



# Wounded Healers i musikkterapi

Musikkterapeuters livserfaringer med egne psykiske helseutfordringer, egenomsorg og opplevelse av stigma.

---

Camilla Kolbeinsen

Fakultetet for Kunst, Musikk og Design; Universitetet i Bergen

## Abstract

In this thesis the focus is on the experiences of music therapists working in mental health care and substance abuse care presenting themselves with mental health issues. I explore the informants' experiences through the use of individual semi-structured interviews with follow-up interviews or follow-up questions per e-mail. In the beginning of each main interview, the informant is provided with the main research question: What does it mean to them, as a music therapist, to identify as a *wounded healer* when working within the context of mental health care and substance abuse care?

With the research question asked, the informants address how music and other tools for self-care provide a safety net in an otherwise stigmatising world. Furthermore, the informants bring to light extensive criticism towards the music therapy education in Bergen, and their lack of focus on the music therapist's own welfare.

The severity of this lacking focus on the welfare of our own practitioners, is further driven home by statistics and other literature highlighting mental health issues, and a following stigma among mental health care professionals.

To combat the stigma towards mental illnesses, and to help enlighten the music therapy education in Bergen, I propose a need for further interdisciplinary collaboration in the thesis. Through such collaborations, the informants and myself believe openness and knowledge may bring down this 'swimming pool of sharks', or rather, the barriers created by stigma.

## Forord

Hvis jeg skal være helt ærlig, så har denne masteroppgaven både vært en fryd og en ren frustrasjon, og til tider stor påkjennelse å skrive. Tiden med denne oppgaven har ført til en indre personlig og faglig utviklingsprosess som jeg vil sent glemme. Jeg håper at min masteroppgave kommer til å være til nytte for erfarne og nyutdannede musikkterapeuter, samt nye og erfarne musikkterapistudenter. I sin helhet er den ment til dere.

Med det må jeg si tusen takk til medstudenter og forelesere som har vært kritiske støttespillere i prosessen og har som vanligvis har hatt tid og rom til å dele frustrasjon og kunnskap. Deriblant, vil jeg takke Simon Gilbertson; som har vært veldig hjelpsom i rollen som oppgaveseminarleder og har i tid til annen har vist stor forståelse og støtte til hvor krevende denne prosessen har vært for meg. I tillegg vil jeg takke Brynjulf Stige som var til stor hjelp da jeg trengte å formulere en forståelig utlysning til musikkterapeuter som ville delta på intervju. Jeg vil også si takk til min mor, Hanne Stine Kolbeinsen, som har vært på andre enden av engasjerte samtaler angående oppgaven og som har vist sin urokkelige støtte gjennom det hele. Deretter vil jeg rette min enormt ydmykende takknemlighet mot min masterveileder, Wolfgang Schmid, som konstant hadde troen på at jeg ville lykkes, som kom med gode og konstruktive tilbakemeldinger når det gjaldt og som fortsatte å pushe slik at jeg ville nå målet. Tusen takk.

Jeg vil videre gjerne takke noen av mine nærmeste venner; Venessa og Alice, som har lest og hørt på sutringen min med medfølelse og sympati; og Mathias, som har vært med hele veien og har vært uerstattelig med sin innsikt og forståelse i tematikken min, og ikke minst hvordan min hjerne fungerer. Nesten til slutt vil jeg si et enormt stort takk til min ektemann og hundekattepappa, Cem Arapkirlioğlu, som har heiet på meg, og passet på at jeg tar vare på meg selv og som viser ubetinget kjærlighet og omsorg, spesielt når det har vært vanskelig.

Helt til slutt, men definitivt ikke minst i det hele tatt, vil jeg takke informantene mine som har vært ufattelig åpne og modige, og delt deres erfaringer med meg og gitt meg en enorm tillitt. Jeg kunne bokstavelig talt ikke ha skrevet denne oppgaven uten dere. TUSEN TAKK!

*«Differences of habit and language are nothing at all if our aims are identical and our hearts are open.» - (Albus Dumbledore, i J.K. Rowling, 2000, s.723)*

**OBS!** Denne masteroppgaven tar opp tematikk som kan være triggende for noen.

## Innholdsfortegnelse

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. INNLEDNING.....</b>   | <b>5</b>  |
| 1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....   | 5         |
| 1.1.1 <i>Min relasjon til psykisk helse og musikk før.....</i>                              | 5         |
| 1.1.2 <i>Og i løpet av musikkterapistudiet .....</i>  | 5         |
| 1.1.3 <i>The Wounded Healer.....</i>  | 6         |
| 1.1.4 <i>Egenomsorg .....</i>   | 7         |
| 1.2 PROBLEMSTILLING.....  | 8         |
| <b>2. TEORI.....</b>  | <b>8</b>  |
| 2.1 MUSIKKTERAPI I PSYKISK HELSE- OG RUSOMSORG .....  | 8         |
| 2.1.1 <i>Musikk og psykisk helse .....</i>  | 9         |
| 2.1.2 <i>Recovery og musikkterapi.....</i>  | 9         |
| 2.1.3 <i>Bronfenbrenners økologiske utviklingsmodell .....</i>                              | 11        |
| 2.2 STIGMA, PSYKISK HELSE OG MUSIKKTERAPEUTER .....   | 13        |
| 2.2.1 <i>Stigmatisering av psykisk helse .....</i>  | 13        |
| 2.2.2 <i>Sosialkognitive modellen .....</i>   | 15        |
| 2.3 THE WOUNDED HEALER.....   | 16        |
| 2.3.1 <i>Wounded Healers i diverse helserelaterte fagretninger.....</i>                     | 16        |
| 2.3.2 <i>Wounded Healers i musikkterapilitteratur.....</i>                                  | 18        |
| 2.4 EGENOMSORG.....   | 20        |
| 2.4.1 <i>Egenomsorg i internasjonal musikkterapi .....</i>                                  | 20        |
| 2.4.2 <i>Egenomsorg i norsk musikkterapi.....</i>   | 21        |
| <b>3. METODE .....</b>  | <b>23</b> |
| 3.1 VALG AV TILNÆRMING .....  | 23        |
| 3.2 UTVALG AV INFORMANTER.....  | 23        |
| 3.3 GJENNOMFØRING AV INTERVJU.....  | 24        |
| 3.4 TRANSKRIBERING AV INTERVJUENE.....  | 25        |
| 3.5 MASTEROPPGAVERENS BEGRENSNINGER .....   | 26        |
| <b>4. ANALYSE .....</b>   | <b>26</b> |
| 4.1 ANALYTISK METODE – ET TEMATISK KART .....   | 26        |
| 4.2 KODING .....  | 27        |
| 4.3 UNDERTEMA.....  | 29        |
| 4.3.1 <i>Overtema .....</i>   | 36        |
| 4.4 HOVEDTEMA.....  | 36        |
| 4.4 FUNN .....  | 38        |
| 4.5 REFLEKSJON AV EGEN PÅVIRKNING PÅ PROSESSEN .....  | 40        |
| <b>5. DISKUSJON.....</b>  | <b>41</b> |
| 5.1 MUSIKKTERAPEUTENS EGENSKAPER: OPPLEVELSE AV MENNESKELIGHET OG STIGMA .....              | 42        |
| 5.1.1 <i>Bevissthet og egenerapi .....</i>  | 42        |
| 5.1.2 <i>Grensesetting, kommunikasjon og kapasitet.....</i>                                 | 44        |
| 5.1.3 <i>Stigma: Åpenhet og skam .....</i>  | 45        |
| 5.1.4 <i>Egenomsorg og «terapeutens recovery».....</i>                                      | 47        |
| 5.2 MUSIKKTERAPEUTENS RESSURSER: OPPLEVELSE AV MENNESKELIGHET I UTDANNING OG YRKESLIV ..... | 49        |
| 5.2.1 <i>Forventninger og street-språk .....</i>  | 49        |
| 5.2.2 <i>Arbeidskapasitet, autonomi og rammer .....</i>                                     | 51        |
| 5.3 MUSIKKTERAPEUTENS ROLLE: OPPLEVELSE AV STIGMA I/OG RUNDT UTDANNING OG YRKESLIV .....    | 52        |
| 5.3.1 <i>Utdanning og yrkesliv, rammer og fallgruver.....</i>                               | 53        |

|   |           |
|---|-----------|
| 5.3.2 <i>Forventninger til musikkterapeutrollen og andre terapiformer</i> .....                           | 55        |
| 5.3.3 <i>Bruk av diagnosebegreper (språk), kunnskap, spektrum av sårbarhet og allmenn sårbarhet</i> ..... | 57        |
| <b>6. OPPSUMMERING</b> .....  | <b>60</b> |
| <b>7. LITTERATUR</b> .....  | <b>62</b> |
| <b>VEDLEGG 1 – GODKJENT VURDERING FRA NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA</b> .....                           | <b>69</b> |
| <b>VEDLEGG 2 – INVITASJON TIL INFORMANTER</b> .....   | <b>70</b> |
| <b>VEDLEGG 3 – SAMTYKKESKJEMA</b> .....   | <b>72</b> |
| <b>VEDLEGG 4 – INTERVJUGUIDE</b> .....  | <b>75</b> |

# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

*We could say, without too much exaggeration, that a good half of every treatment that probes at all deeply consist in the doctor's examining himself, [...], it is his own hurt that gives the measure of his power to heal. This, and nothing else, is the meaning of the Greek myth of the wounded physician.*

- Carl Gustav Jung (1966, s. 100)

### 1.1.1 Min relasjon til psykisk helse og musikk før

Min oppvekst bar preg av en sterk kontrast mellom den tidlige barndommen min til de påfølgende tenårene. I begynnelsen av mine første leveår elsket jeg alt med musikk. Jeg kan godt huske stunder hvor jeg danset og sang for full hals i stuen, med brødskive i hånden. Derimot, som tenåring hadde jeg et behov for å ta i bruk musikk på en annen måte, da jeg begynte å bruke musikk til å uttrykke fortvilelsen, ensomheten og det enorme sinnet som jeg kjente på. Til sist, men ikke minst, måtte jeg håndtere en utemmelig angst som med stor pågang tok kontroll over livet mitt. Musikken og min psykiske helse har siden tenårene gått hånd i hånd. Den ene har nesten ikke klart seg uten den andre.

Jeg skrev låter for å bearbeide kompliserte tanker og sterke følelser, og opplevde at det var vanskelig å skrive låter som ikke reflekterte de negative tankemønstrene mine. Og, da jeg begynte å studere musikk etter fullført videregående, begynte jeg å kjenne på mestringen av å ha overlevd barndommen min. Likedan, fikk jeg en større forståelse for utfordringene jeg levde med på det tidspunktet, samt hvilken rolle musikken hadde i livet mitt. Helt siden jeg begynte å spille gitar, piano og skrive mine egne låter på ungdomsskolen har jeg hatt et mål om å 'hjelp andre med musikk', og dermed følte det helt naturlig for meg å søke på musikkterapistudiet.

### 1.1.2 Og i løpet av musikkterapistudiet

Månedene, og spesielt ukene, før opptaksprøven min til musikkterapistudiet opplevde familien min den største tragedien vi hadde vært gjennom til da, og som kom til å sterkt prege relasjonen min til musikk i årene fremover. De første to årene etter tragedien opplevde jeg at det plutselig var vanskelig å synge og høre på musikk. Motivasjonen min begynte å dale, og usikkerheten min rundt egen kompetanse i faget ble gradvis sterkere. Til tross for mine kompliserte følelser rundt musikk og kaotiske emosjoner fortsatte jeg å jobbe hardt. Motivasjonen min for å bli

musikkterapeut og hjelpe andre stod fortsatt sentralt. Ved hjelp av en iboende påståelighet hos meg selv og et godt nettverk rundt meg klarte jeg å finne tilbake til gleden og støtten i musikken igjen. Musikken jeg hadde hørt på i tiden før og etter tragedien brukes nå for å gi rom for å kjenne på sorg og bearbeide den. I løpet av de fire siste årene har jeg tilegnet meg selv et mye større engasjement for egenomsorg og de mange måtene en kan praktisere det på. Jeg har selv tillagt meg egenomsorgsstrategier i form av yoga, meditasjon, diverse self-care-apper, ulike metoder med musikk og utvide egne livsperspektiver gjennom å lese bøker. I tillegg til dette har jeg gått til egenerapi ved siden av musikkterapiutdanningen og blitt diagnostisert på nytt.

Min hovedstrategi handler om å være åpen, akseptere vanskelige følelser, anerkjenne mine erfaringer og hvem jeg er. Det høres muligens ut som en klisje, men de overnevnte egenskapene er det viktigste jeg har lært i egenerapi. Mine livserfaringer gjorde meg nysgjerrig på andre musikkterapeuter sine tanker rundt tematikken, og samtaler med forelesere og praksisveiledere ga uttrykk for at jeg kanskje var inne på noe viktig for faget. Temaene knyttet til egen psykisk helse, og deriblant egenomsorg, opplever jeg og andre i mitt nettverk som sjeldne i musikkterapistudiet.

### **1.1.3 The Wounded Healer**

The wounded healer går tilbake til gresk mytologi og historien om kentauren Kheiron. I myten blir Kheiron omtalt som læreren til Asclepius, som senere blir guden av medisin og healing. Kentauren ble såret av en giftig pil fra buen til Herkules, og såret fra pilen var uhelbredelig og smertefullt. Kentauren måtte lære seg å leve med smerten, og Kheirons engasjement for å lege andre mennesker ble senere ble en avgjørende epitome for arketypen til psykoanalytikeren Carl Gustav Jung, som går under navnet 'the wounded healer'.

Før Jung (1966) skrev om arketypen 'the wounded healer', var denne karakteriseringen allerede kjent fra sjamanisme som er en av de eldste religiøse tradisjonene, og som rester av fortsatt underligger de største religionene i den moderne verden. Innad i sjamanisme blir betydningen av wounded healer diskutert, og den kollektive forståelsen i diskursen kan kuttes ned til at en sjaman er en helbreder som har overkommet psykiske og fysiske skader/lidelser og opplevd følelsen av å være isolert fra nærmiljøet (Stutley, 2002). Et annet perspektiv påstår at en sjaman må ha opplevd sykdom og sår og dens påvirkning på kroppen, sinnet og sjelen for å forstå territoriene sykdom og død. Jung var ifølge Sandstad (2017) en av de første kliniske terapeutene som forsøkte å legitimere en spirituell tilnærming til dybdepsykologi. Det er tilsynelatende Jungs bidrag til denne diskusjonen som har bidratt til mest litteratur i nyere tid

innen yrker i helsesektoren. Derfor vil jeg hovedsakelig referere til Jungs teori i denne oppgaven.

I denne delen av introduksjonskapittelet har jeg introdusert wounded healer som en teoretisk tilnærming av Jung (1966). Videre vil jeg ta for meg wounded healer som et fenomen<sup>1</sup> undersøkt av ulike fagrelatert litteratur. Siden det har vært utfordrende å finne en allerede etablert norsk oversettelse av wounded healer, vil 'wounded healer' og 'sårede musikkterapeut' bli brukt for å beskrive teori og omtale musikkterapeuter med psykiske *sår*. Litteraturen om wounded healer presenterer ulike versjoner av terminologien, eksempelvis wounded therapist, wounded doctor, wounded counsellor. Derfor kan det være gunstig å bruke en oversatt versjon av wounded healer som speiler profesjonen det skrives om. Bakgrunnen for å fortelle deler av min egen livshistorie har derfor vært for å vise at jeg delvis ser på meg selv som en wounded healer.

#### 1.1.4 Egenomsorg

En av de viktigste lærdommene jeg tok med meg om egenomsorg fra musikkterapistudiet kom gjennom emnet Musicking. Der ble vi som studenter gjort oppmerksomme på et sitat fra flysikkerhet; *Alltid ta på egen oksygenmaske før du hjelper noen andre*. Denne visdommen har også blitt videreført til helse- og omsorgssektoren. I helsesektoren er oksygenmasken en metafor for egenomsorg, og budskapet handler om at vi som helsepersonell må huske å ta vare på våre egne behov og bevisstgjøre grensesetting for oss selv (Rowley, 2021). Som musikkterapeuter i helse- og omsorgssektoren jobber vi med et mangfold av mennesker der en del har dypt triste historier. Disse historiene kan påvirke helsepersonell mer enn en selv kan være klar over, og konsekvensene kan blant annet være utbrenthet, omsorgstretthet og sekundærtraumatisering.

For helsepersonell som allerede har en bakgrunn med psykiske helseproblemer er disse konsekvensene en større risiko. Stigma rettet mot psykisk helse er en annen utfordring som kan påvirke helsepersonell på flere ulike måter og disse utfordringene vil bli utdypet i teoridelen og deretter i diskusjonsdelen. Derfor er egenomsorg et spesielt relevant tema for denne oppgaven. I denne masteroppgaven blir *egenomsorg* brukt for å omtale musikkterapeutens arbeid med seg selv.

---

<sup>1</sup> Frem til 2.3 The Wounded Healer



## 1.2 Problemstilling

*Hvordan opplever musikkterapeuter<sup>2</sup> å være en 'wounded healer' i arbeidet med klienter<sup>3</sup> i psykisk helse- og rusomsorg?*

Første underproblemstilling: Hvilke strategier for egenomsorg som musikkterapeuter benytter seg av, kan være nyttig for andre musikkterapeuter?

Andre underproblemstilling: Hva betyr beskrivelsen av 'the wounded healer' for musikkterapeuter med tanke på relasjonen mellom musikkterapeut og klient?

Tredje underproblemstilling: Har musikkterapeuter noen tanker om at musikkterapeuter kan være i større grad utsatt for stigmatisering i det norske samfunnet for deres egne psykiske helseutfordringer?

## 2. Teori

Teorikapittelet er delt inn i fire deler, og første del handler om musikkterapi og psykisk helse. For å oppklare kort i begynnelsen av teorikapittelet, blir også rusomsorg nevnt i første delen på grunnlag av at omfanget av søkingen etter musikkterapeuter i psykisk helsevern som informanter ble for snevert og måtte utvides<sup>4</sup>. Tematikken i resten av oppgaven vil likevel bare ta for seg musikkterapeutens egenerfaringer med psykisk helse, og ikke vektlegge noe om musikkterapeutens egenerfaring med rusproblematikk. Grunnen for dette er å avgrense psykisk helse generelt, og ikke gå inn i eventuell rusproblematikk. Andre del av teorikapittelet tar for seg stigma rundt psykisk helse blant helsepersonell. Tredje del utdyper wounded healer-fenomenet gjennom teori fra diverse helserelaterte fagretninger, inkludert internasjonal musikkterapi. Fjerde del teoretiserer bruken av egenomsorg i diverse helserelaterte fagretninger, inkludert både internasjonal og norsk musikkterapilitteratur.

### 2.1 Musikkterapi i psykisk helse- og rusomsorg

Første del inneholder teorier som er vanlig å finne i musikkterapilitteratur fra arbeid i psykisk helse- og rusomsorg. Denne delen vil trekke frem noen teorier som tidligere har handlet hovedsakelig om klienter i musikkterapibehandling, blant annet; recovery og humanistisk-, ressursorientert- og samfunnsmusikkterapi. Bakgrunnen for å illustrere disse teoriene er for å

---

<sup>2</sup> *Musikkterapeuter* er i denne konteksten anerkjent som helsepersonell på lik linje som andre terapiformer i psykisk helse- og rusomsorg.

<sup>3</sup> *Klienter* blir brukt i denne oppgaven for å omtale både pasienter i psykisk helsevern og brukere av kommunale tjenester for å bidra til å anonymisere arbeidsplassene til informantene.

<sup>4</sup> Se kapittel 3.2.

senere i oppgaven vise en sammenheng mellom hvordan musikkterapi utøves i psykisk helse- og rusomsorg i dag, og hvilke muligheter disse perspektivene skaper både strukturelt og relasjonelt for klienter og musikkterapeuter. Der etter, vil jeg trekke frem Bronfenbrenners (1981) økologiske utviklingsmodell som vil bidra til strukturen av diskusjonen senere i masteroppgaven.

### 2.1.2 Musikk og psykisk helse

Musikk kan på mange måter påvirke psykiske helse. I musikkterapi blir musikk ofte brukt som et helsefremmende middel som tilpasses etter deltakernes behov og ønsker, men musikk trengs ikke nødvendigvis bare å brukes i musikkterapi for å føre til endring (Ansdell, 2014).

Musikk er for mange en ytterst personlig opplevelse (Crafts et al., 1993) og en del av ens identitet (Ruud, 2013). For følelser har musikk en regulerende verdi og kan brukes til å uttrykke, håndtere og bearbeide sterke negative følelser gjennom ulike musikalske aktiviteter som for eksempel improvisasjon og komposisjon av musikk og tekst (Moore, 2013; Aalbers et al., 2020; Landis-Shack et al., 2017). Å utøve musikk har vist seg å være effektivt i å forebygge og lindre psykiske lidelser og psykoser (Helsedirektoratet, 2013). Alle de overnevnte aspektene som visualiserer bruk av musikk omtales som musicking (Small, 1998). Smalls idé blir videreført til en musikkterapeutisk tilnærming under begrepet helsemusikkering. (Stige & Aarø, 2012). Erfaring med og interesse i musikk er vist å ha størst påvirkningskraft for å føre til personlig endring (Ruud, 2013).

Fra et økologisk og sosiokulturelt perspektiv kan musikk være samlende mellom mennesker og grupper. Et sterkt eksempel på det er minnekonserten og allsangen i Oslo etter 22. juli der mennesker fra hele landet samlet seg i byen og foran tv-skjermen for å minne de menneskene som ble drept ved regjeringkvartalet og på Utøya. I etterkant har det vist seg å være relevant for utviklingen av den norske kulturen å reflektere rundt effekten av musikkens betydning for det kollektive sjokket og sorgen som mange kjente på (Knudsen et al., 2014; Ruud, 2013). Eksemplene i dette avsnittet viser at musikk kan brukes som en aktiv måte å utøve egenomsorg og omsorg for andre på.

### 2.1.3 Recovery og musikkterapi

I følge den nasjonale faglige retningslinjen for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser, blir *Recovery*<sup>5</sup> omtalt som en «holdning som fremmer håp og tro på

---

<sup>5</sup> Oversatt til norsk: Bedringsprosesser

muligheter for at den enkelte kan leve et meningsfullt og tilfredsstillende liv, selv med alvorlig psykisk lidelse» (Helsedirektoratet, 2013, s. 29) Videre formulerer retningslinjen at praksisen «retter oppmerksomheten mot det som er viktig for den enkelte, hvordan kriser og problemer kan håndteres, og hva som øker mulighetene for å oppleve mestring» (Helsedirektoratet, 2013, s. 29).

Recovery blir ofte nevnt i sammenheng med behandling av personer med alvorlige psykiske lidelser, men i denne oppgaven er det viktig å trekke frem hvilken betydning den også har for arbeid i rusomsorg. Bakgrunnen for dette er blant annet<sup>6</sup> fordi rusmiddelmissbruk og rusproblemer er nevnt i retningslinjen for psykoselidelser som en del av *samtidige lidelser (komorbiditet)*. I de nasjonale faglige retningslinjene for utredning, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser<sup>7</sup>, nevnes det at det er «vesentlig at man har et helhetlig perspektiv på pasientens *tilfriskning*» (Helsedirektoratet, 2012, s. 59)

Musikkterapi anbefales som en del av tverrfaglig behandling og rehabilitering av personer med rusmiddelproblemer og avhengighet (Helsedirektoratet, 2016). I tillegg har musikkterapi fått den høyeste anbefalingen for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013). Musikkterapi har vist å ha en virkning etter endt behandling så lenge som seks måneder, og er anbefalt for klienter innen psykisk helsevern og kommunalt arbeid.

Når det kommer til musikkterapeutiske tilnærminger i psykisk helse- og rusomsorg som kan knyttes opp mot Recovery, trekker Solli (2012) frem disse tre: humanistisk, ressursorientert og samfunnsorientert. Jeg vil i tillegg trekke frem relasjonsorientert musikkterapi, basert på at relasjon mellom klient og helsepersonell blir trukket fram som spesielt viktig i behandling av psykisk helse av Helsedirektoratet (2013). I Norge er musikkterapi bygget på et humanistisk livssyn som de tre sistnevnte tilnærmingene er forankret i. På grunn av plassmangel i oppgaven vil jeg ikke gå dypt inn i forklaringen til hver og én av tilnærmingene, men heller gi et grovt overslag. Et av de mer omtalte sitatene for å beskrive humanistisk musikkterapi i Norge kommer fra Ruud (1979, s. 34); at musikkterapi handler om «å gi mennesker nye handlingsmuligheter».

Den humanistiske tradisjonen bygger på en salutogen forståelse på helse og fremmer blant annet autonomi, selvbestemmelse, mellommenneskelige relasjoner, kritisk tenking og betydningen av at mennesker tilegner tegn og symboler mening på samme måte som en kan

---

<sup>6</sup> Annen grunn for dette står i introduksjonen til teorikapittelet

<sup>7</sup> Personer med samtidig rus- og psykiske lidelser

finne mening i musikk (Ruud, 2008). Den samfunnsorienterte tilnærmingen følger i samme spor, men har en litt annen innfallsvinkel og har et større fokus på å hjelpe klienten fra flere nivåer<sup>8</sup> og har større preg av samfunnsaktivisme.

I samfunnsmusikkterapi er relasjonsbygging, sosiale nettverk og musicking i ulike sosiale kontekster representativt for hvordan musikkterapi gjennomføres ved psykisk helse- og rusomsorg i Norge (Solli, 2012). Tilnærmingen legger ikke særlig vekt på diagnoser eller samfunnsstempler og mer på mennesket i helhet, som også er medvirkende for Recovery-perspektivet. En ressursorientert tilnærming i musikkterapi tar hovedsakelig for seg det å hjelpe frem klientens styrker og ressurser, samtidig at musikkterapeuten har en ikke-ekspert holdning i møte med klient, og fokuset er at klienten skal oppleve å være eksperten samt oppleve autonomi og mestring (Rolvsjord, 2014).

Det er, derimot, sagt at musikkterapeuten skal ha tilstrekkelig kunnskap og kompetanse for å kunne støtte klienten, men at musikkterapeuten i musikkterapi tar et steg tilbake og lar klienten ta valgene. Relasjonell musikkterapi går nærmere inn på dynamikken i og aspektene ved relasjonen mellom terapeut og klient i lys av fenomenologisk filosofi og «den relasjonelle vending innen psykodynamisk teori» (Trondalen, 2008, s. 29; Trondalen, 2015).

Disse fire tilnærmingene er ikke alene i norsk musikkterapi, men er særlig synlige i musikkterapibehandling innen psykisk helse- og rusomsorg. Andre tilnærminger man kan finne i norsk musikkterapi er blant annet: psykoterapeutisk musikkterapi, The Bonny Method of Guided Imagery and Music og kreativ musikkterapi fra Nordoff-Robbins. Musikkterapi er et voksende felt innen psykisk helse- og rusomsorg, spesielt med tanke på at musikkterapierspektivene har vært forut sin tid i norsk helsetjeneste og har derfor kunnet tilpasse seg relativt enkelt til endringene i norsk helsepolitikk.

#### **2.1.4 Bronfenbrenners økologiske utviklingsmodell**

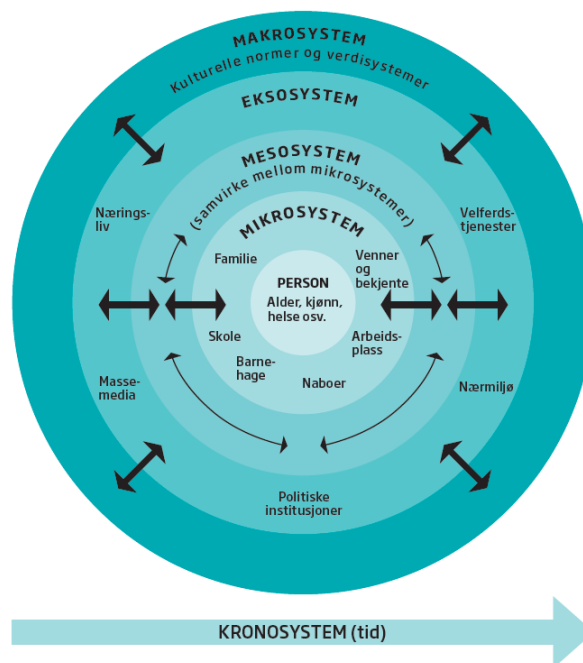
En annen modell som er å finne i norsk musikkterapi teori er Bronfenbrenners økologiske utviklingsmodell (1981). Den økologiske modellen kan en hovedsakelig finne i samfunnsmusikkterapi (Stige & Aarø, 2012), men jeg vil argumentere for at den er like gjeldene for flere retninger i norsk musikkterapi. Som nevnt ovenfor er norsk musikkterapi tradisjon forankret i et humanistisk livssyn, som igjen utfordrer det medisinske synet på helse. Gjennom et samlet perspektiv på helse utfyller perspektivene hverandre fra forskjellige innfallsvinkler og hver enkelt kan, etter min mening, plasseres inni den økologiske modellen. Det som kanskje

---

<sup>8</sup> Les 2.1.4 Bronfenbrenner

skiller samfunnsmusikkterapi fra de andre perspektivene, er at det har hovedsakelig et systemorientert fokus på samhandlingen mellom de ulike nivåene.

Bronfenbrenners økologiske utviklingsmodell er hovedsakelig rettet mot forskning i menneskets utvikling og samhandling med miljøet rundt i tillegg til hvordan nærmiljø, samfunn og system påvirker mennesket. Mens Bronfenbrenner illustrerte modellen i lys av menneskets utvikling gjennom foreldrenes og samfunnets rolle i barnets oppvekst, vil jeg presentere disse økologiske systemene som en del av et behandlingsforløp i musikkterapi. Bakgrunnen for dette er at i følge Recovery-konseptet bør flere av systemene jobbe med hverandre for at mennesket i midten skal oppleve langvarige positive endringer i ens livskvalitet. Modellen er delt inn i fire deler som er knyttet til hverandre i Bronfenbrenners (1981, s. 3) egne ord: «as a set of nested structures, each inside the next, like a set of Russian dolls».



Figur 1: Illustrasjonen av Bronfenbrenners økologiske modell er tatt fra utdanningsforskning.no.

Det første og innerste systemet er personen, og systemet rett utenfor er mikrosystemet som omfatter interpersonlige relasjoner, objekter og aktiviteter som personen samhandler direkte og indirekte med i en gitt setting, som for eksempel i musikkterapirommet. Neste systemet, mesosystemet tar for seg systemer rundt individet som samhandler med hverandre for eksempel miljøet i hjemmet hos individet og arbeidsmiljøet. Eksonivået, er det tredje nivået, og det beskriver et system som individet ikke nødvendigvis har direkte kontakt med, men som har en dyptgående påvirkning på personens utvikling. Et eksempel her er det lokale styret i kommunen eller styret ved et Distrikt Psykiatrisk Senter. Makronivået er det øverst og ytterste og omfatter

parlamentariske og økonomiske institusjoner, som blant annet inkluderer lover, regler, retningslinjer og normer i samfunnet. Den økologiske modellen og de diverse musikkterapierspektivene ser alle på den kontekstuelle helheten av mennesket og alt det rommer. Sammen vil de være grunnlaget for videre diskusjon i denne oppgaven.

## 2.2 Stigma, psykisk helse og musikkterapeuter

I spørsmålet rundt psykisk helse er det vanskelig å unngå konseptet *stigma*. Stigma som forskningsemne har tilsynelatende økt av interesse med store marginer siden 1990-tallet (Link & Stuart, 2017). Årsaken til den økte interessen er mulig på grunn av behovet for å undersøke og utfordre faktorer som leder til at funksjonsnedsettelse, og deriblant psykiske lidelser, er en av de største truslene mot verdenshelsen (Hankir, et al., 2017; Vos et al., 2020; Clarsen et al., 2022).

Den andre delen av teorikapittelet utdyper teorier om stigma som har blitt brukt av helsepersonell i psykisk helsearbeid. Først vil korte deler av historien til *stigma* og psykiske lidelser presenteres for å få et mer helhetlig syn av hvordan konseptet har utviklet seg, og hvordan det *ikke* har utviklet seg. Jeg starter presentasjonen ifra antikken i Hellas til den sosiologiske diskursen på femtitallet, frem til dagens medisinske og psykoterapeutiske diskurs. Blant annet vil jeg trekke frem utfordringer som har blitt dokumentert blant leger og medisinstudenter det siste tiåret, som er knyttet til psykisk helse fordi jeg mener at musikkterapi kanskje står ovenfor lignende problemstillinger. Til slutt trekkes frem den sosialkognitive modellen for stigma frem, for å belyse stigmatiseringen av helsepersonell og de relevante utfordringene musikkterapeuter står ovenfor. Modellen vil videre bli brukt til å bidra med innrammingen av oppgaven.

### 2.2.1 Stigmatisering av psykisk helse

Betydningen av ordet stigma kommer fra *stig* som opprinnelig kommer fra beskrivelsen av en pinne brukt som tatoveringsutstyr i oldtidens Hellas. *Stig* ble brukt til å tatovere et symbol av *skam* på mennesker som var utstøtt fra samfunnet av ulike grunner. Det er derimot ikke kjent om grekere brukte en slik tatovering på mennesker med psykiske lidelser. Likevel, finnes det bevis for at mennesker med psykiske lidelser på den tiden ble assosiert med skam og ydmykelse (Link & Stuart, 2017). På femtitallet oppstod det en diskurs som i stor grad gå ut på det samme, men undersøker og setter spørsmål ved fenomenet.

I en del av diskurser skrev Charlotte Green Schwartz (1956, s. 7) en artikkel ved navn «The Stigma of Mental Illness» og beskriver at stigma hadde to konnotasjoner som hovedsakelig dreier seg om en splittelse mellom mennesker. Den ene konnotasjonen splitter *normale* og *ikke-normale* mennesker, mens den andre konnotasjonen markerer sistnevnte som *umoralisk* og en *skam* som kan bli dømt som mindreverdige. I en annen del av diskursen presenterte Cumming og Cumming (1957) at *stigma* kunne oppleves som *et tap* av noe verdifullt og essensielt. Et eksempel som blir trukket frem på noe som kan gå tapt, for eksempel ved hospitalisering for en person med psykiske lidelser, er sosial kompetanse, forutsigbarhet og pålitelighet (Link & Stuart, 2017).

Siden femtitallet har stigmatisering av psykisk helse vært ansett som et problem generelt i store deler av den vestlige verdensbefolkningen, da det er blitt opprettet flere anti-stigma programmer, blant annet «beyondblue» og «SANE» i Australia (Harman & Heath, 2017), «Opening Minds Anti Stigma Initiative» i Canada (Chen et al., 2017), «The Time to Change» i England (Henderson et al., 2017), og «Et åpent sinn» i Norge (Beldie et al., 2017). Stigmatisering av psykiske lidelser rammer også i stor grad mennesker som arbeider innen psykisk helse- og rusomsorg (Hankir et al., 2017; Verhaeghe & Bracke, 2012; Elraz, 2018; Koljack et al. 2020; Vally, 2019; Kirkcaldy, 2013; Cuseglio, 2019; Hankir & Zaman, 2013; MacCulloch & Shattell, 2009; Straussner et al., 2018; Zerubavel & Wright, 2012).

Verdens helseorganisasjon (WHO, 2021) har uttrykket bekymring for økningen av psykiske lidelser i verdensbefolkningen, og har siden år 2000 kartlagt fordelinger av landenes ressurser knyttet opp til forebygging og behandling av psykiske lidelser verden over. Hvert 5. år utgir WHO en ny psykisk helse atlas som kartlegger ressurser til psykisk helse globalt og presenterer nye oppdateringer av eksisterende psykiske helsetjenester, lovverk og finansiering, tilgjengeligheten og distribueringen av psykiske helsetjenester, menneskelige ressurser og informasjons- og datainnsamling. WHO (2021) har i den nyeste utgaven også fremhevet en bekymring spesielt rettet mot en mangelvare av psykiatere globalt.

Hankir, Ventriglio og Bhugra (2017) refererer til Harvey et al. (2009) som peker på at det er vanlig med psykiske helseproblemer hos medisinstudenter og leger, og at det fører til at medlemmer av denne yrkesgruppen kan bli behandlingssøkende pasienter. De refererer også til Farooq et al. (2014) som viser at psykiske helseutfordringer hos medisinstudenter kan påvirke hvorfor de velger å spesialisere seg innen psykiatri. For å poengtere en tydelig kontrast mellom virkelighet og antydninger i samfunnet, trekker Hankir et al. (2017) frem en forestilling i samfunnet om at leger og medisinstudenter er usårbare.

Videre skriver Hankir et al. at leger og medisinstudenter med disse erfaringene har lav motivasjon til å søke hjelp. Med tanke på disse utfordringene har Hankir et al. følt et behov for å utvikle en anti-stigma intervensjon rettet mot helsepersonell og studenter/lærlinger. De foreslår to alternativer for helsepersonell for å starte utviklingen av en anti-stigma holdning: 1) for hvert enkelt helsepersonell å være ærlig med seg selv for å utvikle innsikt rundt problematikken og utfordre fordommer som de selv har, og 2) å anerkjenne at erfaringer med psykiske helseutfordringer kan faktisk være fordelaktige fremfor ugunstige.

Et lignende perspektiv er hentet fra psykoterapi hvor Cain (2000) undersøker wounded healers erfaringer med motoverføring og hvor fokuset ligger på at det er uunngåelig og har en potensiell positiv effekt i den terapeutiske prosessen. *Motoverføring* blir beskrevet av Cain som påvirkninger terapeuten sine egne erfaringer har på terapeutens reaksjoner og responser i møte med klient. Funnene til Cain er delt opp i fem deler der stigma er én av dem. Forskningen viser at stigma var hovedgrunnen til hvorfor deltakerne var usikre i å dele deres historie med psykiske helseutfordringer med kollegaer og veiledere. «All participants reported that stigma of mental illness was perpetuated in the mental health system.» (Cain, 2000, s. 27)

Stigmatisering av psykiske lidelser har vært og er fortsatt et problem verden over, og viser til å også ramme profesjoner innen psykisk helse- og rusarbeid. Dette vil utforskes mer i diskusjonsdelen.

### **2.2.2 Sosialkognitive modellen**

Sosiologen Sheehan og kollegaene (2017) forklarer i sin sosial kognitive modell hvordan stigma kan oppstå i et samfunn. Denne modellen forklarer tre komponenter av stigmaforming og om ulike typer stigma som inngår i de tre komponentene. De tre komponentene er: 1) *stereotyper* som viser til holdninger i samfunnet, 2) *fordommer* som menes med den emosjonelle responsen som kommer av å være enig i stereotyper, og 3) *diskriminering* som er atferd som baseres på stereotyper og fordommer.

Sheehan et al. (2017) bruker tre kategorier for å undersøke typiske stereotyper og fordommer rundt psykisk helse; farlighet, inkompetanse og varighet. Typiske stereotyper knyttet til farlighet er at mennesker med psykiske lidelser er blant annet ansett som farlige eller ustabile. Sheehan et al. viser til at disse stereotypene legger føringer om hvorvidt befolkningen er villige til å ha mennesker med alvorlige psykiske lidelser som venner, naboer og kollegaer. De trekker også frem at overdrevne karakteravbildninger i media har skyld i utviklingen og opprettholdelsen av den farlige stereotypen. Sheehan et al. henviser til Jenkins og Carpenter-Song (2009) som poengterer at arbeidstakere med psykiske lidelser opplever mobbing,



fiendtlige holdninger og kommentarer som fornærmer deres kognitive ferdigheter. Kritikken som arbeidstakerne opplever mot deres egne psykiske lidelser, kan illustrere en annen generell stereotype. En stereotype som tilsier at mennesker med psykisk lidelser er også grunnleggende inkompetente.

Varighet er blant annet knyttet til en stereotype som viser til en biologisk forklaring på psykiske lidelser og inkluderer menneskers oppfattelse av psykiske lidelser som konstante, både i form av at en ikke kan oppleve bedring, men også at formen til personen er konstant dårlig. Sheehan et al. (2017) påpeker at hvis samfunnet ser på psykiske lidelser som konstante og statiske, kan det føre til mindre fokus på rehabilitering, behandling og bedringsprosesser. Sheehan et al. legger til at denne holdningen i samfunnet kanskje vil øke forskjellene i befolkningen, der én del blir sett på som annerledes og videre rettferdiggjøre forskjellsbehandlingen av dem.

Av de typene stigma som blir nevnt av Sheehan et al. (2017) vil jeg bare forholde meg til sosialstigma, selvstigma, stemplingsunnvikelse og strukturellstigma fordi disse typene er mest relevant for oppgaven. *Sosialstigma* baserer seg på samfunnets støtte av fordommer og diskriminering mot en minoritetsgruppe. *Selvstigma* beskriver personen i minoritetsgruppen som internaliserer holdningene i samfunnet og implementerer dem i livet sitt. *Stemplingsunnvikelse* framstiller det å unngå å delta i aktiviteter som kan føre til at diagnosen blir avslørt. *Strukturellstigma* omfatter reformer fra offentlige hold som utilsiktet begrenser mulighetene til minoritetsgruppen. Komponentene og stigmatypene skaper et bilde av hvordan stigma brer seg i samfunnet og at samfunnet i sin helhet blir like påvirket av denne strukturen som medlemmene i samfunnet gjør.

## 2.3 The Wounded Healer

### 2.3.1 Wounded Healers i diverse helserelaterte fagretninger

I litteraturgjennomgangen for denne masteroppgaven har jeg funnet diverse perspektiv på hva det betyr å være wounded healer<sup>9</sup> i flere typer helserelaterte profesjoner: sosialarbeid (Straussner et al., 2018; Cuseglio, 2019), fredsarbeid (Sandstad, 2017), psykoterapi (Zerubavel & Wright, 2012; Cain, 2000), sykepleie, legepraksis (Hankir et al., 2017; Hankir & Zaman, 2013), veiledning (Wheeler, 2007; St. Arnaud, 2017) og aromaterapi (Dunning, 2006).

Det virker å være noe uenighet i litteraturen om hvem som går under arketyperen wounded healer. Wheeler (2007) understreker at karakteriseringen av wounded healer ikke bare er

---

<sup>9</sup> Jungs (1966) utdrag og bakgrunnen for teorien kan leses i introduksjonen til oppgaven.

reservert for 'ødelagte' terapeuter som er underlegne, men er tildelt til alle som åpner seg opp til arbeid i psykoterapeutisk praksis. Her åpner Wheeler opp samtalen for at det eksisterer en sårbarhet hos alle mennesker. Conchar og Repper (2014) undersøker i deres systematiske litteraturgjennomgang, helsepersonell i psykisk helsearbeid som har psykiske helseutfordringer, og som dermed karakteriseres som wounded healers. De viser til litteratur som sier at personer som har personlig erfaring med psykiske lidelser, som valgte å jobbe med psykisk helse var det nest mest vanlige temaet gjennom deres litteraturgjennomgang. Den mest vanlige grunnen til at de valgte å jobbe med psykiske helse handlet om personens behov for å helbrede seg selv<sup>10</sup>.

Når det gjelder hvilken rolle wounded healers har i terapeutisk praksis trekker litteraturen frem flere ulike perspektiv, som jeg nå vil vise noen eksempler av. Dunning (2006) skriver at personens evne til å heve seg over eget sår, krever innsikt, refleksjon og forståelse av bedringsprosessen til et sår. Videre presiserer Dunning at personens forståelse vil være en forutsetning for å kunne bruke erfaringen til å hjelpe andre. Hvis såret, derimot, ikke har blitt behandlet og personen ikke har tilegnet seg forståelsen av hvilken effekt såret har på seg selv, vil personen bli ansett som en «walking wounded» (Dunning, 2006, s. 254). I annen litteratur om samme fenomen blir dette kalt for «impaired therapist» (Cain, 2000, s. 22) eller «impaired professionals»<sup>11</sup> (Zerubavel & Wright, s. 482). Zerubavel og Wright (2012) understreker at det er en forskjell mellom et helsepersonell som er 'wounded' og et som er 'impaired'. 'Impairment' beskrives av Lamb et al. (1987) som en eller flere av tre faktorer som kan forstyrre den profesjonelle funksjonen hos terapeuten. Faktorene listes opp på følgende måte:

Manglende evne og/eller vilje til å tilegne seg og integrere profesjonelle standarder inn i ens repertoar; en manglende evne til å tilegne seg ferdigheter for å kunne nå et akseptabelt kompetansenivå; en manglende evne til å kontrollere personlig stress, psykologisk dysfunksjon, og/eller omfattende emosjonelle reaksjoner som påvirker den profesjonelle funksjonen.<sup>12</sup> (Lamb et al., 1987)

St. Arnaud (2017) påpeker at det er en tynn linje mellom hva som er fordelaktig og hva som er skadelig for terapien med klient. Terapeuten vil kanskje ha større evne til å empatisere med klienten, men sjansen er også stor for at terapeuten vil bli mer opprørt og partisk i møte med

---

<sup>10</sup> Oversatt fra 'self-heal'

<sup>11</sup> Grovt oversatt til norsk: en «hemmet/svekket healer» eller «hemmet/svekket profesjonell».

<sup>12</sup> Oversatt fra engelsk til norsk av forfatter

klienten. Cuseglio (2019), derimot, peker mot at den binære separasjonen mellom 'wounded' og 'impaired' er problematisk fordi den ikke anerkjenner kompleksiteten i motoverføringen, unikheten i hvert enkelt terapeutisk møte og den enkelte klienten i behandling.

Videre foreslår Cuseglio (2019) at terapeuten, uavhengig av 'impairment' eller 'woundedness', kan bruke deres egen sårbarhet i praksis på en måte som er effektiv og i andre tilfeller ugunstig. Variablene nevnt av Cuseglio er avhengig av flere faktorer, men likevel ikke begrenset til hvilken grad terapeuten har behandlet eller prosessert såret sitt. Faktorene inkluderer terapeutens nåværende livssituasjon, klienten i behandling og hvordan motoverføringen fra den konkrete klienten kan påvirke terapeuten. Disse faktorene har en innflytelse på musikkterapeutens egen- og arbeidskapasitet, som dermed kan direkte påvirke terapeuten i terapikontekst.

Cuseglio (2019) legger også til at det finnes en felles frykt mellom helsepersonell innen psykisk helse om at sårbarhet skal mistolkes som en svakhet, og at til tross for veilederes omfattende opplæring og teoretiske kunnskap, har veiledere en tendens til samme negative partiskhet og holdninger som personer utenfor psykiske helseprofesjoner. Jones (i Cuseglio, 2019, s. 42) spør «why is it difficult to embrace our own as we have our clients, with the same compassion, understanding and empathy?».

### 2.3.2 Wounded Healers i musikkterapilitteratur

*«The lack of literature dealing with 'survivor therapists' seems to reflect the profession's difficulty in acknowledging our humanity as therapists and the vulnerability and fallibility that is part of that humanity.» (Austin, 2002, s. 243)*

'Wounded healers' eller 'survivor therapists' er fortsatt et lite utbredt tema i musikkterapilitteratur, spesielt i norsk musikkterapilitteratur. Referansene til arketypen wounded healer som jeg har funnet i musikkterapilitteratur er internasjonale; Lunt (2002), Rinker (1991), Dunn (2009) og Austin (2002). Lunt (2002) skriver i en autobiografisk artikkel om sin egen opplevelse med psykisk lidelse og veien til å bli musikkterapeut. Lunt innrømmer å ha følt en affinitet mot å jobbe med pasienter i psykisk helsevern. Rinker (1991) skriver om en prosess av en case i Guided Imagery and Music, der hun hjelper en kvinnelig terapeut å bearbeide emosjonelle sår fra fortiden.

Dunn (2009) utforsker relasjonen mellom klient og terapeut fra wounded healer-perspektivet. I artikkelen tar Dunn for seg en case som bevisstgjorde han om at terapeuten ofte

også gjennomgår en egen prosess sammen med klienten i musikkterapi. Hans egen bevisstgjøring rundt sin egen sårbarhet i møte med klienten gjorde det mulig for han å forstå klienten bedre og dermed hjelpe klienten på en mer effektiv måte. Dunn understreker også at hans opplevelse ikke var en hindring mot å være en god-nok terapeut, men at sårbarheten hans ble brukt på en kreativ måte for å støtte klienten.

Relasjonen mellom terapeut og klient trekkes frem av Dunn (2009) som en avgjørende faktor og at full tilstedeværelse fra terapeuten forutsier en god relasjon. Derfor, poengterer Dunn til slutt, at å anerkjenne våre svakheter og å kunne utnytte disse svakhetene på en måte som hjelper klienter, vil ende opp med at terapeuten øker sin opplevelse av å være hel, samtidig som klienten finner en indre styrke.

Austin (2002) skriver om hennes arbeid med klienter og deres traumer, i musikkterapi. Hun beskriver flere eksempler på opplevelser med klienter, i tillegg til beskrivelser av metoder som musikkterapeuten har brukt. I tillegg til å skrive om klientenes opplevelser av traumer, inkluderer hun også sin egen oppfattelse av musikkterapeutens rolle i møte med denne målgruppen. Austin påpeker at å skape musikk sammen er intimt og spesielt krevende fordi det ubevisste innholdet i musikken er lett tilgjengelig for både musikkterapeut og klient. Klient og terapeut kan påvirke hverandre på et dypt nivå som forbigår ord. Videre understreker Austin at musikkterapeuten bør ha et godt kjennskap til egne utfordringer, følelser, styrker og sårbarheter, ikke bare for å kunne få en bedre forståelse og empati for klienten, men også for å kunne skille mellom sine egne og klienten sine følelser. Dette er enda mer avgjørende når terapeuten er en 'wounded healer' (Austin, 2002). Austin påstår at sekundærtraumer er i noen tilfeller uunngåelig for enhver terapeut som arbeider med traumer og er ikke alltid en indikator på terapeuten's uløste psykologiske utfordringer, men en del av realiteten og traumeterapiprosessen. Både omsorgstretthet og sekundærtraumatisering kan oppstå etter å ha blitt eksponert gjentatte ganger for klienters traumatiske historier (Berge, 2005). Berge trekker frem at alvorlige tilfeller av omsorgstretthet kan føre til at terapeuten distanserer seg fra seg selv og andre, og kan oppleve et undergravd selvbilde, økt selvkritikk og «svakket evne til selvtrøst og selvempati» (Berge, 2005, s. 3). Igjen, kan dette illustrere meningen med 'impaired therapist' fra teoridelkapittelet 2.3.1.

Alle referansene har i denne delen av oppgaven skrevet om deres egne opplevelser av å være en wounded healer eller deres oppfatninger av hva det vil si å være en musikkterapeut i arbeid med sårbare mennesker. De har noen ulike innfallsvinkler til temaet, men én ting virker tydelig; musikkterapeutens bevissthet rundt egen sårbarhet er et viktig tema å diskutere videre. Til slutt vil jeg trekke frem et utsagn fra Austin som vil bli tatt opp igjen i diskusjonsdelen.

*«These so-called ‘safe’ therapies can easily penetrate defensive barriers and therefore need to be used responsibly, and with knowledge of the client’s history, including particular strengths and vulnerabilities.» (Austin, 2002, s. 245)*

## 2.4 Egenomsorg

Egenomsorg opptrer som et undertema i denne oppgaven fordi egenomsorg ofte framtrer parallelt som et tema med wounded healers i litteraturen. I litteraturen trekkes det blant annet hvor viktig det er for wounded healers å vise egenomsorg for å kunne drive med terapi på en forsvarlig måte. Terapeuter generelt står ofte i utfordrende arbeidssituasjoner og har sterkt behov for å praktisere egenomsorg for å unngå negative konsekvenser i og utenom arbeidslivet. Denne delen vil ta for seg konseptet *egenomsorg* som er hentet fra både internasjonal og norsk litteratur, slik som delkapittelet før hentet frem *The Wounded Healer*. Forskjellen her er at musikkterapilitteraturen bærer større mangfold, og dermed blir bare musikkterapilitteratur presentert om egenomsorg, siden denne litteraturen er mer gjeldene for denne oppgaven.

### 2.4.1 Egenomsorg i internasjonal musikkterapi

I internasjonal kontekst er egenomsorg et tilsynelatende gradvis voksende tema blant musikkterapeuter (Rowley, 2021; Moran, 2018; Moore & Wilhelm, 2019) og musikkterapistudenter (Davis, 2013; Chikhani, 2015; Hearn, 2017; Murillo, 2013). Flere musikkterapeuter i det internasjonale miljøet har i lengre tid registrert en økende tendens til utbrenthet i yrket (Austin, 2002; Clements-Cortes, 2013; Moran, 2018; Gooding, 2019; Moore & Wilhelm, 2019; Rowley, 2021) Selv om det er et tema som vokser gradvis i musikkterapi, trekker Austin (2002), Moore og Wilhelm (2019), Moran (2018) og Rowley (2021) frem at egenomsorg fortsatt er en manglende prioritet i utdanning og i yrkeslivet. Med det sagt foreslår forfatterne også noen løsninger på problemet. På grunn av at litteraturen fortsatt er begrenset angående egenomsorg, vil ikke tematikken bare grenses til musikkterapeuters arbeid i psykisk helse- og rusomsorg.

Austin (2002, s. 246) skriver om bevisstheten rundt egne opplevelser i møte med klienter og omtaler musikkterapeuten som et instrument som trengs å stemmes («tuning») regelmessig, tas vare på og spilles på med sensitivitet. Hun utdyper at slik innstilling kan oppnås ved å gå i egenerapi, veiledning, fagrettet støttegrupper og ved å spille musikk. I tillegg vektlegger Austin at venner og familie har vært nyttig i hennes erfaring fordi det er mennesker hun opplever å

kunne være ærlig med, som også er ærlige tilbake. Andre metoder for egenomsorg som Austin selv bruker er trening, tid alene til å spille og skrive, reflektere eller andre måter å ta vare på seg selv for å kunne være til stede med klientene.

Funn fra Rowley (2021) viser til informantenes oppfattelse av egenomsorg som konsept, viktigheten med grensesetting og utfordrende opplevelser med håndtering av arbeidsrelatert stress. Knyttet til viktigheten med grensesetting dukker det opp fire underkategorier som tar for seg grenser: grenser rundt pasienter, skille arbeidsliv fra hjemmet, musikk i terapi/egen musikk, være utendørs, utenfor fysiske grenser/rammer. I forskningen til Rowley (2021) viser det at det å sette grenser er mangfoldig i musikkterapeutens yrkes- og hverdagsliv.

Moran (2018) påpeker at selv om egenomsorg er viktig for helsepersonell, er det begrenset praktisk informasjon om hvordan musikkterapeuter kan ta tak i denne problemstillingen. Moran skriver at han ikke var forberedt på den emosjonelle byrden og intense arbeidsmengden i studiet. Moran legger til at han ble bevisst på å finne bedre strategier for egenomsorg for å kunne håndtere angsten og stresset som han mistenkte ville følge med ham inn i karrieren.

Moore og Wilhelm (2019) refererer til Carol Bitcon (1981) som anerkjente at utbrenthet var en stor utfordring for musikkterapiprofesjonen, og understrekte at utdanningene burde opplære studentene i konseptet egenomsorg og hjelpe dem med å utvikle egne egenomsorgsstrategier. I konklusjonen foreslår Moore og Wilhelm (2019) at utdanningsstedene for musikkterapi burde vurdere å undersøke om og hvordan de i nåværende tid vektlegger og inkluderer egenomsorg som et tema i interaksjoner med studenter.

I den nyeste utgaven av *The New Music Therapist's Handbook* (Hanser, 2018) er det tillagt et helt informativt kapittel om egenomsorg, der Hanser har inkludert ulike metoder som musikkterapeuter kan bruke for å bli bevisst og utvikle egne egenomsorgsstrategier. Mer enn det, har hun lagt til sin egen liste av egenomsorgsstrategier og en kontrakt som en kan signere med seg selv. «Music therapists have a wealth of ideas to help others express themselves. It is your turn to benefit from this creativity». (Hanser, 2018, s. 282)

#### **2.4.2 Egenomsorg i norsk musikkterapi**

Egenomsorg, i motsetning til wounded healers, er noe bredere omtalt i norsk musikkterapilitteratur (Ruud, 2008; Ruud, 2013; Trondalen, 2015). Musikalsk egenomsorg som tema i feltet blir ofte rettet mot klienter eller noe som mennesker generelt kan ha nytte av. Lite av litteraturen tar for seg musikkterapeuter i arbeid og hvordan de kan ta i bruk disse strategiene for å regulere seg selv. Ruud (2013, s. 165) viser til at hverdagslig bruk av musikk som verktøy

for å håndtere vanskelige emosjoner og spesifikke helseproblemer er neglisjert i musikkterapidiskurser fordi rollen som musikkterapeut blir sett på som 'sine qua non'<sup>13</sup>.

Ruud påstår selv at musikkterapifeltet *bør* ha mer interesse for hverdagslig bruk av musikk, for å lære mer om hvilken påvirkningskraft musikk har i seg selv, men også i kontekst og de individuelle aspektene. I tillegg til bruken av musikk i egenomsorg praktisering som regulerende og helsefremmende. Trondalen (2015), derimot, har skrevet artikkel direkte rettet mot praktiserende musikkterapeuter. Artikkelen (Trondalen, 2015) er også referert til noen ganger i internasjonal litteratur om egenomsorg i musikkterapi (Rowley, 2021; Moran, 2018; Hanser, 2018).

Dette viser kanskje til et behov for mer utvikling av tematikken i musikkterapi på verdensbasis. Trondalen (2015) selv jobber gjennom et relasjonelt musikkterapiperspektiv, og hun påpeker hvor viktig det er for musikkterapeuter i alle typer praksiser å utøve egenomsorg. Hun hevder at nøkkelen til egenomsorg er å pleie seg selv, gi kjærighet, omsorg, medfølelse, anerkjennelse, støtte og åpenhet. Disse aspektene av egenomsorg omfavner det å gi til seg selv, men også ta imot fra andre (Trondalen, 2015). Videre trekker Trondalen frem at egenomsorg for musikkterapeuter er en balansegang og må være kontekstsensitiv med tanke på personlig forutsetning og livssituasjon.

Viktigheten med å praktisere egenomsorg for musikkterapeuter handler om å unngå blant annet utbrenthet, omsorgstretthet og omsorgsstress (Trondalen, 2015). Trondalen understreker at musikkterapiyrket er utfordrende fordi musikkterapeuten bruker seg selv til å kommunisere, observere og støtte en bedringsprosess, og det krever mange ferdigheter, bevissthet og tilstedeværelse for å kunne komme med god nok input i øyeblikket. Hun legger til at det krever en intuitiv tilnærming og evne til å reflektere rundt seg selv. Trondalen fastslår at en veileder kan være til hjelp og kan være en verdifull måte å reflektere rundt egne erfaringer. Å ha en veileder er viktig for musikkterapeutens egenomsorg og Trondalen omtaler ulike metoder for bruk av veileder i musikkterapi, blant annet en musikkterapi gruppe for veiledning og egenerfaringer.

---

<sup>13</sup> Min tolkning av dette uttrykket er at uten egenerfaring om at musikk har en helsefremmende effekt, finnes ikke musikkterapeuter.

## 3. Metode

### 3.1 Valg av tilnærming

Som nevnt tidligere er mitt ønske å høre fra musikkterapeuter i psykisk helse og rusomsorg om deres livserfaringer rundt egen psykisk helse, klienter og arbeidsforhold. For å oppnå dette har jeg valgt en kvalitativ tilnærming til problemstillingene for denne oppgaven, med individuelle semi-strukturerte intervju av fem informanter. Informantene har hatt mulighet til å delta i oppfølgingsintervju eller svare på oppfølgingsspørsmål via e-post for å sikre at svarene i hovedintervjuet er tolket riktig i henhold til deres opplevelser. Bakgrunnen for valg av semi-strukturerte intervju kommer fra et ønske om å gjøre et dypdykk inn i musikkterapeutenes opplevelser og holde dialogen i intervjuet til overordnede temaer.

### 3.2 Utvalg av informanter

I starten av prosessen for å velge ut informanter til masteroppgaven bestemte jeg, etter veiledning fra masterveilederen min og min kritiske venn<sup>14</sup> at 3-5 informanter vil være tilstrekkelig for datainnhenting (Muellmann et al., 2021). På grunn av at jeg skulle ha oppfølgingsintervjuer i tillegg til hovedintervju av hver informant, burde fem informanter være maksimum. Masteroppgaven har fått godkjenning av NSD - Norsk senter for forskningsdata (Se vedlegg 1).

I planleggingsfasen av masteroppgaven var planen å bare intervju musikkterapeuter som arbeider innen psykisk helsevern. Planen viste seg å være vanskelig å gjennomføre, siden antallet musikkterapeuter i psykisk helsevern er begrenset og det ville også redusere sjansene til å få nok informanter til oppgaven. En slik begrensning ville også gjøre det mulig å lettere gjenkjenne musikkterapeutene ut ifra utsagn knyttet til funndelen av oppgaven. Dermed, ble utvalget utvidet til musikkterapeuter som arbeider innen psykisk helse- og rusomsorg, ved spesialhelsetjenester og kommunale tjenester.

Ved hjelp av Polyfon kunnskapsklynge og Norsk Forening for Musikkterapi inviterte jeg musikkterapeuter som er ansatt i eller har arbeidstilknytning til psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), kommunale tjenester for psykisk helse og rusarbeid eller andre stillinger i psykisk helsevern og rusomsorg. Invitasjonen gjaldt for de nevnte arbeidsformene i opptaksområdene til Helse Bergen og Helse Fonna, i tillegg til

---

<sup>14</sup> Handal (1999)



kommuner og private og privat-ideelle organisasjoner i Vestland fylke og nordre del av Rogaland fylke.

Disse arbeidsformene er relevant for masteroppgaven på grunn av innsnevring på psykisk helse. I oppgaven er informantenes diagnoser et lite relevant tema og derfor er noen av diagnosene anonymisert for å beskytte informantens identitet. Noen diagnoser som angst og depresjon er ikke anonymisert på grunn av at diagnosene kan også være symptomer og blir nevnt hos de fleste informantene. Jeg anså dette som viktig data å få med for å belyse musikkterapeutenes psykiske helse. Det sensitive temaet i oppgaven gjør det nødvendig å intervju musikkterapeuter i nærområdene rundt Bergen slik at det er mulig å ha intervju i person uten å måtte reise langt.

Jeg vil, med dette, også avklare at jeg hadde kjennskap til to av informantene fra før.

### 3.3 Gjennomføring av intervju

Første intervjuet med hver informant ble ansett som hovedintervju og varte mellom ca. 60-90 minutter. Under dette intervjuet fikk informantene spørsmål knyttet til deres identifisering som wounded healer, egenomsorgsstrategier, relasjonsbygging med klienter og arbeidsforhold. Intervjuguiden (se vedlegg 4) ble utarbeidet etter hovedproblemstillingen og de tre underproblemstillingene. Oppfølgingsspørsmålene var basert på spørsmål som jeg var interessert i, som inngikk under problemstillingene. Oppfølgingsspørsmålene veiledet og dialogen mellom informanten og meg som intervjuer. Intervjuguiden ble deretter sendt til hver enkelt informant før intervjuet tok sted slik at de fikk et overblikk over tematikken og kunne ha muligheten til å reflektere over det de ønsket å si på intervjuet.

I begynnelsen av hvert intervju forklarte jeg bakgrunnen til hvorfor jeg hadde valgt dette temaet og var transparent når det gjaldt mine egne psykiske helseutfordringer. Det kan diskuteres at deres informasjon om min psykiske helse kunne påvirke svarene deres, men jeg hadde en antagelse om at informantene kanskje ville holde tilbake informasjon dersom de ikke følte en gjensidighet i intervjuet.

I etterkant av intervjuene har jeg også fått bekreftet fra noen av informantene at min åpenhet fremstod som en trygghet for dem og gjorde det mulig for dem å kanskje dele mer enn det de ville ha gjort. Med det sagt, ble min ærlighet ett grunnlag for en mer dialogisk intervjustil (Nardone & Salvini, 2007). Som førte til at det virket naturlig for informantene å stille spørsmålene tilbake til meg som intervjuer.

Før eller tidlig i intervjuet valgte jeg å dele mine tanker rundt det å være wounded healer, slik det er fremstilt i teorien til Jung (1966) og som et menneskelig fenomen, slik at informantene fikk samme informasjon om tematikken. Forklaringen min angående the wounded healer, var for å unngå misforståelser i intervjuet og mistolkninger fra min side av det transkriberte materialet, i etterkant av intervjuene. Tematikken i denne oppgaven gjorde at trygghet og forutsigbarhet var avgjørende for at informantene skulle oppleve at de ble hørt og at deres åpenhet var tydelig verdsatt og tatt på alvor av meg som intervjuer (Galletta, 2013).

Det andre intervjuet var et frivillig oppfølgingsintervju som noen av informantene takket nei til på grunn av tidsklemme. De som takket nei til oppfølgingsintervju, valgte å gi sine kommentarer og svar til transkriberingen av hovedintervjuet på e-post. Oppfølgingsintervjuene og spørsmålene opplevde jeg som viktig med hensyn til den sensitive tematikken. Oppfølgingen som tok plass en tid etter det første intervjuet slik at jeg fikk tid til å sende transkripsjonen til informanten, samtidig som at informanten fikk tid i forkant av det andre intervjuet til å gå gjennom transkriberingen og reflektere over innholdet i hovedintervjuet.

I oppfølgingsintervjuet fikk informantene mulighet til å legge til, endre på eller stryke noe av det som ble sagt i første intervju. Oppfølgingsspørsmålene ga meg muligheten til å dobbeltsjekke og klarere med informantene at jeg har forstått og transkribert rett. Noen av informantene delte mulig mer enn de selv ønsket i løpet av hovedintervjuet, men det var nettopp på grunn av deres åpenhet som gjorde det så viktig å ha oppfølgingsintervju og kontakt i etterkant for å sikre at de var komfortable med egne svar.

### 3.4 Transkribering av intervjuene

Transkriberingen var en lang og nøysom prosess. Det har vært en prosess der det har vært nødvendig å få frem så mye av ord og ordlyder fra informantene i opptakene som overhodet mulig. Min begrunnelse for dette er for å få ned autenticiteten av informantenes stemme ned på papir. I tillegg ble jeg også oppmerksom på noen mønstre i talemåtene til informantene når de snakket om saker som de selv synes var krevende å snakke om, som i etterkant ble en del av mine tolkninger i henhold til koding av avsnitt. I disse tilfellene var det tydelig at hver informant trengte mer tenketid etter spørsmål - også mens de selv snakket.

I transkripsjonene ble tenkepausene markert som pausetegn [...] eller ordlyder som «ehh». Alle intervjuene ble transkribert på bokmål for å anonymisere informantenes dialekt. Noen ord og setninger av opptakene var vanskelige å tyde og har i etterkant bare blitt satt i brakker med tittel *utydelig*. Andre detaljer fra transkripsjonene gjelder informasjon som har

blitt ekskludert fra datamaterialet. Dette er informasjon som kan inkriminere informantene og tilknytninger til deres nåværende eller tidligere arbeidssted.

### 3.5 Masteroppgavens begrensninger

I denne masteroppgaven er blant annet utvalget av antall informanter en begrensning, i tillegg til at alle informantene har studert musikkterapi ved universitetet i Bergen og gir derfor ikke et bilde på hvordan musikkterapiutdanningen i Oslo relaterer til de samme problemstillingene. Utvalget gir heller ikke en tydelig beskrivelse på musikkterapeuter som wounded healers fra universitetet i Bergen, men det viser likevel tydelig at det finnes musikkterapeuter som kan relatere til arketypen wounded healer blant utvalget. Det tyder på at det kan være nødvendig med mer forskning på problemstillingen om musikkterapeutens egen sårbarhet. Studiet er også begrenset til datainnsamling fra musikkterapeuter som arbeider innen psykisk helse- og rusomsorg. For å finne ut mer om wounded healers i musikkterapi, kunne videre forskning ha inkludert mange flere arbeidsrammer innen musikkterapi; som for eksempel arbeid tilknyttet barnevernet, kulturskoler/skoler, fengsel, sykehjem og palliativomsorg. På den måten kunne forskningen ha kartlagt wounded healers i musikkterapi på tvers av flere felt, gjennom for eksempel et kvantitativt eller mixed-methods forskningstudie. Det hadde vært veldig interessant å finne ut hvor omfattende wounded healers-tematikken er blant musikkterapeuter i Norge, og om eller eventuelt, hva musikkterapifeltet kan bidra med for å opplyse temaet og åpne opp for ærlige diskurser i feltet. Ikke minst, med tanke på at musikkterapi i Norge er under stadig utvikling som helseprofesjon. Oppgaven er i tillegg bare begrenset til musikkterapeutens opplevelse av egen psykiske helse, men for eksempel fysisk- og sosial helse kan også inkluderes innen samme tematikk. Dette er uansett begrensninger som var nødvendige for størrelsen på oppgaven.

## 4. Analyse

### 4.1 Analytisk metode – et tematisk kart

Å velge en analytisk metode som passet til oppgavens tematikk har ikke vært en enkel sak. I begynnelsen syntes jeg det virket å være relevant å gå for en interpretativ fenomenologisk analyse (IPA), på bakgrunn av at min egen stemme kommer noen ganger fremtredende til syne i den transkriberte teksten. På en annen side, for min egen og arbeidets del, var ikke min stemme på langt nær like viktig som informantenes stemmer. I tillegg, på grunn av mine egne utfordringer og tidspress, valgte jeg å gå for en tematisk analyse. Den tematiske analysen ville

i dette tilfellet føre til mindre arbeid med fortolkning av materiale og åpnet opp for at jeg kunne systematisk og strategisk gå gjennom alle fem intervjuer grundig flere ganger.

På den måten ble jeg også godt kjent med kompleksiteten av materialet som satt foran meg og kunne begynne å se sammenhengen. Det har blitt tydelig i denne prosessen at det ikke er nødvendigvis hva hver enkelt deltaker forteller i intervjuene som er mest relevant – men hvor fremtredende enigheten deres var, til tross for å bli intervjuet hver for seg. Braun og Clarke (2006) sine 6-stepsprosess har blitt brukt som en veileder gjennom analyseprosessen, der jeg har fulgt stegene så nøye som mulig. Braun og Clarke utformer sin analytiske struktur i form av et tematisk kart som har vært gunstig i å forme min egen struktur på diskusjonsdelen.

## 4.2 Koding

Etter transkriberingen delte jeg hvert intervju opp i avsnitt i form av en tabell og alfabetiserte avsnittene i stigende rekkefølge. Avsnitt som ikke var av umiddelbar relevans for oppgavens problemstillinger ble markert med «x» slik at de ville falle til bunnen av tabellen og vike vei for resten. I noen tilfeller var det nødvendig å gjøre små endringer i tabellens oppdeling av avsnittene og splitte eller samle dem, da det kunne dukke opp flere koder i et avsnitt eller én kode over flere avsnitt. I disse tilfellene var det avsnitt med mer enn nødvendig materiale der resten av informasjonen var overflødig eller irrelevant, eller avsnitt som ble for korte på grunn av små avbrytelser fra intervjuer<sup>15</sup> som trengte mer innhold for å vise helheten i avsnittet.

I starten av kodingsprosessen laget jeg kodene enten basert på ord og uttrykk som deltakerne selv har nevnt eller overordnende tolkninger som jeg har ment har vært passende basert på helheten i avsnittet. Kodene ble utarbeidet etter som jeg gikk alfabetisk gjennom og kodet hvert enkelt avsnitt. Nesten hvert eneste avsnitt fikk en unik kode for å presisere kompleksiteten og mangfoldet i materialet som har blitt samlet. Begrunnelsen for dette var at selv om betydningen i avsnittet kunne ligne på et annet avsnitt, var konteksten i intervjuet og til innholdet også avgjørende.

---

<sup>15</sup> Avbrytelser i transkripsjonen fremstod i form av ordlyder som «mhm», «ja, ja, ja»...

| Sitater  | Koder   | Tema                 |
|--|---|----------------------|
| <p>Informant 1: Og jeg er jo blid jeg, også, så det er jo ikke det. Men det er bare så dumt den gangen det kommer en musikkterapeut som ikke har, eh...</p> <p>Intervjuer: Som...</p> <p>Informant 1: Ja, eller...</p> <p>Intervjuer: Ja, som i utgangspunktet...</p> <p>Informant 1: Ja... men som likevel gjør sikkert en bedre jobb også enn de der «happy-go-klappe-folkene» som hopper rundt og bare «YAAAY!» hele tiden. [Puster inn] Så det... Jeg tenker at det er veldig bra at du skriver denne oppgaven, for å anerkjenne hvor mange roller en, på en måte, skal fylle som musikkterapeut.</p>  | <b>Musikkterapeutens mange roller/ansikter</b>    | <b>Forventninger</b> |
| <p>Informant 2: Eh, og hvis jeg på en måte har lite overskudd, så er på en måte, toleransevinduet mindre, og det er ikke sånn at jeg, på en måte, lar det gå utover klienter...</p> <p>Intervjuer: Mhm</p> <p>Informant 2: Eller, det vet jeg ikke, men jeg prøver iallfall ikke å la det gå utover klienter.</p> <p>Intervjuer: Ja</p> <p>Informant 2: Men konsekvensen av det er jo jeg gir mye energi, eh, i en setting som da tapper energien fra, liksom, resten av dagen da, sant.</p> <p>Intervjuer: Mhm</p> <p>Informant 2: Så da blir det, på en måte, en... Eh, ja. At det kan bli, liksom, vanskeligere med de andre tingene som skal gjøres den dagen da.</p>  | <b>Toleransevinduet</b>                           | <b>Kapasitet</b>     |
| <p>Informant 3: Og det å bare kjenne når du ikke har noe annet å gjøre, kun det, og kjenne hvor lang en uke er, eller hvor lite en time er da, i forhold til, eh, alle de andre timene. Det gjorde at jeg bare sånn forsto så utrolig mye bedre, eh... det som veldig mange har sagt til meg opp gjennom «åh, kan ikke vi ha lengre timer? Kan ikke vi ha flere timer i uken?»</p> <p>Intevjuer: Mhm</p> <p>Informant 3: Og da har jeg tenkt sånn «er du crazy? Jeg har jo ikke tid til det»,</p> <p>Intervjuer: [ler åpent i anerkjennelse]</p> <p>Informant 3: Det var mitt perspektiv da. Sant?</p> <p>Intervjuer: Ja [smiler]</p> <p>Informant 3: «Åh, jeg. Du er liksom heldig som får den ene timen, for å være helt ærlig». Altså, sånn, eh. Det er liksom kø og, årh, sant?</p> <p>Intervjuer: Ja. Ja.</p> <p>Informant 3: Men så etter det så kjente jeg bare sånn «Ok... Det er kanskje ikke nok, altså. For mange»</p> <p>Intevjuer: Mhm</p> <p>Informant 3: Mange trenger kanskje mer enn det, altså. Mer enn den ene timen.</p> <p>Intervjuer: Ja</p> <p>Informant 3: Fordi det er mange, mange timer i døgnet.</p> | <b>Ikke tid</b>                                   | <b>Rammer</b>        |
| <p>Informant 4: Hvor de har lyst til å ha disse samtalene, hvor de tvinger meg litt til å også se på en måte, på hva det er som foregår inni meg. Ehm... Jeg har oppsøkt miljøer som er, eh... Som har... [sukker] mer et sånn fokus på tilstedeværelse, mindfulness, meditasjon, ehm...</p> <p>Intervjuer: Mhm</p> <p>Informant 4: Jeg har, eh... Prøvd å motivere meg selv til å, eh, gå mer ut i naturen og spise sunt. Ehm... Og det viktigste jeg gjør, er vell kanskje det å, ehm, snakke tilbake til den kritikeren som dukker opp når jeg «feiler».</p> <p>Intervjuer: Mhm</p> <p>Informant 4: Og snu det om fra å feile til at, «ok, jeg klarte det ikke i dag». Eller nå gir jeg meg selv litt slack og jeg skal ikke slå ned på meg selv.</p> <p>Intervjuer: Mhm</p>  | <b>Ha en sterkere «engel» enn «djevel»/Selvet</b> | <b>Bevissthet</b>    |

|   |                            |                      |
|---|----------------------------|----------------------|
| Informant 4: Så det å på en måte, bli bevisst over den kritikerer og prøve å <i>faktisk</i> ha en sterkere engel enn djevel, altså. Altså, jeg ser ikke det for meg i hodet mitt som en engel eller djevel, men jeg ser på det som et sånn <i>selv</i> .  |                            |                      |
| <p>Informant 5: At en skal være det. Ehm... for å få ting til å være naturlig så blir det kanskje veldig, eh... Det kan bli veldig nært, og det er jo veldig positivt, men eh... det har jo også vist seg å bli kanskje <i>for</i> nært også. Det er jo for de andre som ser kanskje, det blir vanskelig med den avslutningen.</p> <p>Intervjuer: Ja</p> <p>Informant 5: Der eh... At det der skille mellom, ehm, personlig og privat-diskusjonen da. Den der, eh... Jeg føler at jeg er ikke så veldig ofte privat, eh, i form av at jeg utleverer, ehm, folk som jeg kjenner eller spesifikke ting som jeg sliter med akkurat her og nå.</p> <p>Intervjuer: Mhm</p> <p>Informant 5: Eh, til klienter da, eh, kollegaer er en helt annen sak. Da er det viktig å gjøre det, tenker jeg. Det er jo også en ting som er bra.</p> <p>Intervjuer: Mhm</p> <p>Informant 5: Men med klienter, så er det på en måte sånn der, eh, skal ha en avslutning der og de skal ikke bli på en måte... Det kan bli for mye for de å bære da, mine bekymringer eller livssyn eller.</p> | <b>Personlig og privat</b> | <b>Grensesetting</b> |

Tabell 1 – Tema og koder knyttet opp mot sitater fra informanter

#### 4.3 Undertema

Fase 3, 4 og 5 i prosessen til Braun og Clarke (2006) var å tilegne tema til kodene og deretter hovedtema til temaene. Jeg hadde en strukturert oversikt over materialet jeg arbeidet med og hadde allerede laget meg tanker over hvilke temaer som kunne være relevante. Tematikken ble tydeligere etter hvert som jeg fikk en helhetlig oversikt over kodene i alle intervjuene, og de første intervjuene banet vei for hvilke temaer som etter hvert ble brukt (Braun & Clarke, 2006).

Temaene ble skrevet ned i eget dokument og jeg noterte mine tolkninger av betydningen til de mest abstrakte temaene for å holde oversikten mens jeg arbeidet videre med materialet. Et par av temaene ble også justert i etterkant for å kunne bedre romme meningen av avsnittene. Jeg opplevde at temaene utfylte oppgaven og viste fort en sammenheng og en rød tråd, og ikke minst tydeliggjorde en kompleksitet.

Temaene i sin helhet kan tolkes som en økologisk symbiose der ingen står alene, uavhengig av de andre, og noen av de ulike temaene kan direkte gå inn i hverandre eller at de sammen skaper en større forståelse. Dette vil vises videre i forklaringen rundt undertema, overtema og hovedtema. *Kunnskap* som tema, for eksempel, kan inngå i *bevissthet*, men samtidig så har temaet en betydning utover de individuelle og inn i sosiale og systematiske sammenhenger.

*Kunnskap:*

Informant 3: Og det er et stort problem også med mennesker som kommer inn i psykisk helsevern. At de vet ingenting.

Intervjuer: Mhm

Informant 3: Ehm... Som er helt sånn. Man vet liksom om alle mulige fysiske sykdommer.

Intervjuer: Ja

Informant 3: Man har iallfall en hvis forståelse for ulike ting. Nysing og hosting, og...

Intervjuer: Mhm

Informant 3: Hva er det og hva er det.

Intervjuer: Mhm

Informant 3: Og det er bare en *enorm*, eh, mangel på kunnskap rundt disse tingene i den generelle befolkningen.

*Spektrum av sårbarhet:*

Informant 1: Mhm. Men til eldre jeg blir tenker jeg liksom at akkurat hva jeg strever med... Det har liksom ikke en plass i terapirommet. Det som har en plass i terapirommet, er at alle mennesker strever.

Intervjuer: Mhm.

Informant 1: Eh, og at alle har ting som er vanskelig i livet sitt.

Intervjuer: Ja.

Informant 1: Og at liksom å... møte klienter med at på en måte at jeg har også forståelse av hva lidelse er.

*Kunnskap* inkluderer musikkterapeutens implisitte og eksplisitte besettelse av kunnskap, men også allmenn kunnskap og kunnskap som går over generasjoner, og har betydning for sosiale og tverrfaglige relasjoner. Andre temaer som går utover de individuelle rammene inkluderer temaene *forventninger*, *spektrum av sårbarhet*, *bevissthet*, *rammer* og *åpenhet*.

*Forventninger* innebærer musikkterapeutens egne forventninger til utdanning, det profesjonelle/yrkeslivet, til seg selv og sine nærmeste, i tillegg opplevelsen av *forventninger* til musikkterapeuten av klienter, andre yrkesgrupper og musikkterapi miljøet. *Spektrum av sårbarhet* inkluderer både musikkterapeutens opplevelse av egen komplekse sårbarhet og at mennesker generelt opplever en kompleksitet og et spektrum av sårbarhet. *Bevissthet* viser musikkterapeutens evne til innsikt i seg selv og sitt arbeid, men det stiller også krav til bevissthet rundt holdninger og kompetanse hos utdanning, og yrkesliv.

*Bevissthet:*

Informant 4: Og da... For meg... Alle kan, ehm... feile i arbeidet sitt.

Intervjuer: Mhm

Informant 4: Og alle kan gjøre en god jobb i arbeidet ditt, og du kan gjøre *begge deler* på forskjellige tider ut ifra hva du går gjennom.

Intervjuer: Ja

Informant 4: Men jo mer bevissthet vi har rundt akkurat dette. Hvor er *min* psykiske helse akkurat nå? Hvordan er jeg i stand til å møte de som jeg skal møte i jobben? Kan jeg det? Kan jeg ikke?

Intervjuer: Mhm

Informant 4: Det er jo *det* det går på mer enn, om man er flink eller ikke, eller om man er boksmart eller om man klarer å gi empati eller ikke. Fordi det er en ting som går opp og ned... Eller?

[...]

Informant 4: Hvis du går gjennom tøffe ting. [...] Så handler det jo om at det skal være  *greit* å si «akkurat nå så er det dette jeg har behov for, det er dette jeg har energi til, her er mine begrensninger».

Intervjuer: Ja

Informant 4: Ehm... Sånn at du kan legge til rette for, eh... det du går gjennom og din egen psykiske helse.

*Åpenhet:*

Informant 3: Og jeg tror det er utrolig viktig... Altså, etter jeg snakket om, eh, at jeg slet. Så har andre snakket om det.

Intervjuer: På jobb, liksom?

Informant 3: Ja. På jobb. Og liksom, plutselig er det en som sier, eh, at... Som forteller at de har, eh, en diagnose som de sliter med. Som de ikke hadde fortalt. De har kanskje jobbet der i årevis, sant? (...) Og følt at det ikke går an å si.

Intervjuer: Mhm

Informant 3: Så det der at, åpenhet skaper åpenhet, da.

*Rammer* defineres i denne oppgaven som affordance: det vil si hvilket potensiale de ulike rammene tilegner musikkterapeuten i hverdagen, på arbeidsplass og i musikkterapirommet<sup>16</sup>, i tillegg til mer sosiale rammer som relasjonelle rammer og musikalske rammer, og til slutt systemiske rammer.

*Åpenhet* er også et tema som inneholder en økologisk kompleksitet og tar for seg musikkterapeutens opplevelse av åpenhet rundt psykisk helse i arbeidslivet og i musikkterapi miljøet. På samme tid handler *åpenhet* også om musikkterapeutens perspektiv på egen åpenhet om sine utfordringer i sosiale settinger; som på arbeidsplass, i møte med klienter og i musikkterapi miljøet. *Kommunikasjon* er et tema som kan inngå under *åpenhet*, men står

---

<sup>16</sup> Som for eksempel risikovurdering på arbeidsplass



likevel selvstendig fordi *kommunikasjon* også inkluderer hvordan en kommuniserer som musikkterapeut med klienter, kollegaer, veiledere, ledere, og som privatperson med venner og familie.

*Kommunikasjon* gjelder også en form for *grensesetting*, som for eksempel å være *bevisst* på hvordan man bruker nettverket rundt seg for å ivareta andre og seg selv. Videre, mellom *kommunikasjon* og *grensesetting* tar temaene for seg relasjonen mellom musikkterapeut og klient, og skillet mellom privat og personlig. For eksempel å sette grenser for at klient ikke kan ta kontakt med musikkterapeut etter arbeidstid, og at disse faste *rammene* ivaretar både musikkterapeut og klient.

*Grensesetting* defineres i tillegg som grenser musikkterapeut setter for seg selv i arbeidslivet, som for eksempel hvor mange klienter man får tid til per dag for å ivareta egen *kapasitet*. *Grensesetting* gjelder til slutt også i musikkterapeutens følelses- og familieliv. Det vil si hvilke grenser musikkterapeuten setter for seg selv, som å være tydelig mot andre om egne behov. *Kapasitet* er et annet viktig tema for ivaretagelse og representerer arbeidskapasitet, egenkapasitet, kapasitet til selvutvikling og hvilke prioriteringer musikkterapeuten gjør for å ta vare på og øke egen kapasitet.

Temaer i denne oppgaven som er mer individorientert er *autonomi* og *delt oppmerksomhet*, der *autonomi* gjelder både musikkterapeutens opplevelse av egen autonomi i privat- og arbeidslivet, men også klientens autonomi i musikkterapi. *Delt oppmerksomhet* kan tolkes som et tema med metaperspektiv som betyr en felles forståelse, opplevelse og felles oppmerksomhet mellom musikkterapeut og klient, mellom musikkterapeut og kollegaer og mellom musikkterapeut og intervjuer.

*Kommunikasjon:*

Informant 3: Og det liksom, jo ærligere og streitere det er, jo mer aksepterer folk det. Tenker jeg.

Intervjuer: Mhm... At du ikke prøver å... skjule noe.

Informant 3: Ja, at du liksom. «Ja, jo. Det ja... Men kanskje det er bedre å fortsette her.» Liksom. Eller, hvis du skjønner.

I: Mhm

Informant 3: Det er veldig lett å begynne sånn. Når man kanskje synes det er ubehagelig hele situasjonen, og *oh God* hva skal jeg gjøre nå. Det er lett å begynne å ro seg ut, prøve å pakke det inn på den beste måten.

Intervjuer: Ja, sant.

Informant 3: Det tenker jeg blir en sånn der... fordi de skjønner hva du sier uansett. Og da er det bedre å være [lager knipselyd med fingrene], rett ut med en gang.

Intervjuer: Ikke sant.

Informant 3: Og det har gått kjempefint. Liksom, det...

[...]

Informant 3: Aldri hatt noen negative erfaringer med det.

*Grensesetting:*

Informant 4: Også nå når jeg har prøvd det; ærlighet og åpenhet først. Og satt tydelige grenser. Dette er det jeg trenger. Det her finner jeg meg ikke i. Det du gjorde der var ikke greit.

Intervjuer: Mhm

Informant 4: Sånn vil jeg ha det frem til da, og jeg gir beskjed når jeg er klar.

Intervjuer: Mhm

Informant 4: Med skjelvende stemme og full pakke [flirer]. Ja.

Intervjuer: Men du opplever at det hjelper... at det hjelper deg? Liksom?

Informant 4: Det er nettopp det.

Intervjuer: Ja

Informant 4: Det er jævlig skummelt.

*Kapasitet:*

Informant 5: Det er en sånn ting man lærer seg, å tåle å sette grenser. Der kjenner jeg å setter også, som jeg ikke snakker om. Det der med å *faktisk* gjøre mindre enn det en har lyst til.

I: Mhm

D: En føler at en har lyst til å hjelpe, sant? Og en føler kanskje at en, når en er på jobb så bør den gi jernet.

I: Mhm

D: Men der er det kjempeviktig, og det er egenomsorg, å redusere, ikke makse ut hele tiden.

I: Ja, sant

D: For da har en plutselig tid til å også spille piano... på *jobb*!

I: Mhm

D: Så nå har jeg liksom kommet inn i en sånn groove der, eh... Jeg har alltid pause mellom klientene.

Et annet tema som er individorientert samtidig som det strekker seg over sosiale og systemiske rammer, er *skam*. *Skam* tolkes som musikkterapeutens opplevelse av skam rundt egne psykiske utfordringer, men også musikkterapeutens opplevelse av skam rundt personlighet, å vise sårbarhet og egne ferdigheter som musikkterapeut.

*Skam:*

Intervjuer: Mhm [...]. Det leder meg faktisk til spørsmålet, eh...: Hvilke andre... Har du noen andre strategier som ikke involverer musikk for å ta vare på deg selv?

Informant 1: Ja. Jeg har kanskje mest av dem, og det har jeg liksom av og til skammer meg over at jeg ikke greier å bruke musikken så bra. Fordi musikk blir sånn jobb og... Ja... Jeg syns og... Jeg måtte slutte... Jeg sluttet å spille... Jeg spiller nå fordi at nå når jeg flyttet hit, så har jeg en som bor i nærheten som jeg har spilt med en del før, så han spiller jeg med. Men i [der jeg bodde før] spilte jeg nesten ingenting utenom jobb.

På en annen side representerer temaet en større problematikk i samfunnet og på systemnivå som trekker inn skammen av å ha en psykisk helseutfordring<sup>17</sup>. De siste temaene er hovedsakelig systemorienterte med noen individ- og sosialorienterte innvendinger: *utdanningen*<sup>18</sup>, *fallgruver*, *språk*, *allmenn sårbarhet* og *andre terapiformer*.

*Utdanningen* og *fallgruver* er temaer som ligger nært hverandre fordi enkelte av fallgruvene som oppleves av musikkterapeuter blir i noen tilfeller nevnt som utdanningen har ansvar for, som å sørge for at musikkterapeuten har tilstrekkelig kompetanse. Temaet *utdanningen* har *uforbereedt* som et undertema fordi flere av informantene opplever i noen situasjoner å være uforsvarlig lite forberedt i møte med et arbeidsliv innen psykisk helse- og rusomsorg.

*Utdanningen* som tema inneholder hovedsakelig kritikk mot, men også noe ros for struktur og innhold. *Fallgruver* er opplevelser som informantene har anerkjent som uforsvarlige og potensielt farlige. Dette omfatter musikkterapeutens oppfattelse av seg selv som mulig risiko i møte med klient, og risiko som arbeidsrammen tillater som for eksempel mangel på nødvendig kursing. Et nytt tema som kan inngå i *fallgruver* er *språk*.

Hvordan *språk* påvirker måten vi oppfatter psykisk helseproblematikk nevnes av flere informanter. Eksempler som har dukket opp er et hverdagsspråk som blander tristhet og depresjon, engstelighet og angst. Bruk av diagnosebegreper for å beskrive følelser i språket leder til en tanke om at det finnes en *allmenn sårbarhet* som trengs å løftes frem i samfunnet rundt det å oppleve vanskelige følelser<sup>19</sup>. Det viser til at vi som mennesker har alle en sårbarhet

<sup>17</sup> Blir utdypet i underdelkapittel 5.1.3 og 5.3.2

<sup>18</sup> Med *uforbereedt* som undertema

<sup>19</sup> Blir utdypet i underdelkapittel 5.3.3

og alle har utfordringer i livet. *Andre terapiformer* trekker frem musikkterapeutens samarbeid med andre yrkesfelt i psykisk helse og rus; hvordan musikkterapeuten sammenligner seg med psykologer, henter inn inspirasjon fra andre terapiformer, og hvilke utfordringer andre terapiformer står ovenfor i sitt arbeid i psykisk helse- og rusomsorg.

*Utdanningen:*

Informant 3: Som er liksom, som er livs... for mange livstruende sykdommer, på en måte. Det er liksom en del av det, at liksom, her er det, eh, en risiko for at ting kan gå skikkelig galt. Og det har det jo gjort. Eh, sånn to-tre ganger. At på en måte, folk du har en relasjon til, folk du har jobbet med over lenger tid, på en måte, plutselig ikke er der, tar selvmord. Sant?

Intervjuer: Ja...

[...]

Intervjuer: Men altså, det er jo, eh, det er jo faktisk et scenario som ganske mange musikkterapeuter står i.

Informant 3: Absolutt. Mhm.

Intervjuer: Så det er, selv om det er ekstremt så er det; *det* er relevant.

Informant 3: Det *er* relevant. Og det er en del av jobben.

Intervjuer: Ja

Informant 3: Og det er nok også litt underkommunisert egentlig.

Intervjuer: Ja

Informant 3: For det er sånn at hvis du jobber i årevis i psykisk helsevern på for eksempel en psykosepost eller en sengepost, så er det sånn. Da er du veldig heldig om du ikke opplever at noen du iallfall vet hvem er, eh...

[nøler litt], ja. Tar selvmord da.

*Språk:*

Informant 2: [puster inn] også er det jo litt sånn interessant det jeg... Det er jo diskusjoner om, på en måte, vi har for mye fokus på det, sånn at,

Intervjuer: Hmm...

Informant 2: eh, hvis man har en, hvis man på en måte føler på naturlig stress da,

Intervjuer: Mhm

Informant 2: Så da, så kan man stemple det som angst, sant?

Intervjuer: Ja

Informant 2: Eller hvis man er, er lei seg en periode, så er man deprimert, sant? Eller hvis man bare er lei seg, så er man deprimert, sant?

Intervjuer: Mhm

Informant 2: Eh, og da, det som er skummelt med det er jo at man vanner ut litt av begrepene også.

### 4.3.1 Overtema

De tre største undertemaene i analysen vil jeg klassifisere som overtema siden alle undertemaene kan gå under disse tre: *Musikkterapeutens egenskaper*, *musikkterapeutens ressurser* og *musikkterapeutens rolle*. Overtemaene har også sin egen individuelle karakteristikk og betydning, men det ble tydelig for meg at de opptrer som overordnede temaer og skiller undertemaene tydeligere inn i en økologi. Overtemaene fungerer også som et bindeledd eller overganger mellom hovedtemaene. *Musikkterapeutens egenskaper* inkluderer musikkterapeutens personlighet, personlige egenskaper, kapasitet, begrensninger, evner og deres personlige utvikling. *Musikkterapeutens ressurser* inneholder musikkterapeutens faglighet, danning av faglighet, faglig utvikling, bruk og besettelse av kunnskap, evner til refleksivitet, samt bevissthet rundt egenomsorg. *Musikkterapeutens rolle* defineres som musikkterapeuten som yrkesutøver i systemet, musikkterapi som profesjon, tverrfaglighet og samarbeid med klienter.

### 4.4 Hovedtema

Etter arbeidet med å finne, utarbeide og definere temaene til koder, var neste steg å finne hovedtemaer som samlet undertemaene. I starten av denne delen ble alle intervjuene med koder og undertemaer samlet sammen i én tabell i ett dokument. Deretter ble det notert et par mulige hovedtemaer, 1) *Menneskelighet*, 2) *stigma*, 3) *utdanning og yrkesliv*<sup>20</sup>, 4) *strukturelle rammer*. Hvert hovedtema ble tildelt en egen farge under analyseprosessen for å forenkle den komplekse prosessen å tilegne hovedtemaer til undertemaene.

Hovedtemaene er i en økologi der *menneskelighet* (blå) er et individorientert tema, *stigma* (rød) et sosialorientert tema, og *utdanning og yrkesliv* (gul) et systemorientert tema. *Strukturelle rammer* (understrek) utgjør økologien, samvirket mellom hovedtemaene, samt normene og verdiene som legger føringer for disse. I de tilfellene at overtemaene gikk inn i hverandre fikk de tre første temaene grunnfargene blå, rød og gul, mens *strukturelle rammer* fikk understrek, slik at de kunne blandes og likevel være oversiktlig.

Tilsvarende den overlappende tematikken som jeg fant hos undertemaene, ble prosessen av å utarbeide og definere hovedtemaer like kompleks. *Menneskelighet* og *stigma* ble til sammen (lilla), *menneskelighet* og *utdanning og yrkesliv* (grønn), *stigma* og *utdanning og*

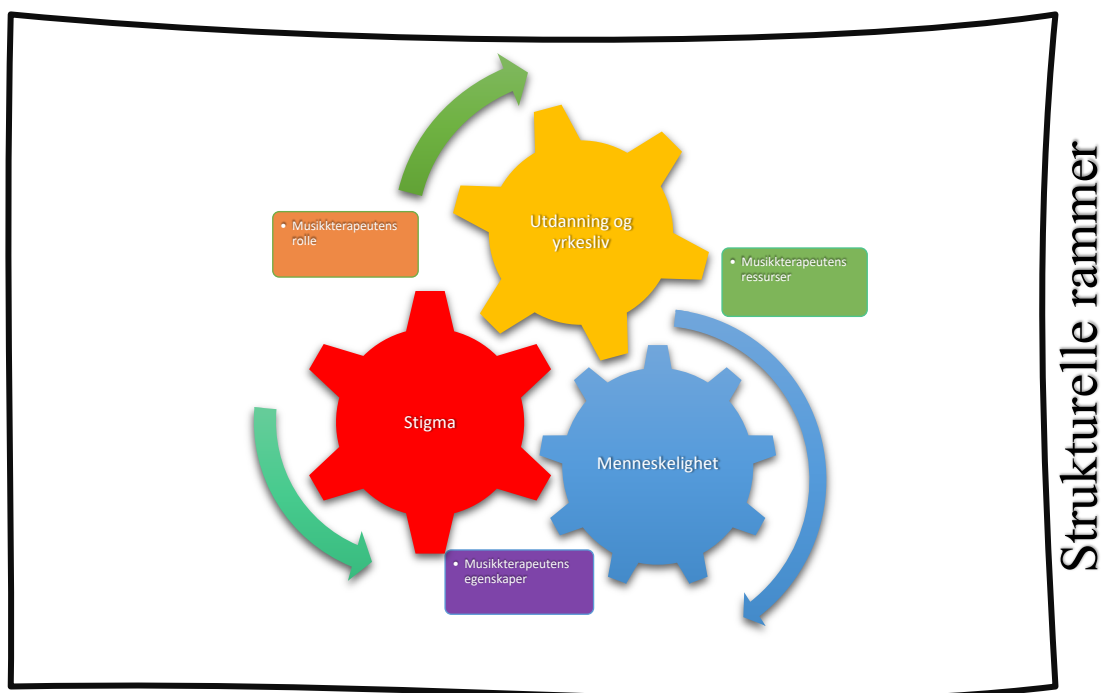
---

<sup>20</sup> Ble endret i etterkant fra *utdanning* til *utdanning og yrkesliv*, da det ble tydelig at yrkeslivet var like relevant inni dette temaet.

yrkesliv (oransje). Siden *strukturelle rammer* var representert som (understrek) kunne det tilegnes hvilken som helst kombinasjon.

Framstilt i figur 2 Tannhjulene representerer tilknytningen og sammenhengen mellom de tre hovedtemaene. Pilene rundt viser at tannhjulene beveger seg i harmoni med hverandre, og dermed går inn i hverandre som et spektrum heller enn tre helt separate enheter. Fargene i tannhjulene viser til hvilke farger de ble tildelt under analysedelen.

Hver boks ved siden av tannhjulene inneholder et overtema som binder sammen to og to hovedtemaer, og fargene i boksene er kombinasjoner av fargene til tannhjulene for å vise hvilken boks som binder sammen hvilke tannhjul. Rundt det hele er det en svart ramme som representerer hovedtemaet det fjerde hovedtemaet, og viser at alle de ulike aspektene av modellen inneholder økologiske strukturer som skaper, begrenser eller kontrollerer handlingsmuligheter og rom for musikkterapeuten.



Figur 2: Det tematiske kartet

Måten jeg utarbeidet hovedtemaene på var å alfabetisere alle intervjuene basert på undertemaene og se på hver enkelt kode knyttet til de ulike undertemaene for å se hvilket hovedtema som ville være mest aktuelt for både kode og tema. Jeg tolket kodene og temaene ut ifra konteksten som ble beskrevet av informantene i intervjuene, og det førte til at nesten alle hovedtemaene gikk i mer eller mindre grad over alle undertemaene.

#### 4.4 Funn

*Menneskelighet* var det eneste overtemaet som dekket over alle undertemaene i større grad. *Strukturelle rammer* var ikke like fremtredende, men den var i mindre grad tilknyttet de aller fleste undertemaene. *Stigma* og *utdanning og yrkesliv* var noenlunde likestilt i hvilken grad de dukket opp i undertemaene. Det første hovedtemaet, *menneskelighet*, står for opplevelser hos musikkterapeuten som kan sees som naturlige reaksjoner, relasjoner og samhandlinger mellom mennesker. I oppgaven for eksempel trekkes det frem av informantenes opplevelser at alle mennesker har sine egne personlige utfordringer og at det er en del av å være menneske.

Informant 5: *Likt for alle, depresjon, psykose, angst. Alle. Og det handler om hvor, eh... [stort] problem det er i hverdagen. Det er der det handler om det kan bli kalt en diagnose eller ikke. Men det er et viktig perspektiv å ha med seg, at... Det er jo bare en del av å være menneske, å slite... men også ha glede av universelle ting.*

*Stigma* omfatter stigma utover sosiopsykologiske strukturer; hvordan musikkterapeuten personlig har opplevd stigmatisering i sosiale og arbeidsrelaterte situasjoner, og hvilke forventninger musikkterapeuten har til å bli stigmatisert på grunn av sine utfordringer med psykisk helse.

Informant 1: *Jeg tenker at det er ingen plasser der stigma lever bedre enn i psykiatrien.*

*Utdanning og yrkesliv* inkluderer musikkterapeutens opplevelser i utdanning og yrkesliv, og hvilket ansvar disse to institusjonene har for å støtte musikkterapeuten og sørge for tilstrekkelig kompetanse.

Informant 3: *Ja, så det er noe som burde vært mye mer – det burde ha vært mye mer i utdanningen om de tingene<sup>21</sup>, og hvordan man skal ta vare på seg selv. For det er... Man har ingen anelse, da. [Flirer] Når man går ut i livet, og i arbeidslivet, at liksom, jeg har jo... Jeg kunne jo ingenting om disse tingene.*

---

<sup>21</sup> At relasjonen endres mellom klient og musikkterapeut på grunn av klientens psykose, eller i verste fall tar livet sitt.

I de tilfellene *menneskelighet* ble kombinert med *stigma* i analyseprosessen, var det på grunn av musikkterapeutens opplevelser eller aspekter av det å være menneske som blir trukket frem i samfunnet eller sosiale kontekster som noe negativt. Når *stigma* har blitt kombinert med *utdanning og yrkesliv* var det på grunn av musikkterapeutens opplevelse av utdanningens og yrkeslivets påvirkning på stigma, og deres bidrag til å opprettholde stigmatisering av psykisk helse innad i institusjonene.

*Menneskelighet og utdanning og yrkesliv* tilknyttet når musikkterapeuten opplever manglende kompetanse i en arbeidssituasjon og har endt opp med å bruke egen intuisjon på å løse situasjonen, uavhengig om det ble løst på en god måte eller ikke. *Strukturelle rammer* i kombinasjon med noen av de andre hovedtemaene trekker i hovedsak frem de strukturelle rammene i de ulike hovedtemaene, som for eksempel: [å tilpasse musikkterapeutens egenskaper til klientens behov for å kunne imøtekomme klienten](#). Dette eksempelet viser musikkterapeutens bevissthet rundt egne evner til å møte klienten i en musikkterapeutisk ramme.

Et annet eksempel på *strukturelle rammer* i kombinasjon med et annet hovedtema er: [klienter har ikke kunnskap om psykisk helse](#). Eksempelet her trekker frem en systemisk ramme som påvirker menneskers kunnskap om sin egen psykiske helse og at stigmatisering av psykisk helse kan være en faktor.

| Informant 1 Koder                 | Informant 1 Tema            | Informant 2 Koder                      | Informant 2 Tema                     | Informant 3 Koder                             | Informant 3 Tema | Informant 4 Koder         | Informant 4 Tema                         | Informant 5 Koder                 | Informant 5 Tema             |
|-----------------------------------|-----------------------------|--|--------------------------------------|---|------------------|---------------------------|--|-----------------------------------|------------------------------|
| De små tingene                    | Musikkterapeutens ressurser | Tankene kan fare                       | Musikkterapeutens egenskaper         | Klienter har ikke kunnskap om psykisk helse   | Kunnskap         | Unnskyldninger            | Musikkterapeutens egenskaper             | Rebelsk                           | Musikkterapeutens egenskaper |
| Egenterapi                        | Musikkterapeutens ressurser | Terapidel og musikkdel                 | Musikkterapeutens egenskaper         | Mangel på allmennkunnskap                     | Kunnskap         | Uperfekt                  | Musikkterapeutens egenskaper             | Skeptisk på terapeutisk intensjon | Musikkterapeutens egenskaper |
| Kostelig egenterapi med høy verdi | Musikkterapeutens ressurser | Tristhet                               | Musikkterapeutens egenskaper         | Observasjon                                   | Kunnskap         | Wounded Healer            | Musikkterapeutens egenskaper             | Største lidenskapen               | Musikkterapeutens egenskaper |
| Skrive                            | Musikkterapeutens ressurser | Ulike innfallsvinkler inn i yrket      | Musikkterapeutens egenskaper         | Samme holdning i samfunnet fremdeles          | Kunnskap         | Å bruke seg selv          | Musikkterapeutens egenskaper             | Største motivasjonen              | Musikkterapeutens egenskaper |
| Sterkere tiltak                   | Musikkterapeutens ressurser | Vitenskapelige artikler som utfordring | Musikkterapeutens egenskaper         | Sammenligner somatiske problemer med psykiske | Kunnskap         | Alene i selvivaretakelsen | Musikkterapeutens egenskaper, fallgruver | Sårbar rolle                      | Musikkterapeutens egenskaper |
| Sykemelding                       | Musikkterapeutens ressurser | Musikk er personlig givende            | Musikkterapeutens egenskaper; rammer | Seks døgn                                     | Kunnskap         | Bruke oss selv            | Musikkterapeutens egenskaper; bevissthet | Sårbarhet og gode ting            | Musikkterapeutens egenskaper |
| Tilpasse seg                      | Musikkterapeutens ressurser | Opplever «feil» ved samfunnsstruktur   | Musikkterapeutens egenskaper; rammer | Somatikk er mer tilgjengelig                  | Kunnskap         | Gjøre en forskjell        | Musikkterapeutens egenskaper; rammer     | Tro på seg selv                   | Musikkterapeutens egenskaper |
| Trygg relasjon                    | Musikkterapeutens ressurser | Bidra                                  | Musikkterapeutens ressurser          | Ærlighet                                      | Kunnskap         | En forståelse             | Musikkterapeutens ressurser              | Ærlighet                          | Musikkterapeutens egenskaper |

Tabell 2 – Et utdrag av analyseprosessen med koder, undertemaer, overtemaer og hovedtemaer.



Svarene informantene kom med når de ble spurt om strategier for egenomsorg var ganske overraskende og ikke forventet, men veldig åpenbart når jeg reflekterte over det. Det jeg hadde sett for meg til svar når jeg skulle spør dette spørsmålet var eksempler på konkrete strategier for egenomsorg som andre musikkterapeuter kanskje ville synes var nyttig.

I ettertanke var tankene mine om egenomsorg selv veldig innsnevret. Informantenes svar, derimot, gikk i en retning som var mer iboende menneskelig. Blant annet handlet eksemplene om å være bevisst på egne sårbarheter og hvilken opplevelse de hadde rundt åpenhet rundt de sårbarhetene. Deretter gjaldt det å være bevisst på grenser og sette de grensene, ofte i form av å stå opp for seg selv. Andre eksempler handlet om hvordan man bruker sine nærmeste som støtte i livet, og hvordan lene seg på dem og samtidig vise omsorg tilbake.

*Åpenhet og kunnskap* blir nevnt av alle deltakerne, ofte sammen, og beskriver et behov informantene har for å normalisere psykisk helse med mer åpenhet og kunnskap. Informantene viser selvbevissthet rundt hva som kan være vanskelig for dem i møte med klienter, hva som er utfordrende for dem å dele med andre, hvor vanskelig det kan være å i det hele tatt være åpen om en psykisk lidelse. I tillegg viser de selvbevissthet om hvordan de møter klienter, hvilke aspekter ved sårbarheten deres som er en fordel eller som kan være mer usikkert.

#### 4.5 Refleksjon av egen påvirkning på prosessen

Tematikken i oppgaven er som sagt viktig for meg, noe som kan ha påvirket rollen min som intervjuer og hvordan jeg har gått inn for å finne litteratur som underbygger hva jeg vil finne ut av. Ikke minst, også hvordan jeg har fremstilt og strukturert diskusjonen. Hvor stort mitt eget engasjementet til oppgaven var, ble tydelig for meg under intervjuprosessen.

Både før og under intervjuene kjente jeg på usikkerhet og spurte meg ofte mye i etterkant om jeg tok for mye plass i den dialogiske intervjudelen. Usikkerheten rundt min egen rolle var i hovedsak det som gjorde denne metoden utfordrende. Selv om det var vanskelig å kontrollere hvor mye og noen ganger hva jeg sa i intervjuene, var jeg likevel oppmerksom på min rolle som intervjuer og bevisst på når jeg var ufokusert og fullstendig til stede i intervjuene.

Å ha mer enn én opptaker gjorde opp for min, til tider, manglende oppmerksomhet, men det er mulig at jeg gikk glipp av viktige nyanser i form av kroppsspråk. Jeg var også oppmerksom på hvor vanskelig det var å ikke bekrefte utsagn fra informantene og anerkjenner at det kan ha påvirket svarene til informantene. Analyseprosessen av dataene ble sannsynligvis også påvirket av mine egne meninger og tolkning av fremstilte data, og det er også noe jeg vil ta til ettertanke og i forbehold.

Veiledningstimer sammen med masterveileder og medstudent, samtaler med medstudenter og oppgaveseminarer har vært nyttige til å reflektere med andre om min egen prosess i oppgaven, i tillegg få gode råd til hvordan jeg skulle fremtre og gjennomføre hver del. I mitt tilfelle har jeg vært heldig å ha en medstudent med i timene med veileder, og dette har gjort det mulig å ha en rundere og dypere diskusjon rundt temaet. Til slutt, men ikke minst, har samtaler hjulpet enormt med å holde oppe fokuset og motivasjonen til oppgaven, og minske forvirringen rundt de komplekse aspektene ved analysen og funnene i oppgaven. Deres åpne perspektiv på temaet har vært med på å samle mine tanker og hjulpet å strukturere oppgaven.

## 5. Diskusjon

I denne delen vil jeg trekke frem dataene fra informantene (kapittel tre og fire) og sette de sammen med teorien fra kapittel to, og diskutere temaene som er mest fremtredende fra teori og informantene. Strukturen på diskusjonsdelen er inspirert av Bronfenbrenner (1981)<sup>22</sup> og deles opp i tre hoveddeler basert på hovedtemaene *menneskelighet, stigma* og *utdanning og yrkesliv*. Underdelene i hver hoveddel er strukturert etter undertemaene fra analysedelen, fordi undertemaene representerer nært aspekter ved egenomsorg, stigma, utdanning og yrkesliv i helse- og omsorgsykker fra teorien.

Den første delen er individorientert i sammenheng med person- og mikronivåer i Bronfenbrenner (1981), og svarer på første underproblemstilling ved å trekke frem informantenes opplevelse av menneskeligheten i og stigmaet rundt egen sårbarhet knyttet til musikkterapeutens egenskaper. Den andre delen er sosialorientert i sammenheng med mesosystemer og svarer på andre underproblemstilling ved å ta for seg informantens opplevelse av menneskelighet i egne ressurser og egen sårbarhet basert på opplæring og tilrettelegging fra utdanning og yrkeslivet. Den siste og tredje delen av diskusjonskapittelet er systemorientert i sammenheng med meso-, ekso- og makrosystem, og svarer på tredje underproblemstilling ved å se på informantens opplevelse av sårbarhet knyttet til musikkterapeutens rolle, og hvordan de opplever ulike sosiale og systematiske forventninger til musikkterapeutrollen og dermed seg selv. Figur 1 og 2 kan være nyttig å ha som referanser til strukturen i dette kapittelet.

---

<sup>22</sup> Se figur 1

## 5.1 Musikkterapeutens egenskaper: opplevelse av menneskelighet og stigma

Første underproblemstilling: Hvilke strategier for egenomsorg som musikkterapeuter benytter seg av, kan være nyttig for andre musikkterapeuter?

Informantene ble først spurt i intervjuene hvorvidt de kunne relatere til wounded healer-konseptet og alle informantene kunne svare at de anså seg selv som en wounded healer, men for noen var det i ulike grader. Det virket som de baserte svarene sine på opplevelsen av egne sårbarheter sammenlignet med andre menneskers sårbarheter som de hadde kjennskap til. Alle informantene kunne svare på at de har iverksatt noen egenomsorgsstrategier i hverdagen som passer dem individuelt, og i denne delen vil jeg gå gjennom de ulike formene for egenomsorg som er nevnt av informantene. Først vil egenomsorgsstrategier som kan være relevante for alle musikkterapeuter bli introdusert, til slutt vil jeg redegjøre for strategier som kan variere mer mellom ulike musikkterapeuter bli utdypet i 5.1.4.

### *5.1.1 Bevissthet og egenerapi*

Mange aspekter dukket opp når informantene snakket om hvordan de praktiserte egenomsorg, og bevissthet var av de mer vanlige. Å være bevisst over egne styrker og utfordringer på en personlig basis var avgjørende for flere av deltakerne og denne viktigheten vises igjen i litteraturen. Likedan, viser litteraturen redegjort for i kapittel 2.4.1 at å være bevisst på seg selv og miljøet rundt er sentralt for å være en tilstedeværende terapeut (Austin, 2002), noe som kreves av alle musikkterapeuter. Å skape en selvstendig bevissthet om egne utfordringer kan for noen være en lang og vanskelig prosess, den er individuell og en del av det å være et menneske.

I intervjuene kom informantene med konkrete eksempler på hva de tenker musikkterapeuter bør være bevisst på når det gjelder egne utfordringer, men jeg har også observert og tolket hva musikkterapeutene viser i intervjuet vedrørende hvilken bevissthet de har rundt seg selv. Det informantene trekker frem konkret som kan være viktig å være bevisst på som musikkterapeut er for eksempel at man kan bli preget av klientens følelser, at man må unngå motoverføring og prøve å sortere i vanskelige følelser i møte med klienter. I tillegg tar de opp at man bør være bevisst på hvordan man kan ivareta ta selv og egne ressurser.

Av informantene blir motoverføring omtalt som noe man vil helst unngå og derfor er det viktig å være bevisst på hvis man for eksempel begynner å overidentifisere med en klient. Teorien i underdelkapittel 2.3.1 trekker også dette eksempelet frem som noe man vil unngå,

men Cain (2002) viser til noe annet i 2.2.1. I musikkterapi kan vi også sammenligne dette konseptet om motoverføring med inntoning. Inntoning i musikkterapi er ofte brukt i en musikalsk kontekst i samhandling mellom terapeut og én eller flere klienter, der musikkterapeuten og eventuelt andre klienter bruker vokal og/eller andre instrument for å matche stemningsleiet til det klienten føler på og spiller (Aigen, 2014; Fugle, 2009).

I det tilfellet musikkterapeuten toner seg inn på klientens følelser og klarer å gjenkjenne de empatiske følelsene som klientens, har musikkterapeuten en mulig bedre forutsetning for å imøtekomme klienten på en autentisk, åpen og empatisk måte. Men, hvordan klarer en musikkterapeut å imøtekomme og matche stemningsleiet til en klient uten å selv kjenne på lignende følelser, og hva gjør dette med musikkterapeuten? Informantene snakker ikke bare om inntoning med musikk eller med instrument, men det å bruke egen intuisjon for å lese klientens kroppsspråk og hvilke følelser klienten ubevisst uttrykker i rommet. Trondalen (2015) kaller dette *affektiv inntonet bevissthet*.<sup>23</sup>

De trekker også frem at det er mye enklere å tone seg inn på en klient hvis man vet hva man skal se etter, derfor har det vært gunstig for disse informantene å ha kjent fysisk på kroppen hvordan det for eksempel kan føles ut å ha angst. Intuisjonen som informantene snakker om, kan påvirke terapeuten og føre til en motoverføring fordi det er uunngåelig i en terapeutisk setting der man aktivt prøver å nå inn til klienten. For at møtet skal være autentisk og åpent mellom musikkterapeut og klient, bør musikkterapeuten kunne gi litt av seg selv for å kunne forvente noe av klienten, samtidig som musikkterapeuten er bevisst på egne reaksjoner og viser omsorg til seg selv i øyeblikket.

For å kunne utvikle og opprettholde en form for bevissthet har det vært viktig for noen av informantene å bruke egenerapi og veiledning, noe som også teorien tar opp i underdelkapittelet 2.4.1. En av informantene innrømmer at den betaler for privatpsykolog fordi det er så sentralt for denne personens kapasitet som terapeut. Noen av informantene forteller at de har gått i egenerapi og fått en bedre forståelse for hvordan det er å være klient. En av informantene delte at de forsto hvorfor egne klienter klagde på hvor lite tid de fikk i musikkterapi, fordi «det er mange, mange timer i døgnet» (Informant 3, tabell 1). En annen informant fortalte om sin opplevelse om hvor vanskelig det var å snakke om privatlivet sitt til en terapeut, som er i utgangspunktet en fremmed person.

Opplevelsene fra informantene viser en forståelse om at å være musikkterapeut og klient utelukker ikke hverandre, fordi de fleste informantene nettopp har gått eller fortsatt går til

---

<sup>23</sup> Oversatt fra: Affective attuned awareness

egenterapi. Forskjellen, derimot, mellom å være musikkterapeut og å være klient i musikkterapi, er blant annet at musikkterapeuten har et mye større ansvar å være bevisst på egne sårbarhet i møte med klienter. Grunnen til dette er fordi musikkterapeuten er ansvarlig for klienten og må være oppmerksom på å ikke gjøre skade, og dermed også være bevisst på at en holder seg innenfor etiske retningslinjer i terapien.

Her har jeg argumentert for at alle musikkterapeuter bør utvikle en viss bevissthet rundt egne sårbarheter; som inkluderer fordommer, tankesett, forståelse av seg selv i relasjon til andre mennesker og være bevisst på egne personlige og profesjonelle usikkerheter. Det er mulig at musikkterapeuter som er en større grad wounded healer må være ekstra observant når det gjelder poenget mitt, men å anta at det bare gjelder musikkterapeuter med 'ekstra bagasje', kan vise til neglekt av at vi alle som mennesker kan oppleve utfordrende og vanskelige kontekster, både i det personlige og profesjonelle livet, som vil påvirke oss dyptgående.

### ***5.1.2 Grensesetting, kommunikasjon og kapasitet***

Grensesetting som egenomsorgsstrategi er mangfoldig og treffer flere aspekter av informantenes liv. Det er også et ytterst personlig virkemiddel. I intervjuene blir grensesetting tilknyttet hvordan man som terapeut og privatperson kommuniserer med klienter, kollegaer, ledere, veiledere og familie for å ivareta seg selv og andre. Hvordan man kommuniserer med klienter er spesielt viktig for musikkterapeuter for å bygge, men også bygge og opprettholde trygge relasjoner. Noen av informantenes opplevelser er at autensitet, åpenhet og ærlighet er viktig i kommunikasjon med klienter, fordi de aller fleste klientene vil merke at terapeuten enten prøver å dekke over en vanskelig beskjed eller at det er noe terapeuten skjuler.

Informant 3 viser i underkapittel 4.3 at denne type kommunikasjon mellom musikkterapeut og klient er viktig. Det kan gjelde blant annet å avgrense relasjonen på en tydelig måte sånn at begge forstår hva relasjonen innebærer, som støttes av Rowley (2021) som jeg viser i 2.4.1. Videre inkluderer det å avgrense kommunikasjon via sosiale medier og annen telefonbruk, og dette viser at retningslinjene for å ha kontakt med klienter er vikende og med store forskjeller fra målgruppe og arbeidsplass. I åpne musikkterapeutiske tilbud som fortsatt inkluderer en form for psykisk helsearbeid oppleves retningslinjene vagere eller ikke-eksisterende, mens ved institusjoner er avgrensningen av kommunikasjon med klienter regulert med etiske retningslinjer for å beskytte både klient og terapeut.

Dessuten, kan uavgrenset relasjon med klient skape både faglige<sup>24</sup> og personlige utfordringer for musikkterapeuten. De personlige utfordringene utgjør et ansvar for klienten som kan forbigå den terapeutiske settingen og dermed terapeutens egen kapasitet for empati og egenomsorg. For informantene er dette tilsynelatende det som kan være mest krevende i psykisk helsearbeid, fordi de opplever å ha et sterkt behov for å være til hjelp for klientene, men også å overkompensere for de utfordringene de selv har.

Informant 1 forteller om utfordringer knyttet til egen diagnose, og hvordan informantens opplevelse av å møte med fordommer på arbeidsplass viser til sosialstigma knyttet til psykiske lidelser<sup>25</sup>. Informanten beskriver også et møte med stereotypiske holdninger i spesialhelsetjenesten. Disse to beskrivelsene fra informanten er faktorer som kan føre til stemplingsunnvikelse og selvstigma. Videre kan disse scenarioene og faktorene føre til, men ikke nødvendigvis være hovedårsaken til, svingende arbeidskapasitet. Selvstigma kan føre til en ekstra belastning hos personer som allerede lever med en psykisk lidelse (Harman & Heath, 2017). Alle disse faktorene følger hverandre til et tidspunkt der informanten har behov for en gradert sykemelding.

Som sagt, har egenkapasitet<sup>26</sup> og arbeidskapasitet<sup>27</sup> mye å si for hvordan musikkterapeuten klarer å stå i utfordrende situasjoner på jobb. Egenkapasitet kan i tillegg bli påvirket av musikkterapeutens egen livssituasjon. Informant 2 viser til toleransevinduet i tabell 1 og innrømmer å ha opplevd tunge perioder med lite overskudd i hverdagen. Denne uforutsigbarheten av kapasitetsnivå være nedtrykkende og bidragsytende til å forverre situasjonen som en allerede står i. Derfor er det å sette grenser for seg selv og til sitt nettverk nødvendig for at musikkterapeuten skal ha en forutsigbar og bærekraftig arbeidskapasitet. Jeg vil foreslå at oppmerksomhet rundt grensesetting vil bidra til å senke nivået av utbrenthet hos musikkterapeuter.

### ***5.1.3 Stigma: Åpenhet og skam***

Selv om å det ha utfordringer er menneskelig kan enkelte temaer være vanskelig å snakke om. For mange er psykiske helseutfordringer et slikt vanskelig tema, som litteraturen viser<sup>28</sup>, på grunn av stigma. Opplevelsen av stigma kan videre føre til at det blir vanskelig å kjenne etter og bli bevisst på utfordringene sine. Som en del av en forsvarsmekanisme kan en være bekymret

---

<sup>24</sup> Se delkapittel 5.2.1

<sup>25</sup> Se delkapittel 2.2.2, og videre til 5.3.2 for en mer utdypende forklaring

<sup>26</sup> Her mener jeg kapasitet knyttet til personlig drivkraft

<sup>27</sup> Her mener jeg kapasitet som er forventet av musikkterapeut i arbeid

<sup>28</sup> Se 2.2.1

for å lufte utfordringene for andre i fare for å bli dømt i stedet for hørt (Harman & Heath, 2017; Hankir et al., 2017). Informantene forteller om veldig ulike opplevelser knyttet til både åpenhet og skam.

Noen velger å være mer åpen om egne utfordringer uavhengig av om de selv har opplevd å bli stigmatisert på grunnlag av psykisk helse. Informantene 1, 3 og 4 har innrømt å oppleve stigma rettet mot deres psykiske helse, mens informantene 2 og 5 kan fortelle om å ha opplevd sosialstigma relatert til personlighet eller en form for selvstigma basert på samfunnets forventninger til informantens identitet. Denne masteroppgaven skulle i hovedsak ta for seg hvordan informantene har opplevd stigma rettet mot deres psykiske helse, men i denne konteksten vil jeg også trekke frem andre nyanser av stigma, personlighet og identitet, som kan være like viktig.

Nyansene kan bidra til å underbygge at sårbarhet er et grunnleggende menneskelig fenomen og ikke bare eksisterer i lys av diagnoser. Informant 5 fortalte om oppveksten, om mobbing og hvordan jevnaldrende oppførte seg rundt informantens fordi hen ikke var 'normal'<sup>29</sup>. Informanten uttrykte også at det ikke bare var jevnaldrende, men at voksne også kunne kommentere på personligheten og utseende til informantens. Derimot, selv om informantens er åpen om egen sårbarhet i dag, understrekte hen at menneskers negative kommentarer rettet mot hens personlighet var som en drivkraft for informantens til å strekke seg mer inn i det som var ansett som 'unormalt' i samfunnet. Det ble en måte å finne glede og trygghet vekk fra forventninger og press.

Informant 2 forteller om et krav fra en forelder om å ikke uttrykke vanskelige følelser, hvilket jeg mistenker at kan ha påvirket hvordan informantens uttrykker og er åpen om utfordringer i ettertid. Kravet fra forelderens kan ha skapt skam rundt å være ærlig om egen livssituasjon, selv når det er nødvendig for at personen skal oppleve trygghet i tunge perioder.

Noen av informantene uttrykte at det enten var vanskelig å være åpen om egne utfordringer, både på grunn av tidligere egenerfaringer, men også et indre behov for å holde det skjult. Andre følte at de ikke hadde et stort behov for å være åpen, men at de også bevisst valgte å holde sine utfordringer skjult for nære og arbeidssted. I delkapittel 2.2.1 viser jeg til teorier som hevder at det å skjule utfordringene sine kan føre til at man ikke ber om hjelp selv om man har sterkt behov for det, og at det igjen kan påvirke kapasiteten til en musikkterapeut.

På en side, vil jeg påstå at i noen tilfeller kan det være nødvendig å holde psykiske helseutfordringer skjult for noen som en del av personens grensesetting, og avgrense til kun

---

<sup>29</sup> Se 2.2.1

enkelte trygge mennesker og rom som fremstår mottakelige. På en annen side, trengs det mer åpenhet og kunnskap generelt i befolkningen slik at stereotypene, fordommene og diskriminering mot psykisk helse kan reduseres betraktelig. Flere av informantene opplever at det er mer åpenhet i samfunnet i dag, men også at samfunnet fortsatt har en lang vei å gå før psykisk helse blir tatt like mye på alvor som somatiske lidelser.

#### ***5.1.4 Egenomsorg og «terapeutens recovery»***

Så langt i diskusjonen har egenomsorg handlet om felles tanker og opplevelser som informantene har for hva som kan være krevende for musikkterapeuter og hvilke scenarioer der egenomsorg er nødvendig. Alle informantene hadde tanker om at egenomsorg burde være et felles tankesett for musikkterapeuter, men at hver egenomsorgspraksis inneholder strategier og verktøy som er unik for å kunne møte hver persons individuelle behov, som gjenspeiles i teorien fra 2.4.1 og 2.4.2. Noen av informantene understrekte for eksempel hvor viktig det var for dem å ha egne musikkinteresser og prosjekter ved siden av musikkterapi, for å kultivere og utvikle eget musikalsk preg og bruke musicking som et bevisst verktøy for egenomsorg.

Eksempler på musikalsk egenomsorg som er nevnt av informantene er blant annet: å spille musikk i fellesskap, høre på musikk i bilen/på bussen fra jobb, skrive egne låter, øve og utvikle nye ferdigheter på instrumenter. Informantene har med dette flere måter å ta i bruk musikk på. Derimot, musikk som egenomsorgsverktøy viser seg til tider ikke å bli høyt prioritert, da bruken av musikk ofte kan oppleves som en forlengelse av arbeidstiden.

I tillegg har informantene opplevd, som de også er bevisst på i møte med klienter, at musikk ikke alltid fungerer i behandling eller i egenomsorg. Musikk er et allsidig verktøy som inneholder et mangfold av metoder, men om musikk skal føre til endring er det vist i litteraturen at preferansemusikk<sup>30</sup> har større forutsetning. Preferansemusikk rører ved kroppslige sanser hos mennesker og kan til tider oppleves som påtrengende fordi musikken vekker minner, følelser og tanker som kan forstyrre tilstedeværelsen.

I noen tilfeller kan musikk som verktøy gjøre mer skade enn å føre til positive endringer, og musikkterapeuter bør være like oppmerksomme på det for seg selv som de er for klienter (Austin, 2002). Eksempler på når informantene personlig opplever at musikk ikke egner seg i egenomsorg er blant annet når livssituasjonen til informantene fører til at de ikke får kontakt med musikken, eller at de er lei av musikk som de har hørt før og ikke har overskudd til å sette

---

<sup>30</sup> Her mener jeg musikk som er foretrukket av en enkel person basert på erfaring og interesse, se 2.1.2.



seg inn for å lære ny musikk som de liker. Informant 2 trekker frem at man kan kjenne på «*antimestring*» hvis man spiller og ikke føler at man får det til.

Bortsett fra musikalsk egenomsorg, nevner også informantene andre former for egenomsorgsstrategier. Noen av egenomsorgsstrategiene kan ansees som generelle egenomsorgsverktøy<sup>31</sup> og blir blant annet introdusert til musikkterapistudenter i Bergen på 5. året som en del av studieløpet<sup>32</sup>. En av de mest generelle egenomsorgsverktøyene er å være fysisk aktiv; som innebærer å gå tur, løping, styrke, yoga og andre fysisk krevende aktiviteter.

Å være fysisk aktiv, eller å trene, var et konsept som informantene hadde ulike opplevelser og formeninger om. Alle informantene var enige om at fysisk aktivitet var viktig, men ikke alle hadde et forhold til det. En annen strategi for egenomsorg er å skrive; som inkluderer skrive dagbok, skrive fagartikkel, skrive fiksjon, og så videre...

Meditasjon er mulig mindre vanlig, men et verktøy som har økt i popularitet den siste tiden. Flere strategier som nevnes av informanter er blant annet male og lese bøker. Teorien fra 2.1.3 viser at trygge sosiale nettverk er ansett som spesielt viktig for å utvikle og opprettholde omsorg for seg selv, dermed kan alle de nevnte egenomsorgsverktøyene også kombineres med sosiale møteplasser. Alle aspektene av egenomsorg som er nevnt ovenfor baseres på ulike behov og innfallsvinkler fra informantene.

I en musikkterapeutisk behandling vil man også fokusere på klientens egne behov, forutsetninger for mestring og livssituasjon. I musikkterapi bygger musikkterapeuten og klienten opp en mestringsstruktur for klienten ved hjelp av ulike strategier med musikk som klienten skal kunne ta det med seg inn i hverdagen. Disse strategiene blir i bunn og grunn et egenomsorgsskjema for klienten. Med det sagt, er Recovery-perspektivet med på å danne mestringsopplevelser og dermed egenomsorgsstrategier for klientene. Det samme vil gjelde for musikkterapeuter som klienter. Man finner sin vei gjennom å utforske, noen ganger ved hjelp av andre. Hovedsaken om egenomsorg er at alle har på et punkt i livet sitt bruk for det, og ved bevissthet vil det etter hvert bli enklere å kultivere strategier som funker for seg selv.

---

<sup>31</sup> De er nødvendigvis ikke mer anvendelige for den generelle befolkningen enn musikk, men de blir mer synlige som verktøy for å blant annet øke livskvalitet.

<sup>32</sup> Dette vil jeg komme tilbake til senere i del 5.3.1.

## 5.2 Musikkterapeutens ressurser: opplevelse av menneskelighet i utdanning og yrkesliv

Andre underproblemstilling: Hva betyr beskrivelsen av 'the wounded healer' for musikkterapeuter med tanke på relasjonen mellom musikkterapeut og klient?

Gjennom livserfaringer og utdanning bygger musikkterapeutene opp ressurser for å kunne imøtekomme klientene med faglig etikk og empatisk åpenhet. Dette delkapittelet vil ta et videre dypdykk inn i informantenes opplevelse av relasjon med klienter og yrkesliv som påvirker musikkterapeutens kapasitet til å møte klienten på forsvarlig vis.

### 5.2.1 Forventninger og street-språk

Informant 3<sup>33</sup> forteller om tilfeller med klienter, der informanten har sett seg nødt til å være ærlig med klienten og avgrense relasjonen, på grunn av at klienten har opplevd åpenheten til informanten som en invitasjon til kontakt utenfor arbeidsrammene. Altså, i første møtet med musikkterapi kan musikkterapeutens personlighet og åpenhet kunne bidra til å farge klientens oppfattelse av klient-terapeut relasjonen. Musikkterapeuten har også visse forventninger til seg selv som musikkterapeut ut ifra utdanning, profesjonalitet og personlige forutsetninger i terapeutrollen. For eksempel, personlige erfaringer og egenskaper som har bygget opp ressurser hos musikkterapeuten som gjør at en kan vise interesse, forståelse og empati for klienten.

Som tidligere nevnt<sup>34</sup>, kan en uavklart relasjon mellom musikkterapeut og klient også føre til faglige problemstillinger for musikkterapeuten. Uten å fastsette en profesjonell relasjon, kan klientens forventninger til relasjonen forbigå en terapeutisk setting, som informant 3 har vist til i tabell 1. De relasjonelle forventningene til klienten kan utspille seg slik at klienten opplever relasjonen som annerledes enn terapeuten og dermed kunne misbruke eller oppleve å være avhengig av relasjonen, som igjen kan føre til forverring om ikke adressert.

Ærlighet og åpenhet er hovedsakelig viktig for en trygg relasjon, men til hvilken grad? Til dette spørsmålet har informant 5 som vist i tabell 1 introdusert et konsept som kan hjelpe musikkterapeuter å skille mellom *personlig* informasjon som kan deles med klienter og *privat* informasjon som kan bli for nært i en terapeutisk relasjon. Det var for så vidt delte meninger om hvor linjen skiller personlig og privat hos både informanter og teorier fra delkapittel 2.3.1. Informant 1, 2 og 5 fortalte at de i stor grad reserverer seg fra å dele informasjon med klienten

---

<sup>33</sup> Se under *Kommunikasjon* i underkapittel 4.3

<sup>34</sup> Se 5.1.2

angående deres egne personlige utfordringer, for å unngå at klienten skal bære på negative følelser som er knyttet til musikkterapeutens privatliv.

At klienten ikke skal bære på musikkterapeutens livssituasjon er alle informantene enig i, men både informant 3 og 4 trekker frem at åpenheten deres rundt egne diagnoser og erfaringer har hjulpet klienter med å forstå sine egne sårbarheter. Illustrasjonen av informantenes delvis delte meninger er tilsvarende diskusjonen rundt 'wounded healers' og 'impaired professionals' fremvist i teoridelkapittel 2.3.1.

Med det sagt vil jeg påstå at ingen av informantene kan klassifiseres som 'impaired professionals', på grunn av deres selvinnsikt rundt egne sårbarheter og bevissthet rundt etiske retningslinjer. De informantene som velger å dele sine egne sårbarheter med klienter, understreker at de bare velger å dele dersom de har en anelse om at det kan være nyttig for klienten å lære fra deres erfaringer. I tillegg fastslår informantene at de må ha en bygget en relasjon med klienten før de kan vurdere om det i det hele tatt er gunstig å dele av sine egne erfaringer. Informant 1 som går i egenerapi forteller at de er farget av hvordan de ønsker at deres terapeut skal opptre rundt dem, og informanten ønsker at deres terapeut skal være mer 'nøytral' og ikke dele så mye fra sitt eget liv. Med det sagt, har informanten vist respekt for at noen klienter ønsker det samme fra musikkterapeuter.

Cuseglio (2019)<sup>35</sup> trekker frem kompleksiteten i motoverføringen. Jeg vil, med tanke på informantenes beskrivelse og teorien fra Cuseglio, argumentere for at skillet mellom personlig og privat er komplekst og vagt, og det vil være utfordrende i en terapeutisk setting å vite nøyaktig hvor grensen går. Grensen baserer seg på musikkterapeutens egen oppfattelse av hva som er personlig og hva som er privat, som igjen er konstruert av oppvekst og miljø, den enkelte klientens behov og forventninger til musikkterapeuten, og ikke minst relasjonen mellom dem (Cuseglio, 2019).

På en annen side er det ikke bare åpenhet rundt egne psykiske helseutfordringer som bidrar til å bygge en trygg relasjon til musikkterapeuten, men også hvordan klienten opplever en genuin forståelse og empati fra musikkterapeuten. Informant 1 trekker frem det å kunne «street-språket» om psykiske lidelser og dermed vise klientene på en indirekte måte at musikkterapeuten har eller har hatt erfaringer med lignende problemstilling og at de har en bevissthet rundt det.

Musikkterapeutens personlighet og åpenhet kan farge klientens forventninger til relasjonen, men åpenhet kommer i mange former som også bidrar til å sette grenser og avklare

---

<sup>35</sup> Se 2.3.1

relasjon som vist i 5.1.2 og dette delkapittelet. Det er også musikkterapeutens forståelse samt faglige og personlige ressurser som veileder hvordan musikkterapeuten opptrer i møte med klient.

### **5.2.2 Arbeidskapasitet, autonomi og rammer**

I dette delkapittelet vil jeg gå litt tilbake til musikkterapeutens arbeidskapasitet og trekke frem relaterte utfordringer i møte med klienter, og som i noen tilfeller har blitt forbedret på grunn av musikkterapeutens eget initiativ. Som for eksempel det å sette opp en arbeidsplan som er mer tilrettelagt musikkterapeutens faglige og individuelle behov. Til slutt vil jeg trekke frem konsekvenser for klienter på grunn av redusert arbeidskapasitet hos musikkterapeut.

Flere av informantene innrømmer at de opplever at de ikke har nok tid til klientene, eller at de ikke har nok arbeidskapasitet til å møte behovene til klientene. Informant 3 fikk et personlig møte med ønsket om flere behandlingstimer når hen selv gikk i egenerapi og innså at én time ikke alltid er nok for å dekke klientenes behov. Informant 5 forteller om å nesten bli utbrent i forsøk på å være på lik linje med psykologers pasientrotasjon, men innså at det ikke var mulig for en musikkterapeut som har andre verktøy, arbeidsoppgaver og annen relasjonell tilnærming enn psykologprofesjonen.

Musikkterapeuter har musikk som verktøy og det vil si at musikkterapeuter har instrumenter å stemme, elektroniske og digitale verktøy å ivareta, eventuelle programvareoppdateringer av blant annet digitale audio arbeidsstasjoner (DAW), og bruke tid til å lære seg nye funksjoner som kan komme av de systemoppdateringene, finne og lære nye låter, og eventuelt skrive ut låter til klientene. I tillegg til disse arbeidsoppgavene som er hovedsakelig knyttet til profesjonen, har de også arbeidsoppgaver som er knyttet til arbeidsplass; som å for eksempel gå på møter og skrive journalinnlegg. Informant 5 innrømmer å ha tidligere følt på depresjon for at tiden ikke strakk til i arbeidstiden og hadde dermed lite tid, om noe i det hele tatt, til å videreutvikle musikalske ferdigheter. Etter å ha kjent på et bristepunkt av utmattelse bestemte informanten seg at for at hen måtte gjøre endringer i egen arbeidsstruktur.

I 4.3 illustrerer informant 5 at ved å ha pauser mellom alle klientene og redusere antall individuelle timer og gruppetimer per dag har informanten endret arbeidskvaliteten betraktelig. Andre informanter har også informert om å ha samme arbeidsstruktur med tre klienter per dag eller to gruppetimer. Informant 4 har opplevd endringer i arbeidsstrukturen som inkluderer tettere tverrfaglig samarbeid med både veiledning fra leder og kollegaveiledning, samtidig med

veiledningstimer med en musikkterapeut. Informant 1 illustrerer en lignende situasjon, men opplevde å måtte selv kreve å få veiledning med en musikkterapeut fra arbeidsplassen.

Arbeidsrelatert stress hos musikkterapeuter kan knyttes til teorier presentert i 2.4.1 og 2.4.2. Å ha en god arbeidsstruktur er en del av å vise egenomsorg, og det viser at det ikke bare er nødvendig for musikkterapeutens egen helse, men også hvordan musikkterapeuten ivaretar klienten med forsvarlighet. Når musikkterapeuten ikke tar egen oksygenmaske på<sup>36</sup> før en prøver å hjelpe klienter, kan det oppstå uønskede situasjoner som kan være skadelige for både klient og musikkterapeut. Skadelig i form av at det kan direkte påvirke behandlingen til klienten ved at musikkterapeuten bli sykemeldt, eller at relasjonen blir endret på grunn av at musikkterapeuten ikke lenger har like stor tilstedeværelse eller oppmerksomhet mot klienten.

Informant 1 og 4 peker begge på at hvis musikkterapeuten blir sykemeldt eller at musikkterapeuten kan virke fraværende for klienten, kan dette føre til at relasjonen brytes og at klienten i verste fall opplever forverring i sin egen situasjon. Informant 4 understreker også at man i dette tilfellet blir bare wounded og ikke lenger healer når man er så preget av egne utfordringer at det går ut over klienten. Impaired professional<sup>37</sup> er også representativt her.

I et yrke innen helse- og omsorgstjenester står man aldri alene, og man har behov for å ha et sterkt knyttet nettverk av både musikkterapikolleger, men også kanskje spesielt tverrfaglige kollegaer<sup>38</sup>. En annen del av diskusjonen viser at det er nødvendig for musikkterapeuter å oppleve autonomi i egen arbeidssituasjon for å kunne endre på strukturer som ikke er tilstrekkelige for musikkterapeuter. I tillegg til at man arbeider innenfor forsvarlige og tydelige rammer og retningslinjer for ivaretagelse av egen helse, og klientens rettigheter og sikkerhet på et strukturelt nivå.

### 5.3 Musikkterapeutens rolle: opplevelse av stigma i/og rundt utdanning og yrkesliv

Tredje underproblemstilling: Har musikkterapeuter noen tanker om at musikkterapeuter/helsepersonell kan være i større grad utsatt for stigmatisering i det norske samfunnet for deres egne psykiske helseutfordringer?

I dette delkapittelet diskuterer jeg hvilken rolle utdanningen og yrkeslivet spiller i å opprettholde stigma rundt psykisk helse. Jeg trekker også frem deres ansvar for å tilse at stigmatisering innenfor deres egne strukturer brytes ned til fordel for åpenhet og støtte.

---

<sup>36</sup> Se Rowley (2021) i 2.4.1

<sup>37</sup> Se Lamb et al. (1987) i 2.3.1

<sup>38</sup> Vil komme mer inn på dette temaet i 5.3.2

Kapittelunderdel 5.3.1 vil hovedsakelig ta for seg påleggende ansvar hos utdanningen, 5.3.2 yrkeslivet og 5.3.3 samfunnet. Hver del tar for seg hvilke endringer som må gjøres for å sikre musikkterapeutene og mennesker generelt sin psykiske helse.

### **5.3.1 Utdanning og yrkesliv, rammer og fallgruver**

«... det er veldig vanskelig å være musikkterapeut» (Informant 1). Det er vanskelig fordi det er mye som kreves av oss som terapeuter på faglig vis (Trondalen, 2015), som gjelder både mestre og utvikle ferdigheter på flere instrumenter, å ha kunnskap om musikkteori og musikkteknologi, ha oversikt over musikkterapiteori og ulike musikkterapeutiske perspektiver og tilnærminger, samt være ellers faglig oppdatert.

Informant 1 trekker frem at det som er vanskelig med å være musikkterapeut er at man tilsynelatende: «skal ha så mange baller i luften og få til så masse, og skal liksom være i en gruppe og det skal være individualtimer, eh... Og du skal spille inn låter, og du skal lære deg nye ting hele tiden.»

Informant 1 innrømmer også å oppleve at praksislærerne som informanten hadde gjennom studiet virket som gallionsfigurer som «bare fikser alt». Trondalen (2015)<sup>39</sup> deler tanken om at musikkterapiyrket er utfordrende. Utfordringene nevnt ovenfor handler for det meste om et indre press og spørsmål om egen- og arbeidskapasitet, som også er påvirket av hvordan musikkterapeutens rolle blir fremstilt både i utdanningsløpet, og utviklet når man entrer arbeidslivet.

Å være musikkterapeut innen psykisk helse- og rusomsorg er heller ingen en enkel sak, der det fins eksterne påkjenninger som flertallet av informantene har opplevd, noen av dem opptil flere ganger. Informant 3 informerer om å ha erfaringer med at klienter opplever forverring av en psykosediagnose, som igjen påvirker hvordan klienten opplever relasjonen med musikkterapeuten. Videre beskriver informanten en situasjon der en klient ble aktivt suicidal i musikkterapitimen; «Sant, men da sitter du der, på en måte, du har absolutt, i bunn og grunn da, så utdanningsmessig, så har du egentlig ingen forutsetninger for å vite hva du skal gjøre.» (Informant 3). Informanten forteller at det eneste som hen opplevde som reddet situasjonen var at informanten opplevde å ha så mye sensitivitet til å se at klienten hadde mye angst og var «veldig mørk», og dermed reagerte på en måte som virket naturlig i øyeblikket ved å innrømme egen sårbarhet.

---

<sup>39</sup> Se 2.4.2

«Det endte opp meg at jeg gikk, basically, jogget etter [klienten] nedover gaten her, for [klienten] var liksom på vei til broen liksom. Sant? (...) Også endte det opp med at jeg bare sa sånn at: Jeg kommer ikke til å fikse hvis du går å gjør dette her nå. (...) Det kommer til å ødelegge meg, altså.» - Informant 3

Flertallet av informantene<sup>40</sup> forteller at de har opplevd at klienter som de har bygget en relasjon til har tatt selvmord i løpet av behandlingsperioden<sup>41</sup>.

Ifølge Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser; ROP-lidelser; behandling og rehabilitering av personer med rusmiddelproblemer og avhengighet, er musikkterapi i psykisk helse- og rusomsorg anbefalt som supplerende behandling og ettertraktet. Slike retningslinjer fører til at flere musikkterapeuter blir ansatt i dette feltet. Som følgende av manglende opplæring i hvordan å håndtere slike kompliserte utfordringer, som klienter som begår selvmord i løpet av behandlingsperioden, stiller jeg noen spørsmål i retning musikkterapistudiet i Bergen: Hvorfor er det ikke mer fokus på egenomsorg og hvordan man utvikler egne strategier på studiet? Hvorfor lærer man omtrent eksklusivt hvordan man bruker musikk med klienter og ikke musikalsk egenomsorg rettet mot musikkterapeuter?<sup>42</sup>

Hanser (2018) skriver at: «*music therapists are well-trained to meet their needs and have developed programs for self-help and self-actualization* (s. 18)». Fra hva informantene har fortalt, vil jeg påstå at Hanser sitt poeng trekker frem mangler ved musikkterapiutdanningen i Bergen.

Musikkterapiutdanningen har fått kritikk fra informantene med tanke på innhold i forelesningene; at det blant annet er for lite musikkfag og at egenomsorg er lite vektlagt. Informant 2 informerer at egenomsorgsundervisningen på studiet varte i et tidsrom over 1-2 forelesninger og omfattet hovedsakelig generell, ikke musikkbasert egenomsorg. *Relasjon- og kommunikasjonsferingsgruppe* er en del av emnene gjennom studiet som inneholder perioder med praksisperioder. Gruppen blir trukket frem som et av de få emnene som var inne på *egenomsorg*, men gruppen blir av informantene også kritisert for innholdet, blant annet at det var lite konkret.

---

<sup>40</sup> Informant 1,3 og 4

<sup>41</sup> Se 4.3 under *Utdanningen*

<sup>42</sup> Se Hanser, 2018 i 2.4.1 og Ruud, 2013 i 2.4.2

Selv om musikkterapi kan bli ansett som en 'trygg' terapeutisk intervensjon<sup>43</sup> for klientene, bør det være med åpenhet om at musikk som verktøy kan fortsatt åpne opp gjemte sårbarheter hos klientene og musikkterapeutene. På en annen side er det vel å merke at utdanningsforløpet i Bergen er foreløpig ungt<sup>44</sup> og stadig under utvikling. Det trengs derfor flere åpne og omfattende undersøkelser rettet mot kritikken stilt til utdanningen i Bergen.

For å sikre at musikkterapeuter skal kunne klare å møte kompliserte arbeidskrav og oppgaver etter endt utdanning, må utdanningen tilse at musikkterapistudentene har de rette ressursene, tilstrekkelig kompetanse, og et nettverk som kan støtte dem i slike situasjoner som er nevnt ovenfor i dette underdelskapittelet. Til det sistnevnte har musikkterapeutene et fylkeslag i Vestland fylkeskommune som er ment til å være en støtte for musikkterapeuter i området. Med det sagt, er det tilsynelatende lite informasjon tilgjengelig for nyutdannede musikkterapeuter.

Et eksempel på en løsning til at musikkterapistudentene ikke har ressursene, kompetansen eller nettverket til å hjelpe dem gjennom komplekse arbeidsoppgaver, er å inkorporere flere musikkterapeutiske og psykologiske tilnærminger som har mer erfaring med egenomsorgstematikken, som er mer individorienterte, og som kan utjevne det systematiske aktivistperspektivet til samfunnsmusikkterapi. En av informantene til denne masteroppgaven foreslår å implementere kurs i metakognitive prinsipper som en del av relasjons- og kommunikasjonsferingsgruppen.

Utbrenthet er en økende årsak til at musikkterapeuter blir syke<sup>45</sup>, og problemstillingene presentert i 5.1, 5.2 og 5.3, er alle potensielle årsaker som kan føre til at utbrenthet hos musikkterapeuter i feltet øker med tiden. Derfor, vil jeg påstå at det er relevant for musikkterapiutdanningene i Norge å vurdere egen innsats rundt alle problemstillingene som er presentert i denne oppgaven<sup>46</sup>.

### ***5.3.2 Forventninger til musikkterapeutrollen og andre terapiformer***

Som nevnt i 5.3.1 er det musikkterapeut rollen påvirket av flere faktorer, som for eksempel hvilken musikkterapeutisk tilnærming musikkterapeuten tilhører og/eller har blitt opplært i; arbeidssted og hvilke forventninger personalet har til musikkterapi og musikkterapeuten; og

---

<sup>43</sup> Se siste sitat av Austin (2002) i 2.3.2

<sup>44</sup> Åpnet opp i Bergen i 2006

<sup>45</sup> Se 2.4.1 og 2.4.2

<sup>46</sup> Se Moore og Wilhelm (2019) i 2.4.1



sist, men ikke minst, klientens behov i musikkterapi for å oppnå positive endringer i sin livssituasjon.

Tilbake til Hankir (2017)<sup>47</sup> viser at legeprofesjonen står foran et paradigmeskifte når det kommer til forventninger av profesjonen fra et samfunnsperspektiv. Egenomsorg er tilsynelatende et økende populært tema i litteratur innenfor medisin. Dermed, kan en observere lignende problemstilling hos legeprofesjonen, som beskrevet av informantene i denne oppgaven. Blant annet at forestillingen om at samfunnet opplever dem som usårbare.

Dette blir blant annet også tatt opp av informant 1 i 5.3.1, bare at i det tilfellet var det en musikkterapistudent som opplevde i utdanningsløpet at musikkterapeuter virket usårbare. I teorikapittelet 2.2.1 presiseres det et behov for mer åpenhet om egenerfaringer rundt psykisk helse til helsepersonell i psykisk helsevern. Informantenes erfaringer rundt egen åpenhet i møte med ansettelse i psykisk helse- og rusomsorg er delt.

Informant 3 åpnet opp i intervjuet om å ha vært sykemeldt i en lengre periode, der hen bestemte seg for å dele med andre kollegaer om bakgrunnen til sykemeldingen. Tilbakemeldingene fra arbeidsplassen var positive, og informanten opplevde at flere av personalet valgte å være åpne om sine egne utfordringer. Informant 4 var også åpen om sin diagnose på arbeidsplass og opplevde at det ble tatt som en naturlig selvfølge.

Informant 1, derimot, er kontant på side 36 og beskriver en annen situasjon. I intervjuet utdyper informant 1 at etter å ha åpnet opp til leder om livssituasjonen sin, uttrykte lederen anerkjennelse for situasjonen, men ønsket at informanten ikke skulle avsløre den samme informasjonen videre til kollegaer i frykt for at informanten skulle bli stigmatisert. Cuseglio (2019) viser til en lignende problemstilling<sup>48</sup>. Slike vidt forskjellige opplevelser kan vise til flere ting, som for eksempel at arbeidsmiljøet er avgjørende for egen motivasjon til åpenhet og hvor støttende, mottakelig og tiltaksfull lederen er.

Innsatsen til leder, derimot, påvirkes i stor grad av politikk og mengde fordelte ressurser til spesialhelsetjenesten og kommunale helsetjenester. Uten tilstrekkelig med ressurser vil ikke ledere kunne ansette nok personale som igjen kan føre til et arbeidsmiljø som opererer under lave forutsetninger for tilpasningsdyktig og imøtekommende arbeidsmoral. Anti-stigma intervensjonen til Hankir (2017)<sup>49</sup> kan være en løsning på hvordan man håndterer stigma rundt psykisk helse i psykisk helse- og rusomsorg, men med tanke på hvor mange faktorer som spiller

---

<sup>47</sup> Se 2.2.1

<sup>48</sup> Se 2.3.1

<sup>49</sup> Se 2.2.1

inn, hvor kompleks problematikken er, trengs det flere undersøkelser og forskning for å gå dypere inn i det.

Det leder meg til at en supplerende faktor er også hvordan man opplever sårbarhet som tema i feltet man er utdannet i. For legene<sup>50</sup> var det tilsynelatende utfordrende å uttrykke sårbarhet på grunn av statusen til legeyrket. Hvordan er det for musikkterapeuter å uttrykke sårbarhet og være åpen om egen psykiske helse innad i musikkterapifeltet? Hvordan kan man legge til rette for at åpenhet rettet mot psykiske lidelser blir lavterskel?

Spørsmålene er vanskelige å svare på alene uten å vite hvor omfattende stigma mot psykisk helse er i musikkterapimiljøet, men det betyr ikke at det ikke bør adresseres og bli tatt på alvor. Som et relativt nytt yrkesfelt som opplever at musikkterapeuter, også utenfor Norge, blir syke<sup>51</sup>, kan det vise at det kanskje er på tide å direkte stille seg selv disse spørsmålene. Kanskje Austin (2002)<sup>52</sup> var inne på noe essensielt for faget, med det faktum at det har gått tjuv år siden sitatet ble skrevet og det er fortsatt magert med litteratur<sup>53</sup> og faglig diskurser om wounded healers eller 'survivor therapists' i musikkterapi. Til tross for at det er magert med litteratur finnes det faktorer, blant annet informantene til denne oppgaven, som tilsier at det er et større behov for å kultivere kunnskap i musikkterapimiljøet og tilrettelegge for mer åpenhet.

### ***5.3.3 Bruk av diagnosebegreper (språk), kunnskap, spektrum av sårbarhet og allmenn sårbarhet***

Til slutt beveger tematikken stigma i retning samfunnet og det siste systemnivået i Bronfenbrenners økologiske utviklingsmodell, makrosystemet<sup>54</sup>. De fleste referansene i denne masteroppgaven, inkludert teori og informanter, viser til at stigmatisering av psykisk helse er et problem i samfunnet den dag i dag, og at dette har vært et gjennomgående problem siden antikken<sup>55</sup>. For å utdype hvordan stigma kan utartes i et samfunn, vil jeg trekke frem språk og kunnskap.

Eksempelvis, informantene til denne masteroppgaven poengterer bruken av diagnosebegrep i hverdagstalen som stigmatiserende og at denne bruken viser til en manglende kunnskap om diagnoser blant befolkningen. Samtidig, viser WHO (2021) og Vos et al. (2020)

---

<sup>50</sup> Se 2.2.1

<sup>51</sup> Se 2.4.1 og 2.4.2

<sup>52</sup> Se første sitat av Austin (2002) i 2.3.2

<sup>53</sup> Se tilbake til 2.3.2, 2.4.1 og 2.4.2

<sup>54</sup> Se figur 1 i 2.1.4

<sup>55</sup> Se 2.2.1

at diagnoser er del av å være menneske, og derav en allmenn sårbarhet og at denne sårbarheten utfyller et spektrum. Dermed, underbygges også behovet for kunnskap, ettersom kunnskapen har vist seg å være utilstrekkelig.

Noen av informantene anser hverdagslig bruk av diagnosebegreper som et direkte bidrag for å opprettholde stigma rettet mot psykiske lidelser<sup>56</sup>. Bruken av diagnosebegreper som erstatning for å uttrykke basale følelser, kan vise til en stereotypisk holdning til psykiske lidelser, som mulig er bygget på lærte fordommer og diskriminering rettet mot mennesker med psykiske lidelser.

Informant 2 opplever at samfunnets oppfattelse av psykiske lidelser er mer nyansert enn det har vært før fordi media har vært med på å skape åpenhet rundt det å ha en psykisk lidelse, som for eksempel angst og depresjon. Informanten legger til at samfunnet fortsatt har en lang vei å gå, fordi som et samfunn er vi bare i startgropen for at psykiske lidelser blir allmenkjent og befolkningen begynner å få et forhold til det.

Derimot, ser informant 2 at å bruke diagnose begrep på et vis som undergraver kompleksiteten og den individuelle opplevelse av diagnosen, blir som å vanne ut begrepene. Informant 3 deler samme tanker og beskriver det som at: *«det blir sånn der, gjørme i vannet for å faktisk, liksom, ta disse tingene på alvor, sant?»* Hvordan befolkningen omtaler psykiske lidelser kan gjenspeile hvorvidt psykiske lidelser omtales med eller uten forståelse og kunnskap, og uten de sistnevnte kan tematikken rundt psykiske lidelser oppstå som stereotyper, fordommer og diskriminering<sup>57</sup>. Sosialstigma er beskrivende for slik bruk av diagnosebegrep i hverdagstalen.

I de siste tjue årene har verdenshelseorganisasjon hatt et mål om å tilegne og utlevere kunnskap om psykisk helse på en global basis. WHO (2021) rapporterer at det fortsatt er store geografiske forskjell mellom land og regioner innad landegrensene. Samt, at integreringen av tjenesteutdelinger, som farmalogisk og psykososiale intervensjoner for behandling av psykiske lidelser, er begrenset. Samtidig viser Vos et al. (2020) psykiske lidelser er økende i antall og topper nå listen av byrdene sykdommer i verden, og tallene viser at psykiske lidelser også er en av de største sykdomsbyrdene, og innad i Norge.

Den norske GDB-rapporten fra Clarsen (2022) viser at data hentet fra nasjonen er i mangelvare, spesielt angående psykiske lidelser. Dermed har rapporten sammenlignet og modellert eksisterende data med andre land. Clarsen rapporterer ingenting som tyder på at

---

<sup>56</sup> Se under *Språk* i 4.3

<sup>57</sup> Se 2.2.2

Norge har klart å redusere livskvalitet relatert til psykiske lidelser. Clarsen nevner også at selv om det ikke er store forskjeller mellom fylkeskommunene, er det ingenting som tilsier at det er likt mellom kommunene. Heller det motsatte, og det er noe som kan påvirke tilgjengeligheten av psykiske helse ressurser i de kommunale tjenestene. I alle fylkene er angst og depresjon representert på listen som årsaker for redusert livskvalitet, og i Oslo fylkeskommune er depresjon listet som nest høyest. På landsbasis ligger angstlidelser som nummer 6 og depresjonslidelser nummer 7. Videre poengterer Clarsen at Norge har mange pågående programmer rettet mot psykisk helse, men at forbyggende arbeid mot psykiske lidelser burde fortsatt være øverste prioritet for offentlige helsetjenester i nærmiljøet.

Som supplement, men også et motargument, til dette vil jeg argumentere for at hovedansvaret ligger hos de nasjonale institusjonene, og ikke eksklusivt de lokale helsetjenestene når det gjelder å utdele finansiering og andre ressurser til forebygging og behandling av psykiske lidelser. En kan oppleve at enkelte kommuner ikke har nok ressurser til å dekke behovene til lokalbefolkningen, og dermed burde hovedansvaret bli rettet mot etatene som står for distribuering av ressurser og finansiering til kommunene. Tilbake til funnene i rapportene som viser at tilstedeværelsen av psykiske lidelser er markant i den norske befolkningen, og derfor er det avgjørende at befolkningen får mer informasjon og kunnskap rundt diagnoser for å minske det eksisterende stigmaet rundt psykisk helse.

Rapportene fra Vos et al. (2020) og Clarsen et al. (2022) viser i sin helhet dermed at det finnes en allmenn sårbarhet i befolkningen og at det er behov for å inkludere helseprofesjoner, inkludert musikkterapifeltet, som en del av anti-stigma programmer. Denne sårbarheten er allmenn, men utfyller likevel et spektrum av sårbarheter slik som også informantene har presentert og vært åpne om i denne masteroppgaven. At Norge ikke har klart å redusere livskvalitet relatert til psykiske lidelser, kan være et tegn på strukturell stigma. Argumentet er basert på at tilstedeværelsen til psykiske lidelser er markant i alle deler av landet, likevel er integreringen av tjenesteutdelinger for psykiske lidelser begrenset ifølge WHO (2021), denne manglende tjenesteutdelingen er noe som også blir tatt opp hos Clarsen (2020); og ifølge informantene<sup>58</sup> er det en tilsynelatende mangel på kunnskap rundt psykisk helse i den generelle befolkningen. Min formening er at en manglende kunnskap rundt psykisk helse i den generelle befolkningen, foreløpig ikke er nok bevis til å trekke dette som en konklusjon, men det er grunnlag for å undersøke det nærmere. Det som er tydelig, er at stigma av psykisk helse fortsatt er et problem i det norske samfunn.

---

<sup>58</sup> Se 4.3

## 6. Oppsummering

*«Everyone's damaged  
A little depressed  
Every now and then we get that feeling in our chest  
Some days I'm a loser, brush my teeth in the dark  
Head above water in a swimming pool of sharks  
Ooh, it's hard to get up out of bed when everything is on its head  
And nothing seems to make any sense  
Like a Band-Aid on a bleeding heart  
I fake a smile and fall apart  
And no one ever knows I'm a wreck  
When the world is on your shoulders  
And the weight of your own heart is too much to bear  
Well, I know that you're afraid things will always be this way  
It's just a bad day, not a bad life.» (Sigrid & Bring Me The Horizon, 2022)*

Sigrid sine ord beskriver en kontekst som kanskje flere kan kjenne seg igjen i, spesielt mennesker som lever med en psykisk lidelse. Teksten trekker også frem igjen diskusjonen<sup>59</sup> rundt diagnosebegrep, der hun kanskje heller kjenner på en følelse av tristhet enn depresjon. Bare Sigrid selv vet om hun beskriver en følelse eller en diagnose. Likevel, er dette kanskje med på å speile hvordan vi ser på følelser og diagnoser i dag. Teksten viser også en antydning til stigma, for eksempel at hun føler at hun må skjule sårbarhetene sine fra «a swimmingpool of sharks». Bort fra det, og er det noe som er spesielt treffende i teksten, og det er hvor inkluderende budskapet er; at alle mennesker har gode og dårlige dager. Det betyr ikke at hele livet er dårlig.

Egenomsorg kommer i mange former og fasonger, og det viktigste er at alle finner metoder som skaper en følelse av trygghet og fører til endringer på et individuelt nivå. Informantene har vært verdifulle med sin innsikt og erfaringer angående temaet. Jeg vil oppmuntre alle musikkterapeuter og musikkterapistudenter å undersøke metoder og verktøy som hjelper dem gjennom vanskelige følelser og vanskelige perioder, slik at en er i større grad rustet til å håndtere eksterne påkjenninger.

---

<sup>59</sup> Se 5.3.3

Men, et annet aspekt som har blitt tydelig i denne masteroppgaven er at vi som wounded healers ikke er alene i musikkterapifeltet eller i psykisk helse- og rusomsorg. Mange utfordringer ble presentert både i sammenheng med klienter, men også relatert til arbeidsplass og kollegaer. Utfordringene knyttet til yrkesliv viser også hvor viktig det er å ha et godt samarbeid både innad i musikkterapifeltet og tverrfaglig.

I tillegg, og ikke minst at musikkterapeuter får tilegnet seg kunnskaper og ressurser gjennom utdanningen til å kunne håndtere de utfordringene som de mest sannsynlig vil kunne så ovenfor i yrkeslivet. Noen av utfordringene er så alvorlige og skadelige, at man ikke bør overlate ansvaret til kommunale tjenester eller institusjoner, når utdanningen har best forutsetning for å nå musikkterapistudentene.

Selv om kritikken mot musikkterapiutdanningen i Bergen er tydelig i denne oppgaven, vil jeg innrømme at jeg trolig ikke ville ha skrevet en aktivistisk masteroppgave inspirert av Bronfenbrenner (1981) med fokus på musikkterapeutenes personlige og faglige ressurser, om jeg ikke hadde tatt min utdanning der. Likevel, vil jeg påstå at musikkterapiutdanningen ved universitetet i Bergen har åpenbare mangler som trengs å adressere; som for eksempel på områder som egenomsorg og musikkterapeutens rolle. Jeg vil også presisere, at selv om hovedfokuset til oppgaven har vært på musikkterapiutdanningen i Bergen på bakgrunn av kritikk fra informantene, gjelder oppgavens kritikk mot åpenhet rundt egne sårbarheter og stigma mot psykiske lidelser i musikkterapi *hele* musikkterapifeltet i Norge. Musikkterapi er til syvende og sist en *terapiutdanning*, og dermed burde alle aspekter av egenomsorg for musikkterapeuten og musikkterapeutens egen helse være en del av utdanningen på lik linje med andre terapiutdanninger.

Stigmatisering av psykisk helse i denne oppgaven gjennomsyrrer alle nivåene til Bronfenbrenner (1981), og illustrerer en problemstilling som ikke bare informantene eller musikkterapifeltet står ovenfor. Likevel, illustrerer det også en menneskelighet i det hele og at man ikke er alene. Noe som blant annet informant 5 var inne på i 4.4. Derfor, vil jeg understreke på lik linje med informantene at åpenhet og kunnskap vil kunne bidra til å redusere stigma mot psykisk lidelser i samfunnet.

Anbefalt videre lesning:

Hanser, S. B. (2018). *The new music therapist's handbook* (3. utg.). Berklee Press.

Gaebel, W., Rössler, W., & Sartorius, N. (2017). *The Stigma of Mental Illness - End of the Story?* Cham, Switzerland: Springer.

- Cvetovac, M. E., & Adame, A. L. (2017). The Wounded Therapist: Understanding the Relationship Between Personal Suffering and Clinical Practice. *The Humanistic Psychologist*, 45(4), ss. 348-366. doi:10.1037/hum0000071
- Miller, G. D., & Baldwin Jr, D. C. (2008, Oktober 26). Implications of the Wounded-Healer Paradigm for the Use of the Self in Therapy. *Journal of Psychotherapy & The Family*, ss. 139-151.
- Råbu, M., Moltu, C., Binder, P.-E., & McLeod, J. (2016). How does practicing psychotherapy affect the personal life of the therapist? A qualitative inquiry of senior therapists' experience. *Psychotherapy Research*, ss. 737-749.
- Regehr, C., Stalker, C. A., Jacobs, M., & Pelech, W. (2008, September 22). The Gatekeeper and the Wounded Healer. *The Clinical Supervisor*, ss. 127-143.
- Jansen, K., Ruths, S., Malterud, K., & Schaufel, M. A. (2016). The impact of existential vulnerability for nursing home doctors in end-of-life: A focus group study. *Patient Education and Counseling*, ss. 1-5.

«Don't worry. You're just as sane as I am.» (Luna Lovegood, in J.K. Rowling, 2003, s. 199)

## 7. Litteratur

- Albers, S., Fausar-Poli, L., Freeman, R. E., Spreen, M., Ket, J. C., Vink, A. C., Maratos, A., Crawford, M., Chen, X., & Gold, C. (2016). *Music therapy for depression*. Cochrane Database.
- Ansdell, G. (2014). *How music helps in music therapy and everyday life*. London/New York: Routledge.
- Austin, D. (2002). The Wounded Healer - The Voice of Trauma: A Wounded Healer's Perspective. I: Sutton, J., *Music, music therapy and trauma: International perspectives* (ss. 231-259). Jessica Kingsley Publishers.
- Beldie, A., Brain, C., Figueira, M. L., Filipcic, I., Jakovljevic, M., Jarema, M., Karamustafalioğlu, O., König, D., Plesnicar, B. K., Marksteiner, J., Palha, F., Pecenaák, J., Prelipceanu, D., Ringen, P. A., Tyszkowska, M., & Wancata, J. (2017). Stigma in Midsize European Countries. I W. Gaebel, W. Rössler, & N. Sartorius, *The*

- Stigma of Mental Illness - End of the Story?* (ss. 417-434). Cham, Switzerland: Springer.
- Berge, T. (2005) Sekundærtraumatisering, vikarierende traumatisering og omsorgstretthet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 42(2), ss. 125-127.
- Bitcon, C. H. (1981) Guest Editorial, *Journal of Music Therapy*, 18(1), ss. 2- 6, <https://doi.org/10.1093/jmt/18.1.2>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101, DOI: [10.1191/1478088706qp063oa](https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa)
- Bronfenbrenner, U. (1981). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press.
- Cain, N. R. (2000). Psychotherapists with Personal Histories of Psychiatric Hospitalization: Countertransference in Wounded Healers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, ss. 22-28.
- Chen, S. P., Dobson, K., Kirsh, B., Knaak, S., Koller, M., Krupa, T., Lauria-Horner, B., Luong, D., Modgill, G., Patten, S., Pietrus, M., Stuart, H., Whitley, R., & Szeto, A. (2017). Fighting Stigma in Canada: Opening Minds Anti-Stigma Initiative. I W. Gaebel, W. Rössler, & N. Sartorius, *The Stigma of Mental Illness - End of the Story?* (ss. 237-262). Cham, Switzerland: Springer.
- Chikhani, C. D. (2015). *The Role of Personal Therapy for Music Therapists: A Survey*. [Masteroppgave]. Molloy College.
- Clarsen, B., Nylenna, M., Klitkou, S. T., Vollset, S. E., Baravelli, C. M., Bølling, A. K., Aasvang, G. M., Sulo, G., Naghavi, M., Pasovic, M., Asaduzzaman, M., Bjørge, T. Eggen, A. E., Eikemo, T. A., Ellingsen, C. L., Haaland, Ø. A., Hailu, A., Hassan, S., Hay, S. I., . . . Knudsen, A. K. (2022) Changes in life expectancy and disease burden in Norway, 1990-2019: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 7(7) ss. 593-605.
- Clements-Cortes, A. (2013). Burnout in Music Therapists: Work, Individual, and Social Factors. *Music Therapy Perspectives*, 33, ss. 166-174.
- Conchar, C., & Repper, J. (2014). "Walking wounded or wounded healer?" Does personal experience of mental health problems help or hinder mental health practice? A review of the literature. *Mental Health and Social Inclusion*, 18(1), ss. 35-44. doi:10.1108/MHSI-02-2014-0003
- Crafts, S. D., Cavicchi, D., & Keil, C. (1993). *My Music: Explorations of music in daily life*. Middletown, Connecticut: Wesleyan University Press.



- Cuseglio, R. (2019) After the Flood: Reflections of a Wounded Healer's Countertransference in Adolescent Treatment. *Clinical Social Work Journal*, ss. 35-44.
- Davis, P. (2013) *The Role of the Musical-Self in Promoting Career Longevity Among Music Therapists*. [Masteroppgave]. Molloy College.
- Dunn, H. (2009). Parallel Journeys: How a Music Therapist Can Travel with his Client. *Approaches: Music Therapy & Special Music Education*, 1(1), ss. 10-18.
- Dunning, T. (2006, Mai 02). Caring for the wounded healer - nurturing the self. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, ss. 251-260.
- Elraz, H. (2018). Identity, mental health and work: How employees with mental health conditions recount stigma and the pejorative discourse of mental illness. *Human relations*, 71(5), ss. 722-741
- Farooq, K., Lydall, G. J., Malik, A., Ndeti, D. M., ISOSCCIP Group, Bhugra, D. (2014). Why medical students choose psychiatry – a 20 country cross-sectional survey. *BMC Medical Education* 14(12). doi:[10.1186/1472-6920-14-12](https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-12)
- Galetta, A. (2013). *Mastering the Semi-Structured Interview and Beyond: From Research Design to Analysis and Publication*. New York & London: New York University Press
- Gold, C., Rolvsjord, R., Aaro, L. E., Aarre, T., Tjemsland, L., & Stige, B. (2005, Oktober 31). Resource-oriented music therapy for psychiatric patients with low therapy motivation: Protocol for a randomised controlled trial [NCT00137189]. *BMC Psychiatry*, ss. 1-8.
- Gooding, L. F. (2019). Burnout among music therapists: An integrative review. *Nordic Journal of Music Therapy*. 28(5), ss. 426-440.
- Handal, G. (1999) *Kritiske venner: Bruk av interkollegial kritik innen universitetet*. Institutionen för systemteknik
- Hanser, S. B. (2018). *The new music therapist's handbook* (3. utg.). Berklee Press.
- Hankir, A., & Zaman, R. (2013). *Jung's archetype, 'The Wounded Healer', mental illness in the medical profession and the role of the health humanities in psychiatry*. London: BMJ Case Reports. doi:10.1136/bcr-2013-009990
- Hankir, A., Ventriglio, A., & Bhugra D. (2017). Targeting the Stigma of Psychiatry and Psychiatrists. I W. Gaebel, W. Rössler, & N. Sartorius, *The Stigma of Mental Illness - End of the Story?* (ss. 613-626). Cham, Switzerland: Springer.
- Harman, G., & Heath, J. (2017). Australian Country Perspective: The Work of beyondblue and SANE Australia. I W. Gaebel, W. Rössler, & N. Sartorius, *The Stigma of Mental Illness - End of the Story?* (ss.289-316). Cham, Switzerland: Springer.
- Harvey, S., Laird, B., Henderson, M., & Hotoph, M. (2009) *The mental health of healthcare*

- professionals: A review for the Department of Health*. London: National Clinical Assessment Service
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse - ROP lidelser*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykodelidelser*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2016). *Nasjonalt faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Henderson, C., Lacko, S., & Thornicroft, G. (2017). The Time to Change Programme to Reduce Stigma and Discrimination in England and Its Wider Context. I W. Gaebel, W. Rössler, & N. Sartorius, *The Stigma of Mental Illness - End of the Story?* (ss.289-316). Cham, Switzerland: Springer.
- Henderson, R. (2019, Juni 13). The Wounded Healer: A conversation with Thomas Moore, Murray Stein and Russell Lockhart. *Jung Journal*, ss. 115-127.
- Hearn, M. C. (2017). *Music Therapists' Self-Care: Examining the Effectiveness of Educational Preparation for Clinical Practice*. [Masteroppgave]. Lesley University.
- Jenkins, J. H., & Carpenter-Song, E. (2009). Awareness of Stigma Among Persons with Schizophrenia: Marking the Contexts of Lived Experience. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, ss. 520-529.
- Jung, C. G. (1966). Fundamental questions of psychotherapy. I H. Read, M. Fordham, G. Adler, & W. McGuire, *Collected Works of C.G. Jung, Volume 16: Practice of Psychotherapy*. Princeton: Princeton University Press.
- Kirkcaldy, B. (2013). Introduction: When, why and how healers can profit from their own vulnerability? I B. Kirkcaldy, *Chimes of Time: Wounded Health Professionals: Essays on Recovery* (ss. 11-27). Leiden: Sidestone Press.
- Knudsen, J. S., Skånland, M. S., & Trondalen, G. (2014). *Musikk etter 22. juli*. Oslo: NMH-publikasjoner.
- Koljack, C. E., Garcia, M. L. W., & Davis, R. A. (2020) Anti-Stigma Mental Health Panel: An Initiative to Reduce Mental Health Stigma Experienced by Health Professional Students. *Academic Psychiatry*, ss. 246-247
- Lamb, D. H., Presser, N. R., Pfof, K. S., Baum, M. C., Jackson, V. R., & Jarvis, P. A. (1987).

- Confronting professional impairment during the internship: Identification, due process, and remediation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 18, 597–603.  
<https://doi.org/10.1037/0735-7028.18.6.597>
- Landis-Shack, N., Heinz, A. J., & Bonn-Miller, M. O. (2017). Music Therapy for Posttraumatic Stress in Adults: A theoretical review. *Psychomusicology*, 27(4), ss. 334-342.
- Link, B. G., & Stuart, H. (2017). On Revisiting Some Origins of the Stigma Concepts as It Applies to Mental Illness. I W. Gaebel, W. Rössler, & N. Sartorius, *The Stigma of Mental Illness - End of the Story?* (ss. 3-28). Cham, Switzerland: Springer.
- Lunt, H. (2002). The Journey through a Barren Landscape to Practicing Music Therapist. *British Journal of Music Therapy*, 16(2), ss. 72-79.
- MacCulloch, T., & Shattell, M. (2009, Juli 09). Reflections of a "Wounded Healer". *Issues in Mental Health Nursing*, ss. 135-137.
- Moore, C., & Wilhelm, L. A. (2019). A Survey of Music Therapy Students' Perceived Stress and Self-Care Practices, *Journal of Music Therapy*, 56(2), ss. 174–201,  
<https://doi.org/10.1093/jmt/thz003>
- Moore, K. S. (2013). A systematic review on the neural effects of music on emotion regulation: implications for music therapy practice. *Journal of music therapy*, 50(3), ss. 198-242.
- Moran, D. (2018, Januar 01). Mindfulness and the Music Therapist: An approach to self-care. *Qualitative inquiries in music therapy*, ss. 1-42.
- Muellmann, S., Brand, T., Jürgens, D., Gansefort, D., & Zeeb, H. (2021). How many key informants are enough? Analysing the validity of the community readiness assessment. *BMC Research Notes*, 14(85),  
<https://doi.org/10.1186/s13104-021-05497-9>
- Murillo, J. H. (2013). *A Survey of Board-Certified Music Therapists: Perceptions of the Profession, the Impact of Stress and Burnout, and the Need for Self-Care*. [Masteroppgave]. Arizona State University.
- Nardone, G., & Salvini, A. (2007). *The strategic dialogue: Rendering the diagnostic interview a real therapeutic intervention*. Taylor & Francis Group.
- NSD. (u.å.). *Fyll ut meldeskjema for personopplysninger*. Hentet fra Webområde for Norsk Senter for Forskningsdata: [www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/](http://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/)

- Rinker, R. L. (2012). *Guided Imagery and Music (GIM): Healing the Wounded Healer*. I K. Bruscia, *Case Studies in Music Therapy*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Rolvjord (2008). En ressursorientert musikkterapi. I G. Trondalen, & E. Ruud, *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi* (ss. 123- 138). Oslo: NMH-publikasjoner.
- Rolvjord, R. (2014). The Competent Client of Dis-ability. *Voices: A World Forum For Music Therapy*.
- Rowley, A. (2021). Don't forget your oxygen mask! Caring for ourselves so that we can better care for our clients. *British Journal of Music Therapy*, ss. 1-7.  
doi:10.1177/1359457521997793
- Rowling, J. K. (2000). *Harry Potter and the Goblet of Fire*. Scholastic Press.
- Rowling, J. K. (2003). *Harry Potter and the Order of the Phoenix*. Scholastic Press.
- Ruud, E. (1979). *Musikkpedagogisk teori*. Oslo: Norsk Musikforlag A/S.
- Ruud, E. (2009). *Musikk i psykisk helsearbeid med barn og unge*. Oslo: NMH-publikasjoner.
- Ruud, E. (2012). Musicking as Self-Care. I K. Bruscia, *Readings on Music Therapy Theory* (ss. 937-951). Barcelona Publishers.
- Ruud, E. (2013). Music, Grief and Life Crisis. I L. O. Bonde, E. Ruud, M. S. Skånland, & G. Trondalen, *Musical Life Stories: Narratives on Health Musicking* (ss. 165-180). Oslo: NMH-publikasjoner.
- Sandstad, J. H. (2017). *Breathing Meditation as a Tool for Peace Work: A transitional and elicitive method towards healing the healers*. Innsbruck: Springer.
- Sheehan, L., Nieweglowski, K., & Corrigan, P. W. (2017). Structures and Types of Stigma. I: W. Gaebel, W. Rössler, & N. Sartorius, *The Stigma of Mental Illness - End of the Story?* (ss. 43-66). Cham, Switzerland: Springer.
- Sigrid & Bring Me The Horizon (2022). Bad Life [Audio fil]. Spotify.  
<https://open.spotify.com/track/53AyxOqRaXHJHR5XuaR8sc?si=f43a0a355e8b42dc>
- Small, C. (1998). *Musicking: The meanings of performing and listening*. Middletown: Wesleyan University Press.
- Solli, H. P. (2012). Med pasienten i førersetet - Recovery-perspektivets implikasjoner for musikkterapi i psykisk helsearbeid. *Musikkterapi i psykiatrien online*, 7(2), ss. 23-44.
- St. Arnaud, K. (2017). Encountering the Wounded Healer: Parallel Process and Supervision. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 51(2), ss. 131-144.
- Stige, B., & Aarø, L. E. (2012). *Invitation to music therapy*. New York: Routledge.

- Straussner, S. L., Senreich, E., & Steen, J. T. (2018, April). Wounded Healers: A Multistate Study of Licensed Social Workers' Behavioral Health Problems. *Social Work*, ss. 125-133.
- Stutley, M. (2002). *Shamanism: An Introduction*. Taylor & Francis Group.
- Trondalen, G. (2008). Musikkterapi - et relasjonelt perspektiv. I G. Trondalen, & E. Ruud, *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi* (ss. 29-48). Oslo: NMH-publikasjoner.
- Trondalen, G. (2015). Self-Care in Music Therapy: The Art of Balancing. I J. Edwards, *The Oxford Handbook of Music Therapy* (ss. 1-24). Oxford: Oxford University Press.
- Vally, Z. (2019). Mental health stigma continues to impede help-seeking and self-care efforts among trainees in mental health professions. *Perspectives in Psychiatric Care*, ss. 161-162.
- Verhaeghe, M., & Bracke, P. (2012). Associative Stigma among Mental Health Professionals: Implications for Professional and Service User Well-Being. *Journal of Health and Social Behaviour*, 53(1), ss. 17-32
- Viado, L. A. (2015). *Countertransference Experiences of Wounded Healers: A Case Study Approach*. Oakland, California: ProQuest.
- Vos, T., Lim, S. S., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi, M., Abbasifard, M., Abbasi-Kangevari, M., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdelalim, A., Abdollahi, M., Abdollahpour, I., Abolhassani, H., Aboyans, V., Abrams, A., Abreu, L. G., Abrigo, M. R. M., Abu-Raddad, L. J., Abushouk, A. I., . . . Murray, C. J. L. (2020) Global Burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990- 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258) ss. 1204-1222
- Wheeler, S. (2007, Juli 09). What shall we do with the wounded healer? The supervisor's dilemma. *Psychodynamic Practice*, ss. 245-256.
- World Health Organization [WHO]. (2021) *Mental Health Atlas 2020*. Geneva: World Health Organization.
- Zerubavel, N., & Wright, O. M. (2012, September 09). The Dilemma of the Wounded Healer. *American Psychological Association*, ss. 482-491.

# Vedlegg 1 – Godkjent vurdering fra Norsk senter for forskningsdata

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

29.08.2022, 09:51

[Meldeskjema](#) / [«'Wounded healers' i musikkterapi: Musikkterapeuter i arbeid ved p...](#) / Vurdering

## Vurdering

**Dato**  
28.06.2022

**Type**  
Standard

**Referansenummer**  
842126

**Prosjekttittel**  
«'Wounded healers' i musikkterapi: Musikkterapeuter i arbeid ved psykisk helsevern institusjon sine erfaringer med egne psykiske helseutfordringer og 'self-care'».

**Behandlingsansvarlig institusjon**  
Universitetet i Bergen / Fakultet for kunst, musikk og design / Griegakademiet - Institutt for musikk

**Prosjektansvarlig**  
Wolfgang Schmid

**Student**  
Camilla Kolbeinsen

**Prosjektperiode**  
01.08.2021 - 01.09.2022

[Meldeskjema](#) 

**Kommentar**  
Personverntjenester har vurdert endringen registrert i meldeskjemaet.

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

### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Kontaktperson: Olav Rosness, rådgiver.

Lykke til videre med prosjektet!

## Vedlegg 2 – Invitasjon til informanter

### Invitasjon til intervju i masteroppgave

Hei, mitt navn er Camilla, jeg vil gjerne invitere musikkterapeuter som er ansatt i eller har arbeidstilknytning til psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), kommunale tjenester for psykisk helse og rusarbeid eller andre stillinger i psykisk helsevern og rusomsorg til å delta som informanter i masterprosjektet mitt om Wounded Healers og egenomsorg. Invitasjonen gjelder for de nevnte arbeidsformene i opptaksområdene til Helse Bergen og Helse Fonna, i tillegg til kommuner og private og privat-ideelle organisasjoner i Vestland fylke og nordre del av Rogaland fylke. Hovedfokuset i oppgaven er musikkterapeutens egne livserfaringer rundt deres psykiske helse, og jeg vil derfor intervju musikkterapeuter som jobber i psykisk helsevern fordi arbeidsplassen vil forhåpentligvis reflektere musikkterapeutenes tilknytning til essensen av 'the wounded healer'. Essensen i 'the wounded healer' arketypen beskriver mennesker som aktivt går inn for hjelpe andre mennesker som er i utfordrende livssituasjoner som de selv har erfaring med. Mer konkret kan dette beskrive musikkterapeuter som valgte musikkterapiyrket med motivasjon for å støtte mennesker i livskriser som kan ligne en krise som musikkterapeuten selv har gått gjennom. Samtidig i denne oppgaven er egenomsorg, også kalt self-care, kodeordet for selve bearbeidelsen av tidligere livserfaringer. Det ønskede målet med masteroppgaven er å vise musikkterapeuter som medmennesker og likestille dem på et bredere grunnlag med pasientene de behandler.

Ved å stille som informant innebærer det hovedsakelig at du tar del i to intervjuer; intervjuene vil være individuelle og semistrukturerte. Første intervjuet er hovedintervjuet som vil vare ca. 60 min og deltakerne vil få spørsmål knyttet til deres identifisering som en wounded healer, egenomsorgsstrategier, relasjonsbygging med klienter og arbeidsforhold. Det andre intervjuet vil være et oppfølgingsintervju med hensyn til den sensitive tematikken, som tar plass noen uker etter det første intervjuet slik at jeg får tid til å transkribere og sende dette til deltakeren. Deltakeren vil med andre ord få tid i forkant av det andre intervjuet til å gå gjennom transkriberingen og tenke over det som har blitt sagt i hovedintervjuet. I oppfølgingsintervjuet får deltakerne mulighet til å legge til, endre på eller stryke noe av det de har sagt i første intervju. Oppfølgingsintervjuet vil også gi meg muligheten til å dobbeltsjekke og klarere med deltakerne at jeg har forstått og transkribert rett.

#### Kriterier for deltagelse:

- Har på et tidspunkt i livet fått behandling for psykisk helseutfordring
- Har en bevissthet rundt utfordringene de har stått eller står med
- Er ansatt i eller har arbeidstilknytning til psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), kommunale tjenester for psykisk helse og rusarbeid eller andre stillinger i psykisk helsevern og rusomsorg
- Arbeidsformene gjelder for opptaksområdene til Helse Bergen og Helse Fonna, i tillegg til kommuner og private og privat-ideelle organisasjoner i Vestland fylke og nordre del av Rogaland fylke
- Har en godkjent utdanning i musikkterapi

Er du interessert og ønsker å ta kontakt angående deltakelse eller mer informasjon, kan du ringe/sende melding til [ekskludert] eller sende e-post til [ekskludert].

Frist til å sende svar om deltakelse er 21. desember.

Veileder for masteroppgaven er Wolfgang Schmid, professor i musikkterapi ved Universitetet i Bergen.

Med vennlig hilsen,  
Camilla Kolbeinsen  
Masterstudent ved Universitetet i Bergen,  
Integrert masterprogram i musikkterapi



## Vedlegg 3 – Samtykkeskjema

### Vil du delta i forskningsprosjektet

#### *'Wounded healers' i musikkterapi: Musikkterapeuters livserfaringer med egne psykiske helseutfordringer og egenomsorg.*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt som er en del av en masteroppgave i musikkterapi hvor formålet er å intervju musikkterapeuter som en ansatt i eller har arbeidstilknytning til psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), kommunale tjenester for psykisk helse og rusarbeid eller andre stillinger i psykisk helsevern og rusomsorg, for å høre om deres erfaringer med egne psykiske helseutfordringer og deres relasjon til egenomsorg. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Formålet med masteroppgaven er å utforske hvordan musikkterapeuter opptrer som wounded healers innen psykisk helsevern, med spesielt fokus på musikkterapeutens forhold til egenomsorg. «Wounded healers» er en betegnelse på mennesker som inngår i et yrke eller arbeid som reflekterer personens egne livserfaringer, og som føler motivasjon til å hjelpe andre mennesker som opplever å være i en lignende livssituasjon. Masteroppgaven har en hovedproblemstilling og tre underproblemstillinger, og disse fire lyder slik:

Hovedproblemstilling: «Hvordan opplever musikkterapeuten av å være en 'wounded healer' i arbeidet med pasienter i psykisk helsevern, og på hvilke måter utøver musikkterapeuten egenomsorg?»;

1. underproblemstilling: «Hvilke strategier for egenomsorg som musikkterapeuter benytter seg av, kan være nyttig for andre musikkterapeuter?»;
2. underproblemstilling: «Hva betyr beskrivelsen av 'the wounded healer' for musikkterapeuter med tanke på relasjonen mellom musikkterapeut og klient?»;
3. underproblemstilling: «Har musikkterapeuter noen tanker om at musikkterapeuter/helsepersonell kan være i større grad utsatt for stigmatisering i det norske samfunnet for deres egne psykiske helseutfordringer?»

Den endelige masteroppgaven vil bli publisert i monografi format og trolig publisert i artikkelform i en senere tid, og kan inngå i pensum.

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

Wolfgang Schmid er ansvarlig for prosjektet ved Universitet i Bergen, tlf: [ekskludert]; e-post: [ekskludert]

Masterstudent i musikkterapi Camilla Kolbeinsen er forsker i dette prosjektet. Tlf: [ekskludert] ; e-post: [ekskludert]

**Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du blir spurt om å delta fordi du har en godkjent utdanning i musikkterapi og er ansatt i eller har arbeidstilknytning til psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), kommunale tjenester for psykisk helse og rusarbeid eller andre stillinger i psykisk helsevern og rusomsorg, og kan personlig relatere til problemstillingen som er presentert over.

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

Som deltaker skal du delta på to 60 minutters individuelle intervjuer i løpet av høsten 2021. Datainnsamling vil bli gjennomført som individuelle intervjuer i to runder med 3-5 deltakere. Hovedintervjuet vil være et semi-strukturert intervju og du vil få spørsmål knyttet til hovedproblemstillingen og underproblemstillingene. Spørsmålene er av personlig natur og vil dreie seg om dine opplevelser rundt stigmatisering av psykiske helseutfordringer, relasjonsbygging med pasienter og deg selv som musikkterapeut. Dialogen i intervjuet vil være åpent for tanker og kommentarer fra deltaker. Det vil bli tatt lydopptak og notater fra intervjuet som vil bli transkribert og gjort tilgjengelig for deg som deltaker før oppfølgingsintervjuet. Oppfølgingsintervjuet vil arrangeres noen uker etter det opprinnelige intervjuet, slik at du får tid til å lese det ferdige transkriberte dokumentet. I oppfølgingsintervjuet har du mulighet som deltaker å komme med kommentarer, oppklaringer og andre innspill til temaet fra det forrige intervjuet. Dette er for å oppklare utydigheter fra det første intervjuet og å gi deltakerne en mulighet til å tillegge ekstra informasjon om deltakerne mener det er nødvendig. Svarene og kommentarene dine vil være med på å forme og belyse tematikken i masteroppgaven og vil bli lagt stor vekt på. Det vil også bli tatt lydopptak av oppfølgingsintervjuet slik at alle detaljene kommer med. Det er forskeren Camilla Kolbeinsen som gjennomfører og transkriberer intervjuene.

**Det er frivillig å delta**

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

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

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun masterstudenten og veilederen som vil ha tilgang til dine opplysninger. Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode fra masterstudenten og lagret på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Alt datamaterialet blir lagret på en kryptert forskningsserver tilhørende UiB.

I den endelige masteroppgaven kommer alle deltagerne til å bli anonymisert slik at de ikke kan gjenkjennes i publikasjonen. Du vil bli tildelt et alias som knyttes til utsagnene dine gjort under intervjuene. Aliaset kan du bidra med om ønskelig.

**Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 15. mai 2022. All informasjon du har oppgitt, inkludert personopplysninger og opptakene fra intervjuene, vil bli fullstendig slettet ved prosjektslutt.

**Dine rettigheter**

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

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

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

### Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Universitetet i Bergen ved Wolfgang Schmid per e-post: [ekskludert] eller på telefon: [ekskludert]
- Vårt personvernombud: Janecke Helene Veim ved [personvernombud@uib.no](mailto:personvernombud@uib.no)

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

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

*Wolfgang Schmid*  
(Prosjektansvarlig/veileder)

*Camilla Kolbeinsen*  
(Masterstudent/forsker)

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet '*Wounded healers*' i musikkterapi: *Musikkterapeuters livserfaringer med egne psykiske helseutfordringer og egenomsorg.*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i et intervju og et oppfølgingsintervju

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

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 4 – Intervjuguide

| <b>Hovedspørsmål/temaområde</b>  | <b>Oppfølgingsspørsmål</b>   |
|--|--|
| <b>Hvordan opplever du å være en ‘wounded healer’ i arbeidet med pasienter som har psykiske helseutfordringer?</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvordan relaterer du deg selv til en ‘wounded healer’?</li> <li>- Er det noe ved ‘the wounded healer’ som du ikke kan relatere til, eller tenker er feil i utgangspunktet for din egen del?</li> <li>- I hvilken grad tenker du at musikkterapi profesjonen tiltrekker seg personer som kan relatere til the wounded healer fenomenet?</li> </ul> |
| <p><b>På hvilke måter utøver du egenomsorg?</b></p> <p><b>(Er det noen strategier for egenomsorg som du som musikkterapeut benytter deg av, som kan være nyttig for andre musikkterapeuter?)</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hva betyr egenomsorg for deg?</li> <li>- Har du noen opplevelser i yrkessituasjoner der du har hatt spesielt behov for egenomsorg?</li> <li>- Hvilken rolle har musikk som egenomsorg for deg?</li> <li>- Har du noen strategier for egenomsorg som ikke innebærer musikk?</li> </ul>   |
| <b>Hva betyr ‘the wounded healer’ for deg med tanke på relasjonen mellom musikkterapeut og klient?</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Er det noe ved relasjonsbyggingen til pasienter som du tenker kan være utfordrende eller spesielt positivt som en wounded healer?</li> <li>- Fortell hvordan musikk bidrar som en relasjonsbyggende faktor for deg i møte med pasient?</li> </ul>   |
| <p><b>Har du noen tanker om stigma rundt det å ha psykiske helseutfordringer når du er musikkterapeut som helsepersonell?</b></p> <p><b>Både innenfor arbeidsplass og samfunnet generelt?</b></p>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hvordan opplever du stigmatisering av pasienter i norsk psykisk helsevern?</li> <li>- Har du selv opplevd stigmatisering knyttet til psykisk helse?</li> <li>- Er det noe du tenker du kan bidra med for å minske stigma i samfunnet knyttet til psykisk helse, både for pasienter og musikkterapeuter som helsepersonell?</li> </ul>             |