

Recovery-orientert musikkterapi for psykosepasienter i lys av selvdetermineringsteorien

Et nytt teoretisk rammeverk?



Frida Riisnes

Masteroppgave i musikkterapi

Griegakademiet – Institutt for musikk

Universitetet i Bergen

Våren 2020

Forord

Etter mange timer bak skjermen er jeg kommet til veis ende, og det er på tide å trekke frem de personene som fortjener en ekstra oppmerksomhet. Først og fremst vil jeg rette en stor takk til veilederen min Wolfgang Schmid, som har hjulpet meg gjennom denne skriveprosessen på en inspirerende måte. Dine gode innspill og faglige samtaler har vært helt avgjørende for å komme i mål, og for å gi meg tro på prosjektet. Dernest vil jeg takke Claire Ghetti for å introdusere meg for CIS-metoden, som viste seg å passe godt for en sta vestlending. Jeg vil også takke mine medstudenter, særlig Olav H. W. Egeberg for gode diskusjoner og kaffe, samt Ørjan Øye og Ole Kristian Einarsen, som til tross for covid-19 og sosial distansering har opprettholdt både de faglige og mindre faglige samtalene hver eneste dag på digitale plattformer.

Tusen takk til min tante og tidligere norsklærer Berit Lygre, for heltmodig innsats med språkvask for en tidvis ordblind niese. Jeg vil også takke de der hjemme, spesielt min mor, Marit Helene Riisnes, som ofte ringer for å sjekke om jeg har «luftet vettet», og håpefullt spør om jeg har tid til å komme på besøk. Jeg gleder meg til å svare «til helgen», neste gang du ringer.

Sist, men ikke minst, vil jeg takke samboeren min Hans Christian Dalgaard, som støtter meg i alle mine prosjekter og alltid ser lyst på tilværelsen.

Bergen, juni 2020

Frida Riisnes

Abstract

Over the past decade, music therapy has gained an ever-increasing position in Norwegian psychiatry. In particular the field of psychosis. The National Directorate of Health's national guidelines for treatment of psychotic disorders also recommends music therapy for this patient group. A concept from the music therapy literature that is often used in relation to the music therapy treatment of patients with psychosis is *recovery*. The concept has had a worldwide impact on the health care system as a whole, but at the same time bears similarities to the well-established self-determination theory (SDT), which has also been proposed to serve as a theoretical framework for recovery.

Based on the author's own curiosity for a further understanding of how recovery-oriented music therapy promotes improvement for the relevant patient group, this study investigates whether SDT can serve as a theoretical framework in a music therapy context. By conducting a critical interpretive synthesis (CIS) of existing literature, a synthesizing argument is first formulated. Furthermore, the arguments of the synthesis are discussed in light of the SDT three universal needs for *autonomy*, *belonging* and *competence* - as well as its potential for an increased understanding of how music therapy promotes improvement, and interdisciplinary dissemination.

Sammendrag

Det siste tiåret har musikkterapi fått et stadig større fotfeste innen den norske psykiatrien, og særlig psykosefeltet. I Helsedirektoratets nasjonalfaglige retningslinjer for behandling av psykoselidelser anbefales også musikkterapi for denne pasientgruppen. Et konsept fra musikkterapilitteraturen som ofte benyttes i relasjon til den musikkterapeutiske behandlingen av psykosepasienter er *recovery*. Konseptet har fått en verdensomspennende påvirkning på helsevesenet som helhet, men bærer samtidig likheter til den veletablerte selvdetermineringsteorien (SDT) som også har blitt foreslått å kunne fungere som et teoretisk rammeverk for *recovery*.

Med utgangspunkt i forfatterens egen nysgjerrighet for en ytterligere forståelse av hvordan den *recovery*-orienterte musikkterapien fremmer bedring hos den aktuelle pasientgruppen, undersøker denne studien om SDT kan fungere som et teoretisk rammeverk i en musikkterapikontekst. Ved å foreta en kritisk fortolkende syntese (CIS) av eksisterende litteratur, formuleres det først et syntesising argument. Videre diskuteres dette i lys av SDT tre universelle behov for autonomi, tilhørighet og kompetanse – samt dets potensiale for en økt forståelse av hvordan musikkterapi fremmer bedring, og tverrfaglig formidling av dette.

Innholdsfortegnelse

1.0	INTRODUKSJON	1
1.1	BAKGRUNN FOR OPPGAVEN	1
1.2	PROBLEMSTILLING	2
2.0	TEORI	3
2.1	PSYKOSE	3
2.1.1	<i>Psykoselignende erfaringer</i>	<i>4</i>
2.1.2	<i>Risikofaktorer</i>	<i>5</i>
2.2	RECOVERY	6
2.2.1	<i>Medikamentfri behandling- eksempel på implementering av recovery-orienterte tilbud for pasienter innen psykisk helsevern</i>	<i>7</i>
2.2.2	<i>Recovery i musikkterapi, fra perspektiv til praksis</i>	<i>8</i>
2.3	SELVDETERMINERINGSTEORIEN	9
2.3.1	<i>Autonomi</i>	<i>10</i>
2.3.2	<i>Kompetanse</i>	<i>12</i>
2.3.3	<i>Tilhørighet</i>	<i>13</i>
2.3.4	<i>Oppsummering av selvdetermineringsteorien i en helsekontekst</i>	<i>15</i>
2.4	SELVDETERMINERINGSTEORIEN SOM ET VERKTØY FOR Å FORSTÅ RECOVERY	16
3.0	METODE	17
3.1	ADAPSJON AV METODEN	18
3.2	METODISK DRØFTING	19
3.2.1	<i>Kritikk</i>	<i>20</i>
3.2.2	<i>Metodiske implikasjoner og vitenskapsteori</i>	<i>21</i>
3.2.3	<i>Etisk drøfting</i>	<i>22</i>
3.3	INKLUSJON AV LITTERATUR – STEG 1	23
3.4	ANALYSE, OVERSETTE STUDIENE TIL HVERANDRE – STEG 2	26
3.4.1	<i>Argumentasjon for recovery</i>	<i>28</i>
3.5	ANALYSE, SYNTESE AV OVERSETTELSENER – STEG 3	29
3.1	UTBYTTE AV BEHANDLING	29
3.2	JEVNBYRDIGHET	30
3.3	SPRÅKETS SIGNIFIKANS FOR EN LIKEVERDIG RELASJON	30
3.4	MUSIKK – ET ALLMENT FAGFELT	31
3.5	RELASJONELL BROBYGGER	31
3.7	AMBISJONER, HÅP OG BEGRENSNINGER	31
3.8	RISIKOFAKTORER OG ANSVAR	32
4.0	FUNN, FREMLEGG AV SYNTESEN – STEG 4	32

4.1 SYKDOMMENS Plass i Terapirommet	33
4.1.2 <i>Sykdomsbeskrivelser</i>	33
4.1.3 «Frihet» og det allmenne vokabular	34
4.1.4 <i>Pasientdialog og likeverdighet</i>	35
4.1.5 <i>Oppsummering av syntesens første tema</i>	36
4.2 MUSIKKTERAPIENS RELASJONELLE BYGGEKLOSSER	37
4.2.1 <i>Relasjonelle musikkaktiviteter</i>	38
4.2.2 <i>Ambisjoner og kontakt med verden “utenfor”</i>	39
4.2.3 <i>Oppsummering av syntesens andre tema</i>	41
4.3 DEFINISJONSMÅKT OG RELASJONSBYGGING	41
.....	42
5.0 SYNTESENS ARGUMENTER I LYS AV SELVDETERMINERINGSTEORIEN – STEG 5	42
5.1 AUTONOMI	43
5.2 KOMPETANSE	45
5.3 TILHØRIGHET	47
5.4 INDRE OG YTRE MOTIVASJON	50
5.5 LEGITIMERING AV ET BEHANDLINGSTILBUD	50
5.6 FRA VISJON TIL FORKLARINGSMODELL?	52
6.0 KONKLUDERENDE TANKER	54
6.1 VEIEN VIDERE	54
7.0 KILDER	56

LISTE AV FIGURER

Figur 1.0: Sjekkliste for inklusjon av studier.....	24
Figur 2.0: Flow-diagram systematisk litteraturgjennomgang.....	25
Figur 3.0: Pasienters frihet for hva som bringes til og fra terapirommet.....	36
Figur 4.0: Musikkterapi som relasjonsbygger utover terapirommet.....	38
Figur 5.0: Syntesens temaer i relasjon til hverandre	42
Figur 6.0: Musikkterapi som en «trygg base» for relasjonsbygging	48

1.0 Introduksjon

Pasienten kommer inn i rommet, men møter ikke blikket og velger stolen som står lengst unna av de han har å velge mellom. Han svarer på oppfordring fra meg, men stiller ingen spørsmål tilbake. Etter å ha gått tom for alle de naturlige spørsmålene, sagt at vi kan bruke timen til å bli bedre kjent, vender jeg meg mot datamaskinen og setter på de store høytalerne. «Jeg tenke vi kunne spille av litt musikk som vi liker. Skal jeg starte eller har du en sang klar?». Han vrir seg litt på stolen, trekker opp skuldrene og smiler litt nervøst, «begynn du, jeg må tenke litt». Jeg finner frem en låt jeg har hørt en del på i det siste, og forteller hvorfor jeg liker den. Tausheten som var der i starten er byttet ut med musikk, og med jevne mellomrom løfter han blikket og smiler. Kommunikasjonen blir stadig mer gjensidig.

«Det minner meg om et band jeg hørte på da jeg var ung. Men jeg kommer ikke på hva de heter» uttrykker pasienten etter låtens slutt. Diskusjonen er i gang, og relasjonen er i ferd med å etableres mellom to personer som aldri har møttes før. Kanskje fortsetter disse to å diskutere hele timen, kanskje forteller pasienten om sin tilstand, kanskje begynner de å spille sammen, eller kanskje lager de en plan for et prosjekt pasienten ønsker å spille inn. Den litt sjenerte og forknytte personen som entret timen, smiler i det han går ut og sier: «Det var gøy, jeg føler meg bedre enn da jeg kom».

1.1 Bakgrunn for oppgaven

Dette var en fiktiv fortelling, kall det gjerne en solskinnshistorie, inspirert av ulike praksiserfaringer jeg som student har fått tilegne meg i løpet av mange ulike praksisperioder innen psykisk helsevern ved psykoavdelinger. Ordene «jeg føler meg bedre enn da jeg kom» rommer ikke en fullstendig helbredelse av pasientens sykdomsproblematikk, men signaliserer et lite lyspunkt i en hverdag som i stor grad kan preges av sykdom og smerte. Setningen har fått meg til å undres over hva det er som ligger bak. Hvorfor musikk får en person til å gå ned fra avdelingen, eller sette seg på bussen for bare 45 til 60 minutter med musikkrelaterte aktiviteter. Denne kunstformen som omringer oss nesten hvor enn vi går; i butikker, filmer, reklamer – en liste som alene kunne dannet grunnlag for en masteroppgave.

Med rot i mine egne praksiserfaringer med psykosepasienter og tidligere studier innen psykologi har dette vært et stort interesseområde for meg gjennom hele utdanningsløpet. Samtidig representerer den fiktive fortellingen det jeg på billedlig vis velger å kalle for en «solskinntendens». Solskinntendensen rommer alle de fantastiske praksishistoriene som

kommer frem på forelesninger, men ikke minst alle de positive utfallene man selv får ta del i, og observere gjennom en praksisperiode. Samtidig har denne tendensen tidvis fått meg til å sette spørsmålstegn ved mine egne evner til å vurdere en persons funksjonsnivå, og tidvis gjort det vanskelig å tilby en plausibel forklaring i en tverrfaglig kontekst – spesielt der andres erfaringer med en pasient skiller seg mye fra mine.

1.2 Problemstilling

Søken etter en tverrfaglig relevant forklaringsmodell til solskinnstendensen har dannet grunnlaget for denne masteroppgaven, med formål om å supplere musikkterapien som de siste årene har fått et stadig mer solid fotfeste innenfor psykisk helsevern. Divisjon for psykisk helsevern i Helse Bergen sitt vedtak fra 2017, som presiserer at alle klinikker skal ha en musikkterapeut er et eksempel på dette (Stige, 2017). Særlig når det kommer til behandling av pasienter med psykoselidelser har flere distriktpspsykiatriske sentre (DPS) opprettet stillinger for musikkterapi, og etter årtusenskiftet har musikkterapien innenfor dette feltet etablert et større evidensgrunnlag når det kommer til musikkterapiens positive effekter på pasienter med psykoselidelser (Gold, 2007; Gold, Solli, Krüger, & Lie, 2009; Mössler, Chen, Heldal, & Gold, 2011). Som et resultat av det økte evidensgrunnlaget, blir musikkterapi også anbefalt i helsedirektoratets nasjonalfaglige retningslinjer fra 2013, hvor profesjonen nevnes med positive omtaler i forhold til symptomreduksjon og virkningstid. Her kan man også lese at musikkterapi er spesielt effektivt for å redusere negative symptomer hos psykosepasienter, samt at det finnes indikasjoner på at virkningen er tilstede i seks måneder etter avsluttet behandling – både ved poliklinisk og døgntilrettelagt behandling (Helsedirektoratet, 2013, s. 70-71).

Recovery er et begrep som ofte knyttes til musikkterapi og psykisk helse generelt (Solli, 2012; Solli, Rolvsjord, & Borg, 2013). Når det kommer til den norske forskningen på musikkterapi og spesifikt psykosepasienter, er også denne ofte tuftet på et recovery-perspektiv og recovery-orientert praksis (Solli, 2015; Solli & Rolvsjord, 2015). Siden 2013 har praksisen også høstet en større legitimitet grunnet sitt evidensgrunnlag og høyeste mulige forskningsgradering innenfor psykisk helsevern som implementert i Helsedirektoratets nasjonalfaglige retningslinjer (2013). I tråd med den økte implementeringen fordrer dette at man som musikkterapeut besitter en tverrfaglig kunnskap som gjør det mulig for andre faggrupper å se, og forstå musikkterapiens relevans og potensiale.

På bakgrunn av min interesse for psykosefeltet vil jeg i denne masteroppgaven søke til den eksisterende litteraturen innenfor det norske forskningen som omhandler

psykosepasienter og recovery, med formål om å tilføre ny teoretisk tverrfaglig vinkling for å oppnå en ytterligere forståelse av hvorfor musikkterapi har en helsefremmende effekt på denne pasientgruppen. Problemstillingen lyder derfor som følger:

Kan selvdetermineringsteorien brukes som et teoretisk rammeverk for å forstå hvordan musikkterapi fremmer bedring hos psykosepasienter med utgangspunkt i norsk recovery-litteratur med tydelig brukerstemme?

2.0 Teori

I dette kapittelet vil det bli foretatt en gjennomgang av relevant litteratur for oppgavens tema, med formål om å gi generell innsikt i pasientgruppens sykdomsproblematikk, recovery-perspektivet og selvdetermineringsteorien.

2.1 Psykose

Det vil nå bli gjort rede for hva psykose er, hvordan det defineres, psykoselignende erfaringer (PLE) og hvilke faktorer som øker risikoen for utvikling av psykoselidelser. Som musikkterapeut i dette feltet, møter man mange ulike pasienter med ulik bakgrunn. Pasientene kan allerede være diagnostisert, eller være under utredning. Innsikt og forståelse av denne sykdommens hovedtrekk og symptomer er derfor essensielt for å kunne møte denne pasientgruppen på best mulig måte. Grunnet Norges medlemskap i Verdens helseorganisasjon (WHO), forpliktes alle kliniske institusjoner å følge det internasjonale diagnosesystemet ICD-10 som består av kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer (WHO, 2002, s. 3). ICD-10 manualen gir spesifikke beskrivelser av alle diagnosene innenfor psykosespekteret, men selve psykosebegrepet er *ikke* en spesifikk diagnose.

Psykose kan beskrives som en fellesbetegnelse for en rekke diagnoser med felles kjennetegn. Etersom denne oppgaven befatter seg med det generelle psykosebegrepet vil ikke diagnosene som går under kodene F-20 til F-29 (WHO, 2002, s. 45) bli gjennomgått i detalj, men diskutert i henhold til de generelle trekkene som kommer frem i Helsedirektoratets nasjonalfaglige retningslinjer for utredning, oppfølging og behandling av personer med psykoselidelser (2013).

Psykoselidelser har alle til felles at den aktuelle psykoselidelsen gir en manglende eller nedsatt evne til realitetstest, som påvirker den rammedes evne til å skille mellom indre

og ytre faktorer. En psykoselidelse kjennetegnes gjerne med de tre hovedsymptomer. I Helsedirektoratets nasjonalfaglige retningslinjer (2013) kategoriseres de som følger:

1. Realitetsbristen kan ta form av forstyrrelser i sansing (hallusinasjoner, uvirkelige sanseopplevelser) eller fastlåste og feilaktige endringer i tankeinnhold (vrangforestillinger, alvorlige og fastlåste misforståelser/feiltolkninger av omgivelsene). Disse symptomene kalles ofte positive symptomer, fordi de representerer et tillegg av noe som vanligvis ikke er der.
2. Reduksjon eller et bortfall av normale funksjoner kalles ofte negative symptomer. De negative symptomene kan være vanskelig å skille fra depresjonsutvikling (post psykotisk depresjon), eller fra bivirkninger av spesielt de «gamle» typene antipsykotiske legemidler.
3. Mange kan også oppleve andre typer symptomer som angst, depresjon (affekt forstyrrelser) eller kognitive (tankemessige) vansker. Det kognitive funksjonsnivået er vanligvis redusert sammenlignet med før sykdommen debuterte, og dette påvirker læring, minne, sansing og motoriske ferdigheter (s. 129).

Utvikling av en psykoselidelse medfører i mange tilfeller også at basale funksjoner som er viktige for menneskets opplevelse av å være et individ og selvoppfatning forandres (Helsedirektoratet, 2013, s. 129). Samtidig kan en diagnostisering innenfor psykosespekteret bringe med seg uheldige sider som kan svekke en persons selvoppfatning ytterligere, ved både å føle seg redusert til en diagnose, opplevelse av ytre stigma, eller selvstigma – der pasienten ser seg selv som en sykdom i stedet for et menneske og muligheter for utvikling i en positiv retning (Helsedirektoratet, 2013, s. 124).

2.1.1 Psykoselignende erfaringer

«Many people have a few paranoid thoughts, and a few people have many» (Freeman et al., 2011, p. s. 923). Tre prosent av befolkningen opplever en psykose i løpet av livet ("Psykose", 2017). Selve psykosebegrepet kan gjerne fremstå som skremmende og myteomspunnet da det er en kompleks og mangefasettert tilstand der pasientens overbevisninger og oppfattelse av omverdenen skiller seg fra det normale. Det er en alvorlig forstyrrelse av hjernens funksjon, og kan være forårsaket av mange ulike forhold som skissert over, men i mange tilfeller vites ikke årsaken ("Psykose", 2017). I et forsøk på å gjøre psykose til et mer håndgripelig fenomen vises det nå til Alv A. Dahl, som i sin bok *Vrangforestillinger* (2017), hvor det kommer frem

at psykoselignende erfaringer er et svært vanlig fenomen i alle lag av befolkningen, og han skisserer symptomer som «(...) alvorlig paranoiditet, vrangforestillinger, hallusinasjoner, tankeforstyrrelser og grandiositet» (Dahl, 2017, s. 115). Men når en person opplever psykosesyntomer som ikke er av en så omfattende grad at det foreligger en diagnostiserbar lidelse blir dette ofte kalt for psykoselignende erfaringer, forkortet PLE (engelsk: psychotic-like experiences), og inndeles på lik linje med positive og negative *symptomer* inn i positiv og negativ *PLE* (Dahl, 2017, s. 116).

Kunnskap om PLE er også relevant i musikkterapien i møte med pasienter/klienter som har opplevd lignende episoder, eller erfaringer uavhengig av om de er under utredning, hvor de mottar musikkterapi (innenfor eller utenfor institusjon), eller om erfaringene er mange nok til at det kan klassifiseres som en diagnose. Vrangforestillinger kan for eksempel også være kulturelt betinget, der noen overbevisninger aksepteres i enkelte kulturer og i andre ikke (Dahl, 2017, s. 115). I et stadig mer globalt samfunn der ulike tradisjoner møtes og adopteres er dette viktig å være bevisst, ettersom man som musikkterapeut innenfor dette feltet gjerne møter et vidt spekter av mennesker med ulike kulturelle oppfatninger av hva som anses som for eksempel en vrangforestilling eller ikke.

2.1.2 Risikofaktorer

Som tidligere nevnt kan utvikling av en psykoselidelse medfører at menneskes opplevelse av å være et individ, og dets selvoppfatning forandres (Helsedirektoratet, 2013, s. 129) Det kan være vondt og vanskelig for den syke å oppleve at han eller hennes personlighet endres. De kan høre stemmer (hørselshallusinasjoner), se ting som bare de ser (synshallusinasjoner), oppleve vrangforestillinger som å bli forfulgt eller kontrollert av utenforstående krefter, og som resultat vil dette kunne få den rammede til å oppføre seg på en måte som gjør det vanskelig å innordne seg samfunnets sosiale normer ("Psykose", 2017).

Selv om det ikke alltid lar seg gjøre å finne en spesifikk bakenforliggende årsak for en psykose, har det i de senere år blitt utarbeidet en rekke metaanalyser som viser økt risiko for å utvikling av psykose dersom en person har vært utsatt for en unormal kommunikasjonsstil fra foreldre eller omsorgspersoner (de Sousa, Varese, Sellwood, & Bentall, 2014), migrasjon (Cantor-Graae & Selten, 2005), alvorlige belastninger i barndom som mobbing eller seksuelt misbruk (Varese et al., 2012) urbanisering (Vassos, Pedersen, Murray, Collier, & Lewis, 2012) eller negative livshendelser som voksen (Beards et al., 2013). I tillegg finnes det

indikasjoner på at en kombinasjon av negative hendelser i voksenliv og barndom øker risikoen (Dahl, 2017, s. 152).

2.2 Recovery

Recovery representerer et skille i synet på bedringsforløp for mennesker med psykiske lidelser, og 90-tallet kan sies å være «tiåret for recovery» (Anthony, 1991, s. 1). Stadig flere behandlingstilbud implementerte recovery som en overordnet visjon i deres behandlingstilbud (Anthony, 2000, s. 2), og trenden er av en så omfattende karakter at man kan finne recovery-orienterte utviklingsinitiativ fra alle myndigheter i land med et moderne helsevesen (Mancini, 2008, s. 358).

Recovery is described as 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 the illness, recovery involves the development of new meaning and purpose in life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness (Anthony, 1993, s. 3).

Recovery bygger på selvbestemmelse og selvstyring i en *recovery-prosess*, der hvert individ har sin individuelle prosess, der deler som myndiggjøring, tilhørighet, håp, optimisme, identitet, mening og mål er viktige elementer for bedringsprosessen. I recovery-orienterte praksiser legger man derfor vekt på at alle mennesker kan leve meningsfulle liv til tross for psykiske lidelser (NAPHA, 2018), og det er en lang og tidskrevende prosess (Anthony, 1993, s. 3). En av de fremste forskerne på recovery William A. Anthony, beskriver også en recovery som en «samlende opplevelse» (Anthony, 1993, s. 3) (oversatt av u.t), ettersom omveltende livshendelser er noe som rammer alle mennesker, og derav også behandlere, og er en utfordring som må møtes. Han legger samtidig vekt på det han velger å kalle «successful recovery» (Anthony, 1993, s. 3) ikke endrer det faktum at en omveltende hendelse har hendt eller at livet har blitt snudd på hodet. «Successful recovery» innebærer derimot at en person har endret seg, og at betydningen av livsomveltende hendelser derfor endrer seg i takt med personen til å ikke lenger være et primærfokus, og derav gi vedkommende mulighet til å bringe andre livsaspekter eller interesser tilbake i livet (Anthony, 1993, s. 3).

Når institusjoner innenfor psykiatrien skal gå mot en mer recovery-orientert retning, presiserer også Anthony at selve systemet må ha en struktur som tilrettelegger for det han

kaller for «recovery-triggers» (Anthony, 1993, s. 6) er tilstede. «The mental health system must help sow and nurture the seeds of recovery through creative programming» (Anthony, 1993, s. 6). Samtidig mener Anthony at mengden av informasjon om tilbud og aktiviteter kan virke overveldende. Mengden må derfor tilpasses pasienten utfra hvor han eller hun er kommet i sin recovery-prosess, samtidig som helsearbeiderne må være åpne for emosjonelle reaksjoner fra pasienten uten at dette må klassifiseres som noe abnormt- men heller som en naturlig del av recovery-prosessen (Anthony, 1993, s. 6-7).

2.2.1 Medikamentfri behandling- eksempel på implementering av recovery-orienterte tilbud for pasienter innen psykisk helsevern

I et stadig mer de-institusjonalisert psykisk helsevern med en mangfoldig pasientpopulasjon har mye av ansvaret for den enkelte pasients behov blitt lagt til institusjonen pasienten har tilhørighet til. Som et resultat av dette har psykisk helseverns store utfordring vært å lage et tilbud som kan imøtekomme disse behovene på en mest mulig effektiv måte (Anthony, 2000, s. 3).

Medikamentfri behandling for psykoselidelser er et eksempel på et recovery-orientert tilbud som har blitt en integrert del av den norske psykiatrien, og i 2016 etablerte alle fire helseregionene sine egne medikamentfrie behandlingstilbud (Øvernes, 2019, s. 4). Ser man til Bergen tilbys for eksempel dette som et recovery-basert behandlingstilbud ved alle DPS-ene i distriktet, med mål om tilfriskning ved en hovedsakelig medikamentfri modell som i praksis kan bety nedtrapping av antipsykotika eller bare bruk av dette i akutte faser. Utvalget av tilbudene i den medikamentfrie behandlingen er mangfoldig, og musikkterapi er også representert som både individuell og gruppeterapi i informasjonen som blir gitt til potensielle pasienter (Helse-Bergen, 2019). Selv om antipsykotika ofte er anbefalt for pasienter med psykoselidelser, kan medikamentfri behandling være et godt alternativ for dem som av ulike grunner ikke kan benytte seg av slike medikamenter, eller som ikke oppnår ønsket effekt (Øvernes, 2019, s. 3). Pasienten får selv være med å utforme sitt behandlingsforløp og målsettinger sammen med sin behandler. Det blir med andre ord tilrettelagt for reell brukermedvirkning for at pasienten *selv* skal få etablere eierskap til sin behandlingsplan og prosess, men samtidig må også pasienten yte egen innsats (Øvernes, 2019, s. 4).

Som vi ser innebærer recovery fra alvorlig psykisk sykdom ofte mye mer enn en helbredelse fra sykdommen i seg selv, noe som ifølge Anthony (1993) også henger sammen med andre eventuelle medfølgende faktorer som for eksempel stigma ved en diagnose eller

behandling, samt arbeidsløshet - men også mangel på *selvdeterminering* (Anthony, 1993, s. 3) som vi vil komme nærmere inn på senere.

2.2.2 Recovery i musikkterapi, fra perspektiv til praksis

I sin artikkel *Med pasienten i førersetet. Recovery-perspektivets implikasjoner for musikkterapi i psykisk helsearbeid* (2012), undersøker Hans Petter Solli recovery-perspektivets mulige implikasjoner for musikkterapi. Solli kan beskrives som en av pionerene på dette feltet i Norge. I artikkelen argumenteres det blant annet for at den stadig økte implementeringen av recovery-fokuserte helsetjenester tilbyr en ny måte for å legitimere musikkterapien (Solli, 2012, s. 17), og åpner opp for en annen tilnærming enn den medisinske. Han introduserer også fire forslag til hvordan en recovery-orientert musikkterapi og tankegang kan utformes og videreføres til praksis.

Forslagene involverer en praksis som er *orientert mot å fremme recovery*, der blant annet støtte av pasientens håp og drømmer, identitetsfølelse og tilknytning til samfunnet anses som viktige faktorer. I tillegg argumenteres for at musikkterapien bør være *ressursorientert*, med et mindre sykdomspreget fokus da dette kan forsterke pasientens opplevelse av håpløshet, men heller ta utgangspunkt i pasientens kompetanser og styrke disse. Musikkterapien bør også være *samfunns-fokusert*, og fungerer som en parallell til den generelle desentraliseringen av psykiske helsetjenester. I praksis betyr dette en tilretteleggelse av lokale tilbud i den enkeltes nærmiljø for å styrke kontakten og deltakelse i lokalsamfunnet. Til sist argumenteres det for at den recovery-orienterte musikkterapien bør være *persondrevet*, i form av å involvere pasienten i en aktiv rolle for utformingen av behandlingstilbudet da dette kan skape en større grad av likeverd i relasjonen mellom pasient og terapeut (Solli, 2012, s. 14-15).

Vi har til nå sett på psykosens generelle trekk med tilhørende risikofaktorer, recovery, medikamentfri behandling og perspektivets mulige implikasjoner for praksis. I det følgende vil det nå bli gjort rede for selvdetermineringsteorien som utgjør en stor del av denne masteroppgaven. Det vil også bli gitt en oppsummering av teorien i en helsekontekst, før kapittelet avsluttes ved å se nærmere på hvordan den også kan fungere som et verktøy for å forstå recovery.

2.3 Selvdetermineringsteorien

Selvdetermineringsteorien (SDT), utviklet av Ryan og Deci (2017), er en teori som søker å finne ut hvilke sosiale forhold som kan øke eller forringe menneskets personlige utvikling. Nærmere forklart kan teorien blant annet bli benyttet for å undersøke hvordan biologiske, sosiale, og kulturelle forhold enten kan øke eller forhindre menneskets mulighet for psykologisk vekst, og tar i så måte utgangspunkt i at alle mennesker har en iboende kapasitet for å søke personlig utvikling – til tross for at dette er svært individuelt. Ryan og Deci legger til grunn at mennesket er et grunnleggende aktivt og selvbestemmende vesen, med psykologiske behov for *autonomi, tilhørighet og kompetanse* (Ryan & Deci, 2017, s. 3).

De tre behovene autonomi, tilhørighet og kompetanse blir karakterisert som *organistiske* psykologiske behov som i likhet med andre organistiske motivasjonsteorier, henter sitt navn fra begrepet *organisme* som refererer til en enhet som er i live og aktivt samhandler med sitt miljø (Reeve, 2015, s. 154). Fra et biologisk perspektiv kan en organsimes behov som konsept forklares på følgende måte: «(1) that the deprivation of certain resources or nutrients result in degraded forms of growth and impaired integrity, that is, it leads to serious harms; and (2) that providing certain resources or nutrients reliably facilitates thriving and the fuller expression of the organism's nature and potential» (Ryan & Deci, 2017, s. 81). Ved å overføre dette til en menneskelig kontekst, kan man finne ut hvilke faktorer som enten bygger opp, eller bryter ned menneskets motivasjon.

Det er også viktig å skille mellom *ønsker* og *behov*. Et ønske er ikke nødvendigvis noe som vil gi deg helsefordeler. Her kan man for eksempel tenke seg en situasjon, for å illustrere, der man *egentlig* er mett etter et måltid men samtidig ønsker seg litt til. «Litt til» er derimot ikke et behov, og det kan kanskje være en dårlig ide med tanke på helsen. Et fundamentalt biologisk behov er derimot noe som fremprovoserer en observerbar og meningsfull konsekvens for et menneskes helse, samtidig som det gir skadevirkning å ikke komme behovet i møte (Ryan & Deci, 2017, s. 82). Sammenligner vi dette med organiske psykologiske behov, kan man si at psykologisk og sosial «næring», vil kunne øke et menneskes velvære- eller skade ved mangler eller «feilernæring», og er derfor svært viktige komponenter i et menneskes liv. Slik kan man også se de tre behovene i SDT. Når mennesket lever under betingelser som tilfredsstillende behovene, øker velvære og det selvbestemmende mennesket utvikles (Manger & Wormnes, 2015, s. 174).

Teorien bygger også på en antagelse at mennesket har en iboende trang til å utforske, og at det ligger i menneskets natur å forsøke og opprettholde en mer eller mindre sunn psykologisk, sosial og atferdsmessig funksjon, samt realisere sine mål (Ryan & Deci, 2017, s.

3). Søken etter vekst og personlig utvikling kan betegnes som en *indre drivkraft* (Manger & Wormnes, 2015, s. 174), eller *indre motivasjon* som i motsetning til *ytre motivasjon* der motivet for å utføre en handling med mål for belønning utenfor aktiviteten, viser til at man utfører en handling med grunnlag i den tilfredsstillingen man får av å utføre den. Eksempelvis kan man tenke seg at arbeid med mål om forfremmelse eller høyere lønn, representerer en ytre motivasjon. Imens hobbyer med utgangspunkt i en fasinasjon for et spesielt tema genererer handlinger grunnet egenskaper ved selve aktiviteten (Manger & Wormnes, 2015, s. 28).

SDT kan med andre ord rette oppmerksomheten mot hva som fremmer og undergraver en persons indre motivasjon (Manger & Wormnes, 2015, s. 176). Samtidig sier det seg selv at mennesket ikke bare kan etterstrebe aktiviteter som øker indre motivasjon, da samfunnets struktur tilsier at vi må utføre en rekke aktiviteter som ikke tar utgangspunkt i hver enkelt sin indre drivkraft. I korte perioder vil alle mennesker oppleve en manglende tilfredsstillelse av et eller flere av behovene som inngår i SDT. I mange tilfeller vil tålmodighet kunne gjøre det mulig å «overleve» slike perioder, men på lang sikt vil manglende behovstilfredsstillelse være nedbrytende for den som opplever dette. Dette kan føre til frustrasjon, angst, stress og i verste fall sykdom (Manger & Wormnes, 2015, s. 175).

Per Einar Binder beskriver i sin bok *Hvem er jeg? Om å finne og skape identitet* (2018), hvordan selvdetermineringsteorien i seg selv er svært enkel, sammenlignet med teoriene til mer komplekse eksistensielle tenkere. Samtidig er det denne enkelheten gir teorien et fortrinn i empirisk forskning, ettersom begrepene enkelt lar seg operasjonalisere (s. 332). På samme måte er det både en styrke og en svakhet at de tre begrepene *autonomi*, *tilhørighet* og *kompetanse* er så generelle. I første øyeblikk fremstår det kanskje mest som en grovsortering, men på samme tid kan dette være en styrke da overordnede begrep kan hjelpe med å identifisere mønstre og sammenhenger (Binder, 2018, s. 333). Det vil nå bli gjort rede for hvert enkelt behov.

2.3.1 Autonomi

Den første komponenten i SDT er behovet for *autonomi*, å regulere våre erfaringer og handlinger *selv* (Ryan & Deci, 2017, s. 10), og defineres slik:

The hallmark of autonomy (...) is that one's behaviors are self-endorsed, or congruent with one's authentic interests and values. When acting with autonomy, behaviors are engaged wholeheartedly, whereas one experiences incongruence and conflict when doing what is contrary to one's volition (Ryan & Deci, 2017, s. 10).

Selve ordet *autonomi* betyr *selvstyrende* (Ryan & Deci, 2017, s. 53). Når dette knyttes til motivasjon, kan man også si at det utelukkende omhandler et individs egne behov og ønsker uten påvirkning av ytre belønning (ytre motivasjon) eller påvirkning fra ytre hold. En autonom person opplever seg selv som både kilden og opprinnelsen til sine beslutninger, men også sin atferd. Manger og Wormnes illustrerer dette på denne måten: «jeg vet at jeg bestemmer over meg selv på en måte som er i pakt med den jeg er og der jeg kommer fra» (Manger & Wormnes, 2015, s. 178).

For å illustrere en autonom atferd kan man se for seg et møte med en gruppe mennesker man ønsker å få innpass hos. De fleste mennesker kan relatere seg til ønsket om å passe inn i gitte situasjoner, eller mer spesifikt sosiale kontekster hvor man i tråd med dette ønsket gjerne tar på seg hatter og meninger som ikke nødvendigvis passer sine personlige meninger og holdninger. Det autonome individet lar seg derimot ikke friste til å fremstå på en måte som ikke stemmer overens med hvem han eller hun er. I praksis vil dette si at man ikke iklær seg atferd, ytringer eller holdninger som ikke korrelerer med «den man er og der jeg kommer fra». Med andre ord behøver det ikke å spille noen rolle for den autonome om en ikke-korrelerende atferd med sine holdninger i bunn og grunn ville svare seg sosialt, ettersom følelsen av å være seg selv i møte med andre gir større velvære (Manger & Wormnes, 2015, s. 178).

Eksempelet i forrige avsnitt høres gjerne noe bastant ut, og autonomi blir ofte feilaktig antatt å være en rigid «holdning», med autoritetskritikk til andres makt eller påvirkning. Denne antagelsen stemmer derimot overens med *trass* og ikke autonomi. Ytre påvirkning og innflytelse faller ikke bort ved autonome avgjørelser, den er tvert imot integrert i det autonome individets helhetlige forståelse som også må tas med i avgjørelser som danner grunnlaget for våre handlinger. For eksempel kan det autonome individet endre sin mening i en dialogisk meningsutveksling med et annet individ, fordi han eller hun *selv* finner det meningsfullt å utføre denne endringen (Manger & Wormnes, 2015, s.179).

Det autonome mennesket opplever med andre ord større frihet og selvregulering da det ikke styres av ytre krefter (Manger & Wormnes, 2015, s. 179), og er også svært viktig i prosesser som å finne seg selv eller skape sin egen identitet. Autonomibehovet er også svært viktig i arbeid med pasienter som har alvorlige psykiske lidelser. Selv om kompetansebehovet og tilhørighetsbehovet også er viktige, argumenterer Mancini (2008) for at autonomibehovet er ekstra sentralt, for det første da autonomi er avgjørende for selvmotivert atferd (Mancini, 2008, s. 359). For det andre kan alvorlig psykisk lidelse kan også undergrave en persons evner

til å utøve initiativ og uttrykke ønsker, og for det tredje kan faktorer som institusjonaliserende omgivelser og rigide rammer den enkelte må innordne seg etter også kunne bryte ned en opplevelse av autonomi (Mancini, 2008, s. 360).

2.3.2 Kompetanse

Kompetanse er den andre komponenten i SDT og defineres slik:

(...) competence refers to our basic need to feel affectance and mastery. People need to feel able to operate effectively within their important life context. The need for competence is evident as an inherent striving, manifested in curiosity, manipulation, and a wide range of epistemic motives. (...) It wanes in contexts in which challenges are too difficult, negative feedback is pervasive, or feelings of mastery and effectiveness are diminished or undermined by interpersonal factors such as person-focused criticism and social comparisons (Ryan & Deci, 2017, s. 11).

Slik det kommer frem av sitatet er kompetanse situasjonsbetinget og individuelt for hver enkelt sin hverdag. For at mennesket skal føle seg effektiv og kompetent i sin hverdag, har vi samtidig behov for å interagere med andre for å få nødvendig bekreftelse. Dette innebærer også at man befinner seg i et miljø der det oppleves som trygt å «vise frem» sine ferdigheter og resultater- samt å utvikle dem videre. Å bli sett av andre er en svært viktig faktor for om vi tør å søke nye og mer utfordrende oppgaver. Når man søker nye oppgaver er det også essensielt at disse harmonerer med våre ferdigheter, slik at oppgaven virker overkommelig. Dette er også viktig for at en person skal få en opplevelse av å lykkes, samt å ta fatt på nye og vanskeligere utfordringer i fremtiden som igjen vil bygge opp under han eller hennes kompetansefølelse. Med andre ord vil en vellykket gjennomføring av en oppgave kunne bygge forventning om mestring i fremtiden (Manger og Wormnes, 2015, s. 176).

«Kompetanse er ikke en oppnådd kapasitet eller ferdighet, men heller en følt sikkerhet og effektivitet i handling» (Manger og Wormnes, 2015, s. 177), denne følelsen er i seg selv forsterkende og pådrivende. I praksis vil denne følelsen også være avgjørende for at vi ikke gir opp en oppgave. Dess mer man mestrer eller lykkes, dess mer vil man tørre å ta fatt på nye oppgaver som krever ny læring. Som et resultat av gjentakende mestringsopplevelser og en trygg kompetansefølelse vil det også bli mindre farlig å gjøre feil. Derimot kan en opplevelse eller følelse av manglende kompetanse kunne være svært ødeleggende i form av en redusert

mestringsfølelse som i verste fall kan lede til depresjon og *lært hjelpeløshet* (Manger & Wormnes, 2015, s. 177).

Lært hjelpeløshet omhandler de mennesker som mangler tro på at de *selv* kan handle på en måte som gjør at de lykkes. De forholder seg ofte passive i en læringsituasjoner, og det antas at mennesker som befinner seg i denne situasjonen har en historie med gjentatte nederlag som igjen får dem til å fokusere på sin tilkortkommenhet. Det finnes også mange likhetstrekk mellom de lært hjelpeløse og deprimerte hvor tilbaketrekking, passivitet og ubesluttsomhet er sentrale faktorer i sykdomsbildet. Lært hjelpeløshet er også et vanlig fenomen blant mennesker som av ulike grunner har blitt ekskludert fra å delta i samfunnet på en fullverdig måte (Manger & Wormnes, 2015, s. 101). I mangel på en tilstrekkelig følelse av mestring som tilfredsstillende en persons kompetansebehov vil også terskelen for å be om hjelp fra andre bli stor. Grunnet redsel for å fremstå som dum, kommer disse personene inn i en ond sirkel som hindrer dem i å tilegne seg ny kunnskap (Manger & Wormnes, 2015, s. 177). Oppsummert kan man si at mangel på reelle mestringsopplevelser i verste fall kan resultere i at en person både forventer og aksepterer nederlag (Manger & Wormnes, 2015, s. 102).

2.3.3 Tilhørighet

Alle mennesker behøver en tilhørighet, ønsker seg venner og opplever nærhet når vi interagerer med mennesker som viser omsorg og bryr seg om oss. Vi har et sterkt behov for å opprettholde relasjoner til mennesker som virkelig byr seg om oss, ettersom vi også har behov for å bli sett, akseptert og forstått- men vi vil også at slike relasjoner skal være gjensidige (Reeve, 2015, s. 174). Ryan og Deci (2017) forklarer det på følgende måte:

Relatedness (...) concerns feeling socially connected. People feel relatedness most typically when they feel cared for by others. Yet relatedness is also about belonging and feeling significant among others. Thus equally important to relatedness is experiencing oneself as giving or contributing to others (s. 11).

Tilhørighetsbehovet omringer oss hele tiden, og fører til at vi navigerer oss mot mennesker og miljøer som vi stoler på at vil bry seg om våre behov, samtidig som vi navigerer bort fra dem vi ikke stoler på (Reeve, 2015, s. 175). På denne måten er mennesket grunnleggende motivert for å søke etter, eller være tilknyttet andre mennesker og utvikle autonomi og kompetanse i dette miljøet. Menneskers tilknytningsbehov utvikles gjennom langvarig påvirkning fra betydningsfulle mennesker i personens liv, og er særlig viktig i møte

med nye og uvante situasjoner ettersom tilknytning kan skape trygghet (Manger & Wormnes, 2015, s.181). I boken *A secure base: parent-child attachment and healthy human development* (1988) beskriver den kjente barnepsykiateren John Bowlby denne langvarige påvirkningen ved å presisere viktigheten av begge foreldres etablering av en *trygg base* som barnet kan entre verdenen utfra, og returnere til. Bowlby beskriver denne basen som et sted barnet føler seg trygg og velkommen i, et sted hvor barnets fysiske og psykiske behov blir tilfredsstilt, stressreducerende, samt et sted hvor barnet kan bli beroliget om det er redd eller engstelig (Bowlby, 1988, s. 11).

Bowlby (1988) beskriver også denne basen som foreldrenes rolle, og presiserer at den ved optimale forhold er en svært ventende rolle, ettersom økt trygghet fra barna eller ungdommer gjør at de ofte tar den for gitt (Bowlby, 1988, s. 11). Vår trygghet i foreldrenes, eller andre signifikante personers, tilstedeværelse om den skulle behøves gjør oss med andre ord tryggere og mer tilbøyelige for å ta den for gitt. Samtidig kommer behovet for denne tryggheten svært godt frem i de situasjoner hvor tryggheten blir rokket ved som for eksempel et dødsfall eller andre omveltende situasjoner som kan forringe basen (Bowlby, 1988, s. 11).

Bowlbys fokus startet opprinnelig med spedbarn og barns atferd, men også han kom til å utvikle en forståelse av tilhørighet og tilknytning som et signifikant behov gjennom hele livet. Dette synet korrelerer også bra med data som viser at mennesker med en fast partner eller nære venner lever lengre enn de som er mer isolerte eller ensomme (Wallin, 2007, s. 13). Det handler om å være en del av en trygg felles enhet, og behovet varer livet ut. På samme måte som barnet returnerer til sin trygge base, søker også voksne sammen i situasjoner som oppfattes som truende eller farlige. Wallin (2007) ber leseren i sin bok *Attachment in Psychotherapy* om å forestille seg en grusom situasjon og foreslår terrorangrepet i USA, som i etterkant blir omtalt som *nine eleven* (Wallin, 2007, s. 13). I en Norsk sammenheng kan tankene fort dras mot det forferdelige terrorangrepet som i ettertid også blir omtalt med en enkelt dato; 22. juli, og det påfølgende rosetoget som samlet enorme mengder mennesker i sorg. Jo mer ekstrem situasjonen er, jo større behov har vi for tilhørighet (Wallin, 2007, s. 13).

Tilknytning er også nødvendig for å kunne utvikle evnen til å *mentalisere*. Mentalisering defineres som «menneskets evne til å fortolke seg selv og andre som intensjonale vesener som drives av følelser, ønsker, begjær, forestillinger, selvbedrag, løgn, etc» (Karterud, 2008). Evnen til å mentalisere gjør med andre ord mennesket i stand til å kommunisere sin mentale tilstand (f.eks ønsker, følelser og tanker) til andre, samt forstå andres tilstand tilbake, og er helt essensielt for å kunne oppnå god kommunikasjon med andre mennesker- som igjen bidrar til tilknytning (Manger & Wormnes, 2015, s. 182).

I et pasient-terapeutforhold er relasjonen også svært viktig. Bjørn Wormnes beskriver i boken *Behandling som virker. Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning* (2013) hvordan pasienten i både behandlingssituasjonen- og relasjonen må våge, håpe og tro, samtidig som behandleren må være «empatisk og medlidende for å skape bedring, dialog og utvikling» (Wormnes, 2013, s. 19). Under forutsetninger der relasjonsbetingelsene er til stede kan det gi en målbar somatisk forskjell og bedret helse. Kommunikasjonen fra behandlerens side må også treffe pasientens forståelse, holdninger og verdier for at forklaringer fra behandler skal bli akseptert av pasienten. Denne relasjonen blir klargjort gjennom samarbeid, allianse og empati, og er svært viktige faktorer for effektiv behandling (Wormnes, 2013, s. 19-20).

Samtidig henger tilhørighetsbehovet også sammen med autonomi, da opplevelsen av ekte og aksepterende tilhørighet som diskutert over, kan resultere i en opplevelse av å være friere, rom for å være seg selv og derav autonom i en relasjon. Samtidig henger det også sammen med kompetanse da evnen til å sette seg inn i andres situasjon og møte andre med aksept, gjør oss også bedre rustet til å gå nærmere våre egne følelser, og på denne måten utvikler vi gjennom tilhørigheten også vår kompetanse (Manger & Wormnes, 2015, s. 182).

Som vi ser er viktigheten av gjensidige og ekte relasjoner essensiell for at et individ skal kunne få sitt behov for tilhørighet dekket. Et fjollete argument mot viktigheten av tilhørighet kan eksemplifiseres som «men hvorfor kan en person legge ut på en lengre tur i villmarken helt alene da? Han eller hun er jo der helt alene der ute og har ingen sosial kontakt». Dette tenkte eksempelet illustrerer det mange ofte tror. At ensomme mennesker mangler sosial kontakt med mennesker i sin hverdag. I dagens samfunn der de færreste velger å bosette seg på steder «der ingen skulle tru at nokon kunne bu», må vi forholde oss til andre hver eneste dag. Forskjellen mellom den ensomme og personen som legger i vei på en ekspedisjon i villmarken uten å føle seg ensom i det hele tatt, ligger i hvilke relasjoner de har. Personen i villmarken har kanskje en visshet om at gode og gjensidige relasjoner venter han eller henne der hjemme. Den ensomme har gjerne mange relasjoner, men ingen av dem har kvaliteter som gjør at tilhørighetsbehovet blir møtt (Reeve, 2015, s. 175). Kvaliteten i en relasjon er med andre ord viktigere enn mengden av relasjoner når det kommer til tilhørighetsbehovet (Reeve, 2015, s.176).

2.3.4 Oppsummering av selvdetermineringsteorien i en helsekontekst

Når menneskets tre grunnleggende psykologiske behov blir tilfredsstilt, resulterer dette i vekst og utvikling i form av psykisk styrke. SDT måte å illustrere dette på et lettfattelig vis, gjør

den også til et godt redskap for forskning på hvordan faktorer innenfor et sosialt miljø kan fasilitere eller undergrave menneskets indre motivasjon (Manger & Wormnes, 2015, s. 183). Teorien sier at alle mennesker uavhengig av livssituasjon har et behov for å føle seg kompetent i samhandling med andre (uavhengig av kontekst), samt autonom og at man har en tilhørighet. I en helsekontekst vil det være nyttig å etterstrebe en tilrettelegging for at disse behovene kan møtes for en pasient, da dette øker sjansen for selvmotivert atferd, som igjen øker sannsynligheten for at varige resultater (Manger & Wormnes, 2015, s. 184).

Sosiale omgivelser kan variere stort når det kommer til hvor godt de støtter personens, eller i en helsekontekst- pasientens behov for autonomi, tilhørighet og kompetanse. Ifølge SDT er det derfor svært viktig at personell innenfor helsekontekster etablerer en kultur for å støtte opp om den enkeltes autonomi og kompetanse (Manger & Wormnes, 2015, s. 184). I praksis kan dette bety å erkjenne pasientens perspektiver, gi dem adekvate valg og informative tilbakemeldinger, og støtte til funksjonell atferd ettersom dette igjen vil styrke kompetansen i form av å øke pasientens motivasjon for å tilegne seg kunnskap og ferdigheter som vil styrke han eller henne i sin tilfriskningsprosess (Manger & Wormnes, 2015, s. 185).

2.4 Selvdetermineringsteorien som et verktøy for å forstå recovery

I artikkelen *Self-determination theory: a framework for the recovery paradigm* (2008) beskriver også Mancini hvordan recovery-konseptet har fått en stor innflytelse på et globalt plan (som diskutert tidligere i beskrivelsen av recovery), men problematiserer samtidig mangelen på et konkret teoretisk rammeverk for både forståelse av begrepet og implementering av recovery innen psykisk helsevern. Han foreslår nettopp SDT som et godt alternativ for å klargjøre hva som menes med recovery da det finnes mange likheter mellom den og SDT (Mancini, 2008, s. 358). Ryan and Deci (2000) sin teori, kan i tillegg til å undersøke hvilke faktorer som kan fasilitere indre motivasjon, sosial fungering og personlig velvære hos et individ, også benyttes for å undersøke hvilke faktorer og miljøer som undergraver dette (Ryan & Deci, 2000, s. 2), mener Mancini (2008) at dette også kan brukes for å undersøke et behandlingsmiljø, og argumenterer for at alle recovery-orienterte praksiser adresserer de fundamentale behovene i SDT (Mancini, 2008, s. 359).

Mancini argumenterer også for at SDT sitt rammeverk for motivasjon også er nyttig i en recovery-sammenheng, ettersom motivasjon historisk sett har blitt ignorert i mye av forskning på alvorlig psykisk lidelse (Mancini, 2008, s. 360). Fra SDT kan man etablere en forståelse av hvordan pasienten kan oppnå og utnytte både indre og ytre motivasjon.

Aktiviteter og miljøer som vekker pasientens nysgjerrighet, interesse og søken etter mestring, altså indre motivasjon, vil i følge Mancini (2008) være svært viktig. Samtidig påpeker han også nyttige faktorer ved den ytre motivasjonen som relevant for recovery. Han eksemplifiserer dette med å forklare hvordan en person med alvorlig psykisk lidelse enten kan komme til å ta sine medisiner som et resultat av å innordne seg ytre press, eller ta dem grunnet en genuin tro på at medikamentene vil ha en positiv effekt for han eller hennes tilfriskning. I begge tilfellene er det snakk om en ytre motivasjon, men distinksjonen mellom de to tilfellene kan ha stor betydning for personens fremtidige opplevelse av autonomi og velvære (Mancini, 2008, s. 360).

I recovery-orienterte praksiser kan det gjerne være fort å dra konklusjoner om at streben etter den indre motivasjonen er av høyeste prioritet- og det er selvsagt det mest ideelle. Wormnes (2013) mener også at oppfylling av behovene for autonomi, kompetanse og tilhørighet er gode ingredienser for «alliansebygging» med pasienter for å øke indre motivasjon, der pasienten kan finne sin egen tro og stemme, og danner rammer for et godt behandlingssamarbeid mellom behandler og pasient (Wormnes, 2013, s. 21). Samtidig er ikke et vanlig liv i et menneskes hverdag utelukkende fylt opp med aktiviteter som pleier han eller hennes indre motivasjon. Eksempelet til Mancini (2008) viser også at ved å se recovery i lys av SDT sitt teoretiske rammeverk, er det essensielle å bevare individets autonomi, slik at *både* indre og ytre motiverte aktiviteter kan tilskrives den enkelte pasient i størst mulig grad, som igjen vil kunne bygge opp en opplevelse av kompetanse som en del av «arbeidsprosessen» for å bli bedre (Mancini, 2008, s. 360).

3.0 Metode

Metoden som brukes i denne oppgaven er en *adaptert* versjon av Critical interpretive synthesis (CIS). CIS-metoden kan beskrives som en relativt ny fremgangsmåte for å håndtere mangfoldig og kompleks litteratur, ved å kritisk analysere data fra ulike og varierte kilder (både kvalitativ og kvantitativ), med formål om å generere teoriutvikling (Dixon-Woods et al., 2006). Jeg vil nå beskrive noen generelle trekk ved CIS-metoden, før jeg spesifiserer min egen adapterte anvendelse.

CIS-Metodens både kritiske innfallsvinkel til analysen og avvisning av rigide steg i en litteraturgjennomgang skiller den fra andre litteraturgjennomgangs-metoder (McFerran, Garrido, & Saarikallio, 2016, s. 523), og blir karakterisert som en interaktiv, dynamisk og rekursiv prosess – i stedet for å følge et sett med rigide rammer i form av faste prosedyrer og

forhåndsbestemte sekvenser (Annandale, Harvey, Cavers, & Dixon-Woods, 2007, s. 465). Syntesens produkt kan derfor ikke defineres som aggregeringsdata men som teoriforankret i de studiene som inkluderes i litteraturgjennomgangen (Dixon-Woods et al., 2006).

På lik linje med andre kvalitative-baserte metoder er det heller ikke mulig å oppnå en fullstendig transparent prosess ved bruk av en CIS, grunnet metodens tolkende elementer (Hannes & Lockwood, 2011, s. 64). Metodens mål legger *mer* vekt på å utvikle konsepter og teori, heller enn tidskrevende og gjerne anstrengende innsamling av «alt av data» (Dixon-Woods et al., 2006, s. 3). Metoden anerkjenner også *eksplisitt* forfatteres stemme (Dixon-Woods et al., 2006, s. 10), der primærutfallet av CIS er et *synthesizing argument* der bevisene fra de inkluderte studiene integreres i et felles rammeverk. Argumentets funksjon er å gi mer innsiktsfulle, formaliserte og generaliserbare måter å forstå det aktuelle fenomenet ved å integrere bevis på tvers av studiene til et sammenhengende teoretisk rammeverk. På denne måten blir de underliggende bevisene fra studiene transformert inn i en ny konseptuel form som kalles for «the synthetic construct» (Dixon-Woods et al., 2006, s. 5).

3.1 Adapsjon av metoden

I min anvendelse av metoden tar jeg utgangspunkt i elementer fra Flemming (2010), samt benytter meg av noen ideer fra Dixon-Woods et al. (2006) og Medcalf and McFerran (2016) – og prosessen er som følger:

- 1. Forstå studien i forhold til seg selv.** Resultatene fra datainnsamling blir lest og gjennomgått hver for seg for å etablere en forståelse av deres kontekst.
- 2. Oversette studiene til hverandre, og kategorisering av datainnsamling.** Beskrivelser, temaer og ideer som blir brukt i studien, tittel, forfatter(e), teoretisk tilnærming, argumentasjon, diagnose, kjønn, samt alder til klient(er) ble identifisert og satt i system. Steget representerer også starten på analysen.
- 3. Syntese av oversettelser.** Utførelse av en deskriptiv analyse (McFerran et al., 2016, s. 524) for å etablere en tematisk oversikt av trender og motsetninger, samt resultater fra datainnsamlingen i steg to.
- 4. Fremlegge syntesen/formulere et synthesizing argument.** Bevis på tvers av studiene blir integrert i et teoretisk rammeverk kalt et *synthesizing argument*. Dette rammeverket representerer nettverket av syntetiske konstruksjoner med mål om å gi mer innsiktsfulle, formaliserte og generaliserbare måter å forstå et fenomen på.

5. Diskusjon av syntesens produkt (steg 4) i lys av SDT.

Nærmere forklart representerer steg 1 datainnsamling av publikasjoner som skal analyseres videre. Steg 2 og 3 representerer i så måte selve analysen, etterfulgt av steg 4 som representerer syntesens produkt eller funn. Til sist har jeg valgt å legge til et siste steg – nr. 5, hvor syntesens produkt diskuteres i lys av SDT.

Som tidligere nevnt foreligger det ikke metodiske krav for å etterstrebe transparens, eller eksplisitt fremvisning av metodens trinnvise fremdrift mot etableringen av sine argumenter. Til tross for dette vil jeg i siste del av metodekapittelet likevel gi et innblikk i stegene 1 til 3, ved å vise hvordan jeg har innhentet mine data, og gjennomført analysen. Dette finner jeg nyttig for å danne en større troverdighet, ved å vise hvilket grunnlag jeg baserer mine argumenter på i steg 4 – selve fremlegget av syntesen.

3.2 Metodisk drøfting

Ettersom utgangspunktet for denne masteren var et ganske eksplisitt, og gjerne snevert interessefelt, falt valget av CIS-metoden ganske naturlig. Metoden åpner for at jeg som forsker kan etablere en like stor autonomi til valg av litteratur med utgangspunkt i hva jeg finner relevant, som til valg av problemstilling. Denne interaktive karakteristikken ved CIS-metoden fremstod også som en mer meningsfull fremgangsmåte for å behandle litteratur, med mål om å generere ny kunnskap knyttet til problemstillingen. Metoden harmonerer også med hvordan jeg som student har kommet frem til mitt interessefelt gjennom både praksis og studier – en prosess som også kan karakteriseres som interaktiv, eller som et samspill mellom andres kunnskap fra litteratur, forelesninger, og mine egne erfaringer i «feltet».

Som masterstudent i musikkterapi skal man ikke bare sitte på skolebenken, men også legge bak seg mange timer med praksis. I løpet av disse praksisperiodene får man mulighet til å utøve et virke, og knytte sammen teori til sine praksiserfaringer. På denne måten kan man si at teori og praksis gjensidig veves sammen underveis i en prosess hvor man modnes mot å kunne kalle seg *musikkterapeut*. Samtidig som man leser pensum i form av teori, møter man også den harde realiteten; hvor virkeligheten kan skille seg mye fra bøkene.

Denne masteroppgaven er langt på vei teoretisk, men er samtidig et uunngåelig produkt av erfaringer og observasjoner som jeg har tillagt meg i løpet av studiet – i tillegg til tidligere studier innenfor psykologi og sammenlignende politikk, som igjen har resultert i et særlig interesseområde slik det kommer frem av problemstillingen. Valg av metode er i så

måte også et produkt av erfaringer fra praksis med tanke på interessefelt og hva som best vil kunne belyse dette – og jeg som de fleste håpefulle studenter ønsker selvsagt å generere ny forståelse. Derfor finner jeg CIS som et ypperlig verktøy for å kunne dykke dypt inn i et interesseområde uten å måtte forholde seg til en rigid prosess av innhenting av «all mulig» relevant data, men heller la de relevante dataene følge meg på veien mot de mulige svarene på spørsmålet.

En annen begrunnelse for bruken av CIS-metoden i tråd med SDT, er muligheten for å gjøre musikkterapien mer forståelig og håndgripelig for et større publikum ved å innta en mer tverrfaglig tilnærming, og bruk av større anerkjente teorier. I praksis har jeg selv fått erfare nytten av å anvende et tverrfaglig språk i samtaler med andre faggrupper. Selv om musikkterapien ofte hankses med hendelser og observasjoner som ikke alltid er like lett å forklare utfra en rigid terminologi, må likevel «solskinshistoriene» bli forsøkt forankret til konkrete forklaringer med et språk som også sikrer andre fagfelts forståelse.

3.2.1 Kritikk

CIS-metodens åpning for kritiske påpekninger, slik den kommer frem i sin originale form faller først og fremst på den manglende transparensten og de tolkende elementene. Som allerede nevnt har jeg i min adapterte versjon av metoden besluttet å åpne for transparensten så langt som mulig. Likevel vil min adapterte versjon også kunne kritiseres da det jeg velger å kalle for «innblikk» i analysestegene ikke vil kunne gi et fullstendig bilde grunnet oppgavens formelle retningslinjer når det kommer til antall tillatte ord. Innenfor de gitte rammene vil jeg likevel forsøke å etablere et så tydelig og relevant innblikk som mulig. De tolkende elementene kan derimot kritiseres i like stor grad i min adapterte versjon, ettersom syntesen endelige produkt vil være et resultat av min tolkning, og min forståelse. Selv om et grundig innblikk i metodens steg kan være med på å gjøre mine tolkninger mer forståelige, vil det aldri kunne være mulig for en leser å danne seg et fullstendig bilde av mine tolkninger.

Det endelige produktet vil også *bare* være teoriforankret i det jeg som forsker og forfatter av denne studien har valgt å inkludere. I lys av dette kan man kritisere min inklusjon av data som for snever, eller manglende i forhold til andre publikasjoner som kunne vært relevante. Samtidig er dette et bevisst valg basert på et faglig interessefelt, publikasjonenes relevans for dette, og med mål om å utvikle ny forståelse.

3.2.2 Metodiske implikasjoner og vitenskapsteori

Allerede i problemstillingen: *Kan selvdetermineringsteorien brukes som et teoretisk rammeverk for å forstå hvorfor musikkterapi fremmer bedring hos psykosepasienter med utgangspunkt i norsk recovery-litteratur med tydelig brukerstemme?* har jeg som forsker tatt et standpunkt til det overordnede temaet for denne oppgaven. For det første kommer det implisitt frem at jeg mener det er viktig å tydeliggjøre bruken av ordet *recovery* der jeg også foreslår SDT som et mulig teoretisk rammeverk, og for det andre at jeg legger vekt på *brukerstemmen*. Disse begrepene og SDT er også strategisk utvalgt for denne oppgaven og valg av metoden CIS som verktøy for å undersøke dette nærmere.

I tråd med metodens tolkende faktorer baserer denne oppgaven seg på et *hermeneutisk* vitenskapsteoretisk perspektiv, med formål om i en hermeneutisk fortolkningsånd, å oppnå gyldig og allmenn forståelse av hva en tekst betyr. Ifølge Kvale og Brinkmanns (2015) beskrivelse av hermeneutikk er «(...) fortolkningen av mening det sentrale tema i forbindelse med en spesifisering av de formene for mening som søkes, og oppmerksomhet ovenfor de spørsmålene som stilles til en tekst» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 73). Bruken av begrepet «tekst» stammer fra den klassiske hermeneutikkens fokus på religiøse, juridiske og litterære tekster, men har imidlertid blitt utvidet til å også omfatte *diskurs* og *handling* (Kvale & Brinkmann, 2015).

Valg av metoden CIS som både åpner for tolkning og synliggjøring av forfatteren, samt spørsmål til de inkluderte studiene som verktøy for å finne ny mening, gjør også det hermeneutiske perspektivets syn på mennesket som tolkende vesener relevant. Fra et hermeneutisk standpunkt er mennesket selvfortolkende og historiske med forståelsesredskaper som preges av dets tradisjon og liv. Enhver tekst får derav sin mening fra en kontekst, hvor kunnskapen om andres handlinger og ytringer, samt dens betydning alltid avhenger av forskerens antagelser og verdier basert på han eller hennes bakgrunn (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 74). Med andre ord vil min bakgrunn, verdier, antakelser, praksiser og så videre, prege hvordan jeg tolker det innhentede datamaterialet i lys av problemstillingen som drøftet tidligere.

Kjersti Johansson (2016) beskriver i essayet *Mellom hermeneutikk og fenomenologi- et essay i vitenskapsteori* sentrale trekk og kjennetegn ved de to vitenskapsteoretiske posisjonene. Her argumenterer hun for at man som en hermeneutisk forankret forsker kan nærme seg et musikkterapeutisk fenomen eller problemstilling med det hun beskriver som *intuisjon*: «denne intuisjonen kan springe ut av både praktiske erfaringer som musikkterapeut og teoretisk tilegnelse, og den kan lede og vise vei inn i prosjektet» (Johansson, 2016). Dette

harmonerer godt med prosessen som har ledet frem til problemstillingen for denne masteroppgaven. Samtidig er det viktig å presisere at min intuisjon er preget av min bakgrunn og forforståelse, hvor jeg i lys av hermeneutikken og CIS som en tolkende metode, ser det som essensielt å understreke at noen andre, med en annen forforståelse vil kunne tolke og belyse dataene på en annen måte enn meg.

Johansson (2016) beskriver også det dialogiske aspektet ved en hermeneutisk forankring og forståelse, hvor man søker å forstå andres menneskers uttrykk (under utvidelsen av begrepet «tekster»). I første instans vil det gjerne være nærliggende å dra paralleller til det kvalitative forskningsintervjuet eller andre «direkte» forskningsmetoder hvor dialog eller observasjon er sentrale, men det utelukker samtidig ikke det teoretiske nivået og er derfor relevant i denne sammenhengen også. Johansson beskriver dette på følgende måte: «Hvordan et slikt dialogisk og relasjonelt forståelsesaspekt kommer konkret til uttrykk i et forskningsprosjekt, vil variere med det enkelte prosjekts tema, fokus og metodiske tilnærming» (Johansson, 2016), og legger til at man på et teoretisk plan også er mulig å utfordre, samt utvide sin egen forståelse i møte med ulike teoretiske perspektiver ved å gå i dialog med dem (Johansson, 2016). CIS åpner opp for denne dialogen ved å innlemme spørsmål som en sentral del av analyseringen av tekstene eller den inkluderte forskningen.

I forlengelsen av den teoretisk forankrede dialogen, kan man også se metodens struktur og forholdet mellom metaperspektivet i et synthetic construct, informert av de selekterte elementene fra primærkilden i lys av den *hermeneutiske sirkel*, hvor man i en kontinuerlig prosess går frem og tilbake mellom deler og helhet. Med andre ord fortolkes delene av tekstens helhet, og ut fra disse fortolkningene settes delene sammen på ny i relasjon til helheten. I hermeneutikken brukes også ordet *spiral* for å betegne denne sirkulariteten, og anses som en prosess som åpner for en dypere forståelse (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 237). Dette gjør seg også gjeldende i steg 5- diskusjonsdelen hvor den helhetlige syntesen drøftes opp mot SDT med eksempler fra primærfunnene.

3.2.3 Etisk drøfting

Ettersom dette er en teoretisk oppgave, har ikke jeg som forsker eller skribent måtte ta hensyn til andre mennesker i form av deltakere i en *en til en*-situasjon. Dette betyr likevel ikke at jeg er fritatt fra etiske hensyn. Funnene som denne studien tar utgangspunkt i er recovery-orientert forskning basert på førstehåndserfaringer fra psykisk syke mennesker som har benyttet seg av musikkterapi som behandling. Når forskning basert på deres førstehåndserfaringer skal benyttes i en CIS-metode, ser jeg det derfor som svært viktig å

behandle de direkte sitatene som kommer frem av forskningen i de inkluderte studiene i kraft av sin egen verdi, før jeg som forsker tillegger mine egne refleksjoner- slik metoden tillater. For ytterligere etterstrebelser av transparens og troverdighet for hvor sitatene er hentet fra, har jeg valgt å lage en modell for innhenting av data som vil bli vist under steg 1.

I den etiske drøftingen er det også viktig å igjen presisere CIS-metodens tolkende aspekter. Resultatet av denne studien vil være et unngåelig produkt av mine tolkninger og refleksjoner, og som tidligere nevnt vil andre kunne tolke dataene på en annen måte enn meg. Likevel ser jeg dette som etisk forsvarlig, da metodens intensjon, som tidligere beskrevet, er teoriutvikling – men med et forbehold. Det ligger i en synteses natur å sette sammen biter til en ny enhet, eller helhet. Bruken av de inkluderte studiene vil også gjennomgå denne prosessen, med mål om å komme frem til en ny helhet. Syntesens produkt vil i så måte bli et produkt av hvordan jeg som forsker velger å sette sammen disse bitene og hvordan bruken av førstehåndserfaringene blir gjennomført. Forbeholdet, slik jeg ser det vil derfor være å håndheve bruken av de inkluderte studiene, og førstehåndserfaringene på en måte som ikke strider mot originalstudien sine resultater eller intensjon.

For å overholde en forsvarlig bruk av andres materiale må derfor jeg som forsker aktivt reflektere over hvordan jeg tolker og konstruerer nye argumenter basert på disse. Samtidig fordrer dette at man som forsker tar et steg tilbake og gjerne søker andres synspunkter. I dette tilfellet har samtaler med veileder kommet godt med, for å sikre at mine tolkninger ikke skriker bort fra den intenderte meningen i de inkluderte studiene.

3.3 Inklusjon av litteratur – steg 1

Denne studien benytter seg av en adaptert versjon av CIS, hvor det utelukkende fokuseres på kvalitative studier med en tydelig brukerstemme innenfor psykosefeltet i musikkterapi og recovery. Slik det også kommer frem av problemstillingen, er dette et valg som ble gjort på bakgrunn av interessen for studier hvor brukerstemmens unike førstehåndserfaringer er tilstede. I tråd med metodens syn på innhenting av data ble det derfor mest relevant å rette fokus på litteratur jeg anså som eksplisitt relevant for interesseområdet, noe som til tross for et bredt søk, resulterte i tre inkluderte funn ¹. Dette står også i stil med metodens inkludering av studier på bakgrunn av sin relevans for review-målet, og ikke på bakgrunn av metodiske

¹ Ved å spesifisere diagnose (psykose) i søket ekskluderes f.eks mange studier som undersøker generell psykisk helse, eller *en* spesifikk diagnose.

kriterier og kvalitet. Med andre ord kan studier av mindre god kvalitet likevel inkluderes om relevansen er høy (Dixon-Woods et al., 2006, s. 4).

Ettersom mine egne praksiserfaringer og kunnskaper begrenser seg til norske kontekster, er også rammene for denne masteroppgavens inklusjon av egnet litteratur begrenset til norske publikasjoner. For å sikre opprettholdelsen av relevans er også litteraturen utelukkende hentet fra de siste ti årene. Denne avgjørelsen er tatt på bakgrunn av at musikkterapien fremdeles er relativt ny innenfor feltet, og utviklingen skjer fort. Søket ble gjennomført på både norsk og engelsk ettersom studier fra en norsk kontekst selvsagt kan skrives på engelsk for å nå det brede fagmiljøet. Søket ble utelukkende gjennomført i universitetsbibliotekets søkeportal, oria.no, ettersom jeg via denne portalen og universitetets lisenser, får tilgang til alt av relevant tilgjengelig litteratur i ett og samme søk² - og mulighet for tilretteleggelse av tilgang til publikasjoner som ligger bak betalingsmurer. For å vurdere resultatenes relevans, etablere jeg en sjekkliste med spørsmål for å vurdere om studiene kunne inkluderes:

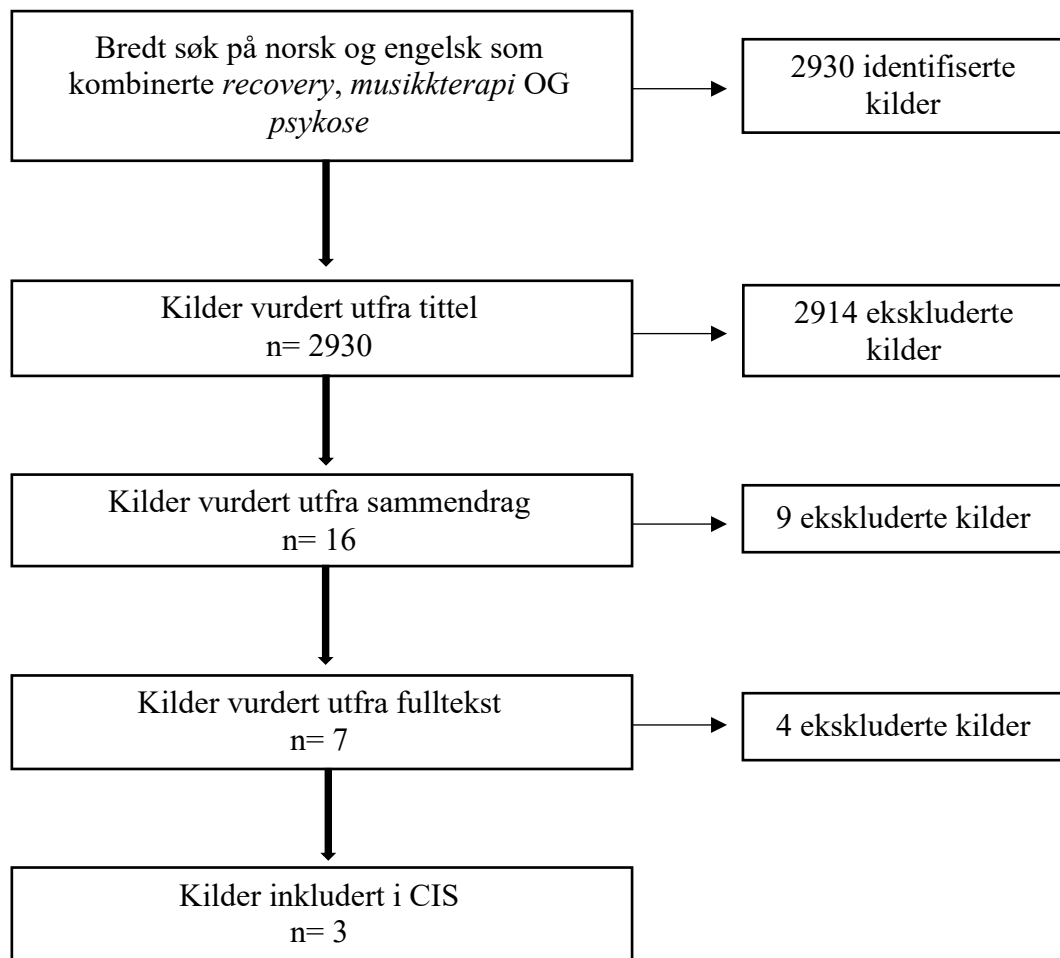
Figur 1.0: Sjekkliste for inklusjon av studier

Populasjon	Sted	Tid
<ul style="list-style-type: none">• Omhandler studien ekspilisitt psykosepasienter?	<ul style="list-style-type: none">• Er studien gjennomført i Norge?	<ul style="list-style-type: none">• Er studien fra de siste ti årene?

I et forsøk på sikre metodens transparens og etterprøvbarehet, har jeg med utgangspunkt i Kate Flemming (2010), utarbeidet en figur for å i størst mulig grad synliggjøre innhenting av de inkluderte studiene:

² Ved bruk av oria, kan man søke internt i universitetsbiblioteket, norske fagbibliotek, og alle kilder.

Figur 2.0: Flow-diagram systematisk litteraturgjennomgang



Slik figuren viser ble tre publikasjoner inkludert i syntesen. Under følger en kort introduksjon av disse, i tråd med steg 1 – hvor det etableres en forståelse av hver separat studie.

Tause menn som snakker. Erfaringer fra gruppetilbudet «Musikkopplevelser» (2017)

I artikkelen til Tuastad og Solevåg (2017) gis det innblikk i erfaringer fra et gruppetilbud for menn med en reseptiv intervensjonsmetode. Her kommer det også kommer frem direkte sitater fra brukerne, men disse er ikke knyttet opp til spesifikke pseudonymer eller karakteristikker som gjør at leseren kan følge deltagerne i studien, en til en, gjennom teksten. Brukerstemmen, i form av vignetter, benyttes i lys av teori om psykose og selvopplevelse, musikk og identitet, samfunnsmusikkterapi og recovery, samt forfatterens tolkninger av deltakernes erfaringer og uttalelser (Tuastad & Solevåg, 2017, s. 352). Forfatterne redegjør

også for at studien er en praksisbeskrivelse uten navngitte personer, og derav unndratt registrering av NSD³ (Tuastad & Solevåg, 2017, s. 353).

«The Opposite of Treatment»: A qualitative study of how patients diagnosed with psychosis experience music therapy (2015)

I den kvalitative studien med ni inkluderte informanter av Solli og Rolvsjord (2015) gis det derimot et grundigere innblikk i studiens populasjon, spesifisering av diagnoser innenfor psykosespekteret, omfang av generell psykiatrisk behandling- samt spesifikt musikkterapi og antall sesjoner, og til slutt typer av intervensjoner i form av en til en, gruppe-time, eller begge deler pr. pasient (Solli & Rolvsjord, 2015, s. 71). Forfatterne redegjør også for et fokus på informantenes opplevelse av musikkterapi i bruken av en semistrukturert intervjuform for innhenting av data. Gjennom en fortolkende fenomenologisk analyse (IPA) står forfatterne igjen med fire overordnede temaer fra brukernes erfaringer: frihet, kontakt, trivsel og symptomlettelse (Solli & Rolvsjord, 2015, s. 70-71).

Battling illness with wellness: a qualitative case study of a young rapper's experiences with music therapy (2015)

Fra Solli (2015) sin andre artikkel fra samme år, en kvalitativ case-studie, utforskes det hvordan musikkterapi kan tilby muligheter for sosial recovery for en mann med psykose. Som leser får man følge en lengre terapiprosess i form av forfatterens beskrivelser av forløpet sammen med pasientens egne beskrivelser av sine subjektive erfaringer. Også her blir det foretatt en IPA av de innsamlede dataene, og teoretiske perspektiver fra recovery-litteraturen, samt musikkterapeutiske perspektiver som blir benyttet for å diskutere og belyse musikkterapiens muligheter for å styrke handlekraft, gjenopprettelse av identitet, utvikling av positive relasjoner og utvidelse av sosialt nettverk (Solli, 2015, s. 204).

3.4 Analyse, oversette studiene til hverandre – steg 2

Etter å ha lest gjennom studiene hver for seg og etablert en forståelse av dem, følger steg 2 som kan beskrives som den innledende og kategoriserende fasen i analysen. Oversikten på neste side gir en enkel innføring av dette arbeidet, etterfulgt av en mer utfyllende gjennomgang av studienes tema og argumentasjon.

³ Norsk senter for forskningsdata

Tittel	Forfatter(e)	Kontekst	Studiedesign	Teoretisk tilnærming	Antall deltakere	Kjønn	Diagnose
Batteling illness with wellness: a qualitative case study of a young rapper's experiences with music therapy	Hans Petter Solli	Psykiatrisk intensivavdeling	Kvalitativ case-studie	Brukerperspektiv, sosial recovery	N=1	M	Psykose
«The Opposite of Treatment»: A qualitative study of how patients diagnosed with psychosis experience music therapy	Hans Petter Solli og Randi Rolvsjord	Lukket psykiatrisk intensivavdeling	Kvalitativ multippel case-studie	Recovery, brukerperspektiv, agency	N=9	M-5 K-4	Diagnostisert med psykose og/eller opplevd psykotiske episoder i løpet av det siste året
Tause menn som snakker. Erfaringer fra gruppetilbudet «Musikkopplevelser»	Lars Tuastad, Hans Marius Solevåg	Distriktpsikiatrisk senter (DPS)	Praksisbeskrivelser med vignetter fra terapiforløp	Psykose, selvopplevelse, musikk og identitet, samfunnsmusikkterapi og recovery	N= 4	M	Psykoselidelser

I Tuastad og Solevågs (2017) artikkel som omhandler en lyttegruppe for menn, vises det til flere sentrale aspekter for hvordan pasientene dro nytte av å ta del i gruppen. Her kommer det blant annet frem at gruppen fungerte som en gjensidig læringsarena for deltakerne, der de kunne lære av hverandres prosesser og opplevelser via gjensidig deling i gruppen. Det kommer også frem at musikken hadde en viktig funksjon knyttet til følelser og minnearbeid for flere av deltakerne. Her blir det dratt frem flere eksempler på hvordan musikken mellom annet hjalp dem til å uttrykke sine følelser. Under følger et eksempel:

Denne låten minner meg på oppveksten min, at det var en god oppvekst, men også at det var vondt å føle seg utenfor noen ganger (s. 355).

Til sist kommer det frem av samme artikkel hvordan gruppetilbudet var en arena der pasientene fikk bruke seg selv, ved å diskutere egne følelser og opplevelser- gjerne knyttet opp til musikk, og på denne måten allmengjøre disse.

Solli og Rolvsjord (2015) finner i sin studie fire overordnede tema på bakgrunn av pasientenes opplevelser i musikkterapien. Disse omfatter *frihet, kontakt, trivsel* og *symptomlettelse*. For det første kommer det frem at pasientene fikk en opplevelse av frihet fra behandling, stigma og sykdom. For det andre viser studien at pasientene kom i kontakt med seg selv, aliveness, følelser og andre mennesker. For det tredje trivsel i form av glede og tilfredshet, motivasjon, mestring og håp – og til sist symptomlettelse av fra sin tilstand (psykose), vanskelige tanker og stemmehøring, samt hallusinasjoner.

I Solli (2015) sin studie hvor man møter en ung rapper, legges det frem et mangfoldig spekter av behandlingsutbytter. For det første fungerer musikkterapien her som et sted hvor pasienten kunne ta kontroll over sin egen historie og dele den med verden til tross for sin innleggelse ved bruk av digitale verktøy. For det andre kommer det frem at pasienten via musikken fikk mulighet til å gjenoppbygge identitet og selvsikkerhet i en sykdomsdominert hverdag – noe som igjen påvirket hans sosiale liv, og gav muligheter for å etablere et større sosialt nettverk.

3.4.1 Argumentasjon for recovery

Under utførelsen av steg 2 i metoden ble det naturligvis særlig relevant å sette seg inn studienes anvendelse av recovery-begrepet. Før jeg går videre til steg 3 vil jeg derfor gi en kort gjennomgang av dette, ettersom det også danner et sentralt grunnlag for steg 4.

Felles for alle studiene er deres argumentasjon og vektlegging av recovery som et relevant og nyttig perspektiv for musikkterapi innenfor feltet psykisk helse. I Tuastad og Solevåg (2017) settes det lys på recovery-perspektivets syn på tilfriskning som en personlig prosess som ikke behøver å være synonymt med resultat. Her argumenteres det også for at gruppens funksjon med tanke på pasientenes muligheter for å utveksle og anerkjenne hverandres erfaringer, harmonerer med en recovery-tankegang. Argumentet grunngis med recovery-filosofiens vektlegging av individets egen innsats og håndtering av psykologiske og sosiale vansker for å leve et meningsfullt liv.

I Solli (2015) argumenteres det for at musikkterapi kan fungere som en arena for sosial recovery for mennesker med psykiske helseutfordringer, og foreslår en utvikling av grupperelaterte aktiviteter ettersom dette kan føre til sosialisering og utvikling av relasjoner som kan være viktig i en recovery-prosess. Solli og Rolvsjord (2015) vektlegger også hvordan mennesker med psykiske helseutfordringer kan betegnes som ansvarlige for eget liv, og sin egen recovery-prosess til tross for sin sykdom. Samtidig understreker de også at en slik tankegang skiller seg radikalt fra en klinisk recovery-tankegang, og argumenterer for at psykisk helse-recovery utgjør et bedre rammeverk for musikkterapien innen dette feltet. Her foreslås det også at musikkterapi ikke bør handle om standardiserte prosedyrer, men heller musikkens muligheter for å fremme pasientenes personlige og sosiale handlekraft.

3.5 Analyse, syntese av oversettelser – steg 3

Vi er nå kommet til fremstillingen av den deskriptive analysen, som i CIS-metoden blir kalt en *syntese av oversettelser*. Formålet med steg 3 er å etablere en tematisk oversikt over de trender og motsetningene som finnes mellom de inkluderte studiene. Allerede i steg 2 avdekkes det en rekke utbytter knyttet til bedring i musikkterapien med denne pasientgruppen knyttet til symptomlette, utvikling og gjenoppbygging av identitet og tro på seg selv, relasjonsbygging, og ikke minst glede og trivsel – alle sentrale deler innenfor en recovery-tankegang. Analysen vil bli lagt frem under ytterligere åtte ulike temaer som var til stede i minst to eller alle de inkluderte studiene.

3.1 Utbytte av behandling

Musikkterapi kan gi en rekke positive utbytte for psykosepasienter som symptomlette, utvikling og gjenoppbygging av identitet og tro på seg selv, relasjonsbygging samt glede og

trivsel. Behandlingskonteksten kan også variere fra en til en – kontekster og større grupper med flere pasienter innenfor samme diagnostiske spekter. Til tross for enkelte pasienters betegnelser av musikkterapi som noe «ikke-terapeutisk», eller tilbakeholdenhet ved å trekke sin diagnose med de tilhørende symptomer inn i musikkterapien, innehar likevel musikkterapi i denne konteksten klare terapeutiske elementer og utbytter for den aktuelle pasienten.

3.2 Jevnbyrdighet

Relasjonen mellom musikkterapeuten og pasienten har også potensiale for å etterstrebe en større grad av jevnbyrdighet mellom de to partene ettersom behandlingen sentrerer seg rundt en aktivitet som åpner for at begge parter kan delta med sin musikalske ekspertise – men der utgangspunktet for behandlingen ligger i pasientens ønsker og bakgrunn. Om terapeuten også åpner for å dele noe av sine egne sårbarheter, kan dette også ha en positiv effekt på relasjonen i form av å skape en større fortrolighet eller gjensidighet i relasjonen.

Relasjonen kan også representere en mulig forklaring på hvorfor noen pasienter ikke ser på musikkterapi som terapi, men som frihet fra behandling. Kombinasjonen mellom en aktivitet som genererer glede og mestring, og samtidig tar utgangspunkt i pasientens ønsker og behov blir oppfattet som mindre stigmatiserende og sykdomsfokusert – og derav ikke som behandling eller terapi. Når begreper knyttet til terapi og behandling assosieres til noe negativt, vil ikke en vektlegging av disse harmonere med en positiv relasjon til musikkterapi. Dette behøver likevel ikke å bety at musikkterapien ikke er terapeutisk for pasientene.

3.3 Språkets signifikans for en likeverdig relasjon

Som vist på tvers av studiene, og til tross for motstand mot betegnelsen «terapi» og sykdomsfokus, ser man likevel en rekke terapeutiske elementer som er viktige i en bedringsprosess. Elementer i form av håp, symptomreduksjon, egen innsats og egne mestringsstrategier er tydelig tilstede – men også førstehåndserfaringer av hvordan sykdommen oppleves. Samtidig ser man at disse *ikke* kommer frem med bruk av fagterminologiske utsagn, men ved bruk av metaforer, bilder og folkelige beskrivelser av hendelser og følelser. Verdien av disse førstehåndserfaringene er svært store, da de gir en indikator på hvordan pasientene selv forholder seg til, og omtaler sin tilstand. Ved å anerkjenne en slik dialog i musikkterapien der pasientenes fortellinger og opplevelse står i sentrum, støttes pasientenes eierskap til sin egen situasjon og historie.

3.4 Musikk – et allment fagfelt

Terapeutens åpenhet i relasjonen ser også ut til å kunne ha en positiv effekt på pasientenes opplevelse av eierskap. Med en åpen tilnærming vil avstanden mellom terapeut og pasient kunne minimeres. Relasjonen, samt engasjementet rundt en musikalsk aktivitet, vil på denne måten kunne bygges på gjensidighet og dra nytte av begge parter kompetanse. Musikkterapi sentrerer rundt en aktivitet og kunstform (musikk) som alle mennesker har en naturlig tilknytning til og kompetanse innenfor. Musikkterapi blir i så måte et bilde på en terapiform som har som mål å bedre en persons tilstand eller situasjon, men hvor dette ikke behøver å skje ved bruk av vanskelig fagterminologi eller med en tydelig rollefordeling som ekspert (terapeut) og pasient. I musikkterapien utjevnes disse rollene naturlig da begge parter kan betegnes som eksperter i aktiviteten, og aktiviteten – samt relasjonen vil igjen kunne ha en positiv innvirkning på pasientens tilstand.

3.5 Relasjonell brobygger

Musikkterapi kan fungere som en relasjonell brobygger både innenfor og utenfor institusjonelle rammer, og gjøre det lettere å danne nye relasjoner, samt opprettholde relasjoner til venner og familie. Innspilling av musikk som kan deles med andre er et godt eksempel på hvordan musikk kan bli et produkt som skaper et fundament for etablering og opprettholdelse av relasjoner både innenfor og utenfor en institusjon. Deltakelse på ulike arrangement knyttet til musikk, enten ved opptreden eller bare ved lytting kan også generere mestringsfølelse hos pasienter.

Med utgangspunkt i relasjonen innenfor terapirommet kan et musikalsk engasjement danne grunnlag for etablering av relasjoner til andre mennesker i samme situasjon, og gi et sosialt og interessebasert fundament i musikken som kan foredles videre både under og etter endt behandling i det øvrige samfunnet. Samtidig viser analysen at slike steg kan bli for store for enkelte. Dette vil jeg komme nærmere inn på under risikofaktorer og ansvar.

3.7 Ambisjoner, håp og begrensninger

Dagens teknologi gjør det også lettere å distribuere musikk og produksjoner til et større publikum, og det kreves ikke lenger fysisk tilstedeværelse for å motta tilbakemeldinger fra lyttere. På den ene siden kan en musikkinteresse være et ypperlig utgangspunkt for å etablere en hobby, et band, digitale utgivelser, eller andre relasjoner knyttet til musikk som kan

videreføres ut i samfunnet og stå på egne ben uten en musikkterapeut. På den andre siden kan pasienter opparbeide seg ambisjoner og drømmer om en musikkkarriere som ikke harmonerer med deres kompetansenivå eller tilstand. I slike situasjoner kan fallhøyden bli stor, og er ikke lett verken for pasienten eller musikkterapeuten som på en ene siden ønsker å støtte opp om den enkeltes ideer og mål, men på den andre siden ser at målene neppe vil kunne gjennomføres.

3.8 Risikofaktorer og ansvar

Som vist til nå kan musikkterapi fungere som en brobygger til et større sosialt nettverk og videre musikalsk utfoldelse både utenfor og innenfor en institusjon, samt ved bruk av digitale tjenester hvor musikk kan lastes opp. Dette går igjen i alle de tre inkluderte studiene. Samtidig ser en også at større musikalske ambisjoner og håp for fremtiden ikke alltid samsvarer med pasientenes kompetansenivå. I terapirommet er pasienten «trygg», men ved eksponering for miljøer utenfor musikkterapiens rammer, viser analysen at møter med veden utenfor kan sette pasienten i en sårbar posisjon, da det ikke finnes noen garantier for hvordan det øvrige samfunnet vil ta dem imot.

I fra å ha en trygg relasjon til en musikkterapeut eller pasientgruppe, til å ønske anerkjennelse fra et større publikum, møter man på en vanskelig balansegang hvor negative hendelser kan bli problematiske for pasienten. I det ambisjonene overskrider kontakt med medpasienter, familie og venner – samt bruk av musikk for egen glede, til å bli ambisjoner om en større musikalsk fremtid, kan fallhøyden bli stor. På denne måten kan musikkterapeutens rolle bli krevende i situasjoner hvor pasientenes kompetansenivå ikke samsvarer med deres ambisjoner og håp for fremtiden.

4.0 Funn, fremlegg av syntesen – steg 4

I det følgende vil syntesens argumenter bli lagt frem, basert på beviser fra de inkluderte studiene. Til sammen vil dette utgjøre et nytt teoretisk rammeverk, bestående av syntetiske konstruksjoner som også danner grunnlaget for den påfølgende diskusjonsdelen (steg 5).

Syntesens argumenter vil bli presentert under følgende to hovedtemaer: *sykdommens plass i terapirommet og musikkterapiens relasjonelle byggeklosser*.

4.1 Sykdommens plass i terapirommet

Felles for alle de inkluderte studiene, er deres unike innblikk i deltakernes subjektive erfaringer og fortellinger. Alle tre studiene inneholder sitater fra deltakernes opplevelse av sin sykdomstilstand eller situasjon som kommer frem under terapiforløpet. Som allerede vist rapporteres det om en rekke utbytter fra musikkterapi, men koblingen mellom sykdom og musikkterapi som behandling viser seg å oppfattes ulikt av pasientene fra de tre inkluderte studiene.

Et spesifikt tema som kom frem fra analysen av de tre tekstene, er deltakernes bevissthet rundt egen situasjon, men også hvordan denne knyttes til musikk isolert sett, musikkterapien, eller ikke i det hele tatt, utfra deltakernes egne beskrivelser. På bakgrunn av pasientenes uttalelser og erfaringer rundt musikkterapi fra de tre inkluderte studiene viser det seg en klar tendens for en oppfattelse av musikkterapi som noe annet enn behandling, og med en ambivalens for å fokusere på sykdom.

Likevel inneholder alle de tre inkluderte studiene uttalelser rundt sykdomstilstand fra deltakerne selv. Disse fortellingene er samtidig av en så allment forståelig karakter at det ikke behøver en faglig kompetanse for å oppnå en forståelse av deres subjektive opplevelse. Et eksempel på dette kan illustreres med den mannlige rapperens uttalelser rundt sin tilstand fra Solli (2015): «Yeah, it's some demonic shit that wants to break me down, you know» (s. 211). I alle de inkluderte studiene er det også et distinkt skille mellom forfatterens faglige beskrivelse av pasientenes diagnoser og tilstand, og pasientenes egne beskrivelser av sin situasjon.

4.1.2 Sykdomsbeskrivelser

I den ene studien fra Solli (2015) hvor man møter en pasient som identifiseres som en mannlig rapper, beskriver han sin egen psykose som et kontrollerende fengsel hvor han også opplever at «alle andre» truer han. Samtidig kommer det også frem at han ser på alle tankene og erfaringene han bærer på som noe positivt i forhold til sin identitet som rapper, ettersom rap krever mange ideer for å bli et produkt ifølge han selv (Solli, 2015, s. 212).

Gruppesettingen i Tuastad og Solevågs (2017) studie viser også til vignetter hvor ulike erfaringer, tanker og følelser relatert til sykdom diskuteres i plenum gjennom samtaler rundt låter deltagerne bidrar med til fellesskapet. Et eksempel på en dette er en vignett hvor en av gruppedeltakerne beskriver sin angst for å bli sugd opp i verdensrommet om han går ut,

hvorpå de andre deltagerne følger opp med sine fortellinger om sine redsler (Tuastad & Solevåg, 2017, s. 356).

Samtidig i Solli og Rolvsjords (2015) studie med ni deltakere viser terskelen seg til å ligge noe høyere for å diskutere sin tilstand eller symptomer. Her kommer det frem at de fleste deltakerne, med unntak av en, ytret en form for ambivalens for å relatere musikkterapi til sin diagnose og terapi (Solli & Rolvsjord, 2015, s. 74). Musikkterapien blir her beskrevet som et sted hvor opplevelser av frihet og pause fra deres øvrige behandling får komme frem. Samtidig presiseres det også her at terapiprosessen likevel involverte vanskelige temaer og følelser knyttet til deltakernes situasjon, men at opplevelsen av *hvordan* disse ble håndtert skilte seg fra andre behandlingsmetoder (Solli & Rolvsjord, 2015, s. 75).

Unntaket fra studien til Solli og Rolvsjord (2015) kommer frem i form av en deltaker som ytrer et ønske om å diskutere sine psykotiske erfaringer fordi hun opplever det som et sted hvor det er mulig å gjenopprette sin egen selvoppfatning og interesser i motsetning til et øvrig behandlingsmiljø som oppleves svært sykdomsfokusert. Her blir andre behandlingsmetoder og behandlere beskrevet som å ha et stort sykdomsfokus som setter pasientene i en posisjon hvor de opplever stigmatisering og mangel på egen identitet (Solli & Rolvsjord, 2015, s. 75).

I Tuastad og Solevåg sin artikkel (2017) kommer derimot dette rigide skillet mellom sykdomsfokus fra øvrige behandlere mindre til uttrykk. Her forsøker behandlerne i størst mulig grad å sidestille seg med pasientene ved å inkludere seg selv under fanen «tause menn», og diskuterer også sin egen usikkerhet for å åpne seg opp i en gruppesammenheng. Den ene terapeuten går til og med så langt som å beskrive sin egen private angst for å snakke høyt i større forsamlinger sammen med deltakerne, men beholder samtidig en folkelig tone i sine beskrivelser av sin egen problematikk.

4.1.3 «Frihet» og det allmenne vokabular

Analysen avdekket riktig nok en motstand for å inkludere sykdomsrelaterte elementer inn i musikkterapien. På tross av dette ser man likevel en rekke terapeutiske elementer. Eksempler på slike motsetninger viser seg ikke bare i hvordan pasientene forholder seg til musikkterapi som behandling eller ikke, men også i hvordan beskrivelsene av pasientene skiller seg fra ulike settinger ved en institusjon. Solli (2015) nevner dette i sin kvalitative studie av den mannlige rapperens terapiforløp, med betydelige sykdomsutfordringer. Til tross for de prekære sykdomsutfordringene kommer det frem at forfatteren selv også ble overrasket over hvor høyt funksjonsnivå den mannlige pasienten viste i musikkterapi, i motsetning til hva som

ble rapportert fra andre behandlere og settinger på avdelingen. Med andre ord etablerer forfatteren også et tydelig skille mellom pasientens funksjonsnivå under musikkterapi og andre behandleres rapporteringer.

I Solli og Rolvsjord (2015) er et gjentakende tema «frihet» basert på pasientenes førstehåndsbeskrivelser av musikkterapi. Her gis det inngående beskrivelser av hva «frihetsfølelsen» knyttes til i form av pasientenes egne beskrivelser, der forfatterne kategoriserer det som fra *sykdom*, *stigma* og *behandling*. Til tross for pasientenes skepsis viser analysen at fortellinger som involverer beskrivelser av sykdomstilstand likevel kommer til uttrykk i pasientenes fortellinger om bedring og symptomlettelse i konteksten av musikkterapi. Eksempler på dette kan sees i Solli (2015), hvor den samme mannlige rapperen som nevnt tidligere beskriver sin indre kamp mot det han velger å kalle for «demoner»:

*(...) I kinda have to go outside and sense these things that are trying to break me down
(...) one can not live without things getting better and better (s. 212).*

Eller i Solli og Rolvsjord (2015) der en deltaker beskriver bortfall av visuelle hallusinasjoner ved å spille musikk:

Well, I had a belief that I have become a spirit. So I had to help those in the church cemetery. And just then I saw a dead body... who was sitting behind you. But when I startet playing and so on then I started thinking about other things, and then suddenly I looked there and it was gone (s. 84).

Men også i Tuastad og Solevåg (2017) hvor skepsisen dog ikke er like fremtredende, hvor en av deltakerne beskriver og deler sin egen håndtering av angst med resten av gruppen:

Men så stopper jo angsten, den går til et nivå og ikke lenger og deretter slapper jeg mer og mer av... Helt til jeg blir redd på ny (s. 356).

4.1.4 Pasientdialog og likeverdighet

Analysen av de tre inkluderte studiene avdekker også en stor grad av likeverd i både dialog og relasjonen mellom pasient(er) og terapeuten, med et felles fokus rundt en musikkaktivitet.

Tuastad og Solevåg (2017) legger et spesielt fokus på dette. Under vises et sitat som illustrerer deres refleksjoner:

Gruppeterapeutene var bevisst på balansen mellom det personlige og private. I samtaler om såre tema viste det seg å være viktig med åpenhet, også når det gjaldt å vise egne svakheter. Det å snakke om egen tilkortkommenhet så ut til å være en døråpner for å dele av egne erfaringer og følelser rundt livsutfordringer for gruppedeltakerne (s. 355).

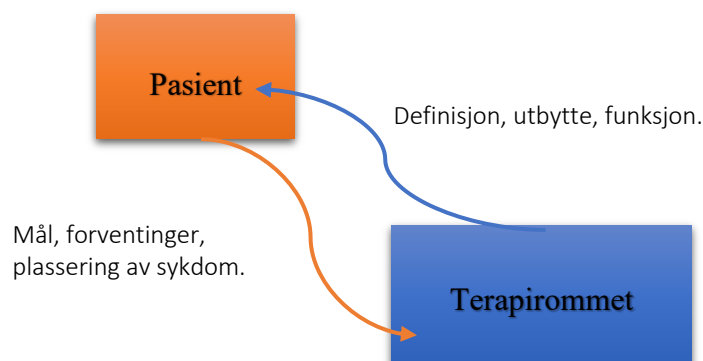
Også i Solli (2015) kommer dette tydelig til uttrykk både i form av dialog, samarbeid og rollebytter i en musikalsk prosess:

(...) we started to alternate the roles of musician and music studio operator. Sessions often started with Marco transferring his music files to the studio computer and playing it out loud on the sound system. Then we would discuss how to work with the song – which energy and feel to emphasize, which instruments to use, the structure of the song, and so on (s. 214).

4.1.5 Oppsummering av syntesens første tema

Med utgangspunkt i syntesens første tema, «sykdommens plass i terapirommet», ser man tydelige indikasjoner på en relasjon som ikke bare baseres på likeverd mellom en pasient eller gruppe og en terapeut, men også en frihet i selve terapien. Temaet får sitt navn basert på syntesens beviser som rommer en frihet som gjør det mulig for pasientene å *selv* velge hvor de vil «plassere» sin sykdomsproblematikk, hva de ønsker å bringe til terapirommet, samt definere hva funksjon musikkterapi er for dem. Figuren under illustrerer denne prosessen.

Figur 3.0: Pasienters frihet for hva som bringes til og fra terapirommet



Slik figuren viser, er terapirommet et sted hvor pasienten langt på vei kan definere hva som bringes *inn*, men også hva han eller hun ønsker å ta med seg *fra* terapirommet. Hvordan denne friheten håndheves av den enkelte varierer utfra deres behov og ønsker, men felles for alle eksemplene er tilstedeværelsen av terapeutiske momenter som ikke bare fremmer bedringsprosesser – men samtidig åpner for medvirkning og en egen definisjonsmakt for hva musikkterapi er og betyr for dem. I kraft av denne definisjonsmakten fra pasientens side, kan relasjonen også utjevnes ytterligere der terapeuten også håndhever en åpenhet både i dialog og bytte av roller.

4.2 Musikkterapiens relasjonelle byggeklosser

Et annet sentralt tema er viktigheten av *relasjonen* som tydelig kom til uttrykk på tvers av de inkluderte studiene. I Tuastad og Solevåg (2017) diskuteres ikke bare relasjonen mellom pasienter i gruppen, men gruppen som helhet. Med andre ord blir også terapeutenes egne erfaringer inkludert i praksiserfaringene som blir beskrevet. Innledningsvis kommer det for eksempel frem at de to gruppeterapeutene selv kjente på engstelse for om gruppetilbudet skulle få et ønsket utfall; at de «tause mennene» skulle åpne seg opp og dele sine erfaringer. Denne engstelsen var strengt tatt ikke nødvendig, da et av deres hovedfunn viste seg å være deltakernes utnyttelse av gruppen som en gjensidig læringsarena, følelse og minnearbeid og en arena for å bruke seg selv i samvær med andre. Tuastad og Solevågs (2017) eksempel viser hvordan en gruppe mennesker som i relasjon til hverandre utvekslet erfaringer og tok lærdom fra hverandre, men med en høy grad av streben for likeverdighet mellom alle- inkludert terapeutene. Dette beskrives for eksempel i form av ønsker og korreksjoner fra gruppedeltakerne, som terapeutene igjen forsøkte å etterkomme.

Forfatterne beskriver også hvordan etableringen av det de kaller en uformell «etterstund» (uformelt sosialt samvær etter gruppetimen), etter ønske fra deltakerne, ble svært viktig i forhold til relasjonelle faktorer da dette fungerte som et sosialt springbrett for mange av deltakerne. I Tuastad og Solevågs (2017) «lyttegruppe» oppstod det to band grunnet dette sosiale samværet, samt etablering av nye kontakter.

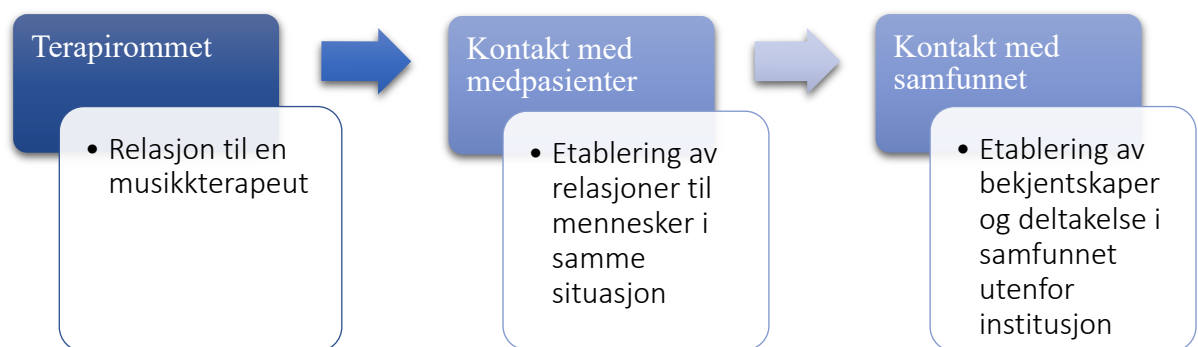
I Solli (2015) sin artikkel som i motsetning til Tuastad og Solevåg (2017), fokuserer mer på aktiv spilling med en pasient, er relasjonen også en viktig komponent. Selv om denne artikkelen ikke omfatter en gruppe, finnes det likevel klare indikasjoner på at relasjonen mellom musikkterapeuten og klienten er helt sentral både med tanke på musikalsk samspill og sosialt. Her kommer det frem hvordan klient og terapeut, i fellesskap, finner sin måte å spille

sammen på i form av utarbeiding av struktur og improvisasjon. Denne formen for musikalsk relasjon eksemplifiseres med hvordan klienten beatboxer en sekvens som terapeuten igjen kan overføre til trommesettet, slik at klienten kan gå videre til å improvisere rap-tekster over.

4.2.1 Relasjonelle musikkaktiviteter

I alle de inkluderte studiene ser man eksempler på at de relasjonelle aspektene ved musikkterapi for pasientgruppen gjelder relasjonen mellom terapeut og pasient. Analysen avdekket også at musikken og musikkaktiviteter kan fungere som en bro mellom terapirommet, øvrige pasienter og samfunnet. Figuren under illustrer denne prosessen hvor deltakelse i musikkterapi kan fungere som et utgangspunkt for både å opprettholde og knytte nye kontakter til medpasienter og samfunnet for øvrig.

Figur 4.0: Musikkterapi som relasjonsbygger utover terapirommet



Fra de inkluderte studiene finnes det en rekke eksempler på dette. I artikkelen til Solli (2015) beskrives det mellom annet hvordan pasienten ved flere anledninger ber om å få ta med andre pasienter til musikkterapi, men at dette hadde en varierende suksess da andres kreative ideer fikk klienten til å bli er anspent og stille. Til tross for dette fremheves klientens musikalske samarbeid og relasjoner til andre pasienter som noe positivt, da dette gav han en styrket identitet som musiker, og noe som gav han sosial oppmerksomhet på avdelingen.

Bruken av musikk som et verktøy for å bygge relasjoner til andre er også sentral i Solli og Rolvsjords (2015) studie. Her kommer det frem hvordan en god relasjon er sentral for å oppnå et godt musikalsk samspill. Relasjonen til terapeuten beskrives også som et viktig sosialt steg, og som potensielt øyeåpnende for viktigheten av å være sosial. Flere av pasientene i denne studien beskriver også musikk som en måte å holde kontakt med «verden utenfor» sykehuset, i form av dele ut CD til sin omgangskrets innenfor og utenfor sykehuset,

publisere musikk på nettet, etablere vennskap på konserter, bli med i kor eller band eller forsøke å få en gig:

I was out a couple of days ago. Then I went into a pub. So I started talking to a guy there, you know. Then it turned out he was the man responsible for the music, you know. So he got my email and my phone number. (...) Maybe I'll get a gig, then (Solli og Rolvsjord, 2015, s. 77)

Fra den allerede nevnte bandetableringen i Tuastad og Solevåg (2017), kommer det også frem at band med utspring fra gruppetilbudet holdt konserter både utenfor og innenfor institusjonen. Også i Solli (2015) sin studie viser musikkproduksjon og konsertvirksomhet seg som en sentral del av behandlingsforløpet. Her kommer det frem at pasienten selv legger frem et ønske om å lage en CD med egne låter, og produserer dette sammen med musikkterapeuten. CD-en blir gitt til medpasienter, venner og familie. Musikken blir spilt av på avdelingen, og resulterer i at flere vil ha en kopi av den samme skiva.

Videre får den samme pasienten delta med egne låter som «oppvarming» for et profesjonelt band ved sykehusinstitusjonens årlige sommerfest. Pasienten blir også invitert tilbake til scenen for freestyle⁴ sammen med det profesjonelle bandet. Det hele oppsummeres slik av forfatteren selv:

The audience was dancing, the musicians were smiling, and Marco seemed to be having the time of his life. After the show he received a great deal of attention from both staff and fellow patients, all of whom seemed impressed by his performances. Marco seemed to me smiling all night long (Solli, 2015, s. 216).

4.2.2 Ambisjoner og kontakt med verden “utenfor”

Analysen av de tre inkluderte studiene avdekker også at deltakelse i musikkterapi kan genererte ambisjoner og mål knyttet til bedring og videre utøvelse av musikk utenfor terapirommet. I Solli (2015) forteller pasienten selv om sine overbevisninger for hva han mener skal til for å oppnå bedring. Her kommer det frem at han velger å holde fokus på de positive aspektene ved livet, og at dette er eneste måten «å slå» sykdommen. Allerede i første setning av denne artikkelen introduseres en rap-linje fra denne pasienten: «If i got no music in

⁴ Improvisert rap

my head, I'll be dead in the bed» (s. 204). Samtidig kommer det frem at pasienten også hadde ambisjoner knyttet til musikk, nærmere bestemt å bli oppdaget som artist av musikkbransjen. Disse ambisjonene innebar dog en form for ambivalens mellom de to kontrasterende elementene: å bli berømt som musiker, eller bare ha musikk som en verdifull hobby som kilde til sosialisering og fornøyelse.

Også i Solli og Rolvsjord (2015) erfares det hvordan musikkterapi, håp, drømmer og ambisjoner er sterkt knyttet sammen for deltakerne i studien. Både for en bedre fremtid, men også for å fortsette med musikk etter utskrivelse. Det kommer også frem av forfatterne at noen av disse målene fremstod som mer realistiske enn andre, men at musikken uansett var en god kilde til fremtidshåp. Tuastad og Solevåg (2017) sitt eksempel på etablering av band utenfor institusjon, viser også hvordan håp og ønsker ha en stor betydning for sosialisering og videre musikkutøvelse utenfor institusjon.

Samtidig finnes det eksempler på at kontakt med verden «utenfor» ikke nødvendigvis behøver å være utelukkende positivt. Pasienten fra Solli (2015) sin studie ytrer et ønske om å få hjelp til å publisere musikken sin på en internettside. Sammen lager de en profil for pasienten, og laster opp en av sangene. I dette eksempelet blir pasienten veldig nysgjerrig på om noen vil lytte og kommentere på sangen hans – men når kommentarene uteblir blir det hele svært stressende for han. Det kommer frem at pasienten ofte sjekket profilen, hvorpå musikkterapeuten forsøkte å roe han ned ved å forklare hvor vanskelig det er å bli lagt merke til i dagens musikkbransje. Til slutt ytrer pasienten at han ikke bryr seg, samt at musikken hans ikke var god nok.

Etter en tid kommer det også frem av Solli (2015) sitt eksempel at en jente hadde lyttet og kommentert negativt på pasientens publiserte sang. Ifølge Solli (2015) responderte pasienten med sinne over denne tilbakemeldingen, hvorpå musikkterapeuten oppfordret han til å formulere sin frustrasjon i en improvisert rap. Under følger et utdrag som viser en ung mann som uttrykker sine følelser, og gir et motsvar i en imaginær «rap-battle» sammen med terapeuten på trommer.

I don't give a fuck, I know I've got skills. (...) And you who say I'm shit, you're a fucking dumb ass. What the fuck. I won't take no more skills (s. 217).

I Tuastad og Solevåg (2017) kan man finnes det også et eksempel hvor kontakten med verden «utenfor» viser seg å være krevende. Den krevende situasjonen oppstår i det terapeutene foreslår at lyttegruppen kan gå i samlet tropp til et musikkarrangement, der en

gruppedeltakerne uteblir fra avtalen. I artikkelen kommer det frem at han mest sannsynlig opplevde dette som truende, og deltakeren selv oppsummerer det slik:

Jeg ble redd da vi skulle på konsert sammen i det lille lokalet, jeg har jo vært på mange konserter på Koengen og Telenor Arena, men her ble det for tett (s. 345).

4.2.3 Oppsummering av syntesens andre tema

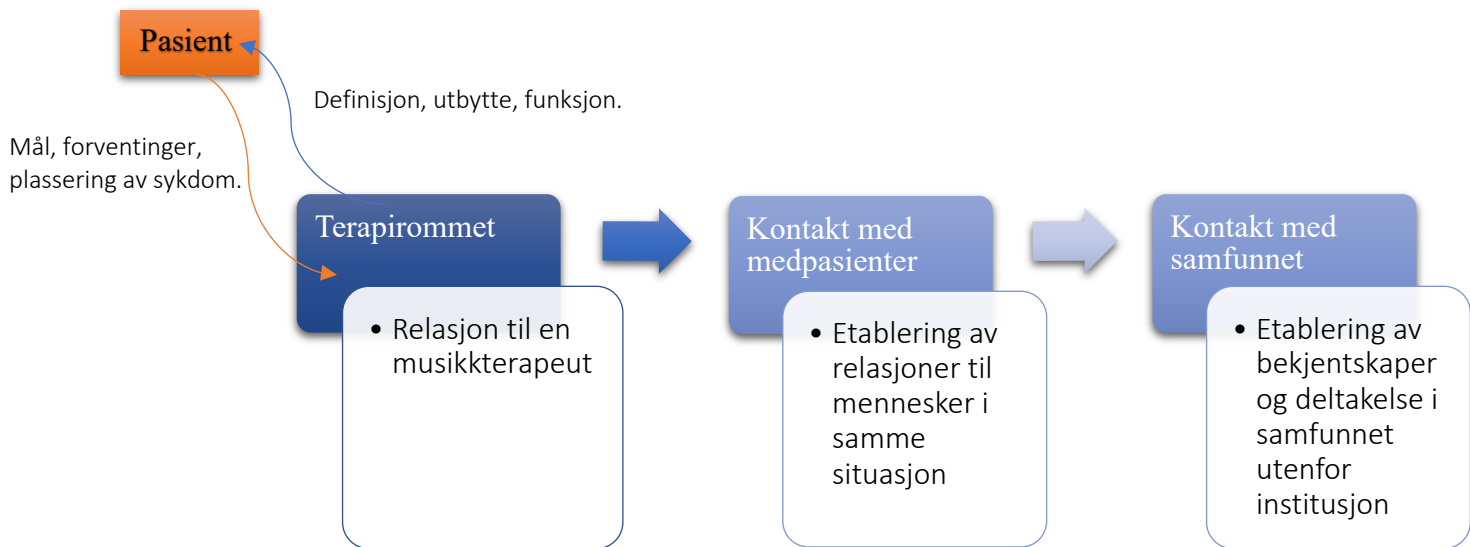
På den ene siden kan musikkterapi fungere som en god relasjonell brobygger fra terapirommet til andre i samme situasjon og samfunnet forøvrig, og kan anvendes for både opprettholdelse av allerede eksisterende relasjoner og etablering av nye. Relasjonen til en musikkterapeut fungerer i så måte som et sted pasienten kan velge å eksponere seg selv for nye sosiale inntrykk både fysisk og ved bruk av digitale løsninger. På den andre siden ser man samtidig at dette ikke gir en garanti for hvordan utfallet av en slik eksponering vil fortone seg. Likevel kan pasientenes bevissthet om deres muligheter for ulike etablering av relasjoner og musikalske engasjement både under og etter endt terapiforløp være en kilde til håp og videre ambisjoner – av en mer eller mindre realistisk art.

Tuastad og Solevåg (2017) sitt eksempel viser samtidig at også terapeutenes ambisjoner kan overskride pasientens grenser og kapasiteter, der steget fra deltagelse i en lyttegruppe til en offentlig konsert ble for stort. Ser man dette eksempelet parallelt med opplastingen av musikk som resulterte i negativ respons fra Solli (2015) sitt eksempel, og Solli og Rolvsjord (2015) beskrivelser av mindre realistiske drømmer, etableres det samtidig et bilde av en vanskelig balansegang mellom musikkterapiens relasjonelle muligheter, og potensielle fallgruver. Med andre ord viser syntesen av de tre inkluderte studiene hvordan musikkterapiens muligheter for utforskning av nye miljøer, etablering av musikalske håp og ambisjoner ikke bare rommer positive ringvirkninger – men også innebærer en risiko.

4.3 Definisjonsmakt og relasjonsbygging

Ved å sette syntesens to temaer med tilhørende figurer, i relasjon til hverandre, ser man hvordan musikkterapien i denne konteksten i stor grad bygger på pasientenes definisjonsmakt og ønsker.

Figur 5.0: Syntesens temaer i relasjon til hverandre.



Pasienten kan i kraft av denne friheten spille en aktiv rolle for hvordan relasjonen og musikkterapien skal foregå innenfor terapirommets «fire vegger», hva han eller hun velger å definere musikkterapien som for seg selv, og hvilken funksjon den har. På samme måte er også en anvendelse av musikkterapi som en relasjonsbygger en valgfri prosess, eller i hvilken grad pasienten ønsker å utnytte seg av de relasjonelle mulighetene som er tilstede, utover relasjonen til en musikkterapeut. Med andre ord formes og oppstår musikkterapiens behandlingsforløp som et resultat av pasientens tilførelse av mål, forventinger og plassering av sykdom, og styres av pasientens ønsker og deres definering av hvilken funksjon musikkterapien har for dem.

5.0 Syntesens argumenter i lys av Selvdetermineringsteorien – steg 5

På bakgrunn av syntesens argumenter vil jeg i det følgende se nærmere på Selvdetermineringsteorien som et mulig teoretisk rammeverk for den recovery-orienterte musikkterapien innen psykosefeltet. Jeg vil ta utgangspunkt i teoriens tre sentrale behov: *autonomi*, *tilhørighet* og *kompetanse*, og en aktiv anvendelse av disse som grunnlag for en ytterligere forståelse av hvordan musikkterapi fremmer bedring for denne pasientgruppen.

5.1 Autonomi

Slik det kom frem under teorikapitlet er behovet for *autonomi*, å regulere våre erfaringer og handlinger *selv* (Ryan & Deci, 2017). Fra syntesen lærer man at mange av pasientene opplevde musikkterapi som et fristed fra situasjon og hverdag under ellers rigide behandlingsrammer – som også kunne oppleves som stigmatiserende og gi utslag i manglende opplevelse av identitet. Slike faktorer harmonerer dårlig med behovet for autonomi, hvor regulering av handling og erfaringer knyttes til personen selv uten ytre påvirkning (Ryan & Deci, 2017). Beskrivelser av musikkterapi som et «fristed» i motsetning til annen behandling og tilhørighet til en avdeling kan derfor tenkes å være et uttrykk for at den recovery-orienterte musikkterapien ikke bare legger til rette for en økt grad av deltakelse og selvbestemmelse i terapirommet, men at den også etablerer denne følelsen hos pasientene selv. På samme måte kan tilbakeholdenheten med å knytte musikkterapi til behandling og diagnose være et uttrykk for en underliggende redsel for at følelsen av frihet eller autonomi skal forsvinne.

Samtidig viser syntesen at musikkterapien med pasientene i alle de inkluderte studiene innebar bearbeiding av vanskelige tema og på denne måten kunne sies «å være terapi», eller å inneha terapeutiske elementer for den enkelte. Den recovery-orienterte musikkterapien har også en langt på vei positiv innstilling til sykdom, da den grunnleggende tankegangen baseres på at den enkelte skal kunne leve et fullverdig liv til tross for sin sykdom. På denne måten kan det tenkes at vanskelige tema og utfordringer blir en sekundær faktor, ettersom man primært fokuserer på ressurser og det lystbetonte (musikkaktiviteten) som noe meningsfullt i seg selv. Vanskelige temaer knyttet til sykdom kan på denne måten bli ufarliggjort da pasienten får en opplevelse av definisjonsmakt, der han eller hennes egne ressurser står i sentrum. Pasienten kan også gradvis bygge opp en opplevelse av autonomi og kapasitet i musikken – men også et større eierskap til sin egen sykdom og håndtering av denne.

Støtte av autonomibehovet gjør seg også gjeldende i eksempelet med lyttegruppen (Tuastad & Solevåg, 2017) som baserte seg på å dele og diskutere i et fellesskap knyttet til en sang valgt av en gruppedeltaker. Her kom det også frem at terapeutene tilstrebet en størst mulig grad av likeverd i relasjonen, og valgte å vise sine egne sårbarheter for å gjøre relasjonen mest mulig autentisk. I denne gruppekonteksten ble deltakerne oppfordret til å «komme som de er» med mål om å allmenngjøre opplevelser ved å dele og utveksle erfaringer. I tråd med autonomibehovets motstand mot å tilpasse seg andre for å få innpass, kan det også her tenkes at en slik gruppe hvor verdien ligger i hver enkelt sin unike historie og erfaringer kan støtte opp om pasientens opplevelse av egen autonomi – samt aksept for hvem man er.

Som tidligere nevnt kan autonomi i tråd med relasjoner feilaktig forbindes med trass, men der ytre innvirkninger i stedet for å falle bort (som ved trass) heller tas med i det autonome individets forståelse og vurderinger som utgjør han eller hennes handling (Manger & Wormnes, 2015). I en gruppesammenheng kan dette være en god øvelse i møte med andre der man deler av seg selv. Samtidig kan en gruppesetting også gi nye perspektiver ved et aktuelt tema, og på denne måten være en god sosial øvelse tuftet på deltakernes egen autonomi. Denne typen øving finner også sted i Solli (2015), der pasienten og terapeuten diskuterer hvordan en innspilling skal låte, samt kontinuerlige rollebytter for hvem som gjør hva. På denne måten får også pasienten som i dette eksempelet utøve sin autonomi, samt opparbeide seg en følelse av autonomi ved å både diskutere og oppleve å bli lyttet til av en annen part.

De ovennevnte faktorene er svært sentrale for autonom og selvmotivert atferd. Som nevnt i teorikapittelet kan alvorlig psykisk sykdom, og strenge institusjonelle faktorer undergrave en persons evne til å utøve nettopp dette (Mancini, 2008). Musikkterapi viser seg her som en svært god ressurs for å motvirke disse tendensene hos både enkeltpasienter og i en gruppesammenheng, og gir pasientene muligheten til å aktivt delta i sin egen behandling. Det kan også tenkes at musikkterapien innehar noen behandlingsmetodiske fordeler, sett i lys av profesjonens sentrering rundt en aktivitet, og mulighetene for å invitere pasientene til å ta del i dette – som for eksempel å lage musikk. I en slik prosess må det tas avgjørelser og beslutninger for å sette preg på hvordan sluttresultatet blir.

Ser man dette i sammenheng med selve kjernen i å føle seg autonom – det å kjenne seg selv som både kilden og opprinnelsen til sine beslutninger og atferd, åpner musikkterapiens sentrering rundt en musikalsk aktivitet for slike prosesser. Pasienten kan *selv* være en aktør og formidle sine beslutninger for å komme frem til et ønsket musikalsk resultat (Manger & Wormnes, 2015). På denne måten kan man si at musikkterapeutens musikalske og relasjonelle kunnskaper kan fungere som en nøkkel for å legge til rette for aktiviteter hvor pasienten(e) kan oppleve seg selv og sine meninger som avgjørende, og på denne måten fremme deres selvmotiverte atferd ved å anerkjenne deres autonomi.

En slik innfallsvinkel og tankegang rundt musikkterapiens støtte av autonomibehovet kan være svært nyttig for videre teoribygging og forståelse av denne pasientgruppen. Etersom alvorlig psykisk sykdom og strenge behandlingsregimer potensielt kan resultere i en ikke ønskelig innskrenkning av pasientens opplevelse av egen autonomi, kan et fokus på autonomifremmende aktiviteter være av høy relevans for musikkterapien innenfor psykosefeltet.

5.2 Kompetanse

Behovet for kompetanse kan tenkes å være en viktig komponent for musikkterapien generelt, da opplevelsen av å være sikker og effektiv i sine handlinger er en forsterkende og pådrivende for å fullføre en oppgave, men også for å ta fatt på nye utfordringer (Manger & Wormnes, 2015). Musikk og musikkterapi er en arena som enkelt kan legge til rette for at den enkelte kan etablere kompetanse, samt benytte sin kompetanse og utvise kompetanse. Selv om kompetansebehovet varierer fra person til person, har alle et behov for å føle seg kompetent i sin hverdag. Som vist i teorikapittelet, fordrer dette at den enkelte befinner seg i et miljø der dette anerkjennes, og hvor det er mulig å utvikle disse videre (Manger & Wormnes, 2015).

I en kontekst med psykosepasienter viser eksempelet med den unge rapperen (Solli, 2015) som både fikk benytte sin kompetanse til å lage musikk, spille konserter for et publikum, samt publisere musikken sin på nett, mange sider av hvordan kompetansebehovet både kan dekkes og svekkes. Kompetansebehovet viser seg med andre ord som et svært viktig element for vurdering av hensiktsmessige aktiviteter, når det kommer til mulige utfall og hvordan disse kan prege en pasient både i positiv og negativ retning.

Pasienten i dette eksempelet jobbet hardt med et mulig ønske om en større fremtid innenfor musikk. I samspillet med terapeuten, og i etableringen av sangene fikk pasienten bruke sin egen kompetanse – samt oppleve støtte fra terapeuten. Etter å ha laget et eget produkt ble dette delt med hans sosiale nettverk og han fikk spille en konsert med profesjonelle musikere, hvor han også høstet ros. Da han imidlertid valgte å publisere musikken sin til et større publikum på nett, der ingen kjente til hans historie eller i hvilken kontekst musikken var spilt inn, artet tilbakemeldingene seg derimot mer negativt.

Ser man dette i sammenheng med kompetansebehovet, danner det seg et bilde av en svært vanskelig balansegang. På den ene siden vil pasientens nærmeste kontakter og behandlere utøve sin støtte til pasientens opplevelse av mestring, og opplevelsen av egen kompetanse styrkes. På den andre siden kan man ikke forvente at verden «utenfor» skal kunne utvise den samme støtten basert på den samme kunnskapen som i miljøet «innenfor». I de tilfellene hvor pasientens opplevde kompetanse ikke samsvarer med forventningene fra et annet miljø, vil konsekvensene potensielt bli store ettersom anerkjennelse for sine ferdigheter er essensielt for å tørre å ta fatt på nye oppgaver.

Innenfor musikkterapiens trygge rammer vil man med andre ord ha gode muligheter for å støtte en persons opplevelse av egen kompetanse, samtidig som dette ikke nødvendigvis er nok for å høste lovord hos mennesker eller miljøer som ikke kjenner pasientens utvikling eller bakgrunn. Negative kommentarer kan i verste fall føre til en manglende motivasjon for å

ta fatt på nye oppgaver, og lede et menneske mot depresjon og lært hjelpeløshet (Manger & Wormnes, 2015). I enkelte tilfeller der pasientens opplevelse av egen kompetanse ikke samsvarer med realiteten, kan det tenkes at musikkterapeuten bør foreta særskilte vurderinger av omfanget av potensielle utfall i både positiv og negativ retning i det pasienten ønsker å entre miljøer som ikke kan garanteres å tilføre tilbakemeldingene som bidrar til å opprettholde et positivt syn på kompetanse og fremtidig mestring av nye oppgaver.

Ser man så bort fra faktorene som kan ødelegge for en persons opplevelse av kompetanse, kan musikkterapien likevel fungere positivt ved å knytte pasientens mestringstro til andre situasjoner i deres liv. I alle de inkluderte studiene får man innblikk i hvordan pasientene selv beskriver sin håndtering av sin sykdom. Tuastad og Solevåg (2015) ser man for eksempel hvordan diskusjon rundt en låt kan legge til rette for diskusjoner og erfaringsutveksling for hver enkelt sine mestringsstrategier der gruppedeltakerne deler sine erfaringer med hverandre. På den ene siden får deltakerne både vist kompetanse ved å fortelle hvordan de håndterer ulike situasjoner, og kan høste anerkjennelse fra fellesskapet. På den andre får de også vist kompetanse ved å gi råd til andre basert på egne erfaringer.

Også her foretas det musikkrelaterte aktiviteter i form av deltakelse på konserter, og etablering av band som resultat av sosialiseringen i gruppen. For den ene deltakeren i gruppen ble deltakelse på konsert en utfordring, men bandeetableringen får imidlertid en svært positiv omtale. I lys av dette kan det tenkes at den enkeltes grad av opplevd kompetanse må vurderes fortløpende, og aktivitetene utformes deretter for i størst mulig grad legge til rette for opplevelser som kan generere mestringsfølelse, samt forventning om fremtidig mestring.

Syntesen viser også hvordan pasientene får etablere en direkte kompetanse for håndtering av symptomer, som i Solli og Rolvsjord (2015), der en pasient tar kontroll over sine vrangforestillinger ved å flytte fokuset til spilling på et instrument, og på denne måten få tankene til å forsvinne. Eksempelet viser musikkterapiens potensiale for å utforske hvordan bruken av musikken kan foredles av den enkeltes pasient for å ta kontroll over sine symptomer. I de tilfellene hvor dette er mulig å oppnå for den enkelte pasienten, kan man utfra et kompetanseperspektiv si at dette ikke bare handler om å ta kontroll, men også gi den enkelte nye muligheter for å håndtere sine symptomer – og generere en opplevelse av mestring av sykdommen.

Kompetansebehovet gjør seg også gjeldende i relasjonen til musikkterapeuten, men også utenfor terapirommet. Ved å fokusere på relevante aktiviteter og oppgaver som komplimenterer den enkeltes kompetansenivå, kan samarbeidet strekkes ut over lengden på timen pasienten og terapeuten har sammen. Et eksempel på dette kan ses i Solli (2015) hvor

den unge rapperens opplevelse og identifisering som en kompetent rapper, gav sosiale ringvirkninger for kommunikasjon med andre pasienter og behandlingspersonell, samt utdeling av sitt produkt i form av en CD.

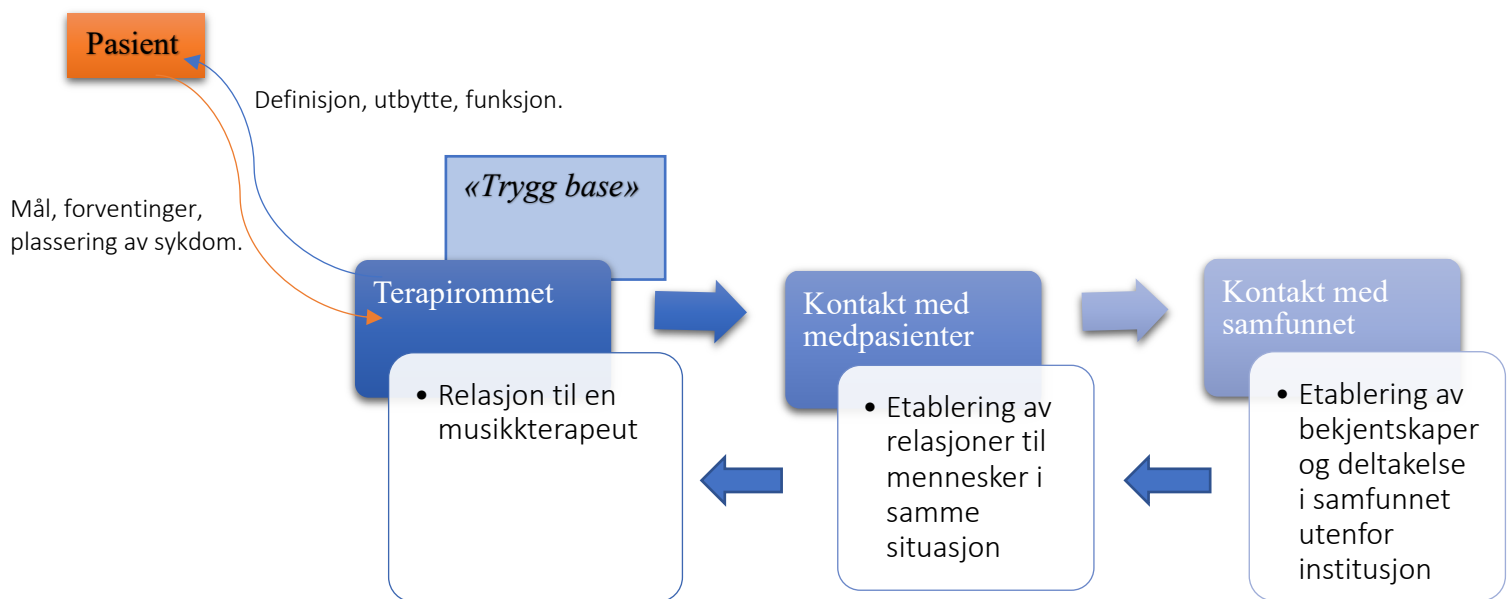
Som tidligere nevnt er behovet for kompetanse sentralt for at mennesket skal kjenne seg kompetent i sin håndtering av egen hverdag. Samtidig har vi et behov for å befinne oss i et miljø der det oppleves som trygt å «vise frem» sine ferdigheter og resultater- samt å utvikle dem videre. Disse faktorene kan utgjøre forskjellen mellom en positiv og en negativ utvikling av synet på egne ferdigheter (Manger & Wormnes, 2015). Kjennskap til hvordan opplevelse av kompetanse kan utvikles positivt og negativt er derfor svært viktig for den musikkterapeutiske behandlingen av sårbare pasienter. Kompetansebehovet kan også tilby en forklaring på hvorfor musikkterapi i lys av recovery-filosofien, har en positiv effekt på denne pasientgruppen. Fokuset sentreres ikke rundt overveldende mål om fullstendig tilfriskning, men fokuserer heller på å finne en måte å leve et godt liv til tross for sin sykdom – en kompetanse som må foredles gjennom et helt livsløp.

5.3 Tilhørighet

Essensen av tilhørighet ligger som nevnt i mennesket behov for sosiale relasjoner til andre mennesker som viser omsorg for oss, ser oss, aksepterer oss for den vi er, og som får oss til å føle oss forstått i en gjensidig relasjon (Reeve, 2015). Selv om man som terapeut må opprettholde en bevissthet mellom det personlige og private, viser syntesen gode potensialer for etablering av slike relasjoner mellom en terapeut og pasient, samt pasienten og øvrige nettverk.

Syntesen viser også hvordan musikkterapien kan fungere som byggeklosser for både å etablere nye relasjoner innenfor og utenfor institusjon, samt opprettholde kontakt med venner og familie. Ved å se tilbake til Bolwby's (1988) «trygge base» vil jeg igjen dra frem en tidligere figur med visse modifikasjoner:

Figur 6.0: Musikkterapi som en «trygg base» å for relasjonsbygging



På samme måte som barnet behøver en trygg og stressreducerende base å utforske verden fra og returnere til, behøver også voksne en slik base (Wallin, 2007, s. 13). Med denne figuren vil jeg foreslå at musikkterapi også kan fungere som en trygg base for pasientene å utforske verden fra – en base som pasienten selv kan forme og benytte etter sine behov. Både i Solli og Rolvsjord (2015) og Tuastad og Solevåg (2015) ser man eksempler på etablering av band og musikalske engasjement utenfor musikkterapiens rammer. I Solli og Rolvsjord (2015) forteller også en av pasientene at han var ute på en pub og etablerte kontakt med en av de som var ansvarlig for hyre av musikere. Ser man tilbake til Solli (2015) sitt eksempel hvor pasientens invitasjon av andre medpasienter til sin time med musikkterapi, hvor dette hadde en varierende suksess, tilførte det likevel noe positivt i form av en styrket identitet som musiker. Bandetableringen i Tuastad og Solevåg (2015) resulterte også i konserter både innenfor og utenfor institusjon.

Felles for alle studiene er pasientenes tilhørighet til musikkterapien, og søken ut i verden. På denne måten kan man si at terapirommet representerer en trygg base med en trygg relasjon til en terapeut, for utvikling av autonomi og kompetanse. Med vissheten om et trygt og stressreducerende sted å returnere til, kan pasientene selv ta steget mot å utforske på egenhånd og navigere mellom fruktbare og mindre fruktbare relasjoner. Ser man igjen til faren for nedbrytning av opplevd kompetanse ved tilbakemeldinger fra «verden utenfor» og eksempelet til Solli (2015), vil også pasientens tilhørighet til noe som oppleves trygt kunne

være avgjørende for hvor motstandsdyktig den enkelte er for andres reaksjoner i en negativ kontekst.

Ved å ha tilhørighet i en trygg base som anerkjenner den enkeltes autonomi og kompetanse, vil pasientene kunne entre andre miljøer med risiko for negative erfaringer grunnet en større motstandsdyktighet for potensielle tilbakesteg. En trygg base kan også fungere som et utgangspunkt for å etablere nye baser i form av nye bekjenskaper som oppfyller tilhørighetsbehovet på samme måte som den opprinnelige. Dette kan eksemplifiseres med Tuastad og Solevåg (2017) sin lyttegruppe. Gruppen kan beskrives som den trygge basen, som igjen genererte nye bekjenskaper og etablering av band. Bandetableringen som med utspring i et trygt fellesskap, gav muligheter for å skape nye baser basert på felles interesser i musikken.

Etableringen av bekjenskaper i musikkterapien, både med en musikkterapeut og andre pasienter, har et unikt fortrinn når det kommer til tilhørighetsbehovets vektlegging av relasjonen som anerkjennende og gjensidig. For pasienter som møter en musikkterapeut og andre pasienter som også har valgt å oppsøke musikkterapi, finnes det allerede en felles faktor som relasjonen kan bygges utfra – nemlig musikken. I Tuastad og Solevåg (2015) fremstår en musikkinteresse sammen med den enkeltes erfaringer og kompetanse i sin sykdom, som et godt grunnlag for å ikke bare tilfredsstille relasjonsbehovet under timen, men også for å lage sine egne nettverk utenfor musikkterapien. Med andre ord kan psykosepasienter som mottar musikkterapi ikke bare oppleve tilhørighet via en felles interesse men også etablere nye bekjenskaper på grunnlag av sin egen interesse for musikk og kompetanse innen sin sykdom.

Basert på syntesens funn i lys av SDT henger behovet for tilhørighet tett sammen med behovet for kompetanse i den musikkterapeutiske behandlingen for denne pasientgruppen. For pasienter som ikke har et stort sosialt nettverk kan etableringen av slike relasjoner være svært verdifullt, både til en terapeut eller en større gruppe. En god pasient og terapeut – relasjon kan på sin side gi målbar bedret helse om kommunikasjonen harmonerer med pasientens forståelse (Manger & Wormnes, 2015, s. 20), men relasjoner til andre mennesker forøvrig kan også fremme signifikante helsefordeler. Ser man for eksempel tilbake til viktigheten av tilknytning for utvikling av evnen til å mentalisere (Karterud, 2008), kan tilretteleggelsen av pasientgrupper i musikkterapien også fungere som en fin øvingsarena for kommunikasjon og evne til å sette seg inn i andres situasjon.

5.4 Indre og ytre motivasjon

Til nå har syntesens produkt blitt belyst av de tre behovene for autonomi, tilhørighet og kompetanse. Før vi går videre i diskusjonsdelen, kan behovenes funksjon både oppsummeres og legitimeres ved å se tilbake til Wormnes (2013) sin argumentasjon for hvorfor behovene er svært relevant i en terapeut-pasientrelasjon, samt Mancinis (2008) tanker rundt indre og ytre motivasjon. Som tidligere vist argumenterer Wormnes (2013) for en oppfylling av de tre behovene som gode ingredienser for å danne allianser med pasienter, øke deres indre motivasjon, hjelpe dem til å finne sin egen tro og stemme, og tilby rammer for et godt behandlingssamarbeid mellom behandler og pasient. I gjennomgangen av de tre behovene og syntesens argumenter kommer det frem hvordan musikkterapi, innehar disse elementene som støtter de tre behovene i tråd med Wormnes (2013) sine argumenter.

Samtidig må det presiseres at verken syntesen produkt, eller belysningen av denne ved hjelp av SDT kan gi noen konkrete svar på om pasientene fra de inkluderte artiklene opplevde en indre eller ytre motivasjon som resultat av musikkterapi. Men ved å se til Mancinis (2008) argumenter og diskusjon rundt recovery i lys av SDT, kan det samtidig tenkes at dette fokuset ikke bare behøver å ligge på den indre motivasjonen. Mancini retter heller et større fokus mot autonomi som det essensielle for at *både* den indre og ytre motiverte aktiviteter skal kunne tilskrives den enkelte pasienten. På samme måte kan man si at musikkterapien, i lys av den foregående anvendelsen av SDT, også viser potensiale for å fremme begge formene for motivasjon, ettersom oppbyggingen av autonomi gjør det lettere å knytte eierskap til avgjørelser og utførelse av en aktivitet – uavhengig om den er ytre eller indre motivert.

5.5 Legitimering av et behandlingstilbud

Ved å aktivt anvende SDT sine tre behov som et teoretisk rammeverk, får man ikke bare belyst funnene i steg 4 på en ny måte, man får også tilført nye mulige forklaringer til syntesens produkt. Ved å se de tre behovenes psykologiske funksjon i relasjon til den musikkterapeutiske konteksten, blir det også tydelig hvordan disse har en terapeutisk signifikans. På den ene siden kan man se dette opp mot psykoselidelsenes generelle symptombeskrivelser, de negative, positive samt affektforstyrrelser og kognitive vansker (Helsedirektoratet, 2013). Men på den andre siden kan det også tenkes at de bakenforliggende årsakene kan gi et enda tydeligere bilde på hvorfor denne pasientgruppen har et så stort utbytte av musikkterapi.

Som tidligere vist lar det seg ikke alltid gjøre å finne en spesifikk bakenforliggende årsak for utvikling av psykose, men faktorer som utsettelse for unormal kommunikasjonsstil

fra foreldre eller omsorgspersoner (de Sousa et al., 2014), migrasjon (Cantor-Graae & Selten, 2005), alvorlige belastninger i barndom som mobbing eller seksuelt misbruk (Varese et al., 2012) urbanisering (Vassos et al., 2012) og negative livshendelser som voksen (Beards et al., 2013), er alle sammenfallende med økt risiko. Legger man til pasientene med ulike grader av PLE, eller pasienter fra andre kulturer hvor enkelte overbevisninger får aksept men i en annen kultur ikke (Dahl, 2017), er alle de ovennevnte faktorene av en karakter som kan rokke ved et menneskets behov for autonomi, tilhørighet og kompetanse.

Ser man så tilbake til de generelle symptomene og følgene av en psykoselidelse, er også disse av en karakter som ved første øyekast heller ikke harmonerer med SDT antagelse om mennesket som grunnleggende utforskende, og med en trang til å opprettholde en god psykologisk og sosial funksjon (Ryan & Deci, 2017). Bortfall av opplevelsen av å være et individ, endring av selvoppfattelse (Helsedirektoratet, 2013), endring av personlighet, hørsel og synshallusinasjoner, og vrangforestillinger er alle symptomer som kan innskrenke et menneskes liv og gjøre det vanskelig å delta i samfunnet ("Psykose", 2017). Symptomene tegner i så måte et nokså dystert bilde for bedring, men de tre behovene for autonomi, tilhørighet og kompetanse er samtidig universelle, og mister ikke sin signifikans ved sykdom (Ryan & Deci, 2017). Med andre ord vil det likevel være mulig å legge til rette for faktorer som tilfredsstiller de psykologiske behovene og vekke motivasjonen for søken etter vekst og personlig utvikling, ved å etablere et miljø som fasiliterer for pasientenes indre eller ytre drivkraft – uavhengig av bakenforliggende årsaker og kulturelt opphav (Manger & Wormnes, 2015).

En slik tankegang finnes allerede i den norske psykiatrien, og innføringen av recovery-orienterte medikamentfrie behandlingstilbud er et synlig bevis på dette (Øvernes, 2019). For pasienter som velger en slik behandlingsmodell vil det som tidligere vist variere i hvilken grad pasienten benytter seg av medikamenter, men alle pasientene får en reell brukermedvirkning i utformingen av sitt terapiforløp basert på deres ønsker og behov. Solli sine fire forslag til hvordan den recovery-orienterte musikkterapien fra 2012 kan utformes i praksis, er et viktig steg på veien for å konkretisere hvordan et behandlingsløp innen musikkterapi kan se ut, og hans syn på den økte recovery-implementeringstrenden som en mulighet for å legitimere musikkterapi ser ut til å være korrekt.

Samtidig har det skjedd mye siden disse stegene ble skissert, og hvorvidt pasienten benytter seg av medikamenter eller ikke, vil kunne variere om pasienten har valgt den nye medikamentfrie behandlingsmodellen. I så måte får musikkterapien et større ansvar, og i de tilfellene hvor positive utfall vil kunne tilskrives en recovery-orientert musikkterapi uten

ledsagelse av medisiner, kan det tenkes a behovet for et ytterligere tverrfaglig rammeverk er av relevans. I forlengelsen av Sollis (2012) beskrivelser av den økte implementeringstrenden som en mulighet for å legitimere musikkterapi, kan det også tenkes at et *teoretisk* rammeverk som tilbyr en forklaringsmodell som aktivt undersøker hvilke psykologiske faktorer som er tilstede i den recovery-orienterte musikkterapien, vil være et nyttig steg på veien mot en ytterligere legitimering.

5.6 Fra visjon til forklaringsmodell?

Som tidligere vist i teorikapittelet representerer recovery et viktig skille mellom synet på et bedringsforløp med mål om fullstendig helbredelse, til et syn som ser det som mulig å leve et tilfredsstillende liv til tross for sykdom (Anthony, 1993). I lys av den økte implementeringstrenden av recovery som en visjon for ulike behandlingstilbud (Mancini, 2008), viser omfavnelsen av denne visjonen i musikkterapien en grunnleggende evne for omstilling og utvikling av profesjonen. Samtidig er det ikke til å stikke under en stol at musikkterapi er en ung profesjon, som i kraft av gode forskningsresultater har fått en etterlengtet legitimering innenfor psykosefeltet under Helsedirektoratets nasjonalfaglige retningslinjer (2013). En slik legitimering fordrer også en opprettholdelse og diskurs som gjør det mulig å formidle musikkterapiens behandlingsmuligheter og effekt på en tverrfaglig måte.

Ser man igjen til beskrivelsen av hva recovery er, gis det få eller ingen praktiske indikasjoner på hvilke psykologiske prosesser som settes i gang ved anvendelse av recovery-orientert terapi eller behandlingsformer.

Recovery is described as 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 the illness, recovery involves the development of new meaning and purpose in life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness (Anthony, 1993, s. 3)

Recovery representerer først og fremst en ny tankegang for helsevesenet som helhet, og gir indikasjoner på hvilke strukturer som må endres eller tilrettelegges for et best mulig behandlingsforløp for en pasient (Anthony, 1993). Den nye tankegangen eller holdningsendringen har utvilsomt båret frukter, og gjort den enkelte pasienten mer involvert i utformingen av sitt eget behandlingsforløp. Innføringen av medikamentfri behandling for

psykoselidelser hvor musikkterapi er representert, er også et eksempel på dette (Øvernes, 2019). Men for å styrke legitimeringen av musikkterapi som behandlingsform for denne pasientgruppen, vil et ytterligere teoretisk rammeverk kunne tydeliggjøre hva den recovery-orienterte musikkterapien gjør for den enkelte, og skape en større presedens og forankring innen den norske psykiatrien i fremtiden.

På lik linje med Mancini (2008) sin argumentasjon for bruken av SDT som et teoretisk rammeverk for å forstå recovery på et overordnet nivå, vil jeg argumentere for at teorien også tilfører et nyttig verktøy for å etablere en ytterligere forståelse av hvordan musikkterapi fremmer bedring hos psykosepasienter. Ser man så tilbake til Manger og Wormnes (2015) sin argumentasjon for SDT sin særlige relevans for mennesker med psykiske lidelser i tråd med syntesen argumenter rundt «sykdommens plass i terapirommet», åpnes det også for et potensiell nytt teoretisk rammeverk som kan tilføre ytterligere kunnskap for musikkterapien innen feltet. Fra de to forfatterne lærer man viktigheten av å etablere et miljø som særlig støtter opp om pasientenes autonomi og kompetanse i tråd med SDT. I praksis betyr dette å erkjenne pasientens perspektiver, gi dem adekvate valg og informative tilbakemeldinger, og støtte til funksjonell atferd. Dette vil igjen kunne styrke deres kompetanse i form av å øke pasientens motivasjon for å tilegne seg kunnskap og ferdigheter som vil styrke han eller henne i sin tilfriskningsprosess.

Basert på de ovennevnte faktorene i lys av syntesens funn i steg 4, samt anvendelsen av SDT i steg 5, ser man hvordan den recovery-orienterte musikkterapien innen psykosefeltet allerede innehar disse kvalitetene – samtidig som den i tillegg til støtte av autonomi og kompetanse, også kan støtte pasientens behov for tilhørighet. Med andre ord besitter musikkterapien allerede kvaliteter som ved hjelp av et adekvat teoretisk rammeverk som SDT, kan avdekkes, tydeliggjøres og formuleres på en tverrfaglig forståelig måte. Fra SDT kan man både erverve nyttige kunnskaper om hvordan en pasient kan oppnå motivasjon og hvilke aktiviteter og miljøer som vekker søken etter mestring og bedring, men også forklare hvorfor det skjer (Mancini, 2008). En anvendelse av SDT som et teoretisk rammeverk har derfor et potensiale for å supplere det allerede nyttige recovery-perspektivet og visjonen, i kraft av dens mulighet for å fungere som en forklaringsmodell. En slik anvendelse kan gi en ytterligere forståelse og konkretisert formidlingsgrunnlag for ikke bare *hvordan*, men også *hvorfor* det fremmer bedring.

6.0 Konkluderende tanker

I innledningen åpnet jeg med en fiktiv fortelling basert på mine egne erfaringer, og undring over hva som gjør at mennesker med alvorlig psykiske lidelser prioriterer en time med musikk – og opplever bedring. Målet for denne masteroppgaven var å undersøke om SDT kan brukes som et teoretisk rammeverk for å forstå hvordan musikkterapi fremmer bedring for pasienter med psykose, og utgangspunktet var min egen forundring og søken etter en ny forklaring. Ved å anvende CIS-som metode blir det mulig å etablere ny kunnskap om et tema, basert på eksisterende forskning som hver for seg har sin egen verdi. Studiene som ble inkludert i metoden kan sees som tre individuelle tråder som tilbyr kunnskap om hvordan recovery-orientert musikkterapi kan anvendes for å fremme bedring. For å komme nærmere et svar på problemstillingen har jeg forsøkt å tvinne disse trådene sammen til et tykkere nøste, og veve de sammen med SDT for å finne ut om den kan brukes som et teoretisk rammeverk for å øke forståelsen for hvorfor musikkterapi fremmer bedring hos denne pasientgruppen – basert på norsk recovery-orientert musikkterapilitteratur.

Som tidligere vist har SDT et fortrinn i den empiriske forskningen da behovene lett lar seg operasjonalisere (Binder, 2018). Selv om denne studien er langt på vei teoretisk, baseres den likevel på en syntetsiering av empirisk forskning hvor anvendelsen av SDT ikke bare supplerer et allerede eksisterende perspektiv, men også tilfører nye mulige forklaringer i kraft av sin funksjon som et teoretisk rammeverk.

Samtidig er det viktig å erkjenne denne oppgavens begrensninger, i kraft av å være det den nettopp er; en masteroppgave. Oppgaven gir likevel gode indikasjoner på SDT relevans for temaet, men det vil behøves ytterligere forskning for å kunne avdekke teoriens fulle potensiale innenfor psykosefeltet i musikkterapien. På bakgrunn av dette håper jeg oppgaven kan inspirere til videre forskning og undersøkelser av hvilke implikasjoner SDT kan ha for musikkterapien innen psykosefeltet. Avslutningsvis vil jeg derfor skissere noen tanker og forslag med rot i egne erfaringer fra praksis og mitt forskningsarbeid.

6.1 Veien videre

SDT skiller seg ikke fra recovery-filosofiens syn på terapeutens funksjon som en støtte for pasientens individuelle prosess, mål og behov, men tilbyr en ytterligere konkretisering. Videre forskning på SDT i en praksiskontekst har derimot potensiale for å kunne hjelpe den enkelte terapeut til å oppnå en økt bevissthet og forståelse av hvilke funksjon denne rollen innebærer, og hvilke faktorer som leder til bedring. Med andre ord handler det ikke om å

utrangere recovery som en overordnet visjon eller perspektiv, men å tilby et rammeverk som kan bidra til en økt kunnskap. I så måte kan det tenkes at en videre forskning på musikkterapi for pasienter med psykoser og SDT som teoretisk rammeverk, vil kunne sikre kvaliteten og utformingen av et allerede godt behandlingstilbud for denne pasientgruppen i fremtiden.

I søken etter en forklaring til det jeg innledningsvis valgte å kalle en «solskinnstendens», har jeg selv fått erfare nytten av å inneha kunnskaper om SDT. Både for å øke min bevissthet rundt pasientens behov, men også når det kommer til formidling og planlegging av et terapiforløp i tverrfaglige kontekster. Teorien kan fungere som et adekvat verktøy for å gjøre denne formidlingen av fremgang eller motgang mer forståelig i en tverrfaglig kontekst. Anvendelsen av anerkjente teorier som SDT i videre forskning og teoribygging, kan tenkes å øke musikkterapiens legitimitet i kraft av å benytte et tverrfaglig språk. På denne måten vil ikke bare formidling av forskning og pasienters bedring gjøres lettere for andre profesjoner å forstå, men også musikkterapeutenes kompetanse.

Som resultat av et forskningsmessig veivalg som går i retning av å øke den tverrfaglige forståelsen, kan det også tenkes at musikkterapien ikke bare kan høste en større legitimitet – men også bane vei for en økt implementering.

7.0 Kilder

- Annandale, E., Harvey, J., Cavers, D., & Dixon-Woods, M. (2007). Gender and access to healthcare in the UK: a critical interpretive synthesis of the literature. *Evidence & Policy*, 3(4), 463-486. doi:10.1332/174426407782516538
- Anthony, W. A. (1991). Researching the Unresearchable! *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 14(3), 1. doi:10.1037/h0099435
- 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
- Anthony, W. A. (2000). A Recovery-Oriented Service System: Setting Some System Level Standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(2), 159-168. doi:10.1037/h0095104
- Beards, S., Gayer-Anderson, C., Borges, S., Dewey, M. E., Fisher, H. L., & Morgan, C. (2013). Life Events and Psychosis: A Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 39(4), 740-747. doi:10.1093/schbul/sbt065
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: parent-child attachment and healthy human development* USA: Basic Books.
- Cantor-Graae, E., & Selten, J.-P. (2005). Schizophrenia and Migration: A Meta-Analysis and Review. *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 12-24. doi:10.1176/appi.ajp.162.1.12
- Dahl, A. A. (2017). *Vrangforestillinger*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- de Sousa, P., Varese, F., Sellwood, W., & Bentall, R. P. (2014). Parental Communication and Psychosis: A Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 40(4), 756-768. doi:10.1093/schbul/sbt088
- Dixon-Woods, M., Cavers, D., Agarwal, S., Annandale, E., Arthur, A., Harvey, J., . . . Sutton, A. J. (2006). Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Medical Research Methodology*, 6, 35. doi:https://doi.org/10.1186/1471-2288-6-35
- Flemming, K. (2010). Synthesis of quantitative and qualitative research: an example using Critical Interpretive Synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 201-217. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05173.x
- Freeman, D., McManus, S., Brugha, T., Meltzer, H., Jenkins, R., & Bebbington, P. (2011). Concomitants of paranoia in the general population. *Psychological Medicine*, 41(5), 923-936. doi:10.1017/S0033291710001546

- Gold, C. (2007). Music therapy improves symptoms in adults hospitalised with schizophrenia. In (pp. 77): BMJ Publishing Group Ltd, Royal College of Psychiatrists and British Psychological Society. Hentet fra https://search.proquest.com/docview/1783996330?rfr_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprimo
- 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
- Hannes, K., & Lockwood, C. (2011). *Synthesizing qualitative research : choosing the right approach*. Hentet fra <https://ebookcentral-proquest-com.pva.uib.no>
- Helse-Bergen. (2019, 19. desember). Medikamentfritt behandlingstilbud. Hentet fra <https://helse-bergen.no/avdelinger/psykisk-helsevern/medikamentfritt-behandlingstilbud#dette-er-noko-for-meg---kva-gjer-eg-no>
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Oslo: Helsedirektoratet
Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser>
- Johansson, K. (2016). Mellom hermeneutikk og fenomenologi - et essay i vitenskapsteori. *Norsk Forening For Musikkterapi*, 2. Hentet fra <https://www.musikkterapi.no/2-2016/2017/1/19/mellom-hermeneutikk-og-fenomenologi-et-essay-i-vitenskapsteori>
- Karterud, S. (2008). Mentalisering. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(11), 1374-1375. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/redaksjonelt/2008/11/mentalisering>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mancini, A. D. (2008). Self-determination theory: a framework for the recovery paradigm. *Advances in Psychiatric Treatment*, 14(5), 358-365. doi:10.1192/apt.bp.107.004036
- Manger, T., & Wormnes, B. (2015). *Motivasjon og mestring. Utvikling av egne og andres ressurser* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- McFerran, K. S., Garrido, S., & Saarikallio, S. (2016). A Critical Interpretive Synthesis of the Literature Linking Music and Adolescent Mental Health. *Youth & Society*, 48(4), 521-538. doi:10.1177/0044118X13501343
- Medcalf, L., & McFerran, K. S. (2016). A critical interpretive synthesis of music therapy case studies: Examining therapeutic boundary themes in the context of contemporary practice. *British Journal of Music Therapy*, 30(1), 22-35. doi:10.1177/1359457516639556

- Mössler, K., Chen, X. J., Heldal, T. O., & Gold, C. (2011). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane library (online)*. doi:10.1002/14651858.CD004025.pub3
- NAPHA. (2018, 20. august). Recovery. Hentet 11. februar 2020 fra <https://www.napha.no/content/13883/Recovery>
- Psykose (2017, 31. januar). I *Felleskatalogen*. Hentet fra <https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/psykoser>
- Reeve, J. (2015). *Understanding motivation and emotion* (6th ed. ed.). Hoboken, N.J: Wiley.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78. doi:10.1037/0003-066X.55.1.68
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory : basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. New York: Guilford Press.
- Solli, H. P. (2012). Med pasienten i førersetet – Recovery-perspektivets implikasjoner for musikkterapi i psykisk helsearbeid. *Musikkterapi i psykiatrien online*, 7(2), 23-44. doi:10.5278/ojs.mipo.v7i2.114
- Solli, H. P. (2015). Battling illness with wellness: a qualitative case study of a young rapper's experiences with music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 24(3), 204-231. 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. (2017). POLYFON kunnskapsklynge - og eit økologisk perspektiv på musikkterapeutisk fag- og profesjonsutvikling. *Norsk Forening For Musikkterapi, 1-2017*, 22-29. Hentet fra https://www.musikkterapi.no/musikkterapi-1-2017/2017/6/28/artikkel-polyfon?fbclid=IwAR3ObtmcIqUo5qnqhB1A-NLURNj-u-D_qySflkqUffWrIYrHmxmnwfpBni0
- Tuastad, L., & Solevåg, H. M. (2017). Tause menn som snakker. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*(04), 350-360. doi:10.18261/issn.1504-3010-2017-04-07

- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., . . . Bentall, R. P. (2012). Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 661-671. doi:10.1093/schbul/sbs050
- Vassos, E., Pedersen, C. B., Murray, R. M., Collier, D. A., & Lewis, C. M. (2012). Meta-analysis of the association of urbanicity with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 38(6), 1118-1123. doi:10.1093/schbul/sbs096
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. New York: Guilford.
- WHO. (2002). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker. Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Øvernes, L. A. (2019). *Medikamentfrie behandlingsforløp for personer med psykoselidelser. Erfaringer fra pilotprosjektet i helse Bergen*. Hentet fra <https://helsebergen.no/seksjon/Medikamentfri%20behandling%20psykisk%20helsevern/Documents/Medikamentfrie%20behandlingsforløp%20sluttrapport.pdf>