

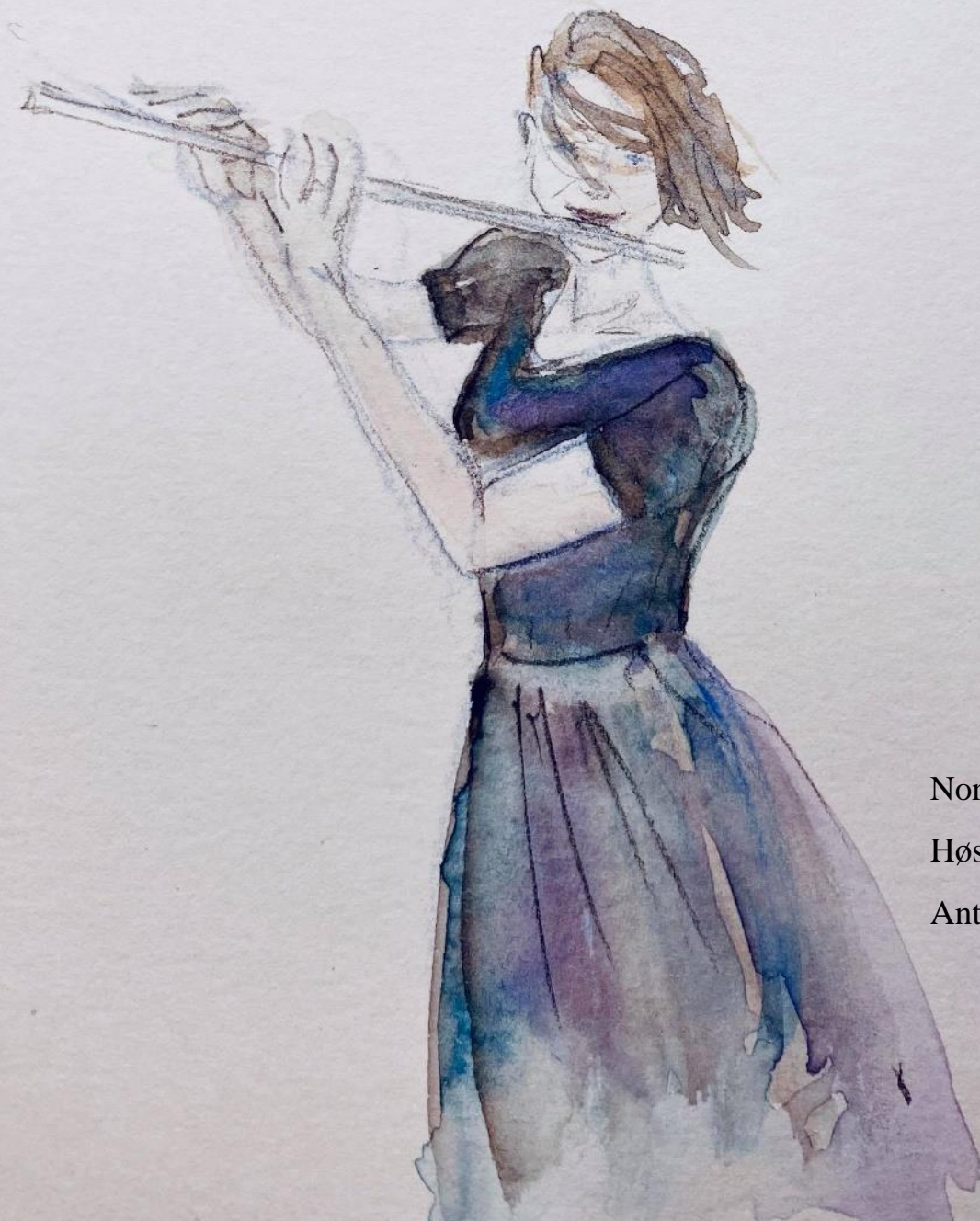
MASTEROPPGAVE I MUSIKKTERAPI

Pusterom i musikk

Musikkterapi til foreldre i familiebasert behandling
for ungdom med spiseforstyrrelse på sykehus

AV

MARTE LIE NOER



Norges musikkhøgskole

Høsten 2020

Antall ord: 21994

Sammendrag

Masteroppgaven undersøker hvordan fem foreldre opplever reseptiv musikkterapi i familiebasert døgntilbud for ungdom med spiseforstyrrelse. *Pusterom i musikk* er et eksisterende gruppetilbud til foreldre. Det inneholder ledet avspenning, lytting til utvalgt musikk og samtale om musikkopplevelsene basert på musikkterapimetoden: Guided Imagery and Music (GIM). Hvordan kan slike *pusterom i musikk* støtte foreldrene? Undersøkelsen har et kvalitativt forskningsdesign og bruker deltakende observasjon og semistrukturerte intervju til innsamling av data og systematisk tekstkondensering (STC) som analysemetode.

Systemiske og relasjonelle perspektiver relatert til den gitte foreldresituasjonen og musikk som helse presenteres. Dette gir grunnlag for tolkning og videre drøfting av resultatene.

Analysen leder til tre kategorier av støtte til foreldrene: relasjon, regulering og refleksjon.

Resultatene tyder på at *pusterom i musikk* kan skape trygghet, gode øyeblikk og et fristed. Det kan regulere stress og gi refleksjoner som aktiverer tålmodighet og motivasjon. Fem foreldre erfarer økologiske prinsipper i musikkterapien og positive veksel- og ringvirkninger med sitt øvrige samspill med barn og behandling. Studien forsøker å vise det komplekse i hvordan musikk kan gjøre en positiv forskjell og skape intersubjektivitet i gitte økologiske sammenheng.

Emneord: reseptiv musikkterapi, GIM, foreldreperspektiv, ungdom med spiseforstyrrelse, familiebasert døgntilbud, stress, emosjonsregulering, musikkøkologi, relasjonell tilnærming

Abstract

This Master's thesis examines how five parents experience receptive music therapy in a family-based inpatient treatment for adolescents with eating disorders. *Breathing Space in Music* is an existing form of group music therapy that is available for parents. It involves guided relaxation, listening to selected music, and conversations about the experiences based on the music therapy method: Guided Imagery and Music (GIM). The research question in focus in this thesis is: How can *Breathing Space in Music* support parents? To answer this question, a qualitative study was conducted that used participant observation and semi-structured interviews for data collection and systematic text condensation (STC) as the analysis method. Systemic and relational perspectives connected to the particular parent-situation and the notion of music as health are presented. This provides a contextual and conceptual framework for interpretation and further discussion of the results. The analysis led to the articulation of three categories of support that this type of therapy offers to the parents: relation, regulation and reflection. The results indicate that *Breathing Space in Music* can create a sense of security, offer enjoyable experiences and provide a place with a sense of freedom. It can also regulate distress and stimulate reflections able to activate patience and motivation. The parents involved in the study all experienced ecological principles of interrelationship and interdependence in the music therapy and described positive ripple effects out to their interactions with their child and the treatment. The study illustrates the complexity in how music can make a positive difference and create intersubjectivity in a given relational context.

Keywords: receptive music therapy, GIM, parents' perspective, adolescents with eating disorders, family-based inpatient therapy, distress, emotion regulation, musical ecology, relational approach

English Title: *Breathing Space in Music*. Music therapy for parents in family-based inpatient treatment for adolescents with eating disorders.

Forord

I musikkterapi metoden: Guided Imagery and Music oppdaget jeg hvordan dagdrøm i musikk kan deles. Verdien av å få slike pusterom har inspirert meg til å ville nå flere og ville forstå mere. Takk til GIM! Dette prosjektet har over lang tid vært utfordrende for både selvtillit og kapasitet. Prosessen har hatt full intensitet i engasjement/innsats og usikkerhet/forvirring og lært meg nødvendigheten av pusterom. Hva jeg nå har skrevet og «klart alene» er takket være en rekke andre, natur og musikk.

En spesiell takk til veileder Even Ruud og alt jeg har lært av deg! Takk, Even for at du har hatt tro på meg og prosjektet gjennom kratt og myr og berg og daler med all din innsikt, kunnskap og humanisme. Takk for din trygge evne til å veilede med oppmuntring, anerkjennelse og tålmodighet. Takk for tilliten til å la meg gå selv og takk for det følget som hjalp meg frem!

Takk til alle foreldrene jeg har delt *pusterom i musikk* siden starten. Særlig takk til dere fem som sa ja til å dele deres erfaringer i dette prosjektet. Takk til morsomme, varme og kloke kollegaer og lederen min, Elin Gullhav, som har gjort dette mulig å gjennomføre. En spesiell takk til kollega, Petter Næsje for åpen dør inn til din faglige nysgjerrighet og utømmelig skål med sjokolade. Gleden av å forundres, filosofere og overraskes over hva som skjer i musikk, terapi og mellom mennesker har jeg daglig kunnet dele med deg. Samtalene har vært min viktigste kilde til kreativitet i denne prosessen.

Takk til kollokviegruppa for fellesskapet gjennom hele masterstudiet. Takk til Renata Rucka for vakre tegninger. Takk til Audhild Høyem for gode innspill og Fern Wickson for engelsk hjelp. Særlig takk til Hanne Bjørklid for hvordan du med et stort hjerte slo følge med meg i musikk og tekst i høstmånedene og korrekturleste til sist.

Takk til familien, min beste heiagjeng! Takk til søster Karen-Anne og mamma og pappa for skrivetida hjemme på Vestre Berger i august og takk til mine kjære barn, Severin, Ragne og Solan. Særlig takk, kjæreste Svein Anders for hvordan du utfordrer og inspirerer meg i samtalene våre. Takk for raushet og tålmodighet over lang, lang tid. Du har latt meg være fjern og i fred for å finne frem i dette på min måte.

Hele dette arbeidet gir jeg til mine trofaste og kjære venner. Takk for *Vennevogga*.

Tegninger av Renata Rucka på forsiden og side 1 i innledningen.

Copyright 2020, Renata Rucka.

Innhold

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn og formål	1
1.2	Tema og problemstilling	2
1.3	Teori, litteratursøk og avgrensninger	2
1.4	Oppgavens oppbygning	3
1.5	Kjernebegreper	4
1.5.1	Foreldre	4
1.5.2	Ungdom med spiseforstyrrelse	4
1.5.3	<i>Pusterom i musikk</i>	4
1.5.4	Sykehusinnleggelse	6
1.5.5	Familiebasert behandling	6
2	Teori	7
2.1	Foreldre i Familiebasert terapi	7
2.2	Familiesystemisk endring	8
2.3	Stress	9
2.3.1	Stress fra et helhetlig perspektiv	10
2.3.2	Toleransevinduet	10
2.4	Musikk som helse	11
2.4.1	Musikk som helse i et økologisk perspektiv	12
2.4.2	‘Musical appropriation’	13
2.4.3	Musikklytting som emosjonell helse	14
2.4.4	Guided Imagery and Music – reseptiv musikkterapi	16
2.5	Musikkterapirelasjonen	17
2.5.1	Tillit	17
2.5.2	Vitalitetsfølge	18
2.5.3	Eksistensiell deling	19
3	Metode	20
3.1	Kvalitativ metode	20
3.2	Deltakende observasjon	21
3.3	Semistrukturert intervju	22
3.4	Etiske refleksjoner	22
3.5	Behandling av data	24

3.6	Analyse	24
3.7	Metodekritikk	26
4	Resultater	28
4.1	Relasjon	28
4.1.1	Utrygghet – Trygghet	28
4.1.2	Negativt fokus – Gode øyeblikk.....	31
4.1.3	Okkupert av foreldrerollen – Fristed	33
4.2	Regulering	34
4.2.1	Fysisk avspenning	34
4.2.2	Emosjonsregulering.....	36
4.3	Refleksjon.....	38
4.3.1	Tålmodighet	39
4.3.2	Motivasjon.....	40
5	Drøfting.....	42
5.1	Musikksituasjonen i relasjon til foreldresituasjonen	42
5.1.1	Et trygghetsskapende sted for seg selv.....	42
5.1.2	Selvmedfølelse til samspill med barn og behandling.....	45
5.1.3	Et fristed for seg selv.....	47
5.2	Regulering av stress.....	48
5.2.1	Avspenning og emosjonsregulering	48
5.3	Refleksjon som aktiverer tåleevne, fremdrift og endring	51
5.3.1	Hva må til for å tåle foreldresitasjonen?	52
5.3.2	Hva må til for å være motivert fremover?	53
5.4	Musikkens rolle i sirkulære prosesser	55
6	Oppsummering: <i>Pusterom i musikk</i> som økologisk støtte	59
7	Referanser	60
8	Vedlegg	65
8.1	Vedlegg 1: Vurdering fra REK.....	65
8.2	Vedlegg 2: Godkjenning fra PVO	67
8.3	Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeskjema til foreldre.....	69
8.4	Vedlegg 4: Informasjonsskriv og samtykkeskjema til barn fra 12-18år	72
8.5	Vedlegg 5: Intervjuguide	74

1 Innledning



Pusterom i musikk for en mor: «Det er bare: Pust ned, nå skal jeg bare leve». Tegning av Renata Rucka, 2020.

1.1 Bakgrunn og formål

Denne masteroppgaven tar for seg forskningsprosjektet jeg gjennomførte på Regionalt senter for spiseforstyrrelse ved Universitetssykehuset Nord-Norge, i perioden 2015-2020¹.

Bakgrunnen for prosjektet startet for mange år siden. Jeg var musikkterapeut og del av det tverrfaglige temaet på avdelingen. Jeg vekslet mellom praksis av musikkterapi til barna med og uten foreldre og samtaler om musikkterapien i behandlingen generelt for å utvikle forståelse for barnets helsesituasjon. Fra dette oppsto engasjement for hvordan ivareta foreldrenes behov. I 2011 etablerte jeg et eget musikkterapitilbud til foreldrene og kalte det *pusterom i musikk*².

¹ Av hensyn til anonymisering er ikke datainnsamlingsperioden eksakt datert.

² Se 1.5.2. *Pusterom i musikk*

Formidling av tilbudet på konferanse³ gjorde meg oppmerksom på at andre avdelinger for spiseforstyrrelse i Norden manglet ivaretagelse av foreldre på tilsvarende måter. Det var særlig to grunner til at jeg ville forske på dette feltet:

- å forstå mer av foreldrenes fungering med hensyn til avdelingens familiebaserte behandling
- å få bedre forståelse av en lite utbredt musikkterapi praksis

Dette ga meg faglige og personlige formål med studien:

- å se nærmere på fenomenet gjennom foreldrenes perspektiv i lys av teori og forskning
- å lære meg å undersøke egen praksis på en vitenskapelig måte
- å tilføre musikkterapi- og spiseforstyrrelsesfeltet mer kunnskap

Prosjektet er empirisk og har kvalitativt forskningsdesign. Det stiller krav til å gjøre rede for forskerens rolle og medbevegelse (Trondalen, 2007). Musikkterapien er integrert i en tverrfaglig behandlingskontekst og gir meg to roller å balansere mellom: forsker og musikkterapeut.

1.2 Tema og problemstilling

Tema for prosjektet er reseptiv musikkterapi til foreldre som står i en stressende og utfordrende foreldresituasjon. Jeg undersøker foreldrenes opplevelser av musikkterapien. De er nærmeste omsorgspersoner og har ansvar for ungdom med spiseforstyrrelse som trenger døgnbehandling. Foreldrene anses å være de viktigste hjelperne for tilfriskning. Jeg forsøker i oppgaven å svare på problemstillingen:

Hvordan kan et *pusterom i musikk* støtte det å være foreldre til ungdom med spiseforstyrrelse under sykehusinnleggelse?

1.3 Teori, litteratursøk og avgrensninger

Jeg har gjort litteratursøk i følgende databaser og tidsskrifter: Oria, NMH Brage, PubMed, Google Scholar, *Journal of Family Therapy*, *Journal of Eating Disorders* og *Nordic Journal of Music Therapy*. Jeg startet med de engelske (og tilsvarende norske) søkeordene: «parents» «music therapy» «family therapy» «eating disorders» «distress» i ulike varianter. Jeg fant ikke eksisterende litteratur på musikkterapi til foreldre i spiseforstyrrelsesfeltet. Jeg valgte i stedet

³ Innlegg presentert ved den 3. Nordiske Miljøterapi konferansen om spiseforstyrrelse, 24.april 2014, Oslo. Lysark kan fremskaffes.

å søke teori jeg tolket relevant å kombinere for spesifikk behandlingspraksis og -kontekst. Tips fra kollegaer og veileder og referanselistene jeg har lest underveis, har ledet videre til litteratur jeg har tatt i bruk.

Jeg gjør ikke eksplisitt rede for hver vitenskapsteori prosjektet er påvirket av. Filosofiske røtter fra fenomenologi (erfaring) og hermeneutikk (tolkning) kommenteres i bruk av metoder, men blir ikke prioritert å fordype.

Systemteori spiller en overordnet rolle og ligger til grunn for flere av teoriene oppgaven baserer seg på. Temaet rammer inn to situasjoner for deltakerne; musikkterapien og foreldrelivet på avdelingen. Teori er valgt ut for å tolke begge situasjoner slik foreldrene opplever og setter de i sammenheng med hverandre. Teori om familieterapi og stress kombineres med musikk sosiologi, relasjonell musikkterapi og mindfulness teori. Til sammen er det et forsøk på å få frem det systemiske i hvordan ulike nivåer henger likeverdig sammen og virker på hverandre. Gary Ansdell og Tia DeNora fremmer en meso-nivå analyse⁴ som gir et musikkøkologisk perspektiv (Ansdell, 2014). Foreldrenes språk på sine erfaringer tolkes i forhold til teori og forskning i spesifikke rammebetingelser. Ansdell argumenterer for å zoome inn enkelte deler av musikkhelheten (ibid.). Jeg ser nærmere på musikkterapirelasjonen og musikkens rolle. Her har jeg lagt vekt på teori fra Gro Trondalen, Per-Einar Binder, Suvi Saarikallio og Even Ruud for å forstå foreldrenes svar på problemstillingen.

I oppgaverammen prioriterer jeg ikke kritisk refleksjon av terapibetegnelse og institusjonsbehandling. Jeg diskuterer ikke hvorvidt musikkterapien ligger innenfor samfunnsmusikkterapiens område (Stige & Aarø, 2012). Jeg fokuserer ikke på hvordan avdelingen interagerer med foreldrene om musikkterapi og hvordan dette innvirker. Jeg avgrensner den totale behandlingskonteksten for å konsentrere undersøkelsen til musikkterapi til foreldre i forhold til avdelingens hovedtilnærming, familiebasert terapi (FBT).

1.4 Oppgavens oppbygning

Masteroppgaven er delt inn i seks kapitler. I innledningen, første kapittel, presenterer jeg bakgrunn og formål med prosjektet. Problemstillingen blir så introdusert i sammenheng med overordnet tema. Jeg forteller kort om søk etter litteratur, valg av teori og avgrensninger. Det er mer hensiktsmessig å følge relevante referansetråder med hensyn til et komplekst tema.

⁴ Se 2.4.1. Musikk som helse i et økologisk perspektiv

Etter å ha formidlet strukturen, gjør jeg kort rede for kjernebegreper. I kapittel to presenteres teori- og i kapittel tre metodegrunnlaget for oppgaven. Forskningsresultatene formidles i kapittel fire og drøftes så i kapittel fem opp mot teori, forskning og rammebetingelser tidligere presentert. Til sist i kapittel seks oppsummerer jeg erfaringer og tolkninger i avsluttende refleksjoner.

1.5 Kjernebegreper

Jeg vil i det følgende presentere sentrale ord i problemstilling og tema: Foreldre, ungdom med spiseforstyrrelse, *pusterom i musikk*, sykehusinnleggelse, familiebasert behandling. Hva jeg legger i begrepene tydeliggjør deltakere, kontekst og rammebetingelser for studien.

1.5.1 Foreldre

Deltakerne i prosjektet er personer med foreldrerolle overfor ungdom med spiseforstyrrelse i en alvorsgrad som forårsaker innleggelse på sykehus. Foreldre tilsvarer foresatte i betydningen personer med myndighet over noen (Guttu et al., 2020). Dette gjelder både biologiske og ikke-biologiske foreldre. I teksten bruker jeg også entallsformen, forelder av hensyn til den enkelte deltaker.

1.5.2 Ungdom med spiseforstyrrelse

Deltakernes barn er mellom 13-18 år. De betegnes som ungdom ut ifra hva som normalt brukes om denne aldersgruppen og livsfasen (Tønnesson & Svartdal, 2019). I foreldreperspektivet får ungdommene også betegnelsen barn der de omtales som del av foreldre-barn-relasjonen. Avdelingen forstår spiseforstyrrelse som en sammensatt tilstand hvor «lav selvfølelse, vansker med følelsesmessig regulering og forhold til andre kan komme til uttrykk på en kroppslig måte [...]» (Regionalt senter for spiseforstyrrelse, u.å., s. 4). Spiseforstyrrelse avgrenses til `anorexia nervosa` fordi det er felles for ungdommenes diagnoser i dette prosjektet. Anoreksi kjennetegnes av spisevegning og alvorlig undervekt. Det skaper overopptatthet av matinntak, vekt og kroppsform (Ganci, 2019/2020).

1.5.3 *Pusterom i musikk*

Pusterom i musikk er min betegnelse på to lyttegrupper i musikkterapi jeg etablerte i 2011. Det ene tilbudet gis til ungdommene, det andre til deres foreldre. Jeg har presentert begge tilnærminger i familieorientert behandling av spiseforstyrrelse hos ungdom innenfor

musikkterapimetoden, GIM: Guided Imagery and Music⁵(Noer, 2015). I dette prosjektet er *pusterom i musikk*, forkortet til PIM og betegnelsen på foreldrelyttegruppa.

PIM er et frivillig, drop-in tilbud i avdelingens ukeplan; en klokke time hver uke i et rom utstyrt med sakkosekker, tepper, puter og høyttaler. Foreldrene kommer rett fra lunsj og måltidsstøtte for sine barn. I etterkant kan de ha samarbeidsmøter eller 15 minutters pause før neste måltid.

Foreldrene blir først veiledet til å finne en god hvilestilling. Musikkterapeuten plasserer puter og brer teppet rundt dem etter hvordan de ønsker det. For nye foreldre introduserer terapeuten generelle mål med støtte fra avdelingen om å gi foreldrene et pusterom med ledet avspenning i musikk. Foreldre blir gitt anledning til å dele spontant hvordan de har det og hvilke forventninger de har. Det bidrar til felles fokus for musikklyttingen (Noer, 2015, s. 76). De blir invitert til å lytte til seg selv og legge merke til indre opplevelser og dagdrøm under musikklyttingen. Terapeuten legger vekt på frivillighet i hvordan man er til stede på sin måte underveis.

Terapeutens verbale innledning er inspirert av mindfulness⁶ (Kabat-Zinn, 2003). Det inviterer til oppmerksomhet på indre bilder, sanseopplevelser, tanker og følelser (Noer, 2015, s. 76). Terapeutens stemme akkompagneres av spesielt utvalgte musikkstykker i langsom puls med repeterende små melodiske motiver. Terapeuten gir et åpningsbilde for visualisering basert på foreldrenes ønsker eller det generelle fokuset på avspenning. Åpningsbildet kan for eksempel være å se for seg et godt sted, fra før av kjent eller som spontant dukker opp i fantasien. Terapeuten velger ut ca. fem innspilte musikkstykker til samlytting. Musikken er hovedsakelig innenfor klassisk genre, med innslag av jazz og folk. Etter musikken bringer terapeuten foreldrene gradvis tilbake til mer våken bevissthetstilstand og inviterer dem til å dele musikkopplevelsene sine med resten av gruppa.

Frivillig drop-in ramme skaper et foranderlig gruppeformat. I tillegg påvirker avdelingens behandlingsplaner og regionansvar hvem som kan delta på PIM ut i fra permisjonsplaner, bytte mellom foreldre og lange avstander mellom sykehus og bosted. Rammene for PIM tar slik høyde for nye gruppesammensetninger og sesjoner med kun én forelder til stede med terapeut. I samarbeid med avdelingen er PIM etablert med intensjon om å nå foreldre med

⁵ Se 2.2.4. Guided Imagery and Music – reseptiv musikkterapi

⁶ Se 2.3. Musikkterapirelasjonen

svært ulik erfarings- og kulturbakgrunn. Det har forårsaket forutsigbare rammer og lavterskel for aktiv deltakelse.

1.5.4 Sykehusinnleggelse

Prosjektet foregår på en sykehusavdeling for barn og unge opp til 18 år. Spiseforstyrrelsen hos barna er av en slik alvorlighetsgrad at det ikke kan behandles poliklinisk. Innleggelsen betyr at foreldre og barn er borte fra sine hverdagslige, sosiale sammenhenger. Musikterapien er integrert i en tverrfaglig døgnoppfølging og behandlingsplan.

1.5.5 Familiebasert behandling

Avdelingen er fysisk tilrettelagt for familiebasert behandling. Det tverrfaglige teamet har som grunnholdning at foreldre er de beste til å støtte sine barn. Avdelingens hovedtilnærming er familiebasert terapi (FBT). Opprinnelig er FBT en poliklinisk metode som hjelper familiene i hjemmesituasjonen. De senere årene er FBT også integrert ved sykehusinnleggelser (Fjelkegård, Hausswolff-Juhlin & Olsen, 2020). FBT kjennetegnes av at de ressurser som foreldrene har mistet i sykdomsforløpet, skal finnes tilbake i en tilfriskningsprosess. Det vil si at barnet ikke har ansvaret for sykdommen, spiseforstyrrelsen eksternaliseres. Sykdommen ligger utenfor det barnet håndterer alene. Derfor trenger barnet hjelp fra foreldrene for å komme ut av spiseforstyrrelsen (Ganci, 2019/2020).

2 Teori

I dette kapitlet presenterer jeg ulike perspektiver og begreper som gir teorigrunnlag til prosjektet. Først presenterer jeg teori om familiebasert behandling på avdelingen. Så gjør jeg rede for stress, musikk som helse, musikklytting og reseptiv musikkterapi fra relasjonelle og økologiske perspektiver.

2.1 Foreldre i Familiebasert terapi

FBT er standardbehandling over store deler av verden for barn og ungdom med spiseforstyrrelse (Ganci, 2019/2020). Locke og Grande utviklet metoden fra en familiesystemisk modell, Maudsleymodellen (Locke & Le Grande, 2013). Behandlingen legger vekt på foreldrenes evne til å vise medfølelse, være konsekvent og utholdende. FBT krever flere måneders intens oppfølging av barna. Foreldrene veiledes til å hjelpe sine barn med å spise og samtidig ta vare på seg selv for så raskt som mulig komme tilbake til hverdagslivet. Veiledning hjelper foreldrene å skille mellom spiseforstyrrelsen og barnets stemme. Det gjør det enklere å kjenne på medfølelse og ikke på skyld (ibid.).

FBT deler foreldrenes følelsesreaksjoner på barnas oppførsel inn i fire: Apati, sympati, empati og medfølelse. Foreldrene kan ha vanskelig for å forstå barnets oppførsel og får en følelse av apati hvor de ikke relaterer seg til hva barnet opplever. Foreldrene kan kjenne stor grad av sympati og på den måten lide sammen med barnet. Det gjør ofte måltidsoppfølging vanskeligere. Empati beskrives av FBT som en følelsesreaksjon som skaper bånd mellom foreldre og barn, der barnet blir forstått og kan dele hvor tungt det er. Men foreldre i empati kan ha tendens til å tilpasse type mat og mengde for å gjøre det lettere for barnet. Ifølge FBT blir ikke barnet frisk hvis empatien hos foreldrene er for sterk. Medfølelse er den følelsesreaksjonen som gjør foreldrene i stand til å forstå barnet og dele de vanskelige følelsene barnet har, samtidig som de innser at de må handle og gjøre det som skal til. Ganci formidler at foreldrene vil pendle mellom følelsesreaksjonene, men må hovedsakelig styres av medfølelse (ibid.).

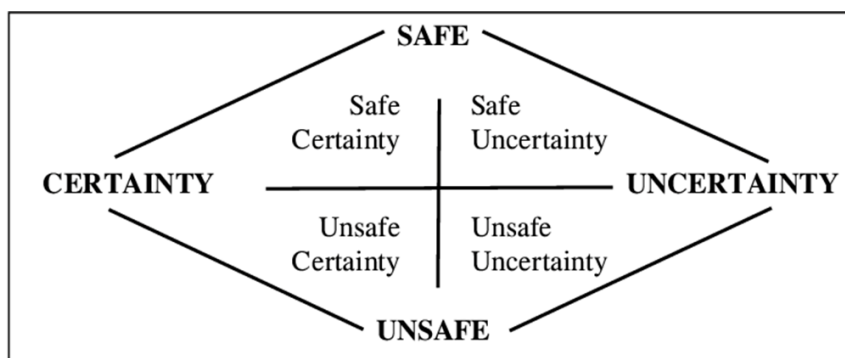
FBT veileder foreldre i å bli kjent med hvordan anoreksien uttrykker seg for å kunne forstå hvorfor det er så vanskelig å spise. God forståelse kan gi roligere respons med større medfølelse. Det kan gjøre foreldrene mindre frustrert og mer tålmodig og styrke viljen til å få barnet frisk så snart som mulig (ibid.). Når barnet i spiseforstyrrelsen er utrygg, forstår FBT foreldrene som de viktigste til å skape trygghet for barnet, selv om de også føler seg redde. Angst og uro hos barnet kan skape det samme hos foreldrene. Ganci foreslår distraherende

aktiviteter og avslapningsteknikker⁷ for barnet alene og for foreldre og barn sammen. Øvelser i dyp pust kan lære barnet hvordan roe seg selv ned. Foreldrene blir oppfordret til å bruke øvelsene for å minske eget stress under behandlingen (ibid.). FBT anerkjenner slik foreldrenes behov og anbefaler selvhjelpsverktøy. Jeg har en forforståelse av at foreldre kan trenge mer støtte for å komme seg ut av stress.

Wufong med flere har intervjuet foreldre i etterkant av FBT innleggelse. Forskingen konkluderer med behov for å adressere både barnas og foreldrenes stress utfordret av spiseforstyrrelsen (Wufong, Rhodes & Conti, 2019).

2.2 Familiesystemisk endring

Familieterapeut Mason har inspirert avdelingen med idèer om hvordan endring skjer når familien har tilgang på risiko i trygge rammer (Næsje, 2019). Jeg vil kort gjøre rede for dette. Mason illustrerer i sin modell hvordan vi inntar og innvirker fra ulike posisjoner i familierelasjonene:



Figur 1. Fra «Towards positions of safe uncertainty,» av B. Mason, 1993, s. 195, *Human Systems: The Journal of Systemic Consultation & Management*, 4. Copyright 1993, LFTRC & KCC.

For Mason har endring sammenheng med om relasjonen tåler å ta risiko som igjen henger sammen med hvor trygg relasjonen er. Å risikere i betydning av å utfordre og eksperimentere, kan gjøre relasjonen tryggere. Men avdelingen henviser foreldre videre til profesjonell hjelp for alvorlige psykiske vansker. Det skal ikke være risiko med trygghet mellom foreldre og barn hvis de voksne er for sårbare (Mason, 2019).

Familieterapeut Næsje har tolket idèene og samarbeidet med Mason om oversettelsen til familiebehandling av spiseforstyrrelse. Det trygge og sikre området tilhører livet hjemme som håndterer å ha et ungt menneske i hus. Spiseforstyrrelsen utvikler seg og gamle strategier

⁷ Ganci foreslår lytting til lydbøker, meditasjonsmusikk, ledet mindfulness, meditasjon eller visualisering fra app (Ganci, 2019/2020, s.82).

virker ikke lenger. Det er økende uro for hvordan være sammen. Når situasjonen forverres hjemme og familien ikke lenger håndterer det, har de fått det utrygt og usikkert hjemme, av Næsje & Mason beskrevet som maktesløshet (Næsje, 2019).

Familien blir innlagt og tilbudt hjelp i trygge rammer. Rammene tillater en å være usikker, risikere nye handlinger og måter å være sammen på. Dette gir mulighet for endring av det samspillsmønsteret spiseforstyrrelsen har skapt i familien (ibid.). Hvis innleggelsens rammer og ekspertise gir familien en for trygg og sikker posisjon, kan endring av familiemønsteret til hvordan håndtere utfordringene hjemme bli vanskeligere. Slik begrunner Næsje & Mason å tilstrebe en trygg og usikker posisjon under behandling. Det gir tilgang på risiko i relasjonene gjennom nysgjerrighet for hverandre og å eksperimentere med ulikhet og mestre forskjellighet (Mason, 2019).

Nylig forskning forklarer gode resultat på å involvere foreldre under sykehusinnleggelse. De beskriver hvordan de ivaretar foreldrenes stress og uro for hjemmesituasjonen med måltidsoppfølging og håndtering av barnets angst og følelsesutbrudd (Fjelkegård, Hausswolff-Juhlin, & Olsen, 2020). Dette minsker foreldrenes krisereaksjon. De føler seg tryggere under fortsatt press og våger å prøve seg hjemme igjen. Å våge på avdelingen gjennom feedback og praktisk hjelp fra teamet, henger sammen med foreldrenes egen bedømmelse av hvor trygge de føler seg. Dette trekkes frem som viktig for en vellykket utskrivelse (ibid.). I prosjektet spør jeg foreldrene om *pusterom i musikk* kan bidra i dette.

2.3 Stress

Stress kan defineres som psykisk og fysisk påkjenning fra krevende påvirkninger og de reaksjoner som settes i sving i individet. Seyle introduserte begrepet i 1936. Ifølge Seyle reagerer kroppen gjennom tre faser: En forsvarsaktivert alarmreaksjon, en motstand og tilpasning for å tåle belastningen og til sist kollaps (Svardal & Malt, 2019). Stress kan være merkbare, nervøse spenninger og overbelastende tanker og følelser. Det kan ifølge Seyle også måles når individet ikke kjenner det eller viser tydelige tegn. Matè kaller dette skjult stress: «Både mennesker og dyr kan være stresset uten selv å være klar over det» (Matè, 2003/2019, s. 48). Foreldrene er i en situasjon som inngir redsel. Barnet er livstruende syk og spiser ikke. Redselen er relevant og bestemt av situasjonen, og gunstig stress gjør dem aktive. Stresset kan forstås som et nødvendig stress som mobiliserer energi og handling fordi situasjonen krever det. Stresset kan også bli en påkjenning som hindrer dem i å fungere. I prosjektet vil fokus være foreldrenes opplevelse av dette ugunstige stresset.

2.3.1 Stress fra et helhetlig perspektiv

Mange stressteorier har helhetlige forklaringer på hvordan fysiologiske, psykologiske, sosiale og eksistensielle forhold virker på hverandre og gir emosjonell overbelastning. Dette stresset kan skape konsekvenser for individets helse. Når kritiske påkjenninger vedvarer, kaller forskeren McEwen det allostatisk «oppladning». Ifølge empiriske studier, kan slik «konstant emosjonell overbelastning utmatte kroppens tilpasningssystemer» (Kirkengen & Ulvestad, 2007, s. 3229). Filosofen Merleau-Ponty fremmer en fenomenologisk tilnærming til mennesket som «opplevende kropp» og fortolkende vesen. Dette gir ifølge Kirkengen og Ulvestad et syn på helse hvor det meningssøkende, relasjonelle og selvreflekterende skjer integrert i kropp og kontekst. Hvordan organismen tolker det som skjer i sin kontekst, er det som fremmer eller truer helse (ibid.).

Barnepsykiater Kozłowska har utformet en stress-system-modell: Kroppens forsvarssystem samspiller med kroppens selvregulerende prosesser. Det fysisk-kjemiske miljøet i kroppen, justerer og blander seg med hverandre for å opprettholde stabile forhold, kalt homeostase. Homeostaseprosessen gir beskyttelse fra fysisk og psykologisk påkjenning og regulerer energi. Stress-systemet «skruer seg på», men individet kan være ute av stand til å «skru det av» (Kozłowska, 2013, s. 315). Hormonproduserende kjertler langs den såkalte HPA aksene samspiller med sentralnervesystemet. Aksene går fra hypothalamus (H) i hjernestammen og fortsetter via hypofyse (P) til binyrene (A). Spesielt kortisol, kalt stresshormon, skilles ut og forhøyes i kroppen. Gjennom individets opplevde liv samspiller HPA aksene gjensidig med det autonome nervesystemet, immun- og inflammasjonssystemet og vår innebygde døgnrytme. Kozłowska illustrerer aktiveringer i det autonome nervesystemet som gir komplekse feedback looper i hele stress-systemet. **Røde**, sympatiske nerveceller, gir eks. for høy muskelspenning, puls og respirasjon. **Blå**, parasympatiske nerveceller roer ned og restaurerer. Ved siden av de **røde** innvirker **lilla** parasympatiske nerveceller på tarm, eks. kvalme eller hjerte eks. brå fall i hjerterate og besvimelse (ibid.). Kozłowska har forsket på somatiske utfall og tilfriskning hos barn fra hvordan stress-systemet går fra forsvar til restitusjon. Dette bidrar til homeostase og selvregulering. Intervensjoner som familieterapi og mindfulness aktiverer **blå** nerveceller. Behandlingen fokuserer på hvordan forholde seg til det som gir familien stress og regulering av søvn, aktivitet, hvile og næring (ibid.).

2.3.2 Toleransevinduet

Omsorgserfaringer innvirker på hjernen og individets evne til å håndtere belastende og truende situasjoner (Noranger & Braarud, 2014). Stress oppstår og reguleres i

mellommenneskelige relasjoner. Noranger & Braarud har vist hvordan sanserike erfaringer fra samspill med sensitive andre virker inn på hjernens alarm- og reguleringsystem (ibid.).

Toleransevinduet fra utviklingspsykologen Siegel har bidratt med forståelse for stressaktivering og stresshåndtering (Siegel, 2010). Det rammer inn individets optimale kapasitet for å være oppmerksom i relasjoner. I overkant av vinduet, får individet for høy muskeltonus, hjerterate og respirasjon, i underkant for lav. I overkant mobiliseres kamp-flukt-reaksjon, i underkant skjer en immobilisering, en apatisk frys-reaksjon. Flexibilitet og størrelse på toleransevinduet formes av det tidlige samspillet med primær omsorgsperson (ibid.). Samspillet er musisk og tonet inn på barnets emosjonelle tilstand og behov. «Det er omsorgspersonens oppgave å holde barnet innenfor toleransevinduet. Man hjelper barnet ned fra en hyperaktivering eller stimulerer det varsomt opp fra en hypoaktivert tilstand» (Noranger & Braarud, 2014, s. 3). Overveldende erfaringer blir håndterlige og barnet utvikler autonomi og evne til å gå inn i gjensidige samspill.

Voksne som støtter barn, trenger selv å være regulert. Det betyr at stressaktiverte voksne kan trenge hjelp for å komme inn i sitt toleransevindu. Man tåler mer av å være sammen med en trygg og emosjonelt tilgjengelig annen (ibid.). Reguleringsstøtte til voksne kan tenkes å gi erfaringer som internaliseres og utvikler egne strategier tilsvarende hos barn.

2.4 Musikk som helse

Synet på musikk som helse har utviklet seg gjennom mange tiår. Ruuds refleksjoner førte fram til et nytt begrep; musikk som 'kulturelt immunogen'. Han definerer det som en ressurs for å tåle stress og helsetruende tilstander, noe som fremmer og forebygger det som beskytter og opprettholder helse (Ruud, 2017, s. 589). Synet på helse avhenger av personens fortolkning av egen situasjon (ibid.). Erfaring skriver seg inn i kroppen avhengig av hvordan mennesket tolker det om skjer i sin kontekst (Getz, Kirkengen & Ulvestad, 2011).

Synet på musikkens virkninger er mange. Ruud viser til hvordan musikk kan virke fysiologisk inn eller forstås som et estetisk fenomen som virker fra sin oppbygning. Musikk kan vekke sterke emosjonelle erfaringer, minner, assosiasjoner og narrativ og gis semantisk betydning. Men hvordan musikk virker, er ifølge Ruud avhengig av lytterens perspektiv i sin situasjon (Bonde, 2014, s. 86). Det inkluderer et syn på musikk som samhandling mer enn verk, jfr. Small (1998) som innførte begrepet: musicking⁸. Hans tolkning av musikk har inspirert flere i

⁸ For leservennligheten skriver jeg musikk fra forståelsen av musicking.

å se forbindelser mellom de interaktive prosessene i musikk og opplevelsen av egen helse (DeNora, 2007).

2.4.1 Musikk som helse i et økologisk perspektiv

Økologi kommer opprinnelig fra greske; oikos, som kan oversettes med hushold og er vitenskap om organismers forhold til miljøet de lever i (Semb-Johansson, Hjermann, & Ratikainen, 2020). Fra et greskinspirert fungerende hushold, kan musikk i miljøet ses som et subsystem som gjør den sosiale verden mer beboelig (Ansdell, 2014). Musikk løser ikke nødvendigvis problemer direkte, men hjelper som en vitaliserende og styrkende erfaring. Det musikalske kan omforme utfordringer og vanskeligheter og gi opplevelser av helse innenfor sykdom og strev (Ansdell, 2013).

Ansdell henviser til DeNora i hvordan og hvorfor analysere musikk situasjoner på et meso-nivå. Det er verken å zoome ned til mikro-musikalske detaljer eller zoome ut til ikke-musikalske idèer, men i stedet se på hvor, når og hvordan musikk som samhandling oppstår og tar form. Slik inntar man musikkøkologiske perspektiv (Ansdell, 2014). En meso-nivå analyse hjelper oss å se økologiske prinsipper i aksjon i musikk situasjonen, hvordan musikk er en del av komplekse og gjensidig innvirkende prosesser mellom folk, praksis, ting på et spesifikt sted. To økologiske prinsipper er sentrale:

1. Alt er forbundet og gjensidig påvirket og sammenvevd, interaktivt og mellom nivåer.
2. Alt virker i et vekselspill. Det er gjensidig avhengig gjennom utveksling mellom levende og ikke-levende prosesser (ibid.).

For det første peker Ansdell på prosessene som skaper selve mønsteret for å forstå hvordan menneskers musikalske erfaringer hjelper. Man kan ikke bare analysere hva som skjer i hjernen eller psyken, dyadiske relasjoner og det sosiale. Det er den «ever-flowing total ecology that is the patterns which dynamically connects musical people, musical things and musical situations» (Ansdell, 2013, s. 9). Oppmerksomhet på hvordan mønsteret justerer, mobiliserer og endrer alt involvert gir kunnskap om når og hvordan musikk hjelper.

For det andre, løfter Ansdell frem et utenom-musikalsk prinsipp. Musikk gjør lite helt på egenhånd. Det mennesker gjør i musikk, er til hjelp i ulike situasjoner i relasjon til personlige preferanser, hvor vi er og hvordan det gis mening. I stedet for å separere det musikalske fra det Ansdell kaller «paramusikalsk», foreslår han grader av musikalsk erfaring. Paramusikalske fenomen akkompagnerer det musikalske som skjer. Alt foregår i en umiddelbar økologi og i relasjon til behov i situasjonen. Ingenting kan ses isolert (ibid., s. 8).

I sirkulære prosesser, er ingenting helt aktivt eller passivt. Hva som skjer, kan ikke låses i årsak. Det er grader av virkning og aktørskap som forårsaker informasjon og bevegelse i systemet. Musikalsk kreativitet og kommunikasjon hvor mening skapes, kan forstås å ha sirkulære årsaksforhold. Fra et systemteoretisk perspektiv har Ruud referert til improvisasjon i musikkterapi som eksempel på dette (Ruud, 2005). Med mennesker involvert, er det relevant å undersøke hvor aktivt menneskene innvirker. Jeg er interessert i å undersøke foreldrenes aktørskap gjennom begrepet; agens. Selvagens handler om virketrang, et ønske om å mestre og tro på å kunne påvirke. Det kan forstås som selve motoren i et menneske (Kvelling, 2017). Agens er ifølge Ruud en kapasitet til å ta valg og kontroll over livet sitt, noe musikk kan styrke (Ruud, 2020). Randi Rolvsjord har undersøkt hvordan styrket agens i musikk styrker deltakerne generelt. Hun kaller det `empowerment`, en myndiggjøring gjennom musikk. Dette driver relasjonen mellom menneskene i gjensidig, samarbeidende retning gjennom hvordan begge lar hverandres bidrag få innflytelse (Rolvsjord, 2004). Agens i musikk vil ha med evnen til å involvere seg og ta ansvar for relasjonen til musikk. Musikkens styrke er i aksjon og kan lede deltakeren inn i tilstand hvor han blir kreativ på nye måter. Kapasiteten til å utvikle agens i musikken kan da tyde på støtte fra flere immunogene faktorer. Musikkens samhandling skjer gjerne i en rituell form som skaper vitalitet, sammenheng og fellesskap (Ruud, 2020). Musikalske ritualer har ifølge Ansdell til felles måten det samler folk på som katalyserer og støtter overganger mellom roller, erfaringer og situasjoner. Spesielt er dette avgjørende i kriser og utrygge perioder. Ritualer samler folk i en ramme der de beveger seg sammen til noe nytt i seg selv eller i forhold til andre (Ansdell, 2014, s. 232).

2.4.2 `Musical appropriation`

Musikksosiologen DeNora har studert prosessen mellom hva musikken tilbyr av muligheter og hva lytteren tar i bruk. DeNoras forståelse av Gibsons begrep, affordance, i hva musikken tilbyr lytteren, resulterte i begrepet, `musical appropriation`. Prosessen fokuserer inn hva lytteren gjør til sitt som en helseressurs:

«To illuminate this appropriation process-mutual constitution of an artefact`s prescriptions and the behaviours and scenes that cluster around it – is to illuminate the social-technical Melange through which forms of agency and social order(s) are produced and held in place» (DeNora, 2000, s. 36).

Til sammen gir det forståelse av en fundamental sirkulær prosess som inkluderer både utenom-musikalske og musikalske opplevelser og handlinger. Samlingen av ting og handlinger i kombinasjon med musikk i aksjon kan spesifiseres. Dette kan vise hvordan

musikk og noe annet tilbys og tas i bruk av det enkelte mennesket i sin gitte situasjon. Slik DeNora tolker Gibson, er andre mennesker den rikeste kilden til å gjøre tilgjengelig potensialer i miljøet. Det mellommenneskelige gir oss i tillegg mest av det vi egentlig trenger (ibid.).

DeNora bruker metaforen, `music asylums` på spesifikke «pusterom med potensialer» i musikk: «to denote respite from distress and a place and time in which it is possible to flourish» (Ruud, 2020, s. 77). Før ble asylet assosiert med å bli stengt inne, slik at samfunnet rundt skulle beskyttes fra individet. I nåtid betyr asyl «et fristed fra forfølgelse» som gir individet rett til beskyttelse (Bahus, 2018). Et musikkasyl ifølge DeNora representerer to strategier for restitusjon: «removal» og refurnishing» (DeNora, 2013). Å oppnå asyl i musikk, kan bety å trekke seg tilbake, få inspirasjon og samtidig beskyttelse fra den ytre verden. Det kan bety å komme i en tilstand hvor en glemmer bekymringer en liten stund, blir engasjert i kunstneriske aktiviteter og samtidig anerkjent i samspill med andre mennesker. `Music asylums` skjer fra «room, ontological security, control and creativity, pleasure, validation of self, sense of fit, flow, comfort, ease, house, temporal fit» (DeNora, 2013, s. 56).

2.4.3 Musikklytting som emosjonell helse

Ulike perspektiv på stress refererer til emosjonell overbelastning som fellesnevner. Forskning innen musikkpsykologi dokumenterer hvordan musikk brukes for å regulere følelser, emosjoner og stemninger. Ruud refererer til Goethem & Sloboda og modellen; «Goal, Strategies, Tactics and Mechanisms». Sett fra konseptet *pusterom i musikk* for foreldre, kan det å ville slappe av, være å identifisere målet (G). Å hente ut det man trenger, forårsaker strategier (S) som å beskytte seg, trekke seg tilbake eller ventilere følelser og reflektere etter ulike stressopplevelser. Musikk gir et repertoar av taktikk (T) som musikklytting til selvregulering hvor mekanismer i musikken (M) virker inn (Ruud, 2020). Ruud skiller mellom musikalske og mentale mekanismer: Estetiske og emosjonelle kvaliteter i musikken og tankevirksomhet og indre bilder som oppstår i musikken (ibid.). Han referer til sosiologen Rosa for å utdype hvordan kvaliteter i musikken kan gi resonans i lytteren på en anerkjennende måte. Rosa forklarer resonans med musikk som et følelsesstemt forhold. Resonans med estetiske og emosjonelle kvalitetene i musikk kan slik gi lytteren erfaring av å være helt sammen med seg selv (ibid.). Når lytteren engasjerer seg og tar ansvar for musikkens innflytelse, kan det ifølge Ruud også virke sammen med emosjonsregulering og vedlikeholde et indre kontrollsted. Slik kan det oppstå en vekselvirkning mellom

empowerment og emosjonsregulering som forsterker seg (ibid.). Til sammen forespeiler dette musikkens mange muligheter i møte med lytterens unike sted.

Musikkpsykolog Saarikallio diskuterer musikklytting som skaper av emosjonell helse fra forskning på musikklytting i hverdagskontekst. Nøkkelkomponenter for helsefremmende musikklytting summerer hun opp som emosjonsrelaterte evner og holdninger: Å gjenkjenne og regulere emosjoner, å ta til seg positive og estetiske emosjoner, selvrefleksivitet, selvkontroll og selvagens (Saarikallio, 2017, s. 603). Jeg har samlet temaer fra forskningen jeg ser som relevante for foreldrene. Saarikallio viser til forverring av for eksempel, depresjon og aggresjon ved uhensiktsmessig bruk av musikk. Da foreldrene ikke fortalte om negative følger av musikklyttingen, har jeg valgt å samle positive utfall her.

Musikk kan tilby et spekter av strategier som avspenning, distraksjon, mental prosessering og forløsning av følelser. Mestring skjer gjennom problemorienterte, emosjonsorienterte og unnvikende strategier. Nye fortolkninger og distraksjon kan dempe stressorer. Lytterens holdninger gir utslag. Det er positive utfall av å lytte til musikk som reflekterer stemningsleie når musikken forestilles å være en god venn, oppleves som trøst, emosjonell validering eller gir innsikt i egen affektiv tilstand (ibid.).

Saarikallio antyder en iboende kapasitet til å løfte stemningsleie gjennom lystbetonte musikkaktiviteter som letter og gir nye fortolkninger fra den emosjonsskapte situasjonen. Stemningsløftet kobles også til andre disposisjoner i musikk som estetisk glede og som leder til positive emosjonelle opplevelser. Innføring av positive emosjoner kan senke kolesterolnivå, regulere negative følelser og gi selvkontroll, understøtte kognitiv prosessering og et bredt tenke-handlerepertoar. Dette understøtter Saarikallio med Juslins forskning i hvordan positive emosjoner dominerer menneskers respons til musikk. Rolig/avslappet og glad/begeistret er mest typisk følt respons til musikk i dagligliv. Forskningen viser indikatorer på at positive og såkalte estetiske emosjoner inkluderer aktivering i hjerneområder for belønning og innvirker på forholdet mellom musikk og stressopplevelsen (ibid.).

Evnen til selvrefleksjon og erkjennelse av emosjoner, kan skape en differensiering mellom helsefremmende og helseskadelig bruk av musikk. Det er spesielt relevant for negativ, depressiv og aggressiv stemthet. Det vil være en fordel i relasjon til positive emosjoner som kan skape nytelse og skjønnhet og muliggjøre ressurser av resiliens. Saarikallio refererer til studier som viser til musikk som stressregulerende i perioder med lavt stressnivå. Ved høyt stress, er annen reguleringsstøtte nødvendig (ibid.).

2.4.4 Guided Imagery and Music – reseptiv musikkterapi

Musikklytting som musikkterapi inkluderer terapirelasjonen og kalles reseptiv musikkterapi. Den internasjonalt mest utbredte reseptive musikkterapi i dag, er GIM i sin originale form, Bonny Method of Guided Imagery and Music (BMGIM). Grunnleggeren, Helen Bonny, beskriver GIM som «en proces, hvor indre billeder fremkaldes under musiklytning» (Bonde, 2014, s. 180). European Association of Music and Imagery gir en mer utdypende definisjon: «The Bonny Method of Guided Imagery and Music is a music-centred integrative form of psychotherapy. Specifically programmed music is used to facilitate a dynamic exploration of consciousness and inner experiences in support of physical and psychological transformation and well-being» (European Association of Music and Imagery, 2020).

Bolette Beck refererer til flere studier som viser stressreduksjon etter GIM. Hun fant positiv effekt av BMGIM ved arbeidsrelatert stress i sin mixed-method studie i 2012 (Beck, 2019).

Et spekter av variasjoner har utviklet seg i metoden både individuelt og til grupper. *Pusterom i musikk* er beskrevet som èn av dem, inspirert av Körlin (Noer, 2015). Körlin har tilpasset en metode spesielt rettet mot stressrelaterte lidelser: Music Breathing. Körlin setter fokus på meditasjon, regulering og integrering av det autonome nervesystemet, toleransevinduet og dysregulering, med tilstander av aktivering og vitalitetsformer (Körlin, 2019). Beck beskriver foreldrelyttegruppa slik:

«In supportive groups for parents, music and imagery inspired by mindfulness practice is used to decrease stress and provide self-care and resilience» (Beck, 2019, s. 137).

Forholdet mellom musikk og indre bildedannelse er sentralt i GIM. Musikalske og mentale kvaliteter i musikken vektlegges. Hvordan velges musikk ut for å skape dynamikk og dialog med lytterens indre bevegelser i bevisstheten? Margareta Wärje & Lars Ole Bonde har kategorisert musikk brukt i GIM ut ifra estetiske og eksistensielle kriterier. Wärje & Bonde utviklet en taxonomi for intensitetsprofilen i musikken (2014). Det kan veilede terapeuten i musikkvalg i følge med lytterens behov. Wärje og Bonde viser til studier av musikkens virkning i GIM på blant annet angst og stress (ibid.).

Indre bilder av natur og landskap oppstår ofte i GIM. Naturbildene virker ifølge Bonde og Becks forskning som næringskilde til lytteren som skaper noe friskt og nytt innenfra. Naturscener kan speile lytterens behov eller gi kontrast til problemer her og nå. Det kan øke lytterens mestring av hverdagen. Det kan gi sterke opplevelser av balanse, enhet og tilhørighet

som Bonde og Beck formidler å være helsefremmende. Musikkens intensitetsbølger har stor innflytelse på hvordan naturbildene utvikler seg og hva det gir lytteren (Bonde & Beck, 2019).

2.5 Musikkterapirelasjonen

Terapeut-deltaker-relasjonen i *pusterom i musikk* er inspirert av relasjonell musikkterapi (Trondalen, 2016). Tre spesifikke felt kjennetegner hva musikkterapeuten gir oppmerksomhet: Tillit, vitalitetsfølge og eksistensiell deling. I alle felt har musikkterapeuten oppmerksomhet på den andre, seg selv og samspillet. Relasjonell musikkterapi fokuserer på den kroppslig-affektiv-musikalske kommunikasjonen mellom terapeut og deltaker (ibid.).

I *pusterom i musikk* veileder terapeuten mindfulnessøvelser i musikk i møte med deltakeren. Mindfulness er en praksis som vektlegger mental innstilling og meditasjonsferdigheter gjennom oppmerksomhetstrening. En ikke-dømmende og åpenhjertig aksept, øyeblikk for øyeblikk formidles å gi større tilgang på egne tanker, følelser og sanseopplevelser (Kabat-Zinn, 2003). Binder med flere har hentet mindfulness inn i behandling. Terapirelasjonen kan rette oppmerksomheten fire steder: Hva skjer i din kropp, følelser og tanker når du lytter? Hvordan forstår du uten å vite, hva som skjer i den andres musikkopplevelse? Hvordan uttrykker relasjonen seg? Hva oppdager dere av fellesskap og verden utenfor (Binder et al., 2014, s. 115-117)? Når mindful lytting skjer i musikk, blir det en del av musikkterapirelasjonen.

2.5.1 Tillit

Tillitsalliansen starter når deltaker og terapeut avklarer mål og forventninger til musikkterapien. Enkelte rammebetingelser er allerede gitt fra avdelingen; tidsrom, sted, musikklytting i gruppe og tilgjengelig terapeut. Innenfor rammene er terapeuten tydelig på hvordan foreldrene selv kan påvirke måten å delta på fra sitt subjektive sted, hvem de er, hva de opplever og vil gi plass. I innledningssamværet toner terapeuten seg inn på alle deltakerens vitale signaler, kroppslig, emosjonelle og verbale, for å støtte tillitsalliansen i betydningen: Sammen med deg, er det trygt nok å være for å utforske hva jeg opplever og hva jeg trenger (Trondalen, 2016). Trondalen refererer til terapeuten som autentisk interessert i hva deltakeren deler og ikke deler, og som samtidig spør seg selv hva dette kan bety (ibid.). Nysgjerrigheten gjør terapeuten tilgjengelig for hva som skjer i egen kropp og eget sinn, samtidig formidles det som i terapeutisk tenkning har fått navnet: «not-knowing-position» (Anderson & Goolishian, 1992). Binder med flere kaller det «å rette oppmerksomheten mot

klientens opplevelse, å prøve å forstå uten å tro at man vet» (Binder et al, 2014, s. 114). Det kan gi begge mer forståelse og holde deltakerens opplevelse og behov i sentrum. Samtidig forblir begge to subjekter i opplevelsen av felles forståelse. Binder med flere henter fra Buber at det skjer som intersubjektiv erfaring: «Den andres virkelighet har en grunnleggende kvalitet av annerledeshet» (Binder et al., 2014, s.115).

Slik legger terapeut til rette for at relasjonen blir så gjensidig som mulig. Men de ulike rollene gir uansett utfordringer i maktforholdet. Terapeuten får et særlig etisk ansvar i å reflektere over hvordan ivareta integritet, gjensidighet og konfidensialitet (Trondalen, 2016). Begge har i sine roller et ansvar for sitt bidrag inn i samspillet innen rammene. Tillit bygger på gjensidighet. Deltakerens frie vilje, gir et ansvar for egne helsebehov. Terapeuten har makt til å støtte, men ikke ansvar for alle. Slik må begge følge med, men terapeuten må særlig ta ansvar for å gjøre klart hva rammene er. Det skaper ifølge Trondalen trygghet som utvikler tillit (ibid.).

2.5.2 Vitalitetsfølge

Forskning fra observasjon av mor-spedbarn-samspill har siden 70-tallet utviklet forståelse for intersubjektive prosesser og hvordan følelser kan få felles følge mellom mennesker uansett alder og rolle (Trondalen, 2016). Psykiateren Stern var tidlig med sin teori om vitalitetsaffekter og inntoning. Det har hatt sentral innvirkning på relasjonell tenkning i musikkterapi (ibid.). Jeg har valgt å se nærmere på hvordan foreldrene beskriver erfaringer av inntoning i sammenheng med hva jeg selv erfarer og observerer. Stern beskriver endringer i følelseskvaliteter som vitalitetsaffekter. Det er dynamiske former som innvirker i samspillet på tvers av sanser. Det fornemmes når intensiteten i følelsen endrer seg, kroppslig og emosjonelt. Oppfattelsen skaper helhet og sammenheng for den som opplever det (Stern, 2004/2007).

Ansdehl har zoomet inn dette nivået innen musikkøkologi. Jeg velger å bruke hans tolkning av Stern. Bak både musikalsk og mellommenneskelig kommunikasjon skjer vitalitetsfølge ut ifra tre musikk-relasjonelle prosesser:

1. «Inntoning: Å oppfatte den andres vitalitetsaffekter og respondere sympatisk med egne handlinger, svare timing, intensitet og samtidig presentere egen vital signatur.
2. Dialoger: Turtaking og innvevde handlinger som involverer grad av mening og retning på kommunikasjonen og beveger mot gjensidig bidrag.

3. Regulering: Å ta mikrovurderinger i hvordan dialogen beveger seg framover, følelser forsterkes, gjensidig sensitivitet på hvor mye og raskt, endringer og overraskelser balanseres med toleranse» (Ansdell, 2014, s. 149).

Eksempel på et vitalitetsfølge kan være å dele å ikke dele tanker om musikkerfaringene i gruppa. Det kan bety: Å ikke snakke om det den andre ikke vil snakke om (Sundet, 2000). En inntoning fra terapeuten kan være kroppslig, i tonefall eller ord det den andre vil dele og la det andre være i fred. Slik kan reguleringen gi støtte både i hva som deles og hva som ikke deles. Det kan gi en bekreftelse på å være i sin egen opplevelse sammen med andre. Vitalitetsfølge kan også skje i møte med musikken. I prosjektet velger terapeuten ut musikk fra et repertoar innen GIM og ikke fra deltakerens preferansemusikk. Terapeuten velger ut musikk fra samspill med deltakeren før og underveis i musikklyttingen og styrer volum. Vurderingene og handlingsvalgene terapeuten tar, har intensjon om å skje ut ifra den inntoning, dialog og regulering som oppstår. Deltaker og terapeut lytter sammen og er samtidig i hver sin indre opplevelse i følge med musikkens intensitetsprofil (Wärje & Bonde, 2014). Dette vitalitetsfølge i musikk, forstår jeg som kjernen i musikalsk kommunikasjon slik Ansdell refererer til Stern (ibid.).

2.5.3 Eksistensiell deling

Barnet i fokus, kan bety at foreldrenes egne livstemaer, blir borte både for dem selv og situasjonen. Foreldrene har samtaler med behandlere hvor de kan komme inn på temaer som berører dem. I musikkterapien blir de gitt en annen anledning. Samtale i kombinasjon med samlytting i musikk legges til rette for at den enkelte kan oppdage og dele hva som er av grunnleggende betydning. Eksistensiell deling, kan slik forstås som sensitivitet for betydningsfulle temaene når de deles (Yalom, 2001/2009). Det skjer i verbal og/eller kroppslig/emosjonell/musikalsk kontakt med terapeuten, men også i begges vitalitetsfølge i musikk. Det som implisitt oppleves av betydning, trenger ikke deles eksplisitt (Trondalen, 2016). Musikk og nærvær av terapeut kan støtte deltakeren til å regulere utfordrende følelser og tanker når de måtte komme som indre dialog og i samtale (ibid.).

3 Metode

I dette kapittelet gjør jeg rede for forskningsprosessens metoder og etiske refleksjoner.

3.1 Kvalitativ metode

Valg av forskningsmetode henger sammen med hva, hvem, hvor mange som undersøkes og hvordan hente informasjon. Jeg ville spørre foreldre og fant ikke sammenliknbare intervensjoner på andre sykehus. Det gjorde kvantitativ metode lite egnet. Kvantitative metoder gjør data om til tall for statistiske beregninger i sammenheng med betingelsene som beskrives. Tall er det som gir forskeren datamateriale for analyse og utvikling av kunnskap. Den kvalitative forskeren bruker i stedet strategier for å beskrive, analysere og tolke tekst. Teksten kan komme fra både samtaler og observasjon (Malterud, 2017). Prosjektet hører hjemme under kvalitative metoder.

Kvalitativ metode gir mulighet for innsikt i få enheter som så ses i en større sammenheng. Metoden henter empiri fra opplevelser og hva som gir mening hos mennesker (Thornquist, 2003). Dette er sammenfallende med det jeg ville forstå mer av. Jeg var nysgjerrig på foreldrenes opplevelse av musikkterapien i forhold til sin situasjon. Forskerens forforståelse, erfaring og tolkningsprosess anerkjennes i kvalitativ metode. Det betyr at nær kjennskap til tema brukes bevisst for å forstå mer (Kvale & Brinkmann, 2015). Som musikkterapeut for foreldrene kjente jeg intervensjon og behandlingskonteksten godt. Som forsker oppsto ny erfaring og tolkning i et kollegafellesskap. Dette kan ha gitt en dypdekontakt med foreldreperspektivet og fenomenet, men også blindsoner fra behandlingskulturen musikkterapeuten/forskeren er en del av. Å være slik på innsiden kan forstås å gi en posisjon med motivasjon og erfaringsbasert kunnskap ingen andre har (Kvernbekk, 2005).

Kenneth Bruscia påpeker verdien av at den kvalitative forskeren selv deltar i forskningen. Det kan gi rikere tilgang på hva som skjer (Bruscia, 2014). Jeg valgte både deltakende observasjon (Fangen, 2004) og semistrukturert intervju (Kvale & Brinkmann, 2015) for å samle inn data. Med forkunnskaper om de kroppslig-relasjonelle aspektene, tenkte jeg kombinasjonen kunne bidra til utfyllende data på foreldrenes språk på sine opplevelser. For å dokumentere samtaler og observasjonene tok jeg lydopptak. Jeg transkriberte fem samtaler etter musikklytting fra sesjoner. De fem intervjuene ble transkribert av sekretærer på institusjonen i samarbeid med meg. Analysemetoden, systemisk tekstkondensering valgte jeg fordi nybegynneren følges tett med trinnvise steg (Malterud, 2017). Refleksiv logg og journalnotater fulgte med inn i analyse- og diskusjonsprosessen.

3.2 Deltakende observasjon

Deltakende observasjon oppsto som kvalitativ metode i antropologisk feltarbeid. Forskeren får informasjon fra å observere og samtidig delta i fenomenet som studeres. Dette bygger på anerkjennelse av at erfaringsbasert innsikt skaper forutsetninger for å forstå feltet (Fangen, 2004). For å følge forskerens medbevegelser tett, er rammebetingelser, grad av deltakelse og rollebevissthet viktig å få fram. Behandlingskontekst og -metode er gitt stor plass for å validere de resultatene forskeren kommer frem til. Musikkterapeutrollen i fenomenet gir tett samhandling og høy grad av deltakelse. Det blir nødvendig å bevisstgjøre tidligere erfaringer i rollen og hvordan det påvirker observasjonen. Fangen begrunner behovet for refleksjon og selvobservasjon når forskeren i deltakerrolle kan bruke inntrykk og egne følelser som del av datamaterialet (ibid.). Tidligere erfaringer kan bidra til større trygghet og overskudd.

Observasjonen avhenger av oppmerksomhet og følsomhet for hva som skjer.

Problemstillingen i prosjektet gir retning til forskerens oppmerksomhetsfelt. I dette tilfelle skaper det et sammenfall av oppmerksomhet i begge rollene. Følsomheten fra tidligere erfaring kan gi ny og utdypende erfaring. Forskeren retter bevisstheten sin mot fenomenet med intuisjon fra allerede integrert erfaringskunnskap. Observasjonen bygger da på fenomenologisk tilnærming (Thornquist, 2003). Observasjonen styres også av hvordan forskeren tolker det som skjer. I dette tilfellet påvirkes forskerens blikk av diskursen om musikkterapien og foreldrefungeringen i det kollegiale. Det gir hermeneutiske spiraler av hva som er tenkt og erfart på forhånd og hvordan det utfordrer og videreutvikles ved innhenting av nye erkjennelser (ibid.). Målet for observasjonen er å være til stede slik at nærheten til feltet ikke forstyrrer, men fanger opp det som faktisk utfolder seg og åpenbarer fra før av skjulte sider (Fangen, 2004).

Musikkterapeut og observatør i samme person tolker PIM opplevelsene i det det skjer, under intervjuet, ved transkribering fra lydopptak og analyse av tekstene. Fra et relasjonelt perspektiv har den deltakende observatøren tilgang til egen, den andres og felles `musical appropriation` i musikkstasjonen. De ulike gjennomgangene kan overraske og korrigere forskeren.

Dokumentasjon av forskningsprosessen blir avgjørende for om dataene kan gi gyldig kunnskap. Jeg har forsøkt å skille på hvordan dokumentere observasjonene i de forskjellige rollene. Jeg tok lydopptak av intervjuene og de siste ti minuttene av sesjonen, samtalene etter musikklyttingen. Tekstene fra lydbåndopptakene og sesjonsnotatene ble ulikt behandlet.

Lydbåndtranskribert tekst ble hovedsakelig data for analysen fordi det ga tilgang på å gjengi

foreldrenes utsagn mer presist. Ved å sentrere lydopptak fra sesjonene til samtalene etter musikken, avgrenset jeg datamengden i form av transkribert tekst. Sesjonsnotatene inneholdt tekst til både forsker og kliniker; prosjekt og journal. I enkelte deler av analysen ble notatene hentet inn og tilførte data fra observasjon av foreldrenes følelses- og kroppslige uttrykk i samspill med mine. Jeg har forsøkt å gjøre dette skillet tydelig også i resultatdelen. Observasjoner av samspill fra sesjonsnotatene skrives i kursiv. Notatene ga i tillegg utdypende beskrivelser av rammebetingelser og egne refleksjoner til tolkningsprosessen.

3.3 Semistrukturert intervju

Kvalitativt semistrukturert intervju er godt egnet når forskeren ønsker mer kunnskap fra intervjupersonens tanker og opplevelser av fenomenet som undersøkes. Det innhenter beskrivelser fra intervjupersonens livsverden, språk og perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2015). Som forsker ville jeg gi deltakerne anledning til å utdype sine erfaringer med musikkterapien i forhold til foreldresituasjonen. Jeg er nysgjerrig på hvordan de to henger sammen. Jeg utformet en intervjuguide (se vedlegg 3) inspirert av språkssystemisk og narrativ teori (Wufong et al., 2019). De forberedte spørsmålene sirkulerer mellom erfaring, mening, identitet og evaluering av erfaring: Fortell om (erfaring), hva legger du i (mening), hva betyr det for deg som foreldre/hvordan påvirker det deg som person (identitet) og hvordan har det vært for deg (evaluering)? Samtaleformen er ment å skape en tillitsvekkende atmosfære som fører i dybden av intervjupersonens livsverden. Intervjueren blir reisefølge for intervjupersonens beskrivelser og refleksjoner (Kvale & Brinkmann, 2015). Det betyr at intervjuer følger opp med spørsmål og interesse der hvor intervjupersonen utvider sitt fokus. Slik kan samtalen ledes til kjernepunkter for deltakeren og ikke i for stor grad styrt av hva forskeren vil ha svar på. Samtidig må forskeren ta ansvar for å ramme dette inn av hensyn til hovedtemaet for undersøkelsen.

3.4 Ethiske refleksjoner

Siden prosjektet var nedfelt i praksis på egen arbeidsplass, kunne forberedelser foregå i tett samarbeid med helseinstitusjonen. Først ble søknad sendt REK, vurdert utfra helseforskningsloven og definert som kvalitetsprosjekt⁹. Ny søknad ble sendt til Personvernombudet på sykehuset. De godkjente studien med hensyn til regler for taushetsplikt og personvern¹⁰. I den forbindelse ble avdelingsleder på Barne- og

⁹ Se vedlegg 1: Vurdering fra REK

¹⁰ Se vedlegg 2: Godkjenning fra PVO

ungdomspsykiatrisk avdeling, prosjektleder. Intervjuguiden ble utarbeidet gjennom samtaler og pilotintervju med avdelingens familieterapeut¹¹. Etersom musikkterapien var et drop-in tilbud til foreldre uavhengig av deltakelse i studien, ble det på forhånd bestemt å ta lydopptak av de sesjoner hvor kun inkluderte deltakere var til stede. Ved lydopptak og musikkavspilling var nettet skrudd av.

Liten sengepost, stor variasjon i antall familier og varighet på innleggelsene, behandlingspermisjoner og bytte mellom foreldrene, rekrutterte det Malterud kaller et tilgjengelighetsutvalg (2017). Alle foreldre ble invitert til å delta i prosjektet gjennom informasjon og innlevert samtykkeskjema. For å ivareta personvernet til ungdommene, fikk de over 12 år også informasjon og samtykket skriftlig på foreldrenes deltakelse¹². Datainnsamlingen ble forsinket på grunn av usedvanlig få innleggelser. Etter en stund fikk vi godkjent endringer i inklusjonskriteriene. Èn deltakelse i PIM var nok for å bli inkludert slik at familier med kortere innleggelser kunne inviteres. Til sammen ble fem av seks inviterte familier med. Ti foreldre ble forespurt. Begge kjønn ble representert, med overvekt av mødre. Fra hver familie valgte kun èn av foreldrene å bli med i prosjektet og fikk et spenn på å ha deltatt på PIM to ganger til mange titalls ganger. I to av familiene deltok den andre foreldereren i musikkterapien utenfor forskningen.

Jeg opprettet prosjektlogg for å være bevisst og huske prosessen underveis. Vurderinger ble notert fortløpende i et eget dokument. Malterud begrunner prosjektloggen som viktig virkemiddel for i ettertid å gjøre det enklere å vise til hele prosessen fram til resultatene. Kvalitative forskningsresultater får validitet av å gjøre prosessen så transparent som mulig for leseren (2017).

Eksakt tidsperiode for datainnsamlingen blir ikke gjort kjent av hensyn til anonymitet overfor informantene. Vurdering av å navngi behandlingssted, landet på å synliggjøre dette for å fremme gitte rammebetingelser for musikkterapien. Det er få døgnavdelinger med kombinasjonen FBT og musikkterapi. I tillegg er tilbudet tidligere stedfestet (Noer, 2015).

Jeg har ikke vist bredden i utvalget av informanter. Tvilling-, biologiske og ikke- biologiske foreldre, innleggelsesvarighet, unike og komplekse familiehistorier og individuelle bidrag er utelatt å identifisere av metodiske og etiske hensyn. Forskjeller mellom foreldre er slik valgt bort. I stedet er det gjennom problemstillingen lagt vekt på de felles mønstrene foreldrene

¹¹ Se vedlegg 3: Intervjuguide

¹² Se vedlegg 4 og 5: Informasjon og samtykkeskjemaer

subjektivt til sammen formidler. Det har avgrenset temaer å behandle og styrket anonymisering.

3.5 Behandling av data

I forsøk på å avgrense mengden data valgte jeg å konsentrere datakilden til foreldrenes språk under sesjonssamtalene og intervjuene og dokumenterte gjennom lydopptak. Hvert lydopptak ble umiddelbart lagt inn på et lukket dataområde på sykehusets server og slettet på enheten. Tilsvarende skrev jeg notater inn på lukket område og i elektronisk journal. Tilgang ble først kun gitt til prosjektleder og meg. Da prosjektleder foreslo å spørre to sekretærer om transkripsjon, valgte jeg å la dem transkribere intervjuene og selv transkribere sesjonssamtalene. Sekretærene fikk tilgang til lydopptaket. Etter seks måneder ble datainnsamlingen avsluttet. Jeg hadde ti lydopptak; fem sesjonssamtaler fra tre foreldre og fem semistrukturerte intervjuer.

Å fordele transkripsjon ble valgt for å lette arbeidsmengden i et allerede tidskrevende forskningsdesign parallelt med kliniske oppgaver. Malterud anbefaler å gjøre transkripsjonene selv for å få nærhet til stoffet (2017). Flere roller og metoder utfordret meg i å få distanse. Jeg tenkte derfor en kombinasjon kunne gi meg flere innganger til analyseprosessen. Å samarbeide med sekretærene ga uforutsett kontakt med tekstene. Jeg tok på meg å sikre personvernet for utskrift av dokumentene. Jeg endret navngitte til kodenavn og dialektord til bokmål. Det ga meg en start på analysen, hvor jeg noterte meg det som umiddelbart dukket opp.

3.6 Analyse

Malterud har utviklet en analysemetode innen helseforskning: systematisk tekstkondensering. Metoden er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse og er en temaanalyse på tvers av case. Den er anbefalt når målet er å presentere informantenes erfaringer slik de beskrives og ikke for å søke underliggende mening av hva de betyr (Malterud, 2017).

For å få et helhetsinntrykk og finne foreløpige temaer (trinn 1), leste jeg alle transkripsjonene og noterte meg først seks umiddelbare temaer. Jeg hentet inn kollega for å reflektere over temaene, ble oppmerksom på et nytt tema og landet på fire foreløpige. Jeg tegnet visuelle tankekart med utgangspunkt i hver forelder for å få en oversikt; ett fra intervjuene og ett fra sesjonssamtalene.

Jeg gikk så gjennom tekstene for å finne sitater som meningsbærende tekstbiter (trinn 2) relevante for problemstillingen. Start på organisering av data fra få temaer til kategorier og koding av deler av teksten, skiller seg fra Giorgis som analyserer hele teksten. Dette kan gjøre et stort datamateriale mer overkommelig. Det avhenger av å forbli åpen for mønstre man først ikke ser og fleksibelt i prosessen se tilbake på originaltekstene (Malterud, 2017).

Problemstillingen røkkes av mange perspektiv og sidespørsmål underveis. Letingen etter å finne kjennetegn og essenser starter, så nært som mulig foreldrenes livsverden og minst mulig forstyrret av min egen forforståelse. Malterud begrunner det som nødvendig å la seg farge av hva foreldrene har svart og ikke hva jeg i utgangspunktet ville ha svar på (2017). Det oppleves utfordrende å holde styr på. I dette arbeidet utforsket jeg hvilke kategorier fra de foreløpige temaene som best kunne sortere og gruppere de meningsbærende bitene. Jeg landet på tre kategorier: relasjon, regulering og refleksjon, som så deles i to til tre undergrupper i prosessen. Første del av koding skjedde gjennom et analyseark i Excel og tekstdokumenter; ett for hver kategori og fargelegging av sitater i undergruppene. Jeg tok opp kontekstmaterialet fra notater og kollegasamarbeid for å få hermeneutiske spiraler og ny forståelse av tekstene.

Kondensering av teksten til lengre jeg-sitater, er ifølge Malterud (ibid.) enda et analysegrep som hjelper forskeren til å få oversikt over et stort datamateriale for å kunne abstrahere innholdet i de meningsbærende bitene¹³ (trinn 3). Dette tok tid, men det samlet de ulike foreldrebidragene, rokerte ved undergruppene og gjorde dem mer tydelige.

Parallelt startet nå abstrahering av innholdet med utvalgte sitater i analytisk tekst som utviklet forståelse og diskusjon av resultatene (trinn 4). Denne prosessen beveget seg fram og tilbake mellom trinn to, tre og fire, foregikk lenge og trengte dialog med kollega og veileder. Jeg oppdaget nå mer på tvers av valgte kategorier, felles beskrivelser på hva i musikkterapien som virket i kombinasjoner, og hva de selv opplevde å skape og medvirke til. Jeg leste teori og foreldrenes språk og fikk nye runder med problemstillinger.

Litteratur skiller mellom deduktiv, induktiv og abduktiv analysemetode. Deduktiv metode starter teoretisk og fokuserer gjerne på problemstillinger som bekrefter eller avkrefter en hypotese (Thornquist, 2003). Malterud begrunner STC som systematisk, trinnvis prosess med gjentakende runder for å sikre en induktiv analyse. Ny innsikt fra analysen innvirker på og kan ende i ny problemstilling (Malterud, 2017). Analysen i prosjektet ble delvis abduktiv.

¹³ Kondenseringstekstene kan fremskaffes.

Dette er en pragmatisk metode som kjennetegnes av å gå mellom empiri og teori (Jacobsen, 2015). Dataene ledet til ny teori, og teori ga nye tolkninger av dataene.

3.7 Metodekritikk

Det er åpenbare problemer med å styre alle metodene alene første gang man gjør en vitenskapelig undersøkelse. Jeg har forsøkt å være grundig og bevisst, men til tider blitt overveldet og usikker av å stå alene i hvordan løse alle forskeroppgavene på en etterrettelig og systematisk måte. Det har gått på bekostning av kreativitet jeg ellers opplever å ha i dette samarbeid. Med to innsamlingsmetoder og et systemisk tema ble det i overkant mange perspektiv å holde styr på. Det gjorde avgrensning og problemløsning komplisert og krevende gjennom hele forskerprosessen.

Prosjektet manglet dialogen som oppstår mellom flere forskere involvert. Når en oppfattelse skjer på tvers av individer fra ulike kontekster, styrker det forståelsen av samme fenomen (Jacobsen, 2015). Det kan også skape et analytisk rom hvor flere nyanser blir lagt merke til. Malterud (2017) anbefaler å være en forskergruppe på to eller tre. I ny forskerposisjon ble jeg kritisk til om jeg overførte egne følelser og tanker og overså ny informasjon. Veileder og fagfolk i behandlingskonteksten stilte spørsmål og spilte inn i mine hermeneutiske tankespiraler. Denne intersubjektiviteten styrket vekslning mellom avstand og nærhet til foreldrenes språk om musikk situasjonen. I den mest usikre perioden av analyseprosessen, ble jeg også forvirret av kollegaers forkunnskaper om foreldresituasjonen. Her ble kondensering av teksten avgjørende for å samle en dypere forståelse av foreldrenes stemme.

Kroppslig, fortolket erfaring og teoretisk forankring har hatt konsekvenser for dobbeltrollen. Som musikkterapeut er jeg inspirert av relasjonell teori. Dette påvirket forskerrollen. Intervjuguide og oppfølgingsspørsmål var preget av klinikerposisjonen med nysgjerrighet på foreldresituasjonen. Dette skapte et utvidet fokus på foreldrenes livsverden på avdelingen med utdypende fortellinger om foreldrenes stress og behov. Konteksten til musikk situasjonen fikk stor plass. Begge fenomenene henger sammen i problemstillingen til prosjektet. Dybden i konteksten har på den måten styrket data på de systemiske perspektivene. Det kan likevel ha skygget for dypere forståelse av musikklytting som helse.

Som intervjuer og musikkterapeut for informantene er funnenes troverdighet utsatt. Tillitsforholdet fra musikkterapien kan ha innvirket på hva foreldrene formidlet i intervjuet. De kan ha utelatt negative beskrivelser eller forsterket positive. På den andre siden kan allerede trygghet ha styrket foreldrenes evne til å være seg selv og svare autentisk. Jeg har

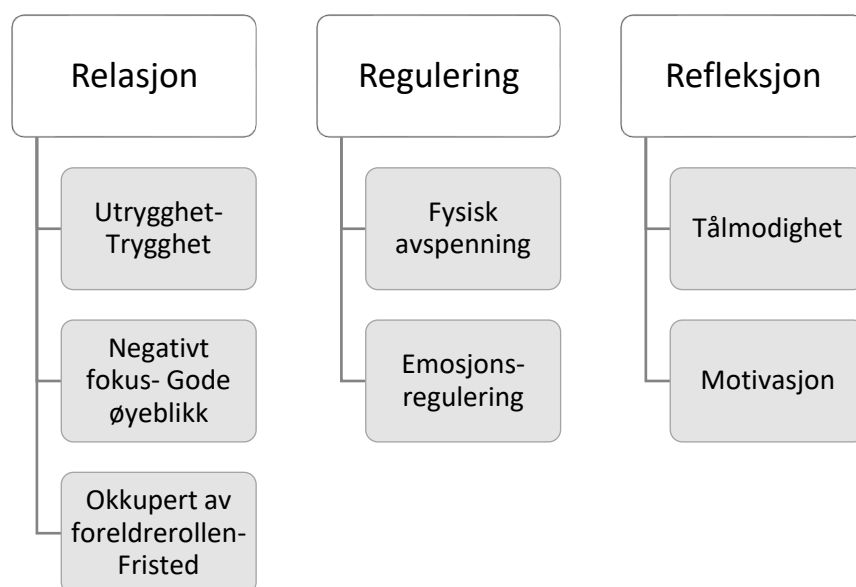
samtidig fordel av å kjenne foreldrene over lang tid. Utfordringen er min egen og behandlingens tause forforståelse. Det er ikke mulig å være 100% bevisst egne og kulturens forutsetninger; verdier og holdninger. Jeg har forsøkt å være kritisk, men er uansett på innsiden av systemet når jeg vurderer hvor gyldige foreldrenes svar er. For å gjøre det tydelig hvor resultatene kommer fra, valgte jeg å ta med mange foreldresitat.

Prosjektet mangler svar på hvordan foreldrene lytter til musikk på egenhånd. Jeg stilte kun spørsmål om musikklytting i PIM. Dette kan forklares med forforståelse fra min klinikerposisjon: Jeg har ikke fanget opp foreldres musikklytting på avdelingen gjennom tidligere foreldresamtaler og kollegasamarbeid. En forelder sier i intervjuet at hele familien sluttet å høre på musikk i sykdomsperioden. Det kan tyde på at musikklytting forsvinner også i avdelingslivet. Hvis jeg hadde spurt, ville en sammenlikning gitt en mer valid forståelse av PIM i forhold til annen musikklytting.

Hvor generaliserbare og gyldige er funnene i denne studien? De må ses i lys av å være fra et lite antall informanter i spesifikk kontekst hvor forskeren har hatt sine medbevegelser i flere roller og metoder. Gjennom dette kapittelet har jeg forsøkt å gjøre prosessen transparent og refleksjonene mine kjent. Om jeg har klart å være kritisk og refleksiv nok, stiller jeg selv spørsmålsteget ved.

4 Resultater

Fra analysen av både feltnotat og intervju har jeg rammet inn tre kategorier som presenterer empirien; relasjon, regulering og refleksjon. De beskrives og begrunnes kort for hvordan de er relevante for problemstillingen. Hver kategori er så delt i undergrupper for å presentere ulike dimensjoner jeg forsto som essensielle for foreldrene, se figur nedenfor. Forskerens forståelse fra analyseprosessen kommer til syne i innledninger og oppsummeringer av foreldrenes språk¹⁴ og når terapeuten refererer til *observasjon av samspill*.



4.1 Relasjon

Relasjon handler om deltakerens forhold til miljøet sitt; seg selv, barnet med spiseforstyrrelse, avdelingen og musikkterapien. De forteller om eget stress, bekymringer, krav og belastning i sine relasjoner. Spørsmål til hvordan de opplevde sin situasjon ga svar på hva de trengte av støtte og hvordan PIM kunne virke inn på forholdet til barnet og avdelingen. Funnene ga meg overskrifter av motsetningspar for å vise spennet og endringene foreldrene formidlet.

4.1.1 Utrygghet – Trygghet

Felles for mange foreldre er beskrivelser av å være redde og hvordan PIM ga opplevelsen av å bli tryggere. Utrygghet hos foreldrene formidles å komme fra hvor syk barnet er, å ikke strekke til i oppgaver, å bli avvist av barnet, oppmerksomhet rettet mot seg selv og mangel på tillit til at det løser seg.

¹⁴ Enkelte sitat er redigert ned på grunn av anonymitet og leservennlighet (se avsnitt 3.4. Ethiske refleksjoner).

F1: «Man står jo i det, men allikevel er man veldig sårbar. Jeg tok veldig lett til tårer, for det er jo redselen for at ungen din er så syk som hun er. Man er veldig redd og vet ikke om man gjør rett eller galt».

F4: «Hvordan har hun det? Klarer hun å spise? Du er på hele døgnet, uansett».

Begge foreldrene formidler en stresstilstand. I PIM skjer noe annet. De gir uttrykk for flere fenomen i musikkterapien som virker inn på trygghetsfølelsen:

F1: «Det er godt og varmt og et pledd over meg og den rolige stemmen din. Jeg kommer ned på et sånt nivå der hodet bare flyter av seg selv. Du ligger i grenseland av drømmeland i musikken. Når jeg kommer tilbake, så er det like trygt der jeg var før jeg sovna inn på en måte».

Hun beskriver overgangen fra stress til trygghet gjennom terapeutens stemme, musikken og en aksept som gir tillatelse til å skape et tidsrom av trygghet for seg selv:

«Du har jo masse tanker, men her var det bare liksom de gode ordene som kom fra deg [terapeuten], drømmemusikken, så du kunne bare lage din egen time og det var bare sånn at du trengte ikke kjenne på bekymringer. Jeg følte det så trygt å være her».

Opplevelsen av ordene, stemmekvaliteten hos terapeuten og musikken, gir forelderen en følelse av at bevisstheten flyter mellom få tanker og drømmer. Det gir henne en aktiv holdning til musikklyttingen hvor hun skaper sin egen time.

Alle foreldrene kommenterer hvordan musikkrommet med sakkosekk, pledd og puter bidrar til trygghet. Selv om rommet ligger midt i avdelingen, oppleves det annerledes. Det skaper andre oppdagelser i dem selv. F1 kommenterer hvordan det fysiske rommet bidrar til et indre trygt rom:

«Du lukker døren, da går du inn i et rom, legger deg ned i sakkosekken også går du nesten inn i et enda mindre rom på en måte for deg selv. Du er bare i en egen boble på en måte. Du glemmer det som er rundt deg. Det er en trygghet der inne. Det er ingen som krever sin oppmerksom her».

F4 formidler hvordan teppet legges rundt henne før musikken. Hun trekker frem relasjonen til terapeuten og pleddet og hvordan det gir henne omsorg hun trenger. Etter musikklyttingen beskriver F4 å få indre bilder *som hun viser med hendene hvordan gynget henne. Terapeuten speiler gyngbevegelesene* og forelderen beskriver først fjellet og en liten jente i detalj, som

gynger i en huske for så selv å ligge i en hengekøye. Hun fokuserer på å bli tatt med og bli gitt trygghet.

Terapeuten refererer i notatet hvordan de delte vuggeopplevelsen før, under og etter musikken. Innledningsvis merker terapeuten tilliten forelderen allerede har fra tidligere PIM i hvordan hun deler her og nå- følelser og finner fokus for musikklyttingen. Hun kjenner håp for datterens tilfriskning, ønsker å hvile i det og uttrykker positive forventninger til at det vil skje i musikklyttingen. Terapeuten merker sitt eget emosjonelle sted i møte med forelderen fra en nylig opplevd hendelse i eget liv hvor sønnen overlevde en bilulykke. Terapeuten velger musikk av Ravel, kjennetegnet med dynamiske bølger. I tillegg styrer terapeuten volum i følge med forelderens vitale tegn og egen kropp. Til forskjell fra andre ganger, demper ikke terapeuten de sterkeste partiene, men lar den originale dynamikken skje.

Etterpå deler forelderen indre bilder av natur, vugging og tillit. Hun poengterer å våkne til i de store forskjellene i musikkens dynamikk. *Terapeuten noterer seg å selv bli regulert samtidig med forelderens formidling av å bli vugget og trygget i større musikalske bølger.* I intervjuet trekker forelderen frem vuggingen og musikken og forteller hvordan solskinet, vind i håret, glede og frihetsfølelsen gjorde inntrykk når hun ellers kjenner på uro og utrygghet.

Flere foreldre formidler indre bilder av å være på tur sammen med barna og nærmeste familie. Gode minner eller dagdrøm oppstår under musikken. Felles er formidlingen av å legge merke til trygge nærpå personer og familietilhørighet. På skitur ned et fjell gjenopplever F1 å stå overfor en fysisk utfordring hun er redd for å ikke klare. Hun får støtte av en slektning og opplevelsen av å ikke stå alene. Gjenoppdagelsen av ressurser i familien gir henne trygghet.

Flere foreldre formidler en trygghetsfølelse som ga rom for å kjenne på og bli bevisst egen angst og usikkerhet. *Terapeuten skriver i notatet sin vurdering av F2s gråt under første musikklytting. Terapeut velger uten sikkert å vite å stole på musikkens følge når gråten utfoldet seg, samtidig konsentrert på forelderens vitale signal og egen kropp.* Etterpå deler begge erfaringen av at musikken ga rom for såre følelser. F2 forteller i intervjuet hvordan PIM gjorde henne trygg nok til å slippe til følelser som hun hadde holdt igjen; gråte og dele såre følelser. Hun beskriver i tillegg det hun kaller «trygge nok omgivelser» når barnet blir ivaretatt på avdelingen også i etterkant. I indre bilder ledes hun til huset sitt og får savn og såre følelser for det hjemmet de kommer ifra. I intervjuet et halvt år etterpå formidler hun at opplevelsen startet en prosess hvor hun bearbeidet skyldfølelse. Ifølge forelderen satt PIM i gang nye erkjennelser om verdien av trygghet og hvordan skape et trygt hjem med familien.

Tre dager før utskrivelse, var hun i PIM for siste gang. I intervjuet formidler hun å være utrygg for hva som ventet hjemme. I PIM merket hun kroppens stress som smerte og hvor sliten kroppen var. Indre bilder tok henne rundt på kjente steder i hjemmeområder, men hun fant ikke ro noe sted. Hun formidler å bli tryggere av å merke egen kropp, følelser og tanker som hun ellers har holdt tilbake av hensyn til datteren. Å få et rom uten barnet, ga forelderen en trygghet for å åpne opp for egne utfordrende følelser. Hun beskriver foreldrefellesskapet som at de har hver sine og samtidig kan dele noe av musikkopplevelsen:

«Det er bare vi voksne med helt våre egne temaer. Da har man jo på en måte delt noe selv om man ikke gjorde det i lag. Så kan vi prate om det etterpå».

4.1.2 Negativt fokus – Gode øyeblikk

Alle foreldrene la vekt på at PIM ga gode øyeblikk. Kjernefølelsen uttrykkes å være god og gjøre godt. Tiden ble rammet inn for dem. Det fremheves av flere. Opplevelsene hadde til felles beskrivelser av medfølelse til seg selv og hvorfor de trengte det i forhold til barn og avdelingsliv. Godhetsfølelsen i PIM knyttes til både å få det godt og gi seg selv noe godt.

F4: «Den tiden der er bare min på en måte. Jeg får helt fred. Jeg kan bare kose meg, slappe av og nyte tiden. Det er bare kjempedeilig. Jeg er i min egen verden, en boble hvor jeg ikke har bekymringer. Bare å bli tatt en time i uka til den følelsen er fantastisk».

Tida utenfor PIM beskrives til forskjell med krav om å være 100% tilgjengelig for barnet og i behandlingen gjennom hele døgnet. En forelder beskriver det å hele tiden ha press og klokkeslett å passe fra å tilberede og delta i måltider til møtevirksomhet på avdelingen. Under PIM tar andre over for henne. Etter langvarige innleggelses med datteren, gleder hun seg til hver gang. Datteren spør alltid i etterkant og forelderen kan fortelle henne hvor godt det gjorde. Forelderen selv opplever å være roligere, annerledes. Det smitter over på barnet.

Foreldrene formidler i intervjuet å trenge hjelp til å ramme inn en spesifikk tid for medfølelse til seg selv. F4 kommenterer hvordan dette også skaper en fast rytme i etterkant hvor hun deler med barnet erfaringer av å ha opplevd noe godt. F2 trekker frem at hun og de andre foreldrene trenger hjelp til å gi seg selv gode pusterom. PIM ligger der som et ritual i ukeplanen hun bare kan ta imot. Terapeutens innledning med musikk beskrives å lede til selv å skape og få noe godt fra musikken:

F1: «Med de gode ordene som kom fra deg og musikken, så kunne jeg bare lage min egen time. Jeg kom på et stadium i drømmeverden, så kom sånne bilder som gir en godhetsfølelse og det er sikkert fordi jeg følte meg så trygg. Jeg prøvde å koble ut alt annet og bare la det gode komme til meg».

Gode minner dukker opp hos forelderen og gir henne kontakt med at hun har solide folk rundt seg. De hjelper hverandre i storfamilien og feirer lettelsen sammen etterpå. Forelderen forklarer det som at hun trenger å hente frem «gledestunder» når det er så tøft å se datteren så syk og så krevende å hjelpe henne. Hun oppdager ressursene i familien de skal tilbake til. Hun er ikke alene i dette.

I PIM beskriver hun å kunne dele med terapeuten hvor sårbar hun følte seg og hvor godt det gjorde «å bare flyte inn i en annen verden». Forelderen beskriver kontakten med terapeuten i PIM slik:

«Jeg har følt meg sett. Jeg har fått tid til å dele andre ting enn de andre snakket om. Jeg følte at jeg gikk inn i et rom, og så inn i et nytt rom».

Dette kan tyde på at relasjonen til terapeuten viste en medfølelse som beveget forelderen dypere i seg selv.

Flere foreldre formidler i intervjuene at det blir for tett mellom dem og barnet. F1 fremhever at PIM gir en avstand til datteren til forskjell fra ellers i døgnet. I PIM er de fysisk fra hverandre, ellers er de alltid på hverandre. Datteren vet det er godt for henne. *Notatene forteller meg om en utvikling under innleggelsen hvor PIM kan ha innvirket. Før første PIM står datteren i dørkarmen med et lidende uttrykk og ber forelderen om å ikke gå i fra henne. Forelderen argumenterer med å ha behov for noe for seg selv. I løpet av innleggelsen har PIM blitt noe datteren ønsker for henne.*

Alle foreldre utdyper i intervjuet hvordan spiseforstyrrelsen skaper negative fokus i samspillet med barnet. F3 beskriver etter langvarig innleggelse hvordan hun opplever å bli avvist og ser det fra datterens perspektiv:

«Det er vanskelig å være forelder til en som ikke vil ha deg. Det er vondt. Hun takler ikke nærhet og viser mer glede til de som jobber her. Den de er mest knyttet til, skyver de bort».

Fra dette emosjonelle landskapet, formidler F3 de gode øyeblikkene i PIM som nødvendige for selv å overleve og hente positive emosjoner tilbake til samspillet:

«Jeg overlever ikke hvis jeg ikke kobler ut og har gode stunder for meg selv. Jeg må være i alle måltider. Hun har det bedre hvis jeg har hatt det fint og kommer opplagt tilbake».

Flere foreldre kobler det å løfte seg selv i humør direkte med det å løfte ungdommene:

F2: «Da må jeg gi meg gode øyeblikk. Hvis jeg ikke gjør det, så gir jeg jo henne ingen ting. Hvis alle skal gå rundt med hetta tredd ned over hodet, så kommer hun jo ingen vei hun heller».

4.1.3 Okkupert av foreldrerollen – Fristed

I intervjuet beskriver alle foreldrene at PIM ga dem følelsen av å være fri.

Frihetsbeskrivelsene kombineres ofte med det å få tid og sted for seg selv. Forpliktelser og forventninger til seg selv i foreldrerollen, til barnet og avdelingen formidles som noe de får pause fra. I kontrast til krav og tilstedeværelse ellers, er PIM frivillig å delta på. Uansett veksling med gruppeformat eller alene med terapeut, forklarer de PIM som fristed for seg selv. De uttrykker å være sammen med andre, men samtidig alene med seg selv. Ulike benevnelser skildrer dette; fritime, helt fred, helt alene, uten forstyrrelser.

F4: «Du får din tid. Det er kun den timen i uka som er din».

Hun beskriver å føle seg fri til å gjøre som hun vil og påvirke hva hun opplever underveis:

«Om jeg sover, lytter eller drømmer, det vet ikke terapeuten for der kan jeg gjøre som jeg vil, det er min time. Terapeuten ser om jeg har øynene igjen».

F2 beskriver PIM slik:

«Du trenger ikke ha noen plan, noen tanker om hva det skal være. Du kommer dit, er der og går ut. Det er ingen forpliktelse, noe du skulle tenkt over, noe du skulle gjort. Det er et ordentlig pusterom. Du kommer som du er, det er helt greit. Du føler som du føler. Det er det som er fint».

F3 beskriver det å få fri fra det hun står i, som ro og fred til forskjell fra å være i kaoset på avdelingen:

«Du får ei tid hvor du bare er helt stille».

Flere foreldre formidler indre bilder i musikken som inspirerer og gir følelsen av frihet. En av dem er F5. Han gjenforteller i intervjuet en fjelltur han opplever under musikklyttingen og

hva det ga han. Fjellturen går han hver sommer og beskrivelsene av hva som oppstår i de indre bildene under musikken og tidligere turer, er utydelig for intervjueren, som om det blandes i hverandre. Det er en krevende tur opp. På toppen, sitter han lenge i utsikten til store fjellområder. Det er luftig og høyt der oppe. Han føler seg liten og på samme tid, fri. Han forklarer friheten med hvor fint det er å komme seg vekk fra alt og alle. Naturkreftene, tåke og vind gjør at han sitter der til klarværet kommer tilbake.

4.2 Regulering

Regulering handler om deltakerens fysiske og emosjonelle prosesser under musikkterapien, det de merker skjer i egen kropp, følelser og sinn. Foreldrene formidler en oppfølging av barna i behandlingen hvor de blir stresset, trenger å roe seg ned eller få energi. De har behov for å regulere seg selv for å kunne støtte barna sine. Kategorien fokuserer på erfaringene foreldrene har hatt med hvordan PIM ga støtte til egen regulering.

4.2.1 Fysisk avspenning

Fysisk avspenning introduseres for foreldrene som et hovedmål. Ved informasjon i forkant og første deltakelse i PIM formidler terapeuten avdelingens intensjon om å legge til rette for at foreldrene får et pusterom hvor de kan slappe av i musikk. Dette gir et førende fokus for musikklyttingen og blir bekreftet av foreldrene som den mest grunnleggende erfaringen av å delta. Fra notat, samtale og intervju uttrykker foreldrene nyansert, både kroppslig og verbalt å bli fysisk avspent under og etter musikkterapien.

I notatet formidles forskjeller i samtalen og samspillet mellom terapeut og deltaker, før og etter musikklyttingen. I samtalen etter musikken er tempoet langsommere, pausene i uttrykksveksling lengre, hørbar pust og sukk, varer lengre og skjer oftere både i turtaking og synkront mellom terapeut og deltaker. Setningsmelodiene bærer preg av nedadgående avslutning. Volumet er lavt og stemmekvaliteten oppfatter jeg varm og myk. Fra observasjonene tolker jeg fysisk avspenning hos deltaker som jeg også kjenner hos meg selv. I tillegg tolker jeg opplevelsen som delt mellom oss; begge viser kroppslig og/eller verbale uttrykk for å være behagelig avslappet. Samtidig har jeg som terapeuten en mer aktiv rolle i å være nysgjerrig på om den andre vil dele mer av sin opplevelse. Notatet formidler at terapeuten viser tilgjengelighet på flere måter; speiler bevegelser, gir pauser og spør videre når den andre kommer med sine uttrykk.

Det vises en forskjell mellom samtalen etter musikken og i intervjuet som tyder på forskjell i avspenning. Etter musikklyttingen uttrykkes gjerne enkeltord og ikke setninger. I intervjuet formidles lengre resonnement og hele fortellinger.

I intervjuene bruker foreldrene i hovedsak ord om avspenning som er gjenkjennende fra notat. Ordene er del av terapeutens vokabular i innledning til musikklyttingen og i deltakerens vokabular etter. Det er ordkjerner med ro, avspenning og avslapning i mange variasjoner. Eksempler er rolig, roer ned, slapp, avslappende. De formidler bevegelsen fra å være anspent til å slappe av. Foreldrene legger til forsterkende adjektiv som veldig avslappende, eller adjektiv som tilsier svakere intensitet som litt anspent. Ordene kombineres ofte med positivt ladede ord som behagelig, deilig. Andre steder kobles avspenningen til gode, trygge oppdagelser.

F1 sier: «Du har liksom falt ned på et nivå i avslapning som gjør at du bare ser de gode tingene og jeg føler meg så trygg».

Foreldrene forteller om sanseerfaringer annerledes enn det som avdelingslivet gir kontakt med. F3 opplever avslapningen forskjellig fra andre måter å slappe av på og tror det har med musikken å gjøre, hvordan terapeuten prater og ber dem forestille seg gode steder å være. Hennes eksempel er å være på hytta og kjenne ro foran peisen. F3 sier at hun trenger å fokusere på positive ting. Det er lettere å slappe av og hun blir ikke forstyrret av kaos og bekymringstanker. Noen ganger er det vanskeligere å roe seg ned enn andre ganger.

F4 forteller i intervjuet om en periode under innleggelsen hvor hun var spesielt sliten. Da sov hun store deler av PIM og tror det var fordi hun trengte det. Det var ikke det samme som å sove ellers mellom måltider. I PIM hadde hun lov. Hun beskriver å få energi. I andre perioder setter F4 energien i sammenheng med å følge opp datteren i måltid senere på dagen:

«Du har ladet batteriene dine på en måte. Det er som du har hentet energi fra en plass du ikke vet».

Musikken er ny for alle. Etter mange PIM forbinder F3 den med å bli rolig i kroppen:

«Jeg føler at jeg seiler med musikken og blir ør og døsig i kroppen».

F1 beskriver hvordan avspenningen ga henne oppdagelse av overflatisk pust. I PIM fikk hun jobbet med pusten sin.

F1: «Når jeg ligger og skal ha avslapping, kjenner jeg på alt i kroppen og merker at jeg ikke trekker pusten ned i magen. Det er fordi jeg slapper sånn av i kroppen at jeg merker alt. Etter en halvtime, kjenner jeg det er lettere å trekke pusten fra magen enn etter de første fem minuttene. Du kjenner at du må gjøre det for å gå lenger ned i avslappingen».

F2 oppdager kvalme og hodepine som hun setter i forbindelse med kroppens avspenning. Hun blir bevisst på kroppen:

«Du fikk kjenne hvordan kroppen var. Den viste at den var sliten og hadde vondt».

4.2.2 Emosjonsregulering

Flere foreldre beskriver en emosjonell regulering utover kroppslig ro i PIM. I intervju formidler de både å bli løftet i stemningsleie og å kjenne på og prosessere, vonde og vanskelig følelser, som så bevegelse til noe lettere. Beskrivelsene tyder på å ha vært i en endret bevissthetstilstand hvor tid, tanker, følelser og sansning oppleves annerledes enn til vanlig. Tilstanden beskrives å ligge i grenseland til søvn, og være behagelig. Notat og intervju viser en forskjell i hvordan foreldrene uttrykker at følelser reguleres og så reflekteres.

Observasjon av foreldre og terapeut etter musikklyttingen i PIM viser et samspill med kroppslige og emosjonelle tegn på bevegelse under musikklyttingen som så deles i etterkant. Terapeuten leder foreldrene tilbake til normal bevissthetstilstand verbalt og kroppslig, med myk stemmekvalitet og i respons til vitale tegn hos foreldrene. *Samspeillet bevegelse av begge parter. Foreldrene responderer kroppslig med lukkede øyne til terapeutens stemme. For eksempel rører de på fingre og tær i det terapeuten sier dette og når bevegelsene utvikler seg til å begynne å strekke på seg, spiller terapeuten det med sin kropp. Sakkosekkene lager lyd og dynamikken i terapeutens stemme viser et felles følge og synkronisering i forkant av at foreldrene åpner øynene. Enkelte åpner øynene en gang eller to underveis og smiler og/eller er i blikkontakt noen sekunder før de lukker dem igjen. I det de åpner øynene etter musikken, skjer blikkontakt mellom terapeut og forelder. Blikkontakt-øyeblikket utløser flere vitale tegn: Begge smiler, begge forblir i blikkontakten, sukk, spontan og synkron latter eller nonverbale langstrakte vokaler, kroppslig speiling av bevegelser eller terapeuten som verbalt benevner forelderens sine bevegelser, umiddelbare sukk og kommentarer. De første ordene er ofte få og emosjonelt ladet, eksempel; deilig, godt. Terapeuten innleder åpent med enten: Sånn ble det eller hvordan ble det og lar videre deling verbalt være opp til forelderens. Samtalen har langsom rytme, få ord og pausene i turtakingen er lengre i starten. Etter hvert deler foreldrene*

lengre fortellinger fra indre bilder, tanker eller sansning. Notatet viser også at foreldre de første gangene, primært deler fysisk og emosjonell regulering med få refleksjoner. I intervjuet gir foreldrene lengre fortellinger fra musikkopplevelsene. Enkelte foreldre formidler andre indre bilder av betydning ikke tidligere verbalt delt.

Flere foreldre formidler i intervjuet hvordan musikken bidro til emosjonsreguleringen.

F1: «Du blir ikke opphengt i en stemme. Det er bare musikken som går i bølger, litt opp og litt ned og instrumenter som lager avslappende og god stemning inni hodet mitt».

Hvordan emosjoner under musikken oppleves i kroppen og endres underveis, er ikke enkelt å gi språk:

F1: «Den klumpen i magen, men når du er inne i den timen der så er det litt annerledes. Det er litt vanskelig å sette ord på det, men det er liksom den musikken og at du klarer å slappe så godt av i kroppen».

F2 fokuserer spesielt på at hun ikke har et forhold til musikken fra før. Fordi hun ikke knytter det til et minne, blir musikken som en dur i bakgrunnen eller hun begynner å telle toner fra pianotangentene for så å merke hva som foregår i henne selv. Flere kommenterer at poplåter ikke hadde fungert, men blitt feil.

Alle foreldre kommenterer den klassiske musikken fra GIM repertoaret som ny, annerledes, men avslappende og behagelig. To foreldrene lytter til Jan Garbarek, jazzgenre fra GIM repertoaret med pulserende trommer og sang av den samiske artisten, Mari Boine. Musikken er mer drivende rytmisk og dynamisk enn den klassiske musikken i tillegg til samisk tonespråk. Begge foreldrene opplevde det spesielt avslappende og etterspurte liknende musikk i fortsettelsen. De formidler gjenkjenning og kontakt med familiære røtter selv om Garbarek sitt tonespråk er nytt. Begge får indre bilder de blir berørt av. F5 beskriver en annerledes erfaring av musikken og hvilke bilder han får. Fra samtale og intervju forteller han om indre bilder av en fjelltur han blir emosjonelt berørt av og gjør han bevisst på hva som er eksistensielt viktig for han. Samisk musikk og artisten er kjent fra oppvekst og nære familiebånd. Musikken beskrives som åndelig og trommene assosieres med urfolkstradisjon. Han forstår ikke de samiske ordene, men får sin egen oppfatning av hva det handler om. Han forstår det som musikken synger om en tilstand han er i. Det humøret han har når han lytter,

påvirker hva han opplever. Samme sang en annen gang ville gitt han andre tanker. I intervjuet er F5 opptatt av at han fikk mer ut av PIM med variert musikk.

Alle foreldrene beskriver musikken som rolig og koblet til de indre bildene de får. F1 kaller det: «drømmemusikk». Flere foreldre beskriver en flytfølelse:

F3: «Jeg føler jeg flyter med musikken på en måte. Da er det kanskje lettere å leve seg inn i det du tenker på, at man er der».

F3 beskriver hvordan det å være i de indre bildene og den koselige stemningen gjør henne avslappet og bare glad.

Flere foreldre kommenterer hvordan rommet, teppet, musikken og terapeutens stemme skaper en god atmosfære som regulerer. I intervjuet sier F4:

«Jeg legger meg ned med litt hjertebank, er oppkavet etter møtet, men jo mer du prater med den rolige stemmen og alt det her, til slutt så er det bare pusten og helt rolig. Lydene fra avdelingen, er liksom lengre borte. Og det hadde ikke vært det samme uten pleddet».

F4 trekker frem hvordan teppet som legges rundt henne starter egenregulering hun forsøker å overføre hjem i permisjoner. Da legger hun teppet rundt seg med terapeutens stemme og symbolforklaring også der.

F1 uttrykker å få en tidsramme hvor oppmerksomhet på pusten gir henne opplevelsen av å bare være. Som lytter merker jeg latteren og lettelsen i uttrykket hennes. I intervjuet sier hun:

«Det er bare: Pust ned, nå skal jeg bare leve (latter)».

4.3 Refleksjon

Jeg har observert samtalene i gruppa etter musikklyttingen. I intervjuene har foreldrene fått enda en anledning til å bli bevisst sine erfaringer. De to foregående kategoriene har tatt for seg slike refleksjoner allerede. Jeg har likevel valgt å samle refleksjoner som viser retning framover hvor foreldrene i og etter PIM har fått tanker om hva de trenger å gjøre og være i sin situasjon. Kategorien handler om hvordan erfaringene i PIM har hatt en reflekterende funksjon for hvordan foreldre ser på seg selv og hva de trenger for hvordan være ovenfor barna sine.

4.3.1 Tålmodighet

Foreldrene beskriver i intervjuet hvordan samspill med barn og behandling krever tålmodighet av dem. Barna har allerede vært syke lenge. Det vil ta lang tid å bli frisk. De refererer til tålmodighet som holdning for selv å tåle å stå i situasjonen over tid, og en tålmodighet som væremåte barna trenger. Spesielt måltidene krever en rolig væremåte:

F5: «Det er tungt å hjelpe. Det tar tid. Det krever mye tålmodighet av meg. Man sitter der inne og spiser med en 14-åring og prater med henne som en 3-åring. Man må bare roe helt ned».

PIM beskrives å gi foreldrene noe som gjør dem mer tålmodige i situasjonen utenfor PIM. F2 får utløp for nedstemte følelser i PIM og holder dem tilbake når datteren er nedstemt og avvisende:

«Når det er rom for å ta de følelsene ut, så gjør jeg det. Jeg har lært meg å stenge de ute en stund, når vi må fokusere på det situasjonen krever. Når vi er sammen, skal jeg være tålmodig og forståelsesfull. Når jeg ikke har klart det og blitt sint på spiseforstyrrelsen, går det utover henne».

F3 knytter avslapningen i PIM direkte til tålmodighet:

«Jo mer avslappet jeg klarer å få meg til å bli, jo mer tålmodig klarer jeg å være overfor henne».

F4 har lange innleggelseser med datteren bak seg og knytter PIM direkte til å roe seg ned og bli mer tålmodig med barnet og situasjonen:

«Det gjør noe med deg, du er roligere og annerledes når du har vært på det. Er jeg behersket og har det bra, smitter det over på henne. PIM kan hjelpe litt mens man er her».

Flere foreldre opplever å få støtte av andre foreldre til å tåle situasjonen sin. De snakker på stua. Enkelte har tett kontakt hvor de hjelper hverandre. Foreldrefellesskapet i PIM formidles som et sted de sammen klarer det som ellers er så vanskelig; å gi seg selv pusterom. Flere beskriver å dele andre temaer enn ellers og bli bedre kjent, når de slapper av og forteller fra hva de har opplevd underveis.

F4: «Ved siden av hverandre i hver sin sakkosekk og alt, du er litt nærere på en måte. Det blir mer tillit da. Jeg hadde aldri satt meg i stua og fortalt hva jeg drømte i natt».

4.3.2 Motivasjon

Alle foreldre gir eksempler på hvordan de blir motivert av PIM med hensyn til hvordan de ser på seg selv og sine bidrag. De er bekymret for hvordan det vil gå framover. Innlagt, er de isolert fra livet hjemme. Prosessen de står i, beskrives som ekstremt tøff. I intervju og samtale uttrykker foreldrene at indre bilder av gode minner under musikklyttingen, gir framtidstanker og kontakt med livet der ute.

F1: «Du trenger å dra fram gode minner, for vi skal jo tilbake til dem. Vi skal jo ikke sitte her. Jeg har et ordtak: Hvorfor sitte inne, når alt håp er ute? Det sier jeg til datteren min. Du har den beste ungdomstiden foran deg. Vi skal videre herifra».

F5 beskriver i intervjuet utfordringene med å holde motet oppe når barnet er så sykt og krever mye. Han opplever å ikke strekke til i å hjelpe datteren på avdelingen og viser til strategier for å takle hverdagen hjemme, noe han ikke har samme tilgang på her. Han søker aktivt det som bryter opp dagen fra ensidig fokus på måltider og sykdom og setter deltakelse i PIM inn i den sammenhengen.

F5: «Jeg fungerer mye bedre når jeg har vært ute på en tur eller gjort noe, da er jeg mer motivert når jeg kommer tilbake».

F5 formidler å føle seg innestengt. Det er vanskelig å finne ro inne. Han oppdager at han trenger mer enn å koble av med å være fysisk aktiv ute. Etter en uke er han «kokt i hodet». Fra PIM beskriver han en musikkopplevelse han ble inspirert og motivert av. Tidligere er de indre bildene av å gå opp på et spesielt fjell referert til å gi han et fristed og emosjonsregulering. I tillegg forteller han hvordan opplevelsen gjør at han lengter tilbake til det livet han hadde og gir større motivasjon for å gjøre en jobb her. Han blir motivert for endringer:

«Det her skal vi greie, vi skal komme oss vekk herifra, både hun og jeg».

F5 ser på seg selv som en person som liker utfordringer. Å delta i PIM oppfatter han som helt fremmed for hans type. Slik ser også datteren han. Derfor velger han å delta i PIM for å vise henne at han også lar seg utfordre her, slik han selv utfordrer henne og på den måten motiverer henne. Under innleggelsen har de mye felles humor fra denne pålagte utfordringen.

F1 bringer inn hvordan behandlingen til sammen har ivaretatt både datteren og henne. Hele settingen har gitt hjelp på ulike måter til begge. PIM har gitt henne flere perspektiver:

«Det kommer tanker som gjør at jeg får mer overskudd og motivasjon til å fortsette overfor henne».

F2 kobler prosessering av følelser under musikken til å få mot og krefter:

«Jeg må ha overskudd til å kjempe og fighte, når den andre ikke klarer».

Alle foreldrene beskriver å selv kunne påvirke hva de får av indre opplevelser. De har kontakt med egen vilje i forhold til musikken og hva som oppstår. Med F4 sine ord:

«Om jeg sover eller ser bilder, det velger jeg selv».

F2 formidler en erkjennelse fra PIM tidligere nevnt, som trygghetsskapende. Hun får indre bilder av å stå utenfor familiens hus. Det vekker sterke følelser og tanker. I intervjuet et halvt år senere deler hun en lengre fortelling. Etter en tøff husbyggingsprosess flytter de inn og både samboer og datteren blir syk. Hun beskriver en skyldfølelse for å ikke ha sett datteren nok og for spiseforstyrrelsen:

«Huset ble en negativ ting. Vi fikk ikke følelsen at hjem var hjemme. Når jeg kom hit og vi hørte på musikk, tror jeg det ble så sterkt fordi det var første gang jeg kjente på at det faktisk var hjemmet mitt».

Da de dro hjem i første permisjon beskriver F2 å gå inn døra med en endret oppfatning. Hun tok et aktivt valg om å skape det til et hjem der de skulle finne tilhørighet.

En felles ny tanke hos foreldrene, var å bli mer bevisst på hvorfor og hvordan skape andre pusterom framover, hjemme og på avdelingen. F1 formidler å ha blitt mer bevisst på verdier hun vil ta ansvar for hjemme:

«Det har gitt meg tanker på hvor presset jeg er og hvor skjørt livet er. Vi har ikke tid til å ta vare på hverandre, stoppe opp og rett og slett puste».

Foreldre formidler at PIM var en felles aktivitet som støttet dem imellom, annerledes enn samtale på avdelingen. Enkelte får tanker om å gjøre mer enn PIM sammen. F5, tidligere sitert, koblet å gjøre noe annet med motivasjon. Hjemme ser han på seg selv som pådriver i å finne på ting med venner. Han reflekterer videre hvordan det kunne vært positivt for ungdommene å se foreldrene gjøre mer sammen.

5 Drøfting

Jeg vil nå drøfte resultatene opp mot teori, forskning og egne refleksjoner. Hvordan kan et *pusterom i musikk* støtte det å være foreldre til ungdom med spiseforstyrrelse under sykehusinnleggelse?

5.1 Musikk situasjonen i relasjon til foreldresituasjonen

Foreldrene beskriver hvordan tidsramme, rom, terapeut, musikk og indre bilder skaper trygghet, gode øyeblikk og et fristed for dem selv. De viser til kombinasjoner av flere interaksjoner i musikkhelheten. Terapeuten er involvert i flere, som tilrettelegger i samarbeid med avdeling, som veileder innledningsvis i musikken og tilgjengelig for hva som oppstår hos foreldrene og hvordan dele det. Under musikklyttingen fremhever foreldrene å få følge av musikken, komme i kontakt med seg selv og indre bilder som de deler i etterkant. De får følelsen av å være fri og alene sammen med andre i musikken. De formidler å ta med seg trygge og gode opplevelser, ro, energi og krefter tilbake til samspillet med barn og videre oppfølging.

5.1.1 Et trygghetsskapende sted for seg selv

Foreldrene forteller om stress og bekymringer i sin situasjon i tråd med nyere forskning (Wufong et al., 2019). Av informantene er F1 særlig referert. PIM oppleves som et trygt sted hun selv er med og skaper. Dette sammenfaller med kvaliteter DeNora favner med sin metafor *music asylums* og to strategier for restitusjon (DeNora, 2013). F1 beskytter seg ved å fjerne seg (removal) fra foreldresituasjonen. Hun puster ut og hviler i musikk situasjonen. Samtidig blir hun kreativ (refurnishing), dagdrømmer og samlytter med andre i musikken. Hun oppdager hva som gjør henne trygg og blir trygg. F1s beskrivelser av samvirkende bevegelser, tyder på at musikkhelheten til sammen regulerer og gir oppdagelser (ibid.). Det ytre musikkrommet og inn til et indre psykisk rom, formidles som bevegelser til beskyttelse. Her kobler hun terapeutens stemmekvalitet, musikken, teppet og egen tankevirksomhet sammen. Dette kan tyde på *musical appropriation* slik DeNora forstår sirkulære prosesser mellom musikalske og utenom-musikalske opplevelser og handlinger. Deltakeren tar i bruk hva musikken tilbyr ut ifra hva en trenger (ibid.). F1 er redd i foreldresituasjonen, men føler seg trygg i PIM.

Økologiske prinsipper viser seg i hva foreldrene refererer til i helheten og måten de veksler mellom å uttrykke at de selv skaper eller blir gitt noe som beveger til trygghet. Det kan være et uttrykk for hvordan alt gjensidig påvirker og er innvevd i hverandre. Musikk er en del av

hva som er i aksjon. Musikkstiasjonen består av komplekse og gjensidige prosesser mellom folk, praksis, ting, spesifikt sted og tidsrom (Ansdell, 2014). En deltaker trekker frem relasjonen til terapeuten og pleddet og forstår det som en omsorg hun trenger. Dette kan være eksempel på vitalitetsfølge hvor forelderen opplever å bli trygg gjennom inntonning fra terapeutens stemme og måte å legge teppet rundt henne på (Trondalen, 2016). Det kan være omsorgopplevelsen innvirker på hva som dukker opp hos henne under musikken. Studier har vist sammenheng mellom hvilken holdning lytteren har før musikklyttingen og musikkopplevelsen (Saarikallio, 2017). Når F4 beskriver inntonning som omsorg, kan det være det virker inn på hennes evne til å ta til seg disposisjoner i musikken for å oppleve emosjonell validering (ibid.).

Musikkens dynamikk kan utfordre foreldrene, for så å gjøre dem tryggere. F4s indre bilder av å bli vugget under musikken formidler hun som å bli tatt med og bli gitt trygghet. Forholdet mellom hennes indre bilder og kroppsformidling, musikken og terapeuten kommer frem. Terapeuten velger musikk fra Ravel innenfor støttende intensitetsprofil, men i det trygge og utforskende feltet. Dynamiske forskjeller kan erfares som større bølger i musikken (Wärje & Bonde, 2014). F4 beskriver musikken som mer utfordrende. Hun våkner opp i svingningene av volum, synes den er høy for så å falle tilbake til mer hvilende tilstand. Naturbildene i valgt musikkbevegelse kan ha rykket i henne som risiko å gi seg hen til, for så å gi seg over til omgivelsene (Bonde & Beck, 2019) og bli tryggere (Mason, 2019). Den vuggende opplevelsen og delingen i etterkant, kan tyde på at forelderen trengte og fikk støtte til å komme inn i sitt toleransevindu gjennom en trygg annen i et sanserikt samspill (Noranger & Braarud, 2014). Det kan være at relasjon til både terapeut og musikk ga henne bevegelsen til en trygghet med fellestrekk fra å bli vugget i nynning og tidlig musisk forelder-spedbarn-kontakt. Fra Sterns teori kan det forstås som et vitalitetsfølge med både musikk og terapeut (Ansdell, 2014). Det kan tolkes som et eksempel på tillit, vitalitetsfølge og eksistensiell deling som intersubjektiv erfaring fra musikkterapirelasjonen (Trondalen, 2016). Noranger & Braarud formidler hvordan stressaktiverte voksne kan trenge hjelp for å komme inn i sitt toleransevindu og slik bli tryggere for selv å være reguleringsstøtte for sitt barn (Noranger & Braarud, 2014). Musikk og terapeut til stede i helheten som tilgjengelige relasjoner kan ha gjort forelderen tryggere.

Musikken vekker indre bilder hos foreldrene hvor de får kontakt med ressurser og trygghet i familien. Flere foreldre beskriver indre bilder av å være sammen med barna og storfamilien på tur. Bildene formidles å være gode minner eller dagdrøm som oppstår under musikken. Felles

er tilhørighet til de andre og eksplisitt legge merke til solide nærpersoner. Det kan forstås som en helseressurs å få kontakt med fellesskapet og ikke føle seg så alene. Det kan tyde på at disposisjoner i musikken virker på lytterne, slik Ruud forklarer musikkens musikalske og mentale mekanismer. Fra kombinasjoner av emosjonell resonans, rytme, stemning og indre bildedannelse i musikken, gjenoppdages trygghet og tilhørighet som støtte fra nærpersoner og natur (Ruud, 2020). Hvis noe i musikken selv aktiverer indre ressursbilder, kan det også være støttet av en lyttestrategi som gir innføring av positive emosjoner (Saarikallio, 2017). Ansdell forklarer denne musikaliseringsprosessen som helsebringende (Ansdell, 2013). Lytteren veves sammen med musikkens kvaliteter. Kvaliteten i musikken gjør noe med kvaliteten på forholdet til familieressursene og natur.

Musikkopplevelsen vekker naturscener. Foreldrene beskriver sansning av fjell, vær og landskap i kombinasjon med fysiske og psykiske utfordringer og mestring. Ifølge Bonde & Beck (2019) kan naturbildene speile behov og gi kontrast til foreldreproblemene med å være isolert og utilstrekkelige. Kontrasten skildres i opplevelsen av grunnleggende trygghet og selvtillit i nærhet til natur (ibid.). Dette kjennetegner asyl i musikk (DeNora, 2013). Det virker som positive og estetiske emosjoner i musikklyttingen og tidligere natur- og selvopplevelser vekker indre naturscener som gir mestringsfølelser. Det kan bety at både tilhørighet til natur og egne ressurser styrkes i musikkopplevelsen.

PIM kan gi rom for å kjenne på egen angst og usikkerhet. Foreldre formidler at det leder til økt bevissthet og trygghet. Mason hevder endring avhenger av en tilstand av trygghet med tilgang til risiko for både terapeut og deltaker. Det trygge gjør det mulig å erkjenne og slik bevege det usikre i seg selv, forholdet til andre og situasjonen (Mason, 2019). Når foreldre opplever at musikken tar tak i dem, kan det handle om evnen til å våge i relasjonen. Uro, sinne og angst merkes, men mestres når opplevelsen deles og formidles med trygghet til terapeut i etterkant. Når terapeuten vurderer F2s gråt under musikklyttingen, velger hun uten sikkerhet å stole på musikkens følge når gråten utfolder seg, samtidig konsentrert på forelderens vitale signal og egen kropp. Etterpå deler begge erfaringen av at musikken ga rom for såre følelser. Terapeuten inntar en «not-knowing-position» (Anderson & Goolishian, 1992). Det kan også være at relasjonen til musikken er mer avgjørende. F2 uttaler seg som om hun selv har kontroll på å slippe følelsene til. Det kan være en lyttestrategi, prosessering, hun velger i møte med musikken. Det kan også være støttet av musikalske mekanismer (Saarikallio, 2017). Estetiske kriterier og en støttende intensitetsprofil i musikken kan ha skapt tillit og vitalitetsfølge (Bonde & Wärje, 2014). Det Mason kaller å risikere og Ansdell

via Stern kaller regulering i relasjonen, tolker terapeuten som delt i musikk og så samtale. Forelderen formidler opplevelsen som tillitsfull (Mason, 2019) (Ansdell, 2014). Det kan være delte såre følelser skaper tillit og ivaretagelse.

I PIM merker foreldrene egen kropp, følelser og tanker de ellers holder tilbake av hensyn til barnet. Å få et eget rom der avdelingen tar vare på barnet, gir ifølge foreldre åpning for egne utfordrende følelser og tanker. Terapeuten tilrettelegger dette rommet i samarbeid med avdelingen og tilgjengeliggjør både musikk og det samspillet som da oppstår mellom alt involvert. Det kan tyde på at relasjonelle faktorer i musikkterapirelasjonen er virksomme og skaper tillit, vitalitetsfølge og eksistensiell deling (Trondalen, 2016). Dette understøtter at musikkterapeuten spiller en vesentlig rolle.

Musikksituasjonen skaper en annen interaksjon, sammenheng og bevissthet i foreldrenes opplevelser av flere kontekster; hjemme, på avdeling og i seg selv. Ifølge F2 gir musikklyttingen nye erkjennelser av hvorfor og hvordan skape et trygt hjem med familien videre. Det kan tyde på at hun kommer i en trygg og usikker posisjon slik Mason forstår hvordan endring i relasjoner skal kunne skje (Mason, 2019). Det skjer en musikkøkologi av spesifikt sted, virksomhet, terapeut og foreldre i gitt tidsrom som ifølge Ansdell støtter forelderens behov for trygghet i relasjon til sin situasjon (Ansdell, 2014). Forskning etter FBT forstår vellykket utskrivelse fra hvor trygge foreldrene føler seg under innleggelse for å våge å prøve seg hjemme (Fjelkegård et al., 2020). Det kan være musikksituasjonen som subsystem hjalp F2 å gjøre sin hverdag, hjemmet, tryggere.

5.1.2 Selvmedfølelse til samspill med barn og behandling

Når foreldrene kommer for tett på hvordan barna lider, kan ifølge FBT for stor grad av sympati og empati gjøre måltidsoppfølgingen vanskelig. Det kan bli en opprettholdende faktor i spiseforstyrrelsen (Ganci, 2019/2020). Avstanden til barn og behandling i PIM beskrives å gi nærhet til noe godt for forelder alene. I flere familier viser barna interesse overfor foreldrenes glede av musikkterapien når erfaringene deles etterpå. I én familie utvikler dette seg i løpet av innleggelsen. Først holdes forelder tilbake, etter hvert er PIM noe datteren ønsker for henne. Datteren viser medfølelse for forelderen og tåler å være borte fra henne. En annen forelder formidler at glede og ro smitter over på datteren i etterkant. Noe nytt skjer i relasjonen mellom foreldrene og barn. Døtrene viser en nysgjerrighet overfor sin forelder, som kan bevege samspillsmønsteret de har seg imellom (Mason, 2019).

Foreldrene formidler å trenge hjelp til å ramme inn en spesifikk tid for medfølelse overfor seg selv. PIM skjer en gang i uka. Dette gir foreldrene en rytme i å lytte til seg selv i musikk. De definerer rytmen i gjentakelsene og kaller PIM et ritual å ta imot. F4 kommenterer hvordan dette også skaper en fast rytme i etterkant hvor hun deler med barnet sine gode erfaringer. Tidsaspektet er ifølge Ansdell innvirkende på hvordan musikk erfaringen gir mening for deltakerne. I tillegg er mennesker den viktigste kilde for å gjøre tilgjengelig hva de trenger (DeNora, 2000). Det virker å henge sammen med at terapeuten skaper betingelser for faste tidsrom til erfaringer de ikke finner fram til selv. Rytmen i musikklytting gir foreldrene en rytme i å ta vare på seg selv.

Etter musikklyttingen gir foreldrene uttrykk for glede og vitalitet. Det kan tyde på at musikk har iboende kapasitet til å løfte stemningsleiet og innføre positive emosjoner (Sarrikallio, 2017). Første foreldrerrespons etter musikklyttingen er smil og andre positivt ladede kropps- og verbalspråk. I intervjuet kommenterer de musikken som både behagelig og avslappende. Juslins forskning har funnet tilsvarende positive og estetiske emosjoner fra musikklytting. Han forklarer en aktivering av belønningsområder i hjernen som innvirker på forholdet mellom musikk og stressopplevelsen (Ruud, 2020). Hvis kvaliteter i musikken gir lettere humør, kan det også ha med lytterens holdninger til musikken. Musikklyttingen påvirkes av lytterens mål om å ha det godt og strategi om å la musikken få innflytelse. «Å seile av sted med musikken» kan uttrykke et slikt samspill i lytteren i musikken. DeNora refererer til letthet, komfort, flyt og glede fra dette samspillet hun kaller `musical appropriation` som skaper `music asylums` (DeNora, 2013).

Mentale og visuelle prosesser under musikklyttingen kan ha endret stressopplevelsen til foreldrene (Saarikallio, 2017). Foreldrene formidler indre bilder av nærhet, varme og gode øyeblikk. Selvmedfølelse er i mindfulness formidlet som en varm vennlighet til seg selv (Binder, 2011). Resonans kvaliteter i musikken kan ifølge Rosa musikaliserer personens livsverden (Ruud, 2020). En slik musikalisering kan kanskje oversettes med hvordan de indre bildene og tankene oppstår som del av en varm og vennlig samklang.

Musikklyttingen gir F1 «bilder som gir en godhetsfølelse». F1 kobler bildene til kombinasjonen av terapeutens ord og musikken for å «la det gode komme til meg». Observasjonsnotatene refererer også til synkroniserte uttrykk terapeuten og foreldrene deler rett i etterkant av lytting. Hvis både terapeut og forelder opplever at samspillet mellom dem skjer i en varm og vennlig klangverden, kan kvaliteten ha virket videre når de lytter sammen og deler etterpå. Det kan tyde på at musikkterapirelasjon gir forelderens en annen medfølelse

til seg selv enn ellers (Trondalen, 2016). En selvmedfølelse som rommer å merke det vonde og vanskelige og med det ta ekstra godt vare på seg selv (Binder et al., 2014, s.107), kan innvirke på medfølelse overfor barna. Det kan gjøre dem i stand til å stå i foreldreoppgavene i behandlingen (Ganci, 2019/2020).

5.1.3 Et fristed for seg selv

«Du er på hele døgnet», sier F4 i intervjuet. FBT forbereder foreldrene på at behandlingen krever intens oppfølging over mange måneder (Ganci, 2019/2020). Deltakerens utsagn skildrer opplevelsen hun har av foreldresitasjonen. Fra utsiden består døgnet av mer enn måltider, møter og samvær med barna, men like fullt skildres en pauseknapp som ikke fungerer. Når foreldrene viser til PIM som fristed, beskriver de å få og velge det på samme tid. De får fri fra foreldresitasjonen, men beskriver musikk-sitasjonen som noe de engasjerer seg i. Det likner på hvordan DeNora formidler asyl i musikk. Et «pusterom med potensialer» gir strategier for restitusjon den enkelte tar i bruk slik de selv trenger. De har en kontroll på hva som skjer og er samtidig (indre) kreative (DeNora, 2013). Deltakerne gir uttrykk for å bruke tiden slik de selv vil, påvirke hva som skjer og samtidig får og deler de indre bilder av natur, fred og frihetsfølelser. Igjen virker prosessene å være sirkulære og utløser potensialer mellom hva som gir hva deltakeren gjør til sitt, `musical appropriation` (ibid.).

I tillegg til å pause foreldreoppgavene og engasjere seg i musikken, gir anerkjennelse fra andre et fristed eller asyl i musikk, ifølge DeNora (DeNora, 2013). Foreldrene forteller gruppa og terapeuten fra indre bilder, tanker og sanseopplevelser under musikken. Det kan bety at de opplever et fellesskap av å se sammen hvordan de opplevde frihet slik det utfolder seg under musikken. Felles oppmerksomhet på dette er ifølge Binder med flere det som kan skape nye måter å forholde seg til seg selv på (Binder et al., 2014). Å benevne PIM som fritime og helt sin egen tid, kan også tyde på at samværet gir en bekreftelse på å være i sin egen opplevelse sammen med andre (Binder, 2011). Denne anerkjennelsen fra andre, kan henge sammen med hvordan terapeut og deltakere deler musikkopplevelsen med smil, gjennom kropp og få ord rett i etterkant. Musikkopplevelsen blir bekreftet og delt som egen. Det som ikke blir fortalt, blir i samværet anerkjent å ha verdi. Foreldrene kan merke støtte både i hva som deles og hva som ikke deles (Sundet, 2000).

En forskjell fra det daglige, er fravær av forpliktelser. F2 løfter PIM fram som et forventningsfritt sted å være, og som gir rom for å føle som en føler og anerkjenne at det er som det er. Ifølge Rosa, kan resonans i musikk gi erfaring i å være helt sammen med seg selv. Det kan være anerkjennelsen skjer i møte med estetiske og emosjonelle kvaliteter i musikken

(Ruud, 2020). Når foreldrene formidler musikkopplevelsen som ny for dem, kan det bety at de opplever seg selv i musikken på en litt ny måte. De kommenterer å bli behagelig avslappet og bare seg selv på en annen måte enn ellers.

Å bli klar over seg selv på en ny måte, kan ha med lytterens erfaring av egen påvirkning, agens i forhold til musikken. Ruud definerer agens i musikk som evnen til å involvere seg og ta ansvar for relasjonen til musikk (Ruud, 2020). Foreldrene formidler kontakten med terapeuten gjennom egne bidrag på en måte som kan tolkes som gjensidig samarbeidende (Rolvjord, 2004). De frivillige rammebetingelsene inviterer også deltakeren til å ta ansvar selv. I alle relasjonstemaene legger foreldrene vekt på å få plass selv og få fatt i seg selv på en ny måte i PIM. Den nye måten beskriver de som tillitsvekkende og delt i musikk og med andre. Opplevelsene av trygghet, selvmedfølelse og frihet i PIM, kan kanskje slik forstås som nye måter å forholde seg til seg selv på (Binder et al, 2014). Fra dette kan både tilrettelegging og tilgjengelighet av musikk og terapeutisk relasjon oppsummere gjensidige innvirkninger som støtter foreldrenes kontakt med seg selv. Den nye informasjonen og forskjellen i egen subjektivitet kan kanskje skape ny intersubjektivitet mellom foreldre og barn.

5.2 Regulering av stress

Utsagn fra foreldrene formidler mangfoldige erfaringer av å bli mer fysisk avspenning og emosjonsregulert. Observasjoner av vitale signal i samspillet mellom deltaker og terapeut understøtter dette. Ifølge foreldrene skjer endringene fra innspill de selv, musikken, terapeutens veiledning og situasjonen gir. De refererer til stemmen til terapeuten og samtidig sine egne aktive holdninger og musikken som gir avspenning og lettere stemningsleie. Det formidles som en annerledes måte å slappe av på og forklares fra de ulike innspillene. Alle foreldrene legger vekt på musikkens rolle i å bli emosjonsregulert. De får indre bilder, sinnsro og prosesserer følelser underveis i møte med ny musikk.

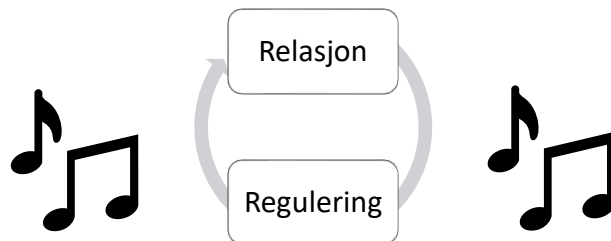
5.2.1 Avspenning og emosjonsregulering

Når foreldrene beskriver at slitenhet går over til avspenning og ny energi i musikken, kan det tyde på en aktivering av blå parasympatiske nerveceller som roer ned og restaurerer homeostaseprosessen i kroppen. Et overaktivert stress-system vil ifølge Kozłowska kunne gå fra forsvarsmodus til restitusjon gjennom regulering av søvn og hvile (Kozłowska, 2013). Eksempel på slik regulering er når en forelder trekker frem å være spesielt sliten i en periode. Da sover hun mer i musikken og blir uthvilt på en annen måte enn ellers.

Foreldre oppdager fysiske stress-symptomer i PIM. Det kan tyde på skjult stress de ikke selv er klar over (Matè, 2003/2019). Foreldrene oppdager høy muskelspenning og pustevansker fra Kozłowska forklart som et stressaktivert autonomt nervesystem med komplekse feedback looper av røde sympatiske nerveceller. Oppdagelsen av hjertebank, overflatisk pust, anspenhet og smerte blir bevisst og så regulert i musikken. F1 bruker musikklyttingen til å få dypere pust. F4 har hjertebank etter behandlingsmøtet, merker det forsvinne og blir avslappet. F2 blir bevisst på kvalme og hodepine hun setter i forbindelse med angst for hjemreise. Hennes tolkning er at hun kjenner etter og merker kvalme i takt med at kroppen spenner av i musikken. Et defensivt forsvar av lilla parasympatiske nerveceller innvirker på tarm, ifølge Kozłowska (ibid.). F2 blir bevisst stresstilstanden under avspenningen og føler seg bedre etterpå. Denne formen for kroppssopplevelser kommenterer foreldrene som annerledes enn det avdelingslivet gir kontakt med. Terapeutens veiledning på oppmerksomhet på pust, kropp og sinn i musikk hører til rammebetingelsene for musikk situasjonen. Foreldre uttrykker å bli fysisk avspenning under og etter musikken. Som deltakende observatør tolkes opplevelsene som delt gjennom begges kroppslige og verbale uttrykk. I samspillet og samtalen observerer terapeuten å være aktivt rettet mot om den andre vil dele mer av sin opplevelse. Det kan være dette illustrerer inntoning med autentisk interesse (Trondalen, 2016). Terapeuten viser nysgjerrighet på det han ikke vet om den andres opplevelse, samtidig kan timing og eget kroppslig svar gi bekreftelse på det som er delt. Binder formidler hvordan det kan hjelpe deltakeren å utvide oppmerksomhet på sin egen opplevelse og velge å dele mer (Binder et al., 2014). Kontakten med terapeuten gir og utvider avspenning hos foreldrene.

Alle foreldrene får oppmerksomhet på hva som skjer i kroppen under musikklyttingen. Språket foreldrene har på hva de selv leder og blir ledet til, er gjenkjennelig slik Binder med flere formidler praktiske øvelser av mindfulness i behandling. Kontakt med egen pust er sentralt. Ved å bli møtt og møte det som merkes med vennlig og aksepterende holdning, kan det bidra til større kapasitet og toleranse for å være til stede i øyeblikket (Binder et al., 2014). Kozłowska (2017) henviser til mindfulness for å oppdage og regulere stress. PIM har i tillegg følge av musikk først under oppmerksomhetsveiledning og videre i samlytting. Foreldre kobler selvmedfølelse og trygghet til om de sovner underveis, hvordan de merker kroppen eller hvordan de seiler av sted med musikken. Det kan bety at de forholder seg til hva de trenger ut ifra hva de føler (Binder, 2011, s. 169) i samspill med musikken. Det slår ut i ulike kvaliteter i musikkopplevelsen. F4 begrunner forskjellen fra annen søvn og hvile med hvordan musikkhelheten gir henne en tillatelse hun ellers ikke gir seg selv. Dette kan bety at

tilrettelegging og samlytting i PIM støtter henne. Hun kommenterer opplevelsen som «kjempedeilig». Disse eksemplene gir mening til hvordan foreldrenes relasjonstemaer, gode øyeblikk, fristed og trygghet, samvirker med regulering i musikkhelheten.



PIM er inspirert av Körlins metode: `Music Breathing`. Veiledning av kontakt med egen pust og sansning, kombineres med innspilt musikk (Beck, 2019). Intervjusitatet til F1, kan representere et uttrykk for å falle inn i et bare-være-modus under musikken:

«Når du kommer dit er det helt blåst. Det er bare: Pust ned, nå skal jeg bare leve (latter)».

Sitatet er et av mange som kan tolkes som uttrykk for hvordan de selv bidrar til reguleringen. Personens opplevelse av å påvirke emosjonsregulering under musikken, kobler Ruud til agens i musikk (Ruud, 2020). Når foreldrene kommenterer PIM som et sted hvor de selv skaper endringer de trenger, kan det henge sammen med at de får kontakt med sin agens gjennom å ta valg og kontroll i musikk situasjonen. Hvis de engasjerer seg i og tar ansvar for musikkens innflytelse, kan denne musikalske agensen virke sammen med emosjonsreguleringen og vedlikeholde et indre kontrollsted, ifølge Ruud. I en slik vekselvirkning kan empowerment og emosjonsregulering forsterkes gjennom musikken (ibid.). Slik kan kanskje også PIM støtte foreldrenes egen regulering.

Foreldrene viser ulike reguleringsstrategier når de spenner av og forteller fra musikkopplevelsene. De får fokus på indre følelses- og vurderingsarbeid (prosessering) i musikken. De uttrykker å ha kommet gjennom følelser og uro. De kan også få fokus på musikken (distraksjon). De uttrykker å «seile med». Med språk for både følelser, sansning og endringer, tyder det på at foreldrene gjenkjenner og regulerer følelsene sine og tar til seg positive og estetiske emosjoner (induksjon). De uttrykker at musikken oppleves behagelig og beroligende. Samspillet mellom emosjonsreguleringen og noe iboende i musikken virker å

henge sammen. De tar til seg noe behagelig gjennom hvordan de lytter. Saarikallio har oppsummert forskning som viser slike sammenhenger mellom lyttestrategi og noe i musikken som potensiale for å regulere emosjonelt stress (Saarikallio, 2017). I dette prosjektet uttrykker foreldrene hvordan de kobler avspenning og regulering til flere relasjoner i musikkhelheten.

Både i foreldrenes svar og forskning (Fjelkegård et al., 2020) virker stresset hos foreldre å være så høyt at de trenger og ønsker støtte. Noranger & Braarud referer til toleransevinduet i hvordan håndtere stress og vektlegger relasjonen til en trygg annen som reguleringsstøttende (Noranger & Braarud, 2014). Ifølge Ruud kan musikk gi reguleringsstøtte og slik ha en immunogen funksjon (Ruud, 2020). Men forskning på musikklytting i hverdagsliv har vist å redusere stress bare i perioder med lavt stressnivå. Annen regulerende adferd kreves ved høyt stressnivå (Saarikallio, 2017). Körlins metode og PIM har både terapeut og musikk til stede som reguleringsstøtte til forskjell fra mindfulness og musikklytting på egenhånd.

I FBT anbefales foreldrene å håndtere stress gjennom distraherende aktiviteter og avslapningsøvelser, meditasjon og musikklytting som noe som foregår hver for seg (Ganci, 2019/2020). Foreldrenes svar kan tyde på at de opplever PIM som en aktivitet som rommer flere anbefalinger. Forskning av FBT peker også på behovet for å adressere foreldrenes stress gjennom samtaler (Wufong et al., 2019). Når foreldre som F1 oppsummerer hvordan deltakelsen i PIM støtter henne, er det et viktig tillegg til hva teamet ellers gir av praktisk hjelp og samtale.

5.3 Refleksjon som aktiverer tåleevne, fremdrift og endring

Foreldrene reflekterer over hva de trenger å gjøre for å være tålmodige og motivert. Å kjenne ro, bli avslappet og få utløp for følelser i PIM settes i direkte sammenheng med å være tålmodig i relasjon til barnet. Et PIM for foreldrene alene, virker i et vekselspill med ellers samspill med barnet. De må gjøre noe for seg selv for å være tålmodige. Flere velger å delta på PIM fordi opplevelsene gir overskudd og inspirasjon. Da virker PIM i et vekselspill som noe annet enn hva de ellers gjør. Å være motivert settes i sammenheng med å være aktiv selv. I PIM kommenterer de selv å styre og ha innvirkning på hva som skjer. I etterkant av PIM forteller flere om aktive valg og handlinger overfor seg selv og barna. I gruppeformat gir foreldrene hverandre mer støtte i å være utholdende. De får også idèer til flere foreldreaktiviteter som kan samle og motivere dem.

5.3.1 Hva må til for å tåle foreldresituasjonen?

Foreldrene forteller om hvordan de mobiliserer tålmodighet for å stå i situasjonen over lang tid og at foreldreoppgavene krever en tålmodig væremåte. Den familiebaserte behandlingen har som mål å få foreldre til å følge opp barnet medfølelse og tålmodig. FBT anbefaler restitusjon for å tåle sine egne og barnets følelsesreaksjoner og henviser til selvhjelpsverktøy (Ganci, 2019/2020). Foreldrene trekker frem at de må gjøre noe for seg selv for å være tålmodige og trenger hjelp for å få det til.

Flere foreldre benevner PIM som et «ritual» med sin faste rytme i uka. Rytmen i seg selv gir støtte til restitusjon. Dette virker i et vekselspill med øvrig samspill med barnet på avdelingen. En strategi for å oppnå asyl i musikk er ifølge DeNora å få et tidsrom og sted hvor man fjerner seg fra sin utfordrende situasjon og bli beskyttet i musikken (DeNora, 2013). Til forskjell fra «music asylums» i folks hverdagsliv, uttrykker foreldrene i avdelingslivet å trenge hjelp til å trekke seg tilbake. I PIM får de støtte av tidsrytme og rom musikkterapeuten tar ansvar for (Trondalen, 2016). Rammeaktiviteter i PIM tar form og gjentar seg. Komposisjonen får en rituell karakter. Det samler folk på en bestemt måte hver gang (Ansdell, 2014). Fra foreldrerollen og stressopplevelsen repeteres en gjenkjennelig form som gjør andre selvopplevelser mulig. I komposisjonen samarbeider deltaker og musikkterapeuten om innholdet. Foreldrene uttrykker å selv påvirke hvordan de bruker musikk situasjonen som pusterom. Samtidig er de tilgjengelig for hva musikkterapeuten tilrettelegger av veiledning og ny musikk. De tar imot musikk de fra før av ikke kjenner og uttrykker å få tillit. Sammen med terapeut, andre foreldre, musikk og ting i rommet blir de behagelig avslappet. Opplevelsene settes i direkte sammenheng med å være tålmodig med barnet. Foreldrenes refleksjon gjør dem bevisst på et fast vekselspill av å samle seg for å tåle å være tilgjengelig som foreldre.

Foreldresituasjonen gir ifølge foreldrene og FBT et stress. PIM blir et sted å hente tålmodighet. Et «music asylum» som restituerer gir ifølge DeNora mulighet for å styrke helseressurser. Dette skjer gjennom blant annet grunnleggende trygghet, opplevelsen av å midlertidig strekke til, egenverdi og behag (DeNora, 2013). Fra å beskrive uro og utilstrekkelighet, kan foreldrene beskrive en midlertidig tilstrekkelighet, som F4 sier: «Bare å bli tatt en time i uka til den følelsen er fantastisk». «Det gjør noe med deg, du er roligere, mer behersket og annerledes når du har vært på det». Foreldrene påvirker samtidig hverandre til å velge PIM. Når de opplever det sammen og snakker om PIM, støtter de hverandre i å skaffe seg pusterommene. Erfaringene de reflekterer over, gir refleksjoner om støtte foreldrene imellom for å tåle situasjonen.

5.3.2 Hva må til for å være motivert fremover?

Foreldrene reflekterer over hva de trenger å gjøre for å være motivert. Flere velger å delta på PIM fordi de får indre bilder og opplevelser som gir overskudd og inspirasjon. I GIM metodikk veileder musikkterapeuten inn og ut av en endret bevissthetstilstand. Det rammer inn hva som skjer i deltakerens sinn og kropp under musikklyttingen (Noer, 2015). Det er ment å gi et felles følge som ivaretar deltakerens behov og frie vilje. Det kan forstås som trygt og estetisk vitalitetsfølge av både musikken og terapeuten (Trondalen, 2016). Søvn er likeverdig det å få indre bilder og sansning. Når foreldrene uttrykker å få trygghet, gode øyeblikk, fristed og bli regulert, kan det legge grunnlag for motivasjon. De får tilgang på en indre kreativitet under musikklyttingen. Et rom som gir skapende virksomhet, er av DeNora forstått som en annen strategi for å oppnå et asyl i musikk. Kjennetegn ved pusterommet er hvordan kunstnerisk aktivitet oppstår fra blant annet grunnleggende trygghet, glede, egen kontroll og kreativitet (DeNora, 2013). DeNoras eksempler på kunstnerisk musikkaktivitet er hovedsakelig hentet fra kor eller band, men hun refererer også til den indre prosessen i GIM (ibid.). Indre bilder som oppstår under samlyttingen i PIM kan forstås som kunstnerisk musikkaktivitet. Det gir et vitalitetsfølge i musikken begge er en del av. Fortellingene deles i etterkant. Foreldrene reflekterer over hva de får ut av dagdrøm-virksomhet i musikk. Det gjør dem bevisst på den direkte energien og motivasjonen de får og verdien av å fortsette denne nye formen for indre kreativitet.

Å få kontakt med gode minner og fortid av god livskvalitet hjelper foreldrene å forestille seg en ønsket fremtid, noe de kobler til motivasjon. I avspent og trygg tilstand beskriver foreldrene å bevege seg nær søvn og veksler mellom dagdrøm, drøm i søvn, søvn, tanker og sansning. Indre kreativitet, fantasi og egen vilje samspiller med hva som vekkes av indre bilder i musikken og deles i gruppa. I intervjuet formidler foreldrene eksempler på å bli motivert. Deltakeren som deler en krevende og samtidig eksistensiell fjelltur på hjemstedet, inneholder erfaring av identitet og tilhørighet i natur, vitalitet og mestring. Turopplevelsen under musikken er kombinert med turens betydning slik den ellers skjer hver sommer. Det gjenoppretter kontakten hjem og gjør han motivert. Det virker inn på følelsen av isolasjon. Slik formidler han hvordan PIM virker i et vekselspill som noe annet enn hva han ellers gjør på avdelingen. Indre bilder i musikken gir foreldrene kontakt med en kjent verden de vil tilbake til. Dette gir motivasjon til foreldreoppgavene.

Naturbilder i GIM har vist seg betydningsfulle da det kan gi indre bilder i kontrast til et problematisk her og nå. Å jobbe med det strevsomme metaforisk, kan generere følelse av

egen styrke, kontroll og mestringsstrategier. Det kan også ha en naturøkologisk dimensjon hvor deltakeren opplever seg selv som del av en større helhet (Bonde & Beck, 2019). Bonde & Beck konkluderer med at naturbildene virker å ha et spesifikt potensial i hvordan det deles, slik at deltakeren erfarer og identifiserer ukjente indre ressurser for å håndtere de eksistensielle problemene som presenteres metaforisk i naturbildene i GIM. Når foreldrene beskriver hva som blir borte i sykdomsfokus og stress, kan fravær av naturopplevelser være noe de mangler og savner. Ifølge Bonde & Beck kan naturbildene gi mulighet for å gjenoppleve tilhørighet til naturen. Tilhørigheten kan skape trygghet som slik tillater dem å være nysgjerrig, se seg rundt og involvere seg i sine omgivelser (Bonde & Beck, 2019). Eksempler på to helt ulike og unike musikkopplevelser i naturbilder; å bli vugget og selv streve seg opp et fjell, gir begge deltakerne en følelse av eksistensiell frihet, vitalitet og trygghet. I etterkant formidler de det som motivasjon. Naturbildene under musikken slik de blir delt i etterkant, kan tyde på immunogene faktorer i musikklytting (Ruud, 2020). Helhetsopplevelsene styrker foreldrenes trygghet og motiverer for videre engasjement.

Å være motivert setter foreldrene i sammenheng med å ta ansvar. I PIM kommenterer de selv å styre og ha innvirkning på hva som skjer. I etterkant av PIM forteller flere om aktive valg og handlinger overfor seg selv og barna. De får idèer til flere foreldreaktiviteter som kan samle og motivere dem. Ens egen innvirkning driver energi og handling videre og kan sammenliknes med hvordan Kvello definerer selvagens (2017). Det gir dem mestringsfølelse og fremdrift. Som motor kan det også drive musikkterapirelasjonen i en gjensidig, samarbeidende retning (Rolvsjord, 2004). Slik kan det skape flere alternativer og utvide begges muligheter i musikk situasjonen. Det innledende samspillet mellom deltakere og terapeut finner fram til fokus for musikklyttingen sammen. I den videre relasjon til musikken kan agens handle om å ta ansvar for musikkens innflytelse (Saarikallio, 2017). Terapeuten velger og styrer musikkvolum i samspill med foreldrenes vitale signaler. Når musikklyttingen formidles å gi et overskudd og skape motivasjon, kommenterer F2 det som et ansvar hun selv tar. Hun bruker musikklyttingen som rom for følelsene sine for å få krefter til å kjempe for begge, når datteren ikke har motivasjon. Dette viser hvordan foreldre selv tar ansvar for å få motivasjon gjennom musikklyttingen.

Flere foreldre tillegger PIM verdi ved å være en annerledes virksomhet. De gjør noe annet enn ellers. Det i seg selv gjør en forskjell og er motiverende. Men for å vurdere verdien, vil det avhenge av å se musikkterapien opp mot andre foreldreaktiviteter. Det har de ikke i prosjektperioden. I intervjuet får de tanker om nye. PIM blir en subkultur med idèer til

avdelingslivet (Ansdell, 2014). Slik kan kanskje vekselvirkningen med musikk situasjonen motivere til nye bevegelser i foreldresituasjonen.

Å bli intervjuet, er en ekstra refleksjon for foreldrene. Dette viser seg i forskjellen mellom de to ulike samtalene. Etter musikken uttrykker foreldrene å være regulert og vitalisert med mindre verbalitet. Intervjuet skaper i seg selv et rom for mer refleksjon som støtte til relasjonstemaer og regulering. Motivasjon og tålmodighet blir ikke tematisert eksplisitt i sesjonssamtalene. Intervjuet i seg selv kan slik påvirke resultatene og virke terapeutisk utover musikkterapien.

5.4 Musikkens rolle i sirkulære prosesser

Kan man finne forskjell på hva et fenomen er «i seg selv» og «i kontekst»? I lys av musikkøkologisk teori, virker musikken alltid sammen med noe annet. DeNora kaller dette «musikk pluss». Hun anerkjenner analyser og selve utforskning av hvordan musikk er uløselig knyttet til mange fenomen utenfor seg selv (DeNora, 2007). Deltakerne i prosjektet er invitert til musikkterapi uavhengig av musikkbakgrunn og motivasjon for musikk. Foreldrene peker i liten grad direkte på musikken, men beskriver heller musikken i kombinasjon med sine opplevelser. De seiler eller flyter med, musikken har bølger eller oppleves som en dur som går i bakgrunnen. Dette kan ha med terapeutens tilrettelegging å gjøre: Invitasjonen til oppmerksomhetstrening, en vennlig holdning til sine opplevelser og la musikken følge med. Terapeuten leder ikke bare til musikken, men mer til lytterens muligheter i møte med musikken. Analysen viser mønstre av relasjon- og reguleringstemaer som alle har til felles at musikken er i aksjon i kombinasjon med noe annet. Foreldrenes refleksjoner viser tilbake på opplevelser som skjer med musikk i kontekst.

Flere teoretikere påviser verdien av å lytte til kjent musikk fra egen musikalske identitetsbakgrunn i hverdagen (Ruud, 2017). Tradisjonelt i GIM forsøker man å unngå musikk med alt for tydelige føringer, slik terapeuten i PIM gjør med sine musikkvalg. Selv om ingen av foreldre har hørt musikken før, gir de uttrykk for at den virker beroligende og inspirerende. Foreldrene blir invitert til å komme med egne musikkvalg og evaluere terapeuten. En ikke personlig kobling blir tolket som mindre krevende, som gave, som omsorg. Foreldrene ønsker at terapeuten velger musikken. Dette står i kontrast til vekting av preferansemusikk og identitetsfaktorer. Det kan være foreldrenes trenger reguleringstøtte og utvide sine musikkfaringer når de har et høyt stressnivå (Saarikallio, 2017). I tillegg har terapeuten i drop-in-gruppeformatet introdusert hovedansvar for musikken for å skape

forutsigbarhet og trygghet. Terapeutens musikkvalg for F2, støtter hennes prosessering av følelser og tanker i ny musikk. Å velge musikk for en annen, er risikabelt. Terapeuten velger fra tidligere kliniske erfaringer og anvendt GIM repertoar. Men hvis foreldre i prosjektet hadde kommet med egen musikk, ville det kunne gi kontrastresultater og annen kunnskap.

Nye musikkerfaringer med terapeuten tilgjengelig, kan ha utviklet medvirkning og samarbeidsrelasjon. Basert på Masons prinsipper om tilgang på risiko som gir endringsspiraler (Mason, 2019), er foreldrene åpne for ny musikk. De eksperimenterer med noe annet i musikken enn de tillater seg i det daglige og utforsker mestringsstrategier med musikk. Resultatene viser eksempler hvor terapeuten tar risiko i relasjonen ved å velge musikk med høyere intensitetsprofil, innta `not-knowing-positions` og la eget ansvar utfolde seg i musikken. Tilbakemeldingene kan tyde på at de får et vitalitetsfølge av musikken og utvikler tillit til både musikk og terapeut.

Foreldrenes evaluering av musikken kan også ses i lys av PIMs rituelle karakter. Musikkopplevelsene bygger på hverandre, fra gang til gang. Alle referanser binder en til noe tidligere erfart. Gjentakelse av musikken foreldrene blir kjent med i PIM, får kvaliteter fra tidlige opplevelser i PIM. Dette synes i resultatene. Foreldre kaller musikken for «drømmemusikk» etter indre opplevelser i musikken. Terapeutens musikkvalg kan virke som en trygg introduksjon av PIM i sin drop-in-form. Det utelukker ikke at mer eksperimentering av både foreldrenes referansemusikk og musikk med mer utfordrende intensitetsprofil kan utvikle seg. Dette kan gi fleksible og individuelt tilpasset utvikling av musikkvalg i PIM for den enkelte forelder. Etter gjentakende PIM understøtter foreldrenes utsagn et alternativ. PIMs musikk blir referansemusikk for et pusteromritual slik den gjenkjennes i kropp og sinn.

Naturbilder er ikke begrenset til å oppstå ved en spesifikk musikk sjanger. Ifølge Bonde & Beck kan alle musikkstiler gi naturbilder i GIM. I stedet forstås intensitetsprofilen i musikken å ha sterk innflytelse på hvordan bildene utvikler seg og prosesseres (Bonde & Beck, 2019). Ravel og Garbarek med Boine er løftet fram som musikk foreldre formidlet å få indre bilder de blir spesielt berørt av. Klassisk og jazz-samisk virker side om side i PIM, ikke fra før av kjent for lytteren, men hvor rytmiske og dynamiske kjennetegn i musikken blir kommentert av lytteren som trygge nok til utforsking.

Fra et økologisk perspektiv, er det naivt å anta at musikk har en bestemt virkning. Musikken kan ha visse disposisjoner. Det avhenger av lytterens situasjon og perspektiv (Ruud, 2020). Når foreldrene formidler at musikken innvirker, kan det avhenge av sirkulære og samtidige

prosesser skissert fra musikk situasjonen og foreldrenes spesifikke situasjon. Slike samspill er unike. Kvalitativ forskning har som mål å rapportere og tolke få subjekters språk på sin gitte situasjon så metodisk transparent som mulig. Kvantitativ forskning har sin utfordring i å måle noe avgrenset og få mer eller mindre klare statistiske sammenhenger som bare sier: «It works somewhere» (Cartwright, 2011). Til et ja eller nei-svar på hvorfor musikk virker, svarer DeNora med kritiske innvendinger mot eksperimentelle studier. Å redusere rammebetingelsene og måle effekt i forkant og etterkant av musikkopplevelser, fanger ikke opp hva som skjer under musikken (DeNora, 2007). Deltakende observasjon har gitt fordelene av å være til stede når `musical appropriation` skjer hos både foreldre og musikkterapeut. Observasjon av musikklyttingen og samtalene i sesjonene har slik gitt sterkere empiriske data på musikkens innflytelse. Det har fanget opp nonverbale og verbale uttrykk hos foreldrene i musikk og i etterklang av musikk.

Musikkens betydning for terapeuten gir ringvirkninger i musikkterapirelasjonen. Musikkterapeutens `appropriation` er ikke i søkelyset i denne drøftingen, selv om musikkterapirelasjonen er zoomet inn og relasjonell teori ligger til grunn for det. Problemstillingen er rettet mot foreldrenes opplevelser. Men hvilken innflytelse musikken har hatt på musikkterapeuten, tolker forskeren som vesentlig for hvordan foreldrene formidler terapeutens betydning. Eksempel på dette er terapeutens holdning og veiledning innledningsvis under musikklyttingen. Kvaliteter i musikken gjør noe med terapeutens opplevelse av egen stemme. Musikken merkes i terapeuten. Kontakten med deltakerens vitale uttrykk og hva som skjer i egen kropp har følge av samme musikk. Komposisjonen av musikkvalgene gir også terapeuten opplevelser. Samspillet etter musikklyttingen viser stor grad av synkroniserte handlinger og følelsesuttrykk. Terapeuten merker egen regulering og felles stemningsleie med deltakeren i samtalen etter musikken. Terapeuten kjenner i sin kropp hvordan musikken virker. Dette gir en kroppslig-emosjonell deling i etterklangen. Verbalt er det foreldrenes indre bilder som gis felles oppmerksomhet. Dette tydeliggjør at de er i hver sin opplevelse; en forteller og en lytter. Terapeuten tar imot fortellingene når de deles. I dobbeltrollen blir intersubjektivitet tydelig i intervjuet. Når foreldrene henter frem betydningsfulle indre bilder, oppstår erfaringen av hva som er delt og ikke delt, tidligere. Delte bilder fra PIM vekkes i intervjueren når foreldrene forteller. Ved flere anledninger er bildene nye og overraskende på intervjueren samtidig som emosjonsreguleringen eller relasjonstemaet er gjenkjennende. De delte musikkopplevelsene er ikke identiske. Forskeren

blir på denne måten kjent med musikkens innflytelse på intersubjektive erfaringer mellom musikkterapeut og foreldre.

En kritikk av systemteori for å forstå musikk som helsefenomen, er hvordan området for endringspunkter blir for stort. Det er vanskelig å oppfatte og beskrive akkurat hvor endringene skjer. Sammenliknet med hermeneutikken, blir individets ansvar og rolle redusert. Individet er sett som likeverdig og ikke overordnet i økologisk tenkning (Ruud, 2005). Jeg har forsøkt å følge Ansdells metode i å likevel zoome inn enkelte nivå og se nærmere på musikkterapirelasjonen. Dette vektlegger den mellommenneskelige relasjonen i systemet. Uansett forsker eller kliniker er jeg del av det systemet jeg prøver å forstå. Jeg har ikke kontroll over årsak-virkning, men forsøker å reflektere over musikkens samhandling i sin økologiske sammenheng.

Når alle nivå er likeverdige og innvevd, levende og ikke-levende, musikalske og ikke-musikalske fenomen i utveksling, kan ingen funn konkluderes som årsak til noe annet, kun være medvirkende. Når foreldrene blir spurt om både foreldresituasjonen og musikk situasjonen, svarer de med sammenhenger og vekselspill av innvirkning.

Systemteoretiker Batesons mest kjente setning for endring er: «A difference which makes a difference» (Bateson, 1972, s. 457). Det har ledet til familiesystemiske prinsipper som å ikke gjøre mer av det som ikke virker, men være forpliktet til å eksperimentere med små forskjeller for å utforske hva som beveger systemet (Mason, 2019). Musikk erfaringene i samspill med terapeut og rom gir trygghet, ny informasjon og bevegelse. Det gjør en forskjell i foreldresituasjonen å få `music asylums`.

6 Oppsummering: *Pusterom i musikk* som økologisk støtte

I denne oppgaven har jeg presentert et forskningsprosjekt på Regionalt senter for spiseforstyrrelse som undersøkte fem foreldres opplevelse av reseptiv musikkterapi og hvordan det støttet dem som foreldre på avdelingen. Deltakende observasjon og samtaler i musikkterapisesjonene og semistrukturerte intervjuer ga datamateriale til analyse som resulterte i tre kategorier: relasjon, regulering og refleksjon.

Studien viser kompleksitet i hvordan *pusterom i musikk* gir støtte til foreldrene. Med bakgrunn i det de mangler eller trenger, bruker de musikk situasjonen til å få positive veksel- og ringvirkninger med foreldresituasjonen. Å være i musikk som noe annet, nytt og for seg selv, gjør en forskjell og skaper intersubjektivitet. Det styrker kontakten med dem selv som subjekt, regulerer stress og gir nye refleksjoner. Ved å bruke musikk situasjonen slik og ikke bare være for barnet og i relasjon, får de et pusterom i musikk og kommer styrket tilbake i relasjonen med ny informasjon. *Pusterom i musikk* skaper en ramme av rituell karakter som styrker foreldrenes evne til å samspille med terapeut, musikk og det utenom-musikalske. Samspillet komponerer musikkopplevelser med lytternes indre kreativitet og restitusjon. Det utvikler komposisjoner av *pusterom i musikk* som gir mening for den enkelte.

Dette gir svar på hvordan musikkterapien gir økologisk støtte på minst to måter:

- De får støtte til noe de trenger i forhold til sin situasjon: trygghet, gode øyeblikk, frihet, fysisk og emosjonell regulering, motivasjon og tålmodighet.
- De får støtte gjennom økologiske prinsipper i musikkterapien hvor flere musikalske og utenom-musikalske handlinger virker gjensidig: Deltakernes egen medvirkning og terapeutens tilrettelegging og tilgjengelighet samvirker med musikken.

7 Referanser

- Anderson, H. & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. I S. McNamee & K. J. Gerge (Red.), *Inquiries in social construction. Therapy as social construction* (s. 25-39). Sage Publications, Inc.
- Ansdell, G. (2013). Foreword: To Music`s Health. I L. O. Bonde, E. Ruud, M. S. Skånland & G. Trondalen (Red.), *Musical Life Stories Narratives on Health Musicking* (6, s. 3-12). CREMAH, Norges musikkhøgskole.
- Ansdell, G. (2014). *How music helps in music therapy and everyday life*. Ashgate Publishing.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind*. Ballantine Books.
- Beck, B. D. (2019). Guided Imagery and Music in Mental Illness and Mental Health Conditions. I D. E. Grocke (Red.), *Guided Imagery and Music: The Bonny Method and Beyond* (2. utg., s. 131-147). Barcelona Publishers.
- Binder, P. E. (2011). *Et oppmerksomt liv*. Fagbokforlaget.
- Binder, P. E., Gjelsvik, B., Hallan, E. & Vøllestad, J. (2014). *Mindfulness i psykologisk behandling*. Universitetsforlaget.
- Bonde, L. O. (2014a). Guided Imagery and Music (GIM). I L. O. Bonde (Red.), *Musikterapi Teori Uddannelse Praksis Forskning. En håndbog om musikterapi i Danmark* (s. 180-186). Forlaget Klim.
- Bonde, L. O. (2014b). Musikterapeutisk musikforståelse. I L. O. Bonde (Red.), *Musikterapi Teori Uddannelse Praksis Forskning. En håndbog om musikterapi i Danmark* (s. 81-88). Forlaget Klim.
- Bonde, L. O. & Beck, B. D. (2019). Imagining nature during music listening. An exploration of the meaning, sharing and therapeutic potential of nature imagery in Guided Imagery and Music. I E. Pfeifer (Red.), *Natur in Psychotherapie und Künstlerischer Therapie* (s.145-168). Psychosozial-Verlag. http://doi.org/10.30820/9783837974409-II_145
- Bruscia, K. E. (2014). *Defining Music Therapy* (3. utg.). Barcelona Publishers.
- Cartwright, N. (2011). A philosopher`s view of the long road from RCTs to effectiveness. *The Art of Medicin*, 377(9775), 1400-1401.
- DeNora, T. (2000). *Music in everyday life*. Cambridge University Press.

- DeNora, T. (2007). Health and music in everyday life –a theory of practice. *Psyke & Logos*, 28 (1), 271-287.
- DeNora, T. (2013). *Music Asylums. Well-being Through Music in Everyday Life*. Ashgate Publishing.
- DeNora, T., & Ansdell, G. (2014). What can't music do? *Psychology of Well-being*, 4(23) <https://doi.org/10.1186/s13612-014-0023-6>
- European Association of Music and Imagery (2020, 6.november). *What is GIM?* EAMI Website. <https://www.music-and-imagery.eu/what-is-gim>.
- Fangen, K. (2004). *Deltakende observasjon*. Fagbokforbundet.
- Fjelkegård, M., Hausswolff-Juhlin, Y. & Olsen, E. M. (2020). Hur påverkar involvering av familjen heldygnshandling av barn och tonåringar med restriktiv ätstörning? En retrospektiv jämförelse av två heldygnshandlingar. *Fokus på familien*, 48(1), 22-31. <https://doi.org/10.18261/issn.0807-7487-2020-01-03>
- Ganci, M. (2020). *Familjebaserad behandling: Handbok för föräldrar vars barn behandlas för anorexia nervosa* (J. Holmgren, Overs.). Studentlitteratur AB. (Opprinnelig utgitt 2016).
- Getz, L., Kirkengen, A. & Ulvestad, E. (2011). Menneskets biologi-mettet med erfaring. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 131(7), 683-687. <https://doi.org/10.4045/tidskr.10.0874>
- Guttu, T. et al. (Red.). (2020, 25.april). *Det norske akademis ordbok*. <https://naob.no/ordbok/foresatt>
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* Cappelen Damm akademisk.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based Interventions in context: Past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.
- Kirkengen, A. L. & Ulvestad, E. (2007). Overlast og kompleks sykdom- et integrert perspektiv. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 127, 3328-3331.
- Kozłowska, K. (2013). Stress, Distress, and Bodytalk: Co-constructing Formulations with Patients who Present with Somatic Symptoms. *Harvard Review of Psychiatry*, 21(6), 314-333. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000008>

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). (T. M. Anderssen, & J. Rygg, Overs.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvello, Ø. (2017, 31.mai). *Selvregulering i et normalutviklingsperspektiv, og som driver til utvikling av psykiske lidelser*. Lysarkpresentasjon. <https://dua.uit.no/wp-content/uploads/2017/06/3-DU%C3%85-Kvello.pdf>
- Kvernbekk, Tone (2005). *Pedagogisk teoridannelse*. Fagbokforlaget.
- Körlin, D. (2019). Music Breathing. I D. E. Grocke (Red.), *Guided Imagery and Music: The Bonny Method and Beyond* (2.utg., s. 497-559). Barcelona Publishers.
- Locke, J. & Le Grande, D. (2013). *Treatment Manual for Anorexia Nervosa: A Family-Based Approach*. Guilford Press.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utg.). Universitetsforlaget AS.
- Mason, B. (1993). Towards positions of safe uncertainty. *Human Systems: The Journal of Systemic Consultation & Management*, 4, 189-200.
- Mason, B. (2019). Re-visiting safe and uncertainty: Six perspectives for clinical practice and the assessment of risk. *Journal of Family Therapy*, 41(4), 1-14.
<https://doi.org/10.1111/1467-6427.12258>
- Matè, G. (2019). *Når kroppen sier nei. Prisen vi betaler for skjult stress* (2. utg.). (C. Jensen, Overs.) Flux Forlag. (Opprinnelig utgitt 2003).
- Noer, M. L. (2015). Breathing Space in Music: Guided Imagery and Music for Adolescents with Eating Disorders in a Family-Focused Program. I D. Grocke & T. Moe (Red.), *Guided Imagery & Music (GIM) and Music Imagery Methods for Individual and Group Therapy* (s. 73-85). Jessica Kingsley Publishers.
- Noranger, D. Ø. & Braarud, H. C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51(7), 530-536. <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2014/07/regulering-som-nokkelbegrep-og-toleransevinduet-som-modell-i-en-ny>
- Næsje, P. (2019, 10. oktober). *Hvorfor må vi involvere familien, det gjør det jo bare mer svært? Men om vi gjør det, på hvilket sett, hva vet vi fra praksis og teori?* [Lysarkpresentasjon]. Fagdag for BUP Østersund, Østersund.

- Regionalt senter for spiseforstyrrelse (u.å.). *Regionalt senter for spiseforstyrrelser. Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, Barne- og ungdomsklinikken* [Brosjyre]. Universitetssykehuset Nord-Norge, Helse Nord.
- Rolvjord, R. (2004). Therapy as Empowerment. Clinical and Political Implications of Empowerment Philosophy in Mental Health Practises of Music Therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*, 13(2), 99-111.
<https://doi.org/10.1080/08098130409478107>
- Ruud, E. (2017). Music, Identity and Health. I R. MacDonald, D. Miell & D. Hargreaves (Red.), *Handbook of Musical Identities*, (s. 589-599). Oxford University Press.
- Ruud, E. (2020). *Toward a Sociology of Music Theray: Music as a Cultural Immunogen*. Barcelona Publishers.
- Saarikallio, S. (2017). Music identity in fostering emotional health. I R. MacDonald, D. Miell & D. Hargreaves, D. (Red.), *Handbook of Musical Identities* (s. 602-617). Oxford University Press.
- Semb-Johansson, A., Hjermand, D. Ø. & Ratikainen, I. I. (2020, 23.juni). Økologi. *Store norske leksikon*. <https://snl.no/%C3%B8kologi>
- Small, C. (1998). *Musicking: The Meaning of of Performing and Listening*. Wesleyan University Press.
- Stern, D. N. (2007). *Her og nå. Øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagsliv*. (T-J. Bielenberg & M. T. Roster, Overs.). Abstrakt forlag AS. (Opprinnelig utgitt 2004).
- Stige, B., & Aarø, L. E. (2012). *Invitation to Community Music Therapy*. Routledge.
- Sundet, R. (2000). Selvopplevelse og samspill som metafor for terapi med ungdom. I A. Johnsen, R. Sundet & W. Torsteinsson (Red.) *Samspill og selvopplevelse* (s. 122-139). Tano-Ascheoug.
- Svartdal, F. & Malt, U. (2019, 13.september). Stress. *Store norske leksikon*.
<https://snl.no/stress>
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Fagbokforlaget.
- Trondalen, G. (2007). Den etiske (ut)fordring i musikkterapiforskning. *Musikkterapi*, 32(1), 32-33.

- Trondalen, G. (2016). *Relational Music Therapy: An Intersubjective Perspective*. Barcelona Publishers.
- Trondalen, G. & Bonde, L. O. (2012). Music Therapy: Models and Interventions. I R. MacDonald, G. Kreutz & L. Mitchell (Red.), *Music, Health and Wellbeing* (s. 40-62). Oxford University Press.
- Tønnesson, Ø. & Svartdal, F. (2019, 13.juli). Ungdom. *Store medisinske leksikon*.
<https://sml.snl.no/ungdom>
- Wufong, E., Rhodes, P. & Conti, J. (2019, Februar 12). “We don’t really know what else we can do”: Parent experiences when adolescent distress persists after the Maudsley and family-based therapies for anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 7(5).
<https://doi.org/10.1186/s40337-019-0235-5>
- Wärje, M. & Bonde, L. O. (2014). Music as a co-therapist: Towards a taxonomy of music in therapeutic and imagery work. *Music and Medicine: An Interdisciplinary Journal*, 6(2), 16-27.
- Yalom, I. D. (2009). *Terapiens gave* (V. H. Føllesdal, Overs.). Pax Forlag. (Opprinnelig utgitt 2001).

8 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1: Vurdering fra REK



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst	Henriette Snilsberg	22845531	██████████	██████████
			Deres dato:	REK sør-øst B
			██████████	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Even Ruud

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

██████████ Pusterom i musikk for foreldre. Foreldrenes erfaringer med musikkterapi når barnet er innlagt på sykehus med spiseforstyrrelse.

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst B) i møtet ██████████. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

Forskningsansvarlig: Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Prosjektleder: Even Ruud

Prosjektleders prosjektbeskrivelse

Studien har som formål å få ny kunnskap om hvordan foreldrene opplever å selv få musikkterapi når barnet er innlagt på sykehus med spiseforstyrrelse. Med systemisk forståelse av sykdom og tilfriskning fokuserer behandling på foreldrenes rolle og bidrag og aktualiserer hvordan sette foreldre i stand til å hjelpe sine barn. Hvordan kan et «pusterom i musikk» støtte det å være forelder og nærmeste hjelper til barn innlagt på sykehus med spiseforstyrrelse? Hvordan kan det gi språk til selvopplevelser og samspill og støtte egen regulering og stresshåndtering? Hva er det som påvirker foreldrenes opplevelse av familiens resiliens og ressurser? Studiet bygger på fortolkning, hermeneutikk og erfaring, fenomenologi gjennom to kvalitative metoder; semi-strukturert intervju og observasjon. Data vil være lydopptak og notater fra samtale i intervju og musikkterapi. Innsamling av data planlegges å starte ██████████ og analyse publiseres tidligst på Norges musikkhøgskole sin database, ██████████

Komiteens vurdering

Hensikten med prosjektet oppgis å være at man skal undersøke foreldres erfaringer med musikkterapi som man gir som en form for oppmerksomhet eller avslapning.

Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning, definert som forskning på mennesker, humant biologisk materiale og helseopplysninger, som har som formål å frambringe ny kunnskap om helse og sykdom, jf. helseforskningsloven §§ 2 og 4a.

Formålet er avgjørende, ikke om forskningen utføres av helsepersonell eller på pasienter eller benytter helseopplysninger.

Komiteen anser dermed at prosjektet ikke omfattes av helseforskningslovens virkeområde. Det kreves ingen forhåndsgodkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet.

Prosjekter som faller utenfor helseforskningslovens virkeområde kan gjennomføres uten godkjenning av REK. Det er institusjonens ansvar på å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern.

Besøksadresse:
Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22845511
E-post: post@helseforskning.etikkom.no
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i
saksbehandlingen, bes adressert til REK the Regional Ethics Committee, REK
sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to
the Regional Ethics Committee, REK
sør-øst, not to individual staff

Vedtak

Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som medisinsk eller helsefaglig forskning, og det faller derfor utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. §§ 2 og 4 bokstav a.

Klageadgang

REKs vedtak kan påklages, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst B. Klagefristen er [REDACTED]. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst B, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Til informasjon bytter REK søknadsportal i sommer. Den nye portalen vil være klar i august. Se våre [hjemmesider](#) under «Aktuelle meldinger» for oppdatert informasjon.

Med vennlig hilsen

Ragnhild Emblem Professor,
dr. med. leder REK sør-øst B

Henriette Snilsberg
komitésekretær

Kopi til: borge.idar.mathiassen@unn.no

Universitetssykehuset Nord-Norge ved øverste administrative ledelse: post@unn.no

8.2 Vedlegg 2: Godkjenning fra PVO



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCEVIESSU



Børge Mathiassen

Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling

Deres ref.:

Vår ref.:

Saksbehandler/dir.tlf.:

Dato:

Kristin Andersen/77626506

ANBEFALING – BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Det vises til Meldeskjema for forsknings- og kvalitetsprosjekt og annen aktivitet som medfører behandling av personopplysninger mottatt [REDACTED] og senere avklaringer.

Meldingen gjelder prosjektet:

Nr. 02335

Navn på prosjektet: *Pusterom i musikk for foreldre. Foreldrenes erfaringer med musikkterapi når barnet er innlagt på sykehus med spiseforstyrrelse*

Prosjektet er et **kvalitetsprosjekt** som gjennomføres som en studentoppgave hvor Universitetssykehuset Nord-Norge HF er dataansvarlig. Prosjektet er samtykkebasert.

Formål: «Studiet har som formål å få ny kunnskap om hvordan foreldrene selv opplever å få musikkterapi når barnet er innlagt på sykehus med spiseforstyrrelse. Med systematisk forståelse av sykdom og tilfriskning fokuserer behandling på foreldrenes rolle og bidra og aktualiserer hvordan sette foreldrene i stand til å hjelpe sine barn. Hvordan kan et "pusterom i musikk" støtte det å være forelder og nærmeste hjelper til barn innlagt på sykehus med spiseforstyrrelse? hvordan kan det gi språk til selvpplevelser og samspill og støtte egen regulering og stresshåndtering?»

Hva er det som påvirker foreldrenes opplevelse av familiens resiliens og ressurser? Studiet bygger på en fortolkning, hermeneutikk og erfaring, fenomenologi gjennom to kvalitative metoder; semistrukturert intervju og observasjon. Data vil være lydopptak og notater fra samtale i intervju og musikkterapi. Innsamling av data planlegges å starte [REDACTED] og analyse publiseres tidligst på Norges Musikkhøgskole sin database, [REDACTED]»

Personvernombudet (PVO) har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysningene har hjemmel i Personvernforordningen artikkel 6.1.a), artikkel 9.2.a) og h) og artikkel 9.3. Nasjonalt rettsgrunnlag er pasientjournalloven § 6 andre ledd og helsepersonelloven § 26.

PVO forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med de opplysningene som er gitt, samt i henhold til Personopplysningsloven og Helseregisterloven med forskrifter. Videre forutsettes det at data anonymiseres etter prosjektavslutning ved at kodelista slettes.

PVO har på bakgrunn av tilsendte meldeskjema med vedlegg registrert prosjektet og opprettet et eget område (mappe) på `\\hn.helsenord.no\UNN-avdelinger\Forskning (O:\)` med navn **02235** hvor all data i forbindelse med prosjektet skal lagres.

I tillegg er det opprettet et område på `\\hn.helsenord.no\UNN-avdelinger\Forskning\Key` med navn **02335N** hvor nøkkelfil skal oppbevares. Tilgang til dette området er begrenset til kun å omfatte prosjektleder og den/de som prosjektleder oppgir. PVO vil ha tilgang til området.

PVO gjør oppmerksom på at dersom registeret (data lagret på O:) skal brukes til annet formål enn det som er nevnt i meldingen, må dette meldes særskilt.

PVO skal ha melding når registeret er slettet. PVO skal ha melding hvert 3. år inntil registeret er slettet.

Med hjemmel i Personvernforordningens artikkel 39, anbefaler PVO at behandlingen kan iverksettes.

Med vennlig hilsen

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF

For Personvernombudet

Kristin Andersen

Kopi: Klinikksjef Elin Gullhav

8.3 Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeskjema til foreldre

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

PUSTEROM I MUSIKK FOR FORELDRE

Foreldrenes erfaring med musikkterapi når deres barn er innlagt på sykehus med spiseforstyrrelse

BAKGRUNN OG HENSIKT

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie som ønsker å undersøke foreldres opplevelse med musikkterapi når barnet er innlagt på sykehus med spiseforstyrrelse. Musikkterapi gis til foreldre i gruppe form av ledet avspenning og opplevelsesreiser under musikklytting. Du er som forelder ikke selv innlagt som pasient, men forstås som del av et familiesystem hvor sykdom forekommer. Behandling og tilfriskning hos barnet fokuserer i stor grad på din rolle og ditt bidrag. Vi ønsker i studien å undersøke om musikkterapi kan fremme helse, styrke din kapasitet og være ivaretagende for deg som forelder.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Som deltaker sier du ja til å delta på minimum 4 sesjoner «Pusterom i musikk for foreldre» og i etterkant blir du bedt om å gi et intervju (ca. 45-60 min).

I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg og barnet ditt fra barnets pasientjournal. Det vil være opplysninger om dere begge; navn, alder, kjønn og følgende opplysninger om barnet ditt; diagnose, vekt, aktuell behandling og innleggelsesforløp.

Vi ønsker å ta lydopptak av intervjuet og av siste del av musikkseksjonene, det vil si samtalen etter musikklyttingen. I tillegg tar musikkterapeuten notater under musikkseksjonene. Utvalgte og anonymiserte notater kan bli brukt i formidlingen av prosjektet.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Det er ikke noen kjent eller forventet ulempe med bruk av musikkterapi. Mulige fordeler kan være at du får en pause fra det som kreves av deg i behandlingen hvor du kan slappe av, oppdage ressurser og få gode opplevelser under musikken. Det kan også hende du blir mer bevisst på hva du trenger for å ta vare på seg selv og være en god forelder og hjelper for barnet ditt.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre

opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Marte Lie Noer, tlf.45632571 og epost: marte.lie.noer@unn.no eller Even Ruud, tlf. 91388160 og epost: even.ruud@imv.uio.no .

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenning opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun prosjektleder, Even Ruud og prosjektmedarbeider, Marte Lie Noer som har tilgang til denne listen.

Opplysningene om deg vil bli anonymisert eller slettet etter prosjektslutt.

FORSIKRING

Forskningsstudiet omfattes av NPE-ordningen (Norsk Pasientskadeerstatning).

GODKJENNING

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har vurdert prosjektet, og har gitt forhåndsgodkjenning saksnr. hos REK 2019/30.04

Etter ny personopplysningslov har dataansvarlig, UNN HF og prosjektleder, Even Ruud et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1a og artikkel 9 nr. 2a og ditt samtykke. Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med Marte Lie Noer på tlf. 45632571 og epost: marte.lie.noer@unn.no eller Even Ruud, tlf. 91388160 og epost: even.ruud@imv.uio.no .

Personvernombud ved Universitetssykehuset Nord-Norge er Per Bruvold, epost: personvernombudet@unn.no.

JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE OG BARNET MITT SINE
PERSONOPPLYSNINGER BRUKES SLIK DET ER BESKREVET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

Sted og dato

Signatur

Medarbeider i prosjektet

8.4 Vedlegg 4: Informasjonsskriv og samtykkeskjema til barn fra 12-18år

INFORMASJONSSKRIV OG SAMTYKKESKJEMA TIL BARN FRA 12-18ÅR

PUSTEROM I MUSIKK FOR FORELDRE

Foreldrenes erfaring med musikkterapi når barnet er innlagt på sykehus med spiseforstyrrelse

BAKGRUNN OG HENSIKT

Dine foreldre er blitt spurt om å delta i en forskningsstudie hvor de får musikkterapi i form av ledet avspenning, og opplevelsesreiser under musikklytting. Studien ønsker å undersøke hvordan foreldrene til barn innlagt sykehus opplever å få musikkterapi.

HVA INNEBÆRER STUDIEN?

Studien innebærer at foreldrene din vil delta på «Pusterom i musikk for foreldre» og i etterkant blir bedt om å gi et intervju (ca. 45-60 min).

I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg og dine foreldre fra pasientjournalen din. Det vil være følgende opplysninger om dere begge; navn, alder, fødselsdato, kjønn og følgende opplysninger om deg; diagnose, vekt, aktuell behandling og innleggelsesforløp.

Vi ønsker å ta lydopptak av intervjuet og de siste 10 min av hvert «Pusterom i musikk». I tillegg tar musikkterapeuten notater. Utvalgte og anonymiserte notater kan bli brukt i formidlingen av prosjektet.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Det er ikke noen kjent eller forventet risiko med bruk av musikkterapi. Mulige fordeler kan være at foreldrene dine får en pause fra det som kreves av dem i behandlingen hvor de kan slappe av, oppdage ressurser og få gode opplevelser under musikken. Det kan også hende de blir mer bevisst på hva de trenger for å ta vare på seg selv og være en god forelder for deg.

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenning opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun prosjektleder, Even Ruud og prosjektmedarbeider, Marte Lie Noer som har tilgang til denne listen.

Opplysningene om deg vil bli anonymisert eller slettet etter prosjektslutt. Hvis du lurer på noe mer, kan du spørre foreldrene dine og musikkterapeut Marte Lie Noer, tlf. 45632571, epost: marte.lie.noer@unn.no

FORSIKRING

Forskningsstudiet omfattes av NPE-ordningen (Norsk Pasientskadeerstatning).

DELTAKELSE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Foreldrene dine kan når som helst trekke seg uten å oppgi grunn. Dersom du samtykker at foreldrene dine kan delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Marte Lie Noer, tlf.45632571 og epost: marte.lie.noer@unn.no eller Even Ruud, tlf. 91388160 og epost: even.ruud@imv.uio.no .

JEG SAMTYKKER TIL AT FORELDRENE MINE KAN DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE OG MINE FORELDRE SINE BARNET PERSONOPPLYSNINGER BRUKES SLIK DET ER BESKREVET

Sted og dato

Deltakers barns signatur

Deltakers barns navn med trykte bokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

Sted og dato

Signatur

Medarbeider i prosjektet

8.5 Vedlegg 5: Intervjuguide

Semi- strukturert intervju

Målet med intervjuet, er å få foreldrene til å formidle sine erfaringer for å søke svar på problemstillingen i prosjektet:

- Hvordan kan et «pusterom i musikk» støtte det å være forelder og nærmeste hjelper til barn innlagt på sykehus med spiseforstyrrelse?

Andre aktuelle forskningsspørsmål er:

- Hvordan kan et «pusterom i musikk» gi språk til selvpplevelser og samspill og støtte egen regulering og stresshåndtering?
- Hva kan påvirke foreldrenes opplevelse av familiens ressurser?

Intervjuet vil struktureres ved å bevege seg mellom fire typer spørsmål som kan utdypes:

1. Spørsmål til erfaringen: Kan du fortelle meg om....., hvordan opplevde du.....?
2. Spørsmål om mening: Hva betyrfor deg, hva legger du i....?
3. Spørsmål rettet mot identiteten: Hva sier..... om deg, harpåvirket hvordan du ser på deg selv og hva du har behov for?
4. Evalueringsspørsmål: Hvordan var ... for deg? Hvordan bidro «pusterom i musikk»? Er det noe som du tenker kunne vært annerledes?

Temaområder:

1. Deltakelse i «pusterom i musikk»:
 - Hvordan opplevde du det å være med på «pusterom i musikk»?
2. Foreldrerollen:
 - Kan du fortelle meg om hvordan det var å være forelder til...på avdelingen?
3. Utfordringer, ressurser og behov i situasjonen
 - Hvordan hadde du det selv når du fulgte opp barnet ditt på avdelingen?
 - Kan du gi meg tre stikkord?
4. Indre forestillingsbilder og fortellinger:
 - Etter musikklyttingen i «pusterom i musikk» delte du og de andre foreldrene noe av det dere hadde opplevd underveis av hva som dukket opp av indre bilder, situasjoner, tanker og følelser. Er det noe du husker spesielt du kan fortelle om?
5. Oppsummering:
 - Er det noe mer du vil legge til som du ikke har fått sagt?

- Nå i ettertid, er det noe du tenker kunne vært annerledes i «pusterom i musikk»? Hva tror du det kunne ført til for deg, for deg i relasjon til barnet ditt, for deg og partneren din, for deg i relasjon til de andre foreldrene og for de andre foreldrene?