

Tora Söderström Gaden

# Samspill, sang og trygge bånd

*En gruppe førstegangsmødres  
opplevelser av et musikkterapitilbud  
på helsestasjonen sammen med  
barna sine*



**Norges  
musikkhøgskole**  
Norwegian Academy  
of Music

Masteroppgave i musikkterapi  
Norges musikkhøgskole  
Høsten 2015

# Samspill, sang og trygge bånd

*En gruppe førstegangsmødres opplevelser av et musikkterapitilbud på helsestasjonen sammen med barna sine*

Masteroppgave i musikkterapi

Tora Söderström Gaden

NORGES MUSIKKHØGSKOLE

Høsten 2015

© Tora Söderström Gaden

2015

Samspill, sang og trygge bånd

Tora Söderström Gaden

Trykk: Fagtrykk Trondheim AS

## **Sammendrag**

Denne masteroppgaven utforsker ni førstegangsmødres opplevelser av å delta i musikkterapigruppe på helsestasjonen sammen med spedbarna sine. Verken mødre eller spedbarn tilhørte risikogrupper. Hovedmålsetting var å få kunnskap om hva musikkterapi kan tilby målgruppa, og videre å utforske hvordan et tilbud kan gjennomføres i helsestasjonens rammer med et helsefremmende fokus. Studien har et kvalitativt, eksplorativt forskningsdesign. Over en tomånedersperiode deltok mødrene på seks ukentlige musikkterapi-samlinger, etterfulgt av ett individuelt intervju. Innholdet i samlingene besto av enkle musikkaktiviteter med hovedvekt på sang, stemmebruk, berøring og bevegelse. I tillegg kom samtale og refleksjon om innholdet i samlingene, tidlige musikalske minner, samt mødrenes erfaringer av å bruke musikk i de daglige rutinene med barnet. Resultatene viser at mødrene opplevde gevinster av deltakelse i musikkterapigruppa på fire områder: personlige, dyadiske og sosiale gevinster, samt overføringsgevinst til hverdagslivet utenfor musikkterapigruppa. I diskusjonen utforskes temaer som mødrenes erfaring av å oppdage barnet sitt som unikt, sosialt og ressurssterkt, og av å bedre bli kjent, og tryggere på seg selv som mor. Et musikkterapeutisk gruppetilbud i rammene av helsestasjonen har vist betydelig potensiale for å støtte mor-barn samspill og trygge mødrene i sin nye rolle. Her ligger en helsegevinst som bør utforskes ytterligere.

### Emneord:

Musikkterapi, førstegangsmødre, spedbarn, helsefremmende arbeid, tilknytning, samspill, kommunikativ musikalitet, helsemusisering, mentalisering, foreldrementalisering, moderskapskonstellasjonen, identitet

## Summary

This master thesis explores the experience of nine first time mothers in their participation in a music therapy group at their local community health care centre together with their young infants. The mothers and infants were a non-clinical group. The main goal of the study was to gain knowledge about what music therapy can offer this population, and to explore how a music therapy group could be carried out at community health care centres. The study is designed as an explorative, qualitative interview based study. The mothers first participated in six weekly group sessions for the duration of 2 months. The content of the sessions was simple music activities, mainly focusing on song, touch and movement. In addition to this it was continuously talked and reflected upon the activities within the group, the mothers' early memories of music, and how they currently were using music in their daily routines with their child. Afterwards, they each completed one individual interview. Results show that the mothers experienced outcomes in four different areas: *personal*, *dyadic*, *social* and *transferable outcomes*. In the discussion topics from the results are explored such as the mothers' experience of discovering their child as a unique, social and resourceful being, and the mothers discovering themselves as mothers and gaining confidence in motherhood. Music therapy groups offered at the community health care centre has a shown potential to support mother-infant interaction and attachment, and to support and empower first time mothers in their new role. The health outcomes of this should be explored in further research.

### Keywords:

Music therapy, first-time mothers, infant, health promotion, attachment, mother-infant-interaction, communicative musicality, health musicking, mentalization, parental reflective functioning, motherhood constellation, identity

# Forord

Denne oppgaven markerer slutten på min reise mot å bli musikkterapeut. Det har vært lærerik, krevende og fantastisk reise. Nå har jeg omsider kommet i mål! Det føles bra. Det er så mange som fortjener en takk, så jeg vil vie plass til det.

Tusen takk til veileder Gro Trondalen og praksisveileder Rita Strand Frisk!

Rita, du har hjulpet meg å finne musikkterapeuten i meg. Takk for din entusiasme og brennende engasjement for prosjektet fra start av. Gro, takk for at du har fulgt meg hele veien fram. Du har hjulpet meg å holde hodet kaldt og utfordret meg til å stole på at jeg faktisk får til og forstår en hel del, helt på egenhånd. Takk for boblevann på kontoret, og kloke og tydelige tilbakemeldinger og forlag.

Videre vil jeg takke helsestasjonen, spesielt avdelingshelsesøster som tok meg i mot med et åpent sinn og alle helsesøstrene som gjorde rekrutteringen til prosjektet til en lek.

Mamma og Pappa, dere er alltid der og stiller opp på så mange måter. Takk for at dere alltid støtter meg, heier på meg, og utfordrer meg. Storesøster Marie og Eirik, mine «ekstraforeldre». Dere har virkelig tatt vare på meg i høst når det har stått på som verst.

Lille Alfred, du har minnet meg på hva jeg egentlig skriver om, at det er et tema som fortjener oppmerksomhet. Emil, takk for hjelp med tekstbehandling. Stian, takk for at du har tatt så godt vare på meg, og for at du har skjønt at Missy alltid får meg i godt humør.

Takk til klassa for tre herlige år sammen. You are amazing! Ekstra takk til Jelena og Sofie for all hjelp i innspurtsfasen. Takk til Hans Einar Hem og Ruth Eckhoff for faglige innspill. Til Anton for nydelig foto og Ingvild for engelskhjelp. Takk til alle fine venner for oppmuntring og støtte.

Og sist, men ikke minst, tusen takk til alle mødrene som har vært med på prosjektet. Takk for alt dere har delt med meg og hverandre av sang, musikk, smil, latter og fortellinger. Jeg er takknemlig for at jeg fikk bli kjent med dere og de nydelige barna deres. Dere har lært meg så mye, så denne oppgaven er til dere.

Trondheim 29. november 2015

Tora Söderström Gaden



# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Samspill, sang og trygge bånd.....	1
1.2	Mål og problemstilling.....	4
1.3	Struktur og oppbygging .....	4
1.4	Kjernebegreper .....	5
1.4.1	Førstegangsmødre .....	5
1.4.2	Spedbarn.....	5
1.4.3	Musikkterapi .....	5
1.4.4	Helsestasjonen.....	6
1.5	Kunnskapsoversikt .....	6
1.5.1	Eksisterende kunnskap .....	6
1.5.2	Oppsummering.....	9
<b>2</b>	<b>Teoretiske perspektiver .....</b>	<b>11</b>
2.1	Musikkterapi og «helsemuligheter» .....	11
2.2	Kommunikativ musikalitet.....	12
2.3	Helsemusisering.....	13
2.3.1	Sammenhenger mellom menneske, musikk og helse.....	16
2.4	Helse og helsefremmende arbeid .....	17
2.5	Moderskapskonstellasjonen .....	18
2.5.1	Fire tema .....	18
2.6	Foreldrementalisering .....	20
2.6.1	Affektregulering.....	21
2.6.2	Markert speiling .....	22
2.6.3	Mentalisering og tilknytning.....	22
2.6.4	Omsorg gjennom sinn og stemme.....	23
<b>3</b>	<b>Forskningsdesign og metode .....</b>	<b>24</b>
3.1	Et kvalitativt forskningsprosjekt.....	24
3.2	Fortolkende fenomenologi.....	24
	En hermeneutisk dimensjon.....	25
3.3	Metodologi og forskningsdesign .....	26
3.3.1	Kvalitativ forskningsintervju .....	27
3.3.2	Valg av analyseprosedyre .....	28
3.3.3	Fortolkende fenomenologisk analyse - (IPA) .....	28



<b>3.4</b>	<b>Fremgangsmåte og prosedyrer .....</b>	<b>29</b>
3.4.1	Pilotprosjekt .....	29
3.4.2	Justering av tilbudet og rekruttering .....	29
3.4.3	Musikkterapigruppa .....	30
3.4.4	Gjennomføring av intervjuer.....	32
3.4.5	Datautvalg .....	33
3.4.6	En «IPA»-inspirert analyseprosedyre .....	33
<b>3.5</b>	<b>Refleksjon over etikk og metode.....</b>	<b>36</b>
<b>4</b>	<b>Presentasjon og drøfting av resultater .....</b>	<b>42</b>
<b>4.1</b>	<b>Mødrenes opplevelser - Fire områder av gevinst.....</b>	<b>42</b>
4.1.1	Personlige gevinster .....	42
4.1.2	Dyadiske gevinster.....	48
4.1.3	Sosiale gevinster .....	52
4.1.4	Overføringsgevinster.....	56
<b>4.2</b>	<b>Avsluttende diskusjon.....</b>	<b>61</b>
4.2.1	«Jeg ser hvem hun er».....	61
4.2.2	«Jeg ble mer mamma» .....	63
4.2.3	Musikkterapi tilbyr «noe mer».....	65
<b>5</b>	<b>Oppsummering og avslutning .....</b>	<b>71</b>
	<b>Litteratur.....</b>	<b>73</b>
	<b>Vedlegg .....</b>	<b>79</b>





# 1 Innledning

*Det er høst og formiddag. Kaldt og surt ute, men varmt inne. Vi er samlet til musikkterapigruppe på helsestasjonen. Ti myke kvinnestemmer klinger sammen i det lille møterommet. Innimellom høres babypludring og litt småsutting, «Byssan lull, koka kittelen full...». Barna holdes tett inntil mammakropper. Noen av mødrene har lagt seg ned sammen med barnet sitt på de myke mattene på gulvet. Andre står oppreist og vugger i takt med musikken, eller går litt rundt. Svak gitarklimpring høres i bakgrunnen. Teksten forlates og nynning tar over. Sangen gjentas, og gjentas. Roen kommer sakte, smygende over oss. Ni mødre, ni babyer og en musikkterapeut. Nitten enkeltindivider, med sin helt egen, personlige opplevelse av musikken, og samtidig én gruppe, som samles rundt musikken, i en felles, delt musikkopplevelse. Melodiens siste frase toner ut. Det er stille et øyeblikk mens jeg og mødrene ser på hverandre. Rolige, smilende fjes. Nesten litt undrende? For noe har skjedd. Det er ikke godt å si akkurat hva, men vi vet at noe har skjedd. Og sånn kan det bare være. Ingen behøver å si noe.*

## 1.1 Samspill, sang og trygge bånd

Denne masteroppgaven baserer seg på et forskningsprosjekt gjennomført ved Norges musikkhøgskole i perioden 2013-2015. I prosjektet møttes ni førstegangsmødre og barna deres til musikkterapigruppe på en helsestasjon, ledet av meg som var musikkterapistudent og initiativtaker til prosjektet. Musikkterapigruppa på helsestasjonen var ikke et behandlingstilbud, men et støttende lavterskeltilbud for førstegangsmødre med barn tilhørende denne helsestasjonen. Målsettinger med gruppa var å tilby mødre og barn gode musikkopplevelser og en musikalsk ramme der de kunne knytte bånd og bli kjent, med en tanke om at dette gir helsegevinster.

Interessen for å arbeide musikkterapeutisk med foreldre og barn ble vekket våren 2013, da jeg hadde praksisplass i babysanggrupper i en kirke. Her fikk jeg for første gang erfare på nært hold hvordan musikk skapte kontakt og gode opplevelser for både foreldre og barn. Egne observasjoner, kombinert med foreldrenes spontane tilbakemeldinger, ga meg tro på at de musikalske stundene hadde potensiale som mer enn en aktivitet med underholdningsverdi.

Nysgjerrigheten ga meg lyst til å undersøke dette nærmere, og ideen om å starte en egen gruppe for foreldre og barn festet seg. Høsten 2013 gikk jeg videre med ideen, og søkte fagrådet ved musikkterapistudiet om å få starte egenpraksis.<sup>1</sup> På samme tid tok jeg kontakt med en helsestasjon med forespørsel om samarbeid. I desember 2013 samtykket både fagrådet og helsestasjonen, og en samarbeidsavtale ble inngått for både gjennomføring av egenpraksis og dette forskningsprosjektet.

### **Musikkterapigruppe som helsefremmende tilbud?**

I rapporten «Bedre føre var...» (2011) rangerer Norsk folkehelseinstitutt foreldrerettede tiltak som nummer seks av de ti viktigste på området forebyggende og helsefremmende arbeid. Tiltak som styrker og støtter foreldre og barn i en åpen og formbar fase av livet kan ha store folkehelsemessige gevinster (ibid.). Foreldreskap og omsorgspraksiser endres i takt med ny kunnskap, nye familieformer og sosiale- og kulturelle forhold og verdier (Stern, 1995). Dagens norske foreldre har ubegrenset tilgang til kunnskap via internett, der blogger, «apper» og nettfora sørger for at råd og tips er et tastetrykk unna. På den ene siden har dette sine fordeler. Foreldre kan raskt og enkelt finne informasjon på egenhånd, og mange beroliges og finner støtte på arenaer som «babyverden.no». På den andre siden medfører disse nye kunnskapsarenaene en tendens hvor foreldre konsumerer andres kompetanse, erfaringer og råd, mens egne iboende ressurser kan havne i bakgrunnen, eller forbli uforløst. Kunnskapen er heller ikke alltid kvalitetssikret, og velmente råd kan være mer «synsing» enn fakta. Tradisjonell kunnskap om spedbarnsstell, trøsting og roing blir muligens fjernere.

I alle kulturer, sannsynligvis til alle tider har spedbarnsgråt vekket rytmisk rugging og stemmebruk hos den voksne (Bjørkvold, 2007). Foreldre bruker før-verbal kommunikasjon og musikalske elementer intuitivt i samvær med spedbarnet sitt uten nødvendigvis å være bevisste hvor viktig nynning, sang, vugging og lekenhet er for barnet (Dissanayake, 2008). Likevel ser man en tendens til å erstatte sang med innspilt musikk, og at foreldre generelt synger mindre for barna sine nå enn før (Bonnár, 2014; Creighton, 2011). I Norge har vi en

---

<sup>1</sup> Praksisfaget er per 2013-2015 eneste mulighet for «spesialisering» i løpet av musikkterapistudiet ved Norges musikkhøgskole. Normalt fordeles studentene på praksisplasser av praksiskoordinator med målsettingen om å gi en så bred kompetanse som mulig. Imidlertid oppfordres studenter til å ta på seg oppdragsforskning eller starte prosjekter på nye arenaer, der det er ønskelig. Egenpraksis gjennomføres ved at studenten selv står for innhold og gjennomføring av musikkterapitilbud, og følges tett opp av en egen praksisveileder. Normalt innvilges egenpraksis for et år av gangen.

rik folke- og barnesangtradisjon å øse av (Ruud, 2015). Sangens potensiale som ressurs og ramme for god utvikling, mener jeg er noe foreldre bør få mulighet til å bevisstgjøres om.

Min tanke er at musikktilbud rettet mot foreldre og barn bør lett tilgjengelig, helst gratis og foregå innenfor åpne, livssynsnøytrale rammer. Slik kan musikk som lavterskeltilbud åpnes opp for *alle* foreldre, uavhengig av økonomi, sosial status og livssyn. Helsestasjonen er naturlig møtested for foreldre og barn som de fleste benytter seg av. Derfor mener jeg helsestasjonen er en åpenbar samarbeidspartner. En av helsestasjonens sentrale oppgaver er å styrke og støtte gravide, sped- og småbarnsforeldre i foreldrerollen, samt å observere og styrke samspill og tilknytning mellom foreldre og barn (Helsedirektoratet, 2011). Musikkterapigrupper med fokus på sang og regler, som et støttende tilbud til foreldre og spedbarn i løpet av barnets første leveår, er mitt forslag til hvordan musikkterapeuter kan bidra i dette arbeidet. Musikkterapi praksis med funksjonshemmede barn har gitt kunnskap om musikkens betydning for normal spedbarnsutvikling (Ruud, 2015). Ruud mener det burde være obligatorisk for alle helsestasjoner å tilby foreldre opplæring i glemte sangtradisjoner (ibid., s. 127). Videre mener han at helsestasjonen - i en utvidet betydning av helse - kunne være et møtested mellom kultur- og helsearbeidere, og slik utvide bredden i sitt tilbud. Fra hovedsakelig å være et sted der helse «kontrolleres», kan helsestasjonen styrkes som en arena der grunnlaget for helse, utvikling og livskvalitet blir lagt, med blant annet musikk som helsefremmende faktor (ibid.). Jeg støtter denne tanken.

### **To overordnede temaer**

Oppgaven har to overordnede temaer. Det første er musikkterapi med foreldre og de aller minste barna. Da sikter jeg til spedbarn, som normalt regnes som dem mellom 0-12 måneder (Store norske leksikon, 2015). Det andre temaet er musikkterapi som helsefremmende lavterskeltilbud til førstegangsmødre på helsestasjonen. I dette tilfellet førstegangsmødre uten tilhørighet i utsatte grupper eller med uttalte utfordringer. Årsaken til at kun førstegangsmødre, og ikke fedre, ble invitert til prosjektet, handler om erfaringene fra pilotprosjektet jeg gjennomførte før selve datainnsamlingsperioden. Til piloten etterlyste jeg både fedre og mødre til deltakelse i musikkterapigruppe på samme helsestasjon. Kun mødre meldte seg på. Normalt har mødrene fødselspermisjon først, og er dermed den av foreldrene som har mulighet til å delta på tilbud på dagtid, mens barna ennå er så unge som jeg ønsket at de skulle være. Jeg har også en oppfatning av at rene kvinnefellesskap er sjelden vare i vår

kultur og tid, og ville undersøke om dette var noe som hadde betydning og verdi i seg selv for deltakerne. Det er viktig for meg å understreke at jeg mener at far eller partner har en like betydningsfull og viktig rolle i foreldreskapet, men at i dette forskningsprosjektet avgrenses fokuset til førstegangsmødre.

## 1.2 Mål og problemstilling

Denne masteroppgaven forsøker å svare på følgende problemstilling.

*Hvordan opplever en gruppe førstegangsmødre å delta i musikkterapigruppe på helsestasjonen sammen med barnet sitt?*

Oppgaven har til formål å utforske og formidle ni førstegangsmødres erfaringer og opplevelser med å delta i musikkterapigruppe på en helsestasjon. Målet er at disse beretningene kan gi kunnskap omkring hva musikkterapi kan tilby denne målgruppa, og fortelle om hva som er viktig i utformingen av et tilbud rettet mot denne målgruppa. Videre håper jeg oppgaven kan være et bidrag som synliggjør musikkterapiens potensiale som helsefremmende tilbud for foreldre og barn. Problemstillingen er av det åpne slaget, med rom for at det som er viktig og betydningsfullt for deltakerne får tale for seg. Aktuelle arbeidsspørsmål underveis har vært:

- Hva opplever deltakerne der og da?
- Har deltakelse i musikkterapigruppe betydning for hverdagslivet deres?

## 1.3 Struktur og oppbygging

Masteroppgaven er inndelt i fem kapitler. Dette første kapitlet er en innledning hvor jeg til nå har presentert bakgrunn og tema for oppgaven. Videre har jeg beskrevet oppgavens formål, både som bidrag til musikkterapifeltet og i et samfunnsmessig perspektiv, som mulig innhold i helsefremmende tilbud for foreldre og barn. Jeg har presentert problemstillingen, kommentert og begrunnet valget av denne, samt lagt frem to arbeidsspørsmål. Jeg vil nå gå videre til en kort gjennomgang av oppgavens kjernebegreper, før jeg forteller hvordan jeg har gjort litteratursøk og gir en kortfattet oversikt over kunnskapsfeltet musikkterapi med foreldre og spedbarn. I kapittel to gjennomgår jeg teoretiske perspektiver som danner bakteppet for

oppgaven i sin helhet. Kapittel tre handler om forskningsprosjektets vitenskapsteoretiske og metodiske grunnlag, forskningsdesign og prosedyrer. Avslutningsvis reflekterer jeg over etikk og metode. I kapittel fire presenterer jeg først forskningsresultatene, og drøfter senere disse opp mot teoriene jeg presenterte i kapittel to. I oppgavens femte og siste kapittel samler jeg trådene i en oppsummering, og gjør noen avsluttende refleksjoner om implikasjoner for praksis og videre forskning.

## **1.4 Kjernebegreper**

Jeg vil i det følgende kort gjøre rede for hva jeg legger i de sentrale ordene i problemstillingen: førstegangsmødre, musikkterapi, helsestasjonen og spedbarn.

### **1.4.1 Førstegangsmødre**

I denne oppgaven bruker jeg begrepet «førstegangsmødre» om deltakerne i gruppa. Ofte snakker man om førstegangsfødende, men begrepet gir lett assosiasjoner til barseltiden som tradisjonelt regnes som tiden rett etter fødsel og frem til omtrent seks uker etterpå (Norsk helseinformatikk, 2015). Siden de alle hadde barn som var mellom 12 og 18 uker ved prosjektstart, mener jeg førstegangsmødre, som en variant av førstegangsførelse, egner seg bedre enn førstegangsfødende.

### **1.4.2 Spedbarn**

Normalt brukes begrepet spedbarn om barn mellom 0-12 måneder (Lie, 2015). Det er også slik jeg bruker spedbarnsbegrepet gjennomgående i teksten. I forbindelse med litteratursøk og kunnskapsoversikten har jeg imidlertid forholdt meg til begrepet i sin videste variant, som inkluderer barn fra nyfødtalder helt opp til de er 3 år og 11 måneder (Edwards, 2011).

### **1.4.3 Musikkterapi**

Jeg har valgt meg Even Ruuds definisjon på musikkterapi som lyder: «Musikkterapi er bruk av musikk til å gi mennesker nye handlemuligheter» (Ruud, 1990, s. 24). En grundig redegjørelse for definisjonens betydning for dette prosjektet kommer i kapittel 2 hvor jeg tar for meg teorigrunnet for oppgaven. Musikkterapi er et komplekst kunnskaps- og praksisområde som etter min mening er et delområde av kunnskapsfeltet «musikk og helse». Musikkterapi er en profesjonalisert form av hvordan musikk kan bidra til menneskers helse



(Bonde, 2011). Andre måter, som jeg også anser som musikk- og helsepraksiser er hvordan mennesker selv bruker musikk i hverdagslivet sitt på måter som fremmer helse. I den sammenheng forstås helse som «...the ability to adapt and self-manage» (Huber et al., 2011, s. 236). Helse handler slik ikke bare om å ha det bra, men også om å *klare seg* bra. Musikkterapi er *en* av flere måter musikk kan gi mennesker nye handlemuligheter (Bonde, 2011), og det er musikkterapi fordi det er musikkterapeuten som viser vei til disse mulighetene innenfor en terapeutisk relasjon (Bruscia, 2014).

#### **1.4.4 Helsestasjonen**

Helsestasjonen er et gratis, kommunalt lavterskeltilbud med fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid. Tjenesten inndeles i helsestasjon 0-5 år, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. Jeg har samarbeidet med førstnevnte, som er et tilbud for barn 0-5 år, gravide og foreldre. Grunnbemanningen består av jordmor, helsesøster, lege og fysioterapeut. I tillegg til oppfølging av barnets utvikling, skal helsestasjonen styrke og støtte gravide, sped- og småbarnsforeldre i foreldrerollen, og observere og styrke samspill og tilknytning mellom foreldre og barn (Helsedirektoratet, 2014).

### **1.5 Kunnskapsoversikt**

Som en del av forarbeidet gjorde jeg litteratursøk med følgende søkeord: «music therapy», «infant», «parent», «mother». Tilsvarende norske ord ble brukt i norskspråklige databaser, der jeg i tillegg søkte etter litteratur om konseptene «babysang» og «musikk i/fra livets begynnelse». Inklusjonskriterier var at litteraturen handlet om musikkterapi med foreldre og spedbarn, der foreldrene hadde en aktiv deltakende rolle i musikkterapien. Jeg har også søkt litteratur om foreldre-spedbarn-musikkterapi med helsefremmende fokus, ved å legge til søkeordet «health promotion». Søk er gjort i NMHs bibliotekskatalog, NMH-Brage, BIBSYS Ask, ProQuest (RILM, IIMP), PubMed/Medline, RefWorks og Google Scholar. Jeg har også søkt i tidsskrifter og nettforum som Voices.no, Nordic Journal of Music Therapy, Music Therapy Perspectives. Referanselister til særlig relevant litteratur ble også gjennomført.

#### **1.5.1 Eksisterende kunnskap**

Jeg vil nå gjøre rede for relevante litteratur fra litteratursøkene. Dette fordi mitt prosjekt

bygger på eksisterende kunnskap. Jeg deler inn bidragene etter internasjonal og norsk kontekst, og oppsummerer til slutt.

### **Internasjonal kontekst**

Musikkterapi med foreldre og spedbarn har lang tradisjon i medisinske kontekster. Særlig arbeid med premature. Graden av foreldreinvolvering var imidlertid over lang tid liten. Dette har endret seg, og betydningen av foreldrenes deltakelse i musikkterapien tas mer på alvor Haslbeck (2012). Et eksempel er Loewy (2015) som beskriver musikk-psykoterapi med premature og foreldrene deres. Hun fant at bruk en foreldrevalgt «song of kin»<sup>2</sup> sammenlignet med en standard vuggesang hadde større påvirkning på den prematures generelle fungering og tilfriskning. Foreldrenes stressnivå ble også redusert. Shoemark og Dearn (2008) skriver om familiesentrert musikkterapi med foreldre og spedbarn på sykehus. Å jobbe musikkterapeutisk i denne sammenhengen dreier seg ikke alltid om å tilby musikkopplevelser, skriver forfatterne, men like mye om å være tilgjengelig for foreldrene som en støttende, tilstedeværende og empatisk part. Abad og Williams (2007) evaluerte resultatene av tre år med musikkterapiprogrammet «Sing and Grow» - et tidlig intervensjonstilbud for australske familier i risikogrupper med barn fra 0-3 år. Over en ti-ukersperiode deltok familiene ukentlig i musikkterapigruppe, med mål om godt samspill og trygg tilknytning. Innholdet besto av barnesanger, musikklek og spill på enkle instrumenter. Foreldrene fortalte om bedre samspill med barnet, og at de brukte mer musikkaktiviteter hjemme. Programmet ble evaluert igjen av Nicholson et al. (2008) denne gang med standardiserte måleinstrumenter. De fant statistisk signifikant forbedring av foreldre-barn-samspill over tid. Sing and Grow demonstrerer potensialet i familiebaserte korttidstilbud.<sup>3</sup> Mackinlay og Baker (2005a; 2005b; Baker & Mackinlay, 2006) undersøkte førstegangsmødres opplevelse av deltakelse i et opplæringsprogram i vuggesang. Mødrene hadde én individuell opplæringslesjon med en musikkterapeut. Resultatet var at å synge vuggesanger også opplevdes fordelaktig for mødrene selv. Det ga dem opplevelser av kontroll, mestring og empowerment, reduserte stress og engstelse, og bidro til en mer positiv opplevelse av morsrollen, egne ferdigheter som mor, og av rutinene rundt leggetid for barnet. Mackenzie og Hamlett (2005) forteller om et

---

<sup>2</sup> Musikkterapeuten ber foreldrene velge en sang de liker eller som har en spesiell betydning for dem. Det kan være alt fra kulturell musikk, barnesanger og populærmusikk. Musikkterapeuten tilpasser sangen ved å plukke utvalgte elementer og lage en forenklet, spesialtilpasset versjon som ikke overstimulerer den premature - familiens egen «Song of kin».

<sup>3</sup> Musikkterapiprogrammet Sing & Grow er nå implementert som mønsterpraksis i Australia, delvis finansiert regjeringen.

musikkterapiprogram for «friske» småbarnsfamilier, der grunntanken var at musikkterapi kan være en forebyggende intervensjon. Foreldre som deltok i musikkterapiprogrammet opplevde bedre samspill med barna, de fikk verktøy som hjalp dem i hverdagen. I tillegg fikk de knyttet sosiale nettverk med andre familier i lokalsamfunnet.

### **Norsk kontekst**

De norske bidragene er alle master- og hovedoppgaver. Frisk (1997) beskriver en musikkterapeutisk veiledningsprosess med en mor som synger for sitt nyfødte spedbarn med Downs syndrom. Frisk betoner musikkterapeutens mange roller, her som veileder og tilrettelegger for mor-barn-paret. Trolldalen (1997) tilbød musikkterapigrupper til vanskeligstilte mor-barn-par. Hun fant at musikkdeltakelse tilrettelegger for opplevelse av anerkjennelse og skape intersubjektive «øyeblikksmøter» mellom foreldre og barn, som kan endre deres relasjon til det bedre på måter som strakk seg utover gruppa og til livet utenfor. Oveland (1998) skriver om musikkterapi med foreldre og deres premature barn på sykehuset. Der søsken var en del av familien ble også de involvert. Oveland var opptatt av «empowerment» og ressurser hos både foreldre og spedbarn, og opplevde at dette fokuset bidro til styrket samspill og tilknytning dem i mellom. Videre fant hun at musikalsk samhandling, med hovedvekt på foreldresang, fremmet livskraft, menneskelig nærhet og livskvalitet hos deltakerne. Jónsdóttir<sup>4</sup> (2002, 2004) argumenterer for tidlig intervensjon som modell for musikkterapi med foreldre og spedbarn med spesielle behov. Hun mener man i foreldre-barn-arbeid ikke jobber med forelder eller barn, men relasjonen mellom dem. Tidlig intervensjon er en familiesentrert tilnærming der intervensjonene skal være til fordel for familien som helhet. Disse bidragene vitner om en interesse for foreldre-barn-musikkterapi mellom 1997-2004, men jeg finner ingen relevante bidrag til feltet som har kommet til etter dette.

Imidlertid er det det to ikke-musikkterapeutiske tilbud jeg mener er relevante for oppgaven, «babysang» og «musikk fra livets begynnelse» (MFLB). Det er skrevet flere masteroppgaver om MFLB (Berger, 2005; Didriksen, 2000; Garvik, 2005; Westgård, 2010) og babysang (Relling, 2014). I stedet for å oppsummere masteroppgavene vil jeg kort beskrive de to konseptene. Foreningen musikk fra livets begynnelse arrangerer kurs og grupper for foreldre

---

<sup>4</sup> Jónsdóttir har hovedsakelig sitt musikkterapeutiske virke på Island. Jeg velger imidlertid å inkludere henne i oversikten over norske bidrag til kunnskapsfeltet, siden hovedoppgaven hennes er skrevet ved Høgskulen i Sogn/Norges Musikkhøgskole.

og barn fra 0-6 år, med fokus på musikk som samværsform, kommunikasjonsmiddel og stimulering til læring og utvikling (Foreningen musikk fra livets begynnelse, udatert). Babysang arrangeres hovedsakelig i regi av Den norske kirke, og er knyttet til trosopplæring. Imidlertid er tilbudet er åpent for alle foreldre uavhengig av tro (Relling, 2014). Babysang fokuserer på musikk som stimuli til utvikling og læring, kommunikasjon og samspill, og på gode musikkopplevelser for foreldre og barn (Den Norske Kirke, 2014). MFLB ble brukt som utgangspunkt for et gruppetilbud musikkterapeut Aftret (2006, 2008) tilbød i samarbeid med fysioterapeut og helsesøster på en helsestasjon. Dette eneste eksempel i litteraturen om musikkterapi på helsestasjonen. Tilbudet la vekt på musikkens helsefremmende virkning i samspillet mellom foreldre og barn, og var både støttende og forsterkende fordi deltakerne var både friske mødre og barn, og familier med behov for ekstra oppfølging. Erfaringene fra prosjektet var at musikk fremhevet det positive samspillet mellom foreldrene og barna.

### **Andre oversikter**

I boka *Music Therapy and Parent-Infant Bonding* (Edwards, 2011) behandles temaer som musikkterapi som tilknytningsstøtte for foreldre og traumatiserte adoptivbarn og musikkterapi for mødre med fødselsdepresjon. Edwards (2014) artikkel gir oversikt over feltet i sin helhet med utgangspunkt i nyere litteratur om spedbarns musikalitet, og musikkterapi med spedbarn og deres foreldre. I tillegg skriver hun om musikkterapeutens ulike roller i møtet med foreldre og spedbarn. Edwards konkluderer med at to internasjonale hovedtrender preger feltet: 1) Familieorientert musikkterapi praksis med foreldre og barn - sammen, i løpet av barnets første leveår. 2) Musikkterapi praksis fundert i teoretiske prinsipper om kommunikativ musikalitet, kunnskap om tidlige musikalske ferdigheter, og utvikling av musikalsk persepsjon og musikalitet. I musikkterapi feltet ses en økende bevissthet om betydningen av trygg tilknytning, og videre musikkterapiens store potensiale for å bidra til forbedring av foreldre-barn-relasjoner og tilrettelegging under tilknytningsprosessen. Edwards fremhever musikkterapeuters kompetanse både om musikk og psykologi, i tillegg til deres fleksible rollerepertoar, som unike kvaliteter som gjør at musikkterapeuter har mye å tilby i foreldre-barn-arbeid.

### **1.5.2 Oppsummering**

Litteraturen viser at musikkterapi med foreldre og spedbarn er et mangfoldig felt i vekst. Stadig flere praksisarenaer vitner om økende bevissthet blant musikkterapeuter om

utfordringer i foreldreskapet, og et ønske om å imøtekomme foreldres behov. Opplæringsprogrammer for familier, individuelt arbeid med foreldre-barn-par, begge med utgangspunkt i sang og stemme, er vanlige praksisformer for musikkterapeuten. Imidlertid er det først og fremst barn og familier i utsatte grupper som har tilgang til slike tilbud. I litteraturen er Mackenzie og Hamletts bidrag (2005) det eneste som omhandler musikkterapigrupper for familier utenfor risiko, og med mål om helsefremming. Førstegangsmødre som målgruppe er også et lite utforsket område. Mackinlay og Bakers bidrag (2005a, 2005b, 2006) er eneste eksempel der førstegangsmødre utenfor risiko er målgruppe. Kort sagt ser «enkle» intervensjoner ut til å gi gode resultater for både foreldre i risiko og foreldre utenfor risikogrupper. Litteraturen viser at intervensjonene forløser musikalske ressurser, som kommer både barn og foreldre til gode i hverdagen. Det er derimot få studier som undersøker hvordan musikkterapi kan bistå ferske foreldre i utforsking av identitet i den nye livsfasen. Dette prosjektet ivaretar denne dimensjonen gjennom deling av musikalske minner og felles samtale rundt disse.

## 2 Teoretiske perspektiver

Dette prosjektet utforsker hvordan en musikkterapigruppe for førstegangsmødre og barna deres påvirker deltakernes trygghet og trivsel som mødre, og deres forhold til barnet og hverdagen utenom gruppen. På et mer overordnet plan handler det om hvordan musikkterapigruppa bidrar til mors og barns helse. Jeg har valgt teoretiske perspektiver som etter min mening bidrar til forståelse av førstegangsmødres tilstand og behov, foreldre-barn-samspill, og musikkens helsepotensial i denne sammenheng.

### 2.1 Musikkterapi og «helsemuligheter»

I innledningskapittelet valgte jeg meg Ruuds definisjon av musikkterapi som lyder: «Musikkterapi er bruk av musikk til å gi mennesker nye handlemuligheter» (1990, s. 24). Dette er en åpen definisjon av musikkterapien, som neppe sier mye til utenforstående om hva musikkterapeuter driver med, skriver Ruud i en kommentar (2007, s. 35). En slik åpen definisjon kan imidlertid tilby nyttig romslighet når man skal forsøke å forstå et fag- og praksisfelt som er nokså sammensatt, slik jeg senere i kapittelet illustrerer med Bondes modell om helsemusisering (2011). Jeg mener det å legge til rette for nye handlemuligheter gjennom musikk, er noe alle musikkterapeuter gjør. Forskjellene ligger i hvordan musikkterapien gjennomføres, som igjen styres av hvilke mål, ønsker og behov klientene man arbeider med har. Musikkterapi praktiseres også med «ikke-kliniske grupper», det vil si personer uten diagnoser, eller utenfor definert risiko (Bonde, 2014). Mennesker kan for eksempel oppsøke terapi for å utforske egne ressurser, bli kjent med seg selv, for å få et sunnere og rikere liv, eller fornye sitt forhold til musikk og det å uttrykke seg musikalsk. I musikkterapigruppa opplevde jeg at slike temaer kom til uttrykk hos mødrene gjennom samlingene. En åpen definisjon av musikkterapi som vektlegger musikkens mange muligheter for handling, rommer også de mange utgangspunktene mennesker har for å oppsøke musikkterapi.

Tilnæringsmåte preges av musikkterapeutens verdigrunnlag. Norsk musikkterapi er forankret i humanistisk tankegods, og utgjør verdigrunnlaget som ligger meg nærmest. I et humanistisk perspektiv anses mennesket som et relasjonelt vesen. Det er handlende og meningssøkende og finner sin humanitet og grunnleggende menneskelighet gjennom

felleskap og samhørighet med andre. Det er i møte med andre at vår kontaktsøken i form av initiativ og henvendelser får et gjensvar (Trondalen, 2008). Et humanistisk perspektiv innebærer også fokus på mestring og ressurser (Ruud, 2008). Bedre selvtillit og økt tro på egne evner til å håndtere utfordringer og oppgaver er utfall som kan knyttes til mestringsopplevelser (ibid.). En ressursorientert tilnærming innebærer vekt på klientenes ressurser, samtidig som man ser deres utfordringer i en større samfunnsmessig sammenheng. Slik gis klienter et nytt handlingsrom der egne ressurser i større grad kan tas i bruk (ibid.). I ressursorientert musikkterapi er begrepet «empowerment» sentralt (Rolvjord, 2008). Procter (referert i ibid.) skiller mellom «enablement» og «empowerment», for å tydeliggjøre at empowerment er noe mer enn utvikling av ressurser til deltakelse. Empowerment handler om at tilgang til, og kontroll over, egne ressurser kan gjøre oss bedre i stand til å gjøre det vi selv ønsker med livet vårt, skriver Rolvsjord (2008, s. 128). I en kritisk, humanistisk tradisjon, knyttes læren om hva mennesket kan være, og hvilke muligheter vi har til rådighet, opp mot hvilke samfunnsmessige barrierer som hindrer en utfoldelse av det menneskelige (Jensen referert i Ruud, 2008). På dette grunnlaget hviler Ruuds definisjon av musikkterapi: å gi mennesker nye handlemuligheter gjennom musikk (ibid.). I musikkterapigruppa hadde ikke deltakerne behov for behandling. Fokus var heller å fremme helse. Som en variant av Ruuds definisjon, kan man si at musikkterapigruppa handlet om bruk av musikk for å gi deltakerne nye *helsemuligheter*.

## **2.2 Kommunikativ musikalitet**

Et syn på musikalitet som en medfødt, iboende, kommunikativ egenskap er, etter min oppfatning, grunnleggende for denne oppgavens teoretiske forståelsesramme. I følge Malloch og Trevarthen (2009), fødes vi med en «kommunikativ musikalitet» som spiller en sentral rolle i den første kommunikasjonen og etableringen av tidlige relasjoner. Kommunikativ musikalitet, slik den kommer til uttrykk i foreldre-barn-samspill utgjøres av tre parametere: puls, kvalitet og narrativ. *Puls* viser til rytmen de to koordinerer kommunikasjonen etter. Analyser viser at samspillet er svært rytmisk regelmessig og følger en form for turtaking. *Kvalitet* refererer til konturene av selve uttrykket, slik de utvikles i tid, for eksempel hvordan klang, tonehøyde og volum utvikler seg i mor og spedbarns vokaliseringer. Omsorgspersonen toner seg inn og justerer seg etter barnets tonehøyde, hun forsterker og bekrefter barnets

ytringer ved å imitere og gjenta dem. Puls og kvalitet former sammen *narrativ* der individuelle opplevelser og samstemthet kommer til uttrykk (ibid.).

Teorien om kommunikativ musikalitet er relevant i denne sammenheng, fordi den forteller om et musikalsk grunnlag for opplevelser av intersubjektivitet. Slik blir kommunikativ musikalitet en forutsetning for musikkens terapeutiske potensiale. Trevarthen og Malloch (2000) beskriver dette slik:

We believe that music is therapeutic because it attunes to the essential efforts that the mind makes to regulate the body, both in its inner neurochemical, hormonal and metabolic processes, and in its purposeful engagements with the objects of the world, and with other people. Music, with dance and all the expressive arts, offers a direct way of engaging the human need to be sympathized with – to have what is going on inside appreciated intuitively by another who may give aid and encouragement (s. 11)

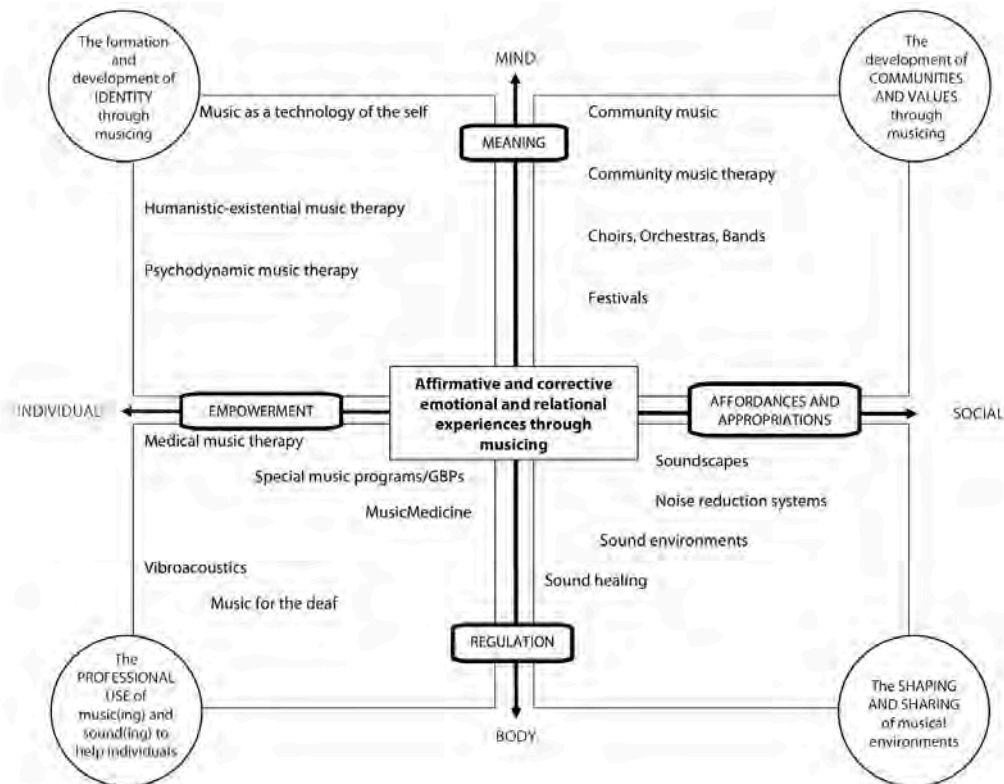
Musikken har altså flere terapeutiske kvaliteter. Den er en regulator for både kroppslige, emosjonelle og sosiale og prosesser, og gir en direkte innfallsvinkel for å møte menneskers behov for anerkjennelse, sympati og oppmuntring.

## **2.3 Helsemusisering**

Musikkterapeuter får i stadig større grad selskap av andre yrkesgrupper i arbeidsfeltet musikk, kultur og helse (Se f. eks Ansdell, 2013). Både musikere og helsearbeidere har ferdigheter og kunnskap som er verdifull i møtet med mennesker i helserelaterte sammenhenger. Etter min mening bidrar disse yrkesgruppene til mangfold i feltet. Bonde (2011) forsøker i sin teoretiske modell om helsemusisering å gi oversikt over skillene mellom terapeutisk helsemusisering, og mer hverdagslig helsefremmende omgang med musikk. Jeg har valgt meg denne modellen, fordi jeg stiller meg bak oppfatningen av at kunnskap- og praksisfeltet «musikk og helse», må romme mer enn musisering i den terapeutiske situasjonen. Modellen illustrerer kompleksiteten og ikke minst, rikdommen, som finnes i spekteret av musikk og helsepraksiser.



Figur 1 «Health musicing: A theoretical model (Inspired by Gary Ansdell (2001) and Ken Wilber)» i Bonde (2011)



Modellen har grunnlag i synet på musikk som sosialt fenomen og aktivitet. Dette kaller Small (1998) «musicking». Jeg bruker oversettelsen musisering i denne oppgaven. Musisering knyttes i nyere musikkvitenskap opp mot temaer som identitetsdannelse, kroppsbevissthet, mestring, samhandling, selvuttrykk og meningsdannelse. De samme temaene er sentrale for musikkterapien, der man tar konseptet videre og knytter det opp mot helse, kalt «health musicing» (Bonde, 2011). Jeg bruker den norske oversettelsen helsemusisering i oppgaven.

I sentrum av Bondes modell er helsemusisering definert som «bekreftende, korrigerende emosjonelle og relasjonelle opplevelser gjennom musisering» (2011, s. 122, min oversettelse). I tillegg til forståelsen av musikk som musisering, viser Bonde til hvordan musikk tilbyr ulike muligheter – kalt «affordances». Det er så opp til hver enkelt om, og hvordan, man benytter seg av disse mulighetene. Dette kalles «appropriation» (Se f. eks. DeNora, 2000). I modellen er det musikkens helsemuligheter som er i fokus.

For å belyse musikkens helsemuligheter, henviser Bonde (2011) blant annet til Ruud som er opptatt av helse som deltakelse. Ruud (i *ibid.*) mener det ligger et unikt helsepotensiale i

musikkopplevelser som kan være: «A provider of vitality; (...) a tool for developing agency and empowerment; a resource or social capital in building social networks; a way of providing meaning and coherence in life» (Ruud sitert i Bonde, 2011, s. 121). Konseptet helsemusisering omfatter alle disse aspektene. Det er ikke begrenset til musikkterapi i den terapeutiske situasjonen, men rommer også andre former mennesker tar i bruk musikk i livene sine på måter som fremmer helse, i vid forstand: «It can be observed in any social or individual practice where people use music experiences to create meaning and coherence in states and times of adversity» (ibid., s. 121). Helsemusisering er fellesnevneren for all bruk av musikkopplevelser til å regulere emosjonelle eller relasjonelle tilstander, eller for å fremme velvære, og henger sammen med fire hovedhensikter eller mål:

1. The development of communities and values through musicing,
2. The shaping and sharing of musical environments,
3. The professional use of music(ing) and sound(ing) to help individuals,
4. The formation and development of identity through music(ing) (ibid. s. 122).

Disse målene utgjør hvert sitt område av modellen. På tvers av områdene går en vertikal akse, med kropp og sinn i hver sin ende, og horisontal akse med individuelle og sosiale perspektiver i hver sin ende (ibid.). De kryssende aksene demonstrerer hvordan helsemusisering berører hele mennesket og de sosiale kontekstene det befinner seg i.

Det er særlig modellens øvre, venstre hjørne som er relevant i sammenheng med musikkterapigruppa. Hovedformål for disse praksisene er utvikling- og identitetsdannelse gjennom helsemusisering. Modellens eksempel er blant annet humanistisk, eksistensiell musikkterapi. Min musikkterapeutiske tilnærming i gruppa var forankret i humanistiske verdier. Musikkopplevelser i dette området av modellen tilbys for å oppnå personlige mål og behov rundt kommunikasjon, selvuttrykk og utforsking av mening i en musikalsk sammenheng. Slik kan musiseringen også bidra til utvikling og bekreftelse av musikalsk identitet. Ruud (2013) har forsket på sammenhenger mellom musikk og identitet. Han sorterer musikkopplevelser i fem «rom» som sammen utgjør vår musikalske identitet. Særlig relevant i denne sammenheng er «det personlige rom» som handler om musikkens tilknytning til selvopplevelse, kropp og følelser. Tidlige musikalske, relasjonelle minner peker på at musikk kan være sentralt i etableringen av kommunikasjon og relasjon mellom barnet og den voksne (ibid.). Dette kommer jeg tilbake til i diskusjonen i kapittel fire.

### 2.3.1 Sammenhenger mellom menneske, musikk og helse

I forordet til boka *Musical Life Stories* foreslår Ansdell (2013) fire prinsipper som bidrar til forståelse av sammenhenger mellom menneske-musikk og helse. Dette gjør han for å tilby «...A new broad-based practical and theoretical platform from which we can begin to talk more usefully about both interdisciplinary and inter-professional differences and shared agendas and concerns» (ibid., s. 7). Musikk hjelper mennesker på mange ulike måter. Ikke hovedsakelig direkte gjennom å løse et problem, men heller gjennom å «musikalisere» det (ibid.). Denne «musikaliseringen» innebærer: «...vitalising and enhancing experience, reframing difficulties and challenges, helping people find oases of health *within* illness or struggles...» (ibid., s. 7). Ansdell foreslår fire prinsipper som kan øker forståelse av hvordan musikk bidrar til helse. Jeg supplerer Bondes modell med disse.

Det første er *kontinuitetsprinsippet* og handler om den grunnleggende sammenhengen mellom musikk i hverdagslivet og spesialistenes bruk av musikk (Ansdell, 2013). Forståelse av hvordan disse henger sammen, øker den generelle forståelsen av hvordan musikk kan hjelpe (ibid.). Det andre er et *paramusikalsk* prinsipp. Musikk har ingen naturlige krefter og gjør veldig lite på egenhånd. Det er måten mennesker tar musikken til hjelp i ulike situasjoner, ut fra sine preferanser, i situerte og delte meningsfellesskap, at musikken «virker» (ibid.). Musikkens «tilleggsvirkninger» refereres ofte til som «utenommusikalske» fenomener. Ansdell argumenterer for at «paramusikalsk» er et bedre begrep, fordi fenomenene forekommer side om side med musikken. De er aspekter ved musisering, heller enn resultat av den (ibid.). Det tredje prinsippet er *salutogenisk*, og fremhever at musikk normalt ikke behandler sykdom, men *fremmer helse*. Mens musisering i hverdagslivet hovedsakelig dreier seg om helse, må imidlertid spesialiserte musikkpraksiser som musikkterapi, også ta sykdom og patologi med i betraktningen (ibid.) Det fjerde og siste prinsippet, knyttes til *musikkens økologiske karakter*. Fokus bør rettes mot «...the ever-flowing total ecology that is the pattern which dynamically connects musical people, musical things, and musical situations. When this living pattern aligns, connects, mobilizes, quickens and transforms...*this* is both when and how music helps» (ibid., s. 9). Musikkens virkning skjer ikke bare i hjernen eller psyken, bare i dyadiske relasjoner, eller bare innad i sosiale strukturer. En helhetlig økologisk forståelse er nødvendig.

## 2.4 Helse og helsefremmende arbeid

Verdens helseorganisasjon (WHO) formulerte i 1948 sin velkjente og mye omdiskuterte definisjon som beskriver helse som «a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity» (sitert i Huber et al., 2011, s. 235). Definisjonen var den gang grensesprengende, fordi den tilsidesatte den negative definisjonen av helse som fravær av sykdom, og ikke minst fordi den inkluderte både mentale og sosiale områder av helse (ibid.). Definisjonen har i løpet av sin 60 år lange fartstid blitt både kritisert og latterliggjort, men står fortsatt uendret. Kritikken intensiveres stadig, etter hvert som befolkningen nå vokser og eldes, og sykdomsbilder endres (ibid.) For eksempel gjør definisjonen helse uopnåelig for mennesker med kroniske sykdommer og funksjonshemminger (ibid.). Forfatterne, som alle er helseeksperter gikk sammen om å forsøke å redefinere helsebegrepet. Det var bred enighet om behovet for en dynamisk formulering, basert på faktorer som resiliens (motstandsdyktighet), mestring og evne til å håndtere, opprettholde og gjenopprette egen velvære (well-being). Med bakgrunn i dette, foreslås helse som «the ability to adapt and to self manage» (ibid., s. 343). Med denne forståelsen av helse som utgangspunkt går jeg videre til definering av helsefremmende arbeid.

Helsefremmende arbeid handler om å fremme positiv helse; det å ha det bra, det å mestre hverdagen, det å oppleve velvære (Huber et al., 2011). Det går godt an å oppleve positiv helse selv om en for eksempel har en kronisk sykdom, eller lever i en stresset situasjon. Men en trenger gjerne hjelp, støtte og ressurser. Det er denne type behov helsefremmende arbeid rettes mot, til forskjell fra forebyggende arbeid. Disse begrepene brukes gjerne litt om hverandre, og blandes også med folkehelsebegrepet. Sosial og helsedirektoratet (2004) forklarer forskjellene på de to tilnærmingene slik:

Med helsefremmende arbeid forstås tiltak som skal bedre forutsetningene for god helse og ta sikte på å fremme trivsel, velvære og mulighetene til å mestre de utfordringer og belastninger mennesker utsettes for i dagliglivet. Med forebyggende arbeid forstås tiltak som rettes mot å redusere sykdom eller død, og/eller risikofaktorer som bidrar til sykdom, skader eller for tidlig død (S.11)

Med utgangspunkt i dette argumenterer jeg for at musikkterapigruppene på helsestasjonen bør forstås som helsefremmende arbeid, ikke forebyggende. Jeg går nå videre til teoriperspektiv på førstegangsmødre.

## 2.5 Moderskapskonstellasjonen

Stern (1995) skriver følgende i innledningen til boka *The Motherhood Constellation*:

I am suggesting that with the birth of a baby, especially the first, the mother passes into a new and unique psychic organization that I call the *motherhood constellation*. As a psychic organizer, this «constellation» will determine a new set of action tendencies, sensibilities, fantasies, fear, and wishes (s. 171).

Idet barnet blir født entrer moren en ny mental innstilling. En psykisk omorganisering sørger for at kvinnens tidligere tenke- og væremåter, som hovedsakelig var preget av hennes egne tanker, følelser og behov, nå skyves i bakgrunnen av den nye innstillingen som Stern kaller moderskapskonstellasjonen (Stern, 1995). Dette er en helt normal og frisk tilstand av ulik varighet, og særlig fremtredende hos førstegangsmødre. Deltakerne i dette musikkterapiprosjektet er alle nybakte mødre i «moderskapskonstellasjonen», og er som følge av denne særlig opptatt av fire tema (ibid.) Jeg har oversatt betegnelsene på disse.

### 2.5.1 Fire tema

*Tema om liv og vekst:* I første omgang er morens viktigste oppgave å holde barnet i live og se til at det utvikles og trives. For de fleste mødre er erkjennelsen av at de plutselig har det hele og fulle ansvar for et annet menneskes liv, svært skremmende, skriver Stern (2000, s. 15). Dette er en svært belastende situasjon for alle mødre/foreldre, fortsetter han, og særlig for den førstegangsfødende. Selvtilliten og tryggheten er ikke der av seg selv fra øyeblikket barnet fødes. Egenskapene nevnt utvikles litt etter litt, ut fra erfaringene mor etter hvert får av at barnet både overlever, vokser og trives i hennes omsorg (ibid.; Stern, 1995).

*Tema om primærrelasjoner* handler om den nære relasjonen, tilknytning og bånd mellom mor og barn. Disse danner forutsetninger for barnets psykiske utvikling, og krever at moren evner å engasjere seg emosjonelt i barnet på en ekte, genuin måte (Stern, 1995, s. 176). Selv om moren kan ha følt at hun har begynt å bli kjent med barnet under svangerskapet, er den nyfødte egentlig et mysterium for den nybakte moren, sier Stern (2000 s. 16). Barnet har en enorm tiltrekningskraft på moren, samtidig som hun må lære å tillate seg å bli elsket av barnet, og virkelig tro på at det er hennes eget (ibid.). Stern (1995) viser til Winnicotts begrep «primary maternal preoccupation», som er en tilstand av forhøyet sensitivitet hos mor der hun

gir seg hen til en intensiv identifikasjon med barnet for etter beste evne å være i stand til å lese og møte dets behov. Når Stern (1995) beskriver primærrelasjonen som preger barnets første leveår omfatter denne:

...the establishment of the human ties of attachment, security, and affection, the regulation of the baby's rhythms, the «holding» of the baby, and the induction of and instruction in the basic rules of human relatedness that are carried out preverbally, such as the production and reception of affect signals and social signals and the negotiation of intentions and intersubjectivity (s. 176.)

Til forskjell fra Winnicotts «primary maternal preoccupation», som varer i noen uker eller måneder etter fødselen, er Sterns tema om primærrelasjoner aktuelt i over et år (1995).

*Tema om støttenettverk* dreier seg om hvorvidt moren har tilgang til støttesystemet hun behøver for fullt ut å kunne oppfylle de to første temaenes oppgaver. Støttenettverket besto tradisjonelt av storfamilien, og særlig kvinnene i denne, men i dagens vestlige samfunn er slike fellesskap mer utilgjengelige (Stern, 1995). Ett hovedformål med støttenettverket, eller matrisen, er «...to protect the mother physically, to provide for her vital needs, and for a time to buffer her from the exigencies of external reality so that she can devote (...) herself to the first two tasks» (ibid.). Altså å tilby ivaretagelse og beskyttelse. Far<sup>5</sup> har alltid spilt en betydelig rolle i denne sammenheng, og nå som den lille kjernefamilien er den dominerende familieformen, er det tenkelig at rollen er, og vil bli, ytterligere utvidet. Stern skiller mellom «new parents» og «traditional parents», der de nye foreldrene etterstreber likestilling mellom foreldrene, mens de tradisjonelle verdsetter forskjellen i foreldrerollene (ibid.). Den «nye faren» kan delta i nærmest alle omsorgsoppgaver, men det er imidlertid enkelte støttefunksjoner faren ikke kan fylle. Disse faller under støttenettverkets andre hovedfunksjon, som dreier seg om psykologisk støtte og anerkjennelse, instruksjon og veiledning. Særlig de siste funksjonene kan andre morsfigurer tilby, i kraft av sin kunnskap og erfaring av selv å bli mor. Far kan gjennom bekreftelse og anerkjennelse stå for *en del* av det psykologiske støttemiljøet, og morsfigurene for andre deler, og således til sammen tilfredsstillende mors behov for å føle seg tilstrekkelig omsluttet, støttet, verdsatt og veiledet (ibid.).

---

<sup>5</sup> Her bruker jeg betegnelsen far, fremfor partner, fordi forskjellene som beskrives er knyttet til biologisk kjønn. Stern forsøker her å få frem at det er en forskjell på hva kvinner og menn kan tilby den nyblitte mor. Ellers bruker jeg «partner» på den andre omsorgspersonen, som et kjønnsnøytralt og mindre heteronormativt alternativ.

*Tema om identitets-omorganisering* handler om morens behov for å transformere og omorganisere egen identitet (ibid. s. 180). Hennes «identitetssentrum» endres fra datter til mor, fra ektefelle/samboer/kjæreste til forelder, fokus skiftes gjerne vekk fra karriere og mot barnet og støttenettverket. «This theme of identity organization is both a *cause* and a *product* of the reinvolvement with maternal figures of the supporting matrix...» (ibid.). Morsfigurer i støttenettverket vil kunne være modeller og veilede moren i denne prosessen. Omorganiseringen krever at moren revurderer og justerer sine emosjonelle investeringer og prioriteringer rundt fordeling av tid, krefter og egne aktiviteter. Hverdagen preges etter hvert av utfordringer som vil ha betydning for denne identitetsprosessen, som det å finne en balanse mellom barn og jobb, finne sin nye plass i samfunnet og i familien – nå som *mor*, med alle de nye oppgavene det av innebærer (ibid.; Stern, 2000).

Oppsummert er moderskapskonstellasjonen er unik mental innstilling som preger alle sider av den nye tilværelsen som mor. Den påvirker følelser, tanker og prioriteringer. Det er en helt frisk og normal tilstand og individuelt hvor lenge den varer.

## 2.6 Foreldrementalisering

Det neste sentrale teoretiske begrep for å forstå spedbarnsforeldre og barn er mentalisering. Mentalisering er vanligvis definert som å implisitt eller eksplisitt fortolke egne og andres handlinger som meningsfulle ytringer av indre liv, eksempelvis behov, ønsker, følelser og fornuft (Skårderud og Sommerfeldt, 2008). Slade (2006) knytter mentaliseringsevner spesifikt opp mot foreldrerollen med begrepet «parental reflective functioning». I denne oppgaven vil jeg konsekvent bruke «foreldrementalisering» som oversettelse av begrepet. Slade (ibid.) definerer foreldrementalisering som «... the capacity to make sense of her/his child as a separate differentiated person with thoughts, feelings, and a mind of his own – to think reflectively about that child» (s. 640). Hun utdyper definisjonen med at foreldrementalisering handler om:

- Sensitivitet og forståelse til å noenlunde presist oppfatte barnets indre tilstand og å handle passende deretter.
- Å regulere barnets fysiologiske og følelsesmessige tilstand ved å både empatisk bekrefte barnets opplevelsestilstand, og «å ta ett skritt til siden» for å regulere denne

tilstanden. Etter hvert regulerer foreldre ved at man lærer å kjenne og forutse barnets typiske måte å håndtere ulike situasjoner.

- Å forstå sitt eget sinn, og erkjenne hvordan egne tilstander, holdninger og relasjonserfaringer påvirker samspillet med barnet. En slik selvrefleksjon vil kunne hindre at samspillet å bli over- eller feilfortolket av forelderen.

Sagt med andre ord er god foreldrementalisering kjennetegnet ved at omsorgspersonene anerkjenner barnet som sentrum i eget opplevelsesunivers. De har noenlunde presise antakelser om hvilken indre tilstand som ligger bak en bestemt atferd, og en god mental «modell» av barnets sinn, som igjen hjelper forelderen til å forutse atferd. Forelderen bruker sin forståelse til å forutse og regulere overveldende emosjoner hos barnet. Forelderen har dessuten tilgang til, og er undrende og reflekterende til sitt eget indre, og følelser tilknyttet foreldreskapet spesielt (Söderström & Skårderud, 2009). Oppsummert handler foreldrementalisering om å se og bekrefte barnets indre tilstander, og å bruke en sensitiv innlevelse, i sitt eget og barnets sinn, og bruke forståelsen av sinn til å regulere, roe og trøste barnet. God foreldrementalisering beskytter barnet mot overveldelse og høy fysiologisk aktivering, som kan være skadelig for spedbarns hjerneutvikling dersom mangelfull regulering vedvarer eller blir et mønster for samspillet (Schore, 2001). Konseptet «affektregulering» er derfor sentralt i mentalisering.

### **2.6.1 Affektregulering**

Mentalisering er en type mentale evner eller kapasiteter, som vi alle innehar. Det handler ikke bare om kognitive prosesser, men egenskaper som utvikles parallelt med oppdagelsen av affekter gjennom spedbarnets nære relasjoner. Affektregulering defineres av Fonagy, Gergely, Jurist, and Target (2002) som evnen til å modulere affektive tilstander. Forfatterne anser affektregulering som et «preludium» til barnets utvikling av mentalisering, idet selvopplevelse og agens for spedbarnet erfares gjennom denne reguleringen. Det skilles videre mellom to former for affektregulering: på den ene siden finner vi affektregulering i form av tilstandsregulering, og på den andre siden en mer sofistikert variasjon der affekter brukes for å regulere selvet (ibid.). Affekter og affektregulerende atferd er altså vevd inn i hverandre, idet affekter både blir regulert og utfører regulerende funksjoner (Hansen, 2010).



## 2.6.2 Markert speiling

God mentalisering betyr også å være psykologisk og emosjonelt tilgjengelig for barnet. Dette legger grunnlaget for trygg tilknytning. God foreldrementalisering inngår i gode sirkler som i sin tur utvikler barnets egen evne til å forstå seg selv og andre mennesker, skriver Fonagy et. al. (2002). Forfatterne sier at spedbarnet er grunnleggende avhengig av å finne seg selv, sine indre tilstander, i forelderens sinn. Forelderens åpne ansikt og sinn er «speilet» som barnet trenger for å bli kjent med seg selv. Omsorgsrelasjonen er læringsarena for hva en relasjon er, og hvordan sosialt samspill fungerer. Gjennom affektiv inntoning blir spedbarnets uttrykk bekreftet og rommet av omsorgspersonen. Dette skjer som oftest spontant, og gjennom herming, ansiktsuttrykk og lyder (Skårderud & Sommerfeldt, 2008), hva Fonagy et. al (2002) kaller «affect mirroring». I omsorgspersonens uttrykk ligger en re-representasjon av barnets eget uttrykk, og en antakelse om hvilke følelser hun antar at barnet opplever. Det er omsorgspersonens oppgave å speile disse tilbake til barnet på en måte som bekrefter og roer, fremfor intensiverer følelsene. Dette skjer gjennom en *markert* speiling, som også er grunnleggende for utviklingen av barnets egen kapasitet til selvregulering (ibid.). Skårderud og Sommerfeldt (2008) forklarer det slik: Eksempelvis gråter barnet når det ikke har det godt. Det kan være fordi det er sultent, eller trøtt. Omsorgspersonen viser så barnet med ansiktsmimikk, språk og gester at de forstår. Hun *speiler* barnets ubehag. Men samtidig legger hun inn et moment av trøst, for eksempel smil eller pludrende lyder. Hun viser barnet at hun *har og tar ansvar*. Gjennom dette markerer omsorgspersonen en forskjell, nemlig at hun selv ikke har det dårlig. Barnet blir bekreftet i noe felles, samtidig som det erfarer grunnleggende følelsesmessige forskjeller. Gjennom dette utvikles ikke bare barnets sinn, det lærer også at vi har forskjellige og separate sinn.

## 2.6.3 Mentalisering og tilknytning

Tilknytningsteori er sentral for mentaliseringsmodellen. Bowlby og hans tilknytningsteori understreker det komplementære i relasjonen mellom barn og foreldre, i sine beskrivelser av hvordan mennesket er grunnleggende avhengig av trygghet og relasjoner for å utvikles og overleve (Se f.eks. Bowlby, 2008). Trygg tilknytning fremmer evnen til mentalisering, mens utrygg tilknytning, derimot, kan svekke eller hemme mentaliseringsevnene. Dette kan ha en midlertidig varighet eller være mer omfattende, som svar på konflikter eller mangler i følelsesmessige forhold, akutt stress eller traumer hos sårbare individer (Skårderud & Sommerfeldt, 2008).

#### **2.6.4 Omsorg gjennom sinn og stemme**

Mentaliseringsperspektivet er her valgt som en måte å belyse hvordan omsorg kan formidles både gjennom å holde barnet i mente, men også en idé om at dette også kan skje gjennom bruk av sang og stemme. Jeg har en antakelse om at foreldre kan tone seg inn og bekrefte barnet på en måte tett opptil det Fonagy et al. (2002) beskriver som affektiv, markert speiling, gjennom stemme og sang. Etter min mening kan sang som musikalske uttrykk, både romme, ramme inn, og være form til den type markeringer som regulerer barnets emosjonelle, affektive og kroppslige tilstander. På denne måten kan sang og musikk trolig bidra til barnets mentaliseringsevner og stimulere til god foreldrementalisering.

## 3 Forskningsdesign og metode

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for studiens vitenskapsteoretiske og filosofiske forståelsesramme og hvordan vitenskapsteori, metodologi og valg av konkrete metoder henger sammen. Jeg reflekterer også over problemstillinger knyttet til forskningsetikk og metodekritikk.

### 3.1 Et kvalitativt forskningsprosjekt

Formålet med dette forskningsprosjektet er å få innblikk i en gruppe førstegangsmødres *opplevelser* av å delta i musikkterapigruppe sammen med barnet sitt. Jeg søker dybdeforståelse av denne bestemte gruppas opplevelser, i et bestemt tidsrom og kontekst. Dette innebærer undersøkelse av subjektive opplevelser og meningsdannelse og forutsetter en kvalitativ metodikk. I følge Thornquist (2003) må all forskning være gjenstandsspesifikk. Det vil si at forklaringstyper og forskningsmetoder må tilpasses fenomenene som undersøkes. Jeg har valgt kvalitativ forskningsmetode fordi dette muliggjør en dypere forståelse av fenomenene jeg undersøker. Videre er forskningsprosjektet forankret i en fortolkende fenomenologisk forståelsesramme, som jeg vil gjøre rede for nå.

### 3.2 Fortolkende fenomenologi

Dette forskningsprosjektet forankres både i fenomenologi og hermeneutikk fordi opplevelser og meningsdannelse er fenomenene som undersøkes. Gjengivelse av andre menneskers opplevelser vil imidlertid etter min mening, alltid innebære fortolkning, altså en hermeneutisk dimensjon. Et fortolkende fenomenologisk perspektiv innebærer et menneskesyn som skiller seg fra positivismen og empirisismen. Retningen fremhever at *forståelse* er et grunntrekk ved mennesket: Mennesker befinner seg i verden på en grunnleggende annen måte enn både ting og andre former for levende vesener. Mennesker deltar i en verden av *mening* – alle fenomener som utgjør den menneskelige kultur, er karakterisert ved intensjonalitet eller meningsfullhet, skriver Thornquist (2003, s. 140).

I fenomenologien rettes oppmerksomheten mot verden slik den erfares av subjektet (Thornquist, 2003). Den kalles ofte for bevissthetsfilosofi på bakgrunn av hvordan man i fenomenologisk analyse klarlegger hvordan verden konstitueres av vår bevissthet (ibid.).

Menneskets bevissthet er karakterisert ved en form for rettethet eller intensjonalitet. Med dette menes at den aldri er tom, men alltid rettet mot noe (Thornquist, 2003, s. 84). Fenomenologien har en overordnet forståelse om at den virkelige verden er den mennesker oppfatter (Kvale & Brinkmann, 2009). I en fenomenologisk forskningsprosess rettes fokus mot å forstå sosiale fenomener ut fra aktørens egne perspektiver, idet målet er å beskrive verden slik den oppleves av deltakerne (ibid.).

Av særlig interesse for dette forskningsprosjektet er den fenomenologiske filosofen Merleau-Ponty, som er kjent for å ha knyttet den menneskelige subjektivitet til kroppen, og kroppen selv som en kilde til kunnskap (Thornquist, 2003). Et slikt utgangspunkt gir grunnlag for å oppvurdere kroppslig og praktisk kunnskap, og fremheve betydningen av førstehåndserfaringer (ibid.).

Fenomenologisk metode dreier seg om å beskrive det gitte fenomenet man er interessert i, så presist og fullstendig som mulig (Merleau-Ponty sitert i Thornquist, 2003 s. 46). Målet blir å *beskrive*, snarere enn forklare og analysere. I denne oppgaven dreier det seg om å beskrive deltakernes opplevelser i en musikkterapigruppe, og gjennom dette komme med fyldige, erfaringsnære og kontekstualiserte data om deres opplevelser.

## **En hermeneutisk dimensjon**

Hermeneutikk kalles ofte fortolkningslære, og beskjeftiger seg med forståelse, meningsdannelse og tolkning av tekster og andre menneskelige uttrykk. Meningsfulle fenomener som fortolkes inkluderer fenomener som bare eksisterer i øyeblikket, som dans, så vel som varige uttrykk, for eksempel bygninger, skriver Thornquist (2003, s. 141). Videre har man i hermeneutikken å gjøre med intenderte uttrykk, som tekster, så vel som ubevisst formidlede og påvirkende forhold, for eksempel kulturelle forestillinger og ritualer (ibid.). I denne oppgaven er jeg opptatt av å forstå, og til en viss grad fortolke menneskers opplevelser av mening i musikkterapigruppen. Disse oppfatter jeg som en type meningsfulle uttrykk som oppstår i øyeblikket, og som inneholder viktig kunnskap som jeg som forsker forsøker å nærme meg.

Sentralt i hermeneutikken er det at en meningsytring bare kan bli forstått om den blir sett i sammenheng med helheten eller konteksten. Dette kalles ofte for den hermeneutiske sirkel,

eller hermeneutiske spiral, og innebærer at helheten endrer seg når delene får ny mening (Thornquist, 2003). Sirkelbegrepet er blitt kritisert for å gi assosiasjoner til repetisjon – at noe gjentar seg på nøyaktig samme måte. Spiralbevegelsen antyder derimot en videre bevegelse, der man aldri kommer tilbake til nøyaktig samme sted, men der hver omdreining bidrar til økt forståelse (ibid., s. 143). I mitt forsøk på å komme nærmere en forståelse av deltakernes opplevelser erfarte jeg denne spiralbevegelsen i måten jeg forholdt meg til innsamlede data. For hver gjennomlesning opplevde jeg at nye dimensjoner av mening ble lag til, og disse tilførte noe som utvidet forståelsesgrunnlaget.

Heidegger, en sentral skikkelse innen hermeneutikken, beskriver mennesket fenomenologisk, slik det fremtrer – og gjør samværet til noe grunnleggende, (Thornquist, 2003). Han sier at som mennesker er vi ikke isolerte, derimot er vi innvevd i en verden som vi deler sammen med andre (ibid., s. 159). Thornquist viser til Svenneby (1996) som beskriver noe av det samme på følgende vis: «...Min eksistens forutsetter andre. Menneskets tilværelse er en ”medtilværelse”(...)». Dette relasjonelle aspektet ved hermeneutikken er spesielt interessant i sammenheng med forskningsprosjektet, fordi jeg mener det kan knyttes opp mot hvordan spedbarnet den første tiden er grunnleggende avhengig av omsorgspersonenes tilstedeværelse og bekreftelse for å erfare sin egen eksistens, slik Fonagy et al. (2002) beskriver. Det er i møtet med en sensitiv og tilstedeværende omsorgsperson at spedbarnet finner seg selv (ibid.).

### **3.3 Metodologi og forskningsdesign**

Jeg hadde behov for et fleksibelt forskningsdesign med rom for endringer underveis, fordi jeg i forkant ikke visste hva som ville skje i gruppa. Gruppa ble startet opp i forbindelse med forskningsprosjektet, slik at alle ledd av mitt arbeid kom til å bli en del av forskningsprosessen, fra planlegging og oppstart av samarbeid med helsestasjonen til gjennomføringen av det praktiske opplegget og etterarbeid i form av evaluering og intervjuer. Jeg ønsket å nå fram til relevante og meningsfulle data og har hele veien vært åpen for at ny kunnskap kunne endre min retning i utforskningen. Fleksibilitet anses som en av fordelene ved kvalitativ forskning, og et eksplorerende forskningsdesign gir rom for endringer underveis (Thagaard, 2009).

Forskningsmetodevalg bar også preg av forskningsprosjektets dimensjon av uforutsigbarhet. For å holde muligheten for triangulering av data åpen, noe som er vanlig i case-studieforskning (Yin, 2005), tok jeg i bruk ulike forskningsmetoder underveis i prosessen. Jeg tok lydopptak av alt som foregikk i gruppa i tillegg til systematisk, reflektiv loggføring med utgangspunkt i mine egne observasjoner fra hver samling. Tidvis var samtaler og refleksjon rundt aktuelle tema en del av møtene i gruppa. Lydopptak av samtalene transkriberte jeg som om de var en kortfattet form for fokusgruppeintervju. Avslutningsvis gjennomførte jeg semistrukturerte intervjuer med hver enkelt deltaker. Intervjuene ga deltakerne mulighet til *selv* å sette ord på hvordan de opplevde deltakelse og hva det betydde for dem. Etter gjennomføring, transkriberte jeg intervjuene, og med utgangspunkt i de rike beskrivelsene som fantes der, valgte jeg dette materialet som det primære datagrunnlaget for analysen. Mine egne observasjoner fra samlingene, og transkripsjoner fra disse, har en validerende funksjon overfor intervjumaterialet.

### **3.3.1 Kvalitativ forskningsintervju**

Det kvalitative forskningsintervjuet som forskningsmetode legger til rette for innhenting av beskrivelser av intervjupersonens livsverden, og benyttes når temaer fra dagliglivet skal forstås ut fra intervjupersonens egne perspektiver (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 47). Av særlig interesse er intervjupersonens egne fortolkninger av meningen med fenomenene som blir beskrevet. Jeg valgte semistrukturerte individuelle intervjuer fordi jeg ønsket deltakernes egne beskrivelser av hva de hadde opplevd i musikkterapigruppa. Slike intervjuer legger til rette for at deltakerne selv kan sette ord på hvilken betydning opplevelsene hadde for dem og deres hverdagsliv. Semistrukturerte intervjuer tar utgangspunkt i en intervjuguide med forslag til spørsmål og temaer. Min intervjuguide<sup>6</sup> ble utformet ut fra bestemte tema jeg hadde blitt nysgjerrig på underveis i forskningsprosessen, og erfaringer jeg gjorde meg underveis. En intervjuguide er ment som et hjelpemiddel til å strukturere gjennomføringen av intervjuet, fremfor en «oppskrift» som må følges nøyaktig. Det er rom for å stille både oppfølgingsspørsmål og gå utenfor temaene i intervjuguiden om dette vurderes som hensiktsmessig (ibid.).

---

<sup>6</sup> Se vedlegg 1 Intervjuguide

### **3.3.2 Valg av analyseprosedyre**

På bakgrunn av studiens vitenskapsteoretiske forståelsesramme fundert i fortolkende fenomenologi, var det viktig med en forskningsmetodisk tilnærming til dataanalysen som ivaretok begge disse perspektivene. «IPA» står for Interpretative Phenomenological Analysis (Smith, Larkins & Flowers, 2009) og fokuserer på detaljert utforskning av menneskelig levd erfaring og opplevelse gjennom intervjustudier med få deltakere. Ved hjelp av en trinnav analyseprosedyre søker man innsikt i hvordan mennesker forstår, tolker og gir mening til egne erfaringer og opplevelser. I dette ligger en underliggende grunnholdning om mennesket som et meningssøkende vesen som ønsker å forstå. IPA fremsto for meg som et godt metodologisk alternativ både med tanke på studiens problemstilling og datamateriale.

### **3.3.3 Fortolkende fenomenologisk analyse - (IPA)**

IPA har sitt teorigrunnlag hovedsakelig i fenomenologi og hermeneutikk, med et ideografisk tilsnitt. IPA er fenomenologisk idet den utforsker menneskers subjektive opplevelser, slik de kommer til uttrykk gjennom deres egne beskrivelser. Videre er IPA hermeneutisk ved at deltakerne selv reflekterer rundt, tolker og gir mening til egne opplevelser, før forskeren tolker videre ut fra deltakernes beskrivelser. Analysen blir dermed et felles produkt idet den reflekterer både deltakerens opprinnelige uttalelser, refleksjoner og tolkninger, og forskerens tolkning og kontekstualisering av disse igjen. Dette «forskningssamarbeidet» er kanskje også årsaken til at personene involvert i forskningen i IPA-studier ikke kalles informanter, men deltakere (Smith et al., , 2009). Til slutt er IPA ideografisk<sup>7</sup> i hvordan fokus rettes mot det unike eller «bestemte». Med dette menes at man tilstreber en forståelse av hvordan bestemte erfarte fenomener er blitt forstått ut fra perspektivene til bestemte mennesker i en bestemt kontekst (min oversettelse, *ibid.* s. 29). Man søker altså en detaljert dybdeforståelse av enkelttilfeller som tar hensyn til kontekst, fremfor å kunne trekke slutninger på populasjonsnivå. Mitt prosjekt vil altså ikke kunne danne grunnlag for slutninger på populasjonsnivå, dette er heller ikke målet, men forhåpentligvis kan deltakernes fortellinger gi en dybdeforståelse og kunnskap som kan komme flere enn forskningsgruppa til gode.

---

<sup>7</sup> Jeg går ikke i dybden på ideografi fordi det først og fremst er den fortolkende fenomenologiske dimensjonen som er sentral i dette forskningsprosjektet.

## **3.4 Fremgangsmåte og prosedyrer**

Dette forskningsprosjektet har hatt en varighet fra desember 2013 til desember 2015. I forberedelsesfasen etablerte jeg samarbeid og gjennomførte et pilotprosjekt på helsestasjonen der jeg arbeidet praktisk med en gruppe. Etter dette arbeidet jeg med å tilpasse og justere musikkterapitilbudet ut fra erfaringene fra piloten, samt rekruttere deltakere til en ny gruppe. Så fulgte datainnsamlingsfasen, hvor jeg både gjennomførte musikkterapi-gruppe og intervjuer av deltakerne, etterfulgt av databearbeiding og analyse. Denne masteroppgaven markerer avslutningen på prosjektet. I det følgende vil jeg først beskrive musikkterapi-tilbudet, og deretter fremgangsmåten for datainnsamling og –analyse.

### **3.4.1 Pilotprosjekt**

I sammenheng med gjennomføring av egenpraksis vårsemesteret 2014, etablerte og gjennomførte jeg et musikkterapitilbud for foreldre og spebarn i samarbeid men en helsestasjon i Oslo. Tilbudet rettet seg mot spedbarnsforeldre generelt, men kun mødre deltok. Ni mor-barn-par deltok på åtte treff over en tremånedersperiode. Dette praksissamarbeidet med helsestasjonen var første ledd i gjennomføringen av forskningsprosjektet. Avslutningsvis evaluerte deltakerne tilbudet gjennom en enkel spørreundersøkelse på epost. Svarene og egne erfaringer fra gjennomføringen av tilbudet, utgjorde grunnlag for justeringer av tilbudet i forkant av datainnsamlingsperioden.

### **3.4.2 Justering av tilbudet og rekruttering**

I forkant av datainnsamlingsfasen justerte jeg selve tilbudet på helsestasjonen til å inkludere kun førstegangsmødre og spedbarn fra 2-12 måneder. Som nevnt i oppgavens innledningskapittel, var jeg interessert i å undersøke hvorvidt det at alle var førstegangsmødre hadde betydning for deltakerne. Rekruttering til musikkterapi-gruppa skjedde i samarbeid med helsesøstre som informerte mødre på første barseltreff. Informasjon var også tilgjengelig på helsestasjonens oppslagstavle. Førstegangsmødre med tilhørighet til helsestasjonen ble invitert til deltakelse i forskningsprosjektet i form av åtte musikalske møter og ett individuelt intervju. De som ønsket å delta tok selv kontakt med meg via epost eller telefon for påmelding. Deltakelse var frivillig og basert på informert samtykke. Dette kommer jeg tilbake under overskriften refleksjon over etikk og metode.



### 3.4.3 Musikkterapigruppa

Deltakerne i dette prosjektet var ni førstegangsmødre i alderen 27 til 36 år, med barn mellom 12-18 uker ved oppstart. Mor-barn-parene tilhørte ikke utsatte grupper med uttalte utfordringer, for eksempel samspillsutfordringer eller tegn på fødselsdepresjon hos mor, men mødrene hadde gjennomgått en stor livsendring i form av å ha blitt mor for første gang.

Deltakelse i en musikkterapigruppe vil ha forskjellig betydning i hvert enkelt tilfelle. Jeg vil nå gi innblikk i musikkterapigruppa på helsestasjonen gjennom å beskrive *hvordan* tilbudet var organisert, *hva* innholdet var og *hvorfor* jeg har gjort bestemte valg. Sistnevnte spørsmål tar utgangspunkt i målsettinger for gruppa.

#### Hvordan

Over en tomånedersperiode møttes deltakerne ukentlig til musikkterapigruppe på sin lokale helsestasjon. Tilbudet var presentert som et frivillig lavterskeltilbud med et helsefremmende, forebyggende fokus, der mor-barn-samspill kunne utforskes gjennom musikken. Samlingene foregikk på et møterom på helsestasjonen. Jeg sto for alt av instrumenter og rekvisitter, bortsett fra matter som ble lånt av fysioterapeuten. I gruppa var sang og stemmebruk hovedinstrument, men jeg brukte også djembe<sup>8</sup> og gitar som støtteinstrumenter. Enkle perkusjonsinstrumenter var tilgjengelige for deltakerne, men de var ikke mye i bruk. Musikkterapigruppa hadde en lukket struktur, slik at det var de samme deltakerne som møttes fra gang til gang. Oppmøtet var stabilt og de fleste var til stede 6 av de 7 gangene vi møttes.<sup>9</sup> Gruppa var homogen, i den betydning at alle var førstegangsmødre fra nordiske land, som hadde fått barn til omtrent samme tid, slik at babyene også var omtrent like gamle. Ut i fra dette kan man anta at mødrene gikk gjennom mange av de samme psykologiske prosessene og erfaringene parallelt (Stern, 1995).

#### Hva

Innledningsvis var det satt av litt tid før musikken, slik at deltakerne kunne «lande i rommet», prate sammen og ta hånd om eventuelle behov hos barna som amming og bleieskift. Jeg improvisert ofte med gitar og stemme, for å skape en musikalsk ramme rundt det som

---

<sup>8</sup> Djembe er en type tromme.

<sup>9</sup> En av de åtte samlingene falt bort på grunn av sykdom.

foregikk i rommet. Wind chimes<sup>10</sup> ble brukt for å fange oppmerksomheten og markere begynnelsen. En nokså sammenhengende musikkstund fulgte så, løst strukturert i bolker med rom for improvisasjon både i rekkefølge og innhold. Innhold var basert på barnesanger, rim og regler, med innslag av samtale/kort refleksjon underveis. Noen ganger hadde jeg forberedt samtaletema i forkant, gjerne basert på spørsmål som hadde dukket opp ved forrige møte. Andre ganger var samtalene spontane, og tok utgangspunkt i det som hendte der og da. Formålet med samtalene var å sette i gang bevisstgjøringsprosesser hos mødre som tydeliggjorde hvorfor vi gjorde det vi gjorde, og hva som skjedde i møtet mellom mor-barn og musikken. Særlig de første samlingene snakket vi om de hadde sunget hjemme siden sist, og hvordan det hadde vært. Spørsmål i denne sammenheng var eksempelvis «Hva skjer med barnet når du synger?», «Hvordan ser du at barnet koser seg/har det gøy/blir fornøyd?». Og videre «Hva skjer med deg?» «Hva ser du/føler du?». Formen for musikkopplegget var grovt skissert 1) velkomst med navne- og hilsesanger, 2) «oppvarming» med allsang av kjente barnesanger, 3) regler og sanger med fokus på berøring/bevegelse, 4) sanger/improvisasjon tilrettelagt for ro og nærhet, 5) felles lytting både til at jeg fremførte noe, og innspilt instrumentalmusikk, 6) avrundning og avslutning med «ha-det»-sang. Gjennomgående ble aktivitetene variert med virkemidler som endring i dynamikk, tempo, stående/sittende/liggende posisjon, sanger med/uten akkompagnement av tromme/gitar.

## **Hvorfor**

I gruppa arbeidet jeg ut fra en antakelse om at sang, rytme og bevegelse styrker kontakt og samspill, og er gode aktiviteter for å roe og regulere barnet. Musikkaktiviteter antas å være bra for *både* barnet og mor. Overordnet mål var å skape en musikkstund som la til rette for gode opplevelser for mor og barn, og at innholdet skulle tilby begge noe meningsfullt, både hver for seg, og sammen. Som musikkterapeut ønsket jeg å tilby en atmosfære der både mor og barn opplevde seg hørt og sett, som var trygg og avslappet og som både styrket følelse av samhørighet mellom mor og barn, og skapte fellesskapsfølelse mellom gruppedeltakerne. Jeg var særlig opptatt av å være sensitiv overfor spedbarna og tok alltid deres utviklingsnivå, dagsform, og reaksjoner underveis med i en kontinuerlig vurdering av opplegget, både der og da - øyeblikk for øyeblikk, og i planlegging og utvikling av innhold – fra samling til samling. Dette ble gjort ut i fra målsettingen om å støtte opp om og bidra positivt til spedbarnets

---

<sup>10</sup> Wind chimes, også kalt stjernedryss i musikkterapisammenheng, er et lite perkusjonsinstrument som består av flere små metallstaver som klinger mot hverandre ved bevegelse. Instrumentet gir en varsom, men oppmerksomhetsfangende, bjelleaktig lyd.

generelle utvikling. Et mål for mødregruppen var å tilby enkel, tilgjengelig kunnskap om musikkbruk med barnet, praktisk forankret i aktivitetene vi gjorde i gruppa. Innholdet i gruppa skulle ha overføringsverdi til deres hverdagsliv, noe som fordret aktiviteter som er enkle å huske og gjennomføre uten ekstra utstyr. Repetisjon ble brukt aktivt for å støtte mødrene og legge til rette for mestringsopplevelser. Mødrene ble oppmuntret til å ta med seg sanger de selv brukte, samt foreslå/ønske seg sanger/aktiviteter de ville lære. Dette med målsetting om å tilrettelegge for eierskapsfølelse hos mødrene. Jeg ønsket at deltakelse i musikkterapigruppa skulle gi mødrene musikalske verktøy de kunne ha nytte av i hverdagen med barnet, ressurser i møte med utfordringer som roing, trøst og regulering av barnet, og som inspirasjon til en annen måte å leke og være sammen med barnet på.

### **3.4.4 Gjennomføring av intervjuer**

Jeg gjennomførte ett prøveintervju med en medstudent som intervjuobjekt, en tid i forkant.<sup>11</sup> Dette for å sikre at spørsmålene var forståelige, samt for å undersøke omtrent hvor lang tid intervjuet ville ta. Det siste fordi det hadde betydning for planlegging, gjennomføring og tilgang på rom på helsestasjonen. Jeg ønsket å gjennomføre samtlige intervjuer i det samme rommet vi brukte til musikkgruppa, men dette viste seg å bli mer utfordrende en antatt. Intervjuene med studiens deltakerne fant sted mellom en og seks uker etter siste gruppesamling. Fem av ni intervjuer ble gjennomført på helsestasjonen i rommet der vi hadde møttes. Tre ble gjort hjemme hos deltakerne, og ett på et annet møterom. En av deltakerne i gruppa gjennomførte ikke intervjuet fordi hun kun hadde deltatt på to samlinger. Hun fikk tilbud om å intervjues, men vi kom sammen frem til at intervjuet ikke skulle gjennomføres på bakgrunn av begrenset oppmøte. Intervjuene tok utgangspunkt i tidligere nevnte intervjuguide.<sup>12</sup> Intervjuene varierte i lengde fra tjue minutter til opp mot en time. Siden jeg tok lydopptak av intervjuene tok jeg ikke notater underveis, og var i intervjusituasjonen mest opptatt av å være autentisk til stede og følge godt med på hva deltakerne fortalte, hva Kvale og Brinkmann (2010) kaller «aktiv lytting». Dette innebærer at intervjueren må lytte til hva som sies, hvordan de sier det, og i det hele bevare en åpen holdning til fenomenet. Denne holdningen mener forfatterne er like viktig som beherskelse av spørreteknikker. Ved å unnlate å notere underveis opplevde jeg å ha større overskudd til å stille oppfølgingsspørsmål, og ta tak i temaer som dukket opp underveis. Så langt det lot seg gjøre, transkriberte jeg intervjuene

---

<sup>11</sup> Medstudenten var selv småbarnsmor.

<sup>12</sup> Se vedlegg 1 Intervjuguide

rett etter samtalen, eller i løpet av de nærmeste dagene, for å ha intervjuene så friskt i minne som mulig. Jeg transkriberte detaljert og tett opp til intervjupersonens talespråk og uttrykk, for etter beste evne å fange opp stemning, følelsesuttrykk og lignende. Jeg anså dette som verdifull informasjon, fordi det gjorde meg oppmerksom på om uttrykket, altså hvordan de fortalte, opplevdes som konsistent med innholdet i det de sa. Dette er i tråd med IPA-anbefalinger for transkribering (Smith et al., 2009).

### **3.4.5 Datautvalg**

Analysen er basert på ni individuelle intervjuer med prosjektets deltakere. Transkripsjonene av samtalene underveis i musikkterapigruppa har i analyseprosessen hatt validerende funksjon, fordi temaer deltakerne reflekterte sammen om i gruppa, også ble gjentatt og tematisert i de individuelle intervjuene. På bakgrunn av dette har jeg vurdert det slik at transkripsjonene fra gruppa kunne utelates fra analyseprosessen uten at viktige opplysninger og perspektiver gikk tapt.

### **3.4.6 En «IPA»-inspirert analyseprosedyre**

Jeg benyttet meg av Smith et al. (2009) sitt oppsett for analyseprosessen - en tabell med tre kolonner der første kolonne inneholder den originale transkripsjonen, den andre dekker kommentarer og den siste til temaene som trer frem.<sup>13</sup> Forfatterens anbefaling er å utføre analyseprosessen manuelt på en utskrift, noe jeg forsøkte med den første intervjutranskripsjonen. Dette viste seg å være svært tidkrevende, og det var dessuten utfordrende å holde oversikt underveis. Jeg valgte derfor å gjøre de resterende analysene direkte inn i et Word-dokument med samme tabelloppsett. I det følgende vil jeg kort gjøre rede for prosedyren slik jeg tilpasset og anvendte den, trinn for trinn. Jeg har valgt å oversette navnene på trinnene til norsk.

#### **Trinn 1: Lese og lese igjen**

Målet for analysens første steg er å fordype seg i materialet og rette fullt fokus mot deltakeren. En aktiv, engasjert holdning til dataene er en forutsetning for å komme «inn» i deltakerens livsverden (Smith et al., 2009). Jeg foretok først en gjennomlesning av intervjutranskripsjonen mens jeg lyttet til intervjuopptaket. Dette hjalp meg å komme

---

<sup>13</sup> Se vedlegg 2: Eksempelside analyse

nærmere deltakeren og hennes beskrivelser. Jeg begynte å legge merke til måter deltakeren ordla seg på når hun beskrev visse ting og hvilke non-verbale uttrykk<sup>14</sup> som akkompagnerte det hun sa. Jeg la merke til hvilke følelser og tanker teksten vekket i meg, men jeg noterte det ikke ned på dette tidspunktet. Denne første gjennomlesningen og lyttingen kan nærmest beskrives som en slags oppvarming, der oppmerksomheten skjerpes og innstilles på den enkelte deltaker (Smith et al., 2009).

### **Trinn 2: Innledende notering**

Steg 1 og 2 flyter over i hverandre idet man begynner å kommentere og notere under gjennomlesningen. Målet med trinn to er gjennom flere gjennomlesninger å produsere så omfattende og detaljerte notater som mulig rundt det deltakeren forteller (Smith et al., 2009). Første gjennomlesning var en åpen lesning der jeg noterte alt som falt meg inn; spørsmål, assosiasjoner og tanker. Jeg streket under og markerte det som opplevdes som viktig. For de neste gjennomlesningene valgte jeg et fokus, for eksempel på språk og formuleringer som endte i språklige kommentarer, for så i neste omgang ha et mer deskriptivt eller konseptuelt fokus. For å gjøre tydelig hvilke kommentarer som handlet om hva, markerte jeg dem med ulik skriftformatering, slik Smith et al. (ibid.) anbefaler. Språklige kommentarer ble satt i kursiv, mer konseptuelle og refleksive kommentarer ble markert med understreking, mens deskriptive kommentarer var uformatert. Alle kommentarer ble skrevet inn i tabellens høyre kolonne.

### **Trinn 3: Utvikling av temaer som trer frem**

Etter flere gjennomlesninger og kommentering på ulike nivåer, er neste trinn å se etter sammenhenger og mønstre i kommentarene som kan si noe om overordnede linjer i det deltakeren forteller. Disse skal så utvikles til temaer. I denne prosessen blir egne notater like viktige som transkripsjonen selv, noe som reflekterer det gjensidige forholdet mellom I (interpretative – fortolkende) og P (phenomenological- fenomenologisk) i IPA. For hvert steg i analysen beveger man seg lenger vekk fra deltakeren og bringer inn mer av sitt eget (refleksjoner, kommentarer og lignende.). Men dette «egne» er nært forbundet med deltakerens levde erfaring, slik at analysen blir et produkt av begge innsats. På dette tidspunktet er den narrative flyten i intervjuet brutt opp og kan oppleves noe fragmentert. Jeg undersøkte hva som gjentok seg, hva jeg hadde opplevd som viktig og forsøkte å trekke ut

---

<sup>14</sup> For eksempel tonefall, pauser, sukk og nøling.

noen punkter som oppsummerte essensen av hva deltakeren fortalte. På denne måten reflekterer temaene både deltakerens opprinnelige uttalelser og min tolkning av disse. Temaene ble notert i kronologisk rekkefølge i venstre kolonne i tabellen. Jeg tok ikke hensyn til om temaet hadde dukket opp tidligere i transkripsjonen, og følgelig kunne et tema gjenta seg flere ganger i samme transkripsjon.

#### **Trinn 4: Undersøke sammenhenger mellom fremtrådte tema**

Dette trinnet dreier seg om å se på forbindelsene mellom temaene, og forteller noe om hva som er det viktigste og mest interessante ved deltakerens beskrivelser. Den første gangen jeg foretok analyseprosedyren med et intervju, gjennomførte jeg dette trinnet på *individuell nivå*. Jeg strukturerte temaene som kom frem etter trinn tre av analysen i grupper og forsøkte så å plassere grupper av temaer inn i overordnede kategorier. Dette var svært tidkrevende og jeg bestemte meg for å utsette trinn fire til jeg hadde gjennomført de første tre trinnene med samtlige intervjuer, for deretter heller å analysere sammenhenger mellom temaene og mulige overordnede kategorier på *gruppenivå*. Dette var et intuitivt valg, som viste seg også å være Smith et als. (2009) anbefaling om man arbeidet med et større utvalg enn en tradisjonell IPA-studie, som ofte ikke har mer enn seks deltakere.

#### **Trinn 5: Videre til neste tilfelle**

Dette trinnet dreier seg om å gå videre til neste tekst og repetere prosessen. Det er viktig å etter beste evne «spole tilbake», slik at man behandler hvert tilfelle for seg, og retter oppmerksomheten mot det den enkelte deltaker forteller. Lydopptakene var til stor hjelp i denne prosessen. Jeg vil understreke at det ikke er et mål å «glemme» innsikten som allerede analyserte tekster har gitt en. Den er en del av den hermeneutiske spiralbevegelsen, der man vender tilbake til *nesten* samme sted, men med en økt forståelse. Etter gjennomføring av trinn 1-3 med alle tekstene vendte jeg tilbake til trinn 4.

#### **Trinn 4 og 6: Se etter overordnede mønstre på tvers av temaer og tilfeller**

I mitt tilfelle ble trinn 4 og 6 i IPAs prosedyre slått sammen og utført på gruppenivå. Før jeg satte i gang med å se etter forbindelser mellom alle temaene samlet jeg dem i et separat dokument. Jeg fikk da en lang liste temaer som jeg tok utskrift av og klippet opp i lapper med et enkelt tema per lapp. Lappene la jeg utover gulvet og startet med en grovsortering. Denne fysiske fremstillingen og organiseringen av temaene på en stor flate opplevde jeg var til stor

hjelp for å få oversikt. Mange tema gikk igjen, både flere ganger innenfor samme intervju, og på tvers av deltakerne. Andre temaer var mer individuelle, noen hadde lignende varianter hos andre deltakere. Slik ble min oppgave på dette trinnet *både* å se forbindelser mellom de ulike temaene i seg selv, og å se hvilke temaer som gikk igjen hos flere av deltakerne. Metoder for å organisere temaene på var den mest omfattende og tidkrevende oppgaven i analyseprosessen. Den stadige vekslingen mellom analyser på detaljnivå og «zooming» ut til et mer overordnet perspektiv, gjorde at jeg strevde med å holde fokus. I et forsøk på opprydding opp laget jeg en oversikt der temaene ble plassert med utgangspunkt i intervjuguiden. Denne fremgangsmåten gjorde det lettere å se linjene mellom temaene. Nye runder med sortering, omorganisering og omdøping av kategorier måtte til før jeg opplevde at temaene og kategoriene både demonstrerte hvilke overordnede likhetstrekk som var gjeldende i gruppa, men også ivaretok de individuelle nyansene hos deltakerne. Analyseprosessen representerer en manifestasjon av den hermeneutiske sirkel, der den originale helheten intervjuet en gang var, gjennom analysen er blitt et sett deler, som senere kommer sammen igjen til en ny helhet mot slutten av prosessen (Smith et al., 2009). Jeg endte opp med dele inn resultatene i fire hovedkategorier:

**Tabell 1 Resultater**

<b>Personlige gevinster</b>	<b>Dyadiske gevinster</b>	<b>Sosiale gevinster</b>	<b>Overføringsgevinster</b>

Resultatene vil presenteres og diskuteres i kapittel fire. Til slutt i dette kapittelet vil jeg reflektere omkring gjennomføring av forskningsprosessen, med særlig fokus på forskningsetikk og metodekritikk.

### **3.5 Refleksjon over etikk og metode**

I denne delen redegjør jeg for mine vurderinger og refleksjoner rundt forskningsdesign, metode og etikk. Stige, Malterud og Midtgardens (2009) fleksible «agenda» for evaluering av kvalitative forskningsprosjekter, «EPICURE», har vært en god ledesnor. EPICURE er et akronym, der hver bokstav står for ulike aspekter av forskningsprosessen som bør evalueres: «engagement», «processing», «interpretation», «critique», «usefulness», «relevance» og til

slutt «ethics». Forfatterne understreker at de ulike aspektene vil vektes i ulik grad og på forskjellig vis i det enkelte forskningsprosjekt.

«Engagement» handler om forskerens grad av deltakelse, innlevelse og involvering i forskningsprosessen (Stige et al., 2009) I dette prosjektet har jeg som forsker hatt en nærhet til feltet ved selv å stå for den praktiske gjennomføringen med deltakerne.. Jeg deltok i alle aktivitetene sammen med dem, i flere ulike roller: Jeg var først og fremst musikkterapeut, men også gruppeleder, veileder og forsker. Det har vært viktig å forsøke å skille de ulike rollene fra hverandre, og ikke minst være tydelig overfor deltakerne om når jeg var i de ulike rollene. For meg var det spesielt viktig å være sensitiv overfor mor-barn-relasjonen i rollen som veileder. Mitt ansvar var å legge til rette og demonstrere på en måte som ikke gjorde at jeg «tok over» for mødrene, men som gjorde det lett for dem å forsøke og mestre selv. Jeg ønsket å unngå opplevelser av at jeg kunne tilby barna deres noe de selv ikke fikk til. Dette hensynet ble viktig i valg av innhold i musikkstundene og grad av repetisjon. Innledningsvis lurte jeg på om min kunnskap om deltakernes livssituasjon var tilstrekkelig, siden jeg selv ikke har barn. Etter hvert som gruppa og jeg ble kjent, ble det gitt klare tilbakemeldinger på at jeg fremsto som trygg, kompetent og troverdig. Tilbakemeldingen tydeliggjorde at min musikkterapeutiske kompetanse og personlige egenskaper betydde mer enn at jeg ikke hadde erfaring som mor. Slik ble også min rolle i gruppa tydeligere, idet jeg kunne tilby og tilrettelegge for gode musikkopplevelser, mens mødrene kunne tilby hverandre støtte og råd, i kraft av det å være mor.

«Processing» handler om å gjøre rede for fremgangsmåtene i forskningsprosessen (Stige et al, 2009).. I kvalitativ forskning erstattes kravet om reproduserbarhet av krav om transparens, som betyr sporbarhet og åpenhet, for å gjøre forskningen så troverdig og gyldig som mulig (Hiles, 2015). Hele kapittel 3 er dedikert dette formålet, hvor jeg har forsøkt å beskrive de ulike forskningsfasene i detalj. Transparens er tilstrebet gjennom å gjøre rede for når, hvor og hvordan intervjuene ble gjennomført<sup>15</sup>, detaljert beskrivelse av analyseprosessen, der jeg etter beste evne forsøker å tydeliggjøre både hvordan IPA-prosedyren dannet utgangspunkt, og hvordan jeg beveget meg vekk fra prosedyren<sup>16</sup>. Leseren har også tilgang til datamaterialet i oppgavens fjerde kapittel, der empirien, i form av deltakernes sitater, vies stor plass. I

---

<sup>15</sup> Se vedlegg 1: Intervjuguide

<sup>16</sup> Se vedlegg 2: Eksempelside analyse



oppgavens innledningskapittel gjør jeg rede for bakgrunn og motivasjon for prosjektet, for at leseren på et tidlig tidspunkt skal få innblikk i min posisjon og perspektiver som forsker.

«Interpretation» knyttes ulike sider av hvordan forskeren fortolker dataene. Jeg har som forsker en viss forforståelse av mitt forskningstema. Verdier, fordommer og forutsetninger farger både måten jeg har fremskaffet og fortolket dataene, og mine møter med deltakerne (Stige et al., 2009). Disse forholdene har jeg etter beste evne forsøkt å være bevisst på. I begynnelsen av forskningsprosessen handlet dette blant annet om avgrensning, valg av fokus og produksjon av empiri, som igjen henger sammen med min forforståelse, forkunnskaper og motivasjon for forskningen. Jeg har gjort rede for problemstillingene i oppgavens innledningskapittel. I analyseprosessen måtte jeg være bevisst på hvordan dette farget mine fortolkninger, og være åpen for at andre ville tolket mine data annerledes. Imidlertid ga min nærhet til feltet et annet grunnlag å fortolke ut fra, da jeg kunne ha mine egne opplevelser og observasjoner fra gruppa i mente, da jeg tolket deltakernes opplevelser. Jeg har hatt mulighet til å vurdere om det de fortalte i intervjuene hang sammen med utsagn, eller atferd jeg observerte i gruppa, og ut i fra dette reflektere over hvor troverdige deres beretninger var. Dette styrker forskningens troverdighet. I forbindelse med fortolkning er det også rettmessig å kommentere spenningsforholdet som ligger i en fortolkende fenomenologisk tilnærming. En kan kritisere en slik innstilling fordi den medfører en dobbel hermeneutikk, der forskeren fortolker deltakerens fortolkning av egne opplevelser. Mitt ståsted i denne debatten er at jeg søker å la deltakernes egne opplevelser og erfaringer tre frem så «rene» som mulig, men bruker samtidig mitt musikkterapeutiske og teoretiske utgangspunkt, min forståelseshorisont, til å utdype, fortolke og analysere deltakernes opplevelser. Dette er i tråd med IPA-metodikken (Smith et al., 2009).

«Critique» handler om forskerens kontinuerlige vurdering av styrker og svakheter ved forskningen. Selv-kritikk er relevant i alle kvalitative studier fordi forskeren som forskningsinstrument er sentral (Stige et al, 2009). Jeg har allerede tatt for meg måter mine ulike roller, forforståelse og nærhet til feltet har preget forskningsprosessen under «engagement» «interpretation» og «processing». Ukentlige samtaler med praksisveileder hjalp meg med å tydeliggjøre og skille de ulike rollene, og forbli refleksiv og fleksibel under hele praksisdelen av prosjektet. I forbindelse med metodekritikk vil jeg rette et kritisk blikk mot gjennomføringen av intervjuer, tidsrom og sted(er) hvor de ble gjennomført. Møtene i

gruppa pågikk over et tidsrom på to måneder. Målet var å gjennomføre samtlige intervjuer kort tid etterpå, i samme rom som gruppa hadde foregått i. Slik ble det ikke, både fordi grupperommet på helsestasjonen var utilgjengelig, og fordi mange av deltakerne var opptatt i etterkant. For å få gjennomført alle intervjuene, måtte jeg være fleksibel både på tid og sted, noe som resulterte i at intervjuene ble gjennomført i ulike kontekster, opp til to måneder etter avslutning av gruppesamlingene. Slike ulikheter kan ha følger for datamaterialet. For eksempel erfarte jeg at deltakerne som ble intervjuet på helsestasjonen hadde lettere for å tenke tilbake og huske opplevelser og hendelser fra samlingene. På en annen side, fortalte deltakerne som ble intervjuet hjemme hos seg selv med barnet til stede, mer om hvordan deltakelse i prosjektet hadde preget livet etter gruppesamlingene. utenfor. Til sammen opplever jeg at intervjuene utfyller hverandre, og gir et bredere informasjonsgrunnlag.

Punktet «Usefulness» setter forskningsprosjektet i forbindelse med hverdagen og etterspør hvordan forskningen har praktisk, anvendbar nytteverdi i hverdagslige omstendigheter (Stige et al., 2009). Jeg mener det er viktig å ha en grunnleggende forståelse av musikkterapeutisk arbeid med førstegangsmødre og barn fra et brukerperspektiv som bakgrunn for videre utvikling av metode. Evaluering av nytteverdi omfatter også hvilken nytte prosjektet har hatt for de involverte deltakerne. I oppgavens resultatkapittel blir fire ulike områder av gevinst som deltakerne fortalte om, presentert og drøftet. For helsestasjonens del håper jeg forskningsprosjektet har gitt dem innsikt i én av måtene musikkterapeuter og helsestasjoner kan samarbeide på. I dette tilfelle på en måte som krever minimal innsats fra helsestasjonens ansatte som allerede har svært mange oppgaver å fylle. De ansatte kan også tenkes å ha fått noe igjen i samtaler med deltakerne. Flere av helsesøstrene fortalte meg at deltakerne hadde fortalt om positive opplevelser i gruppa.

«Relevance» handler om forskningsresultatenes relevans for aktuelt fagfelt, og andre områder i samfunnet (Stige et al., 2009). I første kapittel gir jeg oversikt over eksisterende kunnskap om musikkterapi, foreldre og spedbarn i både internasjonal og nasjonal sammenheng. Jeg plasserer forskningsprosjektet innenfor musikkterapifeltet og forteller om hvordan prosjektet bygger på eksisterende kunnskap, og på hvilke måter det bringer inn nye perspektiver. Så vidt jeg vet er prosjektet unikt i sitt fokus på friske førstegangsmødre som tilbys musikkterapigruppe for seg og barnet sitt i løpet av barnets første leveår. Det er bare ett annet eksempel på musikkterapi tilbud på helsestasjonen (Aftret, 2006), og få eksempler i

litteraturen på musikkterapi for foreldre og spedbarn med et helsefremmende fokus. Slik gir prosjektet ny kunnskap om førstegangsmødre og spedbarn som målgruppe, helsestasjonen som musikkterapeutisk praksisarena, og potensialet i musikkterapi grupper som helsefremmende tilbud.

«Ethics» handler om forskningsprosessens etiske aspekter (Stige et al, 2009). Dette forskningsprosjektet er meldt inn til, og godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).<sup>17</sup> Jeg innhentet ikke det som regnes som sensitive opplysninger, eller personopplysninger utover navn og alder på deltakerne. I notater og transkripsjoner ble navn fjernet eller erstattet med fiktive navn for å holde oversikt. I masteroppgaven er deltakerne anonymisert etter det forskningsetiske prinsippet om konfidensialitet, som betyr at deltakerne i forskningen ikke skal kunne gjenkjennes ut fra opplysningene som oppgis. Jeg visste ikke i forkant hva som kunne komme frem av erfaringer og tematikk i gruppa, slik at jeg anså det som viktig å inngå en muntlig avtale med deltakerne om taushetsplikt. Dette tok jeg opp ved første møte. Avtalen var å utvise forsiktighet rundt hva man fortalte andre i gruppa, og kun dele egne erfaringer.

Deltakerne samtykket til lydopptak av både det som foregikk i gruppa og av intervjuene. Hvordan data behandles og lagres er viktig og har betydning for konfidensialitet. Lydopptakene ble lagret på en egen minnepinne som ble oppbevart i et låst skap. Under transkriberingen noteterte jeg ingen navn. Jeg renskrev og oversatte alle utvalgte sitater etter analyseprosessen for å best mulig sikre deltakerne fra å bli gjenkjent. Transkripsjonene ble lagret på en annen minnepinne enn intervjuopptakene.

Etter det forskningsetiske prinsippet om informert samtykke fikk deltakerne både muntlig og skriftlig informasjon om forskningsprosjektet i forkant (Mohlin, 2008). Begge deler fikk de av helsesøstre på helsestasjonen. Informasjonsskrivet presiserte tydelig hva deltakelse innebar, for eksempel at deltakelse var frivillig, at det ville bli tatt lydopptak, og at deltakerne til en hver tid hadde mulighet til å trekke seg fra prosjektet uten konsekvenser.<sup>18</sup> Min kontaktinformasjon var også tilgjengelig i informasjonsskrivet, slik at deltakerne kunne ta kontakt ved eventuelle spørsmål. Ut fra kontakten med deltakerne både i forkant og

---

<sup>17</sup> Se vedlegg 4: Tilbakemelding fra NSD

<sup>18</sup> Se vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring.

underveis, vurderer jeg dem som godt informert om hva deltakelse innebar. Skriftlig samtykkeerklæring ble signert av samtlige deltakere.

Det kan knyttes etiske spørsmål til å kalle arbeid med en «frisk» målgruppe terapi. Enkelte kan påstå at dette er å sykelliggjøre friske mennesker. Ut fra min forståelse av musikkterapi, der mål blant annet knyttes personlig vekst, styrking av ressurser og utforsking av identitet har terapibegrepet lite sammenheng med sykelligjøring. At terapi kan ha slike mål, mener jeg er velkjent. Terapi har en annen status og betydning nå enn for bare et tiår siden, og jeg tror det oppleves mindre stigmatiserende enn før å gå i terapi, spesielt når man gjør det frivillig. Jeg spurte deltakerne under intervjuene om de reagerte på ordet terapi, men ingen hadde negative assosiasjoner til det. Svarene varierte fra at de ikke hadde lagt merke til det, til en økt forventning om et mer «gjennomtenkt», «tilpasset» eller «seriøst» tilbud, der forholdene var lagt til rette for godt mor-barn-samspill. Jeg mener det var riktig å kalle tilbudet musikkterapigruppe fremfor musikkgruppe, også overfor deltakerne, fordi det tydeliggjorde mitt kunnskaps- og verdigrunnlag.

## 4 Presentasjon og drøfting av resultater

I dette kapittelet presenteres studiens resultater i en todelt fremstilling. Første del beskriver mødrenes opplevelser gjennom sitater fra intervjumaterialet. Mødrenes sitater bindes sammen av mine kommentarer og innledende refleksjoner. I intervjuene fortalte de om erfaringene fra gruppa i kraft av, og i rollen som *mor*. Dette er årsaken til at jeg her bruker ordet *mødre* fremfor deltakere. I andre del går jeg dypere inn og «bak» funnene ved å diskutere dem opp mot oppgavens teoretiske perspektiver. Denne delen avsluttes med å rette fokus mot hva jeg anser som noe av det unike ved musikkterapeutisk kompetanse og tilnæringsmåte.

### 4.1 Mødrenes opplevelser - Fire områder av gevinst

Når mødre forteller om opplevelsene de har hatt i gruppa, og hva de sitter igjen med i etterkant, beskriver de gevinster på fire ulike områder:

1. **Personlige gevinster**
2. **Dyadiske gevinster**
3. **Sosiale gevinster**
4. **Overføringsgevinster**

I tillegg forteller mødre musikkterapigruppa var «noe mer». Siden dette «noe» ikke er knyttet opp mot gevinst på et spesifikt område, vil jeg utforske dette i den avsluttende diskusjonen, fremfor å vie temaet en egen kategori. Jeg vil nå ta for meg de fire områdene av gevinst. Etter innledningen til hvert område finnes en tabell som gir oversikt over hovedtemaer og undertemaer i området.

#### 4.1.1 Personlige gevinster

Musikkopplevelsene byr på personlige for mødre. Flere forteller at de meldte seg på prosjektet fordi de tenkte musikk ville være bra for barnet, men at tilbudet viste seg å ha noe å tilby dem selv også. I musikkterapigruppa opplevde mødre personlige gevinster i form av ro, tilstedeværelse og kroppslig velvære. Videre tilbød musikkterapigruppa en ramme der de kunne utforske og (gjen)oppdage egne musikalske ressurser. Slik ble sang og musikk et

bidrag til mødrenes «mammarepertoar». Dette begrepet bruker jeg for å romme de ulike kompetansene mødrene drar nytte av i møtet med barnet og omsorgsoppgavene i hverdagen.

Tabell 2 Personlige gevinster

<b>Personlige gevinster</b>	
<b>Påkobling gjennom avspenning</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ro</li><li>• Tilstedeværelse og oppmerksomt nærvær</li><li>• Kroppslig og emosjonell velvære</li></ul>	<b>Musikk som utvidelse av mammarepertoaret</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Bevisstgjøring og vekking av minner</li><li>• Fortrolighet og selvtillit til stemme, sang og musikalitet</li><li>• Kunnskap om musikalske «grep»</li></ul>

### **Påkobling gjennom avspenning**

Flere opplevde den ukentlige stunden som en kontrast til en hektisk hverdag som førstegangsmor. En mamma forteller at hun fant ro i gruppa:

Jeg følte også jeg ble veldig sånn rolig, på en måte. Også når du gikk rundt med den der [klangstaven] ...Lagde bare én sånn lyd sånn liksom, så blir det jo helt rolig og alle er liksom helt stille. Så jeg tror det har en veldig sånn avspennende effekt på alle sammen, da egentlig. Man får liksom roen... Resten av dagen liksom løper man rundt og går fra sted til sted. Så det er veldig fint...Altså, jeg liker jo også det når det er liksom mye som skjer og man danser og sånn, men det her liksom helt sånn rolig, og det å bare høre én tone sånn. Det syns jeg er veldig fint.<sup>19</sup>

Den ene tonen samler oppmerksomheten og roer ned, og kan forstås som en slags musikalsk affektregulering, der musikken er både ramme og agent for reguleringen av både mor og barn (Fonagy et al., 2002). Videre er det behagelig å få være mottaker av en opplevelse. Mødrene er store deler av tilværelsen «på tilbudssida», de må stadig gi av seg selv til barnet for å imøtekomme dets behov. I musikkgruppa var det deilig å få lov å «bare ta i mot» i blant:

Det er veldig godt for oss mødre å sitte og høre på litt sånn sang også.

<sup>19</sup> I sitatene betyr «...» en pause hos deltakeren, og «(...)» at overflødige eller gjentatte deler av sitatet er fjernet.

Musikken tilbyr gode følelser av velvære hos flere av mødrene. En mor sier:

Jeg tror jo også kroppen reagerer. Både sånn sang og dans og sånn tror jeg på en måte gir endorfiner, og er en god opplevelse for mange, da. For de fleste egentlig... Så det kan godt være også at det å synge og sånn gjør meg glad og. Ja, det gir meg også helt klart en del, da.

I gruppa var sang og stemme hovedinstrument. Sangen er i særstilling sammenlignet med annen musikkutøvelse i hvordan den hjelper oss å koble oss på kroppen på et fysiologisk plan. Når vi synger puster vi dypere, pulsen senkes og nervesystemet beroliges (Austin, 2008). Stemmen og kroppen vår er instrumentet, og gjennom den skaper vi musikk, vi omgis av musikk, vi *er* musikk (ibid.). Når mødrene opplever både kontakt med egen kropp og ro, kan en forstå det som at de er tilstede på en oppmerksom og nærværende måte.

En mor forteller:

Man glemte alt annet, ikke sant. Man skulle jo slå av mobilen og alt, så man...Ja, man var *helt* til stede. Det var veldig godt. Sånn meditativt nesten. Ja, det var liksom sånn fritime fra alt annet. Alt annet er liksom lagt bort, ikke sant? Alle andre forstyrrende elementer.

Morens beskrivelse av å være helt til stede som noe godt, samt bruken av ordet «meditativt», peker i retning av at opplevelsen var noe mer enn avslapping. Kanskje kan begrepet mindfulness romme noe av det hun opplever. Siegel (sitert i Bonnár, 2014, s. 112) beskriver mindfulness som «...being aware, each moment of what we are doing, as we are doing it». De forstyrrende elementene i hverdagen som bringer stress og uro, opplevdes fjerne i gruppa, og i stedet «var man helt til stede», øyeblikk for øyeblikk.

Det viste seg som betydningsfullt å ha «god tid». Rent praktisk handlet det blant annet om å tilpasse innhold etter dagsform og justere tempo underveis. «God tid» i overganger, tid til å repetere, og tid til stillhet og pauser innimellom, trekkes frem av mødrene som positivt. «Kairos» skiller seg fra «kronos», den lineære klokketiden, ved å betegne den subjektive, opplevde tiden (Stern, 2007). En mor sier:

Jeg syns tiden gikk så fort og det var veldig sånn god opplevelse, da

Den gode opplevelsen fikk tiden til å gå fort, men ikke på en stressende måte. Tilstedeværelse, ro og nærvær, kan ha bidratt til denne morens positive tidsopplevelse. I tidsrommet før og etter musikken kunne mødrene selv fylle tiden. De «hadde tid» til å snakke med hverandre, pakke sammen uten hastverk og å stille meg spørsmål. Dette mener jeg bidro positivt til gruppa som et rolig, godt sted å være.

Fra disse her og nå-dimensjonene av opplevelsene i gruppa, vil jeg gå videre til mødrenes beskrivelser av hvordan opplevelsene i gruppa satte i gang bevisstgjøringsprosesser rundt identitet og identitet.

### **Musikk som utvidelse av mammapertoaret**

I musikkterapigruppa ble mødrene oppfordret til å dele sanger de brukte eller hadde et forhold til. På et tidspunkt med de også bedt om å dele et minne av å bli sunget for, med de andre i gruppa. Sangene og minnene åpnet dører til egen barndom:

Alt kommer jo tilbake til en når man får det første barnet. Man bare «Jøss, ja det var den her sangen!».

Videre bidro fortellingene til en felles bevissthet omkring hva slike tidlige musikalske minner kan bety, noe som motiverte til å synge mer. En mor sier:

Det får en jo til å tenke på hvor viktig det har vært i barndommen med sang... Og på en måte de minnene det vekker nå, da...Så da tenker man jo, da bør man hvert fall synge for de også, når man har så fine minner av det.

En annen erfarte at:

Du måtte liksom tenke litt igjennom hva, hvilke sanger man selv er vokst opp med. Også finner man ut at det er andre som kjenner til den sangen godt også, ikke sant? Man trodde man var den eneste, liksom. At «Min familie var så rar, vi sang den sangen» og så nei, det gjorde jo alle andre også. Så det var morsomt, det var hyggelig. Sånn *personlig*.

Denne moren beskriver hvordan både likheter og forskjeller ble tydelige. Hun ble klar over at de var flere som sang de samme sangene, mens andre synes det var morsomt å oppleve hvor forskjellige en og samme sang kunne være fra familie til familie.



Både minnearbeidet gjennom historiedelingen, og sangene i gruppa ellers opprettet kontakt med iboende musikalske ressurser. Noen av mødrenes bevisstgjøringsprosesser kan betegnes som gjenoppgivelse av sang og musikalitet som hadde vært en større del av livet tidligere, som får ny relevans i den nye tilværelsen som mor:

Det var veldig sånn morsomt å bare gjøre noe litt utenfor sin egen komfortsone og ikke være så «A4». Man går jo inn i en boble når man gjør det. Og det er morsomt, for mange av sangene kjenner man igjen fra man var små selv. Og man er jo på en måte blitt en forelder, men likevel ... Alt er jo gøy ennå!

Hun fortsetter:

Jeg kan jo tenke meg at når man får barn nummer to og sånn, så har man jo alt det her i seg fra før av. At da vil det falle naturlig fra dag én. Mens som førstegangsfødende så var det veldig bra, synes jeg. Man kom litt ut av komfortsonen, og ble *litt sånn mamma*, da egentlig... Som man er vant til fra sin egen oppvekst at de synger for deg. Og en oppvekst er jo prega av sang. Den er jo det! Man husker det jo selv, liksom. Så det var gøy å kunne begynne tidlig med det. Også går jo tida og de blir jo store og hun har liksom fått et forhold til sangene hun også, føler jeg.

Ved å gå tilbake til sine egne minner kan mødrene gjenta de gode stundene fra sin egen oppvekst, men nå fra et annet perspektiv og i en annen rolle – morsrollen. De oppdager og anerkjenner at det nå er dem som kan tilby disse opplevelsene.

Andre hadde mindre erfaring med musikk fra før, og færre barndomsminner av sang. I disse tilfellene passer det bedre å snakke om prosessen som oppdagelse og økende fortrolighet til egen sang og musikalitet. Denne moren hadde ikke spesielle minner av sang fra oppveksten. Hun forteller at deltakelse i musikkterapigruppa har:

... Åpnet opp for at jeg har blitt mye mer avslappet. Før var jeg mer sånn «Å nei, nå synger jeg feil!». Nå er det jo bare, nå finner jeg på, altså om jeg ikke kan teksten så kan jeg melodien, så fortsetter jeg bare for jeg ser at hun bryr seg ikke om hva jeg synger, så lenge jeg får den roen. Og at man kan leke mer med det. Så det har absolutt åpnet opp masse. Og hjemme at om man ikke vet hva man skal finne på, så bare brister man ut i sang og lek.

Utsagnet vitner om at en endringsprosess har funnet sted. Før var hun opptatt av om hun sang feil, mens nå improviserer hun tekst og leker med sang og musikk. Frisk (1997) forteller om en lignende prosess i veiledningen av en mor som synger til sitt nyfødte spedbarn med Downs

syndrom. Moren beveger seg fra usikkerhet og tilvenning, via etablert fortrolighet og økt bevissthet, over i trygghet og spontanitet. I den siste fasen kom leken og improvisasjonen.

Musikkterapigruppa tilbød en trygg, ikke-dømmende ramme til å utforske stemme, sang og musikalitet sammen med barnet, der det ikke var viktig å ha musikalsk erfaring fra før av. Flere deler den forrige morens opplevelse av økt musikalsk selvtillit, et mer positivt og avslappet forhold til egen stemme. En mor forteller:

Det er jo egentlig litt fint det å se...for jeg har jo ikke en sånn spesielt pen sangstemme. Altså, jeg synger med den stemmen jeg har, men det som er fint er å se at det betyr jo ikke noe for babyen! De er bare fascinert av at mammaen gjør noe annet eller lager noe lyder. Og *det* tror jeg mange kan ha godt av å vite. For det er jo mange som tenker at man *må* ha en pen stemme for å synge. Men i forhold til barnet ditt så er det egentlig bare at de ser at man har den kontakten.

Hun sier videre:

Det som er litt morsomt er jo at han jeg er sammen med, som sagt han spiller jo og synger og sånn selv...Men den hun roer seg mest hos med sang, er jo faktisk *meg*! Som har en mye mindre estetisk stemme, da.

Mødrene erfarte at det ikke er nødvendig med en «pen sangstemme» for å få til gode og meningsfulle sangstunder med barnet sitt. Stemmen har en unik rolle i samspill mellom foreldre og barn. Den er sentral i inntoning og den affektive markerte speilingen, og har en iboende trygghetsskapende kvalitet (Fonagy et al., 2002). Mors stemme er den barnet har kjent lengst. Flere opplevde hjemme at nettopp deres stemme nådde frem til barnet på en spesiell måte:

Når *jeg* synger, så blir hun helt sånn rolig...

At sangen når frem, og at barnet viser at det finner trygghet, ro og glede i mors stemme stimulerer til mer sang. Disse opplevelsene kan anses som korrigerende erfaringer (jfr. Bonde, 2011) som endrer tidligere forestillinger om sang og stemme, slik flere mødre har beskrevet. I denne prosessen utfylte møtene i gruppa, og erfaringene av å ta i bruk sang og aktiviteter hjemme, hverandre. Jeg vil komme tilbake til dette under beskrivelse av overføringsgevinstene.

### 4.1.2 Dyadiske gevinster

I gruppa er mange lag av ulike relasjoner til stede på en og samme tid. Relasjonen mellom mor og gruppa, mor og musikken, barn og andre barn, og barnet og musikken, for å nevne noen. Jeg kaller dette området for det dyadiske, for å understreke at det her dreier seg om relasjonelle gevinster for mor-barn-dyaden, og for å betone at disse er noe mer enn gevinster for mor og barn hver for seg. Slik Stern (1995) beskriver i moderskapskonstellasjonen, er mor og barn på visse områder er så filtret inn i hverandres opplevelser og sinn at det er unaturlig å snakke om hvordan mor opplevde noe - på den ene siden, og barnets opplevelse av det samme - på den andre siden.

Tabell 3 Dyadiske gevinster

<b>Dyadiske gevinster</b>	
<b>Oppdage barnet og bli kjent med hverandre</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Oppdage nye sider av barnets personlighet</li><li>• Oppdage ressurser og kompetanse hos barnet</li></ul>	<b>Delte opplevelser og et felles språk styrker relasjon og samspill</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Gjøre noe sammen og skape felles minner</li><li>• Knytte bånd</li><li>• Finne et felles språk</li><li>• Opplive å nå frem til barnet</li></ul>

#### **Oppdage barnet og bli kjent med hverandre**

Spedbarnet ble lenge oppfattet som en sårbar, skjør og avhengig liten skapning, men med revolusjonerende spedbarnsforskning markerte barnet seg som kompetent, sosialt og mer robust enn tidligere antatt (Stern, 1985). Spedbarn fødes med en sensitivitet for andre mennesker, de tar initiativ til kommunikasjon ut fra en indre motivasjon til å gå inn i samspill med andre. Hvert enkelt spedbarn er helt unikt i sin personlighet, sitt temperament og indre rytme (ibid.).

I tråd med spedbarnsforskningen forteller flere av mødrene at de oppdaget nye sider av personligheten til barnet gjennom de delte opplevelsene i gruppa. Barnets unike person kom til uttrykk. En mor beskriver:

Jeg tror på en måte at jeg har oppdaget en del ting ved hennes personlighet gjennom babysang som jeg ikke ville sett hvis jeg ikke hadde vært her, og det har vært veldig positivt, da.

Hun får øye på ting barnet kan, som hun liker. Andre ser at barnet får med seg hva som skjer og etter hvert kjenner igjen sanger og rutiner. En mor så at datteren syntes at...

...det var interessant at det var noe som skjedde. Effekten av det du hadde var veldig...liksom det blå teppet, såpeboblene og ja. Jeg følte av hun faktisk var *bevisst* på de effektene. At det ikke bare var noe som skjedde som hun ikke fikk med seg. Det var koselig å se.

Bildet av barnet som deltakende og bevisst tegner seg ettersom barnet viser hvordan det opplever musikken. Det oppleves som positivt å kjenne at barnet har det bra og at musikk er noe som gir barnet glede:

Hun syntes det var kjempegøy å være her! Altså det merket man *virkelig*.

En mor så at barnet trivdes ved at barnet...

...var våken i blikket, var nysgjerrig på de andre som var med, fulgte med når du sang, smilte, lo litt ... Viste generell glede, da!

De observerer med begeistring at barnet helt fra begynnelsen av er sosialt og søker kontakt med andre:

Man vet jo liksom ikke helt hvordan, altså man er jo veldig mye alene med babyen. Jeg og henne og faren... Og i og med at det er første barnet mitt så er jeg ikke vant til å se henne interagere med andre babyer, da. Så det var veldig gøy å se fra første time at hun var veldig opptatt av de andre babyene.

Det kommer frem at barnet er nysgjerrig og utforskende. Mødrene ser at de stadig utvikler seg, kan delta og uttrykke seg på nye måter. Det er spennende at barna oppfatter og skjønner mer enn mødrene trodde. En mor sier:

Alle barna kunne helt fra dag én helt stoppe opp når de hørte en lyd, på en måte. At de så tidlig reagerer... Altså, den forskjellen mellom prat og sang og hvordan de *skjønner* at det er annerledes. Det syns jeg var ganske interessant å se.

En annen opplevde at barna ikke var «helt med» i begynnelsen, men at de etter hvert deltok mer og mer. Slik kom utviklingen til syne i musikkterapigruppa:

Det var veldig interessant å se hvordan de utviklet seg. For først var det jo bare nesten ingenting, og så begynte de å være mer og mer med, og legge mer merke til de andre også. Så det var veldig gøy!

En annen mor hadde vært mye bekymret for barnet sitt, og erfarte at hun i musikkterapigruppa klarte å legge bekymring til side og se nye sider ved henne. Den musikalske rammen la til rette for at barnets ressurser ble synlige på en annen måte:

Jeg ser hun også bruker stemmen litt og har litt rytme i kroppen. Jeg ser at hun *er med*, og det har vært ekstremt fint. (...) Jeg har liksom oppdaget ting ved henne som jeg kanskje ikke hadde sett hvis jeg ikke hadde vært her.

Den musikalske rammen la til rette for at barnets ressurser ble synlige for moren på en annen måte. Hun oppdaget, til sin store glede, at barnet hun hadde vært mye bekymret for, også kan mange ting og «er med». Mødrenes beskrivelser av hvordan de oppdager barnets personlighet, evner og særegenheter, forteller om et potensiale i musikkterapi til å støtte opp om den svært viktige prosessen det er for mødre og barn å bli kjent med hverandre.

### **Delte musikkopplevelser og et felles språk styrker relasjon og samspill**

Det er ikke alltid lett å vite hvordan man skal kommunisere med babyen, sier flere av mødrene. Flere deler opplevelsen av å ha funnet et felles språk med barnet i musikken.

Gjennom sang og musikk kan man nå frem og få kontakt med barnet:

Når de er sånn her små så føles det som at det ikke er mye som kan, altså hvordan man skal nå fram og kommunisere sammen. Så da føles det som at musikk *gir mer*. At det er lett og lekent, og at det er noe positivt.

Som en «bonuseffekt» av mestring av kontakt med barnet opplever en annen mor større sangglede:

Det er jo litt sånn, hva skal man sitte å snakke med en baby om? Da er det egentlig litt bedre å bare synge. Ja, jeg føler jeg bare har kommet litt ut av en komfortsone. Kanskje kommet litt inn i den sangleden som jeg ikke har hatt på mange, mange år. Så for meg så er det positivt både for meg og for

henne, egentlig. Og hun trives jo veldig godt med å bli sunget for hele tida, så det er «vinn-vinn» for alle det.

Opplevelsen av å få respons, oppmuntrer til både å synge og snakke mer med barnet:

Jeg merker jo sånn nå som hun ikke kan snakke, de sier jo at det er sunt eller at det er positivt at jeg prater mye og sånn. Men samtidig så er det litt vanskelig noen ganger uten å få den responsen. Så jeg syns det med sang og regler og sånn er kjempefint. For det er jo liksom en fin måte å kommunisere med henne på. Og det gjør det kanskje også enda lettere at jeg på en måte til tider prater mer også, fordi jeg på en måte blir vant til å høre min egen stemme og.

Gjennom delte musikkopplevelser har mor og barn funnet et felles språk, mestret samspill og skapt minner sammen. Dette bringer dem og barnet nærmere hverandre, gjennom å styrke opplevelsen av at de to hører sammen og er spesielle for hverandre forteller mødrene. En av mødrene sier:

Før så var vi jo bare sammen, på en måte. Sånn, jeg er jo ikke noe vant til å ha barn, og jeg skjønner det at man snakker sammen og synger sammen og sånn, men det kom litt etter hvert. Men at vi fikk en kickstart på det da, med å synge for henne. Og jo mer jeg sang etter hvert, så ble det mer interessant. Du får øyekontakt, plutselig så ler hun hvis du tuller litt. Så jeg føler det har styrket oss kjempemasse, faktisk.

En mor trekker frem hvordan gruppa ga noe til dem begge, altså en dyadisk gevinst, gjennom at de fikk til samspillet:

Gruppa var for oss begge to. Jeg følte jo at det liksom var mer et samspill. Jeg fikk til en fin «connection» med henne, da. Ikke bare for henne, men det var en veldig fin mulighet for begge to til å få til det samspillet.

For en førstegangsmor et dette et utsagn som vitner om stolthet, forbindelse med barnet og mestring. Andre fremhevet betydningen av det å gjøre noe «annet» sammen med barnet. Musikkgruppa var et sted mor og barn kunne dele andre typer opplevelser enn hjemme, noe som opplevdes meningsfullt for denne moren:

Jeg synes jo det er veldig hyggelig å gjøre andre ting med datteren min ... Og den perioden så var man jo en «matemaskin». Så det var hyggelig å gjøre noe annet når hun var våken enn å bare mate eller å gå tur. Og det tror jeg er med å utvikle bånd mellom oss.

Gevinstene rundt det dyadiske handler oppsummert om hvordan mor og barn i musikkterapigruppa blir kjent med hverandre, finner et felles språk, mestrer samspill og deler positive opplevelser som skaper felles minner. Til sammen bidrar dette til sterkere bånd mellom mor og barn. Neste område tar for seg de sosiale gevinstene av tilbudet.

### 4.1.3 Sosiale gevinster

Gruppa besto utelukkende av førstegangsmødre. Overgangen til morsrollen generer nye behov og preger tilværelsen på en altomfattende måte (Stern, 1995). Mange opplever at de kommer seg mindre ut, og ikke treffer andre like ofte. Samtidig er behovet for sosial støtte og bekreftelse stort (ibid.). Det kan være en utfordring for dagens mødre å danne seg tilfredsstillende støttenettverk, sier Stern. Musikkterapigruppa var et fast tilbud der deltakerne møtte andre i samme livssituasjon, erfaringer kunne deles i trygge omgivelser på helsestasjonen de allerede hadde tilknytning til. Særlig tiden til å snakke sammen før og etter musikkaktivitetene har vært betydningsfull for de sosiale gevinstene av deltakelse.

Tabell 4 Sosiale gevinster

<b>Sosiale gevinster</b>	
<b>Støttenettverk og mammafellesskap</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Delte omstendigheter</li><li>• Forståelse og fellesskapsfølelse</li><li>• Dele opplevelser og utforske sammen i trygge omgivelser</li></ul>	<b>Mening og innhold i hverdagen</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sosial møteplass</li><li>• Noe å se fram til</li><li>• Variasjon og avbrekk</li></ul>

#### **Støttenettverk og mammafellesskap**

Mødrene opplevde de delte omstendighetene som førstegangsmødre som positivt og trygghetsskapende. En mor sier:

Nå ettersom man er førstegangs, så er alt så himla nytt, og man er veldig sårbar. Man er engstelig og skal gjøre alt rett og være med. Så det var jo veldig deilig å få et sånt her [tilbud]... Også treffe andre mammaer... Det ble en trygghet og sånn «Nå er vi en time i det her, og vi vet at vi gjør noe som er bra for barna».

På samme tid som de er opptatt av å gjøre noe bra for barna, er en av fordelene ved å være bare førstegangsmødre at det er rom for å «prøve og feile litt», sier denne moren:

Ja, jeg merker jo forskjell generelt på førstegangsmødre. De er nok litt mer sånn...til stede, kanskje? Og *veldig* opptatt av barnet sitt. Og også sånn med at man prøver og feiler litt. Så da føler man at man, ja... At alle prøver og feiler litt! Det er ingen som har masse erfaring, på en måte. Så syns det er litt deilig, da. Sånn virkelig i samme båt.

De var alle i samme båt, ingen hadde mer erfaring enn andre i morsrollen. Denne «likestillingen» kan tenkes å ha hatt betydning for det gode miljøet som utviklet seg i gruppa.

Jeg merker at det er jo fint, det å være bare førstegangsmødre ... Ja, at man er i samme situasjon, syns jeg da. For jeg tror kanskje ofte den usikkerheten når man får barn også, det er ofte størst når man får nummer én, da. At *alt* er nytt. At jeg tror de som har flere barn de, de har en annen trygghet og vet hva går til, mens førstegangsforeldre ikke gjør det.

Atmosfæren bar preg av raushet og forståelse, noe som bidro til fortgang i gruppeprosessen så mødrene raskt følte seg trygge. At samme gruppe møttes fra gang til gang hadde betydning for denne moren:

Jeg tror det viktigste [for trygghet] har vært at det har vært samme gruppe hver gang, og at det har vært en viss ro rundt det, da. (...) Det gjør ingenting om en må sette seg bort i sofaen og amme eller gå ut eller ja...Da blir det litt mer sånn kontinuitet, da, synes jeg.

Lite press eller forventninger om å være på en spesiell måte hadde betydning for atmosfæren i gruppa:

Du fikk ikke noe blikk hvis du måtte avbryte midt i sangen med å gi henne en flaske med melk, liksom.

En annen sier:



Det var fint, for alle hadde liksom en fin innstilling sånn. Følte ikke at man måtte ha så fin stemme eller måtte være på noe spesiell måte, liksom. Alle var like sånn nysgjerrige og åpne. Så ja...Jeg synes det var veldig god stemning altså.

En mor som vanligvis synes det er litt skummelt å prate i grupper sier:

Det var lettere i den her gruppa enn det kan være ellers, liksom. Ellers hadde jeg jo aldri tatt tonen og sunget alene. Det var jo litt skummelt, men det var skikkelig gøy også! For da fikk vi liksom delt noe som vi synes er gøy å gjøre hjemme. Selv om man ikke har noen spesiell sangstemme, så...

Denne moren hadde lite erfaring med musikk, og ikke spesielle minner om sang fra barndommen, slik at utsagnet forteller mye om tryggheten og atmosfæren i gruppa.

Videre foregikk musikkterapigruppa på helsestasjonen, et sted mødrene allerede hadde stor tillit til:

Det har vært veldig fint [å være på helsestasjonen]. Kontra de [gruppene] som tilbys i menigheten og sånn så fjerner du jo på en måte det kristne elementet som gjør nok at det er litt mer lavterskel på helsestasjonen... Også gir det nok på en måte en legitimitet og trygghet for opplegget, at det er på helsestasjonen. (...) Jeg tror på en måte de fleste tenker at når det er der, så er det på en måte et opplegg det er flere som står inne for, da

Det er sannsynlig at helsestasjonen som ramme kan ha forsterket mødrenes opplevelser av gruppa som et trygt sted. Det oppleves som positivt at gruppa foregår i en livssynsnøytral lavterskel-setting.

Tid før og etter musikkaktivitetene var satt av for å tilby mødrene mulighet til å snakke sammen og bli kjent. Denne tiden viste seg å bli en verdifull del av tilbudet som helhet. Som oftest ble mange igjen for å dele erfaringer, bekymringer og råd. En mor foreller:

Nettopp det at man fikk utbyttet med de andre mammaene og at man ble trygg på seg selv også i hvordan man gjør ting. Liksom «Nettopp! Det er sånn vi har det også!» og «Så deilig, da gjør vi det riktig...» eller sånn «Har dere det også sånn her? Okei...». Og at man da kunne slappe av på en annen måte når man visste at hun [barnet] hadde det bra, og da kunne man fokusere mer på andre ting også.

Noen brukte anledningen til å spørre om ting de hadde lurt på:

Jeg benyttet meg av anledningen til å spørre litt spørsmål og litt sånne ting også, og i og med at jeg ikke hadde noen barselgruppe... Jeg hadde inntrykk av at det var mange som gjorde det egentlig.

Når man kommer sammen i en gruppe blir imidlertid både likheter og forskjeller tydeligere. Dette kan by på utfordringer spesielt om man fra før av er litt bekymret:

For meg så har det nok vært vanskeligst det der å møte andre mødre og ikke sammenligne. For det har vært så mye...Jeg har vært ganske bekymret, da...For babyen min, for motorikken og sånn. Jeg har vært redd for at det skulle være noe galt, og jeg har liksom ikke visst helt, for *jeg* har jo ikke hatt barn før så...Det at vi måtte bli fulgt opp av fysioterapeut og at jeg har fått høre at hun er ganske sent ute og sånn, og det og da sitte med andre mødre og se en annen baby som plutselig har begynt å krabbe og sånne ting, som er en måned yngre...Det er litt sånn... Det kjenner jeg har vært utfordrende.

Selv om mødrene er fullt klar over at det er store forskjeller både på mødre og barn, kan det være vanskelig å la være å sammenligne. Dette er helt normalt, og kanskje desto viktigere å tematisere som gruppeleder.

### **Mening og innhold i hverdagen**

Barseltiden kan oppleves både litt ensom og ensformig, forteller mødrene. Å ha et lavterskeltilbud å gå til hvor man føler seg som del av et felleskap, tilfører noe positivt til hverdagen. En mor sier:

Jeg tror hvis du bare går hjemme med babyen, så kan du bli litt gæren. Også er det lett i en sånn hektisk barselperiode at man går mye hjemme, og da er det veldig fint å ha en møteplass med andre mødre. Og jeg pratet jo med de andre om, vi pratet jo om alt mulig, det var jo ikke bare babysang. Det var jo om utvikling og mammarolle også...Og selv om det blir mye babyprat, så er det det der med å føle seg en del av et fellesskap.

Møtene i gruppa var noe flere så fram til:

Jeg synes det var egentlig litt sånn... Ja, ukas høydepunkt! Jeg gledet meg til å komme og synes det var veldig hyggelig å være her. Det var veldig fint!

At de var motiverte til å komme, også på dager de var utslitt etter en netter med lite søvn, vitner om at deltakelse i gruppa var noe lystbetont, som ga mer enn den krevde. En mor forteller:

Det er lett at man liksom finner unnskyldninger for ikke å delta på ting, for det er nok av ting som skjer. Men det var aldri en dag jeg ikke ville dra, da. Fordi det var så god stemning og ja, en sånn hyggelig gjeng.

Grappa som et hyggelig fellesskap der man var sammen om å dele gode opplevelser med barna, skapte positive følelser hos denne moren:

Det ble en slags nærhet i grappa ved det felles opplegget, så det var en veldig sånn hyggelig stemning, og en form for ro når man liksom kom i gang...Det er jo noe med måten man sitter på. Man er liksom knyttet til hverandre, man følger med på både hvordan ditt eget barn reagerer men og hvordan de andre også reagerer på det. Den stemningen man da får når man synger de rolige sangene. Alle faller til en form for ro, og så gir det en form for *nærhet*, da. Som igjen gir en positiv følelse.

En musikkterapigruppe, bestående av kvinner i samme livssituasjon, gjennomført i helsestasjonens rammer ser ut til å ha vært gode forutsetninger for opplevelser av trygghet og av å høre til. Musikkterapigrappa ga førstegangsmødrene tilgang til et musikalsk støttenettverk og kvinnefellesskap, og bidro til variasjon og avbrekk i hverdagen.

#### 4.1.4 Overføringsgevinster

Gevinstene på dette området handler om hva som skjedde i forlengelsen musikkterapigrappa. Det inkluderer både det som foregikk utenfor grappa mellom møtene, og hvordan kunnskapen og erfaringene fra grappa former hverdagslivet etter grappas avslutning. Mødrenes utsagn handler om hvordan musikken etter hvert ble en internalisert del av deres «mammarepertoar» som musikalske verktøy til nytte i hverdagen. De handler videre om ringvirkninger som at partner og nær familie inviteres til musikalsk samvær, blir inspirert og drar nytte av mødrenes musikalske ressurser.

Tabell 5 Overføringsgevinster

Overføringsgevinster	
<b>Musikken som verktøy i hverdagen</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Et hjelpemiddel</li><li>• Måte å roe og regulere</li><li>• En naturlig del av hverdagsrutiner</li></ul>	<b>Musikalske ringvirkninger</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Samværsform for familien</li><li>• Partner blir inkludert</li><li>• Deling med familie, venner, barselgruppe.</li></ul>

## Musikken som verktøy i hverdagen

Som tidligere nevnt, utfylte møtene i gruppa og mødrenes bruk av sangene og aktivitetene hjemme hverandre. I gruppa hentet mødrene påfyll og inspirasjon, slik at terskelen ble lavere for å synge hjemme:

Jeg synes det var mye lettere å synge for henne og bruke regler når jeg kom hjem. At det var veldig sånn at det gikk så mye lettere å synge for henne og bruke regler, og tekster kom bedre og melodier og...Hver gang jeg var her, så ble jeg liksom inspirert til å synge mer for henne hjemme også.

Hjemme kunne de prøve ut sangene og aktivitetene i roligere omgivelser, og erfare at de fikk en annen kontakt med barnet:

Det [å bruke sangene hjemme] har vært noe av det beste på en måte, for jeg ser jo sånn hun... Jeg synes hun har vært så oppmerksom på alle de andre ungene og det som skjer, så jeg opplevde kanskje at den kontakten mellom meg og henne var litt vanskeligere når vi var her [i gruppa]. Jeg opplevde at hun kikket så, og kjente spent på alt annet, da. Mens når vi er hjemme så er det ikke så mye annet som leder hennes oppmerksomhet og nysgjerrighet, så jeg ser at hun og jeg får en veldig sånn god kjemi.

Opplevelser av å mestre samspill og kontakt på tomannshånd ga økt selvtillit når mødrene var tilbake i gruppa igjen, og overskudd til å prøve ut nye ting. Fra gruppa tok mange med seg kunnskapen og hvordan man gjennom musikalske virkemidler som variasjon av tempo, stemmekvalitet og dynamikk kan tilpasse sangen etter barnets behov. Dette var nyttige verktøy, også for mødre som hadde sunget mye fra før av:

Jeg hadde brukt sang veldig mye før vi kom på den gruppa også. Hun har likt det fra dag én. Så det har på en måte vært vår måte å roe henne på helt siden fødselen egentlig. Men det var jo da nyttig å få flere grep og flere sanger.

Hun fortsetter:

Nettopp det på en måte også å ha lært det samspill-elementet med at man liksom kan, ja og med å bruke bevegelser og dette med stemmebruk og tempo. Jeg har lært mer om hvordan man bruker det overfor henne, da. Det vet jeg ikke helt hvor ellers jeg skulle fått.

Sang har blitt et verktøy og hjelpemiddel som mødrene kan ty til i ulike situasjoner. En mor sier:

Jeg bruker sang til litt forskjellig, sånn på stellebordet og litt sånn om kvelden. Litt når hun er litt sånn, når hun kjeder seg litt. For å holde på humøret, da. Jeg vet litt sånn noen ting som gjør at hun blir glad.

En annen sier:

Så fort jeg merker at hun er litt sånn «Nå, nå har jeg det leit mamma», og hun har lekt ferdig og krabbet, og ikke vet hva hun skal finne på, så fortsetter vi bare og synger litt sammen. Og ikke bare når hun skal sove, men også når man sitter og leker med henne på teppet. Så fortsetter vi og synger litt om edderkoppen eller om havet.

Flere bruker musikk for å avlede og regulere barna i situasjoner de ikke liker:

Jeg bruker det i situasjoner som hun på en måte ikke liker, da. For eksempel når hun skal bli kledd på, så kan jeg synges for henne. Og da på en måte avleder jeg henne, fordi i stedet for at hun begynner da å gråte, så blir hun opptatt av sangen min.

Når hun begynner å bli utålmodig i bilen, så kan jeg synges for henne. Og at jeg ser at det er en veldig fin måte å bruke sånn for å gjøre henne fornøyd, og avlede henne litt i situasjoner hvor ikke hun er så happy, da.

En mor forteller hvordan sangen roer barnet:

Hun har blitt så utålmodig i det siste, sånn rastløs. Så ofte når vi skal skifte bleie så sutrer hun og sånne ting, og da gjør jeg sånn «hysj, hysj da blåser vi», også begynner hun å le og sånn. Og da hjelper det, for da roer hun seg. Så det har vært veldig bra.

For enkelte har sangen vært et hjelpemiddel i utfordrende overgangsfaser, som når barnet skal vendes av med natt-amming:

Om natten når hun liksom begynner å gråte og sånn, altså jeg har sluttet å amme henne om natten, da. Det å faktisk bare synges for henne da...Da sovner hun ofte av seg selv.

Mange opplever at sang nå har blitt en naturlig del av hverdagslivet, og forteller at de synger mer enn før:

Jeg synger nesten hele tiden! Altså, jeg tenker kanskje ikke over det. Jeg synger jo alltid når vi legger oss... Og på dagen når vi skal ha hvilestund, da synger jeg alltid. Men også når vi leker og sånt, da. Og veldig ofte hvis hun er litt lei seg, så hjelper det veldig å synge.

Andre tror ikke de synger mer, men forteller om et mer bevisst og «aktivt» forhold til hvordan de synger:

Jeg tror kanskje ikke vi synger mer, men at vi bruker dette med regler og bevegelser og sånn mer aktivt. Det gjør vi helt klart. Det var jeg ikke flink til før jeg var med deg. Så det har vi blitt veldig mye flinkere til, men om på en måte totalen har endret seg så mye, det vet jeg ikke. Men *måten* vi synger på, og at vi liksom gjør en mer aktiv greie ut av det enn å bare bysse i ro, det gjør vi nok.

Mødrene fått kunnskap om å bruke sang for å roe og regulere, leke og aktivisere, og for å distrahere eller ramme inn barnets rutiner og aktiviteter. Ikke minst har de fått en ny måte å være sammen på og delt mange gode øyeblikk. Det er ikke bare mor og barn som får glede av dette.

### **Musikalske ringvirkninger**

Når mor og barn kom hjem fra musikkterapigruppa, var det mye å fortelle om:

Jeg kom liksom hjem til samboeren og bare «Å, i dag har vi gjort *det og det og det*» og han bare «Jøss!». Og jeg kjente at det var *veldig deilig* å gjøre noe annet. Man blir jo liksom i en sånn boble i hverdagen, og sang er kanskje ikke det som står høyest. Man synger nattasang og sånne ting, men da skal man ofte gjøre andre ting og, så man haster litt. Så det er veldig deilig å ha litt sånn den tida her. Da hadde man god tid, og når det var ferdig så var det liksom ikke stress, og jeg bare følte at det var veldig deilig for meg, da. Å være her og gjøre ting litt annerledes og synge.

Gjennom historiene fra gruppa inviteres partnerne til å ta del i opplevelsene på en indirekte måte. De får høre hvordan barnet deres har reagert og hatt det, noe som gir et positivt inntrykk, tror denne moren:

Han har nok fått positive vibber også, for det er jo veldig mye prat når man kommer hjem at «Oi, i dag gjorde hun det her, også var hun der, også sang vi den og da gjorde hun sånn, og alle bare ler». Og likedan når vi gjør den der «Bom chicka, bom chicka», den elsker hun jo! Så den viser vi jo til alle. Bare «Se her!». Den er liksom et sikkert kort for å få et smil om munnen. Da blir hun jo kjempeglad. Pappaen har jo fått ta del i det hjemme også. Å bare få være med på sangene, og når vi synger hjemme også, sånn at han også forstår at hun syns det er gøy.

Hun forteller også at pappaen får ta del i sangene hjemme. Flere fortalte at partneren ble inspirert av dem til å synge mer:

Jeg har sunget noen sanger for henne, også har jeg hørt at pappaen hennes har prøvd å synge litt de samme sangene. At han blir litt inspirert, for han har vel sett at hun har reagert positivt på noen av sangene, så det er litt gøy å prøve selv også.

Noen fedre tar også i bruk musikken som hjelpemiddel, etter mødrenes eksempel:

Vi gjør «Bom chicka bom» foran speilet hver gang hun gråter. Det funker hver eneste gang!  
Liksom, det er det *eneste* som funker, sånn kjæresten min har også begynt å gjøre det og.

Noen fedre har uttrykt ønske om å kunne delta i gruppa selv:

Han skulle virkelig ønske han kunne være med også. For han ser liksom hvor bra det har vært for oss, da...

En mor har også lært bort til barselgruppa si og hatt stor suksess med det:

Jeg gjorde det bare en gang, men vi snakka om at vi liksom skulle gjøre det mer, men det har ikke blitt noe av, men det har jeg egentlig litt lyst til å ta det opp. At man har noen sånne sanger. Det var veldig stor suksess. Alle synes det var gøy!

At moren har tatt initiativ til sang i barselgruppa vitner om trygghet og selvtillit. Erfaringene og kunnskapen fra musikkterapigruppa har i dette tilfellet fått ringvirkninger enda lenger ut enn til nærmeste familie.

Gjennom deltakelsen i gruppa, og i omgang med musikk og sang i hverdagen på egenhånd, har mødrene tilegnet seg ny kunnskap og erfaring. Beskrivelsene av at sang og musikk nå er en naturlig del av hverdagen, indikerer at kunnskapen og erfaringene er internalisert. Det peker også delingen med partner, familie og nærmiljø i retning av. Mødrene har gjort sin musikalitet til en ressurs – som bidrar til helheten som er deres mamma-repertoar. De sitter igjen med musikalsk selvtillit, anvendelige verktøy til hverdagen utenfor, og ikke minst minnene av å ha delt gode musikkopplevelser med barnet og gruppa.

Jeg har nå presentert forskningsprosjektets resultater. Mødrene har fortalt om gevinster på fire områder: personlige gevinster, dyadiske gevinster, sosiale gevinster og overføringsgevinster. I tillegg beskriver de at tilbudet var «noe mer». I kapittelets neste, og avsluttende del vil jeg diskutere disse utfallene i lys av valgt teori.

## **4.2 Avsluttende diskusjon**

Hovedmålet med dette prosjektet har vært å utforske hvordan deltakerne opplever et musikkterapeutisk gruppetilbud på helsestasjonen. Musikk og sang ble presentert for førstegangsmødrene som noe som kunne gi dem og barna gode opplevelser og fine stunder sammen. Gjennomføringen av tilbudet i helsestasjonens rammer tenkes å ha gitt en forventning om en type helseutbytte. Musikkens potensiale som hjelpemiddel til roing og regulering, samt ramme for godt foreldre-barn-samspill introdusert for mødrene i forkant av prosjektet i informasjonen de fikk, og videre tematisert under gruppesamlingene. Resultatene viser at mødrene har erfart disse kvalitetene gjennom musisering i musikkterapigruppa og på hjemmebane, beskrevet i resultatkapittelet som fire områder av gevinst.

I denne diskusjonen velger jeg å fremheve to hovedtema, og som etter min mening er særlig betydningsfulle for forståelsen av de helsefremmende kvalitetene ved musikkterapigruppa. Disse er 1) hvordan mødrene oppdager og blir kjent med barnet sitt, og 2) hvordan de selv oppdager og blir tryggere på seg selv som mor. De to temaene går på tvers av områdene av gevinst, og forteller noe overordnet om hva musikkterapi har tilbudt dem. Diskusjonens siste, og avsluttende del vies til en åpen utforskning av mødrenes utsagn om at musikkterapigruppa ga «noe mer», hvor jeg også undersøker om dette «noe mer» kan forstås som at musikkterapeutilbudet tilbød «noe mer» på grunn av prosjektets forankring i musikkterapeutisk kunnskap og verdier.

### **4.2.1 «Jeg ser hvem hun er»**

Spedbarnet er sosialt, kompetent og unikt allerede fra fødselen av (Stern, 1985). Imidlertid er det først og fremst når rammene er gode, og interaksjonen skjer på spedbarnets premisser at dette kommer tydelig til uttrykk. Foreldre er ikke forskere som analyserer eget samspill med barnet, og således oppdager hvordan spedbarnet kommuniserer, og tar initiativ på sin helt egne måte. Det er heller ikke noe mål, men dagens førstegangsførelde befinner seg ofte i et



spenn mellom et stort tilfang av overfladisk informasjon utenfra, i form av blogger, nettsteder og elektroniske fora, og begrenset tilgang på, og tiltro til, foregående generasjoners kunnskaps- og erfaringsgrunnlag om barnestell og morsrollen.

I følge Sterns (1995) beskrivelse av moderskapskonstellasjonen, har nybakte mødre et sterkt behov, og ønske om, å få til kontakten og samspillet med barnet. Mødrene i gruppa beskriver at det ikke alltid er så lett å vite hvordan man skal nå frem når barnet er så ungt. Malloch og Trevarthen (2009) fremhever hvordan alle mennesker fødes med en kommunikativ musikalitet som danner grunnlag for tidlig interaksjon, altså kommunikasjonen og samspillet mellom foreldre og barn. Dette gjør at musikk er en ramme der forholdene ligger til rette for tydeliggjøring av barnets respons og initiativ. Musiseringen i gruppa, og hjemme på egenhånd, åpner for at mødrene oppdager barnets kontaktsøken og intensjoner. De legger bedre merke til dets kompetanse til å være i samspill, forutse og gjenkjenne. Særlig viktig er erfaringene med at barnet så klart foretrekker sin egen mor og hennes stemme. Slik oppdager mødrene både barnet og sin egen betydning for barnet.

Både mor og barns kommunikative musikalitet settes i spill, og blir tydelig i musikkterapigruppa. Hjemme erfarer mødrene at sangen tilbyr dem og barnet et felles språk. Barnet uttrykker seg non-verbalt og kroppslig, og mor tilpasser sine svar blant annet gjennom justering av tonefall og tempo. Fonagy et al. (2002) beskriver hvordan slik tilpasning skjer gjennom affektregulerende, markert speiling. Stemmen spiller en sentral rolle i markert speiling, og etter min mening kan mødrenes sang til barnet betraktes som en variant av dette. Sang og akkompagnerende bevegelser tilpasses barnets behov, eksempelvis gjennom variasjon av tempo og klangfarge på stemmen, byssing og berøring. Til sammen utgjør det et uttrykk som sannsynliggjør at barnet føler seg sett og hørt, og som kan hjelpe barnet til å reguleres fra en tilstand til en annen. Opplevelsen barnet får av å bli møtt av moren kan videre forstås som en bekreftende og korrigerende emosjonell og relasjonell opplevelse, som Bonde definerer som kjernen av fenomenet helsemusisering (2011). I sangen ligger en mulighet (affordance) til å *bekreft*e barnets uttrykk og tilstand. Det *korrigerende* er hvordan mor tar i bruk (appropriates) sangen for å regulere barnets indre tilstand, og dermed barnets opplevelse. Mor holder barnets sinn i sitt (Fonagy et al., 2002), og etter min mening «holder» hun også barnet i sin stemme og sang. I en gruppe med friske mødre og barn uten kjente belastende relasjonserfaringer, og med et helsefremmende formål, foreslår jeg imidlertid å bytte ut

Bondes begrep «korrigerende» med «regulerende». Her trenger ikke barnets opplevelse å bli korrigert, men først og fremst bekreftet og regulert. I en klinisk gruppe, for eksempel traumatiserte eller deprimerte mødre hvor barna har begynt å vise mønster av bekymringsfull tilpasning, er imidlertid det korrigerende elementet viktig.

I gruppa opplevde mødrene tilstedeværelse og ro, som kan knyttes til musikkens regulerende egenskaper, slik Bonde illustrerer i modellen om helsemusisering (2011). Musikken regulerer fysiologiske og emosjonelle tilstander hos mødrene, som understøtter konsentrert oppmerksomhet mellom mor og barn. Slade (2006) beskriver foreldrementalisering som å se og bekrefte barnets indre tilstander, sensitiv innlevelse i både sitt eget og barnets sinn, for så bruke denne forståelsen til å regulere barnet. Mødrene forteller at de i musikkterapigruppa får øye på personlighetstrekk, preferanser, temperament og humør hos barnet. Det ser ut til at musiseringen hjelper mødrene å roe ned, slik at de kan være oppmerksomt til stede, og således øke sin kapasitet til å leve seg inn i både eget og barnets sinn. Med andre ord stimulerer gruppa til god foreldrementalisering. Opplevelsen av styrkede bånd, og å bli bedre kjent med barnet som en unik liten person med egne opplevelser og følelser, samt at en som mor er både viktig og har det som skal til for å forstå, roe og regulere barnet, legger et godt fundament for trygg tilknytning. Alt dette har dessuten et betydelig helsepotensiale, som jeg kommer til senere i diskusjonen. Men først skal det dreie seg om hva gruppa gjorde for og med mødrene.

#### **4.2.2 «Jeg ble mer mamma»**

I arbeidet med førstegangsmødrene i gruppa erfarte jeg på nært hold at de var i en helt spesiell livsfase, og fikk innblikk i noen av måtene moderskapet preget dem. I moderskapskonstellasjonen beskriver Stern (1995) hvordan den store livsendringen det første barnet medfører, påvirker morens liv på en altomfattende måte. Mødrene i gruppa beskriver hvordan de etter beste evne forsøker å mestre den nye tilværelsen og alle endringene som følger. På samme tid forsøker mødrene å finne ut av hvem de er *som mødre*. De ønsker å tilby barnet sitt det aller beste, og være gode mødre. Førstegangserfaringer innebærer imidlertid prøving og feiling. Gjennom dette kan man tilegne seg nye erfaringer og komme styrket ut, men underveis kan det være krevende, sier mødrene. Følelser av utilstrekkelighet, bekymring og usikkerhet er en del av hverdagen til en førstegangsmor, sier Stern (ibid.). Fire temaer er sentrale for mødrene (ibid.). Det ene er opptattheten av om barnet vil overleve og utvikle seg

sunt. Teorien forklarer mødrenes usikkerhet med det store ansvaret for et så lite og avhengig barn. I mødrenes beskrivelser er det tegn på økt trygghet når de i musikkterapigruppa ser at barnet utvikler seg, og at det kan mer enn mødrene var klar over. Barnet viser robusthet, ressurser og livskraft, blant annet et resultat av noe mødrene har gitt barnet sitt, både gjennom å ta dem med til musikkgruppa, men desto viktigere ved at de bruker sangen på tomannshånd med barnet. Når de synger for barna hjemme, oppstår en annen type kontakt enn i gruppa, forteller mødrene. De opplever at nettopp *deres* stemme når frem til barnet på en spesiell måte. Betydningen av dette gjenspeiles i Sterns (ibid.) primærrelasjonstema, altså spørsmålet om hvorvidt mor og barn vil bli spesielle for, og tilknyttet hverandre. Barnet viser tydelig at det foretrekker deres stemme, selv om andre kanskje synger «finere», forteller flere. Dette får mødrene til å føle seg spesielle for barnet, og styrker båndene mellom dem. Det gjør også at mødrene forhold til sang og egen stemme endres. Når barnet viser at det synes at mors stemme er finest, virker det som at mødrene blir mer glad i og fortrolige med å synge. De forteller at terskelen for å synge er blitt lavere, at de «brister ut i sang og lek» uten å tenke over det. Sang oppleves som noe naturlig sammen med barnet. Sang var også en måte mødrene «koblet seg på» seg selv. Sang og stemme skaper kontakt med egen kropp og egne følelser og minner.

For mange er noen av de første og sterkeste minnene fra barndommen knyttet til musikk, skriver Ruud (2013) i boka *Musikk og identitet*. Tidlig utløser og bekrefter musikken følelser i oss. Den tilbyr en måte å kanalisere og ventilere følelser på, og forankrer oss i nære relasjoner til andre (ibid.). I tidlige musikalske minner, beskrevet av Ruud i «det personlige rom», er det nesten alltid en annen person til stede, typisk foreldre eller besteforeldre. Dette peker mot at musikk kan være sentralt i etableringen av kommunikasjon mellom barnet og den voksne, mener Ruud (ibid.). Minnet av sitte i et trygt fang og høre en varm stemme, kan sitte som dype spor av trygghet og vekke følelser når vi minnes stunden mange tiår senere. I musikkterapigruppa utforsket vi slike musikalske minner i felleskap. Gjennom deling av historier og sanger, kom mødrene i kontakt med minner og følelser fra tidlig barndom. Dette minnearbeidet bevisstgjorde dem rundt betydningen musikk hadde hatt for dem selv. De tidlige musikalske erfaringene kan brukes overfor barnet, men nå er rollene snudd. Det er de som er omsorgspersonen som kan tilby sang og trygge minner. Men ikke alle har slike minner av sang og musikk. En av mødrene fortalte at det ikke var mye sang under hennes oppvekst. Foreldrene gjorde andre ting, som å lese historier. Dette var gode minner for henne, men hun

uttrykte også at det var litt sårt når de andre mødrene fortalte om de gode musikk-minnene. Slade et al. (2005) beskriver hvordan omsorgspraksiser gjerne går i arv i generasjoner. Dette tematiseres også i moderskapskonstellasjonen (Stern, 1995), i hvordan den nybakte moren ser mot sin egen mor som rollemodell og veileder for omsorgsoppgavene. Moren i gruppa som ikke hadde musikalske minner ønsket sterkt å tilby slike til barnet sitt. Musikkterapigruppa var en trygg ramme for å utforske og utvikle musikalske ressurser, og moren fant fram til nye praksiser og vaner hvor sang ble en del av hverdagsomsorgen for barnet. Slik kan generasjonsoverførte «familiemønstre» der musikk ikke var del av omsorgsrepertoaret endres og erstattes av nye mønstre. Ut fra teorier om moderskapskonstellasjonen og generasjonsoverføring av omsorgspraksiser, er det grunn til å tro at barn som er blitt sunget for, med større sannsynligheten vil bli foreldre som i sin tur synger for sine barn. Med grunnlag i Bondes (2011) og Andsells (2013) argumenter om hvordan musisering er helsefremmende, drister jeg meg til å påstå at musikkterapeutiske foreldre- og spedbarnsgrupper har potensiale til å gi helsegevinster i generasjon etter generasjon.

Mestringsopplevelser i musikkterapigruppa, kombinert med påfyll av kunnskap, erfaring og repertoar gjør at mødrene opplever å komme styrket ut av deltakelsen i prosjektet. Etter min mening, er dette en type «empowerment». De har fått *tilgang til og kontroll over* egne musikalske ressurser (Rolvstjord, 2008), og dette gir dem trygghet og selvtillit som er overførbart til andre områder av morsrollen. Mødrene forteller at sangen hjelper dem i hverdagslige rutiner og samvær med barnet. Dette har betydning for helse, fordi de har mer å stille opp med når de møter motstand i hverdagen. I særlig utfordrende situasjoner med barnet har sang blitt en del av strategiene mødrene kan ty til. Videre er sang et verktøy for å roe, regulere og trøste barnet, og en måte å være sammen på i lek og nærhet. Musikk hjelper, kjennes lett og lekent og tilbyr en ufarlig, inngangsport inn i moderskapet og mammarollen. Gjennom sang og musikk opplever de å bli «mer mamma».

### **4.2.3 Musikkterapi tilbyr «noe mer»**

Flere av mødrene beskrev at musikkterapigruppa var «noe mer». Det var nettopp slike fornemmelser som førte meg inn i arbeidet med mødre og barn i utgangspunktet. I innledningen fortalte jeg om opplevelser fra praksisperioden med babysang, der både egne observasjoner, og foreldrenes spontane tilbakemeldinger, ga meg følelsen av at det lå et stort potensiale i disse musikkstundene. Form og innholdet i musikkterapigruppa som er beskrevet

i denne oppgaven, ble utformet med utgangspunkt i repertoaret og erfaringene jeg hadde fra babysang. Men jeg ønsket samtidig å utforske om gruppa kunne være «noe mer», om jeg kunne hente ut et ekstra potensial i kraft av å være musikkterapeut. I diskusjonens avsluttende del drøfter jeg hvordan det musikkterapeutiske kunnskaps - og verdigrunnlaget spiller seg ut i min mor-barn-gruppe. Jeg begrunner hvorfor jeg mener at det var kombinasjonen av en profesjonell musikkterapeutisk kompetanse, gruppeformatet, og hvordan mødre tok i bruk sang og musikk hverdagslivet, som i sum ga helsegevinstene som jeg har trukket ut av resultatene.

Som nevnt i kapittel tre, under refleksjon over etikk og metode, kan det sies å ligge en selvmotsigelse i å kalle et tilbud rettet mot i utgangspunktet friske mødre og barn for terapi. På en annen side, er det nettopp det terapeutiske aspektet ved musikkgruppa som også har et helsefremmende potensiale. Dette er i tråd med Bruscia (2014) som inkluderer forebyggende og helsefremmende endring som en av ni varianter av terapeutisk endring. Bonde (2011) beskriver musikkterapi som en profesjonalisert, spesialisert form for helsemusisering. Ansdell (2013) fremhever de flytende overgangene mellom hvordan musikk hjelper i mennesker i hverdagslivet, og hvordan den hjelper i rammen av spesialiserte praksiser som musikkterapi. Dette er betegnet for musikkterapigruppa, der det etter min mening var kombinasjonen av samlingene i gruppa og hvordan mødre selv tok i bruk musikk som en helseressurs i hverdagen som ga gevinstene beskrevet.

Et praksisområde defineres av hva som er det kliniske hovedfokuset, hvilket anliggende eller behov som er i forgrunnen for klient, terapeut og skaper retning for terapien, skriver Bruscia (2014). Jeg foreslår at musikkterapigruppa på helsestasjonen kan betraktes som *økologisk musikk-psykoterapi* på et støttende nivå. Med støttende nivå mener Bruscia (2014) praksiser som kommer i tillegg til annen behandling eller veiledning. Musikkterapigruppa var et støttende tilbud til det eksisterende tilbudet og oppfølgingen mødre allerede hadde på helsestasjonen. Om målsettinger i støttende musikk-psykoterapi, heretter forkortet til SMPT, skriver Bruscia (2014, s. 234): «...the intent is not to dramatically alter the client's personality; rather, it is to foster psychological equilibrium, adaption, and quality of life using the client's existing resources or potentials». Altså er musikkterapeutens mål å tilby musikkopplevelser som stimulerer til, eller støtter opp om psykologisk tilpasning og vekst. Utgangspunktet er klientens eksisterende ressurser. I SMPT regnes musikken som drivkraft

for endring, fremfor den terapeutiske relasjonen. I musikkterapigruppa tok jeg utgangspunkt i mødrenes iboende kommunikative musikalitet og musikalske ressurser, ga dem påfyll av kunnskap i form av musikalske virkemidler og grep, og hjalp dem å bli bevisste på betydningen av egne musikalske minner og erfaringer. Min rolle var i stor grad å veilede, støtte og legge til rette for gode opplevelser og mestring, samt å belyse tematikk knyttet til musikk, utvikling og identitet. Slik passer Bruscias (ibid.) beskrivelser av støttende musikkpsykoterapi godt. Imidlertid opplever jeg at et økologisk perspektiv legger til en viktig dimensjon, siden jeg jobbet med både mor og barn sammen – altså dyader. Dyaden, som en forminskert form av familien, kan anses som en økologisk enhet der mor og barn påvirker og påvirkes av hverandre. I familiemusikkterapi jobber musikkterapeuten med relasjonen mellom familiemedlemmene, slik at familie-enhetens økologiske helse forbedres (Bruscia, 2014). Dette er også i tråd med Sterns (1995) oppfatning av arbeid med foreldre-barn-par, hvor han vektlegger at det ikke er mor eller barn som behandles, men relasjonen dem imellom.

I henhold til modellen om helsemusisering (Bonde, 2011) passer tilbudet inn i øvre, venstre hjørne<sup>20</sup>, der identitet er et overordnet tema. Dette kom til uttrykk i mødrenes beskrivelser av å oppdage barnet, og seg selv som mor. I resultatene beskriver mødrene også sosiale gevinster, som følelsen av å høre til i et felleskap. Noe som viser at tilbudet også hadde kvaliteter knyttet modellens øvre høyre hjørne, som omhandler hvordan musikalsk mening skapes i et sosialt rom. De sosiale gevinstene av tilbudet var *paramusikalske* helsegevinster (Ansdell, 2013). Altså ikke en utenommusikalsk gevinst, men noe som forekom parallelt med musiseringen, som mødrene beskrev som en positiv del av tilbudet som helhet, altså «noe mer».

I moderskapskonstellasjonen tematiseres mødres behov for støttenettverk (Stern, 1998). Musikkterapigruppa tilbød et trygt og positivt fellesskap der erfaringer og råd ble delt. Når begge hovedfunksjonene til støttenettverket oppfylles, «holdes» moren i støttende omfavnelse som rommer både veiledningen, tryggheten og oppmuntringen som behøves for at moren skal utforske sine egne foreldreevner (Stern 1998, 2000). Mødrenes opplevelser viser at både musikken selv og de andre mødrene bidro til å trygge og stimulere til utforsking. Den mest grunnleggende dimensjonen i forholdet til andre mennesker handler om «å bli holdt», kjenne armer rundt seg, føle seg støttet, sier Ruud (2013). Å hente frem tidlige musikalske minner,

---

<sup>20</sup> Se figur 1 på s. 19

slik mødrene gjorde sammen i gruppa, kan gjenskape de trygge opplevelsene, slik at man føler de symbolske armene rundt seg. I gruppa sang vi mange av de samme sangene som mødrene selv hadde minner til, og mødrene kunne slik både tilby barnet et musikalsk «holdemiljø» og samtidig ha et musikalsk og sosialt holdemiljø for seg selv. I et tilknytnings- og mentaliseringspråk (Fonagy et al., 2002) vil slike symbolske armer kunne beskrives som mentale representasjoner av gode omsorgsopplevelser hos mødrene, som i sin tur styrker potensialet for gode omsorgshandlinger overfor barnet. Slik sett er dette musikalske minnearbeidet både tryggende, utviklingsstøttende og helsefremmende.

Som avslutning på denne diskusjonen vil jeg rette fokus mot hva jeg anser som noe av det *unike* ved musikkterapeutisk kompetanse og tilnæringsmåte. For det første vil jeg fremheve musikkterapeutens tofoldige identitet som både musiker og terapeut (Trondalen, 2005). Jeg antar at det er den terapeutiske kompetansen som utgjør hovedskillet mellom musikkterapi og andre lignende musikkterapeutiske tilbud for foreldre og barn. I denne antakelsen ligger det at en musikkterapeutisk gruppe legger til rette for at mødrene oppdager barnet og seg selv på nye måter. I andre musikktilbud oppdager kanskje mødrene nye sanger og en ny aktivitet, men uten den intersubjektive dybden som mine deltakere forteller om. Jeg understreker at dette er en antakelse som må undersøkes i videre forskning. I et folkehelseperspektiv er det avgjørende at tilbudet er lavterskel og tilgjengelig for flest mulig. Muligens kan man optimalisere potensialet som ligger i enklere babysanggrupper med å ta opp i seg noen musikkterapeutiske grep, som er beskrevet her.

Terapeutisk kompetanse handler etter min mening om å skape et trygt relasjonelt rom som stimulerer til utforsking, undring og refleksjon. Musikkterapeuten tilbyr seg selv og musikkopplevelsene for å skape disse endrings- og utviklingsbetingelsene for klienten (Bruscia, 2014). Musikkterapeuten er trent i å være lydhør for små signaler og taushet, og tør å stille spørsmål og undre seg sammen med klienten. Han eller hun vet også noe om hvor nær man kan gå, og hvordan unngå å verken overspille eller underspille klientens tema (Røkenes & Hanssen, 2012; Yalom, 2002). I musikkterapi er klientens eller gruppedeltakernes behov i sentrum, og musikkterapeuten må tåle å stå i usikkerhet og kaos, både stillhet og følelser, og å gjøre dette på en måte som gjør at klienten føler seg møtt og holdt (Edwards, 2011).

Musikkterapigruppas forankring i et humanistisk musikkterapeutisk kunnskaps- og verdigrunnlag, innebærer et vidt syn på musikk og musikalitet, fokus på ressurser og en oppfatning av at relasjonen er sentral (Ruud, 2008). Dette preget utformingen tilbudet. Det ligger fjernt fra musikkterapeutens tilnæringsmåte å komme til gruppa med et ferdiglaget, planlagt program som så gjennomføres til punkt og prikke. Musikkterapeuten bruker sin relasjonelle kunnskap, evnen til å tone seg inn etter dagsform og stemning, der og da.

I musikkterapi er improvisasjon sentralt, som blant annet handler om improvisasjon som teknikk (Trondalen, 2005). Musikkterapeuten har blant annet kunnskap om hvordan man gjennom musikken kan strukturere og skape ny retning, vise empati og støtte (Wigram, 2004). I slik musikkterapeutisk improvisasjon møter den terapeutiske kompetansen den musikalske. På denne måten kan musikkterapeuten ta regi og ansvar for flere dimensjoner av musikkopplevelsen (Bruscia, 2014).

Musikkopplevelser kan også handle om å snakke om musikk og det som skjedde i musiseringen, noe som også er en del av musikkterapeutens kompetanse (Bruscia, 2014). Å snakke om musikkopplevelser innebærer ofte å snakke om flere dimensjoner av musikkopplevelsen. En åpen og undrende holdning, der man utforsker sammen med klienten etterstrebes. Musikkterapeutens undring legger til rette for at klienten selv kan reflektere og oppdage nye sider, i sitt eget tempo (ibid.). I musikkterapigruppa forekom dette for eksempel når vi snakket om noen hadde sunget siden sist. I stedet for å fokusere på om de hadde lært seg sangene, eller hvor ofte de hadde sunget, spurte jeg «hva skjer når dere synger til barna?», «hva ser dere?». Slike spørsmålsstillinger er åpne og stimulerer til undring, refleksjon og en skjerpert bevissthet om hva som faktisk utspiller seg i barnets sinn, i seg selv og mellom mor og barn. Dette er hovedelementene i foreldrementalisering, slik Slade (2006) beskriver det. Stimulering av foreldrementalisering er sentralt i mange utviklingsstøttende og helsefremmende tiltak for foreldre og små barn hvor musikk *ikke* del av tilbudene.<sup>21</sup>

Dette bringer meg til en avsluttede refleksjon om å gå inn i denne masteroppgaven med teorier fra to forskjellige fagområder, psykologi og mentalisering på den ene siden, og musikk og helse og musikkterapi, på den andre. Min vurdering er at teori om moderskapskonstellasjonen og mentalisering har tilført viktig forståelse av det som utspilte

---

<sup>21</sup> For eksempel Circle of Security Powell, Cooper, Hoffman, Marvin (2013)



seg i gruppene, og i analysearbeidet av mødrenes egne opplevelser. Samtidig har jeg sett hvordan det musikkterapeutiske begrepsapparatet, og ikke minst musikkterapeutisk metode, spiller sammen med og konkretiserer sider ved de psykologiske teoriene. Konklusjonen på dette er at musikkterapeuter har «noe mer» å tilby. De har noe mer enn terapeutisk, relasjonell kompetanse, og de har noe mer enn «bare» musikkkompetanse. Det er denne kombinasjonen jeg tror er i kjernen av dette «noe mer» som mødrene opplevde. Men når alt kommer til alt, var det musikken som førte oss sammen og var samlingspunkt. Det er musikken som er det mest endringspotente i musikkterapi. Som en av mødrene sa: «Musikk gir mer».

## 5 Oppsummering og avslutning

I denne oppgaven har jeg presentert resultatene av et forskningsprosjekt der ni førstegangsmødre deltok i musikkterapigruppe på helsestasjonen sammen med spedbarna sine. Formålet med prosjektet var for det første å utforske mødrenes opplevelse av tilbudet, og gjennom dette få svar på oppgavens problemstilling som lød: «Hvordan opplever en gruppe førstegangsmødre å delta i musikkterapigruppe på helsestasjonen sammen med barnet sitt?». Dette har jeg svart på i presentasjon av resultatene, som viser at mødrene opplevde gevinster, på fire områder: 1) personlige gevinster, 2) dyadiske gevinster, 3) sosiale gevinster og 4) overføringsgevinster. Jeg har også svart på de to arbeidsspørsmålene som ble presentert sammen med problemstillingen: «Hva opplever de der og da?» og «Har deltakelse i musikkterapigruppe betydning for hverdagslivet deres?». Områdene av gevinst går på tvers av deltakernes opplevelser «der og da» og i livet utenfor gruppa. I musikkterapigruppa utforsket de sang og musikk med barnet, og brukte senere erfaringene, kunnskapen og repertoaret fra derfra i hverdagslig omgang med barnet og nær familie. Den avsluttende diskusjonen løfter jeg frem to hovedtemaer som er særlig viktige for å forstå hvordan musikkterapigruppa bidro til positiv helse, nemlig hvordan mødrene oppdaget og ble kjent med barnet sitt, og hvordan de oppdaget og ble tryggere på seg selv som mor. Som avslutning på diskusjonen rettet jeg fokus mot hva jeg anser som noe av det unike ved musikkterapeutisk kompetanse og tilnæringsmåte

En slikt musikkterapeutisk gruppetilbud har vist betydelig potensiale for å støtte mor-barn samspill og trygge mødrene i sin nye rolle. Her ligger en helsegevinst som bør utforskes videre. Dette er et kvalitativt forskningsprosjekt innenfor rammene av en masteroppgave som har vist at musikkterapigruppa tilbød «noe mer» som bør utforskes videre. Det ville vært svært interessant å undersøke et lignende tilbud i et kvantitativt eller mixed-methods forskningsdesign, for eksempel en randomisert kontrollert studie der en forsøker å måle de beskrevne gevinstene, eller en studie med før-etter-målinger. Det ville også vært interessant å se nærmere på utvikling av innhold og metodikk for målgruppa foreldre og spedbarn, noe jeg foreslår som en annen innfallsvinkel til videre forskning.



# Litteratur

- Abad, V., & Williams, K. E. (2007). Early intervention music therapy: Reporting on a 3-year project to address needs with at-risk families. *Music Therapy Perspectives*, 25(1), 52-58.
- Aftret, K. (2006). Musikk som mulighet i tidlig samspill - Erfaringer fra musikktilbud på helsestasjonen. *Helsesøstre*(3).
- Aftret, K. (2008). Samspill: om musikkterapeuten i kommunen i G. Trondalen & E. Ruud (Eds.), *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi* (s. 243-252). Oslo: NMH publikasjoner.
- Austin, D. (2008). *The theory and practice of vocal psychotherapy: Songs of the self*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Baker, F. A., & Mackinlay, E. (2005). Facilitating the transition into motherhood through lullaby singing: A pilot study. *New Zealand journal of music therapy*, 3, s. 7-35.
- Baker, F. A., & Mackinlay, E. (2006). Sing, soothe and sleep: A lullaby education programme for first-time mothers. *British journal of music education*, 23(2), s. 147-160.
- Berger, I. (2005). *Sterke spor og glede! : om foreldredeltakelse i Musikk fra livets begynnelse*. (Master), Høgskolen i Stavanger/Høgskolen i Bergen.
- Bjørkvold, J. R. (2007). *Det musiske menneske*. Oslo: Freidig Forlag.
- Bonde, L. O. (2011). Health Musicing-Music Therapy or Music and Health? A model, empirical examples and personal reflections. *Music and Arts in Action*, 3(2), s. 120-140.
- Bonde, L. O. (2014). *Musikterapi. Teori, Uddannelse, Praksis, Forskning: En håndbog om musikterapi i Danmark*. Århus: Forlaget Klim.
- Bonnár, L. (2014). *Life and Lullabies. Exploring the basis of meaningfulness in parents' lullaby singing*. (PhD Doctoral Thesis), Norges musikkhøgskole, Oslo.
- Bowlby, J. (2008). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.
- Creighton, A. (2011). Mother-Infant Musical Interaction and Emotional Communication: A Literature Review. *The Australian Journal of Music Therapy*, 22, s. 37-56.
- Den Norske Kirke, 2014 *Babysang* Hentet 15. November 2015 fra: <https://kirken.no/nb-NO/kristen-tro/trosopplaring/tiltak/babysang/>

- DeNora, T. (2000) *Music in Everyday Life*. Cambridge: Cambridge University Press
- Didriksen, L. (2000). *Tidlig musikkopplæring : hvilke syn på barns musikalske utvikling kan vi finne i "Musikk fra livets begynnelse" hos foreningen sentralt, kursleder lokalt og foreldrene som deltar? : en kasus-studie av foreningen "Musikk fra livets begynnelse"* (Master), Høgskolen i Tromsø/Norges musikkhøgskole.
- Dissanayake, E. (2008). If music is the food of love, what about survival and reproductive success? *Musicae Scientiae*, 12 (1), 169-195.
- Edwards, J. (2011). *Music therapy and parent-infant bonding*. New York: Oxford University Press.
- Edwards, J. (2014). The Role of the Music Therapist in Promoting Parent-Infant Attachment/Favoriser l'attachement parent-enfant: role du musicothérapeute. *Canadian Journal of Music Therapy*, 20(1), s. 38-48.
- Folkhelseinstituttet. (2011). *Bedre føre var...Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Hentet 10. September 2015 fra <http://www.fhi.no/dokumenter/1b2e13863a.pdf>
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.
- Foreningen musikk fra livets begynnelse (udatert) *Hvem er vi?, Hvorfor musikk med barn?* Hentet 15. November 2015 fra: <http://www.musikkfralivetsbegynnelse.no/>
- Frisk, R. S. (1997). *Sang i kommunikasjon med det svaktfungerende spebarn : hva skjer når mor synger til sitt svaktfungerende spebarn?* (Hovedoppgave), Universitetet i Oslo, Oslo.
- Garvik, H. (2005). *Lederens handlingsrom : en diskursanalyse av to veiledninger i musikk fra livets begynnelse*. (Master), Høgskolen i Stavanger/Høgskolen i Bergen.
- Hansen, B. R. (2010). Affektive dialoger: Fra regulering til mentalisering. I V. Moe, K. Slinning & M. Bergum Hansen (Eds.), *Håndbok i Sped-og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Haslbeck, F. B. (2012). Music therapy for premature infants and their parents: An integrative review. *Nordic journal of music therapy*, 21(3), 203-226.
- Helsedirektoratet. (2014). *Helsestasjon og skolehelsetjenesten*. Hentet 3. November 2015 fra: <https://helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunen/helsestasjon-og-skolehelsetjenesten>

- Hiles, D. R. Transparency. I L. M. Given (Ed.) *The Sage Encyclopedia of Qualitative Research Methods* Hentet 26. November 2015 fra:  
<https://srmo.sagepub.com/view/sage-encyc-qualitative-research-methods/n467.xml>
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... & Smid, H. (2011). How should we define health? *British Medical Journal* 343, 235-237
- Jónsdóttir, V. (2002). Musicking in Early Intervention: Early Intervention as a Framework for Music Therapy with Caretakers and their Special-Needs Infants. *Voices: A world forum for music therapy*, 2(2)
- Jónsdóttir, V. (2004). *Music-caring for mothers and their special-needs infants within the framework of early intervention : a theoretical thesis* (Hovedoppgave), Høgskulen i Sogn/Norges Musikkhøgskole, Oslo.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. Utg.). Oslo: Gyldendal
- Lie, S. O. (2014). Spedbarn. I *Store medisinske leksikon*. Hentet 22. november 2015 fra:  
<https://sml.snl.no/spedbarn>.
- Loewy, J. (2015). NICU music therapy: song of kin as critical lullaby in research and practice. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1337(1), 178-185.
- Mackenzie, J., & Hamlett, K. (2005). The Music Together program: addressing the needs of. *Australian Journal of Music Therapy*, 16(2005), 43-59.
- Mackinlay, E., & Baker, F. A. (2005a). Nurturing herself, nurturing her baby: Creating positive experiences for first-time mothers through lullaby singing. *Women & music: A journal of gender and culture*, 9, s. 69-89.
- Mackinlay, E., & Baker, F. A. (2005b). Singing to know baby, singing to know self: Lullaby singing as pedagogical tool in the everyday life of first-time mothers. *Perfect beat: The Pacific journal of research into contemporary music and popular culture*, 7(3), 3-18.
- Malloch, S., & Trevarthen, C. (2009). *Communicative musicality: Exploring the basis of human companionship*: Oxford University Press, USA.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt (2011). *"Bedre føre var..." Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger* (Rapport 2011:1). Hentet 10. oktober 2015 fra:  
<http://www.fhi.no/dokumenter/1b2e13863a.pdf>

- Nicholson, J. M., Berthelsen, D., Abad, V., Williams, K., & Bradley, J. (2008). Impact of music therapy to promote positive parenting and child development. *Journal of Health Psychology, 13*(2), 226-238.
- Oveland, S. (1998). *Meningsfulle øyeblikk i musikkterapi : et musikkterapiprojekt med premature spedbarn og deres foreldre.* (Hovedoppgave), Universitet i Oslo, Oslo.
- Relling, M. (2014). *Frå hyggjetreff til gudsteneste for born? : Om musikken sin funksjon i babysongtiltak i Den norske kyrkja og om høgare musikkutdanning sin innverknad på denne funksjonen.* (Master), Norges Musikkhøgskole, Oslo.
- Rolvjord, R. (2008). En ressursorientert musikkterapi. I G. Trondalen & E. Ruud (Eds.), *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi* (s. 123-138). Oslo: NMH-publikasjoner
- Ruud, E. (1990). *Musikk som kommunikasjon og samhandling.* Oslo: Solum.
- Ruud, E. (2007). Nye handlemuligheter. *Musikkterapi*(3), 35-37.
- Ruud, E. (2008). Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi. In G. Trondalen, E. Ruud (Eds.), *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi* (s. 5-28). Oslo: NMH publikasjoner.
- Ruud, E. (2013) *Musikk og identitet* (2. Utg.) Oslo: Universitetsforlaget
- Ruud, E. (2015) Musikkterapi – fra antikkens tenkning til moderne helseprofesjon. I E. Ruud (Ed.) *Fra musikkterapi til musikk og helse: Artikler 1973-2014. Bind 1* (s. 107-133). Oslo: NMH-Publikasjoner
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P. H. *Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker.* Bergen: Fagbokforlaget
- Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant mental health journal, 22*(1-2), 7-66.
- Shoemark, H., & Dearn, T. (2008). Keeping Parents at the Centre of Family Centred Music Therapy with Hospitalised Infants. *The Australian Journal of Music Therapy, 19*, 3-24.
- Slade, A., Grienenberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment & Human Development, 7*(3), 283-298.
- Slade, A. (2006) «Reflective parenting programs: Theory and development.» *Psychoanalytic Inquiry 26* (4), 640-657.

- Small, C. (1998). *Musicking: The Meanings of Performing and Listening*. Middletown, CT: Wesleyan University Press
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. London: Sage
- Sosial og helsedirektoratet (2004) *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450
- Stern, D. N (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Stern, D. N. (1995). *The Motherhood Constellation: A Unified View of Parent-infant Psychotherapy*. London: Karnac Books.
- Stern, D. N. (2000). *En mor blir til*. Oslo: Fagbokforlaget
- Stern, D. N. (2007). *Her og nå: Øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagsliv*. Oslo: Abstrakt Forlag
- Stige, B, Malterud, K., & Midtgarden T. (2009). Toward an agenda for evaluation of qualitative research. *Qualitative Health Research*, 19(10), 1504-1516.
- Söderström, K., & Skårderud, F. (2009). Minding the baby. Mentalization-based treatment in families with parental substance use disorder: Theoretical framework. *Nordic Psychology*, 61(3), 47-65.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse - En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Trevarthen, C., & Malloch, S. (2000) The Dance of Well-being: Defining the Musical Therapeutic Effect. *Nordic Journal of Music Therapy*, 9(2), 3-17.
- Trolldalen, G. (1997). *Musikkterapi og samspill : et musikkterapiprojekt for mor og barn*. (Hovedoppgave), Universitetet i Oslo, Oslo.
- Trondalen, G. (2005). Improvisasjon i musikkterapi praksis: tradisjon-kunst-teknikk. I E. Nesheim, I. M. Hanken, & B. Bjøntegård (Eds.) *Flerstemmige Innspill. En artikkelsamling* (s. 123-43). Oslo: NHM-publikasjoner
- Trondalen, G. (2008). Musikkterapi: et relasjonelt perspektiv. I G. Trondalen & E. Ruud (Eds.) *Perspektiver på musikk og helse: 30 år med norsk musikkterapi* (s. 29-48). Oslo: NMH-publikasjoner.
- Westgård, A. (2010). *Forutsetninger for lederskap av "Musikk fra livets begynnelse"-grupper*. (Masteroppgave). Høgskolen i Hedmark, Hamar



Wigram, T. (2004) *Improvisation: Methods and Techniques for Music Therapy Clinicians, Educators, and Students*. London: J. Kingsley Publishers

Yalom, I. D. *The Gift of Therapy: An Open Letter to a New Generation of Therapists and Their Patients*. London: Piatkus.

Yin, R. K (2009) *Case Study Research: Design and Methods*. London: Sage

# Vedlegg

**Vedlegg 1: Intervjuguide**

**Vedlegg 2: Eksempelside datanalyse**

**Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring**

**Vedlegg 4: Tilbakemelding fra NSD**

## **Vedlegg 1: Intervjuguide**

### Bakgrunn

1. Hvordan fikk du høre om prosjektet?
2. Hva fikk deg til å melde deg på prosjektet?
3. Hvilke forventninger hadde du?
4. Hva tenkte du om at gruppa var en musikk*terapi*-gruppe?

### Om deltakelse/opplegget

5. Hvordan opplevde du barnet ditt hadde det i gruppa?
6. Hvordan var det for *deg* å delta i gruppa?
7. Hvordan har det vært å være sammen med de andre i gruppa?
8. Dere er alle førstegangsmødre. Har det hatt noen betydning for deg?
9. Hvordan opplevde du det å snakke om ting i gruppa?  
(Var det greit å svare på spørsmål jeg stilte, dele erfaringer med de andre? Var det noen gang vanskelig/ubehagelig?)
10. Hva likte du best? (både enkelting og helhetlig) Gi eksempler
11. Hva ble vanskelig for deg?

### Helsestasjonen

12. Har du deltatt på babysang/musikk i livets begynnelse/andre musikkgrupper for foreldre-barn? Hvis ja, har du noen tanker om hva som har vært annerledes i denne gruppa?
13. Mange slike tilbud foregår i kirker, menighetshus. Andre er på kulturskolen og koster da penger. Hvordan har det vært for deg å ha gruppen på helsestasjonen?

### Hjemme

14. Har du brukt sangene og aktivitetene hjemme eller i andre situasjoner? Fortell
15. Har du delt/lært bort ting fra gruppa til andre du kjenner? F. eks familie, partner, barselgruppe, venner med barn etc.
13. Hva mener din partner om musikkterapigruppa?
14. Synger du/dere mer sammen med barnet nå enn før?
15. I barselperioden finnes det mange ulike tilbud for dere som blir foreldre for første gang. Ga denne gruppa deg noe du ikke ville fått andre steder?
16. Tror du at musikkterapigruppa har gjort noe for forholdet mellom deg og barnet ditt? I så fall hvordan?

### Avslutningsvis

17. Hva sitter du igjen med etter å ha deltatt i prosjektet?
18. Er det noe annet du ønsker å fortelle om eller gi tilbakemelding på

## Vedlegg 2: Eksempelside dataanalyse

Temaer (Steg 3)	Original transkripsjon	Utforskende kommentarer (Steg 1-2)
<p>Å oppdage barnet med alle sine sider</p> <p>Bli kjent</p> <p>Se at barnet kan</p>	<p>3:42 T: <b>Mmm, hvordan opplevde du at...barnet ditt hadde det i gruppa?</b></p> <p>I: MM (drikker vann), veldig, veldig bra!</p> <p>T: mhm</p> <p>I: Virkelig, det var sånn...Jeg tror på en måte at jeg har eh..oppdaget en del ting ved hennes personlighet gjennom babysang som jeg ikke ville sett hvis jeg ikke hadde vært her</p> <p>T: mhm</p> <p>I: og det har vært veldig positivt, da</p> <p>T: mhm..<b>har du noen eksempler, kan du si noe mer om det?</b></p> <p>I: Ja, asså...man vet jo liksom ikke helt hvordan, asså man er jo veldig mye alene med babyen og..jeg og henne og faren og..</p> <p>T: mhm</p> <p>I: i og med at det er første barnet mitt så...(sukker) jeg er liksom ikke vant til å se henne interagere med andre babyer, da, så det var veldig gøy å se liksom fra første time at hun var veldig opptatt av de andre babyene</p> <p>T: mhm</p> <p>I: også...at hun...lissom, også bruker stemmen litt og...har liksom litt rytme i kroppen, da</p> <p>T: mhm</p> <p>I: at hun lissom....jeg ser at hun er eh... med lissom..</p> <p>T: Jah</p> <p>I: og det har vært eh...ekstremt fint, da, syns jeg</p> <p>T: mhm</p> <p>I: at det.....Ja, lissom oppdaget ting ved henne som jeg kanskje ikke hadde sett hvis jeg ikke hadde vært her</p> <p>T: mhm</p> <p>I: eeh..ja. så hun har lissom vært veldig med når de derre....bom chicka bom og sånn, så...og syns det er veldig gøy og.... ja jeg ser virkelig at hun, hun lissom reagerer med hele kroppen, da</p> <p>T: mhm</p>	<p>Entusiastisk. Opplever at hun virkelig mener det</p> <p>Har oppdaget sider av datterens personlighet som hun ikke ville sett om de ikke var med på prosjektet</p> <p>Veldig positivt</p> <p>Mye alene Første barnet</p> <p>Ikke vant til å se henne med andre babyer, gøy å se hun var opptatt av de andre</p> <p>Også lettelse? Sukker</p> <p>Se at barnet <i>kan</i>. Mitt barn er musikalsk, bruker stemmen, har rytme i kroppen. Ser at hun <i>er med</i></p> <p>Ekstremt fint Betydningsfullt?</p> <p>Oppdage barnet Hvem hun er, hva hun kan</p> <p>Reagerer med hele kroppen Kroppen er viktig</p>

### Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

## Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet ”*Samspill, sang og trygge bånd*”

### Bakgrunn og formål

Forskningsprosjektet er et samarbeid mellom Norges musikkhøgskole og helsestasjon Bydel Frogner, igangsatt av musikkterapistudent Tora Söderström Gaden. Høsten 2014 tilbyr jeg førstegangsfødende mødre og spedbarn en musikkterapigruppe som munner ut i masteroppgaven ”*Samspill, sang og trygge bånd: En casestudie av førstegangsfødende kvinners opplevelse av musikkterapigruppe på helsestasjonen*”. Musikkterapigruppens fokus er foreldre og barns egne ressurser, og å fremme helse. Som forsker er jeg opptatt av å se på hvilke tilbud spedbarnsforeldre kan ha glede og nytte av i den tidlige foreldrefasen, og hvordan en musikkterapigruppe oppleves for førstegangsfødende mødre. Til forskningsprosjektet søker jeg **åtte** førstegangsfødende mødre med barn mellom **2-6 mnd.**

### Hva innebærer deltakelse i forskningsprosjektet?

Deltakelse innebærer aktiv deltakelse i musikkterapigruppe med 6-8 andre mor-barn-par, samt et individuelt intervju. Det vil si en samtale. Det er gratis å delta, og gruppa vil foregå på helsestasjonen på dagtid. Til sammen møtes gruppen 8 ganger der hver gang varer omtrent 60 minutter. I musikkterapigruppa synger og leker vi med barna. Målet er å tilrettelegge for gode opplevelser. Det er ingen forutsetning at du føler du kan synge fint. Etter at musikkterapigruppa er avsluttet vil jeg intervju hver enkelt av dere. Spørsmålene dreier seg rundt hvordan du har opplevd å delta og hvilke opplevelser du har hatt med ditt barn og de andre på gruppa. Intervjuet vil vare ca. 30 minutter.

### Hva skjer med informasjonen om deg?

Jeg kommer til å ta lydopptak av det som foregår på gruppa, og av intervjuene. Alle innsamlede data behandles konfidensielt, anonymiseres og lagres forsvarlig. I masteroppgaven kommer alle navn til å være fiktive, og jeg tilstreber at du som deltaker ikke vil kunne gjenkjennes. Etter avsluttet prosjekt vil lydopptakene slettes..

### Praktiske opplysninger

Første møte i musikkgruppa er **2. september 2014**, og siste er **28. Oktober 2014**. Intervjuene gjennomføres snarest mulig etter dette. Prosjektet i sin helhet avsluttes med innlevering av masteroppgaven **15. mai 2014**.

### Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i forskningsprosjektet, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Forskningsprosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, og følger Musikernes fellesorganisasjons yrkesetiske retningslinjer for musikkterapeuter.

Veileder for forskningsprosjektet er professor Gro Trondalen ved Norges musikkhøgskole.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål om forskningsprosjektet, ta kontakt med Tora Söderström Gaden på [tora.s.gaden@student.nmh.no](mailto:tora.s.gaden@student.nmh.no) eller **90942529**.

**Vedlegg 3 forts.**

## **Samtykke til deltakelse i forskningsprosjekt**

Jeg har mottatt informasjon om forskningsprosjektet, og er villig til å delta.

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 4: Tilbakemelding fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr: 985 321 884

Gro Trondalen  
Norges musikkhøgskole  
Slemdalsveien 11, P.B 5190 Majorstua  
0302 OSLO

Vår dato: 06.06.2014

Vår ref: 38910 / 3 / SSA

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 28.05.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>38910</i>	<i>Samspill, sang og trygge bånd - en casestudie av foreldres opplevelse av musikkterapigruppe på helsestasjonen</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Norges musikkhøgskole, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Gro Trondalen</i>
<i>Student</i>	<i>Tora Söderström Gaden</i>

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.05.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Sondre S. Arnesen

Kontaktperson: Sondre S. Arnesen tlf: 55 58 33 48


Vedlegg: Prosjektvurdering

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

*Avdelingskontorer / District Offices*

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uia.no](mailto:nsd@uia.no)  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kyre.svarva@svt.ntnu.no](mailto:kyre.svarva@svt.ntnu.no)  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsdmaa@svt.uit.no](mailto:nsdmaa@svt.uit.no)

## Vedlegg 5 forts.

Tora Söderström Gaden <torasoderstrom@gmail.com>

---

**Prosjektnr: 38910 Samspill, sang og trygge bånd - en casestudie av foreldres opplevelse av musikkterapigruppe på helsestasjonen**

1 e-post

---

**Hildur.Thorarensen@nsd.uib.no** <Hildur.Thorarensen@nsd.uib.no> 17. juni 2015 kl. 12.35  
Til: tora.s.gaden@student.nmh.no  
Kopi: Gro.Trondalen@nmh.no

**BEKREFTELSE PÅ ENDRING**

Vi viser til statusmelding mottatt 01.06.2015.

Personvernombudet har nå registrert ny dato for prosjektslutt 02.12.2015.

Det legges til grunn at prosjektopplegget for øvrig er uendret.

Ved ny prosjektslutt vil vi rette en ny statushenvendelse.

Hvis det blir aktuelt med ytterligere forlengelse, gjør vi oppmerksom på at utvalget vanligvis må informeres ved forlengelse på mer enn ett år utover det de tidligere har blitt informert om.

Ta gjerne kontakt dersom du har spørsmål.

Vennlig hilsen,  
Hildur Thorarensen - Tlf: 55 58 26 54  
Epost: [Hildur.Thorarensen@nsd.uib.no](mailto:Hildur.Thorarensen@nsd.uib.no)

Personvernombudet for forskning,  
Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
Tlf. direkte: (+47) 55 58 81 80

-----

**AFFIRMATION**

Referring to status report received 01.06.2015.

The Data Protection Official has registered that the project period has been extended until 02.12.2015.

We presuppose that the project otherwise remains unchanged.

You will receive a new status inquiry at the end of the project.

Please note that in case of further extensions, the data subjects should usually receive new information if the total extension exceeds a year beyond what they previously have received information about.

Do not hesitate to contact us if you have any questions.

Best regards,  
Hildur Thorarensen - Phone number: 55 58 26 54  
Email: [Hildur.Thorarensen@nsd.uib.no](mailto:Hildur.Thorarensen@nsd.uib.no)

the Data Protection Official for Research,  
Norwegian Social Science Data Services  
Phone number (switchboard): (+47) 55 58 81 80



# Norges musikkhøgskole

Norges musikkhøgskole utdanner morgendagens profesjonelle utøvere, kirkemusikere, dirigenter, komponister, musikkteknologer, musikkpedagoger og musikkterapeuter.

Studiene ved Norges musikkhøgskole er ettertraktet og konkurransen om studieplassene er hard. Ferdig utdannet er de fleste studentene våre på et høyt profesjonelt nivå og finner arbeid i kulturskoler, skoler, helseinstitusjoner, band og orkestre. Noen etablerer seg også som solister på en nasjonal og internasjonal arena.

Ved Musikkhøgskolen arbeider noen av landets fremste musikere, pedagoger og musikkforskere. De baserer undervisningen på erfaring, kunstnerisk utviklingsarbeid og forskning.

Musikkterapistudiet fokuserer på ferdigheter innenfor kommunikasjon og sosialt samspill. Musikalsk improvisasjon står sentralt, siden dette er et viktig redskap for å komme i kontakt med – og utvikle relasjonelle og kommunikative ferdigheter.