

# Min stemme, min kropp, mitt liv

*En kvalitativ studie om hvordan et utvalg personer som lider av en spiseforstyrrelse beskriver sine erfaringer med musikkterapi i gruppe*

Karoline Gjertsen

Masteroppgave i musikkterapi

Norges musikkhøgskole

Våren 2017



**Norges  
musikkhøgskole**  
Norwegian Academy  
of Music

## **Forord**

Endelig kan jeg skrive dette forordet! Veien fram mot å sette siste punktum i denne oppgaven har vært lang og krevende, men dog lærerik og spennende. Allerede da jeg startet på musikk og helse-studiet for tre år siden var jeg klar på hvilket tema jeg ønsket å fordype meg i, og har ventet med lengsel på å kunne komme ut i egenpraksis. Jeg vil takke Spiseforstyrrelsesforeningen (Spisfo) for muligheten til å realisere denne masteroppgaven. Mine to semester med praksis hos Spisfo har vært utrolig givende. Jeg er takknemlig for personlige møter og gode samtaler jeg har hatt med alle de fine menneskene ved Spisfo. Dere er gode nok! Og vel så det. En stor takk går til mine informanter. For alt dere har delt med meg; tilliten, musikken og erfaringene: Tusen takk!

En stor takk til veilederen min, Ruth Eckhoff, for din kunnskap og engasjement! Takk til super-mamma for korrekturlesing, oppmuntring og tilbakemeldinger. Takk til klassen min for tre fine år. Dere er rå! Sist, men ikke minst, takk til min soulmate og helpdesk, Jo Aleksander, som har støttet meg hele veien og lært meg hvor viktig det er med klarspråk når man har noe viktig på hjertet.

Karoline Gjertsen, Oslo, 7.5 2017

## Sammendrag

Denne masteroppgaven utforsker personer som lider av en spiseforstyrrelse og deres erfaringer med musikkterapi. Dette er en kvalitativ studie hvor et utvalg personer har deltatt i en musikkterapigruppe ved Spiseforstyrrelsesforeningen. Problemstillingen lyder: *Hvordan beskriver et utvalg personer som lider av en spiseforstyrrelse sine erfaringer med å delta i en musikkterapigruppe i regi av en selvhjelpsorganisasjon?* Datamaterialet er hentet fra et semistrukturert gruppeintervju, tillegg til min deltakende observasjon fra musikkterapisamlingene. Intervjuanalysen resulterte i tre overordnede kategorier; *kontakt med seg selv, kontroll og fokus på ressurser*. Kategoriene er presentert med tilhørende underordna kategorier med sitater fra informantene. Funnene er drøftet i sammenheng med etablert teori om terapeutisk stemmearbeid, kroppsselv, ressursorientert musikkterapi og kontroll.

*Nøkkelord: Musikkterapi, spiseforstyrrelser, erfaringer, terapeutisk stemmearbeid, ressursorientert, kontroll.*

## Abstract

This master thesis explores people with eating disorders and their experiences on music therapy. It's a qualitative study where the informants have taken part in a music therapy group at The Eating Disorder Association. The problem formulation is presented in the following way: *How does a selection of people suffering from an eating disorder describe their experiences of participating in a music therapy group offered by a self-support organization?* The data material is derived from a semistructured group-interview, besides my participatory observations from the music therapy-sessions. The interview analysis resulted in three main categories; contact with oneself, control and focus on resources. The categories are presented with associated subordinate categories with quotes from the informants. The findings are discussed in relation to established theory on therapeutic voicework, body subject, resource-oriented music therapy and control.

*Keywords: Music therapy, eating disorders, experiences, therapeutic voicework, resource oriented, control.*



# Innholdsfortegnelse

<b>1 Innledning.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Tema.....</b>	<b>1</b>
1.1.1 Aktualitet .....	1
<b>1.2 Bakgrunn for tema .....</b>	<b>2</b>
<b>1.3 Problemutvikling.....</b>	<b>4</b>
<b>1.4 Forskning og kunnskap på feltet.....</b>	<b>5</b>
<b>1.5 Begrepsavklaring.....</b>	<b>6</b>
1.5.1 Erfaring .....	6
1.5.2 Terapeutisk stemmearbeid.....	6
1.5.3 Spiseforstyrrelser.....	7
<b>1.6 Oppbygging av oppgaven .....</b>	<b>8</b>
<b>2 Teori .....</b>	<b>10</b>
<b>2.1 Spiseforstyrrelser.....</b>	<b>10</b>
2.1.1 Lav selvfølelse .....	10
2.1.2 Behov for kontroll og forutsigbarhet .....	11
2.1.3 Manglende ord på følelser.....	11
2.1.4 Dårlig følelsesregulering .....	12
2.1.5 Å være ytrestyrt .....	12
<b>2.2 Musikkterapi.....</b>	<b>12</b>
2.2.1 Definisjon av musikkterapi .....	13
<b>2.3 Et fenomenologisk musikksyn .....</b>	<b>13</b>
<b>2.4 Terapeutisk stemmearbeid .....</b>	<b>14</b>
2.4.1 Pust .....	14
2.4.2 Stemmen og selvidentitet.....	15
2.4.3 Stemmen og følelser .....	16
<b>2.5 Kroppen som fenomen og tekst.....</b>	<b>17</b>
2.5.1 Den fenomenologiske kroppen og kroppsselve	17
2.5.2 Tilstedeværelse.....	19
2.5.3 Kropp som tekst .....	20
2.5.4 Forstyrrelser i kroppsselve	21
<b>2.6 Ressursorientert musikkterapi .....</b>	<b>22</b>
2.6.1 Empowerment og recovery .....	23
<b>2.7 Konsepter av kontroll.....</b>	<b>24</b>
2.7.1 Locus av kontroll .....	25

2.7.2	Selvforvaltning .....	25
2.7.3	En samlende kontrollteori .....	26
<b>2.8</b>	<b>Oppsummering.....</b>	<b>26</b>
<b>3</b>	<b>Metode.....</b>	<b>28</b>
<b>3.1</b>	<b>Vitenskapsteoretisk ståsted.....</b>	<b>28</b>
3.1.1	Kvalitativ forskning.....	28
3.1.2	Fenomenologi og hermeneutikk .....	30
3.1.3	Forskningsdesign .....	31
3.1.4	Om å bruke intervju som metode .....	31
<b>3.2</b>	<b>Utvalg av informanter og datainnsamling .....</b>	<b>32</b>
<b>3.3</b>	<b>Analyseprosessen- steg for steg.....</b>	<b>34</b>
<b>3.4</b>	<b>Etiske refleksjoner .....</b>	<b>36</b>
<b>3.5</b>	<b>Validitet og reliabilitet .....</b>	<b>37</b>
<b>4</b>	<b>Presentasjon og drøfting av funn .....</b>	<b>41</b>
<b>4.1</b>	<b>Kontakt med seg selv .....</b>	<b>41</b>
4.1.1	Kontakt med følelser.....	42
4.1.2	Kontakt med kroppen .....	43
4.1.3	Kontakt gjennom pust og stemme .....	46
4.1.4	Tilstedeværelse .....	48
<b>4.2</b>	<b>Kontroll .....</b>	<b>50</b>
4.2.1	Gi slipp.....	50
4.2.2	Ta plass .....	53
4.2.3	Gi slipp og ta plass gjennom stemme og pust.....	55
4.2.4	Et kontrollparadoks.....	57
<b>4.3</b>	<b>Ressurser i fokus .....</b>	<b>57</b>
4.3.1	Musikkterapi- ikke som vanlig terapi .....	58
4.3.2	Delta i et fellesskap.....	60
<b>5</b>	<b>Konklusjoner og videre perspektiver .....</b>	<b>63</b>
<b>5.1</b>	<b>Konklusjoner.....</b>	<b>63</b>
5.1.1	Kontakt med seg selv .....	64
5.1.2	Kontroll.....	65
5.1.3	Fokus på ressurser.....	66
<b>5.2</b>	<b>Oppgavens formål .....</b>	<b>67</b>
5.2.1	Personlig .....	67
5.2.2	Samfunnsmessig .....	67
5.2.3	Faglig .....	67

<b>5.3 Videre perspektiver.....</b>	<b>68</b>
<b>Litteraturliste .....</b>	<b>71</b>
<b>Vedlegg .....</b>	<b>76</b>
<b>Vedlegg 1 - Intervjuguide .....</b>	<b>76</b>
<b>Vedlegg 2- Informasjonsskriv og samtykkeerklæring.....</b>	<b>77</b>
<b>Vedlegg 3- Godkjenning fra NSD .....</b>	<b>79</b>
<b>Vedlegg 4- Personvern for forskning .....</b>	<b>80</b>



# 1 Innledning

## 1.1 Tema

Denne oppgaven omhandler musikkterapi for personer med spiseforstyrrelser. Innenfor dette tema står fokus på sang i et musikkterapeutisk perspektiv sentralt. Konteksten for forskningen er musikkterapi i gruppe innenfor rammen av en selvhjelpsorganisasjon. Studien søker brukererfaringer og hvilken nytte musikkterapi kan ha for personer med spiseforstyrrelser. Søkelyset rettes mot hva musikkterapi kan tilby disse personene for å komme i kontakt med kropp og sine egne følelser.

### 1.1.1 Aktualitet

Formålet med denne studien er tredelt ut fra et personlig, et samfunnsmessig og et faglig plan. På det personlige planet ønsker jeg å tilegne meg mer kunnskap om musikkterapi for personer med spiseforstyrrelser. Spesifikt ønsker jeg å lære mere om hvordan stemmebruk og sang kan fungere i denne sammenheng. På et samfunnsmessig plan tenker jeg det er viktig å informere om hva musikkterapi kan tilby målgruppen. Selv om det er forsket og skrevet om temaet, trengs det ytterligere fokus på musikkterapi for personer med spiseforstyrrelser. Dette er for å gjøre behandling enda mere tilgjengelig, samt opprette flere musikkterapitilbud. Undersøkelsen min stiller seg bak selvhjelpsprinsippet med en ressursorientert tilnærming der det argumenteres for et behandlingstilbud som tar utgangspunkt i brukeren. Norsk selvhjelpsforum definerer dette prinsippet som følger: "Selvhjelp er å ta tak i egne muligheter, finne fram til egne ressurser, ta ansvar for livet sitt og selv styre det i den retning en ønsker. Selvhjelp er å sette i gang en prosess, fra passiv mottaker til aktiv deltaker i eget liv" (NSF, u. å.). For fagfeltet musikkterapi ønsker jeg å sette søkelys på stemmen som et sentralt instrument i musikkterapien og gi en større forståelse av hvorfor det er slik. Dette er en tilnærming som kanskje utfordrer det tradisjonelle synet på hvordan stemmen skal brukes. Å synge kan dessverre havne i skyggen av et prestasjonsfokus hvor idealet er å synge "pent og riktig". I tillegg vil jeg

påpeke trenden med tv-program som “The Voice”, “Idol”, “X-faktor” og “The Stream” som på mange måter skaper en konkurransekultur som nærer opp under prestasjonsfokuset. I disse konseptene letes det etter stemmer og personligheter med egenart som blir stilt opp mot hverandre og evaluert. Sang er så mye mer enn det som blir presentert gjennom den kommersielle populærkulturen.

## 1.2 Bakgrunn for tema

*“Det är nu som livet är mitt. Jag har fått en stund här på jorden”. Dette er de første ordene i teksten til “Gabriellas sång”. Jeg står på scenen med orkesteret bak meg. Salen er mørk. Gjennom mørket kjenner jeg energi fra et oppmerksomt publikum. Dype, synkoperte basstoner fra blåserekkene treffer meg i ryggraden, støtter meg. En felles og langsom puls driver musikken framover. Jeg står foran, sårbar, men sterk på et vis. Jeg har noe på hjertet. “Jag vill känna att jag lever. Veta att jag räcker till”. Jeg føler at jeg opplever dette med alle sanser og jeg tenker at dette øyeblikket aldri må ta slutt. Sangen bygger seg opp. Jeg kjenner musklene i magen og ryggen aktiveres. Pusten er rolig og dyp. “Jag vill leva lycklig för att jag är jag. Kunne vara stark och fri”. Jeg tenker at jeg er lykkelig her jeg står. Bruset og kraften fra orkesteret treffer meg i hele kroppen. Jeg løftes. Så mye lyd, så mye kraft, kommer ut av meg. “Jag är här, och mitt liv är bara mitt”. Dette ER mitt liv. Kroppen føles sterk, og jeg føler jeg tar plass. Jeg rommer hele meg. Stemmen min fyller salen. Jeg føler meg fri. Ord, kropp og stemme og kraft opphøyer hverandre. “Jag vill känna att jag levt mitt liv!”*

Denne skildringen er hentet fra en personlig konsertopplevelse som ble naturlig å dele nå som jeg starter på disse blanke sidene av min masteroppgave. Sang og musikk har vært livsviktig for meg. Som et rolig og nokså alvorlig barn, en plikttoppfyllende og kontrollert tenåring og en introvert voksen med mye på hjertet, har behovet for å uttrykke meg, bli hørt og ta plass vært fundamentalt. Sang og musikk ble min arena for akkurat dette. Dette er min personlige betraktning, men jeg tenker den i stor grad kan gi gjenklang hos andre. Sang skal tilhøre alle, liksom musikk skal tilhøre alle. Som sanger, sangpedagog og musikkterapistudent er dette en viktig parole for meg, og noe

jeg ville forske videre på i min masteroppgave. Å synge av hjertens lyst er ikke en rett kun tilegnet de spesielt interesserte, de “flinke” eller de “musikalske”. I jobben min møter jeg ofte korsangere og sangelever som på ulike vis uttrykker en form for stemmeskam. Sang kan ofte bli forbundet med prestasjon, vurdering og nokså snevre klangidealer.

Diane Austin (2008) legger fram stemmen som hovedinstrumentet i musikkterapi. “It is the instrument we are born with, the body’s own voice” (Ibid, 2008:19). Ansa Lønstrup (2004) påpeker at stemmen representerer noe umiddelbart og menneskelig. Sang kan sette i gang prosesser av fysiologisk, meningsbærende og emosjonell karakter, samt gi tilgang til følelser og kroppsopplevelser. Jeg anser sang og stemmearbeid i terapi som en helhetlig tilnærming til mennesket. Det er kanskje derfor jeg tenker at musikkterapi i behandling av spiseforstyrrelser kan gi verdifulle erfaringer og ringvirkninger. Spiseforstyrrelser er en aktuell utfordring i den vestlige verden. Lidelsen er på mange måter vokst fram som produkt av det samfunnet vi lever i. Media som et sterkt visuelt medium er med på å fronte skjønnhetsidealer om den perfekte kroppen. Dette er idealer som også opphøyer selvkontroll, selvrealisering, disiplin og sosial status. Finn Skårderud (2000) snakker om at vi lever i selvets kultur og diagnostiserer ikke bare spiseforstyrrelsen, men også kulturen vi lever i. Det kan være slitsomt å skulle være så mye *selv* hele tiden. Spiseforstyrrelsen kan tolkes som en forsvarsmekanisme i denne sammenheng. For å overleve som et subjekt, objektgjør en seg selv. Kroppen blir arenaer for mestring og identifisering. I lys av dette mener jeg at musikkterapi har noe viktig å tilby. Her møter man mennesker der de er, som individer, og ikke som en diagnose.

I psykisk helsevern blir denne tankegangen vektlagt gjennom oppfordringen til legemiddelfri behandling. Dette er høyst aktuelt for personer med spiseforstyrrelser. I oppdragsbrevet til de regionale helseforetakene for 2015 (Regjeringen.no) skriver Helse- og omsorgsdepartementet (2016): “Pasienter i psykisk helsevern skal så langt det er forsvarlig kunne velge mellom ulike behandlingstilbud, herunder medikamentfritt tilbud. Tilbudet utformes i nært samarbeid med brukerorganisasjonene”. Med musikkterapi som

behandlingsform tas det utgangspunkt i brukerens egne ressurser. Det søkes å fremme bedring gjennom musikalsk samhandling. Deltakelse, mestring, trivsel og håp er noen av elementene som vektlegges. Musikktérapeuter arbeider ressursorientert og ofte samfunnsorientert. I dette fremheves betydningen av å anerkjenne og stimulere klientens ressurser, for å fremme helse, livskvalitet og velvære. Brukerinvolvering og en likeverdig relasjon er kjerneelementer i det terapeutiske samarbeidet. Det samsvarer med verdien bak brukermedvirkning. Effekten av musikkterapi på motivasjon, emosjonell bevissthet og sosial deltakelse er dokumentert i flere undersøkelser innenfor psykisk helsevern (Gold et al., 2013; Mössler et al., 2011). Forskning viser at musikkterapi er spesielt effektivt på tre områder; øke motivasjon, uttrykke og regulere følelser og fremme relasjonell tilknytning og sosial deltakelse. I behandling av spiseforstyrrelser framstår disse faktorene ganske passende.

Som musikkterapistudent ved Norges musikkhøgskole fikk jeg mulighet til å ha egenpraksis hos “Interesseorganisasjonen for kvinner med spiseforstyrrelser” (IKS). I løpet av praksisperioden endret organisasjonen navn til “Spiseforstyrrelsesforeningen” (Spisfo). I praksisen tilbød jeg musikkterapi, både individuelle timer og i gruppe. Tilbudet ble tatt godt imot og ga styrket tro på videre forskning. Dette ble en viktig arena for min egen utvikling som musikkterapeut, i tillegg til muligheten til å få realisere mitt masterprosjekt.

### **1.3 Problem utvikling**

Mitt utgangspunkt i problemformuleringen var som følger:

*Hvilke erfaringer gjør et utvalg av personer med spiseforstyrrelser seg gjennom sang (i gruppe) innenfor rammen av et rehabiliteringsopplegg?*

Gjennom studien og analysen av intervjuet ville jeg se om det var eventuelle erfaringer eller tema som lot seg kategorisere. Videre valgte jeg å ta bort formuleringen *sang (i gruppe)*. Dette gjorde jeg med den hensikt å la informantene kommentere erfaringer fra musikkterapien uavhengig av temaet sang. Spørsmålene i intervjuguiden ble formulert så åpne som mulig. Ut fra intervjuet kommenterte ikke informantene stemmen og stemmebruk så

direkte i den grad jeg hadde forventet. Likevel kom det flere implisitte utsagn om det å synge i terapi. Sang og stemmebruk var gjennomgående aktiviteter på alle samlingene. På bakgrunn av dette er terapeutisk stemmearbeid et tema i mine forskningsspørsmål.

Jeg endte dermed opp med følgende problemstilling:

*Hvordan beskriver et utvalg av personer som lider av en spiseforstyrrelse sine erfaringer med å delta i en musikkterapigruppe i regi av en selvhjelpsorganisasjon?*

Mine forskningsspørsmål var:

*Kan fokus på terapeutisk stemmearbeid gi mulighet for å uttrykke seg?*

*Kan terapeutisk stemmearbeid fungere som en bro mellom kropp og følelsesliv?*

*Kan deltakelse i et musikalsk fellesskap motivere og gi meningsfulle opplevelser?*

#### **1.4 Forskning og kunnskap på feltet**

Det har vært av interesse fra starten av å få en oversikt over forskning og litteratur på feltene musikkterapi med personer med spiseforstyrrelser og terapeutisk stemmebruk. Av relevant forskning vil jeg trekke fram Gro Trondalen (2004) sin doktoravhandling om signifikante øyeblikk i musikalsk samspill med unge mennesker med anoreksi. Funn fra denne kvalitative studien viste til betydningen av nye relasjonelle erfaringer gjennom kroppslig-musikalsk samspill mellom klient og musikkterapeut. I tillegg viste musikkterapi seg som en arena til å utforske og utvikle nye samspillsmønstre, samt regulere følelser. Anne Heiderscheit (2008) har skrevet om verdien av kreative behandlingsformer for personer med spiseforstyrrelser. Hun argumenterer for at personer med spiseforstyrrelser må møtes gjennom multidisiplinære og integrative tilnærminger for å imøtekomme de ulike behovene som finnes hos klientene. I tillegg vil jeg trekke fram Ruth Eckhoff (1997) sin avhandling om kroppsselv og interkroppslighet i musikkterapi. Eckhoff, med bakgrunn fra Integrativ terapi, vektlegger en kropporientert tilnærming i musikkterapi for personer med spiseforstyrrelser. Ingvild Stene

holder på med et forskningsprosjekt om bruk av musikkterapi for å fremme helse for unge mennesker som lider av en spiseforstyrrelse. Ut fra dette utvalget av forskere kan det se ut som at kvinnelige musikkterapeuter er fremtredende på dette feltet. Når det kommer til spiseforstyrrelse som diagnose, har jeg fordypet meg i litteratur av Finn Skårderud (2000, 2009).

Om temaet sang i terapi var det behov for å avgrense søket, da repertoaret av litteratur var ganske omfattende. Jeg har hentet forståelser og refleksjoner fra Austin (2008), Newham (1999), Uhlig og Baker (2011).

## **1.5 Begrepsavklaring**

Begrepene som jeg mener er relevante å definere, er *erfaring*, *terapeutisk stemmebruk* og *spiseforstyrrelser*. Hensikten med dette er å gi en mer presis forståelse av mitt teoretiske ståsted.

### **1.5.1 Erfaring**

Erfaring er et velkjent begrep, men i denne sammenheng ønsker jeg å utdype dette. I forskningsøyemed er erfaring et grunnlag for læring og erkjennelse. Om man bryter opp ordet erfare, består det av prefikset *er* som betyr "å komme til noe eller å oppnå noe gjennom noe" (Eckhoff & Grøndahl, 2004 i følge Duden, Bedeutunsgwörterbuch 1985). Siste del av ordet er avledet av *å fare eller reise*, altså en bevegelse (Ibid, 2004 i følge Etymologisk ordbok 2000). Denne bevegelsen fra gammel til ny forståelse gjøres først og fremst gjennom sansene. Eckhoff og Grøndahl (2004) beskriver det slik:

*Erfaring er basert på læring gjennom gjentatte sanseopplevelser, der hjerner føyer sammen det og det nye pga. situasjonslikhet (topografi). Alt dette er altså kroppslig fundert og danner basis for begreper (å gripe eller fatte). Når en tanke er grepet kommer forståelse (begynnelsen til et ståsted) og til slutt forklaring (det blir klarhet i sammenhenger og årsaker) (Ibid,2004: 38-39).*

### **1.5.2 Terapeutisk stemmearbeid**

I den engelske litteraturen finner man begrepet voicework (Baker & Uhlig, 2011) og therapeutic voicework (Newham, 1998). Jeg har valgt å støtte meg til definisjonen av Baker & Uhlig (2011):

*Therapeutic voicework is the use of the human voice within the therapeutic approach to achieve health and well-being including improved vocal abilities, health and homeostasis, and human relationships. Voicework involves the use of breath and rhythm, primal human sounds of expressions and communication building a dialogue between therapist and client/s and using rhythm, intonation, words, and fragments of sentences, and offering inter-subjective vocalizations (Ibid.,32).*

Melinda Moore Meig (2015) definerer voicework som “a term to cover singing, overtone, chanting, improvisation, breathing techniques, bodywork, visualisation, ear training and other methods of exploring vocal sound in order to enable you to expand the expressive range of your voice, your Self” (Ibid., 2015). Newham konkluderer også i denne retning med å argumentere for ordet terapeutisk siden det er selvet som utforskes gjennom stemmen (Newham, 1998). Videre i oppgaven velger jeg å anvende begrepet terapeutisk stemmearbeid som en norsk oversettelse. Jeg kommer tilbake til temaet i teorikapitlet, se side 6.

### **1.5.3 Spiseforstyrrelser**

Det finnes forskjellige medisinske kriterier for å diagnostisere spiseforstyrrelser, men mange med store vanskeligheter faller utenfor kriteriene, blant annet fordi kriteriene er snevre. I følge diagnosesystemet til verdens helseorganisasjon, ICD-10, deles spiseforstyrrelser hovedsakelig i to typer; anorexia nervosa og bulimia nervosa. Overspising nevnes som en mindre spesifikk bulimisk forstyrrelser, men denne får kun plass når det er forbundet med psykiske forstyrrelser. Kategorier som Spisfo (u. å.) bruker på sin nettside Spisfo.no er: anoreksi, bulimi, overspisingsslidelse, uspesifiserte spiseforstyrrelser megareksi (overdrevet ønske om å bli muskuløs) og ortoreksi (ekstrem overopptatthet av å spise sunt). Diagnosen uspesifiserte

spiseforstyrrelser anvendes når en person er tydelig plaget av en spiseforstyrrelse, men ikke passer inn under diagnosene anoreksi, bulimi eller overspisingslidelse. Dette kalles ofte atypiske forstyrrelser (Ibid., u. å.). Disse variantene av en spiseforstyrrelse viser hvor ulikt denne lidelsen kan arte seg. Videre i oppgaven vil jeg ikke utdype eller skille mellom ulike diagnoser av spiseforstyrrelser, men i stedet stille meg bak Finn Skårderuds definisjon: “Når tanker og adferd i forhold til mat og vekt begynner å begrense livsutfoldelsen og forringe livskvaliteten” (Skårderud, 2000, Villa Sult-Institutt for spiseforstyrrelser 2017). Spiseforstyrrelser er en psykisk lidelse. Det er ikke kun personens forhold til mat som er problemet, eller overopptattheten av kropp, vekt og utseende, men forholdet til egne tanker og følelser, og andre mennesker. I tillegg påpeker Skårderud at det finnes et kontinuum fra det sunne til det alvorlige syke (Ibid., 2000). Dette tenker jeg er viktig å anerkjenne i diagnostisering og behandling av spiseforstyrrelser.

## **1.6 Oppbygging av oppgaven**

Masteroppgaven er delt inn i fem kapitler; 1 Innledning, 2 Teori, 3 Metode, 4 Presentasjon og drøfting av funn og 5 Konklusjoner og videre perspektiver. Innholdet i kapitlene er fordelt på følgende måte:

*Kapittel 1 Innledning* – Her presenterer jeg tema og bakgrunnen for oppgaven. Valg av tema og formål med studien argumenterer jeg for ut fra et personlig, samfunnsmessig og faglig plan. Jeg presenterer problemstilling, tidligere forskning og litteratur som er relevant for studien. Jeg har også gjort avklaringer rundt sentrale begrep.

Kapittel 2 Teori omhandler litteratur og forskning som har relevans for oppgaven. Her presenterer jeg litteratur om spiseforstyrrelser med fokus på utfordringer og karaktertrekk som finnes hos personer med denne lidelsen. Jeg definerer mitt musikk-syn ut fra et fenomenologisk ståsted og mitt musikkterapisyn ut fra et ressursorientert ståsted. Når det kommer til terapeutisk stemmearbeid, trekker jeg fram Paul Newham (1998, 1999) og Diane Austin (2008). På bakgrunn av funnene i datamaterialet presenterer jeg litteratur om ressursorientert musikkterapi (Rolvsjord, 2008; 2010), teori fra



Integrativ terapi (Eckhoff, 1997; 2006) som omhandler kroppsselv, personlighet og kontroll.

*I Kapittel 3 Metode* blir det gjort greie for hvilken forskningsmetode jeg har anvendt, og hvilken vitenskapsteoretisk forankring jeg har tatt utgangspunkt i. Her blir også prosessene rundt utvalg av informanter, innsamling av data og analysemetode beskrevet. Det blir også reflektert rundt etiske spørsmål og studiens validitet.

*Kapittel 4 Presentasjon og drøfting av funn.* Ut fra dataanalysen kom jeg fram til tre kategorier; *kontakt med seg selv, kontroll og fokus på ressurser.* I dette kapitlet blir disse kategorier presentert og drøftet i lys av teori.

*I kapittel 5 Konklusjoner og videre perspektiver* reflekterer jeg over kunnskapen og ulike forståelser som er oppnådd gjennom utførelsen av studien. Jeg ser på samsvar mellom funn og problemstilling og konkluderer. I tillegg retter jeg blikket framover og skriver om videre perspektiver.

## 2 Teori

I følgende kapittel presenterer jeg teorier jeg støtter meg til i denne studien. Utvalget av teori er gjort på bakgrunn av funn fra intervjuanalysen. Jeg starter med å presentere ulike psykologiske grunntema som kjennetegner personer med spiseforstyrrelser (Skårderud, 2000). Videre definerer jeg musikkterapi og musikksyn ut fra mitt musikkterapeutiske ståsted og oppgavens teoretiske utgangspunkt. Jeg vil deretter redegjøre for faktorer innenfor terapeutisk stemmebruk jeg mener er relevante for denne oppgaven. Dette bli gjort med bakgrunn i litteratur om *therapeutic voicework* (Newham (1998, 1999) og tanker fra *vocal psychotherapy* (Austin 2008). Dernest trekker jeg inn kontrollteori med fokus på begrepene *locus av kontroll* (Walker, 2001; Eckhoff & Nordmo, 2006) og *selvforvaltning* (self-efficacy) (Banduras, 1997; Eckhoff, 2006). Jeg vil også skrive om kroppsselve ut fra Hilarion Petzolds og den Integrative terapiens personlighetsteori (Eckhoff, 1997). Dette vil jeg se i forbindelse med idéer om kropp ut fra et fenomenologisk (Duesund & Skårderud, 2003; Eckhoff, 1997) og hermeneutisk perspektiv (Thornquist, 2003). Videre løfter jeg fram teori om tilstedeværelse ut fra begrepene *oppmerksomt nærvær* (Binder & Vøllestad, 2010) og *mindfulness* (Germer, 2004). Avslutningsvis gjør jeg en kort presentasjon av ressursorientert musikkterapi og begrepene *empowerment* (Procter, 2002; Rolvsjord, 2004; 2008) og *recovery* (Anthony, 1993; Solli, 2014)

### 2.1 Spiseforstyrrelser

Selv om jeg her skal presentere psykologiske grunntemaer som går igjen hos personer med spiseforstyrrelser, er det likevel viktig å poengtere at mennesker som får denne lidelsen er svært forskjellige. Sykdommen både arter seg og oppleves individuelt. Disse grunntemaene er lav selvfølelse, et behov for kontroll, manglende ord på følelser og bristende følelsesregulering, samt det å være ytrestyrt.

#### 2.1.1 Lav selvfølelse

Spiseforstyrrelsen blir i seg selv et “språk” for å takle følelsene. I følge Skårderud (2000) handler så godt som alltid denne sykdommen om lav eller

svingende selvfølelse. “For å kompensere for bristende selvfølelse søkes det mestring innenfor områder med målbare resultater: som skole, idrett, i venneflokket, et lydige barn osv.” (Ibid., 2000:21). Perfeksjonisme og vellykkethet kan gjøre det vanskelig å se faresignalene hos personer med spiseforstyrrelse. Skårderud påpeker at det er lett å forveksle personens ytre prestasjoner med hvordan personen egentlig har det. Spiseforstyrrelsen blir en forsterkning av den lave selvfølelsen. Følelser som ofte er kjente for personer med spiseforstyrrelser, er skam og selvforakt. Mestringsfølelse og livskvalitet måles og knyttes direkte til opplevelsen av kropp og mat (Ibid., 2000).

### **2.1.2 Behov for kontroll og forutsigbarhet**

Temaet kontroll er sammensatt når det kommer til spiseforstyrrelser. Jeg velger å utdype dette fenomenet ut fra et helsepsykologisk perspektiv mot slutten av kapitlet, se 2.7. “Spiseforstyrrelser er ikke kontroll, men liksomkontroll, etterligning av kontroll og illusjonen om kontroll” (Skårderud, 2000:22). Det kan være mange årsaker til en følelse av tap av kontroll. Manglende mestringsopplevelser sosialt og til egen kropp og selvbylde, overgrep eller andre erfaringer hvor egne grensene ikke blir respektert, kan være med på å forsterke følelsen av kontrolltap. For å gjenvinne kontrollen blir mat og kropp en løsning. Med spiseforstyrrelsen er det denne “løsningen” som etterhvert kommer ut av kontroll. “Spiseforstyrrelsen blir en dobbelt kontrollsvikt” (Ibid.,2000:23). En annen side av kontrollbehovet kan komme til syne gjennom rigide mønstre og ritualer i hverdagen. Dette gjøres for å skape forutsigbarhet og “trygge” rammer for en selv. Frykten for forandring handler blant annet om en frykt for forandring i og hos seg selv. Denne forandring kan handle om “å slippe tøylene, bevege seg fra de mat- og kroppsritualene som gir henne en viss opplevelse av kontroll, og å kaste seg ut i en truende uforutsigbarhet” (Ibid.,2000:33).

### **2.1.3 Manglende ord på følelser**

Et tredje grunntrekk går ut på en manglende evne til å identifisere og uttrykke egne følelser. Personer med spiseforstyrrelser blir beskrevet som å ha dårlig “kontakt med seg selv”. Den fraværende evnen til å uttrykke egne følelser dekkes ofte over av veltalighet. På spørsmål om hva personen føler, kan

svaret ofte være “vet ikke” (Skårderud, 2000). Følelsene kan oppleves som et (u)behag av indre kaos og uro. Dette ubehaget er ofte det som prøves å “sultes vekk” eller “spises vekk”. Med tanke på denne klientgruppen trekker Skårderud fram begrepet alexithymi, som betyr uten ord på følelser. Kroppen blir det sentrale språket for følelser (Ibid., 2000).

#### **2.1.4 Dårlig følelsesregulering**

Skårderud (2000) poengterer at spiseforstyrrelsen uttrykker et “doseringsproblem”. De vonde følelsene er vanskelig å utholde. Dette kommer til uttrykk som en sårbarhet hvor strenge polariserte holdninger som *alt-eller-ingenting, enten-eller, svart eller hvit* råder. Dette handler om at personer med spiseforstyrrelser forholder seg til seg selv og livet på en konkretistisk måte. Følelser og erfaringer knyttes til konkrete opplevelser av mat og kropp. Et resultat av dette er at evnen til abstrakt og symbolsk tenking reduseres. En konkret verden blir fattigere på nyanser (Ibid., 2000). Et slikt tankesett er med på å opprettholde kontrollen. Skårderud påpeker at de motstridende følelsene, og den sterke ambivalensen, bør fokuseres på i behandling (Ibid., 2000). Utsagn som eksemplifiserer denne dobbelthet kan være “å forsøke å bli noen ved å bli ingenting, å bli synlig ved å forsøke å gjøre seg usynlig, å oppsøke smerte for å dempe smerte og å komme til behandling, men være usikker på å ta i mot den” (Ibid., 2000:28).

#### **2.1.5 Å være ytrestyrt**

Den lave selvfølelsen kan resultere i en avhengighet av bekreftelse fra omgivelsene. Gjennom et høyt prestasjonsfokus søker personer med spiseforstyrrelser anerkjennelse. Personer som lider av en spiseforstyrrelse kan ofte oppleves som flinke og ressurssterke. Den ytrestyrte kan gå meget langt i selvutslettelsen for å tilfredsstille andre (Skårderud, 2000). Det virker til å ha en logisk sammenheng mellom det å være tydelig ytrestyrt og det å fjerne seg gradvis fra egne følelser og behov.

## **2.2 Musikkterapi**

Norsk musikkterapi tradisjon stiller seg bak et humanistisk grunnsyn. Even Ruud (2008) beskriver musikkterapi som et humanistisk fag som omfatter kunnskap om hvordan musikk virker inn på følelser og tanker ut fra vår

historiske og kulturelle bakgrunn. Videre påpeker han at humanistisk musikkterapi “gir oss holdepunkter for å forstå menneskers livsverden med sin egen særegne intensjonalitet, evne til symboldannelse og forutsetninger for autonomi og selvbestemmelse” (Ibid., 2008:5). Et av kjennetegnene på humanistisk musikkterapi er at den er mestrings- og ressursorientert. Dette videreføres av Randi Rolvsjord som har utviklet en praksis og en teori samlet i en modell om “ressursorientert musikkterapi”. Jeg går dypere inn på dette senere i kapitlet, se 2.6. Når fokuset flyttes mot klientens ressurser, samtidig som man ser klientens vansker i en større sammenheng, gir man personen et nytt handlerom hvor egne ressurser i større grad kan bli tatt i bruk (Ibid., 2008)

### **2.2.1 Definisjon av musikkterapi**

Even Ruud knytter begrepet handlemuligheter til sin definisjon av musikkterapi (Ruud, 1990). Dette handler om muligheten til påvirke eget liv og om barrierer som hindrer utfoldelse av ulike sider ved mennesket. Dette er ikke bare knyttet til kropp og biologi, men til psykologi, sosiale, kulturelle eller materielle prosesser. Intensjoner og handlinger kan være utgangspunkt for en utviklingsprosess hos et menneske. I lys av denne studien er musikkterapiens oppgave blant annet å arbeide med stemmen for å øke eller utvide muligheter til handling og utfoldelse, og endre tanke- og atferdsmønster. Jeg tolker Ruuds begrep handlemuligheter i denne sammenheng til også å angå mulighetene til å uttrykke seg gjennom en fri og fleksibel stemme.

### **2.3 Et fenomenologisk musikksyn**

Jeg har valgt å lene meg til et fenomenologisk musikksyn. Fenomenologi er: “[...] å beskrive og forstå verden slik den opplevelsesmessig trer frem for vår bevissthet” (Benestad, 1976: 399). Et slikt perspektiv handler om “hvordan musikkens struktur og indre relasjoner kommer til uttrykk og oppleves av den menneskelige bevissthet” (Ibid.: 399). Jeg tolker dette som hvordan musikk kan virke følelses- og erkjennelsesmessig på oss, og hvordan musikk kan tenkes som bevegelse. Et fenomenologisk musikksyn handler ikke om å beskrive opplevelsen av klanglige fenomener, men heller beskrive hvordan ikke-klanglige fenomener oppfattes og gripes av den menneskelige bevissthet

(Ibid., 1976). Her menes den følelsesmessige og erkjennelsesmessige respons av det klingende verk som kan uttrykkes som for eksempel bevegelse, forventning, utløsning, tilfredsstillelse osv. (Ibid., 1976).

## **2.4 Terapeutisk stemmearbeid**

Når vi synger aktiveres kropp og følelser på en helt spesiell måte. Stemme, pust og kropp settes i bevegelse, hvor hver bestanddel påvirkes og er avhengig av hverandre. Her stiller sang i en unik kategori. Lønstrup (2004) hevder at de lyder vi produserer kan fungere som kroppens gjenklang, en representasjon av hvem vi er. Stemmen er både i kontakt med kroppen og omgivelsene. Vi er nært forbundet til kilden av lyd og vibrasjoner når vi synger. Austin (2008) presenterer denne koherensen slik “Our voices resonate inward to help us connect to our own bodies and express our emotions and they resonate outward to help us connect to others” (Ibid, 2008:20). Ut fra dette fungerer stemmen som et kommunikasjonsmiddel, innover i oss selv og utover til andre. Stemmen kan altså være et uttrykk for hvem vi er og hva vi føler.

### **2.4.1 Pust**

Pusten har en livsviktig rolle og en naturlig sammenheng med stemme og kropp. En poetisk beskrivelse vil si at man finne sin egen stemme ved å ta bolig i kroppen sin. Jeg tolker det å ta bolig i kroppen sin som det å komme i kontakt med en dyp pust. Fra et etymologisk perspektiv er det interessant å se på opprinnelsen til det greske ordet *psyke* som betyr sjel og pust (Dictionary, 2017). Pusten blir bindeleddet mellom sinn, kropp og sjel. Når det kommer til sang er det viktig med dyp pust for å kontrollere tonene og for at stemmen skal klinge fritt og uanstrengt. Dyp pust er generelt viktig for helse og velvære. Kirsten Ekerholt og Astrid Bergland (2008) gjorde en studie av pasienters opplevelse av pust gjennom en terapeutisk prosess i norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF). De konkluderte med at ved å oppleve egen pust ble det enklere for pasientene å identifisere muskulære og emosjonelle mønstre som er forbundet til spesifikke tankemønstre. To av kategoriene som kom frem av forskningen var pust som tilgang til mening og forståelse, og pust for å styrke mestringsfølelse (Ibid., 2008). Gjennom å gjenkjenne forandringer i pusterytmen kan man bli kjent med nye kroppslige opplevelser. Følelsen og

forståelsen av å være en enhet styrkes, dvs. at kropp og sjel ikke oppleves adskilt. Samspillet mellom pust og indre og ytre innflytelser har korrelasjon til opplevelse av livskvalitet. Dette skaper en mestringsfølelse som kan overføres til dagliglivet (Ibid.:2008).

Ut fra Ekerholts og Berglands konklusjon er det samsvar mellom fysiologiske og psykologiske effekter av å puste. Austin (2008) påpeker negative følger av begrenset og overfladisk pust. En slik vane er ofte ubevisst og kan lage spenninger i hals, bryst eller mage. Dette gir negative utslag på tale- og sangstemme. I tillegg kan konsekvensene av dette skape brudd med egne følelser (Ibid.,2008). Newham (1998) snakker ut fra et psykofysiologisk perspektiv når han legger til hvordan dette kan resultere i psykiske og psykosomatiske lidelser. Han og trekker fram sang som en nevro-muskulær aktivitet nært knyttet til psykologiske mønster og emosjonelle reaksjoner (Ibid., 1998). Sterk angst og spenning i kroppen over lang tid, blokkerer naturlig energi og organisk pust, og forsterker de negative ringvirkningene. Et annet moment kommer fra Keyes (1973) som trekker fram vibrasjonene som oppstår når vi synger som en naturlig flyt av vitalitet i kroppene våre. Keyes snakker i likhet med Austin og Newham om vibrasjonenes evne til å løse opp blokkeringer i energien, og dermed utløse følelser. Dette er med på å skape balanse i kroppen (Ibid., 1976).

#### **2.4.2 Stemmen og selvidentitet**

I forrige avsnitt så vi på hvordan dyp og fri pust kan endre mønster av psykologisk og fysiologisk karakter. En annen faktor i terapeutisk stemmearbeid er hvordan sang spiller inn på selvpersepsjon og identitet. Newham (1999) skriver om stemmen i lys av selvidentitet (Self-identity). I den terapeutiske prosessen improviserer klienten med lyd og hører på samme tid en del av sitt *selv* for første gang.

*New sounds create new identities, for the voice acts as an acoustic mirror which reflects back to the vocalist an image of the Self in sound and the characteristics of the voice. The process of finding one's voice, one's own voice, is a metaphor for finding one's self (Ibid.:21).*

Det handler om å utvide nyansene i stemmen gjennom klang, tonehøyde, volum etc., noe som resulterer i at man får tilgang til et mer elastisk og fleksibelt stemmeuttrykk. Gjennom stemmen kan vi altså oppfatte oss selv. Vi er igjen tilbake til Lønstrups utsagn om at stemmen er kroppen og sjelens representasjon; det vi hører bekrefter hvem vi er og hva vi føler.

Mennesker kan bli fastlåst i synet på seg selv som enten den snille, den høflige, den dominerende, etc. I slike tilfeller overidentifiserer vi oss med enkelte karaktertrekk ved egen personlighet (Newham, 1999). Dette uttrykkes gjennom kvaliteten i stemmen. For eksempel kan bitterhet eller nervøsitet høres gjennom en hard og kald eller svak og skjelvende stemme, og dermed bekrefte oppfattelsen av en selv som bitter eller angstfull (Ibid, 1999). Dette handler om fleksibilitet og selvregulering av egen identitet og følelser. Målet med å utforske og eksperimentere via lyd og stemme, er å bli kjent med ulike sider av seg selv.

#### **2.4.3 Stemmen og følelser**

Det er en velkjent maksime i dagligspråket at ”musikk er følelsenes språk”, eller at der ordene ikke strekker til kan vi bruke musikken. Ordene strekker ikke til fordi følelsene kommer fra et nivå av psyken som er preverbalt og arketypisk (Newham, 1999) Hvordan følelsene blir uttrykt direkte gjennom lyd kan eksemplifiseres ved å se på hvordan et spedbarn uttrykker sult, savn, endringer i temperatur osv. Her er det ikke verbale eller kulturelt betingede koder som ligger til grunn for kommunikasjon og selvuttrykk. Det utvikles etter hvert som vi vokser opp. Stemmen forteller noe om personlighet, følelsetilstand, emosjonelle og psykologiske blokkeringer og hvorvidt vi er bekvemme eller ei i vår egen kropp (Austin, 2008). En side av dette omhandler de som opplever “å miste sin egen stemme”, i overført betydning vel og merke. Austin kaller dette for *a lost voice*. “Å miste” sin individuelle stemme kan skje ubevisst. Ifølge Austin kan en årsak til dette være når følelser og behov blir ignorert eller fordømt over lengre tid. Resultatet blir at man stenger av for egen selvbevaring. Redselen for ikke å bli anerkjent kan medvirke til at deler av personligheten blir undertrykt. Tilgangen til *den*



*sanne stemmen* blir bortgjemt og glemt, og behov og følelser blir utilgjengelig. Følgene av dette kan høres i en stemme som er svak, anstrengt, luftig og udefinert.

Newham snakker om en vokal katarsis og gir i den sammenheng en passende beskrivelse av den menneskelige stemmen. Han avbilder den til å være et langt, sammenhengende rør som begynner ved leppene, gjennom munnen, svelget, ned til stemmebåndene og ned til brystet og ned i lungene. Han snakker om stemmens kapasitet til å bringe følelser opp fra dypt inne i kroppen (Ibid, 1999). Dette dreier seg om at personen må tillate seg å synge over et bredt register av lyder som er emosjonelt ladet. En slik måte å nærme seg sang på krever at man legger fra seg visse estetiske og kulturelle idealer for hvordan sang skal og burde være. Newham kaller dette for “anti-syning”. “Anti-synging” handler om å gi en autentisk og akustisk form på smerte gjennom en ikke-vakker stemme. Som jeg nevnte innledningsvis i kapittel 1, er stemmeskam og prestasjonsangst nært forbundet til sang. Ved å være fastlåst i et snevert og tradisjonelt syn på lyd og sang, har dette direkte følger og begrensinger med tanke på hvordan en bruker stemmen. Dette oppsummerer blant annet hvorfor terapeutisk stemmearbeid kan være av nytte innenfor terapi.

## **2.5 Kroppen som fenomen og tekst**

### **2.5.1 Den fenomenologiske kroppen og kroppsselve**

Jeg finner det hensiktsmessig å vie fokus til kroppen innenfor en kroppsphenomenologisk retning. Ruth Eckhoff (1997) belyser begrepene kroppsselv og interkroppslighet ut fra fransk hermeneutisk og fenomenologisk tradisjon, representert ved Merleau-Ponty, Ricoeur og Marcel. Denne filosofiske arven ser mennesket som en helhet, mens det tradisjonelle synet på kropp og sjel har vært tydelig forankret i en dualistisk tenking. Begrepet kroppsselv og interkroppslighet vektlegger, i følge Eckhoff, betydning av kroppslige aspekter ved subjektivitet og intersubjektivitet (Ibid.,1997). Eckhoff trekker fram idéer fra Integrative terapi og Petzolds personlighetsteori med tre dimensjoner som utgjør vår personlighet;

*kroppsselv, ego og identitet* (Eckhoff 1997, i følge Petzold 1988, 1994). For å ta *kroppsselvet* først; et modent kroppsselv utvikles gjennom gode intersubjektive relasjoner. Interkroppslighet beskrives som en medfødt egenskap til å oppleve og uttrykke kroppslige fornemmelser som eksisterer fra fødselen av. Interkroppslighet handler om det som foregår kroppslig mellom mennesker. Eckhoff oppsummerer med at menneskekroppen er perseptiv, memorativ og ekspressiv. Den andre dimensjonen i personlighetsutviklingen er *egoet*:

*Egoet fødes ut av det arkaiske kroppsselvet. Det referer til et sett av egofunksjoner, mer er også noe kvalitativt samlende i personligheten. De viktigste ego-funksjonene er å fornemme, føle, ville, tenke og handle. Egoet relaterer seg normalt til kroppsselvet ved å iaktta det, merke det og reflektere over det. Dette betyr at et modent kroppsselv har utviklet seg (Ibid., 1997:38).*

Med egoet er fundamentet for den tredje dimensjonen lagt; *identitet*. Både egoet og identiteten står i sterk korrelasjon til kroppsselvet. Identiteten utvikles gjennom samhandlingen mellom indre og ytre krefter. Hvordan andre oppfatter oss, hvordan vi oppfatter oss selv og hvordan vi forholder oss til omgivelsene er med på å påvirke identiteten vår. Videre kan man snakke om et identitetsproblem om det er manglende samsvar mellom den eksterne og interne attribusjon hos en person (Ibid.,1997)

Eckhoff trekker også fram betydningen av sosiale roller. Gjennom omgivelsene og oss selv mottar vi roller som ubevisst indoktrineres i kroppen. "Slik kan vi si at vår personlighet manifesterer seg i en kroppslig realitet" (Ibid.,1997:39). Selv om jeg har valgt å gå dypere inn på begrepet kroppsselv i denne oppgaven, må jeg bemerke at det finnes flere nærliggende terminologier og definisjoner som anvendes i litteraturen. Når det skrives om spiseforstyrrelser, finnes det beslektede begrep som ofte brukes, for eksempel: kroppsbilde, kroppsfornemmelse og kroppserfaring.

Duesund og Skårderud (2003) er en av dem som skriver om kropp i relasjon til spiseforstyrrelser. De trekker også fram, i likhet med Eckhoff, Merleau-Ponty og hans introduksjon av *“the lived body”*. I dette ligger en forståelse av at kroppen opplever, agerer og søker mening gjennom refleksjon og handling. Kroppen søker *mot* andre, *ut* fra seg selv, samtidig som den opprettholder relasjon *med* seg selv (Ibid.; 2003). For Merleau-Ponty er det å være et subjekt å være i verden som kropp. Med dette tematiserer han differensen mellom å *ha* en kropp og å *være* kroppslig. Vi både har en kropp, og vi er våre kropper. Dette fokuserer en dypere mening i det kroppslige, at kroppen ikke er redusert til et mekanisk objekt med fysiske egenskaper. Skårderud og Duesund understreker at i lys av dette er kroppen levende i samhandling med verden. Den er både objekt og subjekt, en erfart og erfarende enhet som søker mening gjennom handling (Ibid.:2003). Skårderud trekker inn Merleau-Pontys beskrivelse av to situasjoner som truer kroppens eksistensielle relasjon til livsverdenen, og som lukker kroppen for omgivelsene. Det ene er sykdom og det andre er et strengt fornuftsmessig forhold til kroppen (Ibid.:2003). Her kan det trekkes paralleller til den spiseforstyrrede som kan sies å representere begge situasjonene. Sykdommen fører til at kroppen stivner som et objekt, samtidig som den strenge disiplinen er ment for å fremme en subjektiv opplevelse av selvkontroll.

### 2.5.2 Tilstedeværelse

Ordet tilstedeværelse ønsker jeg å se i sammenheng med det psykologiske begrepet *oppmerksomt nærvær* og det buddhistiske konseptet *mindfulness*. Binder og Vøllestad (2010) definerer oppmerksomt nærvær som:

*(1) en tilstand eller holdning av oppmerksomhet på det som erfares her og nå, både av kroppslige sansninger, følelser, ønsker og tanker, (2) med iaktakelse av disse mentale tilstandenes forgjengelighet–de kommer og går, (3) hvor en er åpen for både det som kjennes behagelig, ubehagelig og nøytralt, (4) og hvor en kan møte det som dukker opp i en selv med vennlig akseptering (Binder & Vøllestad, 2010).*

Oppmerksomt nærvær karakteriseres dermed av en aksepterende, ikke-reaktiv oppmerksomhet på det som skjer i øyeblikket. Anerkjennelse og aksept overfor de tanker, følelser og kroppsforannelser som oppstår, er viktig. Akseptering kan problematiseres når det kommer til personer med psykiske lidelser. Binder og Vøllestad nyanserer aksept til å handle om “å akseptere 1) det som til enhver tid er tilstede i ens sinn og 2) uunngåelige og ufravikelige eksistensielle grunnvilkår knyttet til det å være menneske” (Ibid., 2010). I følge Binder og Hjeltnes (2013) kan det å kultivere oppmerksomt nærvær i terapi øke toleranse, selvmedfølelse og balanse i møte med smertefulle følelser. I følge forskning er mennesker mer tilfredse når vi er oppmerksomt tilstede i øyeblikket (Berge 2007 i følge Nakamura & Csikszentmihalyi 2006). I tillegg handler det å være tilstede i seg selv om å komme i kontakt med egne følelser og behov (Ibid., 2007).

En annen nærliggende benevnelse er mindfulness. Mindfulness kan defineres ut fra tre prinsipper: (1) *awareness*, (2) *of present experience* og (3) *acceptance* (Germer, 2004). Disse prinsippene finner man i mindfulness-litteraturen innenfor både psykoterapien og buddhismen. Germer argumenter, i likhet med Binder og Vøllestad, for at mindfulness er en ferdighet som handler om å være mindre reaktiv i møte med det som skjer i øyeblikket. Mindfulness er en måte å forholde seg til all erfaring, både positiv og negativ, slik at vårt generelle nivå av smerte og lidelse blir redusert, og følelsen av velvære øker. Det å fordømme er dypt forankret i menneskets sinn, og selvkritikk kan derfor være et hinder for praktisering av en mindful bevissthet. Om vi ser til psykoterapien, er man spesielt opptatt av fortiden eller fremtiden. Mennesker som lider av depresjon føler ofte mye anger, sorg, skam eller skyld om fortiden, mens mennesker med angst frykter fremtiden (Ibid. 2005).

### **2.5.3 Kropp som tekst**

Jeg har allerede belyst kroppen og kroppsselveut ut fra en fenomenologisk tenkning. Jeg finner det interessant å trekke fram kropp som hermeneutisk felt i denne sammenheng. Dette står også i kontrast til det dualistiske menneskesynet. I stedet for at kroppen oppfattes som adskilt fra subjektet,

som en taus og ikke-meddelende materie, bygges det bro mellom kropp og sjel i det kropp og hermeneutikk kobles (Thornquist, 2003). Kroppens subjektstatus framheves, og i lys av hermeneutisk tenking betraktes kroppen som tekst. I denne konteksten snakker vi om et utvidet tekstbegrep. Kroppen ser selv- den erfarer, handler og leser selv. På denne måten skiller kroppen seg fra andre tekster. Kroppen er også sammensatt. Den er preget av erfaringer, sosialt og kulturelt liv, i tillegg til at den er biologisk. Thornquist argumenterer for at den er flertydig og dermed må dette tas i betraktning gjennom fortolkning av kroppen (Ibid., 2003). Jeg tenker det er hensiktsmessig, i lys av spiseforstyrrelser, å koble sammen kropp og sosiokulturelt liv. Kroppen er knyttet til identitet og selvpresentasjon hvor skjønnhetsidealer og det samfunnet vi lever i dag spiller en sentral rolle. En ny interesse for kropp i samfunnsvitenskapen skapes på bakgrunn av dette (Ibid., 2003). Thornquist anvender metaforen “kropp er tekst” og beskriver det som meningsfullt. Kort sagt: Kroppen er *“ladet med mening”* (Ibid., 2003:193). Med dette synet menes at kroppen formidler et budskap som til dels er utenfor bevisstheten for den enkelte. Kroppen kan ikke løsrives fra personen, på samme måte som teksten ikke kan skilles fra forfatteren.

#### **2.5.4 Forstyrrelser i kroppsselve**

Siden studien omhandler lidelsen spiseforstyrrelser, vil det være naturlig å se på hvordan kroppsselve kan underutvikles og komme i ubalanse, og på hvilken måte et forstyrret kroppsselv kan hindre tilfriskning. Som nevnt i avsnittet om den fenomenologiske kroppen og kroppsselve, ble kroppen beskrevet som perseptiv, memorativ og ekspressiv (Eckhoff, 1997, i følge Petzold 1988). Mulighetene her kan være hemmet eller mistet. “Petzolds definisjoner av personlighet inkluderer både positive erfaringer (ressurser) og negative erfaringer; mangler, forstyrrelser, konflikter og traumer” (Ibid., 1997:43, i følge Petzold 1988). Mangler i denne sammenheng blir beskrevet som fravær av erfaringer som individet kunne ha lært av, noe som kan lede til destruktiv utvikling av både emosjonell, kognitiv og somato-motorisk karakter. To former for mangler blir trukket frem: der hvor stimuleringen har manglet helt eller kun har vært ensidig. Forstyrrelser kommer enten av for svak empati, for sterk involvering eller empati i forhold til feil situasjon.

“Mangler og forstyrrelser leder til manglende utvikling av kroppsselve” (Ibid., 1997:43). Personer som blir utsatt for skadelige situasjoner over tid, reagerer ut fra tre mulige reaksjonsmåter; primær, sekundær og tertiær reaksjon (Ibid., 1997, i følge Petzold 1988). Den primære reaksjonen handler om å uttrykke smerten eller frykten, mens den sekundære reaksjonen handler om å flykte eller destruere det som er farlig. Når det gjelder den tertiære reaksjonen snakker man om to utveier. Den ene går ut på å bedøve kroppen og således stoppe den smertefulle erfaringen. Dette gjelder også for positive erfaringer. Den andre omhandler å utvikle forsvarsstrategier for å unngå smertefulle og positive situasjoner. Eckhoff poengterer at psykiatriske pasienter ofte har utviklet tertiære reaksjoner som deretter skaper forstyrrelser i kroppsselve. Ut fra dette utvikler egoet og identiteten seg til en viss grad. Personligheten er sårbar og grunnet på et arkaisk kroppsselv. “En slik person har utviklet voksent språk, men mangler emosjonelle undertoner. Kroppens naturlige gester er hemmet og personen unngår, eller har bare en svak blikk-dialog” (Ibid, 1997:44).

## **2.6 Ressursorientert musikkterapi**

Som nevnt i starten av kapitlet i avsnittet om humanistisk musikkterapi (se 2.2), viser Ruud til et nært slektskap mellom den humanistiske tankegangen og ressursorientert musikkterapi. En slik tilnærming innenfor terapi virker i utgangspunktet ganske selvfølgelig, men innenfor området psykisk helsevern, som denne studien berører, har behandling i lang tid vært tungt befestet i en medisinsk tradisjon. Ressursorientert musikkterapi utfordrer den tradisjonelle og sykdomsideologiske behandlingstenkingen ved å betone ressurser og klientens sterke sider. Antonovsky (1987) legger fram en forståelse av helse og terapi som er knyttet til muligheten for å forhindre sykdom, mer enn til å kurere sykdom. Denne salutogene modellen fremstår som et alternativ til den patogene, og presenterer en terapi som fokuserer på å gjøre mennesket bedre rustet til å mestre sykdom. Han vektlegger også betydningen av opplevelsen av mening, sammenheng og kontroll i livet for å opprettholde god helse (Ibid., 1987). Rolvsjord (2008) påpeker at “ressurser er noe alle har, for eksempel personlige egenskaper eller ferdigheter, men også det personen har tilgang til gjennom sitt sosiale nettverk, gjennom

organisering av samfunnet, gjennom sin kultur” (Ibid:126). Rolvsjord snakker også om at fokus på sterke sider er viktig for å oppleve glede. Dette er tanker hentet fra positivt psykologi. Positive følelsesopplevelser, som glede, tilfredshet og interesse, beskrives som viktig i forhold til helse og empowerment. Å utvikle ressurser sees på som høyst relevant i lys av empowermentperspektivet (Rolvsjord 2004, Procter 2002).

### **2.6.1 Empowerment og recovery**

*Empowerment*, eller myndiggjøring, står i slektskap med tanker fra den positive psykologien. Positive følelsesopplevelser er viktige når det kommer til motivasjon og deltakelse. Ifølge Peter Procter (2002) handler empowerment om at tilgang til og kontroll over ressurser kan gjøre oss i bedre stand til å gjøre det vi selv ønsker med livene våre (Ibid., 2002). Rolvsjord trekker fram makt-prinsippet i denne sammenheng. Det å bestemme over sitt eget liv og egne handlemuligheter, innebærer å ha “makt til” og ikke “makt over” (Rolvsjord, 2004). Med empowermentprinsippet knyttes individet til samspillet med kultur og samfunn.

Som et motsvar til den medisinske modellen har recovery-perspektivet vokst fram gjennom de siste tiår. Termen psykisk helsearbeid har i mange land erstattet ordet “psykiatri”. Dette er på mange måter med å markere et nytt paradigme i helsetjenesten hvor forståelsen av og behandlingen av psykiske lidelser utvides til å integrere mer enn kun den medisinske. Recovery deles inn i to kategorier: klinisk og personlig recovery. Solli (2012) trekker fram Slades (2009) sin distinksjon mellom klinisk og personlig recovery. Det er den personlige recovery som er hensiktsmessig å trekke fram i denne sammenheng. Solli presenterer Anthony (1993) sin definisjonen av recovery:

*Recovery is a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life, even with limitations caused by the illness, recovery involves the development of new meaning and purpose in life as one grows beyond the*

*catastrophic effects of mental illness (Solli, 2012:28, i følge Anthony 1993).*

Med denne definisjonen legges det vekt på arbeidet som individet gjør i sin egen bedringsprosess og ikke så stor grad som følge av profesjonell behandling. Recovery kommer alltid som følge av egen innsats. Her blir det naturlig å dra en link til empowerment-begrepet. Personen “bedres” ikke gjennom intervensjoner utenfra, da dette indikerer en objektivisering av personen, i tillegg til at maktbalansen mellom klient og “ekspert” blir uhensiktsmessig skjev. Med empowerment-tankegangen fremmes medbestemmelse og likeverd i relasjoner, samt på et sosialt og strukturelt nivå (Solli, 2012 ifølge Slade 2009). Et annet moment å trekke ut fra denne definisjonene er at recovery handler om mer enn symptomer og funksjoner. Solli påpeker at det handler om å se hele mennesket i sammenheng, og selv om symptomene er viktig for bedring, behøver man ikke være symptomfri for å være i en bedringsprosess. Et tredje moment handler om makt. I recovery er det viktig at personen skaffer seg makt over eget liv. Solli sammenligner recoveryprosessen med at klienten selv sitter i førersetet i sitt eget liv (Ibid., 2012).

## **2.7 Konsepter av kontroll**

Kontroll blir beskrevet som et nøkkelkonsept innenfor helsepsykologi. Begrepet blir blant annet koblet til feltene stress, mestring og tilpasning og helsefremming (Walker, 2001). Kontroll er i hovedsak brukt til å referere til oppnåelsen av et ønsket utfall. Et ønsket utfall omfatter det som sikrer overlevelse og beskytter individets helse og trivsel, i tillegg til å møte kulturelle, ideologiske, sosiale og materielle krav (Walker, 2001, ifølge Hyland 1987). Terminologien kontroll referer ofte til både prosessen av å oppnå kontroll og selve utfallet. Det finnes mange ulike kontrollteorier og pga. av omfanget av litteratur må jeg begrense. Jeg har valgt å støtte meg til en samlende kontrollteori (Walker, 2001) som baserer seg på flere konsepter innenfor kontrollteori. Konseptene er *personlig kontroll*, *locus av kontroll*, *selvforvaltning (self-efficacy)*, *lært hjelpeløshet*, *sosial støtte* og *emosjonelle tilstander*. Jeg kommer ikke til å gå i dybden av disse konseptene, men jeg vil



vie ekstra oppmerksomhet til *locus av kontroll* og *selvforvaltning* (self-efficacy).

### **2.7.1 Locus av kontroll**

Locus av kontroll referer til en oppfattelse av ansvar for utfall (Walker, 2001). Konseptet bygger på ulike krefter av kontroll som inkluderer indre og ytre faktorer (Ibid., 2001). Personer med intern locus av kontroll vil oppfatte årsaker som resultat av egen atferd, mens personer med ekstern locus av kontroll ser samme årsaken som et resultat av eksterne faktorer. Locus av kontroll er et tydelig rotfeste i attribusjonspsykologi. I tilfeller der mennesker opplever tap av kontroll fremmes mengden attribusjon betraktelig (Eckhoff & Nordmo, 2006). Dette kan forstås i relasjon til spiseforstyrrelser for å forklare den destruktive kontrollerte adferden. Når man ikke har kontroll vil man forsøke å oppnå det. Eckhoff og Nordmo presenterer begrepene locus, stabilitet og kontrollerbarhet og sammenhengen disse har til kontroll.

*Locus referer til stedet for et årsaksforhold, dvs. hvorvidt personen attribuerer en årsak til å være intern eller ekstern. Stabilitet referer til varigheten av et årsaksforhold, varierende fra stabil til ustabil, mens kontrollerbarhet referer til graden av vilje og egen kontroll som kan påvirke et årsaksforhold (Ibid., 2006).*

Locus har sammenheng med hvorvidt man er i stand til å lokalisere følelser av stolthet og egenverdi inne i seg. Stabilitet på sin side har sammenheng med i hvilken grad det er stabilitet over tid når det gjelder attribusjonsmønster overfor henholdsvis følelsesregistret av håpefullhet eller håpløshet. Kontrollerbarhet har sammenheng med i hvilken grad du selv kan påvirke eller kontrollere situasjonen (Ibid., 2006). Et resultat av lite indre kontroll kan føre til at følelser av skam og skyld rettes mot en selv.

### **2.7.2 Selvforvaltning**

Banduras (1997) begrep *self-efficacy* handler om tillit til egne evner når det gjelder å mestre ulike situasjoner. I denne sammenhengen gjør dette mennesker til handlende agenter i sine egne liv. Begrepet involverer også regulering av motivasjon, tankeprosesser, affektive tilstander eller egne

handlinger, i tillegg til at det kan involvere endringer i miljøforhold. Self-efficacy har ulike oversettelinger til norsk (selvtro, mestringstro, mestringsevne). Eckhoff (2006) beskriver ordet som tro på egen virkekraft for å regulere og bedre egen helse og bruker oversettelsen selvforvaltning. Selvforvaltning gjelder troen på nødvendige handlinger for å nå et spesifikt (helsemessig) mål. Eckhoff legger dette fram som en av de sterkeste prediktorene for helseatferd. Basert på dette ligger det et aspekt av å ta kontroll over egen helse. Dette konseptet handler i stor grad om motivasjon og menneskets evne til å påvirke eller forandre miljøet. Walker (2001 i følge Bandura 1997) påpeker sammenhengen mellom self-efficacy og selvfølelse. Her pekes det på menneskets evne til å utvikle egenskaper i aktiviteter som gir dem høyere selvtillit. Dette kan sammenlignes med behovet for å kontrollere matinntaket eller slanke seg hos personer med spiseforstyrrelser.

### **2.7.3 En samlende kontrollteori**

Walker presenterer et teoretisk rammeverk som foreslår en direkte link mellom syn på kontroll, sosial støtte og emosjonelle tilstander (2001). Mennesker lever i en sosial verden hvor man er avhengig av både sine egne og andres ressurser for personlig overlevelse. Hun definerer kontroll både som verb og som substantiv. Kontroll som verb referer til handlinger som er gjort av en selv eller andre for å oppnå et ønsket utfall. Kontroll som substantiv handler om oppnåelsen av et ønsket utfall. Videre påpeker Walker at tap av kontroll kan føre til håpløshet og depresjon. Usikkerhet og uforutsigbarhet er begreper som har en direkte link til ukontrollerbarhet (Ibid.,2001).

## **2.8 Oppsummering**

Jeg har i dette kapitlet redegjort for psykologiske grunntemaer hos personer med spiseforstyrrelser. Dette handler om lav selvfølelse, et sammensatt kontrollbehov og utfordringer med å uttrykke og regulere følelser, samt å være ytrestyrt. Deretter la jeg fram oppgavens musikkterapisyn, samt musikksyn, for videre å gå inn på terapeutisk stemmearbeid. Her belyste jeg stemmearbeid i terapi gjennom temaer som pust, selvidentitet og å komme kontakt med følelser. Videre belyste jeg kropp ut fra et fenomenologisk og hermeneutisk perspektiv. I tillegg har jeg gått inn på hvordan forstyrrelser og

mangler i kroppsselveet kan lede til redusert utvikling. Jeg har jeg løftet fram ressursorientert musikkterapi med sentrale begreper som empowerment og recovery. Til slutt så jeg på kontrollteori ut fra et helsepsykologisk perspektiv. Her presenterte jeg konseptene locus av kontroll og selvforvaltning (self-efficacy) og konkluderte med Walters samlende kontrollteori basert på konsepter som personlig kontroll, locus av kontroll, selvforvaltning (self-efficacy), lært hjelpeløshet, sosial støtte og emosjonelle tilstander.

### 3 Metode

I dette kapitlet redegjør jeg for studiens vitenskapsteoretiske ståsted. Jeg presenterer det innenfor rammen av et kvalitativt forskningsdesign hvor det er hensiktsmessig å vektlegge fenomenologi og hermeneutikk. Utover dette vil jeg legge fram prosessen med datainnsamlingen. Jeg vil beskrive utvelgelsen av informanter, i tillegg til analyseprosedyren. I bearbeidelsen av datamateriale har jeg valgt å lene meg til IPA-modellen. Jeg avslutter med refleksjoner rundt etiske vurderingen og studiens validitet og reliabilitet, samt en oppsummering av kapitlet.

#### 3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

Tema for dette prosjektet er musikkterapi i gruppe med fokus på sang for personer med spiseforstyrrelser. Hovedfokuset er hvilke erfaringer de gjør seg i møte med musikkterapi. Jeg ønsker å få en *forståelse* av deres *opplevelser* og *erfaringer*, med fokus på hvordan informantene *beskriver* disse. Spørsmålet utdypes på bakgrunn av empirisk arbeid og et semistrukturert gruppeintervju. På grunn av forskningsspørsmålets art og kontekst for studien min, valgte jeg et kvalitativt forskningsdesign. Studien kan kategoriseres som empirisk, i tillegg til eklektisk på et metodisk- og et arbeidsprosedyrenivå, da jeg henter inn elementer fra både fenomenologi og hermeneutikk. Jeg er også deltakende observatør, som i sammenhengen betyr at jeg er både forsker og musikkterapeut.

##### 3.1.1 Kvalitativ forskning

Målet med kvalitativ forskning er å komme frem til dybdekunnskap og få helhetlig forståelse av få enheter (Thornquist, 2003). Dette ønsket om å gå i dybden av et fenomen står i kontrast til den kvantitative forskning som søker å få bredde og oversikt. Bruscia på sin side trekker fram det personlige elementet i kvalitativ forskning:

*In qualitative research, the entire study can be seen as a personal creation of the researcher. Everything about the study—its focus, its design, its methods of gathering data, its approach to data analysis,*

*its findings and conclusions—is determined or implemented by the researcher, not according to pre-established rules of science but on the basis of the researcher's values, beliefs, and pre-understandings being uncovered from moment to moment as she or he studies the phenomenon (Bruscia 2005: 129).*

Kvalitative metoder er i stor grad basert på et subjekt-subjekt-forhold mellom forsker og informant. Dette kan eksemplifiseres ved intervju og deltagende observasjon, de to mest brukte metodene innenfor de kvalitative fremgangsmåter (Thagaard, 2009). Intervjuer egner seg godt, da de kan gi innblikk i subjektive opplevelser og meninger. Her kan informantene fortelle om hvordan de forstår sine erfaringer. Observasjon på sin side er nyttig for å tilegne seg informasjon om personers atferd og hvordan de forholder seg til hverandre. “Når forskeren deltar på linje med informanten, og samtidig observerer, får hun eller han et meget godt grunnlag for å forstå den sosiale sammenhengen som personene inngår i” (Ibid., 2009:13). Både ved intervju og deltagende observasjon blir relasjonen mellom forsker og informantene viktig. Datamaterialet avhenger av at det etableres en direkte og god kontakt mellom partene. Forskeren bruker seg selv som et middel for å skaffe informasjon. I dette henseende vil det foreligge flere utfordringer som jeg kommer tilbake mot slutten av kapitlet. Gjennom et semistrukturert gruppeintervju intervjuet jeg 5 informanter som hadde deltatt i en musikkterapigruppe over 8 uker hvor jeg selv har vært musikkterapeut. Selv om jeg var opptatt av brukernes erfaringer var det også naturlig i denne sammenheng å tolke dataene ut fra kontekst.

Kvalitativ forskning preges av en fleksibel tilnærming (Ibid.,2009). Thagaard beskriver dette som en syklisk modell. Mens den kvantitative forskningen følger et lineært forløp hvor de enkelte aspektene av forskningsprosessen følger etter hverandre i tid, kjennetegnes den kvalitative metoden av at de ulike fasene overlapper hverandre. Spesielt kan analyse og tolkning sees som gjennomgående aktiviteter gjennom hele forskningsprosessen. Et annet moment for fleksibilitet er at de ulike sidene av prosessen kan påvirke hverandre (Ibid.,2009).

### 3.1.2 Fenomenologi og hermeneutikk

Fenomenologi er læren som om det som viser seg (Thornquist, 2003). Et kjent sitat fra grunnleggeren av denne retningen, Edmund Husserl (1859-1938), er: "Til saken selv" (Ibid., 2003:84 i følge Husserl). Husserl var opptatt av bevisstheten og på hvilken måte fenomener viste seg for oss. Jeg vil ikke gå dypere inn i fenomenologi som filosofi, men heller rette det mer mot fenomenologi som vitenskapsteoretisk perspektiv. Thornquist legger fram begrepet intensjonalitet, og i denne sammenheng menes det at menneskets bevissthet aldri er tom, den er alltid rettet mot noe (Ibid., 2003). Thagaard beskriver fenomenologi som å ta utgangspunkt i den subjektive opplevelsen, og med dette oppnå en forståelse av den dypere meningen i personlige erfaringer (Thagaard, 2009). Bruscia uttaler seg om fenomenologi som følgende: "Phenomenology can be defined as the study of any lived phenomenon: (a) as it presents itself, or (b) as it is experienced by the researcher/or research participants. A lived phenomenon is anything that human beings commonly experience" (Bruscia, 2016: 165). Thornquist (2003) beskriver det blant annet som å rette oppmerksomheten mot verden slik den er erfart av et subjekt. Dette handler om at menneskets subjektivitet er et forutsetning for å kunne oppnå en forståelse av noe i det hele tatt (Ibid, 2003).

Mens fenomenologien refereres til som førstehåndsperspektivet, blir hermeneutikken på sin side karakterisert som andrehåndsperspektivet. Thagaard presenterer hermeneutikken som fortolkning av et dypere meningsinnhold enn det som er umiddelbart innlysende (Ibid.,2009). Videre legger hun fram at den hermeneutiske tilnærmingen vektlegger at det ikke finnes en sannhet, men at fenomener kan tolkes på flere nivåer. I følge Thornquist (2003) kan hermeneutikken hjelpe oss med å forstå hvordan vi forstår og hvordan vi gir verden mening. Et viktig fundament for forskere med tilnærminger til den hermeneutiske tradisjonen, er innsikt og bevisstgjøring av egen forståelse og forforståelse. Det er vanskelig, og kanskje umulig, å legge til side sin egen forforståelse av det vi forsker på. Ut fra dette synet vil vi alltid prege det vi prøver å forstå. Dette kan beskrives gjennom den hermeneutiske spiralen. Thornquist beskriver spiralen hvor man pendler mellom forståelse

av helheten og mellom delene. Når man har forstått en del av virkeligheten, har dette innvirkning på oppfattelsen av helheten. Hun forklarer dette ved at man som forsker gjør et dypdykk i egen forståelse av mening, og på den måten stadig skaper et grunnlag for nye måter å forstå på (Ibid., 2003). På denne måten vil forståelsen av et fenomen hele tiden være i endring på grunn av en forståelsesprosess som er dynamisk. Sirkelen viser til at for å forstå noe som har mening må vi alltid i fortolkningen av enkelthetene gå ut fra en viss ”forhåndsforståelse” av helheten som detaljene hører hjemme i. Den forståelsen vi dermed oppnår av delene, virker å tilbake på forståelse av helheten osv. (Alnes, 2015). Som forsker forstår jeg delene i lys av helheten.

### **3.1.3 Forskningsdesign**

Forskningsdesign kan deles inn i tre idealtyper; kausalt design, deskriptiv design og eksplorativt design (Grenness, 2001). Mens det deskriptive designet oftest blir brukt når forskere har klare hypoteser og oppgaven handler om å beskrive disse, er det kausale designet basert på situasjoner som dreier som om årsak/virkning. Jeg plasserer min forskning innenfor sistnevnte alternativ, eksplorativt design. Dette designet blir brukt der problemstillingen framstår uklar, der forkunnskapene er avgrensa og når forskeren ikke har mulighet til å formulere tydeligere hypoteser (Ibid., 2001). Problemstillingen og fokus på tema har vært i utvikling gjennom hele forskningsprosessen. Intensjon var at i selve dataanalysen skulle materialet “snakke til meg”, og at essensen og meningsbærende elementer skulle trekkes fram.

### **3.1.4 Om å bruke intervju som metode**

Kvale definerer målet for et forskningsintervju som “å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomener” (Kvale, 2001: 21). Jeg valgte å bruke semistrukturert gruppeintervju som metode. Gruppeintervju defineres som en metode hvor flere mennesker diskuterer et tema med en forsker som leder og ordstyrer. Videre kan man snakke om dybdeintervju som en ytterligere kategorisering av intervjutyper. Dybdeintervjugrupper gir ytterligere mulighet til å reflektere over det som blir sagt, og til å dyrke relasjonene til personene i gruppen (Thagaard 2009, i følge Brandth 1996). Videre påpeker Thagaard at gruppeintervjuer kan bidra til å utdype temaer som tas opp, da deltakere kan

“følge opp hverandres svar og gi kommentarer i løpet av diskusjonen” (Ibid., 2009:90). Med et kritisk blikk på dette vil jeg nevne faren for at ikke alle fikk snakke like mye og at det kunne oppstå en skjev balanse av synspunkter. Som ordstyrer måtte jeg være observant på dette. Siden gruppen hadde vært gjennom 8 uker med musikkterapi, var de godt samkjørte, viste en god tillit til hverandre og hadde et felles grunnlag å diskutere ut fra.

### **3.2 Utvalg av informanter og datainnsamling**

Valg av målgruppe og praksisarena har i første omgang bakgrunn i en genuin interesse for feltet psykisk helsevern, og da spesifikt for personer med spiseforstyrrelser, som jeg poengterte i kapittel 1. Som en del av praksis gjennom masterstudiet, fikk jeg mulighet for egenpraksis hos Spiseforstyrrelsesforeningen våren og høsten 2016. Formålet med mitt første semester med egenpraksis hos Spisfo handlet i stor grad om å legge grunnmuren for innsamling av data. Rekruttering ble dermed gjort gjennom å tilby de som hadde musikkterapi hos meg deltakelse i prosjektet til høsten. I tillegg ble det viktig å synliggjøre prosjektet og informasjon om musikkterapi til medlemmene av organisasjonen. Rekrutteringen skjedde i tillegg gjennom facebook-event og flyere i Spisfos lokaler. I tillegg var Spisfo delaktig i å spre informasjon til sine medlemmer både gjennom mail, nyhetsbrev facebook og ved å ta direkte kontakt med folk. Jeg erfarte gjennom den kliniske praksisen at dette på mange måter var en sårbar gruppe. Dette så jeg blant annet ved et tidvis ustabil oppmøte både i rekrutteringsprosessen og i musikkterapisamlingene. Informantene i dette prosjektet er personer som lider av ulike typer spiseforstyrrelser og som har en tilknytning til Spiseforstyrrelsesforeningen. To av informantene hadde deltatt på individuell musikkterapi semesteret før, og var dermed var litt forberedt på hva musikkterapi kunne være. På bakgrunn av dette hadde vi allerede etablert relasjon. De andre deltakerne hadde ikke hatt erfaring med musikkterapi, men alle hadde på en eller annen måte en stor interesse for musikk. De brukte musikk aktivt i livet sitt, enten ved at de spilte og sang selv, sang i kor, skrev låter eller lyttet til musikk. Jeg gjennomførte individuelle inntakssamtale med alle sammen. Samtalene handlet om deres forhold til musikk og hvilke forventninger de hadde til å delta i musikkterapigruppa og i studien.



Yalom (1995) peker på to prinsipper for å imøtekomme en god gruppesammensetning. For det første er hetero-genitet uten ekstreme variasjoner viktig. For det andre er det essensielt at minoriteter innen gruppa, som kjønn, alder, fremmed-språklige personer etc., ikke bør utgjøre under 1/3 av medlemstallet (Ibid., 1995). Dette var prinsipper jeg ønsket å legge til grunn for utvelgelsen av informanter, men som det ble utfordrende å imøtekomme. Jeg endte opp med 6 informanter, hvorav 5 var damer og 1 mann. I tillegg var aldersspennet mellom 20-53 år. Argumentasjonen for hvorfor dette likevel kunne være en god gruppesammensetning var at minoritetsantallet ikke utgjorde under 1/3. Jeg vil også presisere at alle informantene ble orientert via mail i forkant om at gruppa bestod av begge kjønn. Hensikten var for å forhøre meg om dette var ok for alle parter - noe det var det viktig å ta hensyn til med tanke på at det kunne oppstå utrygghet i gruppa. Det var ingen i gruppa som hadde motsigelser på dette. En av informantene valgte å trekke seg mot slutten av prosessen pga. en krevende livssituasjon. Av den grunn endte jeg opp med 5 informanter som gjennomførte gruppeintervjuet. Jeg velger å legge ved en oversikt over oppmøte på musikkterapisamlingene for å gi et innblikk i deltakelsen (se tabell neste side).

Tabell over informantenes deltakelse på de 8 musikkterapisamlingene. Den horisontale linjen viser antall samlinger, mens den vertikale viser informantene. Informant nr. 6 valgte å trekke seg mot slutten av prosessen.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8
Nr. 1	x	x	x	x	x	x	x	x
Nr. 2	x	x		x	x	x	x	
Nr. 3	x	x	x	x				x
Nr. 4		x		x	x		x	x
Nr. 5	x	x	x	x	x	x	x	x
Nr. 6		x	x	x				

Det ble ikke vektlagt hvilken type spiseforstyrrelse eller andre psykiske lidelser informantene led av. Det må likevel påpekes at komorbiditet ofte sees i sammenheng med spiseforstyrrelser. I dette tilfellet hadde informantene erfaringer med angst og depresjon. Årsaken til ikke å vektlegge diagnose var å forholde seg til Spisfo og Skårderud sine definisjoner av spiseforstyrrelser som jeg presenterte i kap 1 ( 1.5.3). En av tankene bak dette prosjektet var å møte denne målgruppen ut fra en ressursorientert filosofi hvor fokus på diagnose og en medisinsk tilnærming ikke skulle være ledende.

### 3.3 Analyseprosessen- steg for steg

Intervjuanalysen er induktiv på samme måte som forskningsprosessen. Det gikk noen måneder før jeg tok opp transkriberingsarbeidet etter at gruppeintervjuet var gjort. Dette var for å se på datamaterialet med friske øyne. Som deltakende observatør var det vanskelig å legge min forforståelse helt til side. Det var likevel viktig å prøve å nærme meg datamaterialet fra utsiden, i den grad det var mulig. Ved endt transkribering lyttet jeg gjennom opptaket igjen og leste gjennom min egen logg fra musikkterapi-samlingene.

Jeg valgte IPA-analysen ut fra idéen om å utforske fenomener i intervjuet. IPA står for *Interpretative Phenomenological Analysis* som er basert på fenomenologisk og hermeneutisk teori (Smith, Flowers & Larkin, 2009). IPA

er en kvalitativ innfallsvinkel, og den er ment å undersøke hvordan mennesker skaper mening til sine livserfaringer (Smith et al., 2009). Viktige kvaliteter for en IPA- forsker er et åpent sinn, fleksibilitet, tålmodighet, empati og vilje til å gå inn i, og respondere på informantenes ”verden” (Ibid., 2009). Dette har jeg hatt som ledesnor gjennom forløpet. Jeg beskriver analyseprosessen i 5 steg.

*Steg 1:* Jeg leste gjennom transkripsjonene flere ganger. I tillegg lyttet jeg til opptaket og leste gjennom min egen logg fra musikkterapisamlingene. Med dette skulle jeg gå inn i informantenes ”verden”, prøve å se det fra deres perspektiv. Dette var en overveldende fase, da mange idéer og tanker om mulig sammenheng og konklusjoner kom på en gang. Her ble det viktig å senke tempoet og være tilstede i dataene.

*Steg 2:* I denne omgangen gjorde jeg kommentarer i margen mens jeg leste. Her prøvde jeg å holde et åpent sinn og kommenterte alt som kunne være av interesse. Med dette startet jeg på identifiseringen av ulike tema. I etterkant leste jeg gjennom kommentarene for å få et overblikk.

*Steg 3:* Her startet jeg å utvikle framvoksende tema. Jeg skrev alle kommentarene på et nytt ark og begynte å fargekode etter ulike kategorier. Her kom det fram 6 ulike kategorier som kunne inneholde de ulike kommentarene fra intervjuet. Disse kategoriene var *kontakt med seg selv, kontrollbehov, tilstedeværelse, fokus på person, fellesskap, ta plass og musikken i musikkterapi*. Jeg vil presisere at kommentarene mine inneholdt informantenes formuleringer.

*At each stage the analysis does indeed take you further away from the participants and included more of you. However “the you” is closely involved with the lived experience of the participants. and the resulting analysis will be a product of both your collaborative efforts (Smith et al. 2009: 92).*

Med dette snakker man om forholdet mellom I'en og P'en i IPA som på norsk er fortolkende og fenomenologisk.

Steg 4: Denne fasen var allerede startet i forrige steg, nemlig å se etter sammenheng mellom de framvoksende tema. Nå begynte arbeidet med å finne meningsbærende cluster ut fra kategoriene. Jeg gikk litt tilbake igjen for å lese gjennom transkripsjonen og lese kommentarene på nytt for å se om noe ga ny mening. Jeg kom fram til 3 nye cluster:

1. Kontakt med seg selv
2. Kontroll
3. Fokus på ressurser

Clusterne er navngitt ut fra min egen tolkning av temaene. Jeg vil presentere disse clusterne mer dyptgående i kap. 4 ( se 4.1, 4.2 og 4.3).

*Steg 5:* I denne fasen gikk jeg tilbake til transkripsjonen for å fargekode direkte inn i intervjuet. Hver kategori fikk hver sin farge i teksten. Med dette arbeidet ble det tydelig hvor det fantes en sammenheng mellom temaene, noe som jeg kommer til å drøfte i kap.5.

### **3.4 Ethiske refleksjoner**

Med kvalitativ forskning får forskeren mulighet til å komme nærmere innpå informantene. Thagaard presenterer tre prinsipper for etiske retningslinjer i forskning; informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser av å delta i forskningsprosjekter (Ibid.,2009). Smith et al. (2009) underbygger at "(...) anonymity is all that qualitative researchers can offer" (Ibid.:53).

Transkripsjoner og lydopptak av gruppeintervjuet ble sikret på privat passordbeskyttet datamaskin. Ved studiets slutt vil skriftlig materiale makuleres og lydopptak slettes. Deltakerne i studien skrev under på samtykkeerklæring (se vedlegg side 77). Erklæringen innebærer at deltakerne blir informert om sine rettigheter ved deltakelse, og de får generell informasjon om studien. Alle informantene har skrevet under samtykkeskjema hvor det blant annet står om taushetserklæring og at anonymiteten deres skal bli ivaretatt. Siden informantene mine bestod av 5 damer og 1 mann, har jeg måttet vurdere hvordan jeg skulle omtale

informantene for å beskytte den ene mannens identitet. I stedet for oppdiktede navn har jeg valgt å nummerere informantene og ikke bruke pronomen som avslører kjønn.

Jeg er full av respekt og ydmykhet overfor mine informanter. De har vist meg en stor tillit, og denne har vært viktig for meg å ivareta både gjennom musikkterapisamlingene, i intervjuet og i skriveprosessen. En viktig faktor i rekrutteringen av informanter og i gjennomføring av prosjektet handlet om et ønske fra min side om at de skulle ha utbytte av å delta i studien. I dette prosjektet forsker jeg på mennesker, og i det ligger det et stort ansvar. Som deltakende observatør går jeg inn i studien med hele meg. Jeg har reflektert over på hvilken måte mitt nærvær kunne være belastende i intervjusammenheng. Refleksjoner av denne art underbygger forskningens troverdighet (Thagaard, 2009). Relasjonene mellom meg og informantene har vært viktig. I intervjusituasjonen var det viktig at informantene følte at de kunne reflektere og snakke fritt uten å legge ytterligere sensur på uttalelsene sine pga. mitt nærvær. Dette snakket vi om i forkant, men jeg er likevel observant på at dette kunne ha påvirket svarene deres. Et annet aspekt jeg har måttet ta stilling til er at det å føle seg observert kan forsterke prestasjonskravet. Dette er nok spesielt for denne målgruppen og et dilemma som har vært samtaleemne i gruppa. I flere sammenhenger gjennom musikkterapiprosessen har jeg måttet presisere at jeg ikke er ute etter fasitsvar i musikkaktivitetene.

### **3.5 Validitet og reliabilitet**

“To attain absolute validity and reliability is an impossible goal for any research model”. Dette er sitat av Le Comte og Goetz (1982: 55). Innenfor forskning er validitet knyttet til studiets gyldighet og reliabilitet til forskningens pålitelighet (Thagaard, 2013.) Jeg har valgt å trekke inn Lucy Yardley (2000) sine fire prinsipper for å sikre påliteligheten og gyldighet i en kvalitativ forskning. Prinsipp nr. 1 er *sensitivity to context*. Med dette prinsippet beskriver hun at man skal være bevisst etiske og praktiske utfordringer, forholde seg til forskning på aktuelt felt, være obs på at sosiokulturelle forhold kan påvirke forsker og respondent, i tillegg til å være

godt forberedt (Ibid., 2000). Sett i lys av min forskning er det viktig at jeg har vært tydelig med å beskrive de kontekstuelle forholdene. Studien er innenfor rammen av en selvhjelpsorganisasjon, og informantene er rekruttert i dette miljøet. Valg av teori er også gjort med tanke på dette. Det har vært viktig å ivareta informantene både gjennom musikkterapien og i intervjusituasjonen. Balansen mellom min for forståelse og informantenes erfaringsbaserte forståelse har vært viktig i bearbeidningen av datamateriale. Sitater fra informantene er brukt for å støtte de argumentene jeg har trukket ut gjennom analysen. Med dette får informantene en stemme i studien og gjør det også mulig for leseren å sjekke fortolkningene som blir gjort av forskere (Smith et al., 2009).

Yardleys andre prinsipp er *commitment* og *rigour*. Med dette menes det at forskeren skal vise en bredde og en grundighet i innsamling, i analyse og ved rapportering av datamaterialet. Forskeren skal ha ervervet seg god kompetanse hva angår metodene som blir brukt og tema.

*The concept of commitment encompasses prolonged engagement with the topic, the development of competence and skill in the methods used, and immersion in the relevant data (whether theoretical or empirical). Rigour refers to the resulting competence of the data collection and analysis (Yardley, 2000: 9).*

Thagaard henter inn aspektet systematikk og viser til hvordan dette kan knyttes til hvordan forskeren forholder seg til arbeidsprosessen (Ibid., 2009). En systematisk fremgangsmåte innebærer at forskeren har et bevisst forhold til valg og beslutninger hele veien i undersøkelsen. Vurderingene må være grundige og omfattende når det kommer til behandlingen av datamateriale både i innsamlingen, analysen og tolkingen. “Ved å fremme systematikk som viktig i forskningsprosessen retter vi oppmerksomheten mot å reflektere over hvilke avgjørelser som kan være strategiske for å oppnå en helhetlig forståelse av de sosiale fenomenene som vi studerer” (Ibid., 2009:15). Dette gjenspeiles også i forskningens kvalitet.

Det tredje prinsipp er *transparency* og *coherence*. Det skal være en god sammenheng mellom teori og metode og klarhet i beskrivelser og argumentasjon, samt en god evne til refleksjon. Jeg har etterstrebet å beskrive stegene i forskningsprosessen så tydelig som mulig for å gjøre forskningen gjennomsiiktig. Vektleggelsen av utvalg av informanter, intervjuguide som vedlegg og stegvis beskrevet analyse viser til dette. Jeg har holdt meg til IPA-modellens ulike faser og retningslinjer i analysen, samt vektlagt fenomenologi og hermeneutikk. Sammen med min veileder har jeg undersøkt og diskutert det teoretiske innholdet. Dette anså jeg som veldig nyttig og viktig med tanke på at jeg er uerfaren i forskersituasjonen. Dette ga meg nye perspektiver.

Det siste prinsipp er *impact* og *importance*. Jeg forstår dette som at vurdering av studiens validitet ligger i om det forteller leseren noe viktig eller nyttig. Forskningsspørsmålene skal være relevante og interessante. Teorien skal utarbeides med mål om økt innsikt og større forståelse på det aktuelle feltet. I denne sammenheng har jeg brukt mine medstudenter som utenforstående kvalitetssikrere. Forskningsresultatenes overførbarhet er viktig, da den teoretiske forståelse av en enkelt studie settes i en videre sammenheng (Thagaard, 2009). Med dette kan forskningen bidra til en forståelse som i større grad er generell. Her løftes fenomenene fram og ikke kun enkeltstående kasus. Dette blir behandlet gjennom forskerens argumentasjon.

Smith (2011) utviklet spesifikke retningslinjer for IPA-kvalitet som samsvarer med Yardleys prinsipper. I utgangspunktet er det viktig å forholde seg til tidligere forskning og teori, jamfør Yardleys første prinsipp. For det andre må forskeren sørge for at metoden har en sammenheng med forskningsspørsmålet. Det vektlegges også et klart evidensgrunnlag for de temaene som presenteres (Smith et al., 2009). I dette studiet har jeg sett det som viktig å sørge for at temaene fra analysen blir videreformidlet med plausible fortolkninger og ved bruk av sitater fra informantene. Smith (2011) peker også på viktigheten av sterke data. Som Yardley poengterer handler dette blant annet om forskerens intervjuteknikk og kunnskap om temaet (Ibid., 2000). Studiet må også gjennomføres grundig med disiplin i forskningen (Smith et al., 2009).

Jeg vil trekke frem elementer som jeg mener kan være med på å styrke kvaliteten av min studie. Veilederen min i forskningen, samt veilederen min i den kliniske praksisen, har fulgt opp arbeidet mitt hele veien og hjulpet meg å holde fokus på selvgransking og bevisstgjøring av egen forforståelse. Jeg har gjort grundige forberedelser i utviklingen av intervjuguide. I tillegg vil jeg trekke fram mitt engasjement for feltet og målgruppen, noe som jeg tror har vært med på å høyne kvaliteten i forskningen.

Andre aspekter jeg har reflektert over underveis kan eksemplifiseres i spørsmål som: Hvilken sannhet eller virkelighet er det som blir belyst? Hva sier funnene noe om? Var intervjuguiden god nok? Ble utvalget av informantene godt nok? Gjennom prosessering av data farges analysen av mine tolkninger og mitt syn på teorien. Jeg har hatt en subjektivitet og nærhet til det som tolkes i egenskap av min rolle som musikkterapeut i forskningen.



## 4 Presentasjon og drøfting av funn

I dette kapitlet presenterer og drøfter jeg funn fra dataanalysen. Dette blir gjort gjennom en kategorisk framstilling. Jeg har kommet fram til tre kategorier; *kontakt med seg selv*, *kontroll* og *fokus på ressurser*. Jeg har videre delt inn i noen underkategorier som jeg presenterer i en tabell:

<b>Kontakt med seg selv</b>	<b>Kontroll</b>	<b>Fokus på ressurser</b>
Kontakt med følelser	Gi slipp	Musikkterapi- ikke som vanlig terapi
Kontakt med kroppen	Ta plass	Del av et fellesskap
Kontakt og kontroll gjennom stemme og pust		

Det viktig å løfte frem informantenes stemmer, da dette er et kvalitativ studie. Dette blir gjort ved å gjengi sitater. Bruken av sitater i teksten er en måte å eksemplifisere og utdype kategoriene på. Underveis vil jeg kommentere og drøfte funnene ved å trekke inn teori.

### 4.1 Kontakt med seg selv

Denne kategorien vil jeg presentere med underkategoriene; *kontakt med følelser*, *kontakt med kroppen* og *kontakt og kontroll gjennom stemme og pust*. Jeg må påpeke at disse ikke så lett lar seg dele opp, da det vises gjennom sitater at underkategoriene flyter sammen. I musikkterapien jobbet jeg og informantene med pust og stemme gjennom ulike øvelser. Ved å synge, lytte til musikk og dele sanger med hverandre ble det lagt opp til at informantene skulle få mulighet for nye selverfaringer. Det viste seg at sang-, avspennings- og lytteøvelsene ga rom for en indre ro og tilstedeværelse. Dette ble beskrevet som en frihetsfølelse. Austin (2008), med sin vokale psykoterapeutiske tilnærming, poengterer hvordan sang kan knytte kroppen til følelser gjennom stemmearbeid. Som nevnt i kapittel 2 (se 2.4) er kroppen en direkte lydkilde, og via stemmen kan personen kommunisere innover mot seg selv og utover

mot sine omgivelsene. Et fokus i musikkterapien handlet om å få kontakt med kraften i stemmen sin. Det å eksperimentere med volum handlet blant annet om å jobbe med å være tydelig, uttrykke seg og øke fleksibiliteten i stemmen. Dette gikk også ut på å bevisstgjøre følelser, i tillegg til å skape en refleksivitet i opplevelsen av seg selv. Som nevnt i “Kapittel 2- Teori” ( se 2.4.2 ) om selv-identitet (Newham 1999)handler en del av den terapeutiske intervensjonen om å utforske lyd og stemme med mål om å erfare endringer i selvbildet og større fleksibilitet i selvpersepsjon. Likeså frontet Newham en psykofysiologisk tilnærming til sang som verdifull. Dette ga mening når jeg så hvordan informantene løftet fram både følelser og kropp i lys av komme i bedre kontakt med seg selv.

#### **4.1.1 Kontakt med følelser**

Flere av informantene uttrykte at de følte de hadde blitt bedre kjent med seg selv etter de 8 ukene med musikkterapi. Det ble formulert at de hadde fått muligheten til kjenne på nye følelser:

*3: Jeg har blitt bedre kjent med meg selv gjennom det her.*

*5: Jeg føler litt at det har vært en reise. Det har vært noe nytt hele tiden. Nye følelser.*

*2: Jeg føler meg annerledes enn jeg var i starten av gruppen. Jeg har mer kontakt med meg selv og klarer å sette ord på ting, og vet at nå er det det jeg føler på. Det blir litt sånn sunn self-aware.*

Det å jobbe med sangtekster gjennom å synge, tolke tekster og snakke rundt sangenes tema virket som å være en god innfallsvinkel til å nærme seg egne følelser. Dette virket kanskje mindre skummelt.

*2: Det med å relatere seg til teksten og sette ord på ting, får ut og få forløst ting. Det synes jeg har vært veldig allright. Føler meg mindre fremmedgjort for meg selv.*

En av informantene beskrev at det oppsto kontakt mellom kropp og følelser. Hun skildret sitt adskilte forhold mellom kropp og følelser gjennom et bilde på en flaske, hvor luften og vannet er separert fordi glasset skiller dem og gjør det umulig for elementene å møtes. Glasset er sperringa.

*4: Jeg har kommet i kontakt med følelser generelt. Jeg er veldig flink til å koble følelser fra kroppen (...) Det er sånn flaske-ting. Det er vannet som er kroppen også har du lufta. Så har det vært noe mellom det vannet og den lufta, og det har toucha. Og det har jeg kjent på mange ganger i musikkterapi, hvor den sperringa mellom følelser og kropp har forsvunnet litt og toucha litt inni hverandre. Og det har vært på godt og vondt.*

Angående lytteøvelsene fortalte enkelte informanter at de satte pris på muligheten til å vende seg innover. Å vende seg innover kan handle om å gå inn i seg selv og lytte til seg selv.

*1: Jeg likte veldig godt å ligge og lytte. På en måte vende seg innover. Det likte jeg veldig godt, å vende meg innover samtidig som jeg lyttet.*

*2: Det å stole på meg selv har jeg store problemer med. Jeg er veldig flink til å lure meg selv. Det har litt med å lytte til kroppen. Det jeg opplevde veldig under lytteøvelsene at jeg fikk litt mer ro til å kjenne på ting og stå i ting.*

#### **4.1.2 Kontakt med kroppen**

Det virket tilsynelatende som en større utfordring for enkelte av informantene å komme i kontakt med kroppen. Å skulle forholde seg til egen kropp beveget dem ut av komfortsonen. På samme måte som da vi tolket sangtekster, innledet jeg øvelsene med konkrete og logiske forklaringer. For eksempel ble enkelte pust- og sangøvelser videreformidlet gjennom anatomiske forklaringer. Tanken bak dette var å møte dem på den konkretistiske tankegangen ved å snakke om pust og sang ut fra en mer pedagogisk tilnærming. En annen idé handlet om å dempe angst og den anstrengte

bevisstheten om egen kropp ved å flytte fokuset litt bort fra kropp til å begynne med.

*5: Jeg syntes det var så fælt når vi skulle ta på kroppene våre under lytteøvelsene. Det var veldig fint at vi måtte gjøre det.*

*3: Klappingen og det å skulle kjenne på kroppen. Det var vanskelig. Man blir oppmerksom på kroppen sin. Jeg har ikke akkurat riktig kroppsbilde eller selvbilde. Det er veldig skummelt. Jeg bare skyver det unna og vil ikke kjenne på det. Jeg lever på kommentarene til de andre. Nå måtte jeg faktisk kjenne etter med hendene mine. Vet ikke hvordan jeg skal beskrive det. Klarer ikke å sette ord på det.*

Selv om informanten opplevde det som anstrengende å skulle forholde seg til egen kropp, tolker jeg sitatene dithen at de kunne se verdien i øvelsene. De fikk mulighet til å erfare noe nytt. Informant 5 poengterte at det var veldig fint at de måtte ta på egen kropp. To informanter løftet fram at det å lytte til instrumentalmusikk var en måte å få kontakt med kroppen:

*2: Det var den første timen da jeg følte jeg gikk inn i transe eller et eller annet sånt no. Det var veldig spesielt. Jeg var tydelig mottakelig for den musikken. Jeg følte "hva skjer nå, liksom". Jeg tror det hadde en slags hypnotiske effekt på meg eller et eller annet. Det var spennende å ha opplevd det. Det var jo en kroppslig fornemmelse.*

*5: Jeg opplevde å være tilstede i kroppen når vi lyttet til sånn lydhealing de første gangene. Det har jeg ikke tenkt på før at det er så fint med musikk uten tekst. Men det er det jo faktisk.*

I denne sammenhengen trekker jeg inn Bruscia (1998) som snakker om at musikk kan tilby et transpersonlig rom. Dette kan skje gjennom en høydepunkts-opplevelse når man musiserer eller lytter til musikk. En slik høydepunktsopplevelse utvider grensene mellom selvet og musikken eller

selvet og andre mennesker og former en ny og større helhetsfølelse. I dette tilfellet er det ikke musikken som speiler selvet, men musikken **blir** selvet (Ibid., 1998). En annen informant trakk fram en kroppslig opplevelse en samling vi sang “Let it be”:

*4: Jeg fikk jo den “Let it be”-sangen forrige gang. Da fikk jeg en kjempe kroppslig opplevelse. Jeg begynte å gråte, og da klarte jeg ikke å synge. Jeg fikk ikke ut noen ting. Da hadde jeg sikkert bare kollapsa helt, liksom. Det var ikke noe forvarsel på at det kom til å skje i det hele tatt. Altså man blir så opptatt av at tårene renner. Så man sitter først i starten og tenker: “okei..en tåre og en tåre til”. Så tar det overhånd, og så kjenner du at det blir en foss. Da går det fra et stadium til at det ikke går å tørke de tårene (...) Det var befriende, egentlig. Det var nok tårer som trengte å komme, og en sorg som var der. Jeg gråter jo aldri egentlig.*

Improvisasjon ga flere av informantene kroppslige opplevelser av en litt mer utfordrende karakter:

*3: Det var en time hvor jeg ble veldig overveldet. Jeg følte nesten som jeg drukna, liksom. Det var veldig ekkelt (....) Det var nesten som om jeg drukna på en måte. Jeg følte at jeg ikke fikk pusta i det hele tatt egentlig. Som om noen holdt hodet mitt og pressa det inn. Det var kanskje litt mye, eller jeg vet ikke.*

*1: Jeg fikk en kroppslig dissosiasjon som om jeg mista kontakt med kroppen. Den ble borte, som om jeg drukna. Jeg opplevde det som en veldig slitsom gang. (...) Det ble kanskje litt mye med improvisasjon og det å dele sangminne. Det starta en prosess. Jeg var ikke forberedt at jeg skulle få det vondt etterpå, å dele det minnet på en måte. Jeg ble veldig lei meg og gikk gjennom den historien en gang til. Så da, rett og slett, kutta jeg litt av kroppen.*

Det kan virke som om vokal improvisasjon utfordret informantene langt utenfor egen komfortsone. Dette var under samlingene hvor vi blant annet jobbet med å være synlig og ta plass.

#### **4.1.3 Kontakt gjennom pust og stemme**

Det som etablerer kontakt mellom følelser og kropp i denne sammenheng, er pust og stemme. Informantene beskrev en slik kontakt som en åpenbaring, og at øvelsene ga mening som en overføring til livet deres. Det å synge ble kommentert som en forløsende måte å uttrykke seg på. Flere av informantene hadde utfordringer med å heve stemmen sin. Dette henger blant annet sammen med å ta plass og være tydelig.

*3: Jeg juksa meg veldig ofte unna, i hvert fall de første tre gangene. Men de gangene jeg har brukt den så har det vært liksom som en åpenbaring for meg, på en måte. Dette må vi gjøre mer av har jeg tenkt. Det er da puslespillbrikkene har falt litt mer på plass. Jeg så sammenhengen i hvor mye jeg har hemmet meg selv, ikke tør å liksom vise stemmen min, si det jeg mener, synge eller gi fra meg lyd. Så det har vært veldig positivt. Samtidig veldig overveldende, men veldig positivt. Jeg hviska nesten hele tiden fra starten. Jeg angrer veldig på det. Jeg hadde trengt lengre tid. For nå tør jeg å gi fra meg lyd. Da hadde det skjedd noe stort, tror jeg.*

*4: Jeg får en helt annen form for frihet, eller mer avslapping, da. I det her partiet (holder seg til brystet), fordi det er ganske stramt. Og det er ganske stivt og stramt hele tiden. Ja, altså ryggen, fordi jeg sitter sånn framoverbøyd hele tiden. Det var jo mange episoder under terapien hvor jeg klarte å puste helt ned i magen. Og bruke meg selv.*

Jeg velger å se dette i lys av Newham (1999) sine tanker om å jobbe nyansert med stemmen for å få tilgang til et større repertoar av lyder og uttrykk. Som nevnt i teorikapitlet handlet dette om å eksperimentere med ulik klang, tonehøyde, volum osv. Hos flere av informantene kunne jeg observere en tendens til å snakke med lavt volum og uttrykke seg høflig og tilbakeholdende.

Jeg tenker dette kan kobles opp mot lav selvfølelse, redsel for å ta plass og behovet for å holde på en slags kontroll over seg selv og situasjonen. Det kjente “Flink og snill-pike”-syndromet kan i denne sammenheng kobles opp mot Newham (1999) som snakker om overidentifisering med enkelte karaktertrekk ved personligheten. Her snakker han igjen om å utfordre stemmen ved å eksperimentere over et større repertoar for å utforske flere sider av en selv. Dette handler i mine øyne også om selvregulering. I følge Skårderud (2000) er regulering av følelser og sinnsstemninger og nyanser i tenkemåte og følelsesliv utfordrende hos personer med spiseforstyrrelser. Her kan det argumenteres for hvorfor akkurat stemmebruk kan være en innfallsvinkel for nye selverfaringer for akkurat denne klientgruppen.

En annen informant beskrev det å kunne uttrykke seg gjennom sang som meningsfylt. Personen følte ikke at han/hun holdt igjen. I dette tilfellet handlet det om en sang som personen hadde et forhold til fra før. Personen trakk fram følelsen av å være ekspressiv. Dette kan knyttes til en kontakt med vitalitetsfølelser (Stern, 1985, 2003).

*2: Særlig når vi sang den sangen “Read all about it”. I de timene hvor vi har hatt den sangen har jeg følt en sånn ut-av-deg-selv-opplevelse. Det blir litt mer sånn rett fram. Jeg holder ikke igjen. Da har jeg opplevd at aktivitetene har vært bra. Det har noe med å være ekspressiv og ikke stå der som en tinnsoldat, som jeg kan føle at jeg gjør innimellom. Men at jeg får uttrykt meg selv når vi sang den sangen. Det er noe jeg ønsker å gjøre mer av, men som jeg opplever at jeg holder igjen. Det hadde med sangen å gjøre. Ordene ga veldig mye mening for meg. Det er en sang jeg har veldig mye forhold til. Jeg følte at jeg fikk uttrykt et eller annet forløst et eller annet. Det ga i alle fall mening for meg.*

I sammenheng med denne opplevelsen vil jeg trekke fram begrepet *vokal katarsis* som er presentert i teorikapitlet (se 2.4.3) (Newham, 1999). Dette begrepet omhandler stemmens kapasitet til å bringe opp følelser, som en renselse eller som et utløp. Bruscia (1998), på sin side, trekker fram *musikk*

som *selv-representasjon*. Når musikk blir brukt som en prosess, resulterer det i en improvisasjon, en fremførelse, en interpretasjon osv. Dette musikalske produktet reflekter og dokumenterer alt som skjedde i løpet av prosessen, det som har blitt jobbet med, uttrykt og transformert av klienten. Dette kan gi metaforer, symboler og projeksjoner til personen- dens problemer, ressurser, følelser, tanker osv. Musikken eksternaliserer og speiler selvet (Ibid., 1998).

#### 4.1.4 Tilstedeværelse

Jeg valgte å sette inn tilstedeværelse som et eget moment under denne kategorien. Den kunne blitt sett på som en egen kategori, men jeg tolket den til i stor grad å handle om å være tilstede i seg selv. Flere informanter fikk en opplevelse av tilstedeværelse mens vi lyttet til musikk og jobbet med pust og avspenning. Dette handlet om å tørre og om å gi slipp.

*1: Det har hjulpet meg mye det med pust, det å tørre å gi litt slipp, kjenne her og nå. Å bare være her. Det synes jeg har vært deiligst med disse gangene.*

Jeg ser dette i lys av teorien om oppmerksomt nærvær og mindfulness for å komme i kontakt med egne følelser. For enkelte av informantene i studien har det blitt en negativ automatisk leveregel å skyve vekk eller prøve å kontrollere ubehagelig følelser. I følge Berge (2007) forsterker denne forsvarsmekanismen problemet. For å skape endring hos seg selv forutsetter det at man anerkjenner det som faktisk er. Å akseptere den du er og dine tanker og følelser er et startpunkt i denne prosessen. Berge skriver at i oppmerksomt nærvær:

*..observerer du det som dukker opp i bevisstheten, uten å la det gå inn på deg, uten å gjøre noe med det eller handle på grunn av det. Du iakttar og beskriver det som faktisk skjer, hva du føler, tenker og gjør, tar et skritt tilbake, i ditt eget sinn, og betrakter deg selv og det som hender. Du registrerer tanker, følelser og kroppsformannelser som kommer og går, som skyer som driver forbi på himmelen (Berge, 2007).*



Muligheten til og opplevelsen av å være tilstede i øyeblikket ble formulert av en informant:

*1: Tilstedeværelse har vært positivt for meg i hvertfall. Disse oppgavene har stort sett holdt meg her. Ellers har jeg en tendens til å skli veldig bort eller gjemme meg. Men det har på en måte ikke vært rom for det. Både fordi vi er så få og da kan jeg ikke stikke meg bort. Ellers så har oppgavene vært slik at det ikke har vært behov for det. Jeg har hatt kontakt med noe inni meg som gjør at jeg har villet være tilstede, som for eksempel musikken, det å lytte og det å puste.*

Jeg tolker det som at det ble opplevd som motiverende å være i kontakt med seg selv gjennom musikken. Med oppgavene referer personen til musikkterapiøvelsene. Informantene trekker videre fram tilstedeværelsen som en opplevelse av mening:

*1: Jeg har opplevd det (øyeblikk av mening) når jeg har hatt tilstedeværelse, vært akkurat her. Som regel lever jeg langt bak eller langt foran, sjeldent her og nå. Det har gitt meg mening. Å bare kjenne. Det var en gang jeg følte meg veldig trist. Men det ga mening, fordi da var jeg trist akkurat her og nå. Det ga meg noe mening selv om det ikke var en god følelse.*

Informanten forteller om sin opplevelse av å være tilstede i seg selv og kjenne på ulike følelser. Her blir følelsen av å være trist opplevd som meningsfull, fordi den ble erfart i øyeblikket. Å fokusere på oppmerksomt nærvær i musikkterapi vil handle om å åpne opp for ny informasjon og nye perspektiver. I tillegg kan vi legge vekt på viktigheten av sinnsro som en positiv erfaring for mennesker som opplever indre kaos og bekymring. Det er likevel viktig å påpeke at for personer som lider av en spiseforstyrrelse, kan det å jobbe med tilstedeværelse utfordre dem når det gjelder behovet for kontroll og selvdømming. Det sier seg selv at den aksepterende og ikke-dømmende holdningen som etterstrebtes i oppmerksomt nærvær, er ukjent for

denne gruppen. Germer (2005) snakker om hvordan tilstedeværelsen farges av hvordan vi mottar den, av våre holdninger. Videre forklares aksept med måten vi mottar en opplevelse med nysgjerrighet og vennlighet, uten å dømme. Full bevissthet i øyeblikket avhenger av hvor helhjertet man aksepterer opplevelsen (Ibid., 2005).

## 4.2 Kontroll

Denne kategorien presenteres med to underkategorier: *gi slipp* og *ta plass*. Gjennom aktiviteter i musikkterapien ble deltakerne utfordret på sitt behov for kontroll og forutsigbarhet. Nesten samtlige opplevde improvisasjon som utfordrende, og i tillegg følte den ulogisk og uten mening for en person. Jeg tolket denne motstanden til improvisasjonene som om at enkelte ble utfordret utenfor komfortsonen sin. Å være utenfor komfortsonen ga mulighet for nye erfaringer. Her ser jeg at det i gruppeterapi ligger en utfordring i å tilrettelegge for hver enkelt. I tillegg kan egen komfortsone bli presset ved at man sammenligner seg med andre i gruppa. En informant følte at selvfølelsen var blitt forverret, og at han/hun følte seg presset til å delta i enkelte øvelser. Det ble rett og slett for utfordrende å si nei og sette grenser for seg selv. I tillegg følte jeg at enkelte i gruppa presset seg selv fordi de ønsket å gjøre meg som musikkterapeut til lags ved å være “flink” i øvelsene. En annen hadde en mer positiv erfaring:

*4: Jeg tar med meg den helhetlige opplevelsen at jeg overlever ting utenfor komfortsonen min. Jeg overlever når jeg presser meg til å gjøre ting jeg ikke egentlig synes er kjempegøy.*

### 4.2.1 Gi slipp

Uttrykket “å gi slipp” gikk igjen blant flere av informantene både i intervjuet og i musikkterapien. Jeg velger å presentere dette begrepet under kategorien *kontroll*, da det å gi slipp virker som å handle om å tørre å slippe kontrollen. Dette opplevdes både som skummelt og angstfremmende, men samtidig deilig og frigjørende. Jeg tolker det som om deltakelse i musikkterapi, atmosfæren i gruppa og fokuset på musikken la til rette for at informantene kunne gi slipp.

Prestasjonskravet satt nok ganske dypt hos de fleste informantene, derfor ble det viktig å gå bort fra synet på at det å synge eller gjøre musikk (*musicking*) handler om prestasjon. En informant uttalte seg om det:

*2: Synet på musikk har vært litt sånn allright. At liksom alt er musikk. Det du prater er musikk. Altså ha litt det holistiske synet. For det gjør det liksom litt enklere å være. Det er min erfaring. Det blir liksom lettere å være meg (...) Jeg må ikke prestere noe eller, jeg kan bare gi slipp. Det synet har hjulpet meg en del, tror jeg.*

Gjennom improvisasjonsøvelser ble behovet for kontroll utfordret hos flere. Det å skulle forholde seg til noe de ikke hadde kontroll over, eller som ikke var planlagt på forhånd, følte skremmende og meningsløst. Her ble det vanskelig å legge bort prestasjonsangsten.

*1: Improvisasjon var utfordrende. Det kommer av at man skal prestere noe. Det har ikke en gitt fasit. Da må man prestere. Følelsen av å gjøre noe feil. Å tørre å feile er skummelt.*

*4: Når ting er ulogisk for meg blir det veldig vanskelig å forholde meg til det. Så jeg har utfordra meg selv på det.*

*3: Angående improvisasjonen så var det å slippe den barrieren jeg har. La det som vil komme komme uten å tenke det 50 000 ganger igjennom og "er det riktig, er det riktig, herregud det ble feil". Da tenker jeg at da så folk meg. Det å skulle finne opp noe selv og vise noe av meg, uten at noen kanskje hadde merka det eller noe. Jeg følte meg veldig naken, da. Det var kanskje mest utfordrende.*

Selv om improvisasjon ble opplevd som vanskelig og angstfullt for flere av dem, ble det likevel påpekt at dette var noe de hadde godt av. På mange måter ble de utfordret på sin egen kreativitet. Utfordringen for meg som musikkterapeut var å tilrettelegge slik at deltakelse i improvisasjonene skulle oppleves trygt. For eksempel var det viktig at deltakerne kunne si fra om egne

grenser når det var noe de ikke vil være med på. Jeg erfarte at deltakerne hadde høye krav til seg selv og ønsket å være “flink”. Fokuset på å være pliktoppfyllende og “gjøre ting riktig” ble tydelig i møte med improvisasjon. Jeg opplevde også at rammene som ble satt rundt improvisasjonen for å skape trygghet, i stedet ble tolket som regler som la opp til at øvelsen kunne gjøres rett eller galt. Barrierene i dette strenge tankesettet satte søkelyset på at personene trengte tid og trygghet for å nærme seg det å skulle slippe seg løs gjennom sang og improvisasjon. Jeg erfarte at å synge kjente sanger med forutsigbar form som vers og refreng, fungerte godt. Et annet viktig moment var å forklare øvelsene og hvorfor vi gjorde dem. Dette for å skape en større trygghet med tanke på forutsigbarhet, men også møte dem ut fra et mer analytisk perspektiv, da dette virket til å være et språk de lettere forsto. I tillegg erfarte jeg at de turte å synge ut i større grad gjennom fokus på sangteknikk. Min oppfatning er at disse beskrivelsene er mere logiske og konkrete og har en viss distanse fra følelser og det å skulle *gi slipp* på kontrollen. Samtidig ble det kanskje et annerledes, men konkret fokus på kropp gjennom anatomiske beskrivelser og øvelser. Vi fokuserte på kropp og stemme gjennom sangteknikk og ulike sanger, men hovedmålet var å synge. Jeg anså denne logiske og analytiske tilnærmingen som en å møte deltakerne i deres behov for kontroll og forutsigbarhet, møte dem der de var. Jeg må presisere at jeg generaliserer i dette avsnittet, men det var likevel en tendens i gruppa som var tydelig.

Å gi slipp handler i stor grad om trygghet. I musikkterapi innebærer dette blant annet å fokusere på empowerment. Empowermentbegrepet, som beskrevet i teorikapitlet (se 2.6.1), kan knyttes til følelsen av økt kontroll i livet. Rolvsjord forklarer dette med at tilgang til og kontroll over ressurser gjør oss bedre rustet til å handle og råde over eget liv (Ibid., 2008). Med dette perspektivet knyttes kontroll og selvbestemmelse til empowerment-begrepet og får en politisk dimensjon. Med tanke på konteksten i dette studiet finner jeg det relevant å se betydningen av empowerment ut fra et selvhjelpsperspektiv. Ut fra en musikkterapeutisk forståelse vil det være relevant å fremme tilgjengelighet til musikk, rettigheter til medbestemmelse i terapi og likeverdighet i terapeutiske relasjoner. Kontroll er relatert til makt. Å

føle makt over seg selv er myndiggjørende. Her sammenfaller kategoriene *kontroll og fokus på ressurser* som blir beskrevet senere. Det å bestemme over sitt eget liv og egne handlemuligheter, innebærer å ha “makt til” og ikke “makt over” (Rolvjord, 2004). “For å erfare kontroll over eget liv er det svært viktig å etablere en relasjon er baseres på likeverd, gjensidighet og medbestemmelse” (Ibid.,2008:130).

#### 4.2.2 Ta plass

Uttrykket “å ta plass” ble kommunisert av flere av informantene tidlig i musikkterapiprosessen. Dette ble et grunntema i gruppen og noe som ble utforsket i øvelsene og gjennom samtale. Å *ta plass* i denne sammenheng inneholder å ta plass i seg selv, romme seg selv, samtidig som man tar plass i relasjon til andre mennesker og i omgivelsene sine. Å ta plass handler om være synlig, gi av seg selv, snakke i gruppen og uttrykke seg selv tydelig. Dette var utfordrende for mange. En av informantene skrev en sang som handlet om akkurat dette tema. Denne sangen framførte informanten for resten av gruppa. Refrenget lød som følger: “*Og se, nå tar jeg den plassen jeg trenger. Jeg gir! Jeg vil gi deg all den plassen du fortjener. Se nå! Jeg kan ta all den plassen jeg trenger. La oss gi hverandre den plassen vi fortjener*”. Samme informant beskrev det å skulle ta plass på følgende måte:

*5: Jeg synes det er veldig skummelt å snakke i gruppe. Veldig utfordrende, ikke vant med å gjøre det. Føler meg litt sånn teit og rar, “Nei, Gud hva har jeg sagt” og litt sånn.*

Jeg observerte denne personen som stille og med tydelige utfordringer når det gjelder å ta plass. På spørsmål om hvordan vedkommende hadde det, eller hadde behov for, var svaret ofte: “Jeg vet ikke”. Det var likevel interessant å se hvordan personen fra den ene samlingen til neste hadde skrevet en sang med ønske om å fremføre den for resten av gruppa. Her ble det skildret en personlig historie som rettet fokus på ønsket om å ta plass. Gjennom musikk, sangskrivning og fremføring fant personen en arena å uttrykke seg på og ta plass.

I tillegg handler det å ta plass om hvordan man rent fysisk forholder seg til rommet. En informant valgte å sette seg i et hjørne med en pute foran seg på magen når vi hadde lytteøvelser. Dette forklarte hun ved at hun hadde behov for å trekke seg unna, beskytte seg selv og få oversikt over rommet, situasjonen og resten av gruppen.

*3: Jeg endte alltid opp i et hjørne. Jeg liker ikke å ikke ha oversikt.*

Informantene ble invitert til å dele sanger og historier med hverandre. I denne aktiviteten møtte flere på utfordringer. Det gikk blant annet ut på å gi av seg selv og ikke føle seg bra nok. Prestasjonsangsten ble koblet til å skulle dele noe fra sitt eget liv og det å “utlevere” musikk de likte.

*1: Jeg synes også det var skummelt å skulle dele en sang som jeg likte og som betydde noe for meg. Jeg var redd for at de andre skulle synes jeg var dum eller bli latterliggjort. At jeg skulle bli såra, på en måte. Det syntes jeg var skummelt. Jeg brukte en hel uke på å gruble dag og natt.*

Det var flere som uttrykte en slags engstelse rundt det å skulle dele sanger med hverandre. Dette til tross for at hver person fikk oppmerksomhet og anerkjennelse fra resten av gruppa. Å være gjenstand for fokus, og å stå i en slik oppmerksomhet, tolket jeg som uvant for flere av dem. Samtlige ga uttrykk for at det de ønsket å ta med seg videre var å øve på å ta mer plass:

*1: Jeg vil øve på å ta mer plass*

*5: Jeg også. I hverdagen min med andre mennesker. At det er ok. At jeg er ok.*

#### 4.2.3 Gi slipp og ta plass gjennom stemme og pust

Gjennom sang beskrev enkelte at det var befriende å synge ut. En forklarte at han/hun følte seg ekspressiv og at han/hun fikk uttrykt seg selv gjennom å synge. Dette forløste noe hos personen.

*2: Jeg synes det var veldig befriende å bare gaule ut. Det synes jeg har vært skikkelig allright.*

En faktor som hadde stor betydning og som gjorde det enklere å forholde seg til prestasjonsangsten og behovet for kontroll, var vektleggingen av humor og lek. Vi brukte blant annet en sang til oppvarming som tydelig løsnet opp nervøsiteten i gruppa; "John's got a head like a ping, pong ball". Her skulle de bevege seg mens de sang en særdeles uhøytidelig tekst i et høyt tempo. Det ble poengtert av en informantene at det var fint at de skulle gjøre noe fysisk mens de sang. "Da kunne vi le av feilene våre. Det ble litt morsomt, man tok seg ikke så høytidelig som man var vant til. Det var gøy. Le av det, og feil man ikke er så vant med å gjøre". En annen refererte til denne sangen som ganske befriende. Videre kommenterte samme person at han/hun hadde kommet til musikkterapien med angst, men dratt hjem og hatt det bra. "Og det er mye på grunn av de dager hvor det er bevegelse og man ler litt og sånn. Eller griner som jeg gjorde sist. Men det hjelper jo. Det er jo følelser".

Vissheten om å være en del av en gruppe utfordret og bevisstgjorde informantene med tanke på å ta plass:

*4: Jeg har vært så redd for å ta mer plass. Jeg vil ikke overvelde så veldig (..) Jeg har vært litt overraska fordi jeg trodde jeg var flinkere til å ta den plassen jeg hadde lyst å ta. Jeg er litt overraska over at jeg ikke hadde tatt mer plass i gruppa. I hverdagen kommer jeg hjem og tenker at: "Fader nå har jeg tatt for mye plass". Men etter disse timene har jeg ikke hatt det, fordi jeg har jobba så mye med å ikke ta plass. Det gjelder også når vi har sunget i gruppa. Jeg har ikke turt å synge så veldig høyt, fordi jeg er så redd for at andre ikke blir hørt fordi at jeg tar den plassen.*

En av informantene beskrev i en musikkterapisamling at hun hadde store problemer med å heve stemmen. Personen hadde aldri fått til å rope eller skrike, og opplevde i stedet at stemmen brast. Dette var det andre som kjente seg igjen i. De fortalte om episoder hvor de hadde fått til å heve stemmen ordentlig og beskrev den påfølgende frigjørende følelsen. I lys av teori av Austin (2008,) som ble presentert i teorikapitlet kan dette handle om en kamp med *en tapt stemme* (se 2.4.3). Når følelser er blokkert og sensurert over lang tid reflekteres dette i stemmen. Austin beskriver dette som at så lenge vi er emosjonelt beskyttende kan ikke pust og stemme være fullt og helt fri. For å kompensere overaktiveres muskler i svelg som dernest hindrer stemmebåndene i å vibrere fritt. Dette kan videre ha sammenheng med kontroll vs. impuls- problematikk som vi ser hos personer med spiseforstyrrelse. De naturlig impulsene kan være vanskelige å få kontakt med hos personer som har stengt av for kroppens signaler. Austin legger vekt på at spontanitet kan bli vanskelig å få tilgang til fordi den blir assosiert med frykt for tap av kontroll og fordømming. Videre vil dette påvirke pusten, da nevro-muskulære mønster utvikles til vaner som kutter av den instinktive kontakten mellom følelser og pust. Pusten blir anspent, og det vokale tone-registeret blir begrenset. Dette påvirker også kapasiteten til fleksibilitet i volum (Austin, 2008). En løsning på dette blir å ta bolig i kroppen sin på nytt. Austin formulerer det som: “Recovering one’s true voice requires re-inhabiting the body” (Ibid., 2008:37). Her handlet det først og fremst om å få kontakt med den dype pusten. I teorikapitlet ble Kirsten Ekerholt og Astrid Berglands (2008) studie presentert ( se 2.4.1). De konkluderte med en nær sammenheng mellom pust, kroppslig kontakt og en opplevelse av forståelse, mestring og mening. I dette avsnittet ser vi hvordan kategoriene *kontakt med seg selv* og *kontroll* virker inn på hverandre gjennom stemmearbeid. Effekten av dyp pust, kontakt med egen kropp og følelser gir trygghet til å slippe taket i kontrollen. Dette er likevel noe motstridende, da avslappet pust, fri stemme og kontakt med seg selv krever at man slipper litt av den kontrollen. I musikkterapi vil det være viktig å være observant på denne sammenhengen og se hvordan man kan jobbe parallelt med disse områdene.



#### 4.2.4 Et kontrollparadoks

I følge Skårderud (1997, 2000) er spiseforstyrrelsen full av paradokser og doble budskap. Kontrollen over mat, kropp og livet blir både løsningen og problemet for personer med en spiseforstyrrelse. Som beskrevet i teorikapitlet kan spiseforstyrrelsens adferd og kroppsfixering sees på som et forsøk på å vinne kontroll. I tillegg til at personen prøver å kontrollere deler av livet gjennom en tenking preget av *enten-eller*, *svart-hvit*, *alt-eller-intet* (Ibid., 2000). Når kontrollen settes i sammenheng med perfektjonisme og høye krav til seg selv, kan det å skulle gi slipp og ta plass være utfordrende. Alice Miller skriver om “*det flinke barnets psykiske drama*” og “*det selvutslettende barnet*” (1981). Dette er beslektet med Newham (1999) sin forståelse av overidentifisering av personlige egenskaper. Dette kan eksemplifiseres med å se på deg selv som “den snille”, “den flinke” eller “den høflige”. Dette resulterer i utfordringer når det gjelder selvregulering og evnen til å tenke mer nyansert om seg selv og sine følelser. Jeg finner det relevant å sette dette i sammenheng med personer med spiseforstyrrelser. Skårderud, på sin side, formulerer spiseforstyrrelsen som “de prektiges lidelse” (Skårderud, 1997). Paradokset blir å slippe litt av denne kontrollen for å kunne gjenvinne den.

#### 4.3 Ressurser i fokus

Det kom fram i intervjuet at i musikkterapien følte de seg sett og at fokuset lå på dem som person. De opplevde at det var positivt å delta i et fellesskap som handlet om noe annet enn sykdom og diagnose. Å være en del av en gruppe ble sett på som positivt, men samtidig utfordrende. Gjennom å forholde seg til andre mennesker ble de møtt på hvordan de oppfattet seg selv og det å ta plass. De opplevde at de påvirket hverandre både på godt og vondt. Det å være sammen om musikk, og at nettopp musikken var fokus, ble opplevd som givende, motiverende og morsomt. Humor ble trukket fram som positivt i denne sammenheng. Det å tilnærme seg sang med litt humor hjalp blant annet på prestasjonsangsten. En informant beskrev det som deilig at ikke alt skulle være så fint, mens en annen påpekte at det å kunne tulle og det litt moro, frigjorde mye energi som igjen lettet på prestasjonsangsten.

*4: Jeg har en opplevelse av å være god nok. Jeg behøver ikke mestre alt sånn 100% (...) Det er ingen som husker om jeg sang feil på en sang. Det er ikke viktig. Det å tørre å gjøre nye ting i hverdagen. Det er bare å være meg selv (...) Jeg skal ta med meg videre at jeg kan høre på musikk, bevege meg og ta plass i samfunnet. det er helt okey. Det er det samme for alle andre. Det er jo meg og mitt liv som er viktig for meg. Det kommer jeg til å ta med meg: bevegelse og musikk.*

Det blir naturlig å dra inn perspektiver fra Rolvsjord og hennes ressursorienterte musikkterapi (2008). Som nevnt i teorikapitlet handler det om å sette fokus på pasientens styrker og ressurser hvor myndiggjøring og det å gi makt til pasienten blir sentralt i tilfriskningsprosessen (se 2.6). Positive følelsesopplevelser blir også vektlagt i sammenheng med mestring og motivasjon. Et fokus på ressurser står også i samsvar med evnen vår til å takle og mestre motgang eller sykdom. Dette kan forklares med begrepet *resilience*. Rolvsjord beskriver dette som individets kapasitet til å tåle påkjenninger (Ibid., 2008). I følge Banduras (1997), som beskrevet i teorikapitlet, handler *self-efficacy* om tillit til egne evner til å mestre ulike situasjoner. Walker (2001) stiller seg også bak dette og greier ut om hvordan selvforvaltning spiller inn på selvtillit og selvfølelse. Ut fra dette kan man konkludere med at å bruke sine sterke sider og utvikle sine ressurser, kan være terapeutisk verdifullt på flere måter. Rolvsjord påpeker at vi først og fremst må se på det å bruke ressurser som en kilde til økt livskvalitet og empowerment i seg selv, og ikke kun relatert til den indirekte effekten på sykdom og problemer (Ibid., 2008).

#### **4.3.1 Musikkterapi- ikke som vanlig terapi**

Det ble gitt uttrykk for at det å delta i musikkterapi ikke føltes som vanlig terapi. Flere av informantene påpekte at de følte seg sett for personen de er, og at fokuset på sykdom ikke var i sentrum:

*3: En ting jeg på en måte har tenkt litt på er at vi alle har en spiseforstyrrelse, men det er ikke snakk om mat eller de funksjonelle tingene. Det handler mer om personen du er. Du blir sett på en helt*

*annen måte enn hos psykologen. Det blir mer sånn..gruppe..vi er liksom på likt nivå (...) Mat blir ikke nevnt. Det er ikke et tema i det hele tatt. Det er mere det som ligger bak. Det mangler veldig i mange terapiformer.*

*4: Jeg er helt enig. Du blir ikke sett fordi du er spiseforstyrret, men du blir sett fordi du er her og du skal bruke musikken. Det er jeg helt enig i. Du blir stempla som spiseforstyrret og behandla for det og ikke for den personen du er eller de erfaringer man har (referer til andre terapiformer).*

Musikkterapi ble beskrevet som gøy og koselig. En av informantene sa at musikkterapien hadde hjulpet mye på kort tid. Personen beskrev det som at musikkterapien gikk bakveien. Jeg tolker dette som at fokuset lå på musikken, på deltakernes ressurser og på det å skape mestring. Gjennom øvelsene nådde vi likevel inn til kjernen av flere av disse grunntemaene Skårderud (2000) snakker om; lav selvfølelse, kontrollbehovet og lite kontakt mellom kropp og følelser (se 2.1). Disse var informantene kjent med fra før og handlet i stor grad om sykdomsbildet og utfordringer i livet. Gjennom musikkterapi og en ressursorientert tilnærming ble det åpnet en inngangsport til disse temaene.

*3: Vi har vært i en prosess hvor vi har gjort noe som var gøy. Selv om det har vært vanskelig, så har det vært koselig. Sånn som det ikke er i andre terapier. Jeg synes i alle fall ikke det. Jeg synes ikke terapi er så koselig i det hele tatt. Men dette har hjulpet veldig mye på kort tid på en bra måte (...) Det gjorde mye uten å..det gikk liksom bakveien.*

*2: Jeg likte på en måte at det var terapi og ikke en øvelse til å stå på scenen, men bare en terapiform. At det var mest fokus på det å være og prestere på en måte. At man skulle gå litt bort fra det. Da kommer man mer til kjernen av hva musikk egentlig handler om (..) Jeg likte veldig godt variasjonen og at jeg fikk se mange sider av musikken. Jeg kom ut av det transsynte synet jeg har noen ganger.*

Musikken blir kommentert som noe annerledes, et verktøy som gikk bakveien. Hva er det med musikken i musikkterapi? Jeg velger å trekke inn Bruscia (1998) som definerer musikken i en terapeutisk kontekst ut fra flere faktorer. Blant annet skal tilnærmingen til klientens musikalske preferanser, evner og prestasjoner være aksepterende og ikke-dømmende. Som et resultat er estetikk og artistisk nivå i musikkterapi sett i en større og mer inkluderende sammenheng enn i andre musikkprofesjoner. Videre trekker han fram at i musikkterapi opereres det med antakelsen at musikalske opplevelser er meningsfulle, og at klienten kan bruke musikk til å gjøre meningsfulle endringer i livet sitt. Et annet moment er at musikken er mer enn de enkelte tonene og lydene, og at hver musikalske opplevelse involverer en person, en musikalsk prosess og et musikalsk produkt. Musikkopplevelsen blir her satt i en større kontekst. I musikkterapi er disse komponentene integrert og beslektet, om ikke uatskillelig. Bruscia påpeker at et poeng med musikkterapi er å finne relasjonen og sammenhengen mellom dem (Ibid., 1998). I tillegg referer Bruscia til musikk som multisensorisk, noe som engasjerer alle sanser. Musikk kan bli hørt, sett og følt. Musikk kan overføres gjennom lyd, visuelle former, fornemmelser og den kan være verbal eller nonverbal (Ibid., 1998). Dette kan også linkes til opplevelsen av kontakt med kropp og følelser. Musikalske opplevelser, på ulike nivå, kan tilby visuelle, taktile og kinestetiske stimuleringer, og gir oss muligheter til å respondere gjennom disse sensoriske kanaler (Ibid., 1998).

#### **4.3.2 Delta i et fellesskap**

Å være del av et fellesskap gjennom musikkterapigruppa ble uttrykt som en positiv opplevelse. Her kunne de øve seg på å ta plass og det å gi slipp på kontrollen og prestasjonsangsten. Om vi trekker inn empowermentbegrepet i et fellesskapsperspektiv, pekes det på samspillet mellom individet og den sosiale og kulturelle konteksten (Rolvjord, 2008). Rolvsjord påpeker at å oppleve empowerment kan aldri være kun en personlig prosess, men at det fungerer i en samhandling med omgivelsene (Ibid., 2008).

*1: Jeg har hatt veldig utbytte av å kunne forholde meg til en gruppe. At jeg ikke kan gjemme meg, for vi har vært såpass få at jeg må være*

*synlig, men samtidig har man ikke trengt å prestere, utenom min egen følelse av at jeg skal prestere, men den er det ikke så lett å gi slipp på (...) Det er første gang jeg forholder meg til en gruppe over tid. Jeg trekker meg alltid unna.*

*4: Jeg synes det har gitt meg mening, fordi jeg er litt sånn rar. Jeg har alltid vært litt utenfor alle andre, fordi jeg sjelden passer inn i noe fellesskap. Men i musikkgruppa så har vi hatt noe annet til felles enn sykdom. Det er første gang på veldig lenge at det har vært musikk eller en positiv ting som har vært i sentrum i stedet for spiseforstyrrelsen, som det ofte er i terapien. Vi har vært sammensveisa på grunn av musikk som en positiv aktivitet. Det er så lenge siden, så jeg har følt meg befridd hver eneste gang fordi jeg har hatt en erfaring med andre mennesker som ikke har vært spiseforstyrrelsen, angsten eller depresjonen.*

Dette ga gjenklang hos flere. Ut fra et samfunnsmusikkperspektiv kan helse forstås personlig, relasjonelt eller kollektivt (Stige, 2008). Stige presenterer det relasjonelle nivået som kvaliteten av samhandling mellom et individ og en gruppe, mens det kollektive nivået handler om prosesser og faktorer som spiller inn på personlig helse. Videre kan vi trekke inn begrepet deltakelse. Både det relasjonelle og det kollektive nivået er vilkår for deltakelse, og spiller igjen inn på det personlige nivået. Ut fra uttalelser fra informantene ble det tydelig at det å delta i et slikt fellesskap var en positiv opplevelse. En informant beskrev at alle miljøene han/hun befant seg i; skole, terapi og venner var relatert eller assosiert til sykdommen. Dette fikk personen til å føle seg redusert til kun sykdommen. Men musikkterapien opplevdes som noe helt annet. Dette hadde inspirert han/henne til å finne seg andre arenaer i livet som ikke handlet først og fremst om sykdommen:

*3: Det er også noe på en måte med å være i en sånn liten gruppe med folk som har noe til felles, liksom.*

Flere av informantene påpekte at det var positivt å være sammen rundt musikken. Bruscia (1998) formulerer *musikk som en kollektiv opplevelse*, hvor blant annet *musikk som kollektiv identitet (music as collective identity)* er en av momentene. Jeg tolker i lys av informantene sine svar at dette handler om å føle tilhørighet og fellesskap. Gjennom musikkterapisamlingene ble det bygd en gruppeidentitet hvor musikken hadde en sentral rolle. Gruppen bygde opp sitt eget repertoar av sanger, ritualer og aktiviteter som dyrket en følelse av fellesskap, gjenkjennelse og tilhørighet.

## 5 Konklusjoner og videre perspektiver

I følgende kapittel vil jeg konkludere og gjøre en sammenfattende drøfting av funnene som er belyst i oppgaven. Jeg vil se hvordan kategoriene som ble presentert i “Kapittel 4 Presentasjon og drøfting av funn” samsvarer med problemstillingen for studien; *Hvordan beskriver et utvalg av personer som lider av en spiseforstyrrelse sine erfaringer med å delta i en musikkterapigruppe i regi av en selvhjelpsorganisasjon?* Summen av empiri og teori vil bli sett i sammenheng med mine overordnede mål som ble beskrevet innledningsvis. Formålet for oppgaven var tredelt ut fra et personlig- et samfunnsmessig og et faglig perspektiv. Avslutningsvis vil jeg se på veien videre hva angår musikkterapi i behandling av spiseforstyrrelser.

### 5.1 Konklusjoner

Problemstillingen søkte informantenes erfaringer med musikkterapi. Informantene beskrev at de kom i bedre kontakt med seg selv og sine følelser. Musikkterapi var også en givende og motiverende arena med tanke på å øve på å slippe seg løs, slippe kontrollen og ta plass. Et annet moment var at i musikkterapien ble det fokusert på mennesket og ressurser, ikke på sykdom. De beskrev at de følte seg sett og erfarte det som positivt å være en del av et fellesskap hvor musikk var i fokus. Selv om kategoriene er presentert hver for seg i denne oppgaven, er det likevel flytende grenser mellom dem. Kategoriene er beslektet i den formening at de spiller inn på hverandre og kan sees i en sammenheng. Eksempler på dette er behovet for *kontroll* som må utfordres for at disse personene skal komme i *kontakt* med kropp og følelser. For informantene handlet det å slippe seg løs, som etter min formening er synonymt med å slippe kontrollen. Dette eksemplet går begge veier. Gjennom å få bedre kontakt med seg selv, oppnår man en større personlig kontroll som spiller inn på selvforvaltning og følelsesregulering. Kontrollsvikten blir større jo mere man stenger av for egen kropp og følelser. En annen interessant kobling av kategoriene skjer mellom *fokus på ressurser* og *kontakt med seg selv*. Ved å fokusere på klientens sterke sider legger man opp til positive opplevelser og erfaringer. For personer med spiseforstyrrelser som lever med indre kaos, lav selvfølelse, strenge rutiner og et unyansert og destruktivt

selvbilde, er det verdifullt å løfte fram positive følelser og mestringsopplevelser. Dette kan igjen gi ringvirkninger og fremme en mer fasettert og myndiggjørende opplevelse av seg selv. Med empowermentbegrepet rettes det et fokus på følelsen av å ha kontroll over eget liv. *Selvforvaltning* sammen med empowerment kan knytte økt tro på egne ressurser sammen med en sunn og balansert følelse av kontroll. Regulering av følelser kan også spille inn på selvkontroll og selvforvaltning.

### **5.1.1 Kontakt med seg selv**

Informantene beskrev hvordan de i musikkterapibehandlingen opplevde å komme i kontakt med seg selv, egne følelser og egen kropp. Tilstedeværelse ble løftet fram som en faktor i denne sammenheng. Øvelser med fokus på pust og avspenning, i sammenheng med lytting til musikk, fungerte motiverende med tanke på å vende seg inn mot seg selv og være tilstede her-og-nå. Å synge ble beskrevet som forløsende, åpenbarende og motiverende. Musikkterapi bidro til nye kropps- og følelseserfaringer som ble opplevd som meningsfulle. Gjennom musikkterapeutiske øvelser fikk de jobbet med å utvide repertoaret av selverfaringer og uttrykksmåter. Ut fra teori om terapeutisk stemmearbeid (Newham, 1999) og vokal psykoterapi (Austin, 2008) samsvarer denne kategorien med hvordan man kan bygge bro mellom kropp og følelser gjennom stemmen. Ved å synge og puste forholder man seg direkte til kjernen av lyden, nemlig kroppen. En psykofysiologisk tilnærming til sang i terapi passer godt i møte med personer med spiseforstyrrelser. Dette handler om et samspill mellom pust og sang, kropp og uttrykk, fysiologi og psykologi. Koblingen mellom kropp og følelser er sammensatt og sårbar. Det er viktig at musikkterapeuter som skal jobbe med spiseforstyrrelser har en forståelse for dette. Ut fra de utfordringer personer med spiseforstyrrelser har, med en brutt kontakt mellom kropp og følelser og med en bristende evne til å uttrykke seg, kan klienten oppleve å få utbytte av å jobbe med terapeutisk stemmearbeid være god. Med bakgrunn i teorien bygger dette opp under formeningen om at numne og blokkerte kropper har nytte av energi og vibrasjoner som skapes gjennom å synge.



Et annet aspekt ved *kontakt med seg selv*, som ble løftet fram i kap 2. er oppmerksomt nærvær (se 2.5.2). I psykoterapien utgjør dette en viktig tilnærming for å kultivere emosjonell balanse i møte med smertefulle følelser og problematiske reaksjonsmønstre (Binder & Hjeltnes, 2013). Denne balansen skjer “gjennom å utvikle toleransen og evnen til å regulere følelsesmessige tilstander over tid, men det representerer ikke nødvendigvis en enkel eller rask vei til lykke” (Ibid., 2013). Videre beskriver de at en “konstruktiv anvendelse av oppmerksomt nærvær kan skape nærhet og dypere kontakt med emosjonell erfaring, men også etablere et rom som gjør det mulig å ta bevisste valg om hvordan en vil forholde seg til viktige følelser i seg selv og i relasjon til andre” (Ibid., 2013).

### 5.1.2 Kontroll

I møte med musikkterapi opplevde informantene at de ble utfordret på sitt eget behov for kontroll. To momenter kom fram gjennom dette; *gi slipp og ta plass*. Det var spesielt i møte med improvisasjon at kontrollbehovet ble synlig. Prestasjonsangsten og sårbarheten deres ble tydeligere. Gjennom vokale improvisasjonsøvelser, tradisjonell sang og sang-deling opplevde de både en utfordring med hensyn til å være synlig og tydelig i gruppen og det å måtte gi av seg selv. En annen faktor var at gjennom musikk og øvelser som fokuserte på lek, humor og sang, ble denne prestasjonsangsten og kontrollbehovet dempet, og de følte seg heller motivert og oppløftet. Det syntes også å hjelpe deltakerne at vi fokuserte på at musikk ikke nødvendigvis handler om regler eller prestasjon. En motsetning til et strengt kontrollregime er opplevelsen av frihet og forløsning. Dette ble kommentert som et resultat av å synge ut, le, gråte og være i bevegelse. Å være i bevegelse tolker jeg både som at man kjenner fysisk at kroppen er i bevegelse, men også på et emosjonelt plan, hvor følelser slippes til eller slippes ut. Dette handler om vitalitetsaffekter (Stern, 2003) og det å tørre å gi seg hen til det som ikke er planlagt. Informantene beskrev seg som utenfor komfortsonen når de skulle synge og høre sin egen stemme, dele av sine favorittsanger eller forholde seg til uforutsigbarhet gjennom improvisasjon. Det er kanskje utenfor komfortsonen at personer med spiseforstyrrelser møter den største utfordringen, men der de til gjengjeld har mye å vinne. Jeg tenker at det er ekstra viktig å vise forståelse

for komfortsonen til en person med spiseforstyrrelser. For at øvelser i musikkterapi ikke skal oppleves som press eller umyndiggjøring, må klienten selv få sitte i førersetet og oppleve kontroll som bidrar til trygghet og mestringsopplevelse. Dette kontrollparadokset beskriver en kompleksitet som i stor grad karakteriserer lidelsen spiseforstyrrelser. Forståelsen musikkterapeuten har for dette anser jeg som meget viktig i behandling av spiseforstyrrelser.

### **5.1.3 Fokus på ressurser**

Den tredje kategorien *fokus på ressurser* viser til hvordan informantene følte seg sett og møtt som individer. Musikkterapien ble beskrevet som motiverende og som noe som fostret positive følelser og opplevelser. Disse uttalelsene ble satt i sammenheng med tanker og verdier fra ressursorientert musikkterapi (Rolvjord, 2008) hvor begrepet empowerment har en tydelig rolle. Filosofien bak empowerment gir et viktig bidrag til diskusjonen om musikkterapiens grunnlag, spesielt i relasjon til helse, terapi og musikk. Begrepet retter søkelyset på individualitet i psykisk helse og et forsterket individfokus i behandlingsprosessen.

Andre begreper som har blitt presentert og drøftet er recovery, resilience og selvforvaltning. Mens resilience handler om individets kapasitet til å tåle påkjenninger, handler selvforvaltning om tillit til egne mestringssevner. Disse konseptene spiller inn på selvfølelsen og opplevelsen av mestring og kontroll. Musikkterapi ble beskrevet som å gå bakveien, og at det ikke opplevdes som andre terapiformer. Lignende beskrivelsen kan man kjenne igjen fra andre studier innenfor psykisk helsevern (Solli, 2014). I stedet for å være en passiv mottaker av behandling, blir klienten en *deltaker* i musikkterapi. I tillegg blir det sosiale aspektet vektlagt hvor musikkterapi bidrar til sosial kontakt og fellesskapsfølelse. Med bakgrunn i dette kan man konkludere med at musikkterapi påvirker deltakerens oppfattelse av bestemmelse over eget liv, og evnen til meningsfull samhandling med andre mennesker.

## 5.2 Oppgavens formål

I 1. kapittel beskrev jeg oppgavens formål ut fra tre nivå; et *personlig, et samfunnsmessig og et faglig* (se 1.1.1). Studiens formål var å utforske musikkterapi for personer med spiseforstyrrelser ut fra et brukerperspektiv. Dette for å få en økt forståelse for hvordan musikkterapi som behandling kan ha effekt for akkurat denne målgruppen.

### 5.2.1 Personlig

På det personlige planet ønsket jeg å utforske min egen nysgjerrighet og interesse for terapeutisk stemmebruk og området psykisk helsevern med fordypning i spiseforstyrrelser. Jeg ønsket å tilegne meg mer kunnskap på disse områdene og se hvordan stemmebruk og sang kunne fungere for denne klientgruppen. Gjennom funnene i analysen og i teori har jeg fått en økt forståelse for hvordan musikkterapi, og spesielt terapeutisk stemmearbeid kan være nyttig i behandling av spiseforstyrrelser. Det har også økt min forståelse å måtte gå grundig inn i begreper som kroppsselv, empowerment og kontrollteori. Jeg sitter likevel med følelsen av å ha har skrappt overflaten, da mengden litteratur har vært så stor at det har krevd avgrensning.

### 5.2.2 Samfunnsmessig

På det samfunnsmessige planet hadde jeg som formål å øke kunnskapen om musikkterapi som tilbud ved en selvhjelpsorganisasjon. Selvhjelpsprinsippet følte jeg ble ivaretatt gjennom ressursorienterte verdier og et fokus på å fremme deltakelse og empowerment. Et annet moment her handlet om å fokusere på klienten sin stemme, førstehånds-perspektivet. Jeg håper at potensielle lesere av denne studien får en økt forståelse for musikkterapi i behandling av spiseforstyrrelser.

### 5.2.3 Faglig

For *fagfeltet* musikkterapi hadde jeg som agenda å rette søkelyset på stemmen som et sentralt instrument i musikkterapien, og deretter gi en større forståelse av hvorfor. Her løfter jeg igjen fram Newhams (1999) og Austins (2000) argumentasjon for hvordan og hvorfor stemmen har en slik sterk terapeutisk effekt. Å se de terapeutiske perspektivene på stemmearbeid i sammenheng med Skårderud (2000) sin presentasjon av psykologiske grunntema hos

personer med spiseforstyrrelser, har vært særdeles interessant. Sang i terapi stiller i en særklasse, i den forstand at kroppen brukes på en direkte måte og hvor eget stemmeuttrykk både retter seg inn mot personen selv og ut til omgivelsene.

### **5.3 Videre perspektiver**

Resultatene fra studien har gitt meg stor tro på at musikkterapi er høyst relevant som behandlingsform for personer som lider av en spiseforstyrrelse. Det må likevel påpekes at dette var en studie basert på et lite utvalg informanter. Videre forskning ville krevd et større antall deltakere for å få et enda mer pålitelig resultat som i større grad kan overføres og generaliseres. Jeg har gjort meg noen tanker om musikkterapeutisk praksis i dette feltet og om videre forskning som jeg ønsker å dele.

Ut fra konklusjonen og teori om stemmebruk og spiseforstyrrelser vil jeg sette søkelys på den terapeutiske tilnærmingen. Jeg anser den ressursorienterte og humanistiske tilnærmingen som verdifull, men det kroppsorienterte og psykodynamiske perspektivet er likevel essensielt å ha med. Musikkterapeuter i Norge blir utdannet ut fra et humanistisk perspektiv. Det vil si at for å jobbe direkte kroppsorientert og psykoterapeutisk trengs ekstra kompetanse og utdanning. Dette handler om dybdenivået av terapien. Der psykoterapeuter jobber konfliktsentrert, er musikkterapeuter i større grad opplevelses- og selverfaringsorientert. Dette konfliktsentrerte området handler om å jobbe med klientens biografiske materiale som på ulike måter begrenser personens livskvalitet og utfoldelse. Jeg tenker at en tilnærming til behandling av spiseforstyrrelser som både søker det ressursorienterte, det kroppsorienterte og det psykodynamiske, hadde vært viktig. Dette er på grunn av klientenes intellektuelle nivå, og kompleksiteten i og dybden av problemene deres. Dette handler blant annet om fokuset på å bevisstgjøre følelser, knytte kontakt mellom kropp og sinn og øvelse i å uttrykke seg verbalt. En psykoterapeutisk framgangsmåte forutsetter at musikkterapeuten har kompetanse på feltet.

Konklusjonen i denne studien har tatt for seg tre kategorier som alle tre burde utforskes ytterligere i lys av spiseforstyrrelser. Spesielt kunne det vært

interessant å se på musikkterapeutisk improvisasjon med denne målgruppen. Med tanke på sykdommens kontrollparadoks hadde det vært nyttig å komme fram til gode metoder for å jobbe med stemmebruk og improvisasjon, både individuelt i gruppe. Under kategorien fokus på ressurser kom det sosiale aspektet inn. Selv om denne studien gikk ut fra en gruppecase, ble individuelle prosesser og erfaringer vektlagt. Dette kunne videre forskning gått dypere inn på, og da spesielt sang i gruppe. Her mener jeg at funn fra forskning om å synge i kor kunne vært tatt i betraktning.

Korsang som tilbud ved en selvhjelpsorganisasjon er en spennende tanke. Å etablere slike kulturelle lavterskeltilbud vil være i tråd med samfunnsmusikkens og samfunnsmusikkterapiens (SMT) idéer (Stige, 2002; Stige & Aarø, 2012). SMT er deltaker- og samarbeidsorientert og sikter inn på individuell vekst og sosial endring. SMT fokuserer på linken mellom individet og miljøet gjennom musikalske aktiviteter som fremmer helse og livskvalitet. Dette er et økologisk, ressursorientert, deltakende og sosialt perspektiv på forebygging og behandling (ibid., 2012; Ruud, 2008, Rolvsjord, 2010). Et slikt tilbud ville være i tråd med prinsipper fra et folkehelseperspektiv hvor man blant annet erkjenner at helseproblemer er knyttet til mange ulike samfunnsfaktorer. Denne formen for helsefremmende arbeid forutsetter et støttende miljø og et godt nettverk som kan gi denne målgruppen et alternativ innenfor området selvhjelp og forebygging av egen helse.

Det politiske aspektet rundt musikkterapi ved en selvhjelpsorganisasjon er spennende å løfte fram. I april 2017 oppdaterte Helsedirektoratet den nasjonale faglige retningslinjen for utredning og behandling av spiseforstyrrelser. Det er 17 år siden forrige oppdatering. Spisfo var representert i Helsedepartementets arbeidsutvalg og jobbet for at brukernes stemmer blir hørt. Selvhjelp fikk større plass i de nye retningslinjene. Musikkterapi blir nevnt under kategorien kreativ behandling som brukes i Norge i dag. I forskningsdokumentasjonen ble det søkt etter systematiske oversikter over effekten kreative tilnærminger har på behandling av spiseforstyrrelser. Helsedirektoratet konkluderte med at det er behov for mer forskning på feltet (Helsedirektoratet, 2017). I første kapittel innledet jeg med

at mange personer med ulike typer spiseforstyrrelser ikke nødvendigvis får den hjelpen de trenger, og at de heller ikke blir tilbudt behandling fordi de faller utenfor diagnosesystemet. Spisfo som selvhjelpsorganisasjon møter mange av dem som faller utenfor. Fra et politisk og samfunnsmessig perspektiv ser jeg det som viktig å legge til rette for lavterskeltilbud som jobber ut fra selvhjelpsprinsippet. Her kan musikk og musikkterapi tilby akkurat dette. Det er et ønske at musikkterapi kan gjøres mer tilgjengelig innenfor slike de-institusjonaliserende rammer. I tillegg blir musikk som en helseressurs satt i større sammenheng med et folkehelseperspektiv. Musikk som helseressurs er nærmere knyttet helse enn den er knyttet sykdom (Rolvsjord, 2008, i følge Ruud 1998). Igjen er empowerment relevant å trekke inn, da begrepet gir en politisk dimensjon til musikkterapi.

Ut fra informantenes egne uttalelser og mine egne observasjoner kan man antyde en økt musikkinteresse hos informantene i løpet av gruppeterapi-prosessen og en økt tro på egen stemme. Flere lyttet aktivt til musikk i hverdagen, gikk på korøvelse og oppsøkte konserter, skrev låter, tok fram gitaren og fant inspirasjon til å synge hjemme. Musikken ble en ressurs og et verktøy de kunne ta med fra terapirommet og inn i livene sine, på egne premisser. Klientene kunne i større grad blir agenter i egne liv. For personene som deltok i studien, var tankene rundt sang tilslørt av idéen om at man skulle være flink og ikke ta for mye plass. Mitt musikkterapeut-hjertet synger av glede når jeg hører informantene beskrive hvordan sang har forløst noe i dem eller har gitt dem et øyeblikk av fred. Jeg innledet denne oppgaven med at musikk og sang burde tilhøre alle. Dette slagordet vil jeg løfte fram avslutningsvis med en sterk oppfordring og et inderlig ønske om at musikk og musikkterapi i større grad blir gjort tilgjengelig for personer med spiseforstyrrelser.

## Litteraturliste

- Alnes, H. (2015, 12. mai). *Hermeneutikk*. I Store norske leksikon. Hentet fra <https://snl.no/hermeneutikk>.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Franscisco: JosseyBass Publishers.
- Austin, D. (2008). *The Theory and practice of vocal psychotherapy: song of the self*. London: Jessica Kingsley.
- Bandura, A. (1997a). *Self-efficacy: The exercise of Control*. New York: W. H. Freeman.
- Bandura, A. (1997b). *Self-efficacy and Health behaviour*. In Baum, A., Newman, S., Wienman, J., West, R., & McManus, C. (Eds.), *Cambridge handbook of Psychology, health and medicine* (s: 160-162). Cambridge: Cambridge University Press.
- Baker, F. & Uhlig, S. (2011). *Voicework in music therapy: research and practice*. London: Jessica Kingsley.
- Bauer, S. (2010). *Music terapi og eating dioders: A single case studia abort The sound og human needes*. Voices: A Wold forum for Music terapi, vol.10, nr2.
- Benestad, F. (1976). *Musikk og tanke: hovedretninger i musikkestetikkens historie fra antikken til vår egen tid*. Oslo: Aschehoug.
- Berge, T. (2007). *Oppmerksomt nærvær- en fellesfaktor i psykologisk behandling*. Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol44(7), (side: 858-859). Hentet fra [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=25977&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=25977&a=2)
- Binder, P & Hjeltnes, A. (2013). *Tilstede i glede og smerte – mindfulness og arbeid med emosjoner i psykoterapi*. Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 50(8), (side 814-821) Hentet fra [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=329971&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=329971&a=2)
- Binder, P. & Vøllestad, J. (2010). *Å være tilstede sammen: Oppmerksomt nærvær i psykoterapien*. Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 47(2), (side 112-117). Hentet fra [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=105000&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=105000&a=2)

- Bruscia, K. E. (1998). *Defining Music Therapy (2.utg)*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. E. (2005). *Developing Theory*. In Wheeler, B. (red). *Music Therapy Research (2. utg)*. (s: 540-551). Gilsum NH: Barcelona Publishers.
- Dictionary, (2017). *Psyche*. Hentet fra <http://www.dictionary.com/browse/psyche?s=t>
- Duesund, L. & Skårderud, F. (2003). *Use the body and forget the body: Treating anorexia nervosa with adapted physical activity*. *Clinical Child and Psychiatry*, 8 (1), 53-72. Hentet fra <http://www.bhss.no/media/2000/use-the-body-and-forget-the-body.pdf>
- Eckhoff, R. (1997). *Kroppsselv og interkroppslighet i musikkterapi: konsekvenser for anoreksibehandling- teori og erfaringer*. Oslo: Norges musikkhøgskole.
- Eckhoff, R. (2006 ). *Affiliasjon og kontroll*. I Notater om Integrativ Supervisjon. Oslo: Conflux forlag.
- Eckhoff, R. & Nordmo, G. (2006). *Relevansen av attribusjonsteori for supervisjon*. *Norsk tidsskrift for Integrativ terapi* (4).
- Ekerholt, K. & Bergland, A. (2008). *Breathing: A Sign of Life and a Unique Area for Reflection and Action*. *Physical Therapy* vol.88 doi: [10.2522/ptj.2007031](https://doi.org/10.2522/ptj.2007031)
- Germer, C. K. (2005). *Teaching mindfulness in therapy*. In Germer, C. K., Siegel, R. D. & Fulton, P. R. (Eds.). *Mindfulness and Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Grenness, T. (2001). *Innføring i vitenskapsteori og metode*. Universitetsforlaget.
- Gold, C., Mössler, K., Grocke, D., Heldal, T. O., Tjemsland, L., Aarre, T., ... Rolvsjord, R. (2013). *Individual music therapy for mental health care clients with low therapy motivation: Multicentre randomised controlled trial*. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(5), s: 319-331. DOI: 10.1159/000348452.
- Heiderscheit, A . (2008). *Discovery and Recovery through Music: An Overwiev of Music Therapy in Eating Disorder Treatment*. In Brooke,



- S. (red). *The Creative Arts Therapies and Eating Disorders* (s: 122-141). Springfield, IL., Charles C. Thomas Publishers.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016, 23. november). *Legemiddelfri behandling i psykisk helsevern*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no>
- Helsedirektoratet ( 2017, 25. april). *Nasjonalt faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>
- ICD-10 (2017, 16.mars). *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Hentet fra <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2599510>
- Keyes, L. (1973). *Toning: The creative power of the voice*. Marina del Ray, CA: De Vorss.
- Kvale, S. (2001). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Le Compte, M.D. & Goetz, J.P. (1982). *Problems of reliability and validity in ethnographic research*. *Review of Education Research*, 52(1), s: 31-60.
- Lønstrup, A. (2004). *Stemmen og Øret- studier i vokalitet og auditiv kultur*. Århus: Forlaget Klim.
- Meig, M. M. (2015) *Voicework*. *Self and society- An International Journal for Humanistic Psychology*, Vol 20 (1). Hentet fra <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03060497.1992.11085236>
- Miller, A. (1981). *The drama of the gifted child*. New York: Basic Books.
- Mössler K., Chen X., Heldal T. O & Gold C. (2011). *Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders*. *Cochrane Database Syst. Rev.* 12:CD004025. 10.1002/14651858.CD004025
- Newham, P. (1998). *Therapeutic voicework: principles and practice for the use of singing as therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers Ltd.
- Newham, P. (1999). *Using Voice and Song in Therapy: The practical Applications of Voice Movement therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers Ltd.
- Norsk selvhjelpsforum. (u.å.) *Selvhjelp*. Hentet fra <http://www.norskselvhjelpsforum.no/Sidemeny/Selvhjelp/>

- Procter, S. (2002). *Empowering and enabling- Music Therapy in Non-medical Mental Health Provisjon*. I: Kenny, C. & Stige, B. (red). *Contemporary Voices in Music Therapy*. Oslo: Unipub Forlag.
- Rolvsvjord, R. (2004): *Therapy as Empowerment: Clinical and Political Implications of Empowerment Philosophy in Mental health Practises of Music Therapy*. *Nordic Journal of Music Therapy* 13 (2), s: 99-111.
- Rolvsvjord, R. (2008). *En ressursorientert musikkterapi*. I: Trondalen G. & Ruud E., (red), *Perspektiver på musikk og helse* (s. 123-138). Oslo: NMH-publikasjoner 3.
- Rolvsvjord, R. (2010). *Resource-Oriented Music Therapy in Mental Health Care*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Ruud, E. (1990). *Musikk som kommunikasjon og samhandling*. Larvik: Solum Forlag.
- Ruud, E. (1998). *Music Therapy: Improvisation, Communication and Culture*. Gilsum: Barcelona Publishers.
- Ruud, E. (2008). *Et humanistisk perspektiv på musikkterapi*. I: Trondalen G. & Ruud E., (red), *Perspektiver på musikk og helse* (s. 5-28). Oslo: NMH-publikasjoner 3.
- Skårderud, F. (1997). *Vekten av et selv. Spiseforstyrrelser og selvsykologi*. I: Karterud, S. & Monsen, J. T (red.) *Selvsykologi- utviklingen etter Kohut* (s. 228-265). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Skårderud, F. (2000). *Sterk Svak-håndboken om spiseforstyrrelse* (1. utg). Oslo: Aschehoug.
- Skårderud, F., Rosenvinge, J. H. & Göttestam, G. K. (2004, 12. august). *Spiseforstyrrelser- en oversikt*. *Tidsskriftet- den norske legeförening*, nr. 15, 124:1938-42. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/2004/08/tema-spiseforstyrrelser/spiseforstyrrelser-en-oversikt>
- Smith, J. A. (2011). *Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis*. *Health Psychology*, 5(1), (s. 9-27).
- Smith, J. A ., Flowers, L. & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. London: Sage publications.

- Solli, H. P. (2012). *Med pasienten i førerretet: recovery-perspektivets implikasjoner for musikkterapi i psykisk helsearbeid*. Musikkterapi i psykiatri online, Vol 7(2) (s: 23-44) DOI: 10.5278/ojs/mipo/2edleel2.
- Solli, H.P. (2014). The groove of recovery- A qualitative study of how people diagnosed with psychosis experience music therapy. Universitetet i Bergen.
- Spiseforstyrrelsesforeningen. (U.å). *Spisefortyrrelser*. Hentet fra <http://www.spisfo.no/spiseforstyrrelser/typer-spiseforstyrrelser/>
- Stern, D. N. (2003). *Spedbarnets interpersonlige verden*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Stige, B. (2002). *Culture-Centered Music Therapy*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Stige, B. (2008). Samfunnsmusikkterapi- mellom kvardag og klinikk. . I: Trondalen G. & Ruud E., (red), *Perspektiver på musikk og helse* (s. 139-160). Oslo: NMH-publikasjoner 3.
- Stige, B. & Aarø, L. E. (2012). *Invitation to Community Music Therapy*. New York: Routledge.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (3. utg). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori – for helsefag*. Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Trondalen, G. (2004). *Klingende Relasjoner. En musikkterapistudie av "signifikante øyeblikk" i musikalsk samspill med unge mennesker med anoreksi*. Oslo: NMH-publikasjoner.
- Villa Sult- institutt for spiseforstyrrelser (2017). Kan vi forstå det? Hentet fra <http://spiseforstyrrelser.no/disorders/forsta/>
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4. utg.). New York: Basic Books.
- Yardley, L. (2000). *Dilemmas in qualitative health research*. Psychology & Health, vol 15(2).
- Walker, J. (2001). *Control and the psychology of health*. Buckingham: Open University Press.

## Vedlegg

### Vedlegg 1 - Intervjuguide

# Intervjuguide

*Semi-strukturert gruppeintervju*

*Før gruppeintervjuet skal deltakerne ha sett over sine loggnotater.*

1. Hvilket hovedinntrykk sitter du igjen med etter samlingene?
2. Kan du gi eksempler på noe som har vært positivt?
3. Kan du gi eksempler på noe som har vært utfordrende?
4. Vi har jobbet med stemme, kropp og følelser gjennom ulike aktiviteter i denne prosessen. Sang, lytting, musikkdeling, avspenning og improvisasjon. Hvordan har dere opplevd de ulike aktivitetene?
  - a. Har du lagt merke til kroppslige fornemmelser i de ulike delene av prosessen?
  - b. Har du lagt merke til noen følelser i de ulike delene av prosessen?
  - c. Hvordan har du opplevd å bruke din egen stemme?
5. Hvordan har dere opplevd å jobbe sammen i en gruppe i ulike deler av prosessen?
6. Har du opplevd øyeblikk av mening?
7. Hva tar du med deg videre?
8. Er det noe annet du vil legge til?
9. Hvordan var dette intervjuet for deg/dere?

## Vedlegg 2- Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

# Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet *”Musikkterapi i behandling av spiseforstyrrelser”*

### **Bakgrunn og formål**

Vil du delta i en forskningsstudie i musikkterapi? Studien undersøker hvilke erfaringer gjør et utvalg av personer med spiseforstyrrelser gjennom sang og musikk i gruppe. Musikkterapeutstudent Karoline Gjertsen leder behandlingen i form av musikkterapigruppe. Musikkterapien gjennomføres på senteret til Spiseforstyrrelsesforeningen. Selve forskningsprosjektet er et masterstudie i musikkterapi ved Norges musikkhøgskole. Veileder er Ruth Eckhoff (Norges musikkhøgskole).

### **Hva innebærer studien?**

Å være med i studien betyr å delta i en gruppe på 6 deltagere. Her vil vi lytte til musikk, synge og musisere, samt samtale rundt musikken og opplevelsene. Du får mulighet til å ta med deg egen musikk, og du vil få lytte til musikk de andre har med seg. Gruppen møtes 8 ganger, 1,5 time per gang, i september og oktober 2016. I forkant og etterkant av deltakelsen i gruppen vil du bli intervjuet om dine opplevelser og interesser når det gjelder musikk.

Tidspunkter: Gruppetimene og gruppeintervjuet vil finne sted torsdager fra kl.18.00-19.30.

Individuelle intervjuer: 25.august

Gruppetimer: 1.9, 8.9, 15.9, 22.9, 29.9, 6.10, 13.10, 20.10

Felles gruppeintervju: 27.10

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Informasjonen som registreres om deg skal kun benyttes som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli anonymisert. Lydbåndet med intervjuene vil bli låst inn og slettes når datainnsamlingen og veiledningen er avsluttet, senest 31.08.2018. Du får tilgang til informasjon om utfallet av studien. Resultatet av studien vil bli anonymisert.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst, og uten å oppgi noen grunn, trekke deg fra studien. Dersom du ønsker å delta, må du undertegne samtykkeerklæringen nederst på siden. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Karoline Gjertsen på tlf. 95702254, [gjertsenkaroline@gmail.com](mailto:gjertsenkaroline@gmail.com). Du kan be om å få slettet opplysninger som er registrert om deg. Dette gjelder også etter prosjektavslutning. Opplysningene i prosjektet lagres til forskningsprosjektet er avsluttet og senest 31.08.2018. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

## **Samtykke til deltakelse i studien**

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

-----  
-----

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 3- Godkjenning fra NSD



Ruth Eckhoff  
Norges musikkhøgskole  
Postboks 5190 Majorstua  
0302 OSLO

Vår dato: 27.04.2016

Vår ref: 47966 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.03.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

47966	<i>Min stemme, min kropp, mitt liv -en kvalitativ studie om erfaringer gjennom sang for kvinner med spiseforstyrrelser</i>
Behandlingsansvarlig	Norges musikkhøgskole, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Ruth Eckhoff
Student	Karoline Gjertsen

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.08.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Siri Tenden Myklebust

Kontaktperson: Siri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68

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

## Vedlegg 4- Personvern for forskning

### Personvernombudet for forskning



#### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 47966

#### FORMÅL

Formålet med prosjektet er å undersøke hvorvidt sang kan ha positiv innvirkning på personer med spiseforstyrrelser.

#### UTVALG OG REKRUTTERING

Utvalget rekrutteres gjennom musikkterapi tilbudet ved Senter for kvinner med spiseforstyrrelser (IKS), hvor studenten selv jobber. Personvernombudet legger til grunn at studentens forskning er avklart med behandling sinstitusjonen.

Vi gjør oppmerksom på at når man forsker på sin egen arbeidsplass må man være bevisst sin dobbeltrolle. Det kan oppleves vanskelig å si nei til å delta når man har et profesjonelt forhold til potensielle deltakere i prosjektet. Ved rekruttering via eget nettverk er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltagelse ivaretas.

#### INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltagelse. Informasjonsskrivet er godt utformet, men vi ber om at følgende endres/tilføyes før utvalget kontaktes:

-Veileder sin kontaktinformasjon påføres informasjonsskrivet

Alle som deltar i gruppeaktivitetene bør informeres om forskningsprosjektet, og det bør da presiseres at det kun registreres opplysninger om dem som har samtykket til å delta.

#### DATAINNSAMLING

Data samles inn gjennom intervju, gruppeintervju, deltagende observasjon og blogg/sosiale medier/internett. Det går ikke frem av meldeskjemaet hvilke opplysninger som innhentes gjennom andre metoder enn intervju. Vi legger derfor til grunn at det kun er i intervjuene det registreres personopplysninger, og at innhenting av data i de øvrige metodene gjøres anonymt. Hvis det blir aktuelt å samle inn personopplysninger via andre metoder, må utfyllende informasjon sendes til personvernombudet@nsd.no. Vi gjør oppmerksom på at all deltagelse i forskning skal være frivillig, og at det bør gis informasjon og innhentes samtykke, uavhengig av hvorvidt det skal registreres personopplysninger.

#### SENSITIVE PERSONOPPLYSNINGER

Det behandles sensitive personopplysninger om etnisk bakgrunn eller politisk/filosofisk/religiøs oppfatning, helseforhold, seksuelle forhold.

#### DATASIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at student etterfølger Norges musikkhøgskole sine interne rutiner for



datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal sendes elektronisk eller lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

#### PROSJEKTSLUTT

Forventet prosjektslutt er 31.08.2018, jf. informasjonen til utvalget. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak

