

# Den terapeutiske relasjonen i musikkterapi:

*En kvalitativ studie med voksne i psykisk helsevern*



*Axel Vindenes «Kirsebærtrre i Bergen»*

**Denise Straume Hansen McIvor**  
**Masteroppgave i musikkterapi**  
**Griegakademiet – Institutt for musikk**  
**Universitetet i Bergen**  
**Høsten 2022**



## FORORD

Jeg var syv år da fiolinlæreren min, en utvekslingsstudent fra New Zealand, viste meg rundt i Griegakademiets falleferdige – men pittoreske – lokaler. Siden den gang, har det aldri vært tvil om at det var til Griegakademiet jeg skulle. Da jeg var tolv år, svirret min mor litt rundt på internettet og fant at det i Bergen på Griegakademiet (!), fantes en utdanning hvor musikk og menneskelig interaksjon kombineres. Jeg var solgt. Denne utdanningen har gitt meg så mangt, men viktigst av alt, en makker i livet. Meg og medstudent Irmelin Nielsen har gjennom disse årene begitt oss ut på utallige musikalske, fantete og akademiske eventyr. Stev på Ole Bull Akademiet har blitt komponert, fotball i Griegakademiets ganger har blitt spilt og diskusjoner og spontane forskningsmøter med hele gjengen på GAMUT har blitt foretatt. Nå sitter jeg her helt perpleks, etter endeløst mange dager og sene kvelder i Griegakademiets mange rom, med en fullført mastergrad. Alle som har vært med meg gjennom disse årene fortjener et utrop, men jeg vil likevel rette den største takknemlighet til noen spesifikke sjeler:

- Takk til de fantastiske **deltakerne** som stilte til intervju, som dermed har beriket forskningsfeltet med mange gode innspill om den terapeutiske relasjonen i musikkterapi.
- Takk til **Irmelin Nielsen**, min aller beste venn, for alt. Det er ingenting du IKKE har gjort for meg. Jeg takker deg for alt sprell vi har funnet på og for utallige akademiske innspill og korreksjoner du har beriket meg med.
- Takk til masterveileder **Kjetil Hjørnevik**, for gode innspill gjennom hele forskningsprosjektet og til **Simon Gilbertson**, for å alltid bare være en dør unna.
- Takk til **Lars Tuastad**, for bare å være deg selv. Det har vært en glede å ha deg som foreleser, forskningspartner og venn.
- Takk til **klassen**, for alle lærerike og finurlige diskusjoner.
- Takk til **mamma**, for all støtte og for husrom. Takk til min **søster**, for korrekturlesing av denne kappen og for god avledning på dager det har trengtes som verst.
- Takk til musiker og kunstner **Axel Vindenes**, for godkjennelse (via DM på Instagram) til å bruke maleriet «Kirsebærtre i Bergen» som forsidebilde.

Love you,

*Denise Straume Hansen McIvor*

# INNHALDSFORTEGNELSE

FORORD .....	II
INNHALDSFORTEGNELSE .....	III
LISTE OVER TABELLER .....	IV
ABSTRACT OF CRITICAL COMMENTARY («KAPPE») .....	IV
SAMMENDRAG AV ARTIKKEL .....	V
<b>1. INTRODUKSJON .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1 Personlig motivasjon for iverksetting av forskningsprosjektet .....</b>	<b>6</b>
<b>1.2 Problemstilling .....</b>	<b>7</b>
<b>1.3 Forskningsartikkelens status - Nordic Journal of Music Therapy .....</b>	<b>7</b>
<b>2. DEN TERAPEUTISKE RELASJONEN I MUSIKKTERAPI I PSYKISK HELSEVERN .....</b>	<b>8</b>
<b>2.1 Den terapeutiske relasjonen .....</b>	<b>8</b>
2.1.1 <i>Musikk som terapi vs. musikk i terapi .....</i>	<i>9</i>
2.1.1.1 <i>Musikk som terapi – den terapeutiske relasjonen .....</i>	<i>9</i>
2.1.1.2 <i>Musikk i terapi – den terapeutiske relasjonen .....</i>	<i>11</i>
2.1.2 <i>Relasjonell musikkterapi .....</i>	<i>12</i>
<b>2.2 Brukermedvirkning .....</b>	<b>13</b>
2.2.1 <i>Musikkterapiretninger som praktiserer brukermedvirkning .....</i>	<i>13</i>
2.2.2 <i>Brukermedvirkning i praksis i musikkterapi .....</i>	<i>15</i>
2.2.3 <i>Brukermedvirkning i musikkterapiforskning i psykisk helsevern .....</i>	<i>16</i>
<b>3. UTDYPING AV METODE .....</b>	<b>18</b>
<b>3.1 Vitenskapsteoretisk grunnsyn .....</b>	<b>18</b>
3.1.1 <i>Kvalitativ forskning .....</i>	<i>18</i>
3.1.2 <i>Fenomenologi .....</i>	<i>19</i>
3.1.3 <i>Hermeneutikk .....</i>	<i>19</i>
<b>3.2 Forberedelser og iverksetting av forskningsprosjektet .....</b>	<b>20</b>
3.2.1 <i>Rekruttering av deltakere .....</i>	<i>20</i>
3.2.2 <i>Deltakere og kontekst .....</i>	<i>21</i>
<b>3.3 Datainnsamling .....</b>	<b>21</b>
3.3.1 <i>Semi-strukturert intervju .....</i>	<i>22</i>
3.3.2 <i>Etiske hensyn, aspekter og refleksjoner ved dette forskningsprosjektet .....</i>	<i>22</i>
<b>3.4 Dataanalyse .....</b>	<b>24</b>
3.4.1 <i>Transkriberingsprosessen .....</i>	<i>25</i>
3.4.2 <i>Analysing av datamaterialet .....</i>	<i>26</i>
3.4.3 <i>Etiske aspekter og refleksjoner rundt funn og publisering .....</i>	<i>27</i>
<b>4. STUDIENS RELEVANS FOR FORSKNINGSFELTET .....</b>	<b>28</b>
<b>4.1 Maktforhold i musikkterapi i psykisk helsevern .....</b>	<b>29</b>
<b>4.2 Å føle seg trygg og å bli utfordret i musikkterapi i psykisk helsevern .....</b>	<b>33</b>
<b>4.3 Implikasjoner for forskning, praksis og utdanning .....</b>	<b>36</b>
<b>5. AVSLUTNING .....</b>	<b>37</b>
<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>38</b>
<b>VEDLEGG 1: RETNINGSLINJER FOR NORDIC JOURNAL OF MUSIC THERAPY .....</b>	<b>42</b>

VEDLEGG 2: NSD-GODKJENNING .....	46
VEDLEGG 3: SAMTYKKESKJEMA TIL DELTAKERNE .....	49
VEDLEGG 4: SAMTYKKESKJEMA TIL MUSIKKTERAPEUTENE .....	51
VEDLEGG 5: INTERVJUGUIDE .....	53
VEDLEGG 6: ARTIKKEL .....	55

## LISTE OVER TABELLER

Tabell 1: Utdrag fra transkripsjon av et intervju.....	26
Tabell 2: Utdrag fra koding av et intervju.....	27

## ABSTRACT OF CRITICAL COMMENTARY ("KAPPE")

In this critical commentary ("kappe"), I attempt to map out the context of my research work, which is presented in the article *Exploring the Client-Therapist Relationship in Music Therapy: A Qualitative Study in Adult Mental Healthcare*. I present a literature review, which works as a background for my study. In this chapter, I have divided the literature into two categories: "the therapeutic relationship" and "user perspectives". The reasoning behind this is that there is a lot of music therapy literature covering both concepts, but limited amounts of literature that combine both. Further, I elaborate on all parts of the research process, going in-depth on the theoretical foundation and methods used in this research project. The reader gets an insight into every step of this research process, from start to finish. Then, I present the study's relevance in relation to the current research field. I attempt to compare the findings of this study with those of previous studies, as well as existing theories, thus either confirming or questioning previous findings and ideas. I also present new findings that are similar or relevant to previous studies and theories but not explicitly written about before – all with a critical overview. Lastly, based on my findings, I suggest implications for future research, practice, and education: (1) Music therapists should be aware of how they communicate, in terms of body language and choice of words, with their clients; (2) Music therapists should be aware of the importance of the first impression because it may be crucial to whether the client wants to keep attending music therapy; (3) Music therapists should reflect on how they present their musical abilities to the clients, given that some clients may find it intimidating if the music therapist is clearly showing that they are at a professional level musically.

## **SAMMENDRAG AV ARTIKKEL**

Betydningen av en terapeutisk relasjon i behandling, og hvordan relasjonen påvirker terapiutfallet, har blitt skrevet mye om innen psykologi- og musikkterapilitteratur de siste årene. Det meste av den eksisterende litteraturen om dette temaet er dog fremstilt fra forskernes/forfatterens egne synspunkter. Innen musikkterapifeltet finnes det lite til ingen forskning på hva som skaper en terapeutisk relasjon sett ut ifra brukernes perspektiv. Målet med denne studien var derfor å utforske hva fire deltakere fra ulike distriktpspsykiatriske sykehus i Norge synes er hjelpsomme egenskaper i den terapeutiske relasjonen i musikkterapi, ved å bruke semistrukturerte dybdeintervjuer. Ved bruk av metoden «interpretative phenomenological analysis» ble to overordnede temaer opprettet: «Power relations» (maktforhold) og «Feeling safe and being challenged» (å føle seg trygg og å bli utfordret). Funnene tyder på at en terapeutisk relasjon som bygger på likeverd og gjensidig respekt bidrar til en følelse av tillit, noe deltakerne har foreslått som faktorer for å skape en god terapeutisk relasjon i musikkterapi.

# 1. INTRODUKSJON

Artikkelen som presenteres i denne masteravhandlingen (vedlegg. 6) har utforsket klienters egne perspektiver på konkrete faktorer som er viktige for en god terapeutisk relasjon i musikkterapi innen psykisk helsevern. Jeg har valgt å skrive artikkelen på engelsk, da dette er i tråd med retningslinjene til tidsskriftet *Nordic Journal of Music Therapy*. Kappens funksjon i forhold til artikkelen er knyttet til utdypelse av kontekst og metodologi, samt kritiske vurderinger og refleksjoner. Denne kappen består derfor av fem kapitler: (1) Introduksjon, hvor jeg presenterer personlig motivasjon, problemstilling og forskningsartikkelens status; (2) Teoretisk bakteppe som kontekstualiserer forskningsarbeidet mitt; (3) Utdyping av metode, med kartlegging av vitenskapsteoretisk ståsted, forberedelser, datainnsamling og dataanalyse; (4) Posisjonering av artikkelens funn og implikasjoner, som drøftes i forhold til tidligere forskning; (5) Avslutning.

## 1. 1 Personlig motivasjon for iverksetting av forskningsprosjektet

Det alle første spørsmålet jeg stilte alle deltakerne var *Hva legger du i begrepet relasjon?* da dette er et spørsmål jeg personlig har tenkt mye på i løpet av min tid på Griegakademiet. Begrepet relasjon vekker mange refleksjoner, følelser og minner hos meg. En god og ekte relasjon mellom to mennesker er et komplekst fenomen – noe som for meg bygges opp over tid, hvor tillit, respekt, en form for felles verdensoppfattelse og felles interesser er helt essensielle elementer. Hva en god relasjon innebærer vil variere fra person til person, men kan det likevel finnes noen konkrete faktorer som går igjen i alle gode relasjoner? Da det ikke nødvendigvis er et veldig stort steg fra det å være en utdannet musikkterapeut, til selv å være en klient innen spesialhelsetjenesten, prøver jeg stadig å forestille meg hva jeg hadde trengt i en terapeutisk relasjon for at behandlingen skal være effektiv for meg.

Musikkterapi er en liten profesjonsgruppe sammenlignet med andre behandlergrupper, noe som kan by på diverse utfordringer. Det er dessverre ikke slik at klienter har mulighet til å bytte ut musikkterapeuten sin dersom en god relasjon ikke etableres, slik man i større grad kan med psykologer. På lik linje med psykologer kommer musikkterapeuter fra veldig ulike bakgrunner og tilnærminger, som vil gjenspeiles i praksis med mennesker. Grunnet dagens situasjon hvor klienter låses til musikkterapeuten de får tildelt (om de fortsatt ønsker tilbud om musikkterapi), er det særlig viktig at alle musikkterapeuter reflekterer rundt relasjonsaspektet ved terapien. Etter flere perioder med musikkterapipraksis, fikk jeg erfaring

med ungdom, forskjellige klientgrupper innen eldre- og rusomsorg, og, gjennom egenpraksis, erfaring med personer på arbeidsrettet rehabilitering. Gjennom samtaler med klienter i musikkterapi har jeg fått en styrket formening om viktigheten av en god relasjon mellom terapeut og klient. At den terapeutiske relasjonen er en grunnleggende del av terapien virker det å være bred enighet om - både hos brukere, og i utallige tekster som presenterer dette fra forskerens perspektiv. Derfor synes jeg det er finurlig at det, ifølge mine litteratursøk, enda ikke er gjort kvalitativ forskning i musikkterapi hvor man direkte spør klientene hva de trenger.

## **1. 2 Problemstilling**

Basert på mine litteratursøk finnes det ingen studier som direkte har forsket på hva som fører til en god relasjon mellom klient og musikkterapeut, sett fra klienters eget perspektiv. Jeg ønsket spesifikt å forske på denne relasjonen i kontekst av psykisk helsevern. Målet med denne studien var derfor å finne ut hva klienter fra distriktpsikiatriske sykehus (DPS) i Norge synes er viktig for at relasjonen til musikkterapeuten skal være hjelpsom.

Problemstillingen for dette forskningsprosjektet ble dermed:

*Hvilke konkrete faktorer definerer klienter i psykisk helsevern som hjelpsomme i den terapeutiske relasjonen i musikkterapi?*

Dette er hovedproblemstillingen for dette forskningsprosjektet, men mange underkategorier og sidespor er også inkludert, for å variere innfallsvinklene til klientene (se intervjuguide i vedlegg. 5).

## **1. 3 Forskningsartikkelens status - Nordic Journal of Music Therapy**

Forskningsartikkelen *Exploring the Client-Therapist Relationship in Music Therapy: A Qualitative Study in Adult Mental Healthcare* (Vedlegg. 6) er sendt inn til fagfelleevaluering hos tidsskriftet *Nordic Journal of Music Therapy*. Artikkelen har enda ikke blitt vurdert og står derfor i sin originale form ved innlevering av denne masteroppgaven. Dette er et tidsskrift med forskningsartikler av høy standard, så jeg er forberedt på noen runder med fagfelleevaluering og muligens avslag. Jeg håper dog på at artikkelen en dag skal publiseres, fordi jeg mener at deltakernes perspektiver på den terapeutiske relasjonen i musikkterapi er et godt bidrag til musikkterapidiskursen. Det er ingen medforfattere av denne artikkelen, men

jeg har et avsnitt med «acknowledgements» hvor jeg takker de som har vært med på å bidra til at artikkelen er blitt til. Blant annet deltakerne og deres musikkterapeuter som sa seg villig til å være med på prosjektet, medstudenter som har kommet med kritiske tilbakemeldinger og ideer, og til slutt masterveileder som har lest over diverse utkast og kommet med gode tilbakemeldinger.

## **2. DEN TERAPEUTISKE RELASJONEN I MUSIKKTERAPI I PSYKISK HELSEVERN**

Som vi skal se nærmere på i denne delen, står konseptene «den terapeutiske relasjonen» og «brukermedvirkning» sterkt i både psykologi- og musikkterapifeltet. Det finnes mye musikkterapiforskning som tar for seg disse konseptene hver for seg, men til min kjennskap, finnes det lite litteratur som kombinerer disse. Innen psykologiforskning kan vi finne mange kvalitative studier hvor klienter blir intervjuet om den terapeutiske relasjonen (se f. eks Borg & Kristiansen, 2004 og Gilbert m. fl., 2008), men dette er et mangelfullt forskningsfelt innen musikkterapien. I denne delen skal jeg derfor ta for meg «den terapeutiske relasjonen» og «brukermedvirkning» som to separate konsept som en presentasjon av et teoretisk bakteppe/kontekst for mitt forskningsprosjekt. Jeg har med mitt forskningsprosjekt prøvd å kombinere disse to konseptene.

### **2. 1 Den terapeutiske relasjonen**

Viktigheten av den terapeutiske relasjonen og hvordan den påvirker terapiutfallet har – som uthevet i artikkelen – blitt skrevet mye om i både psykologi - og musikkterapilitteraturen. Innen psykologien er det allmennkjent at et terapeutisk bånd mellom klient og terapeut bør knyttes før det terapeutiske arbeidet, som å bli enige om oppgaver og mål i terapien, kan starte (Wampold & Budge, 2012). «Some basic level of trust surely marks all varieties of therapeutic relationships, but when attention is directed toward the more protected recesses of inner experience, deeper bonds of trust and attachment are required and developed» (Bordin, 1979, s. 254). Dette sitatet er spesielt gjeldende for den musikkterapeutiske relasjonen, da opplevelsen av intersubjektivitet mellom klient og terapeut gjennom blant annet musikalsk improvisasjon ofte er noe som oppstår i musikkterapi (Trondalen, 2019). Den terapeutiske relasjonen er med andre ord en av de mest grunnleggende elementene ved de aller fleste terapiformer. Psykologiforskning var tidlig ute med å kartlegge at den terapeutiske relasjonen



påvirker terapiutfallet – faktisk kan denne forskningen dateres tilbake til 1913, da Freud skrev at den positive, realitetsbaserte komponenten i forholdet ga grunnlaget for den terapeutiske relasjonen. Han beskrev det som et partnerskap mot den felles fienden, klientenes nevrososer (Freud, 1958; Horvath & Symonds, 1991). I senere tid er det gjort mange studier innen psykologien som demonstrerer at en god terapeutisk relasjon og terapiutfallet henger sammen (Barkham m. fl, 2021).

### ***2.1.1 Musikk som terapi vs. musikk i terapi***

Innen musikkterapeutisk litteratur har Bruscia (2014) skissert et omstridt konsept – det han kaller musikk *som* terapi og musikk *i* terapi. Det er ulike syn på hva den terapeutiske relasjonen i musikkterapi innebærer basert på om man faller inn under den ene eller den andre kategorien. I musikk *som* terapi er det musikken i seg selv som er det primære mediet for terapeutisk interaksjon og endring. Musikkterapeuten sin rolle er å veilede klienten til den rette musikken/musikkopplevelsen. I musikk *i* terapi er musikken brukt både for sine helbredende krefter og som noe som kan styrke den terapeutiske relasjonen mellom klient og terapeut. Musikken er her bakgrunnen for opplevelsen, mens relasjonen og andre modaliteter fungerer som forgrunnen. Musikkterapeutens mål er å møte klientenes behov gjennom det mediet som virker mest relevant (Bruscia, 2014).

#### ***2.1.1.1 Musikk som terapi – den terapeutiske relasjonen***

En musikkterapiretning som faller inn under musikk *som* terapi er musikkcentrert musikkterapi (Aigen, 2005). Aigen skriver at i musikkcentrert musikkterapi er mekanismene til musikkterapiprosesser lokalisert i musikkens krefter, opplevelser, prosesser og strukturer. Den terapeutiske relasjonen mellom klient og terapeut er her i hovedsak basert på musikalske interaksjoner og opplevelser som er «The locus of therapeutic effect» (Aigen, 2014a, s. 94). Han uttrykker at musikkterapiteori tradisjonelt har blitt hentet fra ikke-musikalske domener som psykologi, sosiologi og nevrologi, retninger som ikke tar musikalske aspekter i betraktning når de skal forklare musikkterapi. Dette kan i følge ham ha en rekke negative konsekvenser, blant annet: «The maturation of the discipline is impeded because if existing theory directs us away from an essential aspect of the process, our ability to explain how and why music therapy works is impaired» og «The uniqueness of music therapy as a discipline is obscured because what music specifically contributes to the clinical process is hidden. When

the musical aspects of music therapy are minimized, people without clinical-musical training feel entitled to apply musical [*sic*] therapeutically» (Aigen, 2014b, s. 19).

Nordoff-Robbins tradisjonen er, i følge Aigen (2014a), en musikkbasert form for musikkterapi, hvor musikken i seg selv også ses på som grunnlaget for den terapeutiske relasjonen. I denne tradisjonen utvikles implikasjoner for musikkterapien og den terapeutiske relasjonen direkte fra musikken og gjennom musikalske opplevelser, heller enn at denne relasjonen utspringer fra «external psychologically-based frameworks» (s. 112). Boken *Conversations on Nordoff-Robbins Music Therapy* er i hovedsak bygget opp av samtaler mellom forfatterne Rachel Verney og Gary Ansdell (2010) hvor de blant annet diskuterer den terapeutiske relasjonen. Verney sier:

*What I'd like to talk about today is this very tricky area of the client-therapist relationship in Nordoff-Robbins Music Therapy. To put it bluntly: is there any such thing as a 'therapeutic relationship'? Or is this just a concept that's so overused now that it's difficult to think differently about? (s. 65)*

Dette er en samtale i kontekst av hennes erfaring i arbeid med barn, hvor hun opplever at barna primært relaterer til musikken heller enn terapeuten og uttrykker at det er musikkterapeuten som styrer om man jobber mot en personlig, eller en mer musikalsk, terapeutisk relasjon. Lenger ut i samtalen mellom dem, forklarer Ansdell hvordan han ser skillet mellom hvordan psykodynamiske<sup>1</sup> musikkterapeuter ser den terapeutiske relasjonen kontra hvordan NRMT-terapeuter ser den:

*The music psychotherapist explicitly takes the client-therapist relationship to be primary... as the main locus of work and the main agent of change. The music here is seen as the path to the interpersonal relationship. Making music is just the means. Whereas what Nordoff and Robbins were trying to emphasise I think was how music is more than a means – that it can be an end in itself. (s. 66)*

---

<sup>1</sup> Psykodynamisk musikkterapi kan forstås slik Priestley (1994) presenterer: «Analytical Music Therapy is the ... symbolic use of improvised music by the music therapist and client. It is used ... to explore the client's inner life» (s. 3).

Hva som legges i den terapeutiske relasjonen i disse retningene bygger altså på andre prinsipper enn for eksempel ressursorientert musikkterapi, som forklares i neste avsnitt.

### 2.1.1.2 Musikk i terapi – den terapeutiske relasjonen

I musikk i terapi er fokuset for opplevelsen enten på det personlige forholdet mellom klient og terapeut, eller på opplevelser i andre modaliteter enn musikken i seg selv. Musikken er bakgrunnen og konteksten for musikkterapien, men ikke nødvendigvis hovedfokuset (Bruscia, 2014). Ressursorientert musikkterapi er en retning som faller inn under denne kategorien, en retning som legger vekt på utvikling av styrker og ressurser som del av terapien og som alltid jobber mot en likeverdig relasjon (Rolvsjord, 2010). I denne retningen beskrives den terapeutiske relasjonen som et samarbeid mellom klient og musikkterapeut, hvor begge parter er «Actively involved in the process of assessment, in deciding the goal for the therapy, and in finding a way to work toward problem-solving, development, or other goals» (s. 214). Her handler det ikke om at musikkterapeuten alene sitter på en ekspertise til å velge diverse musikkterapeutiske intervensjoner (Bruscia, 2014), men det er heller en prosess hvor begge samarbeider om terapeutiske mål (Rolvsjord, 2010). Denne retningen beskriver den terapeutiske relasjonen som en ekte menneskelig relasjon og argumenterer for viktigheten av en egalitær relasjon grunnet tanken om at klienter – spesielt innen det psykiske helsefeltet – ofte opplever maktubalanse i andre relasjoner. Gjensidighet i den terapeutiske relasjonen er avgjørende for å unngå denne maktubalansen (Aigen, 2014a).

Det teoretiske rammeverket brukt for å beskrive ressursorientert musikkterapi bygger på ulike filosofier og retninger som utfordrer den medisinske modellen. Den medisinske modellen bygger på holdninger om at problemet ligger hos klienten, at terapeuten er eksperten og at det finnes en terapeutisk ingrediens som er 'kuren' til klienten (Wampold, 2013). Ressursorientert musikkterapi bygger på *the common factors approach*, empowerment-filosofi og positiv psykologi (Rolvsjord, 2010)<sup>2</sup>. *The common factors* er et begrep lånt fra psykologien, som har vært veldig relevant for mitt forskningsprosjekt. Begrepet kan konseptualiseres på mange ulike måter (se f.eks., Cuijpers m. fl., 2019), men blir ofte referert til som terapeutiske faktorer som bidrar til effektiv behandling av ulike psykiatriske tilstander innen psykoterapien. Disse fellesfaktorene er: terapeutisk allianse, empati, enighet om målsetting og samarbeid, uavhengig aksept og bekreftelse, mestring, autentisitet og mentalisering (Nahum

---

<sup>2</sup> For utdyping av empowerment-filosofi og positiv psykologi se Rolvsjord (2010) s. 39 og 52

m. fl., 2019). Den terapeutiske alliansen, som er den fellesfaktoren jeg har utforsket i denne studien, defineres som en fungerende (eller hjelpsom) relasjon mellom klient og terapeut. En sterk terapeutisk allianse blir sett på som en betydelig prediktor for terapiutfallet (Nahum m. fl., 2019). Bordins (1979) beskrivelse av den terapeutiske alliansen er mest kjent og består av tre komponenter som er gjensidig avhengig av hverandre: det emosjonelle båndet mellom klient og terapeut, klientens og terapeutens oppgaver, og terapiens mål. For å oppnå et emosjonelt bånd må terapeuten ha innlevelse, være vennlig, samt vise interesse og omsorg. Båndet vil så styrkes mellom klient og terapeut av at de fortløpende blir enige om oppgaver og mål for terapien (Falkum, 2018).

### ***2.1.2 Relasjonell musikkterapi***

Det er mye eksisterende litteratur som direkte omhandler den terapeutiske relasjonen i musikkterapi. Vi har til og med en egen dedikert musikkterapiretning til akkurat dette. Gro Trondalen (2016) har utviklet det som kalles «relasjonell musikkterapi». Relasjonell musikkterapi blir tydelig definert i boken *Relational Music Therapy: An Intersubjective Perspective* som handler om den grunnleggende relasjonen mellom klient og terapeut. I dette perspektivet presenterer hun den terapeutiske relasjonen som en grunnleggende del av musikkterapien – noe som alltid er til stede. Denne retningen bygger på fenomenologisk filosofi med fokus på menneskelig fellesskap og den 'levde opplevelsen' for å skape mening, og på den relasjonelle vending innen psykodynamisk teori, med fotfeste innen nyere utviklingspsykologi. Spedbarnsforskning med fokus på den intersubjektive relasjonen er særlig relevant for denne retningen (Trondalen, 2008). Både intersubjektivitet og affektinntoning er kjerneelementer i relasjonell musikkterapi og handler om å skape en mental kontakt som er ikke-verbal og en utveksling av indre følelsetilstander som krever en empatisk innlevelse. Intersubjektivitet innebærer en felles oppmerksomhet, deling av intensjoner og affektive tilstander og kan oppstå både ved reseptiv og ekspressiv musikkterapi. Affektinntoning i musikkterapilitteratur kan forklares som en tverrmodal måte å relatere på, en type samstemthet og kan forekomme i form av timing, intensitet og rytme i musikalsk samspill (Trondalen, 2016).

Relasjonell musikkterapi bygger altså på flere ulike teorier, deriblant teori rundt den terapeutiske alliansen, som er en av *the common factors*. Trondalen (2016) gir en god oversikt over betydningen av den terapeutiske alliansen i musikkterapeutisk kontekst og nevner dette som en viktig faktor i terapien. Til nå har retningene musikkbasert, musikkcentrert og

ressursorientert musikkterapi blitt satt i båsene «musikk som terapi og musikk i terapi», da de tydelig har ulike utgangspunkt og teoretisk bakgrunn. Noen retninger anser ikke den terapeutiske relasjonen som den viktigste faktoren i musikkterapien, noen retninger mener at den terapeutiske relasjonen direkte springer ut fra musikalske øyeblikk, og noen retninger mener at den terapeutiske relasjonen kan sies å være selve grunnlaget for terapien. Trondalens (2016) relasjonelle perspektiv kan trolig ses på som et forsøk på å bygge en bro mellom musikk *som* eller *i* terapi hvor hun presiserer viktigheten av en terapeutisk allianse, samt legger vekt på musikkens enestående kraft (Ruud, 2016).

## **2. 2 Brukermedvirkning**

I norsk musikkterapi har begrepet brukermedvirkning fått stadig større betydning. Brukermedvirkning er her en lovfestet rettighet som innebærer: «At brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hans eller hennes problem. Samtidig har brukermedvirkning en terapeutisk verdi og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene» (Helsedirektoratet, 2022). I opptrappingsplanen for psykisk helsefelt fra 2006, deles brukermedvirkning inn i individnivå hvor bruker har innflytelse over tjenestetilbudene hen bruker, i systemnivå hvor bruker er med i planleggings- og evalueringprosesser der det skapes et likeverdig samarbeid, og i et politisk nivå hvor brukerorganisasjoner deltar i politiske prosesser før beslutninger tas (Larsen m. fl., 2006). Hva som legges i brukermedvirkning har i nyere tid utvidet seg når det gjelder hvordan og i hvilken grad den brukes (Bjørngen, 2013). For eksempel er det opprettet erfaringskonsulentstillinger i psykisk helse- og rustjenester, der det er personens egne erfaringer og refleksjoner som er av betydning (Øverbø, 2017).

### ***2.2.1 Musikkterapietninger som praktiserer brukermedvirkning***

Det kan nok argumenteres for at de aller fleste musikkterapietninger i en eller annen form fremmer brukermedvirkning i praksis i møtet mellom terapeut og klient, da musikkterapi i sin naturlige form involverer alle parter. Vi ser likevel at det er noen musikkterapietninger/perspektiver som mer konkret fremmer brukermedvirkning som et utgangspunkt eller kjerneelement for musikkterapipraksis, hvor begreper som samarbeid, empowerment og deltakelse står sentralt. Blant annet står brukermedvirkning sterkt i ressursorientert musikkterapi, recoveryorientert musikkterapi og samfunnsmusikkterapi, som utdypes i de neste avsnittene.

En likestilt terapeutisk relasjon er, som vi har sett tidligere, et av kjerneelementene i ressursorientert musikkterapi. En slik terapeutisk relasjon bygger blant annet på et samarbeid mellom klient og terapeut, noe som i stor grad krever brukermedvirkning (Rolvjord, 2010). Ressursorientert musikkterapi er kanskje en av de retningene som tydeligst presiserer viktigheten av brukermedvirkning hvor ressursene til klientene står i fokus. Rolvsjord (2008) forklarer i denne kontekst at ressurser er «Både noe en person har, som for eksempel personlige egenskaper og ferdigheter, men også det en person har tilgang til gjennom sitt sosiale nettverk, gjennom organisering av samfunnet, gjennom sin kultur» (s. 126). Rolvsjord (2010) beskriver det hun kaller 'collaboration rather than intervention' som en integrert del av denne retningen. Med 'collaboration' mener hun likestilling, gjensidighet og deltakelse i musikkterapien og med 'intervention' referer hun til den medisinske modellen, hvor behandler blir sett på som eksperten og kan derfor ordinere en intervensjon som skal kurere klienten. Hun skriver: «The focus upon the client's use of whatever the therapeutic setting can offer also leads, I think, to a conception of therapeutic actions more as collaborations than interventions» (Rolvjord, 2010, s. 77).

Recoveryorientert musikkterapi er en annen retning hvor brukermedvirkning også står sterkt. Definisjonen av recovery er to-delt: Klinisk recovery som innebærer å «fjerne symptomer, gjenvinne sosial funksjon og på andre måter 'gå tilbake til det normale'» og personlig recovery som blir definert som «en dypt personlig, unik prosess som innebærer endring av ens holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og/eller roller» (Anthony, 1993; Slade, 2017, s. 12). Innen musikkterapeutisk litteratur beskrives recovery som en innsats og prosess hos personen selv, som kun er mulig dersom omgivelsene støtter personen med å finne måter å leve med ulike utfordringer (Trondalen m. fl, 2016). Empowerment er et begrep som peker på viktigheten av medbestemmelse og likeverd i relasjoner både på et sosialt og strukturelt nivå (Solli, 2012). Empowerment er en ressursfokuset tilnærming som tar utgangspunkt i personens ressurser, ferdigheter og kompetanse (Helsedirektoratet, 2018) og er derfor sentralt innen recovery- og ressursorientert musikkterapilitteratur.

I boken *Invitation to Community Music Therapy* av Stige & Aarø (2012) blir ikke begrepet brukermedvirkning forklart direkte, men fokuset ligger heller på sosial deltakelse og inkludering, empowerment, samt på det økologiske samspillet mellom samfunn og individ som er direkte knyttet til brukermedvirkning. Innen samfunnsmusikkterapeutisk litteratur blir

akronymet 'PREPARE' ofte referert til, som kan forklares som syv kvaliteter som karakteriserer samfunnsmusikkterapi. Akronymet står for: Participatory (deltagelse), Resource-oriented, Ecological, Performative (fremføring), Activist, Reflective og Ethics-driven (forankret i menneskerettighetene). Disse kvalitetene er både knyttet til praksis og forskning for å videreutvikle teori (Stige & Aarø, 2012). Den deltakende kvaliteten handler om at den terapeutiske prosessen skal gi mulighet for individuell og sosial deltakelse, hvor klienten/deltakeren skal ha medbestemmelse og at musikkterapeuten ikke skal fremstå som 'eksperten'.

### ***2.2.2 Brukermedvirkning i praksis i musikkterapi***

Som vi har sett, er verdien av brukermedvirkning også anerkjent og adressert i musikkterapilitteraturen fra ulike tilnærminger og perspektiver som ressursorientert musikkterapi, recoveryorientert musikkterapi og samfunnsmusikkterapi. Mange av grunnverdiene i disse retningene går over i hverandre. Samarbeid, likeverd, deltakelse og empowerment er idealer som går igjen i alle retningene. Dette er også sentrale begreper for mine funn. I praksis har vi mange eksempler på hvordan musikkterapi miljøet samarbeider med nåværende eller tidligere klienter. Blant annet er det flere erfaringskonsulenter som jobber i diverse musikkterapi prosjekter rundt om i landet. Erfaringskonsulenter har flere funksjoner innen rusomsorgen, psykisk helsearbeid og spesialisthelsetjenesten. Blant annet samarbeider musikkterapeuter og erfaringskonsulenter om å drive musikkterapi tilbud. Tilstedeværelse av en erfaringskonsulent i samspillgrupper i musikkterapi kan fungere som en trygghet for klienter i en oppstartsfasen. Erfaringskonsulenter kan også bidra med tilstedeværelse i klienters overgang fra institusjoner til egen hverdag – gjennom blant annet SMS og telefonsamtaler (Kielland m. fl, 2020).

Polyfon kunnskapsklynge for musikkterapi har i 2022 opprettet et erfaringspanel som består av brukere av musikkterapi, pårørende og erfaringskonsulenter, samt representanter fra brukerorganisasjoner. Barn og unge, psykisk helsevern, rusomsorg og eldre helse er panelets hovedfokus. Panelets arbeidsoppgaver innebærer å spre kjennskap om musikkterapi til brukere, pårørende og samfunnet generelt, komme med innspill om behov innenfor tjenesteutvikling, forskning og utdanning, og delta i planlegging og gjennomføring av Polyfon-konferansen (Universitetet i Bergen, 2022). I dette panelet sitter blant annet

erfaringskonsulenten Bjarte Johansen<sup>3</sup> som også har vært ansatt i MOT82, et musikkterapiprosjekt innen psykisk helsefelt. Johansen har videre vært med i evalueringsprosessen av MOT82, hvor metoden 'bruker spør bruker' ble brukt (Tuastad m. fl, 2018). Denne evalueringsrapporten viste at i tillegg til at prosjektet ble vurdert som en positiv arena for mestring, så var der også opplevelser av stigma blant klientene. Dette funnet var grunnlaget for 'Stigma-prosjektet' hvor Tuastad, Johanson, Nielsen og jeg jobbet tett sammen og holdt foredrag på Polyfon-konferansen i 2021. Dette prosjektet utviklet seg til artikkelen *Being a person who plays in a band rather than being a person with a mental illness playing in a band: A qualitative study of stigma in the context of music therapy in mental health aftercare* som ble publisert i mai 2022 (Tuastad m. fl, 2022). Brukermedvirkning er altså i stadig utvikling innen musikkterapifeltet, men til tross for dette er det likevel begrensede mengder empirisk forskning som utforsker tjenestebrukernes erfaringer og perspektiver i musikkterapi (Solli, 2014).

### **2.2.3 Brukermedvirkning i musikkterapiforskning i psykisk helsevern**

I Norge har vi blant annet Rolvsjord og Solli som har vært i fronten når det kommer til kvalitativ musikkterapiforskning innen psykisk helsevern. De har ledet flere kvalitative forskningsprosjekter alene og i samarbeid. Blant annet har klienter fra ulike DPS i Norge blitt intervjuet om deres perspektiv på effekt og opplevelse av musikkterapi og om deres deltakelse/bidrag i musikkterapien (se Rolvsjord, 2015; 2016; 2018, Solli, 2014; Solli & Rolvsjord, 2014). I Irland har vi også Triona McCaffrey som har drevet lignende kvalitativ musikkterapiforskning innen psykisk helsevern. Spesielt relevant for mitt forskningsprosjekt var de nærliggende studiene *'The Opposite of Treatment': A qualitative study of how patients diagnosed with psychosis experience music therapy* (Solli & Rolvsjord, 2014), *Five episodes of clients' contributions to the therapeutic relationship: a qualitative study in adult mental health care* (Rolvsjord, 2016) og *Evaluating music therapy in adult mental health services: Tuning into service user perspectives* (McCaffrey, 2018).

I Solli & Rolvsjord (2014) sin studie utforsket de, gjennom semi-strukturert intervju, hvordan klienter med en psykosediagnose opplevde sin deltakelse i musikkterapi generelt, og mer spesifikt, hvordan de opplevde musikkterapi i forhold til sin psykiske tilstand og livssituasjon. Dataanalysen resulterte i fire overordnede temaer som var sentrale for klientenes opplevelser:

---

<sup>3</sup> Jeg har fått tillatelse av undertegnede til å oppgi fullt navn.



frihet, kontakt, velvære og symptomreduksjon. Første kategori tar opp frihet, hvor klientene uttrykte at musikkterapi for dem ga en følelse av frihet fra sykdom, stigma (en klient uttrykte at de opplever stigma av annet helsepersonell, men ikke i musikkterapi) og behandling. Andre kategori handler om kontakt i form av at klientene gjennom musikkterapi opplevde å få kontakt med seg selv, kontakt med en følelse av å være i live, kontakt med egne følelser og kontakt med andre personer. Tredje kategori handler om velvære, hvor klientene uttrykte at de opplevde følelser av tilfredshet, motivasjon, mestring og håp gjennom musikkterapi. Siste kategori tar opp symptomreduksjon, hvor klientene uttrykte at flere av deres symptomer ikke opplevdes som like sterke/hadde betydning i musikkterapien.

I Rolvsjords (2016) studie utforsket hun den gjensidige terapeutiske relasjonen i musikkterapi ved å se på hvordan klienter bidrar til relasjonen med sin musikkterapeut. Dette er en multipel case-studie med videoobservasjon og forskningsintervjuer med klienter og deres musikkterapeuter. Syv musikkterapisesjoner ble filmet og analysert. Fem musikkterapisesjoner ble valgt ut til å brukes i intervjuene med klientene og musikkterapeutene. Opptak av musikkterapisesjonene ble vist under intervjuene for at deltakerne skulle prøve å huske hva de følte og refleksjoner de hadde i musikkterapisesjonen. Disse fem episodene ble analysert og kategoriene handlet om å få til noe sammen, å bli bandmedlemmer og venner, gjensidig respekt, at begge er med på å bestemme og å motvirke skjeve roller. Rolvsjord skisserer tre sammenhengende fellestrekk mellom alle episodene: klientenes refleksivitet angående den asymmetriske strukturen i den terapeutiske relasjonen, klientenes dedikasjon til gjensidighet i relasjonen og klientenes refleksivitet knyttet til deres egne behov i relasjonen.

McCaffrey (2018) sin studie er en evaluering av musikkterapitilbudet i psykisk helsevern i Irland, hvor 6 klienter fortalte om sine opplevelser gjennom semistrukturert intervju. Denne studien viser seks overordnede temaer: (1) Musikkterapi gir mulighet til å være opphengt i en aktivitet på en meningsfylt måte; (2) Involvering i musikkterapi kan by på utfordringer i form av usikkerhet rundt egen rolle og å være tolerant ovenfor andre klienter i grupper; (3) Musikkterapi oppleves som en behagelig prosess og ses på som hjelpsom, avstressende og spenningsavlastende; (4) Musikkterapi i grupper fremmer gjensidighet mellom klientene, hvor alle bidrar og støtter hverandre; (5) Musikkterapi gir mulighet for fleksibilitet og tilpasning hvor klientene har medbestemmelsesrett; (6) Mangel på instruksjoner når det skal

improviseres på nye instrumenter kan forårsake frustrasjon. Denne studien har mange likheter med studien til Solli & Rolvsjord (2014).

### **3. UTDYPING AV METODE**

I denne delen skal jeg redegjøre for studiens vitenskapsteoretiske ståsted, samt gå i detalj rundt hvordan forskningsprosessen har foregått fra start til slutt. Gitt det som ble presentert i kapittel 2, at det kan virke som om ingen enda har intervjuet musikkterapeuter om viktige faktorer i den terapeutiske relasjonen, valgte jeg å utforske dette temaet ved bruk av semistrukturert intervju med fire deltakere fra ulike distriktspsykiatriske sykehus i Norge. Jeg ser det som hensiktsmessig å vektlegge fenomenologi og hermeneutikk i presentasjonen av denne forskningen, da et kvalitativt forskningsdesign står til grunn. Videre skal jeg redegjøre for rekruttering, datainnsamling og dataanalyse ved bruk av 'interpretative phenomenological analysis' (IPA). Siste del vil ta for seg refleksjoner rundt etiske problemstillinger ved kvalitativ forskning.

#### **3. 1 Vitenskapsteoretisk grunnsyn**

Ifølge Wheeler og Bruscia (2016, s. 1) kan forskning defineres som en «careful or diligent search» (nøysom undersøkelse) hvor målet er å oppdage og presentere ny kunnskap eller forståelse om et gitt tema. Bruscia (2014) foreslår i boken *Defining Music Therapy* at forskning er en «Systematic, self-monitored inquiry which leads to a discovery or new insight, which, when documented and disseminated, contributes to or modifies existing knowledge or practice» (s. 196). Tema for denne studien er hva klienter i psykisk helsevern selv tenker at er viktige elementer for å skape en god relasjon med musikkterapeuten sin. Jeg ønsket deres beskrivelser av erfaringer med relasjoner i behandling og deres refleksjoner rundt hva de trenger i relasjonen for at behandlingen skal være effektiv. Et kvalitativt forskningsdesign med semi-strukturerte dybdeintervjuer ble dermed det mest naturlige valget for dette studiet. Denne type forskning kan kategoriseres som empirisk, hvor jeg innhenter elementer fra både fenomenologi og hermeneutisk forskningstradisjon.

##### **3.1.1 Kvalitativ forskning**

Kvalitativ forskning er hensiktsmessig å velge dersom man ønsker å forske på menneskers personlige erfaringer, tanker, holdninger og meningsinnhold. I kvalitativ forskning er søken etter å få en forståelse heller enn forklaring sentralt (Malterud, 2017). Ved å anvende 'det

kvalitative forskningsintervjuet' som metode, søker man altså kvalitativ kunnskap ved samtale uttrykt gjennom et 'normalt språk', samt å få innsikt i hvordan deltakerne på ulike måter gir en beskrivelse av sin livsverden som videre er opp til fortolkning (Kvale m. fl., 2015).

### **3.1.2 Fenomenologi**

Fenomenologien ble grunnlagt som en filosofi på tidlig 1900-tallet og handlet til å begynne med om bevissthet og opplevelse, før den videre ble utviklet av Husserl og Heidegger til å også omfatte menneskets livsverden (Carman, 2016). Fenomenologi kan sies å være en kompleks, omfattende og intrikat filosofi som tematiserer bevissthet og dens funksjoner (Giorgi m. fl., 2017). Innen kvalitativ forskning er fenomenologi et begrep som omhandler det å forstå sosiale fenomener ut fra intervjuobjektets egne perspektiver, samt beskrive verden slik den oppleves av dem. «Fenomenologisk metode handler om å beskrive det gitte så presist og fullstendig som mulig – å beskrive, snarere enn å forklare og analysere» (Kvale m. fl., 2015, s. 45). Jeg har både ved datainnsamling og dataanalyse benyttet dette aktivt, da jeg har interesse av å nærme meg en forståelse av virkeligheten slik deltakerne fra psykisk helsevern oppfatter den.

### **3.1.3 Hermeneutikk**

Den hermeneutiske tradisjonen står sentral innen kvalitativ forskning og kan forklares som læren om hvordan vi fortolker tekster. Hva som vektlegges i fortolkningsprosessen av datamaterialet i en studie, avhenger av kontekst, bakgrunn og generelt hvem som leser teksten da alle har en forutforståelse (Kvale m. fl., 2015). Hermeneutiske metoder innen humanistisk vitenskap, baserer seg på fortolkning og forståelse av menneskelige uttrykk og handlinger – hvor intuisjon og empati er sentrale trekk (Johansson, 2016). Forståelse i denne sammenheng, handler i følge Alvesson & Skoldberg (2009) om å leve seg inn i situasjonen til den handlende personen – ved bruk av ens egen fantasi – for å forstå betydningen av handlingene bedre. Når vi som forskere skal analysere datamateriell fra en studie, vil prosessen være farget av vår forutforståelse. Fortolkning av tekster vil enten bekrefte eller bryte med denne forutforståelsen, som dermed skaper en forståelse (Kvale m. fl., 2015). Min utdanning, min personlighet og mine holdninger rundt hva jeg personlig mener er viktige elementer i en terapeutisk relasjon, har uunngåelig påvirket analyseprosessen av intervjumaterialet, noe som gjør at andre som leser den samme teksten vil kunne forstå det annerledes. Da det å oppnå en forståelse av forskjellige sider ved et fenomen har vært målet med dette forskningsprosjektet, har et

hermeneutisk ståsted vært mest nærliggende å bruke for å gi et mangfold i fortolkningen (Johansson, 2016).

### **3. 2 Forberedelser og iverksetting av forskningsprosjektet**

Det var en del etiske aspekter som måtte tas hensyn til, samt forberedelser som var nødt til å gjøres for å få til et prosjekt som involverte klienter på ulike distriktpspsykiatriske sykehus (DPS). Første steg var å legge en slagplan for hvilken klientgruppe (alder og kjønn) jeg ønsket at skulle delta i forskningsprosjektet. Jeg ønsket originalt å intervju to informanter i aldersgruppen 18-25 år og to informanter i aldersgruppen 45+ år for å se om det ville bli variasjon i svar, eller om det skulle vise seg at relasjon ikke påvirkes av alder. Andre steg var å sende inn en søknad til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Etter å ha fått godkjent NSD-søknaden for forskningsprosjektet, ble tredje steg å ta direkte kontakt på e-post til ledelsen på ulike DPS i Bergen omegn, som inneholdt disse vedleggene: prosjektbeskrivelse (med inklusjonskrav osv.), NSD-godkjenning, samtykkeskjema til deltakerne og til deres musikkterapeuter. Jeg gjorde det også tydelig i prosjektbeskrivelsen at jeg ønsket at deltakerne skulle være anonyme for musikkterapeuten som et forsøk på å redusere bias i forhold til rekruttering. Jeg ønsket i utgangpunktet at rekrutteringsprosessen skulle skje utelukkende gjennom ledelsen på de ulike DPS, men dette viste seg å bli en utfordring.

#### ***3.2.1 Rekruttering av deltakere***

De aller fleste institusjonene var veldig hjelpelige og satte i gang en intern rekrutteringsprosess. Et DPS ønsket at jeg skulle sende prosjektet mitt inn til REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk). Jeg sendte derfor inn en fremleggingsvurdering til REK hvor jeg fikk skriftlig tilbakemelding på at prosjektet ikke ble vurdert som fremleggspliktig. Til tross for denne tilbakemeldingen fra REK, ønsket ikke denne DPS å delta i forskningsprosjektet. De DPS som ønsket å delta, fant ingen deltakere i aldersgruppene 18-25 eller 45+ som ønsket å være med på prosjektet. Etter flere utfordringer, valgte jeg å endre inklusjonskravet om alder, og informerte DPS at jeg nå ønsket deltakere i alle aldre da tiden var begynt å bli knapp, da det ikke var rekruttert noen deltakere i tidsrommet starten av november 2021 til starten av januar 2022. Til tross for endring av inklusjonskrav, ble ikke rekrutteringen lettere, og de fleste DPS sendte e-post om at de ga opp rekrutteringen. Det var dog én DPS som hadde klart å rekruttere en deltaker i 30-årene. Etter å ha intervjuet én deltaker og ikke fått noen oppdateringer fra andre DPS i slutten av januar

2022, ble jeg omsider nødt til å krype til korset. Jeg tok deretter direkte kontakt med musikkterapeuter på ulike DPS for å spørre om de hadde mulighet til å hjelpe meg å rekruttere. Dette ble også en utfordring da et par potensielle deltakere sa ja, men trakk seg i siste liten. Til slutt, etter hjelp med rekruttering fra musikkterapeutene, fikk jeg tak i tre deltakere til. Jeg fikk dermed arrangert et semi-strukturert dybde intervju med totalt fire deltakere fra fire ulike DPS i Bergen omegn.

### ***3.2.2 Deltakere og kontekst***

Musikkterapeutene gjennomførte en strategisk rekrutteringsprosess hvor de valgte å spørre deltakere som de kunne se for seg at ville gi utfyllende og reflekterte svar (dette var begreper musikkterapeutene brukte i samtale med meg før jeg møtte deltakerne). Inklusjonskravene som var foreskrevet for at deltakerne kunne delta i forskningsprosjektet var: (1) Ha deltatt på minimum tre musikkterapisesjoner; (2) Være 18 år eller eldre; (3) Være i stand til å språklig kunne uttrykke erfaringer og refleksjoner i et intervju med meg. Jeg hadde et ønske om at det skulle være en balansert kjønnsfordeling, men kjønn var ikke et inklusjonskrav. Det var heller ikke diagnose. Ved en tilfældighet endte det opp med at to av deltakerne var kvinner og to av dem menn. De var i aldersgruppen 30-50 år. Skal jeg videreføre dette forskningsprosjektet, ønsker jeg svært gjerne å rekruttere deltakere i aldersgruppene 18-25 og 45 + slik som originalt planlagt, for å finne ut om alder potensielt kan påvirke den terapeutiske relasjonen mellom klient og musikkterapeut. Jeg hadde med to samtykkeskjema som deltakerne signerte da vi møttes, et for dem å beholde og et som jeg tok med meg. Musikkterapeutene signerte samtykkeskjemaet digitalt, og sendte det inn til meg via e-post. Alle intervjuene forgikk på deltakerens tilhørende DPS, og rommene jeg ble tildelt for intervjuene, var rom deltakerne allerede var kjent med. Disse var utstyrt med sofaer, og alle deltakerne var tilsynelatende gjennomgående komfortabel under hele intervjuet.

## **3. 3 Datainnsamling**

Alt av datamateriell som har blitt brukt i dette forskningsprosjektet ble samlet inn igjennom semi-strukturerte dybdeintervjuer. Alle ble intervjuet individuelt uten sin musikkterapeut til stede. Én deltaker hadde med seg en assistent under intervjuene, men ellers foregikk alle intervjuene med meg og deltaker alene i rommet. Intervjuene varte alt i fra 20 til 50 minutter, avhengig av hvor detaljrike svar som ble gitt. Alle intervjuene ble tatt opp på en Zoom-lydopptaker som jeg lånte fra Griegakademiet. Jeg valgte å ikke gjennomføre

oppfølgingsintervjuer, da alle deltakerne kom med utfyllende svar og uttrykte i etterkant at de var fornøyd med intervjuet de hadde gjennomført.

### ***3.3.1 Semi-strukturert intervju***

I følge Galletta & Cross (2013) skal semi-strukturerte intervjuer inkludere både åpne og mer teoretisk-drevne spørsmål, og skal fremkalle data basert på erfaringene til deltakerne så vel som «Data guided by existing constructs in the particular discipline within which one is conducting research» (s. 45). Å formulere spørsmål til en intervjuguide kan være tidkrevende og man må være beredt på prøving og feiling. Hvert intervju spørsmål bør være tydelig knyttet til formålet med forskningen, og dets plassering i intervjuguiden bør gjenspeile forskerens bevisste progresjon mot en fullstendig dyptgående utforskning av det fenomenet som studeres (Galletta & Cross, 2013). Jeg utformet min intervjuguide i flere omganger, etter tilbakemeldinger fra andre forskere. Det semi-strukturerte intervjuet som ble brukt i dette studiet var altså designet slik at alle spørsmålene var åpne, for å unngå at svarene ble 'ja' og 'nei'. Jeg forsøkte å følge en fleksibel intervjutilnærming slik at deltakerne kunne uttrykke sine personlige meninger om den terapeutiske relasjonen, hvor jeg til enhver tid prøvde å tilpasse meg svarene deltakerne kom med, slik at jeg kunne stille nyttige oppfølgings spørsmål (Brinkmann & Kvale, 2018). Eksempler på spørsmål som ble stilt var: «Hvordan opplever du relasjonen mellom deg og musikkterapeut?» og «Opplever du at relasjonen mellom deg og musikkterapeuten er annerledes enn relasjonen til andre behandlere, eksempelvis en psykolog? I så fall, hvordan?». For fullstendig intervjuguide se vedlegg. 5.

### ***3.3.2 Ethiske hensyn, aspekter og refleksjoner ved dette forskningsprosjektet***

Da musikkterapimiljøet i Norge er relativt lite, kan anonymitet i forskningsprosjekter by på utfordringer. Jeg prøvde som beskrevet tidligere å rekruttere deltakere gjennom ledelsen på de ulike institusjonene for å redusere bias og sikre anonymitet. Dette ble ikke mulig å gjennomføre og musikkterapeutene stod derfor for rekruttering av egne klienter. Alle som var involvert i dette forskningsprosjektet måtte signere på et samtykkeskjema (Se vedlegg. 3 og 4). Her ble alle involverte informert om formålet med studien, hva deltakelsen innebar, mulighet for tilbaketrekking av samtykke, hvordan behandling av personvern ville bli gjennomført og hvilke rettigheter deltakerne har i forbindelse med forskningsprosjektet. Det at musikkterapeutene har rekruttert klientene kan muligens være en svakhet ved denne studien. Dette faktum har antageligvis vært med på å forme svarene fra deltakerne. Utvalget av klienter kan ha blitt gjort på et grunnlag av at musikkterapeut og klient har en god relasjon.

Alle musikkterapeutene begrunnet utvalget sitt med at de trodde at de valgte deltakerne ville ha en klar mening om den terapeutiske relasjonen. Alle deltakerne uttrykte at de hadde en god relasjon med sin nåværende musikkterapeut, noe som trolig er helt reelt. Det er dog viktig å poengtere at musikkterapeuter til enhver tid møter et mangfold av klienter – noe som resulterer i at styrken av en terapeutisk relasjon vil variere i stor grad. Hadde rekrutteringsprosessen skjedd slik som ønsket, hadde kanskje resultatene vært mer variert. Deltakerne kan også ha følt på et press rundt å være lojal mot sin musikkterapeut i frykt for at musikkterapeuten skulle finne ut hva de har sagt, til tross for at det ble gjort tydelig at de ville forbli helt anonyme.

Refleksivitet har for meg vært et gjennomgående tema under hele denne forskningsprosessen. Forskerens opplevelse og subjektive oppfattelse vil alltid være integrert i all kvalitativ forskning hvor forskeren selv er personlig involvert (Stige m. fl., 2009). Da jeg var i fasen av å utforme intervjuguide kom jeg over et sitat som gjorde inntrykk på meg:

*Uncomfortably, we came to realize that even feminist interviewing could sometimes be viewed as a kind of job where, at the heart of our outwardly friendly interviews, lay the instrumental purpose of persuading interviewees to provide us with data for our research, and also (hopefully) for our future careers. (Miller m. fl., 2012, s. 108)*

Jeg hadde dette i bakhodet både da jeg utformet spørsmålene til intervjuene, og da jeg for aller første gang skulle møte en klient fra DPS som hadde sagt seg villig til å bli intervjuet om et personlig tema som jeg selv har sterke meninger om. Jeg reflekterte også mye rundt dette da det første intervjuet var gjennomført og jeg lyttet til opptaket igjen. Jeg prøvde å sammenligne min oppfattelse av hvordan jeg hadde fremstilt meg selv, slik jeg husket det (hvordan jeg stilte spørsmålene, tonefall, oppfølgingsspørsmål osv.), med det faktiske opptaket hvor jeg konkret kunne analysere dette uten annet stimuli. Jeg ble selv overrasket over mine engasjerte og empatiske responser og jeg hørte at min forutforståelse var mer på overflaten enn jeg ønsket og hadde vært bevisst på selv. Jeg diskuterte dette med andre medstudenter som hadde gjennomgått det samme for å få tips til hvordan jeg kunne stille meg mer nøytral. Etter mye refleksjon og noen omformuleringer i intervjuguiden er min subjektive mening at de tre neste intervjuene foregikk på en mer nøytral måte – men fortsatt farget av min personlighet og mine holdninger.

I tråd med forrige avsnitt så argumenterer Karnieli-Miller m. fl. (2009) for at den varme, omsorgsfulle og styrkende kvaliteten ved kvalitative intervjuer kan skjule enorme maktforskjeller og at dialogen som finner sted i intervjuprosessen kan være et 'cover' for maktutøvelse. Her ligger makten i forskerens hender, da hen har ansvar for studien, setter en agenda for studien, utformer intervjuguiden og generelt styrer samtalen under intervjuene. Et forslag for å redusere denne kontrollen, kan være at man belager seg på at forskningen må ha et større forskningsteam med flere mennesker hvor man kan reflektere rundt denne maktubalansen (Karnieli-Miller m. fl., 2009). Jeg har stort sett stått alene i prosjektet, da det er jeg som har gjennomført alle stegene, noe som også kan sies å være en svakhet med denne studien. Jeg har dog jevnlig reflektert rundt disse etiske problemstillingene med medstudenter og masterveileder og fått dem til å se over intervjuene før dataanalysen for å sikre at sitatene ble forstått likt. Det har også vært viktig å reflektere rundt hvordan disse intervjusituasjonene kan ha følt utrygg for deltakerne, som muligens også har påvirket resultatene. Jeg og deltakerne hadde ingen mulighet til å skape en trygg relasjon i forkant av intervjuene, og noen av temaene som kom frem kan ha blitt oppfattet som sårbare og personlige. Vi var alene i et rom, noe som kan ha gjort situasjonen utrygg. Det er opp til diskusjon om det ville vært tryggere om musikkterapeuten også var til stede, men da ville ikke anonymiteten kunne sikres. Det er altså fordeler og ulemper ved begge disse scenarioene.

Første steg etter hvert intervju var å sikre at opptakene ikke var tilgjengelig for noen andre enn meg og min masterveileder. Jeg overførte derfor lydfilen til SAFE (sikker adgang til forskningsdata og e-infrastruktur), en sikker databehandlingstjeneste utviklet spesifikt for behandling av forskningsdata og slettet opptaket fra minnekortet. Dette gjorde jeg for å sikre deltakernes personvernopplysninger. Denne databasen krever tofaktorautentisering, som sikrer mot internettangrep (Linde, 2022). Etter å ha lagt inn lydfilene på SAFE, transkriberte jeg intervjuene derfra. Jeg kommer tilbake til etiske aspekter ved analyseprosessen av denne forskningen og eventuell publisering av forskningsdata i neste del.

### **3. 4 Dataanalyse**

Alt av datamateriell i denne studien ble analysert gjennom metoden 'interpretative phenomenological analysis' (IPA), da jeg ønsket å utforske et fenomen – deltakernes opplevelse av den terapeutiske relasjonen i musikkterapi. Denne metoden er forankret i fenomenologisk og hermeneutisk teori (Smith & Fieldsend, 2021). Metoden er i hovedsak



ment for å undersøke hvordan mennesker skaper mening ut ifra sine livserfaringer (Smith m. fl., 2009). Under denne analytiske tolkningsprosessen har det vært et konstant skift av fokus mellom detaljer og helhet. Jeg har sett på hver enkelt setning i alle intervjuene opptil flere ganger. Det har også noen ganger vært nødvendig å fokusere på enkelte ord og uttrykk for å sikre at det er forstått riktig. Jeg har fått andre til å se over de samme ordene jeg har vært usikker på for å få en felles tolkning. Jeg har også sett alt i helhet, hvor intervjuene har blitt tolket i en større sammenheng. Denne måten å analysere på, hvor man går frem og tilbake mellom deler og helhet refereres ofte til som den hermeneutiske spiral eller sirkel (Smith & Shinebourne, 2012; Smith J. A., 2007). Denne hermeneutiske spiralen «Dreier seg for det første om at en del av en tekst alltid må forstås i forhold til helheten og omvendt» (Johansson, 2016; Ruud, 2005, s. 36).

### ***3.4.1 Transkriberingsprosessen***

Transkriberingsprosessen startet med å lese seg opp på hvordan dette på en mest etisk og hensiktsmessig måte kunne gjennomføres. Kvale m. fl. (2015) skisserer det de kaller én grunnregel for transkripsjon: «Skriv uttrykkelig i rapporten hvordan transkripsjonene er utført» (s. 207). Alle intervjuene ble direkte transkribert fra lyd til tekst i Microsoft Word etter lydfilene ble overført til SAFE. Alle de direkte transkriberte intervjuene endte samlet på ca. 13.000 ord, noe som var en overkommelig men tidkrevende prosess. Da dette ikke var et intervju med fokus på konversasjonsanalyse, men heller en meningsanalyse, valgte jeg å ikke ta med dimensjoner som pauser, følelsesuttrykk og latter/sukk (Kvale m. fl., 2015). Jeg skrev dog transkripsjonene så ordrett som mulig hvor jeg inkluderte alle tankeord som «hmm». Alle intervjudeltakerne hadde ulike dialekter og jeg tok en avgjørelse om å skrive alt på bokmål. All tekst ble skrevet som en kronologisk sammenhengende tekst med fargekoder, slik man ser i utdraget under, hvor mine sitater var markert i mørk rødt og deltakernes sitater markert i fargene grønn, oransje, blå og lilla. Tekstutdraget i tabell 1 er tatt ut ifra en kontekst av en samtale hvor deltaker 4 pratet om potensielle farer rundt det å få en for god relasjon med behandler, da dette kan føre til uønskede situasjoner som blant annet at klienten sitter igjen med «Følelsen av at man får en foreldrerelasjon, eller en søskenrelasjon» (D4).

## Transkripsjon

Hmm, interessant. Hva vil du da si er noen konkrete elementer for at det skal bli en god relasjon da, hvor den ikke er for bra og ikke dårlig?

At pasientene sine behov må være hovedfokuset. At behandleren er fleksibel. Iblant får man ikke til å lage noe kreativt, iblant trenger man bare å snakke. For livet til pasientene går jo så opp og ned, og det skjer ting. Og av og til orker man ikke snakke, og vil bare lytte til musikk. At man da ikke blir dømt. Jeg føler når musikere er veldig flinke, at det blir en personlig kritikk mot meg. At man ikke blir dømt for å oppleve ting slik. At en «metallhead» har lyst til å høre på «blåmann, blåmann» en dag, at man ikke blir dømt for det. At pasienter får lov å være seg selv.

Ja, det også er veldig viktig.

At pasientene ikke skal kjenne seg dum om hele timen går til noe annet enn det som var planlagt. Om man ikke får spilt noen ting.

Tabell 1: Utdrag fra transkripsjon av et intervju.

### 3.4.2 Analysering av datamaterialet

Første steg etter å ha transkribert alle intervjuene, var å skape seg et helhetsinntrykk. Jeg leste gjennom alle intervjuene gjentatte ganger for å bli godt kjent med stoffet. Jeg gikk deretter gjennom dem igjen og brukte funksjonen 'kommentar' i Word hvor jeg skrev stikkord om avsnittets innhold. Dette gjorde jeg flere ganger, hvor jeg etter hvert fant passende kodenavn som var gjennomgående i alle intervjuene. Jeg samlet så alle intervjuene inn i et Word-dokument under de ulike spørsmålene fra intervjuguiden for å få en oversikt over om de ulike deltakerne kom med lignende sitater. Videre ble hvert intervju separat delt inn i en egen tabell med fire kolonner: Sitater, kode, kategori og overordnet tema (for eksempel, se tabell 2). Jeg lagde til slutt et Word-dokument hvor jeg la inn alle kodene og kategoriene og sorterte alle passende sitater fra alle intervjuene under. Denne kodingen var nødvendig som en forberedelse til 'writing a narrative account' når sitatene skulle bli til fullstendig tekst med følgende analytiske kommentarer (Smith & Shinebourne, 2012). «Smith et al. (2009) suggested that one way of looking at the narrative account is to consider the extracts from participants as representing the P in IPA, and the accompanying analysis as representing the I» (Smith m. fl., 2009; Smith & Shinebourne, 2012, s. 80). I en IPA-tilnærming er det vanlig at sitater fra deltakerne blir fremstilt med etterfølgende analytiske kommentarer, samt en

følgende diskusjonsdel hvor funnene blir diskutert opp mot eksisterende litteratur, noe jeg har forsøkt å følge (se artikkel i vedlegg. 6).

<b>Sitater fra informant 4</b>	<b>Koder</b>	<b>Kategorier</b>	<b>Overordnede temaer</b>
Hvis behandleren er veldig sliten og sukker og gjesper, så må de si at de sov dårlig i natt. Det er derfor jeg sukker, det er ikke du som er slitsom. Det er kommunikasjon.	Ikke føle seg dømt	Kommunikasjon	Maktforhold/likeverd
Det veldig viktig at behandleren også kan ha kontroll. For eksempel at pasienten ikke skal være urolig for tiden.	Kontroll	Veiledning, kompetanse og tilstedeværelse	Føle seg trygg og bli utfordret

Tabell 2: Utdrag fra koding av et intervju.

### **3.4.3 Ethiske aspekter og refleksjoner rundt funn og publisering**

Jeg har stadig prøvd så godt det lar seg gjøre å være var på mine egne forutforståelser, både under innhenting av datamaterialet, ved dataanalysen og ved skriftlig fremstilling av funn. Det er klart at jeg som student og forsker, har et uunngåelig bias som antageligvis har påvirket både analysen og det endelige resultatet, og som Stige m. fl. (2009) hevder: det er viktig «For the researcher's situatedness not to become an adverse bias where preconceptions are confused with findings, a convincing level of reflection is required» (s. 1508). Mine forutforståelser er noe jeg har vært bevisst på gjennom hele forskningsprosessen og har jevnlig spurt om innspill og kritiske tilbakemeldinger fra medstudenter og veileder, som et forsøk på å redusere bias. Qu & Dumay (2011) skriver at:

*Possibilities include, for example, providing the opportunity for interviewees to read the transcript and sending the resultant research paper to them. Although researchers are solely responsible for any interpretations, interviewees shall be given the opportunity to read the research output from the interview process. (s. 254)*

Deltakernes rett til å få tilsendt en kopi av personopplysninger, rett til å endre/slette innhold og eller fremstilling av sitater som de ikke er enige i, stod klart formulert i samtykkeskjemaet alle signerte. Der var det også oppgitt alternativer til hvor man kunne ta kontakt dersom man ønsket å ta i bruk disse rettighetene. Mange forskere velger uavhengig av om det er forespurt, å sende den ferdige fremstillingen av sine funn til deltakerne før publisering. Jeg har ikke fått noen forespørsler fra deltakerne i etterkant, og de har dermed ikke hatt innsyn i mitt endelige resultat. Dette kan på mange måter sies å være en svakhet ved dette forskningsprosjektet, og svekker potensielt validiteten av funnene, da all tolkning av datamaterialet er gjort av meg – ved hjelp av veileder og medstudenter. Maktforholdene er derfor skjeve ved publisering av denne forskningen, da brukeres stemmer blir hørt, men på mine premisser. Mye tid er derfor lagt i arbeidet av dataanalysen for å representere funnene så korrekt som overhodet mulig. Da jeg ikke fikk noen personopplysninger om deltakerne fra DPS, har jeg ikke hatt mulighet til å kontakte dem og har dermed vært avhengig av at de skal kontakte meg dersom ønskelig. I likhet med artikkelen, ønsker jeg å avslutte med en tankevekker av et sitat fra deltaker 4: «Forskere har en teori som de er gift med, og alt som skjer [i studiet] må passe den teorien. Om det ikke passer teorien, så skjer det ikke [studiet].»

#### **4. STUDIENS RELEVANS FOR FORSKNINGSFELTET**

I denne delen skal jeg drøfte funnene fra mitt forskningsprosjekt som presenteres i artikkelen opp mot eksisterende forskning og status i forskningsfeltet som er presentert i litteraturgjennomgangen. Funnene er delt opp i to overordnede temaer: «maktforhold» med underkategoriene kommunikasjon, formell vs. uformell, fleksibilitet, likeverdighet og «å føle seg trygg og å bli utfordret» med underkategoriene førsteinntrykk, ærlighet, trå varsomt og veiledning, kompetanse og tilstedeværelse. Mange av funnene passer inn under flere kategorier, da de fleste samtalene i intervjuene samlet kan knyttes til maktforhold. Funnene indikerer at en følelse av trygghet i den terapeutiske relasjonen kun kan oppnås dersom en grunnleggende respekt mellom klient og terapeut er til stede, noe som gjør at de to overordnede temaene henger sammen. Intervjuene handler direkte om den terapeutiske

relasjonen mellom klient og terapeut, men noen av samtalene gikk naturlig over til å handle om effekten av musikkterapi, heller enn direkte om relasjonen. Funnene som omhandler effekten av musikkterapi, kan likevel ses på som en refleksjon av den terapeutiske relasjonen mellom klient og musikkterapeut og anses fortsatt som relevant.

#### **4. 1 Maktforhold i musikkterapi i psykisk helsevern**

Alle de fire deltakerne pratet i intervjuene sine om at de på et tidspunkt, i løpet av behandling på DPS, hadde opplevd å føle seg nedverdiget eller sett ned på av andre behandlere. Dette kom frem som en måte å forklare hva de ønsket/trengte i den terapeutiske relasjonen i musikkterapi, og ble bakgrunnen for flere av samtalene som dukket opp under intervjuene. Deltakerne forklarte at blant annet tidligere psykologer og sykepleiere hadde kommunisert med dem på en måte som fikk dem til å føle seg misforståtte, føle at de ikke ble sett og hørt, og i de verste tilfellene nedverdiget. Kommunikasjon, fleksibilitet og samarbeid ble dermed temaer som gikk igjen i alle intervjuene når samtalen omhandlet maktubalanse i behandling.

Hva som legges i den verbale kommunikasjonen i musikkterapi er en stor debatt innen musikkterapidiskursen med mange ulike synspunkt. I retninger som samfunnsmusikkterapi, ressursorientert- og recoveryorientert musikkterapi presenteres rollen til den verbale kommunikasjonen som et konsept som er opp til klienten selv å vektlegge eller ikke. I andre retninger presenteres den verbale kommunikasjonen som essensiell for at musikkterapien skal ha effekt (Aigen, 2014a). På den ene siden mener mange psykoanalytiske musikkterapeuter at musikkterapien må inneholde en verbal samtale rundt den musikalske opplevelsen for å få tilgang til det 'indre liv' slik at klienten skal ha utbytte av terapien. På den andre siden mener mange musikkterapeuter innen Nordoff-Robbins musikkterapi tradisjon at musikken alene er det terapeutiske verktøyet i terapien og at en verbal samtale dermed ikke alltid er nødvendig. Blant annet presenterer Ansdell (1999) det han kaller «musikkterapeutens dilemma» som innebærer at å bruke verbale strategier for å forklare musikalske prosesser, uunngåelig vil resultere i en mismatch mellom den som forklarer og det som blir forklart (Aigen, 2014a; Ansdell, 1999).

Deltakerne i denne studien var klar på at verbal kommunikasjon er en viktig faktor i musikkterapeutisk behandling, men av andre grunner enn det som blir presentert i disse retningene. Den verbale kommunikasjonen i musikkterapi blir i disse perspektivene, slik jeg

har tolket det, presentert som to ytterpunkter hvor verbal kommunikasjon enten er helt essensiell for terapeutisk utbytte eller, i noen tilfeller, forstyrrende. Det kan også virke som at verbal kommunikasjon som konsept, fra begge sider, blir presentert som noe som kun handler om å forklare den musikalske prosessen i musikkterapi. I kapittelet hvor Aigen (2014a, s. 91) presenterer den verbale kommunikasjonens plass i musikkterapi, blir ikke sosiale aspekter ved den verbale samtalen mellom terapeut og klient tatt i betraktning.

Deltakerne i denne studien presenterte temaet kommunikasjon i form av kroppsspråk og ordbruk fra terapeutens side og i form av at for eksempel grensesetting og tilbakemeldinger både fra klientens og terapeutens side var viktig for at den terapeutiske relasjonen skal være gunstig. Når deltaker 4 ble spurt om hva som er viktig for at en relasjon skal være god, svarte hen: «Kardemommeløven, at en er grei. At en er grei, at en er snill og at en lytter til hverandre, at en godtar hverandre sine grenser. Det krever jo kommunikasjon, at en sier i fra hvor grensene går» (D4). Her ble kommunikasjon mellom klient og terapeut nevnt som essensielt i den terapeutiske relasjonen, noe som samsvarer med Rolvjords (2010) tanke om at den terapeutiske relasjonen er en ekte menneskelig relasjon hvor begge parter er likestilt. Videre uttrykte deltaker 4 at: «Hvis behandleren er veldig sliten og sukker og gjesper, så må de si at de sov dårlig i natt. Det er derfor jeg sukker, det er ikke du som er slitsom». Musikkterapeutens kommunikasjon i form av hvordan hen ordlegger seg og eventuelt forklarer sitt kroppsspråk som lett kan misforstås og hvordan dette påvirker den terapeutiske relasjonen fra klienters perspektiv, fremstår som et viktig funn som gir ny kunnskap.

Slik vi så i litteraturgjennomgangen argumenterer Aigen (2014b) for at det å forklare musikkterapi ut ifra ikke-musikalske domener, som eksempelvis psykologi og sosiologi, kan ha en rekke negative konsekvenser. Han skriver: «Because a large percentage of clients in music therapy are motivated primarily by a desire to make music, when rationales for treatment and the formulation of legitimate goals do not reference music, client perspectives and interests are marginalized» (s. 19). Hva han eksakt mener med 'negative konsekvenser' av å forklare musikkterapi ut ifra 'ikke-musikalske domener', er for meg uklart, da det ikke gis eksempler på situasjoner eller litteratur hvor musikk blir ekskludert i en beskrivelse av musikkterapi. Jeg forstår det som at han mener at de musikalske aspektene ved musikkterapi bør forklares ut ifra musikalske domener og at musikken dermed *er* musikkterapien. Mine funn tilsier at verbal kommunikasjon og kroppsspråk (eksempelvis å smile og ha øyekontakt med klientene) er en viktige faktorer i den terapeutiske relasjonen. Basert på mine funn,

mener jeg at denne formen for menneskelig kommunikasjon både kan forklares ut ifra ikke-musikalske og musikalske domener – hvor musikkterapi dermed *er* mer musikken alene.

Da deltaker 2 ble spurt hvordan hen opplever relasjonen med musikkterapeuten sin, beskrev hen: «Uhm, det jeg syns var veldig bra med musikkterapeuten.. [Hen] var veldig.. uhm sånn flink med folk og liksom ja. Hva skal jeg kalle det da. [Hen] var veldig lett å snakke med.» Det uformelle aspektet ved musikkterapien hvor klient og terapeut kan relatere gjennom ikke-kliniske hverdagslige temaer ble altså dratt fram som viktig for den terapeutiske relasjonen. Dette scenarioet, som også er en del av musikkterapien, kan forklares ut ifra ikke-musikalske aspekter. I likhet med Solli og Rolvsjord (2014) sin studie, uttrykte deltakere i denne studien at musikkterapien fungerte som en frihet fra behandling. Som en positiv opplevelse, uttrykte deltaker 2 at relasjonen til musikkterapeuten var veldig uformell, at de hadde en «kompis-vibe» og at musikkterapeuten derav var noen hen kunne hengt med utenfor DPS. Funnene viser at hjelpsomme faktorer i den terapeutiske relasjonen handler om noe så grunnleggende som en opplevelse av likeverdighet, samtidig som ikke-verbale musikalske intersubjektive øyeblikk for flere av deltakerne også står høyt på listen. For noen av deltakerne er den musikalske improvisasjonen med musikkterapeuten den viktigste byggesteinen i den terapeutiske relasjonen. Jeg vil derfor argumentere for at musikkterapi som behandling kan forklares ut ifra en balanse mellom ikke-musikalske og musikalske domener – alt etter hva konteksten tilsier og hva klienten selv legger i hvilken effekt musikkterapi har for dem.

I McCaffrey (2018) sin studie beskriver deltakerne den fleksibiliteten de opplever at musikkterapien gir i behandling. Hun skriver: «The degree to which music therapy flexibly places the individual at the centre of its process was highlighted by Luke. He described his experience of a personal trauma and the initial negative experiences of inflexible treatment approaches» (s. 36). Dette funnet korresponderer med utsagnene til deltakerne i denne studien, hvor alle nevnte å ha hatt negative opplevelser med tidligere rigide behandlere som ikke ga rom for fleksibilitet: «Jeg opplever at mange psykologer og psykiatere ser ting gjennom 'sjablonger'. Så de har hatt en slik tilnærming til meg. Musikkterapeuten har en holdning at 'hvordan kan jeg ta tak i dette'. Musikkterapeuten er mer fleksibel egentlig» (D4). Når samme deltaker ble spurt om hvilke konkrete elementer som må til for at det skal bli en god relasjon, uttrykte hen:

*At pasientene sine behov må være hovedfokus. At behandleren er fleksibel. Iblant får man ikke til å lage noe kreativt, iblant trenger man bare å snakke. For livet til pasientene går jo så opp og ned og det skjer ting. Og av og til orker man ikke snakke, og vil bare lytte til musikk. At man da ikke blir dømt. (D4)*

Tidligere funn viser altså at klienter verdsetter fleksibilitet i musikkterapeutisk behandling for at musikkterapien skal være effektiv, noe mine funn bekrefter. Deltakerne i denne studien viser at fleksibiliteten mellom verbale samtaler og musikalske aktiviteter også er viktig for den terapeutiske relasjonen mellom klient og terapeut. Deltaker 2 og 3 beskrev betydningsfulle intersubjektive musikalske øyeblikk de hadde hatt med sin musikkterapeut, som utmerket seg fra all annen behandling de tidligere hadde vært borti. Deltaker 4 beskrev den dype relasjonen hen hadde til musikkterapeuten sin da hen opplevde at musikkterapeuten var en av de få behandlerne som uttrykte gjennom kroppsspråk og ordlegging at de var villig til å høre på hva som faktisk ble uttrykt i samtaler om vanskelige ting. Deltaker 1 uttrykte at hen og musikkterapeut hadde bygget opp en sterk relasjon gjennom samarbeid i låtskriving. Funnene tilsier altså at klienter har veldig ulike behov og ulike forhold til musikk, noe som gjør at fleksibilitet i musikkterapi er helt nødvendig.

Ser vi på disse funnene, hvor alle har nevnt fleksibilitet som en viktig faktor da de tidligere har opplevd mer rigid behandling, er Rolvjords (2010) konsept «Collaboration rather than intervention» høyst relevant. Slik Rolvjords (2016) studie viser, krever den terapeutiske relasjonen bidrag fra begge hold, at klientene og musikkterapeutene samarbeider i den terapeutiske relasjonen. Deltaker 3 uttrykte: «Det er veldig givende for da... Du kjenner at vi bare jobber med hverandre i musikken da. Jeg slapp å føle på at musikkterapeuten var 'teacher' og jeg var 'kunde' hehe». Hen var tydelig på at hen følte en form for samarbeid, heller enn at musikkterapeuten tok på seg en 'lærerrolle', og dette var noen hen verdsatte. Dette strider imot det Bruscia (2014) beskriver som terapeutens rolle i musikk som terapi. Han skriver at musikkterapeuten er «The guide or facilitator who has the expertise needed to present the appropriate music or music experience to the client» (s. 45). Hva klientene trenger er altså veldig individuelt, hvor noen klienter trolig setter pris på at musikkterapeuten tar på seg en 'ekspertrolle' og kan veilede dem og ta kontroll i behandling, samtidig som mine funn viser at klienter også mener at et samarbeid er essensielt i musikkterapeutisk behandling. Ut ifra det vil jeg argumentere for at en balanse og lytting til klientenes behov fra øyeblikk til



øyeblikk, alltid er noe å strekke seg etter. Vi ser altså at konseptene fleksibilitet og samarbeid både blir presentert som viktige faktorer av klientene selv og av musikkterapiforskere-/forfattere. At musikkterapien oppleves som fleksibel, er ifølge deltakerne en kontrast til tidligere opplevd maktubalanse i behandling. Denne formen for fleksibilitet og samarbeid som flere musikkterapi klienter i min og andres studier beskriver, er i tråd med både recoveryorientert-, ressursorientert- og samfunnsmusikkterapi hvor medbestemmelsesrett, streben mot maktbalanse i behandling og samarbeid er hovedelementer.

#### **4.2 Å føle seg trygg og å bli utfordret i musikkterapi i psykisk helsevern**

Å føle seg trygg i relasjonen med musikkterapeuten var en viktig faktor for alle deltakerne, men ble uttrykt på forskjellige måter. Noen uttrykte konkret at trygghet var en essensiell faktor for en god terapeutisk relasjon:

*Jeg er trygg på musikkterapeuten. Det er jo derfor jeg klarer å snakke om de vanskelige tingene. Jeg hadde aldri sagt til en utrygg person at.. du, nå skal du høre.. dagen min var veldig kjip, vil du høre enda mer hvordan det er? (D1)*

Andre uttrykte dette på en mer indirekte måte ved å si: «Også er du ikke like glad for å si alt til en psykolog kanskje, at du ikke stoler på ham kanskje» (D3) når hen sammenlignet sitt forhold med sin nåværende musikkterapeut. Det er godt dokumentert at trygghet i en relasjon er en grunnleggende byggestein for en god relasjon – også i musikkterapilitteraturen.

Trondalen (2016) beskriver den terapeutiske relasjonen i musikkterapi som: «At a practical level, an alliance in therapy means positive bonding between the therapist and the client as they trust and care for each other» (s. 91). Trondalen påpeker at et emosjonelt bånd mellom klient og terapeut må inneholde trygghet, anerkjennelse og konfidensialitet og «Emerge from shared activities and mutual understanding, and from the content of the negotiation between therapist and client» (s. 91). Dette er i tråd med deltakernes uttalelser.

Trygghet i den terapeutiske relasjonen beskrives altså som en grunnleggende faktor – men det ser ikke ut til å ha blitt skrevet noe særlig om i kontekst av klienter fra psykisk helsefelt. Jeg anser dette som et viktig funn da dette bekrefter allerede eksisterende litteratur, men nå fra klientenes perspektiv. Slik som jeg har påpekt i artikkelen, finnes det mye stigma rundt psykiske helseplager i samfunnet generelt, og på institusjonene hvor klienter oppsøker hjelp.

Deltaker 3 påpekte at hen ikke er trygg på psykologen sin, noe som kan være mange grunner til. Denne utryggheten i den terapeutiske relasjonen kan trolig knyttes til opplevd maktubalanse i behandling. Slik vi har sett tidligere har flere av deltakerne uttrykt at de har følt seg nedverdige av tidligere behandlere. Denne opplevde maktubalansen har ført til at flere av deltakerne i denne studien er veldig var i første møte med nye behandlere. Deltaker 4 påpekte at hen sorterer veldig fort om en behandler utstråler trygghet eller ikke: «Begynnelsen på de første 5 minuttene av timen, så er det et mønster for resten av timen, så de er viktige». I dette sitatet refererer hen til at det inntrykket som inntas innen de første 5 minuttene, ofte stemmer overens med behandlingens videre forløp. Trondalen (2016) skriver om den non-verbale relasjonelle synkroniteten i første møte mellom klient og terapeut: «Eye contact, smiling, mimicked expressions, gestures, and sounds are all elements in a rhythmic coordination and synchronization process within a relating experience» (s. 51). I tråd med dette uttrykker deltaker 1 hva hen synes er viktig i det første møtet med behandler: «Det å være imøtekommende i blikket, det å kunne gjerne smile, det å kunne hilse på. Det er en god start syns jeg».

I NRMT-tradisjonen er: «The real contact is dependent upon listening in a careful way so that the contact is evident in the shared musical creation; the contact is perceptible auditorily rather than visually or physically» (Aigen, 2014a, s. 114). Verney (2010) utfordrer tanken om at det i det heletatt finnes en terapeutisk relasjon. Hun skriver også at det er opp til musikkterapeuten om man jobber mot et mer personlig eller en musikalsk relasjon. I tråd med deltakernes uttalelser fra denne studien, kan en slik holdning være avgjørende for om klienten føler seg trygg eller ikke. Hvis man som musikkterapeut møter en klient for første gang med en tro om at det først og fremst er musikken klienten relaterer til, vil dette i verste fall kunne oppleves som utrygt. Barn og personer innen psykisk helsevern er to ulike klientgrupper, men fellesfaktoren er at de aller fleste mennesker generelt, i ulik grad og på forskjellige måter, oppsøker sosial kontakt. Et barn vil, slik Verney (2010) beskriver, ofte trekkes mot musikken heller enn musikkterapeuten i det første møtet. Dette er bakgrunnen for hvorfor hun stiller spørsmålet om det finnes en terapeutisk relasjon. Det utelukker likevel ikke at barnet har behov for en trygg relasjon med musikkterapeuten som er uavhengig av musikken. En slik trygg relasjon beskriver deltakerne i denne studien at ofte oppstår gjennom musikkterapeutens innbydende kroppsspråk. Slik jeg har forstått det, har ikke musikkterapeuter innen NRMT-tradisjonen et sterkt fokus på visuell og fysisk relatering i møte med klienter da de mener at relateringen skjer gjennom musikken, mens Trondalen (2016) argumenterer for at en

grunnleggende ikke-verbal intersubjektiv relatering mellom mennesker er et medfødt behov, noe som betyr at relatering også skjer gjennom ikke-musikalske interaksjoner. Deltakerne fra denne studien har uttrykt at de fort kan lese på kroppsspråket til behandler om dette er noen de kan jobbe med eller ikke. Dette er også et viktig funn, da deltakerne her setter ord på at den ikke-musikalske relateringen mellom klient og terapeut kan være avgjørende for om de ønsker å fortsette behandlingen med musikkterapeuten eller ikke.

Ærlighet og mestring var to konsepter som ble knyttet sammen av deltakerne i denne studien. De uttrykte at dersom de har en trygg terapeutisk relasjon med sin musikkterapeut, ønsker de at musikkterapeuten skal være autentisk med dem:

*Jeg ønsker at musikkterapeuten skal gi tilbakemelding om det var noe jeg gjorde bra eller ikke, for da kjenner jeg at det er forventninger om at jeg skal få til noe. At man ikke bare skal få en klapp på skulderen, men at man vil ha en tilbakemelding som bygger på at 'jeg tror på at du får til dette'. (D4)*

Den forventningen/ønsket denne deltakeren har til sin musikkterapeut er på mange måter i tråd med både recoveryorientert- og ressursorientert musikkterapi, hvor det er en forventning om at klientene også står til ansvar for egen bedring i allianse med musikkterapeuten. Det kan være vanskelig å si hvor grensen skal gå på ærlige tilbakemeldinger angående klienters musikalske prestasjoner. Det å trå varsomt ble også nevnt som en viktig faktor. Deltaker 4 påpekte at man aldri kan vite hvor sårbar en klient er fra dag til dag, og at man derfor bør lese situasjonen før man kommer med ærlige tilbakemeldinger eller har for store forventninger til klientene. Det kan virke som om deltaker 4 prøver å uttrykke at hen ønsker at det skal være en balanse mellom at musikkterapeuten har for få og for mange forventninger til klientene. I forbindelse med å trå varsomt, påpekte hen også at det er viktig at musikkterapeuten har reflektert rundt det private aspektet ved musikkspilling og at det kan være sårbart for mange.

Jeg har enda ikke funnet musikkterapilitteratur som direkte tar opp temaet 'ærlige tilbakemeldinger' i musikkterapi, men Rolvsjord (2010) argumenterer for noe som kan knyttes til dette, nemlig at selvavsløring er en form for autenticitet i den terapeutiske relasjonen. Med selvavsløring mener hun at musikkterapeuten deler personlige aspekter av sitt liv for å oppnå en likestilt terapeutisk relasjon. Hun foreslår at selvavsløring fra musikkterapeutens side kan føre til at klientene også føler seg trygg og dermed tør å åpne seg. Jeg vil argumentere for at

det å gi ærlige tilbakemeldinger er en form for selvavsløring og krever at musikkterapeuten er autentisk, da det å gi ærlige tilbakemeldinger vil være basert på musikkterapeutens personlige meninger. Til slutt, sier funnene i denne studien at deltakerne ønsker en kombinasjon av fleksibilitet og struktur. På ene siden er klientene i behandling for en grunn og ønsker blant annet at musikkterapeuten har kompetanse til å håndtere vanskelige situasjoner hvor klienten opplever symptomer, mens på den andre siden ønsker klientene likestilt samarbeid, som er verdier som samsvarer tett med recoveryorientert-, ressursorientert- og samfunnsmusikkterapi. Oppsummert peker funnene mot at deltakerne ønsker å føle seg trygge nok på musikkterapeuten sin til å kunne være sårbar og ta imot hjelp, samtidig som de ønsker å selv bidra, at musikkterapien dermed blir et samarbeid – som igjen krever at begge parter i den terapeutiske relasjonen er likestilt.

#### **4. 3 Implikasjoner for forskning, praksis og utdanning**

Denne studien har utforsket klientenes egne perspektiver på den terapeutiske relasjonen i musikkterapi i psykisk helsevern. Denne studien hadde flere begrensinger. Det vil blant annet være interessant å gjenta en lignende studie med en større gruppe deltakere med en mer variert aldersgruppe. Deltakerne ble også valgt ut av musikkterapeutene selv, så om denne forskningen skal utvides, bør rekrutteringen skje av noen utenforstående for å redusere bias. Bias kan oppstå ved at musikkterapeuter velger ut klienter som de eksempelvis opplever å ha en god relasjon med. Til slutt, hvis studien skal utvides, bør det gjerne være et større forskningsteam involvert for å se over at transkribering og dataanalyse forstås likt av flere personer enn bare én, også for å unngå bias.

Denne studien har både presentert funn som bekrefter eksisterende litteratur, men nå med stemmene fra klientene selv, og unike funn som kan anses som implikasjoner for musikkterapeuter som allerede er ute i feltet, musikkterapistudenter, og for alle som har en finger med i spillet når musikkterapiutdanningens innhold skal revideres. Deltakerne har presentert perspektiver som kan være nyttig for nåværende musikkterapeuter som jobber tett på klienter å reflektere rundt. Da flere av funnene er ganske generelle, vil de kunne overføres til alle musikkterapifelt hvor den terapeutiske relasjonen mellom terapeut og klient står sentralt. Blant annet vil jeg fremheve at det er viktig å reflektere rundt sitt eget kroppsspråk og hvilke ord man velger å bruke i møte med klienter. Det er generelt viktig at musikkterapeuter er bevisst på hvordan deres måte å kommunisere på både kan redusere, eller

i verste fall bidra til, stigma. Jeg ønsker også å fremheve viktigheten av førsteinntrykk i møte med klienter. Trondalen (2016) har påpekt viktigheten av å skape trygghet ved første stund, men det er også viktig å tenke over at et godt førsteinntrykk faktisk kan være avgjørende for om en klient ønsker å fortsette musikkterapibehandling eller ikke. Funnene tyder på at det er viktig å reflektere rundt hvordan man presenterer sine musikalske ferdigheter for klienter. Som utdypet i artikkel, påpekte en deltaker at hen kunne føle seg ukomfortabel dersom musikkterapeuten tydelig viste at hen var på et mye høyere musikalsk nivå; at dette kunne oppleves som uopnåelig og derfor demotiverende. Dette vil åpenbart ikke gjelde for alle klienter, men det er likevel noe som kan være nyttig å ha i bakhodet i møtet med dem.

## **5. AVSLUTNING**

Denne kappen har vært et forsøk på å kartlegge konteksten for forskningsarbeidet mitt, redegjøre for alle deler av prosessen, altså utdyping av metode, og til slutt å presentere studiens relevans i forhold til det nåværende forskningsfeltet. Jeg har valgt å dele litteraturgjennomgangen i to: «den terapeutiske relasjonen» og «brukermedvirkning». Jeg har valgt å gjøre dette fordi det finnes mye teori om begge konseptene, men lite som kombinerer disse. I metoddelen har leser fått være med steg for steg i denne forskningsprosessen, fra start til slutt. Til slutt har funnene mine blitt satt opp mot den allerede eksisterende litteraturen som ble presentert i litteraturgjennomgangen. Denne delen har, med et kritisk blikk, vært et forsøk på å plassere mine funn i forskningsfeltet. Flere av funnene bekrefter konsepter som er i tråd med, eller som er direkte skrevet om i flere musikkterapeutiske tilnærminger, som relasjonell-, recoveryorientert-, ressursorientert- og samfunnsmusikkterapi. Jeg vil også fremheve at deltakerne har snakket om temaer som ikke er blitt skrevet mye om fra før, sett ifra et brukerperspektiv. Disse funnene har blitt fremhevet i partiet hvor implikasjoner for forskning, praksis og utdanning er presentert.

## LITTERATURLISTE

- Aigen, K. (2005). *Music-centered music therapy*. Barcelona Publishers.
- Aigen, K. (2014a). *The study of music therapy: current issues and concepts*. Routledge.  
<https://doi.org/10.4324/9781315882703>
- Aigen, K. (2014b). Music-centered dimensions of Nordoff-Robbins music therapy. *Music Therapy Perspectives*, 32(1), 18-29. <https://doi.org/10.1093/mtp/miu006>
- Alvesson, M., & Sköldbberg, K. (2009). *Reflexive methodology: new vistas for qualitative research* (2. utg.). Sage.
- Ansdell, G. (1999). *Music therapy as discourse and discipline: A study of "music therapist's dilemma."* (Doctoral Dissertation, City University, London).
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23.  
<https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Barkham, M., Lutz, W., & Castonguay, L. G. (2021). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (7th edition.). John Wiley & Sons, Incorporated.
- Bjørngen, D. (2013). Fremveksten av brukermedvirkning i Norge – strategier og tiltak for å styrke brukeres erfaringskunnskap i teori og praksis. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(4), 372–378. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2013-04-11>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260.  
<https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Borg, M., & Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13(5), 493–505.  
<https://doi.org/10.1080/09638230400006809>
- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2018). *Doing interviews* (2. utg.). SAGE Publications Ltd.  
<https://dx.doi.org/10.4135/9781529716665>
- Bruscia, K. E. (2014). *Defining music therapy* (3. utg.). Barcelona Publishers.
- Carman, T. (2016). Phenomenology. I H. Cappelen, T. S. Gendler, & J. Hawthorne (red.), *The Oxford Handbook of Philosophical Methodology*, *Oxford Handbooks* (s. 179–192). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199668779.013.31>
- Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. (2019). The role of common factors in psychotherapy outcome. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 207–231.  
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424>
- Falkum, E. (2018). Den terapeutiske alliansen. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0331
- Freud, S. (1958). *On the beginning of treatment: Further recommendations on the technique of psychoanalysis*. London: Hogarth Press. (Originalt verk publisert i 1913).
- Galletta, A., & Cross, W. E. (2013). *Mastering the Semi-Structured Interview and Beyond: From Research Design to Analysis and Publication* (Vol. 18). New York University Press.
- Gilbert, H., Rose, D., & Slade, M. (2008). The importance of relationships in mental health

- care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Services Research*, 8(1), 92–92.  
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-92>
- Giorgi, A., Giorgi, B., & Morley, J. (2017). The descriptive phenomenological psychological method. I. C. Willig & W. Rogers (Red.), *The SAGE Handbook of qualitative research in psychology* (s. 176-192). SAGE Publications Ltd,  
<https://dx.doi.org/10.4135/9781526405555.n11>
- Helsedirektoratet (2018). *Ledere må legge til rette for myndiggjorte pasienter og brukere*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/myndiggjorte-pasienter-brukere-fagpersoner-og-team/ledere-ma-legge-til-rette-for-myndiggjorte-pasienter-og-brukere#referere>
- Helsedirektoratet. (2022). *Brukermedvirkning*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>
- Horvath, A. O., & Symonds, D. B. (1991). Relation Between Working Alliance and Outcome in Psychotherapy: A Meta-Analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139–149. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139>
- Johansson, K. (2016). Mellom hermeneutikk og fenomenologi - et essay i vitenskapsteori. *Norsk forening for musikkterapi*.
- Karnieli-Miller, O., Strier, R., & Pessach, L. (2009). Power Relations in Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 19(2), 279-289.  
<https://doi.org/10.1177/1049732308329306>
- Kielland, T., Solli, H. P., & Trondalen, G. (2020). *Etableringshåndbok for musikkterapi i rus og psykisk helse*. NMH-publikasjoner.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Larsen, E., Nordal, A., & Aasheim, F. (2006). Brukermedvirkning - psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplan for psykisk helse. *Sosial- og helsedirektoratet*.
- Linde, T. A. (2022). *SAFE*. Universitet i Bergen. <https://www.uib.no/safe>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative Forskningsmetoder for Medisin og Helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- McCaffrey, T. (2018). Evaluating music therapy in adult mental health services: Tuning into service user perspectives. *Nordic Journal of Music Therapy*, 27(1), 28–43.  
<https://doi.org/10.1080/08098131.2017.1372510>
- Miller, T., Birch, M., Mauthner, M., & Jessop, J. (2012). *Ethics in qualitative research*. SAGE Publications Ltd. <https://dx.doi.org/10.4135/9781473913912>
- Nahum, D., Alfonso, C.A., Sönmez, E. (2019). Common Factors in Psychotherapy. I A. Javed, K. Fountoulakis (Red.), *Advances in Psychiatry* (s. 471-481). Springer, Cham.  
[https://doi.org/10.1007/978-3-319-70554-5\\_29](https://doi.org/10.1007/978-3-319-70554-5_29)
- Priestley, M. (1994). *Essays on analytical music therapy*. Barcelona Publishers.
- Qu, S. Q., & Dumay, J. (2011). The qualitative research interview. *Qualitative Research in Accounting and Management*, 8(3), 238-264.  
<https://doi.org/10.1108/11766091111162070>
- Rolvjord, R. (2008). En ressursorientert musikkterapi. I G. Trondalen, & E. Ruud

- (Red.), *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi*. NMH-publikasjoner.
- Rolvsvjord, R. (2010). *Resource-oriented music therapy in mental health care*. Barcelona Pub.
- Rolvsvjord, R. (2015). What clients do to make music therapy work: A qualitative multiple case study in adult mental health care. *Nordic Journal of Music Therapy*, 24(4), 296–321. <https://doi.org/10.1080/08098131.2014.964753>
- Rolvsvjord, R. (2016). Five episodes of clients' contributions to the therapeutic relationship: a qualitative study in adult mental health care. *Nordic Journal of Music Therapy*, 25(2), 159–184. <https://doi.org/10.1080/08098131.2015.1010562>
- Rolvsvjord, R. (2018). 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*, 21(1), 188-215. <https://www.muse.jhu.edu/article/759952>.
- Ruud, E. (2005). Philosophy and Theory of Science. I B. L. Wheeler (Red.), *Music Therapy Research*. Barcelona Publishers.
- Ruud, E. (2016). En relasjonell musikkterapi [Bokanmeldelse av Relational Music Therapy. An Intersubjective Perspective, av G. Trondalen, Barcelona Publishers, 2016, [177 sider], *Norsk forening for musikkterapi*, Musikkterapi 2-2016. <https://www.musikkterapi.no/2-2016/2017/1/18/en-relasjonell-musikkterapi>
- Slade, M. (2017). 100 råd som fremmer recovery – en veiledning for psykisk helsepersonell, 2. utgave, oversatt av R. K. Karlsen, I. Wormdahl og L. B. Ødegaard. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. <https://napha.no/multimedia/7492/Rapport-2-2017-nett.pdf>
- Smith, J. A. (2007). Hermeneutics, human sciences and health: linking theory and practice. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 2(1), 3–11. <https://doi.org/10.1080/17482620601016120>
- Smith, J. A., & Fieldsend, M. (2021). Interpretative phenomenological analysis. I P. M. Camic (Red.), *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design* (s. 147–166). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000252-008>
- Smith, J. A., Larkin, M., & Flowers, P. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. SAGE.
- Smith, J. A., & Shinebourne, P. (2012). Interpretative phenomenological analysis. I H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, & K. J. Sher (Red.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol. 2. Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (s. 73–82). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13620-005>
- Solli, H. P. (2012). MED PASIENTEN I FØRERSETET–Recovery-perspektivets implikasjoner for musikkterapi i psykisk helsearbeid. *Musikterapi i psykiatrien online*, 7(2). <https://doi.org/10.5278/ojs.mipo.v7i2.114>
- Solli, H. P. (2014). Battling illness with wellness: a qualitative case study of a young rapper's experiences with music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 24(3), 204–231. <https://doi.org/10.1080/08098131.2014.907334>
- Solli, H. P., & Rolvsjord, R. (2014). “The Opposite of Treatment”: A qualitative study of how



- patients diagnosed with psychosis experience music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy.*, 24(1), 67–92. <https://doi.org/10.1080/08098131.2014.890639>
- Stige, B., & Aarø, L. E. (2012). *Invitation to community music therapy* (1. utg.). Routledge.
- Stige, B., Malterud, K., & Midtgarden, T. (2009). Toward an Agenda for Evaluation of Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 19(10), 1504–1516. <https://doi.org/10.1177/1049732309348501>
- Trondalen, G. (2008). Musikkterapi: et relasjonelt perspektiv. I G. Trondalen, & E. Ruud (Red.), *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi*. NMH-publikasjoner.
- Trondalen, G. (2016). *Relational music therapy: an intersubjective perspective*. Barcelona Publishers.
- Trondalen, G. (2019). Musical intersubjectivity. *The Arts in Psychotherapy*, 65, 101589. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2019.101589>
- Trondalen, G., & Stige, B., & Dale, R., & Kielland, T. (2016). Musikkterapi i rus-behandling. Sykepleien. <https://sykepleien.no/meninger/innsjell/2016/08/musikkterapi-i-rusbehandling>
- Tuastad, L., Johansen, B., & Østerholt, A. L. (2018). Bruker spør bruker – Evaluering av prosjektet MOT82.
- Tuastad, L., Johansen, B., Østerholt, A. L., Nielsen, I., & McIvor, D. S. H. (2022). Being a person who plays in a band rather than being a person with a mental illness playing in a band: A qualitative study of stigma in the context of music therapy in mental health aftercare. *Nordic Journal of Music Therapy.*, 1–19. <https://doi.org/10.1080/08098131.2022.2075437>
- Universitetet i Bergen. (2022). Erfaringspanel. *Polyfon kunnskapsklynge for musikkterapi*. <https://www.uib.no/polyfon/152973/erfaringspanel>
- Verney, R., & Ansdell, G. (2010). *Conversations on Nordoff-Robbins music therapy* (Utg. 5). Barcelona Publishers.
- Wampold, B. E. (2013). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Routledge.
- Wampold, B. E., & Budge, S. L. (2012). The 2011 Leona Tyler Award Address: The Relationship – and Its Relationship to the Common and Specific Factors of Psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, 40(4), 601–623. <https://doi.org/10.1177/0011000011432709>
- Wheeler, B. L., & Bruscia, K. E. (2016). Overview of Music Therapy Research. I B. L. Wheeler, & K. Murphy (Red.), *Music Therapy Research* (3. utg., s. 1-9). Barcelona Publishers.
- Øverbø, T. (2017). *Erfaringskonsulenter – vanlige spørsmål*. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. <https://erfaringskompetanse.no/ressurs/erfaringskonsulenter-vanlige-sporsmal/>

# VEDLEGG 1: RETNINGSLINJER FOR NORDIC JOURNAL OF MUSIC THERAPY

krav som ikke gjelder min artikkel er ekskludert (eksempelvis retningslinjer for kvantitativ forskning osv.).

## About the Journal

*Nordic Journal of Music Therapy* is an international, peer-reviewed journal publishing high-quality, original research. Please see the journal's [Aims & Scope](#) for information about its focus and peer-review policy.

Please note that this journal only publishes manuscripts in English.

*Nordic Journal of Music Therapy* accepts the following types of article:

- Quantitative Studies
- Qualitative Studies
- Mixed Methods Studies
- Theoretical Studies
- Historical research
- Review Articles
- Essays
- Perspectives on practice
- Book Reviews
- Letters to the Editor
- Invited Commentaries

## Peer Review and Ethics

Taylor & Francis is committed to peer-review integrity and upholding the highest standards of review. Once your paper has been assessed for suitability by the editor, it will then be peer-reviewed by independent, anonymous expert referees. If you have shared an earlier version of your Author's Original Manuscript on a preprint server, please be aware that anonymity cannot be guaranteed. Further information on our preprints policy and citation requirements can be found on our Preprints Author Services page. Find out more about what to expect during peer review and read our guidance on publishing ethics. Although authors are encouraged to register their trials, they are asked to refrain from providing the trial registration number in the manuscript submission to ensure blinding. Once a manuscript is accepted, the trial registration number can be inserted in the manuscript

## **Preparing your Paper**

All authors submitting to medicine, biomedicine, health sciences, allied and public health journals should conform to the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, prepared by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE).

## **Style Guidelines**

Use Times New Roman font in size 12 with double-line spacing.

Margins should be at least 2.5cm (1 inch)

Use bold for your article title, with an initial capital letter for any proper nouns.

Indicate the abstract paragraph with a heading or by reducing the font size.

Keywords help readers find your article, so are vital for discoverability. If the journal instructions for authors don't give a set number of keywords to provide, aim for five or six.

This will show you the different levels of the heading section in your article:

First-level headings (e.g. Introduction, Conclusion) should be in bold, with an initial capital letter for any proper nouns.

Second-level headings should be in bold italics, with an initial capital letter for any proper nouns.

Third-level headings should be in italics, with an initial capital letter for any proper nouns.

Fourth-level headings should be in bold italics, at the beginning of a paragraph. The text follows immediately after a full stop (full point) or other punctuation mark.

Fifth-level headings should be in italics, at the beginning of a paragraph. The text follows immediately after a full stop (full point) or other punctuation mark.

Show clearly in your article text where the tables and figures should appear, for example, by writing.

Any spelling style is acceptable so long as it is consistent within the manuscript.

Section headings should be concise.

**Word count:** A typical manuscript will not exceed **6000 words** excluding tables, references, captions, footnotes and endnotes. Manuscripts that greatly exceed this will be critically reviewed with respect to length. Typically, manuscripts do not include more than 5 tables and figures combined. If you have more tables, consider condensing them or submitting some of

them as web supplementary material. Authors should include a word count on the title page.

A **structured abstract** of 200-250 words is required for all manuscripts submitted. Abstracts should use the following headings: Introduction; Method; Results; Discussion.

Each manuscript should have 3 to 6 **keywords**.

## **Formatting and Templates**

Manuscripts are accepted in English. Any consistent spelling and punctuation styles may be used. Please use double quotation marks, except where “a quotation is ‘within’ a quotation”. Long quotations of 40 words or more should be indented without quotation marks.

The main manuscript files should be compiled in the following order: main text; disclosure statement; acknowledgements; references; appendices (as appropriate); table(s) with caption(s) (on individual pages); figure caption(s) (as a list). Please do not include the actual figures in the manuscript as these need to be uploaded separately.

Funding information and Notes on Contributors will be added to the manuscript after acceptance of the manuscript.

The title page should include the title of your paper, all authors' names, all authors' affiliations, the corresponding author's correspondence details including email address, the manuscript's word count excluding tables, references, captions, footnotes and endnotes.

## **References**

Manuscripts need to follow the style requirements provided in the Publication Manual of the American Psychological Association (APA; 7th Edition). Please refer to this [link](#) for more information.

### *1.1 Empirically-based research*

This section includes reports of original research based upon quantitative and/or qualitative empirical material. We urge authors to follow the IMRaD principle whenever possible:

*Introduction:* Develop the problem of investigation, review pertinent literature, and state the aim of the work.

*Method:* Describe details of the method used (e.g. Design, Participants and Setting, Outcomes (or Data Sources), Intervention, Data analysis) so that - when relevant - the study may be replicated. The following subheading is required for manuscripts that report on human subjects research: **Ethical Considerations**. In this section, authors should specify that approval for human subjects research was obtained and informed consent/assent was obtained from study participants.

*Results:* Present representative empirical material.

*Discussion:* Summarize findings in relation to the study's research question(s). Contextualize findings in terms of the larger body of knowledge in the field. Discuss implications for the field of music therapy. Present limitations and recommendations for future research. A conclusion and statements about the significance of the work may be presented at the end of the discussion or in a separate section.

### *1.2 Qualitative Studies*

Qualitative research is a broad label covering approaches such as case studies and interpretive ethnography and biography, informed by a large range of perspectives, such as grounded theory, phenomenology, hermeneutics and critical theory, as well as feminist, postmodern, and postcolonial perspectives. How the researchers position themselves in this landscape determines to some degree the criteria of evaluation. While in some cases systematic analysis of the empirical material is central, in other cases the interpretative and critical aspects will be crucial. The reflexivity of the researcher will count as an important criterion in peer review. Authors should consult available guidelines such as Aigen's guidelines for publishing qualitative research (Aigen, 2012, including the supplementary web material) and the EPICURE agenda for evaluating qualitative research (Gold, 2010; Stige, Malterud, and Midtgarden, 2009).

#### **Hentet fra:**

[https://www.tandfonline.com/action/authorSubmission?journalCode=RNJM20&page=instructions&\\_ga=2.196359020.1173486931.1664275775-281038237.1662106031&\\_gl=1\\*1ey30sf\\*\\_ga\\*MjgxMDM4MjM3LjE2NjIxMDYwMzE.\\*\\_ga\\_0HYE8YG0M6\\*MTY2NDM2MDgyMi44LjEuMTY2NDM2MTU2OS4wLjAuMA..](https://www.tandfonline.com/action/authorSubmission?journalCode=RNJM20&page=instructions&_ga=2.196359020.1173486931.1664275775-281038237.1662106031&_gl=1*1ey30sf*_ga*MjgxMDM4MjM3LjE2NjIxMDYwMzE.*_ga_0HYE8YG0M6*MTY2NDM2MDgyMi44LjEuMTY2NDM2MTU2OS4wLjAuMA..)

[https://authorservices.taylorandfrancis.com/publishing-your-research/writing-your-paper/journal-manuscript-layout-guide/?\\_ga=2.229364700.1173486931.1664275775-281038237.1662106031&\\_gl=1\\*1ady5uf\\*\\_ga\\*MjgxMDM4MjM3LjE2NjIxMDYwMzE.\\*\\_ga\\_0HYE8YG0M6\\*MTY2NDM2MDgyMi44LjEuMTY2NDM2MzI3Ni4wLjAuMA..](https://authorservices.taylorandfrancis.com/publishing-your-research/writing-your-paper/journal-manuscript-layout-guide/?_ga=2.229364700.1173486931.1664275775-281038237.1662106031&_gl=1*1ady5uf*_ga*MjgxMDM4MjM3LjE2NjIxMDYwMzE.*_ga_0HYE8YG0M6*MTY2NDM2MDgyMi44LjEuMTY2NDM2MzI3Ni4wLjAuMA..)

## **VEDLEGG 2: NSD-GODKJENNING**

# NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

## NSD sin vurdering

### Prosjekttittel

Ρελοσφον μ ελλομ τεροπευτογ κλιεντι μ υσικκεροπι: εν κπολιτωπσωδιε

### Referansenummer

738518

### Registrert

29.09.2021 σπΚϕελΗφ/ρνετακ –ΚϕελΗφρνετακΞ υιβ.νο

### Behandlingsansvarlig institusjon

Υνιπερωτετετι Βεργεν / Φοκυλετφορκυνστ μ υσικκ ογ δεσγν / Γμεγοκοδεμ ιετ –Ινστυπφορμ υσικκ

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

ΚϕελΗφ/ρνετακ, κϕεληφρνετακΞ υιβ.νο, τϕι 47908438

### Type prosjekt

Συδενπροσφεκτ μ ασερωδιωμ

### Kontaktinformasjon, student

Δενισε Σρωμ ε Ηονσεν Μχιτωρ, Δενισε.ΜχιτωρΞ σωδεντυιβ.νο, τϕι 47625487

### Prosjektperiode

12.08.2021 –23.05.2022

### Status

02.11.2021 –ς υρδερα

## Vurdering (1)

### 02.11.2021 - Vurdert

Δετερσρωρδεραγ σαβεηονδλινγεν παλτ ρε ι σσμ σαρωμ εδ περσονπερνοπλιωνινγεν, σσφρεμ τδεν γφοννομ φ/ρεσι τδδ μ εδ δετσμ ερδοκυμ εντερτι μ ελδεσκαμ σετδεν 02.11.2021 μ εδ πεδλεγγ, σσμ τι μ ελδινγδιωλογεν μ ελλομ ιννμ ελδερογ ΝΣΔ. Βεηονδλινγεν καν σωρε.

ΤΥΠΕ ΟΠΠΛΥΣΝΙΝΓΕΡ ΟΓ ς ΑΡΙΓΗΕΤ

Προσφεκτετ παλβεηονδλε ομ ιννελιγε περσονοπλιωνινγερ ς ρινγε κωγομεροσπερσονοπλιωνινγερομ ηελοε φρεμ παλ23.05.2022.

ΛΟς ΛΙΓ ΓΡΥΝΝΛΑΓ

Προσφεκτετ παλιννηεντε σσμ τι κκε φραδε ρεγισπερετε παλβεηονδλινγεν σαπερσονοπλιωνινγερ ς Σρωρδεραγ ερ

at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

#### PERSONVERNPRINSIPPER

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

om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen

formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål

dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet

lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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



Kontaktperson hos NSD: Anne Lene L. Nymoen

Lykke til med prosjektet!

## VEDLEGG 3: SAMTYKKESKJEMA TIL DELTAKERNE

### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

«*Relasjon mellom terapeut og klient i musikkterapi: en kvalitativ studie*»

#### Bakgrunn og formål med studien

Dette er en forespørsel til deg om å delta i mitt forskningsprosjekt i forbindelse med min masteroppgave i musikkterapi ved Griegakademiet. Dette skrivet vil gi deg et lite innblikk i bakgrunnen min for masterprosjektet. Jeg er interessert i å undersøke hvordan musikkterapeuter ved distriktpspsykiatrisk senter opplever relasjoner i musikkterapibehandlingen, samt hva som eventuelt er hovedfaktorer for å skape en givende relasjon. Relasjon er en viktig del av musikkterapeutisk behandling, noe som gjenspeiles i litteraturen. Ifølge mine litteratursøk er det derimot skrevet lite om relasjon mellom terapeut og klient sett i fra brukerens perspektiv. Formålet med prosjektet er å få et innblikk i hva klientene selv mener skal til for å skape en god relasjon mellom terapeut og klient. Dette er et tema jeg er veldig interessert i og som jeg mener det er viktig å forske mer på.

#### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Det er Griegakademiet som er ansvarlig for prosjektet og det er meg Denise McIvor som skal gjennomføre studien. Universitetslektor/musikkterapeut Kjetil Hjørnevik er min veileder.

#### Hvorfor blir du spurt om å delta?

Du blir bedt om å delta i dette forskningsprosjektet fordi du har deltatt i musikkterapeuttilbudet på en DPS i løpet av 2021.

#### Hva vil din deltakelse innebære?

Hvis du velger å delta i dette forskningsprosjektet kommer du til å være med i et dybdeintervju hvor jeg stiller deg noen spørsmål. Det vil bli tatt lydopptak av intervjuet, og etter intervjuene er ferdig vil det skrives ned. Jeg vil så analysere svarene som blir gitt i forhold til problemstillingen. Dersom det er ønskelig, kan det ferdigstilte analyserte materialet sendes til deg for godkjenning før det brukes i min masteroppgave.

#### Det er frivillig å delta

Dette er et prosjekt som er frivillig å delta i, noe som innebærer at du når som helst kan trekke ditt samtykke. Alle opplysninger om deg vil dermed bli slettet, og dette vil ikke medføre noen

konsekvenser for deg. Har du spørsmål til prosjektet, eller ønsker å trekke deg, kan du kontakte masterstudent Denise McIvor på telefon 47625487 eller e-post

[Denisesh.97@gmail.com](mailto:Denisesh.97@gmail.com). Du kan også kontakte veileder Kjetil Hjørnevik på e-post: [Kjetil.hjornevik@uib.no](mailto:Kjetil.hjornevik@uib.no). Du trenger ikke å oppgi en begrunnelse for at du trekker din deltakelse.

## Ditt personvern

Opplysningene om deg vil bli behandlet konfidensielt og i samsvar med regelverket om personvern. Opplysningene om deg skal kun brukes til det formålet som står i dette skrivet, og det er kun jeg og veileder som vil ha tilgang til opplysningene om deg. Du vil ikke kunne gjenkjennes av andre som skal lese denne masteroppgaven, og lydopptakene og alt datamateriale vil lagres på en privat forskningsserver som krever tofaktorautentisering (Sikker Adgang til Forskningsdata og E-infrastruktur). All informasjon vil bli destruert etter prosjektslutt 23.05.2022. Denne studien er vurdert av NSD – Norsk senter for forskningsdata AS og samsvarer med personvernregelverket.

## Dine rettigheter

- - 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.

## Hvordan kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål eller innvendinger angående dette forskningsprosjektet kan du ta kontakt med:

- - Veileder fra Griegakademiet Kjetil Hjørnevik: [kjetil.hjornevik@uib.no](mailto:kjetil.hjornevik@uib.no)
- - Vårt personvernombud: Janecke Helene V eim: [Janecke.Veim@uib.no](mailto:Janecke.Veim@uib.no)
- - NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på e-post: [personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)

eller på telefon: 55582117

Med vennlig hilsen

Denise McIvor Kjetil Hjørnevik (Masterstudent) (Veileder)

## Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien til Denise S. H. McIvor, og er villig til å delta.

---

(Signatur fra prosjektdeltaker og dato)

# VEDLEGG 4: SAMTYKKESKJEMA TIL MUSIKKTERAPEUTENE

## Forespørsel om samtykke til at dine klienter kan delta i forskningsprosjektet

«*Relasjon mellom terapeut og klient i musikkterapi: en kvalitativ studie*»

### **Bakgrunn og formål med studien**

Dette er en forespørsel til dine klienter om å delta i mitt forskningsprosjekt i forbindelse med min masteroppgave i musikkterapi ved Griegakademiet. Dette skrivet vil gi deg et lite innblikk i bakgrunnen min for masterprosjektet. Jeg er interessert i å undersøke hvordan musikkterapi klienter ved distriktpspsykiatrisk senter opplever relasjoner i musikkterapibehandlingen, samt hva som eventuelt er hovedfaktorer for å skape en givende relasjon. Relasjon er en viktig del av musikkterapeutisk behandling, noe som gjenspeiles i litteraturen. Ifølge mine litteratursøk er det derimot skrevet lite om relasjon mellom terapeut og klient sett i fra brukerens perspektiv. Formålet med prosjektet er å få et innblikk i hva klientene selv mener skal til for å skape en god relasjon mellom terapeut og klient. Dette er et tema jeg er veldig interessert i og som jeg mener det er viktig å forske mer på.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Det er Griegakademiet som er ansvarlig for prosjektet og det er meg Denise McIvor som skal gjennomføre studien. Universitetslektor/musikkterapeut Kjetil Hjørnevik er min veileder.

### **Hvorfor blir dine klienter spurt om å delta?**

De blir bedt om å delta i dette forskningsprosjektet fordi de har deltatt i musikkterapitilbudet på en DPS i løpet av 2021.

### **Hva vil dine klienters deltakelse innebære?**

Klientene som velger å delta i dette forskningsprosjektet kommer til å være med i et dybdeintervju hvor jeg stiller dem noen spørsmål. Det vil bli tatt lydopptak av intervjuet, og etter intervjuene er ferdig vil det skrives ned. Jeg vil så analysere svarene som blir gitt i forhold til problemstillingen. Dersom det er ønskelig, kan det ferdigstilte analyserte materialet sendes til deg for godkjenning før det brukes i min masteroppgave.

### **Det er frivillig å delta**

Dette er et prosjekt som er frivillig å delta i, noe som innebærer at klientene når som helst kan trekke sitt samtykke. Alle opplysninger om dem vil dermed bli slettet, og dette vil ikke medføre noen konsekvenser for dem. Har du spørsmål til prosjektet, kan du kontakte masterstudent Denise McIvor på telefon 47625487 eller e-post [Denisesh.97@gmail.com](mailto:Denisesh.97@gmail.com). Du kan også kontakte veileder Kjetil Hjørnevik på e-post: [Kjetil.hjernevik@uib.no](mailto:Kjetil.hjernevik@uib.no). Klientene trenger ikke å oppgi en begrunnelse for at de trekker sin deltakelse.

## **Klientenes personvern**

Opplysningene om klientene vil bli behandlet konfidensielt og i samsvar med regelverket om personvern. Opplysningene om klientene skal kun brukes til det formålet som står i dette skrivet, og det er kun jeg og veileder som vil ha tilgang til opplysningene om dem. Klientene vil ikke kunne gjenkjennes av andre som skal lese denne masteroppgaven, og lydopptakene og alt datamateriale vil lagres på en privat forskningsserver som krever tofaktorautentisering (Sikker Adgang til Forskningsdata og E-infrastruktur). All informasjon vil bli destruert etter prosjektslutt 23.05.2022. Denne studien er vurdert av NSD – Norsk senter for forskningsdata AS og samsvarer med personvernregelverket.

## **Klientenes rettigheter**

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

## **Hvordan kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål eller innvendinger angående dette forskningsprosjektet kan du ta kontakt med:

- - Veileder fra Griegakademiet Kjetil Hjørnevik: [kjetil.hjornevik@uib.no](mailto:kjetil.hjornevik@uib.no)
- - Vårt personvernombud: Janecke Helene V eim: [Janecke.Veim@uib.no](mailto:Janecke.Veim@uib.no)
- - NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på e-post: [personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)

eller på telefon: 55582117

Med vennlig hilsen

Denise McIvor Kjetil Hjørnevik (Masterstudent) (Veileder)

## **Samtykke til at mine klienter kan omtale meg (musikkterapeut) i denne studien**

Jeg har mottatt informasjon om studien til Denise S. H. McIvor, og er villig til å delta.

---

(Signatur fra musikkterapeut og dato)

## VEDLEGG 5: INTERVJUGUIDE

### INTERVJUGUIDE

Jeg vil foreta et semistrukturert intervju, hvor jeg bevisst ønsker å stille åpne spørsmål. Denne intervjuguiden inneholder et skjema med en oversikt over spørsmål og oppfølgingsspørsmål som jeg tenker å bruke i dybdeintervjuene. Denne intervjuguiden er laget med rom for modifiseringer.

*«Relasjon mellom terapeut og klient i musikkterapi: en kvalitativ studie»*

Spørsmål	Oppfølgingsspørsmål
Hva legger du i begrepet relasjon?	
Hva tenker du at musikkterapi er?	Ser du på musikkterapi som behandling eller mer som en fritidsaktivitet?  Hvis du ikke ser på det som behandling, føler du det har hjulpet deg/har hatt noen effekt?
Ville du foretrukket å være med å bestemme forløpet i din første musikkterapitime, eller ville du foretrukket at musikkterapeuten tok et valg for deg, som for eksempel å lytte til musikk?	I så fall, hva er grunnen?
Hva tenker du skal til for å ha en god relasjon med et annet menneske?	
Hvordan opplever du relasjonen mellom deg og musikkterapeut?	
Føler du at du har nok tillit til musikkterapeuten for at du kan åpne opp og snakke om personlige ting? Føler du at det er plass til å ta opp vanskelige ting dersom du føler for det?	I så fall, hva er grunnen til det?

Opplever du at relasjonen mellom deg og musikkterapeuten er annerledes enn relasjonen til andre behandlere, eksempelvis en psykolog?	I så fall, hvordan?
Tror du at alder har noe å si for en relasjon, spesifikt mellom deg og musikkterapeut?	I så fall, på hvilken måte?
Har du noen konkrete elementer som gjør at du opplever relasjonen med musikkterapeut slik du gjør? (Hva er det for eksempel som gjør at du kommer overens med personen, eller føler deg trygg på personen?)	Har du noen konkrete eksempler på øyeblikk hvor du følte at du vibet med musikkterapeuten uten at dere kommuniserte med hverandre verbalt? Eksempelvis gjennom musikk?
Er det viktig for deg at musikkterapeut bruker et hverdagslig språk? Hvorfor?	I så fall, Hvorfor?
Er det noe mer du ønsker å tilføye?	