

Musikkterapiens potensial for å fremme sosial samhandling og sosial deltagelse:

En kvalitativ studie om musikkterapeuters arbeid i psykisk
helsevern



Elin Kirkhus Johansen
Masteroppgave i musikkterapi
Griegakademiet - Institutt for musikk
Universitetet i Bergen
Våren 2017

Abstract

Music therapy as a potential to facilitate social interaction and social participation: A qualitative study on how music therapists work in mental health care.

The importance of social engagement in mental health care has gained increased attention during the last decade. Social isolation is associated with an increase in psychiatric symptoms, and a decrease in social recovery. Facilitating social engagement is thus relevant in therapeutic work. This thesis aims to explore how music therapists work to facilitate social interaction and social participation in adult mental health care. The data material consists of semi-structured interviews with four music therapists. Theoretical perspectives of social recovery, stigma and collaborative musicking inform the discussions. Through the thematic analysis some dilemmas were identified concerning how the therapeutic facilitation could both enhance and limit the natural social potential of music, and the clients' agency, which thereby would affect the social engagement of the clients. Thus, awareness of how music therapists should facilitate social interaction and social participation in a way that maximizes the clients' social recovery seems important. The thesis address further implications for practice and research.

Forord

Da var fem år på studiet snart over, og innleveringen av masteroppgaven plutselig rett rundt hjørnet. Det siste året har inkludert utallige timer på lesesalen, litervis med te og kaffe, og en hel del spennende og utfordrende stunder. I den forbindelse er det noen personer som fortjener en ekstra takk.

En stor takk til alle informantene, som villige har gitt av sin tid og gjort denne masteroppgaven ikke bare mulig, men også riktig så spennende! Takk for at dere åpent har delt erfaringer og refleksjoner, og gitt meg innblikk i deres musikkterapeutiske arbeid.

Tusen takk til min veileder, Randi Rolvsjord som har kommet med kloke og grundige tilbakemeldinger gjennom hele skriveprosessen! Takk for at du har tatt deg tid til alle spørsmål, for inspirerende samtaler, og for at du har hatt troen på og engasjement for prosjektet.

Jeg vil også rette en stor takk til alle de flotte folkene jeg har fått studere med de siste fem årene. Dere har lært meg utrolig mye! Takk for alle faglige diskusjoner, kjas og prat, musikalsk samspill, latter og godt selskap. Spesielt takk til Camilla for all kaffe-prat, kollokvier, frustrasjonssamtaler og støtte.

Takk også til min fantastiske familie som har støttet meg gjennom denne prosessen av å skrive masteroppgave. Takk for alle telefonsamtaler, oppmuntring, motivasjon og innkjøp av snacks. Spesielt takk til min mor som korrekturleste oppgaven!

Til slutt en særlig takk til Martin, for at du har tvunget meg til å ta pauser og for all tålmodighet du har vist dette året!

Bergen, Mai 2017

Elin Kirkhus Johansen

Innholdsfortegnelse

1. INTRODUKSJON	5
1.1 TEMA	5
1.2 PERSONLIG MOTIVASJON	6
1.3 SAMHANDLING OG DELTAGELSE SOM SOSIALE BEGREP	7
1.4 PSYKISKE LIDELSER	8
1.5 MUSIKKTERAPI OG SOSIALE PROSESSER I PSYKISK HELSEVERN – TIDLIGERE FORSKNING ..	9
1.6 PROBLEMSTILLING	12
1.7 AVGRENsing.....	13
1.8 DISPOSISJON.....	13
2. METODE.....	14
2.1 FORSKNINGSTRADISJON	14
2.2 DATAINNSAMLING	16
2.2.1 Semi-strukturert intervju	16
2.2.2 Informantutvalg.....	17
2.2.3 Gjennomføring av intervju	18
2.3 ANALYSEPROSESS	19
2.3.1 Transkripsjon	20
2.3.2 Fremgangsmåte.....	21
2.4 REFLEKSIVITET OG ETIKK.....	22
3. TEORETISKE PERSPEKTIV OM SOSIALE PROSESSER	25
3.1 SOSIAL RECOVERY SOM RAMME FOR MUSIKKTERAPEUTISK PRAKSIS.....	25
3.1.1 Recovery-perspektivet som terapeutisk tilnærming.....	25
3.1.2 Empowerment og kontroll i samhandling og deltagelse	26
3.1.3 Positiv identitetsbygging gjennom samhandling og deltagelse.....	27
3.1.4 Sosial kontakt (connectedness).....	28
3.2 STIGMA OG SOSIALE UTFORDRINGER.....	29
3.2.1 Generell forståelse av stigma som sosialt fenomen	30
3.2.2 Stigmatisering av psykiske lidelser	31
3.3 COLLABORATIVE MUSICKING SOM MULIG RESSURS FOR SOSIALE PROSESSER.....	33
3.3.1 Utviklingen mot collaborative musicking.....	33
3.3.2 Collaborative musicking som sosio-musikalsk prosess.....	34

4. ANALYSE AV EMPIRI.....	37
4.1 MUSIKKTERAPI SOM NATURLIG SOSIAL LÆRINGSARENA	37
4.2 FREMME LIKEVERDIG RELASJON OG SAMARBEID.....	39
4.3 KOMPETANSELÆRING I PRAKSIS GJENNOM BEVISSTGJØRING.....	42
4.4 TILRETTELEGGE FOR POSITIV SOSIAL ERFARING	45
4.5 SOSIAL KONTAKT GJENNOM TILGANG TIL SOSIALE ARENAER	49
5. DISKUSJON.....	54
5.1 MUSIKKENS SOSIALE POTENSIAL VERSUS AKTIV TILRETTELEGGING	55
5.2 TERAPEUTENS TILRETTELEGGING VERSUS KLIENTENS AGENCY	59
5.3 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS	62
5.4 VIDERE FORSKNING OG KRITIKK AV STUDIEN	63
6. KONKLUSJON.....	65
7. LITTERATURLISTE	66
8. VEDLEGG.....	74
VEDLEGG 1: VEILEDENDE INTERVJUGUIDE	74
VEDLEGG 2: NSD-KVITTERING.....	76
VEDLEGG 3: INFORMASJONSSKRIV OG SAMTYKKEERKLÆRING	78

1. Introduksjon

1.1 Tema

Psykisk helsevern, og synet på psykiske lidelser, har endret seg mye de siste tiårene, fra å hovedsakelig være et medisinsk fagfelt innen lukkede institusjoner, til i de senere årene å bygge på tverrfaglig samarbeid innen både lukkede og åpne avdelinger, samt polikliniske - og kommunale tilbud (Pedersen, 2002). Særlig stor har dreiningen vært fra et tidligere sterkt fokus på symptomreduksjon, til større vektlegging av brukermidvirkning, mestring, livskvalitet og, ganske nylig, mulighet for medikamentfri behandling (Helsedirektoratet, 2013, 2016a). Dette har åpnet for et mer kontekstualisert syn på psykiske lidelser, med større fokus på blant annet sosiale prosesser. Særlig recovery-tradisjonen har her vært viktig, hvor vektleggingen av personlig bedring har fremmet viktigheten av blant annet sosiale faktorer og deres innvirkning på den psykiske helsen (Slade, 2009; Tew et al., 2012). Utviklingen i psykisk helsevern har åpnet opp for økt fokus på samhandling og deltagelse. Denne dreiningen synes altså å gi større åpenhet for tverrfaglig arbeid, og vil slik, sammen med de nye nasjonale faglige retningslinjene for psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013), kunne styrke implementeringen av musikkterapi i norsk psykisk helsevern.

I norsk musikkterapi står de samfunns- og ressursorienterte perspektivene sammen med den humanistiske tradisjonen sterkt, noe som har bidratt til en relasjonell og kontekstuell forståelse av mennesket (Ruud, 2008, 2010; Stige, 2002; Trondalen, 2008). Med dette flerdimensjonale synet på mennesket som både organisme, person og samfunnsvesen, vektlegges den enkelte persons særegne intensjonalitet, selvbestemmelse og autonomi (Ruud, 2008). I et slikt humanistisk perspektiv anses altså andre menneskers påvirkning på egen mulighet for utfoldelse som viktig, og musikkterapi må slik vurderes ut fra kontekstuelle, kulturelle og systemiske aspekt (Ruud, 2008). Begrepet *samhandling* ble tidlig tatt i bruk i norsk musikkterapi-litteratur av Ruud (1990, s. 23). Ruud argumenterte for å bruke dette begrepet for å beskrive utvekslingen av musikalske handlinger som skjer i musikkterapi. Ruuds (1990) definisjon av musikkterapi her som: ”bruk av musikk til å gi mennesker nye handlemuligheter” (s. 24) åpner for et bredere spekter av handlemuligheter i deltagelse, og blir fortsatt brukt i argumentasjon for sosialt orientert arbeid i musikkterapeutisk praksis (Procter, 2011; Stige, 2006). Arbeid med *deltagelse* og inkludering i samfunnet ble særlig fremhevet ved samfunnsmusikkterapiens fremvekst på tidlig 2000-tallet, noe som også bidro til et mer kontekstualisert syn på helse og terapi. (Ansdell, 2002; Stige, 2002, 2003).

Kontekstuelle perspektiv blir også fremmet i Rolvsjords (2010) ressursorienterte musikkterapi hvor blant annet arbeid med klientens sterke sider, gjensidig samarbeid og brukermedvirkning fremheves for å motvirke ujevne maktrelasjoner som kan begrense samhandling og deltagelse. De siste årene har også recovery-tradisjonen, som fremhever sosiale faktorerers innvirkning på den psykiske helsen, blitt fremtredende i musikkterapi (Solli, 2012; Solli, Rolvsjord & Borg, 2013). Dette har bidratt til ytterligere økt fokus på sosialt orientert arbeid i musikkterapeutisk praksis, spesielt innen psykisk helsevern.

Temaet for denne masteroppgaven er musikkterapiens potensial for å fremme sosial samhandling og sosial deltagelse innen psykisk helsevern. Jeg har valgt å gjennomføre dybdeintervju med musikkterapeuter som jobber på distriktpspsykiatriske sentre [DPS] om deres erfaringer med slikt arbeid. Målet er at intervjuene vil gi større innsikt i hvordan musikkterapeuter i psykisk helsevern arbeider med sosial samhandling og sosial deltagelse. Tematikken vil bli belyst med utgangspunkt i et bredt teoretisk diskursfelt, med hovedvekt på *sosial recovery*, *stigma* og *collaborative musicking*.

1.2 Personlig motivasjon

I tillegg til utviklingen mot et større fokus på sosialt orientert arbeid i psykisk helsevern, har min interesse for temaet vært viktig for valg av masteroppgave. Psykisk helse har lenge vært et tema jeg har funnet interessant, og musikkterapi praksis tilknyttet studiet – samt andre arbeidserfaringer, har forsterket dette engasjementet. Erfaringer med hvordan psykiske lidelser påvirker en persons hverdag og muligheter, og spesielt fortellinger om stigmatisering, ekskludering og tap av sosialt liv, har gjort inntrykk. I musikkterapi praksisen på studiet har jeg imidlertid også fått erfare hvordan klienter har fått stort utbytte av musikk som sosial ressurs. Gjennom dette har det kommet nye fortellinger om hvordan deltagelse i musikalske fellesskap oppleves som særs viktig i en hverdag som ellers stort sett tilbringes alene. Videre har jeg opplevd hvordan flere klienter også har tatt med musikken ut fra musikkterapitimene og inn i hverdagslivene sine ved eksempelvis å vise venner og familie låter de har spilt, gjennom å bruke musikk som trygt samtaleemne i sosiale settinger og gjennom deltagelse i musikkaktiviteter i lokalmiljøet. Det har virket som at dette har hatt særlig stor betydning for klientene og deres livskvalitet, og at musikkterapi her har vært et viktig verktøy for å kunne skape slik sosial kontakt. Alle disse erfaringene skapte en nysgjerrighet på hva vi som musikkterapeuter gjør for å fremme og tilrettelegge for slike sosiale prosesser.

Masteroppgaven ble slik en fin mulighet til å utforske dette temaet.

1.3 Samhandling og deltagelse som sosiale begrep

Det anvendes mange ulike begrep rundt sosiale prosesser, deriblant sosial samhandling, sosial deltagelse, sosial kapital, sosial støtte, sosiale nettverk, sosialt stress, og sosial interaksjon. Hovedfokuset for masteroppgaven vil være på *sosial samhandling* og *sosial deltagelse*, og i det følgende vil jeg derfor redegjøre for forståelsen av disse to begrepene.

Sosial samhandling beskrives gjerne som samspill mellom to eller flere personer som agerer og kommuniserer med hverandre, og er slik nært tilknyttet begrepet interaksjon (Noack, 2014). Særlig viktig er gjensidig deltagelse og engasjement for involvering i den sosiale aktiviteten (Noack, 2014). Individets involvering og engasjement kan her være av ulik type og grad, og de sosiale aktivitetene kan være mer eller mindre pre-konstruerte. I denne teksten vil jeg bruke begrepet sosial samhandling i tilknytning til interaksjonen som skjer i musikkterapitimene.

Sosial deltagelse omhandler også interaksjon, men er mer rettet mot deltagelse i samfunnet.

Begrepet samfunn favner vidt og omfatter både relasjonelle samfunn, som eksempelvis familie, og geografiske samfunn, som by og land (Stige & Aarø, 2012, s. 90).

Samfunnsdeltagelse vil slik inkludere involvering i blant annet kultur, livssyn, arbeid, utdanning og fritidsaktiviteter. Involvering, eller deltagelse, i samfunnet kan videre bidra til hva Stige og Aarø (2012, s. 90) omtaler som "sense of community", altså sosial tilhørighet, en faktor som anses som viktig for livskvalitet. Sosial deltagelse vil i denne teksten omhandle klienters videre interaksjon og sosiale musikkbruk i hverdagsliv og samfunnsstrukturer.

Samhandling og deltagelse anses altså som sosiale begrep som begge omfatter kontakt mellom to eller flere personer gjennom involvering i henholdsvis mellom-menneskelige interaksjoner eller samfunnsstrukturer. Begrepene kan også forstås som prosesser ved at både samhandling og samfunnsdeltagelse krever kontinuerlig involvering for å opprettholdes, og slik også vil være i konstant utvikling. Det legges videre til grunn en kontekstuell forståelse hvor kontekst og strukturelle faktorer anses å ha innvirkning på individets muligheter for samhandling og deltagelse. Positive erfaringer med sosial samhandling og sosial deltagelse vil også kunne fremme andre sosiale prosesser som økt *sosialt nettverk*; de personer man har kontakt med i hverdagen, *sosial støtte*; opplevd og faktisk tilgang til hjelp fra andre, og *sosial*

kapital; de faktorer i en gruppe som brukes som ressurser og bidrar til felles involvering i aktiviteter (Stige & Aarø, 2012, s. 93-106).

1.4 Psykiske lidelser

Allerede fra fødsel av viser spedbarn sterk preferanse for sosial kontakt og mennesker blir slik født med en sosial motivasjon samt sosiale ferdigheter som imitasjon og blikk-kontakt (Hart & Schwartz, 2009). Den tidlige sosiale interaksjonen er særlig viktig for barnets videre sosiale utvikling, men problemer med sosial fungering kan oppstå i alle faser av livet og av mange ulike årsaker. Et område hvor problemer med sosial samhandling og sosial deltagelse er relativt, vanlig er ved psykiske lidelser hvor sosial isolasjon ofte anses som en del av sykdomsbildet (Dalgard, 2006).

Psykiske lidelser beskrives av Helsedirektoratet (2015a) som ”symptomer som påvirker tanker, følelser, væremåte og samvær med andre” (s. 27) og er slikt et vidt begrep hvor samværsproblemer i stor grad tilknyttes sykdommens symptomer. Psykiske lidelser diagnostiseres i henhold til diagnosemanualene ICD-10 og DSM-5. Disse manualene er begge vide i sine inklusjons- og eksklusjonskriterier og kritiseres av enkelte for i for liten grad å ta hensyn til kontekstens innvirkning på psykiske lidelser (Maddux, 2002). Et slikt kontekstuet perspektiv synes viktig ettersom også faktorer i omgivelsene kan medvirke til og forsterke samværsproblemer.

Psykiske lidelser medfører store personlige konsekvenser blant annet ved at det ofte fører til nedsatt somatisk helse, færre personlige relasjoner, stigmatisering, redusert livskvalitet og økt dødelighet (Helsedirektoratet, 2015a). Videre blir særlig sosial isolasjon forbundet med dårlige prognoser, spesielt ved psykoselidelser (Mäkinen, Mieltunen, Isohanni & Koponen, 2008). Også de samfunnsøkonomiske konsekvensene er store. Prevalensen av psykiske lidelser er høy og voksende. Ifølge Helsedirektoratet (2016b) mottok 144 000 voksne i Norge behandling i 2015. Generelt anslås det at omlag 30-50 prosent av den voksne befolkningen vil få en psykisk lidelse i løpet av livet (Helsedirektoratet, 2015a). Helse-omsorgsdepartementet (Helsedirektoratet, 2015a) beregner at ca. 70 milliarder kroner årlig går til uføretrygd, tapt arbeidskraft ved arbeidsløshet eller tidlig død, og behandling som følge av psykiske lidelser.

Årsakene til psykiske lidelser er komplekse og det finnes ingen enhetlig årsaksforklaring. En ofte brukt modell i nyere tid er stress-sårbarhetsmodellen hvor enkelte individ tenkes å være

biologisk predisponert med større sårbarhet for psykiske lidelser som så kan utløses av stressende situasjoner i miljøet (Mykletun, Knudsen & Mathiesen, 2009). Denne modellen fokuserer særlig på resiliens- og risikofaktorer hvorav sosiale faktorer anses som viktige. Blant disse synes faktorer som sosial støtte, sosial mestringsevne og sosial isolasjon som særlig betydelige (Dalgard, 2006).

Årsakene til at personer med psykiske lidelser ofte har manglende sosial kontakt kan være mange og sammensatte. Lidelsen kan i seg selv tenkes å medføre dårlig sosial fungering eksempelvis ved at forvrengt virkelighetsoppfattelse og redusert selvbevissthet vil kunne vanskeliggjøre interaksjon med andre. Stigmatisering følger gjerne psykiske lidelser, og kan videre lede til sosial eksklusjon og diskriminering fra sosiale settinger (Perkins & Repper, 2013). Slik ekskludering gir færre sosiale erfaringer og kan bidra til at lidelsen blir vesentlig for identitetsoppfattelsen (Norvoll, 2002). Selv-isolering kan slik oppstå både grunnet frykt for utestengelse, samt ved at den stigmatiserende identiteten internaliseres. Også innleggelse kan føre til utfordringer med sosialisering ved å føre til færre sosiale erfaringer. Sosiale utfordringer kan slik skyldes både sykdom og omgivelser, og en helhetlig og kontekstuell forståelse er derved nødvendig.

Sosiale prosesser synes altså å ha stor innvirkning på den psykiske helsen. Arbeid med å tilrettelegge for deltagelse, sosial støtte og sosiale nettverk anses derfor som et viktig tverrsektorielt mål i norsk psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2015a). Sosialt orientert arbeid anses dermed som viktig både med tanke på samfunnets fordeler ved dette og individets muligheter for bedring og livskvalitet.

1.5 Musikkterapi og sosiale prosesser i psykisk helsevern – tidligere forskning

For å utforske temaet rundt *sosial samhandling* og *sosial deltagelse* i musikkterapi innen psykisk helsevern ble det gjennomført et litteratursøk. Etersom det brukes svært ulik terminologi valgte jeg å søke relativt bredt, med fokus på tekster som omhandlet musikkterapi med voksne i psykisk helsevern. Det ble foretatt søk i databasene Oria, PsycInfo, PubMed og Rilm med ulike kombinasjoner av følgende søkeord; 'music therap*', 'social', 'interact*', 'participa*', 'mental' og 'psykiatr*'. Kun tilgjengelige studier skrevet på engelsk eller skandinaviske språk ble inkludert. Jeg fant frem til relevant skandinavisk-språklig litteratur gjennom å gjøre et manuelt søk. Det vil her fremlegges forskning som *særlig* fokuserer på

musikkterapi og sosial samhandling og/eller sosial deltagelse innen psykisk helsevern. Studier som kun nevner sosiale faktorer uten nærmere beskrivelse eller drøfting, vil ikke inkluderes grunnet relevans og tekstens omfang.

Effektforskning viser at musikkterapi synes å ha god effekt på sosialt funksjonsnivå, relasjonelle- og sosiale ferdigheter og generelt på å bidra til å redusere negative symptomer hos personer med psykiske lidelser (Erkkilä et al., 2011; Gold et al., 2013; Gold, Solli, Krüger & Lie, 2009; Mössler, Chen, Heldal & Gold, 2011; Mössler, Fuchs, et al., 2011). Dette gjelder særlig for personer med schizofreni-liknende lidelser eller depresjon. Musikkterapiens effekt på negative symptomer synes spesielt viktig ettersom annen behandling her har liten eller ingen effekt (Gold et al., 2009). Videre viser funn i denne studien en sterk korrelasjon mellom antall musikkterapi timer og bedringspotensial hvorav mer en tjue timer synes å gi moderat effekt, samt at bruk av kvalifiserte musikkterapeuter gir best effekt. Det er også gjort studier på musikkterapiens effekt på stigma og sosial støtte, hvor førstnevnte viser signifikant funn for edukativ musikkterapi over kontroll-gruppe, mens sistnevnte ikke kunne vise til signifikante funn (Silverman, 2013, 2014).

En systematisk gjennomgang av musikkterapeutiske arbeidsmetoder i psykisk helsevern, viser at bedring av non-verbal kontakt med andre, relasjonsbygging, samarbeid, bevissthet rundt egen interaksjon og sosialisering er vanlige målsettinger (Carr, Odell-Miller & Priebe, 2013). Mössler, Assmus, Heldal, Fuchs og Golds studie (2012) viser at metoden som blir brukt mest, og som synes mest effektiv for å øke sosialisering hos psykisk syke personer med særlig lav motivasjon, er re-produksjonsteknikker. Det beskrives derimot ikke konkret hvordan det jobbes med disse metodene og målsettingene, og få studier synes å beskrive dette.

Også kvalitative studier påpeker viktigheten av sosialt orientert arbeid i musikkterapi. Klienter selv beskriver at de opplever musikkterapi som en trygg arena hvor terskelen for deltagelse er lavere enn i andre sosiale settinger (Solli, 2008; Solli et al., 2013). Dette gir større mulighet og trygghet til å involvere seg i musikkterapi, samt øve på sosiale ferdigheter og samhandling (Procter, 2011). Klienters erfaringer av musikkterapi som trygg sosial arena kan også komme av det brede musicking-begrepet som ofte anvendes i musikkterapi som gir rom for større aksept for ulike grader og former for deltagelse (Ansdell, 2014). Et slikt åpent musiserings-begrep vil kunne åpne opp for en praksis hvor klientene får nye muligheter for

deltagelse i sosiale situasjoner og samsvarer slik godt med Ruuds (1990) definisjon av musikkterapi som nevnt ovenfor.

Personer med psykiske lidelser kan imidlertid også bruke musikk isolerende (Hense, McFerran & McGorry, 2014). Musikkterapi kan her være en viktig brobygger mellom klienters musikalske identitet og den sosiale omverdenen og slik fremme recovery (Hense & McFerran, 2017; Hense et al., 2014). Dette kan videre føre til sosial tilhørighet (Ansdell, 2010a, 2010b) noe som også beskrives som viktig av klientene selv (Solli et al., 2013). Dette kan tilknyttes Ansdells (2014) *collaborative musicking* hvor den medfødte evnen til kommunikativ musikalitet utvikles til sosio-musikalsk interaksjon. Som Ansdell (2014) skriver: ”Musicking is a bridge both to being someone and belonging somewhere” (s. 151).

Studier om brukererfaringer og case-studier viser at sosial samhandling i musikkterapi også synes å bidra til økt livskvalitet og motivasjon, og til å fremme sosiale ressurser som klientene kan anvende ellers i hverdagsliv og samfunn (Ansdell & Meehan, 2010; Næss & Ruud, 2007; Rolvsjord, 2013; Solli, 2014; Solli & Rolvsjord, 2015; Solli et al., 2013; Stige, 2011).

Musikkterapi kan altså ha innvirkning også på tvers av ulike sosiale kontekster.

Empowerment, agency, resiliens mot stigma og positiv identitet fremlegges av de overnevnte studier som særlig viktige faktorer for utvikling av sosial samhandling og sosial deltagelse.

Blant annet beskriver Solli (2014) hvordan musikkterapi kan bygge positiv identitet hos klienter som videre kan fungere som resiliens mot stigma og ha positiv sosial innvirkning.

Rolvsjord (2013) beskriver også hvordan klienter bruker musikk som sosial ressurs i ulike sosiale settinger og argumenterer for at det derved burde fokuseres mer på nettopp det kryss-kontekstuelle samspillet mellom musikkterapi og hverdagsliv. Et slikt kontekstuellet syn på musikkterapi vil skille seg fra konvensjonell terapipraksis og omhandle samarbeid heller enn intervensjon (Rolvsjord & Stige, 2013; Stige, 2011).

Musikkens kontaktskapende potensial kan, ifølge Procter (2006, 2011), forklares med bakgrunn i menneskers medfødte evne til kommunikativ musikalitet i samspill med de regler, normer og strukturer som musikk bygger på. Dette kan øke individets sosiale samhandling og sosiale deltagelse ved at musikken gir klare rammer for involvering, samt kan bidra til gode relasjonelle erfaringer. Disse kan videre øke individets *musikalske kapital* som gjennom musikalsk deltagelse vil føre til sosial kapital, ifølge Procter (2004), samt sosial støtte som kan bidra til at involvering i andre sosiale settinger blir lettere. Eksempelvis viser en

masteroppgave (Muruges, 2012) at deltagelse i kor kan bidra til økt sosial støtte, samt gjennom mestringsopplevelser gi sosiale ringvirkninger som fremmer sosial kapital.

Det kan altså synes som at musikkterapeutisk forskning på sosial samhandling og sosial deltagelse i psykisk helsevern i hovedsak omhandler klienters fordeler og muligheter ved slikt arbeid. Konkret *hvordan* det jobbes med dette omtales imidlertid i mindre grad, og også musikkterapeuters egne beskrivelser av og erfaringer med slikt arbeid synes å være noe manglende.

1.6 Problemstilling

Musikkterapi synes altså å ha potensial i arbeid med sosial samhandling og sosial deltagelse, og konsekvensene både for person og samfunn tilsier at slikt arbeid er viktig. Hvordan musikkterapeuter jobber for å fremme og tilrettelegge for dette er derimot noe uklart, og tidligere forskning synes her noe manglende. Spesielt få tekster beskriver musikkterapeuters erfaringer med slikt arbeid. Forståelse vil her være viktig spesielt ettersom sosiale prosesser har stor innvirkning på risiko og resiliens, samt bedringsmuligheter ved psykiske lidelser (Dalgard, 2006). Dette, sammen med min personlige motivasjon for temaet, ledet frem til følgende problemstilling:

Hvordan beskriver musikkterapeuter eget arbeid med å fremme og tilrettelegge for sosial samhandling og sosial deltagelse for voksne med psykiske lidelser?

Ved å bruke ordet *beskriver* i problemstillingen ønsker jeg å påpeke at funnene, ved bruk av intervju som metode, vil være verbale beskrivelser av musikkterapeutenes erfaringer. Fokuset er imidlertid på musikkterapeutens erfaringer med hvordan de jobber med sosiale prosesser, heller enn på hvordan de beskriver dette.

Masterstudien er altså tenkt som en utforsking av dette temaet. Det vil nødvendigvis trenges ytterligere forskning for å få et mer helhetlig bilde, og masterstudien tenkes dermed kun som en begynnelse her. For å konkretisere problemstillingen og fokuset for masteroppgaven har jeg utformet noen forskningsspørsmål:

- 1) *Hva slags fokus* har musikkterapeuter på å fremme og tilrettelegge for sosial samhandling og sosial deltagelse?¹
- 2) *Hvordan* legger musikkterapeuter til rette for sosial samhandling og sosial deltagelse i sin praksis og *på hvilke arenaer* foregår dette?
- 3) *Hvilke erfaringer og refleksjoner* har musikkterapeuter rundt muligheter og utfordringer med slikt arbeid?

1.7 Avgrensning

Masteroppgaven vil avgrenses til musikkterapeutisk arbeid med *voksne* personer med psykiske lidelser. Dette grunnet oppgavens omfang, men også ettersom psykiske lidelser oftest fremtrer i ung voksen alder (Mykletun et al., 2009). Avgrensninger med tanke på diagnoser vil ikke foretas ettersom musikkterapeuter i psykisk helsevern gjerne arbeider med forskjellige klienter og derved kan få vansker med å skille refleksjoner rundt egen praksis.

Generelt dekker *psykisk helsevern* de hjelpeinstanser som utreder og behandler psykiske lidelser, og inkluderer slik både spesialiserte psykiatriske sykehus, DPS og privatspesialister (Helsedirektoratet, 2015b). Denne oppgaven vil derimot omhandle musikkterapeutisk arbeid på DPS, ettersom dette vil muliggjøre en mer dyptgående analyse og forståelse av hvordan musikkterapeuter driver sosialt orientert arbeid der.

1.8 Disposisjon

Introduksjonen har presentert oppgavens tema og bakgrunn. Neste kapittel vil omhandle forskningstradisjon, de metodiske valgene som er tatt i forsknings- og analyseprosessen samt refleksive og etiske aspekt ved masterstudien. Deretter følger et teorikapittel hvor sosial recovery, stigma og collaborative musicking legges frem som tre teoretiske perspektiv for sosiale prosesser. Etter dette kommer et analysekapittel hvor informantenes beskrivelser og refleksjoner presenteres. Videre kommer en diskusjonsdel hvor de empiriske funnene drøftes i lys av teori og forskning, før en avsluttende konklusjon.

¹ Det er her gjort en forenkling av forskningsspørsmålet fra NSD-søknaden og informasjonsskrivet.

2. Metode

I dette kapittelet vil jeg beskrive metodiske valg som har vært grunnlag for forskningsprosessen. Jeg har anvendt en kvalitativ forskningsmetode med bruk av intervju og gjennomført en tverrgående tematisk innholdsanalyse med abduksjon som strategi. Jeg vil i det følgende beskrive hvilken forskningstradisjon studien stiller seg inn i, metode for datainnsamling, analyseprosessen, samt refleksive og etiske aspekt ved masterstudien.

2.1 Forskningstradisjon

En studies formål danner gjerne grunnlag for metodiske valg (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 140). Formålet med masterstudien er å utforske musikkterapeuters arbeid med sosiale prosesser med fokus på deres opplevelser og erfaringer med dette. Et slikt fokus peker mot en kvalitativ tilnærming. I kvalitativ forskning utforsker man gjerne fenomenet i sin naturlige setting med hensikt å forstå, tolke, beskrive og/eller kritisere empirien som innhentes, og en slik tilnærming åpner for ulike perspektiv på virkeligheten (Wheeler & Kenny, 2005). Empirien bygger her på tekstmateriale fra observasjon, samtale eller skriftlig kildemateriale som innhentes, analyseres og drøftes systematisk (Malterud, 2011). Ved å anvende en kvalitativ metode vil jeg slik kunne oppnå nyanserte og detaljerte beskrivelser (Ryen, 2002).

Et viktig fundament for forskning og metodiske valg, er synet på kunnskap og mening, altså spørsmål knyttet til epistemologi. Ved å intervju musikkterapeuter om deres erfaringer og opplevelser vil empirien påvirkes både av informantenes tolkninger, samt av meg som intervjuer og i forskerrollen, gjennom hvordan og hvilke spørsmål som stilles, og ved analyse - og drøftingsarbeid. Samsillet mellom meg som intervjuer og musikkterapeutene som informanter vil derved ha innvirkning på meningen som skapes, og kunnskapen er derved ikke en enhetlig objektiv sannhet som 'graves frem' slik den anses i en mer objektivistisk epistemologi (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2011). Et konstruktivistisk kunnskapssyn hvor mening blir konstruert og re-konstruert gjennom beskrivelser og erfaringer (Wheeler & Kenny, 2005) er slik mer sammenfallende med mitt prosjekt, og knytter seg også nært til kvalitativ metode. I konstruktivismen anerkjennes det at mennesker har ulike sannheter og tolkninger av samme fenomen, og med dette perspektivet vil man søke innsikt i disse. Slik vil meningskonstruksjonen foregå gjennom hele forskningsprosessen og også påvirkes av forutgående erfaringer og forforståelse.

Selv om studien forsøker å forstå informantenes førstehåndserfaringer med sosialt orientert arbeid som fenomen, og slik kan forstås som en fenomenologisk studie (Ghetti, 2016), dreier vektleggingen av forståelse og fortolkning studien over i en mer hermeneutisk forskningstradisjon. Valget av hermeneutikk som tilnærming har også vært influert av at dette er en vanlig forskningstradisjon i norsk musikkterapi og dermed har hatt stort fokus under utdanningen. Studien vil altså stille seg i en hermeneutisk forskningstradisjon med epistemologisk grunnlag i konstruktivismen.

I hermeneutikken er fortolkning særs viktig (Kvale & Brinkmann, 2015). Denne fortolkningen vil være kompleks ettersom den påvirkes av mange faktorer som forskerens kultur, fagtradisjon, historiske omgivelser, egne erfaringer og forforståelse med mer (Alvesson & Sköldberg, 2009). I tillegg vil som nevnt disse faktorene også gjelde for informantenes tolkninger. Disse fortolkningsprosessene og forforståelsen anses i hermeneutikken som både nødvendige og uunngåelige, og det vektlegges derfor fokus på bevisstgjøring og refleksivitet (Malterud, 2011). Ettersom informantenes forforståelse påvirket deres beskrivelser av eget arbeid, noe som ofte kom til uttrykk gjennom et teoretisk tuftet språk, ble det viktig for meg å forsøke å forstå bakgrunnen for disse tolkningene og slik sette meg inn i deres forståelse. Samtidig påvirket også mine egne erfaringer og forforståelse forskningen, noe som krevde en refleksiv og bevisst holdning fra min side. Jeg valgte derfor å skrive refleksjonsnotat under forskningsprosessen.

I en hermeneutisk forskningstradisjon vil man tolke delene ut ifra sin helhet og helheten ut fra delene (Kvale & Brinkmann, 2015). Del og helhet sammenfattes slik i en sirkulær prosess hvor begge informerer hverandre og leder til nye perspektiv og ny kunnskap, ofte kjent som den hermeneutiske sirkel (Alvesson & Sköldberg, 2009). Samtidig kan også forforståelsen og forståelsen anses å inngå i en slik sirkulær prosess (Alvesson & Sköldberg, 2009). Ved å gå frem og tilbake i denne prosessen vil man altså oppnå flere perspektiv rundt temaet man studerer, og slik få større innsikt og forståelse. I studien forsøkte jeg å forstå hver enkelt informants utsagn, samtidig som jeg i analyseprosessen også forsøkte å sette disse opp mot helheten ved å se på likheter og forskjeller mellom beskrivelsene, samt belyse funnene opp mot relevant teori og kontekst. Ved å veksle mellom egen forforståelse, empiri og teori, gikk jeg slik inn i en hermeneutisk sirkel hvor min forståelse for temaet gradvis ble utvidet.

2.2 Datainnsamling

2.2.1 Semi-strukturert intervju

Kvalitativ forskning foregår gjennom systematisk innsamling av tekstmateriale, og det finnes flere strategier for slik datainnsamling (Malterud, 2011). Valget om å utforske temaet i masteroppgaven gjennom semi-strukturerte intervju falt likevel ganske naturlig. Semi-strukturerte intervju er en mye brukt metode innen kvalitativ forskning (Ryen, 2002), og var derved noe jeg hadde god kjennskap til fra før. Også vektleggingen av musikkterapeutenes *beskrivelser* og *erfaringer* i problemstillingen gjorde dette til et passende valg ettersom kvalitative intervju har som formål å få innsikt i hvordan informantene ”beskriver opplevelsene sine eller artikulere handlingsvalgene sine” (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 20). Ved at jeg valgte å vektlegge opplevelser og erfaringer ble andre metoder, som eksempelvis observasjon, mindre relevante ettersom disse ikke ville kunne besvare problemstillingen like godt. Intervju som metode syntes altså å kunne gi god dybdeinnsikt i problemstillingen.

Kvalitative intervju kan variere i grad av struktur og fleksibilitet, og valget her vil påvirke datamaterialet. I semi-strukturerte intervju er det gjerne utarbeidet visse hovedspørsmål eller temaer på forhånd i en intervjuguide, mens formuleringer, rekkefølgen på spørsmålene samt oppfølgingsspørsmålene er fleksible (Kvale & Brinkmann, 2015; Ryen, 2002). En slik delvis strukturering syntes hensiktsmessig i min masteroppgave ettersom det muliggjorde et visst fokus i intervjuene, men samtidig åpnet opp for beskrivelser og tematikk som deltagerne selv fant viktig, og som jeg som intervjuer kanskje ikke tenkte på å spørre om.

Jeg tok i intervjuguiden utgangspunkt i forskningsspørsmålene og utarbeidet intervju spørsmål til hvert av disse (Se vedlegg 1). En slik todeling bidrar til å holde intervju spørsmålene relevante for problemstillingen og åpner for både teoretiske og dagligdagse spørsmålsformuleringer (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 163). Spørsmålene ble formulert relativt åpne, slik at min forforståelse ikke skulle begrense informantenes beskrivelser for mye, men samtidig såpass spesifikke at samtalen holdt seg relevant. Det ble forsøkt å utforme så nøytrale spørsmål som mulig med fokus på både negative og positive erfaringer. Intervju spørsmålene forutsetter at deltagerne er kjent med og har erfaring fra sosialt orientert arbeid i musikkterapi. Dette ble imidlertid ikke ansett som problematisk ettersom det ble foretatt et hensiktsmessig informasjonsrikt utvalg. Jeg valgte å ikke fokusere for mye på de teoretiske perspektivene i intervjuguiden. Dette fordi formålet ikke var å ’teste ut’ teoriene,

men heller at teoriene skulle kunne belyse de empiriske funnene ytterligere gjennom drøftingen i etterkant. For å få mer konkret innsikt i musikkterapeutenes arbeid og erfaringer, spurte jeg også etter praksiseksemppler. Dette syntes viktig for at informantenes utsagn ikke skulle bli for abstrakte og generelle (Malterud, 2011, s. 67).

For å bli trygg i rollen som intervjuer, samt for å teste ut intervjuguiden, gjorde jeg et prøveintervju med en medstudent før jeg intervjuet informantene. Gjennom prøveintervjuet ble det blant annet tydelig at enkelte spørsmål kunne trenge omformulering og at det kunne være nyttig å ha enkelte spørsmål tidligere i intervjuet. I tillegg var prøveintervjuet nyttig ettersom det gjorde meg mer bevisst på grad av styring i samtalen, å gi informanten nok betenkningstid, samt å kunne komme med gode avklaringer uten å begrense informantens beskrivelser.

2.2.2 Informantutvalg

Utvalg av informanter ble gjort blant kvalifiserte musikkterapeuter som jobber eller har jobbet på DPS i Norge. Jeg valgte å avgrense arbeidskonteksten til DPS ettersom sosialt orientert arbeid på denne arenaen er mer vanlig innen psykisk helsevern, samt gir rom for større variasjon i musikkterapeutiske arbeidsformer. I tillegg ville valg av et bredt spekter av arbeidskontekster kunne blitt problematisk med tanke på anonymisering ettersom det i enkelte kontekster jobber særlig få musikkterapeuter. En slik avgrensning av arbeidskontekst til DPS vil fungere som et *homogent utvalg* (se Patton, 2002), og vil kunne gi dypere innsikt i musikkterapeutisk arbeid innen denne konteksten.

Utvalgsstørrelsen i masteroppgaven er fire informanter. Dette antallet syntes passelig for å kunne gjøre en grundig og overkommelig analyse med tanke på masteroppgavens omfang og tidsperiode. For mange informanter kan, ifølge Malterud (2011), føre til en for overflatisk analyse, samt gjøre det vanskelig å få oversikt over datamaterialet. Hvilken utvalgsstørrelse som er formålstjenlig vil likevel avhenge av studiens formål og omfang.

I prosessen med informantutvalg var det ønskelig med musikkterapeuter med *særlig* erfaring fra sosialt orientert arbeid på DPS. Det ble altså foretatt et *hensiktsmessig utvalg* (engelsk: purposeful sampling). Her velges informasjonsrike deltagere, og utvalgsmetoden er god dersom man ønsker dybdeinnsikt i et tema (Patton, 2002, s. 230-245). Det finnes flere strategier for å utføre et slikt hensiktsmessig utvalg. Til masteroppgaven ønsket jeg

informanter som hadde nok erfaring med sosialt orientert arbeid til å besvare problemstillingen, men som ikke skilte seg for mye fra normal musikkterapeutisk praksis ettersom dette kunne vanskeliggjøre en tydelig beskrivelse og analyse. Et *intensitets-utvalg* ble derfor naturlig. Her velges informanter som har god kjennskap til det aktuelle temaet, men som ikke er ekstreme tilfeller eller avviker særlig fra annen praksis (Patton, 2002, s. 234). For å finne frem til slike informanter diskuterte jeg med veileder hvilke musikkterapeuter i feltet som kunne være aktuelle, og om det, av økonomiske årsaker i forbindelse med reising, var praktisk mulig å intervju disse. I tillegg ble det tatt kontakt med en musikkterapeut som har god oversikt over hvem som jobber/har jobbet på DPS i Norge. En slik fremgangsmåte for å finne informasjonsrike informanter kalles gjerne *kjede-utvalg* (Patton, 2002, s. 237).

Variasjonsbredde mellom informantene kan være viktig for å få frem nyanser av samme fenomen (Malterud, 2011), men vil kunne være vanskelig ved små utvalg (Patton, 2002). Hvilke variasjoner som er av betydning vil avhenge av studiens problemstilling. I utgangspunktet ønsket jeg å rekruttere både kvinnelige og mannlige musikkterapeuter fordi det her vil kunne være ulikheter mellom kjønnene i arbeidsformer og fokus, eksempelvis ved at instrumentvalg ofte er kjønnsfordelt (Halstead & Rolvsjord, 2017). Det ble imidlertid ikke mulig å rekruttere kvinner ettersom få kvinnelige musikkterapeuter jobber på DPS på Vestlandet. Som nevnt vil det ellers være minimum variasjon, altså et homogent utvalg, i arbeidskontekst, men det har innenfor dette vært tilstrebet variasjon i arbeidsform mellom informantene.

Førstegangskontakt ble opprettet ved epost hvor informasjonsskriv og samtykkeskjema ble vedlagt. De aktuelle informantene ble bedt om å ta kontakt dersom de var interessert i å delta. Deretter ble tid og sted for intervjuet avtalt. Samtykkeskjema ble underskrevet i forbindelse med intervjuet.

2.2.3 Gjennomføring av intervju

Jeg valgte å selv gjennomføre intervjuene, hovedsakelig fordi dette gav meg mulighet til å lede intervjuene i de retningene som syntes mest interessante og relevante for problemstillingen. Intervjuene varte omtrent en time og ble tatt opp med lydopptaker. Bruk av lydopptaker anses gjerne som hensiktsmessig ved kvalitative intervju ettersom notering underveis kan virke forstyrrende, og kan gjøre det vanskelig å få notert tilstrekkelig informasjon (Ryen, 2002). Lydopptak kan imidlertid virke sjenerende for enkelte informanter.

Ettersom mine informanter alle var musikkterapeuter anså jeg dette som mindre problematisk, men informerte likevel om bruk og lagring av lydopptak i starten av intervjuene. Tre av intervjuene foregikk på informantenes arbeidsplass ettersom dette var mest hensiktsmessig for informantene med tanke på blant annet tidsbruk. Det fjerde intervjuet ble av praktiske årsaker holdt på et kontor på Griegakademiet.

Innledningsvis i intervjuene fikk informantene informasjon om muligheten for å trekke seg, formålet med studien, samt påminnelse om anonymisering av eventuelle tredjepersoner i henhold til NSDs merknader (se vedlegg 2). Jeg gav også en kort avklaring av hovedbegrepene *sosial samhandling* og *sosial deltagelse* for at det ikke skulle oppstå misforståelser rundt begrepsbruk. Ettersom begrepene i stor grad går inn i hverandre gav jeg også påminnelser underveis i intervjuet dersom jeg merket at det oppstod forvirring. Jeg forsøkte likevel å gjøre dette på en måte som ikke virket belærende ettersom dette ville kunne påvirket intervjusituasjonen negativt.

Intervjuguiden ble brukt som utgangspunkt for intervjuene, men spørsmålene ble stilt i ulik rekkefølge ettersom samtalene tok ulike retninger. Det ble her viktig å ha god oversikt over intervjuguiden, slik at spørsmålene kom naturlig i samtalen. Ettersom informantene var et ekspert-utvalg med mye kunnskap om temaet, snakket de ofte lenge om egne erfaringer og refleksjoner uten tilrettelegging fra min side. Det ble her viktig for meg å bruke kroppsspråk for å anerkjenne informantenes uttalelser, og samtidig være årvåken for å få tak i viktige moment som jeg ønsket å følge opp videre. Mot slutten av intervjuet fikk informantene mulighet til å komme med ting de ønsket å si som ikke hadde kommet opp under intervjuet. Slik fikk jeg også innsikt i andre aspekt av temaet som jeg selv ikke hadde tenkt på, samtidig som informantene fikk anledning til å fortelle om sin opplevelse av intervjuet og eventuelle spørsmål tilknyttet dette. Avslutningsvis fikk informantene informasjon om muligheten for gjennomlesing av transkripsjon.

2.3 Analyseprosess

Analyse av kvalitative data handler om å organisere, fortolke og sammenfatte empirien (Malterud, 2011). I tråd med en hermeneutisk tankegang forsøkte jeg å være åpen og refleksiv rundt hvordan egen forforståelse og fortolkning påvirket analyseprosessen. Ettersom jeg ønsket å få større innsikt i hvordan musikkterapeuter jobber på DPS spesielt, bestemte jeg tidlig at en tverrgående analyse kunne være passende. Her sammenfattes informasjon fra

forskjellige informanter, og metoden egner seg særlig dersom man ønsker å få tak i nye beskrivelser (Malterud, 2011, s. 94). Etter å ha lest meg opp på ulike analysemetoder valgte jeg videre å gjøre en tematisk innholdsanalyse med abduksjon som strategi. Abduksjon er en hermeneutisk orientert strategi hvor man kombinerer induksjon og deduksjon, men også vektlegger forståelse (Alvesson & Sköldberg, 2009).

2.3.1 Transkripsjon

Transkripsjon beskrives gjerne som ”å transformere” eller ”skifte fra en form til en annen” (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 205), og omhandler i dette tilfellet en oversettelse fra talespråk til skriftspråk. Kvale og Brinkmann (2015) beskriver hvordan transkripsjonsprosessen er en strukturering av intervjusamtalene som letter senere analysearbeid, samtidig som det å transkribere også anses som en del av analyseprosessen.

Jeg transkriberte selv lydopptakene etter hvert enkelt intervju, ettersom jeg da husket intervjusituasjonen godt. For å lettere transkribere intervjusamtalene, reduserte jeg hastigheten på lydopptakene ved hjelp av programmet ExpressScribe. Dersom noe var vanskelig å høre, spolte jeg tilbake og/eller markerte det som uhørlig i teksten. Jeg skrev direkte om til bokmål for å bevare anonymiteten til deltagerne, og valgte å ikke notere ned dersom et enkeltord ble gjentatt flere ganger på rad ettersom dette ville gjort utsagnene tyngre å lese, samt kunne bidratt til å latterliggjøre informantene. Videre valgte jeg å notere ned følelsesuttrykk, slik som latter, i klammetegn, samt ’hm’, ’eh’, og ’...’ ved lengre pauser. I tillegg til dette brukte jeg anførselstegn der informantene demonstrerte direkte tale. Jeg valgte å gjøre dette for at de skriftlige utsagnene skulle bli mer lettfattelige og nærmere opp mot den naturlige samtalen, ofte omtalt som talespråkstil (Kvale & Brinkmann, 2015), og slik bevare meningsinnholdet. I tillegg til dette ble det brukt klammetegn med forklaring der informantene beskrev noe som kunne bryte med anonymiteten, eksempelvis [by] istedenfor navnet på byen.

Etter å ha lyttet til opptakene i redusert hastighet, lyttet jeg gjennom intervjusamtalene i normal hastighet, mens jeg leste gjennom transkripsjonen. Jeg lyttet da ekstra gjennom de delene som jeg under transkripsjonen hadde markert som uhørlig. Etter å ha transkribert alle intervjuene slettet jeg lydopptakene som beskrevet i NSD-søknaden.

2.3.2 Fremgangsmåte

I arbeidet med analysen brukte jeg ingen spesifikk metodisk fremgangsmåte, men det er nærliggende å beskrive analysen hovedsakelig som en tematisk analyse. Tematisk analyse brukes gjerne for å identifisere, analysere og tolke ”patterns of meaning (’themes’)” innen kvalitative data (Clarke & Braun, 2017, s. 297). I analysearbeidet tok jeg utgangspunkt i relevante metodiske strategier hentet fra Malterud (2011), Kvale og Brinkmann (2015) og Ryen (2002).

Etter transkripsjonen startet jeg med å lese gjennom alle intervjuene i sin helhet for å få oversikt over datamaterialet. Dette kan være nyttig for å få overblikk over viktige temaer som går igjen i intervjuene (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2011). Ved andre gjennomlesning begynte jeg å kode intervjuene ved hjelp av analyseprogrammet Nvivo. Koding er nyttig for å kategorisere kvalitativt datamateriale (Kvale & Brinkmann, 2015). Under kodingen gikk jeg gjennom hver setning og avsnitt av intervjuene, og dannet nøkkelord til kodene. Disse nøkkelordene kom ofte ut i fra informantenes egne beskrivelser, og kan slik knyttes til det Kvale og Brinkmann (2015, s. 227) omtaler som datastyrt analyse, altså at man starter uten koder, og deretter utvikler disse gjennom tolkning av empirien. Ettersom jeg foretok en tverrgående analyse ble intervjuene ikke skilt fra hverandre i kodingsprosessen, og en kode kunne slik inneholde sitat fra flere intervju. Jeg gikk gjennom alle intervjuene og kodet dem to ganger. Dette fordi det underveis kom opp nye koder i intervju som jeg kanskje hadde oversett i andre. Da jeg var ferdig med dette reorganiserte jeg kodene, slo sammen koder som omhandlet det samme, og delte kodene inn i temaområder, også kalt kategorier. Jeg hadde på dette tidspunktet mange koder og temaområder, og ønsket å organisere disse mer hensiktsmessig. For å bedre forstå sammenhengen og forskjellene mellom temaområdene skrev jeg et kort sammendrag av hvert av dem som et refleksjonsnotat. Dette kan minne noe om det Malterud (2011) omtaler som *tekstkondensering*. Dette gav meg en ny oversikt over datamaterialet som jeg så kunne se i lys av problemstillingen og de teoretiske perspektivene, noe som videre førte til nok en reorganisering, og omformulering av temaområdene. Deretter foretok jeg en ny gjennomlesning av intervjuetranskripsjonene for å forsikre meg om at de nye temaområdene fortsatt stemte overens med informantenes helhetlige utsagn. Dette analysesteget kan tilknyttes *rekontekstualisering* (Malterud, 2011), men også til hermeneutikkens vekslings mellom del og helhet. Analyseprosessen fulgte altså følgende syv punkter:

1. Gjennomlesning av intervjutranskripsjoner
2. Koding av intervju
3. Reorganisering og kategorisering av koder
4. Sammendrag av temaområder
5. Betraktning av temaområder i lys av problemstilling og teoretiske perspektiv
6. Re-organisering av temaområder
7. Ny gjennomlesning for rekontekstualisering

Analyseprosessen er slik inspirert av abduksjon som strategi hvor man veksler mellom å induktivt kode data ut fra empirien og deduktivt betrakte dataene opp mot teorien (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 224). En slik form for abduksjon er særlig hensiktsmessig når man ønsker å få økt forståelse for et tema og når datamaterialet omhandler ”menneskers uforutsigbare verden” (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 225). I min analyse gav teoriene et forståelsesgrunnlag som påvirket både intervjuene og min forståelse av dem, mens induktiv analyse av empirien også kunne nyansere de teoretiske perspektivene. Slik ble empiri informert av teori og motsatt, noe som bidro til å utvide forståelsen av temaet. Denne prosessen mellom teori og empiri kan beskrives som en hermeneutisk prosess hvor;

The analysis of the empirical fact(s) may very well be combined with, or preceded by, studies of previous theory in the literature; not as a mechanical application on single cases but as a source of inspiration for the discovery of patterns that bring understanding. (Alvesson & Skoldberg, 2009, s. 4)

En slik form for analyse synes altså å passe godt til mitt masterprosjekt. Å trekke teori inn i analyseprosessen syntes hensiktsmessig ettersom sosial samhandling og sosial deltagelse i stor grad er teoretiske begrep, samt at informantene ofte hadde et teoretisk tuftet språk. Bruk av teori i analysen kan derimot stå i fare for å begrense fortolkningen av empirien (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 268). Dette var noe jeg forsøkte å være bevisst gjennom hele prosessen, og medførte at jeg flere ganger vekslet mellom temaområdene, teoriene og de helhetlige intervjutranskripsjonene.

2.4 Refleksivitet og etikk

Min forforståelse, bakgrunn og erfaringer har påvirket forskningsprosessen. Egne erfaringer fra psykisk helsevern og musikkterapi praksis på studiet har gitt meg et grunnlag for å tenke at

musikkterapi har et potensial for å fremme sosial samhandling og sosial deltagelse. På den ene siden har denne bakgrunnen gitt meg en større forståelse for temaet, noe som kan bidra til bedre forståelse for informantenes beskrivelser. På den andre siden kan dette også virke negativt ved at mine underliggende forventninger til funn og min forforståelse kan ha begrenset informantenes beskrivelser. Å legge vekk disse forkunnskapene virket derimot både umulig og lite hensiktsmessig i forskningsprosessen, i samsvar med en hermeneutisk forskningstradisjon (Kvale & Brinkmann, 2015). Det har altså vært viktig å være reflektiv over disse prosessene, og jeg har derfor forsøkt å være åpen for både negative og positive opplevelser blant annet gjennom eksplisitt å spørre etter dette under intervjuene.

Et viktig aspekt er altså å være reflektiv over er ens egen rolle som forsker (Kvale & Brinkmann, 2015). Etersom jeg var ny i rollen som intervjuer var informantenes ekspertrolle, som beskrevet tidligere, både utfordrende og nyttig. Det at informantene selv snakket mye, gjorde meg i begynnelsen usikker på om jeg var styrende nok i intervjuene slik at samtalen holdt seg relevant. Dette var derfor noe jeg reflekterte mye over i løpet av datainnsamlingsperioden. Også det å skulle bryte av informantene der samtalen 'fløt utover' var i begynnelsen utfordrende, særlig ettersom jeg som student hadde stor respekt for musikkterapeutene i feltet. Informantenes ekspertrolle gav likevel også muligheten for å få innsikt i nye interessante innfallsvinkler til temaet som jeg selv ikke hadde tenkt over.

For å bli mer bevisst min egen forskerrolle valgte jeg å skrive refleksjonsnotat under hele forskningsprosessen. Refleksjonsnotatene mine omhandlet blant annet hvilke valg som ble tatt underveis, og refleksjon rundt positive og negative sider ved disse, samt refleksjon rundt egne tanker om valg av tema og min påvirkning på empirien. Refleksjonsnotatene ble viktig i forskningsprosessen ettersom de gjorde at jeg reflekterte mer over hvilke valg jeg tok og hvorfor, i tillegg til at jeg senere også kunne gå tilbake til og vurdere disse valgene i etterkant. Malterud (2011) beskriver at bevisstgjøringen som skjer ved å skrive refleksjonsnotat kan være nyttig i forskningsprosessen, og også vil hjelpe med å gjøre forskningen mer transparent.

Forskningsprosjektet ble meldt til Norsk senter for forskningsdata [NSD] for godkjenning. Jeg beskrev her forskningsprosjektet, og presiserte at datamaterialet ville anonymiseres ved transkripsjon, at lydfilene, oppbevart på passord-beskyttet pc, ville slettes umiddelbart etter dette, og at transkripsjonene ville slettes ved prosjektslutt. Jeg rapporterte også om hvordan rekruttering av informanter ville foregå. Etersom forskningsprosjektet involverer

personopplysninger ble det vurdert av NSD som meldepliktig etter personopplysningslovens §31 og godkjent forutsatt at prosjektet ble gjennomført som beskrevet (se vedlegg 2).

Tilstrekkelig informasjon om forskningsprosjektet er viktig for at informantene skal kunne ta stilling til deltagelse, og informert samtykke er derfor etisk svært viktig (Malterud, 2011). I forbindelse med NSD-søknaden utarbeidet jeg derfor et informasjonsskriv og samtykkeskjema i tråd med NSD sin mal (se vedlegg 3). Jeg forklarte her formålet med studien, hva deltagelse innebar, samt hvordan opplysninger ville oppbevares og hvem som ville ha tilgang til disse. Informantene fikk tilbud om å lese gjennom transkripsjonen for deres intervju for å rette opp i eventuelle feiloppfatninger, og det ble presisert at de når som helst kunne trekke seg uten å oppgi grunn. Ingen av informantene valgte å trekke seg, og to ønsket å lese gjennom transkripsjonen og/eller de direkte sitatene fra sitt intervju som ble brukt i masteroppgaven.

Konfidensialitet og anonymisering er særs viktige etiske aspekt og omhandler at personer ikke skal kunne identifiseres gjennom direkte eller indirekte informasjon gjennom forskningen (Kvale & Brinkmann, 2015). Ettersom musikkterapi er et forholdsvis lite fagmiljø valgte jeg å anonymisere både personopplysninger, bakgrunnsopplysninger og institusjon, og dette ble gjort allerede ved transkripsjon. Videre ble intervjuene som nevnt direkte transkribert til bokmål for å minske risiko for gjenkjennelse ved dialekt. Informantene ble også bedt om å anonymisere eventuelle tredjepersoner som ble beskrevet under intervjuet. Også NSD påpekte viktigheten av taushetsplikten her (Se vedlegg 2).

3. Teoretiske perspektiv om sosiale prosesser

I dette kapittelet vil jeg presentere tre teoretiske perspektiv; *sosial recovery*, *stigma* og *collaborative musicking*, hvorav de to førstnevnte omfatter forholdet mellom sosiale prosesser og psykiske lidelser, mens sistnevnte handler om forholdet mellom sosiale og musikalske prosesser. Teoriene er valgt på bakgrunn av at de bidrar til å forklare og påpeke muligheter og begrensninger til musikkterapeutisk arbeid med sosial samhandling og sosial deltagelse i psykisk helsevern. De teoretiske perspektivene som presenteres vil som nevnt informere analysen.

3.1 Sosial recovery som ramme for musikkterapeutisk praksis

Sosial recovery handler om hvordan sosiale faktorer og prosesser påvirker den psykiske helsen. God sosial samhandling og sosial deltagelse anses her som viktig ettersom det motvirker barrierer mot, og fremmer muligheter for bedring, og slik gir implikasjoner for sosialt orientert arbeid i musikkterapeutisk praksis. Jeg vil i det følgende beskrive recovery-perspektivet og recovery som behandlingstilnærming, og deretter legge frem hvordan empowerment, identitet og sosial kontakt påvirker og påvirkes av sosiale faktorer.

3.1.1 Recovery-perspektivet som terapeutisk tilnærming

Recovery-perspektivet oppstod på 1960-1970 tallet som en reaksjon fra brukerbevegelsen på den medisinske modellens kliniske sykdomsfokus i psykisk helsevern (Anthony, 1993). Brukere fremhevet her personlig bedring og muligheten for å leve meningsfulle liv på tross av lidelsen (Anthony, 1993). Recovery omhandler slik bedring som prosess på ulike livsområder, heller enn fullt symptomfravær som det kliniske meningsbegrepet recovery indikerer. Recovery er slik forenelig med den humanistiske musikkterapitradisjonen som står særlig sterkt i Norge (McCaffrey, Edwards & Fannon, 2011; Solli et al., 2013). Recovery vektlegger altså personlig endring og *personlig recovery* beskrives gjerne som:

[A] deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness. (Anthony, 1993, s. 15)

Fra å være et perspektiv innen brukerbevegelsen har recovery i økende grad blitt implementert som behandlingstilnærming (Harper & Speed, 2012). Her finnes flere begrep

som brukes ulikt, fra *klinisk recovery* som omhandler symptomfravær, *personlig recovery* som vektlegger individets kontroll over egen personlige bedringsprosess, til *sosial recovery* som i tillegg til den personlige prosessen fokuserer på hvordan sosiale faktorer har innvirkning på bedring. Slik ulik bruk har ført til diskusjoner om hva recovery er og hvordan/om det burde anvendes i terapi (Davidson & Roe, 2007). Enkelte kritiserer recovery som terapeutisk tilnærming for å være for individualiserende og 'normaliserende' (Harper & Speed, 2012; Rose, 2014). Jeg vil derfor spesifikt knytte an til tekster om sosial recovery ettersom dette begrepet i større grad også vektlegger samfunnets påvirkning på recovery-prosessen, altså det sosiale og kontekstuelle aspektet.

Sosial recovery kan beskrives som muligheten for å leve meningsfulle liv som deltagende og aktive samfunnsborgere, og det fokuseres her særlig på hvilke, og dels hvordan, sosiale faktorer påvirker bedringsprosessen (Tew, 2013). Terapeutens rolle er her å maksimere støtte for individets recovery-prosess (Tew et al., 2012). Dette omfatter både arbeid med individets tilgang til aktiviteter og sosial kapital, samt arbeid med samfunnets strukturer for å bidra til inkludering (Tew et al., 2012). Det har gjennom forskning blitt identifisert fem viktige hovedprosesser i personlig recovery: Empowerment/kontroll, positiv identitet, sosial kontakt (engelsk: connectedness), håp og mening - på engelsk ofte forkortet til akronymet CHIME (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams & Slade, 2011). De tre førstnevnte her anses som særlig betydelige i sosial recovery (Tew et al., 2012). Disse prosessene er som nevnt også viktige i musikkterapeutiske tilnærminger som ressursorientert musikkterapi, recovery-orientert musikkterapi, og samfunnsmusikkterapi. Musikkterapi i arbeid med recovery synes altså hensiktsmessig.

3.1.2 Empowerment og kontroll i samhandling og deltagelse

I recovery-litteraturen beskrives empowerment og grad av kontroll som en faktor som påvirker sosial bedring i stor grad. Empowerment beskrives gjerne som individets evne og mulighet til å gjenvinne kontroll over eget liv og innvirkning på samfunn, og vil kunne påvirkes av både interne og eksterne faktorer (Mezzina et al., 2006; Tew et al., 2012). Interne barrierer kan eksempelvis være symptomer og selvstigmatisering, mens eksterne barrierer kan være innleggelse og stigmatisering på sosialt og strukturelt nivå

Tilgang til kontroll vil altså kunne begrenses gjennom relasjonelle forhold og empowerment knyttes slik nært opp mot maktrelasjoner. Maktforhandlinger kan her arte seg både i

strukturelle settinger som eksempelvis ved lovfestede rettigheter, og i dagligdagse sosiale settinger som eksempelvis ved mangel på faktisk innflytelse i sosiale grupper. Arbeid med sosial recovery vil slik kunne inkludere tilrettelegging for å endre ”disabling social situations” (Tew et al., 2012, s. 446). Også i terapien vil det kunne oppstå en maktrelasjon mellom terapeut og klient som vil kunne hindre god sosial samhandling. Det kan her være en tendens til at terapeuten betraktes som ekspert, mens klienten fremstilles som svak (Maddux, 2002; Rolvsjord, 2014a). For å fremme empowerment vil det derved være viktig å forsøke å utligne denne ulikheten som også oppstår i terapien, eksempelvis ved at individet får større innflytelse på terapiprosess og bedringsprosess. Slik *agency* hvor klienten blir den aktive agenten, beskrives i recovery-litteraturen gjerne som ”the ability to view oneself as a person capable of choosing, initiating, doing and accomplishing things in the world” (Slade, 2009, s. 197), men vil også omfatte en persons faktiske muligheter. Det vil slik være et samspill mellom individets *agency* og sosiale samfunnsstrukturer (Rolvsjord, 2014b).

Klientens tilgang til kontroll vil altså også virke inn på tilgangen til sosiale settinger, og derved sosial samhandling og sosial deltagelse. Samtidig vil positive sosiale opplevelser kunne fremme empowerment, og musikkterapi kan her tenkes å fungere som sosial ressurs. Empowerment forekommer slik på ulike livsarenaer og kombinerer individuelt rettet arbeid med positiv identitet, self-efficacy; tro på egen mestringsevne, og identifisering av personlige styrker og ressurser, med et kollektivt samfunnsrettet arbeid som fokuserer på utvikling av ’makt sammen’, sosial inkludering, og sosial kapital (Tew et al., 2012). Manglende empowerment vil altså kunne påvirke tilgangen til gode sosiale erfaringer gjennom samhandling og deltagelse, og slik hindre sosial recovery.

3.1.3 Positiv identitetsbygging gjennom samhandling og deltagelse

Psykiske lidelser kan ha negativ innvirkning på ens personlige og sosiale identitet, og vil i stor grad påvirke ens sosiale samhandling og sosiale deltagelse. Gode sosiale relasjoner og tilhørighet vil her kunne bidra til å re/konstruere en positiv identitet gjennom å anerkjenne individets styrker og ressurser (Mezzina et al., 2006). Arbeid med sosial recovery inkluderer slik også arbeid med identitetsoppfattelse, og inkluderer nødvendigvis individets helhetlige identitet også utover identiteten som psykisk syk.

Positiv identitetsbygging vil også påvirkes av det Tew (2013) omtaler som *personlig kapital*, det vil si resiliens og kunnskap om sosiale koder. Slik resiliens mot eksempelvis stigma, og

tiltro til egen kunnskap og evner vil være viktig for å tørre å involvere seg i sosiale situasjoner, og derved få positive sosiale erfaringer som kan støtte sosial recovery. Her vil det også være viktig at den sosiale konteksten er åpen, aksepterende og støttende til eventuell atferd som av samfunnet anses som 'unormal'.

3.1.4 Sosial kontakt (connectedness)

Å opprette og opprettholde gode gjensidige interpersonlige relasjoner er viktig i sosial recovery. Slike relasjoner i den *interpersonlige sfæren* som Mezzina et al. (2006) omtaler det som, vil særlig kunne støtte bedringsprosesser dersom de består av personer som 'er der' konsekvent over tid, som gjør mer enn det som forventes av dem og som gjør 'noe annet', det vil si noe som ikke inngår i personens normale rolle. Dette gjelder både personlige relasjoner til familie og venner, men også profesjonelle relasjoner til sykepleiere, psykologer, musikkterapeuter og lignende. Forskning viser her at klienter selv opplever gode profesjonelle relasjoner med vekt på samarbeid og gjensidighet som viktigere for recovery-prosessen enn behandlingen i seg selv (Schön, Denhov & Topor, 2009). Gjennomgående er også viktigheten av at personene i relasjonen anerkjenner hverandres evner, og at samhandlingen består av gjensidig forhandling og innvirkning. Dette vil igjen kunne bidra til økt self-efficacy og personlig agency. Arbeid med sosial recovery vil slik inkludere arbeid med interpersonlige relasjoner gjennom "enabling the person with mental health difficulties to move into a position of increasing autonomy and reciprocity – with the positive risk-taking that is required by both parties if this is to happen" (Tew et al., 2012, s. 452). Jeg vil påpeke at slik *enabling* vil kreve tilrettelegging av samfunnet så vel som arbeid med individet selv. Som tidligere nevnt kan arbeid med recovery stå i fare for å bidra til normalisering og ansvarliggjøring av individet, og derved overse de politiske, sosiale og økonomiske aspektene (Harper & Speed, 2012; Rose, 2014). Det vil altså være viktig å anerkjenne disse aspektene og fremme større aksept for ulikhet i samfunnet.

Den relasjonelle kapitalen som oppstår gjennom positiv sosial kontakt, gir sosial, emosjonell og praktisk støtte, og kan slik være viktig for videre sosial recovery (Tew, 2013).

Interpersonlige relasjoner bygger individets sosiale nettverk, noe som er viktig for bedringsprosessen ettersom slike relasjoner blant annet gir tilgang til faktiske og potensielle ressurser, ofte kalt sosial kapital (Tew, 2013). Sosiale relasjoner kan derimot også fungere som barrierer mot sosial recovery dersom de er av en negativ karakter. I tillegg vil store sosiale nettverk kunne virke stressende og negativt for enkelte personer, og slik føre til

tilbakefall. Mulighet for å trekke seg tilbake, slappe av og gjenvinne kontroll når/hvis det behøves kan her være en mulig mestringsstrategi.

En annen side av sosial kontakt er det som omhandler sosial kapital og inkludering i samfunnet. Denne siden av sosial kontakt involverer både den subjektive opplevelsen av tilhørighet og rollen som samfunnsborger (engelsk: citizenship), og oppstår gjennom sosiale nettverk og deltagelse i meningsfull sosial aktivitet i samfunnet (Tew et al., 2012). Slik inkludering i samfunnsarenaer gir mulighet for utvikling og utprøving av ulike roller, som igjen kan ha innvirkning på empowerment og identitet. Samfunnsdeltagelsen kan dog begrenses av stigma og andre faktorer som materielle og økonomiske ressurser (Mezzina et al., 2006; Tew, 2013). Eksempelvis vil mangel på arbeid ikke bare begrense muligheten til denne sosiale erfaringen, som for øvrig også er et viktig samtaleemne i andre sosiale settinger, men også økonomisk begrense tilgangen til sosiale arenaer som eksempelvis fritidsaktiviteter, konserter og andre kulturtilbud, samt mulighet for å kjøpe instrumenter og tilgang til øvingslokaler eller videre musikkundervisning etter endt musikkterapi.

I sosial recovery beskrives det altså hvordan sosial samhandling og sosial deltagelse kan påvirke og påvirkes av hovedprosessene i bedringsprosessen, og dermed hvorfor slikt arbeid er viktig. Sosial recovery handler altså om å tilrettelegge for positive valg og muligheter innen sosiale settinger ved å opprette støttende, aksepterende og ikke-stigmatiserende omgivelser. Som Ware et al (2007) skriver: ”To ensure capability, social circumstances must offer opportunities for individual competency to be developed and exercised” (s. 470). Det er altså viktig med sosiale kontekster som gir mulighet og rom for slik sosial utvikling og øvelse. Arbeid med sosial samhandling og sosial deltagelse vil altså inkludere arbeid for å fremme empowerment, positiv identitet og sosial kontakt både gjennom individuelt og samfunnsrettet arbeid, men med fokus på at individet selv driver den terapeutiske prosessen mot recovery. Slikt fokus i musikkterapeutisk praksis har blitt særlig belyst gjennom ressursorientert musikkterapi som vektlegger gjensidighet og anerkjennelse av ressurser, og samfunnsmusikkterapi hvor arbeid med samfunnsstrukturer vektlegges (Rolvsvjord, 2010; Stige & Aarø, 2012).

3.2 Stigma og sosiale utfordringer

Begrepet stigma fikk særlig hovedvekt innen sosiologien på 1960-tallet, men stigmatisering rundt psykiske lidelser er, dessverre, fortsatt vanlig og kan fungere som barriere for sosiale

prosesser som samhandling og deltagelse. I stigma-litteratur vektlegges det hvordan strukturelle og sosiale faktorer kan skape sosiale utfordringer, og slik påvirke bedringsprosessen. Det kontekstuelle perspektivet som recovery-perspektivet kritiseres for å mangle, inkluderes slik i stigma-perspektivet. Sosialt orientert arbeid i musikkterapi vil følgelig kreve arbeid og bevissthet rundt stigma. Jeg vil her først gi en generell beskrivelse av stigma og hvordan stigmatiserende holdninger oppstår og arter seg, og deretter knytte stigma opp mot psykiske lidelser.

3.2.1 Generell forståelse av stigma som sosialt fenomen

Å kategorisere personer og grupper etter visse attributter, kan generelt anses som en form for 'kognitiv effektivitet' for hukommelsen ved at grupperinger gjør det lettere å huske og hente frem informasjon (Myers, 2012). I sosiale settinger vil personer tillegges visse egenskaper ut fra atferd og utseende, og slik kategoriseres og tildeles det Goffman (1986) omtaler som *virtuell sosial identitet*. Denne kategoriseringen vil videre påvirke hvilke forventninger man har til personens atferd og hvordan den relasjonelle samhandlingen vil foregå. Den virtuelle sosiale identiteten man tildeles er derimot ikke nødvendigvis lik ens *faktiske sosiale identitet*, det vil si de attributter og kategorier som egentlig stemmer om en person (Goffman, 1986). Det kan altså oppstå en uoverensstemmelse her. Ved stigma vil den virtuelle sosiale identiteten bestå av fordommer og negative dekrederende stereotypier (Goffman, 1986). Personer som aksepterer slike negative stereotypier som sanne for en gruppe vil utvikle negative følelser og emosjonelle reaksjoner som medfører stigmatisering av personer som tilhører gruppen (Corrigan & Rao, 2012). Dette vil ofte lede til sosial ekskludering og diskriminering, og slik begrense mulighetene til sosial deltagelse for den stigmatiserte. Slike stereotypier kan videre bidra til å danne grunnlag for teorier og ideologier som underbygger de negative karaktertrekkene, og bidra til å ytterligere nedvurdere personen som 'unormal' og 'avvikende' (Goffman, 1986). Slik kategorisering kan også fungere som sosial kontroll ved at samfunnet utfører formelle og uformelle sanksjoner mot personer som avviker for mye fra samfunnets normer, og knytter seg slik også til avviksteori (Norvoll, 2013).

Generelt kan man skille mellom tre nivå av stigma som alle står i gjensidig relasjon; strukturell stigma, sosial stigma og internalisert stigma (Livingston & Boyd, 2010). Strukturell stigma refererer til et systemisk nivå hvor politikk, lover og maktenheter utøver restriksjoner som begrenser muligheter for den stigmatiserte gruppen (Livingston & Boyd, 2010). Sosial stigma, også kalt offentlig stigma, oppstår når sosiale grupper handler

stigmatiserende mot visse individ grunnet negative stereotypier om gruppen de er tillagt (Livingston & Boyd, 2010). Selv om slike stereotypier oftest dannes ved større sosial enighet vil jeg påpeke at sosial stigma også vil inkludere stigmatisering på et mer dyadisk relasjonelt nivå, og slik påvirke den sosiale samhandlingen mellom to personer. Internalisert stigma kalles også selvstigma, og oppstår når den stigmatiserte personen selv begynner å tro på de negative stereotypiene om seg selv (Livingston & Boyd, 2010). Selvstigma kan oppstå progressivt ved at personen først blir bevisst stereotypiene som finnes om sin egen tilstand, deretter aksepterer at disse stereotypiene stemmer for gruppen en tilhører, og videre antar at de negative stereotypiene da også gjelder en selv (Corrigan & Rao, 2012). Dette vil til slutt kunne medføre dårlig selvfølelse og self-efficacy, samt komme til uttrykk gjennom aktiv handling, som ved sosial isolasjon (Corrigan & Rao, 2012).

3.2.2 Stigmatisering av psykiske lidelser

Stigma oppstår altså i relasjon mellom mennesker og påvirker tilgangen til sosial deltagelse og muligheten for god sosial samhandling. Stigma rundt psykiske lidelser er fortsatt sterk og omhandler i stor grad det Goffman (1986) omtaler som karakter-feil, altså at personer med psykiske lidelser er viljesvake, farlige, uforutsigbare eller vanskelige å interagere med, og har liten sannsynlighet for å bli friske tross behandling (Perkins & Repper, 2013). Slik stigmatisering vil kunne påvirke personer med psykiske lidelser på flere plan. Generell viten om stigmatisering av psykiske lidelser kan bidra til at personer med psykiske problemer ikke søker hjelp grunnet frykt for stigmatisering (Corrigan, 2004). Ettersom tidlig intervensjon ved psykiske lidelser er viktig, også i musikkterapi, vil dette kunne påvirke det videre sykdomsforløpet (Helsedirektoratet, 2013, 2015a).

På strukturelt og sosialt nivå vil stigmatisering av psykiske lidelser begrense tilgangen til sosiale settinger ved eksempelvis institusjonalisering. Dette vil kunne gjøre det vanskeligere å få jobb, noe som også reduserer de økonomiske ressursene, samt føre til direkte diskriminering og ekskludering fra aktiviteter som kor, jam, og lignende. Stigmatisering påvirker altså forventningene, holdningene og atferden som inngår i sosial kontakt (Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz & Rüsche, 2012). Dette gjelder for begge parter, hvor den stigmatisertes frykt kan påvirke kommunikasjonen og muligheten for å bli kjent, mens de som stigmatiserer kan ha forventninger og holdninger som kan føre til at de trekker seg unna i interaksjonen. Fordommene stigma bygger på vil ved dette kunne medføre selv-oppfyllende profetier hvor forventninger og holdninger påvirker samhandlingen på en slik måte at

fordommene bekrefte og derved opprettholdes (Myers, 2012). Dette kan føre til at den stigmatiserte danner ulike strategier for interaksjon med 'normale' personer, eksempelvis å skjule sin psykiske lidelse, prøve å rette opp eventuelle norm-brudd, eller unngå steder der stigmatisering kan forekomme (Goffman, 1986).

Opplevd stigmatisering, og også *frykt* for stigma i seg selv, leder ofte til selvstigma blant personer med psykiske lidelser, og økt alvorlighet av symptomer korrelerer med økt selvstigma (Livingston & Boyd, 2010). Dette kan gi seg utslag i at man mister håp om bedring og får dårlig selvtillit, noe som vil påvirke hvorvidt man tør å involvere seg sosialt, skyldfølelse for at man selv har skyld i lidelsen, som kan påvirke særlig ens nære relasjoner, eller at man isolerer seg for å unngå å skade andre eller beskytte seg fra vanskelig samhandling (Livingston & Boyd, 2010). Dårlig selvtillit kan også føre til at terskelen for å delta i musikkaktiviteter blir for stor, særlig ettersom musikk gjerne forbindes med prestasjonspress og selvstigma vil slik ha ringvirkninger for hvorvidt man tør å involvere seg sosialt og musikalsk. Selvstigma kan videre gi utslag i *why try-effekten*. Dette er en variasjon av labeling-teori som omhandler hvordan stigmatiserende holdninger til en selv, påvirker selvfølelse og selvtillit ved å fungere som barriere mot å oppnå mål (Corrigan & Rao, 2012). Eksempelvis kan dette utarte seg ved at personen tenker at det ikke er noe poeng med sosial kontakt ettersom man likevel ikke vil klare å samhandle 'riktig' og derfor ikke vil bli likt. Selvstigma og *why try-effekten* vil slik også fungere som barriere mot involvering i sosiale settinger, og vil slik være et viktig arbeidsområde i terapi for å fremme sosiale prosesser. Stigma vil imidlertid ikke alltid ha negative konsekvenser og lede til selvstigma. God selvfølelse, gode sosiale nettverk og empowerment kan motvirke dette (Sibitz, Unger, Woppmann, Zidek & Amering, 2011). Terapeutens bevissthet på hvordan selvstigma omtales, synes slik viktig slik at ikke klienten selv føler skyld for internaliseringen ettersom dette kan medføre ytterligere selvstigma.

I stigma-litteraturen vektlegges altså fokus på hvordan samfunnet kan sette begrensninger for individets handlemuligheter. Stigma som teoretisk perspektiv synes slik å kunne tilknyttes disability-studies hvor også individets kontekst anses som et potensielt hinder for helse. Hovedsakelig har disability-studies omhandlet fysiske funksjonsnedsettelse, men har av blant andre Beresford (2002) og Rolvsjord (2014a) blitt tilknyttet psykiske lidelser. Rolvsjord (2014a) påpeker hvordan tendensen i den medisinske modellen til å lokalisere psykiske lidelser i individet, begrenser forståelsen av hvordan sosiale faktorer virker som barrierer.

Dette kan illustreres av de negative symptomene isolasjon, avolisjon og apati som oftest anses å være ilagt individet, men som det påpekes her at kan utløses og/eller forsterkes av faktorer i samfunnet. Denne avgrensede, individrettede forståelsen av symptomer kan også skyldes det filosofiske grunnlaget for psykiske lidelser:

Mental illness' constitutes a medicalised individualised interpretation of the phenomenon it seeks to explain, describe and deal with. It is based on a deficit model, which presumes the pathology and inadequacy of 'the mentally ill' and which conceptualises their thoughts, emotions, perceptions and behaviours as wrong and defective. (Beresford, 2002, s. 582)

Beresford (2002) beskriver altså hvordan dette filosofiske grunnlaget i seg selv kan øke fordommer og stigma rundt psykiske lidelser, og at et paradigme-skifte derved er nødvendig.

3.3 Collaborative musicking som mulig ressurs for sosiale prosesser

Collaborative musicking er et nyere begrep innen musikkterapi som handler om hvordan sosiale og musikalske prosesser påvirker og utvikler hverandre (Pavlicevic & Ansdell, 2009). Collaborative musicking kan slik brukes som en teoretisk plattform for hvordan musikk kan bidra til sosial samhandling og sosial deltagelse, men også hvordan den musikalske utviklingen oppstår gjennom disse prosessene. Jeg vil i det følgende beskrive hvordan collaborative musicking har utviklet seg som kontekstuel begrep, og deretter legge frem relasjonen mellom de sosiale og musikalske prosessene.

3.3.1 Utviklingen mot collaborative musicking

Collaborative musicking er et begrep hovedsakelig utviklet av Pavlicevic og Ansdell (2009), og omhandler forholdet mellom menneskers sosiale og musikalske prosesser som oppstår gjennom kulturell læring og deltagelse. Collaborative musicking som Pavlicevic og Ansdell beskriver det, bygger på Malloch og Trevarthens (2009a) kommunikative musikalitet. Malloch og Trevarthens forskning er mye brukt som teoretisk grunnlag for musikkterapi (Pavlicevic, 1997; Rolvsjord, 2002; Trondalen, 2016). Begrepet kommunikativ musikalitet bygger på spedbarns-forskning som viser at alle mennesker fødes med en grunnleggende musikalitet, hvor musikalske element, som inndeles i de kryss-modale parameterne puls, narrativ og kvalitet, er viktig i tidlig relasjonsbygging og kommunikasjon (Malloch & Trevarthen, 2009b). Kommunikativ musikalitet kritiseres likevel for å være begrenset til å

hovedsakelig omhandle relasjonelle dyader, og musikaliteten beskrives oftest som en pre-verbal proto-kommunikasjon (Pavlicevic & Ansdell, 2009). Ved å benytte et mer økologisk perspektiv med fundament i samfunnsmusikkterapi, utvider Pavlicevic og Ansdell (2009) kommunikativ musikalitet til collaborative musicking ved i større grad å vektlegge kontekst og relasjoner i grupper, samt et bredere syn på musisering og musikalsk utvikling.

3.3.2 Collaborative musicking som sosio-musikalsk prosess

Collaborative musicking omhandler altså musikalske og sosiale prosesser som utvikles ved gjensidig påvirkning. Pavlicevic og Ansdell (2009) beskriver tre dimensjoner i den musikalske utviklingen, det være musicality, musicianship og musicking hvor alle er dynamiske og gjensidig avhengige av hverandre. Musicality er den medfødte kommunikative musikaliteten, og anses som en musikalsk *kapasitet* som motiverer til videre musikalsk utvikling. Denne utviklingen skjer gjennom sosio-kulturell læring og direkte deltagelse i sosiale relasjoner, og danner en musikalsk *evne* (engelsk: facility), altså musicianship. Gjennom slik læring får man innsikt i musikkens bruksområder, eller affordances (Se DeNora, 2000), og derved også hvordan man kan bruke musikk som en sosial ressurs. Denne læringen både muliggjøres og utvikles gjennom deltagelse i musicking som *aktivitet*. Begrepet musicking refererer til Smalls (1998) definisjon: ”To music is to take part, in any capacity, in a musical performance [...]” (s. 9). Musikk, eller musicking, anses altså som sosial og politisk handling heller enn objekt og verk, og definisjonen åpner slik opp for en bred forståelse av musikk som *handling*. Ved at ulik medvirkning til musikalske bidrag anses som likeverdige, øker følgelig også individets mulighet for deltagelse, og derved også videre sosial og musikalsk utvikling.

Musikalitet er altså ikke en isolert psyko-biologisk funksjon, men utvikles og påvirkes av sosial og kulturell deltagelse og læring. Som beskrevet av Stige (2003, s. 168): ”No person moves directly from protomusicality to musicking. Musicking, based on human protomusicality, involves appropriation of music as culture.” Ifølge Procter (2011) vil musicking her kunne generere proto-sosial musikalsk kapital gjennom at kontakt, samarbeid, respekt, tillit og gjensidighet oppleves i musikken. Denne proto-sosiale kapitalen vil ’reparere’ den kommunikative musikaliteten, og ved dette kunne bidra til å generere faktisk sosial kapital i andre sosiale settinger. Dette er derimot blitt kritisert av blant andre Solli (2014) som argumenterer for at faktisk sosial kapital også kan oppstå i musikkterapi. Slik sosial, og relasjonell, kapital vil som tidligere nevnt kunne bidra til sosial recovery.

Gjennom den musikalske utviklingen dannes og synliggjøres *musikalsk personhood*. I collaborative musicking er musikalsk personhood ”not primarily an individual possession or an ability that needs proving, but rather an active recognition and acknowledgement of someone *being a musical person*” (Ansdell, 2014, s. 100). Gjennom felles musisering kan man altså ’skape’ og ’fremføre’ seg selv på nye måter (Ansdell, 2014). Dette underbygges av musikkens nære tilknytning til identitet (Ruud, 1997). Slik kan felles musisering bidra til å endre en mulig negativ identitet til en mer positiv musikalsk identitet, og derved støtte opp under sosial recovery og motvirke stigma. Musiseringen krever slik sosial samhandling for at anerkjennelse skal kunne finne sted, og den musikalske utviklingen er slik koblet sammen med utviklingen av sosiale relasjoner og erfaringer.

Den sosiale utviklingen i collaborative musicking anses som et kontinuum fra *jeg/jeg* hvor selvene ikke er i kontakt, til *jeg/du*, hvor selvene assosierer til hverandre gjennom fokus mot felles struktur, eksempelvis musikalsk, til *vi* gjennom dialog, og til slutt *oss*, hvor en felles gruppe eller samfunn dannes (Ansdell, 2014, s. 201-202). *Jeg/du* tilknyttes derved den kommunikative musikaliteten, mens *vi* og *oss* vil omhandle samarbeid og derved collaborative musicking. Kommunikativ musikalitet kan slik, i enkelte settinger, utvikles til collaborative musicking som fungerer som et ytre uttrykk for musikalske fellesskap (Ansdell, 2014). Slike musikalske fellesskap fremmer musikalsk tilhørighet som åpner opp for en nærere form for kommunikasjon som støtter kulturelle og personlige former for samvær. Slik nær kommunikasjon kan eksempelvis oppstå gjennom intersubjektive opplevelser. Trondalen (2016) beskriver musikalske intersubjektive opplevelser som ”participation in a moving-along process [...], kind of mental flow, an implicit and procedural knowing, where experience, body, and affects are essential” (s. 121), og bygger på felles oppmerksomhet og delte intensjoner. Musikk kan slik være en sosial ressurs ved å være en arena hvor nær kommunikasjon og tilhørighet fremmes gjennom å tilrettelegge for muligheten til å oppleve tillit og gjensidighet. Som Ansdell (2014) skriver:

Through such social engagement, the developing musician gradually builds competence for what music is *for*: giving us access to close relationships with others; sharing thoughts and feelings non-verbally with others; making musical actions that influence and shape others’ actions; becoming increasingly creative and equal members of our cultural community. (s. 105)

Forholdet mellom de musikalske og sosiale opplevelsene vil altså utvikle, og bli utviklet av, hverandre gjennom kommunikativ musikalitet og collaborative musicking. Kommunikativ musikalitet og collaborative musicking er likevel ikke distinkte funksjoner, og man vil i samhandling kunne veksle mellom dem.

4. Analyse av empiri

Jeg vil i dette kapittelet presentere funnene som har kommet frem gjennom analyse av empirien. Analysearbeidet ledet frem til fem temaområder:

- 1) Musikkterapi som naturlig sosial læringsarena
- 2) Fremme likeverdig relasjon og samarbeid
- 3) Kompetanselæring i praksis gjennom bevisstgjøring
- 4) Tilrettelegge for positiv sosial erfaring
- 5) Sosial kontakt gjennom tilgang til sosiale arenaer.

I temaområdene skildres informantenes fokus og arbeid med tilrettelegging av arenaer og aktiviteter i arbeid med å fremme sosial samhandling og sosial deltagelse gjennom musikkterapi. Informantenes beskrivelser vil bli illustrert ved bruk av sitat, samtidig som et helhetlig bilde av informantenes fortellinger vil presenteres gjennom sammendrag og sammenlikninger. Jeg vil i det følgende omtale informantene som A, B, C og D og referere til meg selv om intervjuer; I.

4.1 Musikkterapi som naturlig sosial læringsarena

Under intervjuene snakket samtlige informanter om musikkterapi som en naturlig sosial arena hvor det å gjøre noe sammen i seg selv medfører sosial læring. Gjennom å involvere seg i en positiv aktivitet, som musikkterapi, kan man oppleve en naturlig prosess av å måtte tilpasse seg og forhandle med andre, beskriver informant B. Den naturlige læringsarenaen gjør at tilrettelegging for sosial samhandling foregår mer implisitt ved å fokusere på musikalsk deltagelse og læring. Flere av informantene reflekterer også over at dette påvirker bevisstheten rundt og måten det tilrettelegges for sosial samhandling.

A: Og det er så fint med musikkterapi at det gir en sånn full pakke av sosial læring, sosial bevissthet, mellom-menneskelig interaksjon. Det får du på en måte uten å liksom ha en sånn sjekk-liste der du "nå skal vi jobbe med det, og nå skal vi jobbe med det". Sant, så spiller du en låt, eller skal spille inn noen ting og sånt, så følger det på en måte med. Så det handler på en måte kanskje mer om å være bevisst når det skjer og ikke gå glipp av mulighetene til læring og mulighetene til å jobbe litt med det her mens det står på da. Litt bevissthet om det, men ellers så skjer mye av det der implisitt i musikken, tenker jeg.

Fokuset på å benytte læringsmulighetene som oppstår naturlig gjennom felles aktivitet, gjør at behovet og hensikten med eksplisitte målsettinger er mindre, forteller informantene. Slike målsettinger kan begrense den naturlige opplevelsen og samhandlingen mellom klient og terapeut, sier informant C. Flere av informantene forteller at de er bevisst på å ikke bruke eksplisitte målsettinger eller streng struktur i timene, ettersom dette kan begrense den naturlige opplevelsen av felles musisering.

C: Og det er ikke alltid det er nødvendig heller å tenke at de skal sitte her og øve seg på å være sosiale, vi bare er det, sant. Og det er ikke alltid man trenger å, jeg føler hvert fall det, at det er ikke alltid jeg trenger å poengtere terapeutiske utfall. For det at jeg føler det vil ta litt luften ut av ballongen da, med å liksom "ja nei, nå jobber vi med selvtilliten din" eller "nå jobber vi med dette eller det."

I intervjuene kommer det frem at en felles positiv aktivitet også åpner opp for naturlige samtaler som kan bygge opp under opplevelsen av en naturlig sosial setting. Flere av informantene forteller om hvordan de bruker spørsmål om musikkinteresse for å fremme et positivt samtaleemne. Samtale om hverdagslige ting er viktig for å fremme en naturlig dialog og bidra til at musikkterapi blir et "sosialt møte mellom to mennesker" heller enn en terapi-situasjon, påpeker informant A. Felles aktivitet kan også gi en naturlig inngang til å snakke og jobbe med vanskelige ting sier informant B:

B: Altså egentlig skjer det jo litt av seg selv. [...] Så det at når man gjør noe sammen og har noe, et felles prosjekt da, da skjer ofte samtalene mer naturlig da. Så det ser vi når vi går inn på musikkrommet så begynner en å prate om musikk og kanskje kan det òg komme opp vanskeligere tema, men som da er lettere for en del å snakke om gjennom en felles aktivitet da.

Alle informantene beskriver at en trygg, god relasjon er nødvendig for å få til god sosial samhandling og sosial deltagelse, og trekker frem tid som en viktig faktor her. Den terapeutiske relasjonen og sosiale samhandlingen vil ofte bedres og utvikles av seg selv over tid ved at man opplever noe positivt sammen, sier informantene.

A: Det ene det handler om er tid. At man må ha tilbragt noen timer sammen. At liksom, hvis man bare har vært sammen en time i uka, så er det, hvis man får til en positiv, rett og slett positivt samvær på en måte da. Så si etter ti timer eller noe sånt så har på en måte bare det å ha vært sammen og blitt vant til hverandre så skaper det en trygg ramme i seg selv.

Hvor lang tid dette tar vil variere mellom klienter, beskriver informant A videre. For å få til et positivt samvær over tid, er det også viktig at musikkterapeuten er bevisst på å gi klienten god tid i bedringsprosessen, forteller informant C:

C: Det er en ting som jeg har lært meg, det er å ha god tid og ikke tenke at etter hver time så skal man ha oppnådd noe sånn veldig konkret og tydelig resultat. For det at da merker jeg at man kan stresse litt og "nå må jeg få til noe", sant, nå må det skje et eller annet. Men de kommer jo en time i uka, og en time er ikke mye, sant, så da er det viktig at den timen skal være... at det skal ikke være et jag om å komme gjennom ting. At ting må komme litt naturlig, og det er liksom dette her med å tenke at dette er lange prosesser, sant.

4.2 Fremme likeverdig relasjon og samarbeid

De fire informantene vektlegger likeverdig relasjon og samarbeid, og anser dette som et viktig fundament for å fremme sosial samhandling og sosial deltagelse i psykisk helsevern.

Informantene veksler mellom å bevisst tilrettelegge aktivt for likeverdige relasjoner, og å ha dette som en underliggende holdning i måten de jobber på. Informant A forteller om hvordan det å fremme likeverdige relasjoner er noe som er innbakt i måten å jobbe på i en humanistisk musikkterapitradisjon.

A: Hvis man har det [likeverdig relasjon] som en grunnfilosofi og greier å gjøre det i praksis, så tror jeg det, den sosiale biten er, blir bedre. For du har jo folk sånn som opplever seg stigmatisert, som opplever at det de kommer med ikke har så mye betydning som resten av folk i verden. Eh... Og da, det å på en måte få de i gang og vise at deres initiativ er like viktig minst som mine, det gjør at, det gjør noen ting med det sosiale samspillet.

En slik grunnholdning om likeverdige relasjoner og samarbeid i musikkterapi inkluderer bevissthet rundt maktforskjeller i terapisisuasjonen, beskriver informantene. Ujevn maktbalanse synliggjøres blant annet ved at terapeuten går med alarm og må følge klienten til og fra musikkrommet, men kan også oppstå ved at klienten selv gir terapeuten en ekspertrolle, fortelles det. Informant D snakker også om betydningen av å være bevisst fysiske forskjeller som størrelse, kjønn og alder, som kan oppleves å gi en negativ maktbalanse:

D: Et annet spørsmål som kanskje knytter seg opp til det her er jo min rolle som terapeut og godt voksen mann, i forhold til ung jente i tidlig tjueårene kanskje med en overgrepssproblematikk. Der vil det bli en voldsom stor maktforskjell liksom. Så det også må man jo være bevisst på og kanskje prøve å bruke musikken til å jevne ut den forskjellen, få en musikalsk kontakt også.

Informantene erfarer at store maktforskjeller begrenser den sosiale samhandlingen, og forsøker derfor aktivt å tilrettelegge for likeverdige relasjoner og samarbeid blant annet ved å gi klientene mulighet og ansvar for å ta valg. Dette kan være valg av låter, instrumenter, aktiviteter og prosjekter som innspilling og konsert. Alle informantene poengterer et ønske om at klienten selv skal være aktiv, både i musiseringen og ved å ta valg. Fokuset er å i størst mulig grad benytte åpne valgmuligheter. Graden av åpne eller lukkede valgalternativ beskrives likevel ofte å avhenge av klientens respons, hvor liten respons krever mer konkrete valgalternativ. Det vil altså være viktig å tilrettelegge valgmulighetene og kravene til respons, men også være tydelig ovenfor klienten om at man ønsker samarbeid, fremhever informant C:

C: Ja, og det er jo å på en måte gi pasientene en følelse av at de har medbestemmelse. At de er med på å styre aktivitetene i timene, at vi gjør det som de vil, at det er, jeg har fokus på at, det sier jeg til de også "dette er din, eller deres, time. Jeg er her og kan hjelpe deg med det det måtte være. Om det er å lære deg å spille et instrument, altså et, piano, gitar, bass, trommer eller lage musikk på datamaskinen, hva vil du gjøre?" Og gi de valg til det.

Samtlige informanter påpeker at det ikke bare er viktig å åpne for at klienten får velge, men også å prøve å forstå valgene og akseptere at graden og formen for deltagelse vil kunne variere. Dette beskrives som viktig for å få til en likeverdig relasjon og god samhandling.

A: Også spør jeg de også, så det gjelder jo liksom musikken, og så spør jeg de også hva de har lyst å gjøre til hver enkelt time, for det at dagsformen er jo veldig opp og ned og lysten til å spille musikk går opp og ned, og behovet for hva slags musikk man skal spille og sånn går opp og ned, og forandrer seg fra dag til dag. Så jeg prøver å få tak i hvor de er her og nå i dag, og hva de kan, ut fra liksom det de liker å gjøre til vanlig, ut fra dagsform hva har de da lyst å gjøre.

Å vise interesse og engasjement er også noe informantene trekker frem som viktig for å fremme likeverdig relasjon. Dette kan bidra til å bygge en trygg relasjon og gi klienten opplevelsen av å bli sett og forstått, noe som vil kunne påvirke den sosiale samhandlingen, reflekterer informant A. Informantene beskriver at det å vise interesse for hvem klienten er, og klientens musikalske erfaring ofte skjer intuitivt, men at det gjerne utarter seg gjennom den naturlige samtalen beskrevet tidligere. Å tydeliggjøre interessen ved å konkret påpeke at man selv som terapeut også kan lære noe av klienten, trekker informant A frem som en viktig måte å fremme likeverdighet på, men påpeker viktigheten av at interessen er genuin:

A: Jeg tenker det å være interessert og nysgjerrig på folk er en veldig viktig egenskap. Jeg tror det i seg selv, det å liksom "oi hva er du for en kar" liksom "hva, oi du er fra det landet ja, wow ja, hva slags musikk er det der" noe jeg bruker da "ja er du oppvokst med musikk, har du spilt noe instrument? Oi, du spiller et sånt instrument ja, kan du ikke, kunne du tatt det med neste time eller? Det hadde vært utrolig artig for meg og sett". Sant, så da er det ting som du kan genuint leve deg inn i og være med på.

Å finne felles interesser kan være viktig for å danne et godt grunnlag for sosial samhandling mellom terapeut og klient, opplever informant D. Dette kan omhandle både musikalske interesser og annet felles engasjement. Også engasjement i musikken kan fremme likeverdig relasjon, beskriver informant C:

C: Jeg vil at vi skal være på likt nivå, ja. Og det prøver jeg virkelig å være. Og det gjør man med å, at jeg er, jeg tenker ikke på meg selv alltid som en terapeut når jeg holder på. At jeg er like engasjert i det som vi holder på med, og jeg også kan bli giret og "hey" og liksom komme med innspill og bryte av og sånne ting da, for at det på en måte skal alltid være så tilbaketrukket og kontrollert alltid. Det er en sånn, det er jo en,

man skal jo ikke miste oversikten, sant, så det er viktig at man har den, samtidig å lære seg å observere samtidig som du er engasjert.

Å fremme god sosial samhandling i en gruppe, krever at man som terapeut trekker seg litt tilbake og gir rom for interaksjon og samarbeid klientene imellom, forteller informantene. Informant B beskriver dette som å være en ”usynlig leder” som tar mindre plass i samtalen, men som kan fremme god dialog mellom klientene ved å stille mer åpne spørsmål, noe som også bidrar til en mer likeverdig relasjon. Dette nevnes også som viktig i individuelle timer hvor samarbeid om blant annet arrangering av låter kommer foran det å bruke musikkterapeuten som musikkeksperter som styrer den musikalske prosessen. Informantene forteller slik om en terapeut som er mindre styrende og mer personlig i møtet med klienten.

B: Og selvsagt en viktig ting er jo at jeg tør å være personlig, sant. At jeg kan snakke om hvordan jeg opplever ting i timene, hvordan jeg snakker om følelser, hva, hvis det dukker opp følelser hos meg når vi spiller sammen for eksempel. At jeg tør å vise meg, hva skal jeg si, sårbar. Altså at jeg kanskje kan spille feil og ikke prøver å dekke over det, men heller si "nå spilte jeg litt feil, kan du vise meg litt" for eksempel. Sånn at det blir en likeverdig relasjon da. At man kan veksle litt på det å være den som instruerer på en måte.

Det å vise og sette ord på følelser som terapeut, bidrar videre til trygghet slik at også klientene tør å dele følelser og tanker, erfarer informant B. Det å være en personlig terapeut og skape en trygg relasjon, trekkes også frem av informant C som forteller om det å vise ulike sider av seg selv gjennom å dele ’guilty-pleasure sanger’.

C: Jeg også har kjent på at jeg har vært ganske flau (ler) for musikk som jeg har spilt til noen, sant ja. Og da på en måte ikke ta seg selv høytidelig som terapeut og gi av seg selv på den måten der tror jeg er veldig bra, der på en måte, det er ikke så farlig, det er trygt å gjøre det her.

4.3 Kompetanselæring i praksis gjennom bevisstgjøring

Dette temaområdet omhandler informantenes beskrivelser og refleksjoner over hvordan de jobber for å gjøre klientene bevisst musikalske og sosiale prosesser samt individuelle ressurser og utfordringer. Alle fire informanter forteller om hvordan slike

bevisstgjøringsprosesser har sosiale implikasjoner. Ofte dreier det seg om å ta i bruk mulighetene for kompetanselæring som oppstår naturlig i praksis.

Informantene beskriver at oppmerksomhet rundt musikalske prosesser er viktig for å få til god sosial samhandling i timene. Slik bevisstgjøring rundt musikalsk samspill, som det å forstå musikalske cues, blikk-kontakt og inntoning, er også grunnleggende sosiale ferdigheter, fremhever informant A, og kan slik overføres til sosial kompetanse. Slik sosial kompetanse kan fremmes ved å gjøre klientene oppmerksom på sosio-musikalske prosesser, og informantene forteller om ulike måter å gjøre dette på. En måte som beskrives er å verbalt påpeke at musikalske endringer, som akkordskifter eller overgang til å slutte samtidig, krever felles oppmerksomhet og blikk-kontakt. Slik oppmerksomhet rundt musikalske skifter kan også underbygges av kroppsspråk, påpeker informant C som også poengterer viktigheten av at terapeuten er tydelig i kommunikasjonen. Også samtale og demonstrering av musikkens følelsesuttrykk kan gi klientene musikalsk kompetanse som kan fremme både sosial samhandling og sosial deltagelse:

C: Altså, jeg kan snakke om stemningen i dette partiet, også har de [klientene] kanskje aldri tenkt over at musikk de hører på har en stemning, at det gjør noe med dem. Å gjøre de bevisst på elementer i musikken som på en måte gjør det da. Og gjerne høre på noe også, kanskje vise de med en gitar eller en mikrofon og ta klang på og liksom ta og vise de hvordan man kan få forskjellige uttrykk bare med en effekt og måten man synger eller spiller på, høyt eller lavt, eller fort eller sent. Sånne ting som det. Og etterhvert så begynner de jo å få et repertoar av måter å snakke om musikk på da.

En annen del av den musikalske bevisstgjøringen gjelder bruken av musikk. Særlig informant D trekker dette frem som viktig for å fremme sosial samhandling og sosial deltagelse:

D: Jeg har jo noen som ikke musiserer aktivt i det hele tatt som kun, altså som er innlagt på sengepost som kan komme her og de vil høre en sang eller to, så er det nok også går de igjen liksom. Men der også prøver jeg jo å bevisstgjøre de på type musikk de lytter til, og bruken av musikk. "Bruker du musikk for å bygge deg opp eller er musikken en ting som gjør at du låser deg fast i den situasjonen du er i nå?" Der kan jo på en måte, der kan du være med å gi de et verktøy til å styre livet ved å bruke musikk på rett måte, tenker jeg.

Informanten beskriver videre hvordan slik musikkbruk har sosiale implikasjoner og at bevisstgjøringen også omhandler mer direkte sosial bruk av musikk som isolerende eller sosialiserende. Musikalske og sosiale prosesser er altså koblet sammen, og samtlige informanter beskriver hvordan musikalske arenaer kan gi muligheter for sosial kompetanselæring i praksis. I en kasusbeskrivelse skildrer informant A hvordan nervøsitet og angst i forkant av konsert gir mulighet for bevisstgjøring og mestringsstrategier:

A: Og det her blir jo sånn edukasjon, musikkedukasjon på et vis da. Men kan kanskje også kalle det litt psykoedukasjon. At de lærer litt om angstreaksjoner sant, det å bli kvalm i magen og store pupiller og håret reiser seg og... Hva er den type angst liksom og hva gjør det med kroppen og hvordan skal man, altså pusteøvelser man kan ta, det å passe på å varme opp stemmen ordentlig, den type ting. [...] Så det å kunne være ute i den sosiale verdenen og faktisk få det til å fungere og da kanskje ha lært noen triks sant, med pust og med å liksom merke hva som skjer og merke, lære litt om hva man kan gjøre med det, også beherske det sosiale. Der ligger det jo veldig mye potensial for læring og utvikling.

Også bevisstgjøring av sosiale prosesser på internett trekkes frem som viktig for å tilrettelegge for god sosial deltagelse. Dette omhandler kompetanselæring om hva som er greit å legge ut på sosiale medier og ikke, praktisk opplæring i hva som er et godt brukernavn, passord og bilde på sosiale nettsider, samt forståelse for hvordan det sosiale nettet fungerer og hvilke sosiale koder som gjelder der. Slik sosial læring oppstår gjerne i forbindelse med deling av innspilte låter. Informant A reflekterer over hvordan sosial kontakt nå i større grad foregår over internett, og at dette er noe musikkterapeuter trenger å bli mer bevisst på.

Musikalske og sosiale prosesser knytter seg også til individuelle ressurser og utfordringer, samt bevisstgjøring av disse. Informantene beskriver hvordan de gir tilbakemelding på klientens styrker og svakheter med en bevisst tanke om at det vil bygge sosial kompetanse som klientene kan ta i bruk i hverdagslivet ellers. Dette kan være tilbakemeldinger på at klienten oppleves uklar, eller oppfører seg på en måte som bryter med de sosiale normene ellers i samfunnet. Informant B forteller om hvordan målsettinger her kan brukes for å sette fokus på sosiale prosesser som samarbeid, og det å gi – og ta plass i en gruppe.

B: Og da ser jeg jo, altså igjen med bevisstgjøring, da har jeg jo da gjerne en samtale med pasienten der vi setter opp individuelle mål. Da blir de mer bevisst på det, samtidig blir det veldig sånn naturlig treningsarena da i bandet, og det har jeg sett kjemperesultat av altså. At de utvikler seg sosialt. Så det er jo på en måte en tilrettelegging der også at, en bevisstgjøring rundt hva de trenger å jobbe med og å sette opp mål da, og evaluering etter hvert.

Informant B reflekterer videre over den sosiale betydningen ressursfokus har i en kontekst av psykisk helsevern som vektlegger sykdomsinnsikt. Å gi klientene ”ressursinnsikt” blir slik et særlig viktig fokus i musikkterapi, mener denne informanten. Dette nevnes også av informant D som påpeker betydningen av at klientene opplever å ha noe positivt å bidra med i sosiale settinger. Informant A reflekterer over etiske aspekt ved å gi klientene positiv feedback:

A: Hvis man bare skryter og sier at alt er fantastisk sant, og man skal ut i samfunnet og man da ikke har musikkterapeuten der lenger og er utskrevet og alle sier at ”det her er dårlig”, da, men... det er en tøff virkelighetssjekk. Sant, det å forberede pasienten på det, det å være ærlig i tilbakemeldinger, balansere på en måte støtte og optimisme og håp og alt det der med en sånn der virkelighetsforståelse da, eller skal man si, forberede de på virkeligheten. Det er en sånn, det har masse sosiale implikasjoner tenker jeg.

4.4 Tilrettelegge for positiv sosial erfaring

Informantene skildrer i intervjuene hvordan de fokuserer på å tilrettelegge for at klientene skal få positive sosiale erfaringer, og at dette kan bidra til videre sosial samhandling og sosial deltagelse. Samtlige informanter forteller om en generell holdning til å gi klientene sosiale muligheter, men at dette må skje innenfor klientens mestringsevne dersom opplevelsen skal bli positiv. Dette temaområdet vil derfor omhandle hvordan denne tilretteleggingen skjer ved å ufarliggjøre musikkterapitilbudet, tilpasse arena og aktivitet, samt måten å tilrettelegge struktur og forutsigbarhet på, etter klientens behov og ønsker.

For at klientene skal kunne få positive sosiale erfaringer i musikkterapi kreves det at klientene møter opp og deltar. Informant D beskriver hvordan det ofte er en utfordring å få klientene til å tørre å være med på musikkrommet, og at det er viktig å gi nye klienter tid til å stabilisere seg, og heller ha en samtale på avdelingen om hva musikkterapi er når klienten er klar for det.

D: Ofte når jeg kommer inn så er folk slitne og når de blir innlagt så er det ganske kritisk, så veldig mange trenger en periode for å få 'settlet' seg på avdelingen her. Så da gjelder det å være litt tålmodig. Og første gangen er det kanskje nok at de ser deg liksom og blir vant til at du er der.

Det synes altså viktig å tilrettelegge for deltagelse. Faktorer som kan begrense slik deltagelse, beskrives å være manglende sykdomsinnsikt, som gjør at klienten ikke ønsker å delta i *terapi* og derved heller ikke musikkterapi. Det kan også være sykdomsproblematikk som gjør at klienten ikke ønsker eller tør å delta. Dette krever at musikkterapeuten tilpasser hvordan musikkterapeutilbudet presenteres for klienten og slik ufarliggjør tilbudet, forteller informantene.

B: Et av de eksemplene jeg tenker på, så var det blant annet en som slet mye med angst og prestasjonsangst, og da spurte jeg ikke om han ville være med ned og spille, men da spurte jeg om han hadde lyst å være med og se på musikkrommet og musikkutstyret. Men når han da kom inn på musikkrommet, da fikk han lyst til å spille, så da endte det med at vi spilte sammen og at han begynte i musikkterapi.

Informantene påpeker at hvor klienten er i behandlingsforløpet, og også hvilken type psykisk lidelse klienten har, er med på å bestemme hvor bevisst og direkte de arbeider med sosial samhandling og sosial deltagelse. Det gjelder også hvilke aktiviteter og arenaer de velger, og hvordan disse organiseres. Det å ha informasjon om klientenes utfordringer beskrives derved som viktig ettersom det påvirker hvordan man tilrettelegger for positive sosiale erfaringer.

D: Eh... Litt vanskelig å si for det [bevissthet og tilrettelegging] varierer fra pasient til pasient alt etter hvor syke de er egentlig. Noen pasienter, de mest psykotiske har jo mer enn nok med å prøve å få kontakt og få til en musikalsk samhandling. Andre igjen er jo egentlig på tur ut av behandling her i andrelinjetjenesten og skal over i kommunal omsorg så der er det jo litt mer aktuelt å prøve å tilrettelegge og å ha kontakt med kommunen og eventuelt fritidsaktiviteter liksom.

En grunnleggende kontakt og trygghet beskrives i intervjuene som viktig for å tilrettelegge for god sosial samhandling. Informantene forteller at de her tilpasser aktivitetene etter klientens mestringsevne.

C: Så da er det jo det å vite hva de er på en måte utrygge på, sant. Hvis de er utrygge på det å faktisk lage litt lyd foran andre, så må man jo kanskje liksom få de til å styre volumet selv, så hvis de skrur ned sånn at de føler seg komfortabel med det og ikke liksom "nei du må være kjempehøy" også blir det stress, sant. Og det er jo ting man kan jobbe med. Også merker jeg jo gradvis at de blir tryggere, da blir det høyere volum, sant, at de på en måte tør å være en stemme da, som er tydelig.

Informant A beskriver hvordan han bruker musikalske strukturer som tonal sentrering og jevn puls for å skape trygghet for klienten, men at han etter hvert som denne tryggheten er etablert kan utfordre klienten og 'bryte' samspillet for å opprette kontakt.

A: Altså at vi, når vi spiller sammen kan jeg på en måte skifte tempo lite grann, skifte dynamikk, synge med når jeg spiller eller begynne å ja, rope ting eller liksom skape litt sånn der, hva skal man si, oppmerksomhetsfangende ting i musikken. Så det kan jeg ofte gjøre også merke litt sånn, merket de at jeg skiftet nå, merket de at jeg gjorde noen ting når jeg liksom gikk litt ut av den takten som jeg spilte i hele tiden, eh... også litt nye ting skaper jo ofte litt humor så det kan bli morsomheter ut av det og at man ler og da ser man jo ofte på hverandre og skaper blikk-kontakt igjen og i det hele tatt.

Andre faktorer som informantene påpeker som viktige å tilpasse er: Valg av musikk, spesielt ved rusproblematikk, deltagere i en gruppe, fart og intensitet i aktiviteten, og som nevnt hvilke arenaer og aktiviteter som passer for individet. Tilpassing av aktivitetene kan eksempelvis være å tilrettelegge musikalsk vanskelighetsgrad slik at klientene opplever mestring, men fortsatt opplever å bidra. Informantene beskriver i mindre grad direkte tilrettelegging og tilpassing av de sosio-musikalske arenaene. Informant B beskriver derimot konkret tilpassing av konsertsituasjoner med blant annet lengre lydsjekk, lydsjekk nært opp mot konserten og backstage-område hvor klientene kan slappe av og roe nervene. I tillegg vil ønskene og behovene for sosiale arenaer variere forteller informanten:

B: Så noen ønsker å bli sosiale i, innenfor psykisk helsemiljøet i ettervernstilbud, mens noen ønsker å bli litt ferdig med psykisk helsevern og knyttes opp mot musikkmiljøet i byen. Så det må man jo tilpasse litt etter ønske da.

Type arena knytter seg også til aktivitetens struktur og forutsigbarhet, og informant B forteller i denne sammenheng om et praksiseksempel hvor type arena og aktivitet krevde for mye av en klient, og dermed fikk negative konsekvenser:

B: Så jeg tok med pasienten på det tilbudet og rammene var noe helt annet enn det han hadde sett for seg og det var også en, det ble et sånt type tilbud som han ikke likte. Sitte i ring og presentere seg for eksempel. Så det endte med at pasienten forlot tilbudet etter fem minutter, gikk tilbake til døgnavdelingen her og ble utagerende og ble innlagt igjen da. Og som regel så er det vanskelig å si hva som er årsaken til tilbakefall, men den gangen så var det ganske klar tilbakemelding både fra miljøpersonalet og fra behandler at det var den enkelthendelsen som antageligvis hadde ført til forverring. Så det er jo det i forhold til rammer, at det er veldig viktig.

Flere av informantene beskriver også viktigheten av forutsigbarhet til at musikkterapirommet ser likt ut hver time, at tidspunktet for timen gjerne er det samme, og at de selv som terapeut er 'stabile' i sin personlighet og relasjon til klienten. Dette fokuset fremheves som viktigere tidlig i behandlingsforløpet hvor den psykiske lidelsen kan oppleves særlig kaotisk.

I: Ja, for du nevner det med struktur og forutsigbarhet, er det noe som er viktig for den samhandlingen tenker du?

C: Ja, veldig viktig. Altså... Det er ikke bare forutsigbarhet i aktivitetene, men det er også forutsigbarhet i hvordan jeg er, sant. At jeg, at den de treffer er den samme (ler), at man ikke er avvisende, selv om, altså, og det her har jo med at det er viktig at du som terapeut har en forståelse for alt som kan være grunner til en atferd som er ikke inkluderende, sant.

Måten man strukturerer på og forutsigbarhet i timene beskrives noe varierende informantene imellom, og står også noe i kontrast til det første temaområdet om musikkterapi som en naturlig sosial arena. Informant A beskriver at tydelig struktur i timene skaper trygghet for klienten, og skildrer hvordan han skaper slik struktur ved å fast åpne musikkterapitimene med

samtale hvor klient og terapeut legger en plan for timen, samt avslutte med å snakke om hvordan timen har vært. Informant B velger derimot aktivt ikke å strukturere denne planleggingen og evalueringen av timen:

B: Ja, og det er jo fordi at jeg har lyst til å gi pasientene en opplevelse av å være på bandøvelse. Og da hvis en skal ha veldig tydelige rammer der så føler jeg at det tar litt ifra de den opplevelsen, så det blir liksom mer sånn musikkterapitilbud. Selv om det er det så, så derfor starter jeg ikke med samtale eller avslutter med samtale. Vi går inn på bandrommet og plugger i, begynner å spille, spør hvordan det går.

Det kan slik virke som at måten det struktureres på avhenger både av terapeutens hensikter med aktiviteten, hvor i behandlingsforløpet klienten er, men også hvilken aktivitet man holder på med, hvor informantene ofte beskriver mer fastsatt, forutsigbar struktur i lytte-grupper og individuelle timer, enn ved band-grupper. Struktur i timene er likevel ikke noe terapeuten tilbyr, men noe som forhandles frem gjennom den sosiale samhandlingen i timen, påpeker informant C.

4.5 Sosial kontakt gjennom tilgang til sosiale arenaer

Dette temaområdet omhandler hvordan musikkterapeutene tilrettelegger for sosial kontakt gjennom å gi klientene tilgang til ulike sosiale arenaer. Informantene beskriver hvordan det i stor grad er klientene selv som tar i bruk de sosiale arenaene for å opprette og opprettholde sosial kontakt, og at musikkterapeuten er mindre direkte aktiv i denne prosessen. Dette gjør at man som musikkterapeut kanskje ikke alltid er klar over at dette skjer, med mindre klientene selv forteller om det. Informant C skildrer dette slik:

C: Og det er jo ikke noe som jeg kan vite at skjer, dette gjør jo de helt på egenhånd, men de tar med seg noe da. Altså de får en kunnskap om musikk som de kan bruke i sosiale sammenhenger.

Flere av informantene opplever at mye av tilretteleggingen for sosial deltagelse handler om å gi tilgang til sosiale arenaer ved å bidra med verktøy som kan fremme sosial kontakt.

Innspilling beskrives her som en viktig arbeidsmetode, hvor musikken kan deles ut ved cd eller via internett. Flere av informantene har erfart hvordan musikken her har potensial til å bidra med å opprette og opprettholde sosial kontakt.

D: Og når hun fikk med den cd-en og kunne ta den opp i sengeposten i avdelingen her, og spille av for de andre pasientene så var hun en himmel altså i forskjell. For da hadde hun noe positivt å bidra med, og kunne vise frem en positiv side av seg selv.

Det å lage et produkt gjør det også lettere for klienten til selv å bruke musikken for styrke sosial kontakt. Dette styrker også opplevelsen av å være en person med ressurser og integritet, sier informant A.

A: Men det flotte med det er jo at de selv blir aktøren. Det er de som har spilt inn cd-en det er de som, det er ikke musikkterapeuten som sier at "nå skal du høre hva sønnen din har gjort", men de sender den i posten eller gir den i hånden til folk, sant. Så den deltagende aktiviserende biten som vi snakket om det får du gjort veldig flott med, ja, med å spille inn ting og kunne dele det.

Også uformelle møteplasser trekkes frem som viktige arenaer for sosial kontakt. Slike møteplasser oppstår både naturlig, ved initiativ fra musikkterapeuten, og etter ønske fra klientene selv. En av informantene forteller om et fast rom hvor klientene kan møtes før og etter timer både med og uten musikkterapeuten tilstede:

B: Jeg merker at det òg er verdifullt at de av og til treffes uten meg. Da blir det på en måte en litt annen type samtale og sosial samhandling når musikkterapeuten ikke er tilstede. Men da tenker jeg, det er veldig viktig å ha den arenaen òg altså, sånn uformell møteplass før en går inn på musikkrommet. Og også etterpå er det noen som benytter seg av det, som går inn her og prater seg ferdig eller kanskje hører på opptak, øvingsopptak fra dagens time.

Informant C forteller at han ved gruppetimer ofte kommer for sent med vilje, slik at klientene får mulighet til å møtes uten musikkterapeuten. Videre skildrer denne informant at de tilfeldige møtene på avdelingen, og felles lunsj, gir tilgang til en annen form for sosial kontakt både mellom klientene og personalet, men også klientene imellom. I kontrast til dette erfarer informant D at slike uformelle møteplasser krever en kulturendring hvor skillet mellom personalet og klientene må reduseres, for at dette skal fungere. Denne ulikheten i erfaringer kan tenkes å være påvirket av hvorvidt institusjonen er tilrettelagt for slike møteplasser.

Tilfeldige sosiale møteplasser i hverdagslivet kan også oppleves ubehagelige dersom 'spillereglene' ikke er avklart:

D: [D]en byen her er jo veldig liten og ofte så kjenner vi jo samme folkene liksom og veldig ofte treffer jeg pasientene ute på byen her da, eller på handlesenteret eller. Så da er det jo viktig å avklare "hva gjør vi da?" liksom. Om vi skal hilse på hverandre, eller de kanskje har en sperre på at de ikke vil hilse på folk som jobber på psykiatrisk, for det kan jo være stigmatiserende for enkelte. Så den er jo viktig å få gjort, å få avklart det.

Informantene beskriver videre hvordan det å inkludere og engasjere klientene i gruppetimer, konserter og ettervern kan bidra til å fremme sosial deltagelse og kontakt. Informant A forteller om særlig gode erfaringer med å veksle mellom konsert-arena og musikkterapirommet, og at dette kan bygge opp sosial kompetanse og sosial tilhørighet i gruppen. Også de andre informantene skildrer hvordan gruppetimer og ettervern gir klientene tilgang til sosial kontakt som de selv kan bygge videre på utenom musikkterapi.

B: Og vi ser også at det har ringvirkninger. At de treffes utenom, går på platebutikk på senteret for eksempel, går sammen til og fra timen, dette er da polikliniske pasienter, dagpasienter.

Samtlige informanter bruker konserter på institusjonen som en arbeidsmetode hvor de opplever at klientene møtes og danner nye relasjoner, deler erfaringer, og danner nye band. Å gi tilgang til slike sosiale arenaer synes derved å kunne fremme videre sosial deltagelse.

Å tilrettelegge for sosial tilgang inkluderer noen ganger også at musikkterapeuten går ut av institusjonen. Informant D beskriver at han tidvis holder konserter med klienter på deres omsorgsbolig. Informant B erfarer at klienter gjennom å delta på "regulære konsertscener" kan få tilgang til lokalmiljøet, og gjennom det nye sosiale mestringsopplevelser.

B: For det er jo, hvis man skal tenke litt videre, så er det jo veldig viktig å følge opp etterpå også. Ikke bare gjennom ettervernstilbud, men òg hjelpe de til å knytte kontakter i nærmiljøet og samfunnet ellers. Og da er jo vi over på samfunnsmusikkterapi, og da, det er jo noe som jeg driver litt med her. Spesielt ett

band, har jeg jo hatt et sånt prosjekt der vi har spilt masse konserter ute på byen. Og da er det jo det der å velge eh... konsertscene der man tenker at de kan knyttes opp mot musikkmiljøet i byen. Og jam-session er jo veldig verdifull arena der.

Alle informantene beskriver hvordan de videreformidler kontakt med lokale musikkarenaer til klientene, men at de ikke deltar aktivt i slike overganger. Informant B forklarer dette med at det å følge en klient ut i hverdagslivet vil kunne oppleves umyndiggjørende for klienten. En annen utfordring som skildres ved å videreformidle kontakt, er at det finnes få passende tilbud. Kortilbud har gjerne en religiøs tilknytning og korps krever oftest instrumentale ferdigheter, beskriver informant D som også forteller om særlig få tilbud i distriktene. Videre oppleves tilbudene som er rettet mot psykisk syke ofte stigmatiserende, og det er få ettervernstilbud å henvise til:

C: Utfordringene som på en måte jeg ser, dette kommer litt sånn på systemnivå da på hvordan musikkterapi kan få en enda større rolle i å oppfordre til å forberede seg på sosial deltagelse eller samhandling, er det å ha oppfølgingstilbud etter de er ferdige i spesialisthelsetjenesten. [...] En del av de kommunale tilbudene som, er veldig preget av rus og 'kronifiserte' brukere. Så noen føler seg gjerne stigmatiserte ved å oppsøke sånne arenaer som det. Så skulle gjerne hatt, igjen i mangel av bedre ord, på en måte sånn 'friske' arenaer, hvis du skjønner hva jeg mener. Kanskje litt sånn feil ord å bruke, men, som gjerne har en litt annen målgruppe da, som ville passet bedre for de som jeg treffer her. For det er dessverre ikke så veldig mange av de. Eller, jeg har egentlig ingen sånne å sende de til, ja. Så det kjenner jeg er en utfordring.

Samtlige informanter reflekterer over utfordringene med å tilrettelegge for tilgang til sosiale arenaer. Det fortelles om mangel på tid og kapasitet til å gå ut av terapi-rommet, manglende forståelse fra ledelsen for viktigheten av å ta i bruk slike sosiale arenaer, og andre strukturelle utfordringer som tidspunkt og rom.

A: Det andre er at jeg har, det er ikke tilrettelagt på DPSen for grupper egentlig. Rommet mitt ligger nede i en kjeller og det, ja, det er litt sånn kronglete og vanskelig hvis alle må komme på likt og gå på likt. For jeg må følge alle ut og de kan ikke være alene, hvis jeg går ut med en så blir de to andre alene og mye sånt. Og det er heller ikke noe sånt fellesareal, det er ikke noe sånn der sted der vi kan ha noe konsert eller

noe sånne typer ting. Hvert fall er det veldig begrenset muligheter for å lage sosiale arenaer.

Plassering og organisering av tilbud, er også noe informantene trekker frem i sine refleksjoner over musikkterapiens utfordringer i sosialt orientert arbeid. Hvilken del av helsetjenesten som skal ha fokus på sosial deltagelse diskuteres, og flere av informantene mener at dette ansvaret burde tillegges det kommunale. Slik kan god overføring mellom psykiatriske sykehus, DPS, kommunale tilbud, og frivillig musikkliv fremme god utvikling av sosial samhandling og sosial deltagelse for klientene, beskriver informantene.

D: Det er jo også en ting som jeg har tenkt litt over at... Kanskje ikke musikkterapitilbudet passer så godt i andrelinjetjenesten. Eller kanskje det skulle gått på tvers. Både mellom, i kommune og sykehus, for da hadde vi hatt sjansen til å følge opp pasientene og ført dem videre mye bedre enn sånn som det er.

5. Diskusjon

Gjennom forskningsprosessen har jeg forsøkt å utforske hvordan musikkterapeuter erfarer eget arbeid med å fremme og tilrettelegge for sosial samhandling og sosial deltagelse for voksne med psykiske lidelser. Dette har blitt gjort gjennom semi-strukturerte intervju med fire musikkterapeuter som jobber eller har jobbet på DPS, og ved å sette meg inn i litteratur på temaet. Jeg vil nå gi en kort oppsummering av de fem temaområdene fra analysen før jeg vil drøfte funnene i lys av teori og forskning. Deretter vil jeg ta for meg implikasjoner for praksis, samt videre forskning og kritikk av masterstudien.

Det første temaområdet, *Musikkterapi som naturlig sosial læringsarena*, viste at musikkterapeutene anser sosiale prosesser som noe som oppstår naturlig gjennom å drive med musikk. De beskriver at den aktive tilretteleggingen skjer implisitt i det musikalske arbeidet og derved også er mer ubevisst. Musikkterapeutene tar i bruk mulighetene for sosial læring som oppstår naturlig i samhandlingen. Det andre temaområdet, *Fremme likeverdig relasjon og samarbeid*, ble ansett som fundament for sosial samhandling og sosial deltagelse, og var derfor et viktig fokus i musikkterapeutenes arbeid. Musikkterapeutene er bevisste på, og prøver å redusere maktforskjeller. De søker å fremme likeverdig relasjon og samarbeid ved å la klientene ta valg, forsøke å forstå og akseptere valgene, vise og dele genuin interesse, samt være mer personlig og mindre styrende som terapeut. *Kompetanselæring i praksis gjennom bevisstgjøring* var det tredje temaområdet. Det ble her fremhevet hvordan sosio-musikalske prosesser og individuelle utfordringer og ressurser har sosiale implikasjoner.

Musikkterapeutene søker målbevisst å bidra til bevisstgjøring hos klientene for å fremme deres videre sosiale deltagelse. Dette gjøres gjennom verbal tilbakemelding eller ved praktisk musikalsk demonstrasjon. Det fjerde temaområdet, *Tilrettelegge for positiv sosial erfaring*, handlet om hvordan musikkterapeutene arbeider med å fremme klientenes sosiale muligheter innenfor mestringsevne. Dette ut fra en tanke om at slike positive sosiale erfaringer vil fremme sosial samhandling og sosial deltagelse. Musikkterapeutene tilrettelegger musikkterapitilbudet etter mestringsevne ved å søke å ufarliggjøre tilbudet, tilpasse arena og aktivitet, samt etablere struktur og forutsigbarhet. *Sosial kontakt gjennom tilgang til sosiale arenaer* var det femte og siste temaområdet og knytter seg hovedsakelig til sosial deltagelse. Dette omhandler hvordan musikkterapeuten bidrar til å gi klienten tilgang til sosiale arenaer hvor klienten selv kan opprette og opprettholde sosial kontakt. Slikt arbeid erfares derimot

som vanskelig grunnet ulike strukturelle faktorer slik som organiseringen av musikkterapitilbudet.

Gjennom intervjuene ble det tydelig hvordan den sosiale tilretteleggingen som foregår kan relateres til recovery-perspektivet. I recovery-perspektivet presiseres viktigheten av sosiale prosesser for å fremme bedring for personer med psykiske lidelser. Her kan stigma antas å kunne begrense bedring, mens collaborative musicking kan anvendes for å påpeke musikkterapiens potensial i recovery. Musikkterapi som et potensial for å støtte de sosiale prosessene, og dermed klientens sosiale recovery, synes slik særst viktig. Et viktig funn i studien er ambivalensen rundt tilrettelegging for de sosiale prosessene. Denne ambivalensen er relatert til betydningen av musikkens sosiale natur og klientens myndighet i eget liv, hvor for aktiv tilrettelegging blir ansett som et potensielt hinder for disse. Jeg vil i det følgende ta utgangspunkt i disse dilemmaene og drøfte musikkens sosiale potensial opp mot aktiv tilrettelegging, og terapeutens tilrettelegging opp mot klientens agency.

5.1 Musikkens sosiale potensial versus aktiv tilrettelegging

Informantene beskriver eget arbeid med sosial samhandling og sosial deltagelse som indirekte ved at de sosiale prosessene inngår mer implisitt i arbeidet de gjør. Musikkens implisitte sosiale potensial oppleves å bidra til at aktiv og eksplisitt sosial trening blir mindre nødvendig ettersom sosial erfaring oppstår naturlig i samspillet. Det kan altså synes som at musisering i seg selv gir potensial for å fremme sosiale prosesser uten spesiell tilrettelegging. I denne vektleggingen av musikkterapi som et 'naturlig' sosialt møte, ligger en ambivalens i forhold til den aktive tilretteleggingen som også beskrives. Terapeutene beskriver slik at tilretteleggingen skjer både implisitt og aktivt. Dette fremstår derfor som et dilemma.

Opplevelsen av musikkens sosiale potensial kan forstås i lys av collaborative musicking hvor musikkens sosiale natur henger sammen med den sosio-musikalske utviklingen (Pavlicevic & Ansdell, 2009). Musikk beskrives også som noe som 'gjøres' og læres gjennom sosio-kulturell deltagelse (Small, 1998; Stige, 2003), som fungerer som sosialt engasjement og som danner sosio-musikalske fellesskap (Ansdell, 2014). Ved å arbeide med musikalsk utvikling, vil man altså samtidig jobbe med den sosiale samhandlingen ettersom musisering er naturlig sosialt. Musikkens sosiale natur kan slik belyse og forklare informantenes fortellinger om musikk som en naturlig inngang for å fremme sosial bedring uten behov for eksplisitt fokus. Musikkens potensial kan brukes som ressurs i den terapeutiske tilretteleggingen ved at musikk

ofte forbindes med noe positivt, engasjerende og som et naturlig samtaleemne (McFerran & Saarikallio, 2014). Informantene beskriver at de tar i bruk disse faktorene nettopp for å opprette grunnleggende kontakt og likeverdig relasjon med klienten som utgangspunkt for den sosiale samhandlingen. Også klienter erfarer at slik likeverdig relasjon er viktig ved at det fremmer deres musikalske, og derved sosiale, deltagelse, og bidrar til positive opplevelser av musikkterapi (Ansdell & Meehan, 2010).

Musikkens potensial som sosial ressurs synes altså å kunne støtte opp under klientens bedringsprosess. Ved at musikalsk deltagelse både vil *være* og *fremme* sosial kontakt, vil klienten, som det beskrives i intervjuene, få mulighet til naturlig sosial trening gjennom musikkterapi som læringsarena. Musikkterapi som en sosial arena hvor klienter ofte opplever mer aksept og åpenhet for ulikheter (Ansdell, 2014; Procter, 2011; Solli, 2008; Solli et al., 2013), vil slik være en kontekst med mulighet for å øve og utvikle den personlige kompetansen som er viktig for sosial recovery (Ware et al., 2007). Det vil her kunne diskuteres om denne personlige kompetansen er i form av en proto-sosial kapital (Procter, 2006, 2011) eller fullverdig sosial kapital (Solli, 2014).

Informantenes beskrivelser av musikk som en felles positiv aktivitet kan slik fungere som en sosial møteplass og *meningsfull sosial aktivitet* som Tew et al. (2012) beskriver, hvor sosiale nettverk kan utvides gjennom å bygge interpersonlige relasjoner og sosial tilhørighet. Gjennom denne sosio-musikalske kontakten kan klienten også få mulighet til å re/konstruere en positiv identitet, som også anses som viktig i sosial recovery (Tew et al., 2012). Identitet skapes i relasjon til andre mennesker (Goffman, 1986; Hense & McFerran, 2017). Ved at musikkterapeutene fremmer sosiale prosesser, fremmer de slik også identitetsbygging gjennom musikkens potensial som identitetsskapende (Ruud, 1997). Informantenes arbeid med ressursinnsikt synes slik særlig viktig ettersom de ved dette anerkjenner klientens musikalske personhood og positive musikalske identitet, slik Ansdell (2014) skriver om. Dette vil videre ha innvirkning på klientens sosiale samhandling og sosiale deltagelse, men også på bedringsprosessen generelt. Dette støttes også av andre studier (Hense & McFerran, 2017; Rolvsjord, 2010; Solli, 2014; Solli et al., 2013).

Musikkens potensial som sosial ressurs støtter slik opp under musikkterapeutenes tilrettelegging for sosial samhandling og sosial deltagelse. Dette har videre innvirkning på hva slags fokus de har på sosialt orientert arbeid. Ambivalensen oppstår imidlertid ved den aktive

tilretteleggingen som informantene også beskriver. Slik aktiv tilrettelegging vil kunne bryte med den naturlige sosiale opplevelsen, og derved tenkes å hindre noe av musikkens potensial som sosial ressurs. En del av den aktive tilretteleggingen informantene beskriver, handler om å bevisstgjøre klienten om de sosio-musikalske prosessene, og om klientens styrker og utfordringer i musikalske og sosiale sammenhenger. Denne bevisstgjøringen kan stå i fare for å virke begrensende særlig dersom terapeuten blir eksperten som bevisstgjør klienten. Slik bevisstgjøring kan minne om Silvermans (2013, 2014, 2015) beskrivelser av musikkterapi som *edukasjon*, hvor særlig fokus på sykdomsopplæring kan synes begrensende for den naturlige opplevelsen. Dette kan tenkes å hindre empowerment og mestringstro hos klienten, og kan videre virke negativt inn på oppfatning av egen identitet og slik medføre selvstigma og why-try effekten. Noen av informantene påpeker selv dette i forbindelse med bruk av målsettinger i musikkterapi. Mens enkelte mener målsettinger vil begrense, mener andre at slik bevisstgjøring kan bidra til å bygge sosial kompetanse, eller *personlig kapital* som Tew (2013) omtaler det som.

Bevisstgjøring kan slik både hindre recovery ved å begrense musikkens sosiale ressurs, men vil, som enkelte av musikkterapeutene påpeker, også kunne fremme klientens muligheter for recovery. Den økte kompetansen som oppstår gjennom bevisstgjøringen av sosio-musikalske prosesser vil kunne bidra til at klienten bedre håndterer sosiale situasjoner, noe som kan gi positive sosiale erfaringer, økt selvtilit og derved fremme sosial deltagelse. Dette kan videre bygge sosiale nettverk og sosial støtte, som begge er viktige faktorer i bedringsprosessen (Tew, 2013). En mer *musikalsk edukasjon* kan være mindre problematisk her enn den sykdomsorienterte, ettersom musikalsk opplæring er mer naturlig også på sosio-musikalske arenaer ellers i samfunnet, og slik kan være en mer naturlig del av det musikalske samspillet.

Den aktive tilretteleggingen omfatter i stor grad å tilpasse blant annet formidlingen av musikkterapeuttilbudet, vanskelighetsgraden i musiseringen, valg av musikk, sammensetting av deltagere i en gruppe, valg av sosial arena og type aktivitet, samt form for struktur og forutsigbarhet. Det vil her kunne oppstå et dilemma ved at de sosiale arenaene i musikkterapi kan konstruere 'parallele sosiale samfunn' og slik begrense klientens 'virkelige' sosiale deltagelse. Som nevnt argumenterer Procter (2006, 2011) her for at 'virkelig' sosial deltagelse er viktig ettersom det her bygges sosial kapital, mens det i musikkterapi bygges en proto-sosial kapital. Et slikt skille mellom proto-sosial kapital i terapisisituasjoner, som en form for parallele samfunn, og 'fullverdig' sosial kapital i 'normale' sosiale settinger kan synes

problematisk ettersom det kan oppfattes å implisere ulik kvalitet av sosiale nettverk. Parallelle arenaer vil altså kunne ha uheldige konsekvenser dersom det begrenser klientens tilgang til naturlig sosial deltagelse. Likevel vil det være viktig å ta hensyn til at enkelte klienter selv ønsker å delta sosialt innen psykisk helsevern ettersom de opplever at dette hindrer tilbakefall, slik en av informantene påpeker. Også annen forskning viser at slik form for sosial kontakt mellom personer i samme situasjon, kan være særlig viktig i sosial recovery (Whitley & Campbell, 2014). Det kan videre også tenkes at det å *ikke* tilrettelegge sosiale arenaer for å opprettholde en 'normal' setting kan virke negativt. Kravene til deltagelse kan tenkes å overskride klientens mestringsevne og dermed få negative sosiale implikasjoner. 'Normale' sosio-musikalske arenaer i samfunnet har ofte et 'elitisk' fokus. Inkludering av klienten vil da kunne stå i fare for å virke 'normaliserende' ved at klientens musikalske, og sosiale, deltagelse må tilpasses samfunnets oppfatning av musikk. Dette vil kunne begrense muligheten for en mer helsefremmende sosialiserende musikkbruk. Arbeid med å fremme aksept for ulikheter i samfunnet, inkludert ulikheter i musikkbruk og sosio-musikalske arenaer, vil altså være viktig.

Det kan altså diskuteres om aktiv tilrettelegging og det å bevisstgjøre klienten de sosiale prosessene vil bidra til å styrke eller hindre dem. Opplevelsen av en naturlig sosial arena i musikkterapi synes imidlertid av særlig betydning ettersom dette trekkes frem av klienter selv som en viktig del av hvordan musikkterapi bidrar til recovery (Solli & Rolvsjord, 2015; Solli et al., 2013). En aktiv tilrettelegging vil slik ikke bare kunne hindre musikkens sosiale ressurs, men også klientens positive opplevelse av musikkterapi samt bedringsprosessen. Det oppstår slik ikke bare et dilemma mellom musikkens sosiale ressurs og musikkterapeutens aktive tilrettelegging, men også mellom tilretteleggingen og klientens opplevelse, og muligens utbytte, av musikkterapi.

Det er altså en ambivalens knyttet til aktiv tilrettelegging i forhold til betydningen av musikkens potensial som sosial ressurs og klientens opplevelse av musikkterapi. En viktig faktor i det musikkterapeutiske arbeidet er kanskje at bevisstgjøringen først skjer i læringssituasjonene som oppstår gjennom samhandlingen, slik informantene beskriver. Fokuset er altså heller på å ta i bruk mulighetene for læring som oppstår naturlig, heller enn å ha opplæring som en aktivitet og målsetting i seg selv. Det kan slik synes som om denne læringen skjer mer naturlig gjennom den sosiale relasjonen, og fungerer mer som en vanlig

utveksling av kompetanse. Dette kan kanskje minske bruddet med den naturlige opplevelsen noe.

5.2 Terapeutens tilrettelegging versus klientens agency

Gjennom intervjuene blir det tydelig hvordan musikkterapeutenes tilrettelegging er noe ulik i arbeid med sosial samhandling og sosial deltagelse. Informantene beskriver at tilretteleggingen har større fokus i arbeid med sosial samhandling i musikkterapi, mens sosial deltagelse krever en annen form for tilrettelegging ettersom klienten her tar mer direkte og selvstendig styring. Klientens agency synes særlig viktig innen et recovery-orientert perspektiv hvor klientens empowerment er av betydning for bedringsprosessen (Tew et al., 2012). Dette får imidlertid implikasjoner for det terapeutiske arbeidet, og det oppstår et visst dilemma også her ved at terapeutens tilrettelegging både kan fremme og begrense klientens agency.

Informantene beskriver at hovedfokuset for tilretteleggingen er å tilpasse aktivitet og arena etter klientens mestringsevne, som ofte varierer etter graden og formen på klientens psykiske lidelse. Å tilpasse etter mestringsevne innebærer at musikkterapeutene både arbeider med å *fremme* sosial kontakt, men også tidvis å *begrense* denne dersom klienten står i fare for å få negative sosiale erfaringer og tilbakefall. Informantene forteller at de tidvis kan begrense sosial kontakt ved å unnlate å foreslå, eller fraråde sosiale arenaer de som terapeut anser at klienten ikke vil klare å håndtere. Dette kan synes noe motstridende i arbeid med å fremme sosialisering ettersom det vil kunne begrense klientens sosiale tilgang og mulighet til å ta i bruk musikkens sosiale potensial og derved hindre agency. Slike begrensninger kan på den annen side også være viktig ettersom negative sosiale erfaringer kan ha negative sosiale implikasjoner, og også forverre den psykiske lidelsen (Livingston & Boyd, 2010).

Informantene forteller også om hvordan de vektlegger å tilrettelegge etter klientens ønsker. Det vil her kunne oppstå et dilemma mellom klientens agency i bedringsprosessen og terapeutens ansvar, dersom klient og terapeut har ulike oppfatninger av mestringsevnen.

I intervjuene reflekterer informantene over hvordan musikkterapeutens deltagelse i sosio-musikalske overganger til klienten hverdagsliv kan bidra til å stigmatisere og/eller ”umyndiggjøre” klienten, slik en av musikkterapeutene beskriver det. Samtidig vil enkelte klienter ha utbytte av å ha en trygg overgang mellom institusjon og hverdagsliv.

Musikkterapeuten må slik vurdere hva som vil være den mest tjenlige løsningen for den

enkelte klient. Flere av informantene beskriver her hvordan det å delta sammen med klienten på konserter oppleves positivt, mens det å skulle følge klienten over til et musikktilbud i lokalmiljøet oppleves mer problematisk. Kanskje kommer dette skillet av at terapeutens rolle i et band ofte er som bandmedlem hvor fremføring uten terapeuten vil være vanskelig, mens terapeutens rolle i overgangen til et nytt musikktilbud er mer uklar. Uavhengig av arena vil det være særlig viktig med bevissthet, både hos terapeut og klient, rundt potensiell stigmatisering og andre konsekvenser ved å 'offentliggjøre' klientens psykiske lidelse. For enkelte klienter vil slik 'offentliggjøring' medføre tilbakefall særlig ved stigmatisering, mens det for andre nettopp kan styrke resiliens mot stigma (Corrigan & Rao, 2012).

I arbeid med sosial deltagelse forteller informantene om hvordan deres tilrettelegging i større grad handler om at de støtter opp under klientens egen bruk av musikk som sosial ressurs, men at de som terapeuter altså sjeldent er med i overgangen til klientens hverdagsliv. Slik sosial agency hos klienten virker særlig viktig ettersom dette gir klienten mulighet til selv å opprette og opprettholde sosial kontakt, noe som kan tenkes å bygge mestringstro og selvtillit forutsatt gode sosiale opplevelser. Musikkterapeutenes fortellinger om klientens agency underbygges av tidligere forskning som viser hvordan klienter både er aktive i å skape god samhandling i musikkterapitimen, men også anvender musikk som sosial ressurs i hverdagslivet (Rolvsjord, 2013, 2014b, 2016; Solli, 2014). Den sosiale deltagelsen kan gå ut på å dele musikk over internett, bruke musikk som samtaleemne, delta i musikkaktiviteter i lokalmiljøet, spille for og med familie og venner, og/eller egen øving på instrument. I denne studien påpekes imidlertid hvordan slik bruk av musikk som sosial ressurs i hverdagslivet ikke nødvendigvis er synlig for musikkterapeuten, ettersom den nettopp skjer i klientens hverdagsliv og ikke i terapissettingen. Dette kan forklare hvorfor enkelte av informantene i studien opplever at de arbeider mindre med tilrettelegging for sosial deltagelse. Selv om musikkterapeutene her er mindre direkte aktive, synes vektleggingen av likeverdig relasjon og samarbeid som svært viktig for å støtte opp under klientens egen sosialisering.

Studien belyser slik hvordan klientens agency får implikasjoner for musikkterapeutens arbeid, hvor fokuset altså vil være mer på å maksimere klientens mulighet for agency enn å gå inn med direkte tilrettelegging ettersom dette kan virke begrensende. Gjennom musikkterapeutenes beskrivelser blir det synlig hvordan mye av arbeidet med sosial deltagelse går ut på å gi klientene verktøy og sosio-musikalsk kompetanse de selv kan ta i bruk, samt gi tilgang til ulike sosiale arenaer. Slike sosiale arenaer kan være uformelle møteplasser, sosiale

medier, ulike gruppetilbud, konserter og jam på og utenfor institusjon, med eller uten musikkterapeuten tilstede. Musikkterapeutene jobber slik ikke bare *på* ulike arenaer, men også *med* ulike arenaer ved at mye av arbeidet omfatter å videreformidle kontakt om musikktilbud til klienten. Ved å gi tilgang til sosiale arenaer gis det også mulighet for videre sosial deltagelse, selv om denne deltagelsen ikke nødvendigvis krever aktiv tilrettelegging fra musikkterapeuten. Å støtte klientens sosiale deltagelse beskrives imidlertid av informantene som utfordrende. Dette skyldes at det ofte er få passende musikktilbud i nærmiljøet, og informantene belyser slik hvordan samfunnsstrukturer har innvirkning på klientens mulighet for sosial bedring og for terapeutens mulighet for tilrettelegging. Dette påpekes også i en nyere studie hvor det påpekes at musikalske ressurser i samfunnet må gjøres tilgjengelige for klienter ettersom musikalske tilbud oftest er tilpasset personer med høyt funksjonsnivå og økonomiske ressurser, og derved vil kunne ekskludere personer med psykiske lidelser (Hense & McFerran, 2017).

Informantenes beskrivelser illustrerer hvordan klienten i musikkterapi i stor grad selv styrer sin egen sosiale bedringsprosess både ved å bidra i den sosiale samhandlingen gjennom likeverdig relasjon og samarbeid, og ved å styre den sosiale deltagelsen ved sosial agency. Forskning om musikkterapi og hverdagslivet påpeker hvordan sosial samhandling i musikkterapi og sosial deltagelse i klientens hverdagsliv påvirker hverandre (Rolvsvjord, 2013; Solli, 2014). Dette kan tenkes å særlig gjelde innen en kontekst av DPS hvor flere pasienter er polikliniske dagpasienter som kun er inne på DPS noen timer i uken. Formålet med terapi er nettopp at den skal ha ringvirkninger også ellers i klientens liv. Dette medfører imidlertid også at klientens hverdagsliv vil ha innvirkning på terapien og det terapeutiske utbyttet, noe som krever bevissthet fra terapeuten. Det vil slik også kunne oppstå utfordringer dersom stigma begrenser mulighetene til å videreføre musiseringen i hverdagslivet. Dette kan skje gjennom ekskludering av klienten fra sosio-musikalske settinger, isolering grunnet selvstigma eller mer indirekte gjennom økonomiske eller strukturelle hindringer for musikalsk deltagelse.

Stigma som begrensning for sosial recovery viser slik hvordan arbeid med sosiale prosesser påvirker og påvirkes av konteksten. Dette kan dermed også tilknyttes en kontekstuell forståelse av terapi. En slik forståelse innebærer at terapi ses på som en del av klientens større hverdagslige kontekst, eller *strukturer av sosial praksis*, som Dreier (2009) omtaler det som. Rolvsjord og Stige (2013) påpeker hvordan musikkterapi alltid foregår innen en sosial, kulturell, akademisk og politisk kontekst, og at disse kontekstene påvirker klientens helse og

terapipraksisen på komplekse måter. Beresford (2002) argumenterer som nevnt for at det filosofiske grunnlaget for psykiske lidelser hindrer en kontekstuell forståelse, og derved også sosialt orientert arbeid, noe som har innvirkning på individets muligheter. Det vil dermed ikke kun være klientens hverdagsliv og agency som har innvirkning på terapien, men også andre strukturelle og sosiale faktorer.

5.3 Implikasjoner for praksis

Det kan altså virke som at mye av den sosiale treningen i musikkterapi kommer 'gratis' ved å fokusere på musikken. Dette kan være særlig nyttig ettersom musikk ofte også virker motiverende for klienter (Gold et al., 2013), og ofte assosieres med positive opplevelser (McFerran & Saarikallio, 2014). Ved å fokusere mer på musikken og den naturlige samhandlingen i musikkterapi vil også klienter som ikke ønsker terapi kunne oppleve musikkterapi som mer positivt ettersom dette gjerne oppleves av klienter som mer 'fri fra behandling' enn som terapi (Solli & Rolvsjord, 2015). Musikken har altså potensial som sosial ressurs noe som kan minske interne barrierer for empowerment og selvstigma, og derved fremme positiv identitetsoppfattelse. Å ta i bruk musikkens sosiale ressurs synes altså særlig viktig i musikkterapeutisk tilrettelegging for sosiale prosesser og viser slik musikkterapiens relevans i arbeid med sosial recovery.

Funnene belyser hvordan konteksten har implikasjoner for det musikkterapeutiske arbeidet. Samfunnets innvirkning på individets mulighet for sosial recovery gjør at sosiale utfordringer ikke kan løses kun i musikkterapi og kun ved å arbeide med klienten. Musikkterapeutisk arbeid med samfunnsstrukturer vil slik kunne være viktig, men vil imidlertid måtte tilpasses slik at det ikke får negative konsekvenser for klienten. Det synes også viktig med flere musikkterapeuter i de ulike helsetjenestene i psykisk helsevern for å gjøre overføring mellom helsetjenestene lettere, og derved fordele ansvaret for ulike aspekt ved sosialt orientert arbeid bedre. Slik vil man kunne sikre bedre oppfølging av klienten.

Klientens agency får også implikasjoner for det musikkterapeutiske arbeidet ettersom tilrettelegging både kan fremme og hindre dette. Ettersom sosial deltagelse omhandler klientens hverdagsliv synes det naturlig at det er klienten som her vil være hoved-agenten. Dette medfører imidlertid også mindre direkte tilrettelegging fra musikkterapeutens side. Aktiv tilrettelegging kan imidlertid virke mer nødvendig i tidlig arbeid med sosial samhandling for å opprette grunnleggende kontakt. Arbeid med sosial samhandling og sosial

deltagelse synes slik å kreve ulik tilrettelegging etter hvor klienten er i bedringsprosessen. Klientens funksjonsnivå, samt valg av aktiviteter, vil videre også ha innvirkning på valg av arena. Dette vil igjen påvirke hvorvidt musikkterapeuten deltar *på* sosio-musikalske arenaer utenfor institusjonen eller jobber *med* arenaer gjennom å videreformidle kontakt eller gjennom mer strukturell tilrettelegging. Kanskje vil musikkterapeutisk arbeid *med* sosiale arenaer i form av mer arbeid med samfunnsmessige strukturer, heller enn aktiv tilrettelegging for den enkelte klient, kunne fremme sosial deltagelse samtidig som man unngår dilemmaet med at tilretteleggingen virker begrensende for klientens agency. Sosialt orientert arbeid i musikkterapi krever altså en bevisst og refleksiv holdning til hvordan terapeuten tilpasser tilretteleggingen slik at den støtter opp under og ikke virker begrensende for klientens bedringsprosess.

5.4 Videre forskning og kritikk av studien

Denne studien fokuserer kun på *musikkterapeutenes* beskrivelser av det sosiale arbeidet de gjør i psykisk helsevern. Dette har vært et bevisst valg fra min side, og jeg anerkjenner at dette ikke vil gi et fullstendig bilde av hvordan musikkterapi kan bidra til å fremme sosial samhandling og sosial deltagelse i psykisk helsevern. Musikkterapeutenes egne beskrivelser er et viktig bidrag ettersom de selv har god kunnskap om hvordan de jobber. Likevel kan det også tenkes at det er mye 'taus kunnskap' som ikke kommer frem gjennom å bruke intervju som metode, men som vil kunne utdypes gjennom videre case-studier eller lignende. Videre er musikkterapeutisk arbeid med å fremme sosial samhandling og sosial deltagelse i psykisk helsevern ikke kun noe terapeuten tilrettelegger for, men også noe klienten selv tar i bruk og påvirker. For å forstå utviklingen mot sosial bedring må man derfor også se på klientens bidrag i denne prosessen, og forskning på klientens rolle i sosialt orientert arbeid og bruk av musikk som sosial ressurs vil derfor være viktig for å få større innsikt i temaet. Videre vil det også være viktig med mer forskning på sammenhengen mellom terapi og hverdagsliv for å bedre forstå hvordan disse har gjensidig innvirkning på hverandre, samt virker inn på muligheten for sosial samhandling og sosial deltagelse i psykisk helsevern.

I denne masterstudien har jeg intervjuet fire mannlige musikkterapeuter om deres sosiale arbeid. Som nevnt i metoden var det et ønske, men ikke gjennomførbart å rekruttere både kvinner og menn til studien. Muligens kan derfor funnene fra denne studien i noen grad være kjønnet. Eksempelvis kan det tenkes å være enkelte kjønnsforskjeller tilknyttet arbeidsformer og tilnærminger til det musikkterapeutiske arbeidet med sosiale prosesser. Studien har også få

informanter. Målet med studien er likevel ikke å produsere generaliserbare funn i statistisk forstand. Å kun intervju fire informanter var et bevisst valg for å kunne gjøre en mer dyptgående analyse. Alvesson og Sköldbberg (2009) påpeker at tanken om generalisering må forstås ut fra det epistemologiske perspektivet, hvor man i konstruktivistisk perspektiv vil anse studiens kunnskap som ”kontekstualiserte måter å forstå og handle i verden på” (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 290). I et slikt kunnskapssyn vil man kunne overføre kunnskap selv om dette ikke vil være i form av en statistisk generalisering. Funnene i masterstudien vil slik likevel kunne gi kunnskap om musikkterapeutisk arbeid med sosial samhandling og sosial deltagelse i psykisk helsevern som videre kan belyse viktige aspekt og fokusområder for muligheter og begrensninger i slikt musikkterapeutisk arbeid.

6. Konklusjon

I denne oppgaven har jeg sett på hvordan musikkterapeuter beskriver eget arbeid med sosial samhandling og sosial deltagelse i psykisk helsevern. Dette er blitt gjort gjennom semi-strukturerte intervju med fire musikkterapeuter som jobber eller har jobbet på DPS.

Intervjuene omhandler hva slags fokus musikkterapeutene har på slikt arbeid, deres erfaringer med å tilrettelegge for sosiale prosesser, samt hvilke arenaer de jobber på.

Funnene i denne masterstudien viser at formen og graden av musikkterapeutenes tilrettelegging påvirkes av betydningen av musikkens potensial som sosial ressurs og klientens agency, men også andre strukturelle og kontekstuelle faktorer, samt klientens funksjonsnivå. Dette får ikke bare innvirkning på terapeutenes tilrettelegging og valg av arena, men også på hva slags fokus som rettes mot det sosiale arbeidet. Det tilrettelegges her ulikt for sosial samhandling og sosial deltagelse, hvor førstnevnte omfatter mer aktiv tilrettelegging etter mestringsevne, mens sistnevnte hovedsakelig omhandler å støtte klientens egen sosiale agency. Det oppstår her noen dilemmaer ettersom tilrettelegging både kan fremme og begrense musikkens sosiale potensial og klientens agency. Funnene belyser hvordan musikkterapi kan være særlig relevant i arbeid med sosial recovery, både ved musikkterapeutenes holdninger om likeverdighet, samarbeid og naturlige sosiale opplevelser, men også ved musikkens sosiale potensial og klientens sosiale agency. Å ta i bruk disse faktorene synes særlig viktig for å fremme sosial recovery hos personer med psykiske lidelser.

Funnene har også synliggjort kompleksiteten i hvordan kontekstuelle faktorer, som eksempelvis mangel på egnede musikktilbud i lokalmiljøet virker inn på det musikkterapeutiske arbeidet med sosial samhandling og sosial deltagelse. Det synes derfor viktig å anerkjenne musikkterapi som en kontekstuell praksis ettersom strukturelle faktorer har innvirkning både på klientens sosiale muligheter, men også på terapeutens muligheter for tilrettelegging. Selv om musikkterapeuter ikke kan fjerne alle strukturelle barrierer mot sosialisering, vil arbeid med å fremme sosial samhandling og sosial deltagelse gjennom musikkterapi likevel være viktig. Musikkterapeuter kan, med hjelp av musikkens sosiale ressurs, slik støtte opp under klientenes egen sosiale agency i bedringsprosessen og bidra til å fremme sosial samhandling og sosial deltagelse.

7. Litteraturliste

- Alvesson, M. & Sköldberg, K. (2009). *Reflexive Methodology: New Vistas for Qualitative Research* (2. utg.). London: SAGE
- Ansdell, G. (2002). Community Music Therapy & The Winds of Change. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 2(2).
- Ansdell, G. (2010a). Belonging Through Musicing: Explorations of Musical Community. I: B. Stige, G. Ansdell, C. Elefant & M. Pavlicevic (Red.). *Where Music Helps: Community Music Therapy in Action and Reflection*. Farnham: Ashgate.
- Ansdell, G. (2010b). Musicing on the Edge: *Musical minds* in East London, England. I: B. Stige, G. Ansdell, C. Elefant & M. Pavlicevic (Red.). *Where Music Helps: Community Music Therapy in Action and Reflection*. Farnham: Ashgate.
- Ansdell, G. (2014). *How Music Helps in Music Therapy and Everyday Life*. Farnham: Ashgate Publishing Ltd.
- Ansdell, G. & Meehan, J. (2010). "Some Light at the End of the Tunnel": Exploring Users' Evidence for the Effectiveness of Music Therapy in Adult Mental Health Settings. *Music and Medicine*, 2(1), 29-40. doi: 10.1177/1943862109352482
- Anthony, W. A. (1993). Recovery From Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. doi: 10.1037/h0095655
- Beresford, P. (2002). Thinking about 'mental health': Towards a social model. *Journal of Mental Health*, 11(6), 581-584. doi: 10.1080/09638230020023921
- Carr, C., Odell-Miller, H. & Priebe, S. (2013). A Systematic Review of Music Therapy Practice and Outcomes with Acute Adult Psychiatric In-Patients. *PLoS ONE*, 8(8). doi: 10.1371/journal.pone.0070252
- Clarke, V. & Braun, V. (2017). Thematic analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 12(3), 297-298. doi: 10.1080/17439760.2016.1262613
- Corrigan, P. W. (2004). How Stigma Interferes With Mental Health Care. *American Psychologist*, 59(7), 614-625. doi: 10.1037/0003-066X.59.7.614
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D. & Rüsçh, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric services*, 63(10), 963. doi: 10.1176/appi.ps.201100529

- Corrigan, P. W. & Rao, D. (2012). On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464-469. doi: 10.1177/070674371205700804
- Dalgard, O. S. (2006). *Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid* Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Davidson, L. & Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 16(4), 459-470. doi: 10.1080/09638230701482394
- DeNora, T. (2000). *Music in everyday life*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dreier, O. (2009). Persons in Structures of Social Practice. *Theory & Psychology*, 19(2), 193-212. doi: 10.1177/0959354309103539
- Erkkilä, J., Punkanen, M., Fachner, J., Ala-Ruona, E., Pöntiö, I., Tervaniemi, M., . . . Gold, C. (2011). Individual music therapy for depression: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 199(2), 132-139. doi: 10.1192/bjp.bp.110.085431
- Ghetti, C. M. (2016). Phenomenological research in music therapy. I: J. Edwards (Red.), *The Oxford Handbook of Music Therapy* (s. 767-800). Oxford: Oxford University Press.
- Goffman, E. (1986). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon & Schuster.
- Gold, C., Mössler, K., Grocke, D., Heldal, T. O., Tjemsland, L., Aarre, T., . . . Rolvsjord, R. (2013). Individual Music Therapy for Mental Health Care Clients with Low Therapy Motivation: Multicentre Randomised Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(5), 319-331. doi: 10.1159/000348452
- Gold, C., Solli, H. P., Krüger, V. & Lie, S. A. (2009). Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(3), 193-207. doi: 10.1016/j.cpr.2009.01.001
- Halstead, J. & Rolvsjord, R. (2017). The gendering of musical instruments: what is it? Why does it matter to music therapy? *Nordic Journal of Music Therapy*, 26(1), 3-24. doi: 10.1080/08098131.2015.1088057
- Harper, D. & Speed, E. (2012). Uncovering Recovery: The Resistible Rise of Recovery and Resilience. *Studies in Social Justice*, 6(1), 9-26.
- Hart, S. & Schwartz, R. (2009). *Fra interaksjon til relasjon: tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Schore og Fonagy*. Oslo: Gyldendal.
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*: Helsedirektoratet.

- Helsedirektoratet. (2015a). *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser* (IS-2314). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015b, 18. desember). *Psykisk helsevern for voksne*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/psykisk-helsevern/psykisk-helsevern-for-voksne>
- Helsedirektoratet. (2016a, 19. juli). *Legemiddelfri behandling i psykisk helsevern*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/psykisk-helsevern/legemiddelfri-behandling-i-psykisk-helsevern - musikkterapi>
- Helsedirektoratet. (2016b, 18. mars). *Psykisk helsevern og rus - antall pasienter, diagnoser og behandling*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/statistikk-fra-norsk-pasientregister/psykisk-helsevern-og-rus-antall-pasienter-diagnoser-og-behandling>
- Hense, C. & McFerran, K. S. (2017). Promoting young people's musical identities to facilitate recovery from mental illness. *Journal of Youth Studies*, 1-16. doi: 10.1080/13676261.2017.1287888
- Hense, C., McFerran, K. S. & McGorry, P. (2014). Constructing a grounded theory of young people's recovery of musical identity in mental illness. *The Arts in Psychotherapy*, 41(5), 594-603. doi: 10.1016/j.aip.2014.10.010
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 445-452. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083733
- Livingston, J. D. & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2150-2161. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.09.030
- Maddux, J. E. (2002). Stopping the "Madness": Positive Psychology and the Deconstruction of the Illness Ideology and the DSM. I: C. R. Snyder & S. J. Lopez (Red.). *Handbook of positive psychology* (s. 13-25). Oxford: Oxford University Press.
- Malloch, S. & Trevarthen, C. (2009a). *Communicative musicality: exploring the basis of human companionship*. Oxford: Oxford University Press.

- Malloch, S. & Trevarthen, C. (2009b). Musicality: Communicating the vitality and interests of life. I: S. Malloch & C. Trevarthen (Red.). *Communicative Musicality: Exploring the basis of human companionship* (s. 1-11). Oxford: Oxford University Press.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- McCaffrey, T., Edwards, J. & Fannon, D. (2011). Is there a role for music therapy in the recovery approach in mental health? *The Arts in Psychotherapy*, 38(3), 185-189. doi: 10.1016/j.aip.2011.04.006
- McFerran, K. S. & Saarikallio, S. (2014). Depending on music to feel better: Being conscious of responsibility when appropriating the power of music. *The Arts in Psychotherapy*, 41(1), 89-97. doi: 10.1016/j.aip.2013.11.007
- Mezzina, R., Davidson, L., Borg, M., Marin, I., Topor, A. & Sells, D. (2006). The Social Nature of Recovery: Discussion and Implications for Practice. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9(1), 63-80. doi: 10.1080/15487760500339436
- Muruges, N.-J. (2012). *"Andre viser omsorg, så da må jeg og kunne klare det": en kvalitativ undersøkelse av medlemmers sosiale erfaringer knyttet til deltakelse i et kor for mennesker med psykiske helseplager* (Upublisert masteroppgave). Universitetet i Bergen.
- Myers, D. G. (2012). *Exploring social psychology* (6. utg.). NY: McGraw-Hill.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv* (8). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Mäkinen, J., Miettunen, J., Isohanni, M. & Koponen, H. (2008). Negative symptoms in schizophrenia; a review. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(5), 334-341. doi: 10.1080/08039480801959307
- Mössler, K., Assmus, J., Heldal, T. O., Fuchs, K. & Gold, C. (2012). Music therapy techniques as predictors of change in mental health care. *The Arts in Psychotherapy*, 39(4), 333-341. doi: 10.1016/j.aip.2012.05.002
- Mössler, K., Chen, X., Heldal, T. O. & Gold, C. (2011). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(12), CD004025. doi: 10.1002/14651858.CD004025.pub3
- Mössler, K., Fuchs, K., Heldal, T. O., Karterud, I. M., Kenner, J., Næsheim, S. & Gold, C. (2011). The Clinical Application and Relevance of Resource-Oriented Principles in Music Therapy within an International Multicentre Study in Psychiatry. *British Journal of Music Therapy*, 25(1), 72-91. doi: 10.1177/135945751102500106

- Noack, T. (2014, 12. mars). *Samhandling*. Hentet fra <https://snl.no/samhandling>
- Norvoll, R. (2002). Psykisk lidelse som sosial prosess. I: R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykiske lidelser : samfunnsvitenskapelige perspektiver - en introduksjon* (s. 98-120). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Norvoll, R. (2013). Samfunnsvitenskapelige perspektiver på psykisk helse og psykiske helsetjenester. I: R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse: samfunnsvitenskapelige perspektiver* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Næss, T. & Ruud, E. (2007). Audible Gestures: From Clinical Improvisation to Community Music Therapy: Music Therapy with an Institutionalized Woman Diagnosed with Paranoid Schizophrenia. *Nordic Journal of Music Therapy*, 16(2), 160-171. doi: 10.1080/08098130709478186
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3. utg.). Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.
- Pavlicevic, M. (1997). *Music therapy in context: music, meaning, and relationship*. London: J. Kingsley Publishers.
- Pavlicevic, M. & Ansdell, G. (2009). Between communicative musicality and collaborative musicking: A perspective from community music therapy. I: S. Malloch & C. Trevarthen (Red.). *Communicative Musicality: Exploring the basis of human companionship* (s. 357-376). Oxford: Oxford University Press.
- Pedersen, P. B. (2002). Deinstitutionaliseringen av det psykiske helsevernet. I: R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykiske lidelser: Samfunnsvitenskapelige perspektiver - en introduksjon* (s. 187-204). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Perkins, R. & Repper, J. (2013). Prejudice, discrimination and social exclusion: reducing the barriers to recovery for people diagnosed with mental health problems in the UK. *Neuropsychiatry*, 3(4), 377-384.
- Procter, S. (2004). Playing politics: community music therapy and the therapeutic redistribution of musical capital for mental health. I: M. Pavlicevic & G. Ansdell (Red.). *Community music therapy* (s. 214-230). UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Procter, S. (2006). What are we playing at? Social capital and music therapy. I: R. Edwards, J. Franklin & J. Holland (Red.). *Assessing social capital: concept, policy and practice* (s. 146-162). Newcastle: Cambridge Scholars Press.
- Procter, S. (2011). Reparative musicking: thinking on the usefulness of social capital theory within music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 20(3), 242-262. doi: 10.1080/08098131.2010.489998

- Rolvsvjord, R. (2002). *Når musikken blir språk : musikalsk kommunikasjon i musikkterapi - et dialektisk perspektiv*. Oslo: Unipub.
- Rolvsvjord, R. (2010). *Resource-Oriented Music Therapy in Mental Health Care*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Rolvsvjord, R. (2013). Music therapy in everyday life, with 'the organ as the third therapist'. I: L. O. Bonde, E. Ruud, M. Skånland & G. Trondalen (Red.). *Musical Life Stories: Narratives on Health Musicking*. Oslo: Norges musikkhøgskole.
- Rolvsvjord, R. (2014a). The Competent Client and the Complexity of Dis-ability. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 14(3).
- Rolvsvjord, R. (2014b). What clients do to make music therapy work: A qualitative multiple case study in adult mental health care. *Nordic Journal of Music Therapy*, 24(4), 296-321. doi: 10.1080/08098131.2014.964753
- Rolvsvjord, R. (2016). Five episodes of clients' contributions to the therapeutic relationship: a qualitative study in adult mental health care. *Nordic Journal of Music Therapy*, 25(2), 159-184. doi: 10.1080/08098131.2015.1010562
- Rolvsvjord, R. & Stige, B. (2013). Concepts of context in music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 24(1), 44-66.
- Rose, D. (2014). The mainstreaming of recovery. *Journal of Mental Health*, 23(5), 217-218. doi: 10.3109/09638237.2014.928406
- Ruud, E. (1990). *Musikk som kommunikasjon og samhandling: teoretiske perspektiv på musikkterapien*. Oslo: Solum.
- Ruud, E. (1997). *Musikk og identitet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ruud, E. (2008). Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi. I: E. Ruud & G. Trondalen (Red.). *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi* (nr. 2008:3, s. 5-28). Oslo: Norges musikkhøgskole i samarbeid med Unipub.
- Ruud, E. (2010). *Music therapy: a perspective from the humanities*. Gilsum, N.H: Barcelona Publishers.
- Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet: fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Schön, U.-K., Denhov, A. & Topor, A. (2009). Social Relationships as a Decisive Factor in Recovering From Severe Mental Illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(4), 336-347. doi: 10.1177/0020764008093686

- Sibitz, I., Unger, A., Woppmann, A., Zidek, T. & Amering, M. (2011). Stigma Resistance in Patients With Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), 316-323. doi: 10.1093/schbul/sbp048
- Silverman, M. J. (2013). Effects of Music Therapy on Self- and Experienced Stigma in Patients on an Acute Care Psychiatric Unit: A Randomized Three Group Effectiveness Study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(5), 223-230. doi: 10.1016/j.apnu.2013.06.003
- Silverman, M. J. (2014). Effects of a live educational music therapy intervention on acute psychiatric inpatients' perceived social support and trust in the therapist: a four-group randomized effectiveness study. *Journal of music therapy*, 51(3), 228-249. doi: 10.1093/jmt/thu011
- Silverman, M. J. (2015). *Music therapy in mental health for illness management and recovery* (First edition.): Oxford University Press.
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: a guide for mental health professionals*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Small, C. (1998). *Musicking: the meanings of performing and listening*. Hanover, N.H: University Press of New England.
- Solli, H. P. (2008). "Shut up and play!": Improvisational use of popular music for a man with schizophrenia. *Nordic journal of music therapy*, 17(1), 67-77.
- Solli, H. P. (2012). Med pasienten i førerretet; Recovery-perspektivets implikasjoner for musikkterapi i psykisk helsearbeid. *Musikterapi i psykiatrien online*, 7(2). doi: 10.5278/ojs/mipo/2edleel2
- Solli, H. P. (2014). Battling illness with wellness: a qualitative case study of a young rapper's experiences with music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 24(3). doi: 10.1080/08098131.2014.907334
- Solli, H. P. & Rolvsjord, R. (2015). "The Opposite of Treatment": A qualitative study of how patients diagnosed with psychosis experience music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 24(1), 67-92. doi: 10.1080/08098131.2014.890639
- Solli, H. P., Rolvsjord, R. & Borg, M. (2013). Toward Understanding Music Therapy as a Recovery-Oriented Practice within Mental Health Care: A Meta-Synthesis of Service Users' Experiences. *Journal of Music Therapy*, 50(4), 244-273. doi: 10.1093/jmt/50.4.244
- Stige, B. (2002). *Culture-centered music therapy*. Gilsum NH: Barcelona Publishers.

- Stige, B. (2003). *Elaborations toward a notion of community music therapy* (nr 175). Faculty of Arts, Department of Music and Theatre Unipub, Oslo.
- Stige, B. (2006). On a Notion of Participation in Music Therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 15(2), 121-138. doi: 10.1080/08098130609478159
- Stige, B. (2011). The doors and windows of the dressing room: Culture-centered music therapy in a mental health setting. I: A. Meadows (Red.), *Developments in Music Therapy Practice: Case Study Perspectives* (s. 416-433). Gilsum: Barcelona Publishers.
- Stige, B. & Aarø, L. E. (2012). *Invitation to Community Music Therapy*. New York: Routledge.
- Tew, J. (2013). Recovery capital: what enables a sustainable recovery from mental health difficulties? *European Journal of Social Work*, 16(3), 360-374. doi: 10.1080/13691457.2012.687713
- Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Melton, J. & Le Boutillier, C. (2012). Social Factors and Recovery from Mental Health Difficulties: A Review of the Evidence. *British Journal of Social Work*, 42(3), 443-460. doi: 10.1093/bjsw/bcr076
- Trondalen, G. (2008). Musikkterapi - et relasjonelt perspektiv. I: E. Ruud & G. Trondalen (Red.). *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi* (nr. 2008:3, s. 29-48). Oslo: Norges musikkhøyskole i samarbeid med Unipub.
- Trondalen, G. (2016). *Relational music therapy: An intersubjective perspective*. Dallas TX: Barcelona Publishers.
- Ware, N. C., Hopper, K., Tugenberg, T., Dickey, B. & Fisher, D. (2007). Connectedness and citizenship: redefining social integration. *Psychiatric services* 58(4), 469. doi: 10.1176/ps.2007.58.4.469
- Wheeler, B. L. & Kenny, C. (2005). Principles of qualitative research. I: B. L. Wheeler (Red.), *Music therapy research* (s. 59-71). Gilsum N.H: Barcelona Publishers.
- Whitley, R. & Campbell, R. D. (2014). Stigma, agency and recovery amongst people with severe mental illness. *Social Science & Medicine*, 107, 1-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.02.010

8. Vedlegg

Vedlegg 1: Veiledende intervjuguide

Problemstilling: Hvordan beskriver musikkterapeuter eget arbeid med å fremme og tilrettelegge for sosial samhandling og sosial deltagelse for voksne med psykiske lidelser?

Forsknings spørsmål:

- A) Hva slags fokus har musikkterapeuter på å fremme og tilrettelegge for sosial samhandling og sosial deltagelse i musikkterapitimene og kryss-kontekstuellt?
- B) Hvordan legger musikkterapeuter til rette for sosial samhandling og sosial deltagelse i sin praksis og på hvilke arenaer foregår dette?
- C) Hvilke erfaringer og refleksjoner har musikkterapeuter rundt muligheter og utfordringer med slikt arbeid?

Forsknings spørsmål	Spørsmål til deltager
<i>Hva slags fokus har musikkterapeuter på å fremme og tilrettelegge for sosial samhandling og sosial deltagelse i musikkterapitimene og kryss-kontekstuellt?</i>	<ul style="list-style-type: none">- Hvor bevisst er du på å tilrettelegge for sosial samhandling i timene?- Hva slags fokus har du på klientens sosiale musikkbruk utenfor musikkterapi?- Hva er det som påvirker hva slags fokus du har på dette?- Har du ulikt fokus på sosial samhandling og sosial deltagelse; evt. hvordan og hvorfor?
<i>Hvordan legger musikkterapeuter til rette for sosial samhandling og sosial deltagelse i sin praksis...</i>	<ul style="list-style-type: none">- Hvordan vil du beskrive den sosiale samhandlingen som skjer i timene?- Hva vektlegger du i samhandlingen; hvorfor?- Hva gjør du for å skape god kontakt mellom deg og klienten (evt. mellom klienter i en gruppe)?- Hvordan jobber du for å fremme

	<p>sosial deltagelse i klientens hverdagsliv?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kan du komme med et eller to eksempler fra din praksis hvor musikkterapi bidro enten særlig positivt eller negativt til klientens sosiale bedring? - Hvordan jobber du med evt. barrierer og ressurser som påvirker klientens muligheter for sosial samhandling og sosial deltagelse? - Hvordan vil du beskrive arbeidet ditt med sosial deltagelse i forhold til sosial samhandling; er det forskjeller, hvorfor?
<p>... og på hvilke arenaer foregår dette?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - På hvilke arenaer tilrettelegger du for sosial samhandling? - På hvilke arenaer legger du til rette for sosial deltagelse? - Hvorfor på akkurat disse arenaene?
<p>Hvilke erfaringer og refleksjoner har musikkterapeuter rundt muligheter og utfordringer med slikt arbeid?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hvilke muligheter og utfordringer opplever du at musikkterapi har med slikt arbeid i psykisk helsevern? - Er det ulike muligheter og utfordringer for samhandling og deltagelse? - (Har synet ditt på slikt arbeid endret seg siden du begynte å jobbe i psykisk helsevern; hvorfor?)
<p>Avslutning</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Er det andre ting du vil legge til som jeg ikke har spurt om, eller som du ikke har fått sagt?

Vedlegg 2: NSD-kvittering



Randi Rolvsjord
Griegakademiet - Institutt for musikk Universitetet i Bergen
Postboks 7800
5020 BERGEN

Vår dato: 11.10.2016

Vår ref: 49854 / 3 / ASF

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 08.09.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>49854</i>	<i>Musikkterapiens potensial for å fremme sosial samhandling og sosial deltagelse: En kvalitativ studie om musikkterapeuters arbeid i psykisk helsevern</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Bergen, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Randi Rolvsjord</i>
<i>Student</i>	<i>Elin Kirkhus Johansen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

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

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.12.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Amalie Statland Fantoft

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



INFORMASJON OG SAMTYKKE

I følge meldeskjemaet skal deltakerne i studien informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykke til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

TAUSHETSPLIKT

Personvernombudet minner om at informantene i prosjektet har taushetsplikt, og anbefaler at du tar dette opp med informantene i forbindelse med intervjuet. Du og informant har et felles ansvar for at det ikke kommer taushetsbelagte opplysninger inn i datamaterialet, og spørsmål må stilles på en slik måte at taushetsplikten kan overholdes. Vi minner om at du må være særlig forsiktig med bruk av eksempler, og vær oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, tid, sted og eventuelle spesielle hendelser. Personvernombudet forutsetter at det ikke innhentes personopplysninger om noen av brukerne, og at taushetsplikten ikke er til hinder for den behandling av opplysninger som finner sted.

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at dere behandler alle data og personopplysninger i tråd med Universitetet i Bergen sine retningslinjer for innsamling og videre behandling av forskningsdata og personopplysninger.

PROSJEKTSLUTT OG ANONYMISERING

I informasjonsskrivet har dere informert om at forventet prosjektslutt er 01.12.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal dere da anonymisere innsamlede opplysninger. Anonymisering innebærer at dere bearbeider datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjør dere ved å slette direkte personopplysninger, slette eller omskrive indirekte personopplysninger og slette digitale lydopptak.

Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Musikkterapiens potensial for å fremme sosial samhandling og sosial deltagelse: En kvalitativ studie om musikkterapeuters arbeid i psykisk helsevern”

Bakgrunn og formål

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt om musikkterapeuters arbeid i psykisk helsevern. Jeg, Elin Kirkhus Johansen, studerer musikkterapi ved Universitetet i Bergen, og forskningsprosjektet er tilknyttet min masteroppgave der. Målet med studien er å bedre forstå hvordan musikkterapeuter jobber med sosial samhandling og sosial deltagelse med voksne i psykisk helsevern. Jeg ønsker derfor å utforske musikkterapeuters arbeid med interaksjon som oppstår i musikkterapitimene; sosial samhandling, og arbeid med klientenes videre interaksjon og sosiale musikkbruk i hverdagsliv og samfunn; sosial deltagelse. I denne sammenheng ønsker jeg å intervju fire musikkterapeuter om deres erfaringer med slikt arbeid. Du har blitt spurt om å delta fordi du jobber, eller har jobbet, som musikkterapeut på DPS i Norge og derved har relevant erfaring.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Du blir spurt om å delta i et individuelt intervju som vil foregå i løpet av høsten. Intervjuet vil ta omtrent en time, og vil gjennomføres ved personlig møte. Under intervjuet vil vi snakke om dine erfaringer og refleksjoner rundt arbeid med sosial samhandling og sosial deltagelse: Hva slags fokus du som musikkterapeut har på slikt arbeid; hvordan du arbeider med dette; og på hvilke arenaer slikt arbeid foregår i din arbeidspraksis. Det vil bli tatt lydopptak av samtalen.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun meg selv og veileder Randi Rolvsjord ved Universitetet i Bergen som vil ha tilgang til lydopptaket. Opptaket vil senere bli transkribert slik at datamaterialet kan brukes til videre analyse og drøfting av temaet i studien. Dersom du ønsker det kan du få lese gjennom transkripsjonen for ditt intervju, slik at du har mulighet til å komme med kommentarer eller rette opp i eventuelle

feil-oppfatninger av utsagn. Lydfilen vil oppbevares på passord-beskyttet pc etter at intervjuet er gjennomført.

Alle personidentifiserbare opplysninger, og institusjonen du jobber/jobbet på vil bli anonymisert og behandles uten navn. Du, som deltaker, vil bli bedt om kun å gi generell informasjon om eventuelle tredjepersoner som beskrives under intervjuet i forbindelse med dine praksiserfaringer. Dette er viktig for å sikre at klienter og annet personale ikke kan identifiseres indirekte.

Prosjektet skal etter planen være avsluttet innen 01. Desember 2017. Lydopptak og transkripsjon vil da være slettet og all informasjon vil være anonymisert.

Frivillig deltakelse

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

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Elin Kirkhus Johansen på epost: Elin.K.Johansen@student.uib.no eller med veileder Randi Rolvsjord på epost: Randi.Rolvsjord@uib.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien:

Jeg har mottatt informasjon om studien: *"Musikterapiens potensial for å fremme sosial samhandling og sosial deltagelse: En kvalitativ studie om musikkterapeuters arbeid i psykisk helsevern"*, og er villig til å delta i et intervju i forbindelse med dette forskningsprosjektet.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)