes av mye forskning som støtter musikkterapiens effekt på samtlige symptomgrupper ved psykose (Gold, et al., 2009; Geretsegger et al., 2017; Mössler et al., 2011; Solli & Rolvsjord, 2008; 2015, Sükran & Havva, 2019). Likevel fremheves ikke arbeid med positive symptomer i retningslinjene fra Helsedirektoratet.

Positive symptomer behandles først og fremst med medikamenter og kognitiv terapi (Skårderud et al., 2018). Medisiner skal dempe symptomene så pasienten blir mer tilgjengelig for psykososiale behandlingstiltak (ibid.). Det er derfor interessant å forstå musikkterapi som et psykososialt behandlingstiltak som også medfører remisjon av positive symptomer der og da. Studien til Sükran & Havva (2019) viser at musikklytting kan virke inn på positive symptomer som hørselshallusinasjoner og desorganisering (tankekaos og oppbrudd i taleflyt) hos personer med psykoselidelser. De henviser til sammenhenger mellom musikklytting og remisjon av positive symptomer, samt bedre fungering og livskvalitet hos personer med psykose. Det samme henviser mine informanter til. De forteller også at pasienter lurer på hva det er musikkterapi kan tilby som alternativ til samtaleterapi. I forbindelse med dette vil jeg nå drøfte hva en relasjonell tilnærming i musikkterapi potensielt kan tilføre i behandling av positive symptomer.

Hallusinasjoner, stemmehøring, vrangforestillinger og desorganisering skaper en realitetsbrist som er svært vanskelig å dele med noen andre (Skårderud et al., 2018; Møller, 2019). Individuer blir alene i sin virkelighetsoppfatning, som er både forvirrende, skremmende og ensomt. Trondalen (2008) beskriver mennesker som relasjonelle og avhengig av relasjoner for å utvikle oss. Utviklingen skjer gjennom tosomhet og en relasjonell vending, der følelsesdreven kommunikasjon av eksplisitt og implisitt kunnskap deles (ibid.). En følelse kan her forstås som en subjektiv og privat erfaring eller tilstand av vår indre livsverden (Håkonsen, 2017). Psykoser fører til kaotiske indre livsverdener, der sanseintrykk og kognitiv prosessering av indre og ytre tilstander forstyrres (Skårderud et al., 2018). Følelser er sentralt for menneskelig og musikalsk kommunikasjon (Trondalen, 2016). Musikk og affektiv kommunikasjon er spennende å trekke inn i drøftingen av musikkterapi for å støtte intersubjektivitet i møter med psykotiske individer. Alle har sin indre livsverden som vi utforsker gjennom å speile den i relasjon til andre. Vi forstår oss selv gjennom det som speiler tilbake på oss i nye perspektiver. Dette er en vending fra en-person til to-person i den psykologiske utviklingen (Trondalen, 2016). Det kan tenkes at dette er utfordrende for personer med psykoselidelser. Hvordan kan man speile noe ingen andre kan oppleve eller forstå?

Intersubjektivitet er en viktig betingelse for kommunikasjon i en relasjon (Trondalen, 2016). Stern (2007) beskriver intersubjektivitet som en mental prosess der to individer inngår i og har en forståelse av hverandres sinn. Dette gjør at man kan tolke følelsene og livsverdenen til den andre - med andre ord være av en delt virkelighetsoppfatning. Dette vil være utfordrende med en psykose, da symptomer medfører nedsatt mentaliseringskapasitet (WHO ICD-10, 1997, Skårderud et al., 2018; Helsedirektoratet, 2013). Forskningen viser likevel at musikkterapi kan tilrettelegge for relasjonsutvikling og intersubjektivitet, samt støtte relasjonelle ferdigheter og kommunikasjon med personer med psykoselidelser (Næss & Ruud, 2007; Solli, 2008).

Informantene skildrer gjennomgående hvordan rytme er viktig for å støtte pasienter og hjelpe dem å være mer her og nå. En viktig komponent i affektiv kommunikasjon gjennom musikk, er individenes evner til å synkronisere seg gjennom rytme, intensitet og puls. En kobling mellom rytme og psykoselidelser kan utforskes gjennom det Juslin (2013) skriver om musikkens veier inn til våre emosjoner, nemlig rhythmic entrainment eller rytmisk, fysiologisk synkronisering på norsk. Rytme er svært viktig for biologiske funksjoner. For eksempel vil en viktig indikator på helse hos et tidlig foster måles ut ifra evnen til å regulere fysiske og biologiske prosesser som pust, blodtrykk, hjerte og døgnrytme (DeNora, 2000). Her er rytme viktig for å opprettholde homeostase. Dette kan ut ifra informantenes skildringer også være en relevant beskrivelse av rytme for deres pasienter. Rytme har en fordelaktig egenskap der den kan synkronisere mennesker som deler en felles rytmisk lytteopplevelse (Brean & Skeie, 2019). Dette beskrives som en samlende og fysisk erfaring der blant annet pust, puls og bevegelser synkroniseres. Dette kan være en av grunnene til at informantene forklarer at deres pasienter får bedre kontakt når de bruker tydelig rytme i musikken, eller at rytme lar dem bli mer til stede i egen kropp.

Informantene forteller at de også bruker kroppslige tilnærminger til rytmen og musikken. En av pasientene brukte dans og tung hip hop for å kvitte seg med en plagsom heks. Andre forteller om gjenferd som blir borte når de spiller trommer, at de roper ut til døde skikkelser og lytter til høy musikk. Jeg har selv møtt en pasient som opplevde at å spille djembe hjalp på opplevelsen av her og nå, og ga støtte til indre struktur og balanse. Rytmen opplevdes som et anker, noe å holde seg fast ved så kaoset

ble mer organisert. Balanse vekker noen assosiasjoner til homeostase. At mennesker er mottakelig for rytme i kombinasjon med funn som påpeker at rytme er fordelaktig i musikkterapi med psykose, gjør dette til et viktig tema å forske videre på.

6.2. Tilnærminger

6.2.1. Til pasienten og klinisk praksis

Informantenes tilnærming til musikkterapi er som nevnt forstått gjennom humanistiske, ressursorienterte og relasjonelle tilnærminger til musikkterapi (Ruud, 2010; Rolvsjord, 2010; Trondalen, 2016). Informantene forteller om problemstillinger i forbindelse med isolasjonstendens, behandlingsmotivasjon, kommunikasjon, relasjon, identitet, følelser, sosial deltakelse, sosial fungering, stemmehøring, visuelle hallusinasjoner, nedsettelse i kropps- og selvopplevelser. Musikkerapeuten bruker faglige skjønn til å møte, ivareta og utfordre pasienten gjennom ulike musikkterapeutiske prosesser. Informantene beskriver en praksis der deres metoder hjelper pasienter med å komme i kontakt med seg selv, sine følelser og andre mennesker. Spontanitet, fleksibilitet og bredde i tilnærmingen er kvaliteter som går igjen hos informantene. Uforutsigbarhet preger behandlingstimer og det kan være en fordel å traktere flere ulike instrumenter og uttrykk. Gitar, håndtrommer, trommesett, piano og vokal danner grunnkompet til mange av informantene. Arbeidsformene (metodene) informantene bruker spenner seg over hele verktøykassa med utøvende, reseptive og skapende metoder med hovedvekt på fleksibel bruk av improvisasjon og musikalske strukturer, sang, samspill, musikklytting, sangskrivning, innspilling og pedagogiske tilnærminger. Informantene fremhever ingen av disse som bedre egnet enn andre i behandling av pasienter med psykose, men noen tilpasninger etter funksjonsnivå og preferanser blir gjort.

Informantenes musikkterapipraksis med pasienter innlagt med akuttpsykiatrisk behandlingsbehov stemmer med beskrivelser gjort av Carr et al., (2013). Terapien dreier seg ofte rundt nonverbale uttrykksformer og verbal refleksjon, aktiv musisering og åpent gruppearbeid. Målsettinger preges av pasientenes umiddelbare behov, og det å fremme engasjement, kommunikasjon og relasjon. Korte sykehusopphold medfører at mange pasienter mottar enkelttimer, eller flere timer med hyppig frekvens. Terapeuten

styrer musikkterapien i større grad. I tillegg brukes musikalske aktiviteter fleksibilitet, og med forutsigbare musikalske strukturer og realistiske målsettinger (ibid). Dette er relevante beskrivelser av informantenes praksis, som også forteller hvordan musikkterapien bidrar til opplevelser av frihet fra sykdom og behandling, og gir deres pasienter motivasjon, mestring og håp. I tillegg opplever de reduksjon av symptomer, psykotiske tilstander, forstyrrende tanker, stemmehøring og visuelle hallusinasjoner. Dette gir mening ut fra også andre beskrivelser av humanistisk og ressursorientert musikkterapi, der personer med psykose kan ha stor glede og positiv effekt av behandlingen (Solli & Rolvsjord, 2015; Solli, 2008).

Det humanistiske perspektivet forstår pasientene som autonome subjekter og orienterer terapien ut fra individuelle forutsetninger for selvbestemmelse (Ruud, 2008). Informantene beskriver individuelle tilnærminger til sine pasienter, der den enkeltes behov og ønsker står i sentrum. De skildrer en tilnærming som underbygger pasientens medbestemmelse, autonomi og myndighet (empowerment). Dette skriver Rolvsjord (2010) at bidrar til anerkjennelse av pasienten. Rolvsjord bemerker at dette kan styrke relasjonen mellom musikkterapeuten og pasientene, der likeverdig terapeutiske samarbeid fremmer positive egenskaper og potensialer.

I likhet med den totale pasientpopulasjonen som informantene behandler, er psykosepasientgruppen en heterogen gruppe individer med ulike behov, som ikke alltid står i sammenheng med en diagnose. Musikkterapiens helsetilnærming er holistisk og kontekstuell og retter derfor behandlingen mot hele mennesket fremfor sykdommen og diagnosen (Ruud, 2008). Kanskje derfor blir det som en informant påpekte, vanskelig å sette rutiner og krav til innhold i musikkterapien for personer med psykoselidelser, fordi man er så ulike. Likevel er det fellestrekk i problemstillingene til informantenes pasienter i tydelig forbindelse med deres symptomer. Dette er spesifikt for diagnosen deres og handler om de positive, negative og kognitive symptomgruppene ved psykose (WHO ICD-10, 1997, Skårderud et al., 2018; Helsedirektoratet, 2013). Informantene forteller at de tilpasser aktiviteter som følge av pasientenes sykdomsfaser og funksjonsnivå, og særlig grad av nonverbal kommunikasjon og bevisst bruk av rytme som støtte for psykosepasienter. Dette sier noe om at individuelle tilpasninger kan

oppretholdes i en fleksibel tilnærming, men at det samtidig er rom for å tilpasse behandling mer spesifikt for psykoseproblematikk.

6.2.2. Til tverrfaglig behandling

Informantenes tverrfaglige tilnærming er forenelig med den humanistiske tilnærmingen til musikkterapi som supplerende og alternativ behandling til andre faggrupper (Ruud, 2010). Informantene forteller at det tverrfaglige samarbeidet åpner for spennende muligheter til å utforske pasientenes tema fra ulike perspektiver når de jobber i tandem med andre behandlere. Dette fremstår som nyttig for vise behandlingsverdien og de mulighetene og terapeutiske landskapene som musikkterapi kan åpne for. Musikkterapi kan tilføre behandlingsmotivasjon, samarbeid og kommunikasjon også i det tverrfaglige samarbeidet (Mössler et al., 2011; Rolvsjord, 2008; 2015). Dette er noe informantene også beskriver i sin praksis.

Informantene understreker at faglig kommunikasjon er en viktig og noen ganger utfordrende del av det tverrfag samarbeidet. En informant sa det var en fordel å kunne «det litt mer psykologiske språket». Medisinsk fagterminologi er kanskje bedre egnet for kommunikasjon i behandlingsmiljøene i spesialisthelsetjenesten. Mine funn tyder på at det kan være fordelaktig for musikkterapeuter å kunne kommunisere musikkterapiens behandlingseffekt gjennom andre termer enn de musikkterapeutiske alene. Forståelse av andre helsetilnærminger gir et grunnlag for bedret tverrfaglig forståelse. Kollegaer er viktige kilder til informasjon og innsikt. Som en av informantene beskrev så faller det noen briller på plass når andre behandlere betrakter pasientenes oppførsel gjennom sine kanskje mer symptomrettede tolkninger. Informantene forteller at de gjentatte ganger må forklare behandlingsverdien av musikkterapi til kollegaer. De trekker frem retningslinjene som en viktig kilde til å henvisse effekt (Helsedirektoratet, 2013).

Musikkterapeuter er likevel ofte alene representanter for sin faggruppe og med en helsetilnærming som skiller seg litt ut fra de andre faggruppene.

Musikkterapien tar en kontekstuell tilnærming til pasientens i den tverrfaglige behandlingen (ibid.). Kontekstuell helseforståelse inngår også i en biopsykososial

helseforståelse der det enes om at helse er betinget av både biologiske, psykologiske og kontekstuelle faktorer (Blaxter, 2005). Behandling kan med fordel innebære helsefremmende arbeid rettet mot alle tre behandlingsperspektivene (Mæland, 2001; Blaxter, 2005). Leger og psykologer arbeider likevel som hovedregel med utgangspunkt i de biomedisinske eller biopsykososiale tilnærmingene til behandling (Blaxter, 2005; Aarre, 2018). Dette kan forklare noe om at informantene forteller om at tverrfaglige møter ofte retter seg mot symptomer og mangler fremfor ressurser og positive sider, som er mer forenelig med musikkterapeutiske prinsipper. Likevel er det som en av informantene sa; at som behandler i spesialisthelsetjenesten er det forventninger om å utføre behandling og utredning (Helsedirektoratet, 2013). Da er det bare spørsmål om hvordan musikkterapeuten skal delta i behandling og utredning.

Retningslinjene anbefaler musikkterapi for å fremme tilfriskning og behandle negative symptomer ved psykose (Helsedirektoratet, 2013). Retningslinjene beskriver tilfriskning i sammenheng med symptomremisjon (Helsedirektoratet, 2013, s. 141). Dette er en definisjon som samstemmer mer med Slade (2009) sin definisjon av klinisk recovery, som er den mer systematiske og biomedisinske forståelsen av sykdomsbedring målt ut fra symptomremisjon og deres fravær over tid. Det er interessant fordi tilfriskning forstått som symptomremisjon kan gi musikkterapien et litt annet behandlingsnivå for å utforske det mer biologiske menneskesynet som er beskrevet i den humanistiske tilnærmingen til musikkterapi (Ruud, 2008). Derfor er det naturlig at vi tilnærmer oss pasienten som både sosialt vesen og som en syk kropp, som også trenger vår faglige oppmerksomhet.

Tilfriskningsprosessen måles gjennom ulike trinn fra respons på behandling, symptomremisjon/tilfriskning og recovery/bedringsprosess, til full helbredelse (Helsedirektoratet, 2013, s. 141). Dette innebærer tilfriskning som både personlige og kliniske recoveryprosesser (Slade, 2009). Altså kan vi forstå at musikkterapi er anbefalt i behandling av samtlige prosesser i forbindelse med tilfriskning (Helsedirektoratet, 2013). Dette er interessant i forbindelse med informanten som opplevde forventninger til behandling og utredning i psykisk helsevern og musikkterapiens rolle i behandlingstilbudet. For å trekke dette raskt innom en diskusjon som pågår i de psykologiske og medisinske fagmiljøet, argumenteres det for og imot kontekstuelle og

biomedisinske tilnærminger til behandling av personer med alvorlige psykiske lidelser (Dahl, 2020). Aarre (2018) mener at symptomer er noe man bør legge fra seg og at den biomedisinske helsetilnærmingen ikke er egnet for å møte alvorlig psykisk syke mennesker. Kolstad (2019) støtter dette med beskrivelser av en økende tendens til det han kaller en medikalisering av psykososiale problemer. Dahl (2020) angriper det han kaller kontekstualistene med beskyldninger om at de leder oss ned en blindvei med sine holistiske og ufaglige helsetilnærminger. Som behandlingstilnærming står musikkterapien som en informant sa det, med en fot i hver leir.

6.3. Bruksområder for musikkterapi

6.3.1. Et pauserom

Informantene beskriver musikkterapien som et pauserom. Et sted der pasienter kan erfare frihet fra opplevelsen av sykdom. Et rom som fremmer musikalsk aktivitet og positiv sosial samhandling, fremfor et sykdomsrettet behandlingsfokus. Informantenes praksisbeskrivelser gir gjenhør til de gitt av Ruud (1979), om musikkterapi som gir mennesker nye handlemuligheter. Som med informantene, beskriver Ruud (2008) at musikkterapeuten tilbyr tid, tilstedeværelse og verktøy for å anerkjenne og møte pasienten gjennom musikk. I dette skapes rom for opplevelser, uttrykk, fantasi og lek. Musikkterapien er mestrings- og ressursorientert, med målsettinger som fremmer helse og livskvalitet (ibid).

Gjennom ressursorienterte terapiprosesser jobber informantene med å fremme identitet, selvopplevelser og sosial interaksjon. Dette fremmer positive følelser og pasientens opplevelser av og å være «i stand til». Prosessene gjør pasienten mer tilgjengelig, støtter kommunikasjon og bidrar til motivasjon. Ifølge Rolvsjord (2019) bidrar dette til recovery, forstått som bedringsprosesser, i psykosebehandling. Terapien kan også forstås i forbindelse med CHIME-akronymet (Slade et al., 2012), der prosessene fremmer positive relasjoner, sosial tilhørighet, håp og optimisme (for fremtiden), positiv identitet, mening og myndiggjøring. Tilnærmingen til informantene, forstått humanistisk, støtter pasientenes forutsetninger for autonomi og selvbestemmelse (Ruud, 2008). Dette underbygger pasientenes myndighet gjennom en likeverdige terapeutisk relasjon, som kommer til syne blant annet gjennom

informantenes beskrivelser av brukermedvirkning og pasientkontroll i musikkterapien. Alt dette underbygger sentrale punkter i forskningen til MacCaffrey et al., (2018) om hvordan musikkterapipraksis kan underbygge recovery.

Et pauserom som fremmer recovery er svært relevant for behandling av psykoselidelser. Musikkterapi er som nevnt anbefalt i retningslinjene for å behandle negative symptomer og fremme tilfriskning ved psykose (Helsedirektoratet, 2013). Jeg har tidligere drøftet tilfriskning som klinisk recovery, men begrepet brukes på litt ulike måter på norsk. Aarre (2018, s. 26) omtaler tilfriskning som personlig recovery heller enn klinisk. Tilfriskning blir her en beskrivelse av pasientens subjektive og individuelle bedringsprosesser og uavhengig av symptomremisjon og diagnoser. Denne beskrivelsen passer med andre definisjoner av personlig recovery (Anthony, 1993; Slade, 2009). Å jobbe med recovery, handler på den måten om å jobbe kontekstuellt med pasienten. Den humanistiske tilnærmingen har et egnet rammeverk for å jobbe ut ifra både biologiske, psykologiske og sosiale faktorer i tilnærmingen til helse (Ruud, 2008).

Et litt lengre sitat⁹ fra en av informantene beskriver hvordan musikkterapien blir et viktig rom for pasienten, som preges av psykosen og vrangforestillinger. Pasienten tilslører sine symptomer for andre enn musikkterapeuten. Pasienten skjuler kaotiske sider på innsiden, og har ingen sted å slippe dem ut uten å bli stemplet som syk. I musikkterapien kan han imidlertid ventilere, og lar affektene strømme ut gjennom hip hop tekster om ville fantasier. I musikkterapien fremtrer dette i et annet lys enn i samtaleterapi; det blir noe positivt i musikken. I kontekst av musikkterapien gir opplevelsene mening, oppleves positivt og hele mennesket blir sett. Kanskje er det noe som skjer i møtet mellom musikken og mennesket – der musikken løfter det menneskelige opp til noe mer. Gjennom fantasien, kunsten, det estetiske, et sted der det kan få være, et pauserom.

⁹ Se kapittel 5.3.1. Et pauserom

6.3.2. For å jobbe med det som er vanskelig

Et spennende bruksområde som informantene skildrer, er det at pasienter vil jobbe med utfordringer og sykdomsrelaterte tema i musikkterapi. De vil undersøke hva musikkterapien kan tilby som alternativ til samtaleterapi i arbeid med vanskelige tema. Dette praksisområdet skildrer godt det psykoterapeutiske nivået av musikkterapien (Bruscia, 2014; Solli & Rolvsjord, 2008). Arbeidsformene til informantene vektlegger musikk, samtale og terapeutisk refleksjon. I dette foregår det terapeutiske møtet mellom musikken og mennesket som skildres i den humanistiske musikkterapien (Ruud, 2008). Det skapes et rom for uttrykk, kommunikasjon og utforskning. I tråd med Bruscias (2014) beskrivelser av psykoterapeutisk musikkterapi, forstår vi at informantenes praksis er rettet mot å styrke menneskers selvoppfatning og selvuttrykksevne og fremme sosiale ferdigheter og positive relasjoner. Det kan innebære endringer i emosjoner, holdninger og atferd, det å løse indre konflikter, traumbearbeiding, eller å forbedre virkelighetsorientering og kognitive ferdigheter (ibid.). Arbeidet foregår på individuelt, gruppe- eller samfunnsnivå med praksis rettet mot ulike psykiske tilstander og utfordringer. Informantene praksisbeskrivelser stemmer med disse skildringene til Bruscia. Som en av informantene påpekte er det få rutiner for innhold i musikkterapi, noe man kanskje skulle ventet at det var i psykoterapeutisk praksis. Dette er interessant å diskutere i lys av et tilbakevendende tema i denne oppgaven. Burde musikkterapien strukturere rutiner og samle ressurser angående tilnærminger til arbeidet? Mange av musikkterapeutenes metoder er relativt generelle og passer til en bred pasientgruppe med ulike utfordringer. Likevel er en del av disse nyttig spesifikt for psykosesyntomer. Dette kan fremstå som en slags taus kunnskap som informantene har, men som kanskje ikke er satt inn i mer formaliserte og uttalte rutiner.

Musikkterapiens potensialer for å rette arbeid med spesifikke symptomer og problemstillinger er drøftet tidligere i dette kapitlet. Informantene beskriver at de ofte retter arbeidet mot pasientens umiddelbare behov med utfordrende tema i øyeblikket. Dette tar utgangspunkt i pasientens tilstand her og nå der man jobber ressursorientert med å møte behandlingsbehovet. Her foregår den psykoterapeutiske praksisen mellom andre og første nivå (Bruscia, 2014). Det andre (augmentative) nivå er tiltenkt å øke fungeringen til pasienten eller klienten. Tema i terapien jobbes med

gjennom musikalske prosesser og verbal refleksjon for å guide, fortolke eller forsterke pasientens erfaringer (ibid.). Det første nivået er det støttende (auxiliary) nivå.

Terapitema jobbes med gjennom musikalske prosesser med minimal verbal diskurs (ibid.). I dette utarbeider man samtidig strategier for å ruste individet med redskaper for å bedre møte sine helseutfordringer. Arbeid med vanskelige områder som rus eller mer tabubelagte områder som aggresjon, sinnemestring, legning eller kjønnsidentitet kan medføre behov mer spesialisering i kunnskap om disse temaområdene.

Det at informantene forteller at arbeidsmetoder i mindre grad retter seg mot psykose spesifikt, eller som en informant sa; at det ikke er noen metoder som oppleves som mer fordelaktig enn andre, kan stamme fra en grunnholdning hos musikkterapeutene som ikke retter behandlingstiltak ut ifra symptomer eller mer patologisk tilnærming til helse (Ruud, 2008). Det oppleves som grunnleggende viktig for musikkterapeuter å møte pasienten slik informantene sa det; med åpenhet og blanke ark – heller enn en diagnose, manualbeskrivelser og standardiserte spørsmål. Vi bruker heller det vi kan om å tone oss inn.

Selv om musikkterapeutene jeg snakket med fortalte at de ikke bruker spesifikke metoder rettet mot psykosepasientene, beskriver de likevel tilpasninger og målsettinger spesifikt for psykosepasientene. Dette med taus kunnskap dukker igjen opp som en refleksjon. Jeg opplever at det er rom for å tilby et romslig og fleksibelt behandlingstilbud. Dette kan med fordel rette bevisst fokus mot de terapeutiske virkemidlene som kan være best egnet for å møte pasientenes diagnosespesifikke problemstillinger. I hvilken grad dette skal være uttalt ovenfor pasienten er en annen diskusjon, men det retter et faglig fokus på tilnærmingen. Det trengs en fleksibel og kontekstuell tilnærming til behandling av psykoseproblematikk, og det kan fort oppleves feil å skulle utelukke noen metoder til fordel for andre. Likevel vil jeg argumentere for en tilnæringsstrategi som bevisst retter metoder og teknikker mot de universelle symptomtrekkene som man ser i psykosepasienter, men samtidig tilpasser innholdet og rammene for å støtte det individuelle, kontekstuelle terapeutiske rommet.

Informantene sa at recovery-orientering er viktig, men det er ikke alt man kan fokusere på i psykosebehandling. En informant sa at noen pasienter ikke «bare» vil høre på

musikk eller lære seg å spille et instrument. De ville ha noen som kunne utforske det vonde, det psykiske og det traumatiserte. Her er det teorier om traumebevisst omsorg som kunne vært relevante å trekke inn, men som jeg ikke kan vie plass til i denne diskusjonen (Krüger et al., 2017; Jørgensen & Steinkopf, 2015). I arbeid med personer med psykose er det viktig for individets helse å vedkjenne kontekstuelle sammenhenger som individet er en del av. Samtidig er individet også forstått som en syk kropp, som gjennom informantenes beskrivelser ikke fortrinnsvis har behov for å høre på musikk eller lære seg å spille et instrument, men også å jobbe med det som er utfordrende med den spesifikke sykdommen. Dette er også relevant for humanistiske tilnærmingen, som forstår mennesket *også* ut ifra biologiske forståelser av helse (Ruud, 2008).

6.3.3. Overgang til hverdagen

Gjennom et ressursorientert forståelsesperspektiv beskriver informantene sine oppgaver med å utstyre pasienten med kunnskap og bevissthet om hvordan musikk kan bli en helseressurs i hverdagen, også utenom musikkterapien. Dette er psykoterapeutisk musikkterapi på det første, støttende nivået (Bruscia, 2014). Procter (2001) omtaler *enabling* eller muliggjøring på norsk, som å fjerne hinder for pasienter så de tar kontroll og myndighet (empowerment) over sitt liv og sine helseutfordringer, og jobber med målsettinger ut ifra egne premisser.

En informant sa at den akutte delen av behandlingen er veldig viktig, men at man fra starten av må tenke på hvordan musikk kan bli en ressurs for pasienten i hverdagen. Dette kan handle om alt fra å reflektere rundt hva musikk gjør med oss, til å lage spillelister, kjøpe instrumenter eller sette pasienten i kontakt med lokale tiltak for å fremme mestring og deltakelse i samfunnet. Den nasjonale behandlingsteksten stiller åpne forventninger om oppfølging etter utskrivelse (Betanien sykehus, 2018).

Musikkterapibehandling kan følges opp med lavterskel musikktilbud i lokalsamfunnet, men dette varierer avhengig av ressurser og kompetanse (ibid.). Informantene fortalte i liten grad om samfunnsrettede tiltak. Dette kan ha en sammenheng med at denne masteroppgaven er utført under koronapandemien, og det er derfor begrensninger på samlinger av mennesker, kulturelle arrangement og antall nærkontakter. Dette fortalte informantene at hadde satt en stopper for mye gruppeaktivitet. Jeg går ikke

nevneverdig i dybden på samfunnsperspektivene i forbindelse med oppgavens problemstilling. Dette er likevel et interessant tema til fremtidig forskning.

Praksisen til informantene er naturligvis nærmere knyttet til behandling på sykehus enn ute i samfunnet. De forteller at pasientene ofte opplever gjentatte innleggelse og at musikkterapeuttilbudet skaper en viktig mulighet til å fortsette med det musikalske, også under innleggelse. Ut fra teorier om sammenheng i livet og viktigheten av kontinuitet i vår identitetsopplevelse, og kanskje spesielt i forbindelse med psykoseproblematikk, får musikkterapien en svært viktig rolle (Antonovsky, 1979; Ruud, 2017). For informantenes pasienter som driver med musikk i sin hverdag blir musikkterapi under sykehusoppholdet en positiv forbindelse til det normale. Det bidrar til å opprettholde «det vanlige» og muliggjør samtidig noen prosesser som kan formes metodisk for å bearbeide følelser og tanker rundt overgangene mellom behandling og hverdag. For individer med psykoser som ofte opplever korte og gjentatte sykehusinnleggelse, og har vanskelig for å prosessere tid og minner, er musikkterapi en god bro til hverdagen.

Skårderud et al (2018, s. 339) beskriver fem viktige faktorer for tilfriskning ved psykose. Disse er *behandlingsoppfølging over tid, motivasjon (empowerment), nye ferdigheter til å mestre et liv med en psykoselidelse, sosialt engasjement og endringer i sosial status*. Informantene forteller om pasienter som de møter gjennom gjentatte innleggelse. Mössler et al. (2011) skriver at ressursorienterte musikkterapeuttilnærminger kan bidra til motivasjon i både kort- og langsiktige behandlingsforløp. Tidligere i denne diskusjonen har jeg drøftet hvordan musikkterapi fremmer tilfriskning, recovery og empowerment. Dette er *motivasjonen* som forfatterne beskriver som en viktig tilfriskningsfaktor. Anerkjennelse av ressurser og samarbeid om å styrke pasientens *nye ferdigheter til å mestre et liv med en psykoselidelse* er viktige faktorer. Musikkterapi fremmer *sosialt engasjement* og endringer i *sosial status*. Dette trekker Skårderud frem som viktig for tilfriskning. Overordnet sett tilbyr musikkterapi flere *ressurser* som individet får tilgang til, og som kan bidra til et liv med verdighet og mening. Tilfriskning beskrives også som en dynamisk prosess gjennom flere trinn, som spenner seg fra respons på behandling, symptomremisjon/tilfriskning og recovery/bedringsprosess, til full helbredelse (Helsedirektoratet, 2013, s. 141).

Musikkterapi kan rettes mot både kontekstuelle og medisinske faktorer i pasientens behandling. Det tilbyr en behandlingsplattform som kan fungere gjennom hverdag og til mer akutte behandlingsformål.

Når har jeg drøftet informantenes praksis ut ifra den teoretiske rammen, teorier og forskning om psykose og musikkterapi. Jeg vil nå avslutte med en oppsummering, implikasjoner, tanker om videre forskning og avsluttende ord.

7. Oppsummering og avsluttende ord

7.1. Oppsummering

Denne oppgaven har utforsket musikkterapi praksis med personer med psykoselidelser. Gjennom en hermeneutisk-fenomenologisk forskningstilnærming og tematisk analyse av empiri fra fire kvalitative forskningsintervju med musikkterapeuter med praksiserfaring, har jeg belyst problemstillingen; hvordan jobber musikkterapeuter med personer med psykoselidelser? Jeg kom fram til tre kjerne kategorier og ni underkategorier: Musikkterapi i psykosebehandling (*motivasjon og samhandling, identitet, relasjoner og sosiale roller, følelser, positive symptomer*), Tilnærminger (*til pasienten og klinisk praksis og til tverrfaglig samarbeid*) og Bruksområder for musikkterapi (*et pauserom, arbeid med det som er vanskelig og overgang til hverdag*). Funnene er tolket og diskutert i lys av teori og forskning fra psykisk helse og musikkterapifeltet.

7.2. Implikasjoner for praksis

Den humanistiske filosofien setter mennesket i sentrum av en praksis som støtter individets intensjonalitet og autonomi. Dette er et godt utgangspunkt for en helhetlig og strukturert praksistilnærming. Ressursorienterte prinsipper og relasjonelle tilnærminger foregår i rammen av et terapirom som støtter dialogen mellom individet, musikken og de relasjonene de inngår i. Grunnleggende for alle menneskers utvikling er å utvikle seg gjennom relasjon til andre. For personer som opplever psykose og en virkelighetsbrist kan dette være vanskelig. Musikkterapi metoder og -tilnærminger har unike aspekter å tilføre som supplerende og alternativ behandling til samtaleterapi. Dette er et ønske fra brukerne og som musikkterapeuter skylder dem å bli best mulig på. Metoder for å nå inn til individet og støtte dem i verbal og nonverbal kommunikasjon er styrkende for terapien. Deling av affekter gjennom musikk i en relasjon som åpner for intersubjektivitet og utvikling gir musikkterapien en unik inngang.

En større grad av strukturering og forventninger til musikkterapi som psykoterapeutisk praksis er interessant å utforske videre. Kanskje er det hensiktsmessig å diskutere

rutiner og forventninger til innhold, med utgangspunkt i det som allerede praktiseres. Fleksible, åpne og individuelle arbeidsformer i kombinasjon med målrettede intervensjoner siktet mot diagnostiske symptomer av psykose fremstår som fordelaktig. Andre tilnærminger som kognitive, psykodynamiske og klientsentrerte psykoterapitilnærminger er også relevante i forbindelse med en mer strukturert og spesialisert tilnærming.

Nærmere forskning behøves på klinisk praksis og bevisst bruk av affektinntoning, nonverbal kommunikasjon, rhythmic entrainment og identitetsfremmede prosesser i musikkterapi med pasienter med psykose.

I fremtidens horisonter kan man skimte begynnelsen av spesialistutdanning for musikkterapi, til fordel for pasientene, fagfeltet og musikkterapeutene. Kanskje vi kan forvente større krav til rutiner og kvalitetssikring av innhold og forventninger til praksis. Dette vil kunne hjelpe musikkterapeutene å bli mer strukturert og fokusert i arbeidet. Den psykodynamiske retningen til musikkterapi er forenelig med den humanistiske tradisjonen. Kognitiv miljø og samtale terapi er også relevante perspektiver å utforske. Disse kan gi musikkterapeuten noen verktøy som får «brillene» til å falle litt på plass», som en informant sa.

7.3. Videre forskning

Det hadde vært spennende å utforske nærmere koblinger mellom rhythmic entrainment, affektinntoning og intersubjektivitet i musikk med psykosepasienter. Deres livsverden er vanskelig å møte, men musikken skaper et rom der det er lettere å finne felles grunn. Psykotiske personer i toppen av en episode er vanskelig å få kontakt med, men informantene i min studie beskriver kontakt i musikken. Psykosen innebærer en realitetsbrist som gjør at individet på mange måter kommer ute av 'synk' med mennesker og verden. Informantene i denne studien beskriver hvordan tydelige rytmer og bevegelse kan «hente inn» pasientene og også dempe positive symptomer som hallusinasjoner – dette ville være spennende å forske videre på. Jeg erfarer at musikk skaper en bro over til den andre, og en musikalsk livsverden som vi kan møtes i – selv når den andre er psykotisk.

7.4. Avsluttende ord

«Jorden kaller», var arbeidstittelen på dette forskningsprosjektet. Tittelen beskriver inntrykket jeg satt med etter å ha jammet låter av The Doors og Bob Dylan på gitar med en relativt psykotisk pasient som sang med av full hals. Pasienten var høyt og lavt og danset og rullet med øynene. Men da jeg spilte og sang så ble han med. Han ble glad for et lite rytmeegg å riste. Han kviknet litt mer til, vi snakket litt om hva som hadde skjedd før han havnet på akutten, og han ble tydelig mer samlet og i stand til å ha kontakt. Det var som om psykosen som holdt han ut i verdensrommet hadde 'fadet ut' av musikken som 'fadet inn' og kalte han tilbake på jorden. Vi kan møte pasienten i psykosen, gjennom musikken. Det er det vakre med intersubjektivitet i musikken. Fra et relasjonelt terapeutisk perspektiv er dette et viktig sted å følge pasienten i. Det er forvirrende, skummelt og ensomt å være psykotisk, og musikkterapeuter har en mulighet til å bli medvandrere i pasientens livsverden. Helsedirektoratet (2013) anbefaler at behandling med musikkterapi skal starte i en så tidlig fase som mulig. Da kan det være nyttig å ha noen verktøy for å kalle hjem til jorden.

Det er min opplevelse at den samlede kunnskapen som presenteres i denne masteroppgavens kapitler med bakgrunn, teori, resultater og diskusjon, kan belyse noen av mange innsikter når det gjelder musikkterapi praksis med psykosepasienter. Oppgaven i sin helhet gir en grunnleggende innføring i kunnskap som kan være nyttig å ha med i verktøykassa når man skal jobbe med denne pasientgruppen. Med henblikk til innledningen og bakgrunnen for valg av tema til denne masteroppgaven, tenker jeg på at dersom jeg som fersk musikkterapistudent i etableringen av en egen praksis på en akuttpsykiatrisk avdeling hadde lest denne masteroppgaven, hadde den kunnet gi meg relevant og nyttig kunnskap og i det minste noen idéer om hva jeg kan gjøre, hvordan og hvorfor i musikkterapi med personer med psykoselidelser.

Litteraturliste

- A Tribe Called Quest (1993). *Midnight Marauders*. Jive Records
- Aarre, T.F. (2018). *En mindre medisinsk psykiatri*. Universitetsforlaget.
- Alvsson, M. & Sköldberg. (2018). *Reflexive Methodology. New Vistas for Qualitative Research* (3. Utg.). Sage Publications
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5. utgave). American Psychiatric Association.
- Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Innovations and Research*, (s. 17-24)
- Antonovsky, A. (1978). *Health, stress and coping*. Jossey-Bass Publishers.
- Baker, F. (2015). *Therapeutic Songwriting: Developments in Theory, Methods, and Practice*. Palgrave Macmillan
- Betaniensykehus, (2018, 19. september). *Nasjonal behandlingstekst for musikkterapi i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. Betaniensykehus.
<https://betaniensykehus.no/behandlinger/musikkterapi>
- Blaxter, M. (2005). *Health*. Polity Press
- Boeije, H. (2010). *Analysis in Qualitative Research*. Sage Publications
- Bonde, L.O. (2009). *Musik og menneske*. Samfundslitteratur
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, Vol. 3(2), (s. 77-101)
<http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brean, A. & Skeie, G.O. (2019). *Musikk og Hjernen*. Cappellen Damm
- Bruscia, K. (2014). *Defining Music Therapy* (3. Utg.). Barcelona Publishers
- Carr, C. Odell-Miller, H. Priebe, S. (2013). A Systematic Review of Music Therapy Practice and Outcomes with Acute Adult Psychiatric In-Patients. *PLoS ONE*, 8(8).
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0070252>
- Dahl, A.A. (2020, 1. juli). En blindgate. *Tidsskrift for Norsk psykologiforening*, vol. 57(7). 2020
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. Utg.). Gyldendal Akademisk
- De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene. (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Hentet 3. mai 2021 fra

<https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskapjus-og-humaniora/>

DeNora, T. (2000). *Music in Everyday Life*. University Press

Fuhr, G. (2019, 23. mars). *Musikkterapi i Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer*. Norsk Forening For Musikkterapi

<https://www.musikkterapi.no/nyheter/2019/3/29/nasjonale-retningslinjer>

Gold, C. Solli, H.P. Krüger, V. & Lie, S.A. (2009). Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, Vol. 29(3)*, (s. 193-207)

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272735809000026?via=ihub>

Geretsegger, M. Mössler, K.A. Bieleninik, Ł. Chen, X.J. Heldal, T.O. & Gold, C. (2017). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 11(12)*.

[doi: 10.1002/14651858.CD004025.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004025.pub4).

Halås, M.S. (2019). Musikkterapeuter som profesjonsgruppe i Norge. En kartleggingsundersøkelse av musikkterapeuter som er medlem av NFMT sin utdanning, arbeidsfelt og tilsettingsforhold. Upublisert masteroppgave. Universitetet i Bergen

Helsedirektoratet, (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser>

Helsedirektoratet, (2019, 1. juli). *Det nasjonale samvalgsverktøyet for psykose*. Helsedirektoratet & Norsk Helsenett.

<https://tjenester.helsenorge.no/samvalg/verktoy/psykose/mine-muligheter>

Helsedirektoratet, (2021, 17. april). *Pakkeforløp for psykose*. Helsedirektoratet

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/psykose>

Hodne, H.I. (2007). Musikkterapeutene som profesjonsgruppe i Norge. En kartleggingsundersøkelse av musikkterapeutenes utdanning, arbeidsfelt og tilsettingsforhold. Upublisert masteroppgave, Norges Musikkhøgskole

Håkonsen, K.M. (2017). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. Utg.) Gyldendal Akademisk

Juslin, P.N. (2013). From everyday emotions to aesthetic emotions: Towards a unified theory of musical emotions. *Physics of Life Reviews, vol. 10(2013)*, (s. 235-266)

- Jørgensen, T.W., & Steinkopf, H. (2015, juni). Traumebevisst omsorg. Teori og praksis. *Fosterhjemsforeningen*. Hentet fra:
<https://www.fosterhjemsforening.no/wp-content/uploads/2015/06/Traumebevisst-omsorg.pdf>
- Kolstad, A. & Kogstad, R. (2019). *Medikalisering av psykososiale problemer*. Abstrakt forlag
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. Utg.). Gyldendal Akademisk
- Krüger, V., Nordanger, D.Ø., Stige, B. (2017, 5. oktober). Musikkterapi og traumebevisst omsorg i barneværnet. *Tidsskrift for Norsk psykologiforening*, vol. 55(10). (s. 998-1008), 2017
- Loewy, J. & Paulander, S.P. (2016). Hermeneutic Inquiry. I Wheeler, B. & Murphy, K.M. (red.). *Music Therapy Research* (3. Utg.), (s. 468-476). Barcelona Publishers
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. Utg.). Universitetsforlaget
- MacCaffrey, T. Carr, C. Solli, H.P. & Hense, C. (2018). Music Therapy and Recovery in Mental Health: Seeking a way Forward. *Voices: A World Forum For Music Therapy*, Vol. 18(1).
<https://doi.org/10.15845/voices.v18i1.918>
- McGuire, P.K. & Dixon, T.A. (2000). Psychosis is Better Described as a Continuum, Rather than as Categories. *European Psychiatry*, Vol. 15(52), s. 286. *Congress of the Association of European Psychiatrists*.
- Metzner, S., Jaeger, U., Masuhr, O., Olschewski, E., Gräfe, E., Böske, A.C. & Dümpelman, M., (2018). Forms of attunement during the initial stages of music therapy for patients with acute psychosis – A multicentre study, *Nordic Journal of Music Therapy*, vol. 27(5) 2018, (s. 360-380)
- Mössler, K. Fuchs, K. Heldal, T.O. Karterud, I.M. Kenner, J. Næsheim, S. & Gold, C. (2011) The clinical application and relevance of resource-oriented principles in music therapy within an international multicentre study in psychiatry. *British Journal of Music Therapy*, Vol. 25(1), s. 72-91.
- Mössler, K. & Fuchs, K. (2015) Musical progress towards therapeutic change: A qualitative study on how to develop a focus in music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, Vol. 24(4), s. 322-343.

<https://doi.org/10.1080/08098131.2014.966748>

Mæland, J.G. (2001). *Forebyggende Helsearbeid – I teori og praksis* (2. Utg.).

Universitetsforlaget.

Møller, P. (2019). *Schizofreni – en forstyrrelse av selvet* (2. Utg.). Universitetsforlaget

Norsk forening for musikkterapi (2019, 6. september). *Musikkterapi i rus- og psykisk helsefeltet*. Norsk forening for musikkterapi. Hentet fra:

<https://www.musikkterapi.no/arbeidsfelt/2019/6/9/musikkterapi-i-rus-og-psykisk-helsefeltet>

Procter, S. (2001). *Empowering and Enabling. Voices: A World Forum for Music Therapy*.

Hentet fra:

<https://voices.no/index.php/voices/article/view/1610/1369>

Rogers, C (2003). *Client Centered Therapy*. Constable Publishing

Rolvjord, R. (2004). Therapy as Empowerment. *Nordic Journal of Music*

Therapy, Vol. 13(2), (s. 99-111). Hentet fra:

[doi: 10.1080/08098130409478107](https://doi.org/10.1080/08098130409478107)

Rolvjord, R. (2008). En ressursorientert musikkterapi. I Trondalen, G. & Ruud, E. (red.),

Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi. (s. 123-137).

Norges Musikkhøgskole.

Rolvjord, R. (2019). Music therapy in a recovery-oriented unit. A qualitative study of

users' and staff's experiences with music therapy in mental health care. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, Vol. 21(1-2), (s. 188-215).

Ruud, E. (1979). Musikkterapi. *Musikk i skolen*, (4), (s. 34-35).

Ruud, E. (2008). Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi. I Trondalen, G. &

Ruud, E. (red.), *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi*. (s. 5-28). Norges Musikkhøgskole.

Ruud, E. (2010). *Music Therapy: A Perspective from the Humanities*. Barcelona Publishers

Ruud, E. (2017). *Musikk og identitet* (2. Utg.). Universitetsforlaget.

Seligman, M.E.P. (2009). *Ekte lykke. Positiv psykologi i praksis* (2. Utg.).

Universitetsforlaget

Skårderud, F. Haugsgjerd, S. Stänicke, E. *Psykiatriboken* (2. Utg.). Gyldendal Akademisk.

Slade, M. (2009) *Personal Recovery and Mental Illness*. Cambridge University Press

- Slade, M, Bird, V. Leamy, M. Williams, J. (2012). Recovery grows up. *Journal of Mental Health*, Vol. 21(2), (s. 99-103). Hentet fra:
[doi:10.3109/09638237.2012.670888](https://doi.org/10.3109/09638237.2012.670888)
- Smith, D.W. (2018, 21. juni). *Phenomenology*. I Zalta, E.N. (red.), *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Hentet fra:
<https://plato.stanford.edu/archives/sum2018/entries/phenomenology/>
- Smith, J.A., Flowers, P. & Larking, M. (2009). *Interpretive Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. Sage
- Solli, H.P. (2009). Musikterapi som integrert del av standard behandling i psykisk helsevern. I Ruud, E. (red.), *Musikk i psykisk helsearbeid med barn og unge. Skriftserie fra Senter for musikk og helse, NMH-publikasjoner* (s. 15-36). Norges Musikkhøgskole
- Solli, H.P. & Rolvsjord, R. (2008). Musikterapi som behandlingstilbud for pasienter med psykose. *Musikkterapi nr. 3* (s. 8-16). Norsk Forening for Musikterapi
- Solli, H.P. Rolvsjord, R. (2015). "The Opposite of Treatment": A qualitative study of how patients diagnosed with psychosis experience music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 2015-01-02, Vol. 24(1), (s. 67-92)
- Stern, D. (2007). *Her og nå. Øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagsliv*. Abstrakt forlag
- Stern, D. (1991). *Barnets interpersonelle univers*. Hans Reitzels forlag
- Stige, B. Aarø, L.E. (2012). *Invitation to Community Music*. Routledge Publishing
- Stige, B. Malterud, K. Midtgarden, T. (2009). Toward an Agenda for Evaluation of Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, Vol. 19(10), (s. 1504-1516)
<https://doi.org/10.1177/1049732309348501>
- Stige, B. Schmid, W. Solli, H.P. Trondalen, G. (2020). *Utredning av muligheter for spesialistutdanning i musikkterapi*. Griegakademiet, UiB & Norges Musikkhøgskole
- Sükran, E.P. & Havva, T. (2019). The Effect of Music on Auditory Hallucination and Quality of Life in Schizophrenic Patients: A Randomised Controlled Trial. *Issues in Mental Health Nursing*, Vol. 40(1), (s. 50-57)
[doi: 10.1080/01612840.2018.1463324](https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1463324)

- Trondalen, G. (2010). Musikkterapi: et relasjonelt perspektiv. I Trondalen, G. & Ruud, E. (red.), *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi*. (s. 29-48). Norges Musikkhøgskole
- Trondalen, G. (2016). *Relational Music Therapy – An Intersubjective Perspective*. Barcelona Publishers
- Trondalen, G. & Skårderud, F. (2007) Playing with Affects. *Nordic Journal of Music Therapy, Vol. 16(2)*, (s. 100-111).
[doi: 10.1080/08098130709478180](https://doi.org/10.1080/08098130709478180)
- Trondalen, G., Rolvsjord, R., & Stige, B. (2010). *Music Therapy in Norway - approaching a new decade*. Voices: A World Forum for Music Therapy. Hentet fra:
<https://voices.no/community/index.html?q=country-of-the-month%252F2010-music-therapy-norway-approaching-new-decade>
- Vatne, S. (2021, 9. april). *Recovery*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. Hentet fra:
<https://www.napha.no/content/13883/recovery>
- Whitehead, A.N. (1929). *Process and Reality: An essay in Cosmology*. Cambridge University Press
- WHO ICD-10 (1997). *Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser – Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Gyldendal Akademisk.
- Yalum, I.D. (2009). *Terapiens gave. Åpent brev til en ny generasjon terapeuter og deres pasienter*. Pax Forlag

Vedlegg nr. 1: Vurdering fra NSD



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

ΰθρδεν κολλεμ Εν κουλτωπωσωδιε ομ ηπωρδων μ υακκτερωπευτερωββερωμ εδ περσωνερωμ εδ ποικκοσελιδελερδν

Referansenummer

972911

Registrert

10.09.2020 ασP οβιν Σοηρωβι-Σηρωζ –ρωβιν.σσηρωβι-σηρωζΞ σωδεντ νμ η.νo

Behandlingsansvarlig institusjon

Νορωεσμ υακκη/γσκολε / ΧΡΕΜΑΗ –Σεντερωφορωσκωνινγ ι μ υακκ ογ ηελεε

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Μορωε Στρωνδ ΣκΣγλωνδ, σκωνλωνδΞ ανσγρωσκολεν.νo, τήφι 92621384

Type prosjekt

Σωδενπρωσθεκτ μ ασερωσωδιωμ

Kontaktinformasjon, student

P οβιν Σοηρωβι-Σηρωζ, ρσηρωβι-σηρωζΞ σωδ.νμ η.νo, τήφι 93097506

Prosjektperiode

02.09.2019 –31.08.2021

Status

14.09.2020 –ς υρδερτ

Vurdering (1)

14.09.2020 - Vurdert

Δετερπδρωρδερωνγ απεηωνδλινγεν απερωσωνοπλωμινγερ ι προσθεκτερωαλτφ ρε ι σωμ σωρωμ εδ περσωνερωλοπωιωνινγεν εσφρωμ τδεν γφωννωμ φ/ρωσει τρδ μ εδ δετσωμ ερωδοκωμ εντερω ι μ ελδεσκαρωμ αετ μ εδ πεδλεγγ 14.09.2020, σωμ τι μ ελδινγωδιολογεν μ ελλωμ ιννωμ ελδερωγ ΝΣΔ. Βεηωνδλινγεν κων σωρωε.

ΜΕΛΛ ς ΕΣΣΕΝΤΑΙΓΕ ΕΝΔΡΙΝΓΕΡ

Δερωμ δετσκαρωρεσεντλινγε ενδρινγερ ι βεηωνδλινγεν απερωσωνοπλωμινγερ κων δετφ ρε ν/δπενδιγ Σ μ ελδε δετε αλΝΣΔ πεδ Σοπωδωρε μ ελδεσκαρωμ αετ Φ/ρωδω μ ελδερινν εν ενδρινγ, οπωφορδερρωα δεγ αλΣ λεσε ομ ηαλκε απτε ενδρινγερδετερν/δπενδιγ Σ μ ελδε:
ηπωσ//νσδ.νo/περσωνερωμ βυδ/μ ελδ_πρωσθεκτ/μ ελδ_ενδρινγερημ λ

Vedlegg nr. 2: Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet «Jorden kaller: En kvalitativ studie om hvordan musikkterapeuter jobber med personer med psykoselidelser»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan musikkterapeuter jobber med personer med psykoselidelser. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å undersøke hvordan musikkterapeuter jobber med personer med psykoselidelser, og dermed forstå noe om hvordan klinisk praksis kan foregå og hva dette kan innebære. Til datainnsamlingen vil jeg intervju 3-5 musikkterapeuter. Temaene er rettet mot hva, hvordan og hvorfor du gjør som du gjør som musikkterapeut med denne pasientgruppen. Forskningsprosjektet er en masteroppgave ved en masterstudent i musikkterapi.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Norges Musikkhøgskole

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du er valgt på bakgrunn av ditt arbeid innenfor psykisk helsevern og erfaring med pasientgruppen.

Du er kontaktet på eget initiativ av masterstudent Sohrabi-Shiraz.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du stiller til et intervju der du deler dine refleksjoner rundt din egen praksis, samt er tilgjengelig for eventuelle oppfølgingsspørsmål over e-post. Det vil gjøres lydopptak av intervjuet, som transkriberes i ettertid. Det vil ta ca. 45-60 minutter å gjennomføre intervjuet. Alt av personlig informasjon anonymiseres.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Sohrabi-Shiraz vil ha tilgang til dine opplysninger. Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.

Du vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når oppgaven er godkjent, noe som etter planen er august 2021. Personopplysninger og opptak slettes ved prosjektslutt.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Norges Musikkhøgskole ved Marie Strand Skånland på e-post skanland@ansgarskolen.no
- Vårt personvernombud: Cathrine Nymoen Dorg på e-post cathrine.n.dorg@nmh.no eller på telefon: 23 36 70 68.

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på e-post personverntjenester@nsd.no eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Robin Sohrabi-Shiraz
(Mastergradsstudent/Forsker)

Marie Strand Skånland
(Veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Jorden kaller: en kvalitativ studie om hvordan musikkterapeuter jobber med personer med psykoselidelser*» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- å delta i e-postutveksling med oppfølgingsspørsmål hvis aktuelt

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg nr. 3: Intervjuguide

Intervjuguide

Semistrukturerte forskningintervju

Jeg ønsker å forstå noe om hvordan du, musikkterapeuten, jobber med personer med psykoselidelser.

1) hva gjør du med pasientene, 2) hvordan gjør du det, og 3) hvorfor gjør du som du gjør?

Spørsmålene er oppdelt i følgende tema: Problemstillinger (dere jobber med), Metoder (du bruker), Målsettinger for arbeidet, og 4) noen refleksjoner til kontekst og drøfting av funnene.

Første spørsmål rettes mot en tiltenkt åpningsscenario:

1. På arbeidsplassen får du vite at du skal treffe en pasient som har en psykoselidelse. Hvilke tanker gjør du deg om dette møtet?

Tema: Problemstillinger

2. Kan du fortelle om konkrete problemstillinger du og pasientene jobber med? Hvordan identifiseres disse problemstillingene?

3. Hvordan møtes disse problemstillingene med musikkterapi? Kom gjerne med konkrete eksempler.

4. Hvilke hensyn tar du i betraktning ifm hvordan du/dere jobber med disse problemstillingene? (egne/pasientens egenskaper, dagsform, andre behandlere, diagnose etc.)?

5. Hva er det med disse problemstillingene som gjør at du tenker at de er relevant å jobbe med?

(Kan du definere i korte trekk hva du gjør med personer med psykoselidelser?)

Tema: Metoder/tilnærminger/aktiviteter/Intervensjoner

6. Kan du fortelle om hvilke metoder/arbeidsformer du bruker med pasientgruppen?
(Metodiske tilnærminger; aktive/reseptive former, individuell, gruppe)

7. Kan du utdype om hvordan du bruker de ulike metodene? Gjerne knyttet til konkrete eksempler/problemstillinger/målsettinger.

8. Er det noe hensyn du tar i betraktning ifm metodevalg? Hva da?

9. Hva er det med disse metodene som gjør at du tenker at de er relevante å jobbe med?
- Hvorfor nettopp disse?

Tema: Målsettinger

10. Kan du fortelle om hvilke konkrete målsettinger du jobber med?
- Hvordan identifiseres disse målsettingene?
- Like målsettinger for pasient/behandler?

11. Hvordan kan man arbeide med slike målsettinger med musikkterapi? Kom gjerne med konkrete eksempler.

12. Hvilke hensyn blir relevant ifm arbeid med målsettinger? (Pasientmedbestemmelse, retningslinjer)

13. Hva er det med disse målsettingene som gjør at du tenker at er relevante å jobbe med?

Sidetema:

13. Hvilke teoretiske retninger er relevante for ditt arbeid?

14. Hvordan ser du på din musikkterapi praksis i lys av behandlingsretningslinjene for psykoselidelser?

15. Hvordan ser du på din musikkterapi praksis i lys av pakkerforløp for psykoselidelser, inkludert mistanke om psykoseutvikling – barn, unge og voksne?

*Spør om konkrete eksempler. Hva mener du egentlig med det? Spør naive spørsmål.