



## MUSIKKTERAPI VED DEPRESJON

Ein kvalitativ studie av brukarerfaringar

Masteroppgåve  
i musikkterapi



Av Tor Øyel Bidne Kvitne

Griegakademiet - Institutt for musikk  
Universitetet i Bergen  
Haust 2018

## Forord

*Masteroppgåva representerer for meg slutten på ei fantastisk og lærerik studietid på Griegakademiet i Bergen. Musikkterapistudiet har gitt meg mange verdifulle erfaringar og nye perspektiv på korleis samhandling og bruk av musikk kan føra til noko positivt og gjera ein forskjell for individ og samfunn. Eg er takksam for alle inspirerande møter med forelesarar, rett-leiarar, med-studentar og brukarar. Desse opplevingane har til saman ført til at eg har fengje eit engasjert forhold til musikkterapi som fag og praksis.*

*Eg har spesielt lyst til å takke personane som deltok i prosjektet for sin openheit, velvilje og for å kunne gjere denne oppgåva mogleg å utføra.*

*Eg har òg spesielt lyst til å takke min rettleiar Brynjulf Stige for sin vist tolmod og forståing, utfordra og inspirert meg, gitt gode råd og vore ei god støtte i prosessen.*

*Eg vil elles takke alle andre som har på ein eller fleire måtar har bidrege til at eg kunne klare å fullføre reisa. Nokre av dei er Lasse Tuastad, Simon Gilbertson, Øystein Lydvo, Wolfgang Schmid, Nina Merete Sunde, Maylinn Bidne Kvitne, Amalie Bidne Kvitne, Frédéric André Eftevåg Larsen, Snorre Rem Bergo, Mohammed Alesh, John Melås, Anna Osuch og mine kjære med-studentar.*

## ***Music therapy alongside depression***

The study has investigated how participation in music therapy can be experienced and be a support in an everyday-life of depression. In order to understand their experiences in context of music therapy as a health-service in mental health care, are they seen in context of a Recovery perspective. Four qualitative interviews were produced, presented and compiled with a hermeneutical and phenomenological approach. The findings showed that participation in music therapy could lead to challenging and positive experiences of collaborating with others and being active with music. It also showed that there was a correlation between experiences in music therapy and experiences from the everyday-life. Experiences of music and supportive collaboration could lead to positive feelings, a strengthened self-image, new insight and a changed perspective. These experiences led to new opportunities to live and master an everyday-life of depression.

## **Samanfatning**

*Studien har undersøkt korleis deltaking i musikkterapi kan verta opplevd og vera til hjelp for vaksne personar i ein kvardag med depresjon. For å kunne forstå desse opplevingane i kontekst av musikkterapi som eit helsetilbod i psykisk helsevern, vart dei sett i ljøs av eit Recovery-perspektiv. Fire kvalitative intervju vart produsert, presentert og samanlikna utifrå ein hermeneutisk og fenomenologisk tilnærming. Funna viste at deltaking i musikkterapi kunne føre til utfordrande og positive opplevingar av å samarbeide med andre og vera aktiv med musikk. Det viste òg at det var eit samspel mellom opplevingar i musikkterapi med opplevingar frå kvardagen. Opplevingar av musikk og eit støttande samarbeid kunne føre til positive kjensler, eit styrka sjølvbilet, ny innsikt og endra perspektiv. Det viste òg at desse opplevingane kunne føre til nye moglegheiter til å leva i og handtera ein kvardag med depresjon.*

# Innhald

Innleiing .....	1
Motivasjon og introduksjon av tema .....	1
Depresjon – ein omfattande utfordring for samfunn og individ .....	2
Musikkterapi ved depresjon.....	4
Brukarperspektivet.....	5
Problemstilling.....	7
Teoretiske perspektiv.....	9
Recovery-perspektivet .....	9
Musikkterapi og Recovery.....	13
Musikkterapi og Recovery ved depresjon .....	14
Metode.....	15
Val av tilnærming.....	15
Utval av deltakarar til prosjektet .....	16
Gjennomføring av kvalitative forskning-intervju og transkripsjon .....	18
Analyse, narrativ formidling og drøfting.....	19
Etiske vurderingar.....	20
Resultat.....	24
Om kontekst, deltakarar og prosess .....	24
Kvardagen før musikkterapi .....	25
Opplevingar og utviklingar i musikkterapi.....	26
Opplevingar og utviklingar i kvardagen .....	32
Diskusjon.....	39
Ein utfordrande kvardag .....	39
Musikkterapi i ein kvardag mot betring .....	40
Nøklar til velvære .....	41
I ljøs av tidlegare forskning .....	44
Avslutning .....	48
Kva studien utvikla av kunnskap.....	48
Implikasjonar for vidare forskning .....	49
Kjelder.....	51
Vedlegg (Rek-godkjenning, informasjonsskriv, intervjuguide) .....	59

## Innleiing

### Motivasjon og introduksjon av tema

*Eg har aldri slutta å vera nysgjerrig på kva moglegheiter musikk kan tilby. Eg har etterkvart erfart mange musikalske opplevingar, både ved å observera andre praktisera musikk, men og på eige hand eller i lag med andre. Det har verka som om det er noko universelt med musikk som gjer at det kan passe til mange forskjellige situasjonar. Samstundes har eg gjennom rollar som muskar, musikk lærar og musikkterapistudent opplevd at musikk kan verta nytta og ha ei påverkjingskraft på mange forskjellige måtar.*

*Å praktisera musikk har for meg vore veldig interessant og har bidrege til å gje meg eit rikare syn på kva musikk kan vera og kva moglegheiter det kan føre til. Likevel har det ikkje alltid vore like klart for meg korleis ein kan dra nytte av musikken i ulike kontekstar, men som musikkterapi-student har eg erfart korleis ulike kontekstar kan påverka korleis man best kan dra nytte av musikk som ein terapiform i ein gitt situasjon. Til dømes har eg erfart at musikkterapi har sett annleis ut i eldreomsorga, enn til dømes i fengsel eller i ein barnevernsinstitusjon. For eldre har eg erfart at det kan vera nyttig å bruke musikk som er knytt til minner, medan ved kriminalomsorg og barnevern kan det vera meir naturleg å komponera og framføra musikk. Andre aspekt som kan påverka og vise til forskjellar er til dømes kva utfordringar dei har, kva som er uttrykka å vera prioriterte behov, korleis lokala er, kva rollar personar har som arbeider der og kva som elles er betrakta som «normalt» i desse kontekstane. På denne måten har det verka som at det kan vera forskjellige aspekt i ulike kontekstar som kan vera viktig å ha omsyn til.*

*Min siste praksis har gått føre seg i psykisk helsevern ved distrikt psykiatriske sjukehus (DPS). Denne konteksten innebar at eg måtte forholde meg til individuelle og kollektive samarbeid med pasientar og medarbeidarar, og at musikkterapi aldri hadde vore eit tilbod før eg hadde min praksis der. I denne konteksten skulle eg samarbeida med eit tverrfagleg team med blant anna leger, sjukepleiarar, psykologar, sosionomar, aktivitetarar, fysioterapeutar og ergoterapeutar. Eg opplevde at desse arbeidsgruppene var kjend med kvarandre sine tilnærmingar og at dei var godt etablert i konteksten. Sjølv om eg opplevde at eg og den nye tilnærminga vart godt tatt imot, opplevde eg særleg i byrjinga at både pasientar og kollegaer var usikre på korleis musikkterapi eigentleg gjekk føre seg. Dei kunne òg lura på kva ein kunne forvente og korleis det kunne vera til hjelp for psykiske lidingar. Nokre hadde ikkje høyrte om musikkterapi før og fleire av dei som hadde høyrte om musikkterapi trudde det var ein behandling primært for pasientar med psykose. Til dømes, så hugsar eg ein lege spurde om korleis det fungerer for forskjellige diagnoser.*

*Eg opplevde at det kunne vera utfordrande å kunne gje eit klart og eintydig svar på dette, sidan eg ikkje var van med å tilnærma musikkterapien til spesifikke diagnoser. I min utdanning vart eg opplært til å ha hovudfokus på dei friske sidene og kva moglegheiter kvart individ har til tross for deira utfordringar. På grunnlag av erfaringar i praksis, opplevde eg etter kvart behovet for å klargjera korleis musikkterapi kan tilpassast ulike behov.*

I denne studien har eg derfor valt å fokusera på korleis musikkterapi kan vera til hjelp for ein konkret diagnose i kontekst av psykisk helsevern. Sidan eg har opplevd at personar som kjem til DPS ofte slit med depresjon, og at musikk ofte kan føra til eit betre humør, har eg valt å retta undersøkinga mot korleis me kan forstå musikkterapi i denne konteksten og korleis det spesifikt kan vera til hjelp for utfordringar av å leva med depresjon.

Undersøkinga har hatt som hensikt å kunne gje ein oversikt og bidra til ny kunnskap som kan vera til nytte for både musikkterapeutar, andre profesjonar i psykisk helsevern, personar som nyttar seg av musikkterapi og andre som er interessert i dette tema.

For å kunne trekkje tema inn i eit overordna perspektiv har undersøkinga nytta betringsperspektivet Recovery, som er eit innarbeida omgrep i fag- og forskingslitteraturen om psykisk helse (Karlsson & Borg, 2017, s. 12). Denne undersøkinga har lagt særleg vekt på brukarperspektivet, som er eit grunnleggjande perspektiv i Recovery-tradisjonen. Dette perspektivet vert nytta for å forstå korleis musikkterapi kan verta opplevd og vera til hjelp i denne konteksten.

### Depresjon – ein omfattande utfordring for samfunn og individ

I heile verda lever det i dag over 300 millionar menneskjer med depresjon. Det er rangert å vera den største årsaka til dårleg helse, og forventast å vera den leiande årsaka til uførleik ved år 2020. I verste fall kan depresjon føra til sjølv mord, der statistikk visar at omtrent 800 000 tar sitt liv kvart år (WHO, 2017). I Noreg kostar psykiske lidningar rundt 70 milliardar kroner per år ved trygd-, -behandlings- og sosial-utgifter. Depresjon vert sett på som ein av dei viktigaste grunnane til arbeidsfråvær, sjukemelding og uførleik (Helse og omsorgs-departementet, 2012-2013, s. 187).

I kontekst av psykisk helsevern er ikkje depresjon det same som å vera litt nedfor eller trist, men vert definert som ein sjukdom eller ein psykisk lidning som påverkar kvardagen over ei lengre tid (BMJ, 2018). I denne undersøkinga har eg valt å vidare omtale det som ein psykisk lidning sidan det refererer til at det er meir enn ein kroppsleg sjukdom, då det i tillegg handlar om eit individ si oppleving av lidning. Gjennom kartlegging i psykisk helsevern vert denne psykiske lidninga kjend att ved fleire karakteristiske symptom, der ein affektiv forstyrring er i kjernen av desse (Gotlib, Rottenberg & Bylsma, 2014; WHO 1992).

Internasjonale klassifikasjonar av psykiske lidningar inkluderer ei lang liste over forskjellige symptom som kan opplevast ved depresjon (WHO 1992). Vanlege symptom er uttrykt å vera; vedvarande lavt humør, kjensle av tomheit, kjensle av verdilauseheit, skuldkjensle, negativt

sjølvbilete, dårleg sjølvtilitt, redusert initiativ og redusert interesse i andre menneskjer og aktivitetar som ein vanlegvis liker, mangel på glede, mangel på energi, søvnforstyrningar, redusert eller sterkt auka appetitt, markert vektauking eller tap, redusert konsentrasjon og hukommelse, treig rørsle eller markert rastlausheit, redusert rådevite, og tankar om sjølvdrap (BMJ, 2018; WHO 1992). Forsking viser at når eit individ opplev fleire av desse symptoma over tid kan det føra til ei betydeleg svekking av individet sine moglegheiter til å fungera i kvardagen, og kan føra til at symptoma vert kroniske eller stadig tilbakevendande (WHO, 2012).

Forsking har vist at depresjon kan verta utløyst av både kroppslege, genetiske og miljøbaserte faktorar (BMJ, 2018; Palazidou, 2012). Depresjon visar å vera knytt til korleis hjernen fungerer, der det har vist teikn på at det er med på å gje forstyrningar ved den komplekse interaksjonen mellom tilgangen til neurotransmittarar og reguleringar ved reseptorar i hjernen (Palazidou, 2012). Depresjon kan vera arveleg og kan oppstå ved vitamin mangel, hormonendringar, ved kroppslege sjukdomar, ved andre psykiske lidingar, ved stoff- og alkoholmisbruk og som biverknad av medikamentbruk. Miljøbaserte faktorar kan òg vera med å auka risikoen for depresjon ved å ha opplevd ein vanskeleg barndom, alvorleg dysfunksjonelle relasjonar, samlivsbrot, dødsfall ved nære relasjonar, økonomiske problem, sosial isolasjon og mangel på vener eller familie i nærleiken (BMJ, 2018; Richards & O'Hara, 2014).

Til saman visar litteraturen at depresjon er ein vanleg psykisk liding, kan verta utløyst av mange faktorar og at det er ein omfattande utfordring for samfunn og individ (BMJ, 2018; WHO, 2017; Richards & O'Hara, 2014; Palazidou, 2012). Dette er med å vise til viktigskapen av å ha tiltak som kan fungera mot depresjon. Etter paragraf § 2-1 a, § 2-1 b, § 2-2, § 2-4 i pasient- og brukarrettsloven skal helse- og omsorgstenester i kommunen eller spesialisthelsetenesta kunne tilby nødvendig vurdering og gje informasjon om eventuelle tiltak og ved gjennomføring av tenestetilbod (2001). Etablerte tiltak mot depresjon i psykisk helsevern er medikamentell behandling, kognitiv terapi, kurs i depresjonsmeistring, jobbretta tiltak, vegleia sjølvhjelp, ljostrapi og elektrostimulering (Helsedirektoratet, 2016). No nyleg har ein sett på korleis musikkterapi kan vera ei relevant behandling for depresjon i kontekst av psykisk helsevern (Aalbers et al., 2017). Derfor vil denne undersøkinga vidare setja ljøs på kva musikkterapi er og kva litteratur som viser at det kan fungera som behandling ved depresjon.



## Musikkterapi ved depresjon

Musikkterapi kan verta definert som (Bruscia, 2014 s. 36);

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

Denne definisjonen uttrykker at musikkterapi involverer eit fokus på prosessarbeid, musikalske opplevingar og relasjonar for å kunne få til endringar ved individet si helse. I ein slik prosess har det vore vanleg i musikkterapi å nytta både reseptive (lytting til musikk) og aktive metodar (improvisasjon, rekreasjon, komposisjon og opplæring i instrument) saman med interaktiv relasjonsbygging (Wheeler, 2015; Bruscia, 2014; Ruud, 2010).

Gjennom historia har det vist seg at ei slik tilnærming har vorte nytta og vore til hjelp i blant anna pedagogiske, samfunnsorienterte, oppvekstrelaterte, medisinske og psykisk helse kontekster (Edwards, 2016). I kontekst av psykisk helsevern har kvantitativ forskning vist at musikkterapi kan føra til positive effektar ved psykiske lidingar (Helsedirektoratet, 2013; Grocke et al., 2013; Gold et al., 2013; Mössler, Chen, Heldal & Gold, 2011; Gold, Solli, Krüger & Lie, 2009).

Ei nyleg oppdatert metastudie om musikkterapi og depresjon hadde som fokus å utforske kva effekt musikkterapi kan ha for vaksne personar med depresjon (Aalbers et al., 2017). Dei utforska òg samanlikningar ved effekt i forhold til andre tilnærmingar som psykoterapi, medikamentbruk, samarbeidande omsorg, yrkesretta terapi og re-kreativ terapi. I tillegg vart det utforska om det var forskjell på effekten ved forskjellige formar for musikkterapi. Målingar som vart inkludert utforska nivå av depressive symptom, sosial- og arbeidsfunksjon, sjølvtilit, angst, kostnadseffekt av behandling, kor mange som forlata studien og kor nøgd dei var med behandlinga

Meta-analysen inkluderte 9 forskjellige kvantitative studiar, med totalt 421 deltakarar (Atiwannapat, Thaipisuttikul, Poopityastaporn & Katekaew, 2016; Albornoz, 2011; Erkkilä et al., 2011; Hendricks, 2001; Hendricks, Robinson, Bradley & Davis, 1999; Radulovic, 1996; Zerhusen, Boyle & Wilson, 1995; Hanser & Thompson 1994; Chen, 1992). Ved desse studiane vart det nytta aktiv musikkterapi (Albornoz, 2011; Erkkilä et al., 2011; Chen, 1992) resektiv musikkterapi (Hendricks, 2001; Radulovic, 1996; Zerhusen et al., 1995) og ein

kombinasjon av desse metodane (Atiwannapat et al., 2016; Hendricks, et al., 1999; Hanser & Thompson, 1994). Ved den eine studien vart ein spesifikk metode nytta som kombinerte musikk, rørsle, dikt, psychodrama og offentleg framføring (Albornoz, 2011). Sju av studia vart leia i gruppe-setting, medan to studiar innehaldt individuelle sesjonar (Aalbers et al., 2017).

Forfatarane av meta-analysen konkluderte med at musikkterapi kan, i lag med standard behandling, auka effekten ved redusering av depressive symptom og angstproblem, samt mogleg styrke funksjon i høve arbeid, aktivitet og relasjonar. Dei fann ingen monaleg forskjell ved effekt om kva som var best av reseptive eller aktive metodar, eller om musikkterapi var betre enn anna behandling (Aalbers et al., 2017). Studien viste òg til kvantitativ forskning på musikkterapi som er utført på ungdom og barn med depresjon som er den hittil største RCT-studien som er gjennomført med musikkterapi. Resultatet på forskinga viste signifikant redusering av symptom på depresjon hjå dei som gjekk til musikkterapi enn dei som ikkje gjorde det (Porter et al., 2016).

Denne kvantitative forskinga er viktig fordi det gjer grunn til å tru at musikkterapi kan ha noko for seg ved depresjonar. Statistiske samanhengar som avdekkjer kan sei noko om det er grunn til å tru at musikkterapi har noko effekt på depresjon når ein ser på større grupper. For den som konkret skal drive med musikkterapi er spørsmålet om dei statistiske samanhengane vil gjelde for den konkrete personen ein skal forsøkje å hjelpe. Musikkterapi kan tenkast å fungera på forskjellige måtar sidan ingen individ er like, sjølv om dei har den same diagnosen. Det er såleis eit viktig spørsmål om korleis musikkterapi kan fungera for forskjellige individ.

### Brukarperspektivet

Brucarane sine stemmer i psykisk helsevern har vorte uttrykt som eit lenge underprioritert perspektiv i forskning og praksis (Karlsson & Borg, 2017; Geekie, Randal, Lampshire & Read, 2012; Slade, 2009). I nyare tid har brukarperspektivet vorte stadig meir anerkjend internasjonalt som eit viktig perspektiv ved forskning og utføring av psykisk helsetenester (Furness, Armitage & Pitt, 2011; NICE, 2011; Fortune et al., 2010; Sweeney & Morgan, 2009; Stickley, 2006). I Noreg har det fått særleg merksemd etter at brukarorganisasjonane samla seg og stilte krav til at brukaren bør få vera meir sjølvstendig i sin eigen behandlingsprosess og at forskning bør ta utgangspunkt i menneskjer sine egne erfaringar med tilfriskning (Helsedirektoratet, 2018, Fellesaksjonen, u.å.).

Ved forskning på musikkterapi i psykisk helsevern har det etter kvart utvikla seg ein tradisjon å inkludera brukarperspektivet (McCaffrey, Carr, Solli & Hense, 2018; McCaffrey & Edwards, 2016; Rolvsjord, 2015; Rolvsjord, 2014; Hense, McCaffrey & McGorry, 2014; McCaffrey, 2014; Solli, 2014; Solli & Rolvsjord, 2014; Solli, Rolvsjord, & Borg, 2013; Stige, 2012; Carr et al., 2011; Rolvsjord, 2010; Ansdell & Meehan, 2010; Baines & Danko, 2010; Grocke, Block & Castle, 2009; Silverman, 2006; Baines, 2003; Stige, 1999; Clemencic-Jones, 1999; Hammel-Gormley, 1995; Dye, 1994; Heaney, 1992; Reker, 1991; Thaut, 1989). Ved å inkludera personlege erfaringar har det kunne gitt innsikt i korleis musikkterapi kan verta opplevd frå brukarar sitt perspektiv og vist til korleis det kan opplevast på liknande og ulike måtar. Eit slikt perspektiv er nyttig for å kunne forstå kva som gjer at musikkterapi kan vera til hjelp, kva som kan hindre at det kan vera til hjelp og korleis det kan tilpassast til individuelle behov.

Mykje av forskinga på musikkterapi som har samla fleire brukarstemmer har inkludert fleire typar psykiske lidingar, der berre nokre få har hatt fokus på ei spesifikk diagnose-gruppe (Solli, 2014; Solli & Rolvsjord, 2014; Solli, Rolvsjord & Borg, 2013; Lin et al., 2010). Det kan argumenterast for og imot om ein bør ha eit fokus på ei spesifikk diagnose-gruppe i forskning. For eksempel utifrå ein humanistisk tankegang skal musikkterapi kunne passe for alle, uavhengig av kva psykiske utfordringar dei måtte ha (Rolvsjord, 2010). Utifrå dette perspektivet er det paradoksalt at denne undersøkinga har fokus på depresjon som målgruppe. Ein kan likevel argumentera for at det kan vera ein fordel for å kunne forstå korleis musikkterapi kan tilpassast til individet sine utfordringar og behov sidan ulike diagnose-grupper kan ha særeigne forskjellar.

Eit slikt fokus vil vera eit naturleg perspektiv for helsearbeidarar ved DPS som til dagleg arbeidar gjennom kategoriserte diagnoser som ein måte å kommunisera på og kunne strukturera deira arbeid. Eit anna argument er at eit slikt spesifisert fokus kan vera med å påverka faglege råd og føringar frå helsemyndigheiter. Eksempel på dette er korleis studiar om musikkterapi ved psykose var med å få musikkterapi inn i dei nasjonale retningslinjene for psykose i Noreg (Helsedirektoratet, 2013) og i Storbritannia (NICE, 2014).

Eg fann kvalitativ forskning på musikkterapi som har hatt eit spesifikt fokus på korleis det har vore til hjelp ved utfordringar med depresjon (Heiderscheit & Madson, 2015; Summer, 2011; Stige, 2011; Lin et al., 2010). Det kan tenkjast å vera meir forskning som har sett på det same, men som kan vera vanskeleg å finne ved litteratursøk. Som eksempel på dette brukar ein artikkel andre omgrep enn depresjon i tittelen (Stige, 2011), men visar som dei andre artikkane

til skildringar av korleis musikkterapi vart opplevd og påverka ein utfordrande kvardag med depresjon.

Tre av artiklane er case-studiar som visar til korleis ein person sin deltaking i musikkterapi har utvikla seg over tid gjennom både musikkterapeuten og brukaren sitt perspektiv (Heiderscheit & Madson, 2015; Stige, 2011; Summer 2011). Den fjerde artikkelen har samla skildringar frå fleire brukarar om deira høgdepunktsopplevingar av å delta i ein spesifikk metode av musikkterapi (Lin et al., 2010). Alle artiklane visar til at deltaking i musikkterapi kunne utvikle seg over tid, opplevast som både utfordrande og glede fylt for brukarane og kunne gje innverknad på deira utfordringar med å leve med depresjon i kvardagen.

Denne studien har eit fokus på søkje innsikt frå eit brukarperspektiv om korleis musikkterapi kan verta opplevd og vera til hjelp ved depresjon. Sidan det finnes relativt lite kvalitativ forskning om tema, har eg valt å halde spørsmålet relativt opent. Forskinga inspirerte likevel til å inkludera eit kvardags-perspektiv for å kunne forstå korleis opplevingar av musikkterapi kan utvikla seg over tid og påverka, eller verta påverka, av kvardagslivet. Eg har derav valt ein to-delt problemstilling som lyder;

## Problemstilling

*Korleis opplev vaksne personar med depresjon musikkterapi?*

*- og korleis kan opplevingar i musikkterapi vera til hjelp i ein kvardag med depresjon?*

Sjølv om problemstillinga er open er det avgrensa til å ha fokus på korleis musikkterapi vert opplevd i kontekst av DPS. Det er gjort tydeleg i problemstillinga at målgruppa er vaksne personar, sidan ein må vera over atten år for å kunne få behandling ved DPS. Målgruppa er òg avgrensa til brukarar/personar som slit med depresjon. Dette er for å kunne tydeliggjera korleis musikkterapi kan vera til hjelp ved utfordringar som brukarar opplev ved depresjon.

Ved å ha fokus på opplevingar er problemstillinga retta mot å undersøkje tema gjennom eit brukarperspektiv. Ein slik problemstilling vil kunne bidra til ny erfaringskunnskap som kan vera nyttig til å kunne forstå korleis deltaking i musikkterapi kan verta opplevd. Det kan òg vera med å gje nyttig informasjon til *korleis* musikkterapi kan føre til redusering av depressive symptom og styrke funksjon i høve arbeid, aktivitet og relasjonar (Aalbers et al., 2017).

Som nemnt i Bruscia (2014) sin definisjon av musikkterapi, så vert det uttrykka at moglegheiter for endring skjer gjennom ein reflektiv prosess. Kvalitativ forskning viser òg til at det kan vera viktig å ha eit prosessfokus ved at forskjellige opplevingar kan skje undervegs og at det kan påverka kvardagen. Med å ha denne problemstillinga open er det mogleg å kunne setja ljøs på kva som skjer i prosessen og såleis kunne forstå kva som kan vera viktig for ein positiv utvikling. For å kunne forstå korleis prosessen kan verta opplevd og vera til hjelp i ein kvardag med depresjon vil det òg vera naudsynt å sjå den i ljøs av eit betringsperspektiv.

Denne tilnærminga kan passe med eit Recovery-perspektiv, som ser på betring av psykisk helse som noko som skjer gjennom ein prosess (Slade, 2009). Eit Recovery-perspektiv har òg vist til viktigskapen av å inkludera brukarerfaringar og har fått aukande merksemd i forskning på musikkterapi og andre psykisk helsevern-tenester (McCaffrey, Carr, Solli & Hense, 2018; Loos et al., 2017; NICE, 2011; WHO, 2005). Derfor ser eg på Recovery som eit naturleg perspektiv å setja ljøs på og diskutera ytterligare i fylgjande avsnitt.

## Teoretiske perspektiv

Det kan finnast mange måtar å nærma seg ei forståing av kva som må til for at eit menneske skal kunne vera lykkeleg og kunne leva eit liv som dei kjenner seg nøgd med. Denne studien tar utgangspunkt i ein diskurs som er knytt til menneskerettane (UN General Assembly, 1948) og har ein hovudorientering med Recovery som ramme. Recovery vil ikkje verta nytta som ein gitt teori, men fungera som eit overordna perspektiv å reflektera ut i frå. Dette kapittelet har søkt ei innsikt i kva recovery-perspektivet står for som eit konsept i psykisk helsevern, samt verta nytta som eit perspektiv å kunne forstå kvifor musikkterapi kan vera til hjelp.

### Recovery-perspektivet

Omgrepet *Recovery* er eit konsept som er vorte stadig meir nytta til å kunne beskriva og definera mål og hensikt med tenestar innan psykisk helsevern (Slade, Adams, & O'Hagan, 2012). Sjølv om det er mykje nytta, er det eit omgrep som har hatt forskjellige betydingar i fag-litteraturen (Slade et al., 2012; Davidson & Roe, 2007). Recovery-omgrepet har røter i eit humanistisk verdisyn og vart utvikla på bakgrunn av samlingar av uttalte erfaringar som brukarar har hatt med psykisk helsevern (Slade, 2009, s. 35-49).

Dei fyrste erfaringane frå brukarar uttrykka blant anna misnøye og krav om sivile rettigheitar og sjølvstendigheit. Dette har vorte sett på som ein respons på ei lang historie av inhuman og ekspertstyrt behandling, som blant anna førte til stigmatisering, deindividualisering og forverring av tilstand (Slade, 2009). Brukarane sine krav omhandla blant anna retten til eit trygt, verdig, personleg og gledeleg liv i samfunnet, til tross for deira psykiatriske tilstand (Davidson, Tondora, Lawless, O'Connell & Rowe, 2009). Samtidig viste det seg å kunne gje innsikt i korleis det er å leva med ei psykisk lidning, kva som kan hjelpe under psykisk helsevern og kva som kan hjelpe utover det å vera i ein rolle som pasient (Ridgway, 2001; Coleman, 1999).

Det tradisjonelle betringperspektivet er uttrykt å ha eit ekspertstyrt fokus som har omhandla å administrera risiko, unngå tilbakefall, kartleggja symptom og måla effekten av intervensjonar. Det har med slike metodar hatt eit syn på at betring er noko som kan observerast ved reduksjon av mengd og nærvær av symptom (Slade, 2009; Amering & Oades, 2008). Ut ifrå dei ovannemnte erfaringane har omgrepet *Recovery* vorte nytta i litterære diskusjonar om eit yn-skjeleg skifte frå eit tradisjonelt klinisk fokus som har råda i psykisk helsevern (Slade, 2009).

Ein fellesnemnar i desse diskusjonane er eit syn på at eit menneskje er meir enn berre ein samling av symptom, og at ein Recovery-prosess er ein personleg prosess med eit fokus framover i livet (Slade, 2009; Davidson, Schmutte, Dinzeo & Andres-Hyman, 2008; Schrank & Slade, 2007; Bellack, 2006; Secker, Membrey, Grove & Seebohm, 2002). Ved eit slikt perspektiv på betring er Recovery ofte definert som (Anthony, 1993);

*... a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even within the limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness (s. 7).*

Recovery vert definert som *ein djupt personleg og unik prosess* som omhandlar å endre *haldning, verdiar, kjensler, mål, roller, meining og hensikt i livet*. Det vert samtidig definert som *ein måte å leva på* som er *tilfredsstillande, håpefullt, og medverkande liv* sjølv om ein er prega av avgrensingar og katastrofale konsekvensar som er forårsaka av å ha ei psykisk lidning. Ein anna definisjon spesifiserer at Recovery ikkje handlar om å ha eit problemfokus, men å kunne ha fokus på brukarperspektivet og menneskje bak diagnosen (Repper & Perkins, 2003);

*Recovery is not about "getting rid" of problems. It is about seeing people beyond their problems – their abilities, possibilities, interests and dreams – and recovering the social roles and relationships that give life value and meaning (s. 9).*

Saman med den fyrste definisjonen tilfører denne definisjonen at ein Recovery-prosess omhandlar å ha fokus på brukaren sine *ferdigheiter, moglegheiter, interesser, draumar* og kunne utvikle *sosiale rollar og relasjonar som gjer verdi og meining i livet*. Definisjonane seier noko om korleis ein brukar kan verta betre og kva fokus ein helse-arbeidar bør ha i møte med brukar. Eit slikt skifte har uttrykt å kunne vera ei utfordring for dei som har arbeida ut ifrå tradisjonelle prinsipp (Pilgrim, 2008);

*An emphasis on diagnosis (a categorical or nomothetic approach to human functioning) is inimical to social-existential formulations (an idiographic or biographical approach). The user emphasis on choice is incompatible with the willingness of psychiatric professionals to continue to defend or even embrace their role as rule enforcers or agents of social control. "Mental health law" and biological psychiatry are seen as*

*opposing this expectation about freedom and biographical sensitivity; they are viewed as an impediment to, not vehicle for, recovery. (s. 300).*

I fylgje dette perspektivet kan det fort oppstå ein skeiv maktfordeling i møtet mellom helsepersonell og ein brukar. Denne skeivfordelinga kan skje ved at den profesjonelle får ei rolle som den utdanna ekspertten som sit med svaret på kva ein brukar må gjera eller veta for å verta betre. I tråd med humanistiske og eksistensielle vilkår og kontekst, har eit Recovery-perspektiv fokus på at *fridom, verdigheit* og *ei styrka rolle* kan føre til betring (Kogstad, Ekeland & Hummelvoll, 2011; Malterud, 2010). På grunnlag av krav og erfaringar frå brukarar bør brukaren verta sett på som ein *ekspert på eiga oppleving* og som ein *aktiv agent* som kan ta *ansvar i eige liv og prosess* mot betring (Pilgrim, 2009).

Sjølv om brukarar har uttrykka at det var viktig å kunne styre og vera ansvarleg i sin eigen prosess, har brukarar uttrykka at relasjonar har vore viktig ved deira Recovery-prosess. Brukarar uttrykka at hjelpsame relasjonar har vore farga av samarbeid, delt makt, tilgjengelegheit, openheit, respekt, gjensidig tillit og utfordring av grenser. Desse relasjonane har òg gitt moglegheit til å kunne få og gje støtte og utvikla sine sosiale rollar (Slade, 2009; Borg & Kristiansen, 2004). Dette visar til viktigskaen av at det vert lagt til rette for at sosiale rollar og likeverdige relasjonar kan få utvikle seg, og at helsepersonell bør tilnærma seg brukarar som eit med-menneskje (Repper og Perkins, 2003);

*...the ability to recognize the humanity of those with whom we work, value them and recognize the importance of their lives forms the essential bedrock upon which supportive, hope-inspiring relationships are based. An individual is much more likely to begin to value himself/herself if others value him/her (s. 78).*

I ein metasyntese av brukarerfaringar, har viktige aspekt ved Recovery vorte kategorisert i fem typar prosessar (Leamy, Bird, Le Boutillier, Willams & Slade, 2011, s. 448);

***Connectedness*** (*Peer support and support groups, relationships, support from others, being part of the community*).

***Hope and optimism about the future*** (*belief in possibility of recovery, motivation to change, hope-inspiring relationships, positive thinking and valuing success, having dreams and aspirations*).

***Identity*** (*dimensions of identity, rebuilding/redefining positive sense of identity,*



*overcoming stigma*).

**Meaning in life** (*meaning of mental illness experiences, spirituality, quality of life, meaningful life and social roles, meaningful life and social goals, rebuilding life*)

**Empowerment** (*personal responsibility, control over life, and focusing upon strengths*).

Desse prosessane er i tråd med perspektiva frå dei tidlegare nemnte definisjonane. Akronymet *CHIME* kan gjera det lettare å hugse kva konseptet Recovery handlar om og kva brukarar har meint å vera viktig i prosessen mot eit betre liv. Metasyntesa viser at mange brukarar har opplevd slike prosessar som ei reise, som kan vera lang og uviss, innehalde utfordringar undervegs og skje over fleire etappar. Desse etappane kan verta framstilt utifrå ein fem-trinns modell for endring; *precontemplation* (før-refleksjon), *contemplation* (refleksjon), *preparation* (førebuing), *action* (handling), *maintenance* (vedlikehald) and *growth* (vekst) (Leamy et al., s. 449). Ved fyrste etappe, *før-refleksjon*, har mange opplevd å vera overvelda og å vera i krise. Ved *refleksjon* har mange opplevd å kunne akseptera hjelp og få tilbake håp. Ved *førebuing* har mange opplevd å byrja å tru og ikkje berre sjå seg sjølv som sjuk. Fleire har òg opplevd å verta meir sjølvstendig og målbevisst. Ved *handling* har mange opplevd ein viss form for betring, å kunne læra og å kunne leva med ulike utfordringar. Dei har òg opplevd å få tilbake det tapte og verta meir aktiv i meiningsfulle aktivitetar. Ved siste etappe, *vedlikehald og vekst*, har mange opplevd å kunne oppleva vekst, ein forbetra livskvalitet, å verta sjølvstendig, få sjølvtilitt, leva eit godt liv til tross for utfordringar, kunne yte i arbeid og kunne aktivt holde ut.

Til saman kan ein forstå at Recovery handlar om ei endring frå å stå fast i ei krise til å ha eit positivt sjølvbilete og kunne leva eit tilfredsstillande, meiningsfullt, håpefullt, sosialt, sjølvstendig, motstandsdyktig og medverkande liv til tross for ulike problem (Repper & Perkins, 2003; Anthony, 1993). Recovery vert ikkje framstilt som å kunne oppstå med ein gong, men noko som kan endra seg gradvis gjennom fleire etappar av personlege og sosiale prosessar som kan vera utfordrande undervegs. Det er uttrykka som essensielt ved Recovery at personen som ynskjer endring sjølv er aktiv og ansvarleg, men kan òg ha nytte av samarbeidande, utfordrande, anerkjennande og likeverdige relasjonar i prosessen. (Leamy et al., 2011).

Ved nordisk og britisk forskning er Recovery-omgrepet framstilt som ein sosial og personleg betringssprosess med eit framheva fokus på samfunnsforhold, levekår og sosiale prosessar. Det vert minna om viktigskapen av myndiggjering, gjenvinning av kontroll og at heimen, arbeid

aktivitet, utdanning, pengar, sosiale arenaer, lokal-miljøet, vener og familie kan ha stor betydning for ein betringsprosess ved psykisk helse- og rusarbeid (Helsedirektoratet, 2014). Med omgrepet «Recoverydanning» minner norsk litteratur om at det kan vera viktig å utvikle måtar å arbeide Recovery-orientert gjennom samarbeid for å kunne forstå kva innstilling brukarar og helsearbeidarar bør ha (Karlsson & Borg, 2017, s. 82).

Til saman kan kunnskap frå eit Recovery-perspektiv vera eit nyttig rammeverktøy ved korleis me kan forstå at musikkterapi kan vera til hjelp og korleis det bør utviklast i kontekst av psykisk helsevern.

### Musikkterapi og Recovery

Recovery-perspektivet har fått aukande merksemd i litteratur om musikkterapi i psykisk helsevern (McCaffrey, Carr, Solli & Hense, 2018; McCaffrey, 2018; Hense & McFerran, 2017; McCaffrey & Edwards, 2016; Hense, McFerran, Killackey & McGorry, 2016; Hense, McFerran & McGorry, 2014; Solli, 2014; Eyre, 2013; Solli, Rolvsjord & Borg, 2013; McCaffrey, Edwards & Fannon, 2011; Kaser, 2011; Kooij, 2009; Chhina, 2004). Forskinga har diskutert korleis me kan forstå musikkterapi som ein Recovery-orientert tilnærming og undersøkt korleis brukarperspektivet kan fortelja om korleis musikkterapi kan vera ei støtte ved ein betringsprosess. Ut i frå desse diskusjonane har ein musikkterapi-tradisjon som er tufta på ein humanistisk, samfunnsretta og ressursorientert tilnærming verka å likna mykje på menneske- og helseperspektivet til ein Recovery-tilnærming (Solli, 2014).

Ein nyleg utgjeving uttrykka at betringserfaringar frå musikkterapi kan sjåast i likskap med *CHIME*-prosessar (McCaffrey et al., 2018). Forskinga som er referert til visar at brukarar med psykiske lidingar har uttrykka at deltaking i musikkterapi har ført til opplevingar som *glede, velvære, fridom, kontroll, styrke, sjølvtilitt, sjølvverdi, avslapping, meining, motivasjon og håp*. Dette kunne dei få gjennom opplevingar av *å få tilbake eller oppnå ei interesse i musikk, verta engasjert, kunne utfordra seg, kunne meistra, kunne kome i kontakt med og uttrykka kjensler, kunne regulera seg, kunne kome i kontakt med andre, føle seg akseptert og at ein høyrer til, kunne samarbeide, få venskaplege relasjonar, få nye sosiale rollar, få fokus på anna enn sjukdom og oppleve at destruktive tankar ikkje var tilstade* (Hense, McFerran, Killackey, & McGorry, 2016; McCaffrey & Edwards, 2016; Solli & Rolvsjord, 2014; McCaffrey & Edwards, 2015; Carr, 2014; Solli, Rolvsjord, & Borg, 2013; Ansdell & Mehan, 2010; Rolvsjord, 2010). Desse opplevingane visar tydeleg at deltaking i musikkterapi kan føre til opplevingar som er sett som viktige for ein Recovery-prosess og kan visa til korleis

musikkterapi kan fungera. Litteraturen visar ofte til fleire tematiske skildringar av opplevingar som viste seg å vera positive. Samstundes kjem det ikkje alltid fram kjem korleis prosessen utvikla seg.

Eit prosessfokus har blant anna vist at musikkterapi kan føra til utfordringar i møte med krav om musikalsk deltaking og ved å kunne samarbeide med andre (McCaffrey, 2018, s. 39).

Denne studien uttrykka at utfordringar i musikkterapi framleis er eit underutforska tema i forskning på musikkterapi og er såleis med på vise til viktigskapen av å ha eit fokus på brukarperspektivet og undersøkje korleis musikkterapi kan utvikle seg som ein betringsprosess.

### Musikkterapi og Recovery ved depresjon

Forskning har nytta Recovery-perspektivet for å forstå korleis musikkterapi har vorte opplevd og spesifikt vore til hjelp ved symptom på psykose (Solli, 2014), og andre typar psykiske lidingar (McCaffrey, Carr, Solli & Hense, 2018; Hense & McFerran, 2017; Edwards & McCaffrey, 2016; Eyre, 2013; Solli, Rolvsjord & Borg, 2013; McCaffrey, Edwards & Fannon, 2011; Kaser, 2011; Kooij, 2009; Chhina, 2004). Samstundes ser eg at ingen har konkret nytta Recovery-perspektivet ved utfordringar med depresjon.

Kvantitativ forskning har vist til at musikkterapi kan ha positiv effekt ved redusering av depressive symptom, angst og styrka funksjon i kvardagen (Aalbers et al., 2017). Denne studien vil undersøkje *korleis* musikkterapi kan vera til hjelp, samt visa til korleis me kan forstå det utifrå eit brukar-, prosess- og betringsperspektiv som Recovery.

## Metode

Ved dei to fyrste kapitla vart det nytta relevant litteratur frå fysiske og elektroniske kjelder. Litteraturen er funnen ved å nytta søkjemotorar ved blant anna Bibsys: Oria, Google Scholar, Nordic Journal of Music Therapy, Voices – A World Forum for Music Therapy, Journal of Music Therapy og British Journal of Music Therapy. Det vart søkt med kombinasjonar av ord som; music therap\*, depress\*, mood, mental health, service user, recovery mfl.

I dette kapitlet vil eg grunngje og beskriva dei metodiske vala som eg tok for å kunne svare på spørsmåla «*Korleis opplev vaksne personar med depresjon musikkterapi? - og korleis kan opplevingar i musikkterapi vera til hjelp i ein kvardag med depresjon?*». Eg vil gjere greie for val av tilnærming, fylgja opp med beskrivingar av forskingsprosessen og korleis eg har valt å analysera og formidla data. Eg vil òg visa til etiske vurderingar som vart gjort for å kunne bevare ei forsvarleg organisering og utøving av forskinga.

### Val av tilnærming

Som tidlegare nemnt er problemstillinga motivert ut ifrå eit mål om å setje ljøs på og kunne forstå korleis musikkterapi kan verta opplevd ved depresjon i kontekst av DPS. Den er òg motivert ut ifrå å kunne forstå korleis musikkterapi kan utvikle seg som ein prosess og korleis opplevingar i prosessen kan vera til hjelp ved utfordringar som er forårsaka av depresjon. Ved å ha dette fokuset har det falt naturleg for meg å ha både ein fenomenologisk og ein hermeneutisk tilnærming i undersøkinga, samt å intervju personar med eit semi-strukturert forskingsintervju (Kvale & Brinkmann, 2015).

Ein fenomenologisk tilnærming har fokus på å kunne skildre menneskjer sin livsverd (Kvale & Brinkmann, 2015; Giorgi, 1985). Ein slik tilnærming handlar om å undersøkje ulike fenomen slik dei opptrer for menneskjer i konkrete situasjonar i kvardagen, og såleis kunne trekkje meiningsberande essensar av fenomenet som er i fokus (Lindseth og Norberg, 2004). Ved denne undersøkinga har det fenomenologiske fokuset dreia seg om å kunne forstå korleis musikkterapi kan verte opplevd utifrå personar sine skildra erfaringar og korleis me kan forstå fenomenet av at musikkterapi kan vera ei hjelp ved depresjon. Eit slikt fokus kan gje ny forståing av kvifor musikkterapi kan fungera for enkeltindivid og korleis det kan utvikla seg over tid.

Ein hermeneutisk tilnærming har fokus på å kunne fortolke og formidla tekst (Kvale & Brinkmann, 2015). Ein slik tilnærming er uttrykka å handle om eit grunnleggjande prinsipp om at

fortolkingsprosessen er ein stadig veksling mellom forståing av deler av ein tekst og forståinga av teksten som heilheit. Tilnærminga kan sjåast som ein hermeneutisk sirkel som visar til at me alltid har ei oppfatning av ein heilskap med oss som kan verta forandra gjennom ny fortolking og såleis kunne gje ei utdjupa forståing av heilskapen (Krogh, 2014, s. 53-56). Ein hermeneutisk tilnærming i denne studien er ikkje vorte nytta som ein metode, men som ein medvit om at forståing omhandlar ein prosess frå ein før-refleksjon som vert revidert gjennom fortolking. På grunnlag av dette har eg forsøkt å vera kritisk til mine val og eiga tolking samt å vera tydeleg til kva før-forståing teksten er skrive utifrå.

Gjennom alle stega i forskingsprosessen frå start til sluttprodukt har eg kontinuerleg tenkt på fleire dimensjonar ved utføringa av undersøkinga. Eg har sett på det som viktig å kunne utføra forskinga forsvarleg, ha medvit om vitskapeleg kvalitet og ha merksemd mot å kunne utvikla rike og fortolka historier med kapasitet til å fasilitera endring. I tillegg til å ha hatt ein hermeneutisk og fenomenologisk tankegang har akronymet EPICURE fungert som eit rammeverk i prosessen. Dette har minna meg om viktige aspekt som eg må vurderer, der i blant mi eiga rolle til fenomenet eller situasjonen, prosessering av empirisk materiale, fortolking av utviklande beskrivingar, kritikk til prosess og produkt, konsekvensar og forhold for forskning, nytteverdi, relevans samt etikk i høve sosiale situasjonar og samfunn (Stige, Malterud & Midtgarden, 2009).

Ved ein hermeneutisk tilnærming kunne ein ha nytta andre metodar som for eksempel observasjon. Ein kunne ha skrive gjennom ein fortolking av korleis dei kunne ha opplevd situasjonen, men det ville stått i strid med brukarperspektivet og Recovery-perspektivet som er presentert i oppgåva. Eg har valt å nytta eit semi-strukturert intervju med opne spørsmål, lagt opp til å vera meir som ein dynamisk samtale. På den måten kunne deltakaren som vart intervjuet ha meir råderett over sin eigen forteljing og gjennom den ha moglegheita til å fortolke og framstille sine opplevingar og meiningar på sin eigen måte. Som eg vil kome tilbake til, har eg gjort fleire etiske vurderingar for å kunne respektera, beskytte og vise respekt til dei eg intervjuet.

### Utval av deltakarar til prosjektet

Studien har ikkje hatt som mål å kunne produsera kunnskap som kan generaliserast, men heller kunne vise til måtar musikkterapi kan verta opplevd for enkeltindivid med depresjon. For å kunne vise til dette vart fleire personar førespurt om å delta i prosjektet. Med omsyn til oppgåva sitt omfang og tidsrom for gjennomføring, var det samstundes naudsynt å ikkje inkludera

for mange. For å kunne få nok informasjon til å kunne samanlikna og drøfta, og kunne medrekna fråfall, vart det lagt opp til å spørje fire til seks personar til å delta i prosjektet. Eg enda til slutt opp med fire deltakarar då eg opplevde at dei hadde bidrege til mykje informasjon.

Undersøkinga inkluderte samtykkekompetente vaksne personar over 18 år, som har nytta seg av musikkterapi ved ein DPS i Noreg. Med tanke på tidskapasitet måtte det vera mogleg å møte deltakarane utan for lang reisetid. Deltakarar som skulle verta inkludert måtte kunne snakke og lesa norsk, ha nytta seg av musikkterapi på bakgrunn av at dei har/har hatt ei depresjonsrelatert diagnose eller uttrykka å ha opplevd symptom på depresjon som ei alvorleg utfordring i deira kvardag i forkant av deltaking i musikkterapi.

Sidan depresjon ofte fylgjer med anna problematikk, har eg valt å inkludera deltakarar som har hatt fleire diagnosar samstundes som depresjon eller som i tillegg har opplevd symptom som er kjenneteikna ved andre diagnosar. Eg vurderte at det ikkje ville ha noko å seie for undersøkinga om deltakaren ikkje lenger opplev depresjon, så lenge dei opplevde depresjon når dei byrja å nytta seg av musikkterapi. Studien har ekskludert personar som ikkje fell inn under desse kriteria. Eg har òg ekskludert personar som ikkje er i stabil fase. Det vil seie personar som er i ein tilstand kor det vert vurdert at gjennomføring eit intervju kan påføre ytterlegare vanskar ved deira psykiske helse. På grunnlag av dette vart det berre førespurt personar som hadde avslutta musikkterapi som behandling eller var i ein oppfølgingsfase.

Rekrutteringa gjekk føre seg med hjelp av kontaktpersonar frå fleire DPS som hadde kjennskap til deltakarane sin livssituasjon/symptomtrykk. Kontaktpersonane si oppgåve var å finne aktuelle deltakarar som gjekk under kriteria for å verta inkludert i prosjektet. Kontaktpersonane hadde vorte informert om prosjektet gjennom samtale over telefon og ved å få tilsendt eit informasjonsskriv. Dei aktuelle som vart førespurt fekk ein eige kopi av informasjonsskrivet og moglegheita til å kunne diskutera saman med sin kontaktperson om kva dei tenkte om å eventuell deltaking i prosjektet.

Kontaktpersonane gav deretter kontaktinformasjon til dei som hadde uttrykka at dei kunne tenke seg å vera med. Deltakarane vart deretter kontakta av meg på telefon der me hadde ein samtale om dei framleis hadde lyst å vera med og korleis dei kunne tenke seg at intervjuet kunne gjennomførast. Dei som ville vera med, bestemte kvar og når dette skulle skje. Når me møttest for å gjennomføra intervjuet, fekk deltakaren moglegheit til å kunne stille ytterlegare spørsmål om kva det ville innebera å delta i prosjektet. Dei vart informert om at dei kunne

kome med krav og restriksjonar til gjennomføringa av intervjuet. Dei vart òg beden om å skrive under på eit samtykkeskjema om dei ville vera med i prosjektet.

### Gjennomføring av kvalitative forskning-intervju og transkripsjon

Intervjua vart teken opp med bandopptakar for at det seinare skulle kunne vera mogleg å transkribera om til tekst og dermed kunne verta formidla i denne oppgåva. Intervjuet vart gjennomført på ein semi-strukturert måte. Dette var for at eg skulle ha moglegheita til å kome med nye spørsmål undervegs basert på kva som vart sagt og for at deltakaren skulle kunne formidla sin forteljing på sin eigen måte (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 165). Forteljingar kan sjåast som ei av dei naturlege kognitive og språklege formar som menneskjer forsøker å organisera og uttrykka meining og kunnskap gjennom (Mishler, referert i Kvale & Brinkmann, 2015, s. 182). Derfor var det tenkt at dette kunne vera ein meir naturleg måte for deltakaren å fortelja sin historie på.

Intervjuet vart lagt til rette som eit narrativt intervju, med fokus på å kunne få beskrivingar som inkluderte tidsaspekt og kontekst (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 315). For at intervjuet skulle kunne trekkje fram samanhengande forteljingar, og for at deltakaren skulle kunne formidle prosessen mest mogleg på sin eigen måte, vart lagt opp til opne spørsmål. Dei fekk spørsmål som; «kan du fortelja om korleis du har opplevd å delta i musikkterapi, og korleis utvikla det seg?» og «korleis opplevde du at musikkterapi var til hjelp i kvardagen?». Viss deltakaren snakka om noko som verka å vera viktig for dei, eller om noko ikkje var tydleg for meg, spurte eg om dei kunne beskrive dette meir undervegs eller på slutten av intervjuet. Når eg gjorde dette, vart det spesifisert at dei ikkje måtte fortelja om noko dei ikkje ville fortelja om eller gå nærmare inn på.

Fokuset i intervjuguiden som eg nytta under intervjua, var på å få fram perspektiv som kunne vera viktig å forstå. Intervjuguiden er lagt som vedlegg i oppgåva. Desse aspekta omhandla eit ynskje om å få fram beskrivingar om; relasjonen mellom deltakaren og musikkterapeuten og eventuelt andre som var til stede i musikkterapien, deira forhold til musikk og kva dei gjorde i musikkterapien. Dei omhandla òg korleis deira kvardag var når dei ikkje gjekk i musikkterapi versus når dei gjekk i musikkterapi og korleis dei har opplevd andre tilbod ved DPS. Det kunne òg vera interessant å veta om noko var utfordrande, gav meining for dei og korleis dei opplevde at musikkterapien påverka det å leve med depresjon.

Sjølv om eg var interessert i alle desse aspekta, var eg samtidig medviten om å ikkje avbryta



deira forteljing eller leda dei til å snakke om noko dei ikkje opplevde var vesentleg for prosessen. Sidan eg ikkje ville leda samtalen, så ville guiden heller fungera som eit samtalereiskap for å sjå kva tema som hadde vorte snakka lite om der deltakarane kunne leggje til informasjon om dei ynskja det. Når intervjuet vart gjennomført hadde eg fokus på å lytte og halde augekontakten når dei fortalde om sine opplevingar. Når intervjuguiden vart teken fram ved slutten av intervjuet viste det seg at deltakarane hadde allereie svart på mesteparten av mine ynskjelege spørsmål.

Sidan deltakarane fekk stort rom til å kunne beskrive sine forteljingar, viste det seg å vera utfordrande å kunne styre kor lenge intervjuet skulle vare. Det hadde vore ein fordel om intervjuet ikkje varte for lenge, særleg med tanke på omfanget av arbeid som må til ved transkribering av intervju. To av intervjuet varte på rundt 45 minutt, som var innanfor ei rimeleg lengd, medan eit varte over ein time og eit varte nesten to timar. Årsaken til at det kunne vare så lenge tenker eg handla om at dei hadde mykje dei ville fortelja og samstundes som at eg hadde som innstilling å ikkje avbryte deira forteljing.

Dette skapte ein stor jobb ved transkribering av intervjuet. For å kunne gjere denne jobben mest mogleg effektiv vart det nytta ein transkribering-pedal med programmet ExpressScribe. Det programmet gjorde det mogleg å spole og ta på pause med beina og spela av lyd-opptaket i passande hastigheit. I tillegg vart beskrivingar i intervjuet som var gjentakande eller særleg prega av digresjon ikkje skrive ned. Slike uttak vart merka med (...), og viss det var uvisst om det seinare kunne ha ei relevans vart det skrive i denne parenteser kva det omhandla og kvar i opptaket ein kunne finne det att. Når det oppstod beskrivingar som var prega av attkjennande aspekt eller non-verbale uttrykk vart desse teken ut eller merka med «...».

### Analyse, narrativ formidling og drøfting

For å kunne trekkje fram deltakarane sine skildringar som ein prosess, er formidlinga inspirert frå ein narrativ form (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 251). Ved ein narrativ form vil opplevingar frå fortida verta formidla som ein forteljing med fokus på å fremma tidsaspekt, korleis det utvikla seg og vise til perspektivet frå den som opplevde det (Riessman, 1993). Eg ville framstille skildringane på denne måten for å kunne unngå ei fragmentert framstilling. Eg vil òg kunne gje innsikt i prosessen og få eit heilskapleg bilete av konteksten. Det vart òg naturleg sidan deltakarane uttrykka sine skildringar i stor grad som ein utvikling over tid. Det viste seg likevel å vera utfordrande sidan forteljingane av og til gjekk fram og tilbake i tid, at det ikkje alltid var like tydeleg kva som kom fyrst og sist. Derfor er ikkje skildringane nøyaktig



framstilt som eit kronologisk narrativ, men på ein måte som er inspirert av denne tilnærminga. For å vise til korleis prosessen utvikla seg er det framheva korleis dei opplevde kvardagen før, i og utanfor musikkterapi.

På grunn av omfanget av oppgåva og for å kunne få ei oversikt over deira prosessar i musikkterapi såg eg det som naudsynt å nytte ein meiningsfortetting (Kvale & Brinkmann, 2015). Sidan samanfattainga av meiningsinnhaldet vart betrakteleg kortare og oversiktelege, vart det enklare å analysere. I fylgje Kvale og Brinkmann skal meiningsbærande einskap i transkripsjonane verta uttrykka slik dei vart uttrykka av intervjupersonen. Når eg forkorta og skreiv om deira sitat, passa eg på å bruke ord og uttrykk som dei nytta i intervjuet, så lenge det ikkje medverka til å avsløre kven dei var. Dette gjorde eg med tanke om å ikkje framstille deira skildringar på ein anna måte enn det som var meint.

Sjølv om eg nytta meiningsfortetting ville eg òg inkludera nokre av sitata. Sidan eg har satt ljøs på viktigskapen av brukarperspektivet i oppgåva, verka det naturleg å vise til korleis dei uttrykka seg verbalt. Sitat som vart prioritert å inkludera var skildringar som eg opplevde som beskrivande og gav innsikt til korleis det vart opplevd med måten det var sagt på.

Pseudonym vart nytta med tanke på anonymitet, men òg for at det skulle vera lettare for lesaren å relatera skildringane til ein person og kunne hugse kva skildringar som høyrte til det aktuelle pseudonymet.

Skildringane vart i analysen samanlikna og sett i ljøs av eit Recovery-perspektiv for å kunne svare på problemstillinga. Dette kapittelet er ikkje inspirert av ein narrativ form, men har hatt som mål å kunne diskutera kva kunnskap skildringane visar til og korleis det kan verta forstått utifrå eit betring- og prosessperspektiv.

### Etiske vurderingar

I tråd med retningslinja for helsefagleg forskning skal forskinga verta organisert og utøvast forsvarleg ved å ivareta etiske, medisinske, helsefaglege, vitenskaplege og personvernmessige høve. Dette vert uttrykt, og vidare grunna, ved helseforskinsloven § 5 (2017); «Forskingen skal være basert på respekt. Forskingen skal være basert på respekt for forskningsdeltakernes menneskerettigheter og menneskeverd. Hensynet til deltakernes velferd og integritet skal gå foran vitenskapens og samfunnets interesser».

Det har vorte tatt omsyn til etiske aspekt gjennom heile prosessen, frå planlegging til produksjon av data og ved formidlinga av intervju. Dei etiske vurderingane har dreia seg

rundt eit hovudmål om at undersøkinga ikkje skal vera belastande for deltakarane eller målgruppa som dei vert presentert gjennom. Studien var vurdert og godkjent av ein regional etisk forskingskomité (REK). Godkjenninga er lagt som vedlegg i oppgåva.

For å unngå at deltaking i denne studien skulle opplevast belastande, vart det gjort etiske vurderingar for å bevare forsvarleg forskning i høve moglegheiter for skade og ivaretaking av privatlivets fred og sjølvråderett.

*Ved moglegheiter for skade:*

Deltakarane som vart rekruttert var samtykkekompetente og vurdert å vera i stabil fase. Dette vart vurdert med tanke på at dei skulle vera klar over kva det ville innebera å verta med i prosjektet, samt kunne vera komfortabel med å gjennomføra ein intervju-situasjon. Desse vurderingane gjekk føre seg i samråd mellom deltakar og deira musikkterapeut som i forkant hadde vorte informert munnleg og skriftleg om prosjektet. Det vart presisert at deltaking i prosjektet ikkje ville føra til konsekvensar for deira vidare behandling, moglegheita til å delta i helsetenester eller for relasjonar dei har musikkterapeutar eller anna helsepersonell.

For at deltakaren skulle kunne kjenne seg tryggast mogleg kom eg og deira kontaktperson med forslag til å gjennomføre intervjuet på ein stad med kort veg til beredskap/støtte/hjelp viss dei ikkje hadde eit eige forslag. Før intervjuet vart det sikra at både eg og deltakaren visste kven ein kunne ringe til, dersom det skulle vere behov. Det vart gjort tydeleg i samtykkeskrivet at dei kunne ringje prosjektleiar om dei følte at det var ynskjeleg.

Prosjektleiar er professor i musikkterapi og har lang og brei erfaring med å handtera personar i sårbare situasjonar.

I forkant og under intervjuet vart det presisert at dei ikkje måtte fortelja om noko dei ikkje ynskja å snakke om. Eg ville vera særleg forsiktig med å spørje om korleis deira kvardag vart opplevd før dei byrja i musikkterapi, men ved alle intervjuja tok dei sjølv initiativ til å fortelja om kva dei meinte var årsaker til deira depresjon og korleis det vart opplevd. Sidan dette var noko dei sjølv gjekk inn for å fortelje, vart det naturleg for meg å spørje vidare om det var noko som var uforståeleg. Når eg gjorde dette var mine spørsmål i hovudsak retta mot korleis dette påverka kvardagen og kva dei gjorde for å verta betre. På denne måten vart ikkje fokuset retta mot eit fokus på vonde hendingar, men korleis det var å fungera i kvardagen. Dette vart vurdert med omsyn til kva som er relevant for oppgåva samt for å unngå at intervjuet vart for belastande for deltakaren.

Viss deltakaren hadde opplevd intervjusituasjonen som tydeleg ubehageleg, hadde eg som plan å avslutte intervjuet og ha heller ha fokus på å kunne gje medmenneskeleg støtte. Viss det ikkje hadde roa seg, vil prosjektleiar eller andre som deltakaren sjølv ynskja vorte kontakta.

Eg har gjennom min 5-årige utdanning i musikkterapi og ved fleire omsorgsyrker hatt opplæring i og opparbeida meg erfaring til å kunne handtera personar i sårbare situasjonar. Dette har eg sett på ein fordel for å unngå at intervju-situasjonen kunne verta opplevd for nærgående eller ubehageleg for deltakaren. Dette gjorde det òg mogleg at eg kunne gjennomføre intervju sjølv. Sidan eg var med på å gjennomføre intervju kunne eg stille vidare spørsmål som eg synes var interessant å få veta meir om og gjera det mogleg for deltakarane å kunne møte den som formidla deira skildringar.

#### *Ved privatlivets fred:*

Eg har hatt fokus på at data som vart innsamla vart behandla konfidensielt og oppbevart på ein mest mogleg forsvarleg måte. Datamaterialet frå intervju vart overført til ein ekstern harddisk som vart innelåst på mitt private kontor. Datafilene vart avidentifisert ved at enkeltpersonar berre var identifisert gjennom eit kodennummer. Opptaka og transkripsjonane vart nummerert med tanke på at det ikkje skal kunne identifisera deltakarane utan koblingsnøkkelen. For at eg skulle kunne kjenne att opptaka til rett transkripsjon vart datafilene kalla «Informant 1, informant 2, osv.». All personleg data vert etter planen sletta etter avslutning av prosjektet eller seinast 31. desember 2018. Med omsyn til dokumentasjon vert opplysningane bevart inntil 5 år etter prosjektslutt, jamfør helseforskningslova § 38.

Rutinen for transkribering gjekk føre seg ved at den eksterne harddisken vart kopla til min private PC for å kunne lytte til opptaka. Etter transkribering låste eg inn den eksterne harddisken i ei skuff separert frå dei signerte samtykkeskjema og koplingsnøkkelen som ligg i andre skuffer skilt frå kvarandre. Transkripsjonane vart lagra på min private PC som er beskytta med passord som ingen andre har tilgang til.

Eit anna fokus ved privatlivets fred som eg har vurdert har omhandla viktigskapen av at personlege ytringar ikkje skal kunne føre til at enkeltpersonar vert kjend att i presentasjonen av prosjektet. For å sikre full anonymitet har eg nytta pseudonym og unngått å ha med mogleg avslørande informasjon. Det som eg vurderte til å verta ekskludert omhandla detaljerte beskrivingar om personar og institusjon eller område, som kan gjere til at ein kan gjette seg til kven eller kvar det er.

Ved transkribering av intervjuet vart det tatt omsyn til å ikkje inkludera talemåte og dialekt/språk som kan avsløra kven deltakarane er. Dette er hovudårsaken til at transkripsjonen er ført med ei skriftform, at enkelte ord og setningar er tatt ut og at setningane er ført med ein viss grammatisk standard. Det kan vera mogleg at noko av informasjonen som vart teken ut kunne vera med å gje eit rikare bilete eller meir korrekt bilete av deltakaren sin ytring, men når det har vore tvil om denne informasjonen kan bryte anonymiteten har det vorte teken vekk i framstillinga.

*Ved sjølvråderett:*

For å ivareta deltakarane sin sjølvråderett (autonomi), har eg hatt fokus på å gje dei tilstrekkeleg informasjon om hensikten til prosjektet, kva det vil innebera å delta og kva rettigheitar dei har. I tillegg til å vera tilstrekkeleg informert, har eg hatt fokus på at deltakarane skal kunna vera med å bestemma ved organisering og gjennomføring av intervjuet. Eg uttrykka ved fleire anledningar at det er heilt frivillig å delta og at dei kan når som helst trekkje seg utan å måtte gje nokon årsak for det. Dei fekk informasjon både verbalt og skriftleg i, og fått tid til å vurdere om dei vil delta eller ikkje.

Ein kontaktperson knytt til deia tid på DPS var delaktig i prosessen ved rekruttering og organiseringa av intervjuet for at dei kunne rådføra seg med ein person dei har tillit til. Eg og deltakarane sin kontaktperson kom med forslag ved organiseringa, men det var deltakarane som alltid hadde den endelege avgjersla for val som vart gjort. Deltakarane bestemte når og kvar intervjuet skulle gå føre seg og bestemme sjølv kva dei ville snakke om i intervjuet.

Informasjonsskrivet saman med samtykkeerklæringa gav deltakarane tilgjengeleg informasjon og ei skriftleg kontrakt på kva rettigheitar dei hadde ved å delta. Med dette dokumentet har dei tilgang på kontaktinformasjon til prosjektleiar og meg viss dei har spørsmål eller har ønskje om å trekkje seg i etterkant av intervjuet. I tillegg har deltakarene hatt moglegheit til å sjå gjennom det ferdige produktet før publisering og kunne velje om dei vil godkjenne det eller ikkje. Dei kunne òg sei ifrå om noko skulle verta korrigert før publisering.

Eit anna aspekt som har krevja etiske vurderingar, er om korleis deltakarane sine skildringar skulle verta formidla i denne oppgåva. Med tanke på omfanget til denne oppgåva, har det ikkje vore mogleg å ha med heile intervjuet. Dette har ført til vurderingar av kva som skulle vera med og korleis det skulle formidlast. Vurderingane er gjort med omtanke til privatlivets fred, og for å kunne formidla deira skildringar på ein oversiktleg måte og nært til korleis dei uttrykka det i intervjuet.

## Resultat

I dette kapitlet vil eg presentera skildringar av korleis fire personar opplevde å delta i musikkterapi ved deira reise mot eit betre liv.

### Om kontekst, deltakarar og prosess

Skildringar som har vorte innsamla omhandlar opplevingar frå før, under og etter deltaking i musikkterapi som ein behandling ved eit distrikt psykiatrisk senter (DPS). Ved eit DPS samarbeider musikkterapeuten i lag med blant anna psykiatrar, leger, psykologar, sjukepleiarar, aktivitetarar, sosionomar og fysioterapeutar om å kunne hjelpe personar med psykiske lidingar. I stor grad vert behandlinga organisert som møter med avtalte tider som går føre seg ved eller utanfor institusjonen.

Musikkterapi-tilboda som deltakarane skildra har omhandla både individuelle sesjonar med musikkterapeut og gruppe-sesjonar med fleire medbrukarar til stades. Ved desse sesjonane har dei blant anna skildra korleis dei opplevde samarbeid og relasjonar med terapeut og medbrukarar, samt korleis det var å lytta til musikk, syngja og spela instrument, komponera låtar, spela cover-låtar, improvisera, spela i band, framføra og ta opptak av musikk.

Musikkterapeutane som dei møtte i desse sesjonane er utdanna etter ein ei tradisjon som har fremma ein humanistisk, kontekstuell, samfunn- og ressursorientert tilnærming til individet.

Deltakarane består av tre menn og ei kvinne som opplevde depresjon som ein alvorleg utfordring i deira kvardag når dei byrja i musikkterapi. Alle deltok i gruppesesjonar og to av dei har hatt individuelle sesjonar i tillegg. Det er stort spenn mellom deltakarane i omfang av kor ofte og kor lenge dei deltok i musikkterapi. «Espen» gjekk i ei musikkterapi-gruppe som var planlagt å verta avslutta etter seks månadar. Når «Pål», «Maria» og «Olav» vart intervjuja deltok dei framleis i ei musikkterapi-gruppe etter tre år, men som ein del av ei oppfølgingsteneste.

Sjølv om forteljingane frå intervjuja var unike for kvar deltakar var det enkelte aspekt som bar likskap. Alle uttrykka korleis kvardagen vart opplevd før og etter dei byrja i musikkterapi, korleis det utvikla seg over tid og kva endringar som kunne oppstå både i og utanfor musikkrommet. Ved å sjå på skildringane saman kan det gje innsikt til nyansar av korleis musikkterapi kan verta opplevd, utvikla seg over tid og vera med å påverka og vera til hjelp i ein kvardag med depresjon.

## Kvardagen før musikkterapi

### **Alle uttrykka at musikk hadde lenge vore ein viktig del av deira kvardag.**

«Espen» kunne få positive kjensler av å lytta til musikk og fortalde at han kunne føle det på kroppen, identifisera seg med det og kunne nytta trist musikk når han var trist for å få utløp for kjenslene. Han uttrykka òg å lenge hatt ein draum om å kunne spela piano.

«Pål» pleidde å spela instrument i mange år for seg sjølv og kunne spela eller høyra på musikk frå morgon til kveld.

«Maria» likte godt å syngje åleine og i kor, hadde ein draum om å læra seg eit instrument og kunne drive med musikk i framtida. Ho skreiv etter kvart egne låtar, men klarte ikkje halde fram med det.

«Olav» hadde prøvd å spela gitar og spela i band, men mista etter kvart motivasjonen til å fortsetja. Likevel hadde han i mange år eit gledesfylt forhold til å lytte til musikk og gå på konsertar.

### **Alle fortalde om tunge utfordringar i kvardagen og korleis det var å leva med depresjon.**

«Espen» opplevde utfordringar ved å forholde seg til andre menneskjer og tenkte at andre tenkte negative tankar om han. Dette førte til at han isolerte seg mykje og tok nesten aldri sjansar. Etter kvart opplevde han lite håp, at livet verka meiningslaust og at den minste ting følte som eit stort prosjekt.

«Pål» opplevde utfordringar med å leve med sorg etter å ha mista sin son og hadde dårleg samvit og tyngande skuldkjensle av ting han har sagt og gjort mot andre. Han opplevde etter kvart å ikkje klare anna enn å føle seg trist og sjå i taket. Han klarte ikkje høyra eller spela musikk, hadde omtrent ingen sosial kontakt, følte skam for sin psykiske lidning, følte seg verdiløus og stilte spørsmål om kvifor han lever.

«Maria» opplevde utfordringar med å få tid til det ho ville, prioritera seg sjølv framfor andre, ha krefter til å gjennomføre ting og ved å leva i ein stressande kvardag med mykje press. Etter kvart opplevde ho at ho mista sin identitet, meininga med livet og sin lyst til å leva der ho følte skam over kven ho var og kor lite ho klarte, at ho hadde ingenting å gje og ikkje klarte å bry seg om andre, ikkje ein gong sin eigen familie.

«Olav» opplevde utfordringar med at sin far gjekk bort, å føle å få lite støtte, ikkje ha sosiale relasjonar, ha økonomiske problem og bu i ubehagelege kår. Han opplevde i desse tider å ville

isolere seg, klarte berre å vera i senga der han følte at ingenting hadde noko å seie, ikkje fekk til å føle glede og følte skam for sin psykiske tilstand.

### **Før dei byrja i musikkterapi fortalde dei om forskjellige tiltak dei gjorde for å kunne motverka opplevingar av depresjon og for å kunne fungera att i kvardagen.**

«Espen» nytta musikk for å få utløp av dei vonde kjenslene sine og få inn gode kjensler. Han prøvde ulike tiltak gjennom NAV som han opplevde fungerte i varierende grad. Han prøvde psykolog, men opplevde at han ikkje ville eller kunne hjelpa han. Han var òg i utlandet med sin onkel der han opplevde seg som underlegen og lite forstått, men fant ut av at hovudproblemet hans gjaldt å kunne forholde seg til andre menneskjer. Han kjøpte seg eit piano, men klarte ikkje å halde oppe motivasjonen åleine. Når han byrja i DPS fekk han prøvd problem-løysinggruppe som han likte, men hadde problem med praksis-delen av det.

«Pål» hadde prøvd anti-depressiva, men opplevde veldig ubehag av bi-verknadane. Han fekk etter kvart eit nytt medikament som han opplevde å hjelpe mot mani, men ikkje mot sin depresjon. Han prøvde å gå i samtale-gruppe, men opplevde at det vart for privat. Han fekk etter kvart ein psykolog som han likte godt og følte var der for han.

«Maria» prøvde å jobbe hundre prosent i jobb for å føle seg normal, men hadde til slutt ikkje krefter til å forsetja. Ho gjekk til psykolog der ho opplevde å kunne snakke ut og få nokre gode tips og råd, men følte ikkje behov for å snakke om fortida i detalj og ville heller gå vidare.

«Olav» hadde prøvd anti-depressiva, men opplevde at depresjonen vart verre. Han prøvde å gå til gruppe-terapi, men opplevde at dei andre var ei anna målgruppe og at det ikkje var noko for han. Han byrja å gå til ein DPS hjå psykolog som han etter kvart sat pris på, men kunne føle på ubehag ved å føla seg pressa til å snakke og få alt ut på ein gong. Ved DPS byrja han etter kvart å gå til ei lunsj-gruppe som han synes var litt ubehageleg, men at det var betre enn ingen tilbod.

### **Opplevingar og utviklingar i musikkterapi**

Deltakarane fortalde om korleis dei opplevde å vera med i musikkterapi og korleis det utvikla seg. Desse opplevingane omhandla i grove trekk korleis det var for dei å vera aktiv med musikk og korleis det var å forholde seg til andre som var med. Forteljningane viste at desse opplevingane kunne vera både utfordrande og gjevande.

### **Dei fortalde om at det kunne vera skummelt og ubehageleg å byrja musikkterapi.**

«Espen»; ...*For det fyrste var det litt skummelt å vera i gruppe då eg måtte forholde meg til heilt ukjende menneskjer...* Han uttrykka òg å vera redd for at dei andre skulle synes han var teit når han viste fram ein låt for dei andre i gruppa.

«Pål» var usikker på om musikkterapi ville fungera for han og tenkte på å slutte når han møtte gruppa som spelte rocke-musikk som han ikkje var van med. ...*eigentleg ville eg slutte, men kona mi insisterte på at eg ikkje kunne slutte sidan det er nesten berre der eg treffer folk. Kanskje eg kunne prøve berre for å vera i selskap med andre.*

«Maria» var litt sjenert i møte med musikkterapeuten sidan ho opplevde han som autoritær.

«Olav» var skeptisk til å sitte med eit rytme-egg, *hadde eg ikkje noko forhold til å sitte med eit rytme egg, eg var særleg kritisk.* Han likte heller ikkje når andre i gruppa var rastlause og stal mykje av fokuset og det stadig kom folk innom musikkrommet. *Det var òg nokon som var veldig sjuke på DPS som stal mykje av fokuset, og kom og gjekk og var rastlaus. Det var mykje for meg, sjølv om eg var minst like sjuk som dei var, berre på ein anna måte, så ser man jo ikkje seg sjølv i det same ljøs.*

### **Dei fortalde òg om positive opplevingar i byrjinga som førte til at dei fekk ein meir positiv innstilling til å vera i musikkterapi.**

«Espen» opplevde at det kunne vera kjekt å vera saman med dei andre og sat pris på tilnærminga til musikkterapeuten; (...), *men det viste seg å gå veldig bra fordi det var eit veldig hyggeleg miljø der. Eg synes musikkterapeuten var veldig flink til å at man kunne føle seg velkommen, og så var det morosamt å vera der. Berre gjennom korleis han oppførte seg, der han la forventinga til seg sjølv og resten av gruppa der han viste at her skulle me ha det kjekt.* Han opplevde etter kvart at det òg var veldig kjekt å visa fram sin musikk til dei andre sjølv om det òg var ubehageleg, og synes det var interessant å høyra på dei andre sine låtar.

«Pål» opplevde at han og musikkterapeuten fekk ein god kjemi med ein gong og sat pris på at han gav rom for han og dei andre i gruppa. *Eigentleg med ei gong følte eg at han var ein riktig musikkterapeut for meg. Eg følte meg bra, eg følte at me møtte kvarandre med same vibrasjonar og kjensle. Eg følte at han var ein veldig roleg person og eg merka med tida at han prøvde å få oss fram. Han spelar kjempebra, men han held seg bak. Det eg set pris på er at han gjer oss sjansar til å kome fram, der han ikkje spelar over oss på ein måte. Det var ein stor hjelp.* Han fekk ein oppleving av at rock òg kunne vera bra musikk, og fekk lyst til å spela saman med dei andre. (...) *etter kvart tenkte eg at musikk er musikk. Rock er òg bra*



*musikk (...) ok, eg må berre byrja å kome i gang å få til ein fin lyd og prøve meg fram*

«Maria» opplevde at ho hadde mykje kunnskap om musikk og at det var interessant å snakke om det saman med musikkterapeuten. *...det viste seg at eg hadde mykje peiling på musikk og kva det gjer med kjensler og korleis det kan hjelpe... eg hadde mykje å kome med... kor eg har det frå det veit eg ikkje. Eg tenkte det var jo veldig interessant og veldig spanande å holde på med. Når ho etter kvart vart med i gruppe opplevde ho at det var positivt å dela musikk med dei. Det var veldig fint og kjekt. Det var fyste gongen eg verkeleg fant nokon eg kunne dela musikk med... det var veldig viktig. (...)*

«Olav» vart veldig glad for at han kunne få spela gitar i gruppa og kunne læra seg akkordar og songar med hjelp av musikkterapeuten. Etter at han oppdaga at han og musikkterapeuten hadde ein forkjærleik for same artist førte det til at dei fekk eit ekstra god relasjon.

### **Dei fortalde om at dei kunne få utfordrande opplevingar når dei skulle prestera i musikken.**

«Espen»; *...musikkterapeuten sa heile tida at eg skulle spela sånn som eg ville spela det. Han sa at det som er riktig for deg er riktig. Det er jo heilt galskap tenkte jo eg... Sjølv om han kunne få hjelp kunne det òg opplevast som stressande;. ...Men eg tenkte ikkje sånn når andre fekk hjelp, då var det heilt greitt, men når eg fekk hjelp så ville eg læra fortast mogleg sånn at eg ville trenge minst mogleg hjelp sånn at me kunne bruke tida på å spela saman i staden for.*

«Pål» likte ikkje å prøva seg fram med instrumentet i samspelet utan å ha øvd i forkant, og ville ikkje forstyrra dei andre sin musikk. Han opplevde òg at andre kunne forstyrra musikken med å ha for høgt volum.

«Maria» opplevde i bandøvinga at det kunne vera utfordrande å spela i tempoet som dei andre ville spela i, og vanskeleg å spela og syngja samstundes. Ho opplevde at ho var veldig nervøs før ho skulle framføra på ein konsert.

«Olav» opplevde å spela med rytmeegg ikkje var noko for han. Han opplevde òg at framføring var veldig nervepirrande. Når dei øvde saman opplevde han at han ikkje alltid klarte å spela songane dei øvde på.

### **Dei fortalde om musikalske opplevingar som gav utvikling, positive kjensler og auka motivasjon til å fortsetja.**

«Eспен»: (...) eg prøvde så godt som eg kunne og fekk hjelp og klarte å spela greitt nok, og var veldig nøgd med det. (...) Det gjekk på ein måte likevel sjølv om det var eigentleg for vanskeleg... (...) Det var litt stressande, men på ein positiv måte, for eg oppnådde resultat på grunn av det stresset. Etter kvart opplevde han at det var veldig kjekt å spela instrument; (...) og det var noko eg ikkje var klar over før eg byrja i musikkterapi... fordi eg vart mykje flinkare veldig fort når eg byrja i musikkterapi... og fordi dette behovet for å klare ting når man skal spela saman. Det vart viktig å klare ting, og då prøvde eg hardare... og så viste det seg at det var veldig kjekt, og det følte godt å kunne spela det på eit instrument, det gav ei god kjensle. Når han hørte på opptaka dei gjorde opplevde han at det var ubehageleg å høyre sine egne feil, men var samstundes nøgd og synes at det var ganske brukbart.

«Pål» fekk til å spela med dei andre når han byrja å øva heime, og fekk sakte tilbake lysten til å høyra og spela musikk att. Ja, det gjekk veldig sakte, men eg fekk tilbake lysten til å spela og høyra på musikk. (...) Musikkterapien fekk meg til å tenke at eg i alle fall har musikk. Når han spelte opplevde han at tankar gjekk vekk, vart roleg og fekk sjølvtilitt når han fekk til å spela bra. Det er terapi fordi du tenker ikkje, du spelar, er konsentrert. Når du spelar musikk går alle tankar vekk, det er magisk på ein måte fordi, wow... plutselig gjekk tankane vekk. Det hjalp til å verta roleg og eg fekk sjølvtilitt når eg fekk til å spela bra. Ok, eg klarer det, eg er ikkje så flat. (...)

«Maria» opplevde at det vart stadig kjekkare å gå til musikkterapi etter at ho byrja å syngja meir og læra seg piano. Ho fekk ein positiv og meningsfull oppleving av å syngje på konsert for fyrste gong. Ho opplevde at det var frigjerande, gav ho eit kick, at ho kunne syngje ut sin smerte, kunne oppdaga nye sider av seg sjølv og vart motivert til å skrive låtar att og drive med musikk. ...fyrste gongen eg opptredde på DPS. Eg trur det var då det gjekk opp for meg. Det var då eg tenkte at dette var veldig frigjerande. ... Det var så sinnsjukt rush å stå der, eg følte eg levde rett og slett... det er utruleg kjekt, du føler at du lever, at du pustar noko heilt anna enn berre heilt vanleg kjedeleg oksygen liksom. Det kicket det gav meg og den kjensla eg sat att med etterpå og applausen eg fekk og tilbakemeldingane eg fekk etterpå... (...) På ein måte følte det ut som å stå der oppe og syngje ut sin smerte til heile verden. (...) Det vert som ein reinsingsprosess omtrent, fordi du får ting ut, men samtidig er det slik at eg vil at andre folk som kanskje er i tilnærma like situasjonar... kan dra nytte av det eller finne trøyst i det.

«Olav» opplevde meistring av å kunne låtar og verta flinkare på gitar. Eg fekk ein meistringskjensle, sånn heilt personleg. Eg kunne merka eg vart betre til å spela gitar, plutselig kunne

*eg alle grepa... Han opplevde å spela i band kunne vera kjekt og kunne gje ei letta kjensle. Han opplevde at det var motiverande å øva mot konsertar og at det gav meining, meistring og sjølvtilitt å framføra på scene. Når du fyrst får framføra gjer det betre meining. Sånn har me det alle saman, i alle fall i vårt band.(...) Eg vil sei det å stå på ein scene det gjer sjølvtilitt. (...) Eg hugsar det var veldig nervepirrande, (...) me var alle einige om at det var ein tøff oppleving. Me lykkes jo med det, ein super meistrings-oppleving.*

### **Dei fortalde om både gleder og utfordringar av å forholde seg til andre i gruppa og musikken dei spelte ilag.**

«Espen»: Sjølv om han stressa med å ikkje vera til bry for dei andre opplevde han ingen konflikt i gruppa. Han opplevde at alle prøvde å få det til å gå bra, at alle var på same nivå, kunne støtte og gje ros til kvarandre og kunne le og spøke i lag. Han byrja opphavleg i musikkterapi med ein motivasjon om å kunne læra seg piano, men opplevde at relasjonane han utvikla var kanskje det som var mest oppløftande av alt som skjedde der; *Det som verkeleg skjedde i musikkterapien som eg ikkje visste om på førehand, det var at eg etablerte relasjonar med dei andre i gruppa gjennom musikk på ein måte som eg ikkje hadde gjort, eller opplevd før, at ein på ein måte føler seg som ein del av eit fellesskap. At man gjer noko saman som er veldig kjekt, på ein måte som eg aldri har følt på i noko anna samanheng... (...). Man følte at man på ein måte kopla seg til andre folk og gjorde noko saman med dei som var veldig fint. Sjølv om musikken ikkje var perfekt, var det ganske kjekt likevel. Det har på ein måte ikkje slått meg at musikk kunne vera sånn. Eg såg på ein måte for meg at ein var litt i sin eigen verden når man spelte musikk, i staden for så følte det som man deltar i noko saman når man spelar saman med andre. Sjølv om han opplevde at relasjonane var støttande merka han at han sjølv og dei andre var kritiske til eiga prestasjon; *Eg tenker at alle ikkje er så flink til å rose seg sjølv, dei trur dei er mykje dårlegare enn det dei er, for eksempel ved å syngje. Eg synes dei var så flinke, og så høyrer eg dei snakkar så nedlatande om sine eigne ferdigheiter, og det er jo litt dumt. Då seier eg at «du er jo kjempeflink», og så seier eg i neste setning «det er jo eg som er kjempe dårleg», og så vert det sånn fram og tilbake. Det var ingen som sa at «eg er flinkast».**

«Pål» opplevde i samspelet at det var ubehageleg om nokon ikkje helsa på han eller spelte med for høgt volum. ...*Det var nok at nokon ikkje såg på meg til at eg grubla heime om kvifor han ikkje helsa på meg... Etter at han byrja å sei ifrå om noko var ubehageleg opplevde han at det plutselig vart ein trygg og harmonisk stad der dei respekterte kvarandre, kunne snakke*

om tankar og kjensler, og kunne gje skryt og støtte til kvarandre. *Eg sa ofte at eg ikkje vil ha noko konkurranse. Eg har aldri likt det. (...) me er her for å ha ei fin tid og spela og vera ei kjempebra gruppe og lage ei plate. Me er her for at ting skal gå...* Han opplevde at likeverdighet, forståing og aksept var viktig for gruppa sidan det førte til at dei fekk ein god kjemi og fekk musikken til å svinga.. *Forståing er veldig viktig for kvarandre. (...) eg er ikkje meir enn andre og dei andre er ikkje meir enn meg. Det er ein jamn situasjon. Vi er alle her, det er ein grunn til at me er her. Fordi me har psykiske vanskar, derfor har me ein jamn forståing. (...) For eksempel er det ein som har ADHD, er veldig uroleg, men kva skal du gjera. Må berre akseptera. Det er ein måte å læra på, om andre psykiske vanskar og om å kunne akseptera dei andre.*

«Maria» opplevde å få veldig gode vener med to av dei som kom regelmessig sidan dei var veldig glad i musikk og har vore gjennom mykje av det same. Ho opplevde at dei kunne støtta kvarandre og at det var veldig kjekt og viktig for ho å kunne spela i band med dei. *Eg finn støtte i det dei seier til meg, og dei finn støtte i det eg seier til dei. Dei vert eit støtteapparat rundt kvarandre. Me er der for kvarandre. Nesten som ein liten familie. Det vart jo nesten det.* Likevel opplevde ho etter kvart å verta ofte nedstemt når dei skulle ta val i bandet der ho ville ikkje lage konflikt og sleit med å sei ifrå. *Då tenkte eg at då er eg berre stille. Vil liksom ikkje sei meir, er berre med på ein måte. Det var jo godt å berre vera med òg, eg synes det var godt nok eigentleg, eg vart ikkje grisk, men (...) eg ynskja meir utfordringar og eg ynskja å utvikle meg endå meir.* Etter at ho klarte å sei ifrå opplevde ho at dei vart endå nærare og opplevde det i etterkant som noko naturleg å kunne vera ueinig og at det kan lønna seg å vera ærleg. *Så tenkte eg at dette er jo akkurat som å vera i eit ekte band det, er sånn det fungerer der, det er ofte litt sånn gnissingar og sånn, då tenkte det er herleg at det er så pass normalt til tross for at det har vore eit helsetilbod og skal vera ein form for terapi. (...) Så løyste me jo problemet og så vart me endå meir close enn det me var før. Det lønner seg å vera ærleg.*

Ho opplevde at det tok tid å verta kjend med den eine musikkterapeuten sidan han observerte mykje i bandet. Ho opplevde å få fort eit særleg godt forhold til ein anna musikkterapeut som gav individuelle timar, der ho opplevde å kunne utfordra seg meir musikalsk enn med bandet og opplevde at ho ikkje trengte å krevja så mykje i det fyrste bandet.

«Olav» opplevde det som viktig at dei kunne bestemma at det skulle vera ei lukka gruppe ...*fordi det handlar om tryggleik.* Han opplevde å få eit veldig godt og venskapeleg forhold til dei andre i bandet der han opplevde at dei kunne støtta kvarandre, vera på same

bølgelengd, vera open og ærleg og kunne dele dei mørkaste og beste tinga. Han opplevde å vera i gruppe og kunne vera der for nokon andre gav positiv påverknad og sjølvvære, og at det gjorde at han fekk tilbake sin humor. Han opplevde at det var eit flatt demokrati, og opplevde at det var bra og viktig at musikkterapeutane var opne på eit venskapeleg plan, brukte humor, var naturlege, gav noko av seg sjølv, gav plass og kunne vera sårbar og menneskeleg med feil. *...Det er eit flatt demokrati. Alle er like, det nokså viktig. (...) Det er ikkje oss mot dei. (...) Det med å vera open på eit venskapeleg plan sjølv om ein er musikkterapeut, det er jo klart, me har jo vore saman kvar veke så skapar man jo band som ikkje er behandlar og bruker-relasjon.*

Han opplevde at det ikkje kunne fungert utan musikken, *fordi musikken var ei felles ramme. Det var det me hadde til felles.* Han opplevde at musikk og humor kunne vera med å bryte ei alvorleg stemning. *Eg hugsar stadig vekk at det kunne vera nokon tunge ting når me sat og drakk kaffi, og så kunne man sei «Ja, skal me gå å spela litt musikk?». Og så kunne me fjolle saman og le eller... så har me liksom brote... ein veldig tung situasjon. (...) Det er ein katar-sis i det. Det gjer ein slik lette... du får den overgangen så vert det ein heilt anna setting. (...) Det har alltid vore viktig for meg med humor og kunne le saman. Me hadde same bølgelengde og same humor... me kunne le og grina saman. Eg fekk min humor tilbake som eg hadde før eg var sjuk.*

Han opplevde til tider at det var lite utfordrande musikalsk i bandet, og sat derfor pris på å kunne få individuelle timar i tillegg. *Nokon av songane med spelte med bandet var litt meir simpelt... så kan det fort verta litt kjedeleg fordi du kan det så det er ikkje vits å øva. Så fekk eg noko av han som var mykje vanskelegare som musikkterapeuten i gruppa ikkje hadde hatt tid til. (...) ...så fekk eg noko med heim å øva på til neste gong eg skulle møte han. Så eg hadde noko å øva til med gruppa og med han.*

### Opplevingar og utviklingar i kvardagen

Deltakarane opplevde at opplevingar dei hadde i musikkterapien var med å påverka deira kvardag utanfor musikkterapi. Dei fortalde korleis det påverka dei når dei var heime, ute i samfunnet og når dei gjekk til anna behandling.

#### **Dei fleste fortalde om opplevingar av kjensler etter å ha vore i musikkterapi.**

«Espen» opplevde å ha ei god kjensle etter musikkterapien som gjorde at han opplevde at det som var vanskeleg vart litt mindre vanskeleg, og kunne føle seg ovanpå i livet.

«Maria» kunne kjenne at ein dårleg dag i bandøving kunne smitta over på kvardagen, men klarte etter kvart å separera det. Etter kvart klarte ho å berre ta med seg heim det som var bra. Ho kunne kjenne på ei letta kjensle av å fått sunge og gjort noko ho likte. Ho merka òg å få tilbake gleda av vera med sine barn. *Eg kjente på den lette kjensla som eg ikkje hadde kjent på lenge, eg hadde fått sunge, eg hadde fått gjort noko som eg likte. (...) Når eg var heima med barna mine var det ikkje lenger den kjensla av at dei ikkje gav meg lykke lenger. (...)*

«Olav» opplevde å kunne gå heim med ei oppstemt kjensle og følte å ha letta på ein byrde når han klarte å spela ein song han ikkje klarte sist gong...*så er man glad igjen eller har letta på ein byrde på ein måte.*

### **Alle fortalde om opplevingar av korleis det var å gå til anna behandling samstundes som musikkterapi.**

«Espen»: *Eg følte at eg hadde meir motivasjon til å prøva hardare, og få til dei tinga eg skulle få til i dei andre behandlingsforma.*

«Pål» uttrykka at det var positivt å gå til psykolog samstundes og var ein plass der han kunne snakke om kva som skjer i musikkterapi og opplevde å få råd om at han kunne sei ifrå når han opplevde noko ubehageleg der. Han opplevde at det følte godt at psykologen, psykiateren og musikkterapeuten var der for han og ville hjelpe han.

«Maria» ville ikkje rippe opp i negative minner hjå psykologen og opplevde å ikkje ha behov det. Ho opplevde at ho kunne jobbe seg gjennom sine problem gjennom musikken der ho opplevde å ikkje trenge å gå i detalj på kva som hadde skjedd. Ho opplevde likevel at psykologen kunne gje tips og råd om korleis ho kunne sei ifrå til andre om ho opplevde noko ubehageleg.

«Olav» synes det tok lang tid før han kunne få ein god relasjon med sin psykolog sidan dei var så ulike. Etter kvart synes han at det var viktig at han hadde psykolog i tillegg, men hadde ikkje lenger behov for det etter to år.

### **Dei fortalde om korleis dei byrja å nytta musikk i kvardagen.**

«Espen» opplevde når han framleis gjekk til musikkterapi at han plutselig hadde noko å øva på heime som var meiningsfullt. Han opplevde at det var viktig å øva på songar heime sidan han skulle prøva å spela det saman med dei andre i gruppa. Han opplevde det som ein veldig fin motivasjon og gjorde at han nytta pianoet mykje meir enn før. Etter at han slutta i

musikkterapi sleit han med å motivera seg til å spela piano. Han uttrykka at han framleis har opptaka av musikken som dei gjorde i musikkterapien og at han opplev at det gjer minner om musikkterapien og ei veldig positiv tid når han høyrar på det.

«Pål» byrja å bruke mykje tid på å øve heime på låtar frå musikkterapien ...*når mi kone går på jobb om morgonen... då tar eg mi tid, minst to-tre timar av og til der eg berre spelar musikk...* Han opplevde at dei positive kjensla frå musikkterapien kunne fortsette heime. ...*Det er ein fortsetting av terapien. Ved å øve tenker eg ikkje og føler at kreativiteten kjem tilbake der eg føler meg bra. Eg klarer i alle fall å spela og gjera noko. Ved andre ting så er eg ganske avgrensa. (...).* Han opplevde å spela heime var med å halde depresjonen unna. Han opplevde å spela var som medisin som han kunne nytta for å gøyme seg vekk frå gnagande tankar eller for å forhindre at dei kom. *Det er positivt, for at uansett om eg føler meg bra eller ikkje bra... det er som medisin for meg...*

«Maria» nytta musikk i kvardagen for å handtera sin depresjon og utmatting sidan musikk gav ho positiv energi, lykkekjensle og gjorde at ho fekk vekk stygge tankar. I kvardagen fortalde ho at ho lærar seg piano, gitar og andre instrument, les og lærar seg om musikk, lagar og spelar inn musikk. ...*så eg driver jo med det. Det har jo vore ein openbaring.* Ho opplevde òg å kunne nytta musikk med familien sin, som ho opplevde skapte eit band mellom dei. *No er me musikkfamilie. Så ungane spelar gitar, eg og min mann går i kor, synger. Det har jo hatt kjempestor innverknad... og eg har begynt å læra eldstemann musikkprogram på datamaskina... musikken har på ein måte skapt eit band mellom familien min.*

«Olav» øvde på gitar heime for å øva til neste gong han skulle spela med andre. Han kunne òg nytta gitaren som mindfulness, noko han ikkje har stoppa med. Han opplevde at han kunne letta sin depresjon ved å tømme hovudet og fokusera med gitaren når vonde tankar kom. *Viss eg er trøtt av noko eller noko eg kjem på eller noko, så kan eg... tømme hovudet, du fokuserer. (...)* å bruke gitaren som mindfulness når vonde tankar kom var med å lette min depresjon.

### **Dei opplevde at opplevingar i musikkterapi var med å gje dei ny innsikt.**

«Espen» opplevde å få eit nytt syn på korleis det var å spela i band. Han trudde at ein var meir i sin eigen verden, men opplevde at det omhandla i staden at det følte som man deltar i noko saman med dei andre som ein spelar med. Han opplevde at det kunne vera kjekt å spela instrument, og at det var ein anna måte å oppleve ein låt ved å spela den enn å høyra på den.

«Pål» lærte òg å akseptera at folk er forskjellige. Han opplevde at det var noko nytt å spela



med andre som gjorde at han lærte seg å lytte meir etter andre instrument når han lytta på musikk.

«Maria» følte at ho lærte mykje om aksept i musikkterapi; *Aksept både for det eine og det andre. Aksept for at eg sjuk, aksept for at folk er forskjellige, for at livet mitt er sånn som det er, aksept for at eg ikkje har drive med musikk før eg burde drive med det, at det har tatt så lang tid (...) ...trenger ikkje å vera sånn som andre treng å vera. (...) men òg innsjå at det er ingen aldersgrensa for musikk, kan drive med musikk til du går i grava liksom.*

«Olav» opplevde at det kunne gje sjølvverdi av å kunne vera der for nokon andre og kunne gjera ein forskjell. *...eg kunne vera noko for nokon andre. Det er super viktig. Du vert ikkje lykkeleg av dei ting du gjer for deg sjølv, du vert lykkeleg det du gjer for andre. Det gjer ein verdi. Det er som å lytte på historier... det kjem ein som for eksempel har problem med NAV, der veit eg kva du skal gjera for det har eg sjølv vore gjennom... eller din mor er sjuk, eg har sjølv hatt ein far som... å bruke seg sjølv, gje noko av seg sjølv for å vera noko for andre. Det gjer sjølvverd.*

### **Dei fleste uttrykka at dei kunne få ein styrka identitet og nye sosiale rollar i samfunnet.**

«Pål» opplevde etter tre år at det framleis var vanskeleg å sei kva han driv med om nokon ukjende spør, men at musikkterapien har gitt han ein plass der han slepp å gjere dette. I musikkterapien følte han at han trivast, kjenner seg trygg og at det handlar om å spela og å vera saman.

«Maria» opplevde at musikken har vore medisin for ein identitet, at det vart ein heim for hennar identitet og gav ho noko som berre var hennar sitt. Ho opplevde glede og meining av å kunne ha noko å kome med når ho møtte nye personar der ho kunne sei at ho blant anna driv med musikk. *Berre det å ha noko å kome med til nokon som vil høyra på deg, berre det var nok for meg til å verta glad og føle ein meining med livet. Når folk snakkar om kva gjer du på liksom, så har eg noko som er mitt, men eg treng ikkje nødvendigvis å sei det. Eg kan sei at eg driv med litt forskjellig, blant anna musikk ...musikken har vore medisin for ein identitet.*

Ho opplevde òg at det var positivt at ho følte seg mindre knytt til psykiatrien etter ho byrja med ettervernstilbodet.

«Olav» opplevde òg etter han byrja med ettervernstilbodet at det vart enklare å ikkje føle seg knytt til ei pasient-rolle. I tillegg opplevde han etter kvart å verta meir sosial å få nye rollar i



samfunnet. Han opplevde at han kunne sei at han driv med musikk viss folk spør kva han gjer på. Han opplevde seg sjølv som ein som nytta seg av kultur til ein som lagar kultur og deltar aktivt i kultur-livet. *Musikkterapi er jo identitet-skapande... når folk spør kva du gjer på kan eg sei eg spelar musikk for eksempel. (...) Frå å vera kultur-konsument til å vera ein kultur-output. Før høyrte eg på musikk og gjekk på konsert, no produserer eg jo kultur når eg spelar konsert for eksempel... og deltar aktivt i kulturlivet.*

### **Nokre uttrykka utfordringar med å slutte i musikkterapi.**

«Espen» uttrykka å slite med motivasjonen til å spela etter han gjekk til musikkterapi, sjølv etter eit og eit halvt år. Sidan han framleis opplevde å ha avgrensa mengd med ressursar har han valt å nytta dei til å blant anna kunne møte opp på jobb.

«Maria» opplevde at ho var fortvila og ikkje visste kva ho skulle gjera når ho måtte slutte i musikkterapi ved DPS etter tre månadar. *Når den tida var over kjenner du på det tomrommet, kva skal me gjera no? Kvar går me no? Kva skjer no? Kem skal eg gjera musikk med no? Eg har ikkje lært nok til å kunne... alt var berre eit mørkt hol... Ho opplevde stor glede når ho fekk tilbod om å fortsetja i ei oppfølgingsteneste. ...Når eg fekk den meldinga at no skulle dei få det i gang i dette huset her så var det ein av dei beste dagane i livet omtrent. Berre å få veta at du får fortsetja å holde på med musikk utan at det nødvendigvis er fokus på at du er sjuk og ... at det er utanfor DPS, det var heilt fantastisk.*

«Olav» opplevde òg at det var utfordrande å måtte avslutte med musikkterapi og at det var bra at han kunne fortsetja i eit ettervern-tilbod utanfor DPS.

### **Alle uttrykka tankar som dei hadde for framtida.**

«Espen» fortalde at han sikkert ikkje kjem tilbake til musikkterapi, og var usikker på om han kan kome tilbake sidan det er mange som vil ha musikkterapi. Han såg på det som ein positiv ting sidan han har tru på meir personleg vekst om ein deltar i eit band på eige initiativ og ikkje som ein del av ei teneste. Sjølv om han sleit med motivasjonen til å spela uttrykka han likevel å ha eit ynskje om å kunne verta flinkare til å spela musikk og få att dei gode kjenslene han fekk i musikkterapi. Han uttrykka at når han har meir overskot vil han oppsøka ein piano-lærar, læra eit par år og deretter kanskje finne nokon andre å spela med.

«Pål» fortalde at han hadde ingen plan om å slutte å gå til musikkterapi sidan han følte seg trygg, kan spela saman med andre der og at det er til stor hjelp.

«Maria» uttrykka at ho slepp mykje negativt om ho fortset med å læra noko nytt, gjera mykje med musikk og har mykje å gjera på. Ho uttrykka heller ingen ynskje om å slutta å gå til etterverns-tilbodet der ho ynskjer å framføre meir i framtida på fleire stader. Ho uttrykka at ho ynskja å spreie glede og reklamera for tilbodet ho nyttar for at det kan spreie seg til heile Noreg.

«Olav» uttrykka òg å ikkje ville slutte å gå til etterverns-tilbodet sidan det er ein plass han opplev å vera sosial, få positiv påverknad og kunne drive med sin hobby. Han ynskja òg å kunne framføra meir, og ved forskjellige stader. Han ynskja at heile Noreg skal få det same tilbodet han har fått og at alle DPS bør nytte modellen med tre fasar; 1.fase – DPS, 2.fase – etterverns-lokale og 3.fase sjølvdrive band med kanskje jamlege besøk av ein musikk-kontakt. I tillegg fortalde han at det bør finnast ein musikk-kafé for vaksne menneskjer som vil lage nettverk og ha nokon å spela med.

### **Dei uttrykka at opplevingar i musikkterapi var til hjelp i ein kvardag med depresjon.**

«Espen»: *Eg følte at eg fekk meir ut av alt utanfor musikkterapien på grunn av musikkterapien. (...) Eg følte meg meir ovanpå i livet. Det var ikkje ein kur for depresjon, men ting som var vanskeleg vart litt mindre vanskeleg fordi eg hadde eg god kjensle i meg frå musikkterapien. Det fekk meg òg til å prøva litt hardare generelt i livet, det var lettare. (...) Det er ikkje nokon dramatisk forandring, men det er ein betydeleg forandring for meg.*

«Pål» uttrykka at han alltid kjem til å vera bi-polar, men at han klarar å halde mani i sjakk med medikament og depresjonen i sjakk med musikkterapi. Etter han byrja i musikkterapi opplevde han å få tilbake lysten til å høyra og spela musikk att, føle seg trygg saman med andre og opplevde å spela musikk aleine og med andre gav han glede og kunne fjerne negative tankar. ...*Eg føler at musikkterapi er ein kjempehjelp fordi eg øver her, eg føler meg trygg her, og når eg er heime har eg på ein måte ei oppgåve der eg kan øve.*

«Maria» uttrykka at ho har det bra sjølv om depresjonen alltid vil liggje der. Ho uttrykka at ho er ganske tilfreds så lenge ho fortset med musikk og har nokon å spela saman med. Ho uttrykka å ikkje ville gje slepp på musikk sidan ho opplev at det gjer ho mykje glede, energi og mening med kvardagen og livet generelt.

«Olav» uttrykka at tunge kjensler og tankar kan framleis oppstå, men at deltaking i musikkterapi har gitt han sjølvverdi, visjonar om framtida, kunne med-bestemma, få oppleva å kunne vera der for andre og at han kunne gjera ein forskjell. *No har me vore vener i tre år*

*og har delt dei mørkaste og dei beste tinga. Det å vera med i ei gruppe og vera noko for nokon andre det gjer sjølvvære. Han uttrykka at kjensla av sjølvverdi, at du er glad i deg sjølv, er det som verkeleg kan ta vekk depresjon. Viss det noko man ikkje er når ein er deprimert så er det å vera glad i seg sjølv. (...) og eg fekk visjonar om framtida. Det har du heller ikkje når du er depressiv, så kan du kanskje sjå maks ein time fram kanskje... Det betyr ingenting. (...) Eg har fått medbestemming. (...) og eg føler at eg kan gjera ein forskjell. Det handlar om å kunne vera der for nokon andre. (...)*

## Diskusjon

Dette kapittelet har som formål å kunne svare på problemstillinga; *Korleis opplev vaksne personar med depresjon musikkterapi? - og korleis kan opplevingar i musikkterapi vera til hjelp i ein kvardag med depresjon?*

Med Recovery som eit overordna perspektiv vil eg svare på problemstillinga med å sjå deltakarane sine forteljingar i ljøs av ein kvardag mot betring. Eg har valt å beskrive det gjennom overskrifter som *Ein utfordrande kvardag*, *Musikkterapi i ein kvardag mot betring* og *Nøklar av velvære*. Fyrst vil eg sjå betringsprosessen utifrå ein kvardag med utfordringar, deretter korleis musikkterapi kunne påverka kvardagen og til slutt vise til spesifikke opplevingar som verka å vera viktig for at positive endringar kunne skje.

### Ein utfordrande kvardag

Deltakarane skildra fleire årsakar som kunne stå i vegen for å kunne føle ein meningsfull kvardag. Dei uttrykka å oppleve ein kvardag med utfordrande kjensler. Nokre uttrykka tristheit av å mista nokon dei var glad i, medan ein uttrykka tristheit av mangel på eit sosialt liv. «Maria» opplevde stress av kva andre forventa av ho og ha tid og energi til seg sjølv. Ein opplevde å vera redd for kva andre tenkte om han, og ein opplevde skam og dårleg samvit over ting han har sagt og gjort mot andre. Desse skildringane tydar på at andre personar rundt eit individ kan påverka korleis ein opplev og trives i ein kvardag. I tillegg uttrykka ein at kvardagen kunne òg vera utfordrande ved å ha økonomiske problem og bu i ubehagelege kår.

Forteljingane uttrykka at slike utfordrande opplevingar kunne etter kvart utvikla seg til å påverka deira kvardag på ein omfattande måte. Sjølv om dei hadde forskjellige utfordringar i kvardagen, opplevde alle å få eit negativt syn på seg sjølv og å ha lite glede, lyst, energi og meining i kvardagen. Dei uttrykka å ha eit *negativt sjølvbilete* med skildringar av å føle seg verdilaus, skamfull, å mista sin identitet og tru at andre tenkte negative tankar om dei. Dei uttrykka opplevingar av *manglande engasjement* med skildringar som manglande evne og lyst til å gjera ting, å kunne bry seg om andre, lite energi og glede og ikkje tørre å ta sjansar. Dei uttrykka opplevingar av *meningslausheit* med skildringar om lite håp og at ingenting hadde noko å sei. Denne tilstanden påverka dei til å ville isolera seg frå andre og omverden.

Sjølv om dei lenge hadde hatt eit lidenskapeleg forhold til musikk i kvardagen før musikkterapi, opplevde dei fleste at ikkje ein gong musikk kunne engasjera dei ved denne tilstanden. Likevel var det ein som opplevde å framleis ha glede av å høyra musikk og at negative kjensler kunne verta mindre sterke etterpå. Han klarte likevel ikkje å motivera seg til

å fylgje draumen hans om å kunne spela piano, som kan tyda på at å spela instrument kan vera meir krevjande enn å lytta.

Det kom ikkje tydleg fram i skildringane kva som gjorde at dei valte gjera aktive tiltak for å kunne få det betre, men det verka å vera motivert utifrå eit ynskje om å få ein meningsfull og lettare kvardag med mindre negative kjensler og tankar. Sidan ingen vart plutselig betre kan denne innsatsen sjåast som byrjinga på deira reise mot betring.

Skildringane viste at det kunne vera utfordrande å prøve tiltak som kunne vera til hjelp. Alle prøvde tiltak som dei opplevde å vera til lite eller ingen hjelp som gjorde at dei måtte prøve andre måtar. Nokre typar tiltak viste seg å vera til hjelp for nokon, medan fungera mot sin hensikt for andre. Dette kan vera med å vise til at personar med depresjon kan ha forskjellige behov, sjølv om dei lid av liknande symptom og at det kan vera utfordrande å setja i gang ein prosess mot betring.

Sjølv om skildringane viste at deltakarane kunne òg få utfordrande opplevingar i musikkterapi, viste det seg at fleire av desse utfordringane over tid kunne fungera på konstruktive måtar. På denne måten kan me forstå at det kan vera viktig med utfordrande opplevingar i prosessen for å få til endringar og ein positiv utvikling i kvardagen. Samstundes viste det seg at det var fleire aspekt i prosessen som var viktige for at utfordringar kunne verte konstruktive, og for at dei kunne få positive opplevingar av å delta i musikkterapi.

Ved å sjå skildringane frå musikkterapi i kontekst av kvardagen, og korleis kvardagen kan påverka opplevinga av musikkterapi, kan det vera med å tydeleggjera korleis deltaking i musikkterapi kan vera til hjelp i ein kvardag med depresjon.

### Musikkterapi i ein kvardag mot betring

Forteljingane som er skildra visar at deltaking i musikkterapi kan opplevast på mange ulike måtar. Likevel kan me sjå i resultatdelen at opplevingane omhandla fleire fellestema. I stor grad omhandla beskrivingane utfordrande, lærerike og gedefylte opplevingar av å samarbeida med andre menneskjer og å vera aktiv med musikk. Skildringane visar at desse opplevingane kunne påverka andre opplevingar, og deira kvardag utanfor musikkterapi. Forteljingane tydar òg på at deira kvardag utanfor musikkterapi kunne påverka korleis det var å delta i musikkterapi.

I resultatdelen under *Opplevingar og utviklingar i kvardagen*, kan me sjå fleire eksempel på korleis opplevingar i musikkterapi kunne vera med å påverka kvardagen utanfor musikkterapi.

For eksempel byrja alle å vera aktiv med musikk heime og fleire uttrykka at kjensler frå musikkterapi kunne påverka resten av dagen. Skildringane tyda òg på at opplevingar og handlingar i kvardagen, kunne påverka korleis dei opplevde musikkterapi. I tillegg kan det tolkast som opplevinga av musikkterapi var påverka av deira utfordringar frå kvardagen før musikkterapi.

Innan musikkterapi viste skildringane at det kunne oppstå utfordringar både i byrjinga og undervegs i prosessen. Når dei skulle samarbeida med andre og prestera i musikk, kunne dei få opplevingar av å føle seg utrygg, stressa, nervøs, føle ubehag, ikkje passe inn eller vera bra nok. Dei kunne òg oppleva ubehag ved å verta overkøyr, ikkje få merksemd, føle seg til bry for andre eller at andre var til bry for dei. Desse utfordrande opplevingane kan tolkast å likna på utfordringane som dei opplevde ved å leva med depresjon. Som eit eksempel opplevde ein ikkje noko konflikt med dei andre, men opplevde likevel stress over å ikkje vera til bry for dei andre. Dette kan sjåast i samanheng med at han hadde eit negativt sjølvbilete og frykt for kva andre tenkte om han elles i kvardagen.

Når ein ser på skildringane i ljøs av deira kvardag mot betring, visar det til at utfordrande opplevingar i musikkterapi kunne stå i fare for å vera til hinder for vidare betring. Som eksempel opplevde ein å gå rundt med ein byrde om han ikkje klarte å spela ein song. Skildringane viste at dei òg opplevde utfordringar ved andre tiltak, som dei gav uttrykk for at ikkje var riktig tilnærming for dei. Likevel verka fleire av desse utfordringane å bera preg av deira utfordringar med depresjon. På denne måten kan det derfor tenkjast at det var mogleg uunngåeleg at dei òg kunne oppleva musikkterapi som utfordrande.

Sidan opplevingar i kvardagen kan sjåast å vera i samspel med erfaringar i musikkterapi visar det til kva påverknad musikkterapi kan ha i ein kvardag mot betring. I musikkterapi viste det seg å vera viktig å meistra utfordringar som oppstod undervegs, og få positive opplevingar for at det skulle føre til ein positiv utvikling i kvardagen.

### Nøklar til velvære

Skildringane viste at endringar som dei opplevde som positivt kunne oppstå på fleire vis og påverka både kvardagen i og utanfor musikkterapi. Dette er med å vise til kor viktig opplevingar i musikkterapi kan vera for ein oppleving av ein kvardag. Eg vart inspirert til å nytta *Nøklar til velvære* som overskrift sidan eg opplev det som beskrivande for korleis deltakarane opplevde endringar i musikkterapi og ved sin betringsprosess i kvardagen. På ein samla måte kan me sei at dei fekk til endringar ved å oppdaga nøklar som opna opp dører til å

kunne verta aktiv og prestera i musikk, samarbeide med andre og få velvære i ein kvardag med depresjon.

Sidan nøklane viste seg å kunne påverka andre opplevingar, og påverka kvarandre att på samanfiltra vis, viser det til kompleksiteten av å sjå endringar i musikkterapi saman med endringar i ein betringsprosess. Likevel visar det at opplevingar dei fekk av seg sjølv, av relasjonar og av musikk kunne vera avhengig av kvarandre og opne dører til nye og fleire moglegheiter.

Frå eit makroperspektiv var nokre av dei viktige nøklane positive opplevingar av relasjonar og av å vera aktiv med musikk, å ha noko til felles, utfordringar, ein aktiv innsats, tilpassa handlingar og nye perspektiv.

Positive opplevingar av relasjonar, vart uttrykka å kunne gje kjensler av glede, motivasjon, meining og tryggleik. Dette viste seg å kunne oppstå ved at dei hadde noko til felles, at dei kunne føle seg som ein del av eit fellesskap, kunne få venskap, oppleve likeverdige relasjonar, føle seg respektert og akseptert. Det kunne òg oppstå ved at dei kunne få og gje støtte til kvarandre, vera opne og ærlege med kvarandre, le og spøke i lag og ved å kunne forstå kvarandre. Alle uttrykka at det var motiverande å gå til musikkterapi ved at det var kjekt å vera saman med andre. Nokre uttrykka at det var ein fordel å ha livserfaringar og ei interesse for musikk til felles. Ein opplevde at det var viktig for tryggleiken at det var ei lukka gruppe og at det gav sjølvverd å kunne gjera ein forskjell og vera der for andre. Ein uttrykka at relasjonane var kanskje det mest oppløftande i musikkterapi. Ein uttrykka at positive opplevingar av samarbeidet kunne òg vera med å påverka musikken positivt. Til saman visar dette til eksempel på korleis trygge, likeverdige og venskaplege relasjonar kan vera viktige nøklar for eit motiverande, støttande og gledesfylt samarbeid i musikken og ved i ein kvardag mot betring.

Positive opplevingar av å vera aktiv med musikk, vart uttrykka å føre til kjensler av glede, ro, fridom, ei letta kjensle, eit kick, positiv energi, motivasjon, sjølvtilit og meining. Dette kunne òg å føre til kjensler av å kunne lette på kjensla av depresjon, få fokus vekk frå vonde tankar og kjensler, at ein vart oppstemt, kreativ, konsentrert og at ein kunne syngje ut sin smerte. Alle uttrykka at slike opplevingar kunne oppstå når dei opplevde å kunne meistra med musikk. Alle uttrykka at positive opplevingar av musikk kunne vera motiverande seg sjølv og førte til at dei byrja å aktivt nytta det i kvardagen utanfor musikkterapi. Nokon uttrykka at musikk var identitet-skapande, der «Maria» uttrykka å ha noko eige og føle seg heime i musikken. Til



saman kan dette vise til kva kraft og moglegheiter som kan oppstå av å vera aktiv og meistra med musikk. Det viste seg å vera ein viktig nøkkel til å verta aktiv og motivert i kvardagen, å kunne uttrykka kjensler, kome i kontakt med sin identitet og motverka opplevingar av depresjon.

Utfordrande opplevingar av å vera aktiv med musikk og samarbeida med andre vart uttrykka å kunne vera ubehageleg, men kunne òg visa seg å kunne fungera konstruktivt. Nokre opplevde å få eit nærare samhold og ny forståing av andre og seg sjølv etter at dei sa ifrå om det som var ubehageleg. Nokre opplevde å kunne få meir motivasjon og glede etter at dei fekk musikalske oppgåver som var meir utfordrande. Sjølv om nokre opplevde å spela konsert var spesielt utfordrande, viste det seg å kunne føre til ny forståing og store opplevingar av glede, meistring, motivasjon og andre positive kjensler. «Espen» opplevde at stresset han opplevde av å læra seg å spela bra nok gjorde at han oppnådde resultat han var nøgd med. Sjølv om han opplevde at det var utfordrande å motivera seg sjølv på eige hand etter musikkterapi, uttrykka han at det kunne vera meir positivt å kunne få det til utan musikkterapi. Til saman visar det at utfordrande opplevingar kan i seg sjølv vera ein viktig nøkkel til positive endringar. Det visar samstundes at det kunne krevja ein aktiv innsats, tilpassa handlingar, ny motivasjon og nye perspektiv for å kunne løyse utfordringar.

Nye perspektiv og ny motivasjon viste seg å vera viktige nøklar for positive endringar. Nye perspektiv på musikk, andre og seg sjølv viste seg å gjere det lettare å sjå korleis ein kan tilpassa handlingar til å passe sine behov. Til dømes opplevde ein at det var viktig å forstå at det var lov å spela feil, at å spela saman med andre kunne etablere relasjonar på ein ny og fin måte og at det kunne vera kjekt sjølv om musikken ikkje var perfekt. Alle opplevde at det var viktig å verta motivert i kvardagen med å ha noko å sjå fram til og strekkja seg etter. Dette førte òg til andre fordelar der dei vart aktiv med musikk heime, der dei fleste uttrykka å kunne bringe fram positive kjensler på eige hand. Nye perspektiv viste seg å vera viktig for å kunne akseptera seg sjølv og andre, som førte til eit betre sjølvbilete og kunne lettare samarbeida med dei andre.

Når ein ser på forteljingane over tid kan me sjå at desse utviklingane kunne skje gradvis i prosessen. I byrjinga verka alle deltakarane å vera prega av ein usikkerheit. Dette verka å påverka korleis deira sjølvbilete og at det var vanskeleg å forholde seg til andre. Etter kvart som dei opplevde viktige nøklar kunne dei oppleve positive opplevingar som motiverte dei til å fortsetja. Skildringane viser at nokre av dei kunne òg oppleve nye utfordringar seinare i

prosessen. Fleire av skildringane viser at positive opplevingar kunne òg føre til betraktelege endringar. Som eksempel, verka det for nokon å skje ein tydeleg endring etter at dei sa ifrå om kva dei opplevde som ubehageleg til dei andre. For «Maria» verka det òg som eit tydeleg skifte mot det betre når ho framførte på scenen. Dette visar til at enkelte nøklar kan vera avgjerande for korleis musikkterapi kan føre til positive endringar.

Fleire skildringar uttrykka konkret til korleis positive opplevingar, konstruktive utfordringar, ny innsikt og endra perspektiv kunne ha positiv overføringsverdi til kvardagen utanfor musikkterapi. Alle uttrykka å verta meir sjølvstendig, positiv og styrka i kvardagen. Alle uttrykka at dei kunne få positive kjensler og kunne handtera vonde tankar og kjensler med musikk av å vera aktiv med musikk på eige hand. Alle opplevde å verta inspirert og få noko å sjå fram til og strekkja seg etter. Fleire opplevde at dette kunne påverka ved å få nye sosiale rollar i samfunnet og kunne presentera og sjå seg sjølv i eit anna ljøs enn ein person med psykisk lidning. Ei opplevde at det lønna seg å vera ærleg, at ho kunne få glede av å vera med sine barn og kunne vera aktiv med musikk med dei. Ein opplevde at opplevingane i musikkterapien gjorde at han klarte seg litt betre i livet enn før han vart med, fekk meir ut av alt og meir motivasjon til å prøva hardare i andre behandlingsformar og elles i livet. Sidan ein uttrykka å prøva hardare i andre behandlingsformar, og at andre uttrykka å setja pris på anna behandling samstundes, kan det vera med å vise til at andre opplevingar som ikkje kom fram i skildringane kan ha hatt ein viktig rolle i deira betringsprosess.

Samanfatta har skildringane vist korleis betringsprosessar kunne utvikla seg frå ein utfordrande kvardag med eit negativt syn på seg sjølv og lite glede, lyst, energi og meining, til å kunne oppleve endringar gjennom nøklar til velvære i og utanfor musikkterapi. Nøklar av positive, utfordrande og perspektivendrande opplevingar gjorde at dei kunne få positivt syn på seg sjølv og andre, samt få glede, energi, meining, interesser og draumar tilbake i kvardagen. Skildringane uttrykka at desse opplevingane gav dei nye og fleire moglegheiter til å gjera ein forskjell, halde ut og halde ved like i kvardagen. På denne måten kan me forstå korleis opplevingar av å delta i musikkterapi kan føre til endringar som er til hjelp i ein kvardag med depresjon.

### I ljøs av tidlegare forskning

Undersøkinga visar at forteljingane om deltakarane sine betringsprosessar kan sjåast å likna på faktorar som har vist seg å vera viktige for å oppnå *full recovery* (Leamy et al., 2011, s. 449). Det viste seg desse betringsprosessane kan sjåast i likskap med ein Recovery-prosess

ved at deltakarene gjorde ein aktiv innsats og tok ansvar i sin eigen prosess, at prosessane var unike for kvar deltakar, at prosessane kunne innehalde utfordringar undervegs. Det viste seg at positive opplevingar ved *CHIME*-prosessar verka å vera vesentlege for at deltakarane kunne oppleva betring (Leamy et al., 2011, s. 448). På same måte viste det seg å vera viktig å oppleva endringar ved haldning, verdiar og kjensler som er postulert som viktige prosessar i Recovery (Anthony, 1993).

Undersøkinga visar at relasjonar som vart opplevd som hjelpsame bar likna òg med eit Recovery-perspektiv. Utifrå deltakarane sine skildringar – som liknar på Recovery-litteraturen – viste det seg å vera viktig å kunne møtast som med-menneskjer, kunne utvikla likeverdige rollar og relasjonar og ha eit samarbeid som var basert på respekt, gjensidig tillit, delt makt, openheit, respekt og utfordring av grenser (Slade, 2009; Borg & Kristiansen, 2004). Det viste seg at slike hjelpsame relasjonar var viktig å kunne ha med både terapeutar og med-brukarar. Det likna på litteraturen ved at deltakarane opplevde at det var viktig å kunne gje og få støtte av andre medbrukarar (Leamy et al., 2011; Slade, 2009). Det likna òg ved at det var viktig at terapeuten viste interesse til deltakaren sine interesser (Pilgrim, 2009).

Det som ikkje kjem fram i Recovery-litteraturen er at fleire av deltakarane opplevde at det var viktig med venskapelege relasjonar med både terapeutar og med-brukarar. For å kunne få slike relasjonar uttrykka deltakarane at det var i tillegg viktig med ein god kontakt og kunne dela ei interesse musikk. Det vart òg uttrykka å vera viktig at musikkterapeuten kunne læra vekk ferdigheiter og skape ein uhøgtidleg stemning. Det som kan vera interessant å utforska vidare er kva venskapelege relasjonar vil sei mellom ein brukar og ein terapeut. Det kan tenkjast å kunne oppstå problemstillingar ved at slike relasjonar er basert på venskap.

Undersøkinga liknar på tidlegare forskning på musikkterapi i kontekst av psykisk helsevern. Sjølv om hensikta var å kunne vise til den kvalitative prosessen, viste det seg at forteljingane samsvarar med det som kjem fram av kvantitativ forskning (Aalbers et al., 2017).

Undersøkinga visar òg at deltakarane opplevde mange positive opplevingar av å vera aktiv med musikk i musikkterapi som ein i stor grad finn att ved tidlegare brukarerfaringar med musikkterapi (Hense, McFerran, Killackey, & McGorry, 2016; McCaffrey & Edwards, 2016; Solli & Rolvsjord, 2014; McCaffrey & Edwards, 2015; Carr, 2014; Solli, Rolvsjord, & Borg, 2013; Ansdell & Mehan, 2010; Rolvsjord, 2010).

Det som er lite etablert i tidlegare forskning er korleis opplevingar i musikkterapi kan påverka kvardagen utanfor musikkterapi-rommet. Deltakarane i undersøkinga viste at dei vart motivert

til å vera aktiv med musikk heime og på denne måten kunne oppnå mange av dei positive opplevingane som dei fekk i musikkterapi på eige hand. Dette viste seg òg å kunne påverka kjensler resten av dagen, engasjement ved anna behandling, engasjement ved andre relasjonar, sosiale rollar i samfunnet og engasjement for framtida. På ei anna side viste skildringane til korleis positive og utfordrande opplevingar i kvardagen kunne påverka opplevinga av musikkterapi.

Ved tidlegare forskning på musikkterapi i kontekst av psykisk helsevern er ikkje alltid prosessen framheva. Eg har opplevd at mykje av forskinga har hatt fokus på å framheva tema av opplevingar som var til hjelp i musikkterapi og lite om korleis det utvikla seg i prosessen. Ved at denne undersøkinga har vist til prosessen i resultata har det vore mogleg å kunne avdekkje viktige opplevingar for endringar og korleis dei kunne oppstå.

Dette kan sjåast i samanheng med undersøkinga sitt mest unike funn som omhandlar at deltaking i musikkterapi kan føre til *utfordrande opplevingar*. Det viste seg at dei største fellesnemnarane ved deltakarane sine utfordrande opplevingar i musikkterapi omhandla *utfordringar i møte med krav om musikalsk deltaking og ved å kunne samarbeide med andre*. I ein nyleg utgitt forskingsartikkel vart slike utfordringar òg oppdaga, der det vart uttrykka at personlege utfordringar i musikkterapi er eit framleis underutforska tema (McCaffrey, 2018, s. 39). Dette tydar på at skildringane bidrar med viktig kunnskap for feltet om korleis utfordringar kan oppstå, verta løyst og påverka ei oppleving av musikkterapi.

Utifrå eit etappe-perspektiv kunne deltakarane oppleve utfordringar gjennom heile betringsprosessen (Leamy et al., s. 449). Sett utifrå etappar for endring visar deltakarane sine skildringar at fleire utfordringar kan oppstå ved å leva med ein utfordrande kvardag, å leva med symptom på depresjon, å prøve tiltak mot depresjon, å forholde seg til andre og krav om musikalsk deltaking i musikkterapi og ved å halde fram med musikk etter å ha avslutta med musikkterapi. Utfordringane som deltakarane opplevde i reisa mot betring kan sjåast å ha samanheng med deira oppleving av depresjon og vera ein konsekvens av ha opplevd ein kvardag med sosiale utfordringar, negativt sjølvbilete og lite engasjement, håp, glede og meining. Ved dette perspektivet kan det sjåast som at deltakarane møtte sine utfordringar frå kvardagen i musikkterapien. Samstundes vart det vist til at utfordringar kunne òg vera konstruktive, som kan tyda på at det òg kan vera viktig med utfordringar i ein prosess mot betring.

Det viste seg å vera viktig for deltakarane sin betringsprosess å oppleve at deltaking i

musikkterapi kunne vera kjekt, meningsfullt og trygt. For at deltakarane kunne få positive opplevingar i musikkterapi var det vesentleg å oppdaga nøklar som kunne løyse utfordringar som oppstod i prosessen. Samanfatta omhandla det å oppdaga nøklar av positive kjensler av relasjonar og å vera aktiv med musikk, nye perspektiv, tilpassa handlingar og konstruktive utfordringar. Liknande engasjement for musikk, liknande erfaringar og likeverdige roller kunne løyse utfordringar. Ny innsikt av musikk, andre og seg sjølv kunne løyse utfordringar. Tilpassa handlingar til å passe sine ferdigheiter, til å ta ansvar til å sei ifrå om ubehag, å øva og vera aktiv med musikk heime, ha ei lukka gruppe og få tilbod om oppfølging kunne løysa utfordringar. Nokre utfordringar kunne føre til ny innsikt, rådsnarheit og styrke som kunne løyse andre utfordringar i musikkterapi.

Det kan vera viktig informasjon at opplevingar ved deltaking i musikkterapi kan opplevast utfordrande. Det kan vera med å visa til at det ikkje er ein sjølvfølge at positive opplevingar kan oppstå i musikkterapi. Deltakarane sine skildringar visar til at utfordrande opplevingar kan føre til ubehagelege opplevingar og at det kan stå i fare for å hindre moglege positive utbytte av å delta i musikkterapi om det ikkje vert oppdaga nødvendige nøklar. Ut i frå deltakarane sine skildringar er det vanskeleg å vite om desse utfordringane hadde vore for store for andre individ og at det kan vera etisk uforsvarleg for ein musikkterapeut å utsetja brukarar for dette. Ved å sjå dette perspektivet som eit atterhald kan det på ei anna side sjåast ut som at utfordrande opplevingar er vanskeleg å unngå og at det kan vera viktig å møte desse for å oppleve positive endringar ved utfordringar med depresjon.

## Avslutning

Denne studien vert avslutta ved vise til ein samanfating, kva studien utvikla av kunnskap og implikasjonar for vidare forskning.

Studien har vist korleis musikkterapi kan vera til hjelp ved depresjon. Sidan depresjon er ein omfattande utfordring for både individ og samfunn har det gitt grunnlag til at det har vore viktig å forske på tiltak som kan vera til hjelp. Sidan kvantitativ forskning har vist at musikkterapi kan vera til hjelp ved depresjon har det vore viktig å kunne forstå korleis det kan fungera. Undersøkinga har òg bidrege til å kunne forstå musikkterapi som ein behandlingsform for depresjon i kontekst av psykisk helsevern og korleis musikkterapeutar kan arbeide med denne målgruppa.

Undersøkinga har vist korleis musikkterapi kan verta opplevd forskjellig, vart tilpassa og var til hjelp for enkeltindivid. I tillegg har det vist korleis deltaking i musikkterapi vart opplevd i kontekst av distrikt psykiatrisk senter og ved oppfølgingstilbod. Det har bidrege til forståing av korleis deltaking i musikkterapi kan påverka og vera til hjelp i kvardagen. I tillegg kunne forstå kva opplevingar som kan vera hjelpsame opplevingar og korleis dei kan oppstå.

Opplevingane skildra korleis det var å forholde seg til musikkterapeut og andre medbrukarar i prosessen samt korleis det var å vera aktiv med musikk. Forteljingane viste korleis desse kunne påverka dei og korleis det var til hjelp i ein kvardag med depresjon.

Recovery-perspektivet vart nytta for å kunne knytte undersøkinga til eit relevant perspektiv i psykisk helsevern og for å kunne presentera og diskutera funna mot eit overordna perspektiv. Dette perspektivet vart òg nytta for å kunne bidra til ny kunnskap ved tidlegare forskning som finnes på feltet.

### Kva studien utvikla av kunnskap

Studien har vist at deltaking i musikkterapi kan verta opplevd og vera til hjelp på mange måtar. Skildringane viste til at deltaking i musikkterapi kan omhandle ein prosess av utfordrande og positive opplevingar av å forholde seg til sitt sjølvbilete og vera aktiv med musikk og andre menneskjer. Deltakarane sine skildringar viste at desse opplevingane kunne påverka individa på liknande og forskjellige måtar både i og utanfor musikkterapi-rommet og kunne påverka korleis det var å leva i ein kvardag med depresjon. Alle deltakarane opplevde at deltaking i musikkterapi var til hjelp i ein kvardag med depresjon ved å oppleve at dei kunne meistre utfordringar, oppleve ny innsikt av musikk, seg sjølv og andre, nye sosiale

roller, oppleve positive kjensler, ein god kontakt med musikkterapeut og medbrukarar, oppleve likeverdige og venskaplege relasjonar, vera ein del av eit trygt fellesskap, kunne gje og få støtte, kunne ha noko positivt å sjå fram til og noko å strekkja seg etter, oppleve ein meningsfull kvardag og oppleve nye moglegheiter til å gjera ein forskjell, halde ut og halde ved like i kvardagen.

Undersøkinga viste at funna kan sjåast i stor likskap med eit Recovery-perspektiv og tidlegare forskning. Undersøkinga viste at deltakarane sine endringar kunne sjåast å likna på etappar av endring, prosessar og andre faktorar for endring som tidlegare vist i Recovery-litteraturen. Undersøkinga samsvarte med resultata av kva som kom ut av kvantitativ forskning på musikkterapi som viste at det kan redusere depressive symptom og styrke sosial funksjon. Undersøkinga viste òg at positive opplevingar som deltakarane opplevde liknar på tidlegare brukar erfaringar av musikkterapi i kontekst av psykisk helsevern.

Undersøkinga viste òg funn som er lite presentert i tidlegare forskning. Undersøkinga tyda på at opplevingar kunne påverka kvardagen utanfor musikk-rommet, og at opplevingar i kvardagen kunne påverka opplevingar i musikkterapien. Undersøkinga tyda at utfordrande opplevingar kunne oppstå ved deltaking i musikkterapi og at det i stor grad omhandla utfordringar ved samarbeid og krav om musikalsk deltaking. Undersøkinga tydar på at utfordringar kan vera både konstruktivt og stå i fare for å hindre moglege positive utbytte.

Samanfatta kan denne studien vera til nytte ved at det har bringa nye perspektiv på korleis musikkterapi kan verta opplevd for vaksne i kontekst av psykisk helsevern samt vise opplevingar som kan vera til hjelp i ein kvardag med depresjon.

### Implikasjonar for vidare forskning

Viss studien hadde hatt fleire deltakarar kunne det gitt fleire perspektiv og nyansar av korleis musikkterapi kan verta opplevd og vera til hjelp i ein kvardag med depresjon. Skildringane som vart presentert i studien er prega av selektiv utveljing, attforteljing og visar ikkje til heile sanninga av korleis det var opplevd. Med ha dette perspektivet som eit atterhald kan studien i den forbindelse kunne vise til implikasjonar for vidare forskning.

Studien visar at det er behov for meir forskning ved korleis musikkterapi kan verta opplevd og vera til hjelp i kvardagen. Utover dette er det fleire tema som eg opplev kan vera interessant å undersøkje vidare. Eit aspekt omhandlar om deltaking i musikkterapi kan føre til større positive utfall ved at brukaren har eller tidlegare har hatt ein lidenskap for musikk. Eit aspekt



omhandlar å undersøkje når det kan vera problematisk med venskaplege relasjonar mellom brukar og terapeut. Eit aspekt omhandlar korleis deltaking i musikkterapi kan påverka kvardagen utanfor musikkterapi og korleis kvardagen utanfor kan påverka opplevinga av musikkterapi. Eit anna aspekt omhandlar behov for meir kunnskap om korleis musikkterapi kan opplevast som utfordrande. Ved dette perspektivet er det behov for kunnskap om kva utfordringar som kan oppstå ved deltaking i musikkterapi, korleis dei vert handtert og når det er konstruktivt eller ikkje med i ein prosess mot betring.

## Kjelder

Aalbers, S., Fusar-Poli, L., Freeman R. E., Spreen, M., Ket, J. C. F., Vink, A. C., Maratos, A., Crawford, M. Gold, C. (2017). Music therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD004517. DOI: 10.1002/14651858.CD004517.pub2

Ansdell, G., & Meehan, J. (2010). Some lights in the end of the tunnel. Exploring users' evidence for the effectiveness of music therapy in adult mental health settings. *Music and Medicine*, 2(1), 29-40.

Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Innovations and Research*; 2:17–24.

Atiwannapat, P., Thaipisuttikul, P., Poopityastaporn, P. & Katekaew, W. (2016). Active versus receptive group music therapy for major depressive disorder - a pilot study. *Complementary Therapies in Medicine* 2016;26:141–5. PUBMED: 27261995]

Baines, S. (2003). A consumer-directed and partnered community mental health music therapy program: Program development and evaluation. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 3(3).

Baines, S., & Danko, G. (2010). Community mental health music therapy: A consumer-initiated song-based paradigm. *Canadian Journal of Music Therapy*, 16(1), 148–191.

Bellack, A. (2006). Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications. *Schizophrenia Bulletin*; 32:432–442.

BMJ. (2018). Depression in adults. What is it? *BMJ Publishing Group Ltd 2018*. Henta 5. mars 2018 frå <http://bestpractice.bmj.com/patient-leaflets/en-gb/pdf/1596256440759.pdf>

Borg, M., & Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13, 493-505. Henta frå <https://dx.doi.org/10.1080/09638230400006809>.

Bruscia (2014). *Defining Music Therapy*. 3rd Edition. University Park, Illinois, USA: Barcelona Publishers.

Carr, C., d'Ardenne, P., Sloboda, A., Scott, C., Wang, D., & Priebe, S. (2011). Group music therapy for patients with persistent post-traumatic stress disorder—an exploratory randomized controlled trial with mixed methods evaluation. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85, 179–202. doi:10.1111/j.2044-8341.2011.02026.x

Carr, C. (2014). *Modelling of intensive group music therapy for acute adult psychiatric inpatients*. London, England: Queen Mary University of London.

Chen, X. (1992). Active music therapy for senile depression. *Chinese Journal of Neurology and Psychiatry* 1992;25(4):208–10. PUBMED: 1478135]

Chhina, C. (2004). Music therapy and psychosocial rehabilitation: Towards a person-centered music therapy model. *Canadian Journal of Music Therapy*, 11, 8-30.

Clemencic-Jones, V. (1999). The benefits of group music therapy in an acute psychiatric

- setting. In R. R. Pratt & D. Grocke (Eds.), *MusicMedicine 3: MusicMedicine and music therapy: Expanding horizons* (s. 264–274). Victoria, Australia: University of Melbourne.
- Coleman R. (1999). *Recovery - an Alien Concept*. Hansell..
- Davidson, L., Schmutte, T., Dinzeo, T. & Andres-Hyman, R. (2008). Remission and recovery in schizophrenia: practitioner and patient perspectives. *Schizophrenia Bulletin*; 34(1):5–8.
- Davidson, L. & Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery, *Journal of Mental Health*, 16:4, 459–470, DOI: 10.1080/09638230701482394
- Davidson, L., Tondora, J., Lawless, M. S., O’Connell, M. J., & Rowe, M. (2009). *A practical guide to recovery-oriented practice. Tools for transforming mental health care*. New York: Oxford University press.
- Dye, S. (1994). The issues surrounding the evaluation by clients of the impact of two music therapy programmes in an acute psychiatric setting. *Australian Journal of Music Therapy*, 5, 19–31.
- Edwards, J. (2016). *The Oxford Handbook of Music Therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Erkkilä, J., Punkanen, M., Fachner, J., Ala-Ruona, I. P., Tervaniemi, M., ... Gold, C. (2011). Individual music therapy for depression: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 132–139. doi: 10.1192/bjp.bp.110.085431
- Eyre, L. (2013). Adults in a recovery model setting. I L. Eyre (red.), *Guidelines for music therapy practice in mental health (Adobe Digital Editions version)*. Gilsum, NH: Barcelona. Henta frå: <http://www.barcelonapublishers.com/e-books>
- Fellesaksjonen. (u.å.). Fellesaksjonen for medisinfrie behandlingsforløp i psykiske helsetjenester. Henta 12. februar 2018 frå <http://medisinfrietilbud.no/grunndokument/>
- Fortune, Z., Rose, D., Crawford, M., Slade, M., Spence, R., Mudd, D., ... Moran, P. (2010). An evaluation of new services for personality-disordered offenders: Staff and service user perspectives. *International Journal Social Psychiatry*, 56, 186–195. doi:10.1177/0020764009105281
- Furness, P. J., Armitage, H., & Pitt, R. (2011). An evaluation of practice-based interprofessional education initiatives involving service users. *Journal of Interprofessional Care*, 25(1), 46–52. doi:10.3109/13561820.2010.497748
- Geekie, J., Randal, P., Lampshire, D. & Read, J. (2012). *Experiencing Psychosis: Personal and Professional Perspectives*, *Journal of Trauma & Dissociation*, 14:1, 119–120, DOI: 10.1080/15299732.2013.724616
- Giorgi, A. (1985). *Sketch of a Psychological Phenomenological Method*, i Giorgi, A. (red.) (1994): *Phenomenology and Psychological Research*. 6. utg. Pittsburg, PA: Duquesne University Press, 8–22.

- Gold, C., Solli, H. P., Krüger, V., & Lie, S. A. (2009). Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta analysis. *Clinical Psychology Review*, 29, 193–207. doi:10.1016/j.cpr.2009.01.001
- Gold, C., Mössler, K., Grocke, D., Heldal, T. O., Tjemsland, L., Aarre, T., ... Rolvsjord, R. (2013). Individual music therapy for mental health care clients with low therapy motivation: Multicentre randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(5), 319–331. doi:10.1159/000348452
- Gotlib, I., Rottenberg, J. & Bylsma, L. (2014). Emotional functioning in depression. In: Gotlib IH, Hammen CL editor(s). *Handbook of Depression*. 3d. New York: The Guilford Press, 2014:103–21.
- Grocke, D., Bloch, S., & Castle, D. (2009). The effect of group music therapy on quality of life for participants living with a severe and enduring mental illness. *Journal of Music Therapy*, 46(2), 90–104. doi:10.1093/jmt/46.2.90
- Grocke, D., Bloch, S., Castle, D., Thompson, G., Newton, R., Stewart, S., & Gold, C. (2013). Group music therapy for severe mental illness: a randomized embedded experimental mixed methods study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Advance online publication. doi:10.1111/acps.12224
- Hammel-Gormley, A. (1995). *Singing the songs: A qualitative study of music therapy with Individuals having psychiatric illnesses as well as histories of childhood sexual abuse* (Upublisert doktor-avhandling). New York University, New York. Henta frå <http://steinhardt.nyu.edu/music/therapy/people/students/thesis>
- Hanser, S. & Thompson, L. (1994). Effects of music therapy strategy on depressed older adults. *Journal of Gerontology* 1994;49(6):265–9. PUBMED: 7963281]
- Heaney, C. J. (1992). Evaluation of music therapy and other treatment modalities by adult psychiatric inpatients. *Journal of Music Therapy*, 29, 70–86. doi:10.1093/jmt/29.2.70
- Heiderscheit, A. & Madson, A. (2015). Use of the Iso Principle as a Central Method in Mood Management: A Music Psychotherapy Clinical Case Study. *Music Therapy Perspectives* 33(1), 45-52. doi: 10.1093/mtp/miu042
- Helse og omsorgsdepartementet (2012-2013). *Prop. 1 S. Proposisjon til Stortinget*. Henta 11.05.2016 frå <https://www.regjeringen.no/contentassets/7df13d2ea4eb447e93cdffee3f7e42b2/no/pdfs/prp201220130001hodddpdfs.pdf>
- Helsedirektoratet (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Henta 30. mai 2017 frå <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/326/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser-IS-1957.pdf>
- Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring. Veileder I lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Veileder IS-2076.

- Helsedirektoratet (2016). *Depresjon*. Henta 12.03.18 frå <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/angst-og-depresjon/depresjon>
- Helsedirektoratet (2018, 31. januar). *Legemiddelfri behandling i psykisk helsevern*. Henta 2.februar 2018 frå <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/psykisk-helsevern/legemiddelfri-behandling-i-psykisk-helsevern#brukermedvirkning>
- Helseforsningslova. (2017). *Lov om medisinsk og helsefagleg forskning*. Henta frå [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL_2)
- Hendricks, C., Robinson, B., Bradley, B. & Davis, K. (1999). Using music techniques to treat adolescent depression. *Journal of Humanistic Counseling, Education and Development* 1999; 38:39–46.
- Hendricks, C. (2001) A study of the use of music therapy techniques in a group for the treatment of adolescent depression. *Dissertation Abstracts International* 2001;62(2-A):472.
- Hense, C., McFerran, K. S., & McGorry, P. (2014). Constructing a grounded theory of young people's recovery of musical identity in mental illness. *The Arts in Psychotherapy*, 41(5), 594–603. doi:10.1016/j.aip.2014.10.010
- Hense, C., McFerran, K. S., Killackey, E., & McGorry, P. (2016). How Can Research Practice Promote Young People's Recovery from Mental Illness? A Critical Look at The Australian Context. *Youth Voice Journal*. Henta frå <https://youthvoicejournal.com/2016/02/03/>
- Hense, C. & McFerran, K. S. (2017). Promoting young people's musical identities to facilitate recovery from mental illness, *Journal of Youth Studies*, 20:8, 997-1012, doi: 10.1080/13676261.2017.1287888
- Karlsson, B. & Borg, M. (2017). *Recovery. Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kaser, V. (2011). Singing in the recovery model with a chronic mentally ill offender. I A. Meadows (red.), *Developments in music therapy practice: Case study perspectives* (s. 400-415). Gilsum, NH: Barcelona.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsinterju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kooij, C. V. (2009). Recovery themes in songs written by adults living with serious mental illnesses. *Canadian Journal of Music Therapy*, 15, 37-58.
- Kogstad, R. E., Ekeland, T. J., & Hummelvoll, J. K. (2011). In defence of a humanistic approach to mental health care: recovery processes investigated with the help of clients' narratives on turning points and processes of gradual change. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(6), 479-486. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01695.x
- Krogh, T. (2014). *Hermeneutikk – om å forstå og fortolke*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, *199*, 445-452, <https://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>.
- Lin, M., Hsu, M., Chang, H., Hsu, Y., Chou, M., Crawford, P. (2010) Pivotal moments and changes in the Bonny Method of Guided Imagery and Music for patients with depression. *Journal of Clinical Nursing*, *19* (7-8), 1139-1148. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03140.x
- Lindseth, A. og Norberg, A. (2004): A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian journal of Caring Science*, *18*, 145-153.
- Loos, S., Clarke, E., Jordan, H., Puschner, B., Fiorillo, Luciano, M., ... CEDAR Study Group (2017). Recovery and decision-making involvement in people with severe mental illness from six countries: a prospective observational study. *BMC Psychiatry*, *17*, 38. doi: [10.1186/s12888-017-1207-4](https://doi.org/10.1186/s12888-017-1207-4)
- Malterud, K. (2010). Power inequalities in health care—empowerment revisited. *Patient Education and Counselling*, *79*(2), 139-140.
- McCaffrey, T., Edwards, J., & Fannon, D. (2011). Is there a role for music therapy in the recovery approach in mental health? *The Arts in Psychotherapy*, *38*, 185-189, doi: 10.1016/j.aip.2011.04.006.
- McCaffrey, T. (2014). *Experts by experience' perspectives of music therapy in mental health care: A multi-modal evaluation through art, song and words* (Upublisert doktor avhandling). University of Limerick, Limerick. Henta frå <http://ulir.ul.ie/handle/10344/4241>
- McCaffrey, T., & Edwards, J. (2015). Meeting art with art: Arts based methods enhance researcher reflexivity in research with mental health service users. *Journal of Music Therapy*, *52*, 515-532. doi: [10.1093/jmt/thv016](https://doi.org/10.1093/jmt/thv016).
- McCaffrey, T., & Edwards, J. (2016). “Music therapy helped me get back doing”: Using Interpretative Phenomenological Analysis to illuminate the perspectives of music therapy participants in mental health services. *Journal of Music Therapy*, *53*(2), 121–148. doi:10.1093/jmt/thw002
- McCaffrey, T., Carr, C., Solli, H. P. & Hense, C. (2018). Music Therapy and Recovery in Mental Health: Seeking a Way Forward. *Voices: A World forum for Music Therapy*, *18* (1), doi: 10.15845/voices.v18i1.918
- 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, DOI: 10.1080/08098131.2017.1372510
- Mössler K. A., Chen, X.J., Haldal, T.O., Gold, C. (2011). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 12. Art. No.: CD004025. DOI: 10.1002/14651858.CD004025.pub3.



- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. Full guideline*. London (UK): Feb. 685 p. (Clinical guideline; no. 178). Henta frå <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/evidence/full-guideline-490503565>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2011). *Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. Clinical guidelines [CG136]*. Henta frå <https://www.nice.org.uk/guidance/cg136>
- Palazidou, E. (2012). The neurobiology of depression. *British Medical Bulletin* 2012;101(1):127–45. DOI: 10.1093/bmb/lds004
- Pasient- og brukerrettighetsloven (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Henta frå [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_2)
- Pilgrim, D. (2008). Recovery and current mental health policy. *Chronic Illness*, 4(4), 295-304. doi: 10.1177/1742395308097863
- Pilgrim, D. (2009). Recovery from mental health problems: Scratching the surface without ethnography. *Journal of Social Work Practice: Psychotherapeutic Approaches in Health, Welfare and the Community*, 23(4), 475-487. doi: 10.1080/02650530903375033
- Porter, S., McConnell, T., McLaughlin, K., Lynn, F., Cardwell, C., Braiden, H., et al. (2016). Music therapy for children and adolescents with behavioural and emotional problems: a randomised controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2016:1–9. [DOI: 10:1111/jcpp.12656; PUBMED: 27786359
- Radulovic, R. (1996). The using of music therapy in treatment of depressive disorders. Summary of Master Thesis. Belgrade: Faculty of Medicine University of Belgrade, 1996. PUBMED: 1941727]
- Reker, T. (1991). Music therapy evaluated by schizophrenic patients. *Psychiatrische Praxis*, 18, 216–221.
- Repper, J. & Perkins, R. (2003). *Social Inclusion and Recovery*. London: Baillière Tindall.
- Richards, S. & O'Hara, M. (2014). Richards SC, O'Hara MW. *The Oxford Handbook of Depression and Comorbidity*. New York, New York, USA: Oxford University Press, 2014.
- Ridgway P. (2001). Restorying psychiatric disability: learning from first person narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2001; 24(4):335–343.
- Rolvjord, R. (2010). *Resource-oriented music therapy in mental health care*. University Park, IL:Barcelona. Henta frå <http://ebookcentral.proquest.com/lib/bergen-ebooks/detail.action?docID=3117628>
- Rolvjord, R. (2014). What clients do to make music therapy work: A qualitative multiple case study in adult mental health care, *Nordic Journal of Music Therapy*, DOI: 10.1080/08098131.2014.964753

- Rolvjord, R. (2015). 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. doi:10.1080/08098131.2015.1010562
- Ruud, E. (2010). *Music Therapy: A Perspective from the Humanities*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Riessman, C. K. (1993). *Narrative analysis* (Vol. 30). Sage.
- Secker, J., Membrey, H., Grove, B. & Seebohm, P. (2002). Recovering from illness or recovering your life? Implications of clinical versus social models of recovery from mental health problems for employment support services. *Disability & Society*; 17(4):403–418.
- Schrank, B. & Slade, M. (2007). Recovery in psychiatry. *Psychiatric Bulletin*; 31:321–325.
- Silverman, M. J. (2006). Psychiatric patients' perception of music therapy and other psychoeducational programming. *Journal of Music Therapy*, 43, 111–122. doi:10.1093/jmt/43.2.111
- Slade M., Amering M. & Oades L. (2008). Recovery: an international perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology journal*. 2008;17:128–37. [[PubMed](#)]
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness. A guide for mental health professionals*. Cambridge: Cambridge University press.
- Slade, M., Adams, N. & O'Hagan, M. (2012). Recovery: Past progress and future challenges, *International Review of Psychiatry*, 24:1, 1-4, DOI: 10.3109/09540261.2011.644847
- Solli, H.P., Rolvsjord, R., Borg, M. (2013). Toward Understanding Music Therapy as a Recovery-Oriented Practice within Mental Health Care: A Meta-Synthesis of Service Users' Experiences. *J Music Ther* 2013; 50 (4): 244-273. doi: 10.1093/jmt/50.4.244
- Solli, H.P. (2014). The groove of recovery : a qualitative study of how people diagnosed with psychosis experience music therapy. Doktorgrad-avhandling - Universitetet i Bergen, 2014.
- 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*. doi: 10.1080/08098131.2014.890639.
- Stickley, T. (2006). Should service user involvement be consigned to history? A critical realist perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 570–577. doi:10.1111/j.1365-2850.2006.00982.x
- Stige, B. (1999). The meaning of music: From the client's perspective. In T. Wigram & J. De Backer (Eds.), *Clinical applications of music therapy in psychiatry* (s. 61–83). London: Jessica Kingsley.
- Stige, B., Malterud, K. & Midtgarden, T. (2009). Toward an Agenda for Evaluation of Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 19 (10), 1504-1516. doi: 10.1177/1049732309348501



Stige, B. (2011). The Doors and Windows of the Dressing Room: Culture-Centered Music Therapy in a Mental Health Setting. I: Meadows, T. (ed.). *Developments in Music Therapy Practice: Case Examples*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers (Kapittel 24, pp. 316-333).

Stige, B. (2012). *Elaborations toward a notion of community music therapy*. Gilsum, NH: Barcelona.

Summer, L. (2011). Music Therapy and Depression: Uncovering Resources in Music and Imagery. I: Meadows, T. (ed.). *Developments in Music Therapy Practice: Case Examples*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers (Kapittel 28, s. 486-500).

Sweeney, A. & Morgan, L. (2009). The levels of stages of service user/survivor involvement in research. In J. Wallcraft, B. Schrank, & M. Amering (Eds.), *Handbook of service user involvement in mental health research* (s. 25–35). West Sussex, UK: John Wiley & Sons.

Thaut, M. H. (1989). The influence of music therapy interventions on self-rated changes in relaxation, affect, and thought in psychiatric prisoner-patients. *Journal of Music Therapy*, 26, 155–166. doi:10.1093/jmt/26.3.155

UN General Assembly. (1948). *Universal declaration of human rights* (217 [III] A). Paris.

Wheeler, B. (2015). *Music Therapy Handbook*. New York, USA: Guilford Publications.

WHO (1992). World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1992.

WHO (2005). *Promoting Mental Health, Concepts; Emerging Evidence Practice*. A Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and The University of Melbourne. Red: H. Herrman, S. Saxena & R. Moodie.

WHO (2012). World Health Organization. Depression a global public health concern. 2012. Geneva: World Health Organisation. Henta 8. November. 2017 frå [http://www.who.int/mentalhealth/management/depression/who\\_paper\\_depression\\_wfmh\\_2012.pdf](http://www.who.int/mentalhealth/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf).

World Health Organization (2017). *Depression*. Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Henta frå 12.02.18 : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

Zerhusen, J., Boyle, K. & Wilson, W. (1995). Out of the darkness: group cognitive therapy for depressed elderly. *Journal of Military Nursing Research* 1995;1:28–32. PUBMED: 1941727]

## Vedlegg (Rek-godkjenning, informasjonsskriv, intervjuguide)

---

<b>Region:</b>	<b>Saksbehandler:</b>	<b>Telefon:</b>	<b>Vår dato:</b>	<b>Vår referanse:</b>
REK sør-øst	Henriette Snilsberg	22845531	02.08.2018	2018/407/REK sør-øst B
			<b>Deres dato:</b>	<b>Deres referanse:</b>
			21.06.2018	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Brynjulf Stige  
Universitetet i Bergen

## 2018/407 Musikkterapi ved depresjon. Ein kvalitativ studie av brukarerfaringar

**Forskningsansvarlig:** Universitetet i Bergen  
**Prosjektleder:** Brynjulf Stige

Viser til tilbakemelding datert 21.06.2018 på utsettende vedtak fra REK datert 20.04.2018. Tilbakemeldingen er behandlet av komiteens leder på fullmakt, jamfør helseforskningslovens § 11.

### Prosjektomtale

*Prosjektet har eit overordna formål å kunne utforske korleis musikk og musikkterapi vart opplevd av personar som har lidd eller fortsatt lid av symptom på depresjon. Undersøkinga er retta mot korleis musikk og musikkterapi vart opplevd i klinisk setting og korleis det påverka deira liv i kvardagen under og etter deltaking i musikkterapi. Studien vil kunne gje ny kunnskap om korleis musikkterapi kan verta opplevd av enkeltpersonar, korleis musikkterapi kan vera ei hjelp for denne målgruppa og utvikla forståinga av musikkterapi som ei helse-teneste i psykisk helsevern. Studien har ei kvalitativ tilnærming i design og vil innhente data ved å nytte semi-strukturerte intervju. Informantane sine skildringar vil verta presentert i narrativ form og analysert tematisk, verta samanliknast og deretter analysert i ljøs av relevant teori.*

### Saksgang

Komiteen behandlet første gang prosjektet i komitémøte 21.03.2018. I brev datert 23.04.2018 utsatte komiteen vedtak i saken. Komiteen skrev:

*Prosjektet vil se på hvordan musikk og musikkterapi blir opplevd av personer som har lidd eller fremdeles lider av depresjonssymptomer. Man vil se på hvordan det påvirker deres liv i hverdagen under og etter deltagelse i musikkterapi. Prosjektet bruker kvalitativ tilnærming der 4-6 deltakere blir intervjuet med semistrukturert intervju. Målet er å få kunnskap om hvordan denne terapiformen blir opplevd av enkeltpersonar, og å utvikle større forståelse for musikkterapi som tjeneste i psykisk helsevern.*

### Komiteens vurdering

*Komiteen finner ikke å kunne ta endelig stilling prosjektet slik det nå foreligger. Komiteen har noen kommentarer og spørsmål som ønskes besvart før det kan fattes et endelig vedtak.*

### Rekruttering

*Deltakerne er pasienter over 18 år som deltar eller har deltatt i musikkterapi som en behandling under psykisk helsevern i Norge. De skal rekrutteres via sin musikkterapeut eller primærkontakt. Komiteen ber om at rekruttering skjer via en annen person enn behandler, for å unngå at deltagelse kan oppleves som press for pasientene.*

### *Samtykke*

*Prosjektet tar sikte på å intervju 4-6 personer rundt erfaringen med musikkterapi sett sammen med deres depresjonslidelse. Komiteen savner refleksjoner i søknaden rundt at det kan være ubehagelig å snakke om depresjonssymptomer man har hatt. Det bør også fremgå som en ulempe for deltakerne i samtykkeskrivet. Det er i søknaden skissert at det skal gjøres intervjuer med personer som snakker norsk eller engelske. Dersom det skal rekrutteres engelskspråklige deltakere, ber komiteen om at det sendes inn engelske samtykkeskriv til REK.*

*I søknaden står det at «All datamateriale skal slettast etter prosjektslutt».*

*Av dokumentasjonshensyn ber REK om at opplysningene bevares inntil 5 år etter prosjektslutt, jmfør helseforskningslovens § 38. Dette må også skrives inn i samtykkeskrivet.*

### *Beredskap*

*Komiteen har noen kommentarer til beredskapen i prosjektet. Det står i søknaden at:*

*«Intervjuet skal gjennomførast på ein stad der det vil vera kort veg til beredskap med tanke på at deltakaren skal få nødvendig støtte/hjelp om dei opplev intervjusituasjonen som ubehageleg.»*

*Komiteen ber om en tydeligere beskrivelse på hvordan dette er tenkt at skal håndteres, samt at det kommer tydelig frem i informasjonsskrivet hvem man kan henvende seg til dersom deltakerne ønsker hjelp og støtte.*

*I søknadsskjemaet er prosjektleder og kontaktperson ved forskningsansvarlig institusjon samme person. Komiteen ber om at dette endres slik at kontaktpersonen ved forskningsansvarlig institusjon er institusjonen sin øverste leder eller den som den øverste lederen har delegert oppgaven til, jmfør helseforskningslovens § 4, bokstav e.*

*Komiteen ber om en tilbakemelding på det ovennevnte før det kan fattes et endelig vedtak.*

### **Prosjektleders tilbakemelding**

Prosjektleder har i sin tilbakemelding av 21.06.2018 besvart som følger:

#### *Rekruttering*

*Deltakerne er pasienter over 18 år som deltar eller har deltatt i musikkterapi som en behandling under psykisk helsevern i Norge. De skal rekrutteres via sin musikkterapeut eller primærkontakt. Komiteen ber om at rekruttering skjer via en annen person enn behandler, for å unngå at deltakelse kan oppleves som press for pasientene.*

*- Vi er einige i innvendinga og vil avgrense intervjuet til pasientar som har avslutta musikkterapi som behandlingstilbod. Rekrutteringa vil skje gjennom fagperson/kontaktperson med kjennskap til personen sin livssituasjon/sitt symptomtrykk i ein oppfølgingsfase.*

#### *Samtykke*

*Prosjektet tar sikte på å intervju 4-6 personer rundt erfaringen med musikkterapi sett sammen med deres depresjonslidelse. Komiteen savner refleksjoner i søknaden rundt at det kan være ubehagelig å snakke om depresjonssymptomer man har hatt. Det bør også fremgå som en ulempe for deltakerne i samtykkeskrivet.*

*- Vi er einige i innvendinga, og har gjort/vil gjere følgjande endringar:*

*Samtykkeskrivet er endra slik at mogleg ubehag ved å fortelje om opplevingar av symptom på depresjon er gjort eksplisitt*

*Aktuelle deltakarar vil verte informerte om prosjektet i god tid og ha moglegheit til rådføra seg med personar dei har tillit til før dei tar stilling til tilbodet om å vere med i forskingsprosjektet.*

*Intervjuet vil ikkje ha hovudfokus på oppleving av depresjonssymptom, men oppleving av musikkterapi og korleis pasientane har brukt desse erfaringane i kvardagslivet sitt.*

*Det er i søknaden skissert at det skal gjøres intervjuer med personer som snakker norsk eller engelsk.*

*Dersom det skal rekrutteres engelskspråklige deltakere, ber komiteen om at det sendes inn engelske samtykkeskriv til REK.*

*- Det vil berre verta rekruttert deltakarar som snakkar og skriv norsk.*

*I søknaden står det at «All datamateriale skal slettast etter prosjektslutt».*

*Av dokumentasjonshensyn ber REK om at opplysningene bevaras inntil 5 år etter prosjektslutt, jamfør helseforskningslovens § 38. Dette må også skrives inn i samtykkeskrivet.*

*- Vi har endra samtykkeskjemaet og tilført denne informasjonen.*

### *Beredskap*

*Komiteen har noen kommentarer til beredskapen i prosjektet. Det står i søknaden at:*

*«Intervjuet skal gjennomførast på ein stad der det vil vera kort veg til beredskap med tanke på at deltakaren skal få nødvendig støtte/hjelp om dei opplev intervjusituasjonen som ubehageleg.»*

*Komiteen ber om en tydeligere beskrivelse på hvordan dette er tenkt at skal håndteres, samt at det kommertydlig frem i informasjonsskrivet hvem man kan henvende seg til dersom deltakerne ønsker hjelp og støtte.*

*- For å bevare den aktuelle deltakaren sin sjølvråderett, bør dei ha den endelege avgjersla på kvar intervjuet skal gjennomførast. Med tanke på beredskap vil det verta anbefalt å ha intervjuet i eit lokale knytt til deira DPS der det vil vera kort veg til nærmaste kontaktperson (som avdelingsleiar) eller anna fagpersonell. Vi vil sikre at både deltakaren og prosjektmedarbeidar veit kven han eller ho kan ringe til, dersom det skulle vere behov.*

*- Viss deltakar ynskjer å gjennomføre intervjuet i eit lokale som ikkje er knytt til deira DPS, vil det i forkant verta informert om at dei kan kontakte prosjektleiar viss dei opplev intervjusituasjonen som ubehageleg. Prosjektleiar er professor i musikkterapi og har lang og brei erfaring med å handtera personar i sårbare situasjonar.*

*- Viss deltakaren opplever det som særleg ubehageleg å snakke om korleis det var å leva med depresjon, vil prosjektmedarbeidar avslutte intervjuet og ha fokus på å kunne gje medmenneskeleg støtte til deltakaren. Prosjektmedarbeidar har utdanning og yrkeserfaring som gjev kompetanse til å støtte personar i sårbare situasjonar. Viss det ikkje roar seg, vil prosjektleiar eller andre som deltakaren sjølv ynskjer verte kontakta.*

*- Det er gjort tydeleg i samtykkeskrivet at deltakarar kan ringje prosjektleiar om dei følar at det er ynskjeleg.*

*I søknadsskjemaet er prosjektleiar og kontaktperson ved forskningsansvarlig institusjon samme person. Komiteen ber om at dette endres slik at kontaktpersonen ved forskningsansvarlig institusjon er institusjonen sin øverste leder eller den som den øverste lederen har delegert oppgaven til, jamfør helseforskningslovens § 4, bokstav e.*

*- Kontaktperson ved forskningsansvarleg institusjon er spesialrådgjevar Kjerstin Tønseth, Fakultet for kunst, musikk og design, UiB.*

### **Komiteens vurdering**

Komiteen finner at prosjektleder har svart tilfredsstillende på dens spørsmål og kommentarer. Komiteen har ingen ytterligere innvendinger til at prosjektet gjennomføres slik det nå foreligger.

### **Vedtak**

Komiteen godkjenner prosjektet i henhold til helseforskningsloven § 9 og § 33

Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden.

Tillatelsen gjelder til 31.12.2018. Av dokumentasjonshensyn skal opplysningene likevel bevares inntil 31.12.2023. Opplysningene skal lagres aidentifisert, dvs. atskilt i en nøkkel- og en opplysningsfil. Opplysningene skal deretter slettes eller anonymiseres, senest innen et halvt år fra denne dato.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder ”*Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren*”

### *Sluttmelding og søknad om prosjektendring*

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK sør-øst på eget skjema, jf. hfl. § 12. Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK sør-øst dersom det skal gjøres vesentlige endringer i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, jf. hfl. § 11.

### *Klageadgang*

REKs vedtak kan påklages, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Eventuell klage sendes til REK sør-øst B. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet.

Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst B, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering, jf. forskningsetikkloven § 10 og helseforskningsloven § 10.

Med vennlig hilsen

Ragnhild Emblem  
Prof. dr. med  
Leder REK sør-øst B

Henriette Snilsberg  
komitésekretær

**Kopi til:** brynjulf.stige@grieg.uib.no

Universitetet i Bergen ved øverste administrative ledelse: post@uib.no



## FØRESPURNAD OM DELTAKING I FORSKNINGSPROSJEKTET

# MUSIKKTERAPI VED DEPRESJON

### BAKGRUNN OG FORMÅL

Dette er eit spørsmål til deg om du er interessert i å delta i ein forskingsstudie som har til hensikt å bygge ei betre forståing av musikkterapi ved depresjon. Dersom du er interessert, ynskjer eg å snakke med deg for å få veta meir om korleis du opplever/opplevde å delta på musikkterapi, og i kva i grad du synes musikkterapien er/var til hjelp for deg. Du vert spurt om å delta i denne studien fordi du har hatt musikkterapi som ein del av eit behandlingstilbod og fordi du har/har hatt ein depresjon-relatert diagnose og/eller har opplevd depresjon som ei alvorleg livs-utfordring.

Formålet med denne studien er å utforske korleis musikkterapi vart opplevd av forskjellige individ, samt kunne forstå korleis denne tenesta kan vera til hjelp for personar som opplev symptom på depresjon. Studien vil, i anonymisert form, trekkje fram dine beskrivingar av kva som skjedde i musikkterapien, korleis du opplevde det og korleis du meiner det påverka din kvardag. Desse skildringane kan vera med å setje ljøs på korleis musikkterapi kan vera ei relevant helseteneste for personar med depresjon.

Dette prosjektet er ein master-studie ved musikkterapiutdanninga ved Griegakademiet som er ein del av Universitetet i Bergen.

### KVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Eg ynskjer å intervju deg som ein del av forskingsprosjektet. I intervjuet vil eg spørja deg om ditt forhold til musikk, korleis du opplevde å delta i musikkterapi og korleis du opplevde at det var eit hinder/eller til hjelp for din oppleving av kvardagslivet. Samtalen frå intervjuet vil verta teken opp med lyd-opptak sånn at eg kan lytte tilbake på det me har snakka om. Dette opptaket vil verta sletta etter at intervjuet er skrevet ned og anonymisert. Tidsbruk for å gjennomføra intervjuet vil vera opp til deg basert på kor mykje du kan/vil fortelja, men ein kan forventa å bruke ca. 45 minuttar. Det vil ikkje ha noko innverknad på eventuell behandling ved å delta i prosjektet.

### MOGLEGE FORDELAR OG ULEMPAR

Moglege ulemper vil vera kostar av tid og krefter ved å vera med på sjølve intervjuet, samt ubehag ved å fortelje om opplevingar av symptom på depresjon. Erfaringar frå studien vil seinare kunne hjelpe andre med same diagnose.

### FRIVILLIG DELTAKING OG MOGLEGHEIT FOR Å TREKKJE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ynskjer å delta, underteiknar du samtykkeerklæringa på siste side. Du kan når som helst og utan å oppgje nokon årsak trekkja ditt samtykke. Dette vil ikkje få konsekvensar for din vidare behandling. Dersom du trekk deg frå prosjektet, kan du krevje å få sletta innsamla opplysingar, med mindre opplysingane allereie er inngått i analyser eller nytta i vitskaplege publikasjonar.

Dersom seinare ynskjer å trekkje deg, eller har spørsmål til prosjektet, kan du ta kontakt med;

prosjektmedarbeidar - Tor Øyel Bidne Kvitne på telefon 40 22 63 86 ([oyelkvitne@gmail.com](mailto:oyelkvitne@gmail.com)) eller

prosjektleder - Brynjulf Stige på telefon 97 16 97 46 ([brynjulf.stige@uib.no](mailto:brynjulf.stige@uib.no)).

Viss du opplev at intervjusituasjonen vert for ubehageleg kan du ringje prosjektleiar som kan vera med å gje støtte og hjelp, og kan vise til andre kompetente om det er ynskjeleg.

#### KVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Prosjektmedarbeidar har ansvar for den daglege drifta av forskingsprosjektet og at opplysningar om deg vert behandla på ein sikker måte. Jamfør helseforsningslova § 38 om dokumentasjon vil personopplysingane oppbevarast inntil 5 år etter prosjektslutt.

Informasjonen som registrerast om deg skal berre nyttast slik som beskrive i hensikta med studien. Du har rett til innsyn i kva opplysningar som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i dei opplysningane som er registrert. Det vil ikkje vera mogleg å identifisera deg i resultatata av studien når desse vert publisert.

Alle opplysningane vil verta behandla utan namn og fødselsnummer eller andre direkte attkjennande opplysningar. Ein kode knyt deg til dine opplysningar gjennom ei namneliste. Det er berre prosjektleiar som har tilgang til denne lista.

#### FORSIKRING

Helseforsningslova og pasientskadelova er gjeldande for dette prosjektet.

#### GODKJENNING

Prosjektet er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefagleg forskingsetikk, 2018/407/REK sør-øst B.

#### SAMTYKKE TIL DELTAKING I PROSJEKTET

#### EG ER VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET

---

Stad og dato

Deltakaren sin signatur

---

Deltakaren sitt namn med trykte bokstavar



## Intervjuguide

### Musikkterapi ved depresjon

Hovudspørsmål:

- *Kan du fortelja om korleis du har opplevd å delta i musikkterapi og korleis utvikla det seg?*
- *Korleis opplevde du at musikkterapi var til hjelp i kvardagen?*

Før deltaking:

*Korleis var ditt forhold til musikk før musikkterapi?*

*Korleis var din kvardag før du starta i musikkterapi?*

*Kva tiltak hadde du prøvd før musikkterapi? Og korleis fungerte det?*

*Kva gjorde at du ville delta i musikkterapi?*

Under deltaking:

*Kor lenge og ofte var du i musikkterapi?*

*Kva skjedde i musikkterapien?*

*Kva synes du om musikkterapirommet?*

*Korleis har du opplevd dei ulike aktivitetane de har gjort i musikkterapien?*

*Korleis var forholdet ditt til musikken de arbeida med i musikkterapirommet?*

*Korleis var forholdet ditt til musikkterapeuten? Korleis utvikla denne relasjonen seg? Korleis var det å spela med han?*

*Korleis var forholdet ditt til eventuelt andre som gjekk i musikkterapien med deg?*

*Korleis utvikla musikkterapien seg over tid?*

*Kva endringar i kvardagen opplevde du undervegs i musikkterapien?*

*Korleis nytta du musikk utanfor musikkterapien?*

*Var det noko ubehageleg/negativt/utfordrande som skjedde i musikkterapien?*

*Følte du at din rolle i musikkterapien endra seg over tid? På kva måte?*

*Korleis fungerte andre eventuelle tiltak medan du gjekk i musikkterapi?*

**Etter deltaking:**

---

*Kva rolle spelar musikk i livet ditt nå for tida?*

*Kva vil du sei var dei viktigaste erfaringane du erfarte i musikkterapien?*

*Har musikken eller det som skjedde i musikkterapien påverka din helse på noko måte? Korleis er det å leve med symptom på depresjon i dag?*

*Er det nokon spesielle erfaringar frå musikkterapien som du tar med deg vidare?*

*Korleis ser du for deg at musikkterapien kunne vore annleis?*

*Korleis har det vore å verta intervjuet på denne måten?*