

# ”Tonen kom som en gave”

En kvalitativ studie av 5 kvinners opplevelse av å bruke stemmen aktivt under fødsel

Våren 2010

Masteroppgave i musikkterapi

Hanne Sønneve Wigen Thygesen



**NORGESMUSIKKHØGSKOLE**  
Norwegian Academy of Music

# FORORD

En lang prosess nærmer seg slutten. Det har vært en interessant, men utfordrende prosess.

Oppløpet til oppgaven har vært parallelt med NRK sin programserie "Hjernevask" med Harald Eia. Mye kan sies om serien på godt og vondt. Det jeg ikke skjønner, er polemiseringen mellom biologiske faktorer og miljøfaktorer. Fødsel, som en avgrenset livsopplevelse, viser et intimt samspill mellom biologiske, kulturelle og psykologiske forhold. Det finnes intet enten eller, her finnes både/og, og det perspektivet leder ut i noe som er ennå større i vår menneskelige erfaring. Både/og forsterker hverandre gjensidig. Bevissthet rundt dette, kan kanskje hjelpe kvinner i framtiden til både å hente de enorme ressurser som hver kvinne innehar, samtidig som man kan ta i bruk det beste fra medisinsk hold der dette er nødvendig.

Tusen takk til alle mine informanter. Dere har kommet til meg som perler på en snor og delt deres personlige fødselshistorier på en fantastisk måte. Jeg håper dere får en opplevelse av at jeg har behandlet deres historier og erfaringer med respekt.

Jeg vil også takke alle kvinner, som har sett måpende og gledesfylt på meg, når jeg har fortalt om prosjektet mitt; dere har vist meg at jeg har vært på rett vei!

Jeg vil takke Karen Margrethe Sæbø og Audun Myskja for støtte.

Jeg vil takke min veileder Gro Trondalen, som tidlig i prosessen sa at hun ville hjelpe meg til jeg var ferdig, uansett hvor lang tid det tok.

Jeg vil også takke stemmen for den glede og klokskap som kan uttrykke seg gjennom den, og hvordan den kan være en veileder til fordypning i min menneskelige erfaring.

Familien min har vært støttende og tålmodig, og reist bort i innspurten av oppgaven. Uten barna mine hadde ikke denne oppgaven vært mulig. Erfaringene vi har gjort sammen, med til sammen fire fødsler, har vært en avgjørende inspirasjon for valg av tema.

Vestfossen 14. Mai 2010

Hanne Sønneve Wigen Thygesen

# Innholdsfortegnelse

<b>FORORD</b> .....	<b>1</b>
<b>INNHOLDSFORTEGNELSE</b> .....	<b>2</b>
<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>5</b>
1.1. INTRODUKSJON .....	5
1.2. PROBLEMSTILLING .....	6
1.3. OPPGAVENS STRUKTUR .....	7
1.4. MUSIKKTERAPI OG FAGLIG IDENTITET .....	7
1.5. TILGRESENDE UNDERSØKELSER OG METODER .....	9
1.5.1. <i>Aktiv stemmebruk under fødsel</i> .....	9
1.5.2. <i>Lytting til musikk under fødsel</i> .....	9
1.5.3. <i>Bruk av lyd som smertelindring</i> .....	10
1.6. AVGRENSNING AV TEMA OG KILDER .....	10
<b>2. METODE</b> .....	<b>12</b>
2.1. VITENSKAPSTEORETISK FORANKRING .....	12
2.2. KVALITATIVT FORSKNINGSINTERVJU .....	14
2.3. UTVALG AV INFORMANTER .....	15
2.4. PROSEDYRE FOR BEHANDLING AV EMPIRI .....	16
2.5. LITTERATURSTUDIER .....	17
2.6. FORFORSTÅELSE OG SPRÅKLIGE DILEMMAER .....	18
<b>3. TEORI</b> .....	<b>19</b>
3.1. FØDSEL .....	19
3.1.1. <i>Fødsel før og nå</i> .....	19
3.1.2. <i>Andre kulturer og fødsel</i> .....	21
3.2. HVA ER OPPLEVELSE? .....	22
3.3. AKTIV STEMMEBRUK .....	22
3.3.1. <i>Hva er aktiv stemmebruk?</i> .....	22
3.3.2. <i>Stemmen, om uttrykk og muligheter</i> .....	22
3.3.3. <i>Hva kan skje i kroppen når man bruker stemmen?</i> .....	25
3.4. KROPP OG BEVISSTHET .....	28
3.4.1. <i>Filosofiske perspektiver på kropp og bevissthet</i> .....	28
3.4.2. <i>Kroppsterapeutiske perspektiver på kropp og bevissthet</i> .....	29
3.4.3. <i>Musikkterapeutisk fokus på kropp og bevissthet</i> .....	30
3.5. HVA ER SMERTE, OG HVA PÅVIRKER OPPLEVELSEN AV SMERTE. ....	31

3.5.1. Definisjon på smerte.....	31
3.5.2. Teorier om smerte .....	32
3.5.3. Portkontrollteorien til Melzack og Wall .....	32
3.5.4. Nyere forskning og teori om smerte .....	33
3.5.5. Melzack sin teori om nevromatrisen .....	34
3.5.6. Hva kjennetegner smerte knyttet til fødsel .....	35
3.6. POSITIV PSYKOLOGI.....	36
3.6.1. Teori om selvstyrthet .....	37
3.6.2. Mestringsteorier og "self-efficacy" .....	37
3.6.3. Empowerment.....	39
3.6.4. Salutogenese.....	40
<b>4. INFORMANTENES OPPLEVELSER.....</b>	<b>41</b>
4.1. SYV ULIKE FØDSLER .....	41
4.2. "TONEN KOM BARE SOM EN GAVE" .....	42
4.3. "DET VAR LIKSOM SOM EN SANG FRA DYPET...." .....	43
4.4. "PUST OG STEMME DANNET EN OPPLEVELSE AV HELHET" .....	44
4.5. "JEG LAGDE MIN EGEN HULE PÅ EN MÅTE" .....	44
4.6. "TONEN BAR MEG GJENNOM SMERTEN." .....	46
4.7. "JEG FIKK EN OPPLEVELSE AV Å MESTRE SMERTENE" .....	47
4.8. OPPSUMMERING AV RESULTATENE I UNDERSØKELSEN .....	48
<b>5. DRØFTING .....</b>	<b>49</b>
5.1. INSPIRASJON OG STEMMEKVALITET .....	49
5.2. OPPLEVELSE AV KROPPSLIG FORANKRING OG NÆRVÆR.....	51
5.3. OPPLEVELSE AV TRYGGHET .....	52
5.3.1. <i>Opplevelse av endret bevissthetstilstand</i> .....	54
5.4. OPPLEVELSE AV SMERTE .....	55
5.4.1. <i>Fysiologiske og nevrologiske forhold som påvirker smerteopplevelsen</i> .....	55
5.4.2. <i>Påvirkning av det endokrine system; hormonutskillelse</i> .....	56
5.4.3. <i>Psykologiske forhold som påvirker opplevelsen av smerte</i> .....	56
5.5. OPPLEVELSE AV MESTRING .....	57
5.5.1. <i>Fødselopplevelsen sett i lys av teori om selvstyrthet</i> .....	58
5.5.2. <i>Fødselopplevelsen sett i lys av mestringsteori og "self-efficacy"</i> .....	59
5.5.3. <i>Fødselopplevelsen sett i lys av empowermentfilosofi</i> .....	59
5.5.4. <i>Fødselopplevelsen sett i lys av salutogenese</i> .....	60
5.6. OPPSUMMERENDE DRØFTING .....	61
5.6.1. <i>Mulige utfordringer knyttet til aktiv stemmebruk som smertelindring</i> .....	62
5.6.2. <i>Aktiv stemmebruk under fødsel; musikkterapi?</i> .....	63

5.6.3. Aktiv stemmebruk under fødsel og musikkterapi som et humanistisk prosjekt .....	65
5.6.4. Veien videre .....	69
<b>OPPSUMMERING .....</b>	<b>71</b>
<b>LITTERATUR OG KILDER .....</b>	<b>73</b>
BØKER OG TIDSSKRIFTARTIKLER .....	73
E-JOURNAL: .....	77
WEBSIDER:.....	77
<i>Vedlegg 1: Kvittering på melding om behandling av personopplysninger NSD .....</i>	<i>79</i>
<i>Vedlegg 2: Intervjumanual .....</i>	<i>81</i>
<i>Vedlegg 3: Informert samtykke.....</i>	<i>82</i>
<i>Vedlegg 4: Forslag til fødselsforberedende aktiviteter med fokus på aktiv stemmebruk og kroppsbevissthet.....</i>	<i>83</i>

# 1. INNLEDNING

## 1.1. Introduksjon

Da jeg skulle føde mitt fjerde barn, hadde jeg bestemt meg for å bruke stemmen aktivt under fødselen. Jeg hadde blitt inspirert av en venninne som intuitivt hadde brukt stemmen da hun fødte sitt barn. Følgende er et erindringsnotat fra fødselen av mitt 4. barn:

Fødselen var i gang, og etter hvert som smertene økte under riene, merket jeg angsten komme; angst for smerten. Da begynte mannen min å synge en indiansk hymne. Da riene økte på i styrke, fortsatte jeg å synge den indianske hymnen med kraftig stemme. Det var som om jeg møtte smerten med stemmen min. Sangen var sterkt preget av smerteopplevelsen, den var kraftig, rå og ærlig. Slik fortsatte jeg da riene kom. På et tidspunkt merket jeg at jeg var sliten, og at jeg hadde lyst til å hvile. Midt i en rie sluttet jeg å synge. Da skjedde det forunderlige; min opplevelse av smerte økte kraftig. Smerten ble så sterk, at jeg umiddelbart begynte å synge igjen. Slik fortsatte jeg å synge, tross at jeg var sliten, helt til min datter var født. Det var helt fantastisk. Det var slitsomt, men jeg sang min datter til verden. Jeg følte meg stolt og glad.

Denne opplevelsen gjorde sterkt inntrykk på meg. Jeg undret meg hvorfor det å synge påvirket opplevelsen av smerte og opplevelsen av fødselen som helhet. Jordmor hadde ingen erfaring knyttet til det å bruke stemmen aktivt under fødsel, og hun var undrende til den effekt jeg hevdet stemmebruken hadde på opplevelsen av smerte. Min erfaring var at stemmebruk som smertelindring virket minst like bra som lystgass, dog uten negative bivirkninger. I tillegg påvirket aktiv stemmebruk under fødselen totalopplevelsen, en opplevelse av mestring, glede og tilstedeværelse.

Astrid Lindgren (1981:7) omtaler det å synge under fødselen i sin uforglemmelige bok om Ronja Røverdatter. Sitatet omhandler hendelser den natten Ronja blir født:

”Skrem vekk villvettene, så her blir stille. Ellers hører jeg ikke hva jeg synger.” Det var nemlig slik at Lovis sang mens hun fødte barn. Det gikk lettere da, mente hun, og ungen ville nok bli muntre av seg om den kom til verden med sang.

Siden både min venninne og jeg hadde så positiv erfaring knyttet til å bruke stemmen under fødsel, samt at det litterært er omtalt som ovenfor, gjorde meg nysgjerrig; jeg ønsket å finne ut om det var flere som hadde liknende erfaringer.

Mange mennesker har brukt musikk og lyd i ulike livssituasjoner på en måte som har hjulpet de til å mestre livsutfordringer.

Kvinneres kunnskap knyttet til fødsel tilegnes gjennom egen erfaring, litteratur skrevet om emnet, og de fortellingene vi kvinner forteller til hverandre angående egne erfaringer knyttet til fødselsopplevelsen. Positive erfaringer som ikke er nedskrevet i vår tids forskningsmessige rammer, blir fragmenter som mer tilfeldig blir delt med personer i det enkelte menneskets omgangskrets. Ny kunnskap om kvinners opplevelse knyttet til fødsel, må systematiseres for at det skal få betydning for allmennheten, og dermed kunne ha påvirkning i det enkelte menneskets liv. Hvis det er slik at aktiv stemmebruk faktisk kan være et positivt verktøy for kvinner under fødselsprosessen, synes jeg det er viktig å dokumentere dette. For å få stilnet min nysgjerrighet, har jeg valgt å fokusere på dette i min masteroppgave i musikkterapi.

## **1.2. Problemstilling**

Tema for denne oppgaven er aktiv bruk av stemme i fødselsarbeidet. Jeg ønsket å finne ut på hvilken måte stemmearbeidet har vært en del av fødselsopplevelsen for mødrene. Videre har jeg vært nysgjerrig på hvordan fødselsopplevelsen har blitt farget av et slikt stemmearbeid. Siden jeg selv har en positiv erfaring knyttet til å bruke stemmen under fødsel, ønsket jeg å kartlegge hvorvidt kvinnene i undersøkelsen hadde noen likhetstrekk i sine erfaringer. I tilfelle, hva dreide dette seg om, og var det mulig å trekke noen linjer som kan hjelpe andre kvinner som skal føde. For å beskrive dette, trengte jeg en deskriptiv problemstilling som gav rom for å se likheter og forskjeller i erfaringer.

Gjennom intervjuene, fokus på teoretisk materiale knyttet til smerteforskning og smertelindring, samt fokus på stemmens iboende ressurser, har problemstillingen endret seg fra å være smertefokusert til å bli opplevelsesfokusert. Jeg ønsket etter hvert å utforske hvordan aktiv bruk av stemmen under fødsel, påvirket totalopplevelsen som den fødende hadde. Dette har gitt følgende hoved- og underproblemstilling:

### **Hovedproblemstilling:**

*På hvilken måte har aktiv stemmebruk farget fødselsopplevelsen for 5 kvinner?*

### **Underproblemstilling:**

*Kan aktiv stemmebruk redusere opplevelsen av smerte for den fødende kvinnen?*

### **1.3. Oppgavens struktur**

Å skrive en oppgave med det omfang som denne har, krever en struktur. Underveis i prosessen har jeg erfart hvordan strukturen har hjulpet meg til å forvalte min opprinnelige ide på en konstruktiv måte. Jeg har blitt klar over at bearbeidet struktur ikke er en tvangstrøye, men heller et nødvendig skjelett i skriveprosessen og teksten som sådan.

I første kapittel har jeg beskrevet bakgrunn for valg av tema og den problemstilling som utviklet seg fra det. I det kapittelet var det også naturlig å belyse problemstillingen med å referere til liknende undersøkelser.

For å gjennomføre en studie som dette, kreves en bevissthet i forhold til valg av metode i et vitenskapsteoretisk perspektiv. Utfra valgt perspektiv har jeg beskrevet på hvilken måte det har påvirket gjennomføring av studien på et praktisk metodisk plan; intervjuform, utvalg, bearbeiding av resultater, litteratursøk med mer.

Resultatene som kommer fram i undersøkelsen, har liten verdi i en vitenskaplig sammenheng hvis de ikke settes inn i en større teoretisk ramme. Denne teoretiske rammen er beskrevet i kapittel tre, med hovedfokus på fødsel, aktiv stemmebruk, smerte og psykologiske forhold av betydning.

I kapittel fire legger jeg fram resultatene av undersøkelsen, både med en oversikt over hver enkelt fødsel, og felleserfaringer kvinnene har gjort. I kapittel fem drøfter kvinnenes erfaringer opp mot utvalgt teori, samt diskuterer aktiv stemmebruk under fødsel i et musikkterapeutisk perspektiv. Avslutningvis har jeg tatt for meg hvilken betydning disse funnene kan ha for fremtiden, og ideer til hva som kan gjøres for å arbeide videre.

### **1.4. Musikkterapi og faglig identitet**

Musikkterapi er et tverrfaglig fag; faget henter sin teoretiske forankring fra ulike fagdisipliner. Musikkterapi har også et multidimensjonalt nedslagsfelt: det jobber musikkterapeuter innen mange ulike fagområder som f.eks helsevesen og skole. Stige (2008) skriver i sin artikkel ”Musikkterapiforskning- mellom praksis og academia”, om hvordan musikkterapi kan identifiseres som et møte mellom humaniora og helsefag. Videre diskuterer han med referanse til Smedby (ibid.) om faget har preg av interdisiplinaritet, det vil si at ulike begrep, metoder og teorier fra ulike fagfelt blir utvekslet mellom ulike fagfelt, og hvordan et nytt fagfelt vokser fram. Dette nye fagfeltet kan være musikkterapi. Stige diskuterer musikkterapifaget som et fag med hybrid identitet. Hybrid identitet innebærer å forholde seg til den komplekse



virkelighet som musikkterapiforskningen er en del av, med de retningslinjer og kritiske forholdsregler som det innebærer. Videre peker Stige på at den hybride identiteten innebærer et kreativt moment i retning av noe nytt.

I arbeid med denne studien, har Stiges betraktninger utfelt seg som en realitet. Aktivt stemmearbeid utfordrer musikkterapi i forhold til definisjon på hva som kan defineres som musikk innen fagfeltet, og hvilke faktorer som må være tilstede for å kalle noe musikkterapi. Studien peker fram mot et mulig nytt praksisfelt innen musikkterapi som helsefag (jf. Bruscia 1998).

Tradisjonelt er musikkterapeuters arbeid preget av bruk av musikk og musikalske virkemidler sammen med mennesker for å endre deres livsverden. Ruud (1990:24) definerer musikkterapi som ” bruk av musikk til å gi mennesker nye handlemuligheter”.

Å undersøke den subjektive opplevelsen av å bruke stemmen aktivt under fødsel, er et tema som som ligger i skjæringspunktet mellom obsterikk, psykologi og musikkterapi.

Fødsel og smertelindring er i vår del av verden en del av blant annet jordmødrene og anestesilegenes fagområde, sannsynligvis langt fra en musikkterapeuts virkelighet. Jeg som musikkterapeut uten helsefaglig bakgrunn, har manglet grunnleggende kunnskap om kroppens fysiologi knyttet til komplekse prosesser som skjer under fødsel knyttet til smerte, hormoner og liknende. Jeg har forsøkt å forstå noe av fødselen og smertens komplekse fysiologi, for å prøve å forstå det som mine informanter har beskrevet for meg.

Kvinner som har psykiske traumer knyttet til fødsel, f.eks angst for å føde, blir henvist til psykolog for psykoterapeutisk behandling. Som musikkterapeut er jeg opptatt av hva som kan bidra til å skape en opplevelse av trygghet for den enkelte.

Å lære å synge har tradisjonelt vært sangpedagogenes domene. Denne formen for stemmearbeid som blir beskrevet i denne oppgaven, handler lite om å lære å bruke stemmen til et kunstnerisk uttrykk. Ut fra min forståelse om aktiv stemmebruk som verktøy, handler det mer om hvordan stemmen kan være en brobygger mellom kropp og sinn. Dette feltet utdypes i avsnittet om aktiv stemmebruk i kp.3. Jeg har gjennom mange år jobbet på ulike måter for å utforske og utvikle min egen stemme og mitt kroppslige nærvær, som har vært med å gi inspirasjon til denne oppgaven.

I denne oppgaven vil jeg dermed forsøke å belyse og utforske de subjektive opplevelsene knyttet til det å bruke stemmen aktivt under fødsel både i et biologisk/medisinsk, psykologisk og musikkterapeutisk perspektiv; et interdisiplinært perspektiv.

## **1.5. Tilgrensende undersøkelser og metoder**

Jeg har ikke funnet forskning som forholder seg til ”aktiv stemmebruk” i forhold til fødsel. Jeg har søkt litteratur innenfor vår vestlige verden på norsk og engelsk. Påfølgende avsnitt tar derfor for seg stemmerelatert forskning og arbeid, lytting til musikk i forhold til fødsel, og vibrasjonsterapi (VAT) i forhold til smertelindring.

### **1.5.1. Aktiv stemmebruk under fødsel**

Å bruke stemmen aktivt under fødsel er bruk av musikalske virkemidler som selvregulering av kroppslige prosesser. Stemmebruk på denne måten er i hovedsak beskrevet i forhold til stemmeterapi og healing (Bruscia 1998), samt psykoterapeutisk arbeid ved hjelp av stemme (Austin 2009; Storm 2007). Aktiv stemmebruk i forbindelse med fødsel har jeg ikke funnet beskrevet i musikkterapeutisk litteratur.

Imidlertid har den franske forskeren Reznikoff (1994) samarbeidet med fødselsleger. Han beskriver hvilken positiv effekt aktiv stemmearbeid under fødsel har, og hans samarbeidspartnere mener at stemmearbeid er det beste verktøy en kvinne kan ha under fødsel. Musikkterapeut og psykolog Unni Johns (2009) har lært kvinner med angst for å føde å synge under fødsel. Johns sine klienter har meldt om positive erfaringer knyttet til å synge under fødsel. Jordmor Moland (2010) beskriver i sin anbefaling til gravide, at man naturlig vil lage lyd på utpust når man puster rolig under fødsel.

### **1.5.2. Lytting til musikk under fødsel**

Det er beskrevet aktiv bruk av lytting til musikk under fødsel i flere undersøkelser. Bruscia (1998) beskriver musikklytting under fødsel som en form for medisinsk musikkterapi. ”Music therapy assisted childbirth” er en gren av musikkterapien hvor man har brukt musikklytting som smertelindrende tiltak. Caryl Ann Browning (2000) i Canada har i sin forskning fulgt 11 kvinner under svangerskap og fødsel, hvor kvinnene har valgt musikk som de foretrekker, og lyttet fokusert til denne musikken under svangerskap og fødsel. Hun konkluderer med at kvinnene hadde stor nytte av å lytte til musikk som mestringsstrategi under fødsel, og at musikken opplevdes som en distraksjon vekk fra smerten. Tidligere begrunnelser for hvorfor det å lytte til musikk har smertelindrende effekt under fødsel, er blant annet musikkens evne til å kunne redusere angsttilstander, øke tilstedeværelsen hos den fødende, distraherende effekt i forhold til smerte, den kan støtte effektive pustemønstre og kan gi den fødende opplevelse av støtte (Clark, M.E, McCorkle, R.R & Williams, S.B. 1981).

Suzanne B. Hanser (1999) beskriver ulike studier som har vært gjort knyttet til bruk av musikklytting under fødsel. Hun viser blant annet til en studie med spesielt utvalgt musikk kombinert med pusteteknikker, som viste signifikant reduksjon av kroppslig spenning, smerteklager underveis og spørsmål etter smertereduserende midler. Hun beskriver et case-eksempel på hvordan dette kan foregå.

1. Bevisst bruk av ulike musikkstykker utfra den gravide kvinnens preferanser og utfra musikalske kjennetegn man vet har effekt i forhold til reduksjon av smerte og angst, vurdert utfra en kognitiv adferdsmodell. Musikkterapeuten har flere konsultasjoner med den gravide kvinnen i siste trimester for å kartlegge musikkpreferanser.  
Flere stykker er valgt til bruk i de ulike fasene av fødselen, både for avspenning og for å få energi. Blant annet får denne fødende kvinnen høre Halleluja koret fra Handels Messias når barnet er født.
2. Aktiv bruk av billeddannelse i fødslenes ulike faser.
3. Musikkterapeuten støtter og hjelper den fødende kvinnen med å holde fokus, visualisering og pusteteknikker. Musikkterapeuten synger også selv ved behov.

Lytting til musikk under fødsel har blitt et vanlig tilbud til fødende i Norge, enten den fødende har med egen musikk, eller som på føderiket ved Rikshospitalet i Oslo, hvor de har en bærbar pc med ulik musikk lagret, så den fødende kan velge musikk utfra egne preferanser. Jeg har ikke funnet beskrivelser av mer spesifikk bruk av musikk som smertelindrende tiltak under fødsel i Norge enn dette.

### **1.5.3. Bruk av lyd som smertelindring**

Forskning på vibroakustisk terapi, VAT, viser at kroppslig stimulering med vibrasjoner og musikk kan virke smertelindrende og avslappende på pasienter (Wigram, Pedersen & Bonde 2002; Grocke & Wigram 2007). Pasienten ligger i en stol eller på en seng med innebygde høyttalere. Man bruker lavfrekvente vibrasjoner med frekvens mellom 40 -100 hz som underlag i behandlingen. I tillegg bruker man musikk, type musikk avhenger av hva slags type behandling man gir. Det er forsket relativt mye på VAT, og det er blant annet skrevet to doktoravhandlinger om emnet (Wigram et.al. 2002). VAT beskrives innefor musikkterapi av Bruscia (1998:204) som ”healing practise” på et hjelpenivå.

## **1.6. Avgrensning av tema og kilder**

Jeg velger å avgrense fokuset mitt til å spesifikt jobbe med kvinner sine subjektive opplevelser knyttet til det å bruke stemmen aktivt under fødsel. Andre tilnærminger til hva

man naturlig kan gjøre under fødsel, har jeg valgt å ikke gjøre utfyllende da jeg opplever det er et stort tema som sprenger denne studiens rammer. På hvilken måte aktiv stemmebruk påvirker barnet, har jeg også utelatt som tema på grunn av studiens tema som har hatt primærfokus på kvinnes subjektive opplevelser. Jeg har heller ikke satt meg inn i hva slags teoretisk forankring jordmorutdanningene har i forhold til betydningen av psykologisk og emosjonell støtte til de fødende. Det kunne vært en mulighet å kontaktes en jordmor, og intervjuet henne i forhold til erfaringer omkring tema. Jeg har latt dette være, da studiens innhold er omfangsrik nok. I en større studie, vil det være naturlig å trekke inn andre faggrupper som f.eks jordmødre.

Et annet spennende perspektiv, som jeg kun har nevnt sporadisk, er antropologiske funn og litteratur om fødsel, ulike fødselstradisjoner og fødselritualer. Tidligere måtte kvinner i alle kulturer benytte seg kun av fødekinnens iboende ressurser. Det har gjort at man har utviklet ulike tradisjoner og ritualer, basert på ulike erfaringer og kontekster.

## 2. METODE

### 2.1. Vitenskapsteoretisk forankring

Musikkterapeutisk forskning kan finne forankring i mange ulike forskningstradisjoner, avhengig av hva man ønsker med studien. Å undersøke kvinners subjektive opplevelse knyttet til fødsel, er en form for kvalitativ forskning i en humanistisk forskningstradisjon. Humanistisk forskning er en viktig kunnskapsprodusent i forhold til beskrivelse av menneskets mangfoldige livsverden (Forskningsrådet, 2008). Fødsel er for de fleste som har født, en viktig hendelse i den enkeltes livsverden. Begrepet livsverden ble utviklet først av fenomenologen Edmund Husserl. Begrepet inneholder hvordan vi subjektivt opplever det vi ser på; vi klarer ikke å se på enkelthendelser og gjenstander uten å sette de inn i en sammenheng. Aadland (1997) skriver: ”Helheten av alle våre tillegg og utfyllinger i vår erkjennelse av verden, kaller Husserl for vår *livsverden*.” En undersøkelse som tar for seg enkelthendelser i enkeltmenneskers livsverden, må inneholde en refleksivitet omkring det faktum av det skjer en utveksling av subjektive beskrivelser som er farget av hver enkelt sin livsverden.

Opplevelser knyttet til fødsel er svært privat og subjektivt. Å få fram denne individuelle subjektiviteten, for samtidig få innblikk i noen mer generelle menneskelige erfaringer, krever både en åpenhet og et fokus i forhold til hva undersøkelsen skal dreie seg om. Epistemologisk blir det viktig spørre seg på hvilken måte kan jeg gjennomføre en undersøkelse og bearbeide den, så den språklige representasjonen i studien stemmer best mulig med den virkelighet som jeg ønsker å undersøke.

Mine egne livserfaringer har gitt meg empati og innlevelse i temaet som hjelper meg til å få en mulig forståelse av opplevelsene som beskrives i undersøkelsen. Denne form for innlevelse og omsorg for temaet, er en viktig komponent i forhold til denne type forskning (Manen 2003).

I prosjektets startfase, vurderte jeg hva som var best vitenskapsteoretisk og metodisk tilnærming for å belyse temaet for prosjektet. Å prøve å beskrive og forstå menneskelige opplevelser, er mulig innenfor blant annet hermeneutisk og fenomenologisk teori. Det som skiller disse tilnærmingene, er blant annet forskerens utgangspunkt og metodisk behandling av resultatene.

Hermeneutikken er en fortolkningsvitenskap som søker å forstå objektet man møter. Forskeren har en bevissthet omkring sin egen subjektivitet, forforståelse, i forhold til gjennomføring av studien. Den subjektive fortolkning, er en realitet som man må gjøre rede for i forskningsrapporten (Ruud 2005). I den hermenutiske metode er fortolkning av undersøkelsesmateriale en del av metoden, og gjennom fortolkning kommer man til nye erkjennelser, som gjør at en fortolker videre i det man kaller den hermeneutiske spiral; kunnskapen produseres gjennom en konstruksjonesprosess av fortolkning av materiale. Delene kan ikke forstås uten å se de i en sammenheng, og helheten kan ikke forstås uten å forstå delene (ibid.).

Jeg har valgt å bruke en erfaring fra min egen livsverden som en inspirasjon og bakgrunn for å gå inn i emnet. Min egen fødselsopplevelse har vært en referansebank for å se likheter og forskjeller, både i min mentale og kroppslige bevissthet. Jeg opplever at min egen erfaring gir prosjektet en dybde som ikke hadde vært mulig uten denne erfaring. Min egen bakgrunn innen emnet, gjør at jeg har en klar forforståelse i forhold til temaet jeg utforsker. På den ene side er det en styrke for å kunne gå inn i temaet på en grundig måte. På den andre side vil jeg alltid ha på meg mine egne briller, som er preget av mine egne erfaringer og referanser til temaet, noe som kan hindre meg i å være tilstrekkelig åpen for informantens fortellinger.

Fenomenologi som vitenskapsteoretisk forankring, har til ønske å undersøke, utforske og forstå verden i overenstemmelse med tingens vesen, her fødselsopplevelsens vesen. Man ønsker å fokusere på den direkte, umiddelbare og sanselige erfaringen. Fenomenologien utviklet seg som en motsats til positivistisk forskning; man mente positivistisk forskning hadde beveget seg for langt vekk fra det levde liv (ibid.). Fenomenologene ønsker nærhet til empirien. Empirien blir så behandlet ut fra en fenomenologisk metode, gjennom en reduksjon for å få fram en essens av empirien (ibid.). I forhold til mitt fokus, så er det jo nettopp det jeg ønsker, å få fram essensen i ulike kvinners subjektive erfaring knyttet til å bruke stemmen aktivt under fødsel.

Kritikken av fenomenologien går på hvorvidt det er mulig gjennom språk og språklige representasjoner å beskrive livsverdenen så subjektivt, eller om det alltid vil være en form for tolkning av det fenomen som ønskes belyst med at vi setter ord og beskriver våre opplevelser (ibid.).

Mitt ønske med undersøkelsen, er å ha fenomenologens briller på meg underveis. Å kunne være åpen i min tilnærming til informantene, og bearbeide informasjonen som jeg får på en fenomenologisk inspirert måte. Men på grunn av min forforståelse og erkjennelse av hvordan min egen fortolkning av resultatene underveis har vært preget av en

konstruksjonsprosess, vil jeg hevde at vitenskapsteoretisk er studien i hovedsak preget av hermeneutisk teori. Fenomenologien som teori, har vært inspirerende i forhold til utvikling av metode for behandling av resultatene.

## **2.2. Kvalitativt forskningsintervju**

I denne studien ønsket jeg å innhente beskrivelser av informantenes erfaringer og opplevelser knyttet til å bruke stemmen aktivt under fødsel. Det krevde en åpen tilnærming til informantene, og kvalitativt forskningsintervju anså jeg som den beste metoden for å innhente den informasjonen som undersøkelsen hadde til hensikt å beskrive. Kvale (Kvale 2001:17) beskriver målet med et kvalitativt forskningsintervju:

”Kvalitativt forskningsintervju forsøker å forstå verden fra intervjupersonens side, å få frem betydning av folks erfaringer, og å avdekke deres opplevelse av verden. Det kvalitative forskningsintervju er et produksjonssted for kunnskap.”

Forskningsintervjuet kan ha ulike former i forhold til struktur. Ideelt skal det utforme seg som en aktiv dialog mellom to parter. Intervjueren bør være åpen og lyttende til hva informanten forteller. Kvale (ibid.) sin ”gruvearbeidermetafor” for intervjueren, passer veldig godt som beskrivelse for intervjuene som jeg har gjennomført. Det var som om kvinnene fortalte meg om deres hemmelige edelstener, da de ble intervjuet. Siden jeg hadde sterke egne opplevelser knyttet til tema, var jeg under de første intervjuene sterkt preget av min forforståelse, jeg trodde jeg visste noe om hva kvinnene ville fortelle. Men allerede under første intervju, ble jeg slått av hvor individuell og unik enhver fødselsopplevelse er. Jeg måtte derfor legge mine egne erfaringer tilside i den grad det var mulig, og lytte med åpent sinn til de ulike historiene.

Jeg følte meg beriket av å få gjennomføre intervjuene. Kvinnene hadde latt meg ta del i deres mest intime og private erfaringer. Flere av kvinnene uttrykte også at det hadde vært godt å fortelle om sine opplevelser i denne formen.

Intervjuformen endret seg fra å være et relativt strukturert intervju, til å bli et halvstrukturert intervju (ibid.). I starten prøvde jeg å følge punktene i intervjumanualen (vedlegg 2), men etter hvert ba jeg informantene fortelle åpent om deres erfaringer knyttet til å bruke stemmen aktivt under fødsel. Jeg erfarte at informantene selv belyste de fleste av de punktene jeg hadde satt opp som stikkord i intervjumanual. Intervjuene bar preg av en avslappet dialog. Mange vitenskapsfilosofer har diskutert hvorvidt det er mulig å være

objektiv nok ved gjennomføring av undersøkelser, eller om ens tilstedeværelse i seg selv påvirker innholdet i studien. Det er en stor diskusjon som ligger utenfor denne oppgavens innhold, men det er hevet over en hver tvil at min forforståelse gjennom egne erfaringer knyttet til fødsel, har vært en forutsetning for å få inspirasjon til å gjennomføre studien. Videre har dette påvirket noe av det som kom fram i intervjuene. Når det er sagt, må jeg si at jeg opplevde den enkelte kvinne som svært ærlig og åpen under det enkelte intervju. Utfra det tolker jeg at vi sammen klarte å skape en trygg og fortrolig ramme rundt samtalen, noe som er en viktig forutsetning for å få ut data av verdi i prosessen.

Alle intervjuene ble tatt opp med en MP3 spiller, og lagret som en digital fil, inntil filene ble anonymisert gjennom sletting av filer etter transkripsjon. Intervjuene ble så transkribert og renskrevet. NSD har godkjent prosjektet (vedlegg 2).

### **2.3. Utvalg av informanter**

Ved gjennomføring av undersøkelser er valg av informanter viktig. Jeg ønsket å få belyst helt spesielle menneskelige erfaringer. Valg av informanter måtte derfor være formålsoverorientert. Dette innebærer at utvalget må være styrt av hva slags informasjon vi ønsker å få (Jacobsen 2005). Til denne studien trengte jeg et begrenset utvalg kvinner som har erfart å bruke stemmen aktivt under fødsel.

Jeg har funnet fram til fem kvinner i ulike alder som kommer innenfor de rammene som studien har. Kvinnene har mer eller mindre kommet til meg; jeg har snakket om oppgaven min i ulike sammenhenger, og da har kvinnene fortalt om sine erfaringer og sagt seg villig til å delta i studien. Deres frivillige deltagelse er dokumentert i en samtykkeerklæring. Dette informerte samtykke inneholder også en taushetserklæring for meg som forsker (Vedlegg 3).

En av kvinnene hørte om aktiv bruk av stemmen som en positiv faktor inn i fødselsarbeidet under graviditeten, og bestemte seg for å forsøke det selv. Kvinnenes fødsler har skjedd innenfor de siste 15 år. To av informantene er sangere og en er musiker. Alle fem har et nært forhold til musikk, og alle har musikk i sin studiebakgrunn.

Det faktum at alle kvinnene har et aktivt forhold til musikk, kan være en faktor som påvirker resultatet av undersøkelsen. Siden denne studien ønsker å belyse på hvilken måte aktiv stemmebruk har farget den subjektive fødselsopplevelsen, ser jeg det som helt relevant at alle hadde et aktivt forhold til musikk. Hvis studien hadde fokusert på kvantitative generaliserbare resultater, så ville man kunne diskutert hvorvidt studiens utvalg av kvinner hadde vært hensiktsmessig. I den grad informantenes aktive forhold til musikk har vært



medvirkende for den enkelte til å oppleve det positivt å bruke stemmen under fødsel, vil i tilfelle kunne være et argument til å oppfordre alle til i større grad få et aktivt forhold til egen musikkaktivitet enten i form av sang, dans eller spilling.

## **2.4. Prosedyre for behandling av empiri**

Innen fenomenologisk forskning er det vanlig å bearbeide materiale som kommer fram gjennom en reduserende metode man finner formålstjenelig, for å få fram essensen i innsamlet materiale (empiri). Følgende metode bygger på John W. Creswell (1998) sin lærebok i kvalitativ forskningsdesign. Målet med denne metoden er å redusere deltagerens meningsopplevelser til en kort beskrivelse som typifiserer opplevelsen til deltagerne i en studie.

I første trinn skal forskeren sette sin egen forståelse til side, for best mulig å kunne forstå informantens opplevelser. Etter gjennomføring av hvert enkelt intervju, så transkriberte jeg intervjuene umiddelbart. Transkripsjonene ble så lagt vekk, til alle intervjuene og transkripsjonene var gjennomført. På dette tidspunkt var jeg klar til å lese gjennom alle intervjuene på en så åpen som mulig måte, for å forsøke å forstå innholdet i opplevelsene best mulig.

Trinn to i prosessen er å ”stille på rekke”, det vil si å liste opp enhver betydningsfull uttalelse som er relevant for fenomenet, og gi disse uttalelsene lik verdi. På dette stadiet i prosessen, skrev jeg ned alle betydningsfulle uttalelser på små gule lapper, og leste gjennom transkripsjonene flere ganger på flere tidspunkter.

Trinn tre i denne fenomenologiske metoden, er å samle ”meningsbærende enheter”. Det vil si at alle betydningsfulle uttalelser fra trinn to i prosessen blir samlet i temaer, som er meningsbærende enheter. Dette gjorde jeg etter hvert som det utkrystalliserte seg meningsbærende enheter i form av felleserfaringer som preget opplevelsene til kvinnene. Jeg samlet mine små gule lapper på A4-ark for lettere å se en struktur. På dette tidspunkt ble min egen forforståelse tydeligere for meg gjennom egen erfaring og etter hvert ervervet kunnskap om emnet. De meningsbærende enhetene kom fram som et resultat av både en reduserende fenomenologisk metode og en hermeneutisk fortolkning av materialet. Jeg vil allikevel hevde at jeg i de meningsbærende enhetene, har fått fram en essens av informantenes erfaringer i de ulike kategoriene.

Slik jeg har forstått en rendyrket fenomenologisk metode, så går man ikke tilbake til det opprinnelige materialet. Det har jeg gjort, noe som jeg opplever som vesentlig i en

hermeneutisk vitenskapsforståelse. Å lese transkripsjonene underveis i prosessen, har gjort mine reduksjoner dypere. Jeg har forstått innholdet på en ny måte etter hvert som jeg har fått faglig modning på området.

Når jeg leser transkripsjonene på nytt nå, er det som de er enda mer mettet med meningsbærende innhold. Dette viser den hermeneutiske spiral i praksis; jo mer kunnskap man har om et emne, jo mer informasjon kan man dra ut av beskrivelsene av fenomenet (Ruud 2005).

Etter hvert som jeg jobbet med empirien, kom det fram noen felles grunnopplevelser i kvinnenens erfaringer. Disse erfaringene utviklet seg til hovedkategorier, som til slutt ble rammeverk for drøftingen i oppgaven. Kategoriene er hovedoverskriftene i drøftingen. De tar for seg inspirasjon og stemmekvalitet, opplevelse av fysisk forankring, trygghet og mestring. Med kategoriene beskrives både kroppslige og psykologiske opplevelser, og hvordan de gjensidig påvirker hverandre.

## **2.5. Litteraturstudier**

For å finne teoretisk forståelse for å diskutere resultatene, har jeg lest forskjellig litteratur som grunnlagsmateriale. Jeg har gått inn i medisinsk litteratur om fødsel og smerte. Videre har jeg gått inn i litteratur om stemme og stemmeuttrykk, både kunsterisk, pedagogisk og terapeutisk. Kroppen er en viktig del av fødselsopplevelsen, og det ble klart for meg betydningen av å se på vår kultur sitt syn på kroppen i et større perspektiv. Litteratur knyttet til psykologiske forhold som påvirker våre opplevelser har blitt viktige kilder til å forstå kvinnenens erfaringer i et større perspektiv. Jeg har prøvd å finne musikkterapeutisk forståelse for temaet gjennom musikkterapilitteratur og litteratur om musikk som medisin.

Med vår tilgang til internett og databaser, kan man lett bli fanget i all tilgjengelig informasjon. Jeg har forsøkt å avgrense denne oppgaven til å omhandle kvinners subjektive opplevelser knyttet til det å bruke stemmen aktivt under fødsel, og mulig forståelse for disse opplevelsene. På den ene side har det vært lite å finne spesifikt i forhold til stemmebruk og fødselsarbeid, på den andre side finnes det mye populærlitteratur om alternative smertelindrende metoder knyttet til fødsel. Jeg har måttet innse at jeg må holde fokus på mine funn, og ikke la meg blende av alt som kan likne i sin tilnærming.

Databasesøk på Cochrane database viser ingen engelsk-språklige studier som viser noe om stemmebruk og smertelindring. Jeg brukte søkeord i ulik kombinasjon: voice, pain, labour, delivery, singing. Det er flere studier i forhold til alternativ tilnærming til smertereduksjon.

En av disse tar for seg alternativ smertelindring under fødsel. (søkeord: music-therapy, pain). Undersøkelsene som er relevant for denne oppgaven, er et studium som konkluderer med at kvinner som har lært selv-hypnose hadde god hjelp av det for å takle fødselsmertene bedre. I to andre studier viste man noe reduksjon av smerte ved hjelp av musikk under fødsel.

Ved å søke mer åpent på nettet med f.eks søkemotoren Google, får man opp anbefalinger fra blant annet jordmødre om å bruke stemmen naturlig under fødsel (Monica Moland 2010). Men jeg har ikke funnet vitenskaplige undersøkelser som viser dette.

Under avsnitt om tilgrensende undersøkelser har jeg beskrevet tre musikkterapistudier som omhandler musikkterapi og fødsel.

## **2.6. Forforståelse og språklige dilemmaer**

I følge Max van Manen (2003) må vi våge ta stilling til å gjøre egne erfaringer i forhold til det feltet vi ønsker å studere, og vi må ha omsorg, "thoughtfulness", for det fenomen vi studerer. Alvesson og Sköldberg mener at det å ha en sterk følelse for den sosiale virkeligheten man studerer er en forutsetning for god forskning ( i Persen 2005). Min egen erfaring og forforståelse ble viktig i forhold til å fange nyanser i informantenes fortellinger, og med det ha kunnskap til å stille spørsmål med ulik presisjon for å avdekke ulike dybder i informantens opplevelser. (Kvale 1997). Min egen forforståelse kan også ha preget meg ubevisst i forhold til spørsmål jeg har stilt, og tolkning av svarene.

Min posisjon underveis kan både beskrives som forsker og deltager. Hvorvidt jeg har klart å skille disse ulike rollene, og forholde meg underveis i prosessen på en objektiv nok måte, kan være grunnlag for diskusjon. Kritikken av min tilnærming kan få konsekvenser for dokumenterbarheten av materialet. Jeg mener jeg har grunnlag for å antyde at tross min forforståelse, så kan resultatene av min studie gi retning til videre arbeid med temaet.

Utvalg av sitater, videre tolkning og bearbeiding av materialet vil alltid være preget av min forforståelse. Full objektivitet til materialet er umulig i et vitenskapsteoretisk perspektiv. Videre er det å beskrive kroppslige og musikalske erfaringer i en skriftlig lineær form problematisk ifølge Nerland ( i Persen 2005). Fødsel er en helhetlig opplevelse, som blir verbalisert og formidlet så godt som mulig. Å trekke ut sitater og hendelser, er med å fragmentere den helhetlige opplevelsen. Språklig beskrivelse og tolkning vil alltid romme mulighet for misforståelser. Det er med stor respekt for mine informanter jeg her håper jeg har behandlet deres fortellinger på en god og konstruktiv måte, som de kan gjenkjenne seg i.

## **3. TEORI**

Hoved- og underproblemstillingen i denne studien, tar for seg ulike områder som jeg vil belyse i dette kapittelet om teori. Innledningsvis beskriver jeg ulike perspektiver knyttet til fødsel. Videre gjør jeg kort rede for begrepet opplevelse. Begrepet aktiv stemmebruk blir satt i perspektiv i forhold til ulike stemmetradisjoner, og fysiologiske og psykologiske endringer som skjer ved aktiv bruk av stemmen. Fødsel er en kroppslig erfaring, og et avsnitt er viet ulike filosofiske syn på kropp, og ulike retninger innen terapeutisk arbeid som fokuserer på kroppsbevissthet. Opplevelsen av smerte er en viktig del av fødsel. Det er viktig å forstå hva smerte er, og hva som påvirker opplevelsen av smerte. Til slutt beskriver jeg betydning av ulike psykologiske forhold som kan være med å påvirke fødselsopplevelsen.

### **3.1. Fødsel**

Fødsel er en grunnleggende del av det å være menneske. Fødselen er overgangen fra en biologisk symbiose med kvinnen til en biologisk separasjon fra moren. Flertallet av kvinner føder minst et barn i sin fruktbare alder. I Norge fødes ca 65000 barn per år. For mange er fødsel en hendelse som mange kvinner ser på med skrekkblandet fryd. Man gleder seg til å bli mamma, og møte det lille barnet man har båret under sitt hjerte i ni måneder. Samtidig kan tanken om en forekommende fødsel eller minnet om en overstått fødsel, fremkalle ulike følelser og erindringer. Tross moderne tilnærming til smertelindring, så er det mange som gruer seg for å føde, og mange har traumatiske opplevelser knyttet til å ha født (Waldenstrøm 2007 ).

#### **3.1.1. Fødsel før og nå**

Historisk sett har svangerskap og fødsel vært risikofylt for mor og barn, og på verdensbasis er dette fortsatt den viktigste dødsårsaken til kvinner i fertil alder.

I Norge fram til 1800 tallet, foregikk fødslene hjemme med hjelpekoner. Hjelpekonene var uten utdanning, men hadde ofte født selv og vært til stede på flere fødsler. Presten var hjelpekonenes overordnede og læremester, og fødslene var preget av mange ritualer.

Fra 1815 har man hatt jordmorutdanning i Norge. Dette var den første yrkesutdanning for kvinner. Utdanningen var 1-årig, og krevde ingen teoretiske

forkunnskaper, men for å bli undervist måtte man være kjent for ”medlidenhet og læredyktighet og ikke være egensindige, trøttekjære eller tilbøyelige til drikk.” (Jordmorforeningen 2010)

I 1837 åpner et fødehjem i Akersgata i Oslo for kvinner som hadde så dårlige hjemmevilkår at de ikke kunne føde der. Etter dette bygges flere fødestuer. Fram til utpå 1900 tallet skjedde hjemmefødsel og fødsel på institusjon side om side. Fram til 1950 var det fortsatt så mange som 25 % av fødslene som skjedde hjemme. I dag skjer flertallet av fødsler på sykehus. Moderne fødselshjelp på sykehus med medisinsk assistanse har redusert risikoen knyttet til fødsel for mor og barn til et historisk lavt nivå (McMahon & Kolzenburg 2006).

Obstetrik er læren om jordmoryrket. Ordet jordmor har sin opprinnelse fra den gang man fødte på gulvet. Jordmoren var den som løftet barnet opp fra jorden. Obstriker har sin opprinnelse i uttrykket ”å stå foran” (Jordmorforeningen 2010). I disse to begrepene skjuler det seg etter min mening to ulike perspektiver i forhold til fødselshjelp. Jordmorbegrepet bygger på gamle historiske erfaringer hvor kvinnen måtte bruke alle sine iboende ressurser, inkludert fysiske forhold som tyngdekraft. Barnet falt mot jorden eller gulvet. Obstriker er et begrep fra en tid hvor kvinnen mer var blitt et objekt for medisinsk inngripen, jf. det dualistiske menneskesynet som var rådende (se avsnitt 3.5.). Kvinnene måtte ofte ligge på ryggen, stikk i strid med fysikkens lover, og fødselshjelperne sto foran kvinnen. I dag er det en syntese av ulike forhold som preger jordmødrenes arbeid. Kvinnenes egne impulser og ønsker blir støttet og tatt på alvor, samtidig som jordmødrene har kompetanse til å iverksette andre tiltak der det av medisinske hensyn er nødvendig.

I vår kultur bærer vi med oss beskrivelsen fra det gamle testamentet i Bibelen (1978) hvor det i 1.Mosebok 3.16 står: ”Til kvinnen sa han: Stor vil jeg gjøre din møyen så ofte du er med barn; med smerte skal du føde”. Opplevelsen av fødsel er for de langt fleste knyttet til erindring eller en forestilling om opplevelse av smerte. Nyere oversettelser av bibelen viser at begrepet smerte bør byttes ut med anstrengelse, så setningen mer riktig oversatt vil være: ”...med anstrengelse skal du føde.” (Moland 2010) Dette gir et annet bilde av fødselen. Jordmor Monica Moland (ibid.) skriver videre om fødselens smerter som skapende, da de er livets innerste krefter. Hun beskriver vakkert hvordan kvinnen skal gi seg hen til fødekraftene på en positiv måte ved hjelp av bevegelse, pust, stemme på utpust, og annen naturlig tilnærming til å jobbe med fødekraftene, i stedet for mot de. Hun skriver at den viktigste årsaken til at fødsel forbindes med så mye smerte, er anspenning. Jo mer avslappet man er, jo mindre vil man oppleve smerte. Hun understreker likevel at fødsel er smertefullt.

Det har vært ulike trender innen fødsel. Som motreaksjon til sykehusfødsel som ofte

jobbet mot naturlige prinsipper, kom det alternative fødemetoder hvor man fokuserte på kvinnens iboende krefter og naturlig smertelindring. Den franske fødselslegen Michael Odent (1984) var en av disse. Han hevder i sin bok *"Naturlig fødsel"*, at det beste fødselsforberedende arbeid man kunne gjøre med gravide, var å la de synge sammen. Odent var opptatt av kvinnens iboende ressurser, og ved å synge så kan man merke seg selv og sin kropp på en naturlig måte. En annen moderne trend i fødselsarbeid, er bruk av "doula" (Wikipedia, 2010). "Doula" er en kvinnelig fødselsmedhjelper som hjelper støttende til under fødsel på en annen måte enn jordmor. Doula-begrepet er i ferd med å feste seg i Norge, og det finnes en egen doulaskole i Norge.

### **3.1.2. Andre kulturer og fødsel**

Richard Nunns (2001) har i sin artikkel i *Voices "Te Ara Puoro: The pathway of sounds"*, beskrevet i antropologiske vendinger hvordan maorifolket på New Zealand tidligere brukte stemme og instrumenter til hjelp i ulike utfordringer i livet, blant annet fødsel. Med deres helhetlige syn på mennesket og dets omgivelser, blir musikken et hellig spirituelt verktøy.

Adyghene, er et folkeslag i det nordlige Kaukasus, brukte å synge tradisjonelle sanger ved ulike former for helsemessige utfordringer. Det er beskrevet hvordan de brukte vuggesanger for en kvinne under en vanskelig fødsel. De mente tradisjonssanger ville fremme viljestyrke og livskraft til å stå på (Aldrigde & Fachner 2006).

"Jani Joni Jachuene" er en indiansk fødselssang som har kommet til Europa (www.tabassi.at 2010). Weinhold (2010) lærte denne sangen hos en jordmor på et fødselsforberedende kurs i Tyskland. Jeg har ikke funnet ut mer om denne sangen, eller fra hvilken indiansk stamme den kommer. Men sangen forteller meg at flere urbefolkningsgrupper har brukt stemmen aktivt under blant annet fødsel. Sangen skulle hjelpe den fødende kvinnen til å slappe av under fødselen gjennom sitt hovedfokus på vokaler. Videre skulle ch-lyden i jachuene virke gunstig på nervesystemet under fødsel. Dette kan ha en sammenheng mellom hvor lydene plasseres i halsen og forbindelsen til medulla oblongata, som blir utdypet i avsnitt 3.3.3. Kvinner i store deler av verden har måttet klare seg med de ressursene som kroppen har til rådighet. Det gjør meg helt overbevist om at mange befolkningsgrupper har brukt sang og stemme under fødsel, men at alle disse erfaringene ikke har blitt formidlet ut av de ulike kvinnefellesskapene som har kjent til dette.

I yoga for gravide, som har blitt et populært svangerskap og fødselsforberedende kurs, beskrives naturlig stemmebruk som en del av pusteteknikker man lærer bort. Yoga for gravide er så vidt jeg vet ikke opprinnelig en yogisk tradisjon i India, men en vestlig bruk av yogisk

tradisjon. De norske forfatterne av boken *“Frihet i fødselen”* (Farestveit & Hansen 1987), beskriver rolig stemmebruk sammen med pust som en god metode under fødsel som de selv har positive erfaringer med.

## **3.2. Hva er opplevelse?**

Innenfor psykologien brukes begrepet opplevelse om innholdet av en persons subjektive erfaring, enten det henger sammen med ytre sansepåvirkning, emosjonell tilstand, tankeprosesser, motivasjon og annet (Store norske leksikon 2009).

Når jeg har valgt å fokusere på kvinners opplevelse med å bruke stemmen aktivt under fødsel, har jeg valgt å gå inn i en omdiskutert tradisjon innen forskningen; mennesker sine subjektive erfaringer knyttet til enkeltfenomener. En opplevelse sier ikke noe om objektive fakta som preget fødselsopplevelsen, som kvinnens blodtrykk, riefrekvens og annet. I forhold til opplevelse av smerte, preger den subjektive opplevelsen beskrivelsen av smerte. Som vi skal se i neste avsnitt om smerte, så vil opplevelsen av smerte alltid være subjektiv. Derfor vil disse kvinners erfaringer også knyttet til smerte si noe om deres subjektive opplevelse av effekten av det å bruke stemmen aktivt i forhold til smerte.

## **3.3. Aktiv stemmebruk**

### **3.3.1. Hva er aktiv stemmebruk?**

Den menneskelige stemme har mange uttryksmåter; snakke, skrike, synge, nynne, resitere, tone og så videre.

Å definere aktiv stemmebruk nøyaktig er vanskelig. Aktiv stemmebruk er for meg et arbeidsbegrep som rommer flere muligheter for stemmebruk. Å bruke stemmen er en iboende ressurs som vi både bruker instinktivt og som vi kan bruke mer målrettet ved hjelp av vår bevissthet. Det er et poeng at aktiv stemmebruk må være preget av målrettet bruk i samarbeid med kroppens instinktive ressurser på en måte som oppleves riktig.

### **3.3.2. Stemmen, om uttrykk og muligheter.**

Stemmeterapeuten Alfred Wolfson kalte stemmen ”the muscle of the soul” (i Storm 2007). Utsagnet gjenspeiler blant annet den nære forbindelsen mellom følelsene våre og stemmens uttrykk. Sinne, glede og sorg er alle følelses kvaliteter som man lett gjenkjenner i stemmen. I

følge Myskja (1999) analyserte professor Paul Moses stemmens kvaliteter så nøyaktig i forhold til personlighet og helsepotensiale, at erfarne psykiatere sammenliknet hans tester med Rorschach-tester. På den annen side kan man ved å jobbe aktivt med stemmen utforske noe av det som er inne i oss (Storm 2007).

Brown (1996) opererer med et begrep han kaller primærlyd. Dette er den refleksive lyden som kommer til uttrykk ved autonome nerveprosesser, det vil si ikke viljestyrt stemmebruk. Primærlyden er i utgangspunktet en optimal lyd dannelse, både teknisk og uttrykksmessig. Denne form for lyd kommer til uttrykk når vi gråter, ler, er sinte og så videre, det vil si i situasjoner hvor det er stort samsvar mellom våre følelser og stemmeuttrykk. Denne naturlige tilnærmingen til våre egne lyder i følge Brown, er noe som vår kultur avlærer oss gradvis, og for mange er det skremmende å følge de naturlige instinktene når vi produserer lyd (ibid.). Å bruke stemmen aktivt i forbindelse med fødsel, vil antagelig være å bruke stemmen nær primærlydens kvaliteter.

Det finnes tilnærming for utvikling av ens stemme som har et kunstnerisk fokus, det vil si utvikle tonalt omfang, klang og teknikk som i f.eks klassisk sangundervisning. Roy Hart-metode er en annen metode, som utvikler stemmens omfang og klang på en ekspressiv måte som er veldig individuelt tilpasset (Bragstad 2001). Målet er ikke i første rekke estetisk, men å utvikle det fulle og hele potensiale som den menneskelige stemmen innehar fra skjønnsang til skrik. Denne metoden kan både ha et kunstnerisk mål for bruk av stemme innen sang og teater. Metoden oppleves av mange også ha et terapeutisk potensiale; man kan komme i kontakt med mange ulike sider av seg selv gjennom denne formen for stemmearbeid, både bevisste og ubevisste sider, kognitive som emosjonelle (ibid.). I Roy Hart- metodikk så jobber man nært med forbindelsen mellom en dynamisk kropp og stemmens enorme variasjonsmuligheter. Den danske musikkterapeuten Sanne Storm (2007) har utviklet en musikkterapeutisk psykodynamisk stemmeterapi inspirert av Roy Hart-stemmetrening og en utvidet forståelse av å lytte.

Paul Newham (1998) har utviklet en terapeutisk metode som han kaller ”Voice Movement Therapy” inspirert av stemmeterapeuten Alfred Wolfson. Den går i korthet ut på hvordan en kan bruke stemme og bevegelse som en aktiv metode i psykoterapeutisk arbeid. Å jobbe med stemmen i psykoterapeutisk øyemed, kan være med på å utvikle den menneskelige stemmen, både klangdybde, tonalt omfang og variasjon. Den amerikanske musikkterapeuten Diane Austin har jobbet med stemmen som hovedverktøy i psykoterapeutisk arbeid i 20 år (Austin 2008).

Toning er en teknikk som har et terapeutisk fokus, både fysisk og psykisk (Austin



2008, Wigram et.al 2002, Myskja 1999). Toning er i følge Myskja (1999) bare en utvidelse av de lydene vi instinktivt og umiddelbart lager når vi har det vondt, anstrenger oss, er triste eller glade (ibid.:189). Toning kan være en aktiv vei til fordykning av egne følelser. Alt er riktig, enten man har lyst til å nynne forsiktig, skrike eller synge sanger. Å jobbe med toning over tid er å lære seg å bruke stemmen som en naturlig ressurs i ulike situasjoner. Det er en tilnærming som ikke legger vekt på estetiske kvaliteter og musikalske ferdigheter, men heller vektlegger mangfoldet i menneskelig stemmeuttrykk. En kan både jobbe med stemmen intuitivt, eller benytte seg av ulike øvelser for å erfare og utvikle det potensiale som ligger i toning som ressurs.

Bevisst bruk av lyder for å gjenskape balanse i kroppen, kan være en form for toning. Lydvibrasjonene kan løse opp energiblokkeringer og gi ressonans i spesielle steder i kroppen for å frigjøre emosjonelt og fysisk stress og spenninger (Austin 2008: 29) Austin har også positiv erfaring fra å bruke toning med klienter i forhold til å få økt kroppsbevissthet og akseptere kroppen sin.

Reznikoff (2004) har jobbet med stemmearbeid gjennom å lage enkle lyder og rene intervaller som kvarter og kvinter, som han erfarer har terapeutisk effekt. Han mener å erfare at å lage lyder på vokaler som "aa, oo og ii" kan nå inn til dypere bevissthetslag hos mennesket, og forenklet kan dette gjøre at menneske kan komme i kontakt med ubevisste ressurser. Han har erfaring fra stemmearbeid i grupper med mange ulike mennesker og funksjonsnivåer, og har samarbeidet med franske fødselsleger om stemmebruk ved fødsler.

Innen tibetansk buddhisme og kultur, ser man på stemmen som en bro mellom kropp og sinn. Jeg tolker det dit hen at stemmen både kan være en bro mellom jeget og kroppslig forankring, og mellom jeget og en spirituell dimensjon i livet. Tibetanerne har gjennom sin gamle kultur dyptgående erfaringer i den menneskelige stemmes mulighet til fordykning på ulike nivå i kropp og psyke (Gaynor 2002).

Lydmeditasjon er en meditasjonsmetode hvor man bruker lyd på forskjellig måte for å komme i meditativ tilstand. Innen lyd-meditasjon bruker man monotone lyder eventuelt enkle stavelser (ibid.).

Innen ulike shamanistiske tradisjoner er stemmen et viktig verktøy for å nå andre bevissthetslag og komme i trance. Det finnes rituelle sanger som enkelte bruker til dette, andre improviserer sanger undervegs, eller man kan kombinere disse metodene.

Innen korsang bruker man stemmen aktivt, og kormetodikk kan fremme en positiv stemmeutvikling. Mange opplever det som frigjørende å synge i kor og at det gir dem en større trygghet i å kunne uttrykke sin stemme på flere måter (Persen 2005). Denne erfarte

gleden ved å synge og bruke stemmen, kan være en ressurs å hente fram i stemmearbeid under fødsel.

### **3.3.3. Hva kan skje i kroppen når man bruker stemmen?**

#### **Pust**

Å lage lyd med stemmebåndene krever pust. Pustens primære oppgave er å få oksygen til lungene, og avgi karbondioksyd. Den styres av en rekke inn og utåndingsmuskler, og involverer hele kroppen. Pusten styres vanligvis av det autonome nervesystem, men vi kan påvirke pusten aktivt blant annet gjennom stemmebruk. De autonome prosesser som styrer blant annet pust, blir styrt blant annet av et punkt nederst på hjernestammen; medulla oblongata. Strupehodet (larynx) og medulla oblongata er direkte forbundet med nervefibre (Brown 1996). Dette predikerer muligvis at vi ved aktiv stemmebruk kan påvirke det autonome nervesystemet, og deriblant pusten. Pusten blir også påvirket av følelsene våre; redsel kan få oss til å puste fortere eller slutte å puste en kort periode (Persen 2005). Å ha en bevissthet knyttet til å merke pusten, eventuelt styre den, kan hjelpe oss å regulere følelsene våre i utsatte situasjoner (Gaynor 2002).

#### **Muskelaktivering**

Når man bruker stemmen, aktiveres muskler i hele kroppen. Brown (1996) beskriver i detalj hvordan de ulike muskelgrupper jobber sammen på en intrikat måte når man synger på en god måte med riktig positur. God naturlig sangteknikk fremmer aktiv muskelbruk helt ned i underlivet. Strupehodet er satt sammen av ulike deler, blant annet mange komplekse muskler i og rundt stemmebåndet.

Ved å synge og bruke stemmen aktivt får mange impulser til å bevege kroppen rytmisk. Dette skyldes antagelig stimulering av det rektikulære aktiviseringssystemet (RAS) i den forlengede ryggmarg, som stimulerer høyereliggende sentre i hjernen til koordinert rytmisk aktivitet (Myskja 2000).

#### **Resonans**

Uten resonans i kroppen, hadde vi ikke hørt stemmen vår. Resonans skjer i hulrommene i kroppen. I klassisk sangundervisning, fokuserer man mye på å få hodeklang, det vil si å få resonans i hodet for å få den rette klangen i stemmen. Brystklang vil si i større grad å få resonans i brystet når man synger. Når man får til skikkelig resonans, kjenner man at den aktuelle kroppsdel vibrerer.

Ved å jobbe aktivt med toning, kan man øke sin egen bevissthet omkring hvor stemmen gir resonans i kroppen, og man kan aktivt styre stemmen til å gi resonans på ønskede steder. Reznikoff (2004) hevder at enkel chanting på vokaler som o og a, og merke resonans i kroppen, er den enkleste måten å utvikle kroppsbevissthet på. Hvis en opplever at det er vanskelig å merke resonansen i enkelte kroppsdelene, har man i følge han som regel dårlig kontakt med disse kroppsdelene. Ved så å fokusere gjennom lyd på kroppsdelene, kan man i følge Reznikoff gjenopprette kontakten.

### **Hormonutskillelse og nevrologisk påvirkning**

Gjennom sang som gir opplevelse av velvære, kan kroppen skille ut velværehormoner som gir smertelindring, som endorfin og enkefalin . Dette er beskrevet i neste avsnitt om smerte. Man vet ikke om det er selve sangen som stimulerer utskillelsen av velværehormonene, eller om det er et resultat av at sang indirekte stimulerer nervebaner som gir opplevelse av velvære. Antagelig er det en kombinasjon av begge responser (Myskja 2006.)

Colvin Trewarten har gjennom sin forskning på spebarn, fremsatt en teori om musikalitetens funksjon i hjernen. Han mener at musikaliteten er en essensiell generator for menneskets sosiale og kognitive utvikling. Han mener musikken virker som en hovedwire som forbinder et neuralt nettverk i hjernen, som har evnen til å få de ulike delene av hjernen til å jobbe sammen på en hensiktsmessig måte (Baily 2007, Trewarthen & Malloch 2000). Å bruke stemmen aktivt på en musikalsk måte, vil kunne påvirke dette neurale nettverket.

### **Bevissthetsnivåer og angst**

Forenklet kan man dele hjernen inn i 3 hovednivåer; hjernebarken, midthjernen og hjernestammen.

Hjernebarken, neocortex, styrer primært egofunksjoner som språk, vilje, logikk og planlegging (Wikipedia 2010).

I midthjernen er det limbiske system forankret. Det limbiske system inneholder blant annet thalamus som er en relestasjon for sanseimpulser. Det limbiske system er knyttet til blant annet emosjoner og motivasjon, og ved å synge kjente sanger som frembringer gode minner kan man påvirke det limbiske system til produksjon av ”feel good” hormoner som blant annet endorfin (Myskja & Lindbæk 2000).

Hjernestammen som forbinder storhjernen med ryggmargen, inneholder deler av kroppens alarmsystem. Ved ekstreme påkjenninger, og ved stress og sjokk, handler vi på impuls med sloss/flukt respons. Det er hjernestammen som overtar styringen for våre handlinger istedet for hjernebarken. Dette er urgamle overlevelsesinstinkter som vi har trengt

for å overleve som art. Den dypeste angsten kan være knyttet til hjernestammen, og lettere angst til den emosjonelle delen i midthjernen. Ved angst bruker vi ofte stemmen instinktivt.

Det er mulig å stimulere det rektikulære overlevelsessystem (RAS) i hjernestammen på en positiv måte. Rytmisk stimulering utfra personens preferanser kan gi en positiv aktivering av kroppslig energi, f.eks gjennom taktfast marsj. For kraftig aktivering av RAS gjennom rytme, kan gi angst og ubehag (Myskja 2006).

Angst påvirker pust, kroppslig tilstedeværelse og hormonnivå. Å lytte til musikk og å synge selv, kan fremkalle eufori, som er en del av kroppens indre belønningssystem. Dette er en potent respons i midthjernen som i gitte tilfeller kan utkonkurrere en ubehagelig grunnstemning, f.eks angst, og med det redusere opplevelsen av smerte (ibid.).

I overgangen mellom ryggmargen og storhjernen sitter medulla oblongata, som er med å styre det autonome nervesystem. Det autonome nervesystem styrer primærfunksjoner som pust, blodtrykk, hjerterytme med mer. I følge Brown (1996) er det direkte forbindelse mellom strupehodet og medulla oblongata. Rett over medulla oblongata sitter hypothalamus som styrer hormonutskillelse blant annet ut fra emosjonelle forhold. Ved å bruke stemmen har man dermed direkte nevrologisk forbindelse til sentrale funksjoner i hjernen. Flere forskere støtter denne forbindelse gjennom eget arbeid. Reznikoff (2004) hevder at stemmebruk er en foretrukken indre bro fra angstopplevelser til opprinnelig kroppsbevissthet. Han mener lyd når inn til et mer primitivt nivå i hjernen og bevisstheten enn tale. Tale er i stor grad knyttet til hjernebarken. Han begrunner dette med å forstå menneskets fosterutvikling, gjennom forskning og egen erfaring med hvordan lyd kan påvirke mennesker ; premature barn, mennesker i koma, mennesker uten verbalt språk.

Stemmen kan påvirke hjernebølgenes frekvenser. Det er vanlig å dele bølgene i fem ulike frekvensnivåer; beta 2 (20-40 Hz), beta1 (13-22 Hz), alfa (8-12 Hz), theta (4-8 Hz) og delta (05-4 Hz)(Bonde 2009). De raske beta-bølgene er knyttet til våken oppmerksomhet mot den ytre verden. Stress og angst kan være knyttet til en overaktivering av betabølger, dvs beta 2 bølger, og tilsvarende mangelfull evne til å slappe av. En bevissthetstilstand på alfa nivå, er preget av avspenning og billeddannelse. Alfa-bølger er i følge Bonde (ibid.): ”porten mellom den indre og den ytre verden- mellom det bevidste og det ubevidste”. En sinnstilstand på thetanivå er preget av dypere avspenning, døsighet og transelikhende tilstander. Thetabølger er i følge Gaynor (2002) den mest effektive frekvens i forhold til å komme i trancetilstand. Forholdet mellom thetabølger og trancetilstand bekrefter David Aldridge og Jörg Fachner i sin bok ”*Music and altered states* ” (2006), hvor det referes til EEG-undersøkelser ved transestilstander. Resultatet av EEG-undersøkelsene viste alfa-bølger med lave frekvenser i

frontal-lappen under transe, mens det samtidig var dominans av theta-bølger i occipital del av hjernen, det vil si bakre del av hjernen som behandler visuell informasjon. Delta-bølger opptrer vanligvis under dyp drømmeløs søvn (Myskja 2009, Wigram et.al 2002). Keyes (i Giæver 2009) har ved EEG måling av hjernens frekvenser, påvirket hjernens frekvenser til økt mengde alfafrekvenser ved hjelp av toning. Myskja (2009:129) har også påvirket hjernens frekvenser aktivt ved hjelp av toning. Han fikk målt frekvenser ned på delta-nivå i våken tilstand ved hjelp av toning.

## **3.4. Kropp og bevissthet**

### **3.4.1. Filosofiske perspektiver på kropp og bevissthet**

Å føde er en svært kroppslig erfaring. I vår vestlige kultur har synet på kroppen endret seg gjennom historien, og sammenhengen mellom kropp og psyke har vært et tema innen filosofien som kan spores tilbake til antikkens Platon. Hovedretningen innen filosofien har vært preget av et dualistisk syn på kropp og bevissthet (Johansson 2009). Arven etter Descartes har vært at menneskets status som subjekt knyttes til tanken, og mentale fenomener ses i bunn og grunn som ikke-fysiske, og dermed som noe adskilt fra kroppen. Den moderne legevitskapen utviklet seg med basis i blant annet Descartes sin filosofi .

Parallelt med dualistiske retninger, har antidualistiske retninger utviklet seg. Mest kjent er materialismen. Materialismen ser forenklet på kropp og bevissthet som en enhet, ved at bevisstheten knyttes til fysiske prosesser i hjernen. Innen materialistisk tankegang ser man på åndelige erfaringer og bevissthet kun som et resultat av prosesser i hjernen. Man underkjenner at åndelige erfaringer kan skyldes noe utenfor den menneskelige kropp (ibid.).

Den franske fenomenologen Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) understreker kroppens betydning i det å være menneske. Han mener kroppen ikke bare er et objekt, men gir mennesket en kroppslig forbindelse til verden som er mer grunnleggende enn vår refleksjon. Vi er våre kropp, og vi møter verden med våre kropp. Jeget kan ikke skilles fra kroppen. Tanken kan derfor ikke skilles fra vår kroppslige og fysiske natur. Merleau-Ponty har en ikke-dualistisk oppfatning av kroppen, og sammenhengen mellom kropp og bevissthet som en enhet som fungerer sammen gir han et syn på mennesket gjennom utsagnet "jeg kan". Kroppen er engasjert i verden, og handler og erfarer med hele kroppens sanseapparat som et aktivt subjekt. "My body has its world, or understands its world, without having to make use of my symbolic or objectifying function" (ibid.).

Merleau-Ponty sin anerkjennelse av kroppens kunnskap og betydning for menneskelig erfaring, er interessant i forhold til syn på kropp i forbindelse med fødsel. Mange opplever under fødsel at kroppens prosesser er så sterke at en selv mister kontrollen, at skjer en splittelse mellom kropp og bevissthet. Med utgangspunkt i Merleau-Ponty så vil et fokus på kvinnen og hennes kropp som en enhet gi en annen innstilling til den fødende kvinnen som subjekt, den subjektive fødsels erfaring og betydningen av denne for kvinnen. Han mener at kroppens bevegelser er mettet med intensjonalitet og mening. I forhold til fødsel tolker jeg det dithen at kroppen innehar kompetanse som kommer til uttrykk gjennom impulser og ubevisste handlinger. Mange fødende i eldre generasjoner har opplevd at de ikke har fått lytte til denne kompetansen under fødsel, men har måttet gjøre ting som har vært motsatt av hva som har følt naturlig. Merleau-Ponty anerkjenner i sin filosofi kroppens iboende kunnskap, og kroppen som subjektivt oppfattende av omverdenen .

Ken Wilber har i sin filosofiske og psykologiske tilnærming til menneskelig bevissthet satt fram en modell som integrerer ulike dimensjoner i den menneskelige eksistens på en måte som ingen andre har gjort før. Det er et helhetlig syn på mennesket som ser på kropp, sinn, sjel og ånd som aspekter i ulike bevissthetsnivåer mennesket kan erfare. En non-dual bevissthetstilstand, der det ikke er noe skille mellom en sjølv, ens kropps, og verden rundt, er i følge Wilber tilgjengelig for alle mennesker. Det er denne tilstand som kan være et mål med meditativt arbeid. Wilber sin filosofi er ekstremt omfattende, men gir et interessant blikk på mennesket, i det den anerkjenner og har spirituelle opplevelser som en naturlig del av det å være menneske. Han forklarer ikke transpersonlige erfaringer med en guddom utenfor oss selv, slik tidligere filosofer til dels kan ha gjort, f.eks Maslow. Dette mener Wilber er en forlengelse av en dualistisk tankegang. Transpersonlige opplevelser blir istedet sett på som en del av menneskelig bevissthet og væren (Wilber 1996). Bruscia fant hos Wilber en filosofi som hadde rom for de transpersonlige erfaringene mange gjorde i The Bonny Method of Guided Imagery & Music (GIM) (Wigram et.al 2002).

### **3.4.2. Kroppsterapeutiske perspektiver på kropp og bevissthet**

Innen psykologien har man tradisjonelt befunnet seg med psykologiske prosesser uavhengig av kroppen. Wilhelm Reich var den første psykologen som begynte å jobbe med sammenhengen mellom psykologisk forhold og muskelspenninger i kroppen. Han hevdet at psykologiske traumer satte seg som et muskelpanser i kroppen, og han utviklet en egen terapi, vegetoterapi, hvis mål var å løse opp disse muskelspenningene (i Bengtson 2002). I kjølvannet av Wilhelm Reich utviklet Alexander Lowen sin bioenergetiske analyse i 1956. Bioenergetisk analyse er

en terapiform som bygger på psykodynamisk forståelse, men den ser på sammenhenger mellom kropp og personlighet, og søker å utvikle det enkeltes menneskets muligheter til å oppleve glede og tilfredshet gjennom blant annet frigjøring av kroppslige spenninger som har oppstått gjennom traumer (ibid.).

Bodydynamic analyse utviklet seg som en ny kroppsterapeutisk retning på 80-tallet i Danmark. Det er en ressursorientert kropppsykodynamisk retning som har hentet inspirasjon fra blant annet Reich og Lowen. Lisbeth Marcher, grunnleggeren av Bodydynamic analyse, var opprinnelig avspenningspedagog, en terapiform hvis mål var å lære folk dyp avspenning. Hun avdekket sammenheng mellom psykologiske reaksjoner og muskelspenninger. Det nye i Marcher sin erkjennelse, var hennes fokus på både hypoton og hypertone muskulatur (underspent og overspent muskulatur), og de ubrukte ressursene som mennesket hadde tilgjengelig ved å styrke hypoton muskulatur, og redusere spenning i hypertone muskulatur. Dette mener de skjer ved bevisstgjøring av psykologiske forhold som har skapt over- og underspenning i gitt muskulatur (Jarlnæs 1995).

Bodydynamic analyse har gjennom mange år bygget opp sin kompetanse innen det de kaller psykologisk muskelfunksjon på erfaring. De erfarer en dyp sammenheng mellom kropp og bevissthet, godt uttrykt i utsagnet: “minding the body, embodying the mind” som blir et mål med terapien. Gjennom erfaringer i livet har hver enkelt av oss blitt påvirket på måter som har gjort noe med vår sansning av oss selv i verden. Bodydynamic analyse arbeider med tre hovedbegreper innen kroppssansning som grunnlag for å utvikle dypere kroppsbevissthet og bearbeide psykologisk materiale. Disse begrepene er grounding (å merke sin jordforbindelse), sentrering (å merke sitt kroppslige senter som man mener er midt i kroppen, det vil si inn mot ryggraden under navlen.) og grenser (ibid.). Ved å jobbe med økt bevissthet på disse kroppslige sansningene, og eventuelt hva som gjør det vanskelig å merke dette, vil man gradvis merke seg selv i møte med verden med økt kroppslig selvbevissthet. Bodydynamic analyse har også et spirituelt perspektiv i sitt menneskesyn, i den betydning av at det er noe utenfor den menneskelige bevissthet som er større enn oss selv. Spirituelle erfaringer blir utfra deres erfaring lettere å romme med en dyp kroppskontakt. Begrepet spirituell jordforbindelse understreker denne sammenhengen. Dessverre finnes det ikke vitenskapelig litteratur som innbefatter biodynamic analyse, men det er skrevet mye litteratur basert på deres erfaringer og funn.

### **3.4.3. Musikkterapeutisk fokus på kropp og bevissthet**

Innen musikkterapi er det også et voksende fokus på kroppens betydning. Musikkterapien har

alltid brukt ulike modaliteter inklusiv kropp i sammenheng med musikk. Musikkterapeut Ruth Eckhoff har jobbet med sammenheng mellom kropp og bevissthet aktivt, med bakgrunn i sin tyske kroppsterapeutiske utdanning integrativ terapi.

Den amerikanske musikkterapeuten Diane Austin, som jobber med vokal psykoterapi, har et kropps sentrert terapeutisk fokus, i sitt arbeid. Hun jobber med grounding og sentrering i forhold til kroppsbevissthet og tar i bruk ulike stemme- og kroppsøvelser. Hun bruker også toning som metode. Hun beskriver også klienter som har hatt spirituelle opplevelser gjennom vokal psykoterapi (Austin 2008).

I Bonny method of guided imagery of music (GIM) bruker man i innledningen metoder for avspenning og økt kroppssansning hos klienten. Erfaringsmessig vet man at økt kroppskontakt gjør det lettere komme i en endret bevissthetstilstand ved hjelp av musikken (Wigram 2002).

Musikkterapeuten Kjersti Johansson (2009) har i sin artikkel "Uten kropp, ingen musikk" tatt for seg kroppsfilosofi og kroppens rolle i musikkterapi. Hun beskriver hvordan kropp og kroppsformelser kan være en like viktig del av musikkterapien som selve musikken, og konkluderer med at en som musikkterapeut bør utvikle en kroppslig kompetanse på linje med en musikalsk kompetanse.

Gro Trondalen (2004, 2006, 2007) har både i sin doktoravhandling, *"Klingende relasjoner. En musikkterapistudie av "signifikante øyeblikk" i musikalsk samspill med unge mennesker med anoreksi"* og i flere artikler belyst betydningen av kroppen og sansning av denne i musikkterapi.

### **3.5. Hva er smerte, og hva påvirker opplevelsen av smerte.**

Opplevelsen av smerte er en viktig del av opplevelsen av å føde for de fleste kvinner. I denne undersøkelsen har jeg hatt fokus på hvordan aktiv stemmebruk har farget opplevelsen av å føde, og om aktiv stemmebruk kan endre smerteopplevelsen. Jeg vil her legge fram teori rundt hva smerte er, og hvilke faktorer som påvirker opplevelsen av smerte.

#### **3.5.1. Definisjon på smerte.**

Smerte er et begrep som både brukes til å beskrive vanskelige følelser og den sanseopplevelsen vi får når vi opplever fysisk ubehag, f.eks brenner oss eller skjærer oss (Rustøen & Wahl 2008). For meg som musikkterapeut uten medisinsk bakgrunn, er følgende ment som bakgrunn for å forstå smerte, og hva som kan gi smertelindring.



I dag er det International Association for Study of Pain (IASP) sin smertedefinisjonen fra 1994 som er mest brukt:

Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som en slik skade (ibid. : 25).

Denne definisjonen vektlegger at smerteopplevelsen alltid er subjektiv, den innehar både en fysisk og emosjonell komponent.

### **3.5.2. Teorier om smerte**

Forklaringene for hva smerte er, har utviklet seg i vår del av verden. Descartes hadde med sitt dualistiske syn på mennesket, et mekanistisk syn på kroppen, og forklarte smerte som en passiv overføring av signaler fra skadested til hjerne (Rustøen & Wahl 2008). I 1906 definerte Sherrington smertesansen som ”sansning av vevsskadelig stimuli”. Denne sansningen kalles nocisepsjon. Nocisepsjon er et nevrofysiologisk begrep. En nociseptiv stimulus er en vevsskadelig stimulus, f.eks slå tommelen med en hammer. Det fører til aktivering av nerveceller som kalles nociseptorer. Nocisepsjon er aktivitet i nociseptive nervebaner.

Smerte er et mer omfattende begrep enn nocisepsjon. Opplevelse av smerte krever en våken hjerne. Nocisepsjon skjer også under f.eks anestesi. Mennesker kan oppleve smerte uten at det skjer nocisepsjon, f.eks ved fantomsmerter. Men ofte er nocisepsjon en del av smerteopplevelsen. Neuropatisk smerte er smerte som er knyttet til ødelagte nerveceller ved f.eks traumer eller sykdom.

Vevspåvirkningen som skjer under fødsel gir en nociseptiv smerte (McMahon & Kolzenburg 2006). Denne teksten vil derfor omhandle nociseptive smerter.

### **3.5.3. Portkontrollteorien til Melzack og Wall**

Fram til 1965 var endimensjonale stimulus-respons teorier om smerte rådende. I 1965 ble den såkalte portkontrollteorien satt fram av psykologen Ronald Melzack og fysiologen Patrick David Wall (i Rustøen & Wahl 2008). Med den teorien forstår man opplevelsen av smerte ikke kun som et direkte resultat av aktivering av nociseptorer, men som et samspill mellom smerte overførende (nociseptive) og ikke-smerteoverførende (nonnociceptive) nevroner. Teorien forfekter at aktivering av nerver som ikke overfører smertesignaler kan forstyrre nerver som overfører smertesignaler, så personen ikke opplever smerte.

Smertesignaler blir sendt fra perifere steder i kroppen via ryggmargen til hjernen. I ryggmargens bakhorn finnes det spesialiserte celler som kan åpne eller lukke porten for

smerteimpulser fra periferien. Disse portcellene påvirkes både fra stimuli både fra det perifere og sentrale nervesystem. Eksempelvis kan en dempe smerter i kneet ved å massere lett; da mente man at nonnceptive nevroner ble aktivert og sendte impulser til ryggmargen, og de nociseptive nervefibrenes impuls ble hemmet i ryggmargens portceller.

Smerteopplevelsen betegnes som multidimensjonal og påvirkes i følge portkontrollteorien av tre ulike faktorer (Aasgaard 2006):

1. Sensorisk aspekt, det vil si smertens lokalisasjon, intensitet og tidsmønster. I forhold til fødsel, så er lokalisasjonen knyttet mest til underliv, mens intensiteten øker jo nærmere forløsning en kommer, og intervallene mellom smertene blir kortere og kortere.
2. Affektivt aspekt, det vil si følelser som oppstår under smerten, f.eks angst eller ubehag.
3. Kognitivt aspekt, vil si hvordan man tenker rundt og tolker smerten. I følge Rustøen & Wahl (2008) vil verstefallstenkning kunne virke ugunstig på smerteopplevelsen.

Med disse faktorene kan opplevelsen av smerte være kulturelt betinget, og også erfaringer med å håndtere og redusere smerten (Rustøen & Wahl 2008) Faktor 2 og 3 i portkontrollteorien gir oss en mulighet til å lære og håndtere enkelte typer smerter.

### **3.5.4. Nyere forskning og teori om smerte**

Nyere forskning viser at Melzack og Wall på mange områder hadde rett i sine hypoteser, men man har også funnet ut mer detaljert hvordan kroppens eget smertelindrende potensiale virker (ibid.). Man har funnet ut at smerteopplevelsen ikke bare påvirkes av de signalene som kommer til hjernen, men også av hvilken tilstand hjernen er i når signalene kommer. Forsøk viser hvordan hjerneaktiviteten under pågående nocisepsjon kan påvirkes av hva vi tenker på. Man har også forskningsmessig bevis for at placeboeffekt er en faktor som påvirker i forhold til smertelindring. Dette underbygger det kognitive aspektet i portkontrollteorien. Moderne scanning av hjernen avdekker stadig mer om hvordan samspillet mellom forskjellige hjerneområder er med på å bestemme smerteopplevelsen.

Danske fysikere ved Niels Bohrs institutt ved Københavns universitet mener i en ny hypotese at det er lydbølger som overfører nervesignaler mellom nervecellene. Deres funn er revolusjonerende, og de mener at elektriske signaler er et biprodukt av lydbølgene. Deres hypotese gjør at man nå bedre kan forstå hvorfor narkose virker. Dette er relativt ny og omdiskutert forskning, men kan gi en indikasjon på hvorfor produksjon av lydbølger selv gjennom aktiv stemmebruk, kan virke smertelindrende (i Palmgren 2008).

I det limbiske system finnes thalamus, som betegnes som en relèstasjon for sansestimulering. Smerte oppfattes av hjernen som sansestimulering, og blir bearbeidet i thalamus. Fra thalamus spres signalene til en rekke steder i hjernen, blant annet til sensorisk hjernebark hvor smerten lokaliseres. Signalene som blir sendt til andre områder i hjernen, er med på å bestemme om vi opplever smerte, og hvor sterk og plagsom smerten oppleves (Rustøen & Wahl 2008).

Thalamus sender signaler videre til hypothalamus. Hypothalamus regulerer utskillelsen av ulike signalstoffer i hjernen, blant annet de morfinlikende stoffene endogene opioider som endorfin og enkefaliner, og serotonin (ibid.). Disse stoffene er en del av de naturlige smertestillende stoffene som kroppen selv produserer når den er i ”trygghetsmodus”. Hypothalamus regulerer også utskillelse av angsthormonet adrenalin og noradrenalin, som hemmer virkningen av fødselstimulerende hormoner som oksytosin og endorfin (Wikipedia 2009). Disse stoffene skilles blant annet ut ved psykisk stress.

. Myskja (2006:148) oppsummerer hvorfor musikk kan virke smertelindrende:

”Musikk og smerte kan begge klassifiseres som sensorisk input som trigger emosjonelle prosesser. Lydsignalene til hjernen fra musikk behandles i det limbiske system, særlig thalamus og hypothalamus, på liknende måte som smertestimuli. Flere forskere hevder at det limbiske system oppfatter musikalske impulser av likeverdig intensitet som smerteimpulser. ....Det limbiske system kan ”velge” å ignorere smerten til fordel for musikken.”

Denne teorien gir et perspektiv som kan være betydningsfullt med tanke på smerter under fødsel; kan man overstyre smerteimpulsene i det limbiske system med annen stimuli som f.eks aktiv stemmebruk?

### **3.5.5. Melzack sin teori om nevromatrisen**

Nevromatrisen er et nettverk av nerveceller i hjernen som påvirker ulike sanseopplevelser, blant annet smerte. Melzack (I Rustøen & Wahl 2008) mener at alle våre sanseopplevelser er et resultat av dette nettverket. Nevromatrisen påvirkes av tidligere erfaringer, kroppens stressregulerende og hormonelle mekanismer. Nettverket er i utgangspunktet genetisk bestemt (ibid.).

Melzack (ibid.) fremholder at smerte er en kompleks persepsjon som formes av hjernemekanismer, samt av individets tidligere erfaringer, læring, kulturelle og psykologiske forhold . Man har altså ved forskning på sentrale signalbaner i hjernen og teorien om neuralt nettverk, funnet støtte i den flerdimensjonale definisjonen av smerte. Smerteopplevelsen påvirkes altså av sensoriske, affektive, emosjonelle og evaluerende/kognitive komponenter . I

forhold til aktive forsøk på smertelindring, så kan man hevde at smerteopplevelsen kan endres ved mange ulike tilnærminger.

### **3.5.6. Hva kjennetegner smerte knyttet til fødsel**

Fødsel er for de fleste en smertefull prosess. Smerter knyttet til fødsel er komplekse, og smertene arter seg ulikt i de ulike stadiene av en fødsel. Nervefibre i underlivet forbindes med sentralnervesystemet i nedre del av ryggraden. Fødselsleger bruker kunnskap om nervernes baner aktivt til anestesi for å redusere fødselssmerte (McDonald i McMahon & Koltzenburg 2006)

Utover de rent fysiologiske forhold som skjer under en fødsel, så er kvinner sterkt påvirket psykologisk på ulik måte. Forskning viser at opptil 20 % av kvinner som skal føde har fødselsangst, hvor hovedårsaken til angsten viser seg å være angst for fødselssmerten. En annen årsak til fødselsangst, er tidligere traumatisk fødselsopplevelse (Waldenstrøm 2007). Forskning viser en sammenheng mellom kvinners forventning til smerte og hvor mye smertelindring man fikk under fødsel. Det er en økende tendens til at kvinner ønsker en smertefri fødsel, det vil si mange ønsker medikamentell smertelindring tidlig i fødselsforløpet (ibid.).

I dag mener Waldenstrøm (2007) det er en økende tendens til at kvinner ønsker medisinsk smertelindring. Fra 1996-2002 skjedde det en dobling i antall kvinner som fikk epidural under fødselen ved norske sykehus, fra 10 % til 20 % (Barrat-Due, Hagen & Dahl 2005:2504). Denne økningen kan ha mange årsaker, og i disse tallene kan det også skjule seg en reduksjon i antall kvinner med fødselstraumer. Uansett så forteller både teori og erfaring at mengde smertelindring som blir gitt påvirkes av kvinnens innstilling til fødselssmerten.

I tidsskriftet til den norske legeförening har det vært en debatt om hvorvidt det er bra med den økende bruken av farmakologisk analgesi (smertelindring), hvor epidural er å foretrekke, eller om det å mestre smerten er bra for den fødende kvinnen og hennes barn. Argumenter for økende bruk av epidural, er kvinnenes ønsker og behov, og redusere det store antall kvinner som har traumer i forhold til fødsel. Epidural kan gi kvinnen i større grad en følelse av å ha kontroll og mestre smertene (Barrat-Due 2008:945). Mari Hagtvedt og Tine Eri (2008: 338) mener at for flertallet av de fødende, vil en normal fødsel uten medisinsk smertelindring være det beste. De støtter medisinsk smertelindring der det er nødvendig. Som hovedargumenter for et naturlig fødselsforløp skriver de :

Den hormonelle frigjøringen i et uforstyrret fødselsforløp er viktig for en god og rask tilknytningsprosess

mellom mor og barn, i tillegg vil fødselssmerten kunne fremme mestring, selvfølelse og selvtillit.

Doula er en person som som er tilstede under fødselen for å gi hjelp og støtte. Fordelene er godt dokumentert i randomiserte studier: redusert bruk av smertestillende tiltak, færre keisersnitt, færre instrumentelle fødsler og økt tilfredshet (Hem 2004:467; Backe, Øien, Eide, Nilsen, Schmidt, Schou & Taraldsen 2005:607). Hypotesen på hvorfor en doula har denne virkningen, er at bruk av doula gir de fødende en opplevelse av trygghet, som gjorde de avslappet. Dette kan igjen føre til reduksjon i produksjon av adrenalin, som hemmer virkningen av de fødselsstimulerende hormonene oksytosin og endorfin (Wikipedia 2009).

Det finnes ulike smertelindrende (analgesi) tiltak som kvinner vanligvis tilbys under fødsel. Farmakologiske tiltak gis med stor presisjon (Melzack & Wall 2003). Akupunktur tilbys ved enkelte fødeavdelinger. Psykologiske tiltak som å lære dybdeavspenning og kognitive teknikker kan være effektivt (ibid.). Musikkmedisinsk forskning gir grunnlag for å hevde at det å lytte til musikk kvinnen har et positivt forhold til, kan gi en smertelindrende effekt under fødsel (Browning 2000; Gaynor 2002; Clark et.al 1981; Hanser 1999).

### **3.6. Positiv psykologi**

Positiv psykologi er en gren av psykologien som velger å fokusere på mulighetene som ligger i de menneskelige ressurser, i motsetning til å ha fokus på problemer og sykdom. Martin Segelman blir sett på som opphavet til denne grenen av psykologien.

Innefor positiv psykologi har det lenge vært anerkjent at optimisme kan påvirke opplevelsen av smerte. Det som er nytt, er at stadig flere studier påviser fysiologiske smertelindrende forandringer som følge av positiv tenkning (Risholm Liverød, Sondre & Lee FitzGerald, Sumei 2009). Katastrofetanker forverrer opplevelsen av smerte, mens et mer positivt fokus gir redusert opplevelse av smerte. Denne nyere forskningen bekrefter dermed det kognitive aspektet i portkontrollteorien til Melzack og Wall. På samme måte vil angst og negative tanker rundt fødsel forverre opplevelsen av fødselen, inkludert opplevelsen av smerte. Årsaken til denne direkte sammenhengen, mener man er forårsaket av at smertesansen har en emosjonell og en kognitiv komponent, slik Melzack (i Rustøen & Wahl 2008) også hevder. Smerteopplevelsen påvirkes dermed av hvilken tilstand hjernen er i, når smerteimpulsen når hjernen.

Positiv psykologi kan gi et positivt bidrag til gravide kvinner, ved at man i møte med den gravide fokuserer på å styrke sterke sider og stimulerer ressurser. Faren i en slik

tankegang, kan være at kvinnen føler seg mislykket hvis det ikke går slik hun ønsker. Innen fødselstrenden ”naturlig fødsel”, utviklet av den franske fødselslegen Michel Odent (1984), har man i ettertid intervjuet mange kvinner som følte at de mislyktes i forhold til filosofien bak naturlig fødsel. Mange kvinner trengte psykoterapi i etterkant av fødselen, for å bearbeide følelsen av å ikke lykkes under fødselsarbeidet (McMahon & Koltzenburg 2006). Det er viktig å erkjenne og anerkjenne at ulike kvinner har ulik disposisjon kroppslig til å gjennomføre en fødsel.

Positiv psykologi blir forbundet med mange begreper som er beskrevet i kommende avsnitt.

### **3.6.1. Teori om selvstyrthet**

Innen positiv psykologi har man en teori om selvstyrthet, som kan gi interessante perspektiver i forhold til kvinner og fødsel. Teorien støtter en antagelse om at vi mennesker har en iboende tendens til å søke og oppnå psykologisk vekst og integritet. For oppnå dette mener man tre grunnleggende behov må tilfredstilles i følge Brudal (2006):

1. Behov for autonomi (man ønsker å organisere erfaringer og adferd selv.)
2. Behovet for kompetanse (man streber etter mestring og kontroll over egne handlinger og kontroll over konsekvenser av handlinger.)
3. Behovet for nære relasjoner til andre.

I et fødselsforløp, vil det ut fra punkt en være naturlig å la den fødende ha styringen, og lytte til egne impulser i størst mulig grad. Videre bør man utfra punkt to legge opp til at den fødende får en opplevelse av mestring og kontroll, det kan bety at jordmor må tre aktivt inn for å støtte og veilede den fødende kvinnen der det er behov for det. Disse faktorene er individuelle, og en bør ut fra dette syn i størst mulig grad legge opp til at de fødende kvinnene blir tatt i mot og støttet individuelt utfra hver enkelt persons preferanser og prosess i fødselen. Jordmoren blir en støtteperson som griper inn og veileder ved behov. I dette perspektivet vil noen kvinner trenge mye støtte og veiledning, mens andre vil være mer selvhjulpne.

### **3.6.2. Mestringsteorier og ”self-efficacy”**

Mestring er et begrep som blir brukt i forskjellige sammenhenger. Det blir blant annet brukt om et menneske sin evne til å takle ulike livshendelser, situasjoner og påkjenninger som overgår det man klarer på ren rutine. En annen definisjon på mestring, er en opplevelse av å

ha krefter til å møte utfordringer, og følelse å ha kontroll over eget liv (Store norske leksikon 2010). I følge overlege Egil Fors ved smertesenteret ved St Olavs hospital, vil opplevelse av å ha kontroll over situasjonen være viktigste årsak til at man opplever mestring (Thorsen 2008). Å ha en opplevelse av å mestre en situasjon, kan være med i en selvforsterkende positiv spiral; dette går bra. Det motsatte kan starte en negativ selvforsterkende prosess; dette går ikke.

Mestringsteori handler om hvilke forhold som bestemmer mestring i ulike situasjoner. Det finnes ulike mestringsteorier, men det er den amerikanske psykologen Richard Lazarus sin mestringsteori som er mest utbredt og anerkjent. Lazarus sin teori er en kognitiv teori, som ser på sammenhengen mellom hvordan en person vurderer en utfordring, og hvilke tiltak han setter i verk. Lazarus mener vi mennesker vurderer situasjonen utfra tre ulike muligheter, om situasjonen er en trussel mot en selv, om situasjonen kan gi et tap, eller om situasjonen er en utfordring. Utfra denne grovsorteringen, velger den enkelt så en handlingsstrategi (ibid.)

Andre forskere er opptatt av hvilke psykologiske og fysiologiske prosesser som er i forkant av denne kognitive prosessen i situasjonen. Sansemessig påvirkning og psykologiske forsvar kan påvirke denne prosessen. Mestringsevnen er påvirket av evne til teoretisk og emosjonell problemløsning. Evnen til mestring kan også økes gjennom å lære gjennom teori og ved erfaring (ibid.).

Sosialpsykologen Mihaly Csikszentmihalyi (i Brudal 2006) mener at mestring gir glede, og glede gir mestring. I forbindelse med opplevelse av mestring, så er det flere som påpeker opplevelse av flyt som en viktig faktor. Csikszentmihalyi har utviklet flyt- begrepet gjennom sin "Flow-theory". Flyt beskrives som at man går opp i en aktivitet med så stor tilstedeværelse at man glemmer seg selv, og er 100% tilstede i aktiviteten (Ruud 1998). I forhold til opplevelse av flyt og mestring, så opplever man i følge Csikszentmihalyi mestring når utfordringene er riktig i forhold til våre ferdigheter.

Den canadiske psykologen Albert Bandura (1994) har utviklet begrepet "self-efficacy", som man på norsk oversetter med mestringsforventninger. Vurdert mestringsforventning (perceived self-efficacy) er forbundet med mennesker sin tro på egne ressurser til å ha ferdigheter til å mestre utfordringer og hendelser i eget liv. Tro på egne mestringsforventninger påvirker i praksis livsvalg, motivasjonsnivå i forhold til utfordringer og kvaliteten på ens egen fungering. Mestringsforventninger påvirker også ens motstandsdyktighet ("resilience") i forhold til kriser og sårbarhet i forhold til stress og depresjon (ibid.).

I forhold til fødsel, så blir de fleste kvinner kastet ut i noe de ikke vet hvordan de

kommer til å mestre. Denne usikkerheten har nok de fleste kvinner med seg. Mestringsforventninger påvirkes i følge Bandura (ibid.) av fire hovedkilder. Sett i forhold til fødsel, vil disse fire kildene være:

1. Tidligere mestringsopplevelser, i dette tilfelle eventuelle tidligere fødselsopplevelser eller andre utfordrende oppgaver.
2. Sosial påvirkning: Hvordan kvinner rundt en har mestret fødsel; er det gode eller mindre gode erfaringer man hører i sine omgivelser?
3. Sosial overtalelse: Hvilken tro menneskene rundt en har om ens evne til å mestre situasjonen, vist gjennom verbal anerkjennelse. Dette påpeker sterkt betydningen av å være bevisst betydningen av et støttende og anerkjennende tone hos fødselspersonale og andre nærpersoner under svangerskap og fødsel.
4. Kroppslige og emosjonelle forhold; i forhold til fødsel kan det være mange variabler.

I følge Waldenstrøm (2007) opplever man i dag en dreining mot at flere kvinner ønsket å få medikamentell smertelindring tidligere enn før. Denne innstilling vil ut fra teorien om self-efficacy, kunne påvirke kvinnenes mestringsforventning i forhold til fødselen, ved at kvinnene mentalt reduserer sine egne mestringsforventninger til å takle fødselen uten medikamentell smertelindring.

### **3.6.3. Empowerment**

Empowerment er et begrep som man har forsøkt oversatt til mobilisering og myndiggjøring. Man har funnet ut at dette ikke dekker det opprinnelige begrepet tilstrekkelig. I en kronikk i Tidsskrift for Den norske legeforening diskuteres helsedepartementets ønsker om å bruke mer empowermentfilosofi i helsefremmende arbeid (Sørensen, Graff-Iversen, Haugstvedt, Enger-Karlsen, Narum & Nybø 2002). Der beskrives empowerment som følgende:

”Begrepet springer ut fra et humanistisk menneskesyn. Empowerment kan defineres som en prosess hvor individer, grupper eller samfunn mobiliserer ressurser til å håndtere sine utfordringer. Det motsatte av opplevd empowerment er maktesløshet.”

Innen musikkterapeutisk forskning har Randi Rolvsjord (2008) knyttet empowermentfilosofien til ressursorientert musikkterapi innen psykiatrien. I forhold til psykiatri settes begrepet i betydning av å ha makt og medbestemmelse i sitt eget liv. Utvikling av ressurser for å muliggjør dette, ses på som sentralt i empowermentfilosofien (ibid.).

I forhold til fødsel, kan begrepet gi en bevissthet knyttet til perspektivet om kvinnens iboende ressurser i forhold til fødsel, og gi en motivasjon til hvordan mobilisere disse.



Begrepet gir også perspektiver på selvbestemmelse i fødselsituasjonen. I forhold til fødselsforberedende arbeid, kan filosofien gi en inspirasjon til den enkelte kvinne til å bli bevisst sine egne ønsker og valg under fødselen, samt at kvinnen bør få mulighet til å lære å ta i bruk ulike ressurser hvis ønskelig.

Empowerment-filosofien ansvarliggjør ikke bare enkeltpersonen selv, men menneskene og samfunnet rundt hvert enkelt menneske. Det gjør empowerment-filosofien til et politisk prosjekt. I forhold til fødsel, så kan det gi seg utslag i alt fra utforming av fødesteder til kvalitet på oppfølging av gravide i svangerskap, fødsel og i barseltid.

### **3.6.4. Salutogenese**

Antonovsky (2002) har utviklet en salutogen helsemodell, som en motsetning til en patogen modell. Den salutogene modellen gir innspill til hvordan mennesket bedre kan ivareta sin helse, og hvilke sammenhenger som kan mobilisere og styrke den enkeltes ressurser ved sykdom. Med Antonovsky sitt grunnbegrep ”sense of coherence”, opplevelse av sammenheng, menes den enkeltes opplevelse av tilværelsen som meningsfull, forståelig og håndterlig (ibid.). Begrepet gir et aktivt innspill i forhold til betydningsfulle faktorer i å ivareta den enkeltes helse. Antonovsky beskriver hvordan den enkeltes motstandskraft påvirker den enkeltes evne til å håndtere stressutsatte situasjoner i livet. Motstandskraften til den enkelte påvirkes i følge Antonovsky av ”sense of coherence”.

Antonovsky sine teorier er ikke beskrevet i forhold til en så spesifikk stressutsatt situasjon som fødsel kan være. Jeg opplever allikevel at den salutogene modell kan gi inspirasjon til å belyse ulike forhold som kan ha betydning under en fødsel. For de fleste er fødsel en meningsfull situasjon. Hvorvidt selve fødselen oppleves som forståelig og håndterlig, avhenger av mange ulike faktorer. Disse faktorene kan blant annet påvirkes av intrapsykiske og fysiske prosesser i kvinnen, og hvordan fødselsmedhjelperne kommuniserer med den fødende kvinnen underveis. God informasjon kan være avgjørende her. Praktiske tips og støtte fra fødselsmedhjelperne kan også ha betydning.

Kvinner som opplever traumer knyttet til fødselen, har ofte opplevd å miste kontroll, har manglet informasjon om hva som skjer underveis, og en har ikke opplevd situasjonen som håndterlig (Johns 2009). Den enkelte kvinne har opplevd seg som et objekt for medisinsk behandling, mer enn et aktivt handlende subjekt. Antonovsky sin salutogene modell kan etter mitt skjønn gi inspirasjon til hva som kan fremme en god fødselsopplevelse hos den enkelte. En kan også spørre seg hva som skal til for å øke den enkelte kvinnes motstandskraft i fødselprosessen.

## 4. INFORMANTENES OPPLEVELSER

Kvinnene har fortalt om sine fødsler med entusiasme og innlevelse. Jeg har følt det som en ære å ha fått del i disse kvinners opplevelser med å føde. Under en fødsel er vi alle mennesker; det er noe vi må igjennom med de forutsetningene og erfaringene vi har. I et forsøk på å se sammenhenger og likheter i de ulike kvinnens erfaringer, er det en ting som er gjennomgående felles i alles historier; stemmen har vært et redskap som har hjulpet de til å få kontakt med ulike ressurser i seg. I dette kapitlet vil jeg først gi et kort resymè av hver kvinnes fødselsopplevelse, så vil jeg utdype deres fellestrekk og felleserfaringer nærmere. Felleserfaringene om hvordan den aktive stemmebruken påvirket opplevelsen av å føde er samlet i ulike temaer som har utkrystallisert seg fra intervjuene.

### 4.1. Syv ulike fødsler

#### **Astrid**

Astrid ble intervjuet om to fødsler. Begge fødslene kan beskrives som svært lange og utmattende. Under den første fødselen begynte hun å bruke stemmen intuitivt etter 20 timer. Stemmen hjalp henne å skape et rom for å holde ut smerten. Sangen gav henne en ro og trygghet undervegs, som hun mener var viktig for barnet. Under den andre fødselen hadde hun og partneren planlagt å bruke aktivt stemme og rytme som hjelp til å være i smerten. Hun beskriver samspillet mellom henne, babyen og partneren som givende for utviklingen av fødselen. Begge fødslene skjedde uten smertestillende medikamenter.

#### **Berit**

Fødte sitt barn alene på sykehus, opplevde at ”tonen kom som en gave” til henne undervegs i fødselen og hjalp henne å holde fast i seg selv. Jobbet med kropp, bevegelse og pust under svangerskap. Fødte uten smertestillende medikamenter.

#### **Cille**

Brukte stemmen aktivt under deler av fødselen etter å ha hørt om muligheten av meg. Opplevde at stemmen var til stor hjelp som smertelindring, inntil smertene ble så store at hun trengte medikamentell lindring i tillegg. Stemmebruken og sangen gav henne en stolthet som kvinne.

## **Dorte**

Kvinnen beskriver to ulike fødsler i samme intervju. Rammene rundt fødslene er medvirkende i hvilken grad hun tar i bruk stemmen som hjelp undervegs. Under den første fødselen som ble igangsatt, ble rytme og stemme et hjelpemiddel som hjalp henne å skape et psykisk rom hvor hun kunne være under de spesielle sykehusomstendighetene. Under den andre fødselen var alt så rolig og stille uten ytre innblanding, at stemmebruken ikke ble så fremtredende. Fødte uten smertelindrende medikamenter.

## **Ellen**

Ellen hadde det man kaller en grei førstegangsfødsel. Hun var i god form under fødselen, og hun tok i bruk stemmen som en naturlig del i det å puste. Hun kom inn i en ¾ dels rytme, hvor stemmen var 1-2 og innpust på 3. Dette mantraet gjentok hun hele tiden under hver ri, og i følge henne selv fikk hun stor hjelp av det. Hun fikk et holdepunkt som skapte en trygghet for henne. Aktiv stemmebruk i 2-3 timer. I utdrivingsfasen følte hun at selve stemmen tok over og gjorde jobben, og hun kom med lange uartikulerte lyder som hjalp under pressriene.

## **4.2. ”Tonen kom bare som en gave”**

Utsagnet i overskriften kom fra Berit. Hun sa det med en lattermild og takknemlig stemme.

Overskriften dekker vel opplevelsen som flere av kvinnene hadde, det å bruke stemmen kom som et naturlig uttrykk i prosessen. Av de jeg snakket med, var det kun en som hadde hørt på forhånd om mulighetene som lå i det å bruke stemmen aktivt under fødselen. De andre bare gjorde det av seg selv. De gjorde det, fordi det opplevdes som naturlig og godt.

Ellen forteller:

”Etter hvert fryktelig vondt. Sto masse i dusjen. Det var masse klang i veggene. Det var der jeg begynte med det ¾ dels mantraet mitt. Det bare kom naturlig. Det var snakk om å holde fokus på pust. Da virket det riktig for min del å lage lyd på en og to, og treke pusten inn på tre.”

Dorte har liknende erfaringer, og husker godt den første fødselen:

”Fødselen ble satt igang, og du er ikke herre over situasjonen. Det gjør noe med deg. Du er ikke herre over din egen setting. Det var akkurat som kroppen måtte sprengte seg et rom med lyd, rytme og stemme. Da merket jeg ikke at noen var der. Jeg lagde min egen hule på en måte.”

Astrid hadde glemt at hun hadde sunget under fødselen, inntil hun ved en anledning fikk et stikkord av meg i forhold til stemmebruk under fødselen. Hun begynte å synge etter 20 timer:

”Jeg tenkte ikke en gang på at jeg begynte å synge, men jeg gjorde det.”

Et spørsmål jeg stiller meg, er hvorvidt det å bruke stemmen slik disse kvinnene har gjort, er en naturlig ressurs som alle kvinner har til rådighet i fødselsarbeidet, hvis den enkelte klarer å lytte til impulsene som kroppen gir. Berit uttrykte det slik: ”Hvis man klarer å være tilstede i kroppen, og lytte til kroppens visdom....” Ellen fikk høre følgende fra jordmora når lydene økte i omfang: ”JA, nå tar hun fram urkvinnen i seg.”

### **4.3. ”Det var liksom som en sang fra dypet....”**

Alle kvinnene beskriver en måte å bruke stemmen på, som skiller seg fra det de er vant til med stemmebruk. Astrid beskriver sin måte å bruke stemmen på som følger:

”Og det var liksom som en sang fra dypet på en måte, ikke barnesang med tekst eller noe slikt.(...) Jeg kjente en sånn kontakt med jorden. (...) Jeg husker at det var ganske dypt. Ikke noe sånn trudelutt på toppen, men melodier som ble til der, en slags improvisasjon.(...) Det var sånn ursang, det følte så naturlig der og da. Det var det mest naturlige, det bare kom.”

Cille som var forberedt på å bruke stemmen sier:

”Når vi da var kommet på fødestua, brukte jeg stemmen på en måte som jeg ikke har brukt den før. Veldig sånn dyp. Jeg brukte en dypere stemme på en sånn brummende måte.”

Ellen brukte stemmen forskjellig i åpningsfasen og utdrivingsfasen:

”I åpningsfasen så gikk ¼ mantra mitt igjen og igjen. Toneleiet ble høyere jo mer vondt det ble.(...) I utdrivingsfasen bare ulte jeg. Det kom lyder ut av kroppen min som jeg ikke ante fantes. Jeg brølte. Den lyden der, kom den ut av kroppen min. Brøling/uling. Hele registeret. En følelse av kroppen min tar over. Det kom et ul fra nederst i magen som måtte trykkes opp, mens jeg måtte trykke ut.”

Hvilken kraft som kan ligge i stemmen, uttrykte Ellen med følgende erindring fra utdrivingsfasen: ”Det var som om stemmen min trykte ut ungen!” Ellen beskriver nærmest avt kroppen har tatt over hele styringa under fødselen, og hun følger bare med i de sterke kreftene, som jordmora støtter med å kommentere urkvinnen i Ellen. Disse beskrivelsene gir innblikk i en måte å bruke stemmen som er tett knyttet til kroppen. Det er som om kroppen selv vet hva som er riktig. Og disse kvinnene har tillit til kroppen sin, og lar det skje.

#### **4.4. ”Pust og stemme dannet en opplevelse av helhet”**

Å få kropp og psyke til å jobbe sammen, hjelper en i fødselarbeidet (Moland 2010). Det er påfallende hvor konkrete betraktninger kvinnen kom med uoppfordret i forhold til samspill mellom kropp og psyke, som Cille sa:

”Pusten og stemmebruk henger sterkt sammen, gav en opplevelse av å være tilstede i kroppen. Nettopp det å ha den kontakten med det dype, det indre her, gjorde at jeg kjente kroppen og var veldig tilstede i det.”

Dorte uttrykte seg som følger:

” Rytme, kropp og stemme, helt integrert. Du kan ikke skille det. Strømmer ut fra samme drive, kilde. Det er jo i det du slipper ned og lar deg hvile, aaaah. Stemmebruk hjalp til å slippe bekkenet og slappe av på en god/riktig måte. Du gir etter i bekkenet. Det er ikke når du holder deg oppe. Det er når du gir deg over. Rent muskulært, en ikke holdt posisjon, hvor du gir etter. Da du lar tyngden fra jorda under føttene. Det bærer deg, du gir etter at lyden kommer. Den overgivelsen der. Hvis du stenger av, så blir det annerledes.

Ellen støtter Dorte sin opplevelse:

”Stemmen var med å sentrere kroppen, så alt jobbet sammen som en helhet. Stemme-sjel-psyke henger sammen.. Stemme/Pust mantra gav en struktur som gav en forankring, et anker! ... Når det blir så vondt, blir du nesten redd for å miste deg sjøl. Ekstrem opplevelse, miste seg sjøl. (...) Lyd/mantra hjalp meg å holde fast i meg sjøl. Det høres kanskje sprøtt ut, men slik var det for meg. Dette ¾ mantra med pust og stemme, gikk igjen og igjen. Jeg klarte ikke gjøre noe annet. Det var rart. Hadde ingen ide om at hva som kom til å være.”

Mens Berit hadde følgende kommentar: ”Pust og stemme dannet en opplevelse av helhet. Dans og hofterotasjon, kropp i bevegelse sammen med stemmen gav god forankring. ”

Astrid har noen klare utsagn om betydningen å være tilstede. Hennes refleksjoner bygger på tidligere fødselserfaringer:

” Jeg tror det handler mer om det å være der, og gå inn i smerten I og med at den gjør at man blir mer nærværende, så får man også mer kontakt med kroppen. Og når man får mer kontakt med kroppen, så er det beroligende. Om man ikke er nærværende, og blir kjemperedd, og bare vil springe der i fra, så mister man kontakten med kroppen, og da alt som er vondt blir grusomt. Så du har ingen kontroll lengre, så det blir bare sånt stort vondt... Så det er en enorm forskjell.”

#### **4.5. ”Jeg lagde min egen hule på en måte”**

Flere av kvinnene beskriver hvordan stemmebruken var medvirkende til at de fikk en indre opplevelse av ro og trygghet. Opplevelsen av trygghet henger på en måte sammen med

opplevelse av kroppslig forankring og nærvær, nærmest som en følge av det. Jeg velger allikevel å skille det ut som et eget punkt, da trygghet som begrep inneholder ulike aspekter. Ellen beskriver hvordan mantraet gav en forankring og trygghet:

” Jeg skjønnte at jeg måtte finne et fokus for å takle smerten. Finne et fokus, et ankerfeste, et forankringspunkt som jeg kunne være i mens det var vondt. Det ble en slags trygghet i det mantraet. Når du er trygg er du rolig. Å lytte til min egen stemme, var en måte å holde fast på meg sjøl. ”

Dorte beskriver hvordan hun gjenetablerer en ro i seg selv i et urolig og masete sykehusmiljø.

”Det var akkurat som kroppen måtte sprengte seg et rom med lyd, rytme og stemme. Da merket jeg ikke at noen var der. Jeg lagde min egen hule på en måte. .... Du er jo helt utkjørt. Derfor husker jeg den fødselen som veldig, det urolige rundt som jeg måtte parerere med min egen organiske lydverden, det ble en boble, så det andre ble stille, det andre trådte tilbake.

Astrid har liknende erfaringer knyttet til hva som skjedde når hun brukte stemmen:

”...det var nesten som om jeg gikk inn i min egen verden da jeg sang, og det kjentes som om det var en stor hjelp at jeg behøvde på en måte å gå inn i en annen verden. Og det siste jeg behøvde var de utenfor, jordmødre og sånt. Det var jeg i vannet, og sangen, også kom det bilder. Det vakreste jeg har opplevd. Var et annet sted. Den ytre verden uvesentlig. ”

Fra en kritisk fase i fødselen husker hun følgende:

”Det jeg kanskje kommer til huske sterkest av sangen under denne fødselen er , var da jeg måtte opp av badekaret, og det ble en kritisk stemning i rommet, og jordmoren begynte å få en sånn rynke i pannen, det vi gjorde da var å sette oss (Pappan og henne) på sengen og syngte. Det var veldig sterkt og veldig veldig fint. Så i stedet for å bli grepet av panikk, så følte jeg at sangen samlet oss i sammen. Vi fikser det. Så sangen hadde både det at den samlet oss, og den roet .”

Dorte og Astrid beskriver at de ved hjelp av lyd, rytme og stemme lager sitt eget indre psykologiske rom, som de opplever som en befrielse fra den fysiske virkelighet. Astrid har flere beskrivelser av hennes opplevelse av ro og trygghet i en situasjon som lett kunne ha gitt helt andre opplevelser:

”Det er jo en kontakt med noe annet også. Det kjennes ikke som du er på klinikken på sykehuset. Du er et annet sted. Du går som jeg sa tidligere, til din egen verden. Og den har en kontakt med det, noenting mer. Med noe som er større. Det tror jeg på. Kontakt med en sånn jordisk kontakt, som jeg ikke har ellers, men som jeg har opplevd under fødsler og når jeg har hatt en baby. Da kjenner jeg en jordkontakt som jeg ikke kjenner ellers. Og i den ligger det også en trygghet, jeg fikk et bilde nå ”at jeg kan ramle baklengs, men det går bra.” ....Jeg tror at den følelsen av trygghet , den går litt i stykker ellers, så det har vært veldig tydelig at jeg har kjent den, og at

under fødselen kjente jeg en sånn urkraft, som jeg ikke hadde en anelse at jeg hadde i meg. Men som jeg har opplevd under fødslene som har vært helt fantastisk. Å kjenne den..... Vibrasjon i underliv og hjerte, no mind. Det er egentlig et slikt nivå som mange strever etter i meditasjon.”

Astrid sine beskrivelser er utrolige på den måten at hun opplever en trygghet hun sjelden opplever under en ekstrem krevende situasjon. Det forteller noe om hennes evne til å stole på kroppen og prosessen, og på hvilke ressurser vi har i kroppen.

#### **4.6.”Tonen bar meg gjennom smerten.”**

For de fleste kvinner forbindes fødsel med smerte. For kvinnene i denne undersøkelsen, var også opplevelsen av smerte sentral. Det som er spennende, er hvordan de uttrykker hvordan stemmearbeidet både hjalp de til å holde ut smerten, men også reduserte smerteopplevelsen. Berit beskriver hvordan tonen hjalp henne i smerten:

”Tonen bar meg gjennom den smerten, Tonen gav fokus, smerten ble uvesentlig. Den hjalp meg veldig i det. Og hver gang det kom en rie, så brukte jeg den tonen. Smerten ble ikke så vesentlig, det var tonen som ble vesentlig. Selvfølgelig kjente jeg smerten, men det var tonen som bar meg gjennom.”

Astrid uttaler seg på følgende måte:

”Stemmen gjorde at jeg kunne gå inn i smerten, ikke rømme fra den. Være tilstede. (...) Ved å spille og synge så tok vi smertetoppene, det er jeg helt sikker på. (...) Det er noe med rytmen, pulsen som går og går, det er veldig spesielt. Rytmen går dypere på en måte enn stemmen. ” Rytme gikk dypere enn sang, et dypere nærvær. Puls som gikk og gikk. Her og nå tilstede, reduserer opplevelsen av smerte. ”

Cille opplevde stemmen som en hjelp i starten av fødselen, og hadde etterhvert en svært positiv erfaring knyttet til medisinsk analgesi:

”..kan ikke jeg si at det ”ja det hadde en smertelindrende virkning”, men det vil være riktigere for meg å si at den var en hjelp til å holde ut smerten. Og i den grad den var smertelindrende så handlet det om den måten jeg brukte pusten på, det å slappe av, spenne av. Det er mer da som en avspenningsteknikk . ...Men jeg har jo erfaring med litt av den samme type stemmebruk gjør jeg når jeg har vondt i kroppen min. Hvis jeg har menses, eller influensavondt, eller så bruker jeg nok, tar i bruk stemmen min for å uttrykke smerte. ... Så kom den ekstra smerten, peker på hver side av hoftekammen, en kontinuerlig smerte som var der.Sinnsykt vondt, konstant. Riene av og på, 2 minutter halvt minutt pause. Da greide jeg ikke å være med, jeg ble bare kastet rundt. Prøvde å opp og stå, stemmebruk og alt mulig, men alt bare falt i fisk. Bare lystgass, hørte jordmora i det fjerne. Bruker lystgassen hele tida. Følgte med riene på skjerm (rød fødsel) Etter epidural, var det mulig å delta igjen. Jobbet aktivt med pusten, men ikke like mye med stemmen. Det var veldig mye med pusten. Innledende faser, stemmen, epidural, pust.”

Ellen tenker at redusert smerte ble en konsekvens av den indre roen hun etablerte med stemmebruken:

”Det ble en slags trygghet i det mantraet. Når du er trygg er du rolig. Kanskje det hjalp på smerten, i stedet for å bli opphisset og stressa fordi du ikke klarer å roe ned og mestre smertene.”

For Dorte var det smertelindring som var bakgrunn for stemmebruken:

”Det var primært det jeg gjorde det for , for å overdøve smerten. Ren smertelindring.Så merket jeg etterhvert det andre, at det gav et frirom.Hvor det andre forsvant. Det var jo en intuitiv drive for å lindre smertene. Jeg husker at smerten forsvant når lyden ble sterk nok. Jeg lagde jo ikke lyder når jeg ikke hadde det vondt. Så driven til å gjøre det var ren smertelindring (.....) Men når veene kom, så var det bare å sette i gang maskineriet, menasjeriet, det var akkurat som jeg trengte den hjelpen. Det var en enorm hjelp. Skuffet over å få en slik risteting i hendene. Den var så liten. Men den hjalp meg til at kroppen var i en rytmisk bevegelse, det var rytmen som drev kroppen til å tåle smerten. Ville ikke ha epidural, eller annet som tok vekk oppmerksomheten. Når kroppen var i en slik rytme, kom stemmen som et lydkomp til rytmen.”

#### **4.7. ”Jeg fikk en opplevelse av å mestre smertene”**

Alle disse kvinnen var stolte av å ha mestret smertene og fødselen slik de gjorde. De beskriver både en opplevelse av å mestre fødselene underveis tross store smerter, og en stolthet i etterkant av å ha mestret fødselen slik de gjorde. Ellen forteller:

”Gjennom mantra, stemme og pust fant jeg en ro som gjorde at jeg fikk en opplevelse av å mestre smertene (. .) Å herregud, hva er det jeg har klart. Forholdet til min egen kropp mye bedre etter fødselen. Tenk hva kroppen min har vært i stand til. Presset et menneske ut av kroppen min. Vet jo ikke hvordan det hadde vært vært med en annen fødsel. Jeg er kvinne, jeg har klart. Ser på kroppen min i et annet lys, ja, jeg har en kropp, og jeg er kvinne.”

Astrid formidler dette:

”Jeg kjenner en veldig stolthet at jeg klarte det, men samtidig kjenner jeg en stor ydmykhet at jeg kunne spille og synge, og at jeg har gjort det. Den opplevelsen er så sterk at jeg kunne ha gått gjennom ennå en fødsel, selv om den siste fødsel var så tøff at jeg (...) På et vis så kommer kontroll ut som en ny sans. Det er jo det som det gjør, man får mer kontroll. På en fin måte. Ikke sånn her, så gjør vi sånn her fordi det står i boken. Uten det er en kontroll som kommer innenfra. Jeg tror ikke på noen annen kontroll....Faktisk så gjorde det sånn at det involverede pappan også, siden vi sang sammen. Han hadde et sted å gjøre av seg, var ikke til overs slik man kan lese om at enkelte pappar føler seg.”

Cille forteller om hvilken stolthet pappan følte når jordmødrene kommenterte stemmebruken



under fødselen, og hun poengterer at å kunne være tydelig med ord i forhold til egne behov og si ifra under fødselen, også var viktig for henne:

”Pappan delte med stolthet det at ”jeg var sanger”. For det ble kommentert at jeg hadde så god bruk av stemme og pust. Jordmora var veldig imponert hvordan jeg tok de riene som kom. .... Det jeg vil understreke er betydningen av å bruke stemmen på alle måter under fødselen, det tenker jeg . Jeg brukte stemmen aktivt i forhold til det å meddele meg sjøl undervegs. Og det er ikke noen selvfølge at man greier. I den grad man tier, kvinner som opplever sjanse/flauhet ved å bruke stemmen, såne ting er jeg glad jeg har sluppet.

Berit sier med få ord, når jeg spør henne direkte om hennes syn på fødselen i etterkant, og hva hun klarte: ”Jeg er jo stolt av det, jeg synes det er flott. ”

Dorte beskriver hva stemmearbeidet gjorde med hennes følelse av kontroll undervegs, og hva som skjedde når med henne når hun trengte medisinsk assistanse til forløsningen:

”Min organisk lydverden ble som motlyd til sykehusstøy. Det gjorde at jeg følte jeg hadde kontrollen i en ukontrollerbar situasjon. ....Etterpå endte det med tang og sugekopp, og da blir man bare pasient. Da var det de enkle fødelydene, ahhh. Da var jeg helt overgitt til andre. Vi må klippe, 4 leger og 3 jordmødre og.... Da er du ikke herre over din egen fødsel. Da forsvant følelsen av å være en del av sin egen drive. Da var det beina opp istedet for beina ned osv. Da ble jeg passivisert, og gjorde bare slik jeg fikk beskjed om. Og da husker jeg at sangen forstummet. Det var ikke plass til det. Også er man så sliten at man ikke orker mer. Du er jo helt utkjørt.

Utsagnene til Dorte beskriver for henne store forskjeller i fødselsopplevelsen, fra å være en aktiv fødende kvinne, til etter hvert å ha en opplevelse av å være en passiv pasient. Det påvirket også hennes stemmebruk i prosessen.

## **4.8. Oppsummering av resultatene i undersøkelsen**

Kvinnene beskriver kun positive erfaringer knyttet til det å bruke stemmen aktivt under fødselen. De har lagd lyder, og improvisert melodier, og flere har positiv erfaring med å bruke stemmen rytmisk. Stemmebruken har hjulpet de til å merke seg selv og sin kropp, de beskriver en opplevelse av trygghet og mestring, samt at de erfarte at stemmearbeidet hadde en smertelindrende effekt. Selv kan jeg kjenne meg igjen i mange av de fødselsopplevelsene som disse kvinnene har beskrevet. Min erfaring skiller seg ved at jeg sang en konkret sang, i stedet for å improvisere. Kvinnene som Unni Johns (2009) beskrev, sang også sanger, enten høyt eller inne i seg. Virkningen av å bruke stemmen aktivt under fødsel, har nok gitt positive opplevelser uavhengig på hvilken måte man har brukt stemmen.

## 5. DRØFTING

Jeg vil i drøftingene av empirien, ta utgangspunkt i de ulike temaene som utkrystalliserte seg i bearbeidingen av intervjuene. Resultatene blir så drøftet i forhold til definisjoner av musikkterapi og aktiv stemmebruk sett i lys av et humanistisk syn på musikkterapi. Undervegs drøfter jeg hvilke utfordringer som ligger i det å bruke stemmen aktivt under fødsel for andre kvinner. Til slutt beskriver jeg ulike muligheter for å formidle innholdet i studien og hvordan jobbe videre med temaet for denne oppgaven.

### 5.1. Inspirasjon og stemmekvalitet

Kvinnene i undersøkelsen beskriver en veldig naturlig tilgang til sin stemme under fødsel. Stemmebruken som disse kvinnene beskriver er forskjellig. Det som er felles, er at de beskriver en kroppslig forankret stemme som i hovedsak ligger i dypere leie av den kvinnelige normalstemme. Noen ganger beveger de seg oppover i toneleie. Noen holder seg på enkelttoner, mens andre improviserer enkle melodier med glissandoer mellom tonene. Ingen synger kjente sanger. Intensiteten i stemmens styrke avhenger av intensiteten i opplevelsen der og da, enten det være seg økende smerte eller ytre støy i form av sykehuskaos. Rytmask bruk av stemme og instrumenter beskrives av tre kvinner. En beskriver rytmisk stemmebruk som er med på å strukturere pust, mens de to andre bruker ytre instrumenter, både musikkinstrumenter og ting som kan lage lyd.

Denne formen for stemmebruk kan neppe defineres som musikk i tradisjonell vestlig forstand. Kvinnene beskriver heller ikke sine opplevelser som musikalske opplevelser, selv om deres erfaring med stemmebruk i vår begrepsverden ligger nærmest sang. Innenfor en musikkterapeutisk musikkforståelse, beskrives musikk langt utover vanlige musikalske normer, og musikkterapien utfordrer vår musikkforståelse ved å se på i hvilken kontekst uttrykket skjer (Ruud 2008). Det kan gi den aktive stemmebruken et musikalsk innhold i en kontekstuell ramme; stemmebruken var et uttrykk for indre emosjoner og spenninger aktivt uttrykt på en improviserende måte med musikalske elementer som rytme, tonehøyde, klang, glissando og styrke i øyeblikket.

Teoretisk kan man anta at deres improviserende stemmebruk er nær den refleksive bruk av stemmen, som kjennetegner primærstemmen (Brown 1996). Den form for selvregulering av ulike prosesser som kvinnene beskriver, kan også beskrives som en slags

toning (Myskja 1999; Austin 2008). Både toning og primærstemmen beskriver vårt stemmeuttrykk som indre ressurser alle mennesker har til rådighet, men som vi er avlært gjennom kulturell påvirkning gjennom oppvekst (Brown 1996).

Wolfson kalte stemmen "the muscle of the soul" (Storm 2007). De ulike typene stemmebruk og variasjonsbredde i forhold til intensitet, rytmisk bruk, glissandoer og improvisasjoner under fødselen understreker Wolfson sitt begrep. De uttrykker sitt indre gjennom stemmen. I Roy Hart metodikk som bygger på Wolfson sitt arbeid, jobber man med den nære forbindelsen som er mellom kroppslig nærvær og stemmens variasjonsmuligheter for å utvikle stemmens potensiale (Bragstad 2007). Alle kvinnene beskriver den nære sammenhengen mellom stemmen og kroppslig forankring. Disse kvinnene har brukt stemmen aktivt som et verktøy under fødselen. For de fleste har de bare gjort det spontant, fordi det føltes naturlig der og da. I den sammenheng opplever de en sterk kroppslig forankring. Deres erfaring understreker den sterke forbindelsen som Roy Hart mener det er mellom kropp og stemme.

Ellen uttrykker at stemmen gjorde jobben med å "presse ut ungen". Hun formidler hvilken enorm kraft som kan ligge i stemmen. I dette tilfelle blir det vanskelig å skille kroppen og stemmen. Det høres ut for meg som om kropp og stemme jobber sammen i en total enhet som gjør jobben som skal gjøres; "å få ut ungen". Det er som hun erfarer i praksis den totale forbindelsen mellom kropp og sinn gjennom stemmebruk, som blir beskrevet innen tibetansk buddhisme (Gaynor 2002). For Ellen virker det som om hun får en total opplevelse av denne mulige forbindelse, når hun virkelig trengte det.

Fire av disse kvinnene fikk kontakt med stemmen som ressurs intuitivt under fødselen. Jeg vil utfra samtaler med andre kvinner om deres erfaringer knyttet til fødsel samt egen erfaring mene at ikke alle får denne kontakten intuitivt. En av mine informanter mente det ville være feil å informere om potensialet som ligger i aktivt stemmebruk under fødselen, at det måtte komme intuitivt. Det er jeg uenig i. Den ene kvinnen hadde stor glede av vite om stemmen som mulig ressurs på forhånd, og brukte denne da det ble naturlig. Min egen erfaring var også utelukkende positiv i forhold til å bestemme meg på forhånd til å bruke stemmen. Unni Johns (2009) har også i sitt arbeid formidlet muligheten som ligger i å bruke stemmen for sine klienter som sliter med angst for å føde. Og hvis det er som Brown hevder, at vi kulturelt er avlært å bruke stemmen på en intuitiv måte i ulike livssituasjoner, så vil det være nyttig å trene og bli bevisst denne mulige ressursen før fødselen. Mange mennesker lider også av stemmeskam og er redde for å bruke stemmen (Schei 1998; Persen 2005). Denne realiteten tydeliggjør behovet for å bevisstgjøre og trene på å bruke stemmen friere. Kan

hende at med en bevissthet på stemmens mulighet og litt trening at kvinner lettere får kontakt med de ressursene som finnes i kroppen.

## **5.2. Opplevelse av kroppslig forankring og nærvær**

Alle kvinnene beskriver hvordan stemmen gir dem en kroppslig forankring, stemmen ble ”et anker” som Ellen uttrykte det. Hvorfor kvinnene opplever at stemmebruken gav de en kroppslig forankring, er på den ene side selvinnlýsende, men på den andre vanskelig å forklare grundig.

Når man bruker stemmen aktivt, så aktiverer man ulike muskler i hele kroppen. Stemmebruk aktiverer alt fra muskler rundt stemmebåndene, til større muskelgrupper i torso (Brown 1996). Å bruke musklene i kroppen aktivt, samtidig som kroppen jobber i fødsel, tenker jeg utfra erfaring at er positivt. Å aktivere musklene gjennom stemmen gjør deg til en aktiv part i fødselsarbeidet, i stedet for i en passiv tilstand. Når man aktivt bruker muskulatur, merker man sin kropp bedre. Under fødsel er det ikke så mange ting man orker å gjøre, på grunn av smertene. Aktiv stemmebruk er kanskje det enkleste man kan gjøre som aktiverer mange muskler effektivt under fødsel.

Stemmebruk kan utfra min erfaring være en aktiv motkraft muskulært til de enorme kreftene når livmora knyter seg sammen i en ri.

Stemmearbeidet kan også stimulere til rytmisk bevegelse i hele kroppen, slik to av kvinnene beskriver. Rytmisk aktivitet i kroppen, kan også forsterke opplevelsen av å merke sin egen kropp, å ha en kroppslig forankring. Rytmisk stimulering kan aktivere det rektikulære aktiveringssystemet på en god måte, som stimulerer en positiv kroppslig energi og ”drive” (Myskja & Lindbæk 2000).

Stemmebruk gir resonans i kroppen, noe som kan hjelpe oss i å merke vår egen kropp (Reznikoff 1994). Disse kvinnene sang på vokaler i flere timer i strekk. I et terapeutisk forløp synger man som regel ikke mer enn 30 minutter. De fødende har med sin sang brukt stemmen over et langt tidsrom, noe som antagelig kan ha befestet deres opplevelse av kroppslig forankring.

Moland (2010) anbefaler kvinner å jobbe for en kroppslig tilstand hvor man jobber med riene og smertene, og at man gir seg hen til fødekraftene i kroppen. Det virker utfra informantenes erfaringer, at de har klart dette intuitivt, hvor aktiv stemmebruk har vært til stor hjelp. Dorte beskriver hvordan det er lettere å følge kroppens naturlige bevegelser og gi seg hen til impulsene med lyd enn uten. Hun beskriver hvordan bekkenet naturlig jobber med

kroppen på en riktig måte med lyd. Jeg har forsøkt å forestille meg en ri og bruke lyd, og det samme uten å lage lyd. Kroppslig skjer det forskjellige ting i bekkenet med og uten lyd slik Dorte beskriver. Det er veldig interessant, hvis det kan være slik at lyden kan bli en veileder som viser en hvordan en kan bruke kroppen mer hensiktsmessig under fødselen.

Aktiv stemmebruk påvirker også pusten. De fleste kvinner kjenner til anbefalingene om å puste rolig under fødselen, og mange har lært ulike pusteøvelser på fødselsforberedende kurs. Innen yoga for gravide, som er et populært fødselsforberedende tilbud for gravide, er også å lære kroppslig fokus gjennom ulike pusteøvelser sentralt. Selv erfarte jeg at stemmen fungerte som en slags ventil på utpust, noe som hjalp meg til å puste rolig under hver ri, i stedet for å nærmest hyperventilere for å holde ut smerten. Unni Johns mente at stemmebruken hjalp den fødende kvinnen å regulere pusten, og det var det mest virksomme element i forhold til å bruke stemmen under fødsel. Å puste rolig kan også hjelpe en å holde kroppslig fokus, og ikke miste kontrollen ved angst. Ved angsttilstander puster man mindre dypt, og man puster hurtigere. Dette er det motsatte av det som blir anbefalt under fødsel, men som er så lett å gjøre hvis en blir redd (Gaynor 2002). Jeg mener det finnes grunnlag for å hevde at stemmebruk kan påvirke kvinnen til å puste hensiktsmessig under fødsel, og at dette er en medvirkende årsak til at kvinnene opplevde et sterkt kroppslig fokus og nærvær under fødselen.

Flere uttrykker at de merket en god kroppslig jording (grounding) under fødselen, og at stemmebruken var medvirkende i forhold til det. Austin(2008) beskriver hvordan hun i sitt arbeid får klientene sine til å chante for å få bedre jording. Hun erfarer at chanting sammen med rytmisk trommebruk er et effektivt virkemiddel for økt opplevelse av jording. Hennes erfaring gir et holdepunkt som støtter de erfaringene kvinnene i undersøkelsen har.

### **5.3. Opplevelse av trygghet**

Kvinnene i undersøkelsen har spesifisert hvordan den aktive stemmebruken gav de en kroppslig forankring som gav en opplevelse av trygghet og tilstedeværelse. En av kvinnene valgte å synge når fødselen var i en kritisk fase, og beholdt roen i seg selv ved hjelp av det. De beskriver direkte hvordan stemmebruken gav de en opplevelse av å mestre smertene, så man kunne være i smertene, i stedet for å forsøke å flykte fra de.

Fysiologisk kan dette mulig forklares med hva som skjer i det autonome nervesystem når vi føler oss trygge versus utrygge. Opplevelse av trygghet er en grunnleggende ting for oss mennesker. Når vi er trygge, slapper vi bedre av, det er den parasympatiske delen av det

autonome nervesystem som sammen med hormonene endorfin og enkefalin gir oss en opplevelse av velvære og ro. Ved utrygghet, så slås alarmberedskapen på ved hjelp av den sympatiske delen av nervesystemet. Denne alarmberedskap trenger vi hvis vi er utsatt for fare. Denne beredskapen stimulerer uskillelsen av hormonene adrenalin og noradrenalin som stimulerer kroppens organer til å være i kamp/fluktberedskap. Aktiv stemmebruk stimulerer strupehodet som er forbundet med nervefibre til medulla oblongata. Medulla oblongata styrer som tidligere nevnt autonome prosesser, og aktiv stemmebruk kan derfor mulig direkte påvirke de autonome prosesser på en mer direkte måte enn f.eks bare ved å fokusere på pust.

Når man har sterke smerter, er det ikke uvanlig å bli redd selve smerten. Angst og smerter kan blokkere mestringssystemet vårt og gi en selvforsterkende symptomsirkel (Myskja 2006). Redsel for smerten og eventuell angst kan gjøre at den fødende kvinner jobber mot de naturlige prosessene, og fødselen kan reelt sett ta lenger tid enn nødvendig. Dette er uheldig både for den fødende kvinnen og barnet. Kvinnene i denne undersøkelsen hevder nettopp at de ikke jobber mot, men med fødekraftene, og at det er stemmebruken som hjelper de i den prosessen. Fødende er ofte redde, noe som lett kan kutte forbindelsen til normal bevissthet. Reznikoff (1994) hevder at ved å bruke stemmen kan den fødende gjenopprette kontakten med dype nivåer av kroppsbevissthet, og på den måten lettere følge veene naturlig som bølger på et hav, istedet for å jobbe i mot dem. Han har støtte i sitt syn etter samarbeid med franske fødselsleger. Kanskje er det en sammenheng mellom Reznikoff sine erfaringer, nevromatrisen til Melzack (Rustøen & Wahl 2008) og teorien om musikk som hardwire til et indre musikalsk nettverk hos mennesket (Trewarthen & Mallock 2000)? Man kan undre seg hvorvidt aktivt stemmearbeid kan påvirke nettverk i hjernen til å jobbe mest mulig hensiktsmessig sammen? Ut fra erfaringene til kvinnene i denne undersøkelsen, mener jeg at teorien til Reznikoff (2004), Melzac (Rustøen & Wahl 2008), Trewarthen og Mallock (2000) kan være med å gi oss en nevrologisk forståelse for denne muligheten.

Som beskrevet mer utførlig i kapittel 4, om hva som kan skje fysiologisk og nevrologisk når man bruker stemmen, så er det grunnlag for å hevde at opplevelsene kvinnene i undersøkelsen har, skyldes at de har kommet på rett spor i prosessen, og fått i gang kroppen sitt eget smertelindrende system, og med det fått til en økt produksjon av velværehormonene endorfin og enkefalin, som man vet kan produseres ved sang. At stemmebruk indirekte dermed virker angstreduserende, er i seg selv smertelindrende.

Det er derfor grunnlag for å hevde at de positive fysiologiske og psykologiske endringene som skjer med aktiv stemmebruk, kan virke angstreduserende. Dette gir trolig kvinnene den opplevelse av trygghet som de beskriver, som igjen virker gunstig i forhold til

opplevelsen av smerte, som igjen vil påvirke opplevelsen av trygghet. Her er det med andre ord snakk om prosesser som påvirker hverandre gjensidig, og man får kanskje en synergieffekt.

### **5.3.1. Opplevelse av endret bevissthetstilstand**

En av kvinnene opplevde at hun ved å bruke stemmen kom i en tilstand hvor kun det var henne, vannet og stemmen som var viktig. I denne tilstand kom det også mange bilder i hennes indre verden. Hun beskriver at hun var i dyp samhørighet med seg selv, babyen og jorden. Denne tilstand varte i mange timer, og hun beskriver det som noe av det vakreste hun har opplevd i sitt liv, tross sterke smerter. Denne erfaringen kan beskrives som dypt eksistensiell og spirituell. Wilber (1996) mener alle mennesker har tilgang på slike opplevelser, opplevelsen av total enhet med seg selv og omgivelsene.

Hennes erfaring er mulig å forstå ut fra hjernebølgenes forskjellige frekvenser. Hun har med stor sannsynlighet kommet over i en bevissthetstilstand preget av alfabølger, kanskje også med innslag av thetabølger. Ved å fokusere på stemmen f.eks som ved toning, har man mulighet til å endre hjernebølgenes frekvenser og dermed vårt bevissthetsnivå. Hun beskriver en monoton sang med improvisert stemmebruk som broen over til denne tilstanden. I ulike kulturer bruker man repeterende monotone sanger og rytmiske mønstre som hjelpemiddel til å nå transelignende tilstander. Både en bevissthetstilstand med hovedvekt av alfabølger og thetabølger er preget av dyp avspenning, ro og indre billeddannelse, noe som samsvarer godt med kvinnens egen opplevelse.

Astrid beskriver tilstanden som en no-mind tilstand som mange tilstreber gjennom meditasjon. Under meditasjon reduseres mengden beta-bølger i hjernen, og mengden av alfa og thetabølger øker i våken tilstand. Det finnes mange meditasjonsteknikker for å klare dette, hvor bruk av lyd på ulike måter er en av disse. Ut fra dette kan man anta at Astrid var i en slags meditativ tilstand under deler av fødselen.

Psykologisk kan hennes opplevelse mulig beskrives med begrepet flyt innenfor terminologien til psykologen Mihaly Csikszentmihalyi. Han beskriver opplevelser hvor hendelser følger hverandre i en enhetlig, organisk måte uten at vår bevissthet styrer den. Han beskriver at vi føler at vi har full kontroll i situasjonen, samtidig som vi er i et med situasjonen. Han beskriver en full og hel tilstedeværelse i nuet (Ruud 1998).

En tilstand slik Astrid har vært i, er vanskelig å beskrive med våre hverdagslige ord og begreper. Våre ord og begreper blir utfra mitt skjønne fattige i forhold til å slike opplevelser. Men kanskje er det slik, at vi i forsøket på å beskrive en slik opplevelse utenfra, får med

bruddstykker av helheten, som kan gi oss et lite innblikk i dybden i Astrid sin opplevelse. Det var hennes stemmebruk som var en bro over til denne tilstanden, og at hun fikk impulsen til å synge av seg selv for å utholde smerten. Det synes jeg er utrolig vakkert, og forteller meg noe om kraften og muligheten som kan ligge i aktiv stemmebruk. Denne historien ble for meg en viktig inspirasjon til å jobbe videre med oppgaven; her var en dybde i betydningen av å bruke stemmen som jeg ikke hadde drømt om på forhånd. Da jeg startet med å jobbe med dette masterprosjektet, trodde jeg kanskje min positive erfaring knyttet til aktiv stemmebruk under fødsel var mest virksom under korte, enkle fødsler, slik jeg selv hadde opplevd det. Jeg tenkte at stemmen ikke ville gi nok ”kraft” i ekstreme fødselssituasjoner som denne kvinnen opplevde. Men hennes beskrivelser gjorde mine begrensede tanker til skamme; aktiv stemmebruk og musikalsk aktivitet ble for henne et viktig redskap for å mestre smerter og ekstreme påkjenninger. Det som kunne ha endt som et mareritt, endte med å bli ”det vakreste hun noen gang har opplevd”.

## **5.4. Opplevelse av smerte**

Kvinnene i undersøkelsen beskriver på ulike måter hvordan stemmebruk enten virket direkte smertelindrende, eller hvordan de ved hjelp av stemmebruken fikk en forankring som hjalp de til å være i smerten. Den aktive stemmebruken ble en viktig faktor i forhold til opplevelsen av smerte undervegs. I forhold til teorier om smertens fysiologi, finnes flere mulige forklaringer på den smertelindrende effekten alle kvinnene opplevde. Disse forklaringene kan deles i to hovedkategorier; psykologiske og fysiologiske forhold.

### **5.4.1. Fysiologiske og nevrologiske forhold som påvirker smerteopplevelsen**

Når smerteimpulsene når hjernen, er det flere forhold som påvirker hvordan signalene blir tolket i thalamus, før de blir sendt videre til andre deler av hjernen. Thalamus fungerer som en relèstasjon for ulike sanseimpulser, hvor smerte er en form for sanseimpuls. Man vet at andre former for sanseimpulser kan overstyre smerteimpulsene, så de ikke kommer fram til thalamus. Aktiv stemmebruk gir forskjellig sansestimulering i kroppen. Hørselen påvirkes direkte gjennom lydene som lages. Vibrasjonene i kroppen som skapes gjennom stemmebruk, fanges opp i det somasensoriske system i kroppen. Vibrasjoner og smerte oppfattes begge i denne delen av det sensoriske nervesystem. Hypotetisk kan man derfor gjennom aktiv stemmebruk påvirke sansene i kroppen, og disse nervesignalene kan overstyre smerteimpulsene. Fra smerteforskning vet man også at ulik sansestimulering kan få



portcellene i bakhornene i ryggmargen til ikke å videresende smerteimpulser, da de i stedet videresender annen form for sansesestimulering jf. portkontrollteorien. Så vidt jeg forstår, kan derfor påvirkning av det somatosensoriske system gjennom vibrasjonene som oppstår ved stemmebruk, overstyre smerteimpulsene allerede i ryggmargen.

Forskning på vibroakustisk terapi (VAT) har funnet ut at det å stimulere kroppen med lave frekvenser mellom 40-100 Hz og musikk virker smertestillende for ulike pasientgrupper (Wigram et.al 2002). Resonansen man oppnår i kroppen ved å bruke stemmen aktivt, gir også en slags vibrasjonsstimulering av deler av kroppen. Aktiv stemmebruk for kvinner beveger seg antagelig i frekvensområdet fra ca 150 Hz og oppover. Om denne vibrasjonsstimuleringa som skjer ved aktiv stemmebruk kan sammenliknes direkte med VAT, er usikkert. Men den kan gi inspirasjon til videre utforskning rundt temaet smertelindring gjennom aktiv stemmebruk.

Hvis det er riktig at det er lydbølger som overfører nervesignaler mellom nervecellene (Palmgren 2008), så gir det interessante muligheter for å tenke hvordan lyd og frekvenser kan påvirke på menneskets organisme. Denne hypotesen peker kanskje fremover om framtidens forskning på mennesket og forholdet til lyd og musikk.

#### **5.4.2. Påvirkning av det endokrine system; hormonutskillelse**

Man vet at musikklytting og sang kan påvirke kroppens eget smertelindrende system, og fremme utskillelse av velværehormoner (Myskja 2006). Alle kvinnene i undersøkelsen påpekte kroppslig forankring og ro som et resultat av deres bruk av stemmen. Disse erfaringene kan være medvirkende til å regulere en gunstig hormonutskillelse som stimulerer fødselsstimulerende hormoner, slik man mener skjer ved bruk av doula (Wikipedia 2010). Dette kan være en medvirkende forklaring på hvorfor disse kvinnene merket en smertelindrende effekt av å bruke stemmen under fødselen. Kvinnene i undersøkelsen improviserte melodier selv. Kanskje kan man fremme en gunstig hormonutskillelse også ved å synge sanger man har et positivt emosjonelt forhold til. Det har som tidligere nevnt de kvinner som Unni Johns jobbet med, gjort med positivt resultat under fødselen. Min egen erfaring er også i denne kategori.

#### **5.4.3. Psykologiske forhold som påvirker opplevelsen av smerte**

Melzack hevder i sin nyere smerteforskning, at opplevelsen av smerte er en kompleks persepsjon som formes av hjernemekanismer, tidligere erfaringer, læring, kulturelle og psykologiske forhold. Den sanselige smerteopplevelsen fanges opp i noe Melzack kaller

nevromatrisen. Denne påvirkes av tidligere erfaringer, kroppens stressregulerende og hormonelle mekanismer (Rustøen & Wahl 2008). Dette støtter den eldre teorien om at opplevelsen av smerte påvirkes av affektive og kognitive aspekter.

Med utgangspunkt i positiv psykologi, kan man hevde at optimisme og tro på egne ressurser, reduserer opplevelsen av smerte. På samme måte vil angst og negative tanker rundt fødsel forverre opplevelsen av fødselen, inkludert opplevelsen av smerte. Årsaken til denne direkte sammenhengen, mener man er forårsaket av at smertesansen har en emosjonell og en kognitiv komponent, slik Melzack også hevder (Rustøen & Wahl 2008). Smerteopplevelsen påvirkes dermed av hvilken tilstand hjernen er i, når smerteimpulsen når hjernen.

Å ha noe å gjøre, kan også virke slik at man distanserer seg fra smerten, som også er en aktiv teknikk innefor smertelindring (ibid.). Myskja (2006) fremhever også distraksjon som mulig årsak til at musikklytting kan ha en smertelindrende effekt.

Flere steder fokuserer man på musikkens evne til å skape distraksjon fra smerte, som en av grunnene til at musikk virker smertelindrende (Rustøen & Wahl 2008). Distraksjon blir også brukt som smertelindrende tiltak. Dette kan være en psykisk årsak til opplevelsen av smertelindring ved aktivt stemmearbeid. Man får en distraksjon fra den sanselige smerteopplevelsen ved at man får andre sanselige impulser. Man får også en distraksjon fra smerteopplevelsen ved at man har noe annet å fokusere på, man er aktiv selv i møte med smerten.

Det er ingen av kvinnene som føler at stemmearbeidet distraherer de i forhold til å merke smerten. De beskriver at de er midt i smerten, men at stemmen hjelper de til å være i smerten og at stemmen reduserer opplevelsen av smerte. Så kvinnenens utsagn uttrykker mer at de kobler seg til noe, istedenfor fra noe (distraksjon).

Opplevelsen av trygghet under fødselen er en faktor som har direkte smertelindrende virkning, slik tidligere nevnt i avsnitt under trygghet. Uavhengig av stemmebruk eller ei, er det å få den fødende til å føle seg trygg viktig for fødselens utvikling. Det som er interessant, er hvordan de ulike fysiske og psykiske prosessene påvirker hverandre gjensidig, det er nesten umulig å skille. Videre er det spennende at aktiv stemmebruk kan være en aktiv faktor for å styrke denne gjensidige påvirkning.

## **5.5. Opplevelse av mestring**

Alle kvinnene hadde en positiv opplevelse av å mestre fødselen slik de gjorde, de uttrykte både en stolthet og ydmykhet i forhold til hva de hadde klart. Opplevelsen av å mestre, hadde

vært en motor til videre arbeid under fødselen. I ettertid påpekte de at det hadde gjort noe med selvfølelsen deres. Kvinnene påpekte at det var aktiv stemmebruk som var en medvirkning til opplevelse av mestring. Det finnes ulike teorier som kan belyse hvorfor kvinnene hadde slike positive erfaringer.

### **5.5.1. Fødselsopplevelsen sett i lys av teori om selvstyrthet**

Positiv psykologi beskriver det sunne aktive mennesket med et eget fokus på indre vekst. En faktor for å oppnå dette kalles selvstyrthet (Brudal 2006). Det kvinnene i undersøkelsen beskriver, er at de i stor grad styrer fødselsprosessen selv ved at de følger de naturlige impulsene som kommer, hvor aktiv stemmebruk er en viktig impuls. Det gir de en opplevelse av autonomi, som er en faktor i teorien. Cille uttrykker seg tydelig verbalt, når hun ikke orker mere uten medisinsk analgesi. Det er også en form for autonomi, som var viktig for Cille. Hun var stolt av det arbeidet hun gjorde uten medisinsk smertelindring, og hun påpeker hvor viktig det var for henne å kunne si aktivt ifra at hun trengte hjelp.

En annen faktor i teorien om selvstyrthet er menneskets streben etter mestring og kontroll over egne handlinger. Flere forteller hvordan de opplevde at aktiv stemmebruk gav de en opplevelse av mestring, som gav de en retning og kraft til å fortsette med stemmebruk. De erfarte med andre ord at de opparbeidet seg en slags kompetanse i forhold til å mestre smertene undervegs. Selv når fødselen til Astrid nærmet seg en kritisk fase, tok hun selv ansvaret for å komme gjennom utfordringen. For henne var det svært viktig å klare dette selv. Det siste hun ønsket hvis det var mulig å unngå, var hjelp utenfra.

Innen teorien om selvstyrthet vektlegger man også behovet for nære relasjoner til andre. Astrid beskriver fra sin andre fødsel, hvor viktig det var at hun og mannen kunne synge sammen under fødselen, og at det gav en opplevelse av dyp samhørighet mellom de to og barnet. Cille beskriver også hvordan mannen hennes støttet henne, og hvordan han uttrykte stolthet over hennes arbeid og stemmebruk undervegs.

Flere av kvinnene følte de fikk en hjelp til å takle smertene gjennom å bruke stemmen slik de gjorde. Dette gav de en indre kraft til å fortsette, en optimisme i forhold til fødselsforløpet videre. Dette gjensidige forhold mellom mestring, smerte og optimisme, finner en støtte i både innen positiv psykologi og smerteteorier. Smerteopplevelsen påvirkes i følge smerteteori av i hvilken tilstand hjernen er i når den mottar smertesignalet (Rustøen & Wahl 2008).

### **5.5.2. Fødselopplevelsen sett i lys av mestringsteori og ”self-efficacy”**

Hvordan man tenker om fødselen i forkant, vil ut fra mestringsteori kunne påvirke ens evne til å mestre de utfordringene en opplever under fødselen. Kvinnene i undersøkelsen beskriver en åpen holdning til fødselen, hvor de stoler på kroppens egne ressurser. Dorte beskriver også hvordan fødselen er en prosess en ikke har mulighet til å forutse hvordan man selv vil takle. Dette er en reel usikkerhet som de fleste kvinner føler. Kvinnenes åpne tro på kroppens iboende ressurser, gir de ut fra mestringsteori en kognitiv bevissthet som vil mobilisere mestringsevnen undervegs.

Opplevelse av mestring undervegs, påvirkes i følge overlege Fors av hvordan den enkelte opplever at de har kontroll over situasjonen (Thorsen 2008). Dette påvirker igjen mestringsevnen. Positiv mestring påvirker med andre ord evnen til å mestre i en selvfosterkende spiral. I følge Lazarus sin teori, kan kvinnene gjennom sin opplevelse av mestring, hatt mulighet til å se på situasjonen som utfordrende, og valgt aktiv stemmebruk som handlingsstrategi videre i prosessen ut fra det.

Kvinnene i denne undersøkelsen hadde et hovedønske om å klare å mestre smertene uten medisinsk analgese. De fleste var åpne for dette hvis det ble nødvendig i forhold til barnets liv og helse. Deres egenmotivasjon og mestringsforventning, self-efficacy, til å klare dette, vil i følge Bandura (1994) være med å påvirke deres innsats underveis .

Den sterke egenmotivasjonen kvinnene i undersøkelsen hadde i forhold til tro på egne ressurser, kan ha vært medvirkende til at de fleste klarte seg uten medisinsk analgese. Den eneste som trengte det var Cille, som hadde en såkalt rød fødsel på overtid. Hun hadde fysiske plager som forsterket fødselssmertene. Hun beskriver hvordan epidural gav henne kontroll og opplevelse av mestring tilbake, og hvordan hun var svært aktiv under siste del av fødselen med pust og kropp i tett samspill. Hennes mestringsforventning, “self-efficacy” til å ta i bruk egen ressurser var sterk, hun trengte bare litt medisinsk hjelp for klare å bruke sine ressurser maksimalt.

### **5.5.3. Fødselopplevelsen sett i lys av empowermentfilosofi**

Å mobilisere egne ressurser i ulike situasjoner i livet, kan gi en opplevelse av egen styrke og myndighet. I forhold til fødsel som enkelthendelse i livet, vet man at fødselstraumer kan prege en for resten av livet (Barrat-Due et.al.2005). Motsatt kan en tenke at en god fødselopplevelse kan gi positiv pregning resten av livet. En god fødselopplevelse sett i lys av empowermentfilosofi, vil kunne være en fødsel hvor kvinnen har mobilisert sine ressurser

på en fruktbar måte undervegs, og at hun har hatt en opplevelse av innflytelse på prosessen undervegs.

Kvinnene i undersøkelsen beskriver tydelig hvordan de ved hjelp av aktiv stemmebruk kommer i kontakt med ressurser i seg selv, som gjør at de får en opplevelse av egen styring og medbestemmelse under fødselprosessen. Cille som undervegs ønsker medisinsk analgese, uttrykker også tydelig sine behov gjennom å uttrykke dette behovet. Innen empowermentfilosofien er dette også sentralt; å lære å kjenne seg selv og sine behov, og kunne uttrykke de konstruktivt ovenfor omverdenen.

Berit uttrykker utilfredshet med den ene jordmoren hun hadde. Den ene jordmoren støttet henne i hennes bruk av lyder undervegs i fødselen, mens den andre prøvde å dempe henne. I et empowermentfilosofisk perspektiv, var den siste jordmorens forsøk negativt, da stemmebruken opplevdes for Berit som en viktig faktor for at hun kunne bruke sine ressurser på en god og riktig måte. Det forteller hvor viktig og sårbar intervensjonen mellom den fødende og fødselsmedhjelperne er. Med et syn på fødende kvinner som samsvarer med empowermentfilosofien, vil jordmødrene i størst mulig grad støtte den fødendes naturlige impulser og bruk av egne ressurser, for å hjelpe kvinnene til å få en opplevelse av å ha makt og medbestemmelse undervegs. Det virker som de andre kvinnene i undersøkelsen hadde jordmødre som støttet dem på en god måte, sett i lys av empowermentfilosofien. Eksempelvis sa Ellen sin jordmor under utdrivingsfasen når Ellen virkelig brukte lyd: “ja, nå tar hun i bruk urkvinnen i seg.”

#### **5.5.4. Fødselopplevelsen sett i lys av salutogenese**

Flere av kvinnene i undersøkelsen påpeker opplevelsen av helhet og sammenheng undervegs i fødselprosessen. Dorte beskriver hvordan hun opplevde sammenheng så lenge hun styrte fødselen gjennom sin kropp og sine lyder. Hun beskriver et aktivt brudd i det øyeblikket fødselen kommer i en krisitsk fase, hvor fødselsmedhjelperne tar over styringen, og Dorte opplever seg mer som et objekt som blir behandlet.

“Sense of coherence”, opplevelse av sammenheng (Antonovsky 2002), kan gi et godt bilde og inspirasjon til en god helsefremmende fødselopplevelse. Kvinnene i undersøkelsen påpeker hvordan det aktive stemmearbeidet hjalp de til å oppleve en helhet og sammenheng undervegs. I følge Antonovsky gir opplevelsen av meningsfullhet, forståelighet og håndterbarhet opplevelsen av sammenheng. Ens motstandskraft til å takle stressutsatte utfordringer i livet påvirkes som tidligere nevnt av disse faktorene.

Det er interessant å belyse Dorte sine erfaringer i lys av disse faktorene. Hun opplevde

sammenheng så lenge hun styrte prosessen. Hva skjedde når fødselsmedhjelperne tok over? Utfra teorien til Antonovsky (2002), har nok Dorte opplevd at situasjonen ble u håndterlig og uforståelig. Antagelig har ting skjedd fort, og de ytre omstendighetene har vært i utakt med Dorte sin indre opplevelse. Hun beskriver et kræsje mellom sin indre organiske lydverden og den ytre sterile sykehusverden. Kanskje har Dorte heller ikke fått den nødvendige informasjon undervegs som hadde gjort situasjonen mere forståelig.

## 5.6. Oppsummerende drøfting

Resultatene av undersøkelsen sett i lys av teori, gir et fargerikt bilde av hvordan aktiv stemmebruk var et positivt verktøy for de fødende kvinnene. For disse kvinnene var det å bruke stemmen en viktig hjelp til å stå i de kraftige kroppslige prosessene som en fødsel er. Kvinnene uttrykte klart at den aktive stemmebruken virket smertelindrende. Hvordan de ulike faktorene som aktiv stemmebruk påvirket, er forsøkt oppsummert i figur 1.



Figur 1. Ulike faktorer som blir påvirket når man bruker stemmen aktivt under fødsel. De ulike faktorene påvirker hverandre innebyrdes undervegs.

Alle kvinnene som jeg intervjuet hadde positive opplevelser knyttet til å bruke stemmen aktivt under fødsel. Aktiv stemmebruk under fødsel kan forenklet deles inn i fire hovedkategorier av hvordan det påvirker fødselsopplevelsen. Disse kategoriene er opplevelse av trygghet, kroppslig forankring og nærvær, mestring og redusert opplevelse av smerte. Disse kategoriene henger på mange måter sammen, og påvirker hverandre gjensidig på en gunstig måte, en kan kanskje hevde at de gir en synergieffekt som påvirker fødselsopplevelsen på en positiv måte. Opplevelsen av trygghet kan påvirke en gunstig hormonutskillelse, som gir redusert smerteopplevelse. Redusert smerteopplevelse kan gi en opplevelse av mestring. Opplevelse av kroppslig nærvær påpeker flere at gir opplevelse av trygghet i situasjonen. Redusert smerteopplevelse kan også styrke en opplevelse av trygghet. Det blir vanskelig å skille kategoriene fra hverandre, fordi de påvirker hverandre gjensidig innbyrdes.

Det som vil være et spørsmål videre, er hvorvidt disse kvinnenes erfaringer kan generaliseres til å gjelde flere kvinner. Fem kvinner er et lite utvalg, men opplevelsene og historiene deres er sterke. Kvinnenes erfaringer har noe felles med både Unni Johns sine klienter og min egen erfaring; bruk av stemmen har vært en positiv hjelp under fødsel på ulike måter. Reznikoff (1994) hevder også ut fra erfaring at stemmebruk er det beste verktøyet fødende kvinner kan ta i bruk. Ut fra dette kan man anta at det er sannsynlig at aktiv stemmebruk kan være et positivt verktøy for flere kvinner under fødsel.

### **5.6.1. Mulige utfordringer knyttet til aktiv stemmebruk som smertelindring**

Stemmen er en naturlig del av oss. Det burde være naturlig for kvinner å ta i bruk stemmen som mulig ressurs under fødselsarbeid. Å bruke stemmen aktivt i form av nynning, toning og synging er for mange forbundet med noe fremmed, særlig hvis noen andre hører på. I vår kultur har vi laget et unaturlig skille mellom sang som estetisk uttrykk som kun trenede utøvere tar seg av, enten ved utgivelser eller scenisk opptreden (Baily 2004). Mange mennesker er sjenerte i forhold til å uttrykke seg med sin egen stemme. Denne sjenertheten er så integrert hos mange, at den enkelte kanskje må jobbe aktivt med seg selv, for å frigjøre seg fra denne sjenertheten. Dette sitter så dypt hos mange, at Schei bruker et begrep som ”stemmeskam” om fenomenet (Schei 1998). Kvinnene i undersøkelsen har tatt i bruk stemmen på en fri og naturlig måte. Selv måtte jeg fortelle jordmor på forhånd, at jeg kom til å synge under fødselen, for å tørre å bruke stemmen på den måten.

Å bruke stemmen aktivt, gav kvinnene i undersøkelsen en god kroppslig forankring. Ut fra kroppsterapeutisk litteratur og erfaring, vet man at vår kroppslige forankring og

kroppsbevissthet er svært individuell, påvirket av mange faktorer i livet. For noen kan det oppleves truende med økt kroppssansning. For andre kreves det terapeutisk intervensjon for å øke evnen til kroppssansning og etter mitt skjønn evnen til kroppslig forankring. Dette er en side som det er viktig å være bevisst, for det kan etter mitt skjønn hindre enkelte kvinner i å ha ønsket effekt av aktivt stemmearbeid under fødsel. På den andre side kan det være et viktig argument for å tilby gravide kvinner å jobbe bevisst med aktiv stemmebruk og sang som fødselsforberedende tiltak.

Å bruke stemmen aktivt er en annen innfallsvinkel til smertelindring, enn det vi normalt forbinder med smertelindrende metoder. Mange metoder er metoder hvor den som har smerte blir tilført enten medisinsk analgesi eller annen form for smertelindring. Kvinnen blir mer et objekt som utsettes for behandling. Aktiv stemmebruk gjør kvinnen til et aktivt handlende subjekt i forhold til å aktivere kroppens iboende ressurser. Det krever en åpen innstilling fra den som er i prosessen, og en tro på kroppens iboende ressurser og muligheter for å takle fødselen og de smerter det måtte innebære. Som tidligere nevnt, mener Waldenstrøm (2007) det virker som om de fødende kvinner per i dag generelt i større grad har endret fokus fra å tro på kroppens egne ressurser i forhold til å takle fødselssmerten, til å tro på en høyteknologisk tilnærming til smertelindring. Etter mitt skjønn, er det ikke her snakk om et enten eller. Jeg er sikker på at hvis kvinner vet om flere ulike muligheter som kan hjelpe de positivt til å takle de utfordringene som en fødsel tross alt er, så vil de bruke det så langt de klarer. Det må i et humanistisk perspektiv være frihet for den enkelte kvinne til å være med å påvirke fødselsprosessen undervegs, også hva analgesi angår. Det er på ingen måte et nederlag å ta i bruk medisinsk analgesi, det er under enkelte omstendigheter nødvendig både for ivareta kvinnen og barnets helse på en best mulig måte.

### **5.6.2. Aktiv stemmebruk under fødsel; musikkterapi?**

Hva som er musikkterapi, er stadig til diskusjon innen faget. Stemmebruk slik jeg forstår aktiv stemmebruk, beskriver Bruscia (1998) i forhold til ”healing-practise” som lyd-healing. Han beskriver i denne forbindelse bruk av lyd, vibrasjoner og musikk; å forbinde kropp, sinn og spiritualitet gjennom blant annet å jobbe med energimessige blokkeringer.

Resultatene av undersøkelsen viser etter mitt skjønn, en mye mer direkte praktisk virkning på kropp og sinn, enn det Bruscia beskriver i forhold til lyd-healing. Aktiv stemmebruk slik jeg har beskrevet, har for kvinnene i undersøkelsen vært et verktøy som har hjulpet dem direkte til å mestre en utfordrende livssituasjon. Man kan si at aktiv stemmebruk har fungert som medisin, da det har hjulpet de fødende kvinnene til å mestre smertene på en



imponerende måte. Deres opplevelse var at den aktive stemmebruken under fødsel hadde en direkte smertelindrende virkning.

Bruscia (1998) trekker inn et estetisk aspekt på musikk, når han forsøker å trekke noen skillelinjer mellom musikkhealing og lydhealing. Musikkbegrepet i musikkterapi utfra Ruud, er kontekststøttet, og hva som tilfredstiller en estetisk norm, vil være avhengig av rammen musikken skjer inn under. Jeg ser at det har vært nødvendig å definere musikkterapi innefor vår begrepsverden slik Bruscia har gjort, for å definere musikkterapi som et seriøst fagfelt innen akademiske kretser. I dag har musikkterapi et godt faglig fundament, og det kan være på sin plass å vurdere skillelinjene mellom musikkterapi, musikkhealing og lydhealing i et nytt lys, etter hvert som erfaringer knyttet til feltet kommer fram.

Medisinsk musikkterapi innbefatter all anvendelse av musikk der det primære mål er å forbedre, gjenopprette eller opprettholde fysisk helse. Å bruke musikk under fødsel beskrives av Bruscia (ibid.) som noe som kan skje på et forsterkende nivå (musikk i medisin) og et intensivt nivå (musikk som medisin). Bruscia vektlegger terapeutens rolle i medisinsk musikkterapi. Bruscia beskriver primært reseptiv musikkterapi innenfor dette feltet. Utfra resultatet i studien, kan man hevde at aktiv stemmebruk har vært medvirkende til å opprettholde kvinnenens fysiske helse under fødselen. Noen har kanskje forbedret sin helse gjennom fødselen, gjennom å få styrket sin opplevelse som kvinne.

Nå har disse kvinnene brukt stemmen intuitivt som hjelp, og det har ikke vært en aktiv intervensjon fra omverdenen i forhold til å støtte i det. Dermed så er det de har gjort per defenisjon ikke musikkterapi, men allikevel kan det være interessant å vurdere deres stemmebruk ut fra de ulike nivåene som Bruscia bruker i sine defenisjoner av musikkterapi. Man kan si at for en av kvinnene fungerte stemmebruken på et støttende nivå, det vil si at aktiv stemmebruk var et av flere tiltak for å mestre prosessen. For flere var den aktive stemmebruken på et intensivt nivå. De brukte stemmen som eneste tiltak ved siden av eventuelle tekniske inngrep som fødselsmedhjelperne gjorde under selve forløsning. Som vi har sett, kan aktiv stemmebruk påvirker flere kroppslige forhold. Kanskje kan man si at aktiv stemmebruk virket som en katalysator som hjalp den enkelte kvinne til å utnytte sine ressurser maksimalt.

Etter mine begreper kan aktiv stemmebruk under fødsel inkluderes som medisinsk musikkterapeutisk praksis, hvor en intervensjon mellom den gravide og terapeut også vil kunne være naturlig. Man kan f.eks tenke seg at musikkterapeuten er aktiv i møte med de gravide i svangerskapet. Å synge sammen og bli bevisst mulighetene som ligger i aktiv stemmebruk kan være et godt og realistisk tiltak for gravide. Dette kan skje på tradisjonelle

svangerskapskurs, eller egne kurs med særlig fokus på musikk og aktiv stemmebruk under svangerskap og fødsel for alle. Fokus på aktiv stemmebruk som mulighet under fødsel kan også holdes for spesielle grupper, f.eks kvinner med fødselsangst eller gravide med eneomsorg for barnet. En kan også tenke seg at musikkterapeuten i spesielle tilfeller kan være en aktiv tredjepart under selve fødselsarbeidet. Jeg tenker musikkterapeuten vil her kunne støtte den fødende i sitt stemmearbeid, med å bruke sin egen stemme og terapeutiske tilstedeværelse på en støttende og anerkjennende måte.

### **5.6.3. Aktiv stemmebruk under fødsel og musikkterapi som et humanistisk prosjekt**

Ruud diskuterer i sin artikkel ”Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi” 10 ulike humanistiske perspektiver på norsk musikkterapi (2008). Artikkelen setter musikkterapi i en samfunnsmessig sammenheng, og ser på musikkterapiens rolle som faktor for samfunnsutvikling på mange nivå. Jeg vil i det følgende belyse noen av Ruuds punkter i forhold til bruk av aktiv stemmebruk under fødsel. Jeg har valgt å trekke inn Ruud sine synspunkt i den oppsummerende drøfting, for å se på resultatene i studien i et større samfunnsmessig perspektiv.

I første punkt sier Ruud (ibid.: 7): ”musikkterapi bygget på et humanistisk livssyn”. I korttekst betyr det:

”.. en tror mennesket kan gjøre egne valg, styre sin egen skjebne, sette seg mål og bruke viljen til å gjennomføre sine planer, og på den måten overkomme barrierer for utfoldelse av det menneskelige.”

Et humanistisk livssyn gir fødende kvinner en aktiv mulighet til å påvirke faser under fødselen ut fra å lytte til seg selv og sin kropp, uttrykke sine behov som et aktivt handlende subjekt. Resultatene i undersøkelsene viser at kvinnene påvirker sin egen prosess blant annet gjennom aktiv stemmebruk. Resultatene underbygger det menneskelige potensialet som ligger i et humanistisk livssyn.

Et humanistisk livssyn i musikkterapi vil gi betydning for følgende perspektiver i terapien, oppsummert av Ruud i følgende fem punkter:

Betydningen av (i)omsorg for det individuelle, (ii) relasjonen og innlevelsen i den andre, (iii) autonomi, intensjonalitet, handling og selvbestemmelse, (iiii) det kritiske, (iiiii) tegn og symboler som meningsbærende.

Aktiv stemmebruk under fødsel vil være en individuell metode som vil være forankret i hver enkelt kvinnes opplevelser undervegs i fødselsprosessen. Fødselsmedhjelperne må se kvinnen

som den hun er, og støtte henne ut fra hennes behov undervegs. Berit opplevde en jordmor som ikke støttet henne i det å bruke stemmen, og det er et brudd på et humanistisk livssyn. Det bryter både med omsorg for den individuelle og påvirker relasjonen og innlevelsen til den andre. Videre må fødselsmedhjelperne respektere den enkelte kvinnes autonomi og selvbestemmelse, som er tuftet på hennes intensjonalitet og medfølgende handling.

Med betydning av det kritiske, henviser Ruud til ulik medisinsk praksis som gjør menneske til et objekt i behandlingen. Musikterapi vil i en humanistisk tradisjon være en form for frigjørende helsepraksis. Dette resulterer i å sette menneske som subjekt i stand til å forvalte sitt liv på best mulig måte. Å bevisstgjøre kvinner på metoder som kan hjelpe de til å mestre fødsel på en best mulig måte vil være en naturlig forlengelse av denne påstand, det være seg både metoder for egenmestring og ønske om medisinsk analgese.

Aktiv stemmebruk er for mange fremmedartet i vår kultur; tanken på å bruke stemmen fritt og uhemmet skaper hos mange stor motstand, da vi i vår kultur har blitt fremmede for det frie individuelle stemmeuttrykk. Denne fremmedgjøringen av vårt individuelle stemmeuttrykk må respekteres av omverdenen, men bevisstgjøring rundt dette kan på sikt redusere denne fremmedgjøringen, så denne menneskelige ressursen kan tas i bruk hvis nødvendig. Denne fremmedheten for en fri stemmebruk er i seg selv meningsbærende, da den må forstås inn i vår kulturelle kontekst. Enkelte andre kulturer har en kortere avstand mellom den kulturelle sangtradisjonen og et fritt stemmeuttrykk enn i vår kultur, eksempelvis inuittisk og samisk kultur.

Punkt to handler om hvordan et ”humanistisk menneskesyn bygger på et flerdimensjonalt menneskesyn”. Her diskuterer Ruud (ibid.:9) sammenheng mellom kropp og oppfatning/opplevelse av musikk. Mennesket reagerer i følge et humanistisk menneskesyn ikke rent mekanisk på musikk. Kropp og nevrofysiologiske reaksjoner er et grunnlag for opplevelse av musikk, men forklarer ikke musikalsk meningsdannelse og musikalsk handling. I forhold til aktiv stemmebruk under fødsel, har jeg i denne studien forsøkt å belyse hvordan aktiv stemmebruk kan påvirke nevrofysiologiske prosesser. Dette kan igjen påvirke psykologiske prosesser, som igjen kan påvirke nevrofysiologiske forhold. Dette gir etter mitt skjønn et godt bilde på kompleksiteten i den menneskelige organisme og erfaring, og styrker Ruud sitt syn på mennesket i et kompleksitetsparadigme. Ruud ender opp med å diskutere det improviserende menneske. I dette begrepet ligger hvordan improvisasjoner kan øke vår handleberedskap og bidra til utfoldelsen av det menneskelige. I dette gis en plass for mennesket som et handlende improviserende subjekt. Ruud setter opp det improviserende mennesket som metafor på egenskaper mennesket trenger i framtiden for å klare å leve som

medmenneske i en omskiftelig tid med større krav til refleksivitet og tro på egne handlingsvalg i en verden. Det improviserende mennesket er et menneske med en indre trygghet, som kan leve i en aktiv og psykologisk fleksibel prosess i verden. I forhold til erfaringene som kom fram i undersøkelsen, var det nettopp dette disse kvinnene var, de improviserte aktivt handlende ut fra en indre trygghet i den krevende situasjonen de var i. I den situasjonen var det nødvendig å bruke stemmen slik, og flere har uttalt at de aldri har brukt stemmen på en slik måte verken før eller siden. Det som er interessant er hvordan stemmebruken forsterket opplevelsen av indre trygghet.

Ruud (ibid.: 13) fremhever i punkt 4 utviklingen av musikkterapien som ”mestrings- og ressursorientert”. Han beskriver musikkterapi innen det spesialpedagogisk felt, hvor mestringsopplevelser var et viktig mål for å gi elevene bedre selvtillit og øke troen på egne evner til å mestre utfordringer. Han beskriver videre hvordan musikkterapeutisk forskning har tatt til seg begreper fra salutogenesisk tenkning, empowermentfilosofi og positiv psykologi. Dette syn har vært en viktig inspirasjon til å belyse og drøfte de menneskelige erfaringer som kom fram som resultater i denne oppgaven. Og jeg tror nettopp dette er et viktig fokus med tanke på hva aktiv stemmebruk kan tilføre i musikkterapien i et humanistisk perspektiv; hvordan aktiv stemmebruk kan være et verktøy til å gi opplevelse av mestring og få fram ressurser hos det enkelte individ, belyst med hvilke aktive faktorer det presenterer som er positivt for opprettholdelse av helse i ulike livssituasjoner. En progresjon i forhold til aktiv stemmebruk, vil være å se på muligheten av å bruke dette som et aktivt verktøy i flere livssituasjoner for å fremme mestring og få fram ubrukte ressurser.

I punkt 8 skriver Ruud (ibid.:21) ”musikkterapi har helhetlige målsettinger hvor helse og livskvalitet står sentralt”. Helsebegrepet sees på noe mer enn fravær av sykdom, og kroppen vår sees på som noe mer enn en maskin. Å fremme en god helse i et kvinneperspektiv, vil også innebære å belyse faktorer som påvirker en god omsorg for gravide før, under og etter fødsel.

Fødsel er ingen sykdom, allikevel skjer de fleste fødsler på sykehus. Det påvirker bevisst og ubevisst vårt syn på fødsel. Definisjonen av musikkterapi med å ”gi nye handlemuligheter” er i følge Ruud et resultat av at man så på sykdom som noe mer enn at det bare skyldtes biologiske forhold, men også forhold utenfor individet som blokkerte handleutfoldelse. Jeg tror at vårt syn på fødsel begrenses av at fødsel er knyttet til sykehus og medisinsk kompetanse. Av egen erfaring er jeg glad for at vi i det norske helsevesen har noe av den beste oppfølging av gravide og fødende i verden. Allikevel ser vi hvordan menneskesyn og nyere forskning har påvirket den medisinske oppfølging av gravide og

fødende opp gjennom historien. Dette innebærer at vi også må belyse grundig hvilke faktorer som eventuelt hindrer en fri handleutfoldelse for gravide under svangerskap og fødsel, for å gi de gravide de beste forutsetninger for å gjennomføre en god fødselsprosess, som i seg selv er helsefremmende. Resultatene fra undersøkelsen understreker hvordan aktiv stemmebruk kan være en virksom faktor i forhold til å oppnå dette.

”Musikkterapifaget skal bidra til ny kunnskap om musikken og dens betydning for mennesker og samfunn” skriver Ruud (ibid.: 24) Dette perspektivet handler om hvordan helseforskning legger vekt på å klargjøre forskjeller mellom vitenskapens praksis og hverdagslivets praksis. Bevisstgjøring rundt musikkens betydning for mennesker og samfunn; musikkterapi har vært preget av en institusjonalisert bruk av musikk innen spesialpedagogikk og psykiatri. Nyere forskning viser til at musikkterapien kan være med å belyse musikken som en virksom kraft i kulturen. Som eksempel på dette trekker Ruud fram den økende bruken av MP3 spillere og musikkmobiler med digitale filer som for mange fungerer som et ”musikalsk husapotek”. Musikk i denne sammenheng blir brukt i følge Ruud (ibid.: 25) til å:

Ivareta seg selv, sine energier, sine kroppstilstander, emosjoner, kognitiv orientering, minner, stemninger, fysiske og psykologiske velbefinnende. ....en form for musikalsk egenomsorg..... Når det gjelder de psykologiske tilstandene handler dette om bruk av musikken til selvobjektsfunksjoner- det vil si kilde til trygghet og kontinuitet, ....Musikk brukes direkte til å avlede fra vonde tanker, dempe angst gjennom kognitivt å rette tankene mot noe annet. Dette kan lede til kroppslig avspenning, og på den måten sette i gang en god spiral hvor kroppen avspennes og vi opplever ro og harmoni. ....Musikk brukes også direkte til å tone ned eller glemme smerte...

Med disse effektene av musikk i form av ”musikalsk husapotek” skisserer Ruud hvordan musikkterapi-faget blir sentralt i en pågående debatt om musikkens rolle i samfunnet, og hvordan dette knyttes opp mot helsediskurser og hvilke ritualer som påvirker den subjektive opplevelsen av helse. Alt dette beskriver Ruud ut fra en reseptiv form for musikkterapi, selv om jeg tror at mange som har et eget ”musikalsk husapotek” synger så det ljuver til musikken, mens de lytter til musikken. Syngingen kan nok i mange tilfeller være en viktig medvirkende faktor til alle de positive mulighetene og ressursene som er beskrevet over.

Beskrivelsen av virkninger av å bruke musikk som et ”musikalsk husapotek” kunne like gjerne vært en oppsummering av funksjonen til aktiv stemmebruk under fødsel. For meg understreker det potensialet som ligger i aktiv stemmebruk, og det blir et ledd i en argumentasjonrekke for å ta i bruk aktiv stemmebruk under fødsel som en aktiv metode innen musikkterapi.

Resultatene i denne undersøkelsen peker også mot en undersøkelse hvorvidt aktiv

stemmebruk kan være en metode som er generaliserbar til andre livsområder, eksempelvis i forhold til smertelindring, jobbing med økt kroppsbevissthet, bearbeide emosjonelt stoff med mer. Dette er til en viss grad til stede i Jane Austin (2008) sin vokale psykoterapi, men mitt fokus handler også om hvordan man kan gi mennesker verktøy de selv kan ta i bruk i hverdagen på en enkel måte. Aktiv stemmebruk er et verktøy som man alltid har med seg og på seg, uavhengig av rom, tid og sted. Kanskje handler det om noe så enkelt som å bli bevisst og ta i bruk ressurser vi mennesker alltid har hatt tilgjengelig; akk så enkelt, men dog så vanskelig.

#### **5.6.4. Veien videre**

Funnene er entydige i forhold til at aktiv stemmebruk har vært til stor hjelp under fødselsarbeidet til informantene. Informantenes erfaringer, sammen med Reznikoff (1994) erfaringer, klientene til Unni Johns sine, samt mine egne erfaringer forteller at aktiv stemmebruk kan være et nyttig verktøy for flere kvinner i fødesituasjonen. Dette medfører at viten om aktiv stemmebruk bør synliggjøres for gravide kvinner, jordmødre og andre som jobber opp mot gravide kvinner, som et mulig arbeidsverktøy man kan bruke aktivt under fødsel. Denne synliggjøringen kan skje på flere måter. Mulige fora for formidling kan være:

1. foredrag for jordmødre, psykologer og musikkterapeuter, f.eks på fagkonferanser.
2. fødselsforberedende kurs med fokus på aktiv stemmearbeid under svangerskap og fødsel.
3. artikler om temaet i tidsskrifter som når ut til fødselsmedhjelpere og gravide, eks den norske jordmorforeningens fagblad, ukeblad, nettsteder for gravide med mer.
4. utgi bok om temaet.

Det er en faktor som kan hindre kvinner i å ta i bruk dette verktøyet; angst for å uttrykke seg med stemmen (Persen 2006; Schei 1998). Det understreker betydningen av å bevisstgjøre kvinner om denne mulige ressursen de har tilgjengelig under svangerskapet, så de kan jobbe aktivt med å bli kjent med og bruke sin egen stemme før fødselen starter. Å være i et fellesskap med andre gravide hvor dette er fokus, vil kanskje være medvirkende til at denne prosessen blir enklere. Å jobbe med stemmen kan være enklere hvis man har en lærer eller musikkterapeut som kjenner til hvilke faktorer man kan bli bevisst for å bli tryggere på seg selv og sin stemme.

Det er viktig å påpeke aktiv stemmebruk som en mulighet blant flere. Faren kan være at det kan bli en ”prestasjonsmetode” for en vellykket fødsel. I respekt for alle kvinner, vil jeg påpeke at enhver fødsel er unik og uforutsigbar på mange plan, og at alle gjør sitt beste ut fra

det som oppstår i hvert enkelt øyeblikk under fødselen.

Med disse vyene er det naturlig å trekke inn mulige framtidig forskningsprosjekter. Jeg ser for meg et mulig forskningsprosjekt hvor man følger kvinner tett i graviditet i samarbeid med en fødeavdeling. Kvinnene får opplæring i aktivt stemmearbeid og kroppslig nærvær. Man kan tenke seg et forskningsdesign som er en kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ forskning i god humanistisk forskningstradisjon. En kan sammenligne målbare data knyttet til fødselens lengde, barnets kondisjon under og etter fødsel, behov for medikamenter og inngrep under fødsel osv for kvinner som har brukt aktiv stemmearbeid under fødsel, med en kontrollgruppe. Videre vil det være naturlig å følge opp kvinnene med kvalitativt intervju hvor de forteller om sine opplevelser og erfaringer knyttet til aktiv stemmebruk under fødsel.

Med dette håper jeg at aktiv stemmebruk på sikt kan bli et nyttig verktøy for mange kvinner i fødselsprosessen, og med det være med å hjelpe flere kvinner til å erfare gode fødsler hvor de får tatt i bruk alle sine iboende ressurser.

# OPPSUMMERING

Jeg har i denne oppgaven sett på kvinners opplevelse av å bruke stemmen aktivt under fødsel, med følgende hovedproblemstilling:

1. *På hvilken måte har aktiv stemmebruk farget fødselsopplevelsen for 5 kvinner?*

Videre har jeg hatt følgende underproblemstilling:

2. *Kan aktiv stemmebruk redusere opplevelsen av smerte for den fødende kvinnen?*

Opgaven er vitenskapsteoretisk fundert i hermeneutikken. Resultatene er behandlet gjennom en fenomenologisk inspirert metode. Undersøkelsen er en kvalitativ intervju-undersøkelse hvor jeg har intervjuet 5 kvinner om deres opplevelser knyttet til aktiv stemmebruk under fødsel.

Min egen for forståelse for emnet er preget gjennom å ha brukt stemmen aktivt under fødsel selv.

Kvinnenes erfaringer knyttet til å bruke stemmen aktivt under fødsel er komplekse og sammensatte, men det er flere likhetstrekk mellom deres erfaringer. Likhetstrekk er knyttet til inspirasjon og stemmekvalitet, opplevelse av (i) kroppslig forankring og nærvær (ii) trygghet (iii) smerte (iiii) mestring. Disse ulike forhold er drøftet i forhold til stemmebruk, smerteteori, positiv psykologi, empowermentfilosofi, salutogenetisk tenkning og mestringsteori. Til slutt er aktiv stemmebruk som metode drøftet i forhold til definisjon av musikkterapi og et humanistisk syn på musikkterapi. Hvordan disse kvinners positive erfaringer kan formidles, utvikles og implementeres i helsearbeid for gravide er drøftet til slutt.

Resultatene av undersøkelsen er kort oppsummert her: Seks av fødslene skjedde uten medisinsk analgesi, og en fødsel endte med medisinsk analgesi da smertene ble for krevende. I forhold til hovedproblemstillingen, kan man trekke ut at kvinnene påpekte hvordan stemmebruken gjorde at de klarte å være tilstede i seg selv og møte smerten, i stedet for å jobbe mot smerten. Stemmebruken slik de beskrev den, var klanglig og fysisk forankret dypt i kroppen. Stemmebruken var usensurert. Kvinnene varierte tonehøyde og intensitet i forhold til intensitet i opplevelsen. Flere påpekte det rytmiske aspektet som positivt, og hvordan det hjalp de til å bevege kroppen underveis i forløpet. Stemmearbeidet hjalp flere å skape sitt eget psykologiske/energetiske rom på et fremmed sted, hvor de kunne ta i bruk seg selv. Den aktive stemmebruken påvirket hele opplevelsen av fødselen, men grunnen til at disse kvinnene brukte stemmen, var fordi de merket hvordan det påvirket opplevelsen av smerte; smerteopplevelsen ble redusert, noe som gir et positivt svar i forhold til



underproblemstillingen i studien.

Mennesket har mange iboende, og noen ganger skjulte ressurser. Det er ikke alle vi vet hvordan vi skal få tilgang til. Det disse kvinnene beskriver, tolker jeg dithen at de har fått kontakt med egne ressurser på en slik måte at det har hjulpet dem til å arbeide seg gjennom fødselen på en konstruktiv måte. Flere beskriver en stolthet over å ha mestret dette, og at det har påvirket deres syn på seg selv som kvinne.

Resultatene gir en indikasjon på at det kan være fruktbart å arbeide med å få økt bevissthet i forhold til aktivt stemmearbeid som et mulig verktøy under fødsel. Det blir en utfordring å gjøre denne muligheten kjent blant kvinner og blant fødselsmedhjelpere på en konstruktiv og faglig reflektert måte.

Mot slutten av studien reflekterer jeg over muligheten av å se betydning av aktiv stemmebruk som et mulig verktøy i et musikalsk husapotek for regulering av flere livsutfordringer enn fødsel. Jeg foreslår at aktiv stemmebruk som metode under fødsel vurderes som en form for medisinsk musikkterapi.

# Litteratur og kilder

## Bøker og tidsskriftartikler

Aldridge, David , & Fachner, Jörg (red) (2006) ”*Music and altered states* ” Jessica Kingsley Publishers

Antonovsky, Aron (2002): *Helbredets mysterium* Hans Reitzels forlag.

Austin, Diane (2008): *The theory and practice of Vocal Psychotherapy , Songs of the self* Jessica Kingsley Publishers.

Backe,B; Øian P; Eide B; Nilsen ST; Pedersen S; Schmidt N; Schou E,;Taraldsen S (2005): Desentralisert og differensiert fødselshjelp – et paradigmeskifte *Tidsskrift for den norske legeforening nr 5, 2005, 125: 606-7.*

Baily, Betty (2007 ): *Singing Out of Tune and In Tune: An Investigation of the Effects of Amateur Group Singing from Diverse Socio-economic and Cultural Perspectives* Doktoravhandling Department of Music, University of Sheffield, UK

Barratt-Due, Andreas (2008): Blir man en bedre mor etter en smertefull fødsel? *Tidsskrift for den norske legeforening, nr 8-2008;128: 945.*

Barratt-Due Andreas, Hagen Inger & Dahl Vegard (2005): Smertelindring til fødende i norske sykehus. *Tidsskrift for den norske legeforening, nr.18, 2005. 125:2504-6.*

Bengtsson, Ann Aaboe (2002): *Drømmer og selvutvikling- lær å forstå og bruke drømmene dine* Noras Ark

Bibelen (1978): Det norske bibelselskaps forlag.

Bjursell, Gunnar & Westerhall (red)(2008): *Kulturen og helsan.* Santerus forlag, Stockholm

Bonde, Lars Ole (2009): *Musik og menneske, introduksjon til musikkpsykologi* Samfunnslitteratur

Bragstad, Randi (2001): *Roy Hart sangmetode i lys av didaktikk, jungiansk psykologi og anatomi.* Hovedoppgave i musikkvitenskap, UiO

Brown, Oren L (1996): *Discover your voice. How to develop healthy voice habits.* Singular publishing group inc.

Browning, Caryl Ann(2000): Using music during childbirth *Birth issues in perinatal care*. Vol.27, issue 4: 272-276.

Brudal, Lisbeth F. (2006): *Positiv psykologi* Fagbokforlaget.

Bruscia, Kenneth (1998): *Defining musictherapy* Barcelona publishers.

Campbell, Don (red) (1993): *Music and miracles* Quest books.

Creswell, John W. (1998): *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among Five Approaches* Sage publications.

Farestveit, Parvati & Hansen, Leela G (1987): *Yoga for deg og ditt ufødte barn* Yogaprosess AS

Forskningsrådet (2008): Humanistisk forskning, en nasjonal strategi. *Forskningsrådet*

Giæver, Lise (2009): *Toning og musikkpedagogisk virksomhet*. Masteroppgave musikkpedagogikk, NMH.

Gaynor, Mitchell L (2002): *The healing power of sound*. Shambala Boston & London

Grocke, Denise & Wigram, Tony (2007): *Receptive methods in Music Therapy* Jessica Kingsley Publishers

Hagtvedt, Mari L & Eri, Tine S (2008): Skal fødselssmerte behandles? *Tidsskrift for den norske legeforening nr 3, 2008: 128:338*.

Hagtvedt, Mari L& Eri, Tine S (2008): Hagtvedt og Eri svarer. *Tidsskrift for den norske legeforening nr 8, 2008; 128:946*.

Hanser, Suzanne B. (1999): Relaxing Through Pain and Anxiety at the Extremities of Life. I : Wigram, Tony & Backer, Jos De (red) : *Clinical Applications of Music Therapy in Psychiatry* Jessica Kingsley Publishers.

Hem, Erlend (2004) : Doula – en ny person på fødestuen? *Tidsskrift for den norske legeforeningen nr 4,2004:124:467*.

Jacobsen, Dag Ingvar (2005): *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* HøyskoleForlaget.

Jarlnæs, Erik (red) (1995): Betydningen af at høre sammen. Forlaget Kreatik I samarbeid med BODYnamic Institute.

Johansson, Kjersti (2009): Uten kropp, ingen musikk-om kroppsfilosofi og kroppens rolle I musikkterapi *Musikkterapi utgitt av Norsk forening for musikkterapi, nr 3, 2009: 6-15.*

Johns, Unni (2009) Personlig kommunikasjon NMH 3.2.2009.

Kvale, Steinar (1997): *Det kvalitative forskningsintervju*: Gyldendal akademisk.

Lindgren, Astrid (1981): *Ronja Røverdatter*. N.W.Damm & Søn A.S

Manen, Max van (2003): *Researching Lived Experience* The althouse press.

McMahon og Koltzenburg (2006): *Textbook of pain*. Elsevier Churchill Livingstone.

Melzack, Ronald & Wall, Patrick D (2003): *Handbook of painmanagement*. Chuchill Livingstone.

Myskja, Audun (1999):*Den musiske medisn*:Grøndahl Dreyer.

Myskja, Audun & Lindbæk, Morten (2000): Hvordan virker musikk på menneskekroppen *Tidsskrift for den Norske legeforening nr 10, 2000; 120:1182-5.*

Myskja, Audun (2006): *Den siste song .-sang og musikk som støtte i rehabilitering og lindrende behandling*:Fagbokforlaget.

Myskja, Audun (2009): *Finn din indre kraft*. J.M.Stenersens forlag.

Newham, Paul (1998): *Therapeutic voicework Principles and practice for the use of singing as therapy*. Jessica Kingsley Publishers

Odent, Michel (1984): *Å føde naturlig*. Aschehoug/Tanum Nordli

Palmgren, Gorm (2008): Nervesignaler er lydbølger. *Illustrert vitenskap, nr 2, 2008:44-7*

Persen, Åsne Berre (2005): *"Utrolig å få synge ut."* Om hvordan sangglede fremmes og hemmes. Hovedoppgave Uio 2005.

Reznikoff, Iegor (1994): Therapy of pure sound .*Caduceus 23,1994:16-18. Leamington Spa, Warwickshire,England.*

Rolvjord, Randi (2008): En ressursorientert musikkterapi. *I:NMH-Publikasjoner 2008:3: 123-138*. Oslo: Norges musikkhøgskole.

Roth, Gabrielle (1997): *Befri sjelen din-bevegelse, dans og ekstase som pulserende åndelig kraft* Hilt & Hansten

Rustøen, Tone & Wahl, Astrid Klopstad (2008): *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet*. Gyldendal.

Ruud, Even (1990): *Musikk som kommunikasjon og samhandling*: Solum.

Ruud, Even (1998): *Musictherapy: improvisation, communication, and culture*. Barcelona publishers.

Ruud, Even (2005): *Philosophy and Theory of Science*. I: Wheeler, Barbara (red)(2005): *Music Therapy Research* Barcelona Publishers : 33-44.

Ruud, Even (2008): Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi  
*I: NMH-Publikasjoner 2008:3: 5-28*. Oslo: Norges musikkhøgskole.

Schei, Tiri Beate Bergesen (1998): *Stemmeskam. Hemmende stemmeuttrykks fenomenologi, arkeologi og potensielle rekonstruksjon gjennom sangpedagogikk*. Hovedoppgave, Høgskolen i Bergen.

Stige, Brynjulf (2008): Musikkterapiforskning-mellom praksis og academia  
*I: NMH-publikasjoner 2008:3, pp 49-66*. Oslo: Norges musikkhøgskole.

Sørensen, Graff-Iversen, Haugstvedt, Enger-Karlsen, Narum & Nybø (2002):  
«Empowerment» i helsefremmende arbeid. *Tidsskrift for Den norske legeforening nr 24/2002*.  
122:2379-83

Storm, Sanne (2007) :Den menneskelige stemme-psykologi og psykodynamisk stemmeterapi.  
*Musik og psykologi. Dansk psykologisk forlag. Psyke og Logos nr 1, 2007: 447-77*.

Thorsen, Heidi (2008): Doktor, jeg har så vondt....*Fødsel i fokus nr 1: 4-5*.

Trewarthen, Colwyn & Malloch, Stephen N (2000): The dance of wellbeing: Defining the  
Musikal Therapeutic Effect. *Nordic Journal of Music Therapy 2000 9 (2): 3-17*.

Trondalen, Gro (2004): *Klingende relasjoner. En musikkterapistudie av "signifikante øyeblikk" i musikalsk samspill med unge mennesker med anoreksi*. Ph.D. NMH-publikasjoner  
2004:2. Oslo: Norges musikkhøgskole.

Trondalen, Gro (2006): "Musikk er sjela mi"-musikkterapi med unge med anoreksi I:  
Aasgaard (red). *Musikk og helse*. Cappelen.

Trondalen, Gro (2007): "A moment is a moment is a moment" I: *Musik og psykologi. Dansk psykologisk forlag. Psyke og Logos nr 1, 2007: 574-93*

Waldenstrøm, Ulla (2007): *Føda barn. Från naturligt til høgteknologisk*. Karolinska instituttet, University press.

Weinhold, Denia (2010) : Personlig kommunikasjon Vestfossen 6.2.2010.

Wigram, Nygaard Pedersen, & Bonde (2002): *A comprehensive guide to Music Therapy*. Jessica Kingley Publishers.

Wilber, Ken (1996): *A brief history of everything* Shambala

Aadland, Einar (1997): "Og eg ser på deg..." : Tano Aschehoug.

Aasgaard, Trygve (red) (2006): *Musikk og helse*: Cappelen.

## **E-Journal:**

Bandura, Albert (1994): Self-efficacy In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998). Lastet ned 21.04.2010 <http://www.des.emory.edu/mfp/BanEncy.html>

Nunns, Richard (2001): Te Ara Puoro, the pathway of sounds. Lastet ned 25.02.2010 fra [http://www.voices.no/mainissues/Voices1\(3\)Nunns.html](http://www.voices.no/mainissues/Voices1(3)Nunns.html)

Reznikoff, Iegor (2004): On primitive elements of musical meaning *JMM-The Journal of music and meaning*, vol 3, 2004 lastet ned 18.10.2008 <http://www.musicandmeaning.net/issues/showArticle.php?artID=3.2>

## **Websider:**

Clark, M.E, McCorkle, R.R,& Williams, S.B. (1981), "Music therapy - assisted labour and delivery." *Journal of Music Therapy* lastet ned 15.01.2010 [http://www.babyworld.co.uk/information/birth/music\\_for\\_birth.asp](http://www.babyworld.co.uk/information/birth/music_for_birth.asp)

Jani joni jachuetete, hentet fram 18.04.2010.: <http://www.tabassi.at/index.php?id=29>

Jordmorforeningen hentet fram 18.04.2010: <http://www.jordmorforeningen.no/jm/Organisasjon/Historie/Jordmoryrkets-utvikling>

Moland, Monica (2010) Hentet frem 19.2.2010:

<http://www.babyverden.no/Tema/Temakategorier/Fodselen/Smertelindring/Hvordan-arbeide-med-fodekreftene/>

Store norske leksikon, snl.no, Redaksjonen for medisinske fag, lastet ned 29.09.2009,

<http://snl.no/opplevelse/psykologi>

Store norske leksikon, snl.no, Ulrik Malt, lastet ned 29.03.2010

[http://www.snl.no/.sml\\_artikkel/mestring](http://www.snl.no/.sml_artikkel/mestring)

Risholm Liverød, Sondre & Lee FitzGerald, Sumei (2009), lastet ned 22.4.2010

<http://www.webpsykologen.no/artikler/behandling-og-psykoterapi/positiv-tenkning-for-smerter-og-smertebehandling/>

Wikipedia (2010): Hentet fram 23.3.2010:

<http://no.wikipedia.org/wiki/Doula>

[http://no.wikipedia.org/wiki/Det\\_sympatiske\\_nervesystemet](http://no.wikipedia.org/wiki/Det_sympatiske_nervesystemet)

[http://no.wikipedia.org/wiki/Det\\_autonome\\_nervesystem](http://no.wikipedia.org/wiki/Det_autonome_nervesystem)

<http://no.wikipedia.org/wiki/Hjernebark>

# Vedlegg 1: Kvittering på melding om behandling av personopplysninger NSD

**Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS**  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Gro Trondalen  
Fagseksjon for musikkterapi og musikk og helse  
Noregs musikkhøgskole  
Postboks 5190 Majorstua  
0302 OSLO

Vår dato: 08.04.2008

Vår ref :18614 / 2 / LT Deres dato:

Deres ref:

## KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 18.02.2008. Meldingen gjelder prosjektet:

18614	<i>Stemmearbeid: Mulig ressurs som smertelindring under fødselsprosessen?</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Norges musikkhøgskole, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Gro Trondalen</i>
Student	<i>Hanne Wigen Thygesen</i>

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

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

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2009, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Bjørn Henrichsen

  
Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Hanne Wigen Thygesen, Røkebergveien 78, 3320 VESTFOSEN

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no





Det vises til telefonsamtale med prosjektleder 07.04.2008.

Personvernombudet finner i utgangspunktet skrivet tilfredsstillende, men forutsetter følgende;

- at det innledningsvis tydeliggjøre hva formålet med prosjektet er
- at det informeres om at det er frivillig å delta og at en når som helst kan trekke seg og få allerede innsamlede opplysninger om seg slettet/anonymisert
- at det opplyses at prosjektslutt juni 2009 vil videoopptakene bli makulert

Det vises forøvrig til våre Internettssider,  
[http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/informasjon.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/informasjon.html)

Ombudet forutsetter for sin tilråding at kopi av endelig revidert skriv ettersendes før det tas kontakt med utvalget.

Innsamlede opplysninger anonymiseres ved prosjektslutt, senest 01.06.2009. Med anonymisering innebærer at navnelister slettes/makuleres, og ev. kategorisere eller slette indirekte personidentifiserbare opplysninger. Videoopptak vil bli slettet/makulert.

## Vedlegg 2: Intervjumanual

### **MASTEROPPGAVE I MUSIKKTERAPI STEMMEARBEID; MULIG RESSURS SOM SMERTELINDRING UNDER FØDSELS-PROSESSEN?**

**Et kvalitativt studie av kvinner som har brukt stemmen aktivt under fødselsprosessen.**

#### **INTERVJUMANUAL**

Du har sagt ja til intervju med meg fordi du har brukt stemmen aktivt under fødsel. VI har satt av ca 1. time til interjuet, og jeg prøver å stille åpne spørsmål, og la deg fortelle mest mulig. Underveis vil jeg kanskje spesifisere spørsmålene, hvis det er spesifikke ting jeg ønsker utdypet.

**Kan du fortelle om fødselsforløpet, og hvordan stemmebruk/sang hadde en plass der.**

Tema som ønskes belyst:

1. **UTTRYKK:** Hvordan brukte du stemmen under forløpet?  
(lyder, sang, strofer, mantra, skrik etc.)
2. **FASER:** Når brukte du stemmen under forløpet?
3. **VIRKNING?** Hva skjedde når du brukte stemmen?  
Hadde det noen virkning? På hvilken måte.  
(Smerte, kontakt med deg selv, .....)
4. **FORANKRING?** Hvordan var stemmen knyttet til deg/kroppen/smerten???Var stemmen/sangen forankret i kroppen eller smerten eller???
5. **ÅRSAK:** Hvorfor brukte du stemmen/sang?
6. **INSPIRASJON:** På hvilken måte kom stemmebrukideen til deg (spontant, hørt om det, ....)
7. **TILKNYTNING:** Hadde stemmebruken noen innvirkning i forhold til opplevelsen av tilknytningen til barnet?
8. **OPPLEVELSE:** Hadde stemmebruken innvirkning på din egen opplevelse som kvinne, fødende kvinne? (Opplevelse av mestring etc)
9. **ANDRE MOMENTER:** Andre ting knyttet til fødselen og stemmebruken du ønsker å fortelle? Etter fødselen?

### Vedlegg 3: Informert samtykke

## ***INFORMERT SAMTYKKE***

ARBEIDSTITTEL:

**STEMMEARBEID;**

**Kvinnens opplevelse av å bruke stemme aktivt under fødsel.**

**Prosjektleder: Hanne Sønneve Wigen Thygesen**

**Prosjektet er en masteroppgave i musikkterapi ved Norges musikkhøgskole**

**Veileder: første amanuensis Gro Trondalen**

Informant er informert om innholdet i studien, og vil dele sine erfaringer rundt temaet i form av et intervju. Deltagelsen er frivillig, og informantene kan når som helst hvis de ønsker, trekke seg fra studien og få allerede innsamlede opplysninger om seg selv slettet. Informantene vil bli anonymisert. Lydopptak av intervju vil bli lagret forsvarlig under prosjektet, og slettes etter dette. Prosjektet er planlagt ferdigstilt juni 2010.

Prosjektet er underlagt taushetsplikt, og ingen utover undertegnede, vil få tilgang til navnene på informanene i studien.

Transkripsjoner av intervjuene vil bli diskutert med veileder.

Informantene kan hvis de ønsker få lese transkripsjon av intervju med seg selv, og eventuelt komme med kommentarer til dette.

Jeg deltar i studien v

2/2.09  
Dato    sted    underskrift informant

Hanne W Thygesen  
underskrift prosjektleder

## **Vedlegg 4: Forslag til fødselsforberedende aktiviteter med fokus på aktiv stemmebruk og kroppsbevissthet.**

Å bruke stemmen aktivt under fødsel har vært til stor hjelp for alle de kvinnene jeg har intervjuet. Å formidle muligheten for andre kvinner som skal føde er nærliggende.

Mine kvinners erfaringer peker mot at stemmearbeidet har gitt de en opplevelse av god forankring i dem selv på ulike måter. Hvis man skal ha kurs for gravide kvinner med dette fokus, vil det ut fra mitt syn være nærliggende å velge aktiviteter som fremmer nærvær i kropp og stemme. Det finnes en rekke øvelser hvor økt kroppsbevissthet er målet.

Den gravide bærer et barn under hjertet, og relasjonen med barnet kan man naturlig styrke gjennom sang. Å synge for barnet vil for de fleste kvinner være en naturlig måte å bruke stemmen. Ved å synge for barnet, vil de fleste komme ut med sitt stemmeuttrykk.

Jeg har valgt å dele opp aktivitetene i ulike kategorier som har ulik funksjon. Jeg tenker at i kurssammenheng vil alle kategoriene være naturlig å ta med i en naturlig progresjon. Disse aktivitetene er aktiviteter jeg kjenner fra andre sammenhenger, de er ikke prøvd ut sammen med gravide. Dette er altså ideer til hva man kan gjøre.

I forhold til terapeutiske tiltak og svangerskap, skal man ikke gå dypt inn i traumatisk stoff. Enkelte øvelser kan hvis man jobber lenge med de, røre ved dypere psykologiske strukturer i den enkelte. Min anbefaling vil derfor være å bruke øvelsene på en avgrenset måte. Videre er det viktig å formidle til hver enkelt at en skal ikke gjøre mer enn det som føles naturlig. Det er helt greit å stoppe undervegs.

Øvelsene er ikke ment som teknikker til bruk under fødsel. Øvelsene er ment som en tilnærming til å få kontakt med ressurser i den enkelte, en trening til å bli bevisst et mer intuitivt nærvær i en selv.

Hvis jeg skulle hatt en gruppe kvinner samlet et gitt antall ganger, ville jeg av pedagogiske hensyn for å skape trygghet og stabilitet i gruppen, bygget opp en struktur av aktiviteter som jeg i hovedsak ville gjentatt hver gang man møttes.

Formidling av erfaringer og muligheter bør også være en naturlig del av innholdet innen en slik ramme.

### **Opplevelse av trygghet**

Mange kvinner er uttrygge i forhold til å bruke sin egen stemme til noe mer enn å snakke. Mange er uvant med å være i og synge i gruppe. Å bruke enkle aktiviteter med ringdanser,

lydleker og andre ting som oppleves som gøy, kan være frigjørende i forhold til å tørre å slippe seg løs. Å føle trygghet under fødselen, er en faktor som kan gjøre fødselsarbeidet enklere.

1. Ruud, Even: Lydleker.
2. Afrikanske sanger og danser.
3. Andre musikkterapeutiske aktiviteter som tilrettelegges aldersgruppen.
4. Barnesanger; man kan synge til og for barnet sitt.

## **Opplevelse av kroppslig forankring og nærvær**

Hva fremmer kroppsbevissthet? Det finnes mange ulike øvelser som har dette som mål. Østlige teknikker som Tai Chi, Chi gong, Yoga, har alle kroppslig nærvær som et mål. Målet med disse øvelsene må være at de er så enkle at den enkelte kan gjøre de hjemme hvis de husker på de.

1. Gå rytmisk i sirkel på gulvet. Merke sine føtter på underlaget. Merke tyngden i kroppen. Etter hvert legge på en sang som passer i rytmen.
2. Gå fram og tilbake, rulle på fotbladene. Gjør det samme fra side til side. Ulike sanger kan legges til.
3. Det finnes noen tibetanske øvelser som er utviklet av vandrende munkene i Himalaya, Seamm Yasani. Disse øvelsene er svært enkle å lære, og kan tilpasses de fleste hvis noen har bekkenløsningsplager etc. Øvelsene kombinerer pust og bevegelse på en genial aktiv måte, som øker bevisstheten på aktiv inn og utpust. Noen av disse øvelsene står skissert enkelt i Audun Myskja sin bok: Finn din indre kraft (2009).
4. Danseren Gariella Roth har utviklet en terapiform hun kaller "the five rhythms" (Roth,1997). Hun har en meditativ tilnærming til å merke og bruke kroppen. Inspirasjon fra hennes arbeid kan brukes i forhold til bevisstgjøring av kropp, pust og stemme. Se <http://www.youtube.com/watch?v=sx6XBiE8NAM&feature=related>

## **Opplevelse av kropp og rytme**

Rytme kan virke positivt stimulerende på det rektikulære aktiveringssystemet i hjernestammen (RAS). Dette systemet kan gi en drive og energi inn i fødselsarbeidet som kan hjelpe kvinnen. Dorte brukte dette intuitivt når sykehusstøyen ble for stor; hun lagde en motlyd ved hjelp av rytme og stemme som gav henne rom når hun trengte det. Noen mennesker er veldig

rytmiske, og bruker det naturlig. Andre trenger å få en opplevelse som minner en på kroppens iboende rytme.

1. For meg personlig er det lite som har gitt så stor glede innen å være i det rytmiske som afrikanske sanger og danser. Mange av de er enkle i sin form og kan læres fort, de kan gjentas i det uendelige, og dansene kan varieres på mange måter tilpasset våre nordiske kropper. Fokuset kan gli over fra å lære nytt, til å være i rytmen. Hvis noen ikke kan danse, så kan de sitte å klappe, trampe, eller spille djembe. Man får brukt stemmen, pusten og hele kroppen, og man kan ha det gøy. Min erfaring er at rytmisk aktivitet øker opplevelsen av kroppslig forankring og jording.

### **Opplevelse av aktiv stemmebruk og improvisasjon**

Enkle toning øvelser hvor man lytter til kroppen, og lager intuitive lyder kan være virksomt i forhold til å tørre å bruke stemmen på nye måter. Hvis man i en gruppe først blir trygg på hverandre gjennom ulike mer ”vanlige” aktiviteter, tror jeg godt man kan sette i gang med litt mer uvante stemmeaktiviteter som toning kan være. Ellen lagde et mantra på inn og utpust i  $\frac{3}{4}$  dels takt. Dette kan godt sies å være et naturlig toningmantra.

1. Pust rolig inn og ut i ditt eget tempo. Når du er klar, lager du en rolig sovelyd på mmm på utpust. Merk hvordan stemmebånd og hals vibrerer. Flytt lyden til ulike steder i kroppen, bruk glissando nedover og oppover. Lek med den kilende følelsen som oppstår på de ulike steder i kroppen, når du får kontakt.
2. Prøv det samme, men prøv ut ulike vokaler med åpen munn.
3. Prøv å få kontakt med ulike kroppsdeler med stemmen. Kjenn om du får stemmen til å vibrere ned i magen, hva med hodet eller tærne. Hva skal til. Lek deg med ulikt stemmeuttrykk. Kan du være bjørn, eller hva med heks?
4. Forestill deg at du har smerte, hvordan kan du møte smerten med stemmen din? Prøv deg fram!
5. Ruud, Even: Lydleker

### **Opplevelse av ro og avspenning**

Avspenning er en ferdighet som kan læres. Avspenning er en viktig ferdighet for den gravide, både under svangerskap, under fødsel og etter fødsel. Det finnes avspennings-cder med dette formål, f.eks ”avspenning til Music-cure” med instruksjoner innlest av Audun Myskja. Det

finnes mange andre å få kjøpt, her kan man jo velge ut fra egen musikksmak. Man kan bruke musikk uten instruksjoner. Personlig har jeg hatt stor nytte av avspennings-cd med instruksjoner, da det kan hjelpe en å få en naturlig støtte og fordypning. I tillegg kan man gjennom stemmebruk fremme en indre ro og avspenning i seg selv.

1. Synge voggesanger for barnet. Velge sanger som de gravide kan. Sitte i stoler, eller ligge på gulvet. Eventuelt gå rolig rundt med dempet belysning.
2. Guidet avspenning med fokus på å merke den naturlige pusten og kroppsdeler. Kan utføres sittende eller liggende på gulv. Sittende vil ofte øke fokus på her og nå i situasjonen. Ved å ligge ned, er det lett for mange å sovne. Med eller uten rolig musikk ved siden av. Musikk kan forsterke den avspennende virkningen.
3. Gabriella Roth sine dansemediasjoner kan også anvendes med dette som mål.  
<http://www.youtube.com/watch?v=sx6XBiE8NAM&feature=related>